



ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА
УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ

Андреа З. Мирковић

**ОДРЕДНИЦЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ ОГРАНИЧЕЊА
СТАРОГ СТАНОВНИШТВА У РЕПУБЛИЦИ
СРБИЈИ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2024.



FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA
UNIVERZITET U KRAGUJEVCU

ANDREA Z. MIRKOVIĆ

ODREDNICE FUNKCIONALNIH OGRANIČENJA STAROG STANOVNIŠTVA U REPUBLICI SRBIJI

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2024.



FACULTY OF MEDICAL SCIENCE
UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC

Андреа З. Мирковић

**INDICATORS OF FUNCTIONAL LIMITATIONS
AMONG THE ELDERLY POPULATION IN THE
REPUBLIC OF SERBIA**

Doctoral dissertation

Kragujevac, 2024.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Аутор
Име и презиме: АндреаМирковић
Датум и место рођења: 27.06.1985. Лозница, Република Србија
Садашње запослење: Очна кућа ЕТИКО, Крагјевац
Докторска дисертација
Наслов: Одреднице функционалних ограничења старог становништва у Републици Србији
Бројстраница: 129
Бројслика: Табела 54, графикона 17
Број библиографских података: 181
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац
Научна област (УДК): медицина
Ментор: титула, име и презиме, звање, називфакултета/института и универзитета Проф. др СветланаРадевић, ванредни професор, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу Проф. др Нела Ђоновић, редовни професор, факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу.
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: IV-03-773/12, 18.10.2023.

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Andrea Mirković
Datum i mestorođenja: 27.06.1985. Loznica, Republika Srbija
Sadašnjezaposlenje: Očna kuća ETIKO, Kragujevac
Doktorska disertacija
Naslov: Odrednice funkcionalnih ograničenja starog stanovništva u Republici Srbiji
Broj stranica: 129
Broj slika: Tabele 54, grafikoni 17
Broj bibliografskih podataka: 181
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac
Naučnaoblast (UDK): medicina
Mentor: titula, ime i prezime, zvanje, nazivfakulteta/instituta i univerziteta Prof. dr Svetlana Radević, vanredni profesor, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu Prof. dr Nela Đonović, redovni profesor, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Broji datu modluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: IV-03-773/12, 18.10.2023.

DOCTORAL DISSERTATION IDENTIFICATION PAGE

Author
Name and Surname: Andrea Mirković
Date and Place of Birth: June 27, 1985, Loznica, Republic of Serbia
Current Employment: ETIKO Eye Clinic, Kragujevac
Doctoral Dissertation
Title: Determinants of Functional Limitations of the Elderly Population in the Republic of Serbia
Number of Pages: 129
Number of Figures: Tables 54, Charts 17
Number of Bibliographic References: 181
Institution and Place where the Work was Carried Out: Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac
Scientific Field (UDK): Medicine
Mentor: Title, Name and Surname, Position, Name of Faculty/Institute and University Prof. Dr. Svetlana Radević, Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac Prof. Dr. Nela Đonović, Full Professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Number and Date of the University Council's Decision on Acceptance of the Doctoral Dissertation Topic: IV-03-773/12, 18.10.2023.

Највећу захвалност дугујем својој породици, пре свега свом супругу, на безусловној љубави и подршци. Његова вера у мене дала ми је снагу да истрајем. Ово је наш заједнички успех.

Огромну захвалност дугујем својој деци, Миони и Василију, чије стрпљење и разумевање су ми били непроцењиви током реализације ове дисертације. Ви сте извор моје инспирације и мотивације.

Велико хвала мојим менторкама на њиховим саветима и несебичној научној помоћи. Посебну захвалност дугујем проф. Цеци Радевић, која ме својом моралном подршком и пријатељским саветима водила кроз овај процес. Велика је част и задовољство имати Вас за ментора.

Ову дисертацију посвећујем себи, за све непроспаване ноћи, сву снагу и веру у себе коју сам пронашла током овог пута.

САЖЕТАК

Увод: Старење популације је велики јавноздравствени изазов широм света. Србија, са просечном старошћу становништва од 42,2 године, спада међу најстарије земље у Европи. Функционална ограничења у виду, слуху, покретљивости и локомоторном систему представљају значајне проблеме за старију популацију.

Метод: Коришћени су подаци 3.705 становника старијих од 65 година из Националног истраживања здравља спроведеног 2019. године. Упитници су били у складу са методологијом Европског истраживања здравља (EHIS). Студија је анализирала утицај демографских и социоекономских карактеристика на функционална ограничења. Статистичка значајност је утврђена коришћењем Хи-квадрат теста и парних з-тестова. Униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија идентификовале су предикторе, уз прилагођавање за збуњујуће варијабле са интервалима поузданости од 95%.

Резултати: Демографски и социоекономски фактори значајно утичу на функционална ограничења код старијих особа. Жене, особе старије од 75 година, и становници руралних подручја са нижим образовањем и социоекономским статусом склонији су овим ограничењима. Такође, имају вишу стопу хроничних болести и менталних проблема, што повећава њихове потребе за здравственом и социјалном подршком.

Закључак: Резултати показују да је неопходно посветити посебну пажњу демографским и социоекономским факторима при планирању здравствених и социјалних услуга за старије особе. Прилагођене интервенције које узимају у обзир специфичности популације и географске разлике могу значајно допринети побољшању квалитета живота и очувању независности старијих особа.

Кључнеречи: функционална ограничења, Национално истраживање здравља, популација старих, здравствена заштита, јавно здравље

Summary:

Introduction: Population aging is a major public health challenge worldwide. Serbia, with an average population age of 42.2 years, is among the oldest in Europe. Functional limitations in vision, hearing, mobility, and the locomotor system are significant issues for the elderly.

Method: Data from 3,705 residents aged 65 and over were used from the 2019 National Health Survey. Questionnaires followed the European Health Interview Survey (EHIS) methodology. The study analyzed the impact of demographic and socioeconomic characteristics on functional limitations. Statistical significance was determined using the Chi-square test and paired z-tests. Univariate and multivariate logistic regression identified predictors, adjusting for confounding variables with 95% confidence intervals.

Results: Demographic and socioeconomic factors significantly affect functional limitations in the elderly. Women, those aged 75 and older, and residents in rural areas with lower education and socioeconomic status are more prone to these limitations. They also have higher rates of chronic diseases and mental health issues, increasing their need for healthcare and social support.

Conclusion: The results indicate that it is necessary to pay special attention to demographic and socioeconomic factors when planning health and social services for the elderly. Tailored interventions that consider population specifics and geographical differences can significantly contribute to improving the quality of life and maintaining the independence of older individuals

Keywords: functional limitations, National Health Survey, elderly population, healthcare, public health

САДРЖАЈ:

1. УВОД.....	1
1.1. Старење становништва – глобални јавноздравствени изазов савременог друштва.....	1
1.2. Функционална оштећења и њихов утицај на старе особе.....	2
1.2.1. Функционална ограничења као показатељ здравственог стања старијег становништва.....	2
1.2.2. Класификација сензорних и когнитивних оштећења у контексту функционалних ограничења код старих особа.....	3
1.2.3. Повезаност између хроничних болести и функционалних ограничења код старијих одраслих особа.....	5
1.2.4. Утицај социодемографских фактора на функционална ограничења.....	6
1.2.5. Диверзитет функционалних оштећења међу старим особама.....	7
1.2.6. Интервенције за превенцију и управљање функционалним ограничењима код старијих особа.....	10
1.2.7. Инструменти за процену функционалних ограничења.....	11
1.3. Значај истраживања здравља путем анкета и њихова примена у Европи и Србији.....	12
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ.....	13
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ.....	14
4. РЕЗУЛТАТИ.....	19
5. ДИСКУСИЈА.....	104
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	115
7. ЛИТЕРАТУРА.....	116

1. УВОД

1.1. Старење становништва – глобални јавноздравствени изазов савременог друштва

Старење становништва представља један од кључних јавно здравствених изазова данашњег друштва, проистекао из комбинације ниског наталитета и повећања очекиваног трајања живота (1). Овај феномен означава важан преокрет у историји човечанства, с обзиром на то да је већина новорођених беба сада способна досегнути седамдесету или вишу годину живота. Оно што је некада била пројекција будућности, постала је актуелна брига садашњости (2-11). У 21. веку, истраживање старења постаје критично, будући да се друштва суочавају са све значајнијим процесом старења својих популација. Напредак у медицини, технологији и јавном здравству је омогућио контролу над заразним болестима и продужетак животног века. Очекивана животна доб је скочила са 65 година у 1950. на 78 година у развијеним земљама и 68 година у земљама у развоју (2,3). Пројекције Светске здравствене организације (СЗО) указују да ће у наредних десет година удео популације старије од 60 година порастаи са 1 милијарде у 2020. на 1,4 милијарде људи широм планете. До 2030. године, једна од сваких шест особа на свету ће имати 60 или више година, а до 2050. године, број особа старијих од 60 година ће се удвостручити на 2,1 милијарду (2). Удео особа старијих од 60 година је порастао са 8% у 1950. на 12% у 2013. години, а предвиђа се да ће достићи 21% до 2050. године (2). Посебно забрињавајуће је рапидно повећање броја особа старијих од 80 година, са тренутних 125 милиона на импресивних 268 милиона до 2050. године (3,4). СЗО прогнозира троструко повећање броја особа старијих од 80 година између 2020. и 2050. године, достижући бројку од 426 милиона глобално (1-3).

Разлике у стопи старења су приметне између полова и између развијених и мање развијених земаља. На пример, у развијеним земљама, 2010. године, насваких 100 жена старијих од 60 година, било је 87 мушкараца, док је у мање развијеним регионима тај број био 75 мушкараца на 100 жена (12). Осим тога, промене у старосној структури су различите измеђ уразличитих економских контекста. У високо развијеним земљама, попут Јапана, вишеод 30% популације је старије од 60 година, док су сада земље са средњим и ниским приходима те које доживљавају највеће промене у овом смислу (3-10). Све већи број старијих особа намеће додатни притисак на здравствене и социјалне системе. Повећане потребе за комплексном здравственом негом подстичу потребу за адекватним ресурсима и услугама, посебно у светлу демографских промена (13,14) Разумевање и суочавање са овим изазовима захтева свеобухватан приступ унапређењу здравља и добробити старијих особа. До данас, већина истраживања у свим областима повезаних са старењем спроведена је у економски развијеним земљама; међутим, постоји све већи интерес за проучавање старијих популација мање развијених земаља. Проучавање здравља и социјалног благостања у овом контексту је веома важно јер су ове земље карактерисане вишим нивоима плодности, споријим стопама пада смртности у старости, већим оптерећењем болестима и нижим нивоима економског развоја. Ови фактори захтевају посебну пажњу при планирању и спровођењу здравствених и социјалних услуга како би се побољшало благостање становништва.

У светлу ових изазова, међународна заједница препознаје значај целовитог приступа унапређењу старијих особа. Иницијативе као што је Декада здравог старења 2021-2030,

иницирана од стране СЗО, имају за циљ промоцију здравог и активног старења, као и обезбеђивање приступа одговарајућим услугама и подршци (15). Овакав приступ оснажује старије особе да очувају своју независност и функционалност, истовремено придоносећи разноликости и ресурсима друштва.

1.2. Функционална оштећења и њихов утицај на старе особе

1.2.1. Функционална ограничења као показатељ здравственог стања старијег становништва

Здравствено стање се може мерити различитим мерама, као што су здравствени услови и болести (хронични услови и дуготрајне болести), самопроцењено здравље (сопствени извештај о перципираном здравственом статусу појединца: врло добро, добро, забрињавајуће, лоше, врло лоше), и функционална ограничења (која обухватају функционалност у шест домена живота као што су когниција, мобилност, лична нега, социјална интеракција, живот неактивности и партиципација) (16).

Функционално ограничење се односи на смањену способност особе да изводи основне физичке и менталне радње потребне за свакодневни живот (16-17). Ово може укључивати ограничења у кретању, сензорно-моторном функционисању, емоционалној стабилности и интелектуалним способностима. У Међународној класификацији функционалности, инвалидности и здравља СЗО (18) "функционисање" се односи на све телесне функције, активности и партиципацију, оштећење, функционална ограничења и инвалидитет, сензорни поремећај, итд.

Према дефиницији коју је дао Nagi (19) функционално ограничење се може посматрати из три различите димензије:

- *Физичко функционисање*: Односи се на способност извођења физичких радњи, као што су ходање, пењање степеницама, обављање свакодневних активности дневног живота (облачење и свлачење, купање, узимање хране...).
- *Емоционално функционисање*: Односи се на емоционалну стабилност и способност особе да се носи са стресом и емоционалним изазовима. Може се манифестовати кроз ниво анксиозности, немира и различите психо-физиолошке симптоме.
- *Ментално функционисање*: Односи се на интелектуалне и когнитивне способности појединца, као што су способност решавања проблема, размишљање, памћење и концентрација.

Ове димензије функционалног ограничења могу бити међусобно повезане и могу утицати на способност особе да обавља свакодневне задатке и активности. Идентификација и разумевање ових ограничења су важни како би се пружила одговарајућа подршка и помоћ особама са смањеном функционалношћу.

У Националној анкети о здравственом стању (National Health Interview Survey - NHIS) процена функционалних ограничења се базира на шест питања постављених особама старим 18 година и старијим. Питања се односе на проблеме са видом (чак и уз наочаре), слухом (чак и уз слушне апарате), ходање или пењање степеницама, комуникацију на уобичајеном језику, памћење или концентрацију и самонегу (попут купања или одласка у тоалет). Циљ ових питања је да се процени како ови проблеми

утичу на свакодневни живот и функционалност појединаца, што је важно за планирање здравствених услуга и ресурса.

Функционално ограничење се дефинише на основу пријављеног нивоа тешкоћа (без тешкоћа, неке тешкоће, велике тешкоће, или уопште не може извршити) у шест основних функционалних области: вид, слух, покретљивост, комуникација, когниција и самопомоћ. Одрасли који пријављују "велике тешкоће" или "уопште не могу извршити" у бар једној области функционисања сматрају се особама са инвалидитетом.

Међутим, од свих ових индикатора, СЗО препоручује функционални приступ за процену здравственог стања популације према процесу инвалидитета, јер је блиско повезан са инвалидитетом и зависношћу. Осим тога, овај приступ омогућава међународно упоредне исходе здравља, дизајнирање и праћење интервенција у вези са здрављем. У том контексту, функционално ограничење је дефинисано у Међународној класификацији функционалности, инвалидитета и здравља (ICF) као ограничење у обављању физичких и когнитивних радњи, што може бити изазвано факторима околине и личним факторима који могу погоршати предиспонирајуће ризике у процесу онеспособљавања (20,21).

Према Међународној класификацији функционалности, инвалидности и здравља (18), оштећење је блиско повезано са концептом инвалидности, пошто истиче негативне аспекте личног функционалног здравља, укључујући проблеме у структури тела и функцијама тела као што су губици или одступања. Ово укључује различите врсте погоршања и губитака функција, укључујући когнитивне функције. Од свих индикатора мерења функционалности, Глобални индекс ограничења активности (Global Activity Limitation Indicator - GALI) се истиче због своје предности, јер задовољавајуће процењује здравствено стање популације у глобалном оквиру (22-24). GALI је пројектован за упоређивање здравих година међу европским земљама, посебно за процену очекиваног здравог животног века (Healthy Life Expectancy - HLE) (25). Такође, овај показатељ је један од питања Минималних европских здравствених модула (Minimal European Health Modules - MHEM) у европским истраживањима од 2005. године (22-24). Студије су показале да је GALI значајно повезан са другим мерама функције, као што су Активности свакодневног живота (Activities of Daily Living - ADL) и Инструменталне активности свакодневног живота (Instrumental Activities of Daily Living - IADL) (21,26).

Функционална ограничења у виду смањеног вида, слуха, покретљивости и функције локомоторног система представљају значајан јавноздравствени проблем код старије популације (8-10).

1.2.2. Класификација сензорних и когнитивних оштећења у контексту функционалних ограничења код старих особа

Сензорна оштећења, такође позната као сензорни губици или сензорни дефицити, односе се на смањење или губитак способности перцепције или детекције сензорних информација, као што су вид, слух, додир, мирис и укус. Ова оштећења могу се јавити услед различитих фактора, укључујући старење, болести, повреде или генетске предиспозиције. Сензорна оштећења могу значајно утицати на свакодневни живот појединца, ограничавајући њихову способност да комуницирају, обављају основне задатке и уживају у активностима. У контексту старије популације, сензорна оштећења,

посебно оштећење вида и слуха, могу имати дубок утицај на квалитет живота, независност и способност одржавања функционалности.

Инциденција сензорних оштећења расте са годинама живота (10, 27-33). Губитак слуха погађа око 68% људи старијих од 70 година, док губитак вида погађа око 24% оних од 70-79 година и јавља се код око 50% људи старијих од 80 и више година (10,27-43). Двострука сензорна оштећења присутна су код око 19% популације старије од 80 година (28-33). Искуство особа са оштећењем вида варира и зависи од различитих фактора. Глобално гледано, најмање 2,2 милијарде људи има неко оштећење вида, било на даљину или на близину (44,45). У око 1 милијарди случајева, или готово половини укупног броја, оштећење вида могло је бити спречено или још увек није решено. Узроци оштећења вида варирају, а међу водећим узроцима су дегенерација макуле повезана са старењем, катаракта, дијабетичка ретинопатија, глауком и нерешени рефрактивни проблеми (32,34-43). Ови поремећаји вида често напредују постепено и узрокују хронично погоршање вида, иако потпуни губитак вида ретко наступа (30-33,34-43).

Преваленција сензорних ограничења такође варира у зависности од доступности здравствених услуга и нивоа прихода у различитим регионима света. Усвајањем правовремених интервенција и подржавањем интегрисане и усмерене на особу здравствене заштите ока, може се знатно смањити терет оштећења вида и побољшати здравствени исходи широм света (45). Оштећење вида код старијих особа често је повезано са различитим болестима ока, што може озбиљно утицати на њихову способност кретања и равнотеже. Претходна истраживања су показала да су смањење оштрине вида, губитак видног поља и смањена осетљивост на контраст, као и проблеми са осветљењем, као што су јака светла или ниска осветљеност, повезани са повећаним ризиком од ударања у препреке, падова и ограничења у покретљивости на отвореном простору (13,28-33).

Супротно од уобичајених промена које се могу јавити у визуелном систему током старијих година, губитак вида повезан са старењем означава трајни пад вида који није могуће кориговати ношењем наочара, контактних сочива, применом лекова или хируршким захватима, и спречава извођење уобичајених видних задатака примерених старосном добу (29). Прогнозира се значајан пораст инциденције губитка вида повезаног са годинама у наредних 20 година у већини западних земаља због промена у демографији старења и недостатка ефикасних третмана. Студије су такође истакле да се ови проблеми са видом често јављају истовремено са медицинским стањима која утичу на кретање и равнотежу, чинећи комбинацију која додатно отежава свакодневне активности и одржавање независности старијих особа у заједници (27-43).

Тренутно, 466 милиона људи широм света има инвалидност услед губитка слуха, а до 2050. године тај број ће се удвостручити (32,45-51). Узроци овог проблема укључују ототоксичне лекове, повреде главе, нагли губитак слуха и упале попут менингитиса. Старење такође убрзава губитак слуха, при чему праг слушања опада за 1 dB сваке године након 60. године (47), чак и код особа без раније историје проблема са слухом. Приближно 30% мушкараца и 20% жена старијих од 50 година пати од губитка слуха од најмање 40 dB у бољем уху. Овај број се повећава на 55% код особа у шездесетим годинама и 45% код осамдесетогодишњака (10,27-33,45-51,53).

Губитак слуха чини трећу најчешћу хроничну болест која доводи до инвалидитета. Велика канадска студија која је обухватила 3964 испитаника старости од 40 до 79 година показала је да је 54% популације имало бар благ губитак слуха, али само 6% је приметило симптоме (50). Истраживање путем online упитника је показало да више од 25% особа старијих од 50 година никада није претраживало информације о губитку слуха. Само 20% особа старијих од 65 година са умереним до озбиљним губитком слуха препознаје себе као особе са оштећеним слухом (51). То може бити због спорог напредовања губитка слуха, на који се погођене особе постепено навикавају. Поред утицаја на разумевање говора и комуникацију, губитак слуха такође има негативан ефекат на различите физичке и психосоцијалне аспекте (45-51,53).

Особе са губитком слуха су подложније депресији или анксиозности, при чему су жене склоније овим стањима од мушкараца (13,31,33, 45, 47-49). Важно је напоменути да степен губитка слуха није увек пропорционалан озбиљности депресије, али присуство двоструког сензорног оштећења повећава ризик од депресије и укупне смртности (13, 27,36).

Когнитивно оштећење се дефинише као пад способности памћења, учења нових информација и концентрације који утиче на свакодневне активности и функционисање особе (27,32,36,52,53). Особе са сензорним оштећењем имају мању тачност и спорије реакције у препознавању емоција гласа (36). Истраживања показују да сензорно оштећење, као губитак слуха или вида, повећава ризик од когнитивног оштећења. Скоро 94% старијих особа са когнитивним проблемима има губитак слуха, а 32,5% деменцију има губитак вида (27,32,52,53).

Током процеса старења, долази до значајних промена у коштаном-мишићном систему (13,38). Овај процес укључује комплексне трансформације које погађају мишиће, кости, хрскавице, лигаменте и тетиве, резултирајући хипотрофијом и/или атрофијом ткива и губитком функције (13). Ова трансформација има велики утицај на физичку активност и вежбање у старијој популацији. Што се тиче костију и мишића, процес старења доводи до смањења коштане масе, опадања остеобластне активности и повећања броја остеокласта са повећаном активношћу. Такође, долази до смањења мишићне масе која је кључна за одржавање самосталног физичког функционисања у погледу телесних структура и активности/учествовања (партиципације) (13,38).

1.2.3. Повезаност између хроничних болести и функционалних ограничења код старијих одраслих особа

Старији одрасли су посебно подложни развоју хроничних болести које су често повезане са функционалним ограничењима (8-10, 28-56). Докази указују на чврсту везу између броја хроничних болести и степена инвалидитета (17-44). Истраживања показују да постоји снажна повезаност између функционалних ограничења и присуства хроничних стања као што су дијабетес, хипертензија, дислипидемија и кардиоваскуларне болести (4, 8, 10, 28-56), као и поремећаја менталног здравља (28, 30, 33, 38, 57-74).

Више од половине старијих одраслих особа према подацима из Сједињених Америчких Држава указује на присуство мултиморбидитета, што значи да имају две или више хроничних болести истовремено (74). Повећање броја присутних хроничних стања често доводи до израженијих функционалних ограничења и инвалидитета: 45% људи са хроничним болестима испољава неки степен ограничења у активностима (27-33, 44, 57-75).

Хроничне незаразне болести играју кључну улогу у здравственом стању старијег становништва у Републици Србији. Подаци указују на високу преваленцију ових болести међу старијим одраслим особама. Повишен крвни притисак се издваја као најчешћи проблем, пријављен од стране 63,8% старијег становништва. Остале честе болести укључују болни поремећај у доњем делу леђа (32,2%), коронарну болест (24,7%), болни поремећај у вратном делу кичме (23,3%), повишене масноће (21,0%), шећерну болест (18,6%), артрозу (18,0%) и уринарну инконтиненцију (10,4%) (75).

Преваленција ових болести такође показује демографске и социо-економске варијације. На пример, повишен крвни притисак је значајно присутнији код становника Јужне и Источне Србије, жена, особа са нижим образовањем и старијих особа. Слично томе, болни поремећај у доњем делу леђа чешћи је код жена, особа са нижим приходима и старијих особа.

Дугорочна истраживања сугеришу да повећање мултиморбидитета доводи до све озбиљнијих ограничења у свакодневним активностима (76-78, 79-82). Новија истраживања су такође идентификовала везу између самопријављеног мултиморбидитета и функционалних ограничења, па чак и инвалидитета (79-94). Ова истраживања указују на то да што више хроничних стања појединац има (што означава већи ниво мултиморбидитета), то су његове функционалне способности више угрожене. Другим речима, повећање броја хроничних болести често резултира смањеном способношћу особе да изводи свакодневне активности. Ова динамика посебно постаје значајна са старењем, када акумулација хроничних стања може значајно утицати на квалитет живота и независност старијих одраслих особа.

Често се путања од болести ка инвалидитету концептуализује као путања од патологије болести до оштећења, функционалних ограничења и на крају, инвалидитета. Међутим, важно је напоменути да ова путања може бити измењена различитим личним и околишним факторима (54-95).

1.2.4. Утицај социодемографских фактора на функционална ограничења

Социодемографски фактори, као што су пол, старост, образовање, приход и друге карактеристике, играју кључну улогу у утврђивању функционалних ограничења код старијих одраслих особа (96-103). Ови фактори могу утицати на здравље, начин живота и приступ здравственим услугама, чиме се обликује укупна способност особе да се носи са свакодневним активностима и изазовима.

- **Старост**

Старење је неизбежан процес који носи са собом промене у физичким и

менталним способностима. С годинама, тело постаје подложније хроничним болестима и смањењу функционалности, што може довести до различитих ограничења (97, 99, 101-102). Међутим, важно је напоменути да се старење не манифестује на исти начин код свих појединаца. Генетика, животни стил и здравствена историја играју улогу у томе како особа стари и како се суочава са функционалним изазовима.

- **Пол**

Пол такође може имати утицај на функционална ограничења и инвалидитет. Иако се животни век генерално продужава, истраживања су показала да жене имају већу вероватноћу да ће доживети функционална ограничења у односу на мушкарце (96, 97, 99, 100). Ова разлика може делимично бити последица биолошких разлика између полова, али такође може бити повезана са социјалним и економским факторима.

- **Образовање и приход**

Образовање и приход играју кључну улогу у одређивању здравствених исхода и функционалних ограничења. Особе са нижим нивоом образовања и нижим приходима често су изложене већем ризику од развоја хроничних болести и ограничења (99, 100, 102, 103). Такође, нижи социоекономски статус може ограничити приступ квалитетној здравственој нези и подршци, што може погоршати функционална ограничења.

- **Социјална подршка и усамљеност**

Социјална подршка и социјална мрежа играју кључну улогу у очувању менталног и физичког здравља старијих одраслих особа. Недостатак подршке и осећај усамљености могу повећати ризик од развоја функционалних ограничења (104-108). С друге стране, присуство подршке и активно друштвено ангажовање могу допринети очувању функционалности и независности.

1.2.5. Диверзитет функционалних оштећења међу старим особама

Физичка и сензорна ограничења имају значајну улогу у процени здравственог статуса старије популације, без обзира на узрок ових ограничења – било да су урођена, болестима узрокована, резултат несрећа или последица старења (96). Трендови у функционалним ограничењима међу старијим особама унутар европских земаља одражавају значајне неједнакости. На пример, источне европске земље попут Пољске и Чешке Републике бележе највише стопе функционалних ограничења, досежући око 64% и 49% респективно (96). Насупрот томе, већина других земаља се креће у распону између 35% и 40%. Озбиљна ограничења показују значајне разлике, посебно у јужним земљама као што су Грчка и Шпанија, где је забележена ниска стопа озбиљних ограничења (око 5%), док је Пољска пријавила високу стопу озбиљних ограничења (око 19%) (96).

У Републици Србији, истраживања су открила да се готово половина старије популације (44,8%) суочава са ограничењима у кретању, док се ограничења вида јављају код 40,7%, а слуха код 45,9% особа (75). Резултати за 2019. годину показују да је сваки четврти старији становник (25,8%) пријавио озбиљне тешкоће при ходању, 8,7% при гледању и 13,9% при слушању (75).

Присуство физичких и сензорних ограничења значајно утиче на способност обављања свакодневних активности, што директно утиче на квалитет живота старијих особа. У Србији, готово трећина старијих особа (31,5%) пријављује озбиљне тешкоће у извођењу свакодневних кућних активности, док 9,5% има проблем са личном негом (75).

Разноврсност и неједнакости у преваленцији и озбиљности функционалних ограничења међу европским земљама постају очигледне. Док лонгитудинална истраживања не дају јасну слику о динамици здравља на основу функционалности током времена, доступни докази указују на сличан тренд погоршања здравља према полу у различитим земљама. Старије жене, особе старије од 75 година, становници руралних подручја, особе са нижим образовањем и нижим приходима чине групе са већим уделом тешког ограничења активности (89-90).

Генетске варијације играју улогу у здрављу старијих особа, али истраживања показују да процес старења и појава болести зависи од комплексних интеракција између појединаца и њиховог физичког и социјалног окружења. Ово окружење, укључујући домове, суседства, заједнице и личне карактеристике као што су пол, етничка припадност, социоекономски статус, брачно стање и ниво образовања, има директни утицај на здравље путем препрека или подстицаја који утичу на одлуке и понашање у вези са здрављем (4-12, 54, 96-103, 109).

Социоекономски услови у заједници значајно доприносе квалитету живота старијих особа са функционалним ограничењима. На пример, Немачка се труди да створи окружење без препрека како би се спречила социјална и економска искљученост старијих особа са функционалним ограничењима (99). Поддржавајуће физичко и социјално окружење омогућава старијим особама да и даље обављају важне активности упркос губицима способности (107-108).

Подаци из истраживања откривају да старије становништво у Србији има различите нивое социјалне подршке. Око четвртине старијих особа (24,4%) изјављује да има јаку социјалну подршку, док више од половине (60,3%) доживљава умерену подршку. Међутим, скоро сваки седми старији становник (15,4%) оцењује да је социјална подршка слаба (75). Постоје значајне варијације у перцепцији социјалне подршке према демографским и социо-економским карактеристикама. Старији становници нижег нивоа образовања (18,0%), нижих прихода домаћинства (22,6%), они који живе у ван градским насељима (15,9%) и старији од 75 година (16,3%) склонији су оцењивању социјалне подршке као слабе.

Међутим, истраживања су такође указала на негативан утицај окружења у дому на старије особе са функционалним ограничењима, што може допринети осећају депресије (106). Студија спроведена у Пољској истакла је да многе старе особе са ограничењима доживљавају депресивно окружење у својим домовима (106). Резултати указују и на значајан феномен насиља над старијима и особама са функционалним ограничењима унутар домаћинства у пољској популацији. Према истраживању, око 50% испитаника пријављује контакт са случајевима физичког, економског или психолошког насиља над старијим особама, док више од 30% то исто тврди у случајевима особа са функционалним ограничењима (106). Физичке препреке, недостатак прилагођених ресурса и недостатак подршке и интеракције са спољним светом често доводе до осећаја изолације и немоћи (105-110).

Квалитет стамбеног окружења такође игра битну улогу у животима старијих особа. На пример, Шведска прилагођава стамбене јединице како би одговарале потребама старијих особа са функционалним ограничењима (107). Важно је напоменути да нема "типичног" старијег појединца, јер се физичке и менталне способности значајно разликују. Стога окружење има кључну улогу у овој разноврсности (3).

Глобализација, технолошки напредак и друге промене у друштву значајно утичу на живот старијих особа (108, 110). Често се старије особе перципирају као крхке и зависне, што може довести до економске депривације и проблема с приступом здравственим услугама (61, 99, 109). Недавна истраживања истичу важност функционалног приступа мерењу здравља старијих особа. Функционална способност старијих особа базира се на унутрашњим капацитетима, окружењу и интеракцијама (98, 111). Јавне површине, услови становања и друштвени односи играју значајну улогу у овом контексту (98, 111).

Ипак, истраживања су доследно указала на повећан ризик од различитих изазова, укључујући падове, седентаран начин живота и лоше ментално здравље, код старијих особа које немају одговарајуће подржавајуће карактеристике у својим суседствима (111). Активно старење има за циљ очување здравља и сигурности у старијем добу (112), при чему окружење игра кључну улогу (113). Оквир за Здраве људе 2030. наглашава значај сигурних суседстава за опште здравље (114).

Социоекономска димензија заједнице такође значајно утиче на функционална ограничења старијих особа. Богатије четврти пружају више ресурса и подршке, што позитивно утиче на одржавање функционалности (112-117). Низак социоекономски статус заједнице је повезан са повећаним ризиком од функционалних ограничења (113). На пример, богатије четврти често пружају више ресурса као што су паркови и подршка комшија, што позитивно утиче на одржавање физичке функционалности појединаца (115). Насупрот томе, мање разноврсне четврти, са смањеним приступом продавницама и другим ресурсима, могу отежати старијим особама са функционалним ограничењима да остану друштвено активне и одржавају функционалност (117).

Резултати истраживања Јањушевића и сарадника показали су да фактори као што су присуство других здравствених проблема и немогућност остваривања права на одређене социјалне бенефиције повећавају ризик од нижег нивоа менталног и физичког здравља код старијих особа са функционалним ограничењима. Особе са вишеструким болестима и оне које нису користиле своја права на финансијску помоћ и негу су имале лошије оцене у области менталног и физичког функционисања (116).

Недостатак партнера у старијим годинама може имати негативан утицај на здравље, нарочито код мушкараца, с обзиром на то да присуство партнера повољно утиче на њихову добробит (96, 118-119). Истраживање које је спроведено од стране Choi и сарадника открило је да су позитивне промене у квалитету брака код оба супружника током четири године биле повезане са значајним побољшањем њиховог самопроцењеног здравља у средњем и старијем добу, као и смањењем степена инвалидитета током старења. Такође, позитивне промене у квалитету брака су биле повезане са смањењем функционалних ограничења код особа средњег и старијег доба (119).

Истраживања су показала да брак има значајнију улогу у виталности мушкараца и заштитнички утицај на њих (96, 118-123). То је делом последица чињенице да жене генерално имају боље здравствене навике од мушкараца и више су посвећене праћењу и утицању на здравствено понашање својих партнера, пружајући им већу социјалну и психолошку подршку (118-125).

Претходна истраживања наглашавају значајну корелацију између нивоа образовања и функционалних ограничења међу старијим популацијама. Истраживања спроведена у различитим земљама показују како образовање може утицати на физичку функционалност старијих особа (123-125). На пример, студије из Сједињених Америчких Држава указују на повећан ризик од функционалних ограничења код особа са нижим образовањем (121). Слично томе, истраживања у Европи, укључујући Шведску и Холандију, подржавају везу између образовања и функционалних ограничења код старијих особа (107, 124). Наведена истраживања такође истичу да образовање може деловати као заштитни фактор против физичких ограничења путем позитивног утицаја на здравствене навике и приступ здравственој нези (123, 124). Студија спроведена у Сједињеним Америчким Државама је показала да нижи образовни ниво повећава ризик од развоја функционалних ограничења, укључујући тешкоће у покрету и свакодневним активностима, што указује на важност образовања за очување физичке функционалности (123). Осим тога, истраживања су истакла културне и географске варијације у вези са образовањем и функционалним ограничењима. На пример, шведска студија је указала на мањи ризик од развоја функционалних ограничења код особа са вишим образовним нивоом (107). У азијским земљама, као што је Јапан, такође су потврђене везе између образовања и функционалних ограничења код старијих особа (124).

У закључку, истраживања о диверзитету функционалних оштећења међу старијим особама јасно показују да фактори као што су физичка и сензорна ограничења, квалитет стамбеног окружења, присуство партнера, социоекономска димензија заједнице и ниво образовања играју значајне улоге у утицају на њихову функционалност и квалитет живота. Различите земље имају различите стопе и узорке функционалних ограничења међу старијим становништвом, са нагласком на специфичне факторе који обликују њихову ситуацију. Разумевање ових фактора је од суштинског значаја за развој адекватних интервенција и политика које ће побољшати квалитет живота старијих особа и промовисати активно старење.

1.2.6. Интервенције за превенцију и управљање функционалним ограничењима код старијих особа

Превенција и управљање функционалним ограничењима кључни су елементи очувања квалитета живота старијих одраслих особа. Интервенције се могу фокусирати на различите аспекте, укључујући промоцију здравог начина живота, рано откривање и третман хроничних болести, рехабилитацију и подршку за свакодневне активности.

- **Физичка активност**

Редовна физичка активност има значајан утицај на очување функционалности и смањење ризика од функционалних ограничења (108-112). Вежбе које јачају мишиће и кости, побољшавају равнотежу и флексибилност, могу значајно побољшати способност особе да обавља свакодневне задатке. Физичка активност такође може смањити ризик од падова и повреда.

- **Здрава исхрана**

Правилна исхрана игра кључну улогу у одржавању здравља и функционалности. Исхрана богата хранљивим материјама, витаминима и минералима може подржати здраво старење и смањити ризик од хроничних болести (111-115). Посебно су важни унос калцијума и витамина Д за очување костију и превенцију остеопорозе.

- **Управљање хроничним болестима**

Рано откривање и адекватан третман хроничних болести играју кључну улогу у спречавању напредовања функционалних ограничења. Редовни здравствени прегледи и правилно праћење здравственог стања могу омогућити рано препознавање и интервенисање у случају погоршања (118-120).

- **Реабилитација и терапија**

За особе које већ имају функционална ограничења, рехабилитација и терапија могу значајно побољшати њихову способност обављања свакодневних активности. Физиотерапија, логопедија и радна терапија могу помоћи у обнови и очувању функционалности.

- **Социјална подршка и ангажман**

Социјална подршка и активно учешће у друштвеним активностима могу позитивно утицати на ментално здравље и функционалност (104, 105, 121, 122, 125). Особе које се осећају повезане са својом заједницом и имају подршку окружења често су способније да одрже независност и функционалност.

1.2.7. Инструменти за процену функционалних ограничења

Инструменти за процену функционалних ограничења представљају различите методе, тестове или упитнике који се користе за оцену способности особе да извршава своје дневне активности и за мерење степена ограничења која утичу на њихово функционисање у различитим аспектима живота. Неки од основних инструмената за процену функционалних ограничења укључују:

1. **Функционални капацитет тела (Functional Capacity):** Тестирање физичког стања и способности особе, укључујући мерење моторичких функција, физичке издржљивости и мобилности.
2. **Упитници и интервјуи за свакодневне активности (Activities of Daily Living - ADL):** Ови инструменти оцењују способност особе да извршава основне дневне задатке као што су лична хигијена, облачење, хранење и кретање.

3. **Инструменти за оцену инструменталних активности свакодневног живота (Instrumental Activities of Daily Living - IADL):** Ови инструменти мере способност особе да извршава напредније задатке попут куповања, управљања финансијама или коришћења технологије.
4. **Когнитивни тестови и оцене:** Оцењивање когнитивних функција као што су памћење, пажња, концентрација и способност решавања проблема.
5. **Оцењивање емотивног и социјалног статуса:** Инструменти који се користе за праћење емотивног благостања, укључујући мерење нивоа депресије, анксиозности или социјалне изолације.

Ови инструменти играју важну улогу у процени, планирању интервенција и пружању подршке особама са функционалним ограничењима, како би се унапредио њихов квалитет живота и омогућила већа независност у свакодневном животу.

1.3. Значај истраживања здравља путем анкета и њихова примена у Европи и Србији

Анкете о здрављу имају суштински значај у прикупљању информација о здрављу популације. Спровођење анкета на репрезентативном узорку омогућава добијање детаљног увида у здравствено стање грађана, коришћење здравствених услуга и процену различитих здравствених индикатора (75). Анкете о здрављу поседују две важне карактеристике: прво, обезбеђују податке о здрављу из уста самих грађана; друго, омогућавају прикупљање разноликих информација као што су здравствено стање, личне карактеристике испитаника, понашање у вези са здрављем и коришћење здравствене заштите, све из исте особе. Свебухватни приступ пружа комплетну слику о здравственом стању популације, идентификацију приоритетних здравствених проблема и дефинисање потреба за превентивним активностима. Редовно прикупљање података омогућава праћење промена у здрављу становништва кроз време, као и процену ефеката здравствених политика и интервенција. Закључци ових истраживања користе се за планирање и евалуацију активности у вези са промоцијом здравља, превенцијом болести, организацијом здравствене заштите и рационализацијом здравствених трошкова (75).

Европска анкета о здрављу (European Health Interview Survey – EHIS) (127) је редовно истраживање које примењује стандардизоване методе за прикупљање поузданих података о здравственом стању, здравственој заштити и факторима који утичу на здравље становништва Европске уније (ЕУ). Ова анкета омогућава израду основних здравствених индикатора ЕУ (European Core Health Indicators – ECHI) (75, 127), што олакшава упоређивање здравственог стања популације у различитим европским земљама током времена. Први талас EHIS истраживања одржан је између 2006. и 2009. године у 17 земаља чланица ЕУ. Други талас је спроведен између 2013. и 2015. године у свим државама чланицама ЕУ, као и у Исланду, Норвешкој и Турској. Трећи талас EHIS-а започет је 2016. године, са детаљним дискусијама и консултацијама које су спроведене од стране различитих тела Европског статистичког система (ESS). Европска комисија је 2018. године усвојила уредбу за спровођење трећег таласа EHIS-а (75, 127).

Прво истраживање здравља становништва у Србији реализовано је 2000. године уз подршку Светске здравствене организације и UNICEF-а (75). Резултати овог истраживања послужили су као основа за креирање здравствене политике Србије 2002. године. Наредно истраживање спроведено је 2006. године уз финансијску подршку

Светске банке. Треће истраживање спроведено је 2013. године у оквиру пројекта „Децентрализација услуга на локалном нивоу“ (DILS), који је финансиран из кредита Светске банке. У току истраживања 2019. године извршена је додатна хармонизација инструмената истраживања са методологијом трећег таласа ЕНИС-а. Финансијску подршку за ово истраживање обезбедили су Влада Републике Србије и Инструмент за претприступну помоћ (ІРА) 2018. године (75). Прикупљени подаци су од кључне важности за планирање и спровођење превентивних мера, унапређење здравствених услуга и рационализацију трошкова у здравственом сектору.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ

А. Главни циљеви:

Главни циљ истраживања је испитати функционална ограничења код популације старије од 65 година у Републици Србији.

Специфични циљеви:

1. Утврдити заступљеност и степен функционалних ограничења код старих особа.
2. Испитати повезаност демографских и социо-економских фактора са функционалним ограничењима код старих особа.
3. Испитати повезаност физичких и чулних функционалних ограничења са појединим аспектима здравственог стања (самопроцена општег здравља, присуство хроничних болести, незгоде или повреде, бол, поремећаји менталног здравља).
4. Одредити учесталост потреба за здравственом заштитом и појединим аспектима коришћења здравствене заштите (ванболничка и болничка здравствена заштита, услуге приватне праксе, употреба лекова) старог становништва са функционалним ограничењима.
5. Анализирати повезаност функционалних ограничења са социјалном подршком.
6. Испитати заступљеност неостварених потреба за подршком/помоћи приликом обављања кућних активности и активности личне неге.
7. Анализирати повезаност функционалних ограничења са психо-физичким насиљем.

Б. Хипотезе

1. Демографске карактеристике и социо-економски фактори утичу на функционална ограничења код старих особа (функционална ограничења су чешће присутна код особа женског пола, старијих од 75 година, са најнижег нивоа образовања, сиромашнијих и оних који живе у сеоским срединама).
2. Функционална ограничења повезана су са негативним здравственим исходима: присуством дуготрајне болести, повредама или незгодама, хроничним болестима и стањем, болом, поремећајима менталног здравља.
3. Постојање физичких и чулних функционалних ограничења смањује капацитет обављања дневних активности.

4. Старе особе са функционалним ограничењима имају учесталије потребе за коришћењем здравствене заштите и појединих аспеката здравствене заштите.
5. Социјална помоћ и подршка особама са функционалним ограничењима потребнија су старијим испитаницима, особама са ниским приходима, нижег образовног нивоа и оним који живе у ванградским насељима.
6. Старије особе са функционалним ограничењима у већој мери су изложене психо-физичком насиљу у породици и окружењу.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

А. ВРСТА СТУДИЈЕ

Студија пресека.

Б. ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖУЈЕ

Истраживањем је обухваћена популација становништва старости 65 и више година која живи у приватним (неинституционалним) домаћинствима Републике Србије. Искључене су особе које живе у колективним домаћинствима (домови за пензионере, домови за старе и изнемогле, домови за одрасле инвалиде, манастири, самостани и сл.). За анализу података коришћени су подаци из четвртог Националног истраживања здравља становништва спроведеног 2019. године, масовним анкетирањем, случајним репрезентативним узорком (75, 126). Истраживање је реализовано у складу са препорукама, методологијом и инструментима за спровођење Истраживања здравља становништва од стране European Health Interview Survey – EHIS (127). Студија се базира на резултатима Истраживања здравља становништва, које је крајем 2019. године спровео Републички завод за статистику, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарством здравља Републике Србије.

В. УЗОРКОВАЊЕ

У истраживању је примењен национално-репрезентативан случајни узорак – стратификовани двоетапни узорак кластера. Истраживање је спроведено током тромесечја (октобар-децембар) 2019. године у складу са препорукама Европског истраживања здравља – трећи талас. Истраживањем су добијени статистички поуздани подаци на нивоу Републике Србије као целине, а затим и на нивоу осам региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, као и за популацију градских и осталих насеља.

Узорак су чинила сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у Попису становништва из 2011. године. Механизам коришћен за добијање случајног узорака домаћинстава и испитаника је комбинација две технике узорковања: стратификације и вишеетапног узорковања. Стратификација је извршена према типу насеља (градска и остала) и на четири региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије.

У првој етапи узорковања изабране су примарне узорачке јединице које чине пописни кругови одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини. У другој етапи, у сваком пописном кругу изабрано је по 10 домаћинстава. За сваки пописни круг била су предвиђена и два резервна домаћинства у случају да домаћинства у прописаном

кругу одбију сарадњу. Одређена је величина узорка од 6.000 домаћинстава у којима се очекивало око 15.000 чланова старости 15 и више година. За потребе овог истраживања коришћени су подаци о 3.705 становника старости 65 и више година анкетираних током Националног истраживања здравља из 2019. године (126).

Г. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ МЕРЕ У СТУДИЈИ

Зависне варијабле у истраживању су:

1. **Функционална ограничења** (функционално ограничење хода, функционално ограничење вида, функционално ограничење слуха).
2. **Активности личне неге:** узимање хране, устајање из кревета, облачење и свлачење, коришћење WC-а, купање.
3. **Кућне активности:** припремање оброка, телефонирање, одлазак у куповину, узимање терапије (лекови), лакши кућни послови, повремене тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама, рачунима и друге административне активности.

Независне варијабле:

1. **Аспекти здравственог стања:** самопроцена здравља, присуство хроничних болести или стања, незгоде и повреде, бол, ментално здравље.
2. **Аспекти коришћења здравствене заштите:** болничка и ванболничка здравствена заштита, услуге кућне неге и лечења, хитна медицинска помоћ, употреба лекова, превентивне услуге (вакцинација против сезонског грипа, контрола крвног притиска, холестерол, шећер, скрининг за поједине малигне болести (окултно/скривено крварење у столицу, мамографија, Папа тест), коришћење услуга приватне праксе, неостварене потребе за здравственом заштитом.
3. **Помоћ/подршка приликом обављања свакодневних активности,** потреба за подршком.
4. **Насиље** (физичко, психичко, сексуално насиље, обраћање за помоћ због насиља).
5. **Социјална подршка.**

Збуњујуће варијабле:

1. **Демографске варијабле:** пол, старосна структура, брачни статус, породична структура, тип насеља, регион.
2. **Социјално-економске варијабле:** образовање, радни статус, укупни месечни приходи, индекс благостања.

Д. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању 2019. године извршена је нова хармонизација инструмената истраживања са инструментима Европског истраживања здравља – трећи талас (EHIS – wave 3) (127), који је коришћен у сличним истраживањима у земљама Европске уније. У истраживању здравља становништва Србије коришћена су три начина прикупљања података: интервју „лицем у лице“, самопопуњавање упитника без учешћа анкета, и

мерење антропометријских карактеристика (висина и телесна маса) и крвног притиска. У истраживању су коришћене три врсте упитника: инфо упитник за домаћинство (социјално-економске карактеристике самог домаћинства), упитник за сваког члана породице старости 5 и више година (коришћене су две верзије овог упитника – једна за сваког члана домаћинства старости 15 и више година и друга за свако дете и адолесцента узраста од 5 до 14 година који живе у домаћинству), и упитник за самопопуњавање који попуњава сваки члан домаћинства старости 15 и више година. Упитницима су прикупљене 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, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, употреба алкохола, употреба психоактивних супстанци, насиље, социјална подршка). Поред упитника коришћен је и образац за објективно мерење. Мерење је извршено за све чланове домаћинства старости 15 и више година.

За процену присуства депресивности као дијагностички алат коришћен је PHQ-8 упитник (Patient Health Questionnaire-8) (128), који се састоји из осам ставки које се односе на одређене менталне проблеме и тегобе. Вредност PHQ-8 скорa од нула до четири указује на одсуство симптома депресије, PHQ-8 скор од пет до девет означава благе симптоме депресије, а укупна вредност PHQ-8 скорa од десет и више указује на високу вероватноћу постојања депресије, која се даље класификује као умерана (PHQ-8 скор од 10 до 14), умерено тешка (PHQ-8 скор од 15 до 19) и тешка депресивна епизода (PHQ-8 скор 20 и више).

Скор социјалне подршке је формиран додељивањем и сабирањем бодова за сваки одговор на могућа три питања из упитника „Осло-3 скала социјалне подршке“ (129): „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 заиста 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“)). Сабирањем бодова на ова три питања установљен је скор социјалне подршке: јака социјална подршка (12-14 бодова), умерена (9-11 бодова) и лоша (3-8 бодова).

Мерење активности дневног живота се врши према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Активности дневног живота, односно активности личне неге (ADL) се мере четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) да би се изразио ниво тешкоћа у обављању следећих 5 активности: храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба WC-а, купање/туширање (130). Добијени скор се креће у распону од 0-15, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-5 да постоје блага и 6-15 умерена до тешка ограничења.

Инструменталне активности дневног живота, односно кућне активности (IADL) се мере на основу давања одговора на следећих 7 питања уз коришћење четворостепене скале од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) (131): припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремени тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама. Скор се креће у распону од 0-21, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-7 да постоје блага и 8-21 умерена до тешка ограничења.

Индекс богатства Демографске и здравствене анкете, познат и као процена индекса богатства, је темељно описан у претходним истраживањима и обухвата варијабле повезане са имовином, изузимајући приход (132). Индекс богатства је сложена мера која процењује кумулативни животни стандард домаћинстава. Израчунава се на основу података о поседовању одабране имовине, као што су телевизори и бицикли, материјали коришћени за изградњу стамбених објеката, и врсте приступа води и санитарним објектима. Богатство домаћинстава у Србији рангира се у пет социоекономских категорија: најбогатији (5), богати (4), средња класа (3), сиромашни (2), и најсиромашнији (1).

Министарство здравља Републике Србије је добило сагласност за коришћење упитника од стране Европске комисије. Истраживачи су били у обавези да учесницима истраживања дају штампани документ који их је информисао о истраживању и одобрењу Етичког одбора о његовом спровођењу, о правима испитаника, као и о томе где и на који начин доставити жалбе/примедбе ако се процени да су им права на било који начин угрожена.

Такође, добијен је и потписани информативни пристанак сваког од испитаника за прихватање учешћа у Истраживању. Контролна процедура целог процеса истраживања, током свих његових фаза, укључивала је контролу узорковања и контролу рада на терену. Контрола узорковања подразумевала је праћење рада анкетара при самом процесу одабира домаћинстава и замених домаћинстава. Контрола рада на терену подразумевала је контролу попуњених анкета и броја чланова домаћинства које је било потребно анкетирати. Контрола је спроведена и путем директног контакта домаћинствана укупно 25% узорка домаћинства су контактирана телефоном и путем теренске контроле. База података из Националног истраживања здравља 2019. године, уступљена је за коришћење у научно истраживачке сврхе, Универзитету у Крагујевцу службеним дописом од стране Института за јавно здравље Републике Србије "Др Милан Јовановић Батут".

Ћ. СНАГА СТУДЈЕ И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА

Користећи методологију Евроског истраживања здравља израчуната је минимална ефективна снага узорка. Величина узорка израчуната је у складу са препорукама EUROSTAT-а за спровођење истраживања здравља становништва (127). Дефинисан је статистички репрезентативни узорак за истраживање здравља становништва што је омогућило прилив података за сва четири рирегiona (Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, као и за популацију градских и осталих насеља).

Величина узорка израчуната је на основу захтева о прецизности оцена, за оцену стандардне грешке индикатора „пропорција лица која су спречене да несметано обављају свакодневне активности” у складу са препорукама Евростата за спровођење

истраживања здравља становништва (European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual, Precision requirements – Annex 2). 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 испитаника 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%).

Алокација узорка по регионима и типу насеља, пропорционална је броју лица старих 15 и више година у тим контингентима, на основу текућих демографских процена за 2018. годину. Анализа овог истраживања заснива се на узорку од 3705 становника старости 65 и више година анкетираних у истраживању здравља становништва Републике Србије из 2019. године.

Е. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

За анализирање и приказивање података коришћена је метода дескриптивне анализе: графички приказ, табелирање, мере централе тенденције и мере варијабилитета. За обраду података коришћена је SPSS верзија 22 на Windows платформи. Дескриптивна и инференцијална статистика, укључујући хи-квадрат (χ^2) тестове и логистичку регресију, примењене су за анализу категоријалних података. За поређење средњих вредности континуалних варијабли коришћен је Studentov t-тест, односно алтернативни непараметријски тест (Mann-Whitney тест) уколико резултати нису пратили нормалну расподелу, што је утврђено помоћу Kolmogorov-Smirnov теста. Хи-квадрат (χ^2) тест је процењивао дистрибуцију једне карактеристике, док су χ^2 -табеле контингенције испитивале разлике у две или више карактеристика. Биваријантна и мултиваријантна логистичка регресија истраживале су однос између зависних и значајних независних варијабли ($p \leq 0.05$).

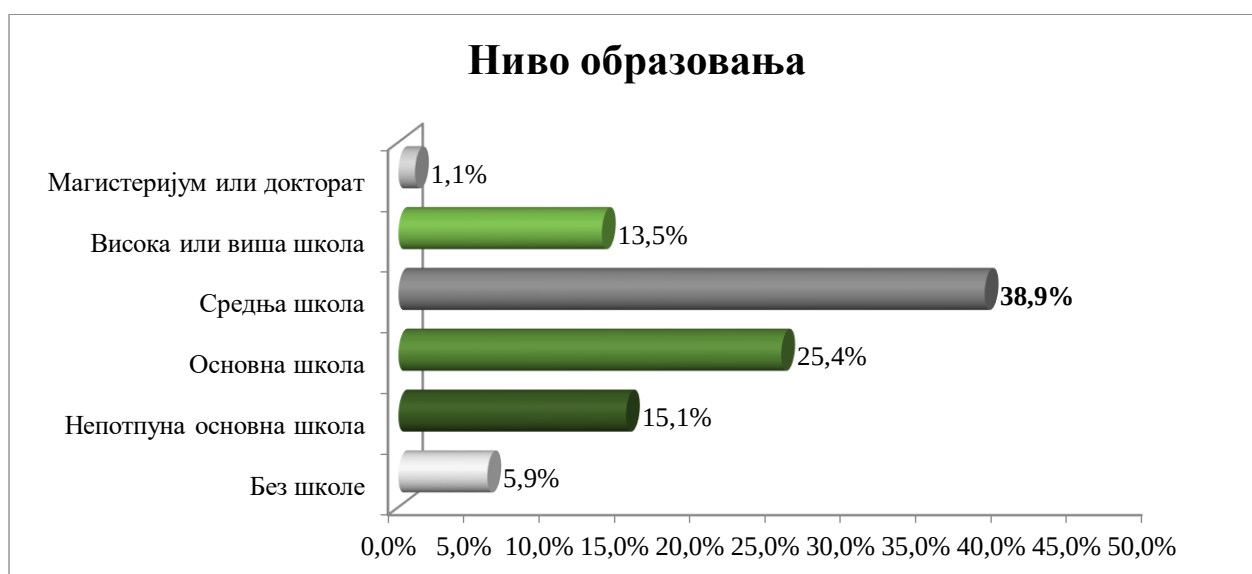
При конструисању мултиваријантног регресионог модела, прво су спроведене униваријантне анализе да би се идентификовале варијабле које су значајно повезане са исходом. Нису укључене све статистички значајне варијабле из сваке области у мултиваријантном моделу; уместо тога, одабрана је поједина репрезентативна варијабла из сваке области (искључујући социодемографске карактеристике). Ова техника се заснива на чињеници да варијабле унутар једне области обично захватају сличне конструкције и њихово укључивање би могло довести до мултиколинеарности. На тај начин смо настојали да развијемо интерпретабилнији модел, као и модел који адекватно обрађује главне карактеристике сваке области путем избора једне варијабле међу многим кандидатским објашњавајућим факторима. Резултати су представљени у табелама са значајношћу на нивоу вероватноће од 5%. Да би се проценио допринос потенцијалних збуњујућих варијабли на асоцијацију између независних и зависних варијабли, спроведена је анализа збуњивача. Конкретно, промене од приближно 10% или више у величини процене ефекта сматране су индикативним за потенцијално важан збуњујући ефекат. У статистичкој обради података, континуалне варијабле ће бити представљене као средња вредност $\pm$ стандардна девијација, а категоријалне као пропорција испитаника са одређеним исходом

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Дескриптивна статистика

4.1.1. Социо-демографске карактеристике испитаника

У истраживању је учествовало укупно 3.743 испитаника, од тога 2.061 (55,1%) су жене, а 1.682 (44,9%) чине мушкарци. Просечна старост свих испитаника износи $73,46 \pm 6,81$ година, са најмлађим испитаницима од 65 и најстаријим од 99 година. Жене су старије од мушкараца са просечном старошћу од $73,78 \pm 6,97$ година, док је просечна старост мушкараца $73,06 \pm 6,59$ година ($F=10,568$, $p<0,01$). Испитаници су сврстани у шест старосних категорија. Највише испитаника налази се у категорији од 65 до 69 година, њих 1.358 (36,3%), у категорији од 70-74 има 963 (25,7%), 641 (17,1%) у категорији од 75-79, 491 (13,1%) у категорији од 80-84, 224 (6,0%) у категорији испитаника старости 85-89, а најмање је испитаника старијих од 90 година, њих 66 (1,8%). Највећи број испитаника има завршену средњу школу (38,9%) или основну школу (25,4%), при чему је расподела испитаника у односу на ниво образовања приказана на Графикону 1.



Графикон 1. Расподела испитаника у односу на ниво образовања

Највећи број испитаника био је у браку или ванбрачној заједници (58,1%), имао 1-5 чланова домаћинства (84,5%), припадао осталом типу домаћинства (37,2%), из региона Шумадије и Западне Србије (29,9%) и био у пензији (90,3%). Што се тиче индекса благостања, расподела испитаника у свим категоријама је била слична при чему је најмање било најбогатијих испитаника (16,2%). Остале социодемографске карактеристике су приказане у Табели 1.

Табела 1. Табела 1. Социодемографске карактеристике испитаника

Социодемографске карактеристике	N (%)
Брачни статус	
Неудата/неожењен	80 (2,1)
У браку/ванбрачној заједници	2173 (58,1)
Удовац/ица	1354 (36,2)
Разведен/а	131 (3,5)
Број чланова домаћинства	
1-5 чланова	3163 (84,5)
6-10 чланова	568 (15,2)
11-15 чланова	12 (0,3)
Тип домаћинства	
Самачка домаћинства	649 (17,3)
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	4 (0,1)
Један родитељ са децом старом 25 и више година	256 (6,8)
Парови без деце	1079 (28,8)
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	12 (0,3)
Парови са децом старом 25 и више година	346 (9,2)
Остала домаћинства	1397 (37,3)
Регион	
Регион Војводине	868 (23,2)
Регион Шумадије и Западне Србије	1119 (29,9)
Регион Јужне и Источне Србије	898 (24,0)
Београдски регион	858 (22,9)
Тип насеља	
Градска	2024 (54,1)
Остала насеља	1719 (45,9)
Радни статус	
Запослен	27 (0,7)
Незапослен	105 (2,8)
У пензији (престао/престала са бављењем послом)	3379 (90,3)
Неспособан/на за рад	34 (0,9)
Обављајем послове у домаћинству (домаћица)	174 (4,6)
Друго, наведите	23 (0,6)
Индекс благостања	
1- најсиромашнији	748 (20,0)
2	815 (21,8)
3	829 (22,1)
4	743 (19,9)
5-најбогатији	608 (16,2)

4.1.2. Функционална ограничења испитаника

Највећи проценат испитаника у овом истраживању је навео да носе наочаре или контактна сочива (75,4%), при чему су одређени испитаници навели да имају мање (32,7%) или велике тешкоће (7,3%) са видом чак и када носе наочаре или контактна сочива. Само 5,2% испитаника користи помагала за слух, док је 24,0% испитаника навело да има мање, односно 5,4% велике тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији. Највећи проценат испитаника није имао проблем да пешачи пола километра по равном без помоћи (53,2%) или да се сами попну уз, односно сиђу низ 12 степеника (48,5%). Што се тиче памћења и концентрације 25,1% испитаника је имао мање а 5,0% велике потешкоће, док је свега 1,1% испитаника одговорио *Нисам у стању*. Највећи проценат је навео да нема тешкоће да гризе или жваће чврсту храну (57,4%). Расподела испитаника у односу на функционална ограничења приказана је у Табели 2.

Табела 2. Функционална ограничења испитаника

Функционална ограничења	N (%)
ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива? Да Не Слеп или не види уопште	2824 (75,4) 892 (23,8) 27 (0,7)
ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће	2229 (60) 1213 (32,7) 271 (7,3)
ФО3. Да ли користите помагало за слух? Да Не Глув или не чује уопште	195 (5,2) 3535 (94,4) 13 (0,3)
ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће	2629 (70,5) 895 (24,0) 203 (5,4)
ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће Нисам у стању	2049 (55,0) 1187 (31,9) 445 (12,0) 42 (1,1)
ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће Нисам у стању	1992 (53,2) 970 (2,9) 492 (13,2) 287 (7,7)
ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће Нисам у стању	1813 (48,5) 1056 (28,3) 568 (15,2) 299 (8,0)
ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће Нисам у стању	2577 (68,9) 937 (25,1) 186 (5,0) 40 (1,1)
ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Без тешкоћа Уз мање тешкоће Уз велике тешкоће Нисам у стању	2147 (57,4) 995 (26,6) 486 (13,0) 114 (3,0)

4.1.3. Ограничења активности личне неге

Активности дневног живота, односно активности личне неге (*ADL*) су приказана четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) да би се изразио ниво тешкоћа у обављању одређених активности. Укупно 89,8% испитаника је навело да нема потешкоће да једе, док њих 0,7% није било у стању да се самостално храни. Што се тиче потешкоћа са устајањем из кревета, мање потешкоће су се јавиле код 11,8% испитаника, велике потешкоће код 4,2% док 2,1% није било у стању да изводи ову активност. Највећи проценат испитаника није имао потешкоћа са облачењем и

свлачењем (83,6%) као ни са коришћењем WC-а (85,9%). Ово је био случај и код туширања и купања, највећи проценат није имао потешкоћа (81,6%), док је 3,4% навело да није у стању да се самостално купа или тушира. Расподела одговора на питања везана за активности личне неге су приказана у Табели 3.

Табела 3. Ограничења активности личне неге

Активности личне неге	N (%)
ЛН.1а Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да једете	
Без тешкоћа	3360 (89,8)
Уз мање тешкоће	280 (7,5)
Уз велике тешкоће	74 (2,0)
Нисам у стању	28 (0,7)
ЛН.1б Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да легнете, устанете из кревета, ...	
Без тешкоћа	3066 (81,9)
Уз мање тешкоће	443 (11,8)
Уз велике тешкоће	156 (4,2)
Нисам у стању	77 (2,1)
ЛН.1в Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да се облачите и свлачите	
Без тешкоћа	3130 (83,6)
Уз мање тешкоће	386 (10,3)
Уз велике тешкоће	139 (3,7)
Нисам у стању	87 (2,3)
ЛН.1г Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да користите WC/клозет	
Без тешкоћа	3216 (85,9)
Уз мање тешкоће	316 (8,4)
Уз велике тешкоће	128 (3,4)
Нисам у стању	82 (2,2)
ЛН.1д Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи? Да се купате или туширате	
Без тешкоћа	3051 (81,6)
Уз мање тешкоће	382 (10,2)
Уз велике тешкоће	182 (4,9)
Нисам у стању	126 (3,4)

Од укупног броја испитаника, 63,3% њих је навело да имају помоћ за обављање најмање једне од наведених активности. Са друге стране, од укупног броја испитаника њих 43,3% је навело да би им била потребна помоћ, односно више помоћи. Сабирањем одговора на ових 5 питања добијен је укупан скор. Просечна вредност овог скорa износила је $1,17 \pm 2,793$, при чему је минимална вредност скорa била 0 а максимална 15. На основу вредности укупног скорa сви испитаници су сврстани у следеће групе: 76,5% без ограничења (вредност скорa 0), 16,3% са благим ограничењима (скор 1-5) и 7,3% са умереним до тешким ограничењима (скор 6-15).

4.1.4. Ограничења кућних активности

Инструменталне активности дневног живота, односно кућне активности (*IADL*) су представљена четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) и односе се на припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремени тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама. Испитаници су најчешће навели да немају потешкоће приликом самосталног припремања оброка (81,6%), телефонирања (88,5%), узимања терапије (88,9%) или приликом самосталног вођења финансија (83,7%). Нешто мањи проценат је навео да

немају потешкоће приликом самосталног одласка у куповину (73,6%) и приликом обављања лакших кућних послова (73,3%). Највећи проценат испитаника је имао неку врсту потешкоћа приликом обављања повремених тежих кућних послова при чему је 22,1% испитаника навело да има мање потешкоће, 11,5% велике потешкоће док чак 18,9% није у стању да изводи самостално ове активности. Расподела одговора на питања везана за активности личне неге су приказана у Табели 4.

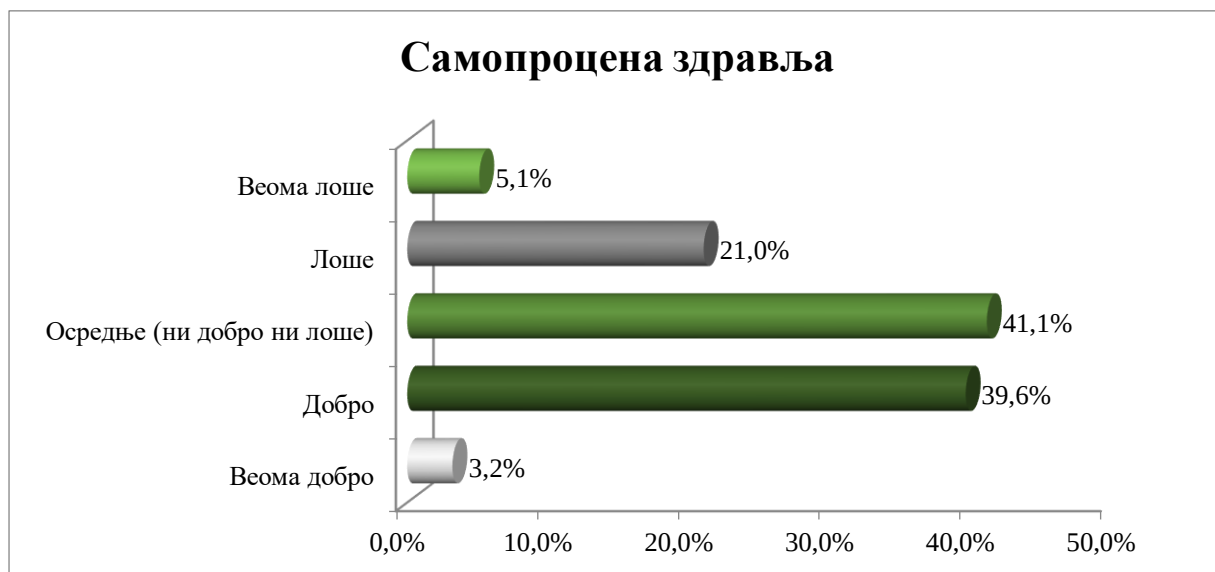
Табела 4. Ограничења кућних активности

Кућне активности	N (%)
КА.1а Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Припремање оброка	
Без тешкоћа	2729 (81,6)
Уз мање тешкоће	300 (9,0)
Уз велике тешкоће	101 (3,0)
Нисам у стању	213 (6,4)
КА.1б Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Телефонирање	
Без тешкоћа	3271 (88,5)
Уз мање тешкоће	215 (5,8)
Уз велике тешкоће	84 (2,3)
Нисам у стању	127 (3,4)
КА.1в Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Одлазак у куповину	
Без тешкоћа	2680 (73,6)
Уз мање тешкоће	389 (10,7)
Уз велике тешкоће	180 (4,9)
Нисам у стању	392 (10,8)
КА.1г Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Узимање терапије (лекови)	
Без тешкоћа	3262 (88,9)
Уз мање тешкоће	207 (5,6)
Уз велике тешкоће	66 (1,8)
Нисам у стању	135 (3,7)
КА.1д Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Лакши кућни послови	
Без тешкоћа	2698 (73,3)
Уз мање тешкоће	536 (14,6)
Уз велике тешкоће	162 (4,4)
Нисам у стању	285 (7,7)
КА.1ђ Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Повремени тежи кућни послови	
Без тешкоћа	1680 (47,6)
Уз мање тешкоће	781 (22,1)
Уз велике тешкоће	405 (11,5)
Нисам у стању	666 (18,9)
КА.1е Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности? Вођење рачуна о финансијама, ...	
Без тешкоћа	3013 (83,7)
Уз мање тешкоће	283 (7,9)
Уз велике тешкоће	71 (2,0)
Нисам у стању	234 (6,5)

Када су сабрани одговори на предходних 7 питања, добијена је вредност укупног скорa за сваког испитаника. Просечна вредност овог скорa износила је $2,92 \pm 5,097$, при чему је минимална вредност скорa била 0 а максимална 21. На основу вредности укупног скорa сви испитаници су сврстани у следеће групе: 48,6% без ограничења (вредност скорa 0), 38,3% са благим ограничењима (скор 1-7) и 13,1% са умереним до тешким ограничењима (скор 8-21).

4.1.5. Самопроцена здравља и присуство хроничних болести

Највећи број испитаника је своје здравље оценио као осредње (41,1%) или као добро (39,6%), при чему је расподела испитаника у односу на самопроцену здравља приказана на Графикону 2.



Графикон 2. Расподела испитаника у односу на самопроцену здравља

Укупно 77,1% испитаника је навело да има дуготрајну болест или здравствени проблем, при чему је 35,5% навело да су због неког здравственог проблема ограничени али не озбиљно а 44,3% а 20,2% је навело да су озбиљно ограничени. Такође, највећи проценат испитаника је сматрао да су због свог здравственог проблема ограничени претходних 6 месеци (82,1%) (Табела 5).

Табела 5. Самопроцена здравља испитаника

Самопроцена здравља	N (%)
ЗС.2 Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?	
Да	2882 (77,1)
Не	858 (22,9)
ЗС.3 Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи? Да ли бисте рекли да сте...?	
Озбиљно ограничени	757 (20,2)
Ограничени, али не озбиљно	1326 (35,5)
Нисте уопште ограничени	1656 (44,3)
ЗС.4 Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?	
Да	1707 (82,1)
Не	373 (17,9)

Што се тиче присуства хроничних болести, најзаступљенија болест у претходних 12 месеци је била хипертензија (63,4%), болни поремећај у доњем делу леђа (31,6%), коронарна болест срца или ангина пекторис (23,8%) и болни поремећај у вратном делу кичме (22,8%). Са друге стране, најмање заступљене хроничне болести биле су цироза јетре (0,5%), мождани удар (3,5%) и инфаркт миокарда или хроничне последице миокарда (4,7%) (Табела 6).

Табела 6. Учесталост хроничних болести код испитаника

ХБ.1 Да ли сте имали било коју од наведених болести или стања у претходних 12 месеци?	N (%)
Астма	229 (6,1)
Хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем	249 (6,7)
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта	177 (4,7)
Коронарна болест срца или ангина пекторис	889 (23,8)
Хипертензија	2369 (63,4)
Мождани удар	132 (3,5)
Артроза	659 (17,6)
Болни поремећај у доњем делу леђа	1180 (31,6)
Болни поремећај у вратном делу кичме	852 (22,8)
Шећерна болест (дијабетес)	702 (18,8)
Алергија	303 (8,1)
Цироза јетре	19 (0,5)
Немогућност задржавања мокраће	391 (10,4)
Бубрежни проблеми	296 (7,9)
Депресија	280 (7,5)
Повишена масноћа у крви (холестерол)	765 (20,6)
Рак (малигно обољење)	137 (3,7)

Највећи проценат испитаника је навео да крвни притисак лечи само лековима (71,0%), затим лековима и дијетом (22,9%), док само дијетом повишени крвни притисак лечи 3,8%. Преосталих 2,3% се не лечи од повишеног крвног притиска. Укупно 94,5% испитаника је навело да су у претходне четири недеље узимали лекове за лечење повишеног крвног притиска редовно, док је њих 5,1% њих ове лекове примењивало понекад, док 0,3% није примењивало ове лекове.

4.1.5. Незгоде, повреде и бол

Од укупног броја испитаника, у претходних 12 месеци је имало незгоду у друмском саобраћају 0,7%, незгоду код куће 4,7% а незгоду у слободно време 2,4% испитаника. Највећи проценат је због преживљене незгоде био примљен у болницу или неку другу установу али није био задржан преко ноћи (37,9%) (Табела 7.)

Табела 7. Учесталост испитаника у односу на доживљене незгоде, повреде и бол

Незгоде, повреде, бол	N (%)
ПО.1а Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у друмском саобраћају Да Не	28 (0,7) 3711 (99,3)
ПО.1б Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода код куће Да Не	176 (4,7) 3564 (95,3)
ПО.1в Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у слободно време Да Не	90 (2,4) 3649 (97,6)
ПО.2 Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)? Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу и задржан преко ноћи Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу, али нисам задржан преко ноћи Да, од стране лекара или медицинске сестре Не, никаква интервенција није била потребна	67 (25,4) 100 (37,9) 46 (17,4) 51 (19,3)

Расподела испитаника у односу на то да ли су имали неке болове у току претходне четири недеље је приказана на Графикону 3, при чему је најчешћи одговор био Нисам (45,2%). На питање *Колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?* испитаници су дали следеће одговоре: 10,7% нимало, 35,0% мало, 28,2% умерено, 17,5% прилично и 8,7% веома.



Графикон 3. Расподела испитаника у односу на присуство болова

4.1.7. Социјална подршка и ментално здравље испитаника

Када је посматрана социјална подршка коју испитаници добијају, највећи проценат испитаника је рекао да може да рачуна на 1 или 2 (41,4%) или 3-5 особа (41,3%) када има озбиљне личне проблеме, као и да је велики проценат људи (57,7%) заинтересован за оно што раде или им се дешава у животу. Такође, испитаници су најчешће навели да је лако добити практичну помоћ од комшија када им је потребна (44,8%) (Табела 8).

Табела 8. Учесталост испитаника у односу на социјалну подршку

Социјална подршка	N (%)
СП.1 Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?	
Ниједна	108 (3,0)
1 или 2	1468 (41,4)
3-5	1467 (41,3)
6 или више	507 (14,3)
СП.2 У којој мери људи брину и показују заинтересованост за оно што радите и што Вам се дешава у животу?	
Веома су заинтересовани	756 (21,4)
Заинтересовани су	2034 (57,7)
Нису ни заинтересовани, ни незаинтересовани	526 (14,9)
Мало су заинтересовани	149 (4,2)
Нимало нису заинтересовани	60 (1,7)
СП.3 Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?	
Веома лако	712 (20,3)
Лако	1574 (44,8)
Ни лако ни тешко	790 (22,5)
Тешко	323 (9,2)
Веома тешко	112 (3,2)

Сабирањем бодова на ова три питања добијена је вредност скорa социјалне подршке за сваког испитаника. Просечна вредност овог скорa износила је $7,04 \pm 1,453$, при чему је минимална вредност скорa код испитаника била 3 а максимална 13. На основу тога, сви испитаници су сврстани у следеће групе: 85,6% јака социјална подршка (12-14 бодова), 14,1% умерена (9-11 бодова) и 0,3% лоша социјална подршка (3-8 бодова).

Ментално здравље код испитаника процењивано је коришћењем PHQ-8 упитника при чему су одговори на питања приказани у Табели 9. Од укупног броја испитаника, највећи проценат је имао проблеме неколико дана са осећањем замора или недостатка енергије (27,2%) као и проблем да заспе или спавају у континуитету (25,1%). Такође, скоро сваког дана је 6,1% испитаника имало проблем са осећањем замора или са недостатком енергије.

Табела 9. Учесталост испитаника у односу на питања везана за ментално здравље

Ментално здравље	N (%)
М3.1а У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Слабо интересовање ...када нешто радите Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	2985 (83,9) 459 (12,9) 38 (1,1) 75 (2,1)
М3.1б У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Малодушност, депресија или безнадежност Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	2918 (82,1) 489 (13,8) 62 (1,7) 85 (2,4)
М3.1в У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Проблем да заспите, спавате у континуитету ... Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	2332 (65,5) 893 (25,1) 154 (4,3) 181 (5,1)
М3.1г У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Осећање замора или недостатка енергије Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	2198 (61,7) 969 (27,2) 175 (4,9) 218 (6,1)
М3.1д У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Лош апетит или преједање Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	3054 (85,8) 395 (11,1) 41 (1,2) 70 (2,0)
М3.1ђ У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Лоше мишљење о себи ... Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	3290 (92,8) 199 (5,6) 19 (0,5) 39 (1,1)
М3.1е У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Тешкоћа да се концентришете на ствари, ... Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	3004 (84,5) 431 (12,1) 56 (1,6) 62 (1,7)
М3.1ж У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? Толико успорено кретање или говор ... Није уопште Неколико дана Више од 7 дана Скоро сваког дана	2984 (84,1) 321 (9,0) 59 (1,7) 185 (5,2)
М3ГРУПЕПРАВО нема симптоме депресије благи симптоми депресије умерена депресивна епизода умерено тешка депресивна епизода тешка депресивна епизода	2905 (81,9) 477 (13,4) 105 (3,0) 46 (1,3) 16 (0,5)

Одговори на претходно приказана питања су сабрани у један скор при чему је просечна вредност скорa била $2,26 \pm 3,573$, док је најмања вредност укупног скорa била 0 а највећа 24. На основу тога, сви пацијенти су груписани у следеће категорије: нема симптоме депресије (81,9%), благи симптоми депресије (13,4%), умерена депресивна епизода (3,0%), умерено тешка депресивна епизода (1,3%) и тешка депресивна епизода (0,5%).

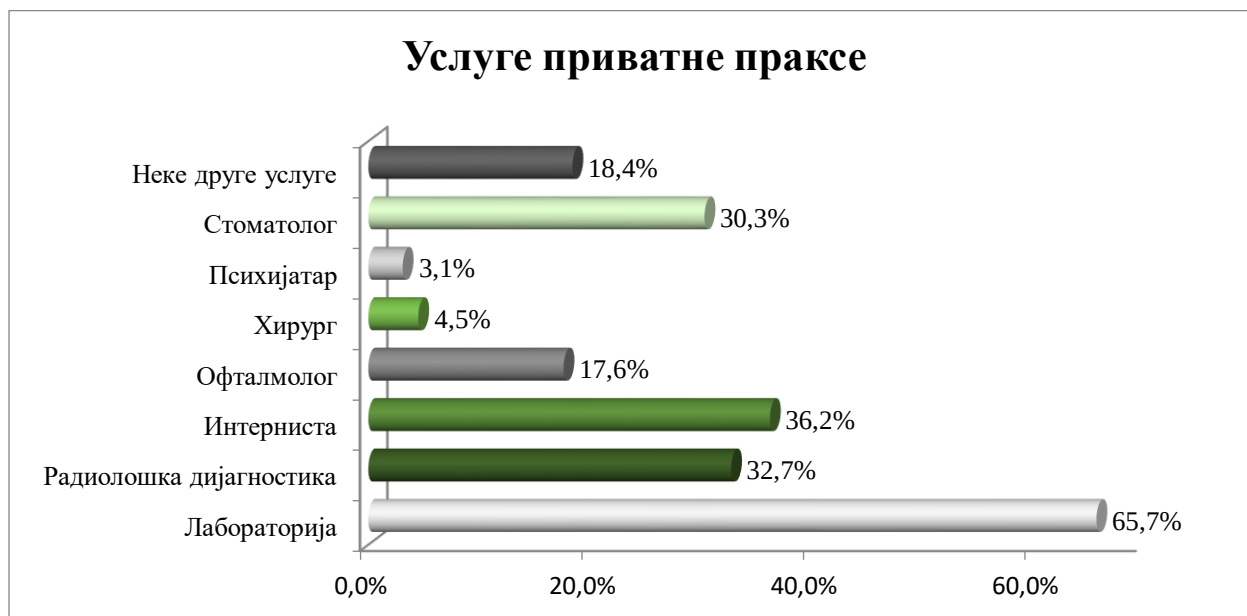
4.1.8. Аспекти коришћења здравствене заштите код испитаника

Укупно 13,8% испитаника је у претходних 12 месеци било на болничком лечењу, док је 9,8% њих било примљено као дневни пацијент у истом периоду. Просечан број ноћи који су провели на болничком лечењу је био $15,45 \pm 19,926$, док је просечан број пријема као дневни пацијент био $4,34 \pm 8,082$. Највећи проценат испитаника је навео (82,2%) да су пре мање од 12 месеци посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра. Што се тиче гинеколога, највећи проценат испитаника је посетио гинеколога пре 12 или више месеци (82,9%), као и стоматолога или ортодонта (77,4%). Пре мање од 12 месеци највећи проценат испитаника је посетио лекара специјалисту, односно 55,4%. Највећи проценат испитаника у претходних 12 месеци није посетио физијатра или специјалисту физикалне медицине или рехабилитације (88,0%), психолога, психотерапеута или психијатра (94,5%), као ни користио или добио неки облик кућне неге (95,1%). Расподела одговора испитаника у односу на питања везана за коришћење болничке неге приказана су у Табели 10.

Табела 10. Учесталост испитаника у односу на питања везана за коришћење болничке здравствене заштите

Болничка здравствена заштита	N (%)
КВ.1 Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра? Пре мање од 12 месеци Пре 12 месеци или више Никада	3051 (82,2) 645 (17,4) 16 (0,4)
КВ.3а Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи Да Не	3498 (95,0) 185 (5,0)
КВ.3б Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси Да Не	178 (4,8) 3508 (95,2)
КВ.4 Када сте последњи пут Ви лично посетили гинеколога? Пре мање од 12 месеци Пре 12 месеци или више Никада	223 (12,5) 1474 (82,9) 82 (4,6)
КВ.6а Да ли имате свог гинеколога? у државној установи Да Не	778 (46,2) 907 (53,8)
КВ.6б Да ли имате свог гинеколога? у приватној пракси Да Не	96 (5,7) 1593 (94,3)
КВ.7 Када сте Ви лично последњи пут посетили стоматолога или ортодонта (не као пратилац супружника, деце, итд.)? Пре мање од 6 месеци Пре 6–12 месеци Пре 12 месеци или више Никада	341 (9,5) 345 (9,6) 2774 (77,4) 122 (3,4)
КВ.8а Да ли имате свог стоматолога - у државној установи? Одговор не постоји Да Не	8 (0,2) 1052 (30,5) 2392 (69,3)
КВ.8б Да ли имате свог стоматолога - у приватној пракси? Да Не	900 (26,1) 2552 (73,9)
КВ.9 Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту? Пре мање од 12 месеци Пре 12 месеци или више Никада	2035 (55,4) 1462 (39,8) 178 (4,8)
КВ.11а Да ли сте у току претходних 12 месеци Ви лично посетили...? Физиотерапеута или специјалисту физикалне медицине и рехабилитације Да Не	450 (12,0) 3286 (88,0)
КВ.11б Да ли сте у току претходних 12 месеци Ви лично посетили...? Психолога, психотерапеута или психијатра Да Не	207 (5,5) 3529 (94,5)
КВ.12 Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге? Да Не	185 (4,9) 3557 (95,1)

Што се тиче коришћења услуга приватне праксе, 24,2% испитаника је навело да је неку услугу користило у претходних 12 месеци. Учесталост коришћења различитих услуга приватне праксе приказана је на Графикону 4, при чему је најчешће коришћена услуга лабораторије (65,7%).



Графикон 4. Расподела испитаника у односу на коришћење услуга приватне праксе

Учесталост употребе лекова и коришћење услуга превентивне неге је приказана у Табели 10. Укупно 45% испитаника је навело да су у претходне две недеље користили неке лекове или биљна лековита средства или витамине које им није прописао лекар. Највећи проценат испитаника (87,0%) је навео да су некада примили вакцину против грипа. Такође највећем проценту испитаника је у претходних 12 месеци здравствени радник мерио крвни притисак (74,5%), холестерол у крви (70,5%) и шећер у крви (70,6%). Учесталост употребе лекова и коришћење других услуга превентивне неге је приказана у Табели 11.

Табела 11. Учесталост испитаника у односу на употребу лекова и коришћење услуга превентивне неге

Употреба лекова и превентивне услуге	N (%)
УЛ.2 Да ли сте у току претходне две недеље користили неке лекове или биљна лековита средства или витамине које Вам није прописао лекар?	
Да	1601 (45,0)
Не	1958 (55,0)
ПП.1и Да ли сте некада примили вакцину против грипа?	
Да	461 (13,0)
Не	3088 (87,0)
ПП.1 Када сте последњи пут примили вакцину против грипа? Давно (пре више од једне године) Никад	387 (12,6) 2673 (87,4)
ПП.2 Када Вам је последњи пут крвни притисак измерио здравствени радник? Пре мање од 12 месеци Пре 1–3 године Пре 3–5 година Пре 5 и више година Никада	2629 (74,5) 597 (16,9) 147 (4,2) 116 (3,3) 38 (1,1)
ПП.3 Када Вам је последњи пут холестерол у крви измерио здравствени радник? Пре мање од 12 месеци Пре 1–3 године Пре 3–5 година Пре 5 и више година Никада	2475 (70,5) 683 (19,4) 163 (4,6) 128 (3,6) 63 (1,8)
ПП.4 Када Вам је последњи пут шећер у крви измерио здравствени радник? Пре мање од 12 месеци Пре 1–3 године Пре 3–5 година Пре 5 и више година Никада	2482 (70,6) 673 (19,1) 166 (4,7) 115 (3,3) 81 (2,3)
ПП.5 Када Вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столици? Пре мање од 12 месеци Пре 1–2 године Пре 2–3 године Пре 3 и више година Никада	183 (5,3) 117 (3,4) 108 (3,1) 191 (5,5) 2849 (82,6)
ПП.6 Да ли сте тест на голим оком невидљиву крв урадили...? Самоиницијативно По савету лекара По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дебелог црева	70 (17,4) 308 (76,6) 24 (6,0)
ПП.7 Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу (колоноскопији)? Пре мање од 12 месеци Пре 1–5 година Пре 5–10 година Пре 10 и више година Никада	92 (2,6) 192 (5,5) 80 (2,3) 97 (2,8) 3041 (86,8)
ПП.8 Када сте последњи пут били на мамографском прегледу (снимање дојки X-зрацима)? Пре мање од 12 месеци Пре 1–2 године Пре 2–3 године Пре 3 и више година Никада	128 (6,7) 168 (8,8) 168 (8,8) 382 (19,9) 1069 (55,8)
ПП.9 Да ли сте на мамографију отишли...? Самоиницијативно По савету лекара По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дојке	142 (30,7) 240 (51,8) 81 (17,5)
ПП.10 Када сте последњи пут радили цитолошки брис грлића материце (Папаниколау тест)? Пре мање од 12 месеци Пре 1–2 године Пре 2–3 године	146 (8,2) 150 (8,4) 193 (10,8)

Пре 3 и више година	739 (41,3)
Никада	563 (31,4)
ПП.11 Да ли сте Папаниколау тест урадили...?	
Самоиницијативно	173 (35,7)
По савету лекара	282 (58,1)
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце	30 (6,2)

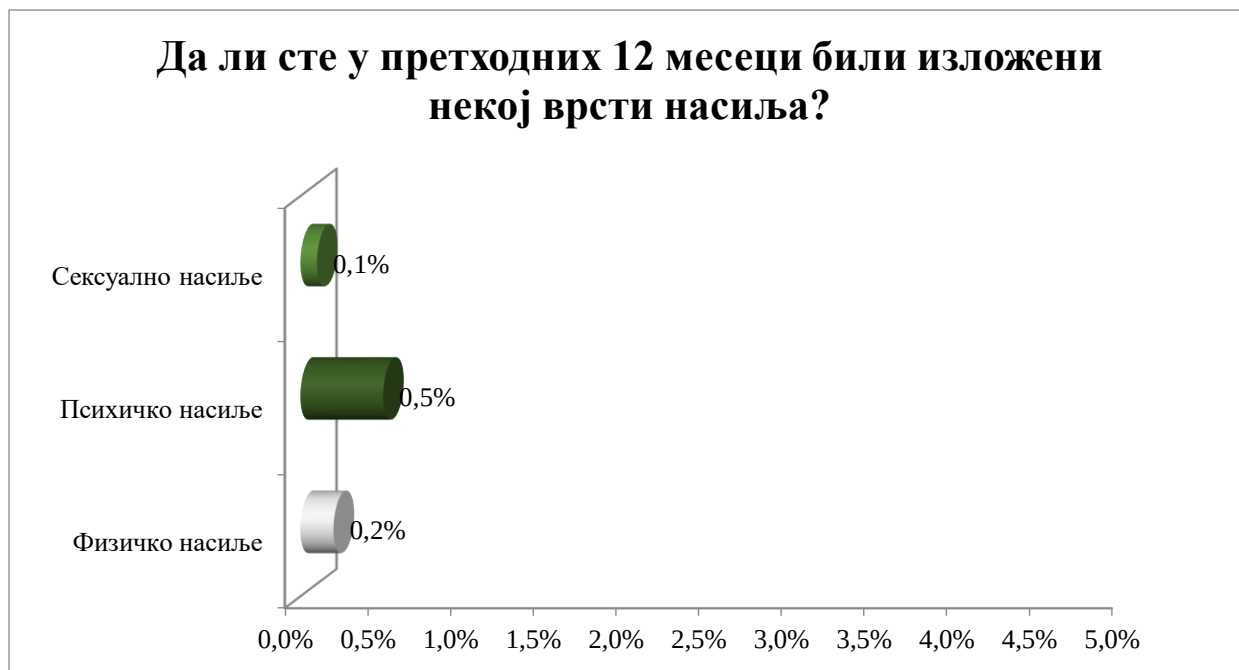
Што се тиче неостварених потреба за здравственом заштитом, 13,7% пацијената је навело да нису на време добили заштиту јер су предуго чекали, а 4,9% због удаљености или проблема са превозом. Због финансијских разлога, 11,3% није могло да приушти медицинску здравствену заштиту, 9,6% стоматолошку здравствену заштиту, 9,7% прописане лекове, а 1,6% заштиту менталног здравља (Табела 12).

Табела 12. Учесталост испитаника у односу на неостварене потребе за здравственом заштитом

Неостварене потребе за здравственом заштитом	N (%) Да	N (%) Не	N (%) Није била потребна
НП.1 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?	486 (13,7)	2292 (64,5)	773 (21,8)
НП.2 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?	175 (4,9)	2551 (71,8)	828 (23,3)
НП.3а Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здравственом заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?	402 (11,3)	2317 (65,1)	839 (23,6)
НП.3б Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за стоматолошком здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?	341 (9,6)	1822 (51,2)	1393 (39,2)
НП.3в Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?	344 (9,7)	2395 (67,3)	820 (23,0)
НП.3г Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?	58 (1,6)	1287 (36,2)	2214 (62,2)

4.1.9. Насиље

Учесталост испитаника који су били изложени некој врсти насиља је приказана на Графикону 5, при чему је навећи проценат њих био изложен психичком (0,5%) а најмањи проценат њих сексуалном насиљу (0,1%). На питање *Уколико сте у току претходних 12 месеци били изложени неком физичком, психичком или сексуалном насиљу, да ли сте се обраћали за помоћ?* 0,7% испитаника је одговорило потврдно.



Графикон 5. Расподела испитаника у односу на врсту насиља којој су били изложени

4.2. Анализа фактора који утичу на функционална ограничења

4.2.1. Утицај социодемографских карактеристика на функционална ограничења

У Табели 13а. је приказан утицај демографских карактеристика на функционална ограничења и то: ФО1. *Да ли носите наочаре или контактна сочива?* ФО2. *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?* и ФО3. *Да ли користите помагало за слух?* Указано је на постојање статистички значајне повезаности између пола и функционалног ограничења ФО2., са већом процентуалном доминацијом жена у све три испитиване категорије наведеног ограничења ($Chi\ Square=30,120$, $df=2$, $p<0,001$). Такође, у односу на старосне категорије, испитаници који су се изјаснили да не користе помагала за слух, у највећем проценту (37,1%) припадају старосној доби од 65-69 година ($Chi\ Square=40,705$, $df=10$, $p<0,001$). Највећи проценат испитаника (30%) који су одговорили потврдно на питање о ношењу наочара или контактних сочива, био је из региона Шумадије и Западне Србије ($Chi\ Square=145,775$, $df=6$, $p<0,001$). Остале демографске карактеристике које су биле статистички значајно повезано са функционалним ограничењем ФО1. биле су и старосне категорије, број чланова домаћинства, брачни статус, тип домаћинства и тип насеља ($p<0,05$), док су, поред пола, и старосне категорије, брачни статус, тип домаћинства и број чланова домаћинства били статистички значајно повезани са функционалним ограничењем ФО2 ($p<0,001$).

Табела 13а. Утицај демографских карактеристика на функционална ограничења ФО1.,ФО2. и ФО3.

		ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?			p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
	Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)		
Пол													
Мушки	44,0	48,0	40,7	0,105	48,0	42,5	31,7	0,00	47,7	44,8	30,8	0,435	
Женски	56,0	52,0	59,3		52,0	57,5	68,3		52,3	55,2	69,2		
Старосне категорије													
65-69	37,4	33,4	11,1	0,000	41,9	30,8	17,0	0,000	22,1	37,1	23,1	0,000	
70-74	26,2	24,3	18,5		28,5	22,4	18,8		20,0	26,1	23,1		
75-79	17,2	16,9	11,1		15,4	19,6	21,0		25,1	16,7	15,4		
80-84	12,5	14,6	29,6		9,8	16,7	21,8		21,5	12,6	23,1		
85-89	5,1	8,5	18,5		3,5	8,2	14,8		9,2	5,8	15,4		
90+	1,5	2,2	11,1		0,9	2,1	6,6		2,1	1,8	0,0		
Брачни статус													
Неудата/неожењен	1,9	2,9	0,0	0,000	2,1	2,5	1,5	0,000	1,0	2,2	7,7	0,315	
У браку/ванбрачно ј заједници	59,6	54,3	33,3		63,9	52,8	37,8		55,2	58,4	38,5		
Удовац/ица	34,9	40,0	51,9		30,4	41,5	58,1		40,7	35,9	53,8		
Разведен/а	3,6	2,8	14,8		3,6	3,1	2,6		3,1	3,5	0,0		
Број чланова домаћинства													
1-5 чланова	85,6	81,1	85,2	0,009	85,5	82,8	84,5	0,066	87,7	84,4	76,9	0,615	
6-10 чланова	14,2	18,3	14,8		14,1	17,1	15,1		12,3	15,3	23,1		
11-15 чланова	0,2	0,7	0,0		0,4	0,1	0,4		0,0	0,3	0,0		
Тип домаћинства													
Самачка домаћинства	17,3	16,8	37,0	0,010	15,5	18,5	25,5	0,000	22,1	17,1	15,4	0,571	
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	0,1	0,0	0,0		0,1	0,1	0,0		0,0	0,1	0,0		
Један родитељ са децом старом 25 и више година	6,7	7,4	7,4		6,0	7,7	10,0		6,2	6,9	0,0		
Парови без деце	30,1	25,0	22,2		32,1	24,6	21,4		30,3	28,8	7,7		
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	0,2	0,6	0,0		0,5	0,1	0,0		0,0	0,3	0,0		
Парови са децом старом 25 и више година	9,6	8,5	0,0		10,6	8,2	3,7		8,7	9,3	15,4		
Остала домаћинства	36,0	41,7	33,3		35,2	40,7	39,5		32,8	37,5	61,5		
Регион													
Београдски регион	26,2	12,9	11,1	0,000	24,4	22,3	15,1	0,000	28,7	22,6	23,1	0,105	
Регион Војводине	24,0	20,5	29,6		23,9	1,5	32,8		25,1	23,1	23,1		
Регион Шумадије и Западне Србије	30,0	30,2	11,1		2,9	31,4	25,5		20,0	30,4	30,8		
Регион Јужне и Источне Србије	19,8	36,4	48,1		21,9	26,7	26,6		26,2	23,9	23,1		
Тип насеља													
Градска насеља	51,9	60,9	51,9	0,000	54,7	53,3	52,8	0,653	49,7	54,3	69,2	0,256	
Остала насеља	48,1	39,1	48,1		45,3	46,7	47,2		50,3	45,7	30,8		

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Утицај демографских карактеристика на функционална ограничења ФО4. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, ФО5. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?* и ФО6. *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?* приказани су у Табели 13б. Највећи проценат свих испитаника (25,6%) који имају велике тешкоће да чују другу особу у тихој просторији, припадао је старосној доби од 80-84 година ($Chi\ Square=508,371$, $df=10$, $p<0,001$). Са друге стране, највећи проценат испитаника (31%) који нису у стању да чују другу особу када се с њом налазе у бучној просторији, припадао је региону Шумадије и Западне Србије ($Chi\ Square=16,932$, $df=9$, $p=0,05$). Значајно већи проценат жена (65,9%) се изјаснио да уз велике тешкоће може пешачити пола километара по равном, у односу на припаднике мушког пола ($Chi\ Square=66,907$, $df=3$, $p<0,001$). Остале демографске карактеристике које су биле статистички значајно повезано са функционалним ограничењем ФО4. биле су и брачни статус, тип домаћинства, регион и тип насеља ($p<0,05$), док су, поред региона, старосне категорије и пол били статистички значајно повезани са функционалним ограничењем ФО5 ($p<0,005$). Све испитиване демографске карактеристике, осим типа насеља и броја чланова домаћинства, биле су статистички значајно повезане са функционалним ограничењем ФО6. ($p<0,001$).

Табела 136. Утицај демографских карактеристика на функционална ограничења ФО4.,ФО5. и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Пол														
Мушки	44,7	46,5	42,4	0,475	42,7	45,7	53,0	47,6	0,001	50,9	40,5	34,1	36,9	0,000
Женски	55,3	53,5	57,6		57,3	54,3	47,0	52,4		49,1	59,5	65,9	63,1	
Старосне категорије														
65-69	43,2	22,1	10,3	0,000	35,5	36,0	39,8	50,0	0,001	47,7	27,9	19,5	14,3	0,000
70-74	28,0	21,7	13,8		23,9	28,6	27,0	26,2		28,2	26,6	19,5	16,0	
75-79	15,6	21,1	19,2		17,6	15,8	17,5	16,7		13,3	21,6	20,7	22,0	
80-84	9,6	20,4	25,6		13,5	12,8	12,1	7,1		8,8	14,3	21,1	25,1	
85-89	2,8	11,6	21,7		7,0	5,7	2,7	0,0		1,7	8,0	14,6	13,9	
90+	0,8	3,0	9,4		2,4	1,0	0,9	0,0		0,3	1,4	4,5	8,7	
Брачни статус														
Неудата/неожењен	2,4	1,8	0,5	0,000	1,9	2,6	2,0	2,4	0,101	2,8	1,2	1,4	2,1	0,000
У браку/ванбрачној заједници	62,1	50,3	42,9		57,2	56,6	65,5	64,3		65,5	55,3	44,5	40,1	
Удовац/ица	31,6	45,4	54,2		37,4	37,2	29,3	31,0		28,2	39,3	51,8	54,4	
Разведен/а	3,9	2,6	2,5		3,6	3,6	3,2	2,4		3,5	4,1	2,2	3,5	
Број чланова домаћинства														
1-5 чланова	85,2	82,3	85,2	0,099	84,2	84,5	86,3	81,0	0,807	84,3	84,4	83,3	88,2	0,247
6-10 чланова	14,5	17,4	13,8		15,5	15,1	13,3	19,0		15,3	15,6	16,3	11,5	
11-15 чланова	0,3	0,2	1,0		0,2	0,4	0,4	0,0		0,5	0,0	0,4	0,3	
Тип домаћинства														
Самачка домаћинства	16,4	19,6	20,7	0,000	17,0	18,5	15,3	21,4	0,095	15,0	18,6	24,0	18,5	0,000
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	0,1	0,1	0,0		0,1	0,1	0,0	0,0		0,2	0,1	0,0	0,0	
Један родитељ са децом старом 25 и више година	6,3	7,0	12,8		7,0	7,0	6,1	2,4		5,8	7,1	8,3	10,5	
Парови без деце	31,0	24,7	21,2		27,5	29,0	33,7	33,3		33,1	25,5	23,2	20,6	
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	0,4	0,1	0,0		0,3	0,2	0,9	0,0		0,6	0,0	0,2	0,0	
Парови са децом старом 25 и више година	10,2	6,8	7,4		10,0	7,5	11,0	4,8		10,7	9,3	4,7	7,0	
Остала домаћинства	35,7	41,7	37,9		38,2	37,7	33,0	38,1		34,8	39,5	39,6	43,6	
Регион														
Београдски регион	23,4	22,3	18,7	0,002	22,8	20,7	29,2	26,2	0,050	25,5	22,0	16,3	19,5	0,000
Регион Војводине	24,3	19,9	23,6		22,5	24,2	23,6	21,4		24,6	16,2	25,6	32,8	
Регион Шумадије и Западне Србије	28,7	34,3	26,1		30,9	29,8	25,6	31,0		29,3	33,0	28,0	26,8	
Регион Јужне и Источне Србије	23,6	23,5	31,5		23,7	25,3	21,6	21,4		20,6	28,9	30,1	20,9	
Тип насеља														
Градска насеља	55,1	49,8	58,6	0,010	54,0	53,5	56,0	52,4	0,838	54,6	52,4	53,5	57,5	0,431
Остала насеља	44,9	50,2	41,4		46,0	46,5	44,0	47,6		45,4	47,6	46,5	42,5	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Разматран је и утицај демографских карактеристика на функционална ограничења ФО7. *Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?*, ФО8. *Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?* и ФО9. *Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?* Знатно већи проценат жена се изјаснио да уз мање (60,7%), веће тешкоће (64,3%), као и да није у стању (65,9%) да се попне уз 12 степеника или сиђе низ њих ($Chi\ Square=92,918$, $df=3$, $p<0,001$). Највећи проценат испитаника (22,6%) који има велике тешкоће у памћењу и концентрацији био је старосне доби 85-89 година ($Chi\ Square=449,871$, $df=15$, $p<0,001$). Испитаници из региона Војводине су се у највећем проценту (42,1%) изјаснили да нису у стању да гризу и жваћу чврсту храну попут јабуке ($Chi\ Square=98,736$, $df=9$, $p<0,001$). Остале демографске карактеристике које су статистички значајно повезане са функционалним ограничењим ФО7., ФО8. и ФО9 су приказане у Табели 13в.

Табела 13в. Утицај демографских карактеристика на функционална ограничења Ф07.,Ф08. и Ф09.

	Ф07. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	Ф08. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	Ф09. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Пол															
Мушки	52,8	39,3	35,7	34,1	0,000	47,8	39,1	39,8	22,5	0,000	46,4	43,0	44,0	37,7	0,118
Женски	47,2	60,7	64,3	65,9		52,2	60,9	60,2	77,5		53,6	57,0	56,0	62,3	
Старосне категорија															
65-69	48,7	29,5	22,0	12,7	0,000	43,4	22,6	13,4	5,0	0,000	42,7	29,6	25,3	21,1	0,000
70-74	28,4	26,2	21,7	15,1		27,4	23,8	14,0	12,5		27,7	23,3	21,6	26,3	
75-79	13,6	1,9	20,2	23,1		15,6	20,4	20,4	27,5		15,6	18,5	21,0	16,7	
80-84	7,7	16,4	18,7	24,1		9,7	20,1	22,0	30,0		10,1	16,7	17,3	21,9	
85-89	1,4	6,9	13,6	16,1		3,0	10,4	22,6	17,5		3,3	8,9	11,5	7,0	
90+	0,3	1,1	3,	9,0		0,9	2,8	7,5	7,5		0,6	2,9	3,3	7,0	
Брачни статус															
Неудата/неожење н	2,9	1,4	0,9	2,7	0,000	2,3	1,6	2,2	2,5	0,000	2,6	1,7	1,4	0,9	0,000
У браку/ванбрачној заједници	66,6	55,8	45,9	38,6		62,9	48,9	45,7	22,5		62,7	53,0	51,1	47,4	
Удовац/ица	26,8	39,2	49,8	56,4		30,8	46,4	51,6	72,5		31,1	42,2	43,9	48,2	
Разведен/а	3,7	3,6	3,4	2,3		3,9	3,1	0,5	2,5		3,7	3,1	3,5	3,5	
Број чланова породице															
1-5 чланова	84,3	83,8	85,0	87,0	0,855	84,5	86,0	78,5	77,5	0,022	85,6	81,8	84,4	87,7	0,008
6-10 чланова	15,3	15,9	14,8	12,7		15,3	13,6	21,0	20,0		14,3	17,4	15,2	12,3	
11-15 чланова	0,4	0,3	0,2	0,3		0,2	0,4	0,5	2,5		0,1	0,8	0,4	0,0	
Тип домаћинства															
Самачка домаћинства	14,7	19,5	21,8	17,1	0,000	16,2	20,7	18,3	10,0	0,000	16,8	18,2	17,9	18,4	0,000
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	0,2	0,1	0,0	0,0		0,2	0,0	0,0	0,0		0,1	0,2	0,0	0,0	
Један родитељ са децом старом 25 и више година	5,7	6,4	8,8	11,0		6,2	8,1	7,0	12,5		6,0	6,7	10,9	5,3	
Парови без деце	33,3	26,3	23,2	21,4		31,1	24,9	20,4	12,5		32,2	24,5	23,7	24,6	
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	0,6	0,1	0,0	0,0		0,4	0,2	0,0	0,0		0,5	0,2	0,0	0,0	
Парови са децом старом 25 и више година	11,1	9,1	5,5	5,7		10,4	7,3	4,8	2,5		9,8	8,5	8,0	9,6	
Остала домаћинства	34,5	38,4	40,7	44,8		35,5	38,8	49,5	62,5		34,6	41,6	39,5	42,1	
Регион															
Београдски регион	25,0	22,8	18,8	18,7	0,000	24,9	18,8	15,6	22,5	0,000	25,7	20,7	15,6	21,1	0,000
Регион Војводине	24,7	18,3	22,	30,8		23,1	22,7	25,3	27,5		24,2	19,1	22,6	42,1	
Регион Шумадије и Западне Србије	28,4	32,8	31,7	26,1		27,8	35,9	32,8	12,5		30,2	31,2	28,0	21,1	
Регион Јужне и Источне Србије	22,0	26,1	26,6	24,4		24,1	22,6	26,3	37,5		19,9	29,0	33,7	15,8	
Тип насеља															
Градска насеља	54,2	54,1	51,2	59,2	0,171	54,9	51,5	53,2	70,0	0,066	53,5	55,8	53,1	55,3	0,629
Остала насеља	54,8	45,9	48,8	40,8		45,1	48,5	46,8	30,0		46,5	44,2	46,9	44,7	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења и то: Ф01. *Да ли носите наочаре или контактна сочива?* Ф02. *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива?* *Да ли имате тешкоће са видом?* и Ф03. *Да ли користите помагало за слух?* приказан је у Табели 14а. Највећи проценат испитаника (31,6%) који се изјаснио да не носи наочаре или контактна сочива имао је

индекс благостања означен као 1-најсиромашнији ($Chi\ Square=131,041$, $df=8$, $p<0,001$). Испитаници који су завршили средњу школу, у највећем проценту (44,3%) су се изјаснили да немају тешкоће са видом ($Chi\ Square=265,586$, $df=10$, $p<0,001$). На питање о коришћењу помагала за слух, највећи проценат испитаника (92,3%) који не чују уопште, припадао је категорији пензионисаних испитаника, међутим, статистички значајна повезаност није детектована ($p>0,05$). Поред индекса благостања, статистички значајна повезаност функционалног ограничења ФО1. је успостављена и са нивоом образовања, као и радним статусом ($p<0,001$), док је поред нивоа образовања, још и варијабла индекс благостања показала статистички значајну повезаност са функционалним ограничењем ФО2 ($p<0,001$).

Табела 14а. Утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења ФО1.,ФО2. и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопшт е (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопшт е (%)		
Ниво образовања												
Без школе	3,9	11,8	14,8	0,000	3,1	8,2	17,4	0,000	7,7	5,7	15,4	00,143
Непотпуна основна школа	12,5	23,3	18,5		11,4	20,0	23,3		18,6	15,0	7,7	
Основна школа	23,7	30,7	29,6		23,0	28,6	30,4		18,0	25,8	15,4	
Средња школа	43,1	25,9	33,3		44,3	33,0	22,2		38,7	38,9	61,5	
Висока или виша школа	15,4	7,8	3,7		16,5	9,9	6,7		15,5	13,5	0,0	
Магистеријум или докторат	1,4	0,4	0,0		1,7	0,3	0,0		1,5	1,1	0,0	
Радни статус												
Запослен	0,6	1,1	0,0	0,000	0,9	0,6	0,0	0,120	0,0	0,8	0,0	0,813
Незапослен	1,8	6,2	0,0		2,4	3,5	3,3		2,6	2,8	7,7	
У пензији	92,1	84,6	92,6		91,0	89,3	88,5		91,8	90,2	92,3	
Неспособан за рад	0,7	1,3	3,7		0,6	1,2	1,9		0,0	1,0	0,0	
Домаћица	4,3	5,7	3,7		4,5	4,7	5,9		4,6	4,7	0,0	
Друго	0,5	1,0	0,0		0,6	0,7	0,4		1,0	0,6	0,0	
Индекс благостања												
1- Најсиромашнији	16,3	31,6	25,9	0,000	16,3	24,3	30,3	0,000	16,9	20,1	23,1	0,063
2	21,1	23,8	22,2		20,8	22,8	25,5		27,2	21,4	38,5	
3	22,9	19,8	14,8		22,5	21,5	22,1		21,5	22,2	23,1	
4	21,3	15,1	22,2		21,3	18,5	14,0		24,6	19,6	7,7	
5-Најбогатији	18,3	9,6	14,8		19,1	12,9	8,1		9,7	16,6	7,7	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

У Табели 14б. је приказан утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења ФО4. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, ФО5. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?* и ФО6. *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?* Од свих испитаника који су се изјаснили да уз велике тешкоће могу да чују другу особу у тихој просторији, највећи проценат (28,1%) има непотпуну основну школу ($Chi\ Square=271,451$, $df=10$, $p<0,001$). Највећи проценат испитаника (47,6%) који нису у стању да чују другу особу у бучној просторији, имају завршену средњу школу ($Chi\ Square=52,981$, $df=15$, $p<0,001$). Особе које су се у највећем проценту (28,7%) изјасниле да пешаче пола километара по равном уз велике тешкоће, биле су индекса благостања означеног као 1-најсиромашнији (Chi

$Square=110,041$, $df=12$, $p<0,001$). Остале социо – економске варијабле које су биле статистички значајно повезане са наведеним функционалним ограничењима ($p<0,001$), приказане су у Табели 146.

Табела 146. Утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења ФО4., ФО5. и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Ниво образовања														
Без школе	2,9	1,1	21,2	0,000	7,2	5,1	2,0	0,0	0,000	2,0	7,2	12,0	17,8	0,000
Непотпуна основна школа	12,9	18,8	28,1		15,6	15,2	13,0	11,9		10,0	16,4	26,1	27,5	
Основна школа	24,8	28,0	22,7		25,8	26,1	22,0	21,4		21,8	30,7	28,9	26,1	
Средња школа	42,7	31,3	21,2		38,3	38,8	41,8	47,6		46,9	34,2	25,5	22,6	
Висока или виша школа	15,5	9,7	5,9		12,5	13,3	18,4	16,7		17,4	11,0	7,3	5,6	
Магистеријум или докторат	1,2	1,1	1,0		0,6	1,4	2,7	2,4		1,8	0,5	0,2	0,3	
Радни статус														
Запослен	1,0	0,0	0,0	0,000	0,6	0,8	1,1	0,0	0,530	1,2	0,2	0,2	0,0	0,000
Незапослен	2,7	2,5	4,9		3,2	2,1	2,9	2,4		3,1	2,3	22,2	3,5	
У пензији	90,6	90,5	85,2		89,8	91,2	90,1	90,5		90,8	90,7	90,2	85,7	
Неспособан за рад	0,5	1,8	3,0		1,1	0,6	0,7	2,4		0,3	0,2	2,0	5,6	
Домаћица	4,6	4,6	5,4		4,9	4,4	4,5	2,4		3,9	6,1	5,1	4,2	
Друго	0,5	0,7	1,5		0,4	0,8	0,7	2,4		0,7	0,5	0,2	1,0	
Индекс благостања														
1- Најсиромашнији	17,7	24,9	28,1	0,000	20,4	20,5	16,6	23,8	0,098	15,0	24,0	28,7	26,5	0,000
2	20,7	24,5	22,7		20,6	24,4	20,0	21,4		20,0	23,4	25,2	23,0	
3	22,7	20,7	22,2		23,3	19,8	23,1	19,0		24,0	21,0	16,7	22,6	
4	21,1	16,9	16,7		20,2	19,2	20,2	19,0		21,9	17,4	18,7	15,7	
5-Најбогатији	17,8	13,1	10,3		15,4	16,1	20,0	16,7		19,2	14,1	10,8	12,2	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Испитиван је утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?, ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? и ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Највећи проценат испитаника (29%) који имају велике тешкоће да се попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих, означени су као 1-најсиромашнији, са аспекта индекса благостања ($Chi Square=101,424$, $df=12$, $p<0,001$), док је највећи проценат испитаника (30%) који нису у стању да памте или да се сконцентришу, индекса благостања означеног као 2 ($Chi Square=71,505$, $df=12$, $p<0,001$). Од свих испитаника који немају тешкоће да гризу у жваћу чврсту храну, највећи проценат (45,2%) завршио је средњу школу ($Chi Square=330,805$, $df=15$, $p<0,001$). Све испитиване социо – економске варијабле, статистички значајно су биле повезане са испитиваним функционалним ограничењима ($p<0,001$).

Табела 14в. Утицај социо - економских карактеристика на функционална ограничења
ФО7.,ФО8. и ФО9.

	ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Ниво образовања															
Без школе	1,9	5,7	9,4	23,4	0,000	2,7	10,4	22,7	25,0	0,000	2,5	8,6	14,6	7,0	0,000
Непотпуна основна школа	10,1	15,1	25,3	26,4		12,0	20,9	27,6	27,5		10,8	19,6	22,1	28,9	
Основна школа	21,1	31,0	28,8	25,1		24,1	28,8	24,3	32,5		22,5	29,9	28,9	25,4	
Средња школа	47,5	35,6	27,7	20,1		43,8	29,8	21,1	15,0		45,2	32,2	26,6	31,6	
Висока или виша школа	17,5	11,9	8,7	4,7		15,8	9,8	4,3	0,0		17,1	9,4	7,6	7,0	
Магистеријум или докторат	1,8	0,8	0,2	0,3		1,6	0,2	0,0	0,0		1,9	0,2	0,2	0,0	
Радни статус															
Запослен	1,2	0,2	0,2	0,0	0,000	1,2	0,4	0,2	0,0	0,000	1,0	0,1	0,0	0,0	0,000
Незапослен	3,1	2,3	2,2	3,5		3,3	1,9	2,6	3,7		2,9	2,5	2,2	7,5	
У пензији	90,8	90,7	90,2	85,7		90,5	90,6	91,7	85,3		91,1	89,0	88,1	80,0	
Неспособан за рад	0,3	0,2	2,0	5,6		0,2	0,4	1,2	6,4		0,3	1,5	3,8	12,5	
Домаћица	3,9	6,1	5,1	4,2		4,1	6,2	3,9	4,0		4,2	5,9	5,9	0,0	
Друго	0,7	0,5	0,2	1,0		0,7	0,6	0,4	0,7		0,5	1,1	0,0	0,0	
Индекс благостања															
1-Најсиромашнији	14,7	22,9	29,0	24,1	0,000	17,6	25,1	27,4	17,5	0,000	16,2	22,9	30,2	21,9	0,000
2	20,3	22,2	24,3	25,1		20,0	25,9	24,2	30,0		18,7	24,4	27,4	33,3	
3	23,8	21,9	16,9	23,1		22,7	20,4	23,1	22,5		23,2	20,6	20,6	21,9	
4	21,9	18,1	18,3	16,1		21,5	15,9	16,7	17,5		22,3	18,9	13,2	10,5	
5-Најбогатији	19,2	15,0	11,4	11,7		18,2	12,7	8,6	12,5		19,6	13,2	8,6	12,3	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.2. Утицај менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења

Утицај скова менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења и то: ФО1. *Да ли носите наочаре или контактна сочива?* ФО2. *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?* и ФО3. *Да ли користите помагало за слух?* приказани су у Табели 15а. Скор менталног здравља био је статистички значајно повезан са сва три испитивана функционална ограничења ($p < 0,05$). Показано је да највећи проценат испитаника (89,4%) који немају тешкоће са видом, нема симптоме депресије ($Chi Square = 306,130$, $df = 8$, $p < 0,001$). Испитаници са лошом социјалном подршком, били су доминанте учесталости у све три испитиване категорије (без тешкоћа, уз мање тешкоће, уз велике тешкоће) ($Chi Square = 31,102$, $df = 4$, $p < 0,001$).

Табела 15а. Утицај скова менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења ФО1., ФО2 и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*	
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)			
Ментално здравље													00,007
Нема симптоме депресије	82,6	80,3	42,1	0,000	89,4	74,3	53,0	0,000	73,0	82,4	60,0		
Благи симптоми депресије	13,1	14,4	26,3		8,6	19,3	28,2		18,0	13,2	20,0		
Умерена депресивна епизода	2,8	3,2	15,8		1,6	3,8	10,7		5,6	2,8	20,0		
Умерено тешка депресивна епизода	1,1	1,8	5,3		0,3	2,2	5,6		1,7	1,3	0,0		
Тешка депресивна епизода	0,4	0,4	10,5		0,1	0,4	2,6		1,7	0,4	0,0		
Социјална подршка													0,095
Лоша социјална подршка	85,5	85,9	88,9	0,981	87,3	84,1	77,7	0,000	79,3	85,9	100,0		
Умерена социјална подршка	14,2	13,8	11,1		12,6	15,5	20,6		20,7	13,8	0,0		
Јака социјална подршка	0,3	0,2	0,0		0,1	0,4	1,7		0,0	0,3	0,0		

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

У Табели 15б. је приказан утицај скова менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења ФО4. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, ФО5. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?* и ФО6. *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?* Скор менталног здравља и скор социјалне подршке, били су статистички значајно повезани са изнад наведеним функционалним ограничењима ($p < 0,05$). У свим категоријама испитиваних ограничења (без тешкоћа, уз мање тешкоће, уз велике тешкоће, нисам у стању) у доминантном проценту су били заступљени испитаници који немају симптоме депресије као и испитаници са лошом социјалном подршком. Релативна учесталост испитаника имају

симптоме благе депресије, а који уз велике тешкоће пешаче пола километара на равном, или пак нису у стању, износила је више од 30% ($Chi Square=693,512$, $df=8$, $p<0,001$).

Табела 156. Утицај скорa менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења ФО4., ФО5 и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Ментално здравље														
Нема симптоме депресије	87,8	69,0	53,9	0,000	80,0	82,8	87,7	88,1	0,034	94,0	78,3	53,9	44,2	0,000
Благи симптоми депресије	10,0	22,1	23,4		14,3	13,1	10,0	9,5		4,6	17,7	33,6	33,7	
Умерена депресивна епизода	1,3	6,3	11,7		3,4	2,8	1,6	2,4		1,1	2,9	6,9	12,5	
Умерено тешка депресивна епизода	0,6	2,0	8,4		1,7	1,1	0,5	0,0		0,3	1,0	4,0	6,3	
Тешка депресивна епизода	0,3	0,6	2,6		0,7	0,2	0,2	0,0		0,0	0,2	1,6	3,4	
Социјална подршка														
Лоша социјална подршка	87,4	81,4	77,6	0,000	84,4	87,0	87,8	90,5	0,025	88,1	84,2	80,3	79,1	0,000
Умерена социјална подршка	12,3	18,1	21,7		15,2	12,9	12,0	7,1		11,8	15,6	18,3	20,4	
Јака социјална подршка	0,2	0,5	0,7		0,4	0,1	0,2	2,4		0,1	0,2	1,4	0,5	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Утицај скорa менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?, ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? и ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? приказан је у Табели 15в. Као и у претходном случају, у свим категоријама испитиваних ограничења (без тешкоћа, уз мање тешкоће, уз велике тешкоће, нисам у стању) у доминантном проценту су били заступљени испитаници са лошом социјалном подршком (>70%). Највећи проценат испитаника (38,5%) који нису у стању да памте или да се концентришу, припадали су категорији испитаника са умерено тешком депресивном епизодом ($Chi Square=1016,132$, $df=12$, $p<0,001$). Скор менталног здравља и скор социјалне подршке, били су статистички значајно повезани са функционалним ограничењима ФО7., ФО8 и ФО9 ($p<0,001$).

Табела 15в. Утицај скора менталног здравља и социјалне подршке на функционална ограничења ФО7., ФО8 и ФО9.

ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?					p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Ментално здравље															
Нема симптоме депресије	93,8	82,7	57,3	38,3	0,000	91,9	62,6	25,2	15,4	0,000	90,7	74,0	62,1	55,6	0,000
Благи симптоми депресије	4,9	13,4	32,0	38,8		7,1	27,6	38,6	15,4		7,4	20,3	24,8	25,6	
Умерена депресивна епизода	1,0	2,9	5,5	13,6		0,5	7,2	20,5	15,4		1,3	3,9	7,7	7,8	
Умерено тешка депресивна епизода	0,3	0,9	3,6	6,3		0,4	1,7	12,6	38,5		0,4	1,4	4,3	5,6	
Тешка депресивна епизода	0,0	0,1	1,7	2,9		0,1	0,9	3,1	15,4		0,1	0,4	1,1	5,6	
Социјална подршка															
Лоша социјална подршка	88,4	85,0	79,4	80,4	0,000	87,3	83,3	70,4	76,9	0,000	87,7	84,8	79,2	77,5	0,000
Умерена социјална подршка	11,4	14,7	19,6	19,1		12,5	16,5	28,0	23,1		12,0	15,1	20,1	22,5	
Јака социјална подршка	0,1	0,3	1,0	0,5		0,3	0,2	1,6	0,0		0,3	0,1	0,7	0,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.3. Утицај здравственог стања на функционална ограничења

Разматрана је статистички значајна повезаност између самопроцене здравља и функционалних ограничења и то: ФО1. *Да ли носите наочаре или контактна сочива?* ФО2. *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива?* *Да ли имате тешкоће са видом?* и ФО3. *Да ли користите помагало за слух?* Највећи проценат (45,8%) свих испитаника који имају велике тешкоће са видом, своје здравље је проценио као лоше ($Chi\ Square=368,314$, $df=8$, $p<0,001$). Такође, највећи проценат испитаника (45,9%) који носе наочаре или контактна сочива, изјаснили су да нису уопште ограничени у обављању активности које обично раде други људи ($Chi\ Square=99,892$, $df=4$, $p<0,001$). Знатно већи проценат (86,4%) испитаника који користе помагало за слух, изјаснили су се да су били ограничени најмање претходних шест месеци, међутим, без статистичке значајности. Остале детерминанте самопроцене здравља које су биле статистички значајно повезане са испитиваним функционалним ограничењима, приказане су у Табели 16а.

Табела 16а. Испитивање повезаности између самопроцене здравља и функционалних ограничења ФО1., ФО2 и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопшт е (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопшт е (%)		
Какво је Ваше здравље у целисти?												
Веома добро	3,1	3,4	0,0	0,000	4,4	1,5	0,4	0,000	1,7	3,3	0,0	00,024
Добро	30,6	26,6	15,8		36,8	20,9	8,3		22,3	30,0	20,0	
Осредње (ни добро ни лоше)	41,4	40,9	10,5		40,5	45,6	27,5		41,9	41,1	20,0	
Лоше	20,5	22,5	31,6		15,5	26,1	45,8		24,6	20,8	60,0	
Веома лоше	4,4	6,7	42,1		2,8	6,0	17,9		9,5	4,9	0,0	
Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?												
Да	78,6	72,0	88,9	0,000	72,8	82,2	87,5	0,000	84,6	76,6	92,3	0,015
Не	21,4	28,0	11,1		27,2	17,8	12,5		15,4	23,4	7,7	
Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи?												
Озбиљно ограничени	17,8	26,0	85,2	0,000	13,6	23,9	51,3	0,000	27,2	19,7	61,5	0,000
Ограничени, али не озбиљно	36,3	33,5	14,8		31,4	44,3	32,0		36,9	35,4	38,5	
Нисте уопште ограничени	45,9	40,6	0,0		55,0	31,8	16,7		35,9	44,9	0,0	
Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?												
Да	81,7	82,4	96,3	0,142	79,4	82,3	91,2	0,000	86,4	81,8	84,6	0,413
Не	18,3	17,6	3,7		20,6	17,7	8,8		13,6	18,2	15,4	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Испитивање повезаности између самопроцене здравља и функционалних ограничења ФО4. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, ФО5. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?* и ФО6. *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?* приказане су у Табели 16б. Од свих испитаника који нису у стању да пешаче пола километра по равном, највећи проценат (42,7%) проценио је своје здравље као лоше ($Chi\ Square=1195,758$, $df=12$, $p<0,001$). Такође, највећи проценат испитаника (54,8%) који нису у стању да чују другу особу у бучној просторији, изјаснио се да није уопште ограничен у обављању активности које обично раде други људи ($Chi\ Square=74,444$, $df=6$, $p<0,001$). Испитаници који уз велике тешкоће могу чути другу особу у тихој просторији, у највећем проценту (92,7%) су се изјаснили да су били ограничени најмање претходних шест месеци ($Chi\ Square=36,961$, $df=2$, $p<0,001$). Све остале детерминанте самопроцене здравља биле су статистички значајно повезане са наведеним функционалним ограничењима ($p<0,05$), осим присуства дуготрајног здравственог проблема који није био статистички значајно повезан са функционалним ограничењем ФО5. ($p>0,05$).

Табела 166. Испитивање повезаности између самопроцене здравља и функционалних ограничења ФО4., ФО5 и ФО6.

ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*	
1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Како је Ваше здравље у целости?														
Веома добро	3,9	1,5	0,0	0,000	3,1	3,0	4,2	2,4	0,000	5,7	0,1	0,2	0,0	0,000
Добро	33,7	20,6	10,8		26,7	30,7	37,9	38,1		42,7	18,5	6,6	6,6	
Осредње (ни добро ни лоше)	41,8	41,6	28,5		40,7	42,1	40,2	42,9		41,0	50,8	32,1	18,0	
Лоше	17,2	28,3	42,4		23,0	20,0	16,2	14,3		9,7	26,8	47,8	42,7	
Веома лоше	3,4	8,0	18,4		6,5	4,2	1,6	2,4		0,9	3,8	13,3	32,7	
Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?														
Да	74,2	82,8	87,2	0,000	78,1	76,9	73,2	73,8	0,159	69,3	82,4	88,6	93,0	0,000
Не	25,8	17,2	12,8		21,9	23,1	26,8	26,2		30,7	17,6	11,4	7,0	
Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи?														
Озбиљно ограничени	14,4	29,1	54,0	0,000	24,4	17,2	10,6	9,5	0,000	5,0	16,1	54,3	81,8	0,000
Ограничени, али не озбиљно	33,6	41,3	33,2		35,4	36,5	32,1	35,7		28,2	55,7	35,6	17,1	
Нисте уопште ограничени	52,0	29,6	12,9		40,2	46,2	57,3	54,8		66,8	28,2	10,2	1,0	
Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?														
Да	78,1	86,9	92,7	0,000	84,3	79,4	77,8	78,9	0,022	68,3	81,9	93,0	97,2	0,000
Не	21,9	13,1	7,3		15,7	20,6	22,2	21,1		31,7	18,1	7,0	2,8	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

У Табели 16в. је разматрана повезаност самопроцене здравља и функционалних ограничења ФО7. *Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?*, ФО8. *Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?* и ФО9. *Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?* Од свих испитаника који нису у стању да памте или да се сконцентришу, највећи процент испитаника (69,2%) се изјаснио да је веома лошег здравља у целости ($Chi Square=529,246$, $df=12$, $p<0,001$). Такође, испитаници који нису били у стању да се сами попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, у највећем проценту (86,6%) су се изјаснили да су озбиљно ограничени у обављању активности које обично раде други људи ($Chi Square=1965,679$, $df=6$, $p<0,001$). Испитаници који нису били у стању да гризу или жваћу чврсту храну, у знатно већем проценту од 94,4% су одговорили да су били ограничени најмање претходних шест месеци ($Chi Square=43,491$, $df=3$, $p<0,001$). Са испитиваним детерминантама самопроцене здравља, испитивана функционална ограничења била су статистички значајно повезана ($p<0,001$).

Табела 16в. Испитивање повезаности између самопроцене здравља и функционалних ограничења ФО7., ФО8 и ФО9.

	ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Како је Ваше здравље у целисти?															
Веома добро	6,1	0,3	0,0	0,5	0,000	4,2	0,7	0,0	0,0	0,000	4,7	1,2	0,7	1,1	0,000
Добро	43,8	21,1	8,0	5,2		36,1	14,9	7,5	0,0		38,0	19,3	13,4	21,1	
Осредње (ни добро ни лоше)	39,7	52,7	33,8	15,6		41,0	45,0	21,1	0,0		39,6	45,1	40,0	38,9	
Лоше	9,5	23,4	44,2	47,9		15,9	31,2	49,6	30,8		15,0	28,2	33,8	23,3	
Веома лоше	0,8	2,5	14,0	30,8		2,8	8,2	21,8	69,2		2,7	6,2	12,1	15,6	
Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?															
Да	67,8	82,1	89,4	91,6	0,000	73,1	84,6	89,8	95,0	0,000	72,6	81,5	85,2	87,7	0,000
Не	32,2	17,9	10,6	8,4		26,9	15,4	10,2	5,0		27,4	18,5	14,8	12,3	
Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи?															
Озбиљно ограничени	4,4	12,9	50,0	86,6	0,000	12,5	28,2	70,4	100,0	0,000	11,9	27,4	36,0	48,2	0,000
Ограничени, али не озбиљно	25,7	56,9	39,1	12,4		33,3	45,6	22,0	0,0		31,5	42,8	39,1	30,7	
Нисте уопште ограничени	70,0	30,2	10,9	1,0		54,3	26,3	7,5	0,0		56,6	29,8	24,9	21,1	
Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?															
Да	68,7	78,5	92,9	97,0	0,000	76,5	87,2	94,8	100,0	0,000	76,4	84,5	88,8	94,4	0,000
Не	31,3	21,5	7,1	3,0		23,5	12,8	5,2	0,0		23,6	15,5	11,2	5,6	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.4. Утицај хроничних болести на функционална ограничења

Разматрана је статистички значајна повезаност између коморбидитета и функционалних ограничења и то: ФО1. *Да ли носите наочаре или контактна сочива?* ФО2. *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?* и ФО3. *Да ли користите помагало за слух?* Од свих испитаника који носе наочаре или контактна сочива, највећи проценат (64,9%) имао је висок крвни притисак ($Chi\ Square=529,246$, $df=12$, $p<0,001$). Особе које имају велике тешкоће са видом, у највећем проценту (71,7%), такође, су потврдно одговорице на питање о дијагнози хипертензије ($Chi\ Square=20,050$, $df=2$, $p<0,001$). Једна трећина испитаника који користе помагала за слух, потврдно је одговорила на питање о присуству дијабетеса ($Chi\ Square=5,662$, $df=22$, $p<0,05$). Остали коморбидитети који су били статистички значајно повезани са функционалним ограничењима ФО1., ФО2 и ФО3. приказани су у Табели 17а.

Табела 17а. Испитивање повезаности између коморбидитета и функционалних ограничења ФО1., ФО2 и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*	
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)			
Астма													0
Да	6,4	5,3	3,7	0,410	4,8	8,0	8,9	0,00	10,8	5,9	0,0	0,014	
Не	93,6	94,7	96,3		95,2	92,0	91,1		89,2	94,1	100,0		
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем													
Да	7,1	5,2	11,1	0,087	5,0	8,3	12,6	0,000	10,3	6,5	0,0	0,076	
Не	92,9	94,8	88,9		95,0	91,7	87,4		89,7	93,5	100,0		
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда													
	4,9	3,8	14,8	0,018	4,2	5,3	5,9	0,201	6,2	4,7	0,0	0,461	
	95,1	96,2	85,2		95,8	94,7	94,1		93,8	95,3	100,0		
Коронарна болест срца или ангина пекторис													
Да	25,1	19,4	33,3	0,001	20,5	26,0	40,4	0,000	30,8	23,4	7,7	0,025	
Не	74,9	80,6	66,7		79,5	74,0	59,6		69,2	76,6	92,3		
Хипертензија													
Да	64,9	58,4	74,1	0,001	58,7	70,0	71,7	0,000	65,1	63,3	61,5	0,870	
Не	35,1	41,6	25,9		41,3	30,0	28,3		34,9	36,7	38,5		
Мождани удар													
Да	3,3	3,9	14,8	0,004	2,8	3,5	8,1	0,000	3,1	3,5	7,7	0,677	
Не	96,7	96,1	85,2		97,2	96,5	91,9		96,9	96,5	92,3		
Артроза													
Да	17,8	16,6	37,0	0,022	14,1	19,8	35,4	0,000	23,6	17,3	15,4	0,080	
Не	82,2	83,4	63,0		85,9	80,2	64,6		76,4	82,7	84,6		
Болни поремећај у доњем делу леђа													
Да	31,9	30,1	40,7	0,349	27,4	34,4	52,0	0,000	36,9	31,3	30,8	0,255	
Не	68,1	69,9	59,3		72,6	65,6	48,0		63,1	68,7	69,2		
Болни поремећај у вратном делу кичме													
Да	22,8	22,5	29,6	0,680	18,9	26,4	38,3	0,000	29,7	22,4	23,1	0,059	
Не	77,2	77,5	70,4		81,1	73,6	61,7		70,3	77,6	76,9		
Дијабетес													
Да	19,1	17,5	29,6	0,209	16,3	21,5	26,1	0,000	25,6	18,4	23,1	0,039	
Не	80,9	82,5	70,4		83,7	78,5	73,9		74,4	81,6	76,9		
Алергија													
Да	9,1	4,7	11,1	0,000	6,6	10,1	11,2	0,000	11,3	7,9	15,4	0,152	
Не	90,9	95,3	88,9		93,4	89,9	88,8		88,7	92,1	84,6		
Цироза јетре													
Да	0,6	0,3	0,0	0,653	0,2	0,7	2,2	0,000	0,5	0,5	0,0	0,967	
Не	99,4	99,7	100,0		99,8	99,3	97,8		99,5	99,5	100,0		
Немогућност задржавања мокраће													
Да	10,1	11,5	14,8	0,650	7,7	12,5	22,5		16,4	10,1	15,4	0,017	
Не	89,9	88,5	85,2		92,2	87,5	77,5		83,6	89,9	84,6		
Бубрежни проблеми													
Да	8,0	7,7	0,0	0,298	6,0	10,1	14,5	0,000	9,7	7,8	0,0	0,361	
Не	92,0	92,3	100,0		94,0	89,9	85,5		90,3	92,2	100,0		
Депресија													
Да	7,4	7,5	19,2	0,073	5,2	8,8	19,3	0,000	10,3	7,3	25,0	0,021	
Не	92,6	92,5	80,8		94,8	91,2	80,7		89,7	92,7	75,0		
Повишен холестерол													
Да	21,9	16,6	22,2	0,003	18,5	23,2	26,5	0,000	24,5	20,4	38,5	0,110	
Не	78,1	83,4	77,8		81,5	76,8	73,5		75,5	79,6	61,5		
Малигно обољење													
Да	4,1	2,2	0,0	0,018	3,5	3,6	5,2	0,400	3,1	3,7	0,0	0,702	
Не	95,9	97,8	100,0		96,5	96,4	94,8		96,9	96,3	100,0		

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Испитивање повезаности између коморбидитета и функционалних ограничења ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?, ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када

користите помагало за слух)? и ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи? приказане су у Табели 176. Од свих испитаника који уз велике тешкоће могу чути особу у тихој просторији, највећи проценат (77,8%) има дијагнозу повишеног крвног притиска ($Chi\ Square=39,847$, $df=2$, $p<0,001$). Скоро четвртина пацијената који нису у стању да чују другу особу када разговарају у бучнијој просторији, изјаснила се да има болни поремећај у вратном делу леђа ($Chi\ Square=15,019$, $df=3$, $p<0,005$). Већи проценат испитаника (53,8%) који нису у стању да пешаче пола километра по равном, рекао је да пати од болног поремећаја у доњем делу леђа ($Chi\ Square=213,061$, $df=3$, $p<0,001$). Сви испитивани коморбидитети, осим присуства алергије, били су статистички значајно повезани са функционалним ограничењем ФО6 ($p<0,001$).

Табела 176. Испитивање повезаности између коморбидитета и функционалних ограничења ФО4., ФО5 и ФО6.

ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Астма														
Да	5,1	8,4	10,4	0,000	6,9	5,2	5,2	4,8	0,206	3,7	6,8	13,0	8,7	0,000
Не	94,9	91,6	89,6		93,1	94,8	94,8	95,2		96,3	93,2	87,0	91,3	
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем														
Да	5,7	8,3	11,3	0,001	7,1	6,1	6,5	4,8	0,646	4,0	8,0	11,8	11,5	0,000
Не	94,3	91,7	88,7		92,9	93,9	93,5	95,2		96,0	92,0	88,2	88,5	
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда														
Да	4,4	5,4	6,4	0,265	5,0	4,6	3,8	4,8	0,749	3,4	5,6	7,6	6,6	0,000
Не	95,6	94,6	93,6		95,0	95,4	96,2	95,2		96,6	94,4	92,4	93,4	
Коронарна болест срца или ангина пекторис														
Да	20,9	28,2	42,9	0,000	25,1	21,8	22,3	28,6	0,127	16,6	29,0	37,2	32,5	0,000
Не	79,1	71,8	57,1		74,9	78,2	77,7	71,4		83,4	71,0	62,8	67,5	
Хипертензија														
Да	60,4	68,9	77,8	0,000	65,2	61,8	58,9	64,3	0,045	57,7	70,5	72,8	62,9	0,000
Не	39,6	31,1	22,2		34,8	38,2	41,1	35,7		42,3	29,5	27,2	37,1	
Мождани удар														
Да	2,7	4,8	7,9	0,000	3,9	3,0	3,4	2,4	0,595	1,4	3,4	6,1	14,3	0,000
Не	97,3	95,2	92,1		96,1	97,0	96,6	97,6		98,6	96,6	93,9	85,7	
Артроза														
Да	14,7	23,5	30,0	0,000	18,8	17,7	12,2	9,5	0,004	8,6	20,9	36,1	37,4	0,000
Не	85,3	76,5	70,0		81,2	82,3	87,8	90,5		91,4	79,1	63,9	62,6	
Болни поремећај у доњем делу леђа														
Да	28,8	37,2	42,4	0,000	34,0	28,9	26,6	35,7	0,002	22,5	34,9	48,7	53,8	0,000
Не	71,2	62,8	57,6		66,0	71,1	73,4	64,3		77,5	65,1	51,3	46,2	
Болни поремећај у вратном делу леђа														
Да	20,8	26,1	33,5	0,000	25,2	20,2	18,9	23,8	0,002	15,7	24,5	36,5	43,0	0,000
Не	79,2	73,9	66,5		74,8	79,8	81,1	76,2		84,3	75,5	63,5	57,0	
Дијабетес														
Да	18,2	18,6	27,1	0,007	19,4	18,6	17,8	4,8	0,102	15,8	18,9	27,6	23,7	0,000
Не	81,8	81,4	72,9		80,6	81,4	82,2	95,2		84,2	81,1	72,4	76,3	
Алергија														
Да	7,9	8,5	8,9	0,769	8,3	7,0	9,7	9,5	0,293	7,7	8,5	9,3	7,7	0,631
Не	92,1	1,5	91,1		91,7	93,0	90,3	90,5		92,3	91,5	90,7	92,3	
Цироза јетре														
Да	0,3	0,9	1,5	0,014	0,7	0,3	0,2	0,0	0,418	0,2	0,4	1,2	2,1	0,000
Не	99,7	99,1	98,5		99,3	99,7	99,8	100,0		99,8	99,6	98,8	97,9	
Немогућност задржавања мокраће														
Да	8,1	14,0	24,6	0,000	11,4	9,4	8,8	9,5	0,177	5,2	9,3	21,2	32,4	0,000
Не	91,9	86,0	75,4		88,6	90,6	91,2	90,5		94,8	90,7	78,8	67,6	
Бубрежни проблеми														
Да	6,9	10,0	12,3	0,001	8,4	7,5	6,8	9,5	0,574	4,7	9,4	13,4	15,7	0,000
Не	93,1	90,0	87,7		91,6	92,5	93,2	90,5		95,3	0,6	86,6	84,3	
Депресија														
Да	5,9	10,2	15,3	0,000	8,1	7,5	5,0	9,8	0,155	3,7	9,1	12,4	20,4	0,000
Не	94,1	89,8	84,7		91,9	92,5	95,0	90,2		96,3	90,9	87,6	79,6	
Повишен холестерол														
Да	19,6	22,2	26,0	0,040	20,7	20,7	19,6	23,8	0,905	18,6	19,9	27,8	24,6	0,000
Не	80,4	77,8	74,0		79,3	79,3	80,4	76,2		81,4	80,1	72,2	75,4	
Малигно обољење														
Да	3,6	2,8	8,4	0,001	4,2	3,5	2,3	2,4	0,241	2,6	4,3	4,7	7,0	0,001
Не	96,4	97,2	91,6		95,8	6,5	97,7	97,6		97,4	95,7	95,3	93,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

У Табели 17в. је разматрана повезаност коморбидитета и функционалних ограничења ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?, ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? и ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Од свих испитаника који

нису били у стању да се попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих, највећи проценат (54,4%) је имао болни поремећај у доњем делу леђа (*Chi Square*=223,823, *df*=3, *p*<0,001). Трећина испитаника који нису били у стању да памте или да се сконцентришу, изјаснила се да има дијагнозу депресије (*Chi Square*=236,284, *df*=3, *p*<0,001). Такође, највећи проценат испитаника (98,1%) који без тешкоћа гризе или жваће чврсту храну, није имао мождани удар (*Chi Square*=69,266, *df*=3, *p*<0,001). Функционално ограничење ФО7. је са свим испитиваним коморбидитетима, осим са алергијском реакцијом, успоставило статистички значајну повезаност (*p*<0,001).

Табела 17в. Испитивање повезаности између коморбидитета и функционалних ограничења ФО7., ФО8 и ФО9.

ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?					p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Астма															
Да	3,2	7,5	10,9	10,1	0,000	5,2	8,0	8,6	5,0	0,010	4,8	7,0	8,2	13,2	0,000
Не	96,8	92,5	89,1	89,9		94,8	92,0	91,4	95,0		95,2	93,0	91,8	86,8	
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем															
Да	3,8	8,1	9,9	12,1	0,000	5,1	9,8	11,3	10,0	0,000	5,5	7,2	9,9	9,6	0,002
Не	96,2	91,9	90,1	87,9		94,9	0,2	88,7	90,0		94,5	92,8	90,1	90,4	
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда															
Да	3,1	5,5	7,6	6,4	0,000	3,9	6,1	9,1	7,5	0,001	3,7	5,0	7,4	9,6	0,000
Не	96,9	94,5	92,4	93,6		96,1	93,9	90,9	92,5		96,3	95,0	92,6	90,4	
Коронарна болест срца или ангина пекторис															
Да	15,3	28,5	35,6	35,9	0,000	19,8	30,3	45,2	22,5	0,000	20,2	26,5	31,9	33,3	0,000
Не	84,7	71,5	64,4	64,1		80,2	69,7	54,8	77,5		79,8	73,5	68,1	66,7	
Хипертензија															
Да	56,1	70,4	72,1	66,1	0,000	60,3	71,2	67,2	61,5	0,000	59,9	66,5	71,2	68,4	0,000
Не	43,9	29,6	27,9	33,9		39,7	28,8	32,8	38,5		40,1	33,5	28,8	31,6	
Мождани удар															
Да	1,2	2,9	6,2	14,0	0,000	1,9	5,9	11,3	17,5	0,000	1,7	5,3	5,8	13,2	0,000
Не	98,8	97,1	93,8	86,0		98,1	94,1	88,7	82,5		98,3	94,7	94,2	86,8	
Артроза															
Да	7,7	19,3	35,8	37,2	0,000	13,4	26,2	29,2	38,5	0,000	13,6	20,7	26,4	29,8	0,000
Не	2,3	80,7	64,2	62,8		86,6	73,8	70,8	61,5		86,4	79,3	73,6	70,2	
Болни поремећај у доњем делу леђа															
Да	21,6	33,3	47,6	54,4	0,000	26,7	40,3	50,8	48,7	0,000	27,5	33,7	42,9	42,1	0,000
Не	78,4	66,7	52,4	45,6		73,3	59,7	49,2	51,3		72,5	66,3	57,1	57,9	
Болни поремећај у вратном делу кичме															
Да	14,9	23,1	36,9	42,3	0,000	18,8	29,7	39,5	38,5	0,000	19,1	24,8	33,3	30,7	0,000
Не	85,1	76,9	63,1	57,7		81,2	70,3	60,5	61,5		80,9	75,2	66,7	69,3	
Дијабетес															
Да	16,3	17,7	26,2	23,4	0,000	17,3	21,2	28,0	17,5	0,001	18,0	18,3	20,2	30,7	0,007
Не	83,7	82,3	73,8	76,6		82,7	78,8	72,0	82,5		82,0	81,7	79,8	69,3	
Алергија															
Да	7,3	8,3	10,4	7,7	0,138	7,2	10,0	9,1	12,5	0,033	8,3	7,0	8,2	12,3	0,226
Не	92,7	91,7	89,6	2,3		92,8	90,0	90,9	87,5		91,7	93,0	91,8	87,8	
Цироза јетре															
Да	0,2	0,4	1,1	2,0	0,000	0,2	0,6	2,7	5,0	0,000	0,4	0,4	1,0	1,8	0,068
Не	99,8	99,6	98,9	98,0		99,8	99,4	97,3	95,0		99,6	99,6	99,0	98,2	
Немогућност задржавања мокраће															
Да	5,4	9,0	18,0	31,4	0,000	6,7	16,2	28,0	37,5	0,000	7,3	11,5	17,5	30,7	0,000
Не	94,6	91,0	82,0	68,6		93,3	83,8	72,0	62,5		92,7	88,5	82,5	69,3	
Бубрежни проблеми															
Да	4,6	8,5	12,4	17,4	0,000	6,1	11,3	12,4	20,0	0,000	6,6	8,9	11,5	9,6	0,001
Не	95,4	91,5	87,6	82,6		93,9	88,7	87,6	80,0		93,4	91,1	88,5	90,4	
Депресија															
Да	3,7	7,6	13,2	19,5	0,000	3,7	13,0	27,0	33,3	0,000	4,6	8,4	15,5	19,5	0,000
Не	96,3	92,4	86,8	80,5		96,3	87,0	73,0	66,7		95,4	91,6	84,5	80,5	
Повишен холестерол															
Да	17,5	21,3	26,2	26,6	0,000	18,7	25,1	25,7	20,5	0,000	18,7	22,3	24,7	25,7	0,004
Не	82,5	78,7	73,8	73,4		81,3	74,9	74,3	79,5		81,3	77,7	75,3	74,3	
Малигно обољење															
Да	2,6	4,2	3,	8,0	0,000	3,5	3,5	5,9	7,5	0,189	3,6	4,0	3,5	2,6	0,858
Не	97,4	95,8	96,1	92,0		96,5	96,5	94,1	92,5		96,4	96,0	96,5	97,4	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.5. Утицај коришћења болничке и ванболничке здравствене заштите на функционална ограничења

Скоро четвртина пацијената који су имали велике тешкоће са видом, била је у претходних 12 месеци на болничком лечењу ($Chi\ Square=20,507$, $df=2$, $p<0,001$). Од свих пацијената који су глуви или не чују уопште, скоро трећина је у претходних 12 месеци била на болничком лечењу ($Chi\ Square=7,986$, $df=2$, $p<0,05$). Коришћење наочара или контактних сочива није било статистички значајно повезано ни са једним наведеним аспектом здравствене заштите (Табела 18а).

Табела 18а. Повезаност коришћења појединих аспеката здравствене заштите и функционалних ограничења ФО1.,ФО2 и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопшт е (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопшт е (%)		
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?												
Да	14,1	12,6	18,5	0,390	12,3	14,4	22,2	0,000	19,0	13,4	30,8	0,018
Не	85,9	87,4	81,5		87,7	85,6	77,8		81,0	86,6	69,2	
Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?												
До месец дана	91,0	89,0	100,0	0,673	90,3	92,1	87,3	0,552	94,1	90,3	100,0	0,329
Преко месец дана	9,0	11,0	0,0		9,7	7,9	12,7		5,9	9,7	0,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент ...?												
Да	9,6	10,4	14,8	0,515	8,9	10,4	14,6	0,009	12,9	9,7	7,7	0,329
Не	90,4	89,6	85,2		91,1	89,6	85,4		87,1	90,3	92,3	
У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент? број пријема												
До пет пута	83,7	85,5	50,0	0,170	85,5	81,2	86,5	0,559	79,2	84,3	0,0	0,061
Преко пет пута	16,3	14,5	50,0		14,5	18,8	13,5		20,8	15,7	100,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Скоро трећина пацијената који имају тешкоће да пешаче пола километара по равном, изјаснила се да је у претходних 12 месеци преко пет пута била примљена у болницу као дневни пацијент ($Chi\ Square=13,656$, $df=3$, $p<0,005$). Такође, скоро четвртина пацијената који имају велике тешкоће да чују другу особу када с њом разговарају у тихој просторији, у претходних 12 месеци била је на болничком лечењу ($Chi\ Square=32,270$, $df=2$, $p<0,001$). Остали аспекти коришћења здравствене заштите који су били статистички значајно повезани са функционалним ограничењима ФО4., ФО5 и ФО6 су приказани у Табели 18б.

Табела 18б. Повезаност коришћења појединих аспеката здравствене заштите и функционалних ограничења ФО4.,ФО5 и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?														
Да	11,9	16,5	24,3	0,000	14,6	13,2	12,4	9,5	0,414	8,7	15,5	21,2	30,3	0,000
Не	88,1	83,5	75,7		85,4	86,8	87,6	90,5		91,3	84,5	78,8	69,7	
Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?														
До месец дана	90,1	91,5	90,5	0,892	89,8	92,6	90,9	75,0	0,557	93,6	95,2	89,8	77,2	0,000
Преко месец дана	9,9	8,5	9,5		10,2	7,4	9,1	25,0		6,4	4,8	10,2	22,8	
Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент ...?														
Да	9,6	8,8	16,7	0,002	11,2	8,5	7,2	7,1	0,016	7,3	10,8	13,1	18,5	0,000
Не	90,4	91,2	83,3		88,8	91,5	92,8	92,9		92,7	89,2	86,9	81,5	
У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент? број пријема														
До пет пута	84,6	83,8	78,6	0,714	84,6	80,9	87,1	100,0	0,675	89,2	86,9	78,0	68,1	0,003
Преко пет пута	15,4	16,2	21,4		15,4	19,1	12,9	0,0		10,8	13,1	22,0	31,9	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Скоро петина пацијената који нису били у стању да се сами попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, провела је преко месец дана у болници ($Chi\ Square=13,658$, $df=3$, $p<0,005$). Знатно већи проценат испитаника ($>75\%$), са аспекта све четири испитиване категорије (без тешкоћа, уз мање тешкоће, уз велике тешкоће нисам у стању) функционалног ограничења које се односи на тешкоће у памћењу и концентрацији, није у претходних 12 месеци био примљен у болницу као дневни пацијент ($Chi\ Square=38,073$, $df=3$, $p<0,001$). Испитивани аспекти коришћења здравствене заштите који су били статистички значајно повезани са функционалним ограничењима ФО7., ФО8 и ФО су приказани у Табели 18в.

Табела 18в. Повезаност коришћења појединих аспеката здравствене заштите и функционалних ограничења ФО7.,ФО8 и ФО9.

ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?					p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?															
Да	8,7	13,7	22,3	28,8	0,000	11,1	18,6	25,3	15,0	0,000	11,6	14,7	20,0	19,3	0,000
Не	91,3	86,3	77,7	71,2		88,9	81,4	74,7	85,0		88,4	85,3	80,0	80,7	
Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?															
До месец дана	94,8	91,5	91,5	80,2	0,003	90,7	90,3	93,0	80,0	0,806	92,6	88,9	92,6	70,0	0,007
Преко месец дана	5,2	8,5	8,5	19,8		9,3	9,7	7,0	20,0		7,4	11,1	7,4	30,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент ...?															
Да	7,4	9,9	13,1	18,1	0,000	8,9	9,3	22,8	12,5	0,000	9,1	9,8	11,2	17,5	0,020
Не	92,6	90,1	86,9	81,9		91,1	90,4	77,2	87,5		90,9	90,2	88,8	82,5	
У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент? број пријема															
До пет пута	89,8	83,8	80,0	72,9	0,042	84,6	85,7	80,0	60,0	0,415	87,1	81,1	77,6	78,9	0,297
Преко пет пута	10,2	16,2	20,0	27,1		15,4	14,3	20,0	40,0		12,9	18,9	22,4	21,1	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Више од половине пацијената (58,0%) који носе наочаре и контактна сочива, у последњих 12 месеци је посетило лекара специјалисту ($Chi\ Square=48,358\ df=4, p<0,001$). На питање о томе да ли пацијенти имају свог лекара опште медицине у приватној пракси, у односу на тешкоће са видом, знатно већи проценат испитаника (>90%) је одрично одговорио ($Chi\ Square=31,191\ df=2, p<0,001$). Повезаност осталих аспеката болничке и ванболничке здравствене заштите и функционалних ограничења ФО1., ФО2. и ФО3. приказана је у Табели 19а.

Табела 19а. Повезаност осталих аспеката болничке и ванболничке здравствене заштите и функционалних ограничења ФО1., ФО2. и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*	
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)			
Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?													0
Пре мање од 12 месеци	84,9	73,8	74,1	0,000	81,9	82,8	82,2	0,100	90,3	81,8	58,3	0,007	
Пре више од 12 месеци	14,8	25,3	25,9		17,4	17,1	17,8		9,7	17,7	41,7		
Никада	0,3	0,9	0,0		0,7	0,1	0,0		0,0	0,5	0,0		
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи													
Да	95,8	92,3	96,3	0,000	95,3	93,7	97,4	0,020	97,4	94,9	91,7	0,244	
Не	4,2	7,7	3,7		4,7	6,3	2,6		2,6	5,1	8,3		
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси													
Да	5,1	3,9	3,7	0,338	4,9	4,5	5,6	0,719	3,6	4,9	0,0	0,524	
Не	94,9	96,1	96,3		95,1	95,5	94,4		96,4	95,1	100,0		
Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?													
Пре мање од 12 месеци	58,0	47,1	57,7	0,000	55,1	53,9	63,2	0,000	66,3	54,8	46,2	0,023	
Пре више од 12 месеци	38,2	44,7	38,5		38,9	42,6	35,3		30,1	40,3	53,8		
Никада	3,8	8,2	3,8		5,9	3,6	1,5		3,6	4,	0,0		
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?													
Да	4,1	6,7	33,3	0,000	3,0	5,6	15,1	0,000	8,7	4,7	7,7	0,039	
Не	95,9	93,3	66,7		97,0	94,4	84,9		91,3	95,3	92,3		
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?													
Да	27,5	13,7	22,2	0,000	25,5	21,8	24,0	0,050	29,2	23,9	23,1	0,236	
Не	72,5	86,3	77,8		74,5	78,2	76,0		70,8	76,1	76,9		

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоћа, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Скоро четвртина пацијената који нису били у стању да пешаче пола километара по равном (24,4% и 27,3%, респективно), последњи пут је консултовала лекара опште медицине пре више од 12 месеци ($Chi\ Square=48,358\ df=4, p<0,001$), док је иста група пацијената у последњих 12 месеци користила услуге кућне неге ($Chi\ Square=48,358\ df=4, p<0,001$) (Табела 19б.)

Табела 19б. Повезаност осталих аспеката болничке и ванболничке здравствене заштите и функционалних ограничења ФО4., ФО5. и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?														
Пре мање од 12 месеци	82,3	82,8	78,8	0,341	82,4	82,5	80,5	83,3	0,940	81,3	85,6	82,9	75,3	0,005
Пре више од 12 месеци	17,1	17,0	20,7		17,2	17,1	18,9	16,7		18,2	14,0	16,7	24,4	
Никада	0,5	0,1	0,5		0,4	0,4	0,7	0,0		0,5	0,4	0,4	0,4	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи														
Да	95,4	94,0	94,5	0,263	95,1	94,5	95,9	95,2	0,728	94,9	94,3	95,3	97,2	0,294
Не	4,6	6,0	5,5		4,9	5,5	4,1	4,8		5,1	5,7	4,7	2,8	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси														
Да	4,3	6,2	6,0	0,050	5,1	4,7	4,1	7,1	0,750	3,7	6,3	4,3	8,6	0,000
Не	95,7	93,8	94,0		94,9	95,3	95,9	92,9		96,3	93,7	95,7	91,4	
Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?														
Пре мање од 12 месеци	54,3	57,9	59,0	0,017	55,7	55,1	53,8	68,3	0,506	51,2	59,7	60,0	62,3	0,000
Пре више од 12 месеци	40,1	39,1	37,5		39,6	39,5	41,1	31,7		42,3	37,0	37,1	35,9	
Никада	5,6	3,0	3,5		4,6	5,4	5,1	0,0		6,5	3,3	2,9	1,8	
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?														
Да	3,1	7,6	16,8	0,000	5,6	4,8	2,7	0,0	0,030	1,4	3,0	10,0	27,3	0,000
Не	96,9	92,4	83,2		94,4	95,2	97,3	100,0		98,6	97,0	90,0	72,7	
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?														
Да	25,0	23,5	16,3	0,018	24,7	22,9	24,7	33,3	0,349	25,5	23,1	18,5	28,3	0,003
Не	75,0	76,5	83,7		75,3	77,1	75,3	66,7		74,5	76,9	81,5	71,7	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

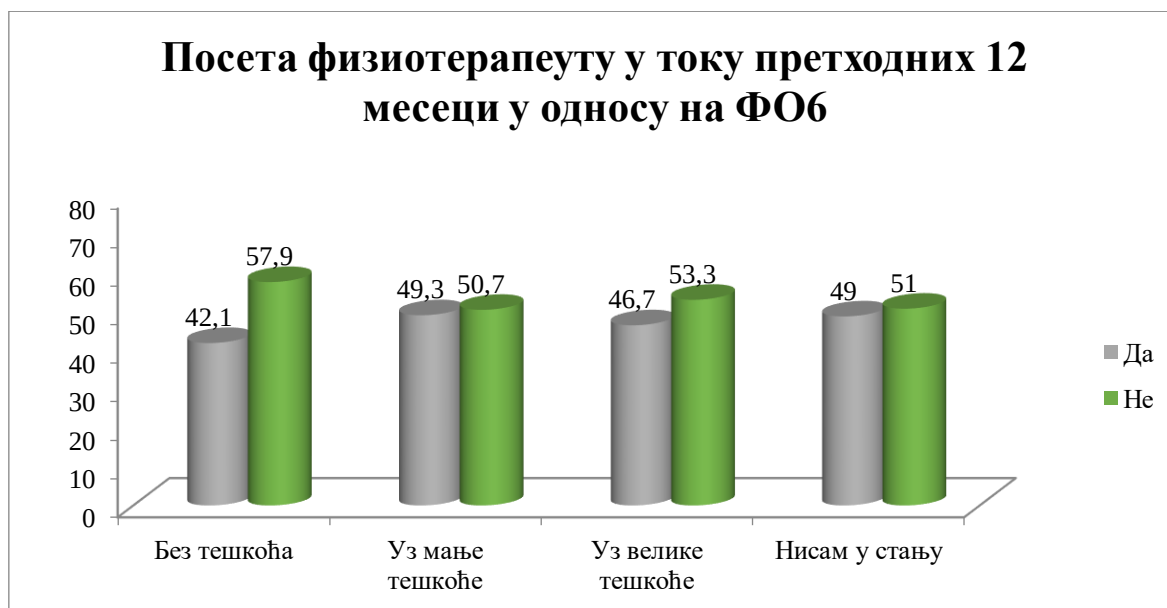
Више од трећине пацијената (37,3%) који нису у стању да се сами попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, пре више од 12 месеци је посетила лекара специјалисту ($Chi\ Square=66,933$, $df=4$, $p<0,001$). Такође, више од трећине пацијената (35,2%) који нису у стању да памте или да се концентришу, консултовало је лекара опште медицине пре више од 12 месеци ($Chi\ Square=31,091$ $df=6$, $p<0,001$). Повезаност осталих аспеката болничке и ванболничке здравствене заштите и функционалних ограничења ФО7., ФО8. и ФО9. приказана је у Табели 19в.

Табела 19в. Повезаност осталих аспеката болничке и ванболничке здравствене заштите и функционалних ограничења ФО7., ФО8. и ФО9.

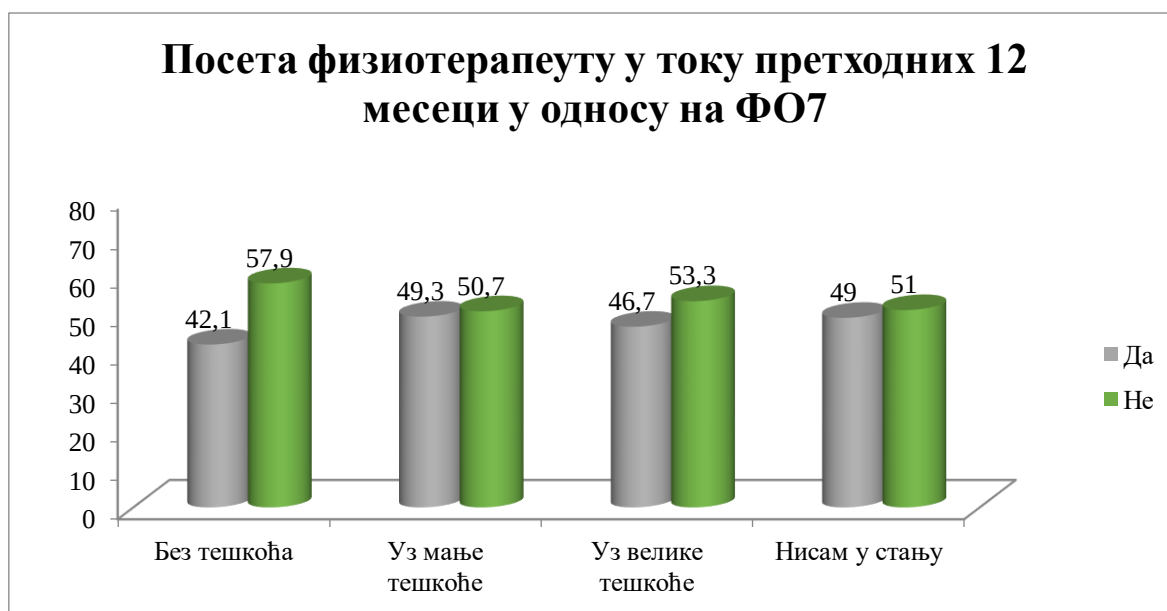
ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?					p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?															
Пре мање од 12 месеци	79,9	86,2	86,6	73,6	0,000	81,6	84,8	81,6	65,0	0,008	81,9	81,8	83,8	83,3	0,720
Пре више од 12 месеци	19,6	13,5	13,1	26,0		17,9	15,1	17,3	35,0		17,5	18,0	15,8	16,7	
Никада	0,6	0,3	0,4	0,3		0,5	0,1	1,1	0,0		0,6	0,2	0,4	0,0	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи															
Да	94,5	95,1	95,4	96,6	0,442	94,7	95,8	94,5	97,5	0,510	95,5	93,9	94,4	97,4	0,142
Не	5,5	4,9	4,6	3,4		5,3	4,2	5,5	2,5		4,5	6,1	5,6	2,6	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси															
Да	4,0	5,4	4,8	7,8	0,031	4,6	6,0	2,2	5,0	0,131	4,5	6,1	4,0	4,4	0,171
Не	96,0	94,6	95,2	92,2		95,4	94,0	97,8	95,0		95,5	93,9	96,0	95,6	
Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?															
Пре мање од 12 месеци	49,7	59,5	63,1	61,4	0,000	53,0	60,5	63,0	55,0	0,000	54,0	57,8	57,0	54,0	0,022
Пре више од 12 месеци	43,4	37,2	34,0	37,3		41,3	37,0	32,0	45,0		40,1	38,6	39,8	43,4	
Никада	6,9	3,3	2,9	1,4		5,7	2,5	5,0	0,0		5,9	3,6	3,2	2,7	
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?															
Да	0,9	3,4	8,5	28,2	0,000	2,8	6,1	21,5	42,5	0,000	2,7	6,9	8,2	14,9	0,000
Не	99,1	96,6	91,5	71,8		97,2	93,9	78,5	57,5		97,3	93,1	91,8	85,1	
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?															
Да	25,3	23,4	21,0	25,2	0,171	24,2	25,6	17,2	20,0	0,093	27,2	20,8	18,3	21,9	0,000
Не	74,7	76,6	79,0	74,8		75,8	74,4	82,8	80,0		72,8	79,2	81,7	78,1	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Са Графикана 6 и Графикана 7 се може видети да је већи проценат пацијената (51%) који нису у стању да пешаче пола километара по равном без ичије помоћи, као и пацијената који нису у стању да се попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, одрично одговорио на питање о посети физиотерапеута или специјалисте физикалне медицине у последњих 12 месеци ($Chi\ Square=28,842$, $df=3$, $p<0,001$; $Chi\ Square=36,784$, $df=3$, $p<0,001$).



Графикон6. Повезаност посете физиотерапеуту или специјалисти физикалне медицине у претходних 12 месеци и функционалног ограничења ФО6.



Графикон 7. Повезаност посете физиотерапеуту или специјалисти физикалне медицине у претходних 12 месеци и функционалног ограничења ФО7.

У односу на употребу лекова и биљних средстава које лекар није прописао, са аспекта функционалног ограничења ФО6., скоро идентичан проценат пацијената који уз мање тешкоће пешаче пола километра по равном без ичије помоћи, на наведено питање одговорио је и са Да и са Не ($Chi\ Square=15,706$, $df=3$, $p<0,005$) (Графикон 8).

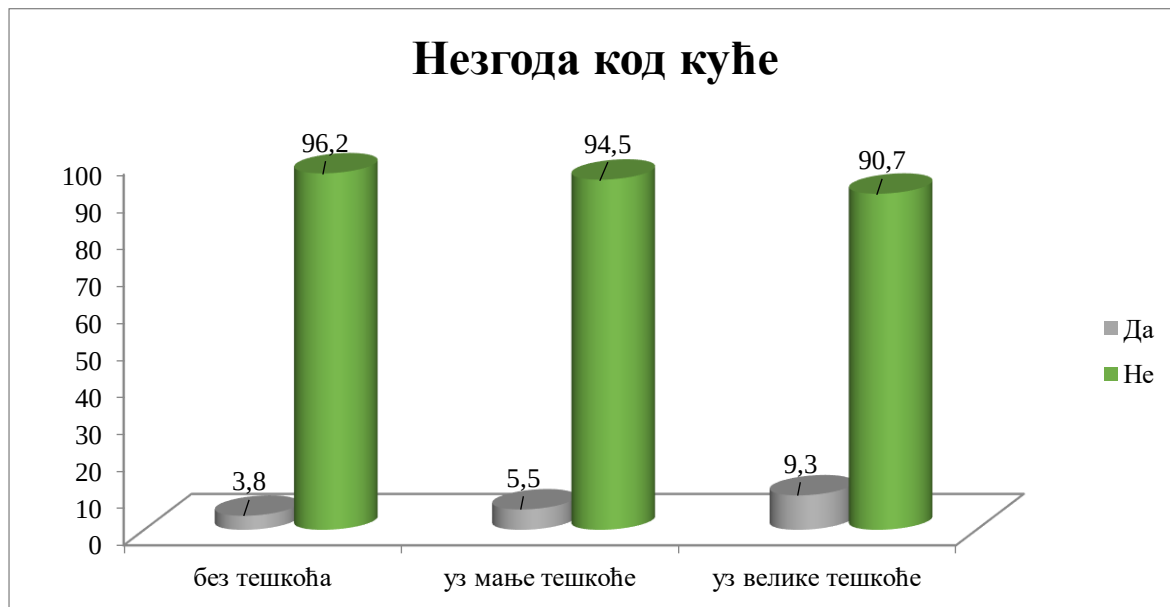


Графикон 8. Повезаност употребе лекова и биљних средстава које лекар није прописао и функционалног ограничења ФО6.

Није било статистички значајне повезаности између функционалних ограничења повезаних са видом и посета офталмологу ($p>0,05$).

4.2.6. Повезаност повреда са функционалним ограничењима

У односу на незгоде и повреде, већи проценат испитаника који су имали велике тешкоће са видом, у односу на остале категорије, у претходних 12 месеци је имао незгоду код куће, која је довела до повређивања ($Chi\ Square=18,542$, $df=2$, $p<0,001$) (Графикон 9).



Графикон 9. Повезаност незгода код куће и проблема са видом

Скоро десетина пацијената који нису били у стању да чују другу особу у тихој просторији, као и пацијената који нису били у стању да пешаче пола километра по равном, у претходних дванаест месеци је имала незгоду код куће ($Chi\ Square=12,104$, $df=2$, $p<0,005$; $Chi\ Square=50,098$, $df=3$, $p<0,001$, респективно). Повезаност незгода и повреда, са функционалним ограничењима ФО4., ФО5 и ФО6. приказани су у Табели 20а.

Табела 20а. Повезаност незгода и повреда, са функционалним ограничењима ФО4., ФО5 и ФО6

ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у друмском саобраћају														
Да	0,6	1,3	0,5	0,064	0,6	0,7	1,4	2,4	0,251	0,7	0,8	0,8	1,0	0,874
Не	99,4	97,8	99,5		99,4	99,3	98,6	97,6		99,3	99,2	99,2	99,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода код куће														
Да	4,2	5,3	9,4	0,002	5,1	4,5	3,2	4,8	0,376	3,0	4,8	7,3	11,5	0,000
Не	95,8	94,7	90,6		94,9	95,5	96,8	95,2		97,0	95,2	92,7	88,5	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у слободно време														
Да	2,4	2,2	3,5	0,586	2,1	2,9	2,5	2,4	0,515	2,5	1,2	4,1	2,8	0,008
Не	97,6	97,8	96,5		97,9	97,1	97,5	97,6		97,5	98,8	95,9	97,2	
Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?														
Да, примљен у болницу/задржан преко ноћи	23,5	26,8	34,8	0,493	30,6	22,6	10,0	25,0	0,223	14,8	20,0	28,8	62,2	0,000
Да, примљен у болницу/није задржан преко ноћи	40,6	31,0	39,1		37,5	38,1	40,0	50,0		39,1	50,0	32,7	21,6	
Да, од стране лекара или медицинске сестре	15,9	23,9	8,7		13,9	16,7	33,3	25,0		20,9	18,3	15,4	8,1	
Не	20,0	18,3	17,4		18,1	22,6	16,7	0,0		25,2	11,7	23,1	8,1	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Више од половине пацијената (55%) који нису били у стању да се сами попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, због наведених незгода и повреда, били су примљени у болницу и задржани током ноћи ($Chi\ Square=29,770$, $df=9$, $p<0,005$). Такође, скоро десетина пацијената која није била у стању да се сама попне уз 12 степеника или сиђе низ њих, у претходних дванаест месеци је имала незгоду код куће која је довела до повређивања ($Chi\ Square=46,494$, $df=3$, $p<0,005$). У Табели 20б је приказана повезаност незгода и повреда, са функционалним ограничењима ФО7., ФО8 и ФО9.

Табела 206. Повезаност незгода и повреда, са функционалним ограничењима ФО7., ФО8 и ФО9

		ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у друмском саобраћају																
Да	0,7	0,6	0,9	1,3	0,566	0,7	0,9	1,1	0,0	0,848	0,8	0,5	0,8	0,9	0,776	
Не	99,3	99,4	99,1	98,7		99,3	99,1	98,9	100,0		99,2	99,5	99,2	99,1		
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода код куће																
Да	3,3	4,2	6,5	11,7	0,000	3,8	6,4	8,1	7,5	0,001	3,5	5,7	7,4	7,0	0,000	
Не	96,7	95,8	93,5	88,3		96,2	93,6	91,9	92,5		96,5	94,3	92,6	93,0		
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања? Незгода у слободно време																
Да	2,3	1,7	3,9	3,0	0,044	2,0	3,6	2,2	2,5	0,045	2,3	2,5	2,9	1,8	0,832	
Не	97,7	98,3	96,1	97,0		98,0	96,4	97,8	97,5		97,7	97,5	97,1	98,2		
Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?																
Да, примљен у болницу/задржан преко ноћи	15,2	19,4	30,4	55,0	0,000	24,5	23,1	36,8	66,7	0,769	26,4	17,5	35,6	30,0	0,085	
Да, примљен у болницу/није задржан преко ноћи	37,1	45,2	37,5	27,5		37,7	38,5	36,8	33,3		36,4	46,3	26,7	40,0		
Да, од стране лекара или медицинске сестре	21,9	19,4	14,3	7,5		19,2	16,5	10,5	0,0		15,5	22,5	11,1	30,0		
Не	25,7	16,1	17,9	10,0		18,5	22,0	15,8	0,0		21,7	13,8	26,7	0,0		

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.7. Повезаност болова са функционалним ограничењима

Највећи проценат испитаника (26,6%) који је имао велике тешкоће са видом, рекао је да га је бол, у претходне четири недеље, прилично ометао у нормалном послу ($Chi Square=120,815$, $df=9$, $p<0,005$), а такође, знатно већи проценат испитаника (36,3%) који користе помагало за слух, изјаснио се да у претходне 4 четири недеље није имао никакве болове ($Chi Square=18,107$, $df=10$, $p=0,05$). Повезаност перцепције бола и функционалних ограничења ФО1., ФО2. и ФО3 је приказана у Табели 21а.

Табела 21а. Повезаност перцепције бола и функционалних ограничења ФО1., ФО2. и ФО3

		ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?		p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
	Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)		Да (%)	Не (%)	Глув или не чује уопште (%)	
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?												
Нисам	44,7	46,8	36,8	0,010	52,9	35,5	23,3	0,000	36,3	45,6	60,0	0,050
Веома благе	15,7	14,0	0,0		14,3	17,0	15,0		14,0	15,3	0,0	
Благе	14,3	13,1	10,5		12,5	17,6	10,4		19,0	13,8	0,0	
Умерене	16,5	16,6	15,8		13,7	19,5	27,5		18,4	16,4	20,0	
Јаке	6,8	7,5	26,3		4,9	8,5	17,5		7,3	7,0	20,0	
Веома јаке	2,1	1,9	10,5		1,6	1,9	6,3		5,0	1,9	0,0	
Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?												
Нимало	10,7	11,0	0,0	0,001	13,2	8,2	7,1	0,000	8,8	10,8	0,0	0,109
Мало	36,2	31,5	8,3		40,5	31,4	20,7		31,6	35,2	0,0	
Умерено	27,9	29,0	33,3		24,6	34,6	22,3		28,9	28,2	0,0	
Прилично	17,4	17,6	16,7		14,6	19,1	26,6		17,5	17,4	100,0	
Веома	7,8	11,0	41,7		7,0	6,7	23,4		13,2	8,4	0,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Од свих пацијената који нису били у стању да пешаче пола километара по равном, највећи проценат (35,5%, 33,5% респективно) је рекао да је у претходне четири недеље имао јаке болове ($Chi Square=120,815$, $df=9$, $p<0,005$), као и да их је бол у претходне 4 недеље ометала у нормалном послу ($Chi Square=120,815$, $df=9$, $p<0,005$). У Табели 21б. је приказана повезаност функционалних ограничења ФО4., ФО5. и ФО6 и перцепције бола у протеклих 4 недеље.

Табела 21б. Повезаност функционалних ограничења ФО4.,ФО5.и ФО6 и перцепције бола

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?														
Нисам	49,5	34,7	30,4	0,000	41,8	47,5	52,7	52,4	0,008	60,4	33,3	17,0	17,5	0,000
Веома благе	15,5	15,3	8,2		16,5	14,0	13,2	9,5		14,8	20,5	9,7	6,2	
Благе	13,1	16,3	17,1		14,3	13,7	13,9	11,9		11,2	20,4	16,6	6,2	
Умерене	14,0	23,1	22,2		17,1	16,5	13,6	21,4		9,6	19,4	31,9	35,5	
Јаке	6,0	8,3	16,5		7,6	6,7	5,8	2,4		3,1	6,2	18,4	23,2	
Веома јаке	1,8	2,3	5,7		2,6	1,6	0,9	2,4		0,9	0,3	6,4	11,4	
Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?														
Нимало	12,5	7,8	4,5	0,000	9,8	10,6	15,6	15,0	0,043	19,6	6,7	2,9	2,3	0,000
Мало	39,3	28,5	17,3		33,4	36,2	40,0	45,0		46,3	39,1	16,5	8,7	
Умерено	26,3	31,8	32,7		28,4	28,3	27,8	20,0		21,4	36,4	32,3	19,7	
Прилично	14,7	22,4	23,6		18,5	17,4	12,2	10,0		9,8	14,8	30,4	33,5	
Веома	7,3	9,5	21,8		10,0	7,5	4,4	10,0		2,8	3,0	17,9	35,8	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Повезаност перцепције бола и функционалних ограничења ФО7.,ФО8 и ФО9 је приказана у Табели в. Статистички значајна повезаност је детектована између свих варијабли перцепције бола и наведених функционалних ограничења ($p < 0,001$). Може се приметити да је највећи проценат (36,2%) испитаника који нису у стању да се попну уз 12 степеника или сиђу низ њих, рекао да га је бол, у претходне четири недеље, веома ометала у нормалном послу ($Chi\ Square=25,155$, $df=8$, $p < 0,005$). Такође, највећи проценат пацијената који нису били у стању да се концентришу или да памте, имали су јаке болове у претходне четири недеље ($Chi\ Square=320,280$, $df=15$, $p < 0,001$).

Табела 21в. Повезаност функционалних ограничења ФО7.,ФО8.и ФО9. и перцепције бола

ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?					p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	4 (%)		
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?															
Нисам	61,4	37,7	17,5	15,6	0,000	52,8	27,8	18,0	23,1	0,000	52,0	38,7	29,3	32,2	0,000
Веома благе	14,5	20,5	11,2	4,3		15,5	15,1	11,3	0,0		15,3	16,9	12,5	6,7	
Благе	11,1	18,4	17,0	10,4		12,3	19,4	12,8	7,7		12,5	17,6	14,3	11,1	
Умерене	9,2	17,3	32,6	33,2		13,1	24,0	30,8	23,1		13,9	18,9	22,6	22,2	
Јаке	2,9	5,0	17,5	24,6		4,8	10,8	22,6	30,8		4,8	6,4	16,3	20,0	
Веома јаке	1,0	1,0	4,1	11,8		1,6	2,9	4,5	15,4		1,5	1,5	4,9	7,8	
Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?															
Нимало	20,7	7,9	2,7	2,3	0,000	12,9	8,0	3,7	0,0	0,000	13,9	8,2	6,0	6,6	0,000
Мало	46,6	41,4	18,3	8,5		41,3	26,7	17,6	0,0		40,7	34,7	20,3	19,7	
Умерено	19,9	35,5	34,4	17,5		24,6	34,9	30,6	0,0		24,5	33,2	32,6	18,0	
Прилично	10,0	11,5	30,3	35,6		14,9	20,6	24,1	40,0		15,0	16,2	25,9	26,2	
Веома	2,8	3,7	14,3	36,2		6,3	9,8	24,1	60,0		6,0	7,7	15,2	29,5	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.8. Повезаност насиља са функционалним ограничењима

Испитивана је повезаност између изложености физичком, психичком и сексуалном насиљу са функционалним ограничењима ФО1.,ФО2. и ФО3. Ниједна од испитиваних варијабли, приказаних у Табели 22а. није била статистички значајно повезана са испитиваним функционалним ограничењима ($p>0,05$).

Табела 22а. Повезаност између изложености физичком, психичком и сексуалном насиљу са функционалним ограничењима ФО1.,ФО2. и ФО3

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)		
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?												
Да	0,2	0,3	0,0	0,526	0,2	0,2	0,0	1,000	0,0	0,2	-	1,000
Не	99,8	99,7	100,0		99,8	99,8	100,0		100,0	99,8	-	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању...)?												
Да	0,6	0,3	0,0	1,000	0,6	0,4	0,0	0,687	0,0	0,5	-	1,000
Не	99,4	99,7	100,0		99,4	99,6	100,0		100,0	99,5	-	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?												
Да	0,2	0,0	0,0	1,000	0,2	0,0	0,0	0,569	0,0	0,1	-	1,000
Не	99,8	100,0	100,0		99,8	100,0	100,0		100,0	99,9	-	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

Значајно већи проценат испитаника (>98%) у свим испитиваним категоријама (без тешкоћа, уз мање тешкоће, уз велике тешкоће, нисам у стању) функционалног ограничења ФО6., рекао је да у претходних 12 месеци није био изложен физичком насиљу ($Chi\ Square=7,626$, $df=3$, $p=0,05$). Остале испитиване варијабле нису биле статистички значајно повезане са функционалним ограничењима ФО4-ФО6., што је приказано у Табели 22б.

Табела 22б. Повезаност између изложености физичком, психичком и сексуалном насиљу са функционалним ограничењима ФО4.,ФО5. и ФО6

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијиј просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?														
Да	0,3	0,0	0,0	0,621	0,4	0,0	0,0	0,0	0,547	0,0	0,3	0,5	1,3	0,029
Не	99,7	100,0	100,0		99,6	100,0	100,0	100,0		100,0	99,7	99,5	98,7	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању...)?														
Да	0,7	0,0	0,0	0,281	0,5	0,8	0,0	0,0	0,648	0,6	0,6	0,0	1,3	0,465
Не	99,3	100,0	100,0		99,5	99,2	100,0	100,0		99,4	99,4	100,0	98,7	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?														
Да	0,2	0,0	0,0	0,731	0,1	0,2	0,0	0,0	1,000	0,2	0,0	0,0	0,0	1,000
Не	99,8	100,0	100,0		99,9	99,8	100,0	100,0		99,8	100,0	100,0	100,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Разматрана је повезаност између изложености физичком, психичком и сексуалном насиљу са функционалним ограничењима ФО7.,ФО8. и ФО9. Ниједна од испитиваних

варијабли, приказаних у Табели 22в. није била статистички значајно повезана са наведеним функционалним ограничењима ($p > 0,05$).

Табела 22в. Повезаност између изложености физичком, психичком и сексуалном насиљу са функционалним ограничењима ФО7., ФО8. и ФО9

	ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?															
Да	0,0	0,2	0,9	0,0	0,062	0,1	0,5	0,0	0,0	0,218	0,1	0,0	1,2	0,0	0,097
Не	100,0	99,8	99,1	100,0		99,9	99,5	100,0	100,0		99,9	100,0	98,8	100,0	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању...)?															
Да	0,5	0,5	0,9	0,0	0,788	0,4	0,8	0,0	0,0	0,526	0,6	0,3	0,6	0,0	0,790
Не	99,5	99,5	99,1	100,0		99,6	99,2	100,0	100,0		99,4	99,7	99,4	100,0	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?															
Да	0,2	0,0	0,0	0,0	0,704	0,2	0,0	0,0	0,0	1,000	0,2	0,0	0,0	0,0	1,000
Не	99,8	100,0	100,0	100,0		99,8	100,0	100,0	100,0		9,8	100,0	100,0	100,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.9. Повезаност неостварених потребе за здравственом заштитом са функционалним ограничењима

У односу на неостварене потребе за здравственом заштитом, скоро четвртина пацијената (22,6% и 23,4%, респективно) који су имали велике тешкоће са видом, изјаснила се да је у претходних 12 месеци имала потребу за здравственом заштитом и лековима, али је није могла приуштити из финансијских разлога ($Chi\ Square=90,648$, $df=4$, $p<0,001$; $Chi\ Square=125,124$, $df=4$, $p<0,001$, респективно) (Табела 23а).

Табела 23а. Повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и функционалних ограничења ФО1., ФО2. и ФО3.

ФО1. Да ли носите наочаре или контактна сочива?				p*	ФО2. Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?			p*	ФО3. Да ли користите помагало за слух?			p*
Да (%)	Не (%)	Слеп или не види уопште (%)	1 (%)		2 (%)	3 (%)	Да (%)		Не (%)	Глув или не чује уопште (%)		
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?												
Да	14,7	10,6	5,9	0,000	11,5	16,2	21,8	0,000	16,2	13,5	0,0	0,030
Не	65,7	60,5	82,4		64,8	63,6	65,5		69,5	64,2	100,0	
Није било потребе	19,7	29,0	11,8		23,7	20,2	12,6		13,6	22,2	0,0	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?												
Да	4,6	5,8	11,1	0,000	3,0	6,6	13,4	0,000	6,7	4,8	0,0	0,095
Не	74,2	63,5	77,8		71,4	72,4	71,1		77,0	71,5	100,0	
Није било потребе	21,1	30,7	11,1		25,6	20,9	15,5		16,3	23,7	0,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?												
Да	11,3	11,2	11,1	0,000	7,6	15,7	22,6	0,000	13,5	11,2	20,0	0,253
Не	67,0	58,8	77,8		66,2	63,4	62,3		68,5	64,9	80,0	
Није било потребе	21,7	30,0	11,1		26,1	20,9	15,1		18,0	23,9	0,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?												
Да	9,5	10,3	0,0	0,000	5,9	14,0	23,4	0,000	11,2	9,6	0,0	0,878
Не	69,3	60,4	77,8		68,1	66,9	61,5		66,9	67,3	80,0	
Није било потребе	21,2	29,3	22,2		26,1	19,1	15,1		21,9	23,1	20,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?												
Да	1,6	1,7	0,0	0,113	0,7	2,3	6,7	0,000	1,7	1,6	0,0	0,639
Не	37,2	32,6	50,0		34,3	38,1	42,7		41,6	35,9	40,0	
Није било потребе	61,2	65,7	50,0		65,0	59,6	50,6		56,7	62,5	60,0	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће; * χ^2 тест

На основу Табеле 23б., може се увидети да је скоро четвртина пацијената (23,0%, 24,2% респективно) која није у стању да пешачи пола километара на равном, у последњих 12 месеци није добила здравствену заштиту јер је предуго чекала, као ни из финансијских разлога ($Chi\ Square=80,179$, $df=6$, $p<0,001$; $Chi\ Square=127,135$, $df=6$, $p<0,001$). Повезаност осталих неостварених потреба за здравственом заштитом и функционалних ограничења ФО4., ФО5., и ФО6., приказана је у Табели 23б.

Табела 236. Повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и функционалних ограничења ФО4., ФО5., и ФО6.

	ФО4. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?			p*	ФО5. Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?				p*	ФО6. Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?														
Да	12,8	15,8	17,0	0,001	13,8	12,5	15,7	23,8	0,030	11,5	14,1	18,0	23,0	0,000
Не	63,8	67,1	61,4		65,3	66,0	58,3	52,4		62,3	67,4	65,9	69,9	
Није било потребе	23,4	17,1	21,6		20,9	21,4	25,9	23,8		26,2	18,5	16,0	7,2	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?														
Да	3,6	8,1	9,7	0,000	5,6	3,9	4,4	7,3	00,085	2,2	6,1	9,4	15,6	0,000
Не	71,1	74,2	68,4		71,9	73,4	67,7	68,3		69,9	74,1	72,8	76,8	
Није било потребе	25,3	17,7	21,9		22,5	22,7	27,8	24,4		27,9	19,8	17,8	7,6	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?														
Да	10,2	13,4	17,4	0,000	12,1	10,6	10,0	9,5	0,022	7,7	13,1	17,4	24,2	0,000
Не	64,3	68,5	60,0		64,8	67,6	60,4	59,5		63,7	67,4	65,5	66,8	
Није било потребе	25,5	18,2	22,6		23,0	21,8	29,6	31,0		28,6	19,5	17,1	9,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?														
Да	8,3	12,2	19,4	0,000	10,8	8,9	6,7	9,5	0,006	5,5	12,0	16,9	22,7	0,000
Не	66,8	70,5	58,1		66,4	70,2	64,6	64,3		65,8	71,0	64,8	69,7	
Није било потребе	25,0	17,3	22,6		22,8	20,9	28,7	26,2		28,7	17,0	18,3	7,6	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?														
Да	1,1	2,5	5,2	0,000	2,0	1,1	1,4	2,4	0,152	1,0	1,3	2,9	6,2	0,000
Не	34,3	40,8	40,6		37,6	36,1	31,5	33,3		31,6	42,4	40,8	40,5	
Није било потребе	64,5	56,7	54,2		60,6	62,7	67,1	64,3		67,3	56,3	56,3	53,3	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

Једна четвртина пацијената (25,2%) који нису били у стању да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих, изјаснили су се да су у претходних 12 месеци имали потребу за здравственом заштитом али да је нису могли приуштити због финансијских разлога ($Chi\ Square=162,642$ $df=6$, $p<0,001$). Такође, трећина пацијената (33,3%) која није била у стању да се концентрише или памти, није добила здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом ($Chi\ Square=56,557$, $df=6$, $p<0,001$) (Табела 23в.)

Табела 23в. Повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и функционалних ограничења ФО7., ФО8., и ФО9.

	ФО7. Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?				p*	ФО8. Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?				p*	ФО9. Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?				p*
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?															
Да	10,9	13,5	19,8	22,5	0,000	12,6	15,5	18,5	41,7	0,000	12,6	14,7	15,1	20,2	0,010
Не	62,2	67,3	65,5	68,9		63,6	67,2	66,9	50,0		63,6	66,1	66,4	61,8	
Није било потребе	26,9	19,2	14,7	8,6		23,8	17,3	14,6	8,3		23,8	19,1	18,5	18,0	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?															
Да	2,2	4,7	9,4	17,1	0,000	3,5	8,1	7,7	33,3	0,000	2,8	6,6	9,7	13,5	0,000
Не	69,2	74,8	73,9	74,3		71,0	73,3	77,7	58,3		71,3	73,3	70,9	69,7	
Није било потребе	28,6	20,5	16,7	8,6		25,5	18,5	14,6	8,3		25,9	20,0	19,4	16,9	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?															
Да	7,1	12,2	17,8	25,2	0,000	9,5	15,0	18,5	41,7	0,000	8,1	13,6	20,7	14,6	0,000
Не	63,7	67,2	65,7	65,7		64,6	66,6	66,9	50,0		66,0	65,1	61,0	65,2	
Није било потребе	29,1	20,6	16,5	9,0		25,9	18,4	14,6	8,3		25,9	21,3	18,2	20,2	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?															
Да	5,4	10,5	16,9	23,3	0,000	7,6	13,1	22,9	41,7	0,000	6,9	11,0	19,1	12,4	0,000
Не	65,2	71,4	66,5	67,1		66,8	69,8	62,6	50,0		67,6	68,6	62,9	68,5	
Није било потребе	29,4	18,1	16,7	9,5		25,6	17,1	14,5	8,3		25,5	20,3	18,0	19,1	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?															
Да	1,0	1,2	3,0	5,7	0,000	0,9	2,7	5,4	25,0	0,000	0,9	1,5	4,7	4,5	0,000
Не	31,4	41,1	39,3	44,0		33,2	41,6	55,4	50,0		34,1	41,0	39,4	18,0	
Није било потребе	67,6	57,8	57,7	50,2		65,9	55,6	39,2	25,0		65,0	57,5	55,9	77,5	

1-без тешкоћа, 2-уз мање тешкоће, 3-уз велике тешкоће, 4-нисам у стању; * χ^2 тест

4.2.10. Униваријантна и мултиваријантна регресиона анализа предиктора функционалних ограничења

Како би се утврдило које променљиве су статистички значајни предиктори функционалног ограничења ФО.1 *Да ли носите наочаре или контактна сочива?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: тип насеља, индекс благостања, ниво образовања, радни статус, самопроцена здравља, присуство хипертензије, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 24. Вероватноћа да ће особа која је завршила докторат потврдно одговорити на питање о ношењу контактних сочива или наочара, већа је скоро четири пута, у односу на особе без основне школе. Такође, вероватноћа да ће испитаници коју су свој индекс благостања означили као V-најбогатији, носити наочаре или контактна сочива, у односу на испитанике коју су свој индекс благостања означили као I-најсиромашнији, већа је скоро 2,3 пута (Табела 24).

Табела 24. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.1 *Да ли носите наочаре или контактна сочива?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Индекс благостања (V-најсиромашнији vs. I-најсиромашнији)	3,673 (2,799-4,820)	<0,001	2,274 (1,596-3,242)	<0,001
Ниво образовања (докторат vs. без школе)	8,980 (3,103-25,988)	<0,001	3,891(1,104-13,722)	<0,05
Радни статус (пензионери vs. незапослени)	3,823 (2,585-5,655)	<0,001	4,144 (2,108-8,148)	<0,001
Да ли сте имали потребу за медицинском здравственом заштитом али је нисте могли приуштити из финансијских разлога (није било потребе за медицинском здравственом заштитом vs. финансијски разлог није био ограничавајући фактор)	0,631 (0,528-0,755)	<0,001	0,555 (0,400-0,770)	<0,001

У циљу утврђивања статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.2 *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: тип насеља, индекс благостања, ниво образовања, радни статус, самопроцена здравља, присуство хипертензије, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, пол, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 25. Вероватноћа да ће особа која има хипертензију, имати тешкоће са видом, већа је за 56,2%, у односу на особе које немају дијагностиковану хипертензију. Са годинама старости, вероватноћа да ће особа развити тешкоће са видом, расте 3,8%. Такође, особа која је своје здравље проценила као веома добро, има за скоро 90% мање шансе да припада групи испитаника који имају неке тешкоће са видом, у односу на испитанике које су своје здравље проценили као веома лоше (Табела 25).

Табела 25. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.2 *Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли имате тешкоће са видом?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Ниво образовања (докторат vs. без школе)	0,048(0,017-0,141)	<0,001	0,088(0,022-0,345)	<0,001
Старост	1,072(1,061-1,082)	<0,001	1,038 (1,017-1,060)	<0,001
Самопроцена здравља (веома добро vs. веома лоше)	0,102(0,056-0,184)	<0,001	0,102(0,012-0,845)	<0,05
Хипертензија (да vs. не)	1,668(1,450-1,918)	<0,001	1,562(1,181-2,058)	<0,005
Да ли сте имали потребу за медицинском здравственом заштитом али је нисте могли приуштити из финансијских разлога (није било потребе за медицинском здравственом заштитом vs. финансијски разлог није био ограничавајући фактор)	2,322(1,870-2,884)	<0,001	1,660(1,127-2,446)	<0,05
Скор менталног здравља	1,196(1,168-1,224)	<0,001	1,087(1,042-1,134)	<0,001
Скор социјалне подршке	1,132(1,080-1,186)	<0,001	1,153(1,056-1,259)	<0,001

У циљу утврђивања статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.3 *Да ли користите помагало за слух?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: ниво образовања, самопроцена здравља, присуство хипертензије, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост и скор менталног здравља. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 26. Са годинама старости, вероватноћа да ће особа користити помагало за слух, расте 5,7%. Такође, вероватноћа да ће особа која је лекара специјалисту посетила пре мање од 12 месеци, користити помагало за слух, већа је за 63,1%, у односу на пацијенте који су лекара специјалисту посетили пре више од 12 месеци (Табела 26).

Табела 26. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.3 *Да ли користите помагало за слух?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,055(1,034-1,075)	<0,001	1,057(1,033-1,082)	<0,001
Када сте последњи пут посетили лекара специјалисту? (пре мање од 12 месеци vs. пре више од 12 месеци)	1,625(1,182-2,233)	<0,005	1,631(1,147-2,321)	<0,05

Разматрањем статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.4 *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: тип насеља, брачни статус, ниво образовања, индекс благостања, радни статус, самопроцена здравља, присуство хипертензије, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 27. Шанса да ће се особа која је завршила докторат изјаснити да има потешкоће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији мања је за 62,9% у односу на особу без завршене школе. Са порастом скор социјалне подршке за једну јединицу,

вероватноћа да ће особа припадати групи испитаника која има потешкоће да чује другу особу када са њом разговара у тихој просторији расте за 9,2% (Табела 27)

Табела 27. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.4 *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,113(1,101-1,126)	<0,001	1,088(1,063-1,113)	<0,001
Ниво образовања (докторат vs. без школе)	0,628(0,312-)	>0,05	0,371(0,147-0,937)	<0,05
Скор менталног здравља	1,178(1,152-1,204)	<0,001	1,092(1,047-1,138)	<0,001
Скор социјалне подршке	1,136(1,080-1,195)	<0,001	1,186(1,081-1,302)	<0,001

Испитивањем статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.5 *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: пол, ниво образовања, самопроцена здравља, присуство болног поремећаја у вратном делу леђа, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 28. Вероватноћа да ће особа која има завршен докторат да се изјасни да поседује тешкоће да чује другу особу када са њом разговара у бучнијој просторији мања је 55,7% у односу на особу која нема завршену школу. Такође, особа која има болни поремећај у вратном делу леђа, има за 23,7% већу шансу да припада категорији испитаника који да поседују тешкоће да чују другу особу када са њом разговарају у бучнијој просторији (Табела 28).

Табела 28. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО. *Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији (чак и када користите помагало за слух)?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Ниво образовања(докторат vs. без школе)	0,420(0,214-0,823)	<0,05	0,443(0,225-0,875)	<0,05
Болни поремећај у вратном делу леђа (да vs. не)	1,352(1,156-1,580)	<0,001	1,237(1,040-1,471)	<0,05

У циљу утврђивања статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.6 *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, пол, ниво образовања, радни статус, брачни статус, самопроцена здравља, присуство болног поремећаја у доњем делу леђа, ограничење због присутних болова, потреба за кућном негом, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 29. Шанса да ће се особа која је у браку изјаснити да има потешкоће да пешачи пола километара по равном без ичије помоћи мања је за скоро 80% у односу на особе које су

без емотивног партнера. Неочекивано, вероватноћа да ће се особа која има болни поремећај у доњем делу леђа изјаснити да има потешкоће да пешачи пола километара по равном без ичије помоћи мања је за 32,2% у односу на особе који такву врсту поремећаја немају. Са порастом скора менталног здравља за једну јединицу, вероватноћа да ће се особа изјаснити да има потешкоће да пешачи пола километара по равном без ичије помоћи, већа је за 10% (Табела 29).

Табела 29. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.6 *Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном без било какве помоћи?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Ниво образовања (средња школа vs. без школе)	6,077(2,677-13,792)	<0,001	5,256(1,622-17,031)	<0,05
Старост	1,118(1,106-1,131)	<0,001	1,115(1,086-1,144)	<0,001
Брачни статус (у браку vs. самци)	0,522(0,291-0,936)	<0,05	0,209(0,060-0,725)	<0,05
Болни поремећај у доњем делу леђа (да vs. не)	0,403(0,350-0,464)		0,678(0,494-0,931)	<0,05
Да ли сте имали потребу за медицинском здравственом заштитом али је нисте могли приуштити из финансијских разлога (није било потребе за медицинском здравственом заштитом vs. финансијски разлог није био ограничавајући фактор)	3,372(2,632-4,321)	<0,001	1,761(1,054-2,942)	<0,05
Скор менталног здравља	1,373(1,330-1,416)	<0,001	1,100(1,043-1,161)	<0,001
Скор социјалне подршке	1,111(1,061-1,164)	<0,001	1,152(1,041-1,275)	<0,05

Испитивањем статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.7 *Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, пол, ниво образовања, радни статус, самопроцена здравља, присуство болног поремећаја у доњем делу леђа, ограничење због присутних болова, потреба за кућном негом, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 30. Жене су показале за 37,8% већу шансу да припадају категорији испитаника који имају тешкоће да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих, у односу на припаднике мушког пола. Шанса да ће особа која се изјаснила да је имала неке болове у претходне четири недеље, припадати групи испитаника који имају тешкоће да се сами попну уз 12 степеника или да сиђу низ њих, већа је скоро 3 пута, у односу на особе које нису имале ту врсту болних поремећаја (Табела 30).

Табела 30. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.7 *Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Ниво образовања (средња школа vs. без школе)	4,868(2,371-9,994)	<0,001	3,538(1,312-9,540)	<0,05
Старост	1,120(1,107-1,132)	<0,001	1,097(1,071-1,124)	<0,001
Пол (жене vs. мушкарци)	1,872(1,643-2,133)	<0,001	1,378(1,027-1,841)	<0,05
Самопроцена здравља (лоше vs веома лоше)	301,567(97,505-932,698)	<0,001	45,915(4,757-443,211)	<0,005
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? (да vs. не)	3,255(2,645-4,006)	<0,001	3,115(1,006-9,648)	<0,05
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге? (да vs. не)	0,099(0,060-0,163)	<0,001	0,345(0,124-0,960)	<0,05
Скор менталног здравља	1,371(1,327-1,416)	<0,001	1,110(1,049-1,174)	<0,001
Скор социјалне подршке	1,117(1,067-1,170)	<0,001	1,112(1,007-1,229)	<0,05

Разматрањем статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.8 *Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, пол, ниво образовања, самопроцена здравља, присуство депресије, ограничење због присутних болова, потреба за кућном негом, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 31. Испитаници који су завршили средњу школу имали су за 56,5% мању вероватноћу да ће припадати групи која има тешкоће у концентрацији или памћењу, у односу на испитанике који немају завршену основну школу. Пацијенти коју су посетили лекара специјалисту пре мање од 12 месеци, имали су за 72,8% већу шансу да припадају групи испитаника који имају тешкоће са памћењем и концентрацијом, у односу на пацијенте који су лекара специјалисту посетили пре више од 12 месеци (Табела 31).

Табела 31. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.8 *Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,105(1,093-1,117)	<0,001	1,069(1,045-1,094)	<0,001
Ниво образовања (средња школа vs. без школе)	0,135(0,099-0,184)	<0,001	0,435(0,229-0,827)	<0,05
Када сте последњи пут посетили лекара специјалисту? (пре мање од 12 месеци vs. пре више од 12 месеци)	1,295(1,119-1,499)	<0,005	1,728(1,223-2,441)	<0,005
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? (веома благи болови vs. нисам имао)	1,857(1,476-2,335)	<0,001	1,852(1,180-2,906)	<0,05
Скор менталног здравља	1,377(1,338-1,417)	<0,001	1,272(1,202-1,346)	<0,001

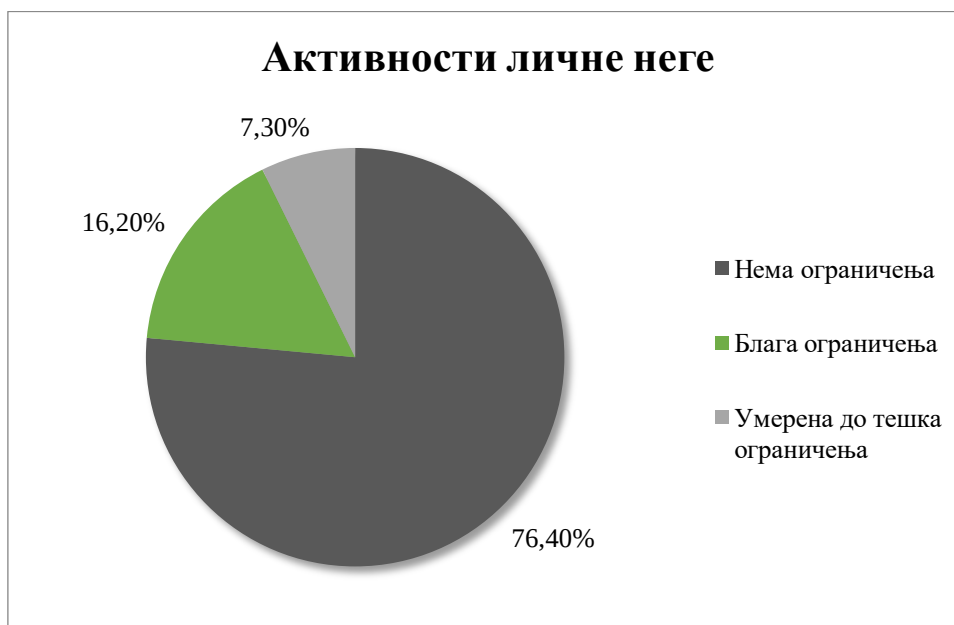
У циљу испитивања статистички значајних предиктора функционалног ограничења ФО.9 *Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?*, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, ниво образовања, брачни статус, радни статус, самопроцена здравља, преживљен мождани удар, ограничење због присутних болова, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 32. Са годинама старости, вероватноћа да ће особа имати тешкоће да гризе или жваће чврсту храну, већа је за 3,8%. Такође, вероватноћа да ће особа која је своје здравље оценила као веома добро припадати категорији испитаника који имају тешкоће да гризу или жваћу чврсту храну, мања је за 84,3%, у односу на испитанике који су своје здравље проценили као веома лоше. (Табела 32).

Табела 32. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора функционалног ограничења ФО.9 *Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке?*

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,073(1,062-1,084)	<0,001	1,038(1,015-1,061)	<0,005
Ниво образовања (средња школа vs. без школе)	0,163(0,118-0,226)	<0,001	0,249(0,130-)	<0,001
Мождани удар (да vs. не)	3,756(2,546-5,541)	<0,001	0,349(0,150-0,811)	<0,05
Самопроцена здравља (веома добро vs. веома лоше)	0,068(0,036-0,127)	<0,001	0,157(0,036-0,680)	<0,05
Скор менталног здравља	1,230(1,200-1,262)	<0,001	1,115(1,065-)	<0,05
Скор социјалне подршке	1,121(1,070-1,175)	<0,001	1,130(1,032-1,238)	<0,001

4.3. Анализа фактора који утичу на ограничења активности личне неге

Сви испитаници су на основу вредности ADL скорa сврстане у три групе, односно оне који немају ограничења (вредност скорa 0), затим испитаници са благим ограничењима (скор 1-5) и они са умереним до тешким ограничењима (скор 6-15). Расподела пацијената у односу на ограничења везана за активности личне неге су приказана на Графикону 10.



Графикон 10. Расподела испитаника у односу на степен ограничења везаних за активности личне неге

4.3.1. Утицај социодемографских карактеристика на ограничења активности личне неге

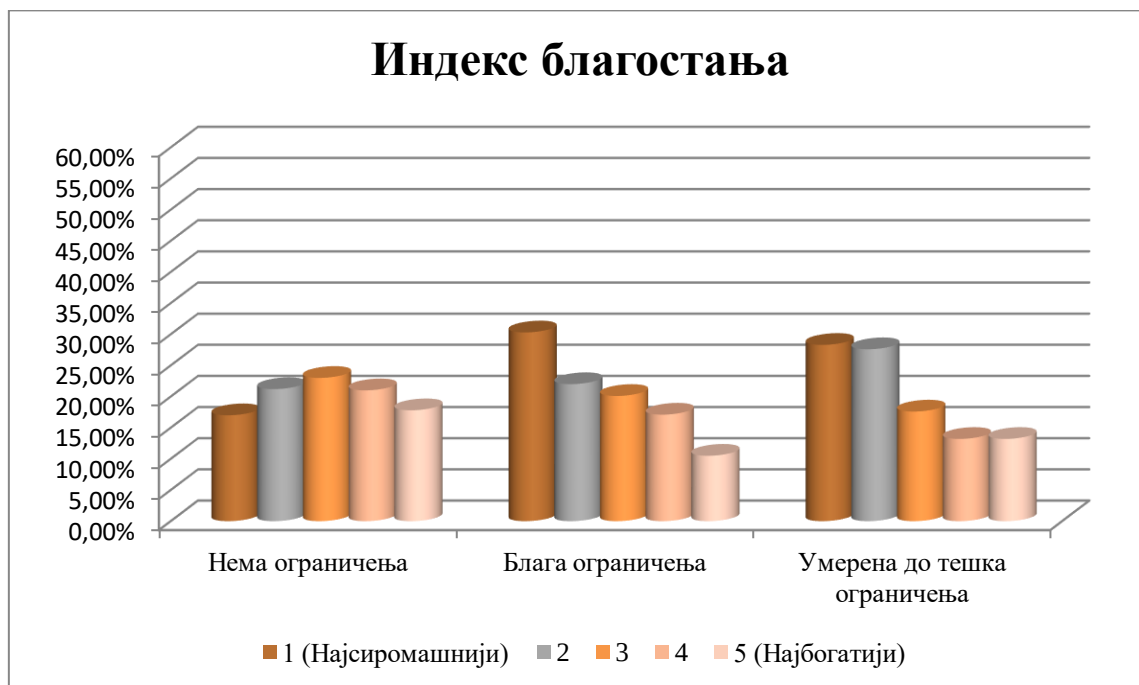
У односу на испитиване социодемографске карактеристике, постојала је значајна разлика у ограничењима активности личне неге у односу на пол, при чему су испитаници женског пола чешће имали умерена или тешка ограничења ($\chi^2=42,595$, $df=2$, $p<0,001$). Такође, испитаници у старосној групи од 65-69 најчешће нису имали никаква ограничења, док су се умерена до тешка ограничења најчешће јављала код испитаника у старосним групама преко 75 година ($\chi^2=490,383$, $df=10$, $p<0,001$). Што се тиче брачног статуса, највећи проценат оних који немају ограничења су у браку или ванбрачној заједници (63,1%), док су они који имају блага (52,9%) или умерена до тешка ограничења (53,7%) учесталије удовци/удовице ($\chi^2=146,304$, $df=6$, $p<0,001$). Сем ових, са ограничењима активности личне неге су били повезани тип домаћинства ($\chi^2=375,753$, $df=12$, $p<0,001$), регион ($\chi^2=20,428$, $df=$, $p<0,01$), ниво образовања ($\chi^2=375,753$, $df=10$, $p<0,001$) и радни статус ($\chi^2=136,783$, $df=10$, $p<0,001$) (Табела 33).

Табела 33. Утицај социодемографских карактеристика на ограничења везана за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Пол				
Мушки	47,9	35,5	34,9	0,000
Женски	52,1	64,5	65,1	
Старосне категорије				
65-69	42,1	18,9	14,0	0,000
70-74	27,5	22,2	14,3	
75-79	16,2	18,8	23,5	
80-84	10,3	22,5	21,0	
85-89	3,2	13,2	19,1	
90+	0,6	4,4	8,1	
Брачни статус				
Неудата/неожењен	2,2	1,3	3,7	0,000
У браку/ванбрачној заједници	63,1	43,0	40,6	
Удовац/ица	31,0	52,9	53,1	
Разведен/а	3,7	2,8	2,6	
Број чланова домаћинства				
1-5 чланова	84,3	84,4	87,1	0,694
6-10 чланова	15,4	15,3	12,9	
11-15 чланова	0,3	0,3	0,0	
Тип домаћинства				
Самачка домаћинства	16,1	22,7	18,0	0,000
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	0,1	0,0	0,0	
Један родитељ са децом старом 25 и више година	6,2	8,6	9,2	
Парови без деце	31,0	21,7	22,4	
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	0,4	0,0	0,0	
Парови са децом старом 25 и више година	10,4	5,6	5,5	
Остала домаћинства	35,8	41,4	44,9	
Регион				
Београдски регион	23,6	21,7	18,4	0,002
Регион Војводине	24,3	18,8	21,7	
Регион Шумадије и Западне Србије	29,5	31,4	30,9	
Регион Јужне и Источне Србије	22,6	28,1	29,0	
Тип насеља				
Градска насеља	54,8	51,2	52,9	0,234
Остала насеља	45,2	48,8	47,1	
Ниво образовања				
Без школе	3,1	11,2	23,2	0,000
Непотпуна основна школа	12,5	23,1	25,4	
Основна школа	24,4	29,5	26,8	
Средња школа	43,0	27,7	21,7	
Висока или виша школа	15,7	8,4	2,6	
Магистеријум или докторат	1,4	0,2	0,6	
Радни статус				
Запослен	0,9	0,0	0,0	0,000
Незапослен	2,6	3,5	4,0	
У пензији	90,9	90,0	84,6	
Неспособан за рад	0,3	1,2	7,0	
Домаћица	4,7	4,6	4,0	
Друго	0,6	0,8	0,4	

* χ^2 тест

Проценат најсиромашнијих испитаника је био значајно нижи код оних без ограничења, односно износио је 17,0%, док је код оних који су имали блага ограничења био 30,3%, а оних који су имали умерена до тешка ограничења износио 28,3%. Учесталост пацијената у односу на индекс благостања приказан је на Графикону 11 ($\chi^2=91,977$, $df=8$, $p<10,00$).



Графикон 11. Повезаност индекса благостања и ограничења активности личне неге

4.3.2. Утицај менталног здравља и социјалне подршке на ограничења активности личне неге

Ментално здравље је показало значајну повезаност са ограничењима активности личне неге ($\chi^2=888,217$, $df=8$, $p<0,001$), при чему је највећи проценат оних који нису имали никаква ограничења такође нису имали ни симптоме депресије (90,1%). Са друге стране, испитаници са умереним до тешким ограничењима су најшеће имали благе симптоме депресије (42,7%), али су у одређеном проценту имали и умерено тешке (11,4%) или тешке депресивне епизоде (5,4%). Што се тиче социјалне подршке показано је да са умереним до тешким ограничења расте и проценат умерене (21,5%) и јаке социјалне подршке (1,7%) ($\chi^2=40,913$, $df=4$, $p<0,001$) као што је приказано у Табели 34.

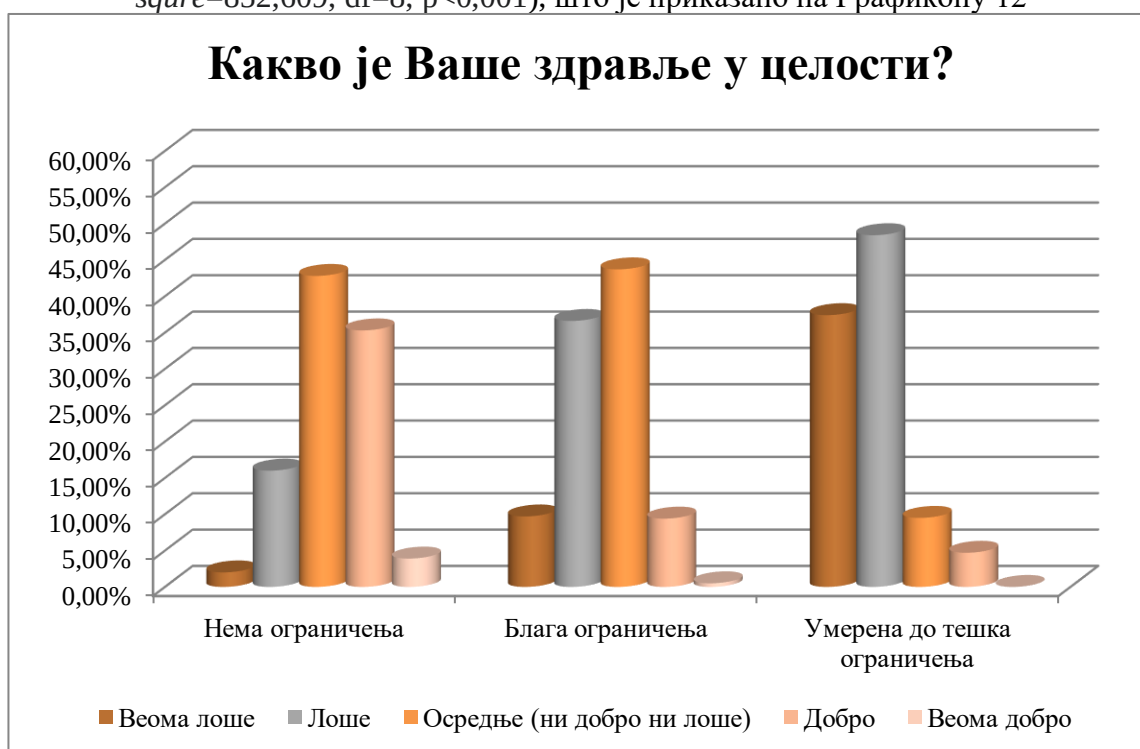
Табела 34. Повезаност менталног здравља и социјалне подршке са ограничењима везаним за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Ментално здравље				
Нема симптоме депресије	90,1	60,0	23,2	0,000
Благи симптоми депресије	8,0	30,9	42,7	
Умерена депресивна епизода	1,3	6,4	17,3	
Умерено тешка депресивна епизода	0,4	2,3	11,4	
Тешка депресивна епизода	0,1	0,4	5,4	
Социјална подршка				
Лоша социјална подршка	87,3	79,9	76,9	0,000
Умерена социјална подршка	12,5	19,8	21,5	
Јака социјална подршка	0,2	0,4	1,7	

* χ^2 тест

4.3.3. Утицај здравственог стања на ограничења активности личне неге

Испитаници који су имали умерена до тешка ограничења су у највећем проценту своје здравље у целости оценили као лоше (48,4%) или веома лоше (37,4%) ($Chi\ square=852,609$, $df=8$, $p<0,001$), што је приказано на Графикону 12



Графикон 12. Повезаност самопроцене стања здравља у целости и ограничења активности личне неге

Код испитаника са умереним до тешким ограничењима је и значајно више била заступљена дуготрајна болест (91,9%) ($Chi\ square=60,640$, $df=2$, $p<0,001$). Ови испитаници су такође најчешће сматрали да су озбиљно ограничени због неког здравственог проблема у обављању активности које обично раде други људи (87,9%) ($Chi\ square=1199,959$, $df=4$, $p<0,001$), као и да то ограничење траје најмање 6 месеци (97,8%) ($Chi\ square=91,138$, $df=2$, $p<0,001$), што је приказано у Табели 35.

Табела 35. Утицај општег здравственог стања на ограничења везана за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?				
Да	74,3	83,5	91,9	0,000
Не	25,7	16,5	8,1	
Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи?				
Озбиљно ограничени	10,1	37,6	87,9	0,000
Ограничени, али не озбиљно	35,5	45,8	11,8	
Нисте уопште ограничени	54,4	16,6	0,4	
Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?				
Да	76,2	88,7	97,8	0,000
Не	23,8	11,3	2,2	

* χ^2 тест

4.3.4. Утицај хроничних болести на ограничења активности личне неге

Повезаност присуства хроничних болести и ограничења активности личне неге приказана је у Табели 36. Скоро све испитиване хроничне болести су биле значајно повезане са ограничењима везаним за активности личне неге ($p < 0,05$), при чему је присуство сваке од њих било најзаступљеније код пацијената са умереним до тешким ограничењима. Једино се присуство алергија ($Chi\ square = 0,026$, $df = 2$, $p = 0,270$) и повишеног холестерола ($Chi\ square = 0,038$, $df = 2$, $p = 0,067$) није значајно разликовало у зависности од степена ограничења активности личне неге.

Табела 36. Повезаност хроничних болести и ограничења везаних за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Астма				
Да	5,2	8,6	10,3	0,000
Не	94,8	91,4	89,7	
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем				
Да	5,9	8,2	10,7	0,002
Не	94,1	91,8	89,3	
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда				
	4,2	6,4	6,6	0,020
	95,8	93,6	93,4	
Коронарна болест срца или ангина пекторис				
Да	21,5	30,9	31,7	0,000
Не	78,5	69,1	68,3	
Хипертензија				
Да	61,6	71,6	64,2	0,000
Не	38,4	28,4	35,8	
Мождани удар				
Да	1,9	5,3	16,9	0,000
Не	98,1	94,7	83,1	
Артроза				
Да	13,7	28,5	35,2	0,000
Не	86,3	71,5	64,8	
Болни поремећај у доњем делу леђа				
Да	27,7	42,7	47,8	0,000
Не	72,3	57,3	52,2	
Болни поремећај у вратном делу кичме				
Да	19,8	29,8	39,3	0,000
Не	80,2	70,2	60,7	
Дијабетес				
Да	17,8	21,6	22,6	0,023
Не	82,2	78,4	77,4	
Алергија				
Да	7,8	9,7	7,4	0,270
Не	92,2	90,3	92,6	
Цироза јетре				
Да	0,3	0,7	2,2	0,000
Не	99,7	99,3	97,8	
Немогућност задржавања мокраће				
Да	7,3	16,6	29,8	0,000
Не	92,7	83,4	70,2	
Бубрежни проблеми				
Да	6,5	11,9	14,0	0,000
Не	93,5	88,1	86,0	
Депресија				
Да	5,2	11,5	23,0	0,000
Не	94,8	88,5	77,0	
Повишен холестерол				
Да	19,9	24,1	20,7	0,067
Не	80,1	75,9	79,3	
Малигно обољење				
Да	3,0	4,4	8,8	0,000
Не	97,0	95,6	91,2	

* χ^2 тест

4.3.5. Утицај коришћења болничке и ванболничке здравствене заштите на ограничења активности личне неге

У Табели 37 приказана је повезаност коришћења болничке здравствене заштите и ограничења активности личне неге. На болничком лечењу у претходних 12 месеци су најчешће били пацијенти са умереним до тешким ограничењима (31,0%) ($\chi^2=96,585$, $df=2$, $p<0,001$), који су најчешће били и дневни пацијенти у том периоду (16,3%) ($\chi^2=27,554$, $df=2$, $p<0,001$). Насупрот томе, пацијенти са благим ограничењима су најчешће били на болничком лечењу више од месец дана (14,6%) ($\chi^2=8,578$, $df=2$, $p<0,05$).

Табела 37. Повезаност коришћења болничке здравствене заштите са ограничењима везаним за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?				
Да	11,1	18,6	31,0	0,000
Не	88,9	81,4	69,0	
Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?				
До месец дана	93,6	85,4	85,9	0,014
Преко месец дана	6,4	14,6	14,1	
Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент ...?				
Да	8,5	13,4	16,3	0,000
Не	91,5	86,6	83,7	
У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент? број пријема				
До пет пута	87,3	78,7	72,5	0,026
Преко пет пута	12,7	21,3	27,5	

Табела 38 приказује повезаност коришћења ванболничке здравствене заштите и ограничења везаних за активности личне неге. Пацијенти са умереним до тешким ограничењима су у већој мери посећивали лекаре специјалисте ($\chi^2=12,341$, $df=4$, $p<0,05$) односно њих 60%, док је такође значајно већи проценат ових испитаника у претходних 12 месеци користили неки облик кућне неге (31,4%) у односу на оне са благим (7,7%) или без ограничења (1,9%) ($\chi^2=470,549$, $df=2$, $p<0,001$). Насупрот томе, пацијенти са који су најучесталије користили услуге приватне праксе су они са благим ограничењима (25,5%) ($\chi^2=10,868$, $df=2$, $p<0,01$). Остале карактеристике нису биле повезане са ограничењима активности личне неге.

Табела 38. Повезаност коришћења ванболничке здравствене заштите са ограничењима везаним за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?				
Пре мање од 12 месеци	82,7	82,30	76,5	0,089
Пре више од 12 месеци	16,8	17,5	23,1	
Никада	0,5	0,2	0,4	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи				
Да	94,7	96,2	95,5	0,292
Не	5,3	3,8	4,5	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси				
Да	4,6	4,5	7,5	0,100
Не	95,4	95,5	92,5	
Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?				
Пре мање од 12 месеци	54,0	59,7	60,2	0,015
Пре више од 12 месеци	40,7	36,3	37,6	
Никада	5,3	4,0	2,3	
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?				
Да	1,9	7,7	31,4	0,000
Не	98,1	92,3	68,6	
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?				
Да	25,5	20,2	19,6	0,004
Не	74,5	79,8	80,4	

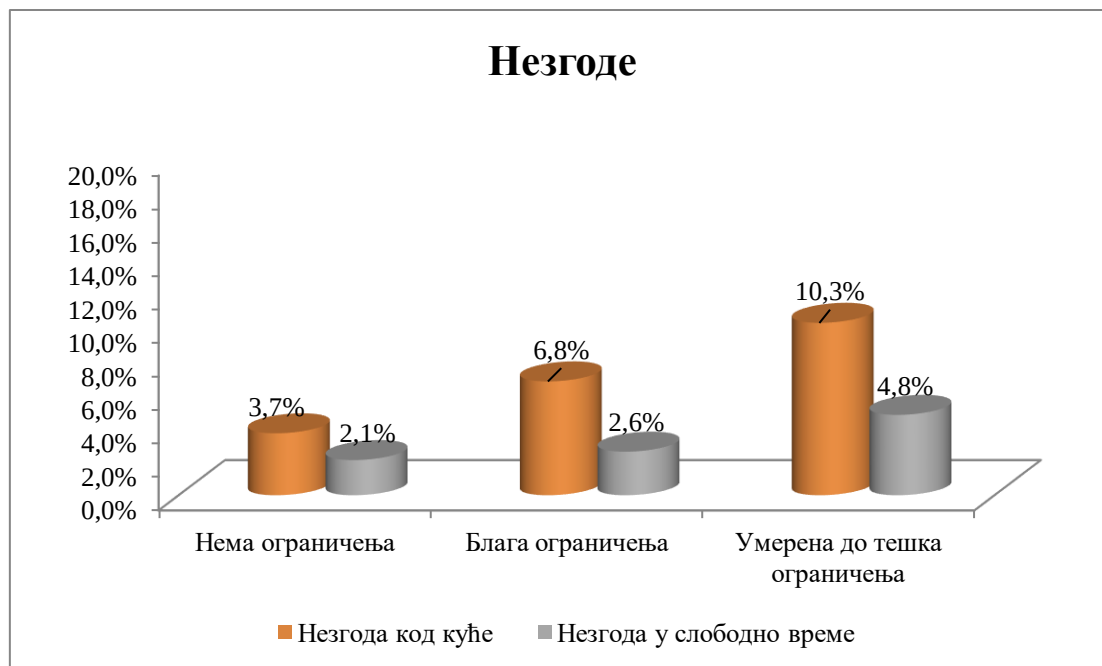
Испитаници без ограничења чешће нису користили лекове или биљна лековита средстава или витамине (57,0%) у односу на пацијенте са благим (47,3%) или умереним до тешким ограничењима (47,3%) ($\chi^2=20,398$, $df=2$, $p<0,001$), што је приказано на Графикону 13.



Графикон 13. Повезаност примене лекова или биљних средстава или витамина и ограничења активности личне неге

4.3.6. Повезаност повреда са ограничењима активности личне неге

Није показана статистички значајна повезаност незгода у друмском саобраћају које су довеле до повређивања код пацијената који у односу на степен ограничења активности личне неге ($\chi^2=1,003$, $df=2$, $p=0,606$). Што се тиче незгода код куће ($\chi^2=30,755$, $df=2$, $p=0,000$) или незгода у слободно време ($\chi^2=7,638$, $df=2$, $p=0,022$), показана је статистички значајна повезаност у учесталости у односу на степен ограничења, односно испитаници са умереним до тешким ограничењима су чешће имали незгоде код куће или су слободно време, што је приказано на Графикону 14.



Графикон 14. Повезаност незгода код куће и у слободно време и ограничења активности личне неге

На питање *Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?* постојала је разлика у одговорима у односу на степен ограничења активности личне неге ($\chi^2=26,764$, $df=6$, $p=0,000$) (Табеле 39).

Табела 39. Повезаност коришћења медицинске помоћи због незгода и ограничења везаних за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?				
Да, примљен у болницу/задржан преко ноћи	19,4	23,6	58,8	0,000
Да, примљен у болницу/није задржан преко ноћи	40,0	34,5	32,4	
Да, од стране лекара или медицинске сестре	20,0	18,2	2,9	
Не	20,6	23,6	5,9	

4.3.7. Повезаност болова и ограничења активности личне неге

Показано је да пацијенти без ограничења у највећој мери нису имали болове у претходне четири недеље (51,8%), док су пацијенти са умереним до тешким ограничењима најчешће имали умерене (37,4%) или јаке болове (23,2%) ($\chi^2=461,211$, $df=10$, $p<0,001$). Током претходне четири недеље, ове пацијенте је бол прилично (35,3%) или веома (34,1%) ометати у нормалном послу ($\chi^2=305,968$, $df=8$, $p<0,001$) (Табела 40).

Табела 40. Повезаност болова и ограничења везаних за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?				
Нисам	51,8	23,5	11,6	0,000
Веома благе	15,2	17,7	7,4	
Благе	13,4	19,1	8,4	
Умерене	13,6	24,1	37,4	
Јакe	4,8	12,6	23,2	
Веома јакe	1,2	3,0	12,1	
Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?				
Нимало	13,8	4,4	1,8	0,000
Мало	40,6	28,5	6,6	
Умерено	27,6	32,4	22,2	
Прилично	13,2	23,6	35,3	
Веома	4,8	11,1	34,1	

4.3.8. Повезаност насиља и ограничења активности личне неге

Када је испитивано да ли постоји повезаност између физичког, психичког и сексуалног насиља и ограничења активности личне неге показано је да су пацијенти са умереним и тешким ограничењима чешће били изложени физичком насиљу (1,7%) у односу на пацијент без (0,1%) и са благим ограничењима (0,5%) (*Chi Square*=8,696, *df*=2, *p*<0,05). Значајан повезаност није постојала у погледу психичког (*Chi Square*=1,034, *df*=2, *p*>0,05) и сексуалног насиља (*Chi Square*=0,428, *df*=2, *p*>0,05) (Табела 41).

Табела 41. Утицај коришћења болничке здравствене заштите на ограничења везана за активности личне неге

		Активности личне неге (ADL)			p*
		Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?					
Да		0,1	0,5	1,7	0,013
Не		99,9	99,5	98,3	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању...)?					
Да		0,5	0,9	0,0	0,596
Не		99,5	99,1	100,0	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?					
Да		0,2	0,0	0,0	0,807
Не		99,8	100,0	100,0	

4.3.9. Повезаност неостварених потребе за здравственом заштитом и ограничења активности личне неге

Испитаници који су имали блага (18,5%) или умерена до тешка ограничења (19,9%) су учесталије одговорила потврдно да у претходних 12 месеци нису добили здравствену заштиту на време јер су предуго чекали у односу на оне без ограничења (12,3%) (*Chi Square*=28,503, *df*=4, *p*>0,001). Такође, испитаница са умереним до тешким ограничењима су чешће остали без здравствене заштите због удаљености или проблема са превозом (18,2%) (*Chi Square*=108,248, *df*=4, *p*>0,001) или због финансијских разлога (27,8) (*Chi Square*=97,749, *df*=4, *p*>0,001). Ови испитаници су такође, статистички значајно чешће рекли да су имали потребу за прописаним лековима (*Chi Square*=28,503,

df=4, p>0,001) или заштитом менталног здравља (*Chi Square*=28,503, df=4, p>0,001) али је нису приуштили због финансијских разлога (Табела 42).

Табела 42. Утицај коришћења болничке здравствене заштите на ограничења везана за активности личне неге

	Активности личне неге (ADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?				
Да	12,3	18,5	19,9	0,000
Не	65,1	61,0	67,2	
Није било потребе	22,6	20,5	12,9	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?				
Да	3,3	8,5	18,2	0,000
Не	72,3	70,3	69,0	
Није било потребе	24,4	21,2	12,8	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	8,9	17,6	27,8	0,000
Не	66,1	61,4	61,5	
Није било потребе	25,0	21,0	10,7	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	7,4	15,1	27,1	0,000
Не	68,2	64,6	61,7	
Није било потребе	24,4	20,3	11,2	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	0,9	2,5	9,6	0,000
Не	34,5	41,0	46,0	
Није било потребе	64,6	56,5	44,4	

4.3.10. Униваријантна и мултиваријантна регресиона анализа предиктора ограничења активности личне неге

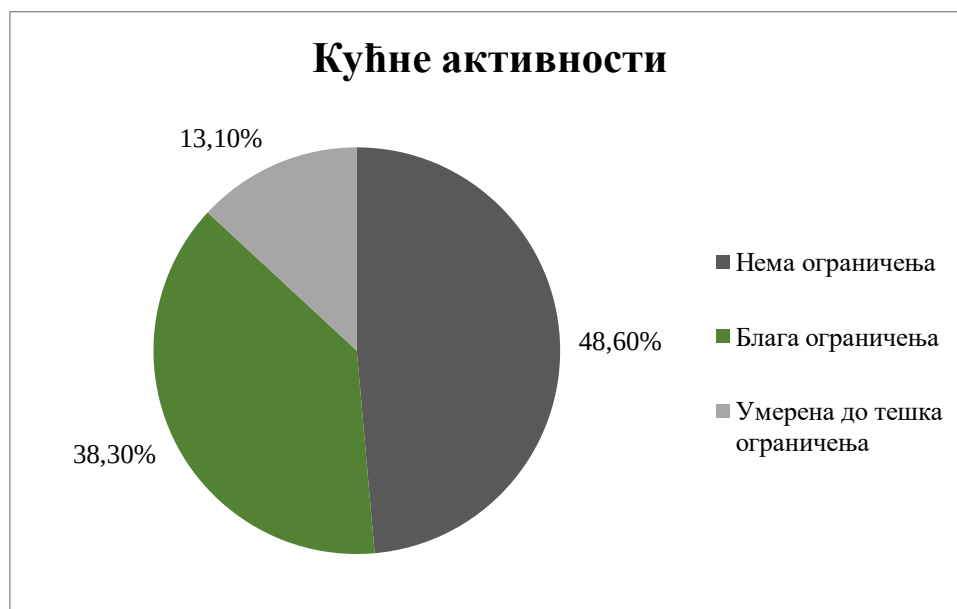
Разматрањем статистички значајних предиктора ограничења активности личне неге, у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, пол, ниво образовања, радни статус, брачни статус, самопроцена здравља, присуство дијабетеса, ограничење због присутних болова, потреба за кућном негом, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 43. Испитаници који су проценили своје здравље као осредње, имали су за 87,5% мање шансе да припадају групи испитаника који имају ограничења активности личне неге, у односу на испитанике који су своје здравље проценили као веома лоше. Вероватноћа да ће испитаници који су пензионисани припадати групи испитаника који имају ограничења активности личне неге, већа је 31,4 пута, у односу на испитанике који су незапослени. Са порастом скора менталног здравља за једну јединицу, вероватноћа да ће испитаници припадати категорији која има одређена ограничења активности личне неге, већа је за 19,6% (Табела 43).

Табела 43. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора ограничења активности личне неге

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	p	Количник шансе	p
Самопроцена здравља (осредње vs. веома лоше)	0,056(0,031-0,102)	<0,001	0,125(0,037-0,415)	<0,005
Радни статус (пензионисани vs. незапослени)	5,182(1,669-16,085)	<0,001	31,402(1,231-800,842)	<0,05
Скор менталног здравља	1,191(1,147-1,237)	<0,001	1,196 (1,092-1,310)	<0,001

4.4. Анализа фактора који утичу на ограничења кућних активности

На основу вредности IADL скорa који се односи на инструменталне активности дневног живота, односно кућне активности испитаници су сврстане у три групе: без ограничења (вредност скорa 0), блага ограничења (скор 1-7) и умерена до тешка ограничења (скор 8-21). Расподела пацијената у односу на ограничења везана за активности личне неге су приказана на Графикону 15



Графикон 15. Расподела испитаника у односу на степен ограничења везаних за кућне активности

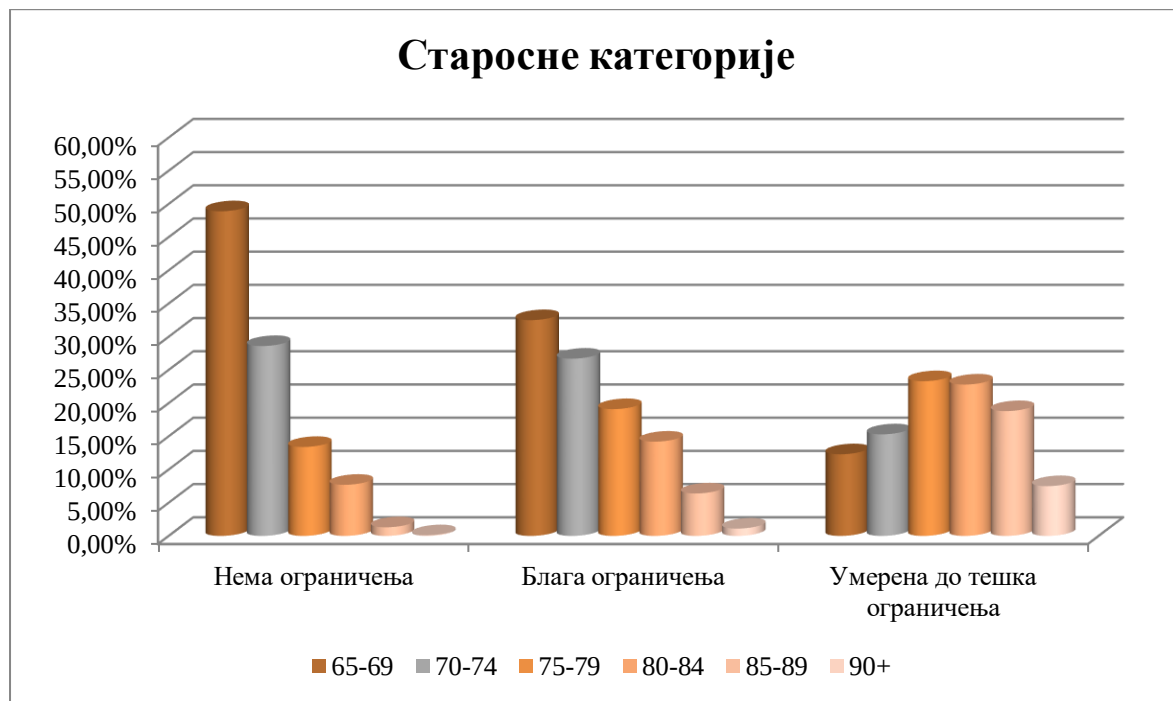
4.4.1. Утицај социодемографских карактеристика на ограничења кућних активности

Што се тиче социодемографских карактеристика, показана је значајна разлика у ограничењима активности личне неге у односу на пол, односно испитаници женског пола су чешће имали умерена или тешка ограничења (69,4%) у односу на мушки пол ($\chi^2=94,895$, $df=2$, $p<0,001$). Узимајући у обзир брачни статус, испитаници без ограничења су у најчешће спадали у групу оних који су у браку или ванбрачној заједници (65,9%), док су они који умерена до тешка ограничења (60,3%) учесталије спадали у групу удовци/удовице ($\chi^2=174,493$, $df=6$, $p<0,001$). Испитаници са умереним до тешким ограничењима су у највећем проценту били из региона Шумадије и Западне Србије (29,8%), са благим ограничењима (30,9%) из региона Јужне и Источне Србије (30,9%), док су испитаници без ограничења најчешће били из региона Војводине (30,2%) ($\chi^2=93,655$, $df=6$, $p<0,001$). Сем наведених, са ограничењима кућних активности су били повезани тип домаћинства ($\chi^2=122,503$, $df=12$, $p<0,001$), ниво образовања ($\chi^2=456,259$, $df=10$, $p<0,001$), радни статус ($\chi^2=105,916$, $df=10$, $p<0,001$) и индекс благостања ($\chi^2=108,538$, $df=8$, $p<0,001$) (Табела 44).

Табела 44. Утицај социодемографских карактеристика на ограничења везана за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Пол				
Мушки	49,8	33,2	30,6	0,000
Женски	50,2	66,8	69,4	
Брачни статус				
Неудата/неожењен	2,9	1,5	3,0	0,000
У браку/ванбрачној заједници	65,9	52,2	34,9	
Удовац/ица	27,4	41,5	60,3	
Разведен/а	3,8	4,8	1,8	
Број чланова домаћинства				
1-5 чланова	85,3	87,6	84,7	0,386
6-10 чланова	14,4	12,2	15,0	
11-15 чланова	0,3	0,2	0,3	
Тип домаћинства				
Самачка домаћинства	16,3	23,7	20,3	0,000
Један родитељ са бар једним дететом млађим од 25 година	0,1	0,1	0,0	
Један родитељ са децом старом 25 и више година	5,6	7,6	10,5	
Парови без деце	34,3	26,8	18,3	
Парови са бар једним дететом млађим од 25 година	0,6	0,0	0,0	
Парови са децом старом 25 и више година	11,9	7,4	4,0	
Остала домаћинства	31,2	34,5	46,9	
Регион				
Београдски регион	27,1	23,0	19,0	0,000
Регион Војводине	30,2	18,3	22,8	
Регион Шумадије и Западне Србије	23,2	27,8	29,8	
Регион Јужне и Источне Србије	19,4	30,9	28,3	
Тип насеља				
Градска насеља	54,6	52,6	54,1	0,569
Остала насеља	45,4	47,4	45,9	
Ниво образовања				
Без школе	1,5	4,2	21,3	0,000
Непотпуна основна школа	9,3	16,8	26,6	
Основна школа	21,5	28,3	28,1	
Средња школа	47,4	37,9	20,6	
Висока или виша школа	18,2	12,1	3,3	
Магистеријум или докторат	2,1	0,8	0,3	
Радни статус				
Запослен	1,1	0,3	0,0	0,000
Незапослен	2,5	2,4	5,5	
У пензији	91,7	91,0	86,0	
Неспособан за рад	0,0	0,6	4,5	
Домаћица	4,3	5,4	3,5	
Друго	0,3	0,3	0,5	
Индекс благостања				
1-Најсиромашнији	13,8	23,9	29,6	0,000
2	20,1	22,7	24,6	
3	23,2	22,0	19,3	
4	22,2	19,0	17,0	
5-Најбогатији	20,7	12,4	9,5	

Показана је статистички значајна повезаност између старости и степена ограничења кућних активности ($Chi\ Square=529,440$, $df=10$, $p<0,001$), указујући да су се умерена до тешка ограничења јављала учесталије код пацијената у старосним групама 80-84 (22,8%), 85-89 (18,8%) и преко 90 година старости (7,5%) за разлику од пацијената без ограничења чије је проценат значајно већи код испитаника старости 65-69 (48,9%) и 70-74 година (28,6%) (Графикон 16).



Графикон 16. Повезаност старости и ограничења кућних активности

4.4.2. Утицај менталног здравља и социјалне подршке на ограничења кућних активности

Постојала је статистички значајан повезаност менталног здравље са ограничењима кућних активности ($Chi\ square=749,886$, $df=8$, $p<0,001$), односно, без симптома депресије је био највећи проценат оних који нису имали ограничења кућних активности (95,0%) или оних који су имали блага ограничења (79,5%). Насупрот томе, испитаници са умереним до тешким ограничењима су најчешће имали благе симптоме депресије (41,4%). Резултати су такође показали да са повећаним степеном ограничења расте и степен умерене или јаке социјалне подршке ($Chi\ square=15,117$, $df=4$, $p<0,01$) (Табела 45).

Табела 45. Повезаност менталног здравља и социјалне подршке са ограничењима везанима за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Ментално здравље				
Нема симптоме депресије	95,0	79,5	33,6	0,004
Благи симптоми депресије	3,9	17,1	41,4	
Умерена депресивна епизода	0,7	2,7	12,9	
Умерено тешка депресивна епизода	0,3	0,5	8,8	
Тешка депресивна епизода	0,1	0,2	3,4	
Социјална подршка				
Лоша социјална подршка	87,3	84,0	80,8	0,000
Умерена социјална подршка	12,3	15,9	18,1	
Јака социјална подршка	0,3	0,2	1,0	

4.4.3. Утицај здравственог стања на ограничења кућних активности

Испитаници без ограничења кућних активности су своје здравље најчешће оценили као добро (43,2%), док они који су имали умерена до тешка ограничења су у највећем проценту своје здравље у целости оценили као лоше (45,5%) или веома лоше (27,4%) ($\chi^2=731,530$, $df=8$, $p<0,001$), као што је приказано на Графикону 17.



Графикон 17. Повезаност самопроцене стања здравља у целости и ограничења кућних активности

Присуство неке дуготрајне болести или здравственог проблема је било заступљеније код испитаника који су имали умерена до тешка ограничења (91,2%) у односу на оне са благим (83,3%) или без ограничења (67,7%) кућних активности ($\chi^2=142,998$, $df=2$, $p<0,001$). Ови испитаници су такође најчешће сматрали да су озбиљно ограничени

због неког здравственог проблема у обављању активности које обично раде други људи (77,7%) ($\chi^2=1424,371$, $df=4$, $p<0,001$). Статистички значајно више, односно 97,4% испитаника са умереним до тешким ограничењима је навело да им ограничење због присуства трајне болести или здравственог проблема траје најмање 6 месеци ($\chi^2=133,457$, $df=2$, $p<0,001$) (Табела 46).

Табела 46. Утицај општег здравственог стања на ограничења везана за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем (...у трајању или се очекује да ће трајати најмање 6 месеци)?				
Да	67,7	83,3	91,2	0,000
Не	32,3	16,7	8,8	
Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи?				
Озбиљно ограничени	4,8	17,0	77,7	0,000
Ограничени, али не озбиљно	26,7	52,1	20,3	
Нисте уопште ограничени	68,5	30,9	2,0	
Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?				
Да	66,5	81,6	97,4	0,000
Не	33,5	18,4	2,6	

* χ^2 тест

4.4.4. Утицај хроничних болести на ограничења кућних активности

Када је испитивана повезаност одређених хроничних болести са присутним ограничењима кућних активности показано је да је присуство већине хроничних болести било најзаступљеније код пацијената са умереним до тешким ограничењима ($p<0,05$), сем присуства хипертензије које је било најучесталије код пацијената са благим ограничењима (71,3%). Статистички значајна повезаност није постојала само код присуства инфаркта миокарда или хроничних последица инфаркта миокарда ($\chi^2=5,272$, $df=2$, $p=0,068$), као и код присуства алергија ($\chi^2=0,056$, $df=2$, $p=0,972$). Повезаност присуства хроничних болести и ограничења кућних активности приказана је у Табели 47.

Табела 47. Повезаност хроничних болести и ограничења везаних за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Астма				
Да	3,8	7,6	9,3	0,000
Не	96,2	92,4	90,7	
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем				
Да	4,8	7,8	11,1	0,000
Не	95,2	92,2	88,9	
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда				
Да	3,6	5,0	6,0	0,068
Не	96,4	95,0	94,0	
Коронарна болест срца или ангина пекторис				
Да	16,1	28,2	34,9	0,000
Не	83,9	71,8	65,1	
Хипертензија				
Да	57,0	71,3	69,3	0,000
Не	43,0	28,7	30,7	
Мождани удар				
Да	1,4	2,4	11,0	0,000
Не	38,6	97,6	89,0	
Артроза				
Да	11,3	20,8	34,0	0,000
Не	88,7	79,2	66,0	
Болни поремећај у доњем делу леђа				
Да	34,7	35,4	47,6	0,000
Не	75,3	64,6	52,4	
Болни поремећај у вратном делу кичме				
Да	18,9	25,2	35,3	0,000
Не	81,1	74,8	64,7	
Дијабетес				
Да	17,1	20,8	26,9	0,000
Не	82,9	79,2	73,1	
Алергија				
Да	8,7	8,6	9,0	0,972
Не	91,3	91,4	91,0	
Цироза јетре				
Да	0,3	0,3	2,0	0,000
Не	99,7	99,7	98,0	
Немогућност задржавања мокраће				
Да	5,5	10,4	26,3	0,000
Не	94,5	89,6	73,7	
Бубрежни проблеми				
Да	5,1	8,6	14,6	0,000
Не	94,9	91,4	85,4	
Депресија				
Да	3,9	8,4	19,2	0,000
Не	96,1	91,6	80,8	
Повишен холестерол				
Да	18,8	23,7	23,0	0,006
Не	81,2	76,3	77,0	
Малигно обољење				
Да	2,2	4,5	7,0	0,000
Не	67,8	95,5	93,0	

* χ^2 тест

4.4.5. Утицај коришћења болничке и ванболничке здравствене заштите на ограничења кућних активности

На болничком лечењу у претходних 12 месеци су најчешће били пацијенти са умереним до тешким ограничењима кућних активности (27,4%) у односу на пацијенте са благим (15,7%) или без ограничења (8,4%) кућних активности ($\chi^2=102,228$, $df=2$, $p<0,001$). Ови пацијенти су такође учесталије били на болничком лечењу преко месец дана (19,0) ($\chi^2=16,901$, $df=2$, $p<0,001$), као и дневни пацијенти у том периоду (14,9%) ($\chi^2=17,425$, $df=2$, $p=0,000$). У Табели 48 приказана је повезаност коришћења болничке здравствене заштите и ограничења кућних активности.

Табела 48. Повезаност коришћења болничке здравствене заштите са ограничењима везаним за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?				
Да	8,4	15,7	27,4	0,000
Не	91,6	84,3	72,6	
Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?				
До месец дана	90,1	96,1	81,0	0,000
Преко месец дана	9,9	3,9	19,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент ...?				
Да	8,0	10,2	14,9	0,000
Не	92,0	89,8	85,1	
У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент? број пријема				
До пет пута	87,5	84,8	75,4	0,124
Преко пет пута	12,5	15,2	24,6	

У Табела 49 приказана је повезаност коришћења ванболничке здравствене заштите и ограничења везаних за кућне активности. Пацијенти са благим ограничењима кућних активности су у већој мери посећивали лекаре специјалисте пре мање од 12 месеци (60,5%) ($\chi^2=29,096$, $df=4$, $p<0,001$). Значајно већи проценат испитаника са умереним до тешким ограничењима је у претходних 12 месеци користио неки облик личне неге (23,4%) у односу на оне са благим (3,8%) или без ограничења (1,1%) ($\chi^2=331,252$, $df=2$, $p<0,001$). Насупрот томе, пацијенти без ограничења су најучесталије користили услуге приватне праксе (27,0%) ($\chi^2=14,290$, $df=2$, $p<0,01$). Остале испитиване карактеристике нису биле повезане са ограничењима кућних активности ($p>0,05$).

Табела 49. Повезаност коришћења ванболничке здравствене заштите са ограничењима везаним за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?				
Пре мање од 12 месеци	80,6	87,6	78,8	0,000
Пре више од 12 месеци	18,8	12,3	21,0	
Никада	0,6	0,2	0,3	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У државној установи				
Да	95,5	94,5	96,2	0,314
Не	4,5	5,5	3,8	
Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра? У приватној пракси				
Да	4,2	5,5	5,9	0,196
Не	95,8	94,5	94,1	
Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?				
Пре мање од 12 месеци	51,3	60,5	56,4	0,000
Пре више од 12 месеци	42,4	36,0	40,1	
Никада	6,3	3,4	3,6	
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?				
Да	1,1	3,8	23,4	0,000
Не	98,9	96,2	76,6	
Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?				
Да	27,0	24,2	17,8	0,001
Не	73,0	75,8	82,2	

Испитаници без ограничења чешће нису користили лекове или биљна лековита средстава или витамине (59,9%) у односу на пацијенте са благим (48,3%) или умереним до тешким ограничењима (48,7%) ($\chi^2=39,054$, $df=2$, $p<0,001$), што је приказано на Графикону 18.



Графикон 18. Повезаност примене лекова или биљних средстава или витамина и ограничења кућних активности

4.4.6. Повезаност повреда са ограничењима кућних активности

Није постојала статистички значајна повезаност незгода у друмском саобраћају које су довеле до повређивања код пацијената који у односу на степен ограничења кућних активности ($\chi^2=0,496$, $df=2$, $p=0,780$). У односу на незгоде код куће ($\chi^2=23,922$, $df=2$, $p<0,001$) или незгоде у слободно време ($\chi^2=7,615$, $df=2$, $p=0,022$), показана је статистички значајна повезаност у учесталости у односу на степен ограничења, односно испитаници са умереним до тешким ограничењима су чешће имали незгоде код куће (9,6%) или су слободно време (4,3%) (Табела 50).

Табела 50. Повезаност коришћења ванболничке здравствене заштите и ограничења везаних за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?				
Незгода у друмском саобраћају				
Да	0,7	0,9	0,5	0,780
Не	99,3	99,1	99,5	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?				
Незгода код куће				
Да	3,8	4,4	9,6	0,000
Не	96,2	95,6	90,4	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?				
Незгода у слободно време				
Да	1,9	2,5	4,3	0,022
Не	98,1	97,5	95,7	
Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?				
Да, примљен у болницу/задржан преко ноћи	15,7	25,6	45,7	0,005
Да, примљен у болницу/није задржан преко ноћи	42,7	34,1	34,8	
Да, од стране лекара или медицинске сестре	18,0	22,0	4,3	
Не	23,6	18,3	15,2	

4.4.7. Повезаност болова и ограничења кућних активности

У Табели 51 приказано је да пацијенти без ограничења кућних активности у највећој мери нису имали болове у претходне четири недеље (58,7%), док су пацијенти са умереним до тешким ограничењима најчешће имали умерене (38,0%) или јаке болове (16,8%) ($\chi^2=446,885$, $df=10$, $p<0,001$). Током претходне четири недеље, ове пацијенте је бол прилично (33,3%) или умерено (27,2%) ометао у нормалном послу ($\chi^2=319,688$, $df=8$, $p<0,001$).

Табела 51. Повезаност болова и ограничења везаних за за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље?				
Нисам	58,7	35,6	13,5	0,000
Веома благе	14,6	19,0	9,6	
Благе	11,8	17,7	13,9	
Умерене	10,2	19,3	38,0	
Јаке	3,7	7,3	16,8	
Веома јаке	1,1	1,2	8,3	
Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)?				
Нимало	18,0	6,9	1,1	0,000
Мало	45,2	38,7	12,6	
Умерено	22,4	34,1	27,2	
Прилично	9,9	15,9	33,3	
Веома	4,5	4,5	25,7	

4.4.8. Повезаност насиља и ограничења кућних активности

Испитивана је повезаност између физичког, психичког и сексуалног насиља и ограничења кућних активности. Значајан повезаност није постојала у погледу физичког ($Chi\ Square=3,442$, $df=2$, $p>0,05$), психичког ($Chi\ Square=0,415$, $df=2$, $p>0,05$) и сексуалног насиља ($Chi\ Square=1,586$, $df=2$, $p>0,05$) (Табела 52).

Табела 52. Повезаност насиља и ограничења везаних за за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?				
Да	0,0	0,4	0,0	0,179
Не	100,0	99,6	100,0	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању...)?				
Да	0,4	0,4	0,0	0,813
Не	99,6	99,6	100,0	
Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?				
Да	0,3	0,0	0,0	0,453
Не	99,7	100,0	100,0	

4.4.9. Повезаност неостварених потребе за здравственом заштитом и ограничења кућних активности

Испитаници са умереним до тешким ограничењима су учествовали потврдили да у претходних 12 месеци нису добили здравствену заштиту на време јер су предуго чекали (21,3%) у односу на оне са благим ограничењима (14,3%) или без ограничења (12,5%) ($Chi\ Square=53,218$, $df=4$, $p>0,001$). Такође, испитаница са умереним до тешким ограничењима кућних активности су чешће остали без здравствене заштите због удаљености или проблема са превозом (16,4%) ($Chi\ Square=139,680$, $df=4$, $p>0,001$) или због финансијских разлога (23,1%) ($Chi\ Square=89,722$, $df=4$, $p>0,001$). Статистички значајно чешће, испитаници са умереним до тешким ограничењима су рекли да су имали потребу за прописаним лековима ($Chi\ Square=134,400$, $df=4$, $p>0,001$) или

заштитом менталног здравља ($Chi\ Square=59,043$, $df=4$, $p>0,001$) али је нису приуштили због финансијских разлога (Табела 53).

Табела 53. Повезаност неостварених потреба за здравственом заштитом и ограничења везаних за кућне активности

	Кућне активности (IADL)			p*
	Нема ограничења (%)	Блага ограничења (%)	Умерена до тешка ограничења (%)	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали ...?				
Да	12,5	14,3	21,3	0,000
Не	61,1	67,9	66,6	
Није било потребе	26,3	17,8	12,2	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом?				
Да	2,5	5,2	16,4	0,000
Не	69,0	75,4	71,5	
Није било потребе	28,4	19,4	12,1	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за медицинском здр заштитом, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	9,0	12,5	23,1	0,000
Не	62,3	68,6	64,9	
Није било потребе	28,6	18,9	12,0	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за прописаним лековима, али их нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	6,8	10,9	23,0	0,000
Не	63,7	72,4	64,7	
Није било потребе	29,5	16,7	12,3	
Да ли сте у претходних 12 месеци имали потребу за заштитом менталног здравља, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога?				
Да	1,1	1,1	6,7	0,000
Не	37,0	38,4	44,0	
Није било потребе	61,9	60,5	49,3	

4.4.10. Униваријантна и мултиваријантна регресиона анализа предиктора ограничења кућних активности

Испитивањем статистички значајних предиктора ограничења кућних активности у модел бинарне логистичке регресије су унете следеће варијабле: индекс благостања, пол, ниво образовања, радни статус, брачни статус, присуство болног поремећаја у доњем делу леђа, ограничење због присутних болова, потреба за кућном негом, потреба за болничким лечењем, посета лекару специјалисти, неостварене потребе за здравственом заштитом због финансијских разлога, старост, скор менталног здравља и скор социјалне подршке. Варијабле које су задржале статистичку значајност у моделу бинарне логистичке регресије су приказане у Табели 54. Особе које су разведене имале су за скоро 3,4 пута већу шансу да припадају групи испитаника који имају ограничења кућних активности, у односу на особе које нису никада биле у емотивној заједници. Вероватноћа да ће особа која се изјаснила да јој је била неопходна кућна нега у претходних 12 месеци припадати групи испитаника који имају ограничења кућних активности већа је 2,8 пута у односу на особе којима није била неопходна кућна нега у претходних 12 месеци (Табела 54).

Табела 54. Унакрсни односи шанси и 95% интервали поверења предиктора ограничења кућних активности

	Униваријантна логистичка регресија		Мултиваријантна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Ниво образовања (висока школа vs. без школе)	0,098(0,060-0,158)	<0,001	0,318(0,135-0,751)	<0,01
Да ли сте имали потребу за медицинском здравственом заштитом али је нисте могли приуштити из финансијских разлога (није било потребе за медицинском здравственом заштитом vs. финансијски разлог није био ограничавајући фактор)	0,561(0,468-0,672)	<0,001	0,628(0,439-0,897)	<0,05
Брачни статус (разведени у односу на самце)	1,612(0,895-2,906)	<0,001	3,395(1,074-10,733)	<0,05
Старост	1,111(1,097-1,124)	<0,001	1,084(1,056-1,113)	<0,001
Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге? (да vs. не)	8,860(5,253-14,944)	<0,001	2,794(1,033-7,558)	<0,05
Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? (умерени болови vs. не)	4,314(3,447-5,398)	<0,001	1,704(1,073-2,704)	<0,05
Скор менталног здравља	1,411(1,357-1,466)	<0,001	1,252(1,169-1,340)	<0,001

5. ДИСКУСИЈА

Резултати анализе социодемографских карактеристика старог становништва пружају увид у кључне аспекте који обликују слику о овој популацији. Прво, примећујемо изражену премоћ жена у узорку, где женски део чини 55,1%, наспрам 44,9% мушкараца. Овај родни диспаритет може се објаснити дужим очекиваним животним веком жена или њиховом израженијом вољом да учествују у истраживањима. Осим тога, контекст Републике Србије је специфичан, обзиром на претходни период сукоба у коме је значајан део мушког становништва изгубио живот у ратовима. Ово је довело до већег броја жена у старосној категорији, што може утицати на динамику старог становништва и демографске тенденције. Укључивање овог контекстуалног аспекта је битно за боље разумевање друштвених и демографских динамика које обликују старо становништво у нашој земљи. Такође ниже стопе смртности код жена резултирају продуженим очекиваним трајањем живота, а са годинама, ово се манифестује и кроз нумеричку премоћ жена, посебно у старијим добима.. Просечна старост од 73,46 година наглашава да већина ове популације улази у старије животне фазе.

Едукативни профил испитаника јасно указује на премоћ оних са средњошколским образовањем (38,9%) и основном школом (25,4%). Ова значајна присутност одражава образовну динамику из прошлих деценија, где је образовање можда било мање доступно, посебно у време када су се ови испитаници школовали. Ови подаци бацају светло на друштвене и образовне трендове у прошлости и њихов утицај на образовни статус старијих особа данас. Образовна структура ове популације такође може указати на разлике у приступу здравственим услугама, могућностима запошљавања, као и у разумевању и примени информација о здрављу и превенцији. На пример, особе са вишим образовањем често имају већу здравствену писменост и боље разумевање здравствених савета, што може допринети бољем управљању здрављем у старијем добу. Додатно, ови подаци могу бити од посебног значаја за планирање програма и интервенција усмерених ка старијим особама са нижим нивоом образовања. Узимајући у обзир њихов образовни профил, такве интервенције би требало да буду прилагођене нивоу образовања и здравственој писмености како би биле ефикасне и приступачне. Кроз анализу социодемографских карактеристика посебно образовања које се показало као значајан предиктор у свим испитиваним категоријама желимо да укажемо на потребу за континуираним образовним програмима усмереним ка старијим особама, без обзира на њихов тренутни образовни статус. Ови програми могу имати двоструки циљ: подизање нивоа здравствене писмености и образовања старијих особа, као и пружање информација и вештина које су им корисне за одржавање здравља и добробити у каснијим годинама живота.

Анализом брачног статуса и структуре домаћинства, откривено је да већина испитаника (58,1%) чини брачни пар или пар у ванбрачној заједници. Ова значајна преваленција може се тумачити као одраз традиционалних друштвених вредности које подржавају брачну заједницу или као резултат економске стабилности повезане с заједничким животом. Такође, примећено је да већина испитаника живи у домаћинствима са 1-5 чланова (84,5%), што указује на средње величине породице, што може имати директни утицај на динамику породичних односа и потребе за социјалном подршком.

Географска дистрибуција испитаника, са највећим бројем долазака из Шумадије и Западне Србије (29,9%), сугерише на регионалне варијације међу испитаницима. Разлике у одабиру региона могу бити резултат разноврсности услова живота, приступа ресурсима и других локалних фактора. Могућа претпоставка за ове резултате може бити да социоекономске карактеристике или културни контекст одређених региона утичу на избор брачног статуса и структуру домаћинства. Такође, географске преференције могу бити повезане са блискошћу породичних или друштвених мрежа, што додатно обликује ове социодемографске обрасце.

Анализа радног статуса већине испитаника у пензији (90,3%) указује на демографски профил старије популације која је већином у завршној фази радне каријере. Међутим, истицање ове чињенице изазива питање о томе како демографски трендови и економска ситуација обликују ову категорију становништва. Док су млађе генерације склоне истраживању алтернативних радних модела, старије генерације често остају у традиционалном моделу запослења до пензије. То може бити последица различитих фактора, укључујући промене у тржишту рада, породичне обавезе или недостатак прилика за преквалификацију. Поред тога, испитивање индекса благостања открива одређену економску неједнакост, при чему најбогатији слојеви чине најмањи удео међу испитаницима (16,2%). Ова неједнакост може бити резултат комплексне мреже фактора, укључујући приступ образовању, економску политику и наслеђену имовину. Важно је разумети да економска неједнакост не утиче само на материјални стандард, већ и на приступ здравственим услугама, квалитет живота и опште благостање.

У анализи функционалних ограничења испитаника, што се тиче вида, већина користи наочаре или контактна сочива (75,4%), али је важно напоменути да 32,7% њих и даље има тешкоће са видом чак и уз ова помагала, док 7,3% доживљава велике тешкоће. Ово указује на потребу за додатним решењима која превазилазе стандардна оптичка помагала. Када је реч о слуху, изненадили смо се чињеницом да само мали проценат испитаника користи слушна помагала (5,2%), док знатан део изражава потешкоће у чујности. Ова открића указују на потребу за већом доступношћу и приступачношћу слушних помагала, али и за додатним мерама подршке у комуникацији за оне који се суочавају са слуховним изазовима. Што се тиче физичке покретљивости, већина испитаника нема тешкоћа у пешачењу или пењању уз степенице, али постоји мањи проценат оних који доживљавају тешкоће у овим активностима. У области когнитивних функција, неки испитаници извештавају о тешкоћама у памћењу и концентрацији. Већина испитаника (57,4%) нема тешкоћа при жвакању чврсте хране, али постоји и група са одређеним тешкоћама.

Резултати истраживања о ограничењима кућних активности и инструменталним активностима дневног живота (IADL) пружају изузетно користан увид у ниво самосталности старијег становништва у различитим аспектима свакодневних активности. Наша анализа открива значајну варијабилност у извођењу различитих кућних активности међу испитаницима, што омогућава дубље разумевање изазова са којима се старије особе суочавају. Према нашим евидентираним статистичким подацима, већина испитаника нема проблема при припреми оброка (81,6%), као ни при телефонирању (88,5%), узимању терапије (88,9%) и вођењу финансија (83,7%). Међутим, активности попут одласка у куповину и обављања лакших кућних послова показују мањи проценат оних који их изводе без потешкоћа (73,6% и 73,3%). Потешкоће се посебно истичу у извођењу повремених тежих кућних послова, где је 22,1% испитаника изјавило мање, 11,5% велике потешкоће, док 18,9% није способно да их самостално изведе. Детаљнија анализа укупног скорa категоризује испитанике у три главне групе: 48,6% без ограничења, 38,3% са благим ограничењима и 13,1% са

умереним до тешким ограничењима. Ови резултати јасно указују на присуство значајног броја старијих особа које су умерено до тешко ограничене у различитим кућним активностима.

Самопроцена здравља у популацији старијих сугерише на значајне варијације у перцепцији њиховог здравственог статуса. Иако већина испитаника оцењује своје здравље као просечно (41,1%) или добро (39,6%), забрињавајуће је што велики број њих (77,1%) извештава о присуству дуготрајних здравствених проблема, који су код 82% испитаника довели до одређеног степена ограничења у последњих шест месеци. Хроничне болести, попут хипертензије (63,4%), болести кичме (31,6%) и дијабетеса (18,8%), често су заступљене у овој популацији. Висок проценат (94,5%) испитаника који узимају лекове за лечење повишеног крвног притиска наглашава значај управљања здравственим стањима лековима.

Резултати који се тичу незгода, повреда и болова пружају важне увиде у безбедносне и здравствене изазове са којима се сусреће старија популација. Иако се незгоде релативно ретко јављају, важно је напоменути да 0,7% испитаника пријављује незгоду у друмском саобраћају, 4,7% код куће, док 2,4% наводи незгоду у слободно време. Иако се чини да је њихова инциденца ниска, њихове последице могу бити значајне. Треба истаћи висок проценат оних који су након незгоде затражили медицинску помоћ, где је готово 38% испитаника било примљено у болницу или другу здравствену установу.

Што се тиче болова, иако већина испитаника није имала болове у последњих четири недеље, док су они који су их доживели оценили степен ометања у свакодневним активностима од малог (10,7%) до веома значајног (8,7%).

Анализирајући социјалну подршку, примећен је значајан број оних који се ослањају на подршку од 1 или 2 особе (41,4%) или 3-5 особа (41,3%) када имају озбиљне личне проблеме. Велики проценат (57,7%) исказује интересовање за активности и дешавања у животу. Што се тиче практичне помоћи од комшија, 44,8% сматра да је лако добити је када им је потребна. Ови подаци указују на разноликост извора социјалне подршке и позитивне интерперсоналне односе у старијој популацији.

У погледу менталног здравља, резултати PHQ-8 упитника указују на учесталост проблема са замором или недостатком енергије (27,2%) и проблемима са спавањем (25,1%). Анализа укупног скорa показује да већина испитаника (81,9%) нема симптоме депресије, док се 13,4% суочава са благим симптомима. Мањи проценат испитаника (3,0%) показује симптоме умерене депресивне епизоде, док су тежи облици ретки (1,3% са умерено тешком и 0,5% са тешком депресивном епизодом). Иако се чини да постоји релативно ниска преваленција озбиљних симптома депресије у испитаној популацији, ови налази били су нам изузетно важни у размевању комплексне везе између социјалне подршке и менталног благостања у контексту функционалних ограничења код старих.

Анализом коришћења здравствене заштите, уочено је да је 13,8% испитаника било хоспитализовано у претходних 12 месеци, што нам указује на присуство озбиљних здравствених проблема. Додатних 9,8% добило је медицинску негу као кроз дневне болнице, што сугерише потребу за интензивном, али краћом здравственом негом. Висок проценат (82,2%) посетио је лекара опште праксе, ово нам сугерише да је примарна здравствена заштита најзаступљенији облик здравствених услуга у Републици Србији и да испитивана популација најчешће користи овај облик здравствене заштите. Са 55,4% испитаника који су посетили специјалисту у претходних 12 месеци, примећујемо значајан приступ специјалистичкој нези. Што се тиче репродуктивног здравља, око 82,9% испитаника посетило је гинеколога у претходних

годину дана. Насупрот томе, посете стоматологу биле су мање честе, са 77,4% посета у истом периоду. Што се тиче кућне неге, већина испитаника (95,1%) није користила никакве облике кућне неге у претходних годину дана. Такође, значајан број испитаника (94,5%) није посетио психолога, психотерапеута или психијатра у истом периоду. Мање од четвртине испитаника (24,2%) користило је услуге приватних пракси у последњих 12 месеци, ово може указивати на мању популарност приватних услуга али и на значајне трошкове због којих ова врста медицинских услуга није популарна код испитиване популације. Лабораторијска анализа је била најчешће коришћена приватна услуга (65,7%), што указује на потребу за дијагностичким тестирањем. Ова услуга у приватној пракси често је бржа и ефикаснија, пружајући резултате у краћем временском периоду у поређењу са јавним здравственим установама. Такође, приватне лабораторије често нуде приступачне цене за ову врсту услуге, што може привући пацијенте који желе брже и економичније решење за своје здравствене потребе. Стога, висока заступљеност приватних лабораторијских анализа може бити последица како потребе за дијагностичким испитивањима, тако и преференције пацијената за брзим и повољним услугама. Важно је напоменути да ће се ови резултати касније потврдити и када будемо дискутовали о неоствареним потребама за здравственом заштитом, што ће додатно осветлити контекст ових налаза и њихову интерпретацију..

Анализа функционалних ограничења везаних за чуло вида открива значајне разлике у преваленцији између полова, где жене показују знатно већи проценат ограничења у односу на мушкарце (59,3% жена наспрам 40,7% мушкараца). Ова разлика сугерише на потребу за циљанијим приступом приликом пружања здравствене подршке старијем женском становништву ради очувања њихове функционалне независности. Социодемографски фактори, као што су дужи животни век жена и већа учесталост хроничних обољења, могу допринети овој разлици. Поред тога, социјални и економски фактори, као што су нижи приходи и већа изложеност социјалним стресорима, додатно оптерећују женску популацију, што захтева свеобухватнији и прилагођени приступ здравственој нези. Посебно је занимљиво приметити да се испитаници у старосној групи од 65 до 69 година истичу по релативно честом некоришћењу помагала за слух (37,1%), иако су у овом периоду живота често изложени различитим изворима звучне стимулације. Ова појава сугерише на потребу за додатним истраживањем узрока и фактора који утичу на овакав тренд. Могуће је да стигматизација, неадекватан приступ информацијама, или финансијске баријере играју значајну улогу. Такође, може постојати несклад између стварних потреба за слушним помагалима и њихове перцепције од стране старијих особа, што захтева свеобухватну едукацију и приступ информацијама. Студија географских разлика показује да испитаници из региона Шумадије и Западне Србије чешће користе оптичка помагала (30%), вероватно под утицајем специфичних социоекономских фактора или доступности здравствених услуга у овим регионима. Ова сазнања могу бити од значаја за планирање и пружање адекватне офталмолошке неге у руралним подручјима. Социоекономски фактори, као што су образовање, приходи, и доступност здравствених услуга, играју кључну улогу у приступу и коришћењу оптичких помагала. Специфичности локалних заједница треба пажљиво анализирати како би се развиле интервенције које одговарају њиховим потребама и ресурсима.

Анализа података по брачном статусу указује на значајне разлике у употреби помагала за вид међу различитим социодемографским групама. Испитаници у браку или ванбрачној заједници чешће се одлучују за ношење оптичких помагала (63,9%) у поређењу са разведенима, удовицама/удовцима или неудатим/неожењенима. Ови налази имплицирају да брачни статус може бити фактор који утиче на перцепцију и

потребу за адекватном корекцијом вида. Социјална подршка коју пружа партнер може играти кључну улогу у мотивацији за тражење и коришћење здравствених ресурса. Ова сазнања отварају простор за даље истраживање како би се боље разумели друштвени и психолошки фактори који утичу на употребу помагала за вид. Такође, уочена је повезаност између величине домаћинства и употребе помагала за слух, где испитаници у домаћинствима са мањим бројем чланова чешће користе ова помагала (87,7% у домаћинствима са 1-5 чланова). Овај налаз може указивати на већу индивидуалну пажњу и прилагођавање здравственој нези унутар мањих породица, што је битно за разумевање и адекватно планирање интервенција усмерених ка побољшању здравственог статуса старијих особа. Мања домаћинства могу пружити интимније и подржавајуће окружење, што олакшава идентификацију и задовољење здравствених потреба. Критичка анализа ових налаза указује на комплексне социодемографске и географске факторе који утичу на функционална ограничења код старијих особа. Разумевање ових динамика кључно је за развој циљаних и ефективних интервенција које ће унапредити квалитет живота и очување функционалне независности старијих особа. Даља истраживања су неопходна како би се обухватили сви релевантни аспекти и развиле стратегије које одговарају специфичним потребама различитих група старијег становништва. Интегрисани приступ који укључује социјалне, економске и здравствене аспекте може значајно допринети смањењу функционалних ограничења и унапређењу општег здравственог стања старијих особа.

Оштећење слуха повезано је с повећаним ризиком од когнитивног опадања код мушкараца и жена, наши резултати указују на значајнији ризик код мушкараца. Са друге стране, оштећење вида имало је статистички значајан ефекат на когнитивно опадање само код мушкараца, што указује на могућу различиту природу утицаја сензорних дефицита на когнитивне функције у зависности од пола. Резултати других студија (133-139) указују да је ризик од когнитивног опадања и оштећења значајно већи код особа са једним и два сензорна оштећења у односу на оне без таквих оштећења. Међутим, код жена са појединачним оштећењем вида, није уочена значајна разлика у ризику од когнитивног опадања (133) у поређењу са женама без сензорних оштећења, што је слично са нашим резултатима. Постоји специфична полна разлика утицаја сензорних оштећења на когнитивне функције, посебно у контексту вида код жена. У узорку од 4766 испитаника у Јапану, преваленција губитка слуха била је 12,8% код мушкараца, док су код жена утврђене значајне негативне асоцијације са губитком слуха (134). У Европи, жене су имале веће шансе за оштећење вида, али мање шансе за оштећење слуха у поређењу са мушкарцима. Ове разлике су постајале израженије са годинама, при чему су жене имале више оштећења вида у јужној, западној и источној Европи (135). Насупрот томе, у северној Европи није пронађена разлика у погледу вида између полова, док су жене биле здравије од мушкараца у погледу слуха, са највећом предношћу у овом региону (135). У шест земаља, укључујући Кину, Гану, Индију, Мексико, Русију и Јужну Африку, спроведена је анализа узорка од преко 30 хиљада учесника (136). Ова студија показала је значајну повезаност између образовног нивоа, медицинских коморбидитета и памћења са здрављем вида у већини испитиваних земаља. Посебно су уочене негативне последице по здравље вида код жена нижег материјалног статуса, које живе у условима несигурности снабдевања храном, без здравственог осигурања, у руралним срединама, као и код оних са инвалидитетом, без брачног партнера и ниском социјалном партиципацијом.

Наши резултати додатно указују на то да удовице и удовци, као и особе са нижим нивоом образовања, чешће пријављују тешкоће у перцепцији вида и слуха. Ова запажања су у складу са претходним истраживањима која показују да губитак дугорочног брачног партнера може имати значајан утицај на емоционалну и социјалну равнотежу, потенцијално доводећи до негативних ефеката на опште здравље (138). Овај утицај може бити последица недостатка социјалне подршке и повећаног стреса који прати губитак партнера, што додатно наглашава важност социјалних и психолошких интервенција у очувању здравља старијих особа. Систематизација ових налаза указује на комплексност и међусобну повезаност социоекономских и здравствених фактора који утичу на здравље вида и слуха. Жене, посебно оне у неповољним социоекономским условима, често су изложене већем ризику од сензорних оштећења, што захтева интегрисан приступ у креирању јавноздравствених политика. Фокус на побољшање приступа образовању, здравственим услугама и социјалној подршци могао би значајно допринети смањењу ових ризика и побољшању квалитета живота угрожених група.

Сагледавањем сличних истраживања која идентификују аналогне обрасце и факторе ризика повезане са проблемима вида у различитим демографским групама (13, 30, 42, 55, 61, 139, 140), приметили смо значајан проценат испитаника са завршеном основном школом који пријављују тешкоће у слуху у тишини. Бауер и сарадници (140), у свеобухватној студији са 7.167 учесника, наводе да старији појединци без изражених притужби на слух имају просечно 5.10 (± 3.78) година формалног образовања, док они који пријављују проблеме са слухом имају просечно 4.48 (± 3.49) година образовања. Ова разлика у нивоу образовања указује на потенцијалну важност образовања у очувању аудитивних функција.

Важност образовања у очувању аудитивних функција постаје јаснија када се узму у обзир резултати који показују значајан заштитни ефекат образовања код особа са завршеним докторатом (140-144). Висок ниво образовања може бити повезан са већом свешћу о здравственим ризицима и превентивним мерама, бољим приступом здравственим услугама и већим капацитетом за усвајање здравих животних навика. Резултати указују на потенцијално кључну улогу образовања у превенцији тешкоћа у слуху код старијих особа. Образовне интервенције могу обухватити мере промоције свести о очувању слуха, подстицање превентивних акција попут редовних провера слуха и пружање информација о заштитним мерама. Овакве интервенције могле би значајно допринети смањењу преваленције слухових проблема у старијој популацији, побољшању квалитета живота и смањењу здравствених трошкова повезаних са лечењем оштећења слуха. Укратко, образовање игра важну улогу у очувању слуха и вида, а повећање нивоа образовања у популацији може довести до значајних здравствених користи. Даља истраживања и имплементација образовних програма усмерених на превенцију и рано откривање слухових проблема су неопходни за побољшање јавног здравља и квалитета живота старијих особа.

Анализа података показује да особе старости између 65 и 69 година углавном не пријављују тешкоће са ходањем, при чему скоро 48% њих у обе анализиране категорије не бележи проблеме. Међутим, у старосној групи од 70 до 74 године, око 28% испитаника нема проблема са ходањем на равном терену од пола километра или пењањем и силаском са 12 степеница. Ови резултати указују на постепено смањење физичких способности са годинама. Код особа старости између 75 и 84 године примећује се значајан пад у категорији "без тешкоћа" за оба задатка, са смањењем на

мање од половине у обе анализиране подгрупе (75-79 година око 13%, 80-84 године око 8%). Ове промене се могу приписати природном процесу старења, повећаној учесталости здравствених проблема и другим факторима који утичу на покретљивост.

Резултати истраживања указују на значајну повезаност између покретљивости старијих особа и њиховог пола. Према доступним студијама (145-155), жене ређе практикују физичке активности у поређењу са мушкарцима у старијој животној доби. Смањена физичка активност код жена може повећати ризик од разних здравствених проблема, укључујући чешћу појаву хроничних болести и ризик од падова. Наши истраживачки резултати показују да у обе анализиране категорије задатака – ходање пола километра на равном терену без помоћи и пењање или силажење са 12 степеница – проценат жена које пријављују "са великим тешкоћама" и "не могу" је скоро двоструко већи у поређењу са мушкарцима. Ове разлике у нивоу физичке активности међу старијим особама могу се објаснити кроз физичке, психолошке, социјалне, културне и еколошке факторе који сви играју улогу у обликовању понашања према физичкој активности (145-157).

Поред тога, анализа наглашава значајан утицај брачног статуса на испољавање тешкоћа са ходањем међу старијим испитаницима. Примећујемо да су ожењене или удате особе мање склоне пријављивању тешкоћа, са посебним нагласком на разлике у категорији "не могу", где око 56% удоваца и удовица пријављује такве тешкоће. Овај феномен се може комплексно објаснити мултидимензионалним утицајем брачног партнерства на физичко благостање старије популације (138,158-160). Брачни статус игра кључну улогу у физичком здрављу старијих особа. Наши резултати показују да су ожењене или удате особе мање склоне пријављивању тешкоћа са ходањем, што се може приписати неколико фактора. Брачни партнери пружају експлицитну подршку за физичке активности, делујући као мотиватори или активни учесници у вежбању. Ово може укључивати заједничке шетње, одлазак на вежбање или једноставно пружање моралне подршке, што све заједно подстиче физичку активност. Такође, понашање партнера има имплицитни утицај – особа може бити мотивисана да се бави физичком активношћу ако примећује да њихов партнер ради исто, што је познато као социјална контрола (159,160).

Губитак брачног партнера носи са собом не само емоционални губитак подршке већ и недостатак помоћи у свакодневним активностима, што значајно повећава изазове у одржавању покретљивости. Удовци и удовице чешће пријављују тешкоће са ходањем, јер губитак партнера значи и губитак особе која би могла помоћи у физичким активностима и пружити емоционалну подршку (160).

Поред брачног статуса, ниво образовања показује изузетно значајан утицај на функционална ограничења у ходању међу старијим особама. Наша истраживања показују да су највише стопе ограничења забележене у групама са ниским нивоом образовања, укључујући оне без формалног образовања, са непотпуном основном школом или само основним образовањем. Виши ниво образовања може пружити предности као што су боље здравствено знање, већа свест о значају физичке активности и бољи приступ ресурсима који подржавају здравље. Ови резултати подржавају претходна истраживања која такође идентификују сличне везе између ниског образовања и повећане учесталости функционалних ограничења код старијих особа (83,84,147-153).

Резултати студије јасно указују на доследан тренд где више категорије богатства значајно смањују преваленцију тешкоћа са ходањем. Најбогатији појединци показују најниже стопе у свим категоријама тешкоћа. Већи приходи омогућавају бољи приступ здравственим услугама, бољим животним условима и могућностима за физичку активност. Поред тога, у складу са претходним истраживањима (9,83,84,119,147-151), наша студија потврђује да старије особе са нижим приходима имају веће стопе функционалних ограничења у поређењу са онима са вишим приходима.

Ови налази указују на потребу за свеобухватним приступом у планирању интервенција и програма подршке који узимају у обзир социоекономске и образовне факторе, као и брачни статус, како би се побољшала покретљивост и опште здравље старијих особа. Интервенције које су прилагођене специфичним потребама различитих група могу значајно допринети смањењу функционалних ограничења и побољшању квалитета живота старије популације.

Наши резултати показују јасну повезаност између менталног здравља, социјалне подршке и функционалних ограничења код старијих особа. Посебно је забележена висока учесталост функционалних ограничења међу испитаницима са благим депресивним симптомима. Ови испитаници, који имају значајне тешкоће у ходању пола километра на равном терену или нису у стању то да учине, чине више од 30% популације са депресивним симптомима. Депресивни симптоми могу значајно утицати на мотивацију за физичку активност, како су објасниле и претходне студије о овој проблематици (9,83,84,119,147,152-163), што додатно погоршава физичке способности.

Наши налази уклапају се са претходним истраживањима и подржавају теорију која наглашава кључну улогу емоционалног и социјалног благостања у очувању функционалних способности старијих особа. Физичка активност и покретљивост су тесно повезани са менталним здрављем, а депресивни симптоми могу довести до значајног смањења физичких способности и повећања ризика од функционалних ограничења. Ово је посебно важно када се узме у обзир да физичка активност сама по себи може имати позитиван утицај на ментално здравље, стварајући позитивну повратну спрегу. Идентификована веза указује на потребу за циљаном интервенцијом у циљу побољшања менталног здравља и социјалне подршке, са крајњим циљем смањења преваленције функционалних ограничења у ходању међу старијом популацијом. Такве интервенције могу укључивати програме за подршку менталном здрављу, друштвене активности и иницијативе за подстицање физичке активности. Програми који комбинују физичке вежбе са социјалном интеракцијом могу бити посебно корисни, јер истовремено адресирају и физичке и емоционалне потребе старијих особа. Резултати ове студије имају дубоке импликације за развој холистичких приступа у нези старијих особа, наглашавајући важност емоционалних и социјалних аспеката у одржавању виталности и мобилности у каснијим годинама. Промоција менталног здравља и социјалне подршке треба да буде интегрални део стратегија јавног здравља усмерених на старију популацију. Холистички приступ нези, који укључује физичку, менталну и социјалну компоненту, може значајно допринети побољшању квалитета живота старијих особа и смањењу функционалних ограничења.

Резултати које смо приказали о когнитивним функцијама старијих особа подржани су налазима других истраживања која су испитивала утицај социодемографских фактора на очување менталних способности (161-171). Студија из Перуа (145) наглашава важност образовања, прихода и укључености у ментално стимулативне активности у

одржавању когнитивних функција. Наши налази су у складу са недавним истраживањем (164) које је истраживало утицај здравствене писмености и социодемографских фактора на ефикасност програма когнитивног тренинга код старијих особа, пружајући додатну потврду важности ових фактора у очувању менталне оштрине. Истраживање из јужног Бразила (165) пружа додатне увиде о вези између образовања, прихода и старости са когнитивним перформансама, што додатно потврђује комплексну интеракцију између ових фактора и когнитивног функционисања у старијем добу. Резултати сугеришу да виши ниво образовања и већи приходи позитивно утичу на очување когнитивних функција, док старија старосна доб доводи до природног опадања ових способности. Резултати до којих смо дошли указују на чврсту повезаност између менталног здравља и когнитивних способности, с обзиром на то да велики број испитаника који пријављује тешкоће са памћењем и концентрацијом такође пати од депресије. Наглашавамо важност идентификације и третмана менталних здравствених проблема у одржавању когнитивне функције код старијих особа.

Асоцијације између социјалне подршке, образовања, коришћења здравствене заштите и когнитивних функција које смо идентификовали додатно потврђују комплексну природу фактора који утичу на менталну оштрину у старијем добу. Ови резултати указују на потребу за свеобухватним приступом који укључује подршку у социјалном окружењу, приступ образовању и адекватно коришћење здравствених ресурса како би се очувала когнитивна функција у старијем добу. Истраживања показују да подржавајуће социјално окружење може ублажити ефекте старења на когнитивне способности, док здравствена писменост и приступ здравственим услугама омогућавају боље управљање здравственим стањима која могу утицати на когнитивне функције (156,166). Слоанеова (52) студија о "успоравању" или "смањеној брзини обраде информација" код старијих одраслих особа додатно доприноси нашем разумевању фактора који доприносе когнитивном опадању у каснијем животном добу. Спорија обрада информација у мозгу може резултирати различитим когнитивним изазовима, а фактори попут здравствених проблема, депресије и недостатка физичке активности могу додатно погоршати овај процес. Сматрамо да су потребне интервенције које не само да промовишу физичку активност и здрав животни стил, већ и адресирају менталне и социјалне аспекте здравља.

Истраживање није показало повезаност између изложености насиљу и функционалних ограничења код старијих особа, иако смо очекивали другачије резултате на основу литературе која се бавила слични истраживањима(171-175). Могуће је да испитаници нису препознали различите врсте насиља или су због друштвених норми сматрали неприхватљивим да пријаве насиље. Ова хипотеза је подржана подацима Светске здравствене организације (СЗО) (172), који показују да је око 1 од 6 особа старијих од 60 година доживело неки облик злостављања у заједничким окружењима током протекле године, док је у установама за старије особе 2 од 3 запослених пријавило да су починили злостављање. Могући разлози за наше резултате укључују недостатак свести међу испитаницима о различитим облицима насиља, и културолошке норме које одвраћају старије особе од пријављивања насиља. Старије особе често зависе од својих неговатеља, што додатно отежава пријављивање због страха од одмазде или губитка подршке(173-174). Методолошки проблеми такође могу бити разлог за наше налазе. Инструменти за прикупљање података можда нису били довољно детаљни или јасно формулисани, што је могло довести до непотпуних или нетачних одговора. Будућа истраживања би требало да обухвате шире и разноврсније узорке, као и комбинацију квантитативних и квалитативних метода, како би се пружио тачнији увид у ову

проблематику. Подаци СЗО указују на озбиљност проблема злостављања старијих особа и потребу за хитним интервенцијама (172). СЗО истиче да злостављање старијих особа може довести до озбиљних физичких повреда и дугорочних психолошких последица, а предвиђа се да ће број случајева злостављања расти с обзиром на брзо старење становништва у многим земљама. Очекује се да ће број жртава достићи око 320 милиона до 2050. године. Фактори ризика за постајање жртвом злостављања укључују функционалну зависност, лоше физичко и ментално здравље, когнитивне поремећаје и ниске приходе. Фактори ризика за постајање извршиоцем злостављања укључују менталне болести, злоупотребу супстанци и зависност од жртве, често финансијску. На нивоу односа, тип односа (нпр. супружник или дете) и брачни статус могу утицати на ризик, док фактори на нивоу заједнице и друштва укључују дискриминацију према старијима и културне норме које нормализују насиље. С друге стране, друштвена подршка и живот у самоћи могу смањити вероватноћу злостављања. Светска здравствена организација је, поводом Дана борбе против злостављања старијих особа, објавила "Сучељавање са злостављањем старијих особа: пет приоритета за УН декаду здравог старења (2021–2030)." (175). Ови приоритети укључују борбу против старосне дискриминације, генерисање бољих података, развијање економичних решења за заустављање злостављања, стварање пословног случаја за решавање проблема, и сакупљање средстава за борбу против злостављања старијих особа. Приказани резултати у нашем истраживању указују на потребу за унапређењем методолошког приступа у истраживању насиља над старијима, као и на потребу за едукацијом и подршком за старије особе, како би се обезбедили тачни подаци и ефикасне интервенције за спречавање злостављања.

Када смо анализирали неостварене потребе за здравственом заштитом у овој популацији резултати су показали висок степен неиспуњених потреба за здравственом заштитом међу особама са различитим функционалним ограничењима у Републици Србији. Скоро четвртина испитаника са тешкоћама вида, ходања и пењања није могла приуштити потребну здравствену заштиту или је чекала предуго на услугу. Ови резултати указују на озбиљне проблеме у приступу здравственим услугама, што је у великој мери повезано са социоекономским факторима и инфраструктурним ограничењима у нашој земљи. Када упоредимо наше резултате са међународним студијама као што су оне из руралних заједница Француске (176) и, Јужне Аустралије (177) видимо сличне изазове, али и неке специфичне разлике. У Јужној Аустралији (177), старије особе се суочавају са значајним баријерама у приступу нези за хроничне болести, специјалистичкој нези и психолошкој подршци, због недостатка радне снаге, прекида у континуитету неге и проблема са превозом. У Француској (176), главни фактори повезани са неоствареним здравственим потребама укључују старост, лоше социоекономске прилике и ограничене инструменталне активности свакодневног живота. Међутим, специфичности нашег истраживања произлазе из контекста здравственог система Србије, који се суочава са посебним изазовима. Финансијске баријере су један од главних разлога за неиспуњене потребе за здравственом заштитом у Србији, што може бити повезано са општом социоекономском ситуацијом у земљи, где велики део старије популације има ниске приходе. Поред тога, проблеми са доступношћу здравствених услуга због удаљености или неадекватног превоза додатно погоршавају ситуацију, посебно у руралним областима. Наши резултати такође указују на значајну повезаност између функционалних ограничења и немогућности приступа здравственој заштити. На пример, трећина пацијената која није у стању да се концентрира или памти није добила здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом. Ови налази указују на потребу за боље прилагођеним

здравственим политикама које би узимале у обзир специфичне потребе старијих особа са функционалним ограничењима. Разлике у резултатима између нашег истраживања и међународних студија (150,176,177) могу се објаснити различитим социоекономским условима, инфраструктурним капацитетима и културним нормама. Док су у Србији финансијске баријере и проблеми са доступношћу доминантни фактори, у развијенијим земљама као што су Аустралија (177) и Француска (176), иако постоје слични проблеми, више се пажње посвећује специјализованој нези и континуираној подршци старијим особама. Наглашавмо потребу за циљаним интервенцијама које би смањиле неостварене потребе за здравственом заштитом међу старијим особама у Србији. То укључује унапређење доступности и приступачности здравствених услуга, бољу социјалну подршку, као и едукацију старијих особа о могућностима које им стоје на располагању. Само кроз свеобухватан приступ који узима у обзир специфичности локалног контекста можемо постићи значајно побољшање у квалитету живота старијих особа у Србији.

Самостална нега представља кључну компоненту у очувању независности и аутономије старијих особа у извршавању свакодневних активности (178-182). Наша анализа показала је значајне варијације у ограничењима активности личне неге, истичући социодемографске факторе као кључне детерминанте ових ограничења. Резултати указују на то да су жене, старији испитаници и удовци/удовице чешће суочени са умереним или тешким ограничењима у поређењу са мушкарцима, млађим особама и особама у браку или ванбрачној заједници. Према великој студији која је обухватила узорак старијих одраслих особа из европских региона (181), жене имају већи ризик од ограничења у обављању свакодневних активности у поређењу са мушкарцима. Ова студија је анализирала разлике између полова у различитим европским регионима и утврдила да су те разлике присутне у свим старосним групама. Резултати поменуте студије сугеришу да постоје дубоко укореењени социодемографски фактори који утичу на функционалну независност и самосталност старијих особа.

Наша анализа потврдила је значај менталног здравља као предиктора функционалног статуса, наглашавајући сложену интеракцију између менталног здравља и способности извршавања свакодневних активности. Теоријски оквир парадокса преживљавања (168-172), који се односи на здравље мушкараца и жена, подржан је нашим налазима. Они указују на већи ризик од ограничења у обављању свакодневних активности код жена у поређењу са мушкарцима. Надаље, идентификовали смо да се разлике између полова повећавају са старењем, што је у складу са претходним истраживањима (178-181). Географски фактори такође имају значајан утицај на функционалну независност старијих особа, приступ здравственим услугама, социјално-економски статус и културолошке разлике могу значајно утицати на способност старијих особа да задрже своју самосталност (180). Ови налази имају важне импликације за развој персонализованих интервенција и подршке, узимајући у обзир специфичности социодемографских карактеристика и географског контекста појединаца.

Потребна су даља истраживања како би се боље разумели механизми који утичу на ову динамику и како би се развиле циљане интервенције усмерене ка очувању независности и аутономије у процесу старења. Ове интервенције треба да буду мултидисциплинарне, интегришући аспекте физичког, менталног и социјалног здравља, и да се прилагоде специфичним потребама различитих популационих група. Само кроз свеобухватан и персонализован приступ можемо значајно побољшати квалитет живота старијих особа и очувати њихову самосталност.

6. ЗАКЉУЧЦИ

Узимајући у обзир приказане резултате, могу се извести следећи закључци:

1. Демографске карактеристике и социјално-економски фактори значајно утичу на присуство функционалних ограничења код старијих особа. Утврђено је да су жене, особе старије од 75 година, са нижим образовним нивоом, нижим приходима и они који живе у сеоским срединама чешће подложне функционалним ограничењима.
2. Функционална ограничења су повезана са негативним здравственим исходима. Старије особе са функционалним ограничењима чешће су погођене дуготрајним болестима, хроничним стањима као што је хипертензија и менталним здравственим проблемима, укључујући замор и несаницу.
3. Физичка и чулна функционална ограничења значајно ограничавају способност старијих особа да обављају свакодневне активности. Ово се посебно односи на активности као што су кућни послови и лична нега, при чему одређени проценат испитаника није у стању да обавља повремене теже кућне послове.
4. Старије особе са функционалним ограничењима имају повећане потребе за здравственом заштитом, што укључује чешће посете лекару и болничке интервенције.
5. Наши резултати указују на важност социјалне подршке у испитиваној групи старијих особа са функционалним ограничењима. Анализа показује да је социјална помоћ потребнија старијим особама са функционалним ограничењима који живе у ванградским насељима, имају нижи ниво формалног образовања и ниске приходе.
6. Иако постоје потенцијалне рањивости, анализа није пронашла доказе о повезаности функционалних ограничења старијих особа са изложеношћу психо-физичком насиљу у породици и окружењу.
7. Резултати наглашавају значај развоја персонализованих интервенција и подршке које узимају у обзир специфичности социодемографских карактеристика и географског контекста појединаца. Даља истраживања су неопходна како би се боље разумели механизми који утичу на ове динамике и развиле циљане интервенције усмерене ка очувању независности и аутономије у процесу старења. Интервенције треба да буду мултидисциплинарне, интегришући аспекте физичког, менталног и социјалног здравља, прилагођене потребама различитих популационих група. Само кроз свеобухватан и персонализован приступ можемо значајно побољшати квалитет живота старијих особа и очувати њихову самосталност.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organisation (2012). 10 facts on ageing and the life course. (pristupljeno : 26/1/23); <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>
2. Economic Policy Committee. "The 2009 ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)." (2009).
3. World Health Organization. Ageing and Health Report (pristupljeno 28.7.2023.) Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Rodrigues F, Domingos C, Monteiro D, Morouço P. A Review on aging, sarcopenia, falls, and resistance training in community-dwelling older adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 13;19(2):874.
5. Partridge L, Deelen J, Slagboom PE. Facing up to the global challenges of ageing. *Nature*. 2018;561(7721):45-56
6. Luo J, Mills K, le Cessie S, Noordam R, van Heemst D. Ageing, age-related diseases and oxidative stress: What to do next? *Ageing Res Rev*. 2020;57:100982.
7. Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002;296:1029-1031.
8. Franceschi C, Garagnani P, Morsiani C, Conte M, Santoro A, Grignolio A, Monti D, Capri M, Salvioli S. The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. *Front Med (Lausanne)*. 2018;12;5:61.
9. Jensen L, Monnat SM, Green JJ, Hunter LM, Sliwinski MJ. Rural Population Health and Aging: Toward a Multilevel and Multidimensional Research Agenda for the 2020s. *Am J Public Health*. 2020;110(9):1328-1331.
10. Nguyen VC, Moon S, Oh E, Hong GS. Factors Associated With Functional Limitations in Daily Living Among Older Adults in Korea: A Cross-Sectional Study. *Int J Public Health*. 2022;9;67:1605155.
11. United Nations: World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York:United Nations Publication, 2007.
12. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):144-160.
13. Zhao X, Zhou Y, Wei K, Bai X, Zhang J, Zhou M, Sun X. Associations of sensory impairment and cognitive function in middle-aged and older Chinese population: The China Health and Retirement Longitudinal Study. *J Glob Health*. 2021; 18;11:08008
14. Hoogendijk EO, Rijnhart JJM, Kowal P, Pérez-Zepeda MU, Cesari M, Abizanda P, Flores Ruano T, Schop-Etman A, Huisman M, Dent E. Socioeconomic inequalities in frailty among older adults in six low- and middle-income countries: Results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Maturitas*. 2018 Sep;115:56-63
15. World Health Organization, UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Dostupno na : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28 (pristupljeno: 12.07.2023.)
16. Quiñones AR, Markwardt S, Botosaneanu A. Multimorbidity combinations and disability in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016;71(6):823–30

17. Rueda-Salazar S, Spijker J, Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J Frailty Aging*. 2022;11(4):378-386
18. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability Health. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1 (pristupljeno : 1.08.2023.)
19. Nagi SZ (1976) An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 54(4):439–467
20. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. *Int Classif*. 2002;1149:1–22. dostupno na : <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
21. WHO. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji JR, editor. World Health Organization. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Measuring; 2010. 152 p
22. Berger N, Robine J-M, Ojima T, Madans J, Van Oyen H. Harmonising summary measures of population health using global survey instruments. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 1;70(10):1039–44
23. Bogaert P, Van Oyen H, Beluche I, Cambois E, Robine JM. The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. *Arch Public Heal*. 2018;28;76(1)
24. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Heal*. 2018; 28;76(1):25
25. Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(8):892–9.
26. EUROSTAT. Global Activity Limitation Indicator (GALI) as a core variable. Meeting of the European Directors of Social Statistics, Luxembourg; 2015. dostupno na: from: [https://circabc.europa.eu/sd/a/8eec189a-3389-47d3-999e-c12afc4a0f7d/DSS-2015-Sep-04.3 GALI as a core variable.pdf](https://circabc.europa.eu/sd/a/8eec189a-3389-47d3-999e-c12afc4a0f7d/DSS-2015-Sep-04.3%20GALI%20as%20a%20core%20variable.pdf)
27. Republički zavod za Statistiku, Starost i pol; Popis stanovništva domaćinstava i stanova 2022.godine. Beograd, 2023.
28. Zhang S, Wang Q, Wang X, Qi K, Zhou Y, Zhou C. Longitudinal relationship between sensory impairments and depressive symptoms in older adults: The mediating role of functional limitation. *Depress Anxiety*. 2022;39(8-9):624-632.
29. Laliberte Rudman D, Egan MY, McGrath CE, Kessler D, Gardner P, King J, Ceci C. Low Vision Rehabilitation, Age-Related Vision Loss, and Risk: A Critical Interpretive Synthesis. *Gerontologist*. 2016;56(3):e32-45.
30. Silverstein SM, Sörensen S, Sunkara A, Lai A, Fradkin SI, Ramchandran RS. Association of vision loss and depressive symptomatology in older adults assessed for ocular health in senior living facilities. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021;41(5):985-995
31. Liu CJ, Chang PS, Griffith CF, Hanley SI, Lu Y. The Nexus of Sensory Loss, Cognitive Impairment, and Functional Decline in Older Adults: A Scoping Review. *Gerontologist*. 2022;62(8):457-467.
32. Maharani A, Dawes P, Nazroo J, Tampubolon G, Pendleton N; Sense-Cog WP1 group. Visual and hearing impairments are associated with cognitive decline in older people. *Age Ageing*. 2018; 1;47(4):575-581.
33. Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, Applebaum J at al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(5):622-633.

34. Clancy N, Aslam T, Cackett P. Depression secondary to vision loss in old age and an effective rapid screening tool for undiagnosed cases. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;2;21(1):15.
35. Christensen JA, Sis J, Kulkarni AM, Chatterjee M. Effects of Age and Hearing Loss on the Recognition of Emotions in Speech. *Ear Hear*. 2019;40:1069-83.
36. Mencucci R, Stefanini S, Favuzza E, Cennamo M, De Vitto C, Mossello E. Beyond vision: Cataract and health status in old age, a narrative review. *Front Med (Lausanne)*. 2023;16;10:1110383.
37. Roberts S, Colombier P, Sowman A, et al. Ageing in the musculoskeletal system. *Acta Orthop* 2016;87(sup363):15-25.
38. Bibby S. A., Maslin E. R., McIlraith R., Soong G. P. Vision and self-reported mobility performance in patients with low vision. *Clinical and Experimental Optometry*, 2007; 90, 115–123..
39. Pelletier AL, Rojas-Roldan L, Coffin J. Vision Loss in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2016 Aug 1;94(3):219-26. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2016; 1;94(5):344.
40. Hashemi H, Malekifar PM, Pourmatin R, Sajadi M, Aghamirsalim M, Khabazkhoob M. Prevalence of uncorrected refractive error and its risk factors; Tehran geriatric eye study (TGES). *Ophthalmic Epidemiol*. 2022;29(2):216-222
41. Hashemi H, Nabovati P, Yekta A, Aghamirsalim M, Rafati S, Ostadimoghaddam H, Razmjoo H, Khabazkhoob M. Convergence Insufficiency in the Geriatric Population. *Optom Vis Sci*. 2021;1;98(6):613-619.
42. Guo R, Li X, Sun M, Wang Y, Wang X, Li J, Xie Z, Yao N, Yang Y, Li B, Jin L. Vision impairment, hearing impairment and functional Limitations of subjective cognitive decline: a population-based study. *BMC Geriatr*. 2023;14;23(1):230.
43. Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, Lundy J, Little MO, Leonard K, Malmstrom TK. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One*. 2020 Jun 5;15(6):e0233857
44. Девеџић, М; Стојиљковић-Ѓњатовић, Ј. Демографски профил старог становништва Србије, Републички завод за статистику, 2015; Београд
45. D’Haese PSC, de Bodt M, van Rompaey V, van de Heyning P. Awareness of hearing loss in older adults: results of a survey conducted in 500 subjects across 5 european countries as a basis for an online awareness Campaign. *Inquiry*. 2018;55:46958018759421
46. Mobasheri A, Mendes AF. Physiology and pathophysiology of musculoskeletal aging: current research trends and future priorities. *Front Physiol* 2013;4:739.
47. Uchida Y, Sugiura S, Nishita Y, Saji N, Sone M, Ueda H. Age-related hearing loss and cognitive decline - The potential mechanisms linking the two. *Auris Nasus Larynx*. 2019;46(1):1-9
48. Lin FR, Pike JR, Albert MS, Arnold M, Burgard S, Chisolm T, et al. ACHIEVE Collaborative Research Group. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2023;17:S0140-6736(23)01406-X.
49. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RR, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(4):e489–e551
50. Ramage-Morin PL, Banks R, Pineault D, Atrach M. Unperceived hearing loss among Canadians aged 40 to 79. *Health Rep*. 2019;30:11–20
51. Powell DS, Oh ES, Reed NS, Lin FR, Deal JA. Hearing Loss and Cognition: What We Know and Where We Need to Go. *Front Aging Neurosci*. 2022 Feb 28;13:769405
52. Sloane PD, Warshaw G. Should Slowing Be Considered a Distinct Geriatric Syndrome? *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Jan;23(1):20-22.

53. Takayama S, Tomita N, Arita R, Ono R, Kikuchi A, Ishii T. Kampo Medicine for Various Aging-Related Symptoms: A Review of Geriatric Syndrome. *Front Nutr.* 2020; 15;7:86
54. Canaslan K, Ates Bulut E, Kocyigit SE, Aydin AE, Isik AT. Predictivity of the comorbidity indices for geriatric syndromes. *BMC Geriatr.* 2022; 19;22(1):440
55. Ge S, McConnell ES, Wu B, Pan W, Dong X, Plassman BL. Longitudinal Association Between Hearing Loss, Vision Loss, Dual Sensory Loss, and Cognitive Decline. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(3):644-650
56. Völter C, Götze L, Dazert S, Wirth R, Thomas JP. Impact of Hearing Loss on Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging.* 2020;30;15:2453-2467.
57. UN Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population Prospects. 2022. <https://population.un.org/wpp/> (pristupljeno 31.07.2023).
58. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults--present status and future implications. *Lancet.* 2015;7;385(9967):563-75
59. Jia J, Ning Y, Chen M, Wang S, Li Y, Yang H. Ending age discrimination and stigma to promote healthy ageing in China. *Lancet.* 2022;3;400(10367):1907-1909.
60. Jiang Y, Wu Y, Li S, Fu S, Lv Y, Lin H, Yao Y. Editorial: Aging-friendly environments and healthy aging. *Front Med (Lausanne).* 2023 Jun 15;10:1211632
61. Zhang Y, Liu X, Meng Q, Li B, Caneparo L. Physical environment research of the family ward for a healthy residential environment. *Front Public Health.* 2022;13;10:1015718
62. Zadworna M. Pathways to healthy aging - Exploring the determinants of self-rated health in older adults. *Acta Psychol (Amst).* 2022;228:103651.
63. Castillo-Riquelme M, Yamada G, Diez Roux AV, Alfaro T, Flores-Alvarado S, Barrientos T, et al. Aging and self-reported health in 114 Latin American cities: gender and socio-economic inequalities. *BMC Public Health.* 2022; 5;22(1):1499.
64. Khura B, Mohanty P, Patnaik L, Pradhan KB, Khubchandani J, Padhi BK. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Non-Communicable Diseases among Older Adults in India. *Geriatrics (Basel).* 2022;5;7(6):137.
65. Hashemi H, Pakzad R, Khabazkhoob M. Decomposition of Economic Inequality in Cataract Surgery Using Oaxaca Blinder Decomposition: Tehran Geriatric Eye Study (TGES). *Ophthalmic Epidemiol.* 2022;29(4):401-410
66. Hoogendijk EO, Rijnhart JJM, Kowal P, Pérez-Zepeda MU, Cesari M, Abizanda P, Flores Ruano T, Schop-Etman A, Huisman M, Dent E. Socioeconomic inequalities in frailty among older adults in six low- and middle-income countries: Results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Maturitas.* 2018;115:56-63.
67. Sieber S, Orsholits D, Cheval B, Ihle A, Kelly-Irving M, Delpierre C, et al. Social protection expenditure on health in later life in 20 European countries: Spending more to reduce health inequalities. *Soc Sci Med.* 2022;292:114569
68. Robertson ML, Mushero N, Demers L, Goroncy A, Chippendale R. Inequities in the care of older adults: Identifying education gaps in geriatric medicine fellowship. *Gerontol Geriatr Educ.* 2023;44(2):254-260.
69. World Health Organization, UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Dostupno na : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28 (pristupljeno: 12.07.2023.)
70. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases—a systematic review on existing multimorbidity indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66(3):301–11.

71. Krahn GL, Reyes M, Fox M. Toward a conceptual model for national policy and practice considerations. *Disabil Health J* 2014;7(1):13–8. Lochner KA, Cox CS. Prevalence of multiple chronic conditions among Medicare beneficiaries, United States, 2010. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120137.
72. Leroy L, Bayliss E, Domino M, Miller BF, Rust G, Gerteis J, et al. ; AHRQ MCC Research Network. The Agency for Healthcare Research and Quality Multiple Chronic Conditions Research Network: overview of research contributions and future priorities. *Med Care* 2014;52(Suppl 3):S15–22.
73. Barile JP, Thompson WW, Zack MM, Krahn GL, Horner-Johnson W, Bowen SE. Multiple chronic medical conditions and health-related quality of life in older adults, 2004–2006. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120282
74. Jindai K, Nielson CM, Vorderstrasse BA, Quiñones AR. Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005-2012. *Prev Chronic Dis*. 2016;3;13:E151
75. Милић Н, Станисављевић Д, Крстић М. Истраживање здравља становништва Србије 2019. године. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2021
76. Khura B, Mohanty P, Patnaik L, Pradhan KB, Khubchandani J, Padhi BK. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Non-Communicable Diseases among Older Adults in India. *Geriatrics (Basel)*. 2022;5;7(6):137.
77. Hashemi H, Pakzad R, Khabazkhoob M. Decomposition of Economic Inequality in Cataract Surgery Using Oaxaca Blinder Decomposition: Tehran Geriatric Eye Study (TGES). *Ophthalmic Epidemiol*. 2022;29(4):401-410
78. Hoogendijk EO, Rijnhart JJM, Kowal P, Pérez-Zepeda MU, Cesari M, Abizanda P, Flores Ruano T, Schop-Etman A, Huisman M, Dent E. Socioeconomic inequalities in frailty among older adults in six low- and middle-income countries: Results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Maturitas*. 2018;115:56-63.
79. Leroy L, Bayliss E, Domino M, Miller BF, Rust G, Gerteis J, et al. ; AHRQ MCC Research Network. The Agency for Healthcare Research and Quality Multiple Chronic Conditions Research Network: overview of research contributions and future priorities. *Med Care* 2014;52(Suppl 3):S15–22.
80. Jindai K, Nielson CM, Vorderstrasse BA, Quiñones AR. Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005-2012. *Prev Chronic Dis*. 2016;3;13:E151.
81. Stenholm S, Westerlund H, Head J, Hyde M, Kawachi I, Pentti J, et al. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the Health and Retirement Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70(3):332–8.
82. Quiñones AR, Markwardt S, Botosaneanu A. Multimorbidity combinations and disability in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016;71(6):823–30
83. Rueda-Salazar S, Spijker J, Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J Frailty Aging*. 2022;11(4):378-386
84. Rueda-Salazar S, Spijker J, Devolder D, Albala C. The contribution of social participation to differences in life expectancy and healthy years among the older population: A comparison between Chile, Costa Rica and Spain. Navaneetham K, editor. *PLoS One*. 2021 Mar 12;16(3):e0248179
85. Knežević A, Čolović P, Jeremić-Knežević M, Demeši-Drljan Č, Simić-Panić D, Neblett R. Assessing the Functional Status of Patients with Chronic Pain-Cross Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Serbian Version of the Pain Disability Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;28;18(13):691

86. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Int Classif. 2002;1149:1–22. dostupno na : <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
87. WHO. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji JR, editor. World Health Organization. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Measuring; 2010. 152 p
88. Berger N, Robine J-M, Ojima T, Madans J, Van Oyen H. Harmonising summary measures of population health using global survey instruments. *J Epidemiol Community Health*. 2016;1;70(10):1039–44
89. Bogaert P, Van Oyen H, Beluche I, Cambois E, Robine JM. The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. *Arch Public Heal*. 2018;28;76(1)
90. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Heal*. 2018;28;76(1):25
91. Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(8):892–9.
92. Simic V, Vukomanovic IS, Radevic S, Vukomanovic V, Djukic S, Darijan A, Radovanovic J, Selakovic V, Stepovic M, Fetahovic E, Radovanovic S. Association between Sociodemographic Factors and Depressive Symptoms among Adult Population in Serbia. *Iranian Journal of Public Health*. 2024;8;53(4):867-77
93. Charafeddine R, Berger N, Demarest S, Van Oyen H. Using mortality follow-up of surveys to estimate social inequalities in healthy life years. *Popul Health Metr*. 2014 Dec 12;12(1):13
94. Scherbov S, Weber D. Future trends in the prevalence of severe activity limitations among older adults in Europe: a cross-national population study using EU-SILC. *BMJ Open*. 2017 Sep 23;7(9):e017654
95. Sieber S, Orsholits D, Cheval B, Ihle A, Kelly-Irving M, Delpierre C, et al. Social protection expenditure on health in later life in 20 European countries: Spending more to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*. 2022 Jan;292:114569
96. Jagger C, Weston C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Doblhammer G, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(11):1030–5.
97. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2030. (2020). Available online at: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030> (pristupljeno 02.08.2023.)
98. Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-Life Disability in Environmental Context: “Why Living Arrangements Matter. *Gerontologist*. 2018; 14;58(5):853–62.
99. Saadeh M, Welmer AK, Dekhtyar S, Fratiglioni L, Calderón-Larrañaga A. The Role of Psychological and Social Well-being on Physical Function Trajectories in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020; 13;75(8):1579-1585
100. Cai Y, Song W, Li J, Jing Y, Liang C, Zhang L, et al. The landscape of aging. *Sci China Life Sci*. 2022 Dec;65(12):2354-2454.
101. Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N. Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. *Annu Rev Public Health*. 2022 ;5;43:439-459.

102. Chen X, Giles J, Yao Y, Yip W, Meng Q, Berkman L, et al. The path to healthy ageing in China: a Peking University-Lancet Commission. *Lancet*. 2022; 3;400(10367):1967-2006.
103. Beard JR, Si Y, Liu Z, Chenoweth L, Hanewald K. Intrinsic Capacity: Validation of a New WHO Concept for Healthy Aging in a Longitudinal Chinese Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022; 7;77(1):94-100
104. Noren Hooten N, Pacheco NL, Smith JT, Evans MK. The accelerated aging phenotype: The role of race and social determinants of health on aging. *Ageing Res Rev*. 2022;73:101536
105. Radkiewicz P, Korzeniowski K. Justification and Indifference: Diverse Permissive Attitudes Toward Witnessed Violence Against the Elderly and Disabled. *J Interpers Violence*. 2017;32(24):3797-3821
106. Dapp U, Lorentz Ch, Laub S, Anders J, von Renteln-Kruse W, Minder Ch, et al. Im Alter aktiv und gesund leben--Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg [Active and healthy living in old age--results from a representative survey of community-dwelling senior citizens in Hamburg]. *Z Gerontol Geriatr*. 2009;42(3):245-55.
107. Granbom M, Iwarsson S, Kylberg M, Pettersson C, Slaug B. A public health perspective to environmental barriers and accessibility problems for senior citizens living in ordinary housing. *BMC Public Health* 2016;16:772.
108. Balfour JL, Kaplan GA. Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 2002;155:507-515.
109. Omar A, Cumal A, Vellani S, Krassikova A, Lapenskie J, Bayly M, Welch VA, Ghogomu E, Iaboni A, McGilton KS. Health and social interventions to restore physical function of older adults post-hip fracture: a scoping review. *BMJ Open*. 2021; 25;11(10):e053992.
110. UN Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population Prospects. 2022. <https://population.un.org/wpp/> (pristupljeno 31.07.2023).
111. Suzuki R, Blackwood J, Webster NJ, Shah S. Functional Limitations and Perceived Neighborhood Walkability Among Urban Dwelling Older Adults. *Front Public Health*. 2021 ;30;9:675799
112. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster J-Y, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *Journals Gerontol Ser A*. 2018; 10;73(12):1653–60
113. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6–11
114. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2030. (2020). Available online at: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030> (pristupljeno 02.08.2023).
115. Stulberg EL, Twardzik E, Kim S, Hsu C-W, Xu Y, Clarke P, et al.. Association of neighborhood socioeconomic status with outcomes in patients surviving stroke. *Neurology*. (2021) 96:e2599–2610.
116. Janjusevic A, Cirkovic I, Lukic I, Janjusevic V, Jevtic K, Grgurevic A. Predictors of health related-quality of life among elderly with disabilities. *Psychogeriatrics*. 2019;19(2):141-149.
117. Wahl H-W, Gerstorf D. Person–environment resources for aging well: environmental docility and life space as conceptual pillars for future contextual gerontology. *Gerontologist*. (2020) 60:368–75

118. Радевић С, Родно специфичне особености старења становништва Републике Србије, докторска дисертација, Крагујевац, Факултет медицинских наука, 2012.
119. Choi H, Yorgason JB, Johnson DR. Marital Quality and Health in Middle and Later Adulthood: Dyadic Associations. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Jan;71(1):154-64
120. Wood N, McMunn A, Webb E, Stafford M. Marriage and physical capability at mid to later life in England and the USA. *PLoS One*. 2019; 23;14(1):e0209388
121. Murray JE. Marital protection and marital selection: evidence from a historicalprospective sample of American men. *Demography* 2000;37(4):511-2
122. John St, Montgomery PR. Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women. *Can J Psychiatry* 2009;54:487-92
123. Freedman VA, Martin LG. The role of education in explaining and forecasting trends in functional limitations among older Americans. *Demography*. 1999;36(4):461-73.
124. Wang P, Wang Z, Liu X, Zhu Y, Wang J, Liu J. Gender differences in the association between sensory function and CIND among Chinese elderly: Based on CLHLS. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;113:105054
125. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep;139:6-11.
126. Results of health research in Serbia. access 20. April 2023. (available online: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2019.pdf>) (in Serbian)
127. European Health Interview Survey (EHIS wave 3) - Methodological manual, Eurostat, 2018.
128. Kroenke K, Strine TW, Spritzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. (2009) 114(1-3):163-73.
129. Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, Nater U, Brähler E. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol*. (2018) 17;6(1):31
130. Dutil E1, Forget A, Vanier M, Gaudreault C. Development of the ADL Profile. *Occup Ther Health Care*. 1990;7(1):7-22.
131. Johnson N, Barion A, Rademaker A, Rehkemper G, Weintraub S. The Activities of Daily Living Questionnaire: A Validation study in patients with Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(4):223-30
132. Rutstein SO, Johnson K. The DHSWealth Index. In DHS comparative reports No. 6; ORC Macro: Calverton, MD, USA, 2004.
133. Honjo K, Iso H, Ikeda A, Inoue M, Tsugane S; JPHC Study Group. Education level and physical functional limitations among Japanese community residents-gender difference in prognosis from stroke. *BMC Public Health*. 2009; 9;9:131.
134. Daimaru K, Wagatsuma Y. Hearing loss and physical function in the general population: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;7;17(10):e0275877
135. Hansen RS, Scheel-Hincke LL, Jeune B, Ahrenfeldt LJ. Sex differences in vision and hearing impairments across age and European regions : Findings from SHARE. *Wien Klin Wochenschr*. 2023;6: 37280394
136. Ehrlich JR, Stagg BC, Andrews C, Kumagai A, Musch DC. Vision Impairment and Receipt of Eye Care Among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Ophthalmol*. 2019;1;137(2):146-158.
137. Lee, M. J. Varadaraj V., Ramulu, P. Y., Whitson, H. E., Deal, J. A., Swenor B. K . Memory and confusion complaints in visually impaired older adults: An understudied aspect of well-being. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2019 5,2333721418818944

138. Joksimović, Kristina Krstić (2019). "Putanja prevladavanja smrti bračnog partnera u starosti–prospektivna dnevnička studija." Diss. University of Novi Sad (Serbia).
139. Fuller-Thomson E, Nowaczynski A, MacNeil A (2022). "The association between hearing impairment, vision impairment, dual sensory impairment, and serious cognitive impairment: findings from a population-based study of 5.4 million older adults." *J Alzheimers Dis Rep.* 6(1): 211-222.
140. Bauer MA, Zanella ÂK, Filho IG, Carli G, Teixeira AR, Bós ÂJG (2017). "Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly." *Braz J Otorhinolaryngol.* 83(5): 523-529.
141. Härmäläinen A, Phillips N, Wittich W, Pichora-Fuller MK, & Mick P (2019). "Sensory-cognitive associations are only weakly mediated or moderated by social factors in the Canadian Longitudinal Study on Aging." *Scientific Reports*, 9(1), 1–8. 10.
142. Yu K, Wu S, Jang Y, Chou CP, Wilber KH, Aranda MP, Chi I (2021). "Longitudinal assessment of the relationships between geriatric conditions and loneliness." *J Am Med Dir Assoc*, 22(5): 1107-1113.
143. Heyl V, Wahl H-W, Mollenkopf H (2005). "Visual capacity, out-of-home activities and emotional well-being in old age: Basic relations and contextual variation." *Social Indicators Research*, 74(1): 159–189.
144. Mick P, Kawachi I, Lin FR (2014). "The association between hearing loss and social isolation in older adults." *Otolaryngol Head Neck Surgery*, 150(3): 378–384.
145. 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.
146. Eckstrom E, Neukam S, Kalin L, Wright J. Physical Activity and Healthy Aging. *Clin Geriatr Med.* 2020 Nov;36(4):671-683
147. von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Lüdecke D. Income and functional limitations among the aged in Europe: a trend analysis in 16 countries. *J Epidemiol Community Health.* (2017)71:584-591..
148. Handa S, Masuki S, Ohshio T, Kamijo Y, Takamata A, Nose H. Target intensity and interval walking training in water to enhance physical fitness in middle-aged and older women: a randomised controlled study. *Eur J Appl Physiol.* 2016 Jan;116(1):203-15.
149. Liu G, Li S, Kong F. Association between social support, smartphone usage and loneliness among the migrant elderly following children in Jinan, China: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022 May 24;12(5):e060510
150. Mulcahy A, Streed CG Jr, Wallisch AM, Batza K, Kurth N, Hall JP, McMaughan DJ. Gender Identity, Disability, and Unmet Healthcare Needs among Disabled People Living in the Community in the United States. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 23;19(5):2588.
151. Harper S. Economic and social implications of aging societies. *Science.* (2014) 346:587-91.
152. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health.* (2018)6:e1077-e1086.
153. Ruiz-Comellas A, Valmaña GS, Catalina QM, Baena IG, Peña JM, Poch PR, et al. Effects of physical activity interventions in the elderly with anxiety, depression, and low social support: a clinical multicentre randomised trial. *Healthcare (Basel).* (2022) 10:2203
154. Delle Fave A., Bassi M., Boccaletti E.S., Roncaglione C., Bernardelli G., Mari D. Promoting well-being in old age: the psychological benefits of two training programs of adapted physical activity. *Front. Psychol.* (2018) 9:828..

155. Chauhan S, Kumar S, Bharti R, Patel R. Prevalence and determinants of activity of daily living and instrumental activity of daily living among elderly in India. *BMC Geriatr.* 2022;19:22(1):64.
156. Schrepft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health.* (2019) 19:74.
157. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health.* (2018)6:e1077-e1086.
158. 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;11;20(1):241.
159. Tucker JS. Health-related social control within older adults' relationships. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* (2002) 57:387-395.
160. Kojima G, Walters K, Iliffe S, Taniguchi Y, Tamiya N. Marital status and risk of physical frailty: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* (2020)21:322-330.
161. Tetsuka S. Depression and Dementia in Older Adults: A Neuropsychological Review. *Aging Dis.* 2021;1;12(8):1920-1934.
162. Dias NS, Barbosa IG, Kuang W, Teixeira AL. Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. *Dement Neuropsychol.* 2020;14(1):1-6.
163. Wiels W, Baeken C, Engelborghs S. Depressive Symptoms in the Elderly-An Early Symptom of Dementia? A Systematic Review. *Front Pharmacol.* 2020;7;11:34.
164. 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
165. Castellanos-Perilla N, Borda MG, Fernández-Quilez Á, Aarsland V, Soennesyn H, Cano-Gutiérrez CA. Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomedica.* (2020) 40:546-556.
166. 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 [Internet].* 2018Jul;20(4):493–502.
167. Morley JE. Cognition and Chronic Disease. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 May 1;18(5):369-371.
168. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health.* (2009)54:241-249.
169. Schnakers C, Liu K, Rosario E. Sociodemographic, geographic and clinical factors associated with functional outcome and discharge location in US inpatient rehabilitation settings. *Brain Inj.* (2022) 36:251-257.
170. Ruiz-Comellas A, Valmaña GS, Catalina QM, Baena IG, Peña JM, Poch PR, et al. Effects of physical activity interventions in the elderly with anxiety, depression, and low social support: a clinical multicentre randomised trial. *Healthcare (Basel).* (2022) 10:2203
171. Delle Fave A., Bassi M., Boccaletti E.S., Roncaglione C., Bernardelli G., Mari D. Promoting well-being in old age: the psychological benefits of two training programs of adapted physical activity. *Front. Psychol.* (2018) 9:828..
172. World Health Organisation (2022), Abuse of older people (pristupljeno 22.07.2023), dostuno online : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

173. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>
174. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. *European Journal of Public Health*. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29878101>
175. World Health Organisation (2022); Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030), (pristupljeno 03.06.2024.) dostupno online : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356151/9789240052550-eng.pdf?sequence=1>
176. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
177. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs of Rural Older Adults with Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;13;20(4):3298.
178. Morgan JC, Kemp CL, Barmon C, Fitzroy A, Ball MM. Limiting and Promoting Resident Self-Care in Assisted Living. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021. 13;76(8):1664-1672
179. Beltz S, Gloystein S, Litschko T, Laag S, van den Berg N. Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. *BMC Geriatr*. 2022;23;22(1):894
180. Scheel-Hincke LL, Möller S, Lindahl-Jacobsen R, Jeune B, Ahrenfeldt LJ. Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE. *Eur J Ageing*. 2019;14;17(1):69-79.
181. Kekäläinen T, Luchetti M, Sutin A, Terracciano A. Functional Capacity and Difficulties in Activities of Daily Living From a Cross-National Perspective. *J Aging Health*. 2023;35(5-6):356-369

БИОГРАФИЈА

Андреа Мирковић рођена је у 27.06.1985. године у Лозници. Завшила је мастер академске студије на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију у Београду, обалст визуелне функције и специјална едукација и рехабилитација особа са оштећењем вида. Основне студије медицинских наука са специјализацијом у области оптометрије и корекције вида, завшила је у Сједињеним Америчким Државама. Поред тога, њено образовање укључује и основне студије из политикологије са фокусом на међународну здравствену и социјалну политику мањинских група. Докторске академске студије на Факултету медицинских наука у Крагујевцу, из области превентивне медицине, уписала је у академској години 2020/2021, а 2023. године успешно је положила усмени докторски испит. Професионално обавља функцију стручног сарадника у Специјализованом центру за корекцију вида - Очна кућа "Етико" у Крагујевцу. Прошла је бројна стручна и професионална усавршавања у земљи и иностранству, која су се фокусирали на различите области оптометрије, контактних сочива, као и ране интервенције детекције и превенције функционалних оштећења у домену вида. Активно је учествовала у неколико међународних пројеката и аутор је бројних стручних, научних и истраживачких радова.

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

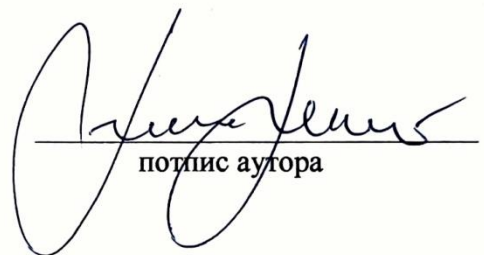
**ОДРЕДНИЦЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ ОГРАНИЧЕЊА СТАРОГ
СТАНОВНИШТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

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

Овом Изјавом такође потврђујем:

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

У Крагујевцу 2024. године,



потпис аутора

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

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

**ОДРЕДНИЦЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ ОГРАНИЧЕЊА СТАРОГ
СТАНОВНИШТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ** истоветне.

У Крагујевцу, 2024. године,



потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Андреа Мирковић ,

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

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

**ОДРЕДНИЦЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ ОГРАНИЧЕЊА СТАРОГ
СТАНОВНИШТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

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

Овом Изјавом такође

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам¹

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

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 2024. године,



потпис аутора

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

