



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

Наталија Љ. Ђуровић

**Социјална потпора код старог становништва
Србије са сензорним оштећењима вида**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2026.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Natalija L.J. Đurović

**Socijalna potpora kod starog stanovništva Srbije sa
senzornim oštećenjima vida**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2026.



**UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES**

Natalija Lj. Djurovic

**Social support for the elderly population of Serbia
with sensory impairments**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2026.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Аутор
Име и презиме: Наталија Љ. Ђуровић
Датум и место рођења: 30.07.1956. Панчево
Садашње запослење: пензионер
Докторска дисертација
Наслов: Социјална потпора код старог становништва Србије са сензорним оштећењима вида
Број страница: 74
Број слика: 5 графикона и 26 табела
Број библиографских података: 105
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицинске науке
Ментор/коментор: Проф. др Ненад Петровић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Офталмологија/Доц. др Катарина Јанићијевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: IV-03-477/16 од 26.08.2025.

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Natalija Lj. Djurović
Datum i mesto rođenja: 30.07.1956. Pančevo
Sadašnje zaposlenje: penzioner
Doktorska disertacija
Naslov: Socijalna potpora kod starog stanovništva Srbije sa senzornim oštećenjima vida
Broj stranica: 74
Broj slika: 5 grafikona i 26 tabela
Broj bibliografskih podataka: 105
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicinske nauke
Mentor/komentor: Prof. dr Nenad Petrović, vanredni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Oftalmologija/Doc. dr Katarina Janićijević, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Socijalna medicina
Broj i datum odluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: IV-03-477/16 od 26.08.2025.

IDENTIFIKATION PAGE OF DOCTORAL DISSERTATION

Author
Name and surname: Natalija Lj. Djurovic
Date and place of birth: 30.07.1956. Pancevo
Current employment: pensioner
Doctoral Dissertation
Title: Social support for the elderly population of Serbia with sensory impairments
No. of pages: 74
No. of images: 5 graphs and 26 tables
No. of bibliographic data: 105
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences Universtty of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medical Sciences
Mentor: Prof. dr Nenad Petrović, Associate Professor at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the narrower scientific field of Ophthalmology/Ass. prof. dr Katarina Janićijević, Assistant Professor at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the narrower scientific field of Social Medicine
Number and date of the decision of the University Council on accepting the doctoral dissertation topic: IV-03-477/16 from 26.08.2025.

ЗАХВАЛНИЦА

Изражавам искрену захвалност својим менторима, проф. др Ненаду Петровићу и доц. др Катарини Јанићијевић, за несебичну подршку. Искрено хвала професоркама са катедре за Превентивну медицину које су ми биле ослонац приликом израде докторске дисертације. Посебну захвалност дугујем својој породици.

САЖЕТАК

Свеобухватне студије о социјалној подршци код старог становништва у нашој земљи су ретке. Ова дисертација је користила податке четвртог националног истраживања здравља становништва Србије из 2019. године да продуби разумевање потребе за пружањем социјалне подршке старом становништву 65 и више година са сензорним оштећењем вида и факторе који су повезани са њом. Као инструмент истраживања коришћени су упитници у складу са методологијом Европског истраживања здравља. Социјална подршка најчешће је била слаба 85,8%, потом умерена 13,9% и лоша 0,3%. Лошу социјалну потпору чешће су имале особе женског пола, из самачких домаћинстава, парови без деце, са територије Јужне и Источне Србије, нижег образовног нивоа и сиромашнијих слојева друштва. Слаба социјална подршка је негативан предиктор за тешкоће у вези са конзумирањем хране, устајањем из кревета, облачењем и свлачењем, коришћењем тоалета, купањем или туширањем, припремом оброка и одласка у куповину, обављањем кућних послова и вођења рачуна о финансијама, за умерена до тешка ограничења у одржавању личне неге. Коришћење наочара/контактних сочива је позитиван предиктор социјалне подршке. Овом анализом поставили смо темеље за боља разумевања социодемографских интеракција не само унутар нашег националног контекста већ и глобално, што може допринети развоју бољих стратегија и политика за унапређење социјалне подршке код старог становништва са сензорним оштећењем вида.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Социјална подршка, старо становништво, национално истраживање, Република Србија

ABSTRACT

Comprehensive studies on social support in the elderly population in our country are rare. This dissertation used data from the Fourth National Health Survey of Serbia from 2019 to deepen the understanding of the need for social support for the elderly population aged 65 and over with sensory visual impairment and the factors associated with it. Questionnaires in accordance with the methodology of the European Health Survey were used as a research instrument. Social support was most often weak 85.8%, then moderate 13.9% and poor 0.3%. Poor social support was more often experienced by women, from single households, couples without children, from the territory of Southern and Eastern Serbia, with a lower educational level and poorer social strata. Poor social support is a negative predictor of difficulties with eating, getting out of bed, dressing and undressing, using the toilet, bathing or showering, preparing meals and shopping, doing housework and managing finances, and moderate to severe limitations in maintaining personal care. The use of glasses/contact lenses is a positive predictor of social support. With this analysis, we have laid the foundation for a better understanding of sociodemographic interactions not only within our national context but also globally, which may contribute to the development of better strategies and policies for improving social support in the elderly population with sensory visual impairment.

Key words: Social support, elderly population, national research, Republic of Serbia

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Старење становништва.....	2
1.2. Социјална подршка код старог становништва.....	6
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ.....	12
2.1. Главни циљеви	12
2.2. Хипотезе	12
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ	13
3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ	13
3.2. ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖУЈЕ.....	13
3.3. УЗОРКОВАЊЕ.....	13
3.4. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ У СТУДИЈИ.....	14
3.5. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА	14
3.6. СНАГА СТУДИЈЕ И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА	15
3.7. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА.....	15
4. РЕЗУЛТАТИ.....	16
4.1. Демографске и социоекономске карактеристике старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида	16
4.2. Навике у исхрани старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	21
4.3. Навике у физичкој активности код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	24
4.4. Карактеристике здравственог стања код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	26
4.5. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према функционалним ограничењима	28
4.6. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према активностима личне неге	30
4.7. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према кућним активностима	32
4.8. Присуство бола код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	35
4.9. Карактеристике менталног здравља старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	35
4.10. Незгоде/повреде и изложеност насиљу код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида	40
4.11. Аспекти коришћења здравствене заштите и неостварене потребе за здравственом заштитом код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	41
4.12. Социјална подршка старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.....	45
4.13. Регресиона анализа процене повезаности одговарајућих независних варијабли и социјалне подршке као зависне варијабле	47
5. ДИСКУСИЈА.....	56
6. ЗАКЉУЧАК	66
7. ЛИТЕРАТУРА.....	68

1. УВОД

Глобално становништво стари због повећања очекиваног животног века и смањења стопе фертилитета. Очекује се да ће се до 2050. број старих повећати на 1,5 милијарди, што представља око 16% светске популације. Добро је познато да је старост независан фактор ризика за развој незаразних болести као што су кардиоваскуларне болести, рак, дијабетес и деменција (1). Функција и независност генерално опадају у старијој доби као резултат смањења когнитивних и физичких капацитета (2, 3). Зато је неопходно истражити начине да се добро подстакне старење или „активно старење“. То се односи на старије одрасле особе којима је омогућено да наставе да учествују у друштвеним, економским, културним, духовним и грађанским пословима и одржавају добар квалитет живота (5).

Друштвене мреже и подршка имају независан и снажан утицај на здравље и квалитет живота у свим фазама животног циклуса, посебно код старијих особа. Истраживања су показала да је квалитет живота старијих особа директно повезан са степеном социјалне интеракције, степеном друштвеног ангажовања и друштвеним мрежама. Друштвени фактори као што су социјална подршка, интеграција и чежња за заједницом су позитивни ресурси против штетних догађаја у старости. Они повећавају способност прилагођавања променама и управљања животом. Стари који имају нижи ниво друштвених активности и ређе контакте имају виши ниво когнитивног оштећења. Већа је вероватноћа да ће се осећати усамљено и да имају веће шансе да развију поремећаје менталног здравља (6).

Социјална подршка може утицати на здравље и благостање кроз модификовање индивидуалних фактора понашања и усвајање здравих стилова живота. Такође омогућава бољу емоционалну адаптацију на стресне и негативне животне догађаје. Социјална подршка помаже људима да лакше савладају стрес и повезана је са бољим исходима менталног здравља (7). Старије одрасле особе које живе сами су ризична популација. Студије су откриле да живот сам може предвидети широк спектар лоших здравствених исхода. Међутим, старије особе које живе саме нису хомогене. Неки старији одрасли који живе сами су социјално добро подржани и можда нису толико рањиви као што њихов животни статус сугерише (8). Без обзира на то да ли живе сами, међу свим старијим одраслим особама, виши нивои квантифициране или перципиране социјалне подршке повезани су са побољшаним квалитетом живота, бољим физичким и менталним здрављем и нижим стопама слабости и морталитета (9). Такође, социјална подршка је корисна када особа има неку хроничну болест и функционална ограничења као и у спречавању институционализације. Карактеризација окружења у којима је социјална подршка корисна може унапредити наше разумевање социјалне подршке и идентификовати могућности за развој интервенције за повећање подршке (10).

Свеобухватне студије о социјалној подршци код старог становништва у нашој земљи су ретке. Ова дисертација ће користити податке националног истраживања здравља становништва Србије из 2019. године да продуби разумевање социјалне подршке и факторе који су повезани са њом. Резултати овог истраживања ће послужити као основа за развој и формулисање стратегија којима ће се интензивирати активности у вези са пружањем социјалне подршке старим особама.

1.1. Старење становништва

Током последњих неколико деценија, број старијих особа широм света драматично се повећао, и према прогнозама Светске здравствене организације (СЗО), очекује се да ће бити троструко повећање броја људи старијих од 80 година до 2050. године, достижући око 426 милиона широм света (11). Србија се, као и многе друге земље, суочава са демографским променама које захтевају прилагођавање политика и стратегија за задовољавање потреба старијег становништва. Просечна старост становништва у Србији износи 43,2 године (12), значајно више у поређењу са светским просеком од 30,3 године (13). Процес старења доводи до физичког и менталног опадања, утичући на емоционално и когнитивно функционисање, што може резултирати смањеном друштвеном активношћу и изложеност бројним здравственим ризицима (14). СЗО дефинише здравље као стање потпуног физичког, менталног и емоционално благостања, а не само одсуство болести или поремећаја (15). Као кључне елементе менталног здравља, СЗО помиње постизање личног потенцијала, ефикасно суочавање са свакодневним стресорима и допринос заједници (16). Когнитивно оштећење се дефинише као пад памћења, учења нове информације и концентрације, које утичу на дневне активности и функционисање (17).

Претходне студије указују на утицај различитих фактора на когнитивне перформансе током живота (4-10). Когнитивно оштећење укључује пад памћења, учења и концентрације, што утиче на свакодневне активности појединаца са којима се суочава, посебно у старијој доби (7-10). Разни фактори, као социодемографски, показали су значајан утицај на когнитивне капацитете старијих, без обзира на специфичне когнитивне тестове примењене у студији (9). Повезана је нижа писменост са лошијим когнитивним учинком, док социоекономски статус може допринети бољем когнитивном здрављу (7-11). Социодемографске карактеристике као што су старост, пол и ниво образовања имају значајан утицај на когнитивне капацитете старијих (9). Виши социоекономски статус, укључујући факторе прихода и занимања, повезује се са бољим приступом здравственој заштити, здравијим стиловима живота, смањеним стресом, а све то може допринети бољем когнитивном здрављу у старијој доби (9). Претходне студије сугеришу да је друштвено учешће један од заштитних фактора за менталну стимулацију (11-14). А такође је примећена блиска веза између старости и појаве деменције, што је генерално повезано са убрзаним когнитивним падом како узраст напредује (12). Образовање се сматра као заштитни фактор од когнитивног пада (9-11), док социјална изолација и присуство хроничних болести могу допринети депресији и смањеним когнитивним способностима (13-14). Бол је недовољно истражен узрок когнитивног пада код старијих одраслих особа (15-18). Когнитивни пад и деменција могу да компликују доживљај бола и способност његовог изражавања, што представља изазов за здравствену заштиту радника и неговатеља старијих особа (15).

Старење подразумева процес током кога се догађају промене у функционалности особе. Обично се разликују три основна вида старења:

- биолошко - успоравање и опадање у функцијама организма током времена;
- психолошко - промене у психичким функцијама и прилагођавање личности на старење;
- социјално - промене у односу на појединца који стари и друштва у којем живи (19).

Старост је последње развојно раздобље у животном веку појединца, које се може одредити према хронолошкој доби (преко 65. године живота), према социјалним улогама или статусу (након пензионисања) или према функционалном статусу (након одређеног степена опадања способности). Старост је раздобље у којем се одвија развој сваког појединца без обзира на пол, расу или економско стање у које се улази у неком

тренутку. У оцењивању старења постоје многе тешкоће, највише због мањка конкретног одговора о значају старења. Због тога се бројне дефиниције старења појединца разликују, како због усмерености истраживача на одређено знанствено подручје, тако и због разлика међу друштвима и културама (19).

Примарно старење назива се и физиолошким старењем или сенесценцијом, а односи се на нормалне, физиолошке процесе који су одређени унутрашњим, биолошким факторима који су неизбежни и последица су сазревања или протока времена, као нпр. менопауза код жена или успоравање активности централног нервног система. Секундарно старење односи се на патолошке промене и смањивање с годинама које је последица спољашњих фактора, укључујући болест, утицај околине и понашање као нпр. утицај буке на слабење слуха (20)..

Код особа старије животне доби, повећање животног искуства кроз животни век резултира многим варијацијама у личности и понекад необичном прилагођавању у каснијој животној доби. Неке карактеристике личности које се појављују у старости, као нпр. тврдоглавост, нељубазност, намргођеност нису одлика старости и болести него су врло вероватно биле и раније присутне, али у мањој мери или су биле боље контролисане. У старости се дешавају многе промене у менталном здрављу које укључују испитивање когнитивних функција, специфична стања анксиозности и реакције прилагођавања, депресије, параноје, злоупотребу супстанци и ризика за самоубиство. Последице социјалне изолације и усамљености у старости све се више одражавају по здравље људи (20).

Према истраживањима Свјетске здравствене организације преко 20% људи старијих од 60 година пати од неког облика менталног или неуролошког поремећаја. Најчешћи неуропсихијатријски поремећаји у овој старосној доби су деменција и депресија. Афективни поремећаји погађају 3,8% старије популације, злоупотреба супстанци као што су лекови и алкохол погађа скоро 1%, а скоро четвртина смртних случајева код особа старијих од 60 година је последица самоповређивања. Проблеми са менталним здрављем нису довољно препознати од стране здравствених радника па ни од самих старијих људи, а стигма која прати менталне болести доприноси да људи нерадо траже помоћ (21).

Психосоцијалне промене у старијој доби су бројне, са старењем расте вероватност доживљавања губитка. То су најчешће губици због пензионисања, односно губитак радне улоге, праћен обично и новчаним губицима, затим емотивни губици, нпр. губитак драгих особа, чланова породице и пријатеља, одлазак деце од куће, губитак активности и функција, губитак независности. У старости човек може по први пут искусити и лепе догађаје попут рођења унука или праунука (22).

Особе старије животне доби изложене су повећаном броју различитих губитака који доводе до смањења самопоштовања и депресије, као и до непријатног осећаја губитка контроле над властитим животом. То може узроковати телесне симптоме којима особа на неприлагођен начин тражи помоћ покушавајући привући пажњу других или покушава контролисати друге (23).

Више социолошких, психолошких и биолошких фактора детерминише ниво менталног здравља једне особе. Поред животних стресора заједничких за све људе, многе старије особе губе способност да живе самостално због ограничене покретљивости, хроничних болова, или других физичких и менталних проблема, што изискује неку врсту дугорочнее његе. Поред тога, старији људи чешће доживљавају тешке губитке, пад социоекономског статуса (као последица пензионисања) или инвалидитет. Сви ови фактори могу резултирати изолацијом, губитком независности, осећањем усамљености и узнемирености код старијих људи (24).

Ментално здравље има утицаја на физичко здравље и обрнуто. На пример, старе особе које имају неки облик физичког здравственог проблема као што је болест срца, имају већу шансу да оболе од депресије него они без икаквог медицинског проблема. Важи и обрнуто, нелечена депресија код старијих особа са болестима срца, може негативно да утиче на исход физичке болести. Старије особе су такође рањивије када је у питању физичко занемаривање и злостављање (25).

Злостављање старијих може да доведе, не само до физичких повреда већ и озбиљних трајних психичких последица, укључујући депресију и анксиозност. Депресија је често недијагностикована и нелечена код старијих особа чему доприноси и мит да је депресивност уобичајена код особа старије животне доби и природна реакција на хроничну болест, тј. промене које старија животна доб доноси. Полазећи од биолошких фактора, постоји мања генетска оптерећеност за депресију у старијој животној доби него у млађој, осим ако се ради о депресивној епизоди у склопу биполарног афективног поремећаја. Од биолошких фактора потребно је навести редукцију норадренергичке, серотонинергичке и допаминергичке неуротрансмисије која се физиолошки јавља са повећањем животне доби. Ниво серотонинергичке неуротрансмисије у 80-годишњака је за пола мања него у 60-годишњака. Уз симптоме депресивног поремећаја јављају се симптоми умора и поремећаји спавања који могу пратити и физиолошки процес старења, али и неке болести (нпр. ангину пекторис, хроничну опструктивну болест плућа, болести дигестивног тракта, туморске болести). Код старијих особа треба обратити пажњу на специфичне симптоме депресије као што су:

- притужбе на болове, умор, успореност, губитак апетита, потешкоће са спавањем, замагљење вида, палпитације, вртоглавица, губитак или пораст телесне масе; раздражљивост, промене расположења, константне притужбе, потешкоће у концентрацији и памћењу, претеран осећај туге, немогућност уживања у ранијим активностима;
- учестале посете докторима без побољшања стања уз задовољавајуће налазе претрага, причање о бескорисности, претерани осећај кривице и безразложно оптерећивање околине својим захтевима (26).

Додатно треба имати на уму да су неки симптоми депресије чешће присутни у старијих него млађих особа: агитација, психомоторна ретардација, хипохондрија-за/соматизације, хистрионско понашање (нпр. бацање на под), битно смањен унос хране и течности, псеудодеменција, успорени покрети тела, говор и мишљење, повећано је време чекања на одговор, а говор је монотон (27).

Уколико наведени симптоми доминирају, клиничке слике депресије код старијих особа ће бити специфичне. Тако особа с клиничком сликом псеудодеменције, за разлику од особе оболеле од деменције, има оштећења когнитивних функција за које зна када су почеле, свесна је потешкоћа у памћењу, невољно учествује у испитивању когнитивних функција, а на већину питања одговара с „не знам“. Такође епизода депресије може претходити појави деменције, чешће васкуларних, али и других неуролошких болести као што је Паркинсонова болест. За дијагностиковање поремећаја, процену његовог интензитета, опис тока или промена могу се прикупити подаци помоћу бројних поузданих и објективних мерних инструмената, структурираних или стандардизираних интервјуа, психолошких тестова, упитника и лествица (28).

Први корак у лечењу укључује доношење одлуке где ће се лечење спроводити, амбулантно или у болници. Ризик суицида, неспособност бриге о самоме себи, укључујући исхрану, облачење и личну хигијену, као и потреба за дијагностичким разјашњавањем стања захтева хоспитализацију (29).

Болесници с депресијом која је блажег карактера и где нема јачих суицидалних идеја, као и они с хипоманијом, могу се лечити амбулантно. Постоји мноштво фармаколошких, физикалних, психотерапијских и психосоцијалних начина лечења. Главна и често довољна интервенција је комбинација фармаколошке и психотерапије (било да су примењене самостално или заједно), док су физикални, психосоцијални и интернистички третмани допунске интервенције или интервенције за које постоје врло уске постављене индикације. Поред депресије и деменција у великој мери учествује на ментално здравље старијих особа. Деменција је синдром код кога долази до погоршања меморије, мисаоних процеса, понашања и способности за обављање свакодневних активности. Углавном погађа старије особе, иако није нормалан део процеса старења. Процењено је да 35,6 милиона људи у свету живи са деменцијом. Укупан број људи са деменцијом се удвостручује сваких 20 година, процењује се да ће их до 2030. бити 65,7 милиона, а до 2050. 115, 4 милиона и то највише у земљама са ниским и средњим приходима. Постоје значајна социјална и економска питања у смислу директних трошкова медицинске, социјалне и неформалне бриге у вези са деменцијом. Штавише физички, емоционални и економски притисци могу да изазову велики стрес породици оболелих. Стога, потребна је подршка здравственог, социјалног, економског и правног система како људима са деменцијом тако и њиховим старатељима (30).

Анксиозност која је код старих такође честа, представља осећај забринутости и страха због нечега. Мале количине бриге и страха могу помоћи да особа буде сигурна и заштитити од опасности. Понекад се због анксиозности особе осећају као да су ствари горе него што заправо јесу и могу се осећати преплављени страхом. Стална забринутост може довести до дуготрајног оштећења (31).

Старије особе су често забринуте око свог здравственог стања, јер њихово понашање иде из крајности у крајност од опсесије за здравственим стањем и сталним посетама лекарима (по појединим ауторима сматра се да на овај начин старије особе желе да добију више пажње, и да се осећају као део породице, јер неко брине за њих) до потпуне незаинтересованости за своје здравствено стање, што иде у прилог развитка депресије када сматрају да је њихов живот завршен и да је најбоље да само сачекају крај свог животног века. Суицидалност старијег становништва се испољава кроз неколико фактора суицидалног ризика: суицидална или хомицидална промишљања, намере или планови; приступ средствима за извршавање суицида и њихова леталност; присутност психотичних симптома, халуцинација или тешке анксиозности; злоупотреба алкохола или психоактивних супстанци; историја озбиљности претходних покушаја, као и породична анамнеза (32).

Стигматизација, предрасуде и дискриминација старијих особа има негативне последице на препознавање проблема и посебно на пружање помоћи. Друштвена стигматизација укључује негативно етикетирање, маргинализирање и избјегавање појединаца зато што имају одређена обележја, а такође се често односи и само на људе старије животне доби због њихових година (33).

Старење је процес кроз који пролази свако живо биће, и иако перцепција намеће искључиво негативне аспекте старости, производи се стварање читавог наратива који старост и стара лица третира негативно (агеизам). Промене у процесу старења се сматрају се негативним и неизбежним појавама. Процес старење намеће како промену приоритета и потреба, тако и другачије позиционирање старих лица у односу на друштвена збивања. Нажалост, често се дешавају ситуације стереотипног карактерисања старих лица и њиховог социјалног статуса. Многи старији људи и сами верују у њих, услед чега долази до тежег прилагођавања на старење. Негативан став према старим особама (нпр. да су болешљиви, крхки, неспособни, депресивни и сл.) доводи до развијања предрасуда и стереотипа с негативном конотацијом. Последица

деловања стереотипа и предрасуда је отежано остваривање базичних права, упитан приступ неким правима, односно дискриминација. Предрасуде и стереотипи отежају функционисање старих лица, њихову социјалну интеграцију и паритипацију. Стога, окосница и основни циљ развоја политике подршке старим лицима треба да буде окренута побољшању њиховог социјалног статуса, јачању друштвене кохезије и способности старих лица да помогну сами себи у предупредивању појава које узрокују њихову маргинализацију (34).

Људи живе све дуже и све здравије животе него раније и имају потенцијала да пружају важне доприносе друштву и у својој старијој доби. Истовремено су старије особе осетљиве и на појаве социјалног искључивања, маргинализације и дискриминације, које могу бити последица постојећег друштвеног амбијента или неке друштвене кризе (нпр. пандемија Covid 19), (35).

Такве околности налажу креирање комуникационе стратегије и комуникационих планова која би били својеврсна платформа за медије, локалне самоуправе и невладине организације за третман старих лица. Комуникациони планови односили би се на четири поља делатности, а то су:

1. Функционална интеграција (друштвена, политичка, економска);
2. Инфраструктура (становање, превоз, култура, комуникација);
3. Међугенерациски однос и сарадња (дестигматизација, рад у заједници, волонтерски ангажман);
4. Медијско извештавање о старима.

Веома је важно припремити здравствене раднике и друштво уопште како би изашли у сусрет потребама старије популације, што укључује:

- обуку здравствених радника за негу старијих особа;
- превенирање и третирање болести повезаних за старије доба као што су ментални и неуролошки поремећаји и злоупотреба супстанци (алкохол, лекови);
- осмишљавање одрживе политике за дугорочно и палијативно збрињавање и
- развијање сервиса и услуга за старе (36).

1.2. Социјална подршка код старог становништва

Здраавље старијих одраслих може бити побољшано кроз промовисање активног и здравог старења. Промоција здравља, специфична за старије особе, укључује креирање животних услова и окружења који подржавају благостање и омогућују људима да воде здрав и интегрисан живот.

Промоција здравља већином зависи од стратегија које обезбеђује старијим особама неопходне ресурсе за задовољење основних потреба као што су:

- обезбеђивање сигурности и слободе;
- одговарајуће становање кроз подржавајућу политику становања;
- социјална подршка за старију популацију и њихове његователе
- здравствени и друштвени програми намијењени осетљивим групама као што су особе које живе саме, рурално становништво, они који болују од хроничних или периодичних менталних или физичких обољења;
- програми за превенирање насиља и злостављања старијих особа;
- програми за развој заједнице. (37).

Неопходно је повећати доступност психосоцијалне подршке старијим особама. Старије особе су и раније идентификоване као група која је у највећој потреби за додатном подршком. Психосоцијална помоћ која се нуди старијим особама мора бити

бесплатна, поготово јер је показано да су старије особе нижег финансијског статуса уједно и депресивније. Право на ментално здравље спада у основна људска права, и не сме бити привилегија оних који имају новца да га плате. Потребно је уложити ресурсе у превенцију депресије, с обзиром на то да је показано да постоји већи постотак старијих особа са благим симптомима, у односу на оне са тешким. Како су претходна истраживања показала да блаже форме депресије имају потенцијал да се развију у теже клиничке симптоме, неопходно је третман фокусирати не само на тешко депресивне старије особе, већ и на оне са благим симптомима, као и на све старије особе које су под повишеним ризиком од развијања депресивних симптома (39).

Старијим особама је потребно омогућити и специјализовану психолошку помоћ и одређену врсту групног психосоцијалног рада. С обзиром на то да је социјална подршка заштитни фактор код депресије, групни рад је добра прилика за остваривање нових пријатељстава. Такође, добра је пракса у току групног рада додатно делити учеснике у мање групе или парове, како би имали прилику за боље успознавање, али охрабривати и контактирање и у слободно време, односно ван самог психосоцијалног рада. С обзиром на показан значај социјалне подршке, важно је са старијим особама стално разговарати о усамљености, која је често осећање код старијих особа. Може имати позитивно дејство и сам разговор о овој теми. Ипак, важно је и фокусирати се на то шта старија особа може да уради да се бори против усамљености, односно охрабривати проактивни приступ код корисника. На пример, једна од радионица може укључивати присећање на ситуације усамљености у млађој фази живота уз инструкцију да дају савјет “млађем себи”, односно да се осврну на то како су могли боље да се носе са усамљеношћу (40).

Старије особе са већим осећањем смисла живота били су у мањој мери депресивни. Због тога је важно и у старијем добу покушати пронаћи нове изворе смисла живота, односно разумети да старије особе уласком у старије доба не престају да буду аутентични и активни чланови друштва, већ особе које и даље могу да развијају своја интересовања и буду позитиван утицај на људе око себе. Старије особе могу имати жељу да се опробају у неким новим хобијима, занимањима, да се баве волонтирањем или активизмом у заједници и помагању другим људима. Квалитетни односи са другим особама такође могу бити за неке кориснике извор већег смисла живота. За крај, повећању смисла живота може допринети и начин на који комуницирамо са старијим особама. Тачније, старијим особама може посебно пријати коришћење тзв. наративног приступа, односно приступа у ком се стално ослањамо на богато искуство и личне приче старијих особа. Поновно причање и преиспитивање личних искустава може довести до препознавања новог значења и смисла претходних искустава, где се сама особа осећа корисно и да је неко заинтересован за њу (41).

Психолошка и психосоцијална подршка играју изузетно важну улогу у унапређењу менталног здравља старијих особа и доприносе здравом старењу. Ипак, борба за унапређење менталног здравља старијих особа и шире – борба за здраво старење морају укључивати и читав низ системских промена и решења. На пример, неопходно је паралелно радити и на унапређењу финансијског и социо-економског статуса старијих особа, примену приступа целоживотног учења (нпр. Подстицање учења и у старијем добу), прилагођавању самог окружења потребама старијих особа (нпр. постојање рампи и лифтова за особе које се отежано крећу). Такође, важно је радити и на унапређењу политика и процедура у оквиру здравствене и социјалне његе, у оквиру којих би се препознале разнолике потребе старијих особа (нпр. адекватнија решења за особе са деменцијом; обухватан приступ дуготрајној нези). Такође, паралелно је неопходно систематски радити на разбијању стигме о старијем

добу, односно промени негативних и ниподаштавајућих уверења о старијим особама (42).

Када говоримо о томе треба се превасходно осврнути на унапређење и одржавање функционалности у старијем добу што може утицати и на веће благостање старијих. Претпоставка концепта здравог старења је да већина старијих људи може живети испуњен, здрав и срећан живот, активно доприносећи својој заједници и ширем друштву. Иако се са старењем повећава учесталост физичких обољења, тешкоће у домену менталног здравља нису нужни пратиоци старења и многи старији људи имају капацитета да надокнаде мање тешкоће које прате нормално старење (нпр. отежано кретање). Ипак, велика препрека ка здравом старењу јесу ментални поремећаји као што су, на првом месту депресија, која представља најчешћи ментални поремећај у старијем добу, затим деменција, анксиозност. Депресија је психички поремећај који може имати потенцијално врло озбиљне последице, попут високог ризика од самоубиства. Она је типично недовољно препозната и самим тим у недовољној мери третирана, иако је њено успешно лечење могуће и у старијем добу, било лековима било психолошким третманом (43).

Додатно, често постоје погрешна уверења да је нормално и очекивано бити депресиван у старијем добу, односно да је депресија донекле “природна” реакција на старење. Иако су ова уверења у потпуности погрешна, понекада отежавају и самој депресивној особи и особама у њеном окружењу да препознају постојање психолошких тешкоћа. Због тога, превенција, препознавање и лечење депресије код старијих особа треба да се постави као приоритет, али узети у обзир и друге потенцијалне менталне поремећаје (44).

Важно је нагласити да је изразито битна превенција, односно, да доктор примарне здравствене заштите правовремено препозна, адекватно лијечи, те редовно прати стање пацијената. Исто тако, битна је и улога породице јер је свима познато да су особе старије животне доби углавном изоловане, да живе саме, да им је нарушен социоекономски статус, да се често суочавају с губитком својих пријатеља, брачног партнера и слично. Управо из ових разлога потребно је да породица проводи што више квалитетног времена са старијим укућанима, како би превенирали депресивно расположење, а касније и депресију код особа старије животне доби. Старењем се не мењају само физичке особине, већ се јављају и психичке промене које могу бити разлог нпр. физичке онеспособљености као последице нарушеног здравственог стања, сензорних дефицита и когнитивног осиромашења, затим социјалних губитака, одбачености од породице, губитка радне улоге и радног значаја, а самим тиме и смањење прихода односно незадовољавајућих финансијских стандарда, као и повећање медицинских трошкова (45).

Важност друштвених односа за здравље је наглашена у мета-анализи 148 студија које су откриле 50% повећану вероватноћу преживљавања код особа са јачим друштвеним везама (46). Здравствени ефекти се могу ублажити карактеристикама друштвених мрежа, учешћем у друштвеним активностима, доступношћу социјалне подршке или смањењем усамљености (47).

Друштвена мрежа појединца састоји се од збира његових или њених међуљудских односа. Велика мрежа може да подстакне учешће у друштвеним активностима, које могу бити терапеутске или помоћи у спречавању погоршања здравља (48). Здрави односи промовишу размену друштвене подршке, дефинисану као вербална и невербална комуникација између прималаца и пружаоца услуга која помаже у управљању неизвесношћу у вези са ситуацијом, собом, другом или однос и функције за побољшање перцепције личне контроле (49).

Друштвена подршка се може класификовати као емоционална или информациона (нпр. емпатија и савет), опипљива (нпр. новац), привржена (нпр. љубав) и интеракцијска (нпр. нпр. осећај припадности) (50). Може да умањи стрес, побољша психичко благостање, промовише здраво понашање, олакша приступ здравственој заштити, омогући само-лечење хроничним болестима и има позитивне физиолошке ефекте (51).

Усамљеност је субјективни осећај изолације без обзира на објективну величину друштвене мреже, а повезан је са психичким стресом, функционалним опадањем и морталитетом код старијих. Јачање друштвених мрежа, подстицање друштвеног учешћа, повећање друштвене подршке и смањење усамљености код старијих су важни за јавно здравље. циљеве, а могу се постићи третирањем фактора ризика који се могу променити или путем интервенција које јачају друштвене везе (52).

Слух и вид утичу на покретљивост и комуникацију, а тиме и можда, на друштвени миље особе. Студије које су испитивале односе између сензорног губитка и друштвених исхода, фокусирале су се на губитак слуха или вида у изолацији, или нису спроведене у канадској популацији. Презбиаксуза и губитак вида који се не може исправити због старости су чести, све чешће и повезани су са физичким, менталним и когнитивним опадањима, али се ретко сматрају медицинским или јавноздравственим приоритетима. Двоструко сензорно оштећење утиче на многе аспекте човековог живота. Већа је вероватноћа да ће појединци бити депресивни, се боре са активностима свакодневног живота и инструменталним активностима свакодневног живота и имају ограничено друштвено учешће, повећавајући њихову зависност од других и умањујући њихову контролу доношења одлука. Ефикасно третмани, као што су слушна помагала и слушна и визуелна рехабилитација, недовољно се користе (53-55).

У студији која је настојала да утврди да ли су губитак слуха, губитак вида или двоструки сензорни губитак повезани са разноликошћу друштвених мрежа, учешћем у друштвеним активностима, доступношћу социјалне подршке и усамљености у национално репрезентативном узорку Канађана од 45 до 85 година, и да ли су старост или пол модификовали асоцијације, показала је да су губитак вида (код мушкараца) и двоструки сензорни губитак (код 65- до 85-годишњака) независно повезани са ниском разноликошћу друштвених мрежа. Губитак вида и двоструки сензорни губитак могу смањити учесталост друштвених интеракција и активности угрожавањем физичке функције, мобилности, менталног благостања или способности комуникације помоћу визуелних знакова (56).

Поред тога, други можда неће разумети импликације губитка вида и потцењују или прецењују шта особа са оштећењем вида може или не може да види или уради. Стратегије суочавања могу помоћи (нпр. људи би могли да прилагоде своје понашање да би одржали односе и активности) или да погоршају проблем. Већа склоност мушкараца ка штетним стратегијама суочавања може објаснити сексуалну интеракцију. Иако ова склоност није посебно примећена у литератури, жене могу имати више постојећих позитивних стратегија суочавања (нпр. самоефикасност, планирање будућности, позитивни ставови) од мушкараца да би се прилагодили новонасталом губитку вида (57).

Губитак слуха је фактор ризика за падове и саобраћајне несреће, али може мање утицати на мобилност (а самим тим и на могућност друштвене интеракције) него оштећење вида. Појединци са оштећењем слуха би могли бити у могућности да прилагоде своје друштвене активности тако да лакше прилагоде своје инвалидитет, уместо да потпуно напусте активности. На пример, могли би да учествују у више интеракција један на један уместо у групним интеракцијама како би смањили комуникацијске изазове присуства више говорника са позадинском буком, или би

могли да присуствују активностима, али не учествују у комуникацији. Насупрот томе, можда ће бити теже пронаћи алтернативне друштвене активности које се могу одржавати са чак делимичним успехом за оне са slabим видом. Потешкоће у комуникацији саме по себи могу посредовати у повезивању између сензорног оштећења и смањене друштвене подршке и усамљености. Појединци са губитком слуха могу се борити да слушају речи и значење које недостају током разговора, што доводи до умора, фрустрације, стреса, беса или огорчености у односима. За особе са губитком вида, међуљудска комуникација може бити ограничена губитком невербалних знакова, укључујући изразе лица, говор тела и покрете усана. Код појединачног сензорног губитка, неки аспекти комуникације су поштеђени. Они са губитком слуха могу надокнадити коришћењем читања са усана или знаковног језика, док се они са губитком вида могу ослонити на говорни језик (58).

Комбинација губитка слуха и вида, међутим, ствара сложен проблем тако да је компензација унакрсних модалитета тежа. Свеprisутна употреба метода визуелне и слушне комуникације доводи до препрека, искључености и изолације особа са оштећењем вида и слуха. Осим ограничења у комуникацијским стратегијама, неприступачна окружења и активности могу смањити опсег тема о којима појединци са двоструким сензорним губитком могу да комуницирају. Комуникациони партнери можда неће обратити одговарајућу пажњу или разумети људе са двоструким сензорним губитком, или можда неће желети да учине уочени додатни напор у комуникацији са њима (59).

Није било могуће утврдити да ли је третман губитка слуха и вида модерирао повезаност са друштвеним исходима јер сензорне варијабле одражавају способности које су сами пријавили помоћу уређаја за појачавање или сочива ако их користе учесници. Према томе, учесници који имају користи од таквих уређаја могли би класификовати свој слух или вид као „добар“ или бољи. Опсервационе студије које користе објективне мере сензорне функције (нпр. аудиометрија или тестирање оштрине вида) или рандомизоване контролисане студије могу се спровести како би се утврдило да ли третмани сензорног губитка смањују ризик од социјалног пада (60).

Налази су забрињавајући јер социјална подршка олакшава позитивне механизме суочавања који ублажавају ефекте сензорног губитка и других хроничних инвалидних стања. Живот са хроничним здравственим стањем често подразумева ослањање на друге за помоћ у инструменталним задацима и емоционалној подршци. Нажалост, особе са клинички дијагностикованим сензорним губитком обично добијају мало, ако уопште и има, саветовања за односе и комуникацију. Фокус терапије је обично на повећању сензорних способности (нпр. слушним помагалима или сочивима) без решавања последица активности и учешћа (нпр. са слушним или визуелним рехабилитационим програмима). Појединци са сензорним оштећењима такође могу бити циљани за заједницу интервенције које имају за циљ повећање ангажовања и смањење усамљености и изолације (61).

Један од изазова у покушајима да се побољша приступ таквим услугама је то што многи лекари или доносиоци одлука о здравственој политици не дају приоритет сензорним проблемима. Дијагноза се често одлаже, а баријере ефикасним третманима се ретко решавају у кампањама јавног здравља. Слушни апарати се и даље недовољно користе због трошкова, стигме или одложене дијагнозе проблема са слухом. Аудиторни и визуелни рехабилитациони програми се недовољно користе због недостатка доступности, свести и финансирања. У већини јурисдикција, примена карактеристика универзалног дизајна које помажу људима да се прилагоде својим сензорним оштећењима у јавним просторима, зградама, технологијама или

транспортним системима је недовољна или није обавезно. Потребне су кампање јавног здравља које се баве овим недостацима (62).

Породични лекари играју важну улогу у управљању сензорним губицима. Показало се да скрининг одраслих на губитак слуха смањује кашњења у тражењу помоћи за проблеме са слухом и повећава употребу слушних помагала, што доводи до предности у говорној комуникацији. Показало се да рано откривање оштећења вида доприноси смањењу падова код старијих особа. Скрининг је процес у 2 корака. Прво, старије пацијенте треба питати да ли су приметили проблем са слухом или видом. Ако одговоре потврдно, онда их треба прегледати и, у недостатку медицински излечивог узрока, упутити аудиологу или оптометристу на даљи преглед. Ако одговоре не, онда се може извршити скрининг тест (нпр. аудиоскоп, шапат или тестирање оштрине вида). Пацијенте чији резултати скрининг теста указују на губитак слуха или вида треба упутити аудиологу или оптометристу на даљу процену и лечење. Основна аудиолошка обрада укључује процену за одређивање степена и врсте губитка слуха, као и саветовање о лечењу проблема са слухом. Имајте на уму да упућивање на аудиологију не значи нужно да ће се препоручити слушни апарат, тако да спремност да се испроба слушни апарат није предуслов за упућивање. Основни оптометријски преглед обухвата рефракцију, тестове видне оштрине и видног поља и темељан преглед предњих и задњих структура ока са прегледом фундуса кроз проширену зеницу. Ако је потребно, издаје се рецепт за наочаре или контактна сочива. Упућивање код оториноларинголога или офталмолога се покреће у случају даљих медицинских или хируршких захтева. У већини канадских провинција, аудиолози и оптометристи су регулисани здравствени радници, а именици регистрованих лица су јавно доступни (63).

Резултати ове студије сугеришу могуће механизме објашњења иза уочених асоцијација између сензорног губитка и когнитивног опадања, деменције, слабости, депресије и морталитета утолико што су лошије друштвене мреже, друштвена подршка, друштвено учешће и усамљеност је такође повезана са овим исходима. У складу са овом хипотезом, недавна холандска студија заснована на популацији показала је да величина друштвене мреже посредује у вези између губитка вида и депресије (64).

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

2.1. Главни циљеви

Утврдити ниво социјалне подршке код старог становништва Србије са сензорним оштећењима вида.

Специфични циљеви:

1. Утврдити ниво социјалне подршке у популацији старог становништва са сензорним оштећењима вида
2. Утврдити повезаност демографских и социо-економских карактеристика старог становништва са сензорним оштећењима вида и нивоа социјалне подршке
3. Испитати повезаност социјалне подршке и здравственог понашања код старог становништва са сензорним оштећењима вида (пушење, употреба алкохола, психоактивне супстанце, навике у исхрани, физичка активност, употреба лекова)
4. Испитати повезаност социјалне подршке и појединих аспеката здравственог стања код старог становништва са сензорним оштећењима вида (самопроцена општег здравља, присуство хроничних болести и функционалних ограничења, присуство коморбидитета, присуство симптома депресивности)
5. Анализирати повезаност социјалне подршке и учесталости коришћења здравствене заштите код старог становништва са сензорним оштећењима вида
6. Испитати повезаност социјалне подршке и неостварених потреба за здравственом заштитом код старог становништва са сензорним оштећењима вида

2.2. Хипотезе

1. Постоје значајне разлике у нивоу социјалне подршке код старог становништва са сензорним оштећењима вида у односу на демографске и социоекономске карактеристике
2. Старо становништво са сензорним оштећењима вида које има ниже нивое социјалне подршке, чешће има лоше животне навике у погледу конзумирања цигарета, алкохола, психоактивних супстанци, употребе лекова
3. Старо становништво са сензорним оштећењима вида које има ниже нивое социјалне подршке чешће има лошије навике у исхрани, физичкој активности, активностима личне неге и кућним активностима
4. Присуство нижег нивоа социјалне подршке код старог становништва са сензорним оштећењима вида представља значајан предиктор депресивности, гојазности и лоше самопроцене општег и оралног здравља.
5. Старо становништво са сензорним оштећењима вида које има ниже нивое социјалне подршке ређе користи здравствену заштиту (ванболничку, болничку, приватну праксу)
6. Старо становништво са сензорним оштећењима вида које има ниже нивое социјалне подршке чешће има неостварене потребе за здравственом заштитом

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ

Републички завод за статистику, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарством здравља Републике Србије је спровео дескриптивну, аналитичку, студију пресека на репрезентативном узорку становништва Србије 2019. године.

3.2. ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖУЈЕ

Подаци о становништву старости 65 и више година са сензорним оштећењима вида чинили су популацију на којој је вршено истраживање, уз полну и старосну стратификацију узорка. Истраживању нису пропадали испитаници из колективних домаћинстава и институција (попут домова за децу и омладину ометену у развоју, домова за социјално угрожену децу, студентских и ђачких домова, домова за пензионере, старе и изнемогле, психијатријских установа, домова за одрасле инвалиде, затвора, манастира, самостана и сл.), лица без могућности читања и писања, који немају способност да разумеју етичке принципе за учешће у студији и физички или ментално неподобни испитаници за истраживачко учешће.

3.3. УЗОРКОВАЊЕ

На националном репрезентативном случајном двоетапном узорку Србије стратификованом према типу насеља (градска и остала насеља) и регионима (Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Београдски регион, Регион Јужне и Источне Србије) је обављено истраживање. Оквир за избор узорка је извршен пописом становништва Србије из 2011. и то простим случајним узорком како би била изабрана домаћинства у оквиру сваког пописног круга са једнаком вероватноћом.

У складу са препорукама ЕУРОСТАТ-а за спровођење истраживања здравља становништва израчуната је величина узорка од 6.000 домаћинстава са око 15.000 чланова старости 15 и више година, а по пописном кругу бирано је по 10 домаћинстава као и резервна домаћинства у случају одбијања за учешће у истраживању, тако да је било 600 пописних кругова.

Укупан узорак је био од 5.114 домаћинстава у којима је било евидентирано укупно 15.621 лице, од којих 13.589 лица старости 15 и више година. За потребе овог истраживања коришћени су подаци о становништву старости 65 и више година са сензорним оштећењима вида, укупно 2849 испитаника.

Етички стандарди у Истраживању здравља становништва Србије усаглашени су са међународном Хелсиншком декларацијом из 1964. Године и законодавством Републике Србије, и у складу са Општом регулативом о заштити података о личности (General Data Protection Regulation – GDPR), новим европским правним оквиром који прописује начин коришћења података о личности грађана, као и са националним Законом о заштити података о личности, Стратегијом заштите података о личности и Законом о званичној статистици уз примену начела статистичке поверљивости. Учесници су потписали информисани пристанак за учешће у истраживању.

База са подацима истраживања је уступљена Универзитету у Крагујевцу на коришћење у научноистраживачке сврхе, а студија је одобрена од стране Етичког одбора Републичког Института за јавно здравље Србије.

3.4. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ У СТУДИЈИ

Независне варијабле:

1. Демографске варијабле: старосна структура, полна структура, брачност, тип насеља (село/град), регион.
2. Социо-економске варијабле: радни статус, образовна структура, Индекс благостања као показатељ материјалног стања испитаника.
3. Стил живота: пушење, употреба алкохола, психоактивних супстанци, навике у исхрани, физичка активност, активности личне неге и хигијенске навике
4. Здравствено стање испитаника: самопроцена општег и оралног здравља, преваленција хроничних стања и болести, мултиморбидитет, симптоми депресивности, функционална ограничења/неспособност, повређивање, изложеност психичком и физичком насиљу
5. Аспекти коришћења здравствене заштите: болничка, ванболничка здравствена заштита, приватна пракса, употреба лекова, неостварене потребе за здравственом заштитом.

Зависне варијабле:

1. Социјална подршка

3.5. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА

Стандардизовани упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља (*EHIS - European Health Interview Survey, wave3*) а који су прилагођени специфичностима нашег подручја су били главни Инструмент истраживања (11). Коришћене су три врсте упитника и образац за мерење:

- 1) инфопанел за домаћинство, са социоекономским карактеристикама;
- 2) упитник за сваког члана домаћинства узраста 15 и више година;
- 3) упитник за самопопуњавање, за сваког члана домаћинства узраста 15 и више година због осетљивости питања која се тичу употребе алкохола, дрога, сексуалног понашања и другог, због чега нису била погодна за попуњавање методом лицем у лице.
- 4) образац за објективни налаз мерења крвног притиска, телесне висине и телесне масе се вршило за све чланове домаћинства узраста 15 и више година.

За прикупљање података коришћена су три начина:

- 1) интервјуем „лицем у лице“ - комуникацијом између испитаника и анкетара
- 2) самопопуњавање упитника од стране испитаника без учешћа анкетара и
- 3) мерење основних антропометријских карактеристика (висина и телесна маса) и крвног притиска које је обављено од стране чланова анкетног тима.

Поменути упитницима сакупљене су информације о: карактеристикама породице и домаћинства, демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника, здравственом стању (самопроцена здравља, хроничне незаразне болести, незгоде и повреде, физичка и чулна функционална ограничења, способност за обављање свакодневних активности, бол, ментално здравље), коришћењу здравствене заштите (коришћење ванболничке и болничке здравствене заштите, употреба лекова, превентивни прегледи, неостварене потребе за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом), детерминантама здравља (исхрана, физичка активност, фактори ризика, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, употреба алкохола, употреба психоактивних супстанци, насиље, социјална подршка).

Скор социјалне подршке (Oslo-3 Social Support Scale) је мерен путем три питања из упитника и додељивањем одређеног броја бодова за сваки одговор: „Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?“ (број бодова се креће од 1 („Ниједна“) до 4 („6 или више“)), „Колико су људи уистину заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?“ (број бодова се креће од 1 („Нимало нису заинтересовани“) до 5 („Веома су заинтересовани“)), „Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?“ (број бодова се креће од 1 („Јако тешко“) до 5 („Врло лако“)). Након сабирања бодова формиран је скор социјалне подршке: јака социјална подршка (12-14 бодова), умерена (9-11 бодова) и лоша (3-8 бодова) (11).

3.6. СНАГА СТУДИЈЕ И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

У складу са препорукама Евростата за спровођење истраживања здравља становништва (European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual, Precision requirements – Annex 2) израчуната је величина узорка на основу захтева о прецизности оцена, за оцену стандардне грешке индикатора „пропорција лица која су спречене да несметано обављају свакодневне активности“ (11). У земљама ЕУ, на основу СИЛК истраживања пропорција лица и која су спречена да несметано обављају свакодневне активности у популацији варира између 4% и 11%. Слични резултати су добијени и у СИЛК истраживању у Републици Србији (5–8%). Ако се као основа за даље калкулације узме 8%, да би се параметар проценио са грешком која је мања од 1% неопходно је да прост случајни узорак има око 6000 домаћинстава старости 15 и више година. У том случају, уколико статистика има вредност 8%, оцена параметра налази се у интервалу између 7,3% и 8,7% (интервал поверења од 95%).

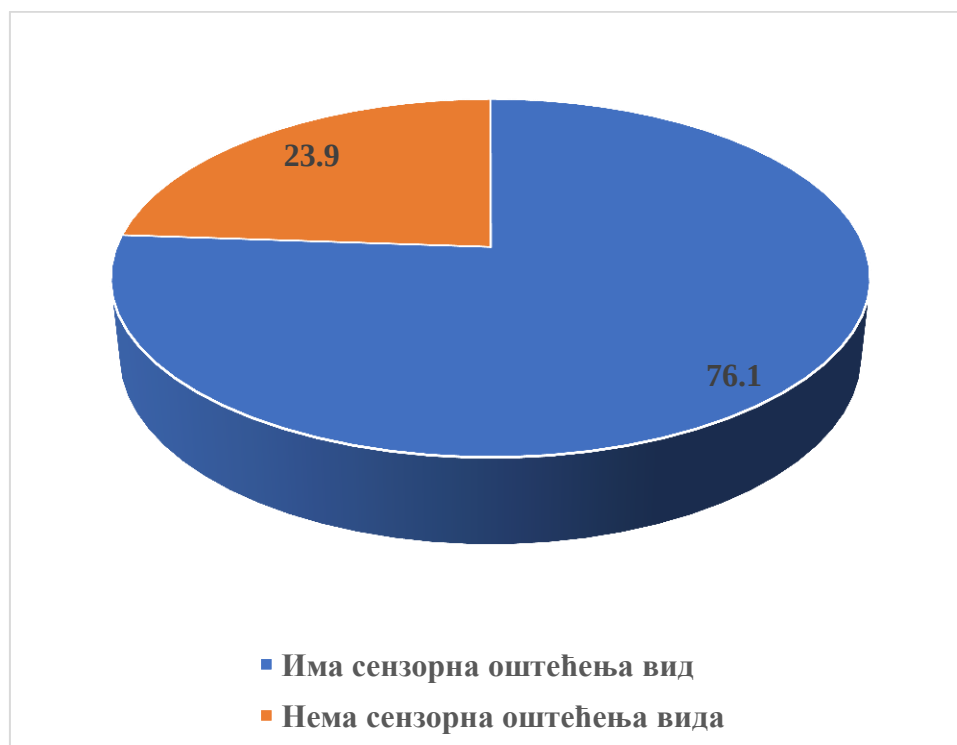
3.7. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Подаци су обрађени одговарајућим статистичким методама, помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 20.0: (χ^2) тест, t тест, ANOVA. Биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом се испитивала повезаност зависних варијабли и низа независних варијабли. Ризик се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматрали су се сви резултати где је вероватноћа мања од 5% ($p < 0,05$).

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Демографске и социоекономске карактеристике старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида

Анализом демографских карактеристика испитаника уочено је да је укупан број анкетираних испитаника старости 65 и више година износио 3743, а да се од тог броја укупно 2849 (76,11%) испитаника изјаснило да има сензорна оштећења вида, (Графикон 1).



Графикон 1. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида према укупном броју испитаника старости 65 година и више

Табелом 1 су приказане социодемографске карактеристике испитаника старости 65 и више година са сензорним оштећењима вида. Женски пол је био заступљенији са (56%) док је проценат мушког пола износио (44%). Највећи проценат анкетираних испитаника је био у старосној доби 60-69 година (37,2%), Следи старосна категорија 70-79 година (43,3%) и 80 и више година (19,4%). У односу на регион, највише испитаника старости 65 и више година са сензорним оштећењима вида потицало је из региона Шумадије и Западне Србије (29,8%). Следи регион београда са 26,1%. У погледу брачног статуса највише испитаника је било у браку/ванбрачној заједници (59,3%). Највише је било парова без деце 30%. Према образовној структури најзаступљеније је средњошколско образовање код (43%) испитаника, док је основно-школско и ниже образовање било заступљено у значајно вишем проценту него високо образовање (40,3% наспрам 16,7%), што говори у прилог томе да су сензорна оштећења чешћа код ниже образованих људи. Према индексу благостања старе особе са са сензорним оштећењима вида чешће су припадале богатијим (39,6%) и сиромашнијим слојевима (37,5%).

Табела 1. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према демографским и социо-економским карактеристикама

Варијабле		Старо становништво 65 и више година са сензорним ошећењима вида	
		n	(%)
Пол	мушки	1253	44.0
	женски	1596	56.0
Старост	65-69	1060	37.2
	70-79	1235	43.3
	80+	554	19.4
Регион	Војводина	683	24.0
	Шумадија и Западна Србија	850	29.8
	Јужна и Источна Србија	573	20.1
	Београд	743	26.1
Брачни статус	Никада у браку или ванбрачној заједници	54	1.9
	Развод, разлаз, смрт партнера	1101	38.6
	Брак/ванбрачна заједница	1689	59.3
Тип домаћинства			
Самачка домаћинства		497	17.4
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година		4	.1
Један родитељ са децом старом 25 и више година		190	6.7
Парови без деце		856	30.0
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година		7	.2
Парови са децом старом 25 и више година		270	9.5
Остала домаћинства		1025	36.0
Образовање	Основна школа и ниже	1147	40.3
	Средња школа	1225	43.0
	Виша и	475	16.7

	висока школа		
Радни статус	Незапослен	50	1.8
	Неактиван	2767	97.1
	Запослен	17	.6
Индекс благостања	Сиромашни	1069	37.5
	Средњи слој	651	22.9
	Богати	1129	39.6

Када су у питању ставови испитаника о утицају фактора ризика по здравље, наши испитаници сматрају да веома велики утицај имају: исхрана (38,5%), физичка активност (37,7%), пушење (39,7%), конзумирање алкохола (35,8%) и друштвене активности (30,3%). Мали проценат њих мисли да ови фактори немају утицај на здравље људи.

Табела 2. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према ставовима испитаника о факторима ризика по здравље

Варијабла	n	(%)
Пушење		
<i>Веома велики</i>	1132	39.7
<i>Велики</i>	1241	43.6
<i>Ни велики ни мали</i>	218	7.7
<i>Мали</i>	38	1.3
<i>Веома мали</i>	53	1.9
<i>Без одговора</i>	162	5.7
Алкохол		
<i>Веома велики</i>	1021	35.8
<i>Велики</i>	1293	45.4
<i>Ни велики ни мали</i>	267	9.4
<i>Мали</i>	51	1.8
<i>Веома мали</i>	55	1.9
<i>Без одговора</i>	162	5.7
Физичка активност		
<i>Веома велики</i>	1075	37.7
<i>Велики</i>	1403	49.2
<i>Ни велики ни мали</i>	188	6.6
<i>Мали</i>	21	.7
<i>Веома мали</i>	4	.1
<i>Без одговора</i>	151 (6,2)	
Исхрана		
<i>Веома велики</i>	1098	38.5
<i>Велики</i>	1371	48.1
<i>Ни велики ни мали</i>	193	6.8
<i>Мали</i>	22	.8
<i>Веома мали</i>	3	.1

<i>Безодговора</i>	162	5.7
<i>Друштвене активности (дружење са пијатељима, изласци, излети, ...)</i>		
<i>Веома велики</i>	863	30.3
<i>Велики</i>	1316	46.2
<i>Ни велики ни мали</i>	378	13.3
<i>Мали</i>	74	2.6
<i>Веома мали</i>	31	1.1
<i>Без одговора</i>	162	5.7

Детаљнијом анализом пушачког статуса дошли смо до података који говоре да је 14% испитаника икада пушило било који дувански производ свакодневно у трајању од најмање годину дана. Да пуши било који дувански производ (искључујући електронске цигарете или било које електронске уређаје) потврдно је одговорило да то чини свакодневно 11,2% испитаника, а повремено 2,3%. Сваки дан, један сат или више дневно је изложено дуванском диму у затвореном простору 10,4%.

Да је веома забринуто због штетних последица пушења/изложености дуванском диму у затвореном простору изјаснило се (14,3%) испитаника, док је помало забринуто било (10,7%) испитаника.

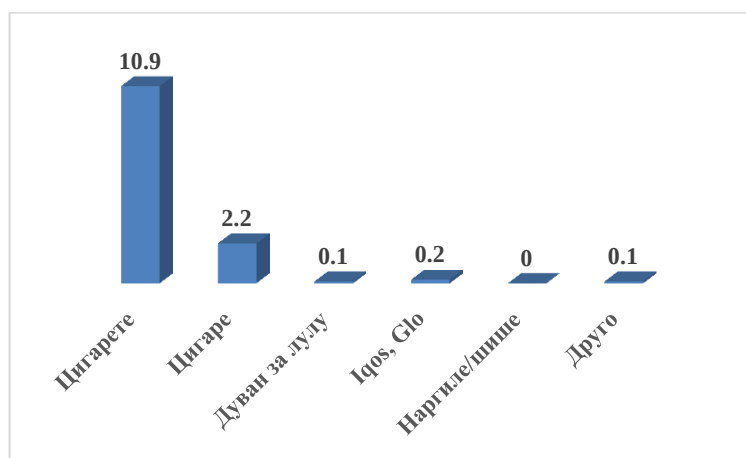
Тек сваки десети испитаник је добио савет од лекара или других здравствених радника да престану да пуше (5,2%), а само (2,7%) пушача је покушавало да престане да пуши током последњих 12 месеци.

Табела 3. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида у односу на карактеристике пушачког статуса

<i>Варијабла</i>		<i>Студијска популација</i>	
		<i>n</i>	<i>(%)</i>
<i>Да ли сте икада пушили било који дувански производ свакодневно у трајању од најмање годину дана</i>	<i>Без одговора</i>	1044	36.6
	<i>Да</i>	399	14.0
	<i>Не</i>	1080	37.9
<i>Да ли пушите било који дувански производ (искључујући електронске цигарете или било које електронске уређаје)</i>	<i>Без одговора</i>	1044	36.6
	<i>Да, свакодневно</i>	320	11.2
	<i>Да, повремено</i>	66	2.3
	<i>Не</i>	1566	55.0
<i>Колико често сте изложени дуванском диму у затвореном простору</i>	<i>Сваки дан, један сат или више дневно</i>	295	10.4
	<i>Сваки дан, мање од једног сата дневно</i>	139	4.9
	<i>Најмање једном недељно (али не сваки дан)</i>	160	5.6

	<i>Ређе од једном недељно</i>	309	10.8
	<i>Никада или скоро никада</i>	533	18.7
Да ли сте забринути због штетних последица пушења/изложености дуванском диму у затвореном простору	<i>Да, веома</i>	406	14.3
	<i>Да, помало</i>	304	10.7
	<i>Не превише</i>	316	11.1
	<i>Не, нимало</i>	401	14.1
Да ли сте у току претходних 12 месеци покушали да престанете да пушите?	<i>Да</i>	76	2.7
	<i>Не</i>	239	8.4
Да ли Вам је током претходних 12 месеци лекар или други здравствени радник саветовао да престанете да пушите?	<i>Да</i>	148	5.2
	<i>Не</i>	169	5.9

Од испитаника који су се изјаснили да пуше, највећи проценат пуши фабрички произведене или ручно завијене цигарете (10,9%) потом цигаре 2,2%, дуван, лулу 0,1%, електронске уређаје (iqos, glo) такође 0,2%, наргиле/шише 0% и друго 0,1%.



Графикон 2. Дистрибуција студијске популације која пуши у односу на врсту дуванског производа који пуши свакодневно или повремено

Највећи проценат анкетираних негирао је употребу алкохола, рекавши да никада није конзумирало алкохол (28,1%), док је једном недељно алкохол конзумирало 3% испитаника, а 2-3 дана месечно (4%) студијске популације.

Табела 4. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости конзумирања

<i>Варијабла</i>	<i>Студијска популација</i>	
	<i>п</i>	<i>(%)</i>
<i>Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци</i>		
<i>Одговор не постоји</i>	745	26.1
<i>Сваки дан или скоро сваки дан</i>	86	3.0
<i>5-6 дана у недељи</i>	17	0.6
<i>3-4 дана у недељи</i>	72	2.5
<i>1-2 дана у недељи</i>	85	3.0
<i>2-3 дана месечно</i>	113	4.0
<i>Једном месечно</i>	88	3.1
<i>Мање од једном месечно</i>	173	6.1
<i>Нисам у протеклих 12 месеци, јер више не пијем алкохол</i>	277	9.7
<i>Нисам никада, или сам попио/ла неколико гутљаја, у свом животу</i>	800	28.1

4.2. Навике у исхрани старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида

Конзумирање воћа, наши испитаници конзумирају једном или више пута дневно (22,9%), поврће или салате, изузимајући кромпир и сокове направљене од свежег поврћа најчешће такође једном или више пута дневно (51,7%). Конзумирање сокова од 100% чистог воћа или поврћа ређе од једном недељно (35,1%) и никада (7,4%).

Конзумирање слатких безалкохолних пића најчешће никада (37,3%), конзумирање црвеног и белог меса најчешће 1 -3 пута недељно (55,9% односно 53,9%), конзумирање рибе или морских плодова најчешће ређе од једном недељно (54,3%), конзумирање прерађевина од меса/сухомеснати производи најчешће 1 до 3 пута недељно (34,4%), конзумирања млека и млечних производа, најчешће једном или више пута дневно (40,3%).

У погледу навика у исхрани највећи проценат испитаване популације (86%) практикује доручковање свакодневно, као и конзумирање хлеба (86%).

Табела 5. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости конзумирања појединих група намирница

Варијабла		Студијска популација	
		n	(%)
Колико често у исхрани користите воће, изузимајући сокове направљене цеђењем воћа или од концентрата воћа	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	652	22.9
	<i>4-6 пута недељно</i>	633	22.2
	<i>1 -3 пута недељно</i>	164	5.8
	<i>Ређе од једном недељно</i>	27	0.9
	<i>Никада</i>	652	22.9
Колико често у исхрани користите поврће или салате, изузимајући кромпир и сокове направљене од свежег поврћа	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	1473	51.7
	<i>4-6 пута недељно</i>	724	25.4
	<i>1 -3 пута недељно</i>	463	16.3
	<i>Ређе од једном недељно</i>	70	2.5
	<i>Никада</i>	7	0.2
Колико често конзумирате сокова од 100% чистог воћа или поврћа	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	211	7.4
	<i>4-6 пута недељно</i>	521	18.3
	<i>1 -3 пута недељно</i>	858	30.1
	<i>Ређе од једном недељно</i>	1001	35.1
	<i>Никада</i>	211	7.4
Колико често конзумирате слатка безалкохолна пића нпр. куповне газиране и негазиране сокове, ледени чај или кока-колу? искључујући “лајт”, дијетална или вештачки заслађена пића	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	97	3.4
	<i>4-6 пута недељно</i>	169	5.9
	<i>1 -3 пута недељно</i>	511	17.9
	<i>Ређе од једном недељно</i>	890	31.2
	<i>Никада</i>	1064	37.3
Колико често у исхрани користите црвено месо	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	148	5.2
	<i>4-6 пута недељно</i>	582	20.4
	<i>1 -3 пута недељно</i>	1594	55.9
	<i>Ређе од једном недељно</i>	344	12.1
	<i>Никада</i>	64	2.2

Колико често у исхрани користите бело месо	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	135	4.7
	<i>4-6 пута недељно</i>	890	31.2
	<i>1 -3 пута недељно</i>	1535	53.9
	<i>Ређе од једном недељно</i>	152	5.3
	<i>Никада</i>	22	0.8
Колико често у исхрани користите рибу или морске плодове	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	36	1.3
	<i>4-6 пута недељно</i>	109	3.8
	<i>1 -3 пута недељно</i>	907	31.8
	<i>Ређе од једном недељно</i>	1548	54.3
	<i>Никада</i>	130	4.6
Колико често у исхрани користите прерађевине од меса/сухомеснати производи	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	316	11.1
	<i>4-6 пута недељно</i>	566	19.9
	<i>1 -3 пута недељно</i>	979	34.4
	<i>Ређе од једном недељно</i>	705	24.7
	<i>Никада</i>	169	5.9
Колико често у исхрани користите млеко и/или млечне производе?	<i>Без одговора</i>	110	3.9
	<i>Једном или више пута дневно</i>	1147	40.3
	<i>4-6 пута недељно</i>	699	24.5
	<i>1 -3 пута недељно</i>	650	22.8
	<i>Ређе од једном недељно</i>	174	6.1
	<i>Никада</i>	67	2.4
Колико пута у току недеље доручкујете?	<i>Никад</i>	42	1.5
	<i>Понекад</i>	246	8.6
	<i>Сваког дана</i>	2449	86.0
Колико често у исхрани користите хлеб (бели, полубели, интегрални, ражани...)?	<i>Никад</i>	42	1.5
	<i>Понекад</i>	246	8.6
	<i>Сваког дана</i>	2449	86.0
	<i>Без одговора</i>	110	3.9

Када је у питању врста масноће која се користи за припрему хране (кување, печење, припрема колача и др.) наша студијска популација најчешће користи уље (51,2%), а потом свињску маст (41,8%), такође најчешће досољавају храну коју једу и поред тога што је со коришћена приликом спремања након што је пробају (19,6%), док то чини увек пре него што проба храну (8,3%) испитаника.

Табела 6. Врста масноће која се користи за припрему хране (кување, печење, припрема колача и др.) и досољавање хране

<i>Врста масноће која се користи за припрему хране(кување, печење, припрема колача и др.)</i>		
<i>Свињска маст</i>	1118	39.2
<i>Путер</i>	13	.5
<i>Биљна маст/маргарин</i>	30	1.1
<i>Уље</i>	1538	54.0
<i>Не користим масноћу</i>	23	.8
<i>Да ли обично досољавате храну коју једете и поред тога што је со коришћена приликом спремања?</i>		
<i>Да, увек пре него што пробам храну</i>	196	6.9
<i>Често након што пробам храну</i>	449	15.8
<i>Никада/ретко</i>	2089	73.3

4.3. Навике у физичкој активности код старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида

У погледу физичке активности наша испитивана популација старог становништва са сензорним оштећењима вида најшчешће практикује *седење или стајање* 43,9% као и ходање или умерено физичко напрезање 43,2%, ходање најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) 1 до 7 дана недељно практикује (89,1%), 10–29 минута дневно времена у току дана ходајући, како би негде отишли или се однекуд вратили практикује 36,3% популације, најчешће хода мање од 150 минута дневно (73,3%), никада не вози бицикл најмање 10 минута дневно без прекида 81,7% испитаника, односно вози бицикл мање од 150 минута дневно 81,7%, не бави се спортом, фитнесом или рекреативним физичким активностима (у слободно време) најмање 10 минута дневно без прекида највећи део испитаника 93,5% популације, никада се не бави физичким активностима посебно намењеним јачању мишића, као што су вежбе отпора и снаге 93,8%.

Табела 7. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према навикама у физичкој активности

Варијабла		Студијска популација	
		n	(%)
Када кажете да РАДИТЕ, шта од наведеног најбоље описује то што радите? Ви бисте рекли...	Одговор не постоји	110	3.9
	Углавном седим или стојим	1252	43.9
	Углавним ходам или се умерено физички напрежем	1230	43.2
	Углавном радим тежак или физички захтеван посао	94	3.3
	Не обављам никакав посао	161	5.7
У типичној недељи, колико дана ХОДАТЕ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили?	Никада не обављам такву физичку активност	294	11,9
	1 до 7 дана	2115	89,1
Колико обично времена у току дана проведете ходајући, како бисте негде отишли или се однекуд вратили?	Одговор не постоји	364	12.8
	10–29 минута дневно	1035	36.3
	30–59 минута дневно	627	22.0
	1–2 сата дневно	425	14.9
	2–3 сата дневно	145	5.1
	3 сата дневно или дуже	131	4.6
Ходање (дневно у минутима)	Мање од 150мин	2087	73.3
	Више од 150мин	276	9.7
У типичној недељи, колико дана ВОЗИТЕ БИЦИКЛ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили?	Никада не обављам такву физичку активност	2327	81.7
	1 до 7 дана	322	14.3
	Одговор не постоји	110	3.9
Колико обично времена у току дана проведете возећи бицикл како бисте негде отишли или се однекуд вратили?	10–29 минута дневно	205	7.2
	30–59 минута дневно	128	4.5

тили?	<i>1–2 сата дневно</i>	54	1.9
	<i>2–3 сата дневно</i>	13	.5
	<i>3 сата дневно или дуже</i>	4	.1
	<i>Одговор не постоји</i>	2332	81.9
Бицикл (у минутима дневно)	<i>Мање од 150мин</i>	2327	81.7
	<i>Више од 150мин</i>	407	14.3
Укупна аеробна активност, укупно минута (бицикл плус ходање)	<i>Мање од 150мин</i>	2194	77.0
	<i>Више од 150мин</i>	193	6.8
У типичној недељи, колико дана се бавите спортом, фитнесом или рекреативним физичким активностима (у слободно време) најмање 10 минута дневно без прекида?	<i>Никада не обавља такву физичку активност</i>	2663	93.5
	<i>Да</i>	73	2.5
	<i>Одговор не постоји</i>	110	3.9
У типичној недељи, колико дана се бавите физичким активностима посебно намењеним ЈАЧАЊУ Ваших мишића, као што су вежбе отпора и снаге?	<i>Никада не обавља такву физичку активност</i>	2671	93.8
	<i>1 до 7 дана</i>	63	2.2
	<i>Одговор не постоји</i>	110	3.9

4.4. Карактеристике здравственог стања код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида

Испитивана популација у највећем проценту своје здравствено стање процењује као просечно (39,6%), а готово трећина као лоше и веома лоше (32,3%). Да им је здравље добро и веома добро сматра (24,2%) испитаника.

Мултиморбидитет има (65,3%) испитаника.

Анализом вредности индекса телесне масе, наши испитаници су најчешће предгојазни (33,2%), док је проценат гојазних био 23%. Међу гојазнима, највише је заступљена гојазност првог степена (17%).

Без симптома депресивности био је највећи проценат испитаника 82,9%, благо депресивне симптоме имало је 12,7 %, а депресивну епизоду 4,4% наше студијске популације.

Табела 8. Карактеристике здравственог стања испитаника старости 65 и више година са сензорним оштећењима вида

Варијабле		Студијска популација	
		N	(%)
Самопроцена општег здравља	Лоше и веома лоше	920	32.3
	Просечно	1128	39.6
	Добро и веома добро	690	24.2
Хроничне болести	Без мултиморбидитета	990	34.7
	Мултиморбидитет	1859	65.3
БМИ	Потхрањеност	37	1.3
	Нормална ухрањеност	680	23.9
	Предгојазност	947	33.2
	Гојазност	656	23.0
Гојазност	Првог степена	485	17.0
	Другог степена	139	4.9
	Трећег степена	32	1.1
Депресивност	Без симптома	2362	82.9
	Благи симптоми	363	12.7
	Депресивна епизода	124	4.4

Повишен крвни притисак има 68,2% испитаника. При томе, најчешће лече повишени притисак само лековима (46,9%), док дијетом/режимом исхране то чини мали проценат испитаника (2,6%). На оба начина и дијетом и лековима притисак лечи (17,3%). Редовно узима лекове за повишени крвни притисак (60,8%) испитаника.

Табела 9. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида према учесталости лечења високог крвног притиска

Варијабла (крвни притисак)		Студијска популација	
		N	(%)
Да ли Вам је лекар рекао да имате повишен крвни притисак	Да	1942	68.2
	Не	907	31.8

Да ли лечите повишени крвни притисак?	<i>Да, само дијетом (режим исхране)</i>	74	2.6
	<i>Да, само лековима</i>	1335	46.9
	<i>Да, оба начина</i>	493	17.3
	<i>Не, не лечим</i>	39	1.4
	<i>Без одговора</i>	907	31.8
Да ли сте у последње 4 недеље узимали лекове за повишени крвни притисак	<i>Да, редовно</i>	1733	60.8
	<i>Да, понекад</i>	88	3.1
	<i>Не</i>	7	0.2
	<i>Без одговора</i>	1021	35.8

4.5. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према функционалним ограничењима

У погледу функционалних ограничења наша испитивана популација је имала велике тешкоће да види чак и када носи наочаре или контактна сочива у (5,9%), а мање тешкоће у (30,4%). Да користе помагала за слух изјаснило се (5,7%). Уз мање тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији изјаснило се (23,9%), а (32,2%) се изјаснило да има мање тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у бучнијој просторији.

Уз мање тешкоће четртина (25,8%) може да пешачи пола километра по равном без било какве помоћи, а уз велике тешкоће (12,9%). Уз мање тешкоће да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих имало је (28,5%), а уз велике тешкоће (15,3%). Мање тешкоће у памћењу или концентрацији имало је сваки (25,6%), а велике тешкоће да гризе и жваће чврсту храну, попут јабуке имало је (12,3%) популације.

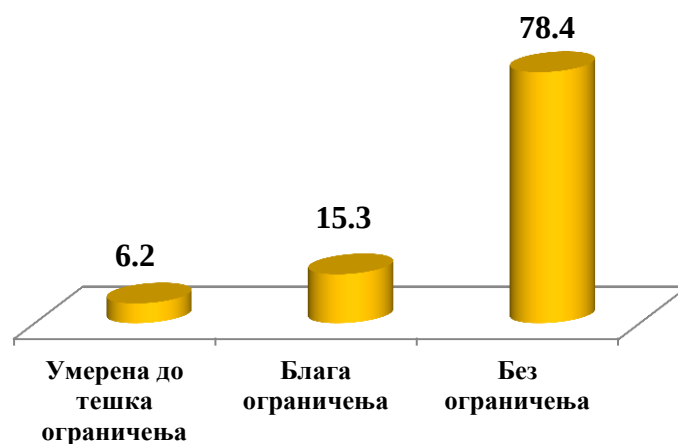
Табела 10. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида у односу на функционална ограничења

Варијабле		Испитивана популација	
		N	(%)
Тешкоће да види чак и када носи наочаре или контактна сочива	<i>Без одговора</i>	25	0.9
	<i>Без тешкоћа</i>	1789	62.8
	<i>Уз мање тешкоће</i>	866	30.4
	<i>Уз велике тешкоће</i>	168	5.9
	<i>Нисам у стању</i>	1	0.0
Помагала за слух	<i>Да</i>	163	5.7
	<i>Не</i>	2675	93.9
	<i>Глув или не чује уопште</i>	11	0.4

Теškoће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији (чак и када користи помагало за слух)	<i>Без одговора</i>	11	0.4
	<i>Без теškoћа</i>	2030	71.3
	<i>Уз мање теškoће</i>	680	23.9
	<i>Уз велике теškoће</i>	125	4.4
	<i>Нисам у стању</i>	2	0.1
Теškoће да чује другу особу када са њом разговара у бучнијој просторији (чак и када користи помагало за слух)	<i>Без одговора</i>	11	0.4
	<i>Без теškoћа</i>	1565	54.9
	<i>Уз мање теškoће</i>	917	32.2
	<i>Уз велике теškoће</i>	321	11.3
	<i>Нисам у стању</i>	29	1.0
Теškoће да пешачи пола километра по равном без било какве помоћи	<i>Без одговора</i>	2	0.1
	<i>Без теškoћа</i>	1546	54.3
	<i>Уз мање теškoће</i>	735	25.8
	<i>Уз велике теškoће</i>	368	12.9
	<i>Нисам у стању</i>	198	6.9
Теškoће да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих	<i>Без одговора</i>	4	0.1
	<i>Без теškoћа</i>	1405	49.3
	<i>Уз мање теškoће</i>	812	28.5
	<i>Уз велике теškoће</i>	437	15.3
	<i>Нисам у стању</i>	191	6.7
Теškoће у памћењу или концентрацији	<i>Без одговора</i>	3	0.1
	<i>Без теškoћа</i>	1964	68.9
	<i>Уз мање теškoће</i>	728	25.6
	<i>Уз велике теškoће</i>	131	4.6
	<i>Нисам у стању</i>	23	0.8
Теškoће да гризе и жваће чврсту храну, попут јабуке	<i>Без одговора</i>	1	0.0
	<i>Без теškoћа</i>	1691	59.4
	<i>Уз мање теškoће</i>	718	25.2
	<i>Уз велике теškoће</i>	350	12.3
	<i>Нисам у стању</i>	89	3.1

4.6. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према активностима личне неге

Умерено до тешка ограничења у активностима личне неге имало је 6,2% испитаника, док је блага ограничења у овим активностима имало 15,3% испитаника.



Графикон 3. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према степену ограничења у обављању активности личне неге

Испитивана популација је имала мање тешкоће у активностима личне неге без помоћи: да једе (6,9%), да легне, устане из кревета (11,6%), да се облачи и свлачи (9,5%), да користи WC/клозет (7,8%), да се купа или тушира (9,3%).

Да није у стању да једе без помоћи изјаснило се (0,7%), да легне, устане из кревета (1,8%), да се облачи и свлачи (1,9%), да користи WC/клозет (1,8%), да се купа или тушира (3,1%).

Такође многе од ових активности испитаници обављају уз велике тешкоће и то најтеже им је да устану и легну из кревета (3,6%) и да се купа или тушира (4,0%).

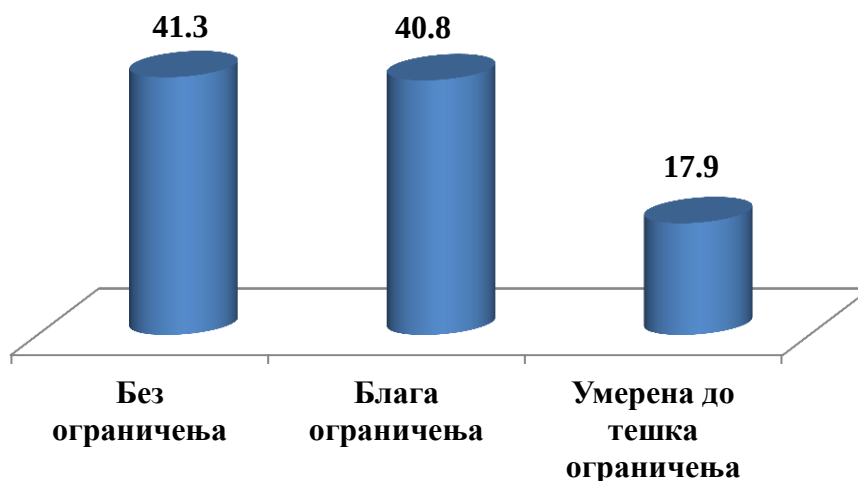
Табела 11. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према активностима личне неге

Варијабле		Студијска популација	
		N	(%)
Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да једете	Без тешкоћа	2587	90.8
	Уз мање тешкоће	196	6.9
	Уз велике тешкоће	44	1.5
	Нисам у стању	21	0.7
Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених	Без тешкоћа	2365	83.0
	Уз мање тешкоће	330	11.6

активности без помоћи? Да легнете, устанете из кревета, ...	<i>Уз велике теškoће</i>	102	3.6
	<i>Нисам у стању</i>	51	1.8
Да ли обично имате теškoће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да се облачите и свлачите	<i>Без теškoћа</i>	2431	85.3
	<i>Уз мање теškoће</i>	271	9.5
	<i>Уз велике теškoће</i>	91	3.2
	<i>Нисам у стању</i>	55	1.9
Да ли обично имате теškoће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да користите WC/клозет	<i>Без теškoћа</i>	2493	87.5
	<i>Уз мање теškoће</i>	223	7.8
	<i>Уз велике теškoће</i>	80	2.8
	<i>Нисам у стању</i>	52	1.8
Да ли обично имате теškoће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да се купате или туширате	<i>Без теškoћа</i>	2381	83.6
	<i>Уз мање теškoће</i>	266	9.3
	<i>Уз велике теškoће</i>	113	4.0
	<i>Нисам у стању</i>	87	3.1
Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности	<i>Да, за најмање једну активност</i>	369	60.4
	<i>Не</i>	242	39.6
	<i>Без одговора</i>	/	
Да ли би Вам била потребна помоћ/више помоћи за неку од ових активности	<i>Да, за најмање једну активност</i>	220	36.1
	<i>Не</i>	312	51.1
	<i>Без одговора</i>	74	12.1

4.7. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према кућним активностима

Умерено до тешка ограничења у обављању кућних активности има сваки десети испитаник (17,9%), а блага ограничења нешто мање од половине испитаника (40,8%).



Графикон 4. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према степену ограничења у обављању кућних активности

Када су у питању различите кућне активности, припремање оброка није у стању самостално да обави (4,8%), да телефонира (2,6%), куповину (8,7%), да узме терапију (лекове) (2,8%), лакше кућне послове (6,5%), теже кућне послове (16,5%). Вођење рачуна о финансијама није у стању да обави (5%) испитаника.

Табела 12. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према кућним активностима

Варијабла		Студијска популација	
		N	(%)
тешкоћа у самосталном припремање оброка	Без тешкоћа	2141	75.1
	Уз мање тешкоће	220	7.7
	Уз велике тешкоће	64	2.2
	Нисам у стању	136	4.8
	Никад није пробао/нема потребе да ради	286	10.0
тешкоћа у самосталном	Без тешкоћа	2540	89.2

обављању телефонирање	<i>Уз мање теškoће</i>	148	5.2
	<i>Уз велике теškoће</i>	61	2.1
	<i>Нисам у стању</i>	73	2.6
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	25	0.9
теškoћа у самосталном обављању у куповину	<i>Без теškoћа</i>	2096	73.6
	<i>Уз мање теškoће</i>	302	10.6
	<i>Уз велике теškoће</i>	130	4.6
	<i>Нисам у стању</i>	249	8.7
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	71	2.5
теškoће у самосталном узимању терапије (лекови)	<i>Без теškoћа</i>	2533	88.9
	<i>Уз мање теškoће</i>	145	5.1
	<i>Уз велике теškoће</i>	46	1.6
	<i>Нисам у стању</i>	81	2.8
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	43	1.5
теškoће у обављању активности у виду лакших кућних послова	<i>Без теškoћа</i>	2104	73.9
	<i>Уз мање теškoће</i>	408	14.3
	<i>Уз велике теškoће</i>	113	4.0
	<i>Нисам у стању</i>	184	6.5
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	38	1.3
теškoће у самосталном	<i>Без теškoћа</i>	1306	45.8

обављању повремених тежих кућних послова	<i>Уз мање теškoће</i>	580	20.4
	<i>Уз велике теškoће</i>	328	11.5
	<i>Нисам у стању</i>	471	16.5
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	162	5.7
теškoће у самосталном обављању активности везаних за вођење рачуна о финансијама	<i>Без теškoћа</i>	2362	82.9
	<i>Уз мање теškoће</i>	205	7.2
	<i>Уз велике теškoће</i>	55	1.9
	<i>Нисам у стању</i>	142	5.0
	<i>Никад није пробао/нема потребе да ради</i>	79	2.8
имате ли помоћ за неку од ових активности	<i>Да, за најмање једну активност</i>	1178	41.3
	<i>Не</i>	1161	40.8
	<i>Без одговора</i>	510	17.9
Да ли ће вам бити потребна помоћ/више помоћи за обављање активности	<i>Да, за најмање једну активност</i>	1178	41.3
	<i>Не</i>	1161	40.8
	<i>Без одговора</i>	510	17.9

4.8. Присуство бола код старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида

Болове у току претходне четири недеље најчешће су имали веома јаке (43%). На питање

Колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући) петина је одговорила да је у малом степену (19,1%), умерено (14,9%), прилично (9,3%), а веома (4,2%).

Табела 13. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида према присуству бола

<i>Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?</i>	<i>Нисам</i>	1224	43.0
	<i>Веома благе</i>	392	13.8
	<i>Благе</i>	452	15.9
	<i>Умерене</i>	189	6.6
	<i>Јаке</i>	56	2.0
	<i>Веома јаке</i>	1224	43.0
<i>Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?</i>	<i>Нимало</i>	161	5.7
	<i>Мало</i>	545	19.1
	<i>Умерено</i>	424	14.9
	<i>Прилично</i>	264	9.3
	<i>Веома</i>	120	4.2

4.9. Карактеристике менталног здравља старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида

Табела 14. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида према заступљеност симптома депресије у недељи која је претходила истраживању

<i>Симптоми депресивности</i>	<i>Студијска популација</i>			
	<i>п</i>	<i>%</i>	<i>п</i>	<i>%</i>
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Слабо интересовање ...када нешто радите</i>				
<i>није уопште</i>	2310	81.1		
<i>неколико дана</i>	344	12.1		

<i>више од 7 дана</i>	22	0.8
<i>скоро сваког дана</i>	56	2.0
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Малодушност, депресија или безнадежност</i>		
<i>није уопште</i>	2245	78.8
<i>неколико дана</i>	381	13.4
<i>више од 7 дана</i>	37	1.3
<i>скоро сваког дана</i>	67	2.4
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Проблем да заспите, спавате у континуитету</i>		
<i>није уопште</i>	1811	63.6
<i>неколико дана</i>	661	23.2
<i>више од 7 дана</i>	123	4.3
<i>скоро сваког дана</i>	140	4.9
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Осећање замора или недостатка енергије</i>		
<i>није уопште</i>	1707	59.9
<i>неколико дана</i>	740	26.0
<i>више од 7 дана</i>	119	4.2
<i>скоро сваког дана</i>	169	5.9
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Лош апетит или преједање</i>		
<i>није уопште</i>	2347	82.4
<i>неколико дана</i>	311	10.9
<i>више од 7 дана</i>	27	.9

<i>скоро сваког дана</i>	51	1.8
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Лоше мишљење о себи ...</i>		
<i>није уопште</i>	2548	89.4
<i>неколико дана</i>	146	5.1
<i>више од 7 дана</i>	11	0.4
<i>скоро сваког дана</i>	30	1.1
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Тешкоћа да се концентришете на ствари, ...</i>		
<i>није уопште</i>	2307	81.0
<i>неколико дана</i>	340	11.9
<i>више од 7 дана</i>	37	1.3
<i>скоро сваког дана</i>	51	1.8
<i>У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Толико успорено кретање или говор ...</i>		
<i>није уопште</i>	2324	81.6
<i>неколико дана</i>	248	8.7
<i>више од 7 дана</i>	34	1.2
<i>скоро сваког дана</i>	130	4.6

Када је у питању употреба лекова, студијска популација се изјаснила да користи лекове које им је прописао лекару 79,2%, док сваки пети то не чини (20,8%), а лекове или биљна лековита средства или витамине које им није прописао лекар користи готово сваки други испитаник(45,5%).

Табела 15. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости употребе лекова током претходне две недеље

Варијабла		Студијска популација	
		n	(%)
Да ли сте током претходне две недеље користили неке лекове које Вам је прописао лекар?	Да	2354	86.0
	Не	384	14.0
Да ли сте у току претходне две недеље користили неке лекове или биљна лековита средства или витамине које Вам није прописао лекар?	Да	1287	47.0
	Не	1449	53.0
Да ли сте некада примили вакцину против грипа?	Да	377	13.2
	Не	2356	82.7
Када сте последњи пут примили вакцину против грипа?	Давно (пре више од једне године)	304	13.0
	Никад	2037	87.0
Када Вам је последњи пут крвни притисак измерио здравствени радник?	Пре мање од 12 месеци	2090	73.4
	Пре 1–3 године	426	15.8
	Пре 3–5 година	96	3.4
	Пре 5 и више година	74	2.6
	Никада	23	.8
Када Вам је последњи пут холестерол у крви измерио здравствени радник?	Пре мање од 12 месеци	1976	69.4
	Пре 1–3 године	495	17.4
	Пре 3–5 година	106	3.7
	Пре 5 и више година	81	2.8
	Никада	38	1.3
Када Вам је последњи пут шећер у крви измерио здравствени радник?	Пре мање од 12 месеци	1983	69.6
	Пре 1–3 године	485	17.0

	<i>Пре 3–5 година</i>	108	3.8
	<i>Пре 5 и више година</i>	68	2.5
	<i>Никада</i>	56	2.1
<i>Када Вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столицу?</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	158	5.9
	<i>Пре 1–2 године</i>	98	3.7
	<i>Пре 2–3 године</i>	91	3.4
	<i>Пре 3 и више година</i>	166	6.2
	<i>Никада</i>	2144	80.7
<i>Да ли сте тест на голим оком невидљиву крв урадили...?</i>	<i>Самоиницијативно</i>	62	2.2
	<i>По савету лекара</i>	260	9.1
	<i>По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дебелог црева</i>	21	.7
<i>Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу (колоноскопији)?</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	81	3.0
	<i>Пре 1–5 година</i>	153	5.7
	<i>Пре 5–10 година</i>	66	2.5
	<i>Пре 10 и више година</i>	86	3.2
	<i>Никада</i>	2306	85.7
<i>Када сте последњи пут били на мамографском прегледу (снимање дојки Х-зрацима)?</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	107	3.8
	<i>Пре 1–2 године</i>	150	5.3
	<i>Пре 2–3 године</i>	138	4.8
	<i>Пре 3 и више година</i>	306	10.7
	<i>Никада</i>	802	28.2
<i>Да ли сте на мамографију отишли...?</i>	<i>Самоиницијативно</i>	116	4.1
	<i>По савету лекара</i>	203	7.1
	<i>По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дојке</i>	75	2.6
<i>Када сте последњи пут радили цитолошки брис грлића материце</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	123	4.3
	<i>Пре 1–2 године</i>	133	4.7

<i>(Папаниколау тест)?</i>	<i>Пре 2–3 године</i>	164	5.8
	<i>Пре 3 и више година</i>	589	20.7
	<i>Никада</i>	400	14.0
<i>Да ли сте Папаниколау тест урадили...?</i>	<i>Самоиницијативно</i>	151	5.3
	<i>По савету лекара</i>	238	8.4
	<i>По позиву у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце</i>	27	.9

4.10. Незгоде/повреде и изложеност насиљу код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида

Испитаници су се у (4,7%) изјаснили да су у претходних 12 месеци имали незгоду код куће која је довела до поврђивања, у друмском саобраћају је незгоду имало (0,7%) испитаника, а у слободно време (2,5%), дакле укупно се изјаснило 7,9% испитаника да је имало неку незгоду или повреду. Од тог броја њих (1,7%) је примљено у болницу или неку другу здравствену установу и задржано преко ноћи, (2,8%) је примљено у болницу или неку другу здравствену установу, али није задржано преко ноћи, (1,2%) је имало медицинску помоћ од стране лекара или медицинске сестре, а (1,5%) се изјаснио да није била потребна никаква интервенција.

Табела 16. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости незгода/повређивања у последњих месеци

<i>Варијабла (незгода/повреде)</i>		<i>Испитивана популација</i>	
		N	(%)
Незгода/повређивање код куће	<i>Да</i>	134	4.7
	<i>Не</i>	2712	95.2
	<i>Без одговора</i>	3	.1
Незгода/повређивање у друмском саобраћају	<i>Да</i>	21	0.7
	<i>Не</i>	2825	99.2
	<i>Без одговора</i>	3	.1
Незгода/повређивање у слободно време	<i>Да</i>	70	2.5
	<i>Не</i>	2776	97.4

	<i>Без одговора</i>	3	.1
Да ли је због ове/ових незгода/повреда била неопходна медицинска помоћ?	<i>Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу и задржан преко ноћи</i>	48	1.7
	<i>Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу, али нисам задржан преко ноћи</i>	79	2.8
	<i>Да, од стране лекара или медицинске сестре</i>	34	1.2
	<i>Не, никаква интервенција није била потребна</i>	42	1.5
	<i>Без одговора</i>	2646	92.9

4.11. Аспекти коришћења здравствене заштите и неостварене потребе за здравственом заштитом код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида

У Табели 17 представљени су аспекти коришћења здравствене заштите код старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида.

Табела 17. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости коришћења здравствене заштите

<i>Варијабла</i>		<i>Студијска популација</i>	
		<i>п</i>	<i>(%)</i>
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?	<i>Да</i>	402	14.1
	<i>Не</i>	2445	85.8
Да ли сте у	<i>Да</i>	273	9.6

<i>претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент</i>	<i>Не</i>	2570	90.4
<i>Када сте Ви лично последњи пут консултовали лекара опште праксе</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	2400	84.2
	<i>Пре више од 12 месеци</i>	423	14.8
	<i>Никада</i>	8	.3
<i>Да ли имате свог лекара опште медицине у државној пракси</i>	<i>Да</i>	2695	95.8
	<i>Не</i>	118	4.2
<i>Да ли имате свог лекара опште медицине у приватној пракси</i>	<i>Да</i>	144	5.1
	<i>Не</i>	2672	94.9
<i>Да ли имате свог гинеколога у државној пракси</i>	<i>Да</i>	652	48.4
	<i>Не</i>	695	51.6
<i>Да ли имате свог гинеколога у приватној пракси</i>	<i>Да</i>	84	6.2
	<i>Не</i>	1266	93.8
<i>Када сте последњи пут Ви лично посетили гинеколога</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	374	28,0
	<i>Пре више од 12 месеци</i>	913	68,5
	<i>Никада</i>	47	3,5
<i>Да ли имате свог стоматолога - у државној установи</i>	<i>Да</i>	835	31.6
	<i>Не</i>	1809	68.4
<i>Да ли имате свог стоматолога - у приватној пракси?</i>	<i>Да</i>	758	28.6
	<i>Не</i>	1893	71.4
<i>Када сте Ви лично последњи пут посетили стоматолога или ортодонта (не као пратилац супружника, деце, итд.)?</i>	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	285	10.5
	<i>Пре више од 12 месеци</i>	289	10.6
	<i>Никада</i>	2083	76.4

Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту	<i>Пре мање од 12 месеци</i>	1621	57.9
	<i>Пре више од 12 месеци</i>	1071	38.3
	<i>Никада</i>	106	3.8
Да ли сте у претходних 12 месеци Ви лично посетили физиотерапеута или специјалисту физикалне медицине и рехабилитације	<i>Да</i>	365	12.8
	<i>Не</i>	2478	87.0
Да ли сте у претходних 12 месеци Ви лично посетили психолога, психотерапеута или психијатра	<i>Да</i>	165	5.8
	<i>Не</i>	2678	94.2
Да ли сте у претходних 12 месеци користили/добили било који облик кућне неге	<i>Да</i>	123	4.3
	<i>Не</i>	2725	95.7
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?	<i>Да</i>	781	27.4
	<i>Не</i>	2066	72.6
Услуге приватне лабораторије	<i>Да</i>	523	67.0
	<i>Не</i>	258	33.0
Услуге радиолошке дијагностике	<i>Да</i>	255	32.7
	<i>Не</i>	526	67.3
Услуге интернисте	<i>Да</i>	285	36.5
	<i>Не</i>	496	63.5
Услуге офталмолога	<i>Да</i>	144	18.4
	<i>Не</i>	637	81.6

<i>Хируришке услуге</i>	<i>Да</i>	31	4.0
	<i>Не</i>	750	96.0
<i>Услуге психијатра</i>	<i>Да</i>	24	3.1
	<i>Не</i>	757	96.9
<i>Услуге стоматолога</i>	<i>Да</i>	244	31.2
	<i>Не</i>	537	68.8
<i>Неке друге услуге</i>	<i>Да</i>	147	18.9
	<i>Не</i>	631	81.1

Од укупног броја старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида њих 14% је изјавило да није добило здравствену заштиту јер су предуго чекали, њих 4,4% је имало неостварену потребу због проблема са превозом. Неостварену потребу за медицинском заштитом али је нису могли остварити због финансијских разлога имало је 10,8% испитаника, а за прописаним лековима коју нису могли да остваре због финансијских разлога имало је 9.1% испитаника, а неостварену потребу за заштитом менталног здравља коју нису могли да остваре због финансијских разлога имало је 1,5% испитаника. Стоматолошку заштиту није могло да оствари због финансијских разлога 9,2% испитаника.

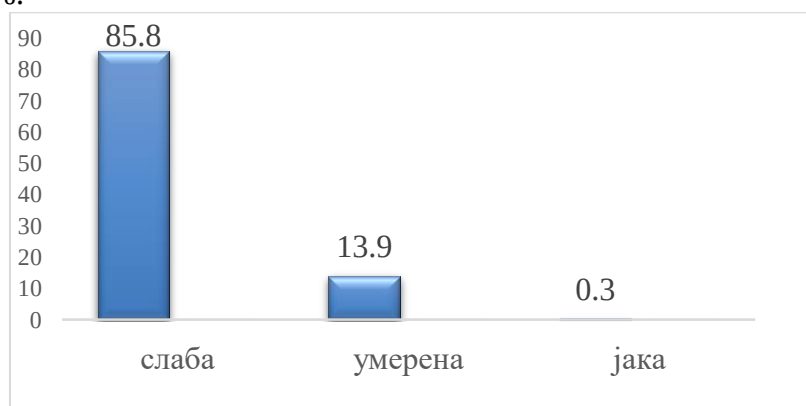
Табела 18. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према учесталости неостварених здравствених потреба

<i>Варијабла</i>		Студијска популација	
		n	(%)
<i>Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали</i>	<i>Да</i>	398	14.0
	<i>Не</i>	1794	63.0
	<i>Није било потребе</i>	535	18.8
	<i>Без одговора</i>	110	3.9
<i>Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте добили здравствену заштиту због проблема са превозом</i>	<i>Да</i>	126	4.4
	<i>Не</i>	2028	71.2
	<i>Није било потребе</i>	576	20.2
	<i>Без одговора</i>	110	3.9
<i>Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском заштитом</i>	<i>Да</i>	309	10.8
	<i>Не</i>	1833	64.3

<i>али је нисте могли остварити због финансијских разлога</i>	<i>Није било потребе</i>	592	20.8
	<i>Без одговора</i>	110	3.9
<i>Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима али је нисте могли остварити због финансијских разлога</i>	<i>Да</i>	259	9.1
	<i>Не</i>	1896	66.5
	<i>Није било потребе</i>	579	20.3
	<i>Без одговора</i>	110	3.9
<i>Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља али је нисте могли остварити због финансијских разлога</i>	<i>Да</i>	44	1.5
	<i>Не</i>	1019	35.8
	<i>Није било потребе</i>	1671	58.7
	<i>Без одговора</i>	110	3.9
<i>Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за стоматолошком заштитом али је нисте могли остварити због финансијских разлога</i>	<i>Да</i>	263	9.2
	<i>Не</i>	1447	50.8
	<i>Није било потребе</i>	1022	35.9
	<i>Без одговора</i>	110	3.9

4.12. Социјална подршка старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида

По питању социјалне подршке најчешће је била слаба 85,8%, потом умерена 13,9%, а јака 0,3%.



Графикон 5. Дистрибуција старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према скору социјалне потпоре

Табела 19. Социјална подршка старог становништва 65 и више година са сензорним оштећењима вида према демографским и социоекономским карактеристикама

Варијабле		Социјална подршка			χ ²
		Слаба	Умерена	Јака	
Пол	мушки	43.8	45.2	22.2	p = 0,367
	женски	56.2	54.8	77.8	
Старост	65-69	39.1	33.3	33.3	p = 0,066
	70-74	26.0	30.4	11.1	
	75-79	17.4	15.9	11.1	
	80+	12.2	13.2	22.2	
Регион	Војводина	22.3	32.5	11.1	p = 0,000
	Шумадија и Западна Србија	32.5	18.5	0.0	
	Јужна и Источна Србија	19.7	19.8	55.6	
	Београд	25.5	29.1	33.3	
Брачни статус	Никада у браку или ванбрачној заједници				p < 0,001
	Развод, разлаз, смрт партнера				
	Брак/ванбрачна заједница				
Тип домаћинства					
Самачка домаћинства		17.3	20.1	33.3	p = 0,028
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година		0.1	0.3	0.0	
Један родитељ са децом старом 25 и више година		6.7	6.3	0.0	
Парови без деце		30.1	33.3	44.4	
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година		0.2	0.5	0.0	
Парови са децом старом 25 и више година		9.0	13.0	0.0	
Остала домаћинства		36.6	26.5	22.2	
Образовање	Основна школа и ниже	38.8	43.4	55.6	p < 0,001
	Средња школа	38.8	36.5	0.0	
	Виша и висока школа	16.4	20.1	44.4	
Радни статус	Незапослен	1.7	1.9	0.0	p = 0,777
	Неактиван	97.2	97.9	0.0	

	<i>Запослен</i>	0.7	0.0	0.0	
<i>Индекс благостања</i>	<i>Сиромашни</i>	36.9	39.9	55.6	p = 0,541
	<i>Средњи слој</i>	23.5	21.2	11.1	
	<i>Богати</i>	39.6	38.9	33.3	

Табела 20. Социјална подршка старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида према здравственим карактеристикама

<i>Варијабле</i>		<i>Социјална подршка</i>			χ^2
		<i>Слаба</i>	<i>Умерена</i>	<i>Јака</i>	
<i>Самопроцена општег здравља</i>	Лоше и веома лоше	34.8	27.3	11.1	p < 0,001
	Просечно	41.5	39.5	33.3	
	Добро и веома добро	23.7	33.2	55.6	
<i>Мултиморбид итет</i>	Без мултиморбидитета	36.7	27.2	0.0	p < 0,001
	Мултиморбидитет	63.3	72.8	100.0	
<i>БМИ</i>	Потхрањеност	1.5	2.2	0.0	p = 0,126
	Нормална ухрањеност	30.1	23.2	50.0	
	Предгојазност	40.8	41.6	16.7	
	Гојазност	27.6	33.0	33.3	
<i>Гојазност</i>	Првог степена	73.6	73.1	100.0	p = 0.706
	Другог степена	21.0	24.0	0.0	
	Трећег степена	5.4	2.9	0.0	
<i>Депресивност</i>	Без симптома				p = 0.126
	Благи симптоми				
	Депресивна епизода				

4.13. Регресиона анализа процене повезаности одговарајућих независних варијабли и социјалне подршке као зависне варијабле

Анализа предиктивног значаја социо-демографских карактеристика испитаника на постојање слабе социјалне подршке указала је на статистичку значајност следећих варијабли: регион, брачни статус, образовни ниво и радни статус посматрано и униваријантно и мултиваријантно.

Наиме, униваријантном регресионом анализом утврђено је да испитаници са територије Војводине имају 1,634 пута већу шансу ($p < 0,001$) у односу на испитанике пореклом Јужне и источне Србије за слабу социјалну подршку. Вероватноћа за слабу социјалну подршку је такође већа код особа које никада нису биле у браку/ванбрачној заједници (за 1,505 пута) ($p < 0,001$) у односу на особе у заједници. Испитаници са

средњом школском спремом у значајно већем ризику су од слабе социјалне подршке (за 1,603 пута) у односу на високообразовне особе ($p < 0,001$). Неактивне особе исто тако имају за 1,497 пута чешће лошу социјалну подршку у односу на запослене ($p < 0,001$).

Мултиваријантна регресиона анализа потврдила је резултате добијене униваријантном регресијом у смислу да испитаници са територије Војводине ($p = 0,006$), особе које никада нису биле у (ван)брачној заједници ($p < 0,001$), испитаници са средњошколским образовањем ($p = 0,011$), као и некативне особе ($p < 0,001$) су у већем ризику за слабу социјалну подршку, и то: испитаници са територије Војводине за 1,502 пута у односу на испитанике из Јужне и источне Србије; особе које никада нису биле у заједници за 1,017 пута у односу на особе у браку; особе са завршеном средњом школом за 1,783 пута у односу на особе са вишом и високом школом; неактивне особе за 1,053 пута у односу на запослене. Другим речима, генерално посматрано, показано је да су позитивни предиктори лоше социјалне подршке из групе социо-демографских варијабли: регион Војводине, самачки живот, средњошколско образовање и неактивност испитаника.

У даљој обради прикупљених података анализиран је однос социјалне подршке са активностима личне неге, у смислу процене предиктивној значаја тешкоћа при обављању активности (узимање хране, устајање из кревета/легање, облачење и свлачење, коришћење тоалета, купање, помоћ при обављању активности и потреба за додатном помоћи) на појаву слабе социјалне подршке (Табела 21).

Табела 21. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке и социо-демографских варијабли

Варијабла		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол	Мушки	0,367 (0,076–1,770)	0,212	0,402 (0,071–2,264)	0,301
	Женски	1		1	
Старост	60-69	2,959 (0,659–4,283)	0,157	2,289 (0,436–5,028)	0,328
	70-79	4,927 (0,899–7,003)	0,066	4,672 (0,795–7,467)	0,088
	80+	1		1	
Регион	Београд	2,622 (0,272–5,282)	0,404	2,457 (0,239–5,317)	0,450
	Војводина	1,634 (0,912–2,553)	<0,001	1,502 (0,778–2,598)	0,006
	Шумадија и Западна Србија	0,462 (0,110–1,943)	0,292	0,545 (0,108–2,758)	0,463
	Јужна и Источна Србија	1		1	
Брачни статус	Никада у браку/ ванбрачној заједници	1,505 (0,814–3,431)	<0,001	1,017 (0,571–2,634)	<0,001
	Развод/разлаз/ смрт партнера	0,800 (0,214–2,987)	0,740	1,163 (0,251–3,388)	0,712
	Брак/ванбрачна заједница	1		1	
	Основна школа	1,898 (0,507–7,107)	0,151	1,274 (0,456–3,575)	0,341

Образовни ниво	и ниже				
	Средња школа	1,603 (0,678–4,424)	<0,001	1,783 (0,803–3,959)	0,011
	Виша и висока школа	1		1	
Радни статус	Незапослен	0,914 (0,090–1,627)	0,993	1,017 (0,127–2,260)	0,998
	Неактиван	1,497 (0,591–2,749)	<0,001	1,053 (0,332–2,658)	<0,001
	Запослен	1		1	
Индекс благостања	Сиромашни	1,781 (0,185–4,165)	0,618	1,561 (0,141–4,258)	0,716
	Средњи слој	0,558 (0,133–2,344)	0,426	0,554 (0,084–3,637)	0,539
	Богати	1		1	
Самопроцена здравља	Лоше и веома лоше	1,991 (0,853–3,295)	0,069	1,834 (0,617–3,520)	0,123
	Просечно	1,070 (0,694–2,134)	0,144	0,937 (0,572–2,553)	0,220
	Добро и веома добро	1		1	

Анализа предиктивног значаја активности личне неге указала је на статистичку значајност свих анализираних варијабли са изузетком помоћи при активности и потребе за више помоћи при обављању активности. Униваријантним моделом је показано да су конзумирање хране, устајање из кревета, облачење односно свлачење, коришћење тоалета, купање или туширање негативни предиктори за слабу социјалну подршку. У вези храњење, може се рећи да се код испитаника који су током анкетирања одговорили да немају никакве тешкоће слаба социјална подршка јавља ређе за 1,110 пута, код оних са мањим тешкоћама за 1,180 пута и код испитаника са великим тешкоћама за 1,221 пута ређе у односу на оне који нису у стању да се самостално хране.

Слично, код испитаника који су током анкетирања одговорили да немају никакве тешкоће при устајању из кревета слаба социјална подршка јавља се ређе за 0,939 пута, код оних са мањим тешкоћама за 1,066 пута и код испитаника са великим тешкоћама за 0,561 пута ређе у односу на оне који нису у стању да самостално устају/лежу у кревет. По питању облачења/свлачења утврђено је да испитаници који немају никакве потешкоће ређе пријављују слабу социјалну подршку за 1,007 пута, они са мањим тешкоћама за 1,050 пута и испитаници са великим тешкоћама за 0,871 пута у односу на оне који нису уопште у стању да се облаче.

Испитаници без тешкоћа у коришћењу тоалета (OR=1,337), са мањим тешкоћама (OR=1,393), као и они са већим тешкоћама (OR=0,573) ређе имају слабу социјалну подршку у односу на особе које нису у стању да користе тоалет. Напошетку, испитаници који су били без тешкоћа у купању/туширању (OR=0,970), испитаници са мањим тешкоћама (OR=1,014) као и они са великим тешкоћама (OR=0,449) имали су мању шансу за слабу социјалну подршку у односу на испитанике који нису били у стању да обављају наведену активност.

Мултиваријантна анализа потврдила је резултате униваријантног модела, осим за сегмент коришћења клозета за оне испитанике који су се током анкете изјаснили да немају никаквих тешкоћа при обављању ове активности (p=0,081).

Табела 22. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке и активности личне неге

Тешкоће при обављању активности		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Јело	Без тешкоћа	1,110 (0,456–2,697)	<0,001	1,993 (0,770–3,828)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,180 (0,446–3,119)	<0,001	1,919 (0,407–2,750)	<0,001
	Уз велике тешкоће	1,221 (0,615–1,978)	<0,001	1,362 (0,497–3,119)	<0,001
	Нисам у стању	1		1	
Устајање из кревета/легање	Без тешкоћа	0,939 (0,364–2,293)	<0,001	0,890 (0,421–2,144)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,066 (0,170–2,026)	<0,001	0,786 (0,142–2,003)	<0,001
	Уз велике тешкоће	0,561 (0,145–1,574)	<0,001	0,472 (0,105–1,338)	<0,001
	Нисам у стању	1		1	
Облачење и/или свлачење	Без тешкоћа	1,007 (0,727–2,957)	<0,001	0,970 (0,638–2,386)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,050 (0,391–3,068)	<0,001	0,998 (0,361–3,077)	<0,001
	Уз велике тешкоће	0,871 (0,533–1,469)	<0,001	0,798 (0,373–1,617)	<0,001
	Нисам у стању	1		1	
Коришћење WC/клозета	Без тешкоћа	1,337 (0,681–2,062)	<0,001	1,055 (0,545–1,917)	0,081
	Уз мање тешкоће	1,393 (0,787–2,201)	<0,001	1,431 (0,629–2,293)	0,001
	Уз велике тешкоће	0,573 (0,168–1,953)	<0,001	0,402 (0,170–1,801)	0,019
	Нисам у стању	1		1	
Купање или туширање	Без тешкоћа	0,970 (0,201–1,828)	<0,001	0,775 (0,267–2,081)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,014 (0,273–2,313)	<0,001	0,999 (0,202–2,068)	<0,001
	Уз велике тешкоће	0,449 (0,131–0,840)	<0,001	0,496 (0,084–1,011)	<0,001
	Нисам у стању	1		1	
Помоћ при обављању активности	Да, за најмање једну активност	0,897 (0,148–5,426)	0,906	0,798 (0,112–5,698)	0,989
	Не	1		1	
Потреба за више помоћи за неку од ових активности	Да, за најмање једну активност	0,451 (0,075–2,725)	0,385	0,397 (0,053–2,298)	0,510
	Не	1		1	

У Табели 23 приказана је регресиона анализа повезаности кућних активности са социјалном подршком.

Као што се из Табеле 23 може видети резултати униваријантне и мултиваријантне регресионе анализе подударни су. Наиме, утврђено је да су слаба социјална подршка има значајан утицај на тешкоће у обављању кућних активности попут припреме оброка и одласка у куповину. Тако испитаници који имају слабу социјалну подршку имају 1,4 пута веће тешкоће током припремања оброка ($OR=1,144$, $p<0,001$), као и они који су са мањим тешкоћама ($OR=2,557$, $p<0,001$) односно већим тешкоћама ($OR=2,887$, $p<0,001$), или испитаници који уопште нису у стању да припреме оброк ($OR=1,016$, $p<0,001$).

Слично, испитаници који са слабом социјалном потпором имају 1,5 пута чешће тешкоће у вези одласка у куповину ($OR=1,521$, $p<0,001$), а 2,5 пута чешће они са већим тешкоћама ($OR=2,565$, $p<0,001$), или 1,3 пута чешће испитаници који уопште нису у стању да оду у куповину ($OR=1,387$, $p<0,001$) у односу на испитанике који никада нису имали потребу за одласком у куповину, нити је практикују.

Када је у питању узимање терапије, особе слабе социјалне подршке имају 1,4 пута већи ризик за тешкоће приликом узимања терапије. Телефонирање се није показало статистичким значајним у анализи предикције слабе социјалне подршке ($p>0,05$).

Мултиваријантна регресиона анализа потврдила је резултате униваријантног регресионог модела, сем за варијаблу „без тешкоћа приликом узимања терапије“ ($p=0,068$).

Табела 23. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке у вези са кућним активностима

Тешкоће у самосталном обављању кућних активности		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Припремање оброка	Без тешкоћа	1,144 (0,195–3,083)	<0,001	0,989 (0,599–1,432)	<0,001
	Уз мање тешкоће	2,557 (0,962–4,226)	<0,001	1,711 (0,990–3,278)	<0,001
	Уз велике тешкоће	2,887 (0,841–5,636)	<0,001	2,758 (0,889–5,138)	<0,001
	Нисам у стању	2,178 (1,097–4,325)	<0,001	1,864 (1,013–4,056)	<0,001
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Телефонирање	Без тешкоћа	1,359 (0,965–4,383)	0,997	1,129 (0,560–2,115)	0,997
	Уз мање тешкоће	1,087 (0,628–3,186)	0,979	1,109 (0,525–2,982)	0,987
	Уз велике тешкоће	0,917 (0,429–1,466)	0,869	1,165 (0,441–2,647)	0,923

	Нисам у стању	1,016 (0,300–3,441)	0,995	0,962 (0,232–2,776)	0,997
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Одлазак у куповину	Без тешкоћа	1,521 (1,103–3,995)	<0,001	1,638 (0,961–4,103)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,993 (0,526–2,346)	<0,001	1,581 (0,762–2,241)	<0,001
	Уз велике тешкоће	2,565 (1,002–5,321)	<0,001	1,960 (0,861–4,044)	<0,001
	Нисам у стању	1,387 (0,584–3,291)	<0,001	1,185 (0,485–3,931)	<0,001
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Узимање терапије (лекови)	Без тешкоћа	1,042 (0,234–4,593)	0,032	1,306 (0,828–2,384)	0,068
	Уз мање тешкоће	2,412 (0,208–5,599)	0,390	1,954 (0,486–3,709)	0,112
	Уз велике тешкоће	0,765 (0,046–1,281)	0,852	0,712 (0,028–1,373)	0,995
	Нисам у стању	1,400 (0,420–4,673)	<0,001	1,273 (0,459–4,411)	0,036
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	

У Табели 24 приказана је регресиона анализа утицаја степена социјалне подршке на обављање осталих кућних активности.

Статистичком обрадом прикупљених података показано је да степен социјалне подршке значајно утиче на додатне кућне активности. Униваријантним моделом регресије утврђено је да испитаници са слабом социјалном подршком имају 1,2 пута чешћи ризик да нису у стању да обављају лакше кућне послове ($OR=1,244$, $p<0,001$).

Мултиваријантни модел потврдио је резултате које си односе на особе које нису у стању да обављају лакше кућне послове, у смислу да исте имају за 1,272 пута већи ризик уколико имају слабу социјалну подршку од особа које уопште немају потребу нити су икада обављале лакше кућне послове. Слаба социјална подршка, како униваријано тако и мултиваријантно је негативан предиктор када је у питању вођење рачуна о финансијама јер се показало да слаба социјална подршка 1,2 пута повећава ризик да особа уопште није у стању да води финансије (за 1,211 пута униваријантно; за 1,368 пута мултиваријантно).

Слабе социјалне подршка није показала статистичку значајност у смислу предиктивности за варијаблу обављање повремених тежих кућних послова нити униваријантно, нити мултиваријантно ($p>0,05$).

Табела 24. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке и варијабли у вези са осталим кућним пословима

Кућни послови		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел	Мултиваријантни модел		
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Лакии кућни послови	Без тешкоћа	3,296 (1,783–5,236)	0,014	3,023 (0,876–5,381)	0,059
	Уз мање тешкоће	1,828 (0,547–2,802)	0,141	1,254 (0,302–2,529)	0,184
	Уз велике тешкоће	1,593 (0,465–3,517)	0,708	1,771 (0,572–4,031)	0,782
	Нисам у стању	1,244 (0,299–3,688)	<0,001	1,272 (0,174–2,870)	<0,001
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Повремени тежи кућни послови	Без тешкоћа	2,780 (0,287–6,921)	0,377	1,859 (0,380–4,524)	0,603
	Уз мање тешкоће	1,886 (0,170–4,963)	0,605	1,064 (0,119–2,611)	0,730
	Уз велике тешкоће	0,973 (0,087–2,835)	0,983	0,827 (0,071–2,154)	0,923
	Нисам у стању	2,576 (0,160–4,148)	0,505	2,109 (0,064–3,991)	0,512
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Вођење рачуна о финансијама,	Без тешкоћа	0,776 (0,145–1,406)	<0,001	0,760 (0,140–1,907)	<0,001
	Уз мање тешкоће	1,120 (0,160–2,194)	<0,001	1,238 (0,139–1,826)	<0,001
	Уз велике тешкоће	0,999 (0,346–3,530)	<0,001	1,058 (0,388–2,882)	0,051
	Нисам у стању	1,211 (0,418–2,751)	<0,001	1,368 (0,440–4,251)	0,012
	Никад није пробао/нема потребе да ради	1		1	
Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности	Без одговора	1,826 (0,304–4,963)	<0,001	1,511 (0,232–4,051)	0,040
	Да, за најмање једну активност	1,089 (0,181–6,542)	0,926	0,875 (0,133–6,832)	0,841
	Не	1		1	
Да ли би Вам била потребна помоћ/више помоћи за неку од ових активности	Без одговора	1,022 (0,170–6,129)	<0,001	0,969 (0,141–4,822)	<0,001
	Да, за најмање једну активност	0,246 (0,045–1,350)	0,106	0,348 (0,052–2,324)	0,276
	Не	1		1	

Напоследку, у Табели 25 дата је регресиона анализа утицаја ограничења, како личних, тако и оних везаних за кућне активности, и функционалних ограничења везаних за чуло вида на степен социјалне подршке.

Анализа односа ограничења и степена социјалне подршке указала је да слаба социјална подршка повећава ризик за умерена до тешка ограничења у одржавању личне неге у односу на испитанике без ограничења. Такође, испитаници који су дали потврдан одговор на питање о коришћењу наочара/контактних сочива имају 2,767 пута чешће слабу социјалну подршку у односу на особе које не користе наведена помагала, и то посматрано униваријантно, односно испитаници који користе наочаре/контактна сочива имају за 2,078 пута чешће слабу социјалну подршку, посматрано мултиваријантно, у односу на испитанике који не користе наочаре тј. контактна сочива. Ограничења у вези кућних активности нису достигла праг статистичке значајности приликом тестирања предиктивног значаја независних варијабли из категорије општих ограничења за слабу социјалну подршку.

Табела 25. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке и варијабли функционалних ограничења

Функционална ограничења		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел	Мултиваријантни модел		
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Лична нега	Умерена до тешка ограничења	0,068 (0,015–0,308)	<0,001	0,050 (0,003–0,732)	0,029
	Блага ограничења	0,349 (0,064–1,915)	0,226	0,230 (0,025–2,103)	0,193
	Без ограничења	1		1	
Кућне активност и	Умерена до тешка ограничења	0,275 (0,061–1,236)	0,092	0,247 (0,130–1,095)	0,395
	Блага ограничења	1,473 (0,246–4,833)	0,672	1,381 (0,269–3,717)	0,645
	Без ограничења	1		1	
Да ли носите наочаре/контактна сочива?	ДА	2,767 (0,337–5,556)	<0,001	2,078 (0,226–4,238)	<0,001
	НЕ	1		1	

У Табели 26 приказани су резултати регресионе анализе односа морбидитета са степеном социјалне подршке у студијској популацији.

На основу података из Табеле 6 може се закључити да особе без мултиморбидитета имају 1,16 пута чешће слабу социјалну подршку и то: за 1,470 пута униваријантно, односно за 1,116 пута мултиваријантно у односу на особе са мултиморбидитетом. Такође, слаба социјална подршка има позитивну предиктивну вредност за потхрањеност и предгојазност: особе са слабом социјалном подршком за 1,222 пута униваријантно, односно за 0,926 пута мултиваријантно су потхрањене.

Присуство симптома депресивности се није показало статистички значајним за предикцију слабе социјалне подршке, као што је то био случај са одсуством депресивне симптоматологије ($p=0,005$ униваријантно; $p=0,015$ мултиваријантно).

Табела 26. Регресиона анализа процене предиктивног значаја социјалне подршке и варијабли који се односе на здравствене карактеристике

Здравствене карактеристике		Слаба социјална подршка			
		Униваријантни модел	Мултиваријантни модел		
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Мулти-морбидитет	НЕ	1,470 (0,334–3,420)	<0,001	1,116 (0,126–2,426)	<0,001
	ДА	1		1	
Ниво ухрањености	Потхрањеност	1,222 (0,433–3,775)	<0,001	0,926 (0,468–2,871)	<0,001
	Нормална ухрањеност	0,726 (0,121–4,360)	0,726	0,673 (0,076–2,519)	0,759
	Предгојазност	1,956 (0,267–3,267)	0,377	1,534 (0,321–3,951)	0,433
	Гојазност	1		1	
Гојазност	Гојазност I степена	0,918 (0,229–1,891)	0,988	1,055 (0,295–2,168)	0,935
	Гојазност II степена	0,892 (0,252–3,161)	0,860	0,735 (0,216–3,765)	0,990
	Гојазност III степена	1		1	
Депресија категорија	Без симптома	3,714 (0,716–6,575)	0,005	2,133 (0,875–5,948)	0,015
	Благи симптоми	2,447 (0,402–4,890)	0,331	1,539 (0,353–2,455)	0,330
	Депресивна епизода	1		1	

5. ДИСКУСИЈА

Глобално, најмање 2,2 милијарде људи има оштећење вида. Код најмање милијарде њих, оштећење вида је могло бити спречено или се још увек не решава. Водећи узроци оштећења вида и слепила на глобалном нивоу су рефракционе грешке и катаракта. Процењује се да је широм света само 36% људи са оштећењем вида на даљину услед рефракционе грешке и само 17% људи са оштећењем вида услед катаракте добило приступ одговарајућој интервенцији (65).

Оштећење вида представља огроман глобални финансијски терет, са годишњим глобалним трошковима продуктивности који се процењују на 411 милијарди америчких долара. Губитак вида може утицати на људе свих узраста, међутим, већина људи са оштећењем вида и слепилом је старија од 50 година (66).

Вид, најдоминантније од наших чула, игра кључну улогу у сваком аспекту и фази нашег живота. Оштећење вида има озбиљне последице по појединца током целог живота.

Постоје значајне варијације у узроцима оштећења вида између земаља и унутар њих, у складу са доступношћу услуга неге очију, њиховом приступачношћу и образовањем становништва. На пример, удео оштећења вида који се може приписати неоперисаној катаракти је већи у земљама са ниским и средњим приходима. У земљама са високим приходима, болести попут глаукома и макуларне дегенерације повезане са старењем су чешће. Очекује се да ће раст и старење становништва повећати ризик да више људи добије оштећење вида (67).

Оштећење вида озбиљно утиче на квалитет живота међу одраслом популацијом. Одрасли са оштећењем вида могу искусити ниже стопе запослености и веће стопе депресије и анксиозности. Код старијих особа, оштећење вида може допринети социјалној изолацији, отежаном ходању, већем ризику од падова и прелома, као и већој вероватноћи раног уласка у домове за старе или негу.

Оштећење вида представља огромно глобално финансијско оптерећење са процењеним годишњим губитком глобалне продуктивности од око 411 милијарди америчких долара паритета куповне моћи. Ова цифра далеко надмашује процењени јаз у трошковима решавања незадовољених потреба за оштећењем вида процењених на око 25 милијарди америчких долара.

Постоје ефикасне интервенције које обухватају промоцију, превенцију, лечење и рехабилитацију, а које се баве потребама повезаним са очним стањима и оштећењем вида. Иако се многи случајеви губитка вида могу спречити (као што су они услед инфекција, трауме, небезбедних традиционалних лекова, перинаталних болести, болести повезаних са исхраном, небезбедне употребе или самосталне примене локалног третмана), то није могуће за све. За многа очна стања, нпр. дијабетичку ретинопатију, рано откривање и благовремено лечење су кључни за избегавање неповратног губитка вида. Корекција наочара за рефракциону грешку и операција катаракте су међу најисплативијим од свих здравствених интервенција. Па ипак, глобално само 36% људи са оштећењем вида на даљину због рефракционе грешке добило је приступ одговарајућем пару наочара, а само 17% људи са оштећењем вида или слепилом због катаракте добило је приступ квалитетној операцији.

Лечење је такође доступно за многа очна стања која обично не изазивају оштећење вида, као што су суво око, коњунктивитис и блефаритис, али изазивају нелагодност и бол. Лечење ових стања усмерено је на ублажавање симптома и спречавање еволуције ка тежим стадијумима тих болести (68).

Рехабилитација вида је веома ефикасна у побољшању функционисања код људи са неповратним губитком вида који може бити узрокован очним стањима као што су дијабетичка ретинопатија, глауком, последице трауме и макуларна дегенерација повезана са старењем.

У наредним деценијама, свет ће бити сведок невиђеног повећања броја старијих особа. Пројектовано је да ће се број људи старости 65 година и више удвостручити у наредних 20–30 година, а очекује се да ће глобални животни век порасти са 73,3 године у 2024. на 77,4 до 2054. године, уз значајно смањење стопе фертилитета (69).

Уз ову демографску промену, појавиле су се значајне промене у породичним структурама. Године рађања жена су смањене, са каснијим почетком рађања и краћим распоном година у којима се рађање дешава, чиме се продужава период који родитељи живе након што њихово последње дете напусти дом. Поред тога, индустријализација је довела до значајног смањења величине породице и повећања географске удаљености између чланова нуклеарне породице. Еволуција породичне структуре, заједно са демографским променама, довела је до пораста периода празног гнезда – дефинисаног као фаза када родитељи више немају издржавану децу у домаћинству – као уобичајене животне транзиције широм света. Иако је празно гнездо релативно модеран феномен који се појавио у 20. веку, сада је постао нормативни догађај који очекују старији родитељи у многим културама (70).

Недавни демографски подаци додатно поткрепљују широко распрострањеност феномена празног гнезда. У западним друштвима, феномен празног гнезда је добро документован током последњих неколико деценија. На пример, Сједињене Државе су забележиле повећање броја домаћинстава са празним гнездом од 10,6% од 2010. до 2020. године, при чему 37% домаћинстава старости 45–64 године и 44% оних старијих од 65 година живи без деце. Слично томе, у Канади је удео парова који живе без деце порастао за 5,5% од 2016. до 2021. године, чинећи 25,7% свих домаћинстава. Ови трендови одражавају растућу распрострањеност домаћинстава са празним гнездом у западним друштвима, вођену факторима као што су смањење величине породице и повећање географске удаљености између чланова нуклеарне породице (71).

У азијским друштвима, феномен празног гнезда такође постаје све распрострањенији. Традиционално, многи млади одрасли су остајали у родитељском дому, стварајући вишегенерацијска домаћинства због културних норми као што је синовска побожност; чак и када су одлазили, то су чинили у каснијим годинама. Међутим, модернизација и урбанизација значајно су промениле породичне структуре у Азији. Млади одрасли све више мигрирају у урбана подручја ради запослења, остављајући родитеље у руралним регионима. Подаци из недавних студија спроведених у Кини и Јужној Кореји, који показују да је урбана миграција младих одраслих довела до значајног повећања броја старијих родитеља који живе сами, посебно у руралним подручјима. У Кини, на пример, постоји ~150 милиона празних гнезда, што чини више од половине старије популације. Пројектовано је да ће овај број значајно порасти, при чему се очекује да празна гнезда чине 90% домаћинстава старијих одраслих до 2030. Слични обрасци се примећују у другим азијским земљама, где опадајуће стопе фертилитета погоршавају овај тренд. Велике економије попут Јапана, Јужне Кореје, Индије, Малезије и Сингапура пријавиле су нагли пад стопе фертилитета, што доприноси растућој популацији деце која су напустила своје гнездо (72).

Старење се генерално дефинише као процес погоршања функционалних способности појединца који је резултат структурних промена, са старењем. Дуговечност мора да иде уз квалитет, како би се могао постићи осећај задовољства. Истицање медицинских и психолошких потешкоћа са којима се суочавају

геријатријски људи је потреба данашњег времена. Истраживања у овој области била би од помоћи да се сазна тачан статус квалитета живота старијих особа. Резултат студије би могао да пружи основну иницијативу за више стратегија истраживања и интервенција (73).

Старење становништва је разлог што постоје различите стратегије које помажу старијим особама да стекну већу независност и бољи квалитет живота. Све већи број старијих људи не само да доприноси променама друштвених структура, већ захтева и модификацију националних програма социјалне политике усмерених на задовољавање различитих потреба старијих. Самосталност старијих грађана је често ограничена због процеса који се одвијају током старења, као и пратећих болести. Лоше физичко и ментално функционисање је најчешћи разлог зашто се мора ослањати на помоћ других или на институционалну негу (74).

Група старих лица је веома разнолика у физичком и психичком функционисању. Већина њих су особе које су самосталне или способне да уз мању помоћ одржавају сопствено домаћинство. Многи су активни учесници друштвеног живота. Они похађају функције оријентисане на старије особе као што су Универзитет за треће доба или Сениор клубови. Особе којима је потребна стална подршка или институционална нега чине око 30% оних старијих од 60 година. Због тога је за адекватну подршку потребна индивидуална процена потребе за помоћи. Осмишљени су различити алати за олакшавање процене потребне неге. Добијање адекватне помоћи доводи до задовољства свакодневним животом и самим тим побољшава субјективну процену квалитета живота (75).

Квалитет живота старијих – слично као и млађих људи – према дефиницији СЗО не зависи само од биолошког здравља већ и од менталног, социјалног, културног и духовног функционисања. Боравак - друштвено активан може старијима донети користи у смислу боље самопроцене здравља и физичког функционисања. Такође може помоћи у превенцији депресије и когнитивних поремећаја јер пружа интелектуалну и емоционалну стимулацију и самим тим побољшава њихову процену квалитета живота. Старији људи обично процењују квалитет свог живота као добар или бољи. Фактори који утичу на квалитет живота посебно укључују физичко функционисање и когнитивне способности, депресију и друге коморбидитете, усамљеност и друштвено функционисање. Пол, године, образовање или брачни статус су од мањег значаја у старијој групи (76).

Задовољство егзистенцијалних и религиозних потреба важно је и за задовољство животом и за расположење старијих. Уска веза између функционалног статуса и процене квалитета живота захтева мере за што дуже осамостаљивање старијих особа. Само редовна процена функционалног стања старијих особа може помоћи да им се пружи адекватна подршка и пронађу фактори који ограничавају самосталност и побољшавају квалитет живота. Већина мера квалитета живота није развијена код старијих популација, иако су способне да размишљају и говоре о свом квалитету живота (77).

У једном од многобројних истраживања на популацији старијих од 65 година, испитаници су били упознати са појмом квалитет живота и о њему су говорили и позитивно и негативно. Резултати тог истраживања су показали да је скоро две трећине укупног узорка свој квалитет живота описао као позитиван или веома позитивним. Свој квалитет живота су оценили позитивно на основу поређења са другима, социјалних контаката посебно са породицом и децом, здравља, материјалних прилика и активности. У негативним оценама истакли су зависност и функционална ограничења, несрећу и смањене социјалне контакте због смрти пријатеља и чланова породице. Породица, активности и друштвени контакти били су фактори за које су

мислили да дају квалитет њиховог живота. Различите врсте губитака, као што су лоше здравље и функционална ограничења, сматрали су лошијим квалитетом живота. Један од значајних налаза те студије био је да процена квалитета живота треба да укључује и друге факторе осим здравља. Фактори које су истакли да су им побољшали квалитет живота били су добри друштвени односи са децом, породицом, пријатељима и комшијама, друштвени капитал суседства представљен dobrим односима са комшијама, лепим и пријатним суседством, удобним кућама и dobrим јавним услугама као што су бесплатни превоз, психолошки фактори као што су оптимизам и позитиван став, задовољство, радовање стварима, прихватање и друге стратегије суочавања, активно ангажовање у друштвеним активностима као што су похађање едукативних часова и волонтирање, добро здравље, финансијску сигурност која је донела уживање као и оснаживање и независност од других (78).

У вези са квалитетом живота у старости су концепти старења добро представљени квалификаторима као што су активно, позитивно, успешно или здраво који се користе са старењем, али „успешно старење“ је најчешће коришћен термин.

Широко прихваћена дефиниција успешног старења од стране појединих аутора садржи три компоненте: низак ризик од болести и инвалидитета, висока ментална и физичка функција и активно ангажовање у животу. Удео успешних људи варира у зависности од оперативне дефиниције која се користи. Један преглед је пронашао 29 различитих дефиниција међу 28 студија са просечном преваленцијом од око 36% и како су дефиниције постале строже у искључивању функционалних ограничења, преваленција је опала. Разлика између успешног старења и квалитета живота лежи у нагласку на физичком здрављу за дефинисање успешног старења. Међутим, добробит се често укључује у концепт успешног старења и добро старење доприноси квалитету живота (79).

Такође је могуће да постоје дефиниције здравља које су сродне дефиницији квалитета живота, на пример, здравље као ићи и радити нешто значајно. Утицај старости на квалитет живота може бити последица директног утицаја старења и индиректно кроз утицај старења на факторе који утичу на квалитет живота. Питање да све ствари остају константне током животног века какав је ефекат старења на квалитет живота добија на важности како се природа самог старења мења. Од маргиналне и зависне, старија особа је постала активна и цветала јер је настао нови животни период – треће доба, период између изласка из радне снаге и почетка физичке зависности. Недавни развој је нова мера квалитета живота, који је развијен са снажном теоријом која је у основи релевантна за треће доба, што га разликује од многих других мерила квалитета живота. Адаптација се понекад користи као објашњење како се добар квалитет живота одржава у старости (80).

У Берлинској студији о старењу описано је у смислу селекције, компензације и оптимизације. Према овој теорији, у старости се бољи квалитет живота може постићи свођењем активности, циљева или домена функционисања на оне који су најистакнутији. свом животу (избор), замена губитака алтернативама за постизање циљева (компензација), и максимизирање својих одабраних ресурса (оптимизација). Адаптација је такође описана у смислу промене одговора, којом појединци мењају своје унутрашње стандарде, вредности и концептуализације квалитета живота како би се прилагодили неким тешкоћама или негативним околностима. Као резултат одговора мења се значење нечијег самовредновања квалитета живота (81).

Уско повезана са адаптацијом је отпорност, што је феномен да људи превазилазе шансе и раде добро у односу на очекивања. Студије о отпорности у старости сугеришу да друштвено учешће и друштвена подршка промовишу отпорност тако да су људи суочени са невољама пријавили висок квалитет живота. Постоји

етичка димензија адаптације која је значајна за квалитет живота код старијих људи у ком случају на самовалуацију квалитета живота у неповољним околностима утиче исход. За 15% здравих старијих људи који су се свесно плашили смрти, само бити жив био је квалитет живота. Ипак, неко би оклевао пре него што би прихватио ту дефиницију квалитета живота (82).

Друштвено поређење игра улогу у очувању квалитета живота у старијој доби како се здравље и друге околности погоршавају. То је стратегија коју често користе старији људи и може представљати контраст навише/надоле или идентификацију и њихове комбинације. Преовлађујуће стратегија је силазни контраст и они који је користе осећају се захвално или срећно што им иде добро у односу на друге који су мање срећни (83).

Квалитетни друштвени односи доприносе квалитету живота у старијим годинама. Квалитет друштвених мрежа предвиђа веће резултате и промовише отпорност тако да је висок квалитет живота одржан у присуству ограничене дуготрајне болести. Социјална подршка може утицати на квалитет живота, али понекад различито, док је емоционална подршка позитивно повезана са квалитетом живота, примање инструменталне подршке може умањити благостање наглашавањем зависности која је резултирала потребом за таквом врстом подршке (84).

Усамљеност у старости је повезана са депресијом, поремећајем сна и повећаним ризиком од кардиоваскуларних болести, и представља глобални проблем јавног здравља. Пошто физичко и ментално здравље имају велики утицај на усамљеност, особе средње и старије животне доби које су слепе или слабовиде могу бити више погођене усамљеношћу. Претходна истраживања су потврдила да ефикасна социјална подршка може побољшати физичко и ментално здравље и ублажити негативне ефекте животног стреса. Једна студија је открила да су учесници који су били незапослени, нису имали стабилан извор прихода, живели су сами или нису могли самостално да се крећу били склони искусном високом нивоу усамљености и ниској социјалној подршци, што истиче неопходност интервенција као што је саветовање како би се ублажио осећај усамљености у таквим групама. Током пандемије COVID-19, мере социјалне подршке за смањење осећаја усамљености треба снажно подстицати како би се осигурало да особе средње и старије животне доби са оштећењем вида могу да наставе да живе самостално, а социјална подршка изгледа да је важан фактор (85).

Већина људи са оштећењем вида и слепилом је старија од 50 година, а очекује се да ће раст и старење становништва повећати број људи који развијају оштећење вида. Процењен је пондерисани број одраслих Кинеза старости 18 година и више са оштећењем вида на 16,9 милиона, од којих је једна трећина слепа. Поред тога, стопе преваленције слабовидости и слепила код одраслих старости 40 година и више су пријављене на 4,9–5,3% и 1,0–1,9% (86).

У Сједињеним Државама, процене старијих особа са губитком вида показале су да је 3,2 милиона људи старости 65 година или више доживело губитак вида, а преваленција оштећења вида расте са годинама.

Према подацима Министарства здравља и социјалне заштите Тајвана број особа са оштећењем вида повећао се са 38 747. на 55 462 у двадесетогодишњем периоду, од којих је 64,5% и 79,8% било старије од 50 година (87).

Оштећење вида озбиљно утиче на квалитет живота одраслих, јер одрасли са оштећењем вида често имају ниже стопе учешћа у радној снази и продуктивности и веће стопе депресије и анксиозности. Код старијих особа, оштећење вида може допринети социјалној изолацији, отежаном ходању, већем ризику од падова и прелома и већој вероватноћи раног уласка у домове за негу. Ови налази илуструју да је појава

старења друштва довела до пораста броја људи са оштећењем вида и да овом питању треба посветити већу пажњу.

Усамљеност се односи на осећања депресије, меланхолије, лошег расположења и празнине, што обухвата песимизам, одвојеност и изолацију, и често је стање незадовољених личних или друштвених емоционалних потреба. Поједини аутори су навели да је усамљеност важан фактор који утиче на депресију и да има значајан утицај на људско физичко и психолошко здравље. Аутори даље наводе да људи који се осећају усамљено имају знатно веће стопе кардиоваскуларних болести, хипертензије, депресије и смртности него они са интимним везама (88).

Студије сугеришу да људи са оштећењем вида могу бити изложени већем ризику од усамљености, јер могу имати мање могућности за учење и изградњу друштвених вештина него просечна особа њихових година и да шестина одраслих особа са оштећеним видом пати од умерене или тешке усамљености, што указује на то да је преваленција усамљености константно већа код особа са оштећењем вида него у општој популацији свих узраста (89).

Међу различитим теоријама о узроцима усамљености приступ когнитивне дискреције наглашава да је дискреција између личних когнитивних и идеалних међуљудских односа један од узрока усамљености. Усамљеност настаје због негативних ефеката међуљудских интеракција због дискреције између когниције и идеала.

Насупрот томе, приступ друштвених потреба других аутора наводи да појединци задовољавају своје потребе у друштвеним односима кроз друштвене одредбе са различитим функцијама, укључујући везаност, друштвену интеграцију, неговање, уверавање у вредност и поуздано савезништво и вођство. Усамљеност је узрокована недостатком друштвених одредби, што наглашава недостатак друштвених односа. Усамљеност се састоји од емоционалне изолације/емоционалне усамљености и друштвене изолације/друштвене усамљености. Прво се односи на недостатак блиских емоционалних везаности, што узрокује анксиозност и унутрашњу празнину, и само када се створе нове интимне везе или се обнове односи са првобитним везаностима, емоционална изолација се може ублажити. Потоње је узроковано недостатком друштвених мрежа, немогућношћу осећаја повезаности са другима и тенденцијом ка досади, маргинализацији и изолацији (90).

Особе са оштећеним видом имају већу вероватноћу да се осећају усамљено и могу имати мање могућности за учење и дружење него особе које виде. Фактори ризика повезани са оштећењем вида, су лоше здравље, низак финансијски статус и неповољно изградња односа и осећај усамљености. Ризик од усамљености је посебно висок код људи између 36 и 50 година, оних који су били малтретирани, физички или сексуално злостављани и који су слепи или имају друга оштећења. Ови налази истичу психолошке и физичке утицаје усамљености на људе са оштећењем вида и да је потребна већа пажња и превенција (91).

Претходне студије су показале да социјална подршка може побољшати физичко и ментално здравље и ублажити негативне ефекте животног стреса. Поједине теорије сугеришу да би за међуљудску трансакцију социјална подршка требало да укључује и моделе директног ефекта и моделе баферског ефекта. Први се односи на директан ефекат социјалне подршке на смањење стреса и побољшање физичког и менталног здравља задовољавањем потребе за безбедношћу, признањем и осећајем припадности, док у другом, социјална подршка игра улогу бафера, који има индиректан позитиван ефекат на физичко и ментално здравље и прилагођавање животу када се појединци суоче са стресним ситуацијама. Штавише, психолошка подршка (љубав и разумевање) има заштитни ефекат на благостање, чиме спречава осећај усамљености. Примање

помоћи када је потребна не само да развија самопоштовање и самопоуздање, већ и повећава осећај сигурности и контроле над собом и околином. Што је виши ниво социјалне подршке за старије особе, то је веће њихово задовољство животом. Пријатељство, помоћ и олакшање које старије особе добијају од истинских међуљудских интеракција могу унапредити њихово психолошко благостање. Поред тога, адекватна друштвена подршка повезана је са успешним старењем, а подршка пријатеља показала се важнијом од подршке чланова породице, док неадекватна друштвена подршка може оштетити физичко функционисање (92).

Значај повезаности између усамљености и друштвене подршке код младих људи са оштећењем вида пријављен је у лонгитудиналној студији, која је открила да се перципирана родитељска подршка линеарно смањује од адолесценције до младог одраслог доба, док се подршка вршњачких пријатеља повећава. Штавише, код људи средњих и старијих година, подршка пријатеља сличних година била је бољи показатељ ризика од усамљености у каснијем животу него родитељска подршка, наглашавајући важност успостављања и одржавања доживотних вршњачких односа.

Друге студије су потврдиле да је друштвена подршка повезана са добрим здрављем, укључујући нижу смртност и бржи опоравак, што сугерише да уз адекватну друштвену подршку људи имају оптимистичнији поглед на своје физичко здравље. Ови налази истичу различите облике подршке и помоћи које појединци могу добити од различитих међуљудских интеракција, поред пружања користи за ублажавање стреса у вези са опоравком од повреда (93).

Последњих година, све већа пажња се посвећује заштити права и интереса угрожених група и посебних заједница широм света. Међутим, мање студија је истраживало питања везана за социјалну подршку и усамљеност код особа са оштећеним видом. У студији која је испитивала корелације између демографије, усамљености и социјалне подршке код особа средњих и старијих година са оштећењем вида показала је да је социјална подршка слабовидих била на ниском до умереном нивоу и да су они са нижим социоекономским статусом, без фиксних прихода, који живе сами и немају способност самосталног кретања имали ниже резултате социјалне подршке. Није било значајне разлике између социјалне подршке и пола, старости, врсте посла, религије или узрока оштећења вида али је постојала значајна негативна корелација између усамљености и социјалне подршке, где је усамљеност негативно корелирана са емоционалном или процењивачком подршком, инструменталном или опипљивом подршком, подршком друштва или припадности и самопоштовањем (94).

Ово указује да што су мање социјалне подршке особе са оштећеним видом осећале, то је њихов осећај усамљености био већи. Што се тиче објашњавајуће количине појединачних димензија, „самопоштовање“ је имало најбољу предиктивну моћ са објашњавајућом моћи од 11,7%, док су преостале биле „инструментална или опипљива подршка“ и „подршка друштва или припадности“ са објашњавајућом моћи од 5,00% и 4,0%, респективно.

Даља анализа је показала да су предикторске варијабле имале негативан утицај на ефекторске варијабле, тј. што је виши ниво перципираног самопоштовања, инструменталне или опипљиве подршке и подршке друштва или припадности, то је нижи ниво усамљености, а самопоштовање је имало највећу негативну предиктивну моћ (95).

Студије показују да је преваленција усамљености чак 54% код особа са оштећеним видом старијих од 55 година. Особе са оштећењем вида биле су мање отпорне на усамљеност, добијале су мање социјалне подршке и доживљавале су више депресије него старије особе које нису усамљене, што указује на већу преваленцију усамљености код старијих особа са оштећеним видом.

Теорија когнитивне дискрепанције помиње да је усамљеност несклад између личних когнитивних и идеалних међуљудских односа. Степен неслагања зависи од личних перцептивних судова и углавном је болно негативно искуство раздвојености између ума и других људи или ствари, укључујући усамљеност, празнину, депресију или лоше расположење. Ова ситуација је израженија код старијих особа са општењем видом, јер су особе са тешким општењем вида склоније осећају усамљености јер не могу јасно да виде реакције лица једни других. Особе са слепилом или слабовидошћу могу имати мање могућности за учење и социјализацију од просечне особе са видом, а ризик од незапослености или мање могућности за запошљавање повезане са инвалидитетом је међу факторима који су снажно повезани са осећајем усамљености (96).

Студије су показале да је степен усамљености у корелацији са занимањем, месечном платом, верским уверењима, начином живота и способношћу самосталног кретања, а резултати показују да су људи који су били незапослени, нису имали стабилне економске ресурсе, живели су сами или нису били у стању да делују самостално, били склонији високој усамљености.

Особе са општењем вида које живе саме имају висок ниво усамљености, што је вероватно последица недостатка адекватних друштвених мрежа или осећаја припадности групи. Поред тога, они који немају способност самосталног кретања имају мање шансе да се баве активностима у слободно време јер су мање мобилни или немају довољно финансијских средстава да задовоље своје друштвене потребе, па је стога већа вероватноћа да ће се осећати изоловано од своје околине када своје друштвене везе доживљавају као слабе (97).

Поједини аутори су сугерисали да људи који немају задовољавајућу друштвену мрежу имају тенденцију да се осећају досадно, бесциљно или чак изоловано и маргинализовано и да су незадовољнији својим односима од оних који живе са другима.

Такође студије су показале да религиозни људи имају низак ниво усамљености, што је исто као и резултати других студија где су људи добијали више ресурса заједнице и друштвених веза кроз верске активности. Посебно, религиозна укљученост може бити заштитни фактор против лошег физичког и менталног здравља код старије популације, а они са високом религиозном укљученошћу имају мање шансе да пате од депресије и имају мање проблема са физичким здрављем. Низак ниво усамљености међу религиозним особама са општењем вида указује на подршку религиозних уверења. Поред тога, поједини аутори су открили да религиозност има ублажавајући ефекат на негативна животна искуства, социодемографске варијабле, животни стрес, религиозна уверења и социјалну подршку међу особама средњих и старијих година са општењем вида (98).

Социјална подршка има способност да ублажи стрес појединцима и смањи накнадне емоционалне реакције и понашање суочавања. Студије су показале да укупни резултати социјалне подршке код сатријих људи су нижи од нормалног нивоа просечне одрасле особе, што сугерише да особе старијих година са општењем вида имају релативно низак ниво социјалне подршке. Поред тога, у поређењу са својим вршњацима који виде, старије особе са општењем видом имају мање шансе да се укључе у превише друштвених активности, имају мање контакта са пријатељима и имају мање мреже пријатељстава. Нижи ниво субјективне перципиране социјалне подршке међу особама средњих и старијих година са општењем вида може бити последица животних ситуација са којима се суочавају (99).

Други аутори су приметили да испитаници који су се опоравили од физичке болести имају снажан осећај потребе за социјалном подршком, али су опажали

потешкоће у задовољавању ове потребе. Са становишта пратиоца или неговатеља, могућност да буду окривљени за недовољан труд може допринети страху од пружања социјалне подршке. Људи са тешком болешћу или слабом отпорношћу често имају снажну жељу за социјалном подршком и представљају најзанемареније групе. На исти начин, људи са тешким оштећењем вида суочавају се са губитком визуелне функције и очекују социјалну подршку, али опажају потешкоће у задовољавању ове потребе, што може произаћи из оклевања других или одбојности према инвалидитету. Поред тога, пандемија COVID-19 је променила начин живота захтевајући социјалну дистанцу и већу изолацију, што је резултирало стагнацијом неких послова, наглим смањењем економских прихода и другим кризама (100).

У испитивању емоционалне подршке, студије су показале да чланови породице пружају највећи степен емоционалне подршке. Од учења о чињеници слепила, ослабљена вида пролазила је кроз психолошка прилагођавања како би стекла поновна адаптација, породично дружење и верска уверења. Најважнија подршка у животима особа са оштећењем вида били су њихови супружници и родитељи, потом деца, браћа и сестре, рођаци и пријатељи и волонтери. Људи у браку су имали породичну подршку свог супружника и деце, док су они који су живели сами или су удовољили породичну подршку родитеља, браће и сестара, рођака, пријатеља и добровољаца, што је у принципу подршке, као што су супружник и деца, или више припадника породице или чланова породице коришћени као помоћни ресурси (101).

У тренутном друштвеном моделу, где одрасла деца напуштају дом у урбаним срединама и деци нису у стању да обезбеде негу у реалном тренутку, браћа и сестре су ближи старијим особама, а вероватније је да ће се делити вредности и ставове средњих и старијих група, што значи да су питања и ставове средње и старије одредбе, што значи да су питања и односе се да су питања везана за доб.

Инструментална подршка укључује финансијску подршку, физичку подршку и ресурсе. Подршка друштва односи се на степен друштва у којем појединац осећа да припада групи и да је праћен. Друштво пријатеља може смањити осећај усамљености код особа средње и старије доби са оштећењем вида које живе саме. Овај резултат показује да најдиректнији начини друштвеног учешћа, као што су колеге на послу, интерактивне комшије или пријатељи и волонтери на верским местима, могу обогатити животе особа средње и старије доби са оштећењем вида (102).

Што се тиче демографских карактеристика, групе са вишим образовањем имају већу социјалну подршку од осталих група због интегрисаног образовног приступа факултета који особама са оштећењем вида нуде више могућности за интеракцију са ресурсима школе и друштвеног система. Учесници који су били у браку, способни за рад и способни за самостално деловање добили су већу социјалну подршку, што може бити повезано са бољим социоекономским статусом и међуљудским вештинама. Они са нижим социоекономским статусом, без редовних прихода, који живе сами и немају могућност самосталног кретања добили су нижу социјалну подршку, дакле пронађена јака веза између социодемографских карактеристика и оштећења вида. Особе старије доби са оштећењем вида имају мање друштвених контаката и социјалне интеракције како старе, што је разлог за смањење социјалне подршке (103). Наша студија је показала да је социјална подршка најчешће била слаба 85,8%, потом умерена 13,9% и лоша 0,3%. Лошу социјалну потпору чешће су имале особе женског пола, из самачких домаћинстава, парови без деце, са територије Јужне и Источне Србије, нижег образовног нивоа и сиромашнијих слојева друштва. Анализа предиктивног значаја социо-демографских карактеристика испитаника на постојање слабе социјалне подршке указала је на статистичку значајност следећих варијабли: регион, брачни статус, образовни ниво и радни статус.

Негативна корелација између усамљености и укупне социјалне подршке, потврђује да социјална подршка може играти важну улогу у усамљености људи старијих година са оштећењем вида. Оштећење вида може довести до осећаја самопонижења, ниског самопоштовања или депресије. Старије особе са оштећеним видом добијају мање социјалне подршке и више депресије него неусамљени старији људи са оштећеним видом. Стога се препоручује да се старијим особама са оштећеним видом, ниским социоекономским статусом и недостатком могућности самосталног кретања, помогне како би осетиле самопоштовање и да им се пружи финансијска подршка, медицинска помоћ, помоћ у животу или друга опипљива подршка, као и већа емоционална подршка коришћењем постојећих ресурса (104).

Особе са оштећеним видом су релативно у неповољном положају у погледу физичког стања и имају теже препреке за превазилажење међу свим врстама физичког и менталног инвалидитета. Повећање социјалне и породичне подршке може бити ефикасна стратегија и давање приоритета саветовању таквих група или пружању неопходних интервенција како би се смањила њихова усамљеност. Старије особе са оштећењем вида којима је недостајала финансијска стабилност су мање у могућности да приуште трошкове живота и учествују у друштвеним активностима, што их чини склонијим да се осећају маргинализовано и изоловано у свом окружењу. Чланови породице, родитељи, супружници и деца су ти који могу да пруже емоционалну подршку, а то значи да друштво и подршка чланова породице могу помоћи особама са оштећеним видом да имају позитиван став према животу. Поред тога, побољшање социјалне подршке пријатеља и повећање верског учешћа старијих особа са оштећењем вида може смањити усамљеност и депресивне симптоме (105).

Ово је прва студија која извештава о социјалној подршци код старог становништва Србије са сезонним оштећењем вида, заснованих на анализи података четвртог националног истраживања здравља становништва Србије из 2019. године. У нашој земљи социјална подршка код старог становништва се недовољно проучава, упркос томе што се због високог удела старе популације наша земља сврстава међу најстарије у Европи. За истраживаче у области јавног здравља оваква истраживања имају велики значај, обзиром да пружају драгоцене податке за креирање интервенција којима ће се интензивирати активности у вези са пружањем адекватне социјалне подршке старим особама. Са старењем друштва, очекује се да ће се већа пажња посветити проблему усамљености и повезаним факторима код старијих особа са оштећењем вида како би се побољшало њихово физичко и ментално здравље. Ова студија имала је за циљ да свеобухватно истражи комплекс односа између различитих фактора као што су старост, пол, образовање, социоекономски статус, друштвени ангажованост, присуство хроничних болести и перцепција бола у контексту социјалне подршке међу старијим особама у Србији. Наше истраживање је показало да постоје значајне разлике у нивоу социјалне подршке у односу на демографске и социоекономске карактеристике испитаника. Надамо се да смо овом анализом поставили темеље за боља разумевања ових интеракција не само унутар нашег националног контекста већ и глобално, што може допринети развоју бољих стратегија и политика за унапређење социјалне подршке код старог становништва.

6. ЗАКЉУЧАК

Резултати нашег истраживања изнедрили су следеће закључке:

1. Анализом демографских карактеристика испитаника уочено је да је укупан број анкетираних испитаника старости 65 и више година износио 3743, а да се од тог броја укупно 2849 (76,11%) испитаника изјаснило да има сензорна оштећења вида.
2. Када су у питању ставови испитаника о утицају фактора ризика по здравље, наши испитаници сматрају да веома велики утицај имају: исхрана (38,5%), физичка активност (37,7%), пушење (39,7%), конзумирање алкохола (35,8%) и друштвене активности (30,3%).
3. Да пуши било који дувански производ (искључујући електронске цигарете или било које електронске уређаје) потврдно је одговорило да то чини свакодневно 11,2% испитаника, а повремено 2,3%. Сваки дан, један сат или више дневно је изложено дуванском диму у затвореном простору 10,4%.
4. У погледу физичке активности наша испитивана популација старог становништва са сензорним оштећењима вида најчешће практикује *седење или стајање 43,9% као и ходање или умерено физичко напрезање 43,2%*, највећи део испитаника 93,5% популације, *никада се не бави физичким активностима посебно намењеним јачању мишића, као што су вежбе отпора и снаге 93,8%*.
5. Испитивана популација у највећем проценту своје здравствено саање процењује као просечно (39,6%), а готово трећина као лоше и веома лоше (32,3%). Мултиморбидитет има (65,3%) испитаника.
6. Анализом вредности индекса телесне масе, наши испитаници су најчешће предгојазни (33,2%), док је проценат гојазних био 23%. Међу гојазнима, највише је заступљена гојазност првог степена (17%).
7. Без симптома депресивности био је највећи проценат испитаника 82,9%, благе депресивне симптоме имало је 12,7 %, а депресивну епизоду 4,4% наше студијске популације. Повишен крвни притисак има 68,2% испитаника.
8. У погледу функционалних ограничења наша испитивана популација је имала велике тешкоће да види чак и када носи наочаре или контактна сочива у (5,9%), а мање тешкоће у (30,4%). Да користе помагала за слух изјаснило се (5,7%). Уз мање тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији изјаснило се (23,9%), а (32,2%) се изјаснило да има мање тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у бучнијој просторији.
9. Уз мање тешкоће четртина (25,8%) може да пешачи пола километра по равном без било какве помоћи, а уз велике тешкоће (12,9%). Уз мање тешкоће да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих имало је (28,5%), а уз велике тешкоће (15,3%). Мање тешкоће у памћењу или концентрацији имало је сваки (25,6%), а велике тешкоће да гризе и жваће чврсту храну, попут јабуке имало је (12,3%) популације.
10. Умерено до тешка ограничења у активностима личне неге имало је 6,2% испитаника, док је блага ограничења у овим активностима имало 15,3% испитаника.
11. Испитивана популација је имала мање тешкоће у активностима личне неге без помоћи: да једе (6,9%), да легне, устане из кревета (11,6%), да се облачи и свлачи (9,5%), да користи WC/клозет (7,8%), да се купа или тушира (9,3%).
12. Да није у стању да једе без помоћи изјаснило се (0,7%), да легне, устане из кревета (1,8%), да се облачи и свлачи (1,9%), да користи WC/клозет (1,8%), да се купа или тушира (3,1%).

13. Такође многе од ових активности испитаници обављају уз велике тешкоће и то најтеже им је да устану и легну из кревета (3,6%) и да се купа или тушира (4,0%).
14. Умерено до тешка ограничења у обављању кућних активности има сваки десети испитаник (17,9%), а блага ограничења нешто мање од половине испитаника (40,8%).
15. Када су у питању различите кућне активности, припремање obroка није у стању самостално да обави (4,8%), да телефонира (2,6%), куповину (8,7%), да узме терапију (лекове) (2,8%), лакше кућне послове (6,5%), теже кућне послове (16,5%). Вођење рачуна о финансијама није у стању да обави (5%) испитаника.
16. Болове у току претходне четири недеље најчешће су имали веома јаке (43%).
17. Када је у питању употреба лекова, студијска популација се изјаснила да користи лекове које им је прописао лекару 79,2%, док сваки пети то не чини (20,8%), а лекове или биљна лековита средства или витамине које им није прописао лекар користи готово сваки други испитаник (45,5%).
18. Испитаници су се у (4,7%) изјаснили да су у претходних 12 месеци имали незгоду код куће која је довела до поврђивања, у друмском саобраћају је незгоду имало (0,7%) испитаника, а у слободно време (2,5%), дакле укупно се изјаснило 7,9% испитаника да је имало неку незгоду или повреду. Од тог броја њих (1,7%) је примљено у болницу или неку другу здравствену установу и задржано преко ноћи, (2,8%) је примљено у болницу или неку другу здравствену установу, али није задржано преко ноћи, (1,2%) је имало медицинску помоћ од стране лекара или медицинске сестре, а (1,5%) се изјаснио да није била потребна никаква интервенција.
19. Од укупног броја старог становништва 65 и више година са сензорним ошећењима вида њих 14% је изјавило да није добило здравствену заштиту јер су предуго чекали, њих 4,4% је имало неостварену потребу због проблема са превозом. Неостварену потребу за медицинском заштитом али је нису могли остварити због финансијских разлога имало је 10,8% испитаника, а за прописаним лековима коју нису могли да остваре због финансијских разлога имало је 9,1% испитаника, а неостварену потребу за заштитом менталног здравља коју нису могли да остваре због финансијских разлога имало је 1,5% испитаника. Стоматолошку заштиту није могло да оствари због финансијских разлога 9,2% испитаника.
20. По питању социјалне подршке најчешће је била слаба 85,8%, потом умерена 13,9%, а лоша 0,3%. Лошу социјалну потпору чешће су имале особе женског пола, из самачких домаћинстава, парови без деце, са територије Јужне и Источне Србије, нижег образовног нивоа и сиромашнијих слојева друштва.
21. Анализа предиктивног значаја социо-демографских карактеристика испитаника на постојање слабе социјалне подршке указала је на статистичку значајност следећих варијабли: регион, брачни статус, образовни ниво и радни статус посматрано и униваријантно и мултиваријантно.
22. Униваријантним моделом је показано да је слаба социјална подршка негативан предиктор за тешкоће у вези са конзумирањем хране, устајањем из кревета, облачењем односно свлачењем, коришћењем тоалета, купањем или туширањем, припремом obroка и одласка у куповину, тешкоће у обављању лакших кућних послова и вођења рачуна о финансијама.
25. Слаба социјална подршка повећава ризик за умерена до тешка ограничења у одржавању личне неге.
26. Коришћење наочара/контактних сочива је позитиван предиктор социјалне подршке, посматрано мултиваријантно, у односу на испитанике који не користе наочаре тј. контактна сочива.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Kendig H, Browning CJ, Thomas SA, Wells Y. Health, lifestyle, and gender influences on aging well: an Australian longitudinal analysis to guide health promotion. *Public Health Educ Promot*. 2014;2:70.
2. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):56.
3. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, Chong SA, Goveas RR, Chiam PC, Subramaniam M. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):27.
4. Chang PF, Bazarova NN, Wethington E. How Older Adults with Chronic Pain Manage Social Support Interactions with Mobile Media. *Health Commun*. 2022;37(3):384-396.
5. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y, et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2016;28:221–231.
6. Schlenk EA, Sereika SM, Martire LM, Shi X. Older adults' social network and support and its association with physical activity. *Geriatr Nurs*. 2021;42(2):517-523.
7. Schmitz A, Brandt M. Gendered patterns of depression and its determinants in older Europeans. *Arch Ger-ontol Geriatr*. 2019; 82: 207-216.
8. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27(12): 2009-15.
9. Đorđić, Milan, Čolović, Sofija, Radovanović, Snežana, Radević, Svetlana, Gajović, Gordana, Murić, Nemanja, Veselinović, Slađana, Gavrilović, Aleksandar and Matić, Tatjana Bošković. "The Influence of Social Support on Depression among Elderly People in Serbia" *Experimental and Applied Biomedical Research (EABR)*, vol.0, no.0, 2022, pp.
10. Shen Z, Ding S, Shi S, Zhong Z. Association between social support and medication literacy in older adults with hypertension. *Front Public Health*. 2022;10:987526
11. World Health Organisation (2012). 10 facts on ageing and the life course. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health> [Accessed January 26, 2025].
12. Statistical Office of the Republic of Serbia. Census of Population, Households and Dwellings in the Republic of Serbia 2021: Results by Municipalities and Cities. [online] Available at: <https://data.stat.gov.rs/Home/Result/3104021001?languageCode=sr-Latn> [Accessed 10 Dec. 2024].
13. World Economics. (n.d.). Serbia: Median Age. Available from: <https://www.worlddeconomics.com/Demographics/Median-Age/Serbia.aspx>
14. Chino B, Zegarra-Valdivia J, de Frutos-Lucas J, Paredes-Manrique C, Custodio N. Impact of Sociodemographic Features and Lifestyle on Cognitive Performance of Peruvian Adults. *J Alzheimers Dis*. 2022;90(2):599-608.
15. United Nations. (1946). Constitution of the World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
16. WHO. Mental health: strengthening mental health promotion, 2001; Fact Sheet No. Geneva, Switzerland, 2001. Updated August 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

17. Sloane PD, Warshaw G. Should Slowing Be Considered a Distinct Geriatric Syndrome? *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(1):20-22
18. Verney SP, Gibbons LE, Dmitrieva NO, Kueider AM, Williams MW, Meyer OL, et al., Health literacy, sociodemographic factors, and cognitive training in the active study of older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(4):563-570.
19. Souza MC, Bernardes FR, Machado CK, Favoretto NC, Carleto NG, Santo C do E, et al. Relationship between cognitive and sociodemographic aspects and verbal fluency of active elderly. *Rev CEFAC.* 2018;20(4):493–502.
20. Courtin, É., & Knapp, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community,* 2015;25(3), 799–812.
21. Gilani S. A, Tingö L, Kihlgren A, & Schröder, A. Mental health as a prerequisite for functioning as optimally as possible in old age: A phenomenological approach. *Nursing Open,* 2021; 8(5), 2025–2034.
22. Hemmeter, U., & Ngamsri, T. (2022). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit: Fokus Alter. *Praxis,* 111(4), 193–198.
23. Martín-María N, Lara E, Cresswell-Smith J, Forsman A. K, Kalseth J, Donisi V, Amaddeo F, Wahlbeck K, & Miret, M. Instruments to evaluate mental well-being in old age: a systematic review. *Aging & Mental Health,* 2020;25(7), 1191–1205.
24. Puvill, T., Lindenberg, J., De Craen, A., Slaets, J. P. J., & Westendorp, R. G. Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC Geriatrics,* 2016;16(1).
25. Snowden, J. Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 2001;35(6), 782–787.
26. Goldzweig, G., Baider, L., Rottenberg, Y., Andritsch, E., & Jacobs, J. M. Is age a risk factor for depression among the oldest old with cancer? *Journal of Geriatric Oncology,* 2018;9(5), 476–481.
27. Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciencia & Saude Coletiva,* 2015;20(12), 3631–3640.
28. Bernardelli G, Caruso P, Travaini G, Merzagora I, Gualdi F, Sartori RDG, et al. Edefonti V. Socio-demographic characteristics and cognitive performance in oldest old subjects asking for driving license renewal. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):241.
29. Tetsuka S. Depression and Dementia in Older Adults: A Neuropsychological Review. *Aging* 2021;12(8):1920-1934.
30. Dias NS, Barbosa IG, Kuang W, Teixeira AL. Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. *Dement Neuropsychol.* 2020;14(1):1-6.
31. Wiels W, Baeken C, Engelborghs S. Depressive Symptoms in the Elderly-An Early Symptom of Dementia? A Systematic Review. *Front Pharmacol.* 2020;11:34.
32. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and Risk for Alzheimer Disease: Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression Analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(5):530–538.
33. Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019;93:284-290.
34. Bell TR, Pope CN, Downer B, Barba C, Crowe M. Pain associates with subjective memory problems and cognition in older Puerto Rican adults. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* 2022;29(6):985-999.
35. Gunnarsson H, Agerström J. Pain and social cognition: does pain lead to more stereotyped judgments based on ethnicity and age? *Scand J Pain.* 2020;20(3):611-621.
36. Merchant RA, Au L, Seetharaman S, Ng SE, Nathania J, Lim JY, Koh GC. Association of Pain and Impact of Dual-Task Exercise on Function, Cognition and Quality of Life. *J Nutr Health. Aging.* 2021;25(9):1053-1063.

37. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al., A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-63.
38. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Guthrie D, Kathleen Pichora-Fuller M. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician*. 2018;64(1):e33-e41.
39. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
40. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press; 2000. pp. 137–73.
41. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav*. 2003;30(2):170–95.
42. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*. 2005;25(1):41–67.
43. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(3):378–84.
44. Zhan W, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Huang GH, Pankow JS, et al. Generational differences in the prevalence of hearing impairment in older adults. *Am J Epidemiol*. 2010;171(2):260–6.
45. Congdon N, O'Colmain B, Klaver CC, Klein R, Muñoz B, Friedman DS, et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004;122(4):477–85.
46. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol*. 2011;68(2):214–20.
47. Fisher D, Li CM, Chiu MS, Themann CL, Petersen H, Jónasson F, et al. Impairments in hearing and vision impact on mortality in older people: the AGES-Reykjavik Study. *Age Ageing*. 2014;43(1):69–76.
48. Kempen GI, Ballemans J, Ranchor AV, van Rens GH, Zijlstra GA. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Qual Life Res*. 2012;21(8):1405–11.
49. Rovner BW, Casten RJ, Leiby BE, Tasman WS. Activity loss is associated with cognitive decline in age-related macular degeneration. *Alzheimers Dement*. 2009;5(1):12–7.
50. Reed-Jones RJ, Solis GR, Lawson KA, Loya AM, Cude-Islas D, Berger CS. Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013;75(1):22–8.
51. Lin FR. Hearing loss in older adults: who's listening? *JAMA*. 2012;307(11):1147
52. Saunders GH, Echt KV. An overview of dual sensory impairment in older adults: perspectives for rehabilitation. *Trends Amplif*. 2007;11(4):243–58.
53. Heine C, Erber NP, Osborn R, Browning CJ. Communication perceptions of older adults with sensory loss and their communication partners: implications for intervention. *Disabil Rehabil*. 2002;24(7):356–63.
54. Capella-McDonnall M. The effects of developing a dual sensory loss on depression in older adults: a longitudinal study. *J Aging Health*. 2009;21(8):1179–99.

55. Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health*. 2004;94(5):823–9.
56. Brennan M, Horowitz A, Su YP. Dual sensory loss and its impact on everyday competence. *Gerontologist*. 2005;45(3):337–46.
57. Overbury O, Wittich W. Barriers to low vision rehabilitation: the Montreal Barriers Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52(12):8933–8.
58. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, Ackland P, Braithwaite T, Cicinelli MV. et al., on behalf of the Vision Loss Expert Group. Global causes of blindness and distance vision impairment: 1990–2020 – a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2017. Published online first: 11 October 2017.
59. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jost B. et al., on behalf of the Vision Loss Expert Group. Magnitude, temporal trends and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2017;5(9): e888–e879.
60. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241.
61. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychol (Amst)*. 2022;227:103616. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103616.
62. Ren Y, Ji B. Correlation Between Perceived Social Support and Loneliness Among Chinese Adolescents: Mediating Effects of Psychological Capital. *Psychiatr Danub*. 2019;31(4):421–428. doi: 10.24869/psyd.2019.421.
63. Liang D, Teng M, Xu D. Impact of perceived social support on depression in Chinese rural-to-urban migrants: The mediating effects of loneliness and resilience. *J Community Psychol*. 2019;47(7):1603–1613. doi: 10.1002/jcop.22215.
64. Wen Z, Wang H, Liang Q, Liu L, Zhang W, Zhang X. Mediating effect of social support and resilience between loneliness and depression in older adults: A systematic review and meta-analytic structural equation modeling. *J Affect Disord*. 2024;365:246–257. doi: 10.1016/j.jad.2024.08.062.
65. Cao Q, Liu L. Loneliness and depression among Chinese drug users: Mediating effect of resilience and moderating effect of gender. *J Community Psychol*. 2020;48(2):414–425. doi: 10.1002/jcop.22262.
66. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):156. doi: 10.1186/s12888-018-1736-5.
67. Ulldemolins AR, Lansingh VC, Valencia LG, Carter MJ, Eckert KA. Social inequalities in blindness and visual impairment: a review of social determinants. *Indian J Ophthalmol*. 2012;60(5):368–75. doi: 10.4103/0301-4738.100529.
68. Hartanto A, Sim L, Lee D, Majeed NM, Yong JC. Cultural contexts differentially shape parents' loneliness and wellbeing during the empty nest period. *Commun Psychol*. 2024;2(1):105. doi: 10.1038/s44271-024-00156-8.
69. Raina P, Wong M, Massfeller H. The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BMC Geriatr*. 2004;4:3.
70. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66(5):582–90.

71. Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, Russ S, Lin F, Olusanya BO, et al. Aging and hearing health: the life-course approach. *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):S256–67.
72. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, Griffith LE, Oremus M, Patterson C, et al. The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) *Can J Aging*. 2009;28(3):221–9.
73. Kirkland SA, Griffith LE, Menec V, Wister A, Payette H, Wolfson C, et al. Mining a unique Canadian resource: the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging*. 2015;34(3):366–77.
74. Cimarolli VR, Boerner K, Brennan-Ing M, Reinhardt JP, Horowitz A. Challenges faced by older adults with vision loss: a qualitative study with implications for rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2012;26(8):748–57.
75. Wang SW, Boerner K. Staying connected: re-establishing social relationships following vision loss. *Clin Rehabil*. 2008;22(9):816–24.
76. Brennan M, Cardinali G. The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *Gerontologist*. 2000;40(3):327–34.
77. Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States. *Arch Intern Med*. 2012;172(4):369–71.
78. Picard M, Girard SA, Courteau M, Leroux T, Larocque R, Turcotte F, et al. Could driving safety be compromised by noise exposure at work and noise-induced hearing loss? *Traffic Inj Prev*. 2008;9(5):489–99.
79. Chiang PP, O'Connor PM, Le Mesurier RT, Keeffe JE. A global survey of low vision service provision. *Ophthalmic Epidemiol*. 2011;18(3):109–21.
80. Schneider JM, Gopinath B, McMahon CM, Leeder SR, Mitchell P, Wang JJ. Dual sensory impairment in older age. *J Aging Health*. 2011;23(8):1309–24.
81. Hersh M. Deafblind people, communication, independence, and isolation. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2013;18(4):446–63.
82. Hart PG. Beyond the common touch point: communication journeys with congenitally deaf-blind people. *AER J*. 2010;3(4):160–6.
83. Singh G, Lau ST, Pichora-Fuller MK. Social support predicts hearing aid satisfaction. *Ear Hear*. 2015;36(6):664–76.
84. Cimarolli VR, Boerner K, Wang SW. Life goals in vision rehabilitation: are they addressed and how? *J Vis Impair Blind*. 2006;100(6):343–52.
85. Davis A. Population study of the ability to benefit from amplification and the provision of a hearing aid in 55-74-year-old first-time hearing aid users. *Int J Audiol*. 2003;42(Suppl 2):2S39–52.
86. Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ*. 2002;325(7356):128.
87. Bagai A, Thavendiranathan P, Detsky AS. Does this patient have hearing impairment? *JAMA*. 2006;295(4):416–28.
88. McGraw C, Déry L, Wittich W. Falls prevention through the Visual Impairment Detection Program. *Insight*. 2011;4(2):74–82.
89. Lin MY, Gutierrez PR, Stone KL, Yaffe K. Vision impairment and combined vision and hearing impairment predict cognitive and functional decline in older women. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(12):1996–2002.
90. Van Nispen RMA, Vreeken HL, Comijs HC, Deeg DJH, van Rens GHMB. Role of vision loss, functional limitations and the supporting network in depression in a general population. *Acta Ophthalmol*. 2016;94(1):76–82.
91. Green AF, Rebok G, Lyketsos CG. Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(9):972–8.

92. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140(4):293–302.
93. Pope SK, Sowers M. Functional status and hearing impairments in women at midlife. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55(3):S190–4.
94. Van der Weele GM, Gussekloo J, De Waal MW, De Craen AJ, Van der Mast RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(6):595-601. doi: 10.1002/gps.2162.
95. Ackland P, Resnikoff S, Bourne R. World blindness and visual impairment: despite many successes, the problem is growing. *Community Eye Health.* 2017;30(100):71-73.
96. Park C, Majeed A, Gill H, Tamura J, Ho RC, Mansur RB, Nasri F, Lee Y, Rosenblat JD, Wong E, McIntyre RS. The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Res.* 2020;294:113514. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113514.
97. Tam KW, Zhang D, Li Y, Xu Z, Li Q, Zhao Y, Niu L, Wong SY. Meaning in life: bidirectional relationship with depression, anxiety, and loneliness in a longitudinal cohort of older primary care patients with multimorbidity. *BMC Geriatr.* 2025;25(1):195. doi: 10.1186/s12877-025-05762-7.
98. Liebmann M, Pitman A, Hsueh YC, Bertotti M, Pearce E. Do people perceive benefits in the use of social prescribing to address loneliness and/or social isolation? A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1264. doi: 10.1186/s12913-022-08656-1.
99. Band R, Kinsella K, Ellis J, James E, Ciccognani S, Breheny K, Kandiyali R, Ewings S, Rogers A. Social network intervention for loneliness and social isolation in a community setting: the PALS cluster-RCT. *Public Health Res (Southampt).* 2025;13(1):1-86. doi: 10.3310/WTJH4379.
100. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Guthrie D, Kathleen Pichora-Fuller M. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician.* 2018;64(1):e33-e41
101. Wang Q, Zhang S, Wang Y, Zhao D, Zhou C. Dual Sensory Impairment as a Predictor of Loneliness and Isolation in Older Adults: National Cohort Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2022;8(11):e39314. doi: 10.2196/39314.
102. Xu X, Sun G, Sun D. Prevalence and risk factors of hearing loss in the Chinese population aged 45 years and older: Findings from the CHARLS baseline survey. *PLoS One.* 2024;19(9):e0310953. doi: 10.1371/journal.pone.0310953.
103. Mao L, Yu Z, Lin L, Sharma M, Song H, Zhao H, Xu X. Determinants of Visual Impairment Among Chinese Middle-Aged and Older Adults: Risk Prediction Model Using Machine Learning Algorithms. *JMIR Aging.* 2024;7:e59810. doi: 10.2196/59810.
104. Chappell NL, Funk LM. Social support, caregiving, and aging. *Can J Aging.* 2011;30(3):355-70. doi: 10.1017/S0714980811000316.
105. Hämäläinen A, Pichora-Fuller MK, Wittich W, Phillips NA, Mick P. Self-report Measures of Hearing and Vision in Older Adults Participating in the Canadian Longitudinal Study of Aging are Explained by Behavioral Sensory Measures, Demographic, and Social Factors. *Ear Hear.* 2021;42(4):814-831. doi: 10.1097/AUD.0000000000000992.

БИОГРАФИЈА

Наталија Ђуровић, рођена 30.07.1956. у Панчеву. Завршила средњу медицинску школу у Панчеву и Вишу медицинску школу у Београду. Мастер последипломске студије завршила у Новом Саду. Докторске академске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу уписала 2018. год. Била запослена у Здравственом центру Панчево. Тренутно је пензионер.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. **Djurovic N**, Radovanovic S, Mihaljevic O, Radovanovic J, Stepovic M, Kovacevic M, Janicijevic K, Djordjevic G, Djordjevic O, Gajovic G, Djonovic N, Dimovic T, Janicijevic N, Maricic M, Vasiljevic D, Selakovic V. Socioeconomic and Health Characteristics as Predictors of Social Support in Elderly People with Visual Impairment: Evidence from Serbia. *Iran J Public Health*. 2024;53(10):2251-2259.
2. Djordjevic O, Radovanovic J, Djordjevic G, Babic Z, **Djurovic N**, Lazarevic R and Galic I. Multimorbidity – a public health challenge. *Experimental and Applied Biomedical Research (EABR)*. doi: 10.2478/eabr-2025-0006
3. Ilic S, Dzudovic F, Radovanovic J, Selakovic V, Subanovic E, **Djurovic N**, Andric D, Babic Z, Vukosavljevic S and Mirocevic Rotolo M. Trends in pancreatic cancer mortality in Serbia: a joinpoint regression analysis. *Experimental and Applied Biomedical Research (EABR)*. doi: 10.2478/eabr-2025-0007

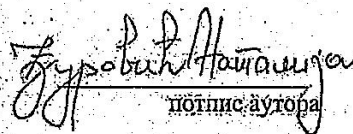
ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Наталија Ђуровић, изјављујем да докторска дисертација под насловом: „Социјална потпора код старог становништва Србије са сензорним општењем вида“, која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу 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 извршила повреду ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 08.09.2025. године,

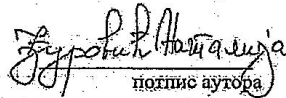

потпис аутора

Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:
„Социјална потпора код старог становништва Србије са сензорним оштећењима
вида“
истоветне.

У Крагујевцу, 08.09.2025. године,


попис аутора

Образац 3

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Даталија Ђуровић,

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом: „Социјална потпора код старог становништва Србије са сензорним оштећењима вида“ која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним 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

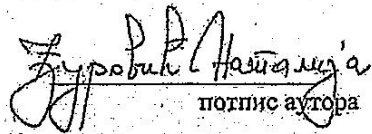
☐ не дозвољавам¹

¹ Уколико 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.

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

- 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, 08.09.2025. године,


потпис аутора