



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Никола Н. Савић

**ПРЕДИКТОРИ И ИСХОДИ
НЕОСТВАРЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ
ПОТРЕБА ПОПУЛАЦИЈЕ СТАРИХ У
РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2025.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Nikola N. Savić

**PREDIKTORI I ISHODI NEOSTVARENIH
ZDRAVSTVENIH POTREBA POPULACIJE
STARIH U REPUBLICI SRBIJI**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2025.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Nikola N. Savić

**PREDICTORS AND OUTCOMES OF UNMET
HEALTH NEEDS OF THE ELDERLY
POPULATION IN THE REPUBLIC OF
SERBIA**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2025.

Идентификациона страница докторске дисертације

Аутор	
Име и презиме: Никола Н. Савић	
Датум и место рођења: 21.09.1992. Ваљево	
Садашње запослење: Медицинска школа „Др Миша Пантић“ Ваљево, Мастер наставник Здравствене неге	
Докторска дисертација	
Наслов: Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба популације старих у Републици Србији	
Број страница: 115	
Број слика: графикона 10 и табела 21	
Број библиографских података: 140	
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу	
Научна област (УДК): Медицина. Превентивна медицина.	
Ментор: Проф. др Сања Коцић, редовни професор, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу	
Оцена и одбрана	
Датум пријаве теме: 31. 03. 2023.	
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: 14.09.2023. , IV-03-681/32	

Identifikaciona stranica doktorske disertacije

Autor	
Ime i prezime: Nikola N. Savić	
Datum i mesto rođenja: 21.09.1992. Valjevo	
Sadašnje zaposlenje: Medicinska škola „Dr Miša Pantić“ Valjevo, Master nastavnik Zdravstvene nege	
Doktorska disertacija	
Naslov: Prediktori i ishodi neostvarenih zdravstvenih potreba populacije starih u Republici Srbiji	
Broj stranica: 115	
Broj slika: grafikona 10 i tabela 21	
Broj bibliografskih podataka: 140	
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu	
Naučna oblast (UDK): Medicina. Preventivna medicina.	
Mentor: Prof. dr Sanja Kocić, redovni profesor, Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu	
Ocena i odbrana	
Datum prijave teme: 31. 03. 2023.	
Broj i datum odluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: 14.09.2023. , IV-03-681/32	

Identification page of the doctoral dissertation

Author
Name and surname: Nikola N. Savić
Date and place of birth: 21.09.1992. Valjevo
Current employment: Medical School "Dr. Miša Pantić" Valjevo, Master teacher of Health care
Doctoral Dissertation
Title: Predictors and outcomes of unmet health needs of the elderly population in the Republic of Serbia
No. of pages: 115
No. of images: Graph 10 and table 21
No. of bibliographic data: 140
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medicine. Preventive medicine.
Mentor: Prof. dr. Sanja Kocić, full professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Grade and Dissertation defense
Topic Application Date: 31. 03. 2023.
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic: 14.09.2023. , IV-03-681/32

ЗАХВАЛНИЦА

Првенствено изражавам велику захвалност свом ментору, професорки др Сањи Коцић, на доступности, несебичном дељењу знања и искуства, као и на подршци за време израде докторске дисертације и током мојих студија.

Такође бих желео да се захвалим професоркама др Верици Јовановић и др Светлани Радевић, чији савети и посвећеност су били од непроцењиве важности за мој академски развој.

Посебну захвалност дугујем својој породици и пријатељима за њихову подршку и разумевање. Захваљујем се мојој мајци, чија огромна подршка и вера у мене су биле неизмерни извор снаге.

САЖЕТАК:

Увод: Неостварене здравствене потребе вишеструко утичу на здравствени потенцијал старог становништва, потребно их је континуирано евалуирати у циљу подизања квалитета живота ове популације.

Циљ: Циљ овог истраживања је утврдити предикторе и исходе неостварених здравствених потреба популације старих у Републици Србији.

Материјал и метод: Истраживање представља део истраживања здравља становништва Републике Србије из 2019. године, спроведено у виду студије пресека. Као инструмент истраживања коришћени су упитници у складу са методологијом Европског истраживања здравља. Истраживањем је обухваћен узорак од 3540 испитаника старости 65 и више година.

Резултати: Сваки трећи испитаник у посматраном узорку није остварио потребну здравствену заштиту. Идентификовани разлози неостварених здравствених потреба су финансијска ограничења (23,2%), дуго чекање на заказан преглед (15,8%) и удаљеност и проблеми са превозом (8,3%). Испитаници су најчешће имали потешкоће у реализацији потребне медицинске услуге, услуге дијагностике, лечења или рехабилитације (16,1%), али и да остваре потребу за набавком лекова (15,2%).

Закључак: Истраживање омогућава евалуацију најдоминантнијих предиктора и исхода неостварених здравствених потреба старијег становништва Србије. Неједнакости у приступу здравственој заштити, у посматраној популацији, најчешће су из разлога финансијских ограничења. Резултати овог истраживања могу бити основа за бољу организацију здравствене заштите и креирање здравствених политика.

Кључне речи: неостварене здравствене потребе, национално истраживање здравља становништва, популација старих, здравствена заштита, здравствене услуге, јавно здравље.

SUMMARY:

Introduction: Unsatisfied health needs have multiple effects on the health potential of the elderly population, they need to be continuously evaluated in order to raise the quality of life of this population.

Aim: The aim of this research is to determine the predictors and outcomes of the unmet health needs of the elderly population in the Republic of Serbia.

Material and method: The research is part of the population health survey of the Republic of Serbia from 2019, conducted in the form of a cross-sectional study. As a research instrument, questionnaires were used in accordance with the methodology of the European Health Survey. The research included a sample of 3,540 respondents aged 65 and over.

Results: Every third respondent in the observed sample did not receive the necessary health care. Identified reasons for unmet health needs are financial constraints (23.2%), long waits for a scheduled medical examination (15.8%) and distance and transportation problems (8.3%). Respondents most often had difficulties in realizing the necessary medical services, diagnostic, treatment or rehabilitation services (16.1%), but also in realizing the need to purchase medicines (15.2%).

Conclusion: The research enables the evaluation of the most dominant predictors and outcomes of the unmet health needs of the elderly population of Serbia. Inequalities in access to health care, in the observed population, are most often due to financial constraints. The results of this research can be the basis for a better organization of health care and the creation of health policies.

Keywords: unmet health needs, national population health survey, elderly population, health care, health services, public health.

САДРЖАЈ

1. УВОД	.....	1
1.1. Убрзано старење популације	.....	1
1.2. Здравствене неједнакости старијих особа	.....	2
1.3. Потребe старије популације за здравственом заштитом	.....	3
1.4. Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба као фактори који негативно утичу на здравствени потенцијал старије популације	.....	4
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА	.....	11
3. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	.....	12
4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД	.....	13
4.1. Врста студије	.....	13
4.2. Посматрана популација у току истраживања	.....	13
4.3. Узорковање	.....	13
4.4. Варијабле	.....	14
4.5. Инструменти истраживања	.....	14
4.6. Прикупљање података	.....	15
4.7. Снага студије и величина узорка	.....	15
4.8. Променљиве у студији	.....	15
4.9. Статистичка обрада података	.....	16
5. РЕЗУЛТАТИ	.....	17
5.1. Демографске и социоекономске карактеристике	.....	17
5.2. Здравствено стање	.....	18
5.2.1. Самопроцена здравља	.....	18
5.2.2. Присуство дуготрајне болести/здравственог проблема	.....	19
5.2.3. Незгоде и повреде	.....	21
5.2.4. Бол и функционална ограничења/способности	.....	22
5.3. Коришћење услуга здравствене заштите	.....	24
5.4. Учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом	.....	25
5.5. Предиктори неостварених здравствених потреба у вези са доступности и приступачности здравствене заштите	.....	26
5.6. Неостварене здравствене потребе у односу на демографске и социоекономске карактеристике	.....	29
5.7. Неостварене здравствене потребе и самопроцена здравља	.....	31
5.8. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство дуготрајне болести / здравственог проблема	.....	32
5.9. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство незгода и повреда	.....	35
5.10. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство бола и функционална ограничења / способности	.....	36
5.11. Неостварене здравствене потребе у односу на коришћење услуга здравствене заштите	.....	37
5.12. Поређење неостварених здравствених потреба старог становништва у 2013. и 2019. години	.....	39
5.13. ПРЕДИКТОРИ И ИСХОДИ НЕОСТВАРЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ПОТРЕБА	.....	40

5.13.1. Демографске и социоекономске карактеристике испитаника	.....	40
5.13.2. Здравствено стање испитаника	.....	42
5.13.3. Незгоде, повреде, бол и функционална ограничења / способности	.....	43
5.13.4. Коришћење услуга здравствене заштите	.....	45
6. ДИСКУСИЈА	.....	47
7. ЗАКЉУЧАК	.....	61
8. ЛИТЕРАТУРА	.....	63
9. ПРИЛОГ	.....	74
9.1. Прилог 1 – Упитник за испитанике старости 15 и више година, 2019. година	.....	74

1. УВОД

1.1. Убрзано старење популације

Глобално старење становништва и повећане потребе старијих за здравственом заштитом представљају велики проблем јавног здравља са којим се суочавају бројне државе Европе и целог света (1).

Убрзано старење популације постало је један од комплексних изазова савременог друштва и система јавног здравља, са великим последицама које се уочавају у различитим аспектима живота ове популације. Оваква демографска слика је резултат значајних демографских промена савременог друштва, она укључује повећање удела старије популације у укупном становништву, што представља директну корелацију са временом продуженог животног века и често смањеног наталитета. Док је продужавање животног века знак напретка у медицини и побољшању животних услова, такође доноси са собом низ компликованих питања која се тичу здравствене заштите, социјалне политике и економске стабилности. Јавно здравље се суочава са све већим изазовима у обезбеђивању адекватне здравствене заштите за старију популацију, која је склона бројним хроничним болестима, компликацијама и коморбидитетима. Здравствени системи широм света, тако и у земљама Европе, су под притиском због растућих трошкова лечења и дуготрајне неге потребне за старије пацијенте. Поред тога, постоји и потреба за прилагођавањем здравствених услуга и инфраструктуре како би се одговорило на специфичне потребе старијих особа, што укључује и развој геронтолошких и геријатријских услуга. Бројни социјални аспекти старења популације такође представљају значајан изазов. Старије особе се често суочавају са проблемима као што су социјална изолација и социјална неједнакост. Ови фактори могу негативно утицати на ментално и физичко здравље, доприносећи интензивном опадању квалитета живота. Социјалне политике морају бити креиране тако да обезбеде подршку старијима, промовишући здраву старост и укључивање у друштвене активности. Са економског аспекта, старење популације утиче на тржиште рада, пензионе и здравствене системе. Смањење радне снаге и повећање броја пензионера представљају озбиљан терет за националну економију, посебно у земљама са ниским стопама наталитета. Убрзано старење популације захтева мултидисциплинарни приступ и координацију између различитих сектора, укључујући здравство, социјалну заштиту, економију и доносиоце одлука. Развијање свеобухватних стратегија које ће обезбедити одржив развој друштва и адекватну подршку старијим особама кључно је за суочавање са овим изазовом. Демографски посматрано Република Србија представља једну од земаља са најстаријим становништвом, у чијој демографској структури сваки пети становник има 65 или више година старости. Ови подаци приказују чињеницу да је Србија међу земљама Европе са највећим бројем старијег одраслог становништва (2).

Демографски коефицијент старосне зависности дефинише се као број појединаца старости 65 и више година на 100 радно активних становника који су старости између 20 и 64 године. Највећи број земаља са проспективним односом старосне зависности био је управо у Европи. Према подацима који одређују коефицијент старосне зависности у европским земљама 2022. године, највећи коефицијент имала је Италија (37,55%) док је коефицијент старосне зависности за Србију износио 33,1%. Ови подаци Србију рангирају на девето место међу европским земљама, када је у питању анализа демографских показатеља старосне зависности становништва (3).

1.2. Здравствене неједнакости старијих особа

Извесно је да ће се тренд раста старијег становништва наставити и у блиској будућности. Анализа и евалуација социјалних и биолошких карактеристика становништва је важан параметар у доношењу одлука у вези са функционисањем здравственог система. Организација здравствене заштите је једно од најважнијих питања за сваку друштвену заједницу. Доступност здравствене заштите је важан изазов за креаторе здравствених политика и доносиоце одлука о регулисању система здравствене заштите (4,5).

Потребе за здравственом заштитом се разликују од перцепције сопственог здравља појединца, као и бројних социјалних и здравствено културолошких фактора (6).

Здравствене неједнакости међу старијим особама представљају озбиљан и све присутнији проблем у савременим друштвеним заједницама, са значајним последицама по њихово здравље, добробит и друштвену укљученост. Ове неједнакости се манифестују у различитим облицима, укључујући разлике у приступу здравственој заштити, квалитету и континуитету медицинских услуга, као и у исходима самог лечења или медицинског третмана.

Старије особе из социјално и економски неподстицајних група често имају мањи приступ квалитетним здравственим услугама због недостатка финансијских ресурса, образовања, информација, али и због баријера у приступачности здравственом систему. Поред тога, географска неједнакост, посебно у руралним подручјима, може значајно утицати на доступност и приступачност здравствених услуга старијим грађанима. Поменуте неједнакости су додатно погоршане у случајевима коморбидитета и хроничних болести, где је потребна комплекснија и континуирана медицинска нега, што за старије особе из социјално неподстицајних група често остаје недоступно.

Здравствене неједнакости такође утичу на разлике у очекиваном животном веку, самопроцени здравља и квалитету живота. Здравствени систем треба да обезбеди да све старије особе, без обзира на социоекономски статус, етничку припадност или место становања, имају једнак приступ здравственој заштити и могућност да старе достојанствено и здраво. Корисници здравствене заштите, посебно особе старије животне доби, захтевају већи обим здравствених услуга (7).

Квалитетна здравствена заштита је ефикасна када води унапређењу здравља свих грађана. Неостварене здравствене потребе утичу на аспекте квалитета здравствене заштите и указују на потребне промене и реформе здравствених система (8).

Предиктори који утичу на настанак неостварених здравствених потреба у популацији старог становништва су бројни, ови фактори на велики број начина утичу на све детерминанте здравља и квалитета живота ове популације (9).

1.3. Потребе старије популације за здравственом заштитом

Према документацији Светске здравствене организације, здравствене потребе могу се дефинисати као научно утврђена одступања од здравља која захтевају примену превентивних, куративних, контролних и ерадикационих мера (10).

Према дефиницији неостварене здравствене потребе су разлика између здравствених услуга које се сматрају неопходним за одређени здравствени проблем и услуга које су стварно добијене (11).

Потребе старијих грађана за здравственом заштитом су сложеније и бројније, што је последица физиолошких промена које прате процес старења, као и повећане заступљености једне или више хроничних болести или других здравствених стања. Старењем људско тело се мења, долази до постепеног опадања функција различитих система органа, што повећава ризик од развоја хроничних обољења као што су кардиоваскуларне болести, шећерна болест, болести локомоторног система, дигестивног тракта, менталне болести и друго. Ова обољења захтевају интензивно праћење, контролу и лечење, ово имплицира да старији људи имају потребу за честим посетама изабраним лекарима, редовним прегледима и медицинским третманима. Поред хроничних болести, старији људи су склонији акутним стањима попут инфекција, које могу имати тежи ток и дуже трајати због ослабљеног имунолошког система. Старије особе су склоне повредама које могу бити узрок функционалних ограничења.

Старије особе често имају вишеструке здравствене проблеме истовремено, што доводи до сложеног лечења које укључује различите специјалисте, терапије и лекове. Коморбидитет, повећава потребу за комлекснијом и интегрисаном здравственом заштитом како би се избегле могуће компликације и негативни здравствени исходи. Због бројних здравствених изазова, старија популација чешће користи услуге здравственог система у поређењу са млађим групама становништва.

Честе посете лекарима опште праксе у дому здравља, специјалистима, као и потреба за хоспитализацијом или рехабилитацијом, само су неки од разлога зашто су старији пацијенти редовни корисници здравствених услуга у свим здравственим установама. Здравствени системи морају бити припремљени да одговоре на растуће потребе старије популације, што укључује развој услуга примарне здравствене заштите, побољшање приступа специјализованим медицинским третманима и унапређење услуга кућне неге. Поред тога, неопходно је да здравствени системи буду финансијски одрживи и приступачни.

Неостварене здравствене потребе пружају информацију о неједнакостима у приступу здравственој заштити, али и индикаторима важним за анализу доступности и приступачности здравственог система из позиције различитих популационих група становништва. Њиховом анализом могу се прецизно идентификовати све препреке и ограничења у доступности здравствених услуга, могу се специфично прецизирати, финансијске, географске и друге препреке, које доминантно утичу на остваривање права на здравствену заштиту (12).

1.4. Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба као фактори који негативно утичу на здравствени потенцијал старије популације

Истраживања показују да на неостварене здравствене потребе могу утицати непромењиви фактори, пол, године живота, етничка припадност, али и фактори на које се може утицати, образовање, одзив на превентивне прегледе, здравствено осигурање (13). Неостварене здравствене потребе су један од најважнијих показатеља доступности здравствене заштите и један од најважнијих фактора за анализу здравственог потенцијала становништва. Анализа неостварених здравствених потреба старих лица је кључна за евалуацију препрека за реализацију услуга у сектору здравствене и социјалне заштите (14). Демографске промене довеле су до пораста популације старог становништва на глобалном нивоу, особе старије животне доби у већем ризику су од неједнакости у доступности услуга здравственог система. Снажна повезаност неостварених здравствених потреба и популације старих, захтева унапређење доступности здравственог система (15-17). Резултати истраживања неостварених здравствених потреба, указују да материјални статус и социјалне околности, представљају важне предикторе који утичу на оствареност здравствених потреба (18-21).

Старије особе имају бројне хроничне болести, полимедикацију и коморбидитете, који се услед неостварених здравствених потреба могу у великој мери погоршати. Здравствени потенцијал је нижи код особа између 65 и 80 година, код којих су присутне неостварене здравствене потребе (19-22).

Република Србија, као и многе друге државе у Европи, има пораст старијег становништва, што доводи до већег оптерећења здравственог система. Потребне ове популације за здравственом заштитом су знатно веће и оне се повећавају са старењем. Низак ниво здравственог потенцијала, присуство хроничних болести и функционалних ограничења најчешћи су разлог потражње за услугама здравственог система (23, 24).

Старијим људима је најчешће потребан већи обим здравствених услуга у поређењу са другим старосним групама. Ова популација је у већем ризику од развоја различитих здравствених компликација повезаних са присутним хроничним или акутним болестима. Здравствене потребе старијих су веће због нежељених догађаја и незгода, као последица опадања физичке и менталне функције. Пад здравственог потенцијала у овој популацији може довести до повећања морбидитета, инвалидитета и морталитета. Неостварене здравствене потребе старијих условљене су баријерама у доступности здравствене заштите, здравственом неписменошћу, економским факторима и приступачношћу здравственим установама. Фактори као што су недовољна финансијска средства, недоступност специјализованих медицинских услуга и недостатак образовања о здравственим проблемима доприносе томе да старији не добијају адекватну негу и лечење. Социјална изолација и недостатак подршке такође могу бити значајне препреке у остваривању здравствених услуга. Поред наведених предиктора, многи старији људи су суочени са ограниченом мобилношћу и физичким препрекама, што им отежава одлазак у здравствене установе. Неприлагођеност јавног превоза и инфраструктуре за старије особе додатно чини комплекснијим њихову могућност приступа здравственим услугама. Демографске промене и растући број старијих у нашој популацији захтевају одговарајуће промене у здравственој политици и организацији здравствених система. Инвестирање у превентивну здравствену негу и здравствену едукацију, као и развој услуга кућне неге, могу помоћи у смањењу неостварених здравствених потреба ове

популације. Увођење иновативних технологија и телемедицине такође може омогућити бољи приступ здравственој нези и медицинском третману за старије особе, посебно у тешко доступним и руралним срединама (25-28).

Како би се превазишле неједнакости у здравственој заштити потребно је континуирано планирање и организација здравственог система ради пружања једнаке здравствене заштите старијој популацији. Овај задатак захтева систематичну анализу и мултидисциплинарни приступ како би се осигурало да сви корисници здравствених услуга у овој старосној групи имају једнак приступ квалитетној нези и медицинском третману. Потребно је спровести детаљну анализу потреба старије популације, укључујући физичке, психичке и социјалне детерминанте здравља. Потребно је континуирано сагледати податке о учесталости различитих болести и здравствених проблема у овој популацији, као и факторе који утичу на приступ здравственој заштити. Мултидисциплинарни приступ подразумева сарадњу између различитих професионалаца и сектора, укључујући здравствене раднике, социјалне раднике, стручњаке за јавно здравље, доносиоце одлука и представнике заједнице. Ова сарадња је кључна за развој свеобухватних и интегрисаних стратегија које ће обухватити комплексне потребе старије популације. Целокупан приступ мора бити усмерен на стварање правичног, доступног и ефикасног здравственог система који ће задовољити потребе старије популације и омогућити им достојанствен живот и квалитетну здравствену заштиту (29-31).

Ефикасност здравственог система директно утиче на развој неостварених здравствених потреба, што је кључан фактор за процену квалитета приступачности здравствене заштите у једној друштвеној средини. Када је здравствени систем неефикасан, то често доводи до баријера у задовољењу здравствених потреба, ограниченог приступа лекаrima специјалистима, али и недостатка основних здравствених услуга, посебно у руралним и неприступачним подручјима. Овакав систем може резултирати тиме да пацијенти одлажу или у потпуности неостваре потражњу медицинске помоћи због потенцијално високих трошкова, времена чекања или компликованих системских процедура. Недостатак ефикасног здравственог система може продубити здравствене неједнакости, јер социјално и економски угрожене групе често имају мање ресурса да се изборе са препрекама у приступу здравственој заштити. Ефикасан здравствени систем обезбеђује правовремену и квалитетну здравствену заштиту, смањује неостварене здравствене потребе и унапређује укупно здравље и добробит становништва. Ефикасност здравственог система је кључна да би се обезбедио висок квалитет здравствене заштите. Бројни фактори имају утицај на коришћење здравствене заштите, све више се говори о утицају здравствене писмености на оптерећење здравственог система (32).

Коришћење здравствених услуга је интерактивна тачка између корисника здравствене заштите и здравственог система, док је доступност здравствених услуга старијим грађанима законска и етичка обавеза свих друштвених актера који утичу на здравствене политике. Коришћење здравствених услуга у популацији старих лица захтева посебан приступ који узима у обзир њихове специфичне потребе и услове живота. Прилагођене здравствене услуге омогућавају старијим особама да добију адекватну и правовремену негу и лечење, што је посебно важно за оне са ограниченом покретљивошћу или пацијенте који живе у руралним подручјима. Истовремено, ефективно коришћење ових услуга може значајно утицати на здравствену економију, смањујући трошкове хоспитализације и дужину боравка у болници. Пружање услуга које су прилагођене

личним потребама старијих особа доприноси бољем исходу лечења, побољшању квалитета живота и смањењу неостварених здравствених потреба, што води ка ефикаснијем и економски одрживијем здравственом систему. Коришћење доступности здравствене заштите зависи и од личних преференција, али и од друштвених околности у којима се старије лице налази. Стратегије у области здравства, здравствене економије и националне здравствене политике треба да буду прилагођене и доступне старијој популацији, али и свим рањивим групама старијих грађана, људима који живе сами, из руралних и географски неприступачних средина и ниског економског статуса (33-35).

Старија популација често носи са собом проблеме условљене старењем, али и здравственим компликацијама присуством једне или више хроничних болести, као што су дијабетес мелитус, хипертензија, хронична опструктивна болест плућа, проблеми са локомоторним системом и други здравствени проблеми који захтевају континуирану негу, лечење и превенцију снижавања здравственог потенцијала. Неостварене здравствене потребе чешће су код старијих пацијената са више хроничних болести и развијеним здравственим компликацијама. Најчешћи разлози за присуство неостварених здравствених потреба старијих су слични у бројним друштвеним заједницама, кашњење у здравственој заштити, финансијске препреке и недоступност здравственог система (36).

Пријављено присуство неостварених здравствених потреба веома често се користи у научноистраживачким студијама као предиктор низа ограничења које људи имају у приступу здравственим услугама. Неостварене здравствене потребе су присутне и у развијеним земљама, али и у земљама у развоју и транзицији, њихово присуство је неуједначено и на територији једне државе. Одређене популационе групе, посматране у научним студијама, пријављују повећану вероватноћу да имају неостварене здравствене потребе, укључујући жене, особе нижег нивоа здравља, особе са незадовољавајућим приходима и оне са хроничним стањима и обољењима. Бројне научне студије доказују да људи који чешће посећују изабраног лекара, лекара специјалисту или су на други начин у контакту са здравственим системом, имају већу могућност да пријаве неостварене здравствене потребе. Бројни истраживачи дају анализу да субјективни доживљај неостварених здравствених потреба може корелирати и одразити искуство појединца са здравственим системом али као и комплексност њиховог здравственог проблема и ниво здравственог потенцијала. Предиктори и фактори који утичу на коришћење услуга здравствене заштите у здравственом систему могу бити исти они који утичу на неостварене здравствене потребе, што може довести до необјективних процена њиховог утицаја на неостварене здравствене потребе (37).

Решавање неостварених здравствених потреба старијих укључује побољшање приступа здравственој заштити, едукацију и оснаживање грађана, као и промовисање друштвене мреже подршке у заједници. Ово је кључно како би се осигурало да старије особе добију благовремену и адекватну здравствену заштиту која им је потребна.

Здравствено осигурање има једну од кључних улогу у обезбеђивању приступа здравственој заштити за стара лица. Иако многе старије особе имају приступ јавном здравственом осигурању, често се суочавају са ограниченим покрићем за одређену врсту медицинског третмана или здравствене неге, као што су комплексне стоматолошке услуге, дугорочна кућна нега, интензивна рехабилитација и помоћ у свакодневним активностима. Ови недостаци у обухвату могу довести до ситуација у којима старији људи одлажу тражење потребне здравствене услуге услед финансијских баријера, што резултира неоствареним здравственим потребама које могу значајно утицати на њихово здравље и здравствени потенцијал у будућности. Када здравствено осигурање формално

покрива одређене услуге, административне баријере, компликоване процедуре за рефундацију и дуго време чекања могу додатно отежати приступ здравственој заштити. Ови фактори посебно погађају старије особе са нижим социоекономским статусом, које немају ресурсе да покрију трошкове из сопствених прихода. Неадекватан обухват здравственог осигурања и административне баријере доприносе расту здравствених неједнакости међу старијом популацијом, што резултира лошим здравственим стањем и већој потреби за специфичним и комплексним медицинским интервенцијама. Здравствено осигурање има велики утицај на доступност и приступачност здравственог система. Потпуна покривеност здравственим осигурањем корелира са нижим ризиком за настанак неостварених здравствених потреба, док непотпуно здравствено осигурање може представљати баријеру у коришћењу здравствених услуга и самим тим довести до подизања заступљености неостварених здравствених потреба у свим популационим групама становништва (38, 39).

Неостварене здравствене потребе старијих су велики проблем за сваки здравствени систем. Оне указује на недостатке системске подршке у пружању здравствене заштите старој популацији. Незадовољене здравствене потребе могу довести до пада здравственог потенцијала и развоја различитих хроничних болести и стања (40). Веома је важно разумети све аспекте, предикторе и исходе овог проблема. Неостварене здравствене потребе старијих људи могу изазвати осећај изолације и усамљености, што може негативно утицати на ментално здравље. То може довести до депресије, анксиозности, агитираности и других психичких тегоба, који додатно отежавају опште стање старе особе и захтевају комплекснију подршку и интервенције (41, 42).

Хроничне болести код старијих имају важан утицај на неостварене здравствене потребе јер увек захтевају редован медицински третман, рехабилитацију, терапију и контролне прегледе. Недостатак приступа адекватној здравственој заштити може имати за последицу неадекватну и нередовну контролу ових стања, што доводи до погоршања основног здравственог стања старих и може довести до озбиљних компликација. Присуство хроничних болести, али и лична перцепција здравља, која се мења са присуством хроничних болести као што су кардиоваскуларне болести, матаболичка стања, бубрежна обољења и друго, имају значајан утицај на развој неостварених здравствених потреба старије популације (43).

Услови живота старије особе, који се могу окарактерисати као друштвено неповољни или социјално зависни. Економски и материјални услови често доводе старију популацију у положај да одустану од неопходног лечења, медицинског третмана, рехабилитације или терапије. Оваква ситуација може битно погоршати њихово здравствено стање, пролонгирати лечење и доводи их у ризик за настанак озбиљних компликација услед присуства хроничних болести. Веома је важно да здравствена заштита старијих особа са дијагностикованим хроничним болестима буде приступачна и доступна, како би се смањио утицај неостварених здравствених потреба и побољшао укупан квалитет живота особа старије животне доби (44).

Хроничне болести за последицу могу имати смањење мобилности и самосталности у активностима дневног живота, таква стања отежавају приступ здравственим установама и ресурсима здравственог система, овакве компликације имају неповољан утицај и у вези са свакодневним активностима које су везане за очување и унапређење здравља, овакви предиктори уз присуство бола и повреда, често корелирају са неоствареним здравственим потребама ове популације становника. Компликације које се могу развити

код старијих грађана, оба пола, услед неадекватног приступа здравственој заштити и неоствареним здравственим потребама, поремећаји здравља могу бити толико озбиљни да се њихова манифестација може завршити смртним исходом. Неостварене здравствене потребе код многих старијих особа могу имати озбиљне последице по њихово укупно здравље, укључујући изостанак здравствене заштите што може бити фактор за повећани ризик од смртног исхода. Када старија особа не добије правовремену медицинску негу или превентивне услуге, стања која би могла бити успешно превазиђена у раној фази настанка, могу се развити у озбиљније форме болести. Компликације често захтевају интензивнију и скупљу медицинску интервенцију и третман, али и повећавају морталитет у старијој популацији. Превенција и правовремени приступ здравственој заштити су од кључне важности за смањење ризика од оваквих исхода и обезбеђивање квалитетнијег и дужег живота за старије особе. Веома је битно да здравствени професионалци разумеју комплексност корелације и повезаности хроничних болести и стања са неоствареним здравственим потребама код старијих особа како би се специфичне и конкретне мере и интервенције реализовале у циљу унапређења здравственог потенцијала и самосталности старијих грађана (45, 46).

Самопроцена сопственог здравља код старијих особа има веома важну улогу у разумевању њиховог здравственог стања, здравствених потреба и понашања у вези са здрављем и здравственом заштитом. Овај субјективни показатељ здравља, који се заснива на личном доживљају физичког, психичког и социјалног стања здравља, често корелира са објективним здравственим индикаторима, као што су присуство хроничне болести, функционална ограничења и неједнакости у здрављу. Старије особе које негативно оцењују своје здравље имају већу вероватноћу да ће доживети погоршање здравственог стања, али и да ће неадекватно или недовољно користити здравствене услуге и интервенције, што може бити последица ниског очекивања од услуга лечења и медицинског третмана, али може бити повезано и са факторима страха од трошкова здравствених услуга. Самопроцена здравља може бити повезана са неоствареним здравственим потребама на велики број начина. Ниска оцена сопственог здравља често корелира са неоствареним потребама за здравственом заштитом и здравственим услугама. Старије особе које нереално позитивно оцењују своје здравље могу занемарити потребу за превентивним прегледима или правовременим интервенцијама, овакво понашање такође може довести до неостварених потреба за превентивним здравственим услугама. Самопроцена здравља не само да одражава тренутно здравствено стање, већ и утиче на здравствено понашање и одлуке о тражењу здравствене помоћи, што је од суштинског значаја за планирање и пружање здравствених услуга. Важно је да се самопроцена здравља старијих особа континуирано прати и анализира као део шире стратегије јавног здравља. Подаци о самопроцени здравља старијих лица могу послужити као рани предиктор потенцијалних здравствених потреба и могу помоћи у идентификацији група са високим ризиком од неостварених здравствених потреба. Ови подаци могу допринети бољем разумевању баријера у приступу здравственој заштити и пружити основе за развој адекватних здравствених програма и интервенција. Када се комбинују са објективним медицинским подацима, самопроцена здравља може дати свеобухватнију слику здравствених потреба старије популације и помоћи у креирању политика које ће унапредити квалитет живота старијих особа. Самопроцена здравља старих вишеструко утиче на њихову слику о сопственом здрављу и потребама у вези са здрављем. Бројни фактори, као што су симптоми болести, дужина трајања тегоба, економске баријере и друго, имају велики утицај на самопроцену здравља која је повезана са личном перцепцијом здравствених потреба (47).

Деведесетих година прошлог века почела је реформа здравственог система у Србији. Здравствени систем наше државе, представља комбинацију совјетског Семашког и немачког Бизмарковог модела организације здравственог система, који је изнео велике структурне али и финансијске организационе промене, са аспекта приступачности и одрживости (48). Према Андерсеновом моделу коришћења здравствене заштите, постоје три главна фактора која утичу на коришћење здравствених услуга: предиспонирајући фактори, омогућавајући фактори и фактори потреба. Предиспонирајући фактори укључују социодемографске карактеристике појединаца, као што су старост, пол, образовање и слично. Омогућавајући фактори односе се на елементе који олакшавају приступ здравственим услугама, укључујући здравствено осигурање и финансијску ситуацију појединца. Фактори потреба односе се на способност појединца да процени своје здравствено стање и потребу за медицинском негом, или на индикације које пружају здравствени радници (49).

Сматра се да је квалитет здравствене заштите аспект који представља степен у коме здравствене услуге повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода за сваког појединца, у складу са актуелним стручним сазнањима. Квалитетна здравствена заштита је једнака за све, ефикасна, доступна, правовремена и безбедна, што има за циљ подизање нивоа здравственог потенцијала грађана из свих популационих група. Индикатори квалитета здравствене заштите, узимајући у обзир и субјективне и објективне аспекте, омогућавају компарацију више различитих здравствених система, али и континуирану евалуацију, лидерство и креирање здравствене политике. Листе чекања на здравствени преглед или процедуру, удаљеност здравствених установа од корисника здравствене заштите и финансијска ограничења и баријере, као објективни предиктори, веома често служе за процену доступности и остваривање неопходне здравствене заштите, као и анализу и идентификацију исхода неостварених здравствених потреба (50).

Неостварене здравствене потребе су најважнији аспект процене друштвене неједнакости у здравственој заштити, последица су бројних негативних предиктора и исхода. Оне су важан индикатор неприступачности у приступу здравственим услугама, који погађа значајан део старије популације наше државе. Овај проблем има вишеслојан карактер и указује на бројне социјалне, економске и системске изазове. Један од кључних ставова је да су неостварене здравствене потребе неједнако распоређене међу старијим становништвом, при чему су особе са нижим приходима и они са хроничним обољењима и стањима у посебно неповољном положају. Постојање социјалних неједнакости додатно отежава приступ здравственој заштити.

Корелација између неостварених здравствених потреба и коришћења здравствених услуга је комплексна. Иако би се очекивало да особе са већим здравственим потребама чешће користе здравствене услуге, истраживања често показују да оне често пријављују бројније неостварене здравствене потребе. Ово може бити последица неприлагођености здравственог система потребама старијих особа, као и различитих баријера које ограничавају њихов приступ здравственим услугама. Предиктивни фактори, као што су старост, пол, образовање и социјални статус, значајно утичу на неостварене здравствене потребе. Старији људи у руралним подручјима често имају лошији приступ здравственој заштити због ограничене доступности здравствених установа и транспортних ограничења. Такође, особе са нижим нивоом образовања и нижим приходима су у већем ризику од неостварених здравствених потреба због слабије информисаности и недостатка финансијских средстава за приватне здравствене услуге, које некада могу допринети превазилажењу неостварених здравствених потреба. Побољшање

финансијске ситуације старијих особа кроз адекватне пензије и социјалне програме могло би значајно допринети смањењу неостварених здравствених потреба. Предиктори потреба, односно способност појединца да процени своје здравствено стање и потребу за здравственим услугама и заштитом, такође су важан аспект. Старије особе често имају потешкоће у препознавању симптома или су суочене са стигматизацијом и страхом од тражења помоћи. Здравствено васпитна едукација и подршка од стране здравствених радника могу имати кључну улогу у превазилажењу ових препрека (51, 52).

Потребно је истаћи да решавање проблема неостварених здравствених потреба старијег становништва захтева свеобухватан и мултидисциплинаран приступ који укључује реформу здравственог система, побољшање здравствене и социјалне политике, као и јачање подршке заједнице. Само кроз интегрисане и координисане напоре можемо постићи равноправнији и ефикаснији приступ здравственој заштити за све старије особе у Србији. Напори уложени у превазилажење неостварених здравствених потреба треба да се фокусирају на идентификацију специфичних интервенција које могу смањити инциденцу неостварених здравствених потреба и унапредити здравствени потенцијал и квалитет живота старијег становништва.

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Главни циљ: Утврдити предикторе и исходе неостварених здравствених потреба популације старих у Републици Србији.

Специфични циљеви:

1. Одредити учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом старог становништва у Републици Србији,
2. Анализа предиктора неостварених здравствених потреба у вези доступности и приступачности здравствене заштите старог становништва (предуго чекање на заказану посету/преглед, удаљеност или проблем са превозом, финансијски разлози),
3. Испитати повезаност демографских, социјално-економских индикатора и неостварених здравствених потреба старих,
4. Поређење неостварених здравствених потреба старог становништва у 2013. и 2019. години,
5. Испитати повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и исхода приказаних кроз поједине аспекте здравственог стања (самопроцена општег здравља, присуство дуготрајне болести/здравственог проблема, хроничних болести/стања, незгода и повреда, функционалних ограничења/способности, бола, поремећаја менталног здравља),
6. Анализирати повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и појединих аспеката коришћење здравствене заштите.

3. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Хипотезе:

1. Демографске карактеристике и социјалноекономски фактори утичу на неостварене потребе за здравственом заштитом,

2. Популација старих је у 2019. години у већој мери користила здравствене услуге у односу на 2013. годину,
3. Неостварене потребе за здравственом заштитом су значајан предиктор неједнакости у коришћење здравствене заштите,
4. Особе које сопствено здравље оцењују као добро (добро и веома добро) у последњих годину дана у већој мери су оствариле своје потребе за медицинском заштитом,
5. Неостварене потребе за здравственом заштитом повезане су са негативним здравственим исходима: присуство дуготрајне болести или дуготрајног здравственог проблема, хроничних болести или стања, незгода и повреда, функционалних ограничења/способности, бола, поремећаја менталног здравља.

4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

4.1. Врста студије

Национална популациона двоетапна студија пресека.

4.2. Посматрана популација у току истраживања

Истраживањем је обухваћена популација старог становништва Републике Србије, старосне доби 65 и више година. За анализу карактеристика становништва Републике Србије, старијег од 65 година, коришћени су подаци из Националног истраживања здравља становништва, спроведеног 2019. године, масовним анкетирањем случајног, репрезентативног узорка. Истраживање је реализовано у виду студије пресека. Примарно су анализирани подаци о испитаницима из 2019. године.

У студији нису учествовала лица која живе на територији Косова и Метохије, као ни лица смештена у специјализованим институцијама, казнено поправни заводи, психијатриске установе, установе за негу и смештај старих лица, манастири. Истраживање здравља становништва у 2019. години спровео је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Републички завод за статистику, као и Министарство здравља Републике Србије.

4.3. Узорковање

У истраживању је примењен стратификовани двоетапни узорак. Величина узорка израчуната је на основу захтева и у складу са препорукама ЕУРОСТАТ-а за спровођење истраживања здравља становништва. Стратификовани двоетапни узорак становника Републике Србије издвојен је на такав начин да покаже репрезентативне здравствене карактеристике становништва на нивоу 4 географска региона (Београд, Војводина, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија). Ови региони представљају главне стратуме у посматраном узорку. Даљом поделом, на градску и руралну средину, добијено је укупно 8 стратума посматраног узорка. Одређено је да се у сваком пописном кругу изабере по 10 домаћинстава, узимајући у обзир време потребно да се заврши анкетирање у пописном кругу. За сваки пописни круг била су предвиђена и резервна домаћинства у случају да велики број домаћинстава у пописном кругу одбије сарадњу. За потребе овог истраживања коришћени су подаци о одраслом становништву старости 65 и више година у Националном истраживању здравља становништва из 2019. године.

4.4. Варијабле

Зависне варијабле у истраживању су:

1. Неостварене здравствене потребе.
2. Аспекти коришћења здравствене заштите: коришћење ванболничке здравствене заштите (посете лекару опште праксе, стоматологу, гинекологу,

лекару специјалисти, услуге кућне неге и лечења, хитне медицинске помоћи), коришћење болничке здравствене заштите, коришћење услуга приватне праксе, употреба лекова, превентивни прегледи.

Независне варијабле:

1. Демографске варијабле: пол, старосна структура, породична структура, место становања, тип насеља, регион,
2. Социјалне и економске варијабле: образовање, укупни месечни приходи, приход по члану домаћинства, индекс благостања.
3. Аспекти здравственог стања: Самопроцена здравља, присуство дуготрајне болест или дуготрајног здравственог проблема, присуство хроничних болести или стања, незгоде и повреде, функционална ограничења/способност, бол, ментално здравље.

4.5. Инструменти истраживања

Као инструмент истраживања коришћен је стандардизовани анкетни упитник Европског истраживања здравља (European Health Interview Survey – EHIS). Дата је сагласност Министарству здравља Републике Србије за спровођење истраживања овим истраживачким инструментом. Инструмент истраживања доноси податке о карактеристикама породице, социодемографским обележјима, предикторима здравственог потенцијала, аспектима усмереним на самопроцену здравственог стања, независност у активностима дневног живота, информације о коришћењу здравствених услуга, неостварене потребе за услугама здравствене заштите, задовољство услугама здравствене службе.

У истраживању здравља, међународном Хелсиншком декларацијом су испоштовани етички стандарди и није било одступања од начела научноистраживачког рада. Испитаници су својевољно дали пристанак за учешће у истраживању, потписивањем информативног пристанка, истраживање је спроведено анонимно. Докторанд Никола Савић, под менторством Проф. др сци. мед. Сање Коцић, добио је Етичку сагласност Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ за коришћење података за израду докторске дисертације и публиковање података у научним часописима, 29. августа 2022. године, деловодни број одлуке 5179/1.

4.6. Прикупљање података

Истраживање је спроведено током три месеца, током октобра, новембра и децембра 2019. године. У складу са препорукама и правилима Европског истраживања здравља становништва прикупљање података је извршено од стране посебно обучених анкетара и особа задужених за мониторинг истраживања (51, 52).

4.7. Снага студије и величина узорка

Методологијом Европског истраживања здравља – прорачуната је минимална учинковита величина узорка. Дефинисањем статистички репрезентативног узорка за истраживање здравља становништва, омогућен је прилив података из сва четири географска региона. Анализа резултата овог истраживања заснована је на узорку од 3540 анкетираних становника из 2019. године који су примарно посматрани узорак за процену предиктора и исхода неостварених здравствених потреба становништва Републике Србије.

4.8. Променљиве у студији

Урађена је трансформација одређених променљивих ради лакшег тумачења резултата и потребе усаглашавања две базе података Националног истраживања здравља становништва Србије спроведеног 2013 и 2019. године. Трансформација је урађена код следећих питања, на следећи начин:

а) „Какав је Ваш брачни статус“, категорије Никад се нисам женио / удавала нити живео/ла у ванбрачној заједници, Удовац/ица или се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу) и Разведен/а или се ванбрачна заједница завршила разлазом (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу) сврстане су у једну без партнера;

б) „Која је највиша школа коју сте завршили“, категорије Без школе, 1-7 разреда основне школе и Основна школа сврстане су у једну Без школе/основна школа, категорије Средња школа (2 године), Средња школа (3 или 4 године), Специјализација после средње школе чиниле су једну Средња школа, док су категорије Виша школа (основне студије), Висока школа (мастер/магистарски) и Висока школа (докторат) трансформисане у једну категорију Виша/Висока школа;

в) „Материјално стање домаћинства према квинтилима индекса благостања“, категорије Први (најсиромашнији) и Други груписани су у једну Сиромашни, категорија Трећи преименована је у Просечни, а категорије Четврти и Пети (најбогатији) у једну, Богати;

г) „Дали Вам је билауказана медицинска помоћ због последица ове (ових) незгоде(а)?“, категорије Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу и остао преко ноћи, Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу али нисам остао преко ноћи и Да, од стране доктора или медицинске сестре груписане су у једну;

д) „Какав сте телесни бол имали током претходне 4 недеље?“, категорије Јаки, Веома јак трансформисане су у једну категорију Јак/веома јак, а категорије Веома слаб, Слаб и Умерен трансформисане су у једну Умерен/слаб;

ђ) „Колико је, током претходне 4 недеље, бол утицао на Ваше уобичајене активности“, категорије мало и умерено груписане су у једну, Умерено/мало, као и категорије Много и Веома много у Много/Веома много;

е) „Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали свог лекара опште медицине или педијатра?“, категорије Пре мање од 3 месеца, Пре 3 месеца до 6 месеци и Пре 6 месеци до 12 месеци груписане су у једну Пре мање од 12 месеци;

ж) „Какво је Ваше здравље у целини? Категорије Веома добро и Добро груписане су у једну Добро, а категорије Веома лоше и Лоше у другу категорију Лоше/веома лоше.

4.9. Статистичка обрада података

У обради података коришћен је статистички програмски пакет SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) на Windows платформи. Методе дескриптивне и инференцијалне статистике коришћене су у опису/анализи података. Подаци су били категоријалног типа, па су показатељи структуре, изражени кроз процентни удео, коришћени за опис података. Примењене методе инференцијалне статистике биле су χ^2 тест и логистичка регресија. У анализи дистрибуције једног обележја коришћен је χ^2 тест у виду теста слагања. Тестирање разлике дистрибуције два или више обележја посматрања вршено је χ^2 тестом у виду таблица контингенције типа гхк. Повезаност зависне променљиве и низа независних променљивих тестирана је биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Најпре су све променљиве тестиране у униваријантном моделу, а затим су у мултиваријантном моделу укључене само променљиве које су биле статистички значајне ($p \leq 0,05$) у униваријантној регресији. Ризик се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio) уз 95% интервал поверења. Резултати су приказани табеларно и графички. Статистички значајним сматрани су сви резултати са вероватноћом до 5% ($p \leq 0,05$).

5. РЕЗУЛТАТИ

5.1. Демографске и социоекономске карактеристике

У истраживању је учествовало 3540 испитаника, 1528 (43,2%) особа мушког и 2012 (56,8%) особа женског пола ($\chi^2=66,17$, $df=1$, $p<0,01$). Просечна старост испитаника

износила је $73,9 \pm 6,3$ година. Заступљеност појединих старосних категорија значајно је различита ($\chi^2=19,99$, $df=1$, $p<0,01$). Највећи број испитаника, 29,9%, доби је 65-69 година, а најмањи доби 80 и више година, 19,5%. Заступљеност испитаника старосне доби 70-74 година и 75-79 година истоветна је, 25,3%. Нешто више од половине испитаника живи у брачној заједници. Испитаници чешће живе у градским срединама, 53,8% ($\chi^2=19,99$, $df=1$, $p<0,01$), најчешће у региону Шумадије и Западне Србије, 28,6%, а најређе у Београду, 20,4% ($\chi^2=49,19$, $df=3$, $p<0,01$) (Табела 1).

Табела 1. Демографске карактеристике испитаника

Карактеристике	n	%
Број испитаника	3540	100
Пол испитаника		
Мушки пол	1528	43,2
Женски пол	2012	56,8
Просечна старост	73,9±6,3 година	
Старосне категорије		
65-69	1058	29,9
70-74	897	25,3
75-79	894	25,3
80 и више	691	19,5
Брачно стање		
У браку/ванбрачној заједници	1965	55,5
Без партнера	1575	44,5
Тип насеља		
Градски	1903	53,8
Остали	1637	46,2
Регион		
Војводина	886	25
Београд	723	20,4
Шумадија и Западна Србија	1012	28,6
Јужна и Источна Србија	919	26

Више од половине испитаника нема више од основношколског образовања. Сваки трећи испитаницима завршену средњу школу, а високообразован је тек сваки седми испитаник ($\chi^2=882,71$, $df=2$, $p<0,01$). Сиромашно је 55,8%, а богато 26,4% испитаника ($\chi^2=842,32$, $df=2$, $p<0,01$) (Табела 2).

Табела 2. Социоекономске карактеристике испитаника

Карактеристике	n	%
Степен образовања		
Без школе/основна школа	1956	55,3

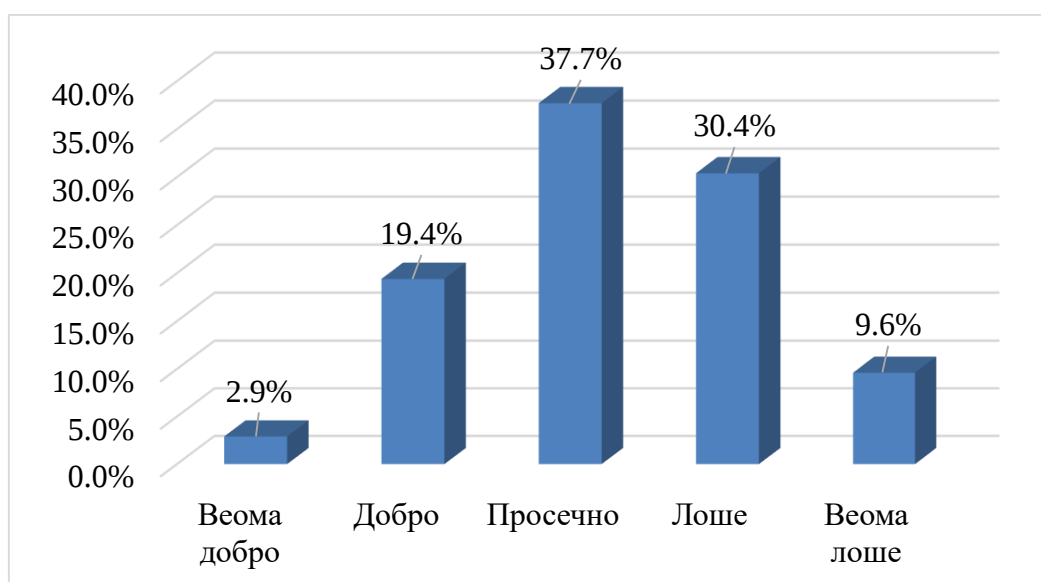
Средња школа	1055	29,8
Виша/висока школа	529	14,9
Материјално стање		
Сиромашни	1975	55,8
Просечни	631	17,8
Богати	934	26,4

5.2. Здравствено стање

5.2.1. Самопроцена здравља

Здравствено стање (сопствено) испитаници различито оцењују ($\chi^2=1455,78$, $df=4$, $p<0,01$). Највећи број, 37,7% сматра да им је здравље просечно. Као лоше своје здравље оцењује сваки трећи, а као врло лоше сваки десети анкетирани.

Графикон 1. Самопроцена здравља испитаника



Укупно 19,4% испитаника сматрају да им је здравље добро, односно веома добро, њих 2,9% (Графикон 1).

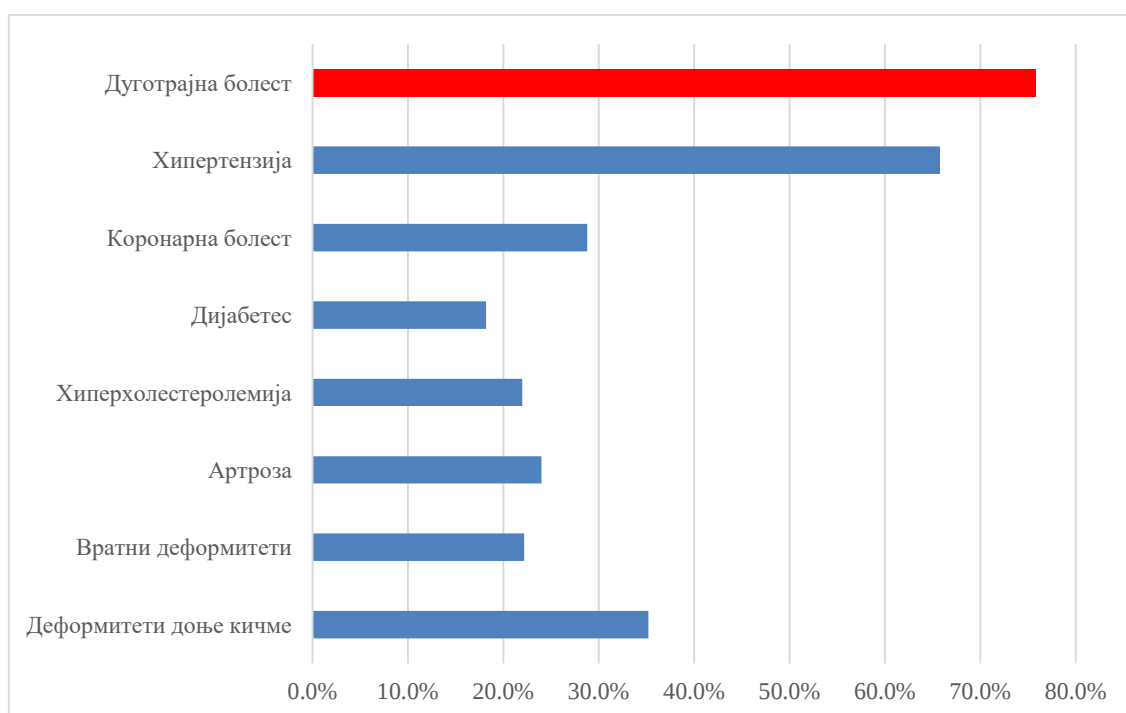
5.2.2. Присуство дуготрајне болести/здравственог проблема

Три од четири испитаника има дуготрајну болест/здравствени проблем, 75,9%. Под дуготрајном болешћу подразумева се здравствени проблем који је присутан претходних 12 месеци и дуже. Најучесталији дуготрајни поремећај здравља код становника старости 65 и више година у Републици Србији био је повишен крвни притисак, 65,8%. Коронарну болест срца или ангину пекторис имало је 28,8% испитаника, а шећерну болест 18,2%.

Повишене вредности холестерола имао је сваки пети испитаник. Проблеми са коштано зглобним системом, у смислу артрозе, без артритиса забележени су код 24% испитаника.

Хронични проблем са вратним делом кичме/вратни деформитет имало је 22,2% испитаника, док је хронични проблем са леђимаи/или деформитет доње кичме имало 35,2% (Графикон 2).

Графикон 2. Хронични поремећаји здравља у претходних 12 месеци



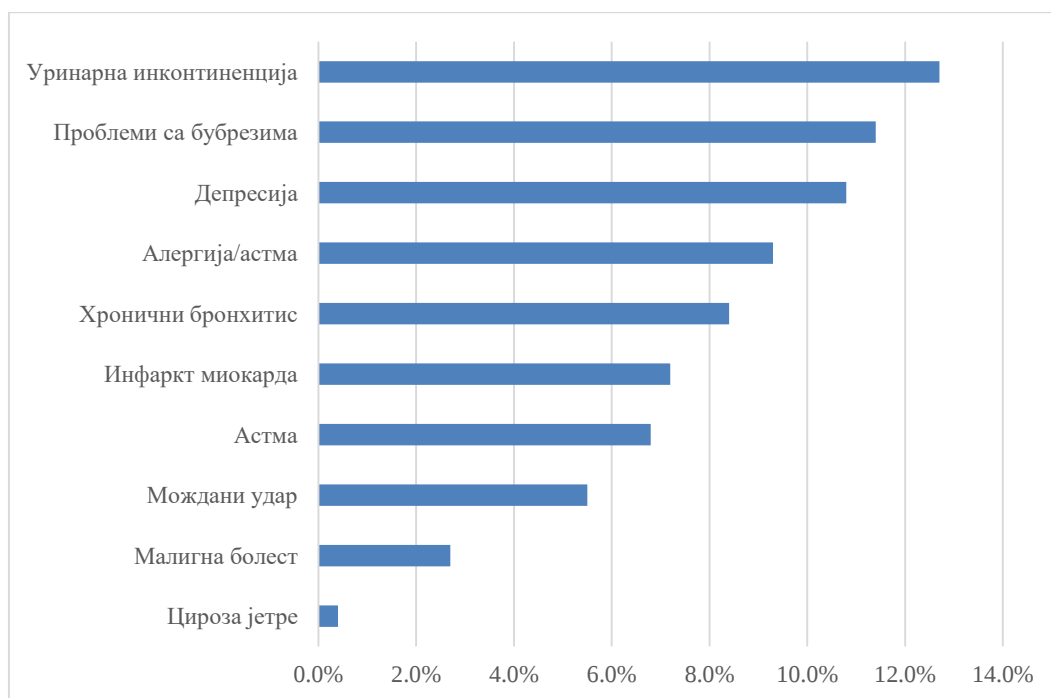
У претходних годину дана сваки осми испитаник имао је проблема са инконтиненцијом, а проблеме са бубрезима 11,4% анкетираних.

Сваки десети испитаник патио је од депресије. Алергијске манифестације, кијавица, свраб очију, дерматитис, алергију на храну имало је 9,3%, а астму/алергијску астму, имало је 6,8% анкетираних.

Хронични бронхитис, ХОБП или емфизем плућа у претходних 12 месеци имало је 8,4% испитаника, инфаркт миокарда 7,2%, а мождани удар 2,7%.

Од малигних болести боловало је 2,7% испитаника. Цирозу јетре имало је 14 испитаника, односно 0,4% (Графикон 3).

Графикон 3. Хронични поремећаји здравља у претходних 12 месеци

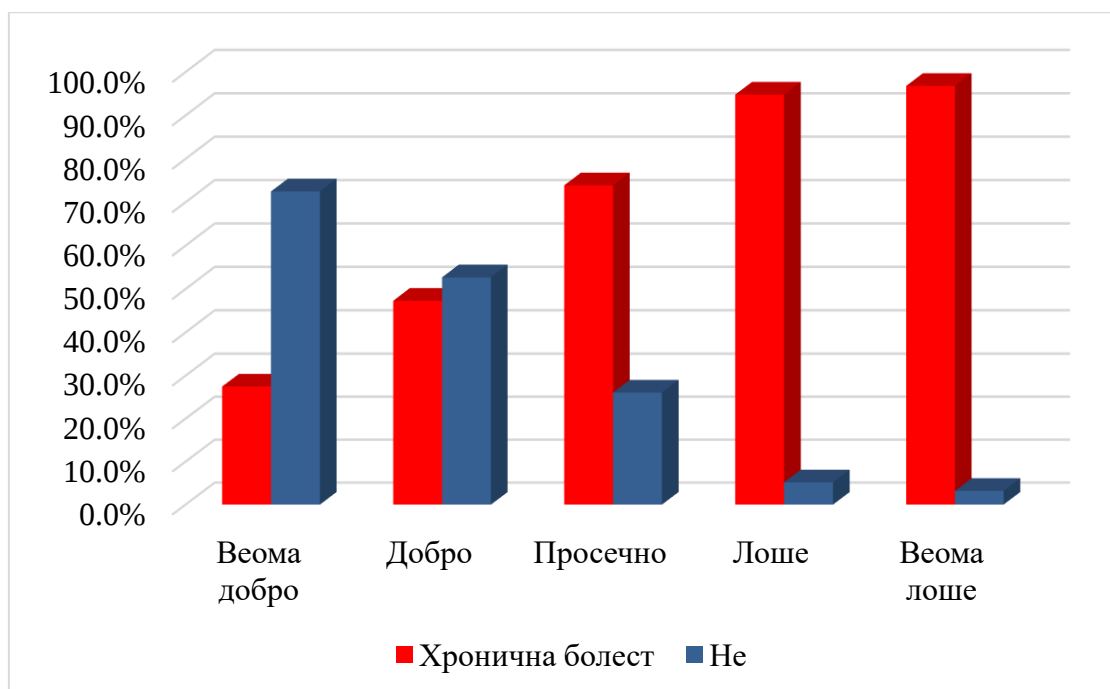


Уочава се јасна разлика у самопроцени здравственог стања испитаника у односу на присуство хроничних поремећаја здравља ($\chi^2=730,89$, $df=4$, $p<0,01$).

Међу испитаницима који своје здравље оцењују као веома добро, $\frac{3}{4}$ њих нема никакву хроничну болест, док међу анкетиранима који су доброг здравља, половина има хронични поремећај здравља.

Испитаници њих 73,9%, који су просечног здравља има неки хронични поремећај здравља. Анкетирани који своје здравствено стање оцењују као лоше и врло лоше, у 94,8%, односно 96,8% случајева имају хроничну болест (Графикон 4).

Графикон 4. Самопроцена здравља и присуство хроничне болести



5.2.3. Незгоде и повреде

Незгоде и повреде у претходних 12 месеци дешавале су се спорадично. Испитаници су најчешће незгоде доживљавали у кући, 4,3% или приликом обављања слободних активности, 1,6%. У друмском саобраћају у претходној години повређено је 9 анкетираних (0,3%).

Незгоде и повреде су важан фактор који вишеструко утиче на коришћење здравствене заштите (Табела 3).

Табела 3. Незгоде и потреба за медицинским збињавањем

Незгода	n	%
У друмском саобраћају		
Да	9	0,3
Не	3531	99,7
У кући		
Да	153	4,3
Не	3387	95,7
Приликом обављања слободних активности		
Да	57	1,6
Не	3483	98,4
Потреба за медицинском помоћи		
Да	144	67,9
Не	68	32,1

5.2.4. Бол и функционална ограничења/способности

Бол у претходне четири недеље имало је 67,9% испитаника. Интензитет бола био је различит. Јак/изразито јак бол имало је 24,3% испитаника, а умерен 43,6%. Трећину испитаника бол је много ометао у обављању свакодневних активности (укључујући посао у и ван куће), половину умерено или мало, а код 10,5% бол није утицао на свакодневне активности.

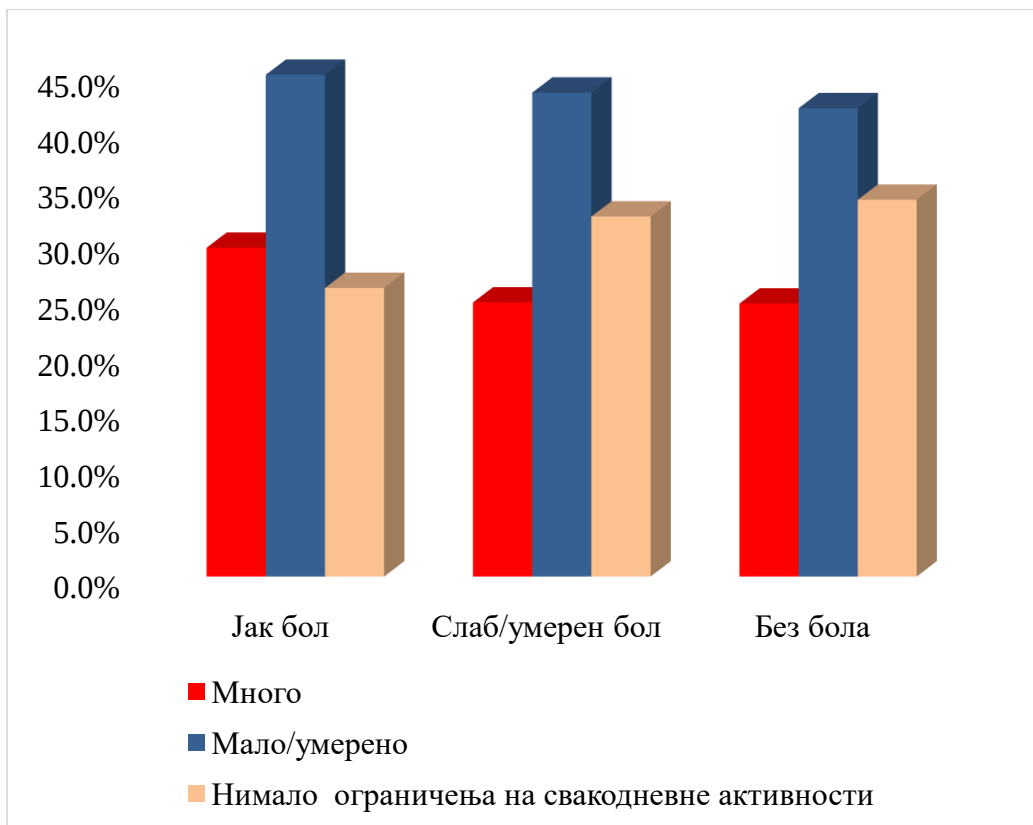
У последњих 6 месеци, два од три испитаника имало је проблеме у обављању уобичајених активности узроковане здравственим тегобама. Ограничења су била умерена код 41,1% испитаника, док се њих 25,1% жалило на озбиљна ограничења (Табела 4).

Табела 4. Бол и функционална ограничења/неспособности

Бол/неспособност	n	%
Бол		
Јак/веома јак	859	24,3
Умерен/слаб	1544	43,6
Без бола	1137	32,1
Утицај бола на свакодневне (уобичајене) активности		
Много/веома много	729	31
Умерено/мало	1376	58,5
Нимало	246	10,5
Ограничења у обављању уобичајених активности		
Озбиљно ограничени	887	25,1
Ограничени делимично	1453	41,1
Без ограничења	1193	33,8

Уочава се разлика у интензитету бола и утицају бола на обављање свакодневних (уобичајених) активности ($\chi^2=12,53$, $df=4$, $p<0,05$), (Графикон 5).

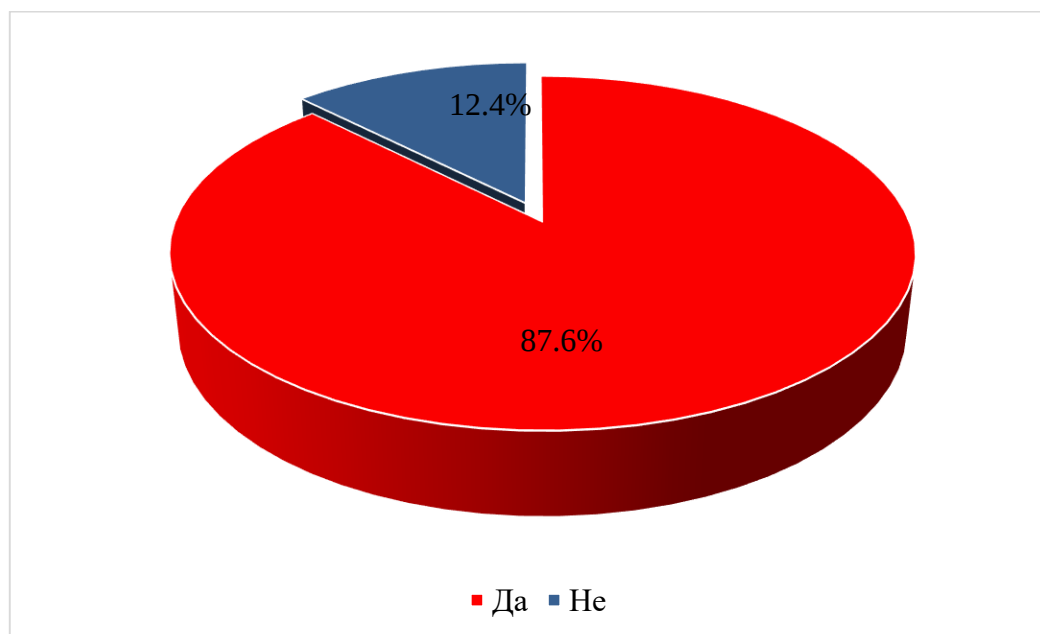
Графикон 5. Бол и функционална ограничења



5.3. Коришћење услуга здравствене заштите

У претходних 12 месеци, девет од десет испитаника, 87,6%, користио је услуге здравствене заштите (Графикон 6).

Графикон 6. Коришћење услуга здравствене заштите



У претходних годину дана на болничком лечењу било је 14,6% испитаника. У дневну болницу примљено је 15,3% испитаника. Највећи број анкетираних, 85,3%, користио је услуге ванболничке здравствене заштите, најчешће кроз посете изабраном лекару, знатно ређе услуге кућног лечења, 4,4%, и хитне медицинске помоћи, 11,2%.

Изабраном лекару у дому здравља обратило се 87,4% испитаника, у претходних годину дана, а 12,4% изабраног лекара посетило је пре више од годину дана. Специјалисту у претходних 12 месеци посетило је 57%, односно 39,2% пре више од годину дана. Тек свака десета жена старости 65 и више година била је на гинеколошком прегледу у претходних годину дана.

Најчешће су испитанице гинеколога посетиле пре више од годину дана, у 84,1% случајева. Психијатра је у претходних 12 месеци посетило 58,2%, док је у истом раздобљу услуге приватне праксе користио 15,4%, а услуге традиционалне медицине 3,2% најстаријег становништва Републике Србије (Табела 5).

Табела 5. Коришћење услуга здравствене заштите у претходних 12 месеци

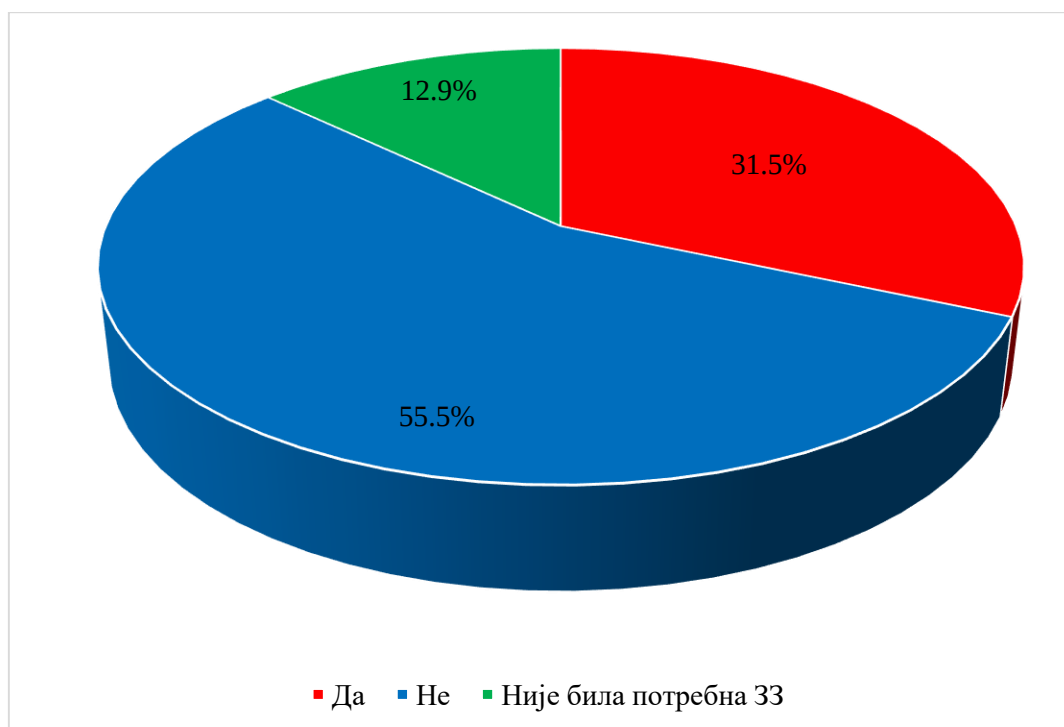
Услуге здравствене заштите	n	%
Ванболничка здравствена заштита	3019	85,3
Болничко лечење	516	14,6
Дневна болница	542	15,3
Кућна нега и лечење	157	4,4
Хитна помоћ	397	11,2
Посета психијатру	183	5,2
Услуге приватне праксе	545	15,4
Услуге традиционалне медицине	115	3,2
Посета изабраном лекару		
Пре мање од 12 месеци	2929	87,4
Пре више од 12 месеци	416	12,4
Не	7	0,2
Посета специјалисти		
Пре мање од 12 месеци	1987	57
Пре више од 12 месеци	1364	39,2
Никада	133	3,8
Посета гинекологу		
Пре мање од 12 месеци	196	10,4
Пре више од 12 месеци	1578	84,1
Никада	102	5,4

5.4. Учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом

У Републици Србији највећи број становника старости 65 и више година остварио је потребни облик здравствене заштите, према резултатима последњег Националног истраживања здравља становника Републике Србије.

Потврдан одговор на питање да ли им се у претходних 12 месеци десило да нису на време добили потребну здравствену заштиту, услед дугог чекања на заказани преглед, удаљености/проблема са превозом или финансијских потешкоћа, дало је 31,5% испитаника. Нешто више од половине анкетираних, 55,5%, остварило је сву потребну здравствену заштиту, док 12,9% није имало потребу за здравственом заштитом у претходних 12 месеци (Графикон 7).

Графикон 7. Учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом



5.5. Предиктори неостварених здравствених потреба у вези са доступности и приступачности здравствене заштите

Дистрибуција разлога због којих је изостала потребна здравствена заштита, листе чекања, удаљеност здравствене установе или финансијска ограничења, различита је ($\chi^2=7,03$, $df=2$, $p<0,05$).

Финансијске потешкоће, као разлог изостанка потребне здравствене услуге, наводи сваки четврти анкетирани, 23,2%.

Сваки шести испитаник у претходних годину дана није на време добио потребну здравствену заштиту услед дугог чекања на заказани преглед, 15,8%.

Проблеми са превозом/удаљеност здравствене установе, као разлог неостварене потребе за здравственом заштитом навело је 8,3% испитаника (Табела 6а и 6б).

Табела 6а. (Не)остварене потребе за здравственом заштитом по узроцима

Узроци	УКУПНО n (%)	Да n (%)	Не n (%)	Није била потребна здравствена заштита n (%)
Дуго чекање на заказани преглед	3524 (100)	558 (15,8)	2568 (72,9)	398 (11,3)
Удаљеност/проблеми са превозом	3522 (100)	294(8,3)	2781 (79)	447 (12,7)
Финансијски разлози	3530 (100)	820(23,2)	2395(67,8)	315 (8,9)

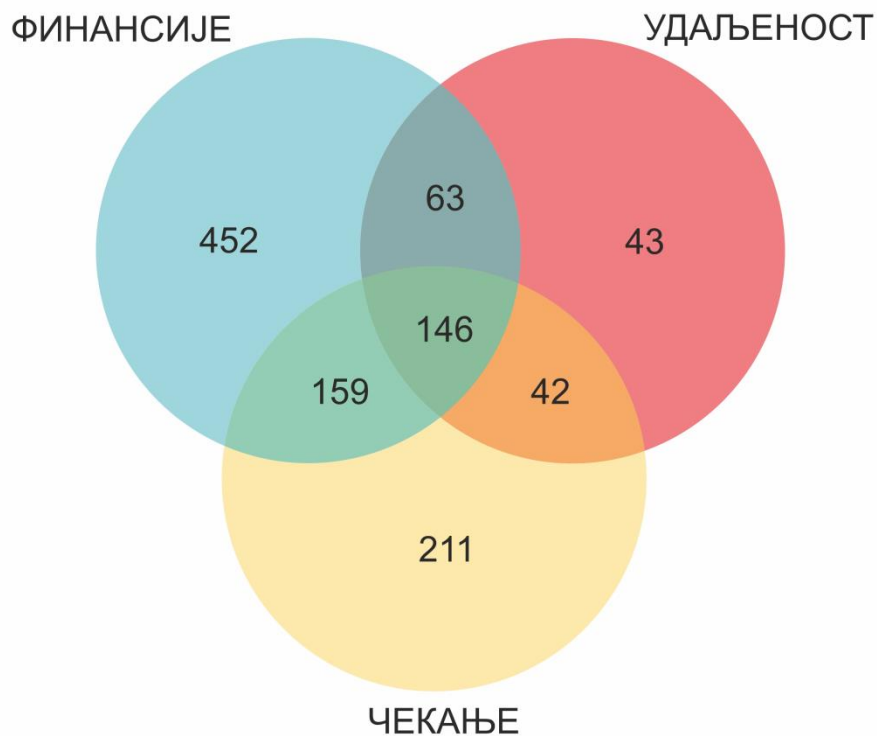
Табела 66. Узроци неостварене потребе за здравственом заштитом

Узроци изостанка	n	%	p
Дуго чекање на заказани преглед	558	15,8	
Удаљеност/проблеми са превозом	294	8,3	<0,05*
Финансијски разлози	820	23,2	

Даља анализа показује да је од укупно 705 испитаника који су навели један разлог за изостанак потребне здравствене заштите, 212 (30,1%) њих навело листе чекања, 39 (5,5%) њих удаљеност и 455 (64,4%) њих финансије.

Сва три разлога навело је 146 испитаника. Надаље, од укупно 264 анкетираних који су навели по 2 разлога изостанка потребне здравствене услуге, 42 (15,9%) њих нису остварила потребну здравствену заштиту услед листе чекања и удаљености, 63 (23,9%) због удаљености и финансијских ограничења, 159 (60,2%) због листе чекања и финансије (Графикон 8).

Графикон 8. Узроци изостанка потребне здравствене заштите (n)



Услед финасијских тешкоћа испитаници нису реализовали различите врсте здравствених услуге ($\chi^2=9,03$, $df=2$, $p<0,05$).

Анкетирани су најчешће имали проблем да реализују потребне медицинске услуге, услуге дијагностике, лечења или рахабилитације у 16,1% случајева ($\chi^2=1841,39$, $df=2$, $p<0,01$) и да набаве/купе лек, 15,2% ($\chi^2=2606,41$, $df=2$, $p<0,01$).

Потребну стоматолошку здравствену заштиту услед финансијских потешкоћа у претходних 12 месеци није остварило 12,7% испитаника ($\chi^2=1254,57$, $df=2$, $p<0,01$).

Испитаници најчешће нису имали потребу за услугама заштите менталног здравља, по сопственој процени, а међу онима који су имали, 3,1% ову услугу није успео да реализује услед финасијских ограничења ($\chi^2=1467,56$, $df=2$, $p<0,01$) (Табела 7а и 7б).

Табела 7а. (Не)остварена потреба за здравственом заштитом из финансијских разлога

Врста неостварене здравствене заштите	УКУПНО n (%)	Да n (%)	Не n (%)	Није била потребна здравствена заштита n (%)	p
Медицинска	3529 (100)	569 (16,1)	2378 (67,4)	582 (16,5)	<0,01*
Стоматолошка	3530 (100)	448 (12,7)	2124 (60,2)	958 (27,1)	<0,01*
Набавка лекова	3530 (100)	537 (15,2)	2604 (73,6)	389 (11)	<0,01*
Заштита менталног здравља	3527 (100)	111 (3,1)	1820 (51,6)	1596 (45,3)	<0,01*

Табела 76. Остварена потреба за здравственом заштитом из финансијских разлога

Узроци изостанка	n	%	p
Медицинска	569	16,1	<0,05*
Стоматолошка	448	12,7	
Набавка лекова	537	15,2	
Заштита менталног здравља	111	3,1	

5.6. Неостварене здравствене потребе у односу на демографске и социоекономске карактеристике

У претходних 12 месеци 33,6% жена и 28,8% мушкараца није реализовало потребне здравствене услуге ($\chi^2=29,03$, $df=1$, $p<0,01$). У различитим старосним добима присутне су варијације учесталости неостварених здравствених потреба ($\chi^2=17,04$, $df=6$, $p<0,05$).

Испитаници доби од 65 до 69 година, њих 15,7% није имало потребу за здравственом заштитом у претходних годину дана. Међу најстаријима, 28,7% није реализовало потребну здравствену услугу. Заступљеност неостварених здравствених потреба слична је код анкетираних који живе у брачној/ванбрачној заједници и код испитаника који живе без партнера, разведени, удовци, или се никада нису женили/удавали, ($\chi^2=1,2$, $df=6$, $p>0,05$).

Учесталост неостварених здравствених потреба готово је идентична у градским и осталим срединама, али не и међу регионима ($\chi^2=99,75$, $df=6$, $p<0,01$).

У Шумадији и Западној Србији 22,7% испитаника није остварило потребан облик здравствене заштите у претходних 12 месеци, у Јужној и Источној Србији 28,7%, у Војводини 36,8%, у Београду највише, 40,9% (Табела 8).

Табела 8. Неостварене здравствене потребе у односу на демографске карактеристике испитаника

Карактеристике	Да (n, %)	Не (n, %)	Није била потребна здравствена заштита (n, %)	p
Пол испитаника				
Мушки пол	440 (28,8)	840 (55)	248 (16,2)	<0,01*
Женски пол	676 (33,6)	1236 (56)	210 (10,4)	
Старосне категорије				
65-69	344 (32,5)	548 (51,8)	166 (15,7)	<0,05*
70-74	284 (31,7)	506 (56,4)	107 (11,9)	
75-79	290 (32,4)	509 (56,9)	95 (10,6)	
80 и више	198 (28,7)	403 (58,3)	90 (13)	
Брачно стање				
У браку/ванбрачној заједници	611 (31,1)	1086 (55,3)	268 (13,6)	>0,05
Без партнера	505 (32,1)	880 (55,9)	190 (12,1)	
Тип насеља				
Градски	600 (31,5)	1080 (56,8)	223 (11,7)	>0,05
Остали	516 (31,5)	886 (54,1)	235 (14,4)	
Регион				
Војводина	326 (36,8)	425 (48)	135 (15,2)	<0,01*
Београд	296 (40,9)	352 (48,7)	75 (10,4)	
Шумадија и Западна Србија	230 (22,7)	665 (65,7)	117 (11,6)	
Јужна и Источна Србија	264 (28,7)	524 (57)	131 (14,3)	

Потребну здравствену заштиту међу испитаницима који су без школе или имају завршену основну школу није добило у претходних годину дана 34,2% испитаника. Даље, како расте степен образовања, тако расте и проценат испитаника који нису остварили потребан облик здравствене заштите, 29,1% њих са средњом школом и 26,5% високообразованих ($\chi^2=18,21$, $df=4$, $p<0,05$).

Неостварену здравствену потребу у претходних 12 месеци имало је 34,1% сиромашних, односно 29,2% испитаника који су просечног материјалног стања и 27,69% богатих ($\chi^2=16,33$, $df=4$, $p<0,05$) (Табела 9).

Табела 9. Неостварене здравствене потребе у односу на социо-економске карактеристике испитаника

Карактеристике	Да (n, %)	Не (n, %)	Није била потребна здравствена заштита (n, %)	p
Степен образовања				
Без школе/основна школа	669 (34,2)	1059 (54,1)	228 (11,7)	<0,05*
Средња школа	307 (29,1)	598 (56,7)	150 (14,2)	
Виша/висока школа	140 (26,5)	309 (58,4)	80 (15,1)	
Материјално стање				
Сиромашни	674 (34,1)	1042 (52,8)	259 (13,1)	<0,05*
Просечни	184 (29,2)	367 (58,2)	80 (12,7)	
Богати	258 (27,6)	557 (59,6)	119 (12,7)	

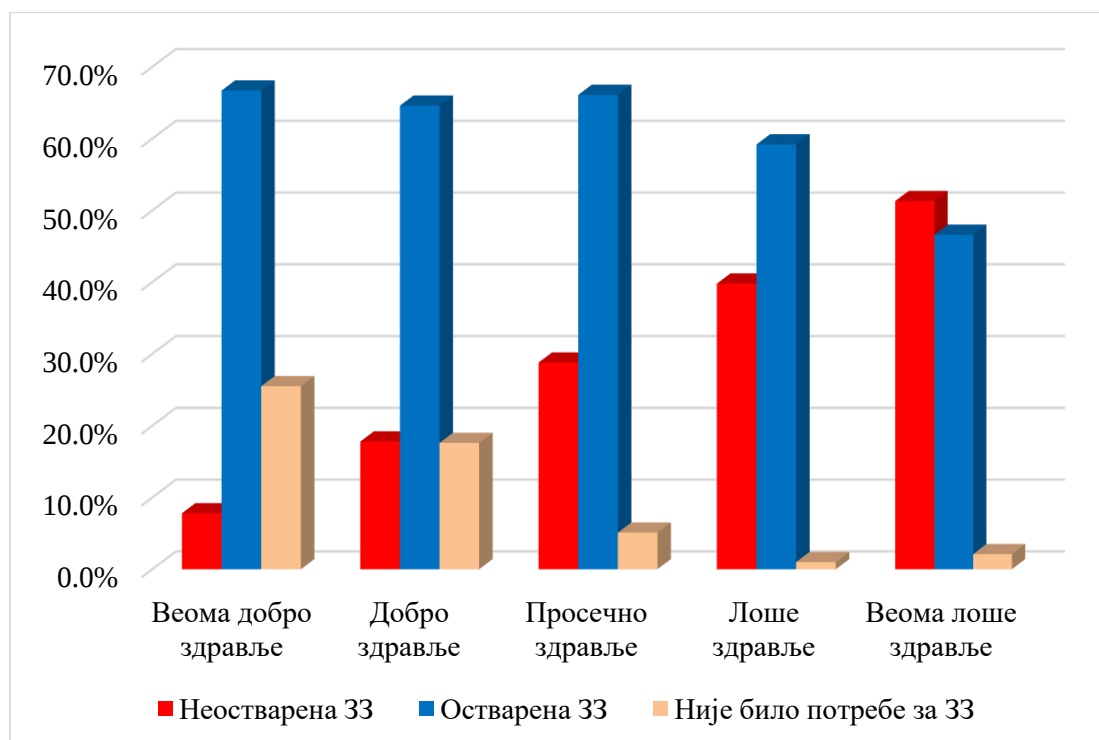
5.7. Неостварене здравствене потребе и самопроцена здравља

Како се здравствено стање испитаника погоршава, према сопственој процени (самопроцена), тако расте и изостанак потребног облика здравствене заштите ($\chi^2=394,9$, $df=8$, $p<0,01$).

Проценат анкетираних који нису остварили потребан облик здравствене заштите међу испитаницима који су своје здравље оценили као веома добро био је 7,8%, односно 17,8% међу испитаницима који су доброг здравља.

Изостанак потребног облика здравствене заштите пријавило је 28,8% анкетираних који су просечног здравља и 39,8% и 51,3% анкетираних чије је здравље лоше и веома лоше (Графикон 9).

Графикон 9. Неостварена здравствена заштита и самопроцена здравља



5.8. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство дуготрајне болести или здравственог проблема

Међу испитаницима који имају дуготрајну болест сваки трећи, 36,3%, није добио потребан облик здравствене заштите у претходних годину дана, а међу здравима (без дуготрајне болести) 16,5% ($\chi^2=355,53$, $df=2$, $p<0,01$). Међу хипертоничарима, код 34,9% изостао је потребни облик здравствене заштите, а међу нормотоничарима код 24,9% ($\chi^2=203,41$, $df=2$, $p<0,01$).

Пацијенти оболели од коронарне болести у 39,5% случајева нису добили очекиване здравствене услуге, на супрот 28,1% испитаника који нису патили од коронарне болести ($\chi^2=99,03$, $df=2$, $p<0,01$). Међу дијабетичарима 36,3% пријавило је изостанак потребне здравствене услуге, а међу испитаника који нису имали шећерну болест 30,5% ($\chi^2=49,57$, $df=2$, $p<0,01$). Слично, 39,9% пацијента са хиперхолестеролемијом и 28,7% без и мало је неостварене здравствене потребе у претходних 12 месеци ($\chi^2=63,2$, $df=2$, $p<0,01$). Половина пацијената са артрозом, 50,1% и 57,3% без имао је нереализоване здравствене услуге ($\chi^2=82,33$, $df=2$, $p<0,01$). Нереализоване здравствене потребе у претходних годину дана пријавило је 41,4% пацијената који имају проблем са вратном кичмом и 28,7% испитаника без овог проблема ($\chi^2=64,74$, $df=2$, $p<0,01$), односно 40,5% пацијената који имају проблем са доњом кичмом и 26,7% анкетираних без ($\chi^2=93,84$, $df=2$, $p<0,01$) (Табела 10).

Табела 10. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство најучеассталијих хроничних поремећаја здравља у претходних 12 месеци

Хронични поремећаји	Да (n,%)	Не (n,%)	Није била потребна здравствена заштита (n,%)	p
Дуготрајна болест				
Да	972 (36,3)	1513 (56,5)	194 (7,2)	<0,01*
Не	140 (16,5)	449 (52,9)	260 (30,6)	
Хипертензија				
Да	804 (34,9)	1337 (58)	163 (7,1)	<0,01*
Не	298 (24,9)	616 (51,4)	285 (23,8)	
Коронарна болест срца или ангина пекторис				
Да	400 (39,5)	561 (55,4)	51 (5)	<0,01*
Не	701 (28,1)	1392 (55,7)	404 (16,2)	
Дијабетес				
Да	232 (36,3)	378 (59,2)	29 (4,5)	<0,01*
Не	877 (30,5)	1580 (54,8)	424 (14,7)	
Повишене масноће у крви				
Да	408 (54,3)	300 (39,9)	43 (5,7)	<0,01*
Не	1504 (56,4)	765 (28,7)	400 (14,9)	
Артроза, искључујући артритис				
Да	362 (42,9)	423 (50,1)	59 (7)	<0,01*
Не	747 (27,9)	1536 (57,3)	397 (14,8)	
Вратни деформитет/хронични проблем са вратном кичмом				
Да	323 (41,4)	407 (52,1)	51 (6,5)	<0,01*
Не	787 (28,7)	1551 (56,6)	404 (14,7,)	
Деформитет доње кичме/хронични проблем са леђима				
Да	502 (40,5)	643 (51,9)	95 (7,7)	<0,01*
Не	610 (26,7)	1314 (57,5)	360 (15,8)	

Потребан облик здравствене заштите није осварило 46,1% испитаника са уринарном инконтиненцијом и 29,% без овог здравственог проблема ($\chi^2=56,95$, $df=2$, $p<0,01$). Слично, 42,9% испитаника који имају проблем са бубрезима и 30% без овог проблема нису реализовали потребну здравствену заштиту ($\chi^2=39,89$, $df=2$, $p<0,01$). Половина испитаника са депресијом и 29,4% без нису остварили су сву потребну здравствену заштиту у претходних годину дана ($\chi^2=77,63$, $df=2$, $p<0,01$). Међу испитаницима који пате од алергија 41,6% и 30,5% испитаника који немају алергију нису реализовали потребне здравствене услуге у претходних 12 месеци ($\chi^2=20,58$, $df=2$, $p<0,01$).

Поменути однос готово је истоветан и код пацијената који болују и не болују од хроничног бронхитиса ($\chi^2=29,57$, $df=2$, $p<0,01$), инфаркта миокарда ($\chi^2=32,69$, $df=2$, $p<0,01$), астме ($\chi^2=16,3$, $df=2$, $p<0,01$), možданог удара ($\chi^2=21,82$, $df=2$, $p<0,01$) и малигног обољења ($\chi^2=12,58$, $df=2$, $p<0,05$) (Табела 11).

Табела 11. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство хроничних поремећаја здравља у претходних 12 месеци

Хронични поремећај здравља	Да (n,%)	Не (n,%)	Није била потребна здравствена заштита (n,%)	p
Уринарна инконтиненција				
Да	206 (46,1)	212 (47,4)	29 (6,5)	<0,01*
Не	906 (29,4)	1748 (56,7)	427 (13,9)	
Проблеми са бубрезима				
Да	173 (42,9)	208 (51,6)	22 (5,5)	<0,01*
Не	935 (30)	1749 (56,1)	433 (13,9)	
Депресија				
Да	186 (49,1)	181 (47,8)	12 (3,2)	<0,01*
Не	923 (29,4)	1776 (56,5)	443 (14,1)	
Алергија, искључујући алергијску астму				
Да	137 (41,6)	166 (50,5)	26 (7,9)	<0,01*
Не	973 (30,5)	1791 (56,1)	429 (13,4)	
Хронични бронхитис, ХОБП, емфизем плућа				
Да	124 (41,9)	159 (53,7)	13 (4,4)	<0,01*
Не	986 (30,5)	1802 (55,8)	443 (13,7)	
Инфаркт миокарда и хроничне последице инфаркта				
Да	108 (42,5)	139 (54,7)	7 (2,8)	<0,01*
Не	1002 (30,6)	1826 (55,7)	450 (13,7)	
Астма (укључујући и алергијску астму)				
Да	102 (42,3)	120 (49,8)	19 (7,9)	<0,01*
Не	1008 (30,7)	1839 (56)	437 (13,3)	
Мождани удар				
Да	87 (45,1)	95 (49,2)	11 (5,7)	<0,01*
Не	1024 (30,7)	1869 (56)	446 (13,4)	
Малигно обољење				
Да	44 (45,4)	49 (50,5)	4 (4,1)	<0,05*
Не	1066 (31,1)	1914 (55,8)	452 (13,2)	
Цироза јетре				
Да	3 (21,4)	11 (78,6)	/	>0,05
Не	1107 (31,5)	1952 (55,6)	454 (12,9)	

5.9. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство незгода и повреда

У нашем узорку испитаницима су се најчешће незгоде дешавале у кући, па је и разлика у учесталости неостварених здравствених потреба међу испитаницима који јесу и који нису задобили повреду у кући значајно различита ($\chi^2=13,7, df=2, p<0,05$). Међу испитаницима који су доживели незгоду у кући 45,1% њих пријавило је изостанак потребног облика здравствене заштите (Табела 12).

Табела 12. Неостварене здравствене потребе приликом незгода

Незгода	Да (n, %)	Не (n, %)	Није била потребна здравствена заштита (n, %)	p
У друмском саобраћају				
Да	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	>0,05
Не	1111 (31,5)	1963 (55,6)	457 (12,9)	
У кући				
Да	69 (45,1)	69 (45,1)	15 (9,8)	<0,05*
Не	1047 (30,9)	1897 (56)	443 (13,1)	
Приликом обављања слободних активности				
Да	22 (38,6)	28 (49,1)	7 (12,3)	>0,05
Не	1094 (31,4)	1938 (55,6)	451 (12,9)	
Потреба за медицинском помоћи				
Да	61 (42,5)	70 (48,6)	13 (9)	>0,05
Не	33 (48,5)	27 (39,7)	8 (11,8)	

5.10. Неостварене здравствене потребе у односу на присуство бола и функционална ограничења/способности

Потребну здравствену заштиту остварило је 57,3% испитаника који су имали бол јаког интензитета у претходних 4 недеља, односно 54,9% испитаника са умереним/слабим и 55,2% испитаника без бола ($p>0,05$).

Постојање неостварених здравствених потреба пријавило је 45,2% испитаника код којих је бол много утицао на вршење свакодневних активности, 34,5% испитаника код којих је утицај бола био умерен/мали и 29,3% испитаника код којих бол нимало није утицао на обављање свакодневних активности ($\chi^2=54,52, df=4, p<0,01$). Од укупно испитаника који су услед присуства бола имали озбиљна ограничења у обављању уобичајених активности, 41,5% није остварило потребну здравствену заштиту, али и

сваки трећи са умереним ограничењима и сваки пети без ограничења ($\chi^2=298,69$, $df=4$, $p<0,01$) (Табела 13).

Табела 13. Неостварене здравствене потребе у односу на постојање бола и неспособности

Бол/неспособност	Да (n, %)	Не (n, %)	Није била потребна здравствена заштита (n, %)	p
Бол				
Јак/веома јак	252 (29,3)	492 (57,3)	115 (13,4)	>0,05
Умерен/слаб	491 (31,8)	847 (54,9)	206 (13,3)	
Без бола	373 (32,8)	627 (55,2)	137 (12)	
Утицај бола на свакодневне активности				
Много/веома много	329 (45,2)	361 (49,5)	39 (5,3)	<0,01*
Умерено и мало	475 (34,5)	777 (56,6)	124 (9)	
Нимало	72 (29,3)	131 (53,2)	43 (17,5)	
Ограничења у обављању уобичајених активности				
Озбиљно ограничени	368 (41,5)	479 (54)	40 (4,5)	<0,01*
Делимично ограничени	503 (34,6)	835 (57,5)	115 (7,9)	
Без ограничења	244 (20,5)	647 (54,2)	302 (25,3)	

5.11. Неостварене здравствене потребе у односу на коришћење услуга здравствене заштите

Међу испитаницима који су у претходних годину дана били на болничком лечењу, 38,4% није реализовало сву потребну здравствену заштиту, а међу испитаницима који нису били хоспитализовани у истом периоду, 30,4% није остварило потребну здравствену заштиту ($\chi^2=55,13$, $df=2$, $p<0,01$).

Потребне здравствене услуге није остварило 40,8% корисника дневних болница и 29,9% испитаника који нису користили услуге дневне болнице у претходних 12 месеци ($\chi^2=56,38$, $df=2$, $p<0,01$).

Међу испитаницима који су користили ванболничку здравствену заштиту сваки трећи, а међу испитаницима који нису користили услуге ванболничке здравствене заштите сваки пети није остварио здравствене услуге ($\chi^2=508,98$, $df=2$, $p<0,01$).

Неостварене здравствене потребе пријавило је 37,6% анкетираних који су користили, 31,2% који нису користили услуге Службе кућне неге и лечења ($\chi^2=12,74$, $df=2$, $p<0,05$). Слично, 44,8% испитаника који су се обратили Служби хитне медицинске помоћи у претходних годину дана није реализовало потребну здравствену заштиту, на супрот 29,8% испитаника који нису имали контакта са Службом хитне помоћи, али нису ни реализовали потребне здравствене услуге ($\chi^2=65,05$, $df=2$, $p<0,01$).

Како расте учесталост посета изабраном лекару тако и проценат неостварених здравствених потреба пада, са 58,9% код испитаника који су били код изабраног лекара пре мање од 12 месеци, до 41,4% код испитаника који су код изабраног лекара били пре више од 12 месеци ($\chi^2=335,98$, $df=2$, $p<0,01$).

Слична је ситуација и са посетом лекару специјалисти, а проценат испитаника који су реализовали потребну здравствену заштиту кретао од 58,9%, преко 51,9% до 41,1% код испитаника који никада нису посетили специјалисту ($\chi^2=279,31$, $df=4$, $p<0,01$).

Здравствену услугу није остварило 39,8% испитаника које су посетиле гинеколога пре мање од 12 месеци и 33% које су код гинеколога биле пре више од 12 месеци ($\chi^2=9,57$, $df=4$, $p<0,05$). Неостварење здравствене услуге пријавило је 45,4% анкетираних који су у претходних 12 месеци били код психијатра и 30,9% који нису посетили психијатра ($\chi^2=26,3$, $df=2$, $p<0,01$).

Међу корисницима услуга приватне праксе 38,2% пријавило је изостанак потребне здравствене услуге, као и 30,3% испитаника који нису користили услуге приватне праксе у претходних 12 месеци ($\chi^2=47,35$, $df=2$, $p<0,01$). Слично, међу корисницима услуга традиционалне медицине 43,5% није остварило потребну здравствену заштиту, а међу испитаницима који исте нису користили, здравствену заштиту није остварило 31,2% ($\chi^2=10,67$, $df=2$, $p<0,05$) (Табела 14).

Табела 14. Неостварене здравствене потребе у односу на коришћење услуга здравствене заштите у претходних 12 месеци

Услуге здравствене заштите	Да (n, %)	Не (n, %)	Није била потребна здравствена заштита (n, %)	p
Болничко лечење				
Да	198 (38,4)	302 (58,5)	16 (3,1)	<0,01*
Не	918 (30,4)	1664 (55)	442 (14,6)	
Дневна болница				
Да	221 (40,8)	299 (55,2)	22 (4,1)	<0,01*
Не	895 (29,9)	1667 (55,6)	436 (14,5)	
Ванболничка здравствена заштита				

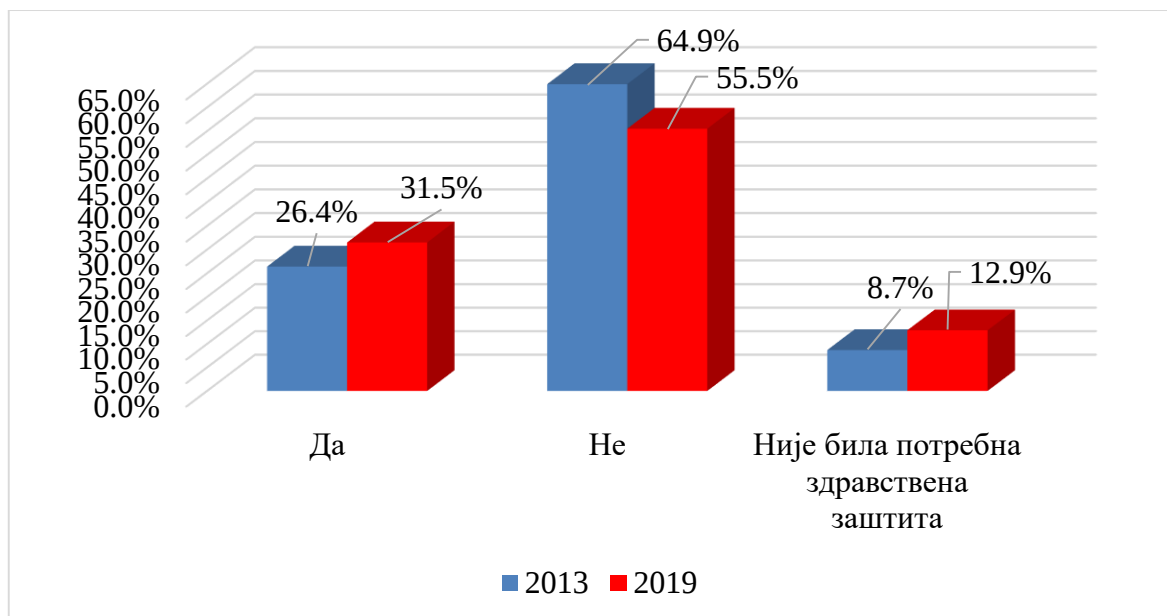
Да	1007 (33,4)	1781 (58,9)	231 (7,7)	<0,01*
Не	109 (20,9)	185 (35,5)	227 (43,6)	
Кућна нега и лечење				
Да	59 (37,6)	92 (58,6)	6 (3,8)	<0,05*
Не	1057 (31,2)	1874 (55,4)	452 (13,4)	
Хитна помоћ				
Да	178 (44,8)	210 (52,9)	9 (2,3)	<0,01*
Не	938 (29,8)	1756 (55,9)	449 (14,3)	
Посета изабраном лекару				
Мање од 12 месеци	984 (33,6)	1726 (58,9)	219 (7,5)	<0,01*
Више од 12 месеци	88 (21,2)	171 (41,1)	157 (37,7)	
Не	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	
Посета специјалисти				
Мање од 12 месеци	707 (35,6)	1170 (58,9)	110 (5,5)	<0,01*
Више од 12 месеци	375 (27,5)	708 (51,9)	281 (20,6)	
Никада	21 (15,8)	55 (41,4)	57 (42,9)	
Посета гинекологу				
Мање од 12 месеци	78 (39,8)	108 (55,1)	10 (5,1)	<0,05*
Више од 12 месеци	521 (33)	885 (56,1)	172 (10,9)	
Никада	40 (39,2)	51 (50)	11 (10,8)	
Посета психијатру				
Да	83 (45,4)	94 (51,3)	6 (3,3)	<0,01*
Не	1032 (30,9)	1863 (55,6)	450 (13,5)	
Услуге приватне праксе				
Да	208 (38,2)	314 (57,6)	23 (4,2)	<0,01*
Не	908 (30,3)	1652 (55,2)	435 (14,5)	
Услуге традиционалне медицине				
Да	50 (43,5)	47 (40,8)	18 (15,7)	<0,05*
Не	1066 (31,2)	1919 (56)	440 (12,8)	

5.12. Поређење неостварених здравствених потреба старог становништва у 2013. и 2019. години

У Републици Србији уочава се пораст броја испитаника старости 65 и више година који нису остварили потребну здравствену заштиту у периоду између два Национална истраживања здравља становништва. У 2013. години 26,4% испитаника није добило потребни облик здравствене заштите у претходних 12 месеци, а у 2019. години 31,5%.

Здравствену заштиту реализовало је 64,9% анкетираних у 2013 и 55,5% у 2019. години. У 2013 години 8,7% испитаника није имало потребу за здравственом заштитом у претходних годину дана, а у 2019. години 12,9% анкетираних. Уочене разлике статистички су значајне ($\chi^2=4961,35$, $df=4$, $p<0,01$) (Графикон 10).

Графикон 10. Учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом, 2013. и 2019. год



Поређење узрока неостварених потреба за здравственом заштитом 2013. и 2019. години показује да је једнак проценат испитаника и листе чекања, 15,8% и удаљеност здравствене установе/проблем са превозом, 8,3% навео као разлог због кога није добио потребну здравствену заштиту у претходних годину дана. Финансијске проблеме као узрок неостварења здравствене заштите навело је 16,1% испитаника старих 65 и више година у 2013. години и 23,2% у 2019. години. Уочени пораст броја испитаника код којих је изостала потребна здравствена заштита услед финансијских потешкоћа статистички је значајан ($\chi^2=17,49$, $df=6$, $p<0,05$) (Табела 15).

Табела 15. Узроци неостварене потребе за здравственом заштитом 2013. и 2019. година

Узроци	2013. година		2019. година		p
	н	%	н	%	
Дуго чекање на заказани преглед	558	15,8	558	15,8	>0,05
Удаљеност/проблеми са превозом	294	8,3	294	8,3	>0,05
Финансијски разлози	569	16,1	820	23,2	<0,05*

5.13. ПРЕДИКТОРИ И ИСХОДИ НЕОСТВАРЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ПОТРЕБА

5.13.1. Демографске и социоекономске карактеристике испитаника

Униваријантном анализом као предиктори неостварених потреба из групе демографских и социоекономских карактеристика испитаника издвојили су се пол (OR=1,18; 95% CI=1,02-1,37), регион (OR=1,24; 95% CI=1,16-1,32), степен образовања (OR=0,83; 95% CI=0,75-0,81) и материјално стање (OR=0,84; 95% CI=0,77-0,92).

Мултиваријантном регресионом анализом демографских карактеристика који су у униваријантном моделу показали статистичку значајност у целини објашњава се између 4,2% (Cox & Snell R Square) и 5,9% (Nagelkerke R Square) варијансе неоставарених здравствених потреба и тачно класификује 66,3% случајева.

Статистички значајни демографски предиктори били су регион где испитаници живе, степен образовања и материјално стање. Најдоминантнији предиктори су регион где испитаници живе и материјално стање. Неостварене здравствене потребе испитаници из Војводине 1,7 пута, а становници Београда 2,3 пута чешће пријављују у поређењу са становницима Јужне и Источне Србије. Међутим, учесталост неоставрених здравствених заштите код становника Шумадије и Западне Србије 0,7 пута је мања у поређењу са становницима Јужне и Источне Србије. Испитаници најнижег степена образовања, основна школа, 1,5 пута чешће неостварују потребне здравствене услуге у поређењу са високообразовним испитаницима. Испитаници који према индексу благостања спадају у сиромашне 1,6 пута чешће имају неосварене здравствене потребе у поређењу са богатима. Разлика у (не)реализацији потребне здравствене заштите слична је код богатих и анкетираних који су просечног материјалног стања (Табела 16).

Табела 16. Демографске карактеристике као предиктори неостварених здравствених потреба

Категорије	УНИВАРИЈАНТНА		МУЛТИВАРИЈАНТНА	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
ПОЛ		Женски (реф.)		
Мушки	1,18 (1,02-1,37)	<0,05*	>0,05	
СТАРОСНА ДОБ		80 и вишегодина (реф.)		
65-69	1,21 (0,98-1,5)	>0,05	/	
70-74	1,12 (0,9-1,4)			
75-79	1,14 (0,91-1,41)			
БРАЧНО СТАЊЕ		У браку (реф.)		
Самци	1,03 (0,89-1,19)	>0,05	/	
ТИП НАСЕЉА		Градски (реф.)		
Остали	1,02 (0,88-1,18)	>0,05	/	
РЕГИОН		Јужна/Источна Србија (реф.)		
Војводина	1,54 (1,26-1,89)	<0,01*	1,67 (1,32-1,98)	<0,01*
Београд	1,74 (1,41-2,14)		2,33 (1,85-2,92)	<0,01*
Шумадија/Западна Србија	0,73 (0,59-0,89)		0,74 (0,6-0,92)	<0,05*

СТЕПЕН ОБРАЗОВАЊА		Виша/висока школа (реф.)	
Основна школа	1,44 (1,16-1,79)	<0,05*	1,46 (1,13-1,88) <0,05*
Средња школа	1,15 (0,9-1,46)		1,13 (0,88-1,44) >0,05
МАТЕРИЈАЛНО СТАЊЕ		Богати (реф.)	
Сиромашни	1,39 (1,17-1,65)	<0,01*	1,58 (1,23-1,94) <0,01*
Просечни	1,08 (0,86-1,35)		1,22 (0,96-1,55) >0,05

5.13.2. Здравствено стање испитаника

Униваријантном регресионом анализом као значајни предиктори нестварених здравствених потреба издвојена је самопроцена здравља (OR=0,63; 95% CI=0,58-0,68), присуство хроничне болести (OR=2,29; 95% CI=1,87-2,81) и готово сви дуготрајни поремећаји здравља, хипертензија (OR=1,37; 95% CI=1,17-1,61), коронарна болест (OR=1,49; 95% CI=1,28-1,74), хиперхолестеролемија (OR=1,53; 95% CI=1,29-1,81), артроза (OR=1,79; 95% CI=1,53-2,11), хронични проблеми са вратним делом кичме (OR=1,64; 95% CI=1,39-1,93), хронични проблеми са леђима (OR=1,77; 95% CI=1,52-2,05), уринарна инконтиненција (OR=1,86; 95% CI=1,52-2,27), проблеми са бубрезима (OR=1,62; 95% CI=1,31-2,01), депресија (OR=2,12; 95% CI=1,71-2,64), алергија (OR=1,55; 95% CI=1,23-1,97), хронични бронхитис (OR=1,52; 95% CI=1,19-1,94), инфаркт миокарда (OR=1,52; 95% CI=1,17-1,97), астма (OR=1,57; 95% CI=1,2-2,06), мождани удар (OR=1,7; 95% CI=1,27-2,28), малигна неоплазма (OR=1,66; 95% CI=1,11-2,49).

Мултиваријантном регресионом анализом варијабли који су у униваријантном моделу показали статистичку значајност у целини објашњава се између 6,4% (Cox & Snell R Square) и 8,9% (Nagelkerke R Square) варијансе неоставарених здравствених потреба и тачно класификује 68% случајева. Статистички значајни предиктори били су: самопроцена здравља, постојање дуготрајне болести, повишене вредности масноће у крви (холестерол), артроза, хронични проблеми са леђима, уринарна инконтиненција и присуство депресије. Најдоминантнији предиктори јесте самопроцена здравља, уз дуготрајну болест и депресију. Испитаници који сопствено здравље процењују као лоше/врло лоше 2, а испитаници чији је здравље просечно 1,5 пута чешће пријављују неостварене здравствене услуге у поређењу са испитаницима који су доброг/врло доброг здравља. Испитаници који имају хронични поремећај здравља 1,5 пута чешће нераеализују здравствене услуге у поређењу са испитаницима који немају дуготрајне болести. Испитаници који имају повишене вредности холестерола 1,2 пута чешће, а испитаници који болују од артрозе, имају хронични проблем са леђима, односно уринарну инконтиненцију 1,3 пута чешће нераеализују потребну здравствену заштиту у поређењу са здравим испитаницима. Пацијенти који болују од депресије имају 1,4 пута више неостварене здравствену услуге у поређењу са здравим испитаницима (Табела 17).

Табела 17. Хронични поремећаји здравља у претходних 12 месеци као предиктори неостварених здравствених потреба

Поремећаји	УНИВАРИЈАНТНА	МУЛТИВАРИЈАНТНА
------------	---------------	-----------------

здравља	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
САМОПРОЦЕНА ЗДРАВЉА		Добро/веома добро		
Лоше/веома лоше	1,74 (1,48-2,04)	<0,01*	2 (1,54-2,59)	<0,01*
Просечно	2,99 (2,4-3,72)		1,53 (1,2-1,96)	<0,05*
ДУГОТРАЈНА БОЛЕСТ	2,29 (1,87-2,81)	<0,01*	1,47 (1,16-1,86)	<0,05*
Хипертензија	1,37 (1,17-1,61)	<0,01*	>0,05	
Коронарна болест срца	1,49 (1,28-1,74)	<0,01*	>0,05	
Шећерна болест	1,19 (0,99-1,42)	>0,05	>0,05	
Повишена масноћа	1,53 (1,29-1,81)	<0,01*	1,22 (1,01-1,47)	<0,05*
Артроза	1,79 (1,53-2,11)	<0,01*	1,24 (1,03-1,5)	<0,05*
Проблем са вратном кичмом	1,64 (1,39-1,93)	<0,01*	>0,05	
Проблем са леђима	1,77 (1,52-2,05)	<0,01*	1,3 (1,07-1,58)	<0,05*
Уринарна инконтиненција	1,86 (1,52-2,27)	<0,01*	1,31 (1,05-1,65)	<0,05*
Проблеми са бубрезима	1,62 (1,31-2,01)	<0,01*	>0,05	
Депресија	2,12 (1,7-2,64)	<0,01*	1,46 (1,14 - 1,86)	0,05*
Алергија	1,55 (1,23-1,97)	<0,01*	>0,05	
Хронични бронхитис	1,52 (1,19-1,94)	<0,05*	>0,05	
Инфаркт миокарда	1,52 (1,17-1,97)	<0,05*	>0,05	
Астма	1,57 (1,2-2,06)	<0,05*	>0,05	
Мождани удар	1,7 (1,27-2,28)	<0,01*	>0,05	
Малигно обољење	1,66 (1,11-2,49)	<0,05*	>0,05	
Цироза јетре	0,54 (0,15-1,92)	>0,05	>0,05	

5.13.3. Незгоде, повреде, бол и функционална ограничења/способности

Незгоде у кући (OR=1,91; 95% CI=1,36-2,68), присуство боли у претходних 12 месеци (OR=1,41; 95% CI=1,32-1,5), утицај бола на обављање свакодневних активности (OR=1,43; 95% CI=1,24-1,65) и ограничења у обављању уобичајених активности

(OR=1,51; 95% CI=1,37-1,66) представљају значајне предикторе нестварених здравствених потреба, према униваријантној регресији (Табела 18).

Статистички значајан допринос мултиваријантном моделу дале су следеће варијабле: незгоде у кући и ограничења у обављању уобичајених активности.

Статистички значајним варијаблама објашњава се између 2,6% (Cox & Snell R Square) и 3,6% (Nagelkerke R Square) варијансе неоставарених здравствених потреба и тачно класификује 66,3% случајева.

Испитаници који су имали незгоду у кући која је проузроковала повреду у претходних годину дана 1,8 пута чешће нису остварили потребну здравствену заштиту у поређењу са испитаницима који нису имали незгоду, нити повреду.

Код испитаника који су у протеклих 6 месеци или дуже били ограничени у обављању уобичајених активности (које други обично обављају) изостала је потребна здравствена услуга, код испитаника који су били озбиљно ограничени 2,3 пута чешће, а код испитаника чије ограничење није било озбиљно 1,7 пута чешће у поређењу са испитаницима који нису имали ограничења (Табела 18).

Табела 18. Незгоде, повреде, бол и функционална ограничења у претходних 12 месеци као предиктори неоставарених здравствених потреба

Категорије	УНИВАРИЈАНТНА		МУЛТИВАРИЈАНТНА	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
НЕЗГОДА У САОБРАЋАЈУ	3,28 (0,78-13,74)	>0,05	/	
НЕЗГОДА У КУЋИ	1,91 (1,36-2,68)	<0,01*	1,76 (1,25-2,49)	<0,05*
НЕЗГОДА, СЛОБОДНЕ АКТИВНОСТИ	1,31 (0,76-2,26)	>0,05		
МЕДИЦИНСКА ПОМОЋ	0,76 (0,42-1,39)	>0,05		
БОЛ	Без бола			
Јак	2,93 (2,39-3,58)	<0,01*	>0,05	
Слаб/умерен	1,78 (1,49-2,13)			
БОЛ И АКТИВНОСТ	Нимало			
Много/веома много	1,84 (1,34-2,53)	<0,01*	>0,05	
Умерено и мало	1,19 (0,88-1,61)			
ОГРАНИЧЕЊА	Без ограничења			
Озбиљно ограничени	2,29 (1,88-2,78)	<0,01*	2,25 (1,84-2,74)	<0,01*
Ограничени, делимично	1,74 (1,45-2,08)		1,74 (1,45-2,09)	<0,01*

5.13.4. Коришћење услуга здравствене заштите

Појединачни предиктори коришћења услуга здравствене заштите, издвојени униваријантном регресионом анализом били су: болничко лечење (OR=1,28; 95% CI=1,05-1,55), услуге дневне болнице (OR=1,46; 95% CI=1,23-1,77) и хитне медицинске помоћи (OR=1,74; 95% CI=1,41-2,16), приватне праксе (OR=1,29; 95% CI=1,07-1,57), традиционалне медицине (OR=1,89; 95% CI=1,23-2,69), посета изабраном лекару у дому здравља (OR=1,34; 95% CI=1,04-1,72) и посета специјалисти (OR=1,28; 95% CI=1,12-1,46). Услугама здравствене заштите у целини објашњава се између 1,6% (Cox & Snell R Square) и 2,2% (Nagelkerke R Square) варијансе неоставарених здравствених потреба и тачно класификује 66,3% случајева.

Мултиваријантном регресионом анализом статистички значајни фактори неостварења потребне здравствене заштите били су коришћење услуга дневне болнице, хитне медицинске помоћи и коришћење услуга традиционалне медицине, као најдоминантнији предиктор.

Неоставрење потребне здравствене заштите код испитаника који су користили услуге традиционалне медицине веће је за 70% у поређењу са испитаницима који нису користили поменуте услуге. Слично, анкетирани који су у претходних годину дана користили услуге хитне медицинске помоћи, 1,6 пута, а дневне болнице 1,2 пута чешће нису реализовали потребну здравствену услугу у поређењу са анкетиранима који ове услуге нису користили (Табела 19).

Табела 19. Коришћење услуга здравствене заштите у претходних 12 месеци као предиктори неостварених здравствених потреба

Категорије	УНИВАРИЈАНТНА		МУЛТИВАРИЈАНТНА	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Болничко лечење	1,28 (1,05-1,55)	<0,05*	>0,05	
Дневна болница	1,46 (1,23-1,77)	<0,01*	1,27 (1,03-1,56)	<0,05*
Ванболничка здравствена заштита	1,24 (0,98-1,57)	>0,05	/	
Кућна нега и лечење	1,24 (0,89-1,74)	>0,05	/	
Хитна помоћ	1,74 (1,41-2,16)	<0,01*	1,56 (1,24-1,96)	<0,01*
Услуге приватне праксе	1,29 (1,07-1,57)	<0,05*	>0,05	
Услуге традиционалне медицине	1,89 (1,23-2,69)	<0,05*	1,69 (1,14-2,51)	<0,05*
Посета изабраном лекару				
Пре мање од 12 месеци				
Пре више од 12 месеци	0,73 (0,56-0,94)	<0,05*	/	
Никада	1,26 (0,21-7,57)			
Посета специјалисти				
Пре више од 12 месеци				
Пре мање од 12 месеци	1,93 (1,18-3,17)	<0,05*	/	
Никада	1,56 (0,94-2,57)			

Посета гинекологу		Пре мање од 12 месеци	
Пре више од 12 месеци	0,78 (0,58-1,07)	>0,05	/
Никада	1,05 (0,64-1,73)		

6. ДИСКУСИЈА

Наше истраживање евалуира бројне предикторе и исходе неостварених здравствених потреба старијег становништва у Републици Србији. На предикторе и исходе утичу бројни демографски и социоекономски фактори, пол, место становања, образовни ниво, материјално стање испитаника и друго. Структура узорка према полу говори о већој заступљености жена (56,8%) у односу на испитанике мушког пола (43,2%). У Србији као

и у суседним земљама, постоји већи број жена у односу на мушкараце, што представља последицу комбинације биолошких, демографских и социјалних фактора. Жене генерално живе дуже од мушкараца због биолошких разлика, како популација стари, велики проценат становништва у највећем броју случајева чине старије особе, међу којима доминирају особе женског пола због њиховог дужег животног века. Здравствени ризици који утичу на животни век и здравствени потенцијал, попут попут веће заступљености конзумирања цигарета, алкохолних пића, као и физички тежак рад и рад у области ризичних занимања, такође евидентно доприносе већој смртности међу мушкарцима у старијој одраслој животној доби. Друштвене прилике, ратови и оружани конфликти који су погодили Србију у прошлости резултирали су већим губицима међу мушкарцима, што је додатно променило полну структуру нашег становништва. На тренд кретања полне структуре становништва као демографског параметра утичу и миграције, у прошлости наше државе мушкарци су често у потрази за послом напуштали земљу, ови фактори могу допринети већем броју жена у земљи. Сви наведени предиктори и демографски фактори заједно, доприносе да у посматраном узорку има више жена него мушкараца, а разумевање ових резултата може помоћи у стварању адекватних социјалних и здравствених политика. Према старосним категоријама, највећи број испитаника у посматраном узорку је старости од 65 до 69 година (29,9%). Повећање броја старијег становништва у земљама Европе представља демографски тренд дуги низ година у назад. Бројне земље Европе и Балкана се суочавају са овим демографским трендом који доводи до повећања неостварених здравствених потреба, посматрајући све категорије старијег становништва, код њих су присутније неједнакости у доступности здравствене заштите и присутне су баријере у доступности и приступачности здравствених услуга (53-57).

Бугарска и друге земље из региона суочавају се са сличним демографским трендовима када је у питању пројекција старог становништва (58).

Највећи број испитаника у посматраном узорку је у брачној заједници (55,5%), старије особе које су у категорији самаца чине такође велики проценат посматране популације, што може утицати на њихово социјално функционисање и благостање (44,5%). Брак и уопште живот у заједници, има значајан утицај на здравствени потенцијал старијих особа и може бити веома користан за њихово физичко, ментално и социјално благостање. Истраживања показују да старије особе које су у браку често имају боље здравствене исходе у поређењу са другим неожењеним, неодатим или удовцима у популацији старог становништва. Брак пружа значајну емоционалну подршку и потпору која је важна за ментално здравље, смањујући ризик од депресије и анксиозности. Поред тога, супружници често подстичу здраве навике, као што су редовни лекарски прегледи, здрава исхрана и физичка активност. У случају болести или функционалних ограничења, брачни партнери могу пружити неопходну негу и подршку у лечењу и здравственом третману, што може довести до бржег опоравка и бољег квалитета живота ове популације. Старије особе у браку или заједници, такође имају већи осећај сигурности и стабилности, што позитивно утиче на њихово укупно здравље и на све детерминанте здравља. Овакве социјалне прилике старије популације могу имати утицај на оствареност здравствених потреба, јер су супружници, поред деце и шире породице, најближа подршка у помоћи која је неопходна да се реализују здравствене потребе, лекарски прегледи и набави неопходна медицинска терапија (59, 60).

У нашем истраживању највећи број испитаника је из градске средине (53,8%), док је из руралног подручја 46,2% испитаника старије животне доби. Када посматрамо

пројекцију старог становништва према регионима, највећи број испитаника живи на подручју Шумадије и Западне Србије (28,6%), Јужне и Источне Србије (26%), Војводине (25%) и главног града републике Београда (20,4%). Старије особе које живе на територији руралних подручја могу бити у неповољнијем положају када је реч о остваривању здравствених потреба због бројних фактора који утичу на приступачност и доступност здравственог система и услуга здравствене заштите. Једна од главних баријера је географска неприступачност и физичка удаљеност старачких домаћинстава и здравствених установа, институција и амбуланти. У неприступачним сеоским домаћинствима дешава се да је најближа установа здравствене заштите удаљена десетине километара, што представља велики изазов за старије особе које имају бројна функционална ограничења, хроничне болести и друге проблеме који отежавају могућности за превоз и ефикасан транспорт. Руралне средине, посебно у зимским месецима могу бити посебно неприступачна места за екипе кућног лечења или хитне медицинске помоћи, што такође може довести до настанка неостварених здравствених потреба. У руралним срединама наше државе често недостаје установа здравствене заштите која ради свакодневно, оно што такође чини велику баријеру у доступности квалитетне здравствене заштите је недоступност специјализованих прегледа од стране лекара специјалисте и комплексније дијагностике. Старије особе најчешће морају путовати у веће градове ради специјалистичких прегледа и сложенијих медицинских третмана. Ово може резултирати дужим временом чекања и мањим квалитетом услуга, што је посебно проблематично за старије особе које често имају комплексне здравствене потребе. Недостатак здравствено васпитних едукација за старије грађане у руралним подручјима може значити да старији становници нису адекватно и правовремено информисани о доступним здравственим услугама или превентивним прегледима. Неинформисаност и здравствена неписменост особа у руралним срединама може имати за последицу, мању учесталост посета лекару и каснијег откривања болести или компликација, што може имати озбиљне последице по укупан здравствени потенцијал посматране популације. Овакве наводе поткрепљују и истраживачи са Аустралијског Националног Универзитета, који сматрају да иновативне здравствене политике могу довести до превазилажења неприступачности здравствене заштите старих у руралним срединама (61-63).

У нашем истраживању, највећи број испитаника у посматраном узорку чине особе које су без завршене основне школе или само са завршеном основном школом (55,3%), што је веома алармантан податак који захтева пажњу доносиоца одлука и креатора здравствених политика. Испитаници у посматраном узорку који имају средњу школу чине 29,8%, док је најмањи проценат испитаника старије животне доби који имају више или високо образовање (14,9%). Образовање је важан предиктор који утиче на однос према здрављу и формирање здравствене културе са аспекта појединца или заједнице. Нижи образовни ниво старије популације може значајно утицати на настанак неостварених здравствених потреба и недовољно коришћење здравствених услуга у посматраној популацији. Старији грађани са нижим нивоом образовања често поседују мањак знања о својим здравственим правима и доступним услугама здравствене заштите у својој заједници, ови аспекти могу довести до недостатка иницијативе за тражење медицинске помоћи. Недовољно знања које узрокује непознавање система здравствене заштите може резултирати тиме да старије особе не знају где и како да приступе потребним здравственим услугама, посебно када је реч о специјализованој нези или превентивним програмима. Нижи образовни ниво је често повезан са нижим здравственим писменошћу, што подразумева слабије разумевање здравствених информација и упутстава од стране медицинског особља. Ово може отежати разумевање

важности редовних медицинских прегледа и праћења хроничних болести, што доводи до неостварених здравствених потреба услед ређих посета лекару и слабије контроле сопственог здравственог стања. Старије особе са нижим образовањем могу бити више изложене дезинформацијама, инфодемији и народним уверењима о здрављу и лечењу, што их може одвратити од тражења стручне медицинске помоћи. Економски фактори повезани са нижим образовним нивоом могу додатно ограничити приступ здравственим услугама. Особе са нижим образовањем често имају мање финансијске ресурсе, што може утицати на могућност приступачности за здравствене услуге које не покрива здравствено осигурање, превоз до здравствених установа или куповину неопходних лекова. Особе са нижим образовањем могу имати ограничену социјалну мрежу и мање подршке од стране породице и заједнице у тражењу и коришћењу здравствених услуга. Све ове баријере могу довести до значајних неједнакости у погледу здравствених потреба и приступа здравственим услугама међу старијим становништвом, где особе са нижим образовним нивоом често остају у категорији становништва са високим процентом неостварених здравствених потреба (64-68).

Наше истраживање показује да највећи проценат испитаника старије животне доби чине испитаници из категорије сиромашних (55,8%), богати (26,4%) и просечног материјалног статуса (17,8%). Сиромаштво је један од најтежих предиктора неостварених здравствених потреба. Резултати нашег истраживања сврставају материјални статус као један од најдоминантнијих предиктора за настанак неостварених здравствених потреба и као један од најчешћих ризика за неједнакости у доступности здравствене заштите. Испитаници у нашем посматраном узорку који су неповољног социоекономског статуса 1,6 пута чешће имају неостварене здравствене потребе у поређењу са категоријом богатог становништва. Амерички истраживачи такође долазе до сличних резултата, где неједнакости у социоекономском статусу старијих грађана представљају један од главних узрока неопстварених здравствених потреба и негативних здравствених исхода. Нижи материјални статус може довести до бројних здравствених компликација и лошег здравственог потенцијала старије популације, услед неједнакости у доступности здравствене заштите (69).

Социоекономски статус има веома важну улогу у одређивању здравственог стања старијих грађана, а посебно лош материјални статус може имати бројне негативне последице за ову популацију. Особе са ниским примањима често имају неадекватан приступ квалитетној здравственој заштити, што може резултирати у недовољној или неадекватној медицинској нези и здравственом третману. Низак материјални статус старијих грађана значајно ограничава могућност набавке лекова, плаћања додатних специјалистичких прегледа, третмана и процедура, као и превоза до здравствених институција и установа на свим нивоима здравствене заштите. У условима сиромаштва, приоритети су често усмерени на основне животне потребе, попут хране, воде и становања, што оставља мало простора за додатне трошкове везане за здравље. Недостатак финансијских ресурса такође може утицати на животне услове старијих особа и на њихове активности дневног живота. Лоша хигијена, неадекватно становање, и недовољан приступ чистој води могу погоршати здравствено стање и повећати ризик од акутних инфекција и хроничних болести. Поред директних материјалних ограничења, лош материјални статус често је повезан са повећаним стресом и психолошким оптерећењем старије популације. Хронични стрес због финансијских проблема може допринети развоју и погоршању менталних болести као што су депресија и анксиозност, што у великој мери утиче на опште здравствено стање старе особе. Психолошка оптерећења такође могу утицати на спремност и могућност да се траже и користе

здравствене услуге, што води у бројна погоршања здравља и немогућности адекватне здравствене заштите. Старије особе које имају низак материјални статус имају мање могућности за здраве животне навике. Исхрана богата воћем, поврћем, месом и другим нутритивно вредним намирницама често је финансијски недоступна, што резултира доминантно лошијом исхрани и повећаном ризику од нутритивних дефицита и хроничних болести попут шећерне болести, гојазности и кардиоваскуларних обољења. Недостатак финансијских средстава такође ограничава могућност учествовања у дозираним физичким активностима и рекреативним програмима за старије особе, који су важни за одржавање физичког здравља и функционалних способности. Социоекономске неједнакости утичу на квалитет и дужину живота старијих особа, при чему они са лошијим материјалним статусом често имају краћи животни век и већи број здравствених проблема и компликација. Низак материјални статус старијих грађана значајно утиче на здравствени потенцијал кроз ограничен приступ здравственим услугама, лошије животне услове, повећан стрес, неадекватну исхрану, смањену физичку активност и социјалну изолацију. Сви ови предиктори доводе до неостварених здравствених потреба услед лошег материјалног стања (70-76).

Утицај самопроцене сопственог здравља старијег становништва има велики утицај на настанак и развој неостварених здравствених потреба. У нашем истраживању највећи број испитаника у посматраном узорку сматра да је њихово здравље просечно (37,7%). Сваки трећи испитаник је своје здравље оценио као лоше, што је велики удео у односу на укупан број испитаника. Само 2,9% испитаника у посматраном узорку своје здравље оцењује као добро или веома добро. Укупно 96,8% испитаника у нашем истраживању који своје здравствено стање оцењују негативно имају неку хроничну болест у последњих годину дана или дуже. Фински истраживачи долазе до сличних резултата, у којима бројни предиктори као што су хроничне болести и стања, физичка активности и функционална ограничења такође представљају важне факторе утицаја на самопроцену сопственог здравља, као субјективне оцене здравственог потенцијала (77).

Самопроцена сопственог здравља има веома важну улогу у настанку неостварених здравствених потреба код старијег становништва. Генерално самопроцена здравља представља субјективну оцену појединца о његовом здрављу, и значајно утиче на одлуке о потрази и коришћењу здравствених услуга, као и оптерећењу здравственог система. Старије особе које сматрају да је њихово здравље задовољавајуће често не траже медицинску помоћ или здравствену услугу чак и када имају објективне здравствене тегобе. Из друге перспективе, старије особе које процењују своје здравље као незадовољавајуће или лоше, имају тенденцију да траже здравствене услуге чешће. Када старије особе имају негативну самопроцену сопственог здравственог потенцијала и општег здравља, могу доживљавати анксиозност и стрес, што додатно компликује њихово здравствено стање и повећава потребу за медицинском негом и интервенцијом. Када старије особе препознају потребу за здравственом услугом, могу се суочити са недостатком информација, компликованим процедурама или недостатком подршке у тражењу одговарајуће неге или третмана. Сви наведени фактори доприносе настанку неостварених здравствених потреба, јер старији људи често нису у могућности или нису довољно оснажени да истрају у тражењу здравствене помоћи. Културни и друштвени предиктори могу утицати на самопроцену здравља. Старије особе које немају развијену здравствену културу могу услед осећаја срамоте бити у ситуацији да прикривају здравствене проблеме и трпе одређене здравствене тегобе и да минимизирају потребе за здравственом заштитом. Овакав негативан став и негативан стил живота, може довести до занемаривања здравствених проблема, који временом постају озбиљнији и теже се

лече. Самопроцена здравља значајно утиче на настанак неостварених здравствених потреба код старијег становништва. Необјективна процена сопственог здравља може резултирати занемаривањем битних здравствених проблема (78-80).

Истраживачи са Медицинског Универзитета Силесија из Пољске, такође долазе до резултата да су важни предиктори који утичу на самопроцену здравља присуство хроничне болести и функционална ограничења, особе које припадају овој групацији своје здравље оцењују као незадовољавајуће, односно самопроцена здравља има нижи скор (81).

Када посматрамо хроничне болести и стања, у нашем истраживању, велики број старијих испитаника је имао дуготрајну болест или здравствени проблем (75,9%). Овај проценат се односи на здравствене тегобе које су биле присутне у посматраној популацији претходних 12 месеци и дуже. Најучесталији здравствени проблем који имају испитаници од 65 и више година старости су кардиоваскуларна обољења, повишен крвни притисак (65,8%), коронарна болест или ангина пекторис (28,8%), шећерна болест (18,2%) и друге болести хроничног тока. Сваки трећи испитаник у нашем истраживању (36,6%) који има хроничне болести има присутне неостварене потребе за здравственом заштитом. Присуство хроничних болести доводи до озбљних компликација здравственог стања старијих грађана и важан су предиктор за настанак неостварених здравствених потреба. Услед присуства хроничних болести потребе за здравственом заштитом и здравственим услугама посматране популације су веће (82).

Присутне неостварене потребе за здравственом заштитом могу довести до иреверзибилних компликација хроничних болести и смртог исхода (83). Наши резултати истраживања се подударају са резултатима које су добили други истраживачи, који такође наводе кардиоваскуларне болести као једну од најчешћих категорија хроничних болести и стања, неостварене здравствене потребе у нашем истраживању је имало 38% пацијената са коронарном болести, што је предиктор идентификован и у другим студијама (84).

Неостварене потребе за здравственом заштитом представљају круцијални предиктор код пацијената из популације старих са другим хроничним обољењима или стањима. Особе са метаболичким поремећајима, шећерном белести, обољењима локомоторног система, такође су у ризику за развој неостварених здравствених потреба услед недоступности или неприступачности адекватној и квалитетној здравственој заштити. До оваквих резултата су дошли и други истраживачи (85, 86).

Белгијски истраживачи са Универзитета Antwerp, су дошли до сличних резултата када је реч о неједнакостима у здравственој заштити психијатријских пацијената, то се поклапа са нашим резултатима у којима је депресија један од најдоминантнијих предиктора неостварених потреба за здравственом заштитом. Такође резултати истраживача из Белгије истичу да материјалне неједнакости и баријере у смислу предугог чекања на преглед или услугу, представљају снажан предиктор који може имати негативне исходе у задовољавању здравствених потреба (87).

Неостварене потребе за здравственом заштитом је имало 108 испитаника након инфаркта миокарда, повећана потреба за здравственом заштитом ових пацијената услед инфаркта миокарда и хроничних последица након њега идентификована је и од стране истраживача из Јапана (88).

Неостварене здравствене потребе код пацијената са малигним неоплазмама може битно утицати на дужину и квалитет живота ове популације (89). Хроничне болести или стања у популацији старих су један од кључних фактора који могу довести до неостварених здравствених потреба ове популације. Са старењем, људи су све изложенији настанку хроничних стања као што су шећерна болест, кардиоваскуларне болести, хронична опструктивна болест плућа, артритис и друга стања. Контрола хроничних болести захтева континуирану и мултидисциплинарни медицинску негу и лечење, укључујући редовне медицинске прегледе, специјализоване терапије и процедуре, специјалистичке консултације и често хоспитално лечење. Старији људи са присутним хроничним болестима се суочавају са многим баријерама и препрекама у реализацији потребне здравствене заштите и здравствених услуга. Једна од главних препрека је финансијска ограниченост, јер трошкови дугорочног лечења и медицинских услуга могу бити веома високи, што доводи до тога да многи старији пацијенти одлажу или у потпуности избегавају потребне здравствене услуге. Старија популација веома често има смањену способност покретљивости и транспортне потешкоће, што отежава њихову могућност да редовно посећују здравствене установе и контролишу хроничне болести. Ови предиктори се погоршавају у популацији старих у руралним срединама, који због удаљености и неприступачности здравствених установа такође могу бити изложени неоствареним здравственим потребама. Веома је важна улога породице и социјалне мреже контаката како би старије особе са хроничним болестима задовољиле потребу за здравственом заштитом (90-93).

У нашем истраживању незгоде и повреде старије популације посматране у истраживачкој студији десиле су се у кући (4,3%) у претходних 12 месеци. Велики проценат (45,1%) испитаника у посматраном узорку, који су доживели незгоде или повреде у кућним условима пријавило је неостварене здравствене потребе. Падови и повреде у кући представљају значајан предиктор неостварених здравствених потреба међу старијим особама. Са старењем, смањује се физичка снага, координација и равнотежа, што повећава ризик од падова. Старије особе су склоније преломима и другим врстама повреда које могу захтевати медицинску интервенцију и дуготрајну рехабилитацију. Осим физичких повреда, падови могу изазвати и психолошке последице, као што су страх од поновног пада, анксиозност и депресија, што додатно утиче на њихову спремност да потраже медицинску помоћ. Недостатак адекватне неге и рехабилитације након повреда може довести до дуготрајних здравствених компликација, смањене покретљивости и погоршања здравственог потенцијала, чиме се стварају додатне баријере за остваривање потребне здравствене заштите или здравствене услуге. Здравствено васпитни рад са овом популацијом на тему превенције пада и адекватног реаговања у случају повреда кључан је за смањење неостварених здравствених потреба у овим ситуацијама код старијих особа (94, 95).

Бол је имало 67,9% испитаника старије животне доби, јак и изразито јак бол имало је 24,3% испитаника, док је умерен бол имало 43,6%. Холандски истраживачи такође долазе до резултата који се подударају са нашим подацима, да присуство бола код старијих особа представља један од доминантних предиктора који утиче на настанак здравствених потреба, а самим тим може бити одредница настанка неостварених здравствених потреба и негативних здравствених исхода у посматраној популацији (96).

Бол као ограничење значајно утиче на неостварене здравствене потребе старијих лица, нарочито у смислу транспорта и додатног лечења. Старије особе које трпе хроничне

болове веома често имају смањену покретљивост и самосталност при ходу, што им отежава или онемогућава самосталан одлазак у здравствене установе свих нивоа здравствене заштите. Проблеми и баријере у остваривању здравствене заштите ове врсте посебно постају изражени код оних особа које живе саме и немају редовну помоћ или подршку породице или пријатеља, као и код особа које живе у неприступачним руралним срединама. Ограничена могућност кретања чини их зависним од услуга превоза или приватних здравствених услуга које захтевају додатна материјална издавања која утичу на њихов социоекономски баланс, што често може бити финансијски неприступачно. Бол може довести до тога да старије особе избегавају редовне прегледе и неопходне терапије због страха од додатне физичке нелагодности или бола током транспорта и прегледа. Нередовна контрола здравственог стања и праћење хроничних болести може резултирати погоршањем здравственог стања и већим ризиком од компликација, услед неправовремене здравствене услуге. Недостатак приступа здравственим установама због бола може довести до изолације и погоршања менталног статуса старије особе, што додатно компликује њихову способност да траже и добију адекватну здравствену помоћ или здравствене услуге (97-99).

У нашем истраживању функционална ограничења старих лица су била присутна у категорији озбиљних функционалних ограничења са 25,1%, док највећи број испитаника старије животне доби у посматраном узорку наводи да нису присутна озбиљна функционална ограничења (41,1%). Статистички значајни предиктори неостварених здравствених потреба, према нашој истраживачкој студији су присуство незгоде или повреда у кућним условима и ограничења у обављању активности дневног живота. Испитаници старије животне доби у посматраном узорку, који имају функционална ограничења у претходном периоду од шест месеци и дуже, били су ограничени у обављању уобичајених активности. Неостварене здравствене потребе идентификоване су 2,3 пута чешће у популацији испитаника који наводе присуство озбиљних функционалних ограничења. Кинески истраживачи такође долазе до сличних резултата са нашим истраживањем, у којима особе старије животне доби услед присутних функционалних ограничења имају значајно присуство неостварених потреба за здравственом заштитом (100).

Функционална ограничења у популацији старијих лица могу значајно допринети развоју и настанку неостварених здравствених потреба. Ограничења оваквог карактера, која укључују потешкоће у обављању уобичајених активности дневног живота као што су ходање, облачење, купање и припрема obroka, могу значајно умањити способност старијих особа да самостално приступе здравственим услугама и здравственом систему генерално. Особе старије животне доби са свим врстама функционалних ограничења имају потребу за интензивнијом здравственом подршком, што им може отежати отежава континуиране лекарске прегледе, рехабилитацију, терапије или болнички третман. Неприступачност у сегменту транспорта и превоза до здравствене установе, као и недостатак приступачности здравственом систему, погађа оне који живе у руралним регионима или немају подршку друштвене околине. Социоекономски предиктори који могу довести до неостварених здравствених потреба утичу на ову популацију старих особа, чији материјални статус често не може да обезбеди додатна средства за лечење или набавку потребне медицинске терапије. Функционална ограничења старих лица могу утицати негативно на све три детерминанте здравља и повећати потребу за здравственом заштитом, самим тим их сврставају у особе које су у ризику за присутне неостварене здравствене потребе. Важно је помоћи старим лицима са присутним функционалним

ограничењима да имају адекватну доступност здравствене заштите и здравственог система (101-103).

У посматраном узорку старијих грађана нашег истражувања, долази се до резултата да је у претходних 12 месеци највећи број испитаника користио услуге здравствене заштите (87,6%). Највећи број испитаника је користио услуге ванболничке здравствене заштите (85,3%) и то управо услуге примарне здравствене заштите, односно посету изабраном лекару у дому здравља (87,4%). Посету лекару специјалисти реализовало је 39,2% испитаника, у временском периоду пре више од дванаест месеци. Док је укупно 57% испитаника лекара специјалисту посетио у периоду мањем од дванаест месеци. На болничком лечењу било је 14,6% испитаника из посматраног узорка старије популације грађана Републике Србије. Истраживачи из Кине, такође су пратили коришћење здравствених услуга у популацији старијег становништва, долазе до сличних резултата у којима ова популација такође најчешће користи услуге ванболничке здравствене заштите, односно амбулатну медицинску негу и лечење (104).

Истраживачи са Универзитета Флорида и Кентаки, који су се бавили коришћењем здравствених услуга старије популације, такође указују да су услуге ванболничке здравствене заштите, амбулантне услуге, услуге хитне помоћи и службе кућног лечења, доминантни предиктори у коришћењу услуга здравствене заштите ове популације (105).

Старије особе имају веће потребе за услугама здравствене заштите због бројних физиолошких, друштвених и првенствено здравствених фактора. Како старимо, наше тело природно пролази кроз промене које могу довести до различитих здравствених проблема, који се односе на оптерећење хроничним болестима, смањену самосталност, функционална ограничења и опадање нивоа физичких и менталних функција. Ове промене захтевају мултидисциплинаран и редован надзор и интервенције које се често могу најефикасније спроводити кроз ванболничку здравствену заштиту и редовне посете изабраном лекару у дому здравља. Хроничне болести као што су шећерна болест, хипертензија, проблеми са локомоторним системом и друге дуготрајне хроничне болести захтевају редовну контролу, праћење и прилагођавање терапије, веома често и рехабилитациони третман, што наглашава важност доступности и приступачности примарне здравствене заштите. Ванболничка здравствена заштита старих лица, укључује посете изабраном лекару, кућну негу и амбулантне прегледе и третмане, има круцијални значај у одржавању здравља и квалитета живота старијих особа. Ове услуге омогућавају рано откривање и лечење здравствених проблема, превенцију компликација и ефикасно управљање хроничним стањима. Редовни прегледи и консултације са изабраним лекаром омогућавају старијим особама да превазиђу ризике од потенцијалних неостварених здравствених потреба. Ово је посебно важно за старије људе који можда имају више коморбидитета, компликације основне болести и захтевају сложене медицинске процедуре које треба да имају координисан приступ различитих здравствених стручњака, односно мултидисциплинарног тима. Примарна здравствена заштита често пружа подршку и едукацију, кроз здравствено васпитни рад о здравом начину живота и самоконтроли сопственог здравља и болести, што може значајно побољшати исходе неостварених здравствених потреба и смањити потребу за хоспитализацијом. Веома је важно да услуге ванболничке здравствене заштите, као што је хитна медицинска помоћ буду доступне свима, а посебно старијим лицима у руралним срединама и особама са функционалним ограничењима и компликованим хроничним здравственим тегобама. Решење овог проблема у здравственом систему неопходно је анализирати систематски и мултидисциплинарим приступом (106-108).

Старија популација има веће потребе за прегледима, лековима и другим медицинским третманима, што може оптеретити здравствени систем и повећати трошкове здравствене заштите (109).

Коришћење здравствених услуга је интерактивна тачка између корисника здравствене заштите и здравственог система, док је доступност здравствених услуга старијим грађанима законска и етичка обавеза свих друштвених актера који утичу на здравствене политике. Стратегије у области здравства, здравствене економије и националне здравствене политике треба да буду прилагођене и доступне старијој популацији, али и рањивим групама старијих грађана, људима који живе сами, из руралних средина и ниског економског статуса (69, 110-112).

Коришћење здравствених услуга смањује могућност неиспуњених здравствених потреба код старије популације (113).

Хрватски истраживачи коришћења здравствених услуга, у здравственом систему који је сличан систему Републике Србије, долазе до сличних резултата, кључно место имају услуге примарне здравствене заштите, 11.535.855 особа затражило је помоћ изабраног лекара у примарној здравственој заштити (114). Светска здравствена организација такође истича де је доступност и приступачност здравствене заштите и здравствених услуга старијим лицима неопходна за очување и унапређење здравственог потенцијала у времену интензивног старења светске популације (115).

Истраживачи са Универзитета Pokhara, имају сличне резултате у коришћењу ванболничке здравствене заштите, у нашем истраживању 85,3% старијих грађана користило је ванболничке здравствене услуге, што се такође поклапа са њиховим резултатима, у којима је разлика мала, старији грађани Непала су користили ванболничке здравствене услуге у укупно 87,5% случајева посматраног узорка испитаника (116).

Кућна нега и лечење коришћени су у 4,4% испитаника у нашем истраживању, истраживачи са Универзитета у Бристолу, такође долазе до резултата да кућна нега и лечење представља важан предиктор доступности здравствене заштите за стара лица (117). Услуге кућне неге и лечења су од кључне важности за старије особе због бројних разлога који доприносе њиховом физичком и менталном благостању и здравственом потенцијалу. Кућна нега омогућава старијим људима да остану у својим домовима, у њима познатом окружењу где се осећају најсигурније. Ово може значајно побољшати њихов квалитет живота и смањити стрес повезан са транспортом до здравствене институције. Останак у кући омогућава очување аутономије и достојанства, што је од посебне важности за психичко здравље старијих особа. Кућна нега такође омогућава персонализовану здравствену негу и медицински третман. Медицински стручњаци који пружају ове услуге могу се фокусирати на специфичне потребе и стања пацијената, пружајући индивидуализовану терапију и подршку. Овај приступ може укључивати праћење хроничних болести, прописивање лекова, физикалну терапију и друге неопходне медицинске интервенције и процедуре, што доприноси бољем здравственом стању и смањује ризик од компликација хроничних болести и стања код старијих особа. Кућна нега пружа веома важну емоционалну и социјалну подршку. Старије особе које имају редован контакт са здравственим радницима, могу имати нижи ниво осећаја усамљености и изолације. Квалитетна кућна нега је позитиван приступ флексибилности и приступачности здравственог система старијим грађанима (118, 119). Укупно 37,6 %

испитаника који су користили услуге кућне неге и лечења пријавило је присуство неостварених здравствених потреба у нашем посматраном узорку старијег становништва.

Услуге хитне медицинске помоћи користило је 11,2% испитаника у нашем истраживању, од тога 44,8% испитаника је имало неостварене здравствене потребе. Са старењем популације важна је доступност ове услуге старијим грађанима са хроничним болестима и функционалним ограничењима, о чему сведоче бројна научна истраживања (120, 121). Укупно 15,4% испитаника старије животне доби у нашем истраживању користило је услуге приватне праксе, 38% испитаника који су користили услуге приватне праксе пријавили су присуство неостварених потреба за здравственим услугама. Кинески истраживачи долазе до сличних резултата, где је такође доминантан јавни здравствени сектор у односу на приватну праксу, која захтева већа финансијска средства за коришћење здравствених услуга (122).

Један од доминантних предиктора са статистике значајним резултатима је и коришћење традиционалне медицине, на коју се ослања 3,2% испитаника у нашем истраживању. Неостварене здравствене потребе имали су испитаници корисници болничке здравствене заштите (38,4%), али и ван болничке здравствене заштите (30,4%).

Важан податак је да 40,8% испитаника који су користили услуге дневне болнице, пријављују присуство неостварених здравствених потреба. Особе које су чешће користиле услуге изабраног лекара у дому здравља, имале су мање неостварених здравствених потреба, слична ситуација је и са резултатима који се односе на посету лекару специјалисти. Укупно 39,8% испитаника које су посетиле гинеколога у периоду протеклих 12 месеци су имале неостварене здравствене потребе. И у Републици Хрватској постоји велики број неиспуњених здравствених потреба (26,3%), у фокусу су старији грађани, они који болују од хроничних болести и слабијег материјалног стања. До сличних резултата смо дошли и у нашој студији, сваки трећи испитаник који је користио амбулантну здравствену заштиту и сваки пети испитаник који није користио ванболничку здравствену заштиту, није добио потребне здравствене услуге (123).

Генерално посматрано, у Републици Србији, на основу последњег Националног истраживања здравља становништва највећи број становника старости 65 и више година је остварио потребну здравствену заштиту. Укупно 31,5% испитаника у посматраном узорку није остварио здравствену заштиту из финансијских разлога, неприступачности превоза и услед дугог чекања на лекарски преглед. Финансијске баријере у остваривању здравствене заштите имао је сваки четврти испитаник (23,2%). Неостварене здравствене потребе старог становништва због финансијских разлога представљају озбиљан изазов за јавноздравствени систем, посебно када је реч о земљама у развоју. Старије особе често имају фиксне и ограничене приходе, што може значајно утицати на њихову способност да приуште додатне здравствене услуге и медицинске интервенције. Пензије представљају главни извор прихода за већину старијих људи, које често нису довољне да покрију све потребе за здравственом заштитом, укључујући трошкове набавке лекова, специјалистичке прегледе, дијагностичке процедуре, транспортне трошкове и неопходне рехабилитационе третмане и помагала. Финансијска ограничења и баријере могу довести до одлагања или потпуног избегавања тражења медицинске помоћи, што је у директној вези са неоствареним здравственим потребама. Особе старије животне доби могу одлагати посете лекару због трошкова прегледа и превоза до здравствене установе, што може резултирати погоршањем здравственог стања и повећаним ризиком од

компликација хроничних болести или акутних медицинских стања. Ово је посебно значајно код хроничних болести које захтевају континуирано праћење, мониторинг и медицински третман. Недостатак новчаних средстава може довести и до непоштовања лекарских препорука, као што је узимање прописаних лекова због неприступачних цена. Финансијски разлози такође могу утицати на квалитет живота старијих особа, јер ограничени ресурси приморавају многе да се одрекну других виталних потреба како би покрили здравствене трошкове. Ово може укључивати штедњу на храни, грејању или другим основним животним потребама, што додатно угрожава њихово здравље и благостање. Недовољна финансијска подршка и недостатак социјалне сигурности могу довести до повећаног нивоа стреса и психичке напетости, што негативно утиче на опште здравствено стање. Старије особе које имају нижа примања често немају приступ приватним здравственим услугама и установама које могу покривати додатне здравствене процедуре које нису обухваћене јавним здравственим осигурањем. Овакви предиктори неостварених здравствених потреба чине значајне баријере у приступу квалитетној здравственој заштити и здравственим услугама. У свим срединама, урбаним и руралним, финансијски разлози значајно утичу на неостварене здравствене потребе старог становништва, ограничавајући њихов приступ неопходним медицинским услугама и негативно се осликавајући на њихово опште здравље и самоперцепцију сопственог здравља. Решавање ових изазова захтева свеобухватне политике које ће обезбедити финансијску подршку, унапредити приступачност здравствених услуга и смањити здравствене неједнакости у деликатном животном периоду, у старости (38, 124).

У нашем истраживању највећи број испитаника из посматраног узорка није остварио потребне медицинске услуге, услуге дијагностике, лечења, рехабилитације и набавке лекова. Бројна истраживања долазе до сличних резултата, који указују на социјалноекономске предикторе неједнакости у доступности здравствене заштите и здравствених услуга (125-128). У нашем истраживању потребну стоматолошку здравствену заштиту није реализовало 12,7% старијих грађана у претходних 12 месеци из финансијских разлога и ограничења. Истраживачи из Њујорка долазе до сличних резултата, у коме је старија популација у већем ризику за неостварене здравствене потребе у области стоматолошке здравствене заштите, стављајући акценат на потребном иновативном приступу у превазилажењу неједнакости у здравственој заштити у посматраној популацији становништва (129).

Истраживачи из Кине, такође потврђују да су финансијски предиктори међу најдоминантнијим факторима ризика за настанак неостварених здравствених потреба и главна баријера у неједнакости стоматолошке здравствене заштите старијих грађана (130). У нашем истраживању, након финансијских ограничења, најдоминантнији предиктор неостварених здравствених потреба је дуго чекање на заказан медицински преглед. Неостварене здравствене потребе из овог разлога имало је 15,8% посматране популације. Истраживачи из Аустралије такође долазе до закључка да предуго чекање на медицински третман, преглед или интервенцију представља један од главних узрока неприступачности и недоступности здравствене заштите, који може довести до настанка неостварених здравствених потреба (131).

Листе чекања и дуго чекање на заказан лекарски преглед или медицински третман представљају озбиљан изазов за здравствени систем, посебно негативно утичу на здравствени потенцијал старије популације. Старије особе често пате од хроничних болести и компликованих здравствених проблема који захтевају брзу и правовремену медицинску интервенцију. Као последица дугог чекања на дијагностичке процедуре,

специјалистичке прегледе или хируршке интервенције, њихово здравствено стање се може значајно погоршати. Одлагање потребних медицинских третмана може довести до компликација које су могле бити спречене благовременом интервенцијом, могу довести до развоја иреверзибилних компликација здравља или се завршити смртним исходом. Старије особе често имају ограничене капацитете да се носе са оваквим изазовима, што их чини још рањивијим у ситуацијама када морају дуго чекати на медицинску помоћ. Листе чекања такође утичу на доступност здравствене заштите јер старије особе могу бити физички немоћне да више пута долазе у здравствене установе или да чекају на услуге које су им неопходне. Ово је посебно значајно у руралним подручјима где је приступ здравственим установама већ отежан због географске удаљености и недовољног броја здравствених институција. За старије особе са функционално ограниченом мобилношћу, често чекање у здравственим установама могу бити физички и психички напорни, што их додатно демотивише да траже потребну здравствену услугу. Предуго чекање на здравствену заштиту може довести старије особе у ситуацију да одустану од неопходних прегледа или третмана због немогућности да их правовремено реализују, што резултира погоршањем здравственог стања и већом потребом за хитним и скупим медицинским интервенцијама у будућности. Дуго чекање на заказане прегледе и здравствене услуге значајно утичу на здравствени потенцијал и доступност здравствене заштите старијим особама. Погоршање здравственог стања, повећана анксиозност и стрес, физичка немоћ и финансијски терет су само неки од негативних предиктора и исхода који се могу избећи креирањем ефикаснијих и доступнијих здравствених услуга за старије грађане (132-134).

У нашем истраживању неостварених здравствених потреба трећи доминантан предиктор за њихов настанак је удаљеност од здравствене установе и проблеми са превозом, оваква ограничења имало је 8,3% испитаника старије животне доби. Велики број истраживања указује да баријере у смислу превоза представљају додатно оптерећење за старије грађане у њиховим активностима дневног живота и у вези са здрављем (135).

Амерички истраживачи из Хановера долазе до сличних резултата у којима удаљеност старих лица од здравствене установе може имати утицаја на њихово остваривање здравствених потреба (136). Удаљеност од здравствених установа и проблеми са превозом представљају значајне препреке које могу утицати интензивно на неостварене здравствене потребе старијих особа и њихову неправовремену реализацију здравствених услуга. Старије особе, нарочито оне које живе у руралним и удаљеним регионима, често су суочене са великим географским баријерама до најближих домова здравља, болница, клиника или других здравствених институција. Велике удаљености могу бити фактор ризика за особе са функционалним ограничењима, старије животне доби, које су већ оптерећене хроничним болестима, смањеном покретљивошћу и другим здравственим компликацијама. Проблеми са превозом додатно отежавају приступ здравственим услугама. Јавни превоз у руралним подручјима је често неразвијен или непостојећи, а приватни превоз може бити прескуп или недоступан за многе старије особе. Многи старији људи више не возе због лошег здравственог стања или смањене способности управљања возилом, што их чини зависним од помоћи других лица из свог окружења. Ова зависност може значајно утицати на њихову способност да благовремено стигну до здравствених установа и добију потребну здравствену услугу. Немогућност адекватног и правовременог приступа здравственим установама може довести до одлагања или потпуног избегавања тражења медицинске помоћи, чак и када је она иницијално доступна. Поред здравствених проблема, удаљеност и превоз могу утицати и на социјалну изолацију

старијих особа, што може додатно погоршати њихово здравствено стање и квалитет живота. Лакши приступ здравственим услугама и подршка у превозу могу значајно побољшати њихово ментално и физичко здравље. Доносиоци одлука и здравствени системи морају узети у обзир географске и транспортне баријере приликом планирања и имплементације здравствених услуга и прављења мреже здравствених установа, посебно примарне здравствене заштите. Побољшање инфраструктуре и обезбеђивање приступачног превоза за старије особе могу значајно смањити неостварене здравствене потребе и омогућити им да добију неопходну негу на време. Овај приступ не само да побољшава здравствене исходе већ и смањује дугорочне трошкове здравственог система кроз превенцију и рано лечење (137-139).

Праћење тренда кретања неостварених здравствених потреба представља кључан аспект у процени ефикасности здравственог система и евалуацији баријера у пружању здравствене заштите. Ови трендови пружају прецизнији увид у то које групе становништва су највише погођене ограниченом доступношћу здравствених услуга и омогућавају идентификацију специфичних баријера које спречавају појединце да остваре своје здравствене потребе. Поређење података из различитих националних истраживања здравља становништва представљају важан податак, омогућавајући да се анализирају разлике у приступу здравственој заштити у контексту различитих демографских и социоекономских фактора. Овакав аналитички приступ не само да указује на постојеће здравствене неједнакости посматране популације, већ пружа и конкретне смернице за креирање здравствених и социјалних политика које ће ефикасније одговорити на здравствене потребе становништва наше државе. Подаци добијени кроз оваква истраживања могу се користити за осмишљавање прецизних интервенција које ће смањити неједнакост у приступу здравственим услугама. Овакав приступ је од суштинске важности за доносиоце одлука, јер омогућава да се политике и ресурси усмере ка најугроженијим категоријама становништва, чиме се доприноси изградњи приступачнијег и ефикаснијег здравственог система (51, 52, 140).

У нашем истраживању долази се до података да је повећан број испитаника старости 65 и више година код којих су идентификоване неостварене здравствене потребе, у 2013. години неостварене здравствене потребе имало је 26,4% испитаника, док је заступљеност неостварених здравствених потреба у 2019. години била 31,5%. У оба национална истраживања здравља становништва, најучесталији разлог за настанак неостварених здравствених потреба старијег становништва су финансијска ограничења.

7. ЗАКЉУЧАК

- ✓ Становници Републике Србије старости 65 и више година сопствено здравље најчешће процењују као просечно. Хипертензија је најчешћа хронична болест.
- ✓ Постоји повезаност самопроцене здравља и присуства хроничне болести.
- ✓ У претходних месец дана двоје од троје испитаника имало је бол, најчешће умереног интензитета, који је узроковао делимичну ограниченост у обављању уобичајених активности.
- ✓ Старо становништво најчешће користи услуге ванболничке здравствене заштите, посету изабраном лекару у дому здравља.
- ✓ Сваки трећи најстарији становник у претходних годину дана није остварио потребну здравствену заштиту, најчешће због финансијских ограничења (сваки пети) или листе чекања (сваки шести).
- ✓ Недостатак финансија најчешће узрокује изостанак медицинске здравствене заштите, али и набавку лекова.

- ✓ Са погоршањем здравственог стања (самопроцена) расте и изостанак потребног облика здравствене заштите.
- ✓ Неостварена здравствена заштита у односу на коришћење здравствених услуга, чешћа је код испитаника који су били на болничком лечењу, који су користили услуге дневне болнице, услуге ванболничке здравствене заштите, хитне медицинске помоћи и услуге приватне праксе.
- ✓ Чешћа посета изабраном лекару и лекару специјалисти доводи до реализације потребне здравствене заштите (пад учесталости неостварених здравствених услуга).
- ✓ У периоду између два Национална истраживања здравља становништва Републике Србије уочава се пораст броја најстаријих становника који нису остварили потребну здравствену заштиту.
- ✓ У поређењу са листама чекања и удаљеношћу здравствене установе, финансије представљају главни узрок пораста неостварења здравствене заштите у периоду између два Национална истраживања здравља.
- ✓ Финансијска ограничења су један од главних узрока неприступачности и недоступности здравствене заштите старијих грађана.
- ✓ Лоше материјално стање, мушки пол, регион Војводине и Београда, лоше здравствено стање (према сопственој процени), присуство хроничног поремећаја здравља, незгоде у кући у протеклих месец дана, болови који узрокују ограничења у обављању уобичајених активности, коришћење услуга дневне болнице, хитне медицинске помоћи и услуга традиционалне медицине, представљају предикторе неостварених здравствених потреба становништва старости 65 и више година у Републици Србији.
- ✓ Неостварене потребе за здравственом заштитом у корелацији су са негативним здравственим исходима, као што су хроничне болести или стања, незгоде или повреде, функционална ограничења, бол.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Cristea M, Noja GG, Stefea P, Sala AL. The Impact of Population Aging and Public Health Support on EU Labor Markets. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(4):1439. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041439>
2. Gavrilović, D. Municipalities and regions of the Republic of Serbia. Statistical Office of the Republic of Serbia. 2023.
3. Old-age dependency ratio in selected European countries in 2022. Доступно на: <https://www.statista.com/statistics/1235704/old-age-dependency-in-europe-by-country/> (23.06.2024.)
4. Kehr j, Syombua Muinde JV, Prince R. Health for all? Past, presents and futures of aspirations for universal healthcare. *Social Science & Medicine*. 319; 2023. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115660>.
5. Kielmann K, Hutchinson E, Mac Gregor H. Health systems performance or performing health systems? Anthropological engagement with health systems research. *Social science & medicine*. 2022;300, 114838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114838>
6. Anderson MR. Families' use of health services: a behavioral model of predisposing, enabling and need components. Purdue University, 1968.

7. Singh AA, Boyle JR. Evaluating quality in clinical care. *Surgery (Oxf)*. 2020 Oct;38(10):632-636. doi: 10.1016/j.mpsur.2020.07.010. Epub 2020 Aug 30. PMID: 32904571; PMCID: PMC7456574.
8. Street A, Smith P. How can we make valid and useful comparisons of different health care systems? *Health Serv Res*. 2021 Dec;56 Suppl 3(Suppl 3):1299-1301. doi: 10.1111/1475-6773.13883. PMID: 34755335; PMCID: PMC8579199.
9. Alves S, Ribeiro O, Paúl C. Unmet needs of informal carers of the oldest old in Portugal. *Health & Social Care in the Community*. 2020;28(6):2408-2417.
10. WHO, Health Systems Strengthening Glossary. Dostupno na: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (17 07. 2022).
11. Carr W, Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Health Serv*. 1976;6(3):417-30. doi: 10.2190/MCG0-UH8D-0AG8-VFNU. PMID: 955751.
12. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med*. 2010 Feb;70(3):465-472. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.027. Epub 2009 Nov 14. PMID: 19914759.
13. Gaskin D, Zare H, McCleary R, Kanwar O, Davis A. Predictors of Unmet Dental Health Needs in US Adults in 2018: A Cross-Sectional Analysis. *JDR Clinical & Translational Research*. 2021;23(8):8-44.
14. Malisauskaite G, Lau Y, Brookes N, Hussein S, Sutton M. Measuring unmet health and care needs among older people using existing data BRIEF. 1st ed. University of Kent: National Institute for Health Reserah; 2021.
15. Miralles O, Sanchez-Rodriguez D, Marco E. Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *European Geriatric Medicine*. 2020;12(1):193-204.
16. Stein J, Liegert P, Dorow M, König H. Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. *Journal of Affective Disorders*. 2019;24(5):998-1006.
17. Šantrić Milićević M, Kostadinović M, Nikolić D, Todorović J. Potential predictors of unmet health needs among the elderly: a population-based study in Serbia. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4):1-3.
18. Han J, Park H. Factors Affecting Unmet Healthcare Needs among Adults with Chronic Diseases. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2021;32(2):131.
19. Takase A, Matoba Y, Taga T, Ito K, Okamura T. Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 23;22(1):1400. doi: 10.1186/s12913-022-08838-x. PMID: 36419047; PMCID: PMC9685835.
20. Taylor H, Holmes AM, Blackburn J. Prevalence of and factors associated with unmet dental need among the US adult population in 2016. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021 Aug;49(4):346-353. doi: 10.1111/cdoe.12607. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33274505; PMCID: PMC9721107..
21. Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries. *Int J Health Econ Manag*. 2020 Mar;20(1):79-98. doi: 10.1007/s10754-019-09271-0. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31297726.
22. Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health*. 2020

- May;48(3):267-274. doi: 10.1177/1403494819863530. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31405329.
23. Resnick B, Boltz M. The Impact of Psychological Status, Social Well-Being, and Physical Function on Healthcare Utilization. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Feb;68(2):241-243. doi: 10.1111/jgs.16331. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31960405.
 24. Ferguson DA, Steinberg BJ, Schwien T. Dental economics and the aging population. *Compend Contin Educ Dent.* 2010 Jul-Aug;31(6):418-20, 422, 424-5. PMID: 20712105.
 25. Olusanya BA, Ashaye AO, Owoaje ET, Baiyeroju AM, Ajayi BG. Determinants of Utilization of Eye Care Services in a Rural Adult Population of a Developing Country. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2016 Jan-Mar;23(1):96-103. doi: 10.4103/0974-9233.164621. PMID: 26957847; PMCID: PMC4759912.
 26. Sigurdardottir AK, Kristófersson GK, Gústafsdóttir SS, Sigurdsson SB, Arnadottir SA, Steingrímsson JA, Gunnarsdóttir ED. Self-rated health and socio-economic status among older adults in Northern Iceland. *Int J Circumpolar Health.* 2019 Dec;78(1):1697476. doi: 10.1080/22423982.2019.1697476. PMID: 31783724; PMCID: PMC6896473.
 27. Muhammad T, Balachandran A, Srivastava S. Socio-economic and health determinants of preference for separate living among older adults: A cross-sectional study in India. *PLoS One.* 2021 Apr 14;16(4):e0249828. doi: 10.1371/journal.pone.0249828. PMID: 33852617; PMCID: PMC8046240.
 28. Miller EA. Older Adults and COVID-19: Implications for Aging Policy and Practice. Routledge. 2021. doi:10.4324/9781003118695
 29. Dorr DA, Quiñones AR, King T, Wei MY, White K, Bejan CA. Prediction of Future Health Care Utilization Through Note-extracted Psychosocial Factors. *Med Care.* 2022 Aug 1;60(8):570-578. doi: 10.1097/MLR.0000000000001742. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35658116; PMCID: PMC9262845.
 30. Walsh CA, Cahir C, Tecklenborg S, Byrne C, Culbertson MA, Bennett KE. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2019 Nov;85(11):2464-2478. doi: 10.1111/bcp.14075. Epub 2019 Sep 6. PMID: 31486099; PMCID: PMC6848955.
 31. Levasseur M., Naud D, Presse N, Delli-Colli N, Boissy P, Cossette B, Couturier Y, Cadieux Genesse, J. Aging all over the place: a multidisciplinary framework that considers place and life trajectories of older adults within their communities. *Quality in Ageing and Older Adults.* 2022, 23:3;150-162. doi:10.1108/QAOA-07-2021-0057
 32. Kvas A, Kvas G. Health Literacy and Health Care Utilization in Austria. *HLRP: Health Literacy Research and Practice.* 2023 Oct;7(4). doi:10.3928/24748307-20231019-01
 33. Pan C, Fan Q, Yang J, Deng D. Health Inequality Among the Elderly in Rural China and Influencing Factors: Evidence from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Oct 20;16(20):4018. doi: 10.3390/ijerph16204018. PMID: 31635191; PMCID: PMC6843958.
 34. Sewell JL, Velayos FS. Systematic review: The role of race and socioeconomic factors on IBD healthcare delivery and effectiveness. *Inflamm Bowel Dis.* 2013 Mar;19(3):627-43. doi: 10.1002/ibd.22986. PMID: 22623078; PMCID: PMC3905682.
 35. Rice DP, Estes CL. Health of the elderly: policy issues and challenges. *Health Aff (Millwood).* 1984 Winter;3(4):25-49. doi: 10.1377/hlthaff.3.4.25. PMID: 6442258.
 36. Shah SA, Safian N, Ahmad S, Nurumal SR, Mohammad Z, Mansor J, Wan Ibadullah WAH, Shobugawa Y, Rosenberg M. Unmet Healthcare Needs Among Elderly

- Malaysians. *J Multidiscip Healthc.* 2021 Oct 15;14:2931-2940. doi: 10.2147/JMDH.S326209. Erratum in: *J Multidiscip Healthc.* 2021 Oct 29;14:3061-3062. doi: 10.2147/JMDH.S346308. PMID: 34703245; PMCID: PMC8526943.
37. Cunningham PJ, Hadley J. Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. *Med Care.* 2007 Sep;45(9):842-50. doi: 10.1097/MLR.0b013e318053678f. PMID: 17712254.
 38. Mitrasevic M, Radovanovic S, Radevic S, Maricic M, Macuzic IZ, Kanjevac T. The Unmet Healthcare Needs: Evidence from Serbia. *Iran J Public Health.* 2020 Sep;49(9):1650-1658. doi: 10.18502/ijph.v49i9.4081. PMID: 33643939; PMCID: PMC7898096.
 39. Detollenaere J, Hanssens L, Vyncke V, De Maeseneer J, Willems S. Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS One.* 2017 Jan 3;12(1):e0169274. doi: 10.1371/journal.pone.0169274. PMID: 28046051; PMCID: PMC5207486.
 40. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr.* 2019 Jul 22;19(1):195. doi: 10.1186/s12877-019-1189-9. Erratum in: *BMC Geriatr.* 2020 Jan 22;20(1):23. doi: 10.1186/s12877-019-1279-8. PMID: 31331279; PMCID: PMC6647108.
 41. Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry.* 2002 Aug 1;52(3):226-35. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01422-1. PMID: 12182928.
 42. Khatrar J, Griffith LE, Jones A, De Rubeis V, de Groh M, Jiang Y, Basta NE, Kirkland S, Wolfson C, Raina P, Anderson LN; Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Team. Symptoms of depression and anxiety, and unmet healthcare needs in adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *BMC Public Health.* 2022 Dec 1;22(1):2242. doi: 10.1186/s12889-022-14633-4. PMID: 36456993; PMCID: PMC9713148.
 43. Kalánková D, Stolt M, Scott PA, Papastavrou E, Suhonen R; RANCARE COST Action CA15208. Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nurs Ethics.* 2021 Mar;28(2):149-178. doi: 10.1177/0969733020948112. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33000674.
 44. Arnault L, Jusot F, Renaud T. Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50 + years during the COVID-19 pandemic in Europe. *Eur J Ageing.* 2021 Sep 5;19(4):811-825. doi: 10.1007/s10433-021-00645-3. PMID: 34512226; PMCID: PMC8418894.
 45. Ayanian JZ. New Research on Access to Care and Unmet Health Needs in the United States from 1998 through 2017. *JAMA Health Forum.* 2020 Jan 23;1(1):e200003. doi: 10.1001/jamahealthforum.2020.0003. PMID: 36218541.
 46. Jeong Wook L. Effect of Unmet Healthcare Needs on Quality of Life. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society.* 2021; 9:283–90.
 47. Zheng Z, Feng T. Self-assessment of Health and Life Satisfaction Among Older Adults. *Trends and Determinants of Healthy Aging in China.* 2022; 151–62.
 48. Mihailovic NM, Kocic SS, Trajkovic G, Jakovljevic M. Satisfaction with Health Services among the Citizens of Serbia. *Front Pharmacol.* 2017 Feb 9;8:50. doi: 10.3389/fphar.2017.00050. PMID: 28232799; PMCID: PMC5299022.

49. Lin W, Yin W, Yuan D. Factors associated with the utilization of community-based health services among older adults in China-an empirical study based on Anderson's health behavior model. *BMC Prim Care*. 2022 May 2;23(1):99. doi: 10.1186/s12875-022-01697-9. PMID: 35501698; PMCID: PMC9063053.
50. Sinha S, Peach G, Poloniecki JD, Thompson MM, Holt PJ. Studies using English administrative data (Hospital Episode Statistics) to assess health-care outcomes--systematic review and recommendations for reporting. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):86-92. doi: 10.1093/eurpub/cks046. Epub 2012 May 10. PMID: 22577123.
51. Милић Н, Станисављевић Д, Крстић М. Истраживање здравља становништва Србије 2019. године. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2019.
52. Илић Д, Грозданов Ј, Крстић М. Резултати истраживања здравља становништва Србије 2013. године. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2013.
53. Sevo G, Davidovic M, Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Tasic M. On aging and aged care in Serbia. *J Cross Cult Gerontol*. 2015 Jun;30(2):217-31. doi: 10.1007/s10823-015-9261-1. PMID: 25943380.
54. Kasekamp K, Habicht T, Vörk A, Köhler K, Reinap M, Kahur K, Laarmann H, Litvinova Y. Estonia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2023 Dec;25(5):1-236. PMID: 38230754.
55. Marois G, Bélanger A, Lutz W. Population aging, migration, and productivity in Europe. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020 Apr 7;117(14):7690-7695. doi: 10.1073/pnas.1918988117. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32205431; PMCID: PMC7149428.
56. Andel R. Aging in the Czech Republic. *Gerontologist*. 2014 Dec;54(6):893-900. doi: 10.1093/geront/gnu047. PMID: 24855314.
57. Marcellini F, Giuli C, Gagliardi C, Papa R. Aging in Italy: urban-rural differences. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007 May-Jun;44(3):243-60. doi: 10.1016/j.archger.2006.05.004. Epub 2006 Aug 14. PMID: 16904766.
58. Pithechkoff N. Aging in the Republic of Bulgaria. *Gerontologist*. 2017 Oct 1;57(5):809-815. doi: 10.1093/geront/gnx075. PMID: 28931119.
59. Stokes JE, Moorman SM. Influence of the Social Network on Married and Unmarried Older Adults' Mental Health. *Gerontologist*. 2018 Nov 3;58(6):1109-1113. doi: 10.1093/geront/gnx151. PMID: 28962022; PMCID: PMC6215455.
60. Watt RG, Heilmann A, Sabbah W, Newton T, Chandola T, Aida J, Sheiham A, Marmot M, Kawachi I, Tsakos G. Social relationships and health related behaviors among older US adults. *BMC Public Health*. 2014 May 30;14:533. doi: 10.1186/1471-2458-14-533. PMID: 24885507; PMCID: PMC4046043.
61. Zheng LX, Walsh EI, Sutarsa IN. Provision of health services for elderly populations in rural and remote areas in Australia: A systematic scoping review. *Aust J Rural Health*. 2023 Oct;31(5):805-825. doi: 10.1111/ajr.13016. Epub 2023 Jul 19. PMID: 37469118.
62. Loftus J, Allen EM, Call KT, Everson-Rose SA. Rural-Urban Differences in Access to Preventive Health Care Among Publicly Insured Minnesotans. *J Rural Health*. 2018 Feb;34 Suppl 1(Suppl 1):s48-s55. doi: 10.1111/jrh.12235. Epub 2017 Mar 14. PMID: 28295584; PMCID: PMC6069955.
63. Martino SC, Elliott MN, Hambarsoomian K, Weech-Maldonado R, Tamayo L, Gaillot S, Haviland AM. Disparities in Care Experienced by Older Hispanic Medicare Beneficiaries in Urban and Rural Areas. *Med Care*. 2022 Jan 1;60(1):37-43. doi: 10.1097/MLR.0000000000001667. PMID: 34812789.

64. Sperandei S, Page A, Spittal MJ, Pirkis J. Low education and mental health among older adults: the mediating role of employment and income. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023 May;58(5):823-831. doi: 10.1007/s00127-021-02149-y. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34357405.
65. Goldberger NF, Haklai Z. Educational level, ethnicity and mortality rates in Israel: national data linkage study. *Isr J Health Policy Res.* 2021 Aug 13;10(1):47. doi: 10.1186/s13584-021-00483-9. PMID: 34389049; PMCID: PMC8364056.
66. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):857-61. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x. PMID: 16881947; PMCID: PMC1831584.
67. Willén L, Berglund A, Bergström S, Bergqvist M, Öjdahl-Bodén A, Wagenius G, Lambe M. Educational level and management and outcomes in non-small cell lung cancer. A nationwide population-based study. *Lung Cancer.* 2019 May;131:40-46. doi: 10.1016/j.lungcan.2019.03.004. Epub 2019 Mar 7. PMID: 31027696.
68. Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I; por el Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España [Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain]. *Gac Sanit.* 2020 May-Jun;34(3):276-288. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.008. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31563284.
69. McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health.* 2020 Jun 18;8:231. doi: 10.3389/fpubh.2020.00231. PMID: 32626678; PMCID: PMC7314918.
70. Ranjbar Ezzatabadi M, Khosravi A, Bahrami MA, Rafiei S. Socio-economic inequalities in health services utilization: a cross-sectional study. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018 Feb 12;31(1):69-75. doi: 10.1108/IJHCQA-04-2017-0059. PMID: 29504844.
71. Mziwira M, Ahaji A, Naciri K, Belahsen R. Socio-economic characteristics, health status and access to health care in an elderly Moroccan community: study of the gender factor. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2022;73(3):341-349. doi: 10.32394/rpzh.2022.0224. PMID: 36169388.
72. LaVeist TA, Pérez-Stable EJ, Richard P, Anderson A, Isaac LA, Santiago R, Okoh C, Breen N, Farhat T, Assenov A, Gaskin DJ. The Economic Burden of Racial, Ethnic, and Educational Health Inequities in the US. *JAMA.* 2023 May 16;329(19):1682-1692. doi: 10.1001/jama.2023.5965. Erratum in: *JAMA.* 2023 Jun 6;329(21):1886. doi: 10.1001/jama.2023.9136. PMID: 37191700.
73. Cheng ML, Xu MR, Xie YY, Gao XL, Wu HJ, Wang X, Feng XP, Tai BJ, Hu Y, Lin HC, Wang B, Zheng SG, Liu XN, Rong WS, Wang WJ, Wang CX, Si Y. Utilisation of Oral Health Services and Economic Burden of Oral Diseases in China. *Chin J Dent Res.* 2018;21(4):275-284. doi: 10.3290/j.cjdr.a41086. PMID: 30264044.
74. Lorenzo-Carrascosa L. La salud de las personas mayores en España durante la crisis económica [The health of the elderly in Spain during the economic crisis]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018 Jan-Feb;53(1):12-14. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2017.01.005. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28669573.
75. Joe W, Rudra S, Subramanian SV. Horizontal Inequity in Elderly Health Care Utilization: Evidence from India. *J Korean Med Sci.* 2015 Nov;30 Suppl 2(Suppl 2):S155-66. doi: 10.3346/jkms.2015.30.S2.S155. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26617450; PMCID: PMC4659869.

76. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: the Spanish case. *Health Policy*. 2012 Feb;104(2):193-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.10.007. Epub 2011 Nov 8. PMID: 22071455.
77. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people--a 5-year longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2001 May;52(9):1329-41. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00249-5. PMID: 11286359.
78. Cunha ACD, Santos Neto ETD, Salaroli LB. Self-assessment of the health status and leisure activities of individuals on haemodialysis. *Sci Rep*. 2022 Nov 27;12(1):20344. doi: 10.1038/s41598-022-23955-7. PMID: 36437346; PMCID: PMC9701773.
79. Zhang B, Wang X, Liu S, Zhang M, He X, Zhu W, Ding H. The relationship between self-assessment living standard and mental health among the older in rural China: the mediating role of sleep quality. *BMC Public Health*. 2023 Mar 8;23(1):449. doi: 10.1186/s12889-023-15157-1. PMID: 36890457; PMCID: PMC9993696.
80. Harris R, Ullman R, Griffiths P. Self-assessment of health and social care needs by older people. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2006;16(4):301-312. doi:10.1017/S0959259807002262
81. Knapik A, Brzęk A, Famuła-Waż A, Gallert-Kopyto W, Szydlak D, Marcisz C, Plinta R. The relationship between physical fitness and health self-assessment in elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jun;98(25):e15984. doi: 10.1097/MD.00000000000015984. PMID: 31232930; PMCID: PMC6636929.
82. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, Han SH. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatr*. 2018 Apr 20;18(1):98. doi: 10.1186/s12877-018-0786-3. PMID: 29678164; PMCID: PMC5910628.
83. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health*. 1997 Mar;87(3):365-70. doi: 10.2105/ajph.87.3.365. PMID: 9096535; PMCID: PMC1381006.
84. Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, De Smedt D, Gale CP, Maggioni AP, Petersen SE, Huculeci R, et al, Atlas Writing Group, European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *Eur Heart J*. 2022 Feb 22;43(8):716-799. doi: 10.1093/eurheartj/ehab892. Erratum in: *Eur Heart J*. 2022 Feb 22;43(8):799. doi: 10.1093/eurheartj/ehac064. PMID: 35016208.
85. Roth SE, Gronowski B, Jones KG, Smith RA, Smith SK, Vartanian KB, Wright BJ. Evaluation of an Integrated Intervention to Address Clinical Care and Social Needs Among Patients with Type 2 Diabetes. *J Gen Intern Med*. 2023 Mar;38(Suppl 1):38-44. doi: 10.1007/s11606-022-07920-8. Epub 2023 Mar 2. PMID: 36864267; PMCID: PMC9980858.
86. Pacheco Barzallo D, Oña A, Gemperli A. Unmet health care needs and inequality: A cross-country comparison of the situation of people with spinal cord injury. *Health Serv Res*. 2021 Dec;56 Suppl 3(Suppl 3):1429-1440. doi: 10.1111/1475-6773.13738. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34386981; PMCID: PMC8579205.
87. Rens E, Dom G, Remmen R, Michielsen J, Van den Broeck K. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health*. 2020 Sep 29;19(1):169. doi: 10.1186/s12939-020-01287-0. PMID: 32993667; PMCID: PMC7526210.
88. Toshima T, Hirayama A, Watanabe T, Goto J, Kobayashi Y, Otaki Y, Wanezaki M, Nishiyama S, Kutsuzawa D, Kato S, Tamura H, Arimoto T, Takahashi H, Shishido T, Konta T, Watanabe M. Unmet needs for emergency care and prevention of

- prehospital death in acute myocardial infarction. *J Cardiol*. 2021 Jun;77(6):605-612. doi: 10.1016/j.jcc.2020.11.013. Epub 2020 Nov 30. PMID: 33272778.
89. Sedrak MS, Freedman RA, Cohen HJ, Muss HB, Jatoi A, Klepin HD, Wildes TM, Le-Rademacher JG, Kimmick GG, Tew WP, George K, Padam S, Liu J, Wong AR, Lynch A, Djulbegovic B, Mohile SG, Dale W; Cancer and Aging Research Group (CARG). Older adult participation in cancer clinical trials: A systematic review of barriers and interventions. *CA Cancer J Clin*. 2021 Jan;71(1):78-92. doi: 10.3322/caac.21638. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33002206; PMCID: PMC7854940.
 90. Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*. 2017 Nov 8;12(11):e0187866. doi: 10.1371/journal.pone.0187866. PMID: 29117216; PMCID: PMC5678705.
 91. Bužgová R, Kozáková R, Juričková L. The Unmet Needs of Patients With Progressive Neurological Diseases in the Czech Republic: A Qualitative Study. *J Palliat Care*. 2019 Jan;34(1):38-46. doi: 10.1177/0825859718800489. Epub 2018 Sep 19. PMID: 30227785.
 92. Ramos LM, Quintal C, Lourenço Ó, Antunes M. Unmet needs across Europe: Disclosing knowledge beyond the ordinary measure. *Health Policy*. 2019 Dec;123(12):1155-1162. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.09.013. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31615622.
 93. Tistad M, Tham K, von Koch L, Ytterberg C. Unfulfilled rehabilitation needs and dissatisfaction with care 12 months after a stroke: an explorative observational study. *BMC Neurol*. 2012 Jun 18;12:40. doi: 10.1186/1471-2377-12-40. PMID: 22708545; PMCID: PMC3477008.
 94. Moksnes HØ, Andelic N, Schäfer C, Anke A, Soberg HL, Røe C, Howe EI, Forslund MV, Røise O, Dahl HM, Becker F, Løvstad M, Perrin PB, Lu J, Sveen U, Hellstrøm T, Rasmussen MS. Unmet rehabilitation needs in the first 6 months post-injury in a trauma centre population with moderate-to-severe traumatic injuries. *J Rehabil Med*. 2024 May 27;56:jrm40078. doi: 10.2340/jrm.v56.40078. PMID: 38803207; PMCID: PMC11151492.
 95. Giofrè-Florio M, Murabito LM, Visalli C, Pergolizzi FP, Famà F. Trauma in elderly patients: a study of prevalence, comorbidities and gender differences. *G Chir*. 2018 Jan-Feb;39(1):35-40. doi: 10.11138/gchir/2018.39.1.035. PMID: 29549679; PMCID: PMC5902142.
 96. Hermesen LAH, Hoogendijk EO, van der Wouden JC, Smalbrugge M, Leone SS, van der Horst HE, Dekker J. Self-perceived care needs in older adults with joint pain and comorbidity. *Aging Clin Exp Res*. 2018 May;30(5):449-455. doi: 10.1007/s40520-017-0795-7. Epub 2017 Jul 7. PMID: 28688079; PMCID: PMC5911275.
 97. Rashid M, Muhammad T, Srivastava S. Back pain and treatment seeking among community-dwelling older adults: Findings from a population-based survey. *Geriatr Nurs*. 2021 Nov-Dec;42(6):1446-1453. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.09.015. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34649102.
 98. Dziechciaż M, Balicka-Adamik L, Filip R. The problem of pain in old age. *Ann Agric Environ Med*. 2013;Spec no. 1:35-8. PMID: 25000839.
 99. Jakobsson U, Klevsgård R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain: a comparative study. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Jul;26(1):625-36. doi: 10.1016/s0885-3924(03)00145-3. PMID: 12850645.
 100. Li C, Zhou R, Yao N, Cornwell T, Wang S. Health Care Utilization and Unmet Needs in Chinese Older Adults With Multimorbidity and Functional Impairment. *J Am*

- Med Dir Assoc. 2020 Jun;21(6):806-810. doi: 10.1016/j.jamda.2020.02.010. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32222351.
101. Torres-de Araújo JR, Tomaz-de Lima RR, Ferreira-Bendassolli IM, Costa-de Lima K. Functional, nutritional and social factors associated with mobility limitations in the elderly: a systematic review. *Salud Publica Mex.* 2018 Sep-Oct;60(5):579-585. doi: 10.21149/9075. PMID: 30550119.
 102. Meulemans L, Alcazar J, Alegre LM, Dalle S, Koppo K, Seghers J, Delecluse C, Van Roie E. Sensor- and equation-based sit-to-stand power: The effect of age and functional limitations. *Exp Gerontol.* 2023 Aug;179:112255. doi: 10.1016/j.exger.2023.112255. Epub 2023 Jul 17. PMID: 37453590.
 103. Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles Á. Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Feb 5;17(3):1006. doi: 10.3390/ijerph17031006. PMID: 32033397; PMCID: PMC7037456.
 104. Aihua H, Chutian C, Lingling L. Self-rated Health Status and Utilization of Health Services in the Elderly. *Chinese General Practice.* 2021;24(7):818–23. doi:10.12114/j5550555
 105. Cheng Y, Goodin AJ, Pahor M, Manini T, Brown JD. Healthcare Utilization and Physical Functioning in Older Adults in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Feb;68(2):266-271. doi: 10.1111/jgs.16260. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31755551.
 106. Dorr DA, King T, Quiñones A. Prediction of Future Health Care Utilization. *Stud Health Technol Inform.* 2022 Jun 6;290:1090-1091. doi: 10.3233/SHTI220282. PMID: 35673220.
 107. Calabrese JM, Rawal K. Demographics and Oral Health Care Utilization for Older Adults. *Dent Clin North Am.* 2021 Apr;65(2):241-255. doi: 10.1016/j.cden.2020.11.003. Epub 2021 Jan 23. PMID: 33641751.
 108. Mog C, Das S, Debbarma N. Utilization Of Health Care Services By Elderly Residing In Rural Health Training Centre Area Of Agartala Government Medical College, West Tripura: A Cross Sectional Study. *Journal of Dental and Medical Sciences.* 2024;23(1):58–63. DOI: 10.9790/0853-2301065863
 109. Walsh CA, Cahir C, Bennett KE. Longitudinal Medication Adherence in Older Adults With Multimorbidity and Association With Health Care Utilization: Results From the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Ann Pharmacother.* 2021 Jan;55(1):5-14. doi: 10.1177/1060028020937996. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32608252.
 110. Zhu L, Peng M, Jiang L, Wang Z. Inequality of opportunity in health service utilization among middle-aged and elderly community-dwelling adults in China. *Arch Public Health.* 2023 Jan 25;81(1):13. doi: 10.1186/s13690-022-01010-1. PMID: 36698213; PMCID: PMC9878938.
 111. Long B, Chang J, Ziogas A, Tewari KS, Anton-Culver H, Bristow RE. Impact of race, socioeconomic status, and the health care system on the treatment of advanced-stage ovarian cancer in California. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Apr;212(4):468.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.1104. Epub 2014 Oct 31. PMID: 25448522.
 112. Sahoo H, Govil D, James KS, Prasad RD. Health issues, health care utilization and health care expenditure among elderly in India: Thematic Review of Literature. *Aging and Health Research.* 2021 Jun;1(2):100012. doi:10.1016/j.ahr.2021.100012
 113. Bataineh H, Devlin RA, Barham V. Unmet health care and health care utilization. *Health Econ.* 2019 Apr;28(4):529-542. doi: 10.1002/hec.3862. Epub 2019 Jan 28. PMID: 30693596.

114. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2019. godinu. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf (19.08.2024).
115. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep;139:6-11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018. Epub 2020 May 26. PMID: 32747042; PMCID: PMC7250103.
116. Acharya S, Ghimire S, Jeffers EM, Shrestha N. Health Care Utilization and Health Care Expenditure of Nepali Older Adults. *Front Public Health*. 2019 Feb 15;7:24. doi: 10.3389/fpubh.2019.00024. PMID: 30828573; PMCID: PMC6384236.
117. Stoddart H, Whitley E, Harvey I, Sharp D. What determines the use of home care services by elderly people? *Health Soc Care Community*. 2002 Sep;10(5):348-60. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00380.x. PMID: 12390221.
118. Zhang R, Zhang Z, Peng Y, Zhai S, Zhou J, Chen J. The multi-subject cooperation mechanism of home care for the disabled elderly in Beijing: a qualitative research. *BMC Prim Care*. 2022 Jul 26;23(1):186. doi: 10.1186/s12875-022-01777-w. PMID: 35883031; PMCID: PMC9327313.
119. Zwick DI. Home health services for the elderly: the English way. *Home Health Care Serv Q*. 1984 Fall-1985 Winter;5(3-4):13-65. doi: 10.1300/j027v05n03_02. PMID: 10311166.
120. Dalakishvili S, Bakuradze N, Gugunishvili M, Jojua R, Eremashvili M. PRE-HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL SERVICES FOR ELDERLY POPULATION IN TBILISI. *Georgian Med News*. 2016 Apr;(253):85-9. PMID: 27249441.
121. Aruga Y. Emergency medical services for the elderly: present fact and future challenge. *Nihon Rinsho*. 2013 Jun;71(6):964-8. Japanese. PMID: 23855196.
122. Liu Y, Berman P, Yip W, Liang H, Meng Q, Qu J, Li Z. Health care in China: the role of non-government providers. *Health Policy*. 2006 Jul;77(2):212-20. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.07.002. Epub 2005 Aug 22. PMID: 16112771.
123. Evropska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2019. godine. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/07/EHIS-Osnovni-pokazatelj-1.pdf> (10.01.2024.)
124. Gruziova TS, Diachuk MD, Inshakova HV, Soroka IM, Dufynets VA. HEALTH OF THE ELDERLY PEOPLE AS THE BASIS FOR FORMATION OF MEDICAL AND SOCIAL NEEDS. *Wiad Lek*. 2021;74(3 cz 2):658-664. PMID: 33843630.
125. Kuuire VZ, Tenkorang EY, Amegbor PM, Rosenberg M. Understanding unmet health-care need among older Ghanaians: a gendered analysis. *Ageing and Society*. 2021;41(8):1748-1769. doi:10.1017/S0144686X19001892
126. A.K. Abdina, Sh.A. Ibzharova, M.K. Kakimzhanova. Existential Needs of the Elderly: The Problem of Quality of Life Authors. Buketov, 2023. DOI: <https://doi.org/10.31489/2023hph1/194-201>
127. Izguttinov A, Yanguela J, Trogon JG. Cost-based Underinsurance After the Affordable Care Act. *J Health Care Poor Underserved*. 2023;34(3):949-971. PMID: 38015131.
128. Looman WM, Huijsman R, Bouwmans-Frijters CA, Stolk EA, Fabbriotti IN. Cost-effectiveness of the 'Walcheren Integrated Care Model' intervention for community-dwelling frail elderly. *Fam Pract*. 2016 Apr;33(2):154-60. doi: 10.1093/fampra/cmz106. Epub 2016 Jan 24. PMID: 26811438; PMCID: PMC4793802.
129. Ornstein KA, DeCherrie L, Gluzman R, Scott ES, Kansal J, Shah T, Katz R, Soriano TA. Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. *J Am*

- Geriatr Soc. 2015 Jan;63(1):151-7. doi: 10.1111/jgs.13181. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25537919; PMCID: PMC4367536.
130. Xu M, Gao X, Wu H, Ding M, Zhang C, Du S, Wang X, Feng X, Tai B, Hu D, Lin H, Wang B, Wang C, Zheng S, Liu X, Rong W, Wang W, Xu T, Si Y. Measuring and decomposing socioeconomic-related inequality in the use of oral health services among Chinese adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021 Feb;49(1):47-54. doi: 10.1111/cdoe.12575. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32959367.
 131. McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry*. 2020 Jan-Dec;57:46958020910305. doi: 10.1177/0046958020910305. PMID: 32349581; PMCID: PMC7235968.
 132. Aburayya A, Alshurideh M, Albqaen A, Alawadhi D, Ayadeh I. An investigation of factors affecting patients waiting time in primary health care centers: An assessment study in Dubai. *Management Science Letters*. 2020;10(6), 1265-1276.
 133. Karamanou M, Vrachatis D, Tousoulis D. The ethics of waiting lists for TAVR procedures. *Eur Heart J*. 2020 Feb 1;41(6):735-736. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa043. PMID: 32031226.
 134. Ribera A, Slob J, Ferreira-González I, Serra V, García-Del Blanco B, Cascant P, Andrea R, Falces C, Gutiérrez E, Del Valle-Fernández R, Morís-de laTassa C, Mota P, Oteo JF, Tornos P, García-Dorado D. The impact of waiting for intervention on costs and effectiveness: the case of transcatheter aortic valve replacement. *Eur J Health Econ*. 2018 Sep;19(7):945-956. doi: 10.1007/s10198-017-0941-3. Epub 2017 Nov 23. PMID: 29170843.
 135. Fields N, Cronley C, Stephen PM, Roark E, Leat S, Miller V. Transportation mobility and health among older adults: Examining missed trips and latent demand, *Journal of Transport & Health*. 2021;21. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101069>.
 136. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med*. 2000 May;50(9):1197-208. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00365-2. PMID: 10728841.
 137. Kohli S, Sahlen K, Sivertun A, Lofman O, Trell E, Wigertz O. Distance from the Primary Health Center: a GIS method to study geographical access to health care. *J Med Syst*. 1995 Dec;19(6):425-36. doi: 10.1007/BF02260846. PMID: 8750373.
 138. Quattrochi JP, Hill K, Salomon JA, Castro MC. The effects of changes in distance to nearest health facility on under-5 mortality and health care utilization in rural Malawi, 1980-1998. *BMC Health Serv Res*. 2020 Sep 24;20(1):899. doi: 10.1186/s12913-020-05738-w. PMID: 32972395; PMCID: PMC7517642.
 139. Fleming LC, Ansumana R, Bockarie AS, Alejandro JD, Owen KK, Bangura U, Jimmy DH, Curtin KM, Stenger DA, Jacobsen KH. Health-care availability, preference, and distance for women in urban Bo, Sierra Leone. *Int J Public Health*. 2016 Dec;61(9):1079-1088. doi: 10.1007/s00038-016-0815-y. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27030035.
 140. Savić N, Radević S, Jovanović V, Ranković N, Lukić I, Bogdanović Vasić S, Arandjelović B, Bajić B, Mirković A, Arnaut A, Bajić B, Vukosavljević S, Kocić S. Socioeconomic inequality as a predictor of unmet health needs in the older adult population of Serbia. *Front Public Health*. 2024 Jul 18;12:1373877. doi: 10.3389/fpubh.2024.1373877. PMID: 39091536; PMCID: PMC11293304.

9. ПРИЛОГ

9.1. Прилог 1 – Упитник за испитанике старости 15 и више година из 2019. године



Република Србија
Републички завод за статистику



Институт за
јавно здравље Србије



Република Србија
Министарство здравља

Закон о званичној статистици
„Службени гласник РС”, број 104/2009.



Подржано од стране
Европске уније

ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2019.

Упитник за испитанике старости 15 и више година

ИП1. Редни број пописног круга у узорку:	
ИП2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	
ИП3. Редни број члана домаћинства:	
ИП4. Дан / месец / година анкетања:	
ИП5. Име и презиме анкетара / здравственог радника:	
ИП6. ИД анкетара / здравственог радника:	
ИП7. Ко даје податке:	1. Одабрана особа (испитаник) → Прећи на ИП9. 2. Други члан домаћинства 3. Неко други изван домаћинства
ИП8. Разлог анкетања посредника:	1. Особа пати од дуготрајног поремећаја когнитивних способности 2. Особа пати од дуготрајног поремећаја моторне способности 3. Особа пати од оштећења чула слуха које онемогућава комуникацију 4. Особа је у болници или другој установи током целог периода спровођења анкете 5. Особа је одсутна ради посла или школовања током целог периода спровођења анкете 6. Друго (навести) _____
ИП9. Језик анкетања:	1. Српски 2. Мађарски

НАПОМЕНА:

У свим питањима одговори као што су „не сећам се” и „нисам сигуран” обележавају се категоријом одговора „не зна”. Додатна документација (картице, обрасци, итд.) је саставни део овог упитника и мора се користити у циљу усклађивања спровођења националног Истраживања са Европским истраживањем здравља.

На питања обележена ознаком  одговара искључиво одабрана особа (испитаник).

МОДУЛ ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

ОК.1 У којој држави сте рођени?		
Држава: _____	Не зна ☐ 8	Одбијање ☐ 9

ОК.2 Које држављанство имате?		
Држављанство: _____	Не зна ☐ 8	Одбијање ☐ 9

ОК.3 У којој држави је рођен Ваш отац?		
Држава: _____	Не зна ☐ 8	Одбијање ☐ 9

ОК.4 У којој држави је рођена Ваша мајка?		
Држава: _____	Не зна ☐ 8	Одбијање ☐ 9

ОК.5 Какав је Ваш брачни статус?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Означити први одговор који одговара	
Никад се нисам женио/удавала нити живео/ла у ванбрачној заједници	☐ 1
У браку/ванбрачној заједници	☐ 2
Удовац/ица или се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)	☐ 3
Разведен/а или се ванбрачна заједница завршила разлазом (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

АНКЕТАР: Ако домаћинство има само једног члана означите одговор 2 „Не“ и Прећи на ОК.7	
ОК.6 Могу ли само да проверим, да ли живите са неким из овог домаћинства као пар?	
Да, живим са партнером/ком	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.7 Која је највиша школа коју сте завршили?	
Без школе / 1–3 разреда основне школе	☐ 10
4–7 разреда основне школе	☐ 20
Основна школа	☐ 30
Средња стручна школа у трајању од 1–2 године/ Средња стручна школа у трајању од 3 године/ Средња стручна школа у трајању од 4 године	☐ 40
Специјализација после средње школе, школа за ВКВ раднике	☐ 50
Виша школа, први степен факултета (по старом програму)	☐ 60
Основне академске студије/ Висока струковна школа/ Специјалистичке струковне студије (по Болоњи)/ Факултет, Академија (по старом програму)	☐ 70
Мастер интегрисане студије (медицина, фармација, стоматологија, ветерина) / Специјалистичке академске студије (по Болоњи) / Магистратура	☐ 80
Докторат	☐ 90
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод

Сада ћу Вам поставити питања у вези са Вашим тренутним радним ангажовањем.

ОК.8 Како бисте дефинисали Ваш тренутни радни статус?	
Запослен	☐ 10
Незапослен	☐ 20
У пензији (престао/ла са бављењем послом)	☐ 30
Неспособан/на за рад	☐ 40
Ученик/ца, студент/киња	☐ 50
Обављајем послове у домаћинству (домаћица)	☐ 60
Друго, наведите: _____	☐ 80
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Прећи на УВОД ЗС

ОК.9 Да ли сте:	
Самозапослен/а и запошљавате раднике	☐ 11
Самозапослен/а, а не запошљавате раднике	☐ 12
Запослен/а код послодавца	☐ 20
Ангажован/а у оквиру породичног посла (неплаћен/а)	☐ 30
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.10 Да ли радите:	
Пуно радно време	☐ 1
Непуно радно време	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.11 Које је Ваше занимање на послу?	
Назив посла: _____	
Опишите шта радите на послу: _____	
☐ ☐ (ISCO-08 COM, 2 места)	
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.12 Која је делатност Вашег бизниса или организације у којој радите (нпр. хемијска, риболов, угоститељство, здравствена заштита итд.)?	
Опишите детаљно – производња, прерада, дистрибуција, главни производи, материјали који се користе, veleprodaja или продаја, итд. _____ _____	
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9
Шифра	☐ (NACE rev.2, 1 место)

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ – ЗС

Увод ЗС

Сада ћемо да поразговарамо о Вашем здрављу.

ЗС.1 Какво је Ваше здравље у целости? Да ли је...? 🍀	
Веома добро	☐ 1
Добро	☐ 2
Осредње (ни добро ни лоше)	☐ 3
Лоше	☐ 4
Веома лоше	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.2 Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем? Под дуготрајним се подразумева болест или здравствени проблем који је трајао или се очекује да ће трајати најмање шест месеци.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.3 Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи? Да ли бисте рекли да сте...?	
Озбиљно ограничени	☐ 1
Ограничени, али не озбиљно	☐ 2
Нисте уопште ограничени	☐ 3 → Прећи на Увод ЗС.5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.4 Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ЗС.5

Следеће питање је о здрављу Ваших зуба и десни.

ЗС.5 Како бисте описали стање Ваших зуба и десни ? Да ли је...? 🌸	
Веома добро	☐ 1
Добро	☐ 2
Осредње (ни добро ни лоше)	☐ 3
Лоше	☐ 4
Веома лоше	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.6 Колико зуба Вам недостаје (укључујући имплантате)?	
Ниједан (имам све зубе)	☐ 1 → Прећи на Увод ХБ
1–5 зуба	☐ 2
6–10 зуба	☐ 3
Више од 10, али не сви зуби	☐ 4
Сви (немам ниједан зуб)	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.7 Да ли имате неку од наведених зубних надокнада?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку врсту зубне надокнаде.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ЗУБНА НАДОКНАДА	ЗС.7
Тотална протеза	☐
Парцијална протеза	☐
Фиксна зубна надокнада – „мост“	☐
Имплантат/и	☐

ХРОНИЧНЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА – ХБ

Увод ХБ

Ово је листа хроничних болести или стања.

ХБ.1 Да ли сте имали било коју од наведених болести или стања у претходних 12 месеци?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 1-ХБ.1 са називима хроничних болести / стања и упишите шифру одговора за сваку хроничну болест/стање.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
БОЛЕСТ/СТАЊЕ	ХБ.1
а. Астма (укључујући и алергијску астму)	☐
б. Хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем	☐
в. Инфаркт миокарда (срчани удар) или хроничне последице инфаркта миокарда	☐
г. Коронарна болест срца или ангина пекторис	☐
д. Висок крвни притисак (хипертензија)	☐
ђ. Мождани удар (крварење у мозгу, мождана тромбоза – шлог) или хроничне последице можданог удара	☐
е. Артроза – дегенеративно обољење зглобова (не укључује артритис – запаљење зглобова)	☐
ж. Болни поремећај у доњем делу леђа или други хронични проблем са леђима	☐
з. Болни поремећај у вратном делу кичме или други хронични проблем са вратном кичмом	☐
и. Шећерна болест (дијабетес)	☐
ј. Алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије (не укључује алергијску астму)	☐
к. Цироза јетре	☐
л. Немогућност задржавања мокраће (уринарна инконтиненција), проблеми са контролисањем мокраћне бешике	☐
љ. Бубрежни проблеми	☐
м. Депресија	☐
н. Повишена масноћа у крви (холестерол)	☐
њ. Рак (малигно обољење)	☐

ХБ.2 Да ли Вам је лекар рекао да имате повишени крвни притисак?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на ПО.1
Не зна	☐ 8 → Прећи на ПО.1
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ПО.1

ХБ.3 Да ли лечите повишени крвни притисак?	
Да, само дијетом (посебан режим исхране)	☐ 1 → Прећи на ПО.1
Да, само лековима	☐ 2
Да, на оба наведена начина	☐ 3
Не, не лечим се	☐ 4 → Прећи на ПО.1
Не зна	☐ 8 → Прећи на ПО.1
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ПО.1

ХБ.4 Да ли сте у претходне четири недеље узимали лекове за лечење повишеног крвног притиска?	
Да, редовно	☐ 1
Да, понекад	☐ 2
Не	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

НЕЗГОДЕ И ПОВРЕДЕ – ПО

ПО.1 Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Повреде које су настале као последица тровања или нанете од стране животиња или инсеката се, такође, рачунају. Повреде које су нанете намерно од стране других особа се не рачунају.	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 2-ПО.1 са категоријама незгода и упишите шифру одговора за сваку врсту незгоде.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ВРСТА НЕЗГОДЕ	ПО.1
а. Незгода у друмском саобраћају	☐
б. Незгода код куће	☐
в. Незгода у слободно време	☐

ФИЛТЕР 1

Анкетар: Следеће питање ПО.2 треба да се постави само оним испитаницима који су изјавили да су доживели незгоду која је резултирала повредом (шифра 1 код било ког одговора ПО.1а, ПО.1б, или ПО.1в).

ПО.2 Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор.	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Ако је у питању више од једне незгоде било ког типа, питање се односи на најозбиљнију (ону за који је пружен најозбиљнији третман).	
Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу и задржан преко ноћи	☐ 1
Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу, али нисам задржан преко ноћи	☐ 2
Да, од стране лекара или медицинске сестре	☐ 3
Не, никаква интервенција није била потребна	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОДСУСТВО С ПОСЛА (ЗБОГ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОБЛЕМА) – ОП

ФИЛТЕР 2

Анкетар: питање ОП.1 се поставља само оним испитаницима који су тренутно запослени (ОК.8=10)

ОП.1 Да ли сте у претходних 12 месеци одсуствовали са посла због личних здравствених проблема? Узмите у обзир све врсте болести, повреде и друге здравствене проблеме које сте имали и које су резултирале одсуством са посла.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на Увод ФО
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод ФО
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод ФО

ОП.2 Колико сте дана укупно били одсутни са посла због личних здравствених проблема у претходних 12 месеци? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Узимају се у обзир сви календарски дани одсуствовања са посла без обзира да ли испитаник има или нема званично боловање (оверено од стране лекара).	
	дана
Не зна	☐ 998
Одбијање	☐ 999

ФУНКЦИОНАЛНА ОГРАНИЧЕЊА – ФО

Увод ФО

Сада ћу Вам поставити неколико питања која се тичу Вашег општег физичког здравља и стања Ваших чула. Питања се односе на Вашу способност да обављате различите основне активности. Сада занемарите неке привремене проблеме уколико их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Ако је испитаник слеп, немојте постављати питање ФО.1, обележите одговор 3 за ФО.1 и Прећи на ФО.3, осталим испитаницима поставите питање ФО.1	
ФО.1 Да ли носите наочаре или контактна сочива?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Слеп или не види уопште	☐ 3 → Прећи на ФО.3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ФО.2 до ФО.9 (осим ФО.3) показати картицу 3-ФО.2,4,5,6,7,8,9 са понуђеним одговорима.	
ФО.2 ако је ФО.1=1 → Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли бисте рекли да видите...?	
ако је ФО.1=2,8 или 9 → Да ли имате тешкоће са видом? Да ли бисте рекли да видите...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Ако је испитаник глув, немојте постављати питање ФО.3. Обележите одговор 3 у ФО.3 и Прећи на ФО.6. Осталим испитаницима поставите питање ФО.3.	
ФО.3 Да ли користите помагало за слух?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Глув или не чује уопште	☐ 3 → Прећи на ФО.6
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.4 <i>ако је ФО.3=1</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији, чак и када користите помагало за слух? Да ли бисте рекли да чујете...?	
<i>ако је ФО.3=2,8 или 9</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији? Да ли бисте рекли да чујете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.5 <i>ако је ФО.3=1</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији чак и када користите помагало за слух? Да ли бисте рекли да чујете...?	
<i>ако је ФО.3=2,8 или 9</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији? Да ли бисте рекли да чујете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.6 Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном (дужина пет фудбалских игралишта) без било какве помоћи (штап, ходалица, колица и сл. или помоћи друге особе)? Да ли бисте рекли да можете прећи пола километра...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.7 Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих? Да ли бисте рекли да то можете учинити...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.8 Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? Да ли бисте рекли да памтите или се концентришете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.9 Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Да ли бисте рекли да гризете и жваћете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

АКТИВНОСТИ ЛИЧНЕ НЕГЕ – ЛН

ФИЛТЕР 3

Анкетар: Ако испитаник има 55 или више година прећи на Увод ЛН.1. У супротном прећи на Увод БО.

Увод ЛН.1

Сада размислите о неким Вашим свакодневним активностима које се тичу личне неге.

Овде је листа активности. Молим Вас да у овом тренутку заборавите на привремене проблеме ако их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 4-ЛН.1 са активностима и уписати шифру одговора за сваку од активности личне неге.	
ЛН.1 Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи?	
Без тешкоћа	1
Мање тешкоће	2
Велике тешкоће	3
Нисам у стању	4
Не зна	8
Одбијање	9
АКТИВНОСТИ	ЛН.1
а. Да једете	☐
б. Да легнете и устанете из кревета или да седнете и устанете са столице	☐
в. Да се облачите и свлачите	☐
г. Да користите WC/клозет	☐
д. Да се купате или туширате	☐

ФИЛТЕР 4

Ако је ЛН.1 = 2, 3 или 4 за макар једну активност прећи на Увод ЛН.2 у супротном прећи на Увод КА.1.

Увод ЛН.2

Размишљајући о свим активностима личне неге у којима имате тешкоће приликом обављања без помоћи...

ЛН.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?	
Да, за најмање једну активност	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод КА.1
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод КА.1

ЛН.3 ако је ЛН.2=1 → Да ли би Вам било потребно више помоћи? 🌸	
ако је ЛН.2=2 → Да ли би Вам била потребна помоћ? 🌸	
Да, за најмање једну активност	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

КУЋНЕ АКТИВНОСТИ – КА

Увод КА.1

Сада размислите о неким кућним активностима.

Овде је листа активности. Молим Вас да сада занемарите привремене проблеме уколико их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажете картицу 5-КА.1 са активностима и упишите шифру одговора за сваку од кућних активности.	
КА.1 Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности?	
Без тешкоћа	1
Уз мање тешкоће	2
Уз велике тешкоће	3
Нисам у стању	4
Није примењиво (никад није пробао/ла, нема потребе да то ради)	5
Не зна	8
Одбијање	9
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „без тешкоћа“ или нисте сигурни у вези одговора, проверите да ли испитаник уопште обавља ту активност или можда не може да је обавља из разлога који нису здравствени. У таквим случајевима обележава се одговор „није примењиво“.	
АКТИВНОСТИ	КА.1
а. Припремање obroка	☐
б. Телефонирање	☐
в. Одлазак у куповину	☐
г. Узимање терапије (лекови)	☐
д. Лакши кућни послови	☐
ђ. Повремени тежи кућни послови	☐
е. Вођење рачуна о финансијама, рачунима и друге административне активности	☐

ФИЛТЕР 5

Ако је КА.1 = 2, 3 или 4 за бар једну активност прећи на Увод КА.2 у супротном прећи на Увод БО.

Увод КА.2

Размислите о свим кућним активностима у којима имате тешкоће у обављању без туђе помоћи.

КА.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?	
Да, за најмање једну активност	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8 → Прећи на БО
Одбијање	☐ 9 → Прећи на БО

КА.3 ако је КА.2=1 → Да ли Вам је потребно више помоћи? 	
ако је КА.2=2 → Да ли Вам је потребна помоћ? 	
Да, за најмање једну активност	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

БОЛ – БО

Увод БО

Следећа питања се односе на физичку бол коју сте осећали у току претходне четири недеље.

БО.1 Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 6-БО.1 са понуђеним одговорима.	
Нисам	☐ 1 → Прећи на Увод МЗ
Веома благе	☐ 2
Благе	☐ 3
Умерене	☐ 4
Јаке	☐ 5
Веома јаке	☐ 6
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод МЗ
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод МЗ

БО.2 Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 7-БО.2 са понуђеним одговорима.	
Нимало	☐ 1
Мало	☐ 2
Умерено	☐ 3
Прилично	☐ 4
Веома	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – МЗ

Увод МЗ

Следећа питања су о томе како сте се осећали и како су се ствари одвијале у току претходне две недеље. На свако питање дајте одговор који је најближи ономе како сте се осећали.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 8-МЗ.1 са понуђеним одговорима и означите шифру одговора за свако од питања.	
МЗ.1 У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? 	
Није уопште	1
Неколико дана	2
Више од 7 дана	3
Скоро сваког дана	4
Не зна	8
Одбијање	9
ПРОБЛЕМИ	МЗ.1
а. Слабо интересовање или задовољство када нешто радите	☐
б. Малодушност, депресија или безнадежност	☐
в. Проблем да заспите, спавате у континуитету или превише спавања	☐
г. Осећање замора или недостатка енергије	☐
д. Лош апетит или преједање	☐
ђ. Лоше мишљење о себи – или осећај да сте промашај, или да сте разочарали себе или своју породицу	☐
е. Тешкоћа да се концентришете на ствари, као што су читање новина или гледање телевизије	☐
ж. Толико успорено кретање или говор да су други то могли да примете, или супротно – толико сте били узврпољени или немирни да сте се кретали више него обично	☐

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КБ

Увод КБ

Следећи сет питања је о времену проведеном у болници. Све врсте болница су укључене.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За жене до 50 година старости, додати: „изузима се време проведено у болници ради порођаја“.	
КБ.1 Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?	
ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Посете одељењима за збрињавање хитних/ургентних стања без останка преко ноћи или посете амбуланти се не укључују.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на КБ.3
Не зна	☐ 8 → Прећи на КБ.3
Одбијање	☐ 9 → Прећи на КБ.3
КБ.2 Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?	
Број ноћи	
Не зна	☐ 989
Одбијање	☐ 999
КБ.3 Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент, односно ради дијагностике, лечења или друге врсте здравствене заштите, који нису захтевали да останете у болници преко ноћи?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на Увод КБ.1
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод КБ.1
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод КБ.1
КБ.4 У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент?	
Број пријема	
Не зна	☐ 989
Одбијање	☐ 999

КОРИШЋЕЊЕ ВАНБОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КВ

Увод КВ.1

Следећа питања односе се на консултације са лекаром опште медицине или педијатром. Молим Вас обухватите посете лекару опште медицине или педијатрије у лекарској амбуланти, као и кућне посете и консултације телефоном.

КВ.1 Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 12 месеци или више	☐ 2 → Прећи на КВ.3
Никада	☐ 3 → Прећи на Филтер 6
Не зна	☐ 8 → Прећи на Филтер 6
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Филтер 6

КВ.2 У току претходне четири недеље, колико пута сте Ви лично посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати одговор за сваку од опција.	
ЛЕКАР ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ/ПЕДИЈАТАР	Број посета
а. у државној здравственој установи	☐ ☐
б. у приватној пракси	☐ ☐
[НИЈЕДНОМ=0]	
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

КВ.3 Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ЛЕКАР ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ ИЛИ ПЕДИЈАТАР	КВ.3
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

ФИЛТЕР 6

Следећа питања су за особе женског пола. Уколико је испитаник мушкарац прећи на Увод КВ.7.

Увод КВ.4

Следећа група питања је о посетама гинекологу.

КВ.4 Када сте последњи пут Ви лично посетили гинеколога? 🌸	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 12 месеци или више	☐ 2
Никада	☐ 3 → Прећи на Увод КВ.7
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод КВ.7
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод КВ.7

КВ.5 Колико година сте имали када сте први пут посетили гинеколога? 🌸	
	година
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

КВ.6 Да ли имате свог гинеколога? 🌸	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ГИНЕКОЛОГ	КВ.6
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

Увод KB.7

Следећа питања односе се на посете стоматологу, специјалисти ортопедије вилица (ортодонту) или другом здравственом раднику у области стоматолошке здравствене заштите.

KB.7 Када сте Ви лично последњи пут посетили стоматолога или ортодонта (не као пратилац супружника, деце, итд.)?	
Пре мање од 6 месеци	☐ 1
Пре 6–12 месеци	☐ 2
Пре 12 месеци или више	☐ 3
Никада	☐ 4 → Прећи на Увод KB.9
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод KB.9
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод KB.9

KB.8 Да ли имате свог стоматолога?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
СТОМАТОЛОГ	KB.8
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

Увод KB.9

Следећа питања односе се на посете/консултације са лекарима специјалистима (специјалистима интернистичких и хируршких грана медицине, изузев изабраних лекара специјалиста опште медицине и педијатрије). Обухватају посете лекарима само у амбулантним условима или ургентним/хитним службама. Не укључују контакте са пацијентима који су примљени у болницу као стационарни или дневни пацијенти.

KB.9 Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?	
ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује и посете стоматолозима хирурзима.	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 12 месеци или више	☐ 2 → Прећи на KB.11
Никада	☐ 3 → Прећи на KB.11
Не зна	☐ 8 → Прећи на KB.11
Одбијање	☐ 9 → Прећи на KB.11

КВ.10 У току претходне четири недеље, колико пута сте Ви лично посетили лекара специјалисту?	
ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТА	Број посета
а. у државној здравственој установи	☐ ☐
б. у приватној пракси	☐ ☐
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

КВ.11 Да ли сте у току претходних 12 месеци Ви лично посетили...?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за свако од занимања.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ЗАНИМАЊЕ	КВ.11
а. Физиотерапеута или специјалисту физикалне медицине и рехабилитације	☐
б. Психолога, психотерапеута или психијатра	☐

Увод КВ.12

Следеће питање односи се на услуге кућне неге које обухватају широк спектар здравствених и социјалних услуга, које се људима са здравственим проблемима пружају у њиховим кућама. Ове услуге обухватају, на пример: услуге кућне неге коју пружа медицинска сестра или бабица (у кући), помоћ у кући за обављање послова у домаћинству или бригу о старим лицима, достављање оброка или услуге превоза. Треба укључити само услуге које пружају здравствени или социјални радници.

КВ.12 Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод KB.13

Сада ћу Вам поставити питања која се односе само на коришћење услуга приватне праксе.

KB.13 Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на Увод УЛ
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод УЛ
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод УЛ

KB.14 Које су то услуге биле?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 9-KB.14. Испитаник/ца наводи само оне категорије које се односе на њега/њу. Уписати шифру одговора за сваког од лекара или облика приватне праксе.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
УСЛУГЕ	KB.14
а. Лабораторије (биохемијске, хематолошке, микробиолошке, цитолошке)	☐
б. Радиолошке дијагностике (рендген, ултразвук, скенер, магнетна резонанца)	☐
в. Интернисте (кардиолог, ендокринолог, гастроентеролог, нефролог, пулмолог, реуматолог)	☐
г. Офталмолога	☐
д. Хирурга	☐
ђ. Психијатра	☐
е. Стоматолога	☐
ж. Неке друге услуге	☐

УПОТРЕБА ЛЕКОВА – УЛ

Увод УЛ

Сада бих Вас питао/ла о коришћењу лекова у претходне две недеље.

УЛ.1 Да ли сте током претходне две недеље користили неке лекове које Вам је прописао лекар? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: За жене, такође, додати: „искључите контрацептивне пилуле или хормоне које сте користили искључиво за контрацепцију”.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УЛ.2 Да ли сте у току претходне две недеље користили неке лекове или биљна лековита средства или витамине које Вам није прописао лекар? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: За жене, такође, додати: „искључите контрацептивне пилуле или хормоне које сте користили искључиво за контрацепцију”.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ – ПП

Увод ПП.1

Сада бих Вам поставио/ла нека питања о вакцинацији против грипа.

ПП.1 Када сте последњи пут примили вакцину против грипа? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Месец и година се уписују уколико је испитаник последњи пут примио вакцину против грипа у току претходних 12 месеци.	
 Месец	 Година
Давно (пре више од једне године)	☐ 1
Никад	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ПП.2 - ПП.4

Сада бих Вам поставио/ла питања о Вашем крвном притиску, холестеролу у крви и шећеру у крви (гликемији).

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 10-ПП.2-4 са понуђеним одговорима и означите одговор за свако од питања.	
ПП.2 Када Вам је последњи пут крвни притисак измерио здравствени радник? 🍷	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–3 године	☐ 2
Пре 3–5 година	☐ 3
Пре 5 и више година	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПП.3 Када Вам је последњи пут холестерол у крви измерио здравствени радник? 🍷	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–3 године	☐ 2
Пре 3–5 година	☐ 3
Пре 5 и више година	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПП.4 Када Вам је последњи пут шећер у крви измерио здравствени радник? 🍷	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–3 године	☐ 2
Пре 3–5 година	☐ 3
Пре 5 и више година	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ПП.5 и ПП.6

Следећа питања су о тесту на окултно/скривено крварење у столици и колоноскопском прегледу.

ПП.5 Када Вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столици? 🍷	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Можете додати: „Тест на окултно крварење у столици (ФОБТ) има за циљ откривање губитка крви у гастроинтестиналном тракту, на било ком месту од усне дупље до дебелог црева и ректума. Користи се за скрининг колоректалног карцинома.“	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–2 године	☐ 2
Пре 2–3 године	☐ 3
Пре 3 и више година	☐ 4 → Прећи на ПП.7
Никада	☐ 5 → Прећи на ПП.7
Не зна	☐ 8 → Прећи на ПП.7
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ПП.7

ПП.6 Да ли сте тест на голим оком невидљиву крв урадили...? 🍷	
Самоиницијативно	☐ 1
По савету лекара	☐ 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дебелог црева	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПП.7 Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу (колоноскопији)? 🍷	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Можете додати: „То је визуелни преглед дебелог црева (са колноскопом) од почетног дела дебелог црева (цекум) до завршног дела дебелог црева (ректум).“	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–5 година	☐ 2
Пре 5–10 година	☐ 3
Пре 10 и више година	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

[ФИЛТЕР 7](#)

Следећа питања су за особе женског пола – у том случају прећи на ПП.8, у супротном – прећи на Увод НП.

Увод ПП.8 - ПП.11

Следећа питања су о мамографији и цитолошком брису грлића материце (Папаниколау тест).

ПП.8 Када сте последњи пут били на мамографском прегледу (снимање дојки Х-зрацима)? 	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–2 године	☐ 2
Пре 2–3 године	☐ 3
Пре 3 и више година	☐ 4 → Прећи на ПП.10
Никада	☐ 5 → Прећи на ПП.10
Не зна	☐ 8 → Прећи на ПП.10
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ПП.10

ПП.9 Да ли сте на мамографију отишли...? 	
Самоиницијативно	☐ 1
По савету лекара	☐ 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дојке	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПП.10 Када сте последњи пут радили цитолошки брис грлића материце (Папаниколау тест)? 	
Пре мање од 12 месеци	☐ 1
Пре 1–2 године	☐ 2
Пре 2–3 године	☐ 3
Пре 3 и више година	☐ 4 → Прећи на Увод НП
Никада	☐ 5 → Прећи на Увод НП
Не зна	☐ 8 → Прећи на Увод НП
Одбијање	☐ 9 → Прећи на Увод НП

ПП.11 Да ли сте Папаниколау тест урадили...? 🌸	
Самоиницијативно	☐ 1
По савету лекара	☐ 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

НЕОСТВАРЕНЕ ПОТРЕБЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ – НП 🌸

Увод НП

Постоји много разлога због којих се људима дешава да им се здравствена заштита не пружи на време или је уопште не добију.

НП.1 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали на заказану посету/преглед? 🌸	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „не“, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3. Није била потребна здравствена заштита.“	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Није била потребна здравствена заштита	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

НП.2 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом? 🌸	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „не“, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3. Није била потребна здравствена заштита.“	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Није била потребна здравствена заштита	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

НП.3 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за неким од наведених облика здравствене заштите, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога? 🌸	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од врста здравствене заштите.	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „не”, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3.Није било потребе“	
Да	1
Не	2
Није било потребе	3
Не зна	8
Одбијање	9
ВРСТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	НП.3
а. Медицинска здравствена заштита (прегледи, лечење, рехабилитација)	☐
б. Стоматолошка здравствена заштита	☐
в. Прописани лекови	☐
г. Заштита менталног здравља (коју пружа, на пример, психолог, психотерапеут или психијатар)	☐

МОДУЛ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

ВИСИНА И ТЕЖИНА – ВТ 🌸

Увод ВТ

Сада ћу Вас питати о Вашој висини и тежини.

ВТ.1 Колико сте високи, без обуће? у [cm] 🌸	
	cm
Не зна	☐ 998
Одбијање	☐ 999
ВТ.2 Колика је Ваша телесна тежина, без одеће и обуће? у [kg] 🌸	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Жене старости 50 година или млађе прво питајте да ли су трудне, а затим их питајте за тежину пре трудноће.	
	kg
Не зна	☐ 998
Одбијање	☐ 999

ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ – ФА

Увод ФА

Оно што ћу Вас следеће питати односи се на време које проводите бавећи се различитим физичким активностима у току једне типичне недеље. Молим Вас одговорите на ова питања чак и ако себе не сматрате физички активном особом.

Увод ФА.1

Прво мислите о ВРЕМЕНУ које проведете РАДЕЋИ неки ПОСаО. То може бити: плаћени или неплаћени посао, рад у кући или око куће, брига о породици, учење или тренирање.

ФА.1 Када кажете да РАДИТЕ, шта од наведеног најбоље описује то што радите? Ви бисте рекли... 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Одговор испитаника треба да се односи на главни посао. Уколико испитаник обавља више послова, треба да укључи све активности и изабере само један одговор.	
Углавном седим или стојим	☐ 1
Углавним ходам или се умерено физички напрежем	☐ 2
Углавном радим тежак или физички захтеван посао	☐ 3
АНКЕТАР: Не читати одговор.	
Не обављај никакав посао	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ФА.2 - ФА.4

Следећа питања ИСКЉУЧУЈУ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ КОЈЕ СУ ВЕЗАНЕ ЗА ОБАВЉАЊЕ ПОСЛА о којима сте малочас говорили. Сада ћу Вас питати о начину на који уобичајено ИДЕТЕ ДО НЕКОГ МЕСТА ИЛИ ОД ЊЕГА; на пример, до посла, школе/факултета, самопослуге, пијаце.

ФА.2 У типичној недељи, колико дана ХОДАТЕ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 	
Број дана:	☐ (1 до 7) недељно
Никада не обављај такву физичку активност	☐ 0 → Прећи на ФА.4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.3 Колико обично времена у току дана проведете ходајући, како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 11-ФА.3,5 са одговорима.	
10–29 минута дневно	☐ 1
30–59 минута дневно	☐ 2
1–2 сата дневно	☐ 3
2–3 сата дневно	☐ 4
3 сата дневно или дуже	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.4 У типичној недељи, колико дана ВОЗИТЕ БИЦИКЛ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 🍀	
Број дана:	☐ (1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	☐ 0 → Прећи на ФА.6
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.5 Колико обично времена у току дана проведете возећи бицикл како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 🍀	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 11-ФА.3,5 са одговорима.	
10–29 минута дневно	☐ 1
30–59 минута дневно	☐ 2
1–2 сата дневно	☐ 3
2–3 сата дневно	☐ 4
3 сата дневно или дуже	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ФА.6 - ФА.8

Следећа питања ИСКЉУЧУЈУ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ ВЕЗАНЕ ЗА ПОСАО И КРЕТАЊЕ о којима сте већ говорили. Сада бих Вас питао/ла О БАВЉЕЊУ СПОРТОМ, ФИТНЕСОМ И РЕКРЕАЦИЈОМ У ТОКУ СЛОБОДНОГ ВРЕМЕНА који макар И У НАЈМАЊОЈ МЕРИ ДОВОДЕ ДО УБРЗАНОГ ДИСАЊА ИЛИ ПУЛСА. На пример, брзи ход, игре са лоптом (фудбал, кошарка...), трчање, вожња бицикла или пливање.

ФА.6 У типичној недељи, колико дана се бавите спортом, фитнесом или рекреативним физичким активностима (у слободно време) најмање 10 минута дневно без прекида? 🍀	
Број дана:	☐ (1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	☐ 0 → Прећи на ФА.8
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.7 У типичној недељи, колико укупно времена проведете бавећи се спортом, фитнесом или рекреацијом у слободно време? 🍀	
	: недељно сати минута
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.8 У типичној недељи, колико дана се бавите физичким активностима посебно намењеним ЈАЧАЊУ Ваших мишића, као што су вежбе отпора и снаге? Укључите све активности чак и ако сте их раније поменули. 🍀	
Број дана:	☐ (1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	☐ 0
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ФА.9

Последње питање у овом модулу је о времену које сте проводили у седећем положају на послу, код куће, на путу до и од неког места или са пријатељима. Оно укључује време проведено за столом, при посети пријатељима, на путовању колима, аутобусом, возом, и време проведено за време читања и гледања телевизије у једном типичном дану. Време проведено у спавању се не укључује.

ФА.9 Колико времена проводите у седећем положају или заваљени током типичног дана? 🍀	
: дневно сати минута	
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

ИСХРАНА – ИС 🍀

Увод ИС

Сада ћу Вас питати о навикама у исхрани.

ИС.1 Колико пута у току недеље доручкујете? 🍀	
Свакога дана	☐ 1
Понекад	☐ 2
Никад	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.2 Колико често у исхрани користите хлеб (бели, полубели, интегрални, ражани...)? 🍞	
Свакога дана	☐ 1
Понекад	☐ 2
Никад	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.3 Колико често у исхрани користите млеко и/или млечне производе? 🥛	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ИС.3 до ИС.10 (осим ИС.5 и ИС.7) показати картицу 12-ИС.3,4,6,8,9,10 са понуђеним одговорима.	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Искључују се млечни десерти (пудинг, воћни јогурт, сладолед), кондензовано млеко и млеко у праху.	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ИС.4

Следећа питања се односе на конзумирање воћа и поврћа.

ИС.4 Колико често једете воће, изузимајући сокове направљене цеђењем свежег воћа или од концентрата воћа? 🍏	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује се и смрзнуто, сушено, конзервирано и друго воће. Искључују се било какви воћни сокови.	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8 → Прећи на ИС.6
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ИС.6

ИС.5 Колико порција било ког воћа, изузимајући сокове, једете свакога дана? 🍇	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 13-ИС.5	
Број порција:	
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

ИС.6 Колико често једете поврће или салату, изузимајући кромпир и сокове направљене од свежег поврћа или од концентрата поврћа? 🍅	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује се и смрзнута, сушено, конзервирано и друго поврће. Искључују се било какви сокови од поврћа или супе (топле и хладне).	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8 → Прећи на ИС.8
Одбијање	☐ 9 → Прећи на ИС.8

ИС.7 Колико порција поврћа или салате, изузимајући сокове и кромпир, једете свакога дана? 🍅	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 14-ИС.7	
Број порција:	
Не зна	☐ 98
Одбијање	☐ 99

ИС.8 Колико често пијете сокове од 100% чистог воћа или поврћа, искључујући сокове направљене од концентрата или заслађене сокове? 🍷	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.9 Колико често пијете слатка безалкохолна пића, нпр. куповне газирани и негазирани сокове, ледени чај или кока-колу? Молимо Вас да искључите “лајт”, дијетална или вештачки заслађена пића. 🍷	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.10 Колико често једете следеће намирнице? 🍷	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 12-ИС.3,4,6,8,9,10. Уписати шифру одговора за сваку врсту намирнице.	
Једном или више пута дневно	1
4–6 пута недељно	2
1–3 пута недељно	3
Ређе од једном недељно	4
Никада	5
Не зна	8
Одбијање	9
НАМИРНИЦЕ	ИС.10
а. Црвено месо	☐
б. Бело месо	☐
в. Риба или морски плодови	☐
г. Прерађевине од меса/сухомеснати производи	☐

ИС.11 Која врста масноће се најчешће користи за припремање хране (кување, печење, припрема колача и др.) у Вашем домаћинству? 🍷	
Свињска маст	☐ 1
Путер	☐ 2
Биљна маст, маргарин	☐ 3
Уље	☐ 4
Не користим масноћу	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.12 Да ли обично досољавате храну коју једете, и поред тога што је со коришћена приликом спремања? 	
Да, увек пре него што пробам храну	☐ 1
Често, након што пробам храну	☐ 2
Никад/Ретко	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗНАЊЕ О УТИЦАЈУ ФАКТОРА РИЗИКА – ФР

Увод ФР

Следећа питања се односе на Ваше ставове и знања у вези са факторима ризика по здравље.

ФР.1 Какав утицај на здравље по Вашем мишљењу имају...? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 15-ФР.1 Уписати шифру одговора за сваку одредницу.	
Веома велики	1
Велики	2
Ни велики ни мали	3
Мали	4
Веома мали	5
Не зна	8
Одбијање	9
ОДРЕДНИЦА	ФР.1
а. Исхрана	☐
б. Физичка активност	☐
в. Пушење	☐
г. Конзумирање алкохола	☐
д. Друштвене активности (дружење са пријатељима, изласци, излети...)	☐

СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА – СП

Увод СП

Сада ћу Вам поставити три питања о вашим социјалним/друштвеним односима.

СП.1 Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме? 	
Ниједна	☐ 1
1 или 2	☐ 2
3–5	☐ 3
6 или више	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

СП.2 У којој мери људи брину и показују заинтересованост за оно што радите и што Вам се дешава у животу? 	
Веома су заинтересовани	☐ 1
Заинтересовани су	☐ 2
Нису ни заинтересовани, ни незаинтересовани	☐ 3
Мало су заинтересовани	☐ 4
Нимало нису заинтересовани	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

СП.3 Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом? 	
Веома лако	☐ 1
Лако	☐ 2
Ни лако ни тешко	☐ 3
Тешко	☐ 4
Веома тешко	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПРУЖАЊЕ НЕФОРМАЛНЕ НЕГЕ ИЛИ ПОМОЋИ – НН

Увод НН

Следећа питања су о пружању неге или помоћи људима са здравственим проблемом.

НН.1 Да ли, најмање једном недељно, пружате негу или помажете једној или више особа које пате због проблема везаних за старост, проблема услед хроничних болести/стања или немоћи? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Додати: искључите пружање било које неге коју обављате у оквиру професије/плаћени сте за то.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9
} КРАЈ АНКЕТЕ	

НН.2 Да ли је та особа или су те особе неке од ових: 	
Члан(ови) Ваше породице	☐ 1
Неко други (није члан Ваше породице)	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9
} КРАЈ АНКЕТЕ	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор. Уколико је укључено више различитих особа реците: „изаберите ону особу којој највише помажете”.	

НН.3 Колико сати недељно пружате негу или помоћ? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Саберите укупно време проведено у неговању или пружању помоћи свим људима у току једне недеље – не само лицу коме се пружа највећа брига - разлика у односу на НН.2 ако број сати варира од недеље до недеље, потребно је проценити колико је просечно време.	
Мање од 10 сати недељно	☐ 1
10–20 сати недељно	☐ 2
20 или више сати недељно	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

КРАЈ АНКЕТЕ

Биографија

Никола Савић је рођен 21.09.1992. године у Ваљеву, где је завршио основну и средњу Медицинску школу „Др Миша Пантић“. Завршио је основне струковне студије Здравствене неге на Високој здравственој школи у Београду, основне академске студије Здравствене неге на Факултету здравствених и пословних студија Универзитета Сингидунум и мастер академске студије Здравствене неге на Медицинском факултету Универзитета у Новом Саду. Запослен је као наставник Здравствене неге у Медицинској школи „Др Миша Пантић“, као клинички асистент на Универзитету Сингидунум и као саветник спољни сарадник Министарства просвете, при Школској управи Ваљево. Поседује положен стручни испит Министарства здравља и Министарства просвете. Ментор ученицима на школским и републичким такмичењима из Здравствене неге. Ментор студентима Здравствене неге награђеним од стране Савеза здравствених радника. Консултант за образовање Центра за интерактивну педагогију и Популационог фонда Уједињених нација. Аутор више од 30 научноистраживачких радова публикованих у националним и међународним научним часописима. Аутор поглавља у уџбенику, публикација и великог броја радова који су представљени на научним конференцијама. Аутор стратешких докумената и руководиоца великог броја националних и међународних пројеката. Аутор угледних припрема за наставни час у области Здравствене неге, публикованих од издавачке куће Едука и представљених на Међународном сајму књига. Едукатор на Владиној платформи „Чувам те“ у области превенције вршњачког насиља. Као делегат Владе Сједињених Америчких Држава имао је прилику за стручно усавршавање на Универзитету Џон Хопкинс и Универзитету Мериленда. Никола Савић добитник је Награде града Ваљева у области Образовања и васпитања и награде „Златни знак“ Савеза здравствених радника Републике Србије, за образовање здравственог кадра.

Библиографија

Списак релевантних публикација:

1. **Savić N**, Radević S, Jovanović V, Ranković N, Lukić I, Bogdanović Vasić S, Arandjelović B, Bajić B, Mirković A, Arnaut A, Bajić B, Vukosavljević S, Kocić S. Socioeconomic inequality as a predictor of unmet health needs in the older adult population of Serbia. *Front Public Health*. 2024 Jul 18;12:1373877. doi: 10.3389/fpubh.2024.1373877.
2. Mirkovic A, Radevic S, Radovanovic S, Simic Vukomanovic I, Janicijevic K, Ilic S, Djordjevic O, Djordjevic G, Radovanovic J, Selakovic V, **Savic N**, Gogic A. The impact of sociodemographic and health aspects on cognitive performance in the older adult population in the republic of Serbia. *Front Public Health*. 2024 Jul 10;12:1384056. doi: 10.3389/fpubh.2024.1384056
3. **Savić N**, Mirković A, Bogdanović Vasić S. Informisanost i stavovi adolescenata u vezi sa primenom urgentne kontracepcije. *Medicinski pregled*. 2021;74(1-2):5-9. doi: 10.2298/MPNS2102005S
4. Lukic I, **Savic N**, Simic M, Rankovic N, Rankovic D, Lazic L. Risk Assessment and Determination of Factors That Cause the Development of Hyperinsulinemia in School-Age Adolescents. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Dec 22;58(1):9. doi: 10.3390/medicina58010009.

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба популације старих у Републици Србији

представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 16.08.2024. године,



потпис аутора

Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСЛОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба популације старих у
Републици Србији

исловетне.

У Крагујевцу, 16.08.2024. године,



потпис аутора

Образац 3

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Никола Н. Савић,

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Предиктори и исходи неостварених здравствених потреба популације старих у Републици Србији

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајнодоступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам¹

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

¹Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- ④ Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 16.08.2024. године,



потпис аутора

²Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>