



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

Светлана Радевић

**РОДНО СПЕЦИФИЧНЕ ОСОБЕНОСТИ СТАРЕЊА
СТАНОВНИШТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2017.

Ова докторска дисертација плод је оригиналног ауторског рада који превасходно има за циљ испитивање родно специфичних образаца старења, са посебним освртом на карактеристике здравственог стања, здравствених потреба и коришћења здравствених услуга у популацији старих особа у Србији.

*Велику захвалност дугујем свом ментору, **проф. др Михајлу Јаковљевићу**, на указаном поверењу, разумевању, стрпљењу, добронамерним саветима и несебичној помоћи у успешном савладавању недоумица и проблема током израде тезе.*

Велику захвалност дугујем породици на вишегодишњем разумевању приликом израде ове докторске дисертације.

Крагујевац, 2017.

Светлана Радевић

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Старење становништва као глобални демографски феномен и његове последице по јавно здравље	1
1.2. Демографски профил старог становништва	3
1.2.1. Старосна структура	3
1.2.2. Очекивано трајање живота	6
1.2.3. Фертилитет	7
1.2.4. Полна структура	8
1.2.5. Брачно стање	9
1.2.6. Образовна структура	11
1.2.7. Економска структура.....	11
1.3. Здравствени профил старог становништва	13
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ	20
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД.....	21
3.1. Врста студије.....	21
3.2. Популација која се истражује.....	21
3.3. Узорковање	21
3.4. Инструмент истраживања.....	22
3.5. Варијабле које се мере у студији	23
3.6. Прикупљање података.....	24
3.7. Снага студије и величина узорка	25
3.8. Статистичка обрада података	25
4. РЕЗУЛТАТИ.....	27
4.1. Демографске и социо-економске карактеристике.....	27
4.1.1. Старосна структура	27
4.1.2. Полна структура	27
4.1.3. Брачна структура	29
4.1.4. Образовна структура	33
4.1.5. Економска структура.....	37
4.1.6. Старачка домаћинства.....	40
4.2. Здравствено стање	42
4.2.1. Самопроцена здравља	42
4.2.2. Хроничне болести.....	50
4.2.3. Физичка и сензорна функционална оштећења	56
4.2.4. Ментално здравље	60
4.2.5. Повреде.....	62
4.3. Коришћење здравствене заштите	63
4.3.1. Коришћење примарне здравствене заштите.....	63
4.3.2. Коришћење стоматолошка здравствене заштите	69
4.3.3. Коришћење болничке здравствене заштите.....	73
4.3.4. Коришћење приватне праксе.....	77
4.3.5. Употреба лекова	81

4.3.6. Неостварене потребе за здравственом заштитом	84
4.3.7. Задовољство здравственом службом	86
5. ДИСКУСИЈА.....	87
6. ЗАКЉУЧЦИ	106
7. ЛИТЕРАТУРА	108
8. ПРИЛОГ	134
8.1. Прилог 1 – Упитник за одрасле особе старости 20 и више година 2013.	134

1. УВОД

1.1. Старење становништва као глобални демографски феномен и његове последице по јавно здравље

пројектовани темпо старења у будућности предвиђа

Старење становништва се дефинише као један од најактуелнијих феномена и изазова са којима се свет сусреће. Последњих деценија прошлог века било је јасно да развијени свет очекује велико повећање удела старих лица, али уласком у 21. век постало је очигледно да се ради о неизбежној и општој тенденцији која захвата сва друштва, и која и сада, ма колико била стварна и очекивана, представља и даље велики изазов за савремено друштво. Извесност континуитета старења становништва и у будућности заокупљује пажњу најшире јавности и иницира читав низ отворених питања који ће од сваке земље захтевати врло специфичне и конкретне одговоре (1).

Светска здравствена организација (СЗО) старење становништва дефинише као један од највећих успеха људског друштва, настао као резултат смањења морталитета старих лица и њиховог дужег животног века захваљујући напредку у медицини, фармакологији, јавном здрављу и промовисању здравих стилова живота (2). Међутим, незаустављив процес старења становништва има дубоке последице на здравствену, социјалну и економску сферу друштва због специфичних и веома разноврсних потреба старог становништва (3). Иако их најчешће описујемо као здравствене потребе, социјалне потребе, економске потребе и многе друге потребе старих су у великој мери међусобно испреплетене, повезане и суштински недељиве (4).

Као последица биолошког процеса старења долази до постепеног повећања учесталости пацијената са хроничним обољењима (кардиоваскуларним болестима, дијабетесом, малигним обољењима и др.), при чему није необично да се код једне особе јави више оваквих удружених обољења (такозвани мултиморбидитет) (5,6). Са старењем се прогресивно повећава број функционално зависних особа, особа које имају неки облик психичких или телесних оштећења, као и број когнитивно измењених (дементних особа). Обимна здравствена проблематика старих доводи до све већег притиска на здравствену службу и све већих издвајања за њихову здравствену заштиту (5). Старе особе се чешће суочавају са економским баријерама у коришћењу здравствених услуга, као последица пада економске моћи услед пензионисања и

престанка активног радног циклуса. Код већине старих долази до урушавања капацитета за самостално живљење због ограничене покретљивости, психолошке слабости или других физичких проблема. Многима је потребан неки облик подршке, помоћи и дугорочне неге, што укључује негу у старачком дому, геронтодомаћице, помоћ у кући, бригу локалне заједнице и дужи боравак у болници. То значи повећање броја зависних старих у економском, здравственом и социјалном смислу и повећање потребе за реалокацијом ресурса на дуготрајну негу (7). Све наведено има велики негативан утицај на економску стабилност здравственог система и друштва у целини (8).

Специфичности родних модела старења пре свега су последица утицаја низа фактора који делују у одређеним друштвеним околностима и конкретном друштвеном окружењу. Родне разлике у погледу брачних, образовних и економских карактеристика су последица преовлађујућег модела родних улога у породици и у друштву, али су и последица релевантног понашања жена и мушкараца. У већини друштава жене имају нижи друштвени статус него мушкарци, мањи приступ и контролу над ресурсима, и мање учествују у доношењу одлука. Жене у старости трпе и даље последице своје инфериорније економске и финансијске позиције из ранијег доба, на које се још надовезује и одсуство брачног партнера, чији би приходи могли да буду значајна подршка и олакшање за подношење терета дубоке старости (9). Њихова индивидуална животна искуства јесу под утицајем ових друштвено конструисаних разлика, а то се одражава и на њихово здравствено стање. Стога се род сматра важном детерминантом здравља, која додатно обликује обрасце изложености факторима ризика по здравље и оболевање, приступ здравственој заштити, као и доступност лечења (10).

Природа неједнакости између мушкараца и жена заснована на роду и старости указује да је старост више културолошка и друштвено-историјска категорија, а не само биолошки и природни процес, па се појам старости не вреднује свуда на исти начин. Демографија, наука која између осталог прати динамику раста и развоја старе популације на глобалном нивоу има врло прецизне и јасне нумеричке критеријуме (индикаторе) у њеном дефинисању: удео старих у укупној популацији, где су уважене обе номиналне границе старости (60 и 65 година), заједно са просечном старошћу и индексом старења. Међутим, током времена, граница старости је померена са 60 на 65 година као одговор на убрзане трендове старења становништва и продужетак животног и радног века у савременом друштву (1).

Стара популација се не може посматрати као хомогена група, па се приликом проучавања различитих димензија старења у свету, све више ова популација дели на три подгрупе: „младо старо“ становништво (young old) од 65 до 74 године, старо становништво од 75 до 84 године, и „најстарије старо“ становништво (oldest old) преко 85 година. С обзиром на године и друге специфичности, уобичајено да се становништво старије од 80 година, а врло често и старије од 85 година, посматра као засебни „старачки контингент“, не само унутар старог становништва већ и у укупном становништву (1,10).

1.2. Демографски профил старог становништва

1.2.1. Старосна структура

Старост и пол представљају најважније и основно обележје сваке популације, а формирање структуре становништва према овим обележјима одвија се у дужем периоду, под директним утицајем рађања, смртности и обима миграционих кретања становништва (1).

Светска популација убрзано стари. Број старијих од 65 година се више него утростручио и од 1950. до 2000. порастао са 131 милион на 417 милиона, док је њихов удео у укупној популацији порастао са 5% на 7% (1,12,13). Почетак 21. века указује да се демографско старење одвија све брже. Од укупно 7,3 милијарди људи широм света у 2015. години, 8,5% светске популације, односно 617 милиона људи било је старије од 65 година. Предвиђања су, да ће се број старих људи повећати за више од 60% за само 15 година – па ће до 2030. године старији преко 65 година чинити 12% од укупног броја становника. Удео старијег становништва ће наставити да расте и у наредних 20 година – до 2050. године биће 1,6 милијарди старијих људи, што ће представљати 17% укупне светске популације. Глобално гледано, пројектовани темпо старења у будућности предвиђа да ће се број старијих од 65 година у популацији повећавати за око 27,1 милион годишње (11). Повећање ће бити највеће и најбрже у земљама у развоју у којима се очекује да ће се старија популација учетворостручити у наредних 50 година. Очигледно је да свет улази у нови демографски период и да је 21. век, век популационог старења (13).

Регије света варирају у фазама демографске транзиције, а разликују се и по брзини старења. У више развијеним земљама, посебно оним у Западној и Источној

Европи, демографска транзиција почела је пре више од једног века и већини је требало више деценија да окончају овај процес. Међутим, Азија и Латинска Америка брзо напредују ка демографској транзицији и све брже старе. Мање од 8% Азијата има 65 и више година у 2015. години, али овај просек за регију маскира огромне варијације које постоје у самој Азији. Док око половина Азијских држава тренутно има мање од 5% старих у укупној популацији, неке државе у Азији су већ међу најстаријима на свету. Источна Азија је једна од најстаријих субрегија и обухвата и најстарију већу земљу света – Јапан (26,6%). Очекује се да ће удео старије популације у Азији достићи 12,1% у 2030. и 18,8% у 2050. години (11).

Упоређујући континенте видљиво је да Африка има најмање старог становништва (3,5%), док Европу насељава најстарије становништво (17,4%). За разлику од других регија, Африка је и даље у раним фазама демографске транзиције са високим стопама рађања и младом структуром посебно у западним, средњим и неким источним државама. Истраживачи истичу неколико могућих објашњења за кашњење у паду фертилитета у неким деловима Африке која укључују и спору стопу економског развоја, недовољне помаке у побољшању приступа образовању код жена и повећање морталитета услед епидемије ХИВ-а (14,15).

Већина афричких држава данас има мање од 5% старијих од 65 година у укупној популацији док је у 21 држави тај удео 3% и мање (нпр. Етиопија, 2,9% и Уганда, 2%). Док је Африка као континент млада регија, неке Афричке државе већ имају велики број старих људи. У 2015. години, број старих у популацији превазилази 1 милион у 11 држава укључујући Нигерију (5,6 милиона), Египат (4,6 милиона) и Јужну Африку (3,1 милиона). До 2050. године, процењује се да ће више од половине Афричких држава имати више од милион старих укључујући и три државе у којима ће тај број премашити 10 милиона (Нигерија -18,8 милиона, Египат - 18,1 милиона и Етиопија - 11,5 милиона) и још шест држава са преко 5 милиона (11).

Процент популације старије од 65 година у 2015. години варира од највише вредности, од преко 26,6% у Јапану до најниже вредности, од око 1% у Катару и Уједињеним Арапским Емиратима. Од 25 најстаријих држава у 2015. години, 22 су у Европи, где су Немачка и Италија већ више година на првом месту (16). Предвиђа се да ће Словенија и Бугарска бити најстарије европске земље у 2050. години.

Јапан је, међутим, тренутно најстарија земља света и сматра се да ће задржати ту позицију бар до 2050. Уз убрзано старење које се одвија у Азији, Јужна Кореја, Хонг Конг и Тајван ће се придружити Јапану на листи најстаријих држава и регија до 2050.

године, када ће више од једне трећине ових Азијских популација чинити особе од 65 и више година (11). Процењује се да ће старија кинеска популација у 2025. превазићи број Европљана старијих од 65 година (1).

Посебан аспект демографског старења чини интензивно старење унутар саме популације старијих или старење старих које је карактеристичано за већину земаља широм света без обзира на географски положај или економску развијеност (17). СЗО процењује да ће се број „старијих старијих“ (oldest old population), у првој половини 21. века учетворостручити и бројати 395 милиона 2050. године, па ће једна од пет старијих особа бити старија од 80 година (1,18). Најстарији међу старима се разликују од остатка старије популације по многим социодемографским карактеристикама и чешће имају више хроничних стања која захтевају дугорочну негу, те стога могу трошити јавне ресурсе непропорционално и чинити веће оптерећење на неформално збрињавање које често обезбеђују саме породице (19,20).

Још један од значајних показатеља степена старости становништва је просечна старост становништва, која је у 2015. години износила 32 године, и креће се од 15 до близу 50 година. Демографски најмлађи континент је Африка, чији су становници у просеку стари 19,7 година, док је Европа најстарији континент, са просеком од 41,6 година. Примера ради, Нигер, Уганда и Мали имају просечне вредности овог индикатора око 15-16 година, будући да је више од половине становништва у овим земљама млађе од 18 година. На другом крају спектра су Јапан и Немачка са просечном старошћу од 47 година. Према пројекцијама, просечна старост у Јапану ће 2030. године износити 53 године, а 2050. године просечна старост ће достићи 56 година (11).

У већини Европских земаља, удео старије популације већ превазилази 14%. Међу њима је и Србија са 17,4% старијих од 65 година у укупном становништву и просечном старошћу од 42,4 године што је сврстава у једну од најстаријих популација не само у европским већ и у светским размерама. Индекс старења који представља однос старијих од 65 и млађих од 15 година достигао је вредност од 1,22.

Процес демографског старења у Србији ће се посебно интензивирати у наредном периоду, јер у контингент старих треба да уђу најбројније „бабу-боом“ генерације, тј. генерације рођене током послератног компензационог периода. Републички завода за статистику предвиђа па ће се удео лица старијих од 65 година повећати за још 8% у наредних тридесет година, тако да би на крају пројекционог периода сваки четврти становник Србије (25,2%) био старији од 65 година (21).

1.2.2. Очекивано трајање живота

Очекивано трајање живота представља „ просечан број година колико се очекује да живи особа одређеног узраста уколико наставе да се одржавају постојеће стопе морталитета“. Очекивано трајање живота је у порасту у свим регионима света, а посебно у развијеним земљама, тј. оним које су највише суочене са проблемом старења. Током последњих пола века очекивано трајање живота на рођењу се повећало за скоро 20 година на глобалном нивоу и износило је 68,6 година у 2015. години, највише захваљујући побољшању здравља и смањењу морталитета старих лица (1).

Међутим постоје велике регионалне разлике у односу на овај базични индикатор. Северна Америка тренутно има најдужи животни век од 79,9 година и пројектује се да ће наставити да буде на првом месту са просечним регионалним животним веком од 84,1 годину у 2050. години. Тренутни животни век у Африци је свега 59,2 године. Међутим, од Африке се очекује да ће проћи кроз велики напредак у здрављу и да ће поправити смртност узроковану сидом у наредних пар деценија па се у 2050. години животни век пројектује на 71.0 годину, чиме ће се смањити и јаз између Северне Америке и Африке (11).

Ако се посматрају појединачне државе, открива се неуједначено кретање у здрављу популација, које се огледа у разликама у просечном животном веку међу државама. У 2015. години, 24 земље су имале очекивано трајање живота на рођењу 80 година или дуже. Јапан, Сингапур и Макао предводе ову групу чије очекивано трајање живота прелази 84 године. На другом крају спектра, 28 земаља има очекивани животни век при рођењу испод 60 година. Са изузетком Авганистана, преосталих 27 земаља су у Африци. Примера ради, очекивано трајање живота у Јужној Африци је 49,7 година, а у Јапану 84,7 година, што је разлика од 35 година у очекиваном трајању живота на рођењу између ове две државе (11).

До продужења животног века такође је дошло и у старијим годинама. У Сједињеним Америчким Државама, на пример, очекивано трајање живота за особе старе 65 година је са 11,9 година од 1900 – 1902. порасло на 19,1 годину у 2009. Очекивано трајање живота код особа старости од 80 година се у току истог периода скоро удвостручило са 5,3 година на 9,1 годину (22).

Према резултатима последњег Пописа из 2011. године очекивано трајање живота на рођењу у Србији износило је 74,7 година. У односу на овај показатељ, Србија заостаје за развијеним европским земаљама. Продужетак очекиваног трајања живота

живорођених, који се одвијао највише захваљујући паду морталитета одојчади, деце и младог становништва, није био праћен адекватним повећањем очекиваног тарајања живота старих лица, што се може објаснити чињеницом да промене у начину живота које би могле водити нижој смртности теже прихватају стари људи (1,23).

1.2.3. Фертилитет

Данас је усаглашено научно мишљење да је процес старења становништва условљен пре свега ниским фертилитетом (11). Европски демографи су упозоравали деценијама о могућим опадањима укупног броја популације које ће пратити нужно старење популације у неким Европским државама, због упорно „најнижих-ниских“ нивоа фертилитета. У неким Европским државама, као што су Белорусија, Бугарска, Румунија, Србија и Украјна, опадање популације почело је још пре две деценије (24).

Стопа укупног фертилитета је у периоду од 1950–2009. преполовљена са 5 на 2,5. У 2015. ниво фертилитета је близу или испод нивоа просте репродукције у свим регионима света, са изузетком Африке. У развијеним земљама тај показатељ је знатно нижи од светског просека и износи 1,6. Рекордно ниским фертилитетом одликују се Русија (1,6), Кина и Швајцарска (1,5), Немачка и Јапан (1,4), Јужна Кореја (1,2) и Тајван (1,1). У Азији и Латинској Америци, са друге стране, одиграо се скорији, али бржи пад фертилитета него у Европи. Свеобухватна стопа укупног фертилитета у Азији и Латинској Америци смањила се за 50% (са 6 на 3 детета по жени) током периода од 1965 – 1995. године. У 2015. години, просечна стопа укупног фертилитета је на нивоу просте замене (2,1) и предвиђа се да ће се пад наставити и током наредних 35 година до 2050. године, мада смањеном брзином (11).

У Африци је фертилитет још увек веома висок (4,4), а земље рекордери у том погледу су: Нигер (6,8), Мали и Бурунди (6,1) Сомалија (6) Уганда (5,9).

Демографи истичу да је различита путања транзиције фертилитета задесила Африку у поређењу са остатком света (25). Они истичу да је спор пад фертилитета у Африци последица тога да је идеал у погледу величине породице овде још увек висок, што потиче од препознатљивих пронаталитетно оријентисаних културолошких норми Афричких друштава, свеprisутних режима контроле фертилитета који су фокусирани на одлагање, а не на заустављање, и неиспуњених потреба за планирањем породице (26-28).

Тренутна стопа укупног фертилитета у Србији износи 1,35 и за трећину је мања од нивоа фертилитета потребног за просто обнављање становништва (2,1 живорођено дете). У Србији је дуже од пола века изражена тенденција опадања фертилитета, што је одличан показатељ промена у репродуктивном нормама и понашању становништва Србије али и тешке друштвено-економске ситуације (1). Убрзана модернизација, миграције из руралних у урбана подручја, високо учешће жена у радној снази са пуним радним временом, незапосленост, незадовољавајући економски стандард, неадекватна подршка у вези усклађивања обавеза на послу и у породици, проблеми чувања деце, контрола рађања итд., само су неки од фактора недовољног рађања деце у Србији (29).

1.2.4. Полна структура

Анализа полног састава становништва омогућава уочавање одређених разлика између жена и мушкараца, које могу бити последица деловања низа фактора различите природе који потичу из друштвеног окружења (1).

Значајна карактеристика демографског старења је феминизација старог становништва. Глобално посматрано жене чине 55% популације старости 65 и више година, са уделом од 9,5% у укупној популацији, док је удео старијих мушкараца 7,5%. Број мушкараца и број жена прилично је уједначен на глобалном нивоу. Тачније према подацима УН у 2015. години, на сваких 100 жена долази 101,4 мушкарца. Међутим, у групи старих 65 и више година тај удео је свега 80,3, и наставља да опада за старије добне групе. На пример, има упола мање мушкараца него жена у старосној групи од 85 и више година, и однос полова опада на минимум од 22,5 за људе старије од 100 година што значи да на сваког мушког стогодишњака имамо четири стогодишњакиње (11).

Присутне су велике варијације по регионима када је у питању однос полова у старијој популацији. Најповољнији однос налазимо у Азији и Субсахарској Африци (Индија– 90,1, Кина– 91,9, Бангладеш– 96,7, Мали–100, Нигер– 103,9, Судан– 119,4), док необично низак однос полова налазимо у старијој популацији Русије (44,6) и другим источно-европским земаљама (Белорусија– 45,4, Украјина– 48,9, Естонија– 49,8) (11).

Животни век који се разликује код жена и мушкараца упућује на знатну хетерогеност и пластичност процеса старења, али и на екстремне варијације и упорне неједнакости.

Женско становништво је демографски старије од мушког у свим регионима света, с тим да је тренутни и пројектовани родни јаз највећи у најстаријем региону - Европи (3,7 година у 2015. и 4,8 у 2050. години). Просечна старост мушкараца у Европи тренутно износи 39,7 година, а за жене 43,4 године. Супротно, у најмлађем региону Африке, мушкарци и жене су готово једнако млади, са разликом мањом од 1 године у просечној старости за 2015. годину (19,4 мушкарци, 19,9 жене) (11).

Према резултатима Пописа 2011., просечна старост жена у Србији је три године већа од просечне старости мушкараца (43,5 : 40,8) (1).

Жене имају дужи животни век од мушкараца (30). Стопе смртности мушкараца више су од стопа смртности жена у свим старосним групама (31). Изузетак у неким земљама представља смртност жена у репродуктивном периоду, када матернални морталитет може бити довољно висок да подигне укупан морталитет жена (32).

Глобално гледано, жене у просеку надживе мушкарце за 4,1 годину. Просечан животни век жена је 70,7 година, а мушкараца 66,6 година. За жене које су рођене у Јапану се очекује да ће у просеку живети 88 година, док је за мушкарце очекивано трајање живота 82 године. Скоро двоструко краћи животни век очекује мушкарце и жене у појединим афричким земљама. Жене рођене у Јужној Африци могу очекивати животни век од 48,7 година, а мушкарци 48,2 године (11).

Резултати последњег Пописа из 2011. показују да мушкарци у Србији у просеку живе 5,19 година краће од жена (71,6 : 76,8). Преостало трајање живота и у старости од 65 година такође је значајно краће код мушкараца. За мушкарце старости 65 година се очекује да ће живети још 12,7 година, док ће жене исте старости у просеку живети још 14,6 година (1,21).

1.2.5. Брачно стање

Брачно стање старијих становника оба пола може представљати важну димензију квалитета живота у старости, односно важан елемент социјалне и емотивне стабилности. Разлике у брачној структури, једним делом условљене родним обрасцима брачног понашања, али и већим специфичним стопама морталитета мушкараца, могу бити посебно важне за социо-економски положај, као и за могућност учествовања у различитим аспектима друштвеног живота (10). Брак на различите начине може да утиче на позиције жене и мушкараца, не само унутар ове заједнице, већ и у погледу могућности реализације улога и потреба које излазе из непосредног оквира брачног

односа и породичног живота, па брачна заједница може сматрати једним од генератора неравноправности жене и мушкарца у ширим друштвеним оквирима (33).

Емпиријска истраживања спроведена у последњих неколико деценија показала су да особе које су у браку, остварују читав низ физичких и менталних бенефиција, остварују већу функционалност, боље оцењују своје здравствено стање, имају ниже стопе морбидитета и дуже живе од појединаца који нису у браку (34-36). Брачни статус утиче на социоекономску стабилност, здравље и опште благостање старијих мушкараца и жена (37,38).

Постоје две теорије које указују на боље здравље одраслих који су у брачној заједници: теорија о селективној улози брака и теорија о заштитној улози брака (39). Теорија о селективној улози брака говори у прилог томе да здравији људи чешће ступају у брак и остају у брачној заједници, док се теорија о заштитној улози брака заснива на претпоставци да особе које су у браку имају предност у погледу финансијских средстава и стабилности, социјалне и психолошке подршке, као и подршке у избору здравог животног стила (39,40,41).

Из угла родне равноправности, брачна заједница и живот ван брака не морају носити исте ефекте за мушкарце и за жене, па брак може бити „ограничавајући“ или „подстичући“ фактор у свакодневном животу, што може зависити од социо-економског положаја, начина живота, квалитета брачне заједнице, уређености односа између супружника, и низа других социјалних и психолошких фактора. У традиционално патријархалном културном окружењу брак може имати важну улогу за социо-економски положај жена, али управо таква важност брачне заједнице, може имати и негативне импликације у ситуацијама дисхармоничног брачног односа између супружника (33).

Многа истраживања указују да брачна заједница има већу важност за виталност мушког становништва и значајну заштитничку улогу брака за мушкарца, тј. мушкарци кроз брак остварују више бенефиција од жена и показују здравије понашање у односу на оне који нису у браку (42-45). Нека од објашњења се базирају на чињеници да жене уопштено имају боље здравствено понашање од мушкараца и да су више заинтересоване за праћење и мешање у здравствено понашање партнера од мушкараца (46) и да жене пружају већу социјалну и психолошку подршку својим партнерима (47).

1.2.6. Образовна структура

Здравље и образовање су основни ресурси који у зрелом добу омогућавају развој појединца, док му у каснијим животним фазама омогућавају благостање. Другим речима, од ова два ресурса зависи укупни квалитет живота мушкарца и жена у старијој доби, односно могућност да остваре самосталан и активан живот у којем им неће бити неопходна помоћ чланова породице или здравствених и социјалних институција (33).

Образовање је кључни основ за активан и испуњен живот па се издваја као битна детерминанта квалитета живота старијих особа. Од образовних постигнућа зависи финансијска стабилност, укљученост у заједницу и разне облике друштвених активности које се рефлектују на физичку и менталну виталност старијих људи (1).

Образовање је врло важна социо-економска детерминанта здравља јер особе са вишим нивоом образовања имају већу шансу да буду запослене и да имају стабилнија примања, а уз виши социјални статус иде и боља брига за сопствено здравље (41,48).

Образовна структура старог становништва има посебну тежину, јер не само да говори о потенцијалима старије популације данас, већ се издваја и као индикатор социо-економске развијености времена у којима су се генерације старих школовале. Иако је право на школовање и постизање жељеног нивоа образовања жена, као једно од најважнијих тековина феминистичке борбе жена за равноправност са мушкарацима, значајно унапредило њихов друштвени положај и квалитет живота, родни јаз у образовању ипак опстаје. Једна димензија по којој су старије жене у многим земљама у развоју у недостатку у поређењу са мушкарцима је формално образовање. Ово је питање значајно за цео животни век пошто се жене и девојке суочавају са ограничењима у приступу образовању на свим нивоима, што их чини осетљивом групацијом због немогућности да обезбеде запослење и остваривање кључних социјалних права, као што су здравствено и пензијско осигурање. Ниво образовања у значајној мери одређује могућност коришћења расположивих могућности социјалне и здравствене заштите и одређује квалитет живота старе особе (49).

1.2.7. Економска структура

Као једна од последица промене економских односа у друштву у односу на преиндустријски период долази до смањења радно активних становника изнад

одређених година старости, што у условима перманентног старења становништва може имати озбиљне друштвено-економске последице (1).

Као последица продужетка животног века и секуларног опадања фертилитета због којег долази до неминовног старења становништва, број пензионера као дела старијег становништва је у непрестаном порасту, па се као економски доминантна категорија која фигурира код старог становништва јасно издвајају пензионери (50). Стога је пензиони систем незаобилазан фактор економске и социјалне стабилности једне државе а његове импликације нарочито долазе до изражаја у земљама у транзицији и економски слабије развијеним земљама као што је Србија (51).

Као једна од родних разлика у економској активности жена и мушкараца истиче се различитост позиција у погледу стицања права за одлазак у пензију, односно ранији престанак економске активности женског становништва (33). Према тренутно важећим законским прописима за одлазак у редовну пензију у 2016. години женама је потребна 61 година старости а мушкарцима 65 година при чему је неповољност законске структуре према женама јасно истакнута годишњим повећањем старосне границе за жене и доласком до исте вредности за оба пола у 2032. години. Према тренутно актуелној Владиној политици у Републици Србији и усвојеном Закону о пензијском и инвалидском осигурању који је ступио на снагу од јануара 2015. године регулисана је граница за одлазак у пензију која се сукцесивно продужава и за жене и за мушкарце, при чему се јасно може закључити да је циљ ових мера изједначење година стажа за жене и мушкарце до 2023. године а изједначење старосне границе са ово шемом реформи се може очекивати 2032. године када би и жене и мушкарци у старосну пензију одлазили са 65 година живота (51-53).

Иако је родна равноправност тематика која је већ дуго година проучавана и разматрана у различитим друштвеним сферама положај жена у систему пензионог и инвалидског осигурања није литературно поткрепљен у великом обиму. Сходно променама оквира послова жена и мушкараца у приватном и друштвеном животу у односу на претходних неколико деценија јасно је да је присутан сталан тренд раста запошљавања жена тј. равноправнија дистрибуција послова према половима. И поред ове констатације жене су и даље неравноправнији корисници пензионог осигурања генерално посматрано са тачке нижег степена образовања и последично нижих примања током радног стажа. Пензијска покривеност је типично мање екстензивна међу женама него међу мушкарцима због нижих стопа њиховог учешћа на тржишту рада, њихове превелике заступљености у неформалном сектору, међу samozапосленима

и у неплаћеним породичним пословима. У многим земљама, једини извор прихода старијих жена су примања на која живи супружник остварује право на конту мужевљевих пензионих доприноса (51).

У скорије време, многе владе изразиле су забринутост у погледу адекватности и одрживости пензионих система модификујући параметре тих програма. Ове мере укључују: повећање прописане старосне границе за пензију; повећање стопе доприноса за дефинисане шеме давања, стопе такси или социјалних осигурања на пензионе доприносе, као и минимални стаж; укидање подстицаја за превремени одлазак у пензију; увођење механизма аутоматског подешавања као што су повезивање старости на којој пензионе бенефиције могу да почну са животним веком. Владе су такође увеле реформе које ојачавају приватне пензионе фондове и побољшавају њихову комплементарну улогу у обезбеђивању адекватних пензионих прихода.

Иако мере за повећање прописаних старосних граница за пензију као и реформе пензионих система могу да побољшају одрживост пензионих програма, битно је такође имати на уму потенцијалне последице тих широких реформи на сиромаштво и неједнакост међу старијим особама (49).

1.3. Здравствени профил старог становништва

Оптерећење друштва хроничним незаразним болестима представља велики јавно-здравствени изазов широм света, а епидемија ових болести снажно је повезана са старењем становништва (54,55). Преваленција већине хроничних стања расте са годинама, а оно што је посебно забрињавајуће код старих људи је висока преваленција коморбидитета, висок проценат компликација болести, повреда и лечења, као и дуготрајна рехабилитација. Иако превентабилне, незаразне болести данас су водећи узроци оболевања, инвалидности, превременог умирања, и један од главних разлога коришћења здравствене заштите посебно старијих особа код којих су оне, у односу на општу популацију, увек заступљеније (56,57). Све ово за последицу има повећање јавне потрошње на здравствену и социјалну заштиту старих, па се старење становништва види као глобална претња економској стабилности у 21. веку (58).

У свом глобалном Извештају о статусу хроничних незаразних болести, СЗО истиче да су 2012. години хроничне незаразне болести биле одговорне за 38 од укупно 56 милиона смртних исхода, односно за 68% смрти у свету. Приближно три четвртине смртних случајева проузрокованих хроничним незаразним болестима (28 милиона) и

82% превремених смрти регистровано је у земљама са ниским и средње високим дохотком, а од укупног броја људи који су умрли од хроничних незаразних болести, њих 42% је било млађе од 70 година (54). Према резултатима студије о глобалном оптерећењу болестима 2010.године, 23,1% од укупног оптерећења болестима (574 милиона од 2490 милиона DALYs) било је узроковано болестима код људи старости 60 и више година (59).

У укупном рангирању обољења према годинама коригованим у односу на неспособност (DALY), десет водећих узрока оптерећења болестима код старих јесу: исхемијска болест срца (77,7 милиона DALYs), цереброваскуларни инсулт (66,4 милиона), хронична опструктивна болест плућа (43,3 милиона), дијабетес (22,6 милиона), бол у леђима (19,1 милион), карцином плућа и бронха (18,6 милиона), падови (12,4 милиона), визуелна оштећење (10,4 милиона), деменција (10 милиона), туберкулоза (9,2 милиона), хипертензивна болест срца (9,5 милиона) (58). Редослед јављања ових болести не варира у великој мери у зависности од региона, с тим да инфективне и паразитарне болести доприносе већем оптерећењу у земљама са ниским дохотком (60), док ће ментални и неуролошки поремећаји и мишићно-скелетне болести направити израженији допринос у регионима са високим приходима (61,62). Терет болести по особи код старијих људи је већи у земљама са ниским и средњим приходима (827 DALYs на 1000) него у земљама са високим приходима (590 DALYs на 1000) (58).

Најчешћи ментални поремећаји у овој старосној групи су депресија и деменција. Процењује се да 10-15% старије популације болује од депресије, док 25-30% људи узраста 85 или више година има одређени степен смањења когнитивних функција (63). Депресија у старијој животној доби произилази из губитка функционалних способности, самопоштовања, значајних улога и особа из живота, девалвације социјалних контаката и пада социо-економског статуса због пензионисања или инвалидности (64). Старије особе са телесним здравственим проблемима, имају већу стопу депресије од оних који су здрави, јер депресија долази у коморбидитету с другим телесним и психичким болестима, па је врло често недијагностикована и нелечена. Врло често се сматра да је депресивност уобичајена и природна реакција на хроничну болест и промене које старија животна доб доноси (65).

Као последица дужег животног века, очекује се прогресивно повећање броја људи са деменцијом попут Алцхајмерове болести. Алцхајмерова болест тренутно је рангирана као шести водећи узрок смрти у САД, али недавна процене показују да ће се овај поремећај позиционирати као трећи водећи узрок смрти за старије особе, одмах иза

болести срца и тумора. Ризик од деменције нагло расте са годинама код особа старијих од 60 година. Жене чешће пате од мушкараца због њихове веће дуговечности (66).

Хроничне незаразне болести, као водеће болести модерног доба, примарни су узроци морбидитета, инвалидитета и смртности становништва Србије. Болести срца и крвних судова са учешћем од 52,4% у свим узроцима смрти водећи су узрок умирања у Србији у 2015. години (67). Ишемијске болести срца и цереброваскуларне болести заједно су водећи узроци смртности у овој групи обољења. Половина свих умрлих од кардиоваскуларних болести стара је 80 или више, а чак 93% стара 60 или више година. Жене су чешће (54,6 %) у односу на мушкарце (45,4%) умирале од ове групе болести. Иако је и присуство тумора у смртности становништва у великој мери сконцентрисано код старијих генерација, оно је мање изражено него код болести крвотока. Старији од 80 година учествују са 17,5% у укупној смртности од овог узрока, а старији од 60 година са 77,6%. Када је реч о умирању од рака, евидентиране стопе морталитета у 2015. години код мушкараца износиле су 161,8 на 100.000, а код жена 102,3 на 100.000 становника.

Према резултатима истраживања „Оптерећење болестима и повредама у Србији” (68), скоро две трећине укупног оптерећења болестима рачунатог за 18 поремећаја здравља чинили су исхемијска болест срца, цереброваскуларна болест, рак плућа, униполарна депресија и дијабетес.

Феминизација становништва носи различито оптерећење болестима и узроцима смрти у укупној популацији. Иако стопе морталитета код мушкараца превазилазе оне код жена у свим старосним категоријама, жене имају тенденцију да пријављују лошије здравствено стање. „Жене су здравствено слабије али мушкарци умиру раније“ (енг. „Women get sicker, but men die quicker”) (30). Овакви налази су покренули расправу о тзв. „gender and health paradox“, о slabим али здравствено супериорнијим женама и jakim али здравствено угроженијим мушкарцима (69,70). Предложено је неколико хипотеза које покушавају да објасне овај парадокс. Две најраспрострањеније, пружају усаглашена објашњења која се базирају на повезаности здравља и морталитета (72). Према првој хипотези (73), као последица интеракција између биолошких, социјалних, психолошких и бихејвиоралних фактора, мушкарци и жене болују од различитих врста болести. Жене чешће пријављују здравствене проблеме, али та стања теже да буду мање озбиљна и мање летална него она од којих мушкарци чешће пате. Према другој хипотези, жене у просеку живе дуже, чиме се ствара јаз који се огледа у неједнакостима у здрављу између мушкараца и жена. Претходни радови су пронашли да је дужи

животни век жена праћен порастом морбидитета, и закључили су да је дуговечност жена сама по себи доприносиће фактор њиховом здравственом хендикепу (74-76).

Корени родних неједнакости у здравственом статусу су многобројни, међусобно повезани и сложени. Биолошки и генетски фактори донекле доприносе разликама у здравственом статусу током каснијих година, међутим, социјалне варијабле су значајн извор неједнакости у здравственом статусу, и углавном су груписане у три категорије: социјално-структурални, бихејвиорални и психо-социјални фактори (77-79).

Приликом истраживања родних разлика у здрављу долазимо до питања да ли су родне разлике у здрављу резултат различитих нивоа контакта са факторима ризика, или су оне резултат различитих реакција на исте факторе ризика? Другим речима, да ли је релативно здравље старијих мушкараца и жена одређено експозицијом, или вулнерабилношћу према факторима ризика? Када се ради о социјалним факторима, истраживачи су поставили две опште хипотезе на рачун родно заснованих неједнакости у здравственом статусу. Хипотеза различите експозиције сугерише да жене пријављују више нивое здравствених проблема због њиховог редукованог приступа материјалним и социјалним условима живота који утичу на здравствени статус, као и из већег стреса удруженог са њиховим полом и брачним улогама. Хипотеза различите вулнерабилности, са друге стране, сугерише да жене пријављују више нивое здравствених проблема због тога што оне другачије од мушкараца реагују на материјалне, бихејвиоралне и психо-социјалне услове који утичу на здравље (78,80).

Док је лако да се идентификују изложености различитим факторима ризика и како они утичу на здравље, знатно је теже проценити разлоге због којих постоје разлике у осетљивости на факторе ризика између мушкараца и жена. Аутори су прегледали масу података о потенцијалним социјалним факторима ризика који су у распону од социо-економског статуса, доступности здравствене заштите, понашања везаних за здравље, социјалне помоћи и психолошких карактеристика. Иако нивои експозиције ризику играју одређену улогу, студије пружају више подршке хипотези вулнерабилности. Подаци добијени у студији спроведеној на старијим становницима Пекинга током пет година (78), показали су да је за мушкарце вероватније да ће раније умрети, а за жене је вероватније да ће касније у животу бити зависне, највише због различитих начина на које су мушкарци и жене погођени дејством истих фактора ризика.

Структуралне родне неједнакости у расподели ресурса, као што су приходи, образовање, здравствена нега, исхрана и политички глас, снажно су повезане са лошим

здравственим статусом и редукованим благостањем (81,82). Врло често, оваква структурна родна дискриминација жена у многим другим областима има индиректан утицај на здравствени статус жена (83). На пример, из разлога што је мало вероватно да жене у многим земљама у развоју буду део званичног тржишта рада, њима врло често нису доступни осигурање на раду и користи социјалне заштите, укључујући и приступ здравственој заштити. Уз то, у оквирима званичне радне снаге, жене се често суочавају са изазовима повезаним са њиховим нижим положајем, где трпе дискриминацију на радном месту и сексуално узнемиравање (84). Студије су показале да ова очекивања да се постигне баланс између плаћеног рада и рада код куће, често подижу замор повезан са радом, инфекције, менталне поремећаје и друге проблеме, што резултира лошијим здравственим стањем жена (78).

Постоје и родне разлике у експозицији различитим понашањима везаним за животни стил, при чему је за мушкарце много вероватније да ће пушити дуван, конзумирати алкохол, имати неуравнотежену исхрану, и да ће бити гојазни, док је за жене много вероватније да ће бити физички неактивне (85,86). Докази нам такође сугеришу да жене пријављују више нивое здравствених проблема због тога што су изложене вишим нивоима захтева и обавеза везаних за њихове социјалне улоге, као и због тога што оне доживљавају више стресних животних догађаја (87,88).

Прегледом релевантних студија, Denton и сарадници (89) су закључили да жене пријављују лошији здравствени статус због тога што су оне суочене са више обавеза и већим захтевима у оквиру својих друштвених живота. Иако жене добијају више социјалне помоћи, оне имају ниже нивое доживљене контроле и самопоштовања. Штавише, за жене је закључено да су много чешће самохрани родитељи, него што је то случај код мушкараца и да због своје улоге у браку и свог пола доживљавају много више стреса. Стога, жене пријављују ниже нивое здравља. Хипотеза рзличите експозиције имплицира да је родна неједнакост у здравственим исходима углавном базирана на социо-економским факторима (90).

Постизање дуговечности ће изнудити подешавања у систему здравствене заштите и финансијама, политици пензионисања и пензија и, вероватно, тржишта рада и капитала (91). Старење популације се често ставља у оквире одрживог здравственог система, обезбеђења благостања и економског раста, занемарујући значајан социјални, економски и културни допринос који пружају старе особе (92).

Старење забрињава са аспекта трошкова система здравствене заштите, као и што трошкови здравствене заштите брину старе особе, посебно у окруженима где су

ограничени капацитети институционалних, хуманих и финансијских ресурса који треба да покрију основне потребе старих особа и где не постоје мреже социјалног осигурања. Земље са високим приходима могу да се разликују од оних са ниским и средњим приходима у погледу спремности или расположивих ресурса за обезбеђење здравствене заштите за популацију која стари. Институционализована дуготрајна нега у комбинацији са неформалном негом, неке су од опција за решавање овог изазова (93, 94).

Као део Циљева пост-миленијумског развоја, постављених од стране Уједињених нација (УН), општа здравствена покривеност је постала фокус за Циљеве одрживог развоја после 2015. године (95). Многобројне међународне организације и многе владе тврде да здравствени и други системи треба да се реформулишу да би се елиминисале или смањиле неједнакости и да би се повећала очекивана дужина живота у здрављу, као и способности и благостање у одмаклим годинама. Циљ је да се обезбеди да људи свих старости приме потребне здравствене услуге без непотребних финансијских потешкоћа.

Комбинација великог оптерећења хроничних болести и ниских прихода у старијој популацији подразумева да се њихови модели коришћења здравствене заштите разликују од оних које уочавамо у млађој популацији. Добро организован систем здравствене и социјалне заштите је важан за унапређење здравља старих особа, спречавање настанка болести и управљање хроничним болестима. Улогу демографије, социјалних фактора, здравствених потреба и баријера ка економским ресурсима у родним разликама и коришћењу медицинских услуга код старих потребно је систематски обрадити кроз следећа питања: прво, да ли постоје разлике у коришћењу здравствених услуга и да ли оне опстају и након подешавања демографских разлика? Друго, да ли живот у заједници или самачки живот утиче на здравствену заштиту према полу? Треће, до које мере здравствене потребе (нпр. ограничење кретања, инвалидитет, специфична хронична стања) утичу на родне разлике у коришћењу здравствене заштите? Ово питање је битно и из перспективе политике јер се тиче неједнакости у коришћењу здравствене заштите међу људима са сличним здравственим оптерећењима. Четврто, до које мере приступ економским ресурсима (нпр. богатство, приходи, образовање) објашњава родне разлике у употреби здравствених услуга? (96).

Фокусирајући се на квалитет живота повезан са здрављем, родне разлике са постојано горим резултатима међу женама, широко су описиване у многим различитим популацијама, независно од употребљених инструмената. Још увек је нејасно до ког

степен ове разлике могу да се припишу социјалним и биолошким факторима. Из социолошке перспективе, постављена је хипотеза да, као резултат различитих улога које полови преузимају, појединци могу на различите начине да перципирају симптоме и патолошке процесе, што води ка прецењивању морбидитета код жена. Мушкарци би могли да буду друштвено условљени да игноришу физичку неугодност и за њих је мање вероватно да ће потражити медицинску негу због примећених симптома, и на тај начин ће добити третман тек када је стање већ поодмакло. Са биомедицинског становишта, пријављене разлике између мушкараца и жена одражавају присуство медицинских стања и неспособности (89).

Доступност расположивих објављених доказа о родној специфичности старења и њеном одражавању на здравствено стање је веома скромна у нашој земљи. Актуелне информације о начинима на који пол и родне разлике између жена и мушкараца утичу на здравље у каснијим годинама нису довољно познате. Истраживања везана за родне разлике у здравственом статусу код старих особа су кључна, обзиром на неке аспекте старења становништва, као што је прерана смртност међу мушкарцима и феминизација старијег животног доба. Обзиром на то да су предности дужег очекиваног животног века у потпуности постигнуте само у случају да се ове додатне године проживе у добром здрављу, јасно је да су потребна додатна истраживања родних разлика да би се обезбедио смислени увид у развој акционих планова који решавају родне разлике у здравственом статусу и који промовишу здраво, активно старење и за мушкарце и за жене.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

Основни циљ студије јесте испитивање родно специфичних образаца старења, са посебним освртом на карактеристике здравственог стања, здравствених потреба и коришћења здравствених услуга у популацији старих особа у Србији.

Посебни циљеви:

1. Анализа демографских, социо-економских и здравствених карактеристика растућег сегмента старог становништва у односу на пол
2. Испитати повезаност демографских, социо-економских детерминанти здравља и самопроцене здравља и присуства хроничних болести
3. Анализа родних модела и родних разлика у коришћењу здравствене заштите старих у односу на демографске, социо-економске и здравствене карактеристике испитаника

Хипотезе

1. Присутна је феминизација старих особа при чему су полне диспропорције најизраженије у најстаријој старосној групи (преко 85 година)
2. Постоје значајне родне различитости у погледу образовања, брачности и економске активности
3. Родна разлика социо-демографских и здравствених карактеристика интензивнија је у руралним него у градским насељима
4. Највећи број старих особа припада категорији најсиромашнијих, при чему је међу најугроженијима значајно више жена
5. Постоје значајне разлике у карактеристикама здравственог статуса међу половима, при чему је здравље жена значајно лошије
6. Жене значајно чешће процењују своје здравље као лоше
7. Постоје значајне разлике у коришћењу здравствених услуга у односу на пол
8. Значајне родне разлике су присутне када је у питању употреба лекова
9. Способност за самостално извођење активности свакодневног живота код старих значајно се разликује према полу

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

3.1. Врста студије

Студија пресека

3.2. Популација која се истражује

Истраживањем је обухваћена популација старих преко 65 година. Као основа за анализу карактеристика становништва Србије старијег од 65 година коришћени су подаци из трећег националног Истраживања здравственог стања становника спроведеног од 7. октобра до 30. децембра 2013. године масовним анкетирањем случајног, репрезентативног узорка становништва наше земље. Испитивање је урађено по типу студије пресека на територији Републике Србије и њиме није обухваћена популација која живи на територији АП Косово и Метохија. У циљну популацију нису укључена лица која живе у колективним домаћинствима и институцијама. Истраживање је спроведено у складу са методологијом и инструментима Европског истраживања здравља – други талас (EHIS-wave 2) (97). Реализовало га је Министарство здравља Републике Србије.

Јединице посматрања биле су: домаћинства, одрасло становништво старости 20 и више година и деца и омладина узраста од 7 до 19 година.

3.3. Узорковање

У истраживању је коришћен национално репрезентативан случајни стратификовани двоетапни узорак са унапред познатом вероватноћом избора јединица узорка у свакој етапи узорковања.

Узорак су чинила сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у Попису становништва из 2011. године. Механизам коришћен за добијање случајног узорка домаћинства и испитаника је комбинација две технике узорковања: стратификације и вишеетапног узорковања. Стратификовани двоетапни узорак становника Републике Србије је изабран на такав начин да обезбеди статистички поуздану процену показатеља који указују на здравље популације како на националном нивоу тако и на нивоу 4 географске области (Војводина, Београд, Шумадија и Западна

Србија, Јужна и Источна Србија) које су идентификоване као главни стратуми у узорку. Њиховом даљом поделом на градска и остала подручја добијено је укупно 8 стратума. Примарне узорачке јединице чине пописни кругови одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини. У првој етапи одабрано је укупно 670 пописних кругова. Јединице друге етапе су домаћинства. Унутар сваког пописног круга изабрано је 10 адреса (+ 3 резервне адресе) на којима живе домаћинства која треба анкетирати. Домаћинства су изабрана уз помоћ линеарног метода узорковања са случајним избором почетне тачке и једнаким узорачким интервалом (једнаким кораком избора). На тај начин домаћинства су одабрана са једнаком вероватноћом избора и без понављања. За потребе овог истраживања биће коришћени подаци о домаћинствима и одраслом становништву старости 65 и више година.

3.4. Инструмент истраживања

Истраживања здравља становништва Србије су обављена путем интервјуа, антропометријских мерења и мерења крвног притиска. Као инструмент истраживања коришћен је стандардизован упитник Европског истраживања здравља – други талас (EHIS-wave 2) (9), који је коришћен у сличним популационим истраживањима здравља у земљама Европске уније. Министарство здравља Републике Србије је добило сагласност за коришћење упитника од стране Европске комисије. Подаци су прикупљени помоћу три врсте упитника: упитника за домаћинство, упитника за одрасле особе старости 20 и више година и упитника који су одрасли самостално попуњавали. Поменути упитницима сакупљене су информације о: карактеристикама породице и домаћинства, демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника, здравственом стању (самопроцена здравља, хроничне незаразне болести, незгоде и повреде, физичка и чулна функционална ограничења, способност за обављање свакодневних активности, бол, ментално здравље), коришћењу здравствене заштите (коришћење ванболничке и болничке здравствене заштите, употреба лекова, превентивни прегледи, неостварене потребе за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом), детерминантама здравља (исхрана, физичка активност, фактори ризика, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, употреба алкохола, употреба психоактивних супстанци, насиље, социјална подршка). Поред интервјуа, обављена су антропометријска мерења и мерење крвног притиска.

Етички стандарди у Истраживању здравља усаглашени су са међународном (Хелсиншка декларација) и специфичном легислативом наше земље. У циљу поштовања приватности субјекта истраживања и поверљивости информација прикупљених о њему предузети су сви неопходни кораци у складу са Законом о заштити података о личности („Сл. Гласник РС”, бр. 97/08, 104/09), Законом о званичној статистици („Сл. Гласник РС”, бр. 104/09) и директивом Европског парламента о заштити личности у вези са личним подацима (Directive 95/46/EC). 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 том где и како могу да доставе жалбе/примедбе ако процене да су им права на било који начин угрожена. Такође, добијен је и потписани информативни пристанак сваког од испитаника за прихватање учешћа у Истраживању.

Постојећа база података уступљена је за ову сврху Универзитету у Крагујевцу службеним дописом Института за јавно здравље Србије. Ова студија је одобрена од стране надлежних територијалних Етичких Одбора четири главна региона Србије са седиштем у Републичком Институту за јавно здравље у Београду, Институтима за јавно здравље Нови Сад, Крагујевац и Ниш чија су решења приложена.

3.5. Варијабле које се мере у студији

1. Демографске карактеристике: пол, узраст, брачно стање, место становања.
2. Социјално-економске карактеристике: образовање, материјално стање домаћинства.
3. Здравствено стање (самопроцена здравља, присуство хроничних болести, ограниченост у обављању свакодневних активности, физичка и сензорна функционална оштећења, ментално здравље, повреде, самостално обављање свакодневних кућних активности и активности личне неге, помоћ приликом обављања свакодневних активности).
4. Здравствена заштита: коришћење болничке здравствене заштите, коришћење ванболничке здравствене заштите (посете лекару опште праксе, стоматологу, гинекологу, лекару специјалисти), коришћење услуга приватне праксе, употреба лекова, неостварене потребе.

Присуство хроничних болести код испитаника идентификовано је на основу одговора испитаника на питање: „Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од

наведених болести или стања?“, а то су: астма (укључује и алергијску астму); хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем; инфаркт миокарда (срчани удар) или хроничне последице инфаркта миокарда; коронарна болест срца или ангина пекторис; повишен крвни притисак (хипертензија); мождани удар или хроничне (церебрално крварање, церебрална тромбоза-шлог) или хроничне последице можданог удара; артроза-дегенеративно обољење зглобова (не укључује артритис–запаљење зглобова); деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима; вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом; шећерна болест; алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије (не укључује алергијску астму); цироза јетре; немогућност задржавања мокраће (уринарна инконтиненција) проблеми са контролисањем мокраћне бешике; бубрежни проблеми; депресија; рак (малигно обољење); повишена масноћа у крви (холестерол) Свака од наведених 12 болести–варијабли је дихотомизована у две категорије: има болест, нема болест.

Морбидитет је дефинисан као присуство било које од хроничних болести код испитаника.

Мултиморбидитет је дефинисан као присуство две или више хроничних болести.

3.6. Прикупљање података

Рад на терену се одвијао у периоду од 7. октобра до 30. децембра 2013. године чиме је испоштована легислатива која се односи на Европска истраживања здравља, да прикупљање података на терену траје најмање три месеца од којих бар један месец мора бити у периоду септембар-децембар.

Да би се достигао висок ниво квалитета прикупљених података, да би стопа одговора домаћинстава била на високом нивоу и како репрезентативност узорка не би била нарушена, пре почетка рада на терену организован је избор чланова тима који ће спровести рад на терену, организована је обука за анкетаре и дате су смернице за надзор и контролу рада на терену.

За извођење рада на терену формирано је 68 тимова са укупно 204 анкетара. Сваки тим се састојао од три члана, од којих је један здравствени радник, односно лекар или медицинска сестра-техничар. За надзор и контролу рада на терену било је задужено 13 теренских супервизора. Контролна процедура целог процеса истраживања,

током свих његових фаза, укључивала је контролу узорковања и контролу рада на терену.

Обављена је и суперконтрола на крају фазе рада на терену. У ту сврху, 10% пописних кругова је било случајно одабрано из укупног узорка.

3.7. Снага студије и величина узорка

Минимална ефективна величина узорка је прорачуната на основу методологије Европског истраживања здравља – други талас (9). Узорак је изабран тако да пружи статистички поуздане оцене за ниво целе Србије, затим за ниво појединачних региона (Београд, Војводина, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија), као и за ниво појединачног типа насеља (урбано, рурално). Најнижи ниво оцењивања би био регион Београда, где се из тог разлога добија највећа грешка оцене. Она, у овом случају, за обележје са учесталošћу од 50%, на популацији одраслих износи +/- 1,9%, док за обележје са учесталošћу од 10% износи +/- 1,2%.

Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена, а у складу са препорукама за спровођење истраживања здравља становништва, планиран је број испитаника који би обезбедио потребну величину узорка по стратумима. Планиран је узорак од 6700 домаћинства у којима се очекивало 19.284 чланова. Реализован је узорак од 6500 домаћинства у којима је било пописано 19.079 чланова. Број анкетираних особа старости 65 и више година износио је 3540.

3.8. Статистичка обрада података

За приказивање података коришћене су дескриптивне методе: табелирање, графичко приказивање, мере централне тенденције и мере варијабилитета. У статистичкој обради података, континуалне варијабле су презентоване као средња вредност \pm стандардна девијација, а категоријске као пропорција испитаника са одређеним исходом. За поређење средњих вредности континуалних варијабли користио се Studentov t-тест, односно алтернативни непараметријски тест (Mann Whitney тест) уколико резултати не прате нормалну расподелу, што је било утврђено помоћу Kolmogorov-Smirnov теста. Хи-квадрат (χ^2) тест је коришћен за упоређивање разлика у учесталости категоријских варијабли.

Повезаност зависних варијабли и низа независних варијабли испитивана је биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматрали су се сви резултати где је вероватноћа мања од 5% ($p < 0.05$). Сви статистички прорачуни су урађени помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 18.0. (The Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc, version 18.0, Chicago, IL)).

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Демографске и социо-економске карактеристике

4.1.1. Старосна структура

Истраживањем је обухваћено 3 540 испитаника старости 65 и више година. Просечна старост испитаника је $73,9 \pm 6,26$ година. Разлика средњих вредности година старости између мушкараца и жена је статистички значајна ($t=3,891$, $p < 0,0005$). Женско становништво је старије од мушког. Просечна старост мушкараца у узорку је $73,4 \pm 6,04$ а жена $74,3 \pm 6,39$.

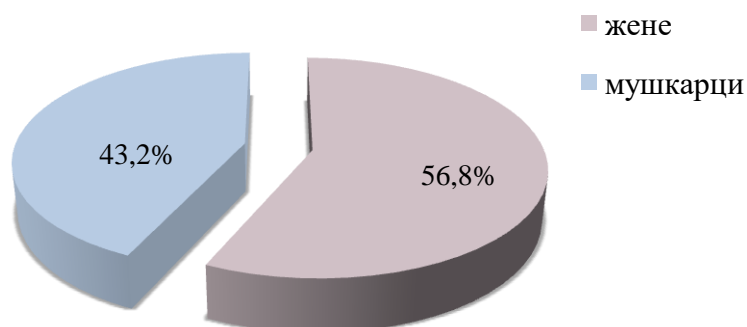
Старосна структура становништва 65 и више година из четири региона је прилично уједначена. „Најмлађе“ је старо становништво Војводине, чија је средња старост 73,56 година, док су остала три региона уједначена са старосћу од 74,01 (Регион Шумадије и Централне Србије), 74,02 (Регион Јужне и Источне Србије) и 74,15 (Београдски регион).

Разлика средњих вредности година старости између градског (73,8 година) и осталог становништва (73,9 година) није статистички значајна ($t=-0,447$, $p=0,655$).

4.1.2. Полна структура

Полни састав становништва старости преко 65 година одликује се већом заступљеношћу припадница женског пола (56,8%) (Графикон 5.1.2.1.).

Графикон 4.1.2.1. Дистрибуција испитаника према полу



Детаљнија анализа полне структуре старог становништва показује да неравнотежа изражена кроз већи број жена постоји у свим старосним групама. Са старосћу бројчана доминантност жена постаје све израженија, па тако у старосној групи 85-89 година жене су готово два пута бројније од мушкараца (65,6% према 34,4%), а у најстаријој групи (90-94 године) чак пет пута бројније од мушкараца (82,4% према 17,6%) (Табела 4.1.2.1.). Разлике у полном саставу по старосним групама су статистички значајне ($\chi^2=22,790$, $df = 6$, $p = 0,001$).

Табела 4.1.2.1. Дистрибуција испитаника према полу и старосним групама

Старосне групе	жене (%)	мушкарци (%)	укупно (%)
65-69	53,5	46,5	29,9
70-74	57,3	42,7	25,3
75-79	55,8	44,2	25,3
80-84	60,5	39,5	13,9
85-89	65,6	34,4	4,6
90-94	82,4	17,6	1,0
Укупно	56,8	43,2	100

Полни дисбаланс испољен кроз већи број жена после 65 године присутан је у сва четири региона Србије, при чему је он најинтезивнији у Војводини (58,1%: 41,9%) и Београду (58,4%:41,6%) (Табела 4.1.2.2.).

Наведене регионалне разлике у дистрибуцији полова међу старијим становништвом нису статистички значајне ($\chi^2=2,384$, $df=3$, $p=0,497$).

Табела 4.1.2.2. Дистрибуција испитаника према полу и регионима

Регион	жене (%)	мушкарци (%)	укупно (%)
Војводина	58,1	41,9	20,4
Београд	58,4	41,6	25,0
Шумадија и Централна Србија	55,8	44,2	28,6
Јужна и Источна Србија	55,5	44,5	26,0
Укупно	56,8	43,2	100

Више од половине старог становништва (53,8%) живи у градским насељима, пре свега у Београдском региону и Војводини (79,5% и 54,2%). Стари из јужних региона су више заступљени у неградским насељима (Табела 4.1.2.3.).

Анализом полног састава старог становништва према типу насеља уочавамо да се градска насеља сва четири региона одликују већом заступљеношћу жена него мушкараца. Разлика у феминизацији становништва између ова два типа насеља најизраженија је на подручју града Београда и Шумадије и Централне Србије, док у остала два региона не постоји разлика према типу насеља ($\chi^2=1,656$ $df=1$, $p=0,198$) (Табела 4.1.2.3.).

Табела 4.1.2.3. Дистрибуција испитаника према полу и типу насеља

Регион	градска насеља (%)			остала насеља (%)		
	жене	мушкарци	укупно	жене	мушкарци	укупно
Војводина	54,8	54,2	54,2	45,2	45,8	45,8
Београд	80,8	77,7	79,5	19,2	22,3	20,5
Шумадија и Централна Србија	45,7	42,1	44,1	54,3	57,9	55,9
Јужна и Источна Србија	43,8	43,7	43,7	56,3	56,2	56,3
Укупно	54,7	52,5	53,8	45,3	47,5	46,2

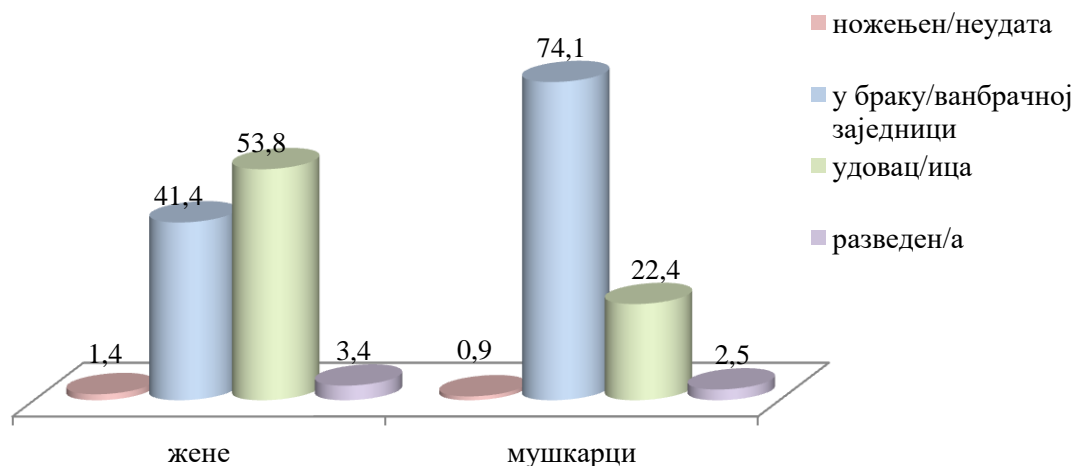
4.1.3. Брачна структура

У укупној структури испитиваних, особе у браку су чиниле 55,5%, заступљеност удоваца/ица је 40,3%, особа које нису ступале у брак 1,2%, а разведених је 3%.

Постоје статистички значајне разлике у погледу брачности између старијих мушкараца и жена ($\chi^2=384,579$, $df=4$, $p=0,001$). Доминантно обележје брачне структуре мушке популације јесте брачна заједница (74,1%), што је готово два пута чешће у односу на женско становништво где је удео удатих свега 41,4%. У укупном броју старијих мушкараца само је 22,4% удоваца, док 53,8% жена старијих од 65 година има статус удовице, што је 2,5 пута више у односу на мушкарце. У популацији жена старости 65 и више година готово је уједначена заступљеност удатих и удовица (53,8% и 41,4%), док је међу мушкарцима исте старости удео ожењених (74,1%) више од три пута већи него удео

удоваца (22,4%). Остала два брачна модалитета – неожењен/неудата и разведен/а, много су мање присутна код старијих. (Графикон 4.1.3.1).

Графикон 4.1.3.1. Дистрибуција испитаника према брачном стању и полу

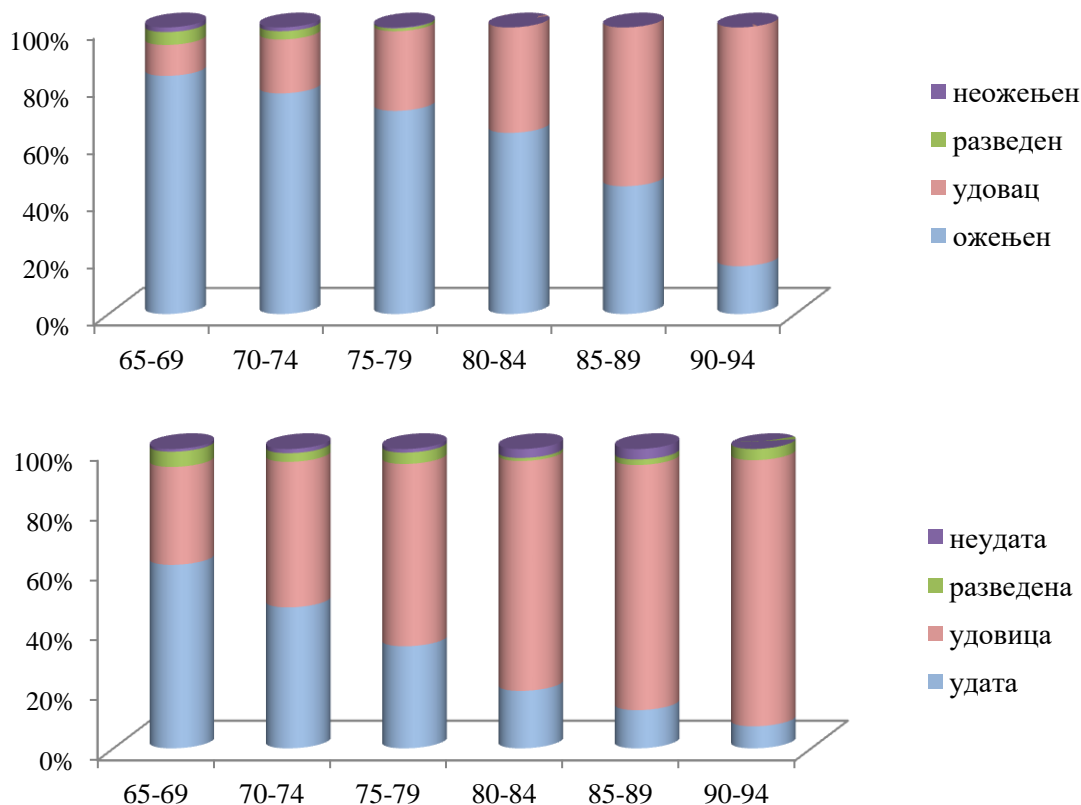


Када анализирамо брачну структуру старијег мушког становништва, са повећањем старости долази до смањења удела ожењених и повећања удела удоваца у укупном броју старијих од 65 година. У старосној групи 65-69 година удео ожењених је 83,1%, да би у свакој следећој старосној групи тај удео лагано опадао до 16,7% за старосну групу 90-94 године ($\chi^2=134,953$, $df=18$, $p=0,001$).

Анализа брачне структуре старијег женског становништва по старосним групама показује врло брзо смањење удела жена у браку са старошћу, и паралелно повећање удела удовица ($\chi^2=255,496$, $df=18$, $p=0,001$). Као и код мушкараца, и у популацији жена, остала два брачна модалитета заступљена су у врло ниском проценту (Графикон 4.1.3.2.).

Број удовица значајно је већи од броја удоваца у свим старосним групама, с тим да је родна разлика израженија у млађим старосним групама. Тако је у старосној групи 65-69 година три пута више удовица него удоваца, а већ у следећој старосној групи тај однос пада на 2,6:1, док у старосној групи 85-90 година на једног удовца долази 1,5 удовица (Графикон 4.1.3.2.) .

Графикон 4.1.3.2. Дистрибуција испитаника према брачној структури и старосним групама



Анализа брачне структуре старијег становништва према типу насеља (градска/остала насеља) показује одређене специфичности када је у питању мушко становништво: сличан удео ожењених у градским и неградским срединама (73,9% у градским срединама према 74,4% у осталим), удео удоваца је готово једнак у оба типа насеља (22,4% према 22,5%), док је нешто већа разлика уочљива једино за обележје „разведен“, па је више разведених у градовима (2,9%) у односу на остала насеља (2,1%) (Табела 4.1.3.1.).

Разлике у брачној структури у односу на тип насеља код мушкараца нису статистички значајне ($\chi^2=1,515$, $df=3$, $p=0,679$).

Табела 4.1.3.1. Дистрибуција брачне структуре према типу насеља и полу

Тип насеља	Брачни статус/мушкарци (%)			
	неожењен	ожењен	удовац	разведен
градска насеља	0,7	73,9	22,4	2,9
остала насеља	1,1	74,4	22,5	2,1
Тип насеља	Брачни статус/жене (%)			
	неудата	удата	удовица	разведена
градска насеља	2,1	39,3	54,6	4,0
остала насеља	0,7	43,8	52,8	2,7

Када је у питању женско старије становништва, анализа брачности према типу насеља показује да постоји приближан удео удатих жена у градским и ванградским срединама (39,3% према 43,8%), као и удео удовица (54,8% према 52,8%), док друга два брачна модалитета показују веће разлике па је у градским насељима већи удео неудатих жена у односу на остала насеља (2,1% према 0,7%), као и удео разведених (4,0% према 2,7%) (Табела 4.1.3.1.).

Наведене разлике у брачној структури жена у односу на тип насеља су статистички значајне ($\chi^2= 12,061$, $df=3$, $p=0,007$).

Анализа брачне структура мушког становништва у односу на географске области, показује да нема статистички значајне повезаности између ова два обележја ($\chi^2= 10,539$, $df=9$, $p=0,309$). Нешто већи проценат разведених се бележи у региону Београда и Војводине, и нешто већи проценат неожењених у региону Јужна и Источна Србија у односу на остале регионе.

Када је у питању женско становништво, постоје статистичке значајне разлике у брачној структури по географским областима ($\chi^2=22,308$, $df=9$, $p=0,008$). Релативно је највећи удео разведених жена у Београдском региону (4,7%) и Војводини (4,5%) док је у осталим регионима овај удео значајно мањи. Такође, регион Војводине има најнижи удео удатих жена (37,5%) што је за 9% мање удатих жене него у Јужној и Источној Србији (46,5%). Највећи проценат неудатих жена је у региону Београда и Војводини (Табела 4.1.3.2.).

Табела 4.1.3.2. Дистрибуција брачне структуре према географским областима и полу

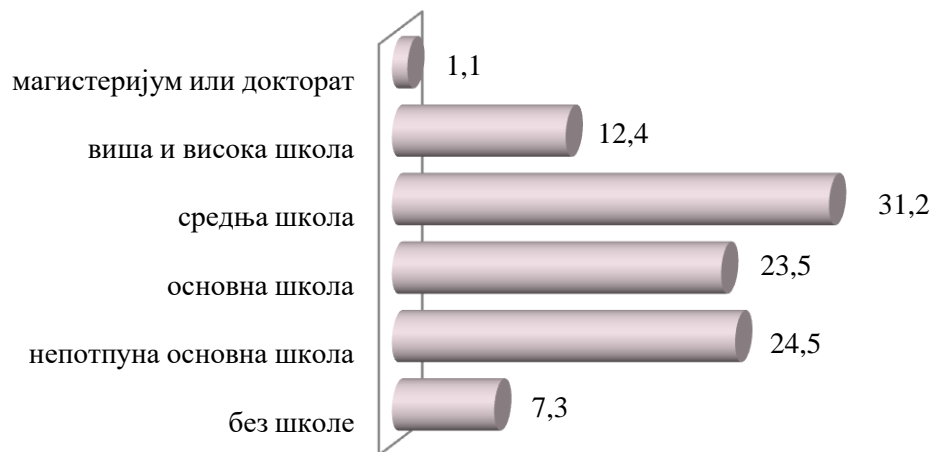
Регион	Брачни статус/мушкарци (%)			
	неожењен	ожењен	удовац	разведен
Војводина	0,8	73,3	22,9	3,0
Београд	1,7	77,1	17,9	3,3
Шумадија и Централна Србија	0,9	75,2	21,9	2,0
Јужна и Источна Србија	4,3	71,6	25,9	2,0

Регион	Брачни статус/жене (%)			
	неудата	удата	удовица	разведена
Војводина	2,1	37,5	55,9	4,5
Београд	2,4	40,3	52,6	4,7
Шумадија и Централна Србија	0,7	41,1	55,4	2,8
Јужна и Источна Србија	0,8	46,5	50,8	2,0

4.1.4. Образовна структура

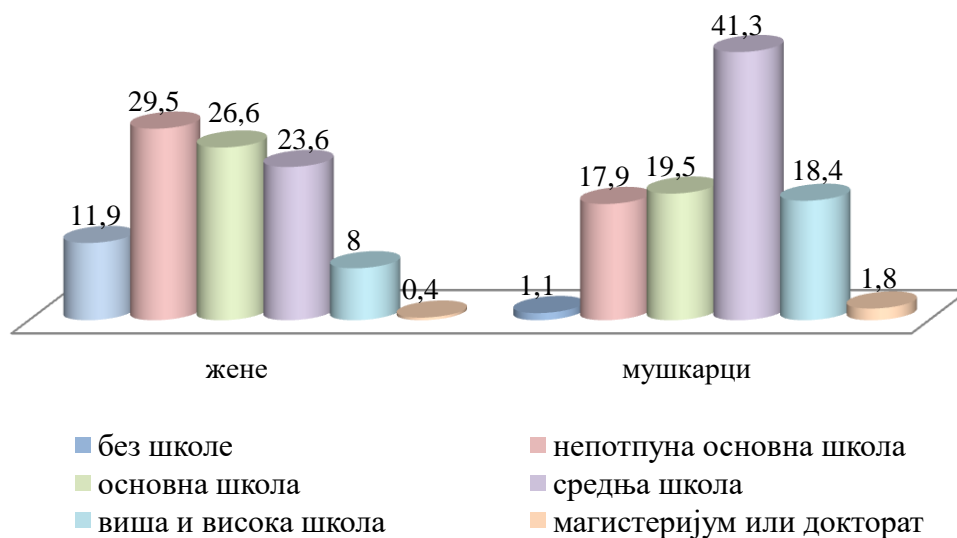
Највећи проценат становништва старости 65 и више година је са непотпуном или завршеном основном школом (48%), а затим следи средње образовање (31,2%), док најмањи проценат старог становништва има завршен магистеријум или докторат (1,1%). Без школе је 7,3% старих (Графикон 4.1.4.1.).

Графикон 4.1.4.1. Дистрибуција испитаника према образовној структури



Анализа образовне структуре старијег становништва показује да постоје статистички значајне разлике у образовној структури према полу ($\chi^2=406,425$, $df=9$, $p<0,0005$), и указује да су особе мушког пола образованије у односу на жене. У погледу преовлађујућег нивоа образовања, у популацији жена највећи проценат особа је са непотпуном основном школом (29,5%), док је код мушкараца највећи проценат оних са завршеном средњом школом (41,3%). Без школе је 11,9% жена старијих од 65 година, док је тај проценат код мушкараца само 1,1%. Уколико анализирамо становништво које припада категорији „без школе“ можемо закључити да је чак 93,4% тог становништва женског пола. С друге стране, удео оних који су завршили вишу школу или факултет био је два пута већи у мушкој популацији у поређењу са њиховим уделом међу женама (18,4% према 8%), односно четири и по пута већи када је у питању магистеријум или докторат (1,8% према 0,4%) (Графикон 4.1.4.2.).

Графикон 4.1.4.2. Дистрибуција становништва старости 65 и више година према образовној структури и полу



У свим старосним групама жене имају слабији образовни састав у односу на образовање мушкараца, с тим да су родне разлике израженије у старијим кохортама. Жене

које су без или са непотпуном основном школом у најмлађој добној групи (65-69 година) учествују са 20,5%, док је у старосној групи 90-94 године више од половине жена (57,1%) без формалног образовања. За разлику од њих, код мушкараца у најмлађој старосној групи 8,5% је без школе или са непотпуном основном школом, што је 2,5 пута мање у односу на жене. Неписмено становништво је сконцентрисано у женској популацији и међу старијима, док је са друге стране, високообразовано старије становништво сконцентрисано у млађим старосним групама и међу мушкарцима (Табела 4.1.4.1.).

Табела 4.1.4.1. Дистрибуција становништва старости 65 и више година према образовној структури и саросним групама

Школска спрема	Добне групе/мушкарци (%)					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
без школе	0,6	0,8	0,8	2,6	1,8	16,7
непотпуна основна школа	7,9	14,9	25,8	28,4	28,6	30,0
основна школа	19,7	25,3	16,4	17,5	14,3	16,7
средња школа	50,5	40,8	37,3	33,4	25,1	16,7
висока или виша школа	19,5	17,2	18,2	17,0	15,0	10,0
магистеријум или докторат	1,8	1,0	1,5	1,0	5,4	0
	Добне групе/жене (%)					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
без школе	3,0	5,4	16,0	26,9	26,2	25,0
непотпуна основна школа	17,5	34,4	35,1	30,6	38,3	32,1
основна школа	32,3	31,1	20,0	22,6	16,8	25,0
средња школа	34,6	21,0	22,4	13,4	13	10,7
висока или виша школа	12,1	7,6	5,8	4,7	5,6	7,2
магистеријум или докторат	0,6	0,4	0,6	0,6	0	0

Регионалне разлике према образовној структури старијих становника постоје код оба пола (мушкарци: $\chi^2=162,437$, $df=24$, $p<0,0005$; жене: $\chi^2=275,839$, $df=24$, $p<0,0005$). Удели лица која имају више и високо образовање, највећи су међу женама и мушкарцима града Београда, при чему и оквиру овог региона постоје родне неуједначености које указују на повољнију образовну структуру мушког становништва. Удео мушкараца који су завршила вишу школу или факултет био је скоро два пута већи у поређењу са уделом

међу женама (31,3% према 18%). У Шумадији и Централној Србији као и Региону Јужне и Источне Србије удео жена без школе или са непотпуном основном школом је већи од половине (52% и 51,4%) што је за два пута већа заступљеност него у мушкој популацији (28,1% и 21,5%) (Табела 4.1.4.2.).

Табела 4.1.4.2. Дистрибуција становништва старости 65 и више година према образовној структури и старосним групама

Школска спрема	Регион/мушкарци (%)			
	Војводина	Београд	Шумадија и Централна Србија	Јужна и Источна Србија
без школе	0,3	0	1,3	2,4
непотпуна основна школа	15,9	5,3	26,8	19,1
основна школа	23,7	11,0	20,1	21,3
средња школа	40,9	48,2	35,1	43,2
висока или виша школа	17,3	31,3	14,8	13,9
магистеријум или докторат	1,9	4,3	1,8	0
	Регион/жене (%)			
	Војводина	Београд	Шумадија и Централна Србија	Јужна и Источна Србија
без школе	8,2	7,1	15,9	15,3
непотпуна основна школа	29,1	13,0	36,1	36,1
основна школа	32,0	22,7	23,2	28,0
средња школа	21,9	38,1	19,6	15,7
висока или виша школа	6,8	18,0	4,6	4,7
магистеријум или докторат	0,4	0,9	0,6	0,2

Анализа према типу насеља показује да је образовна структура оба пола повољнија у градским срединама у односу на остала насеља. У градским насељима 27,8% старијих мушкараца има диплому више школе или факултета, што је 3,4 пута већи удео у односу на ванградска насеља (8,0%). Разлика је још израженија код женског становништва где удео високообразованих жена чак 5,5 пута већи у градским срединама (12,7% према 2,3%), али са око два пута мањим уделима у односу на мушку популацију. Образовна структура жена у ванградским срединама је изузетно неповољна, јер су жене без образовања, са непотпуном или завршеном основном школом у овим срединама биле заступљене са чак

87,9%. Удео жена без образовања у руралним срединама је 19,1%, што је за око три пута више од удела жена у градским срединама (6,0%) и за око девет пута више у односу на удео мушкараца (2,1%) (Табела 4.1.4.3.).

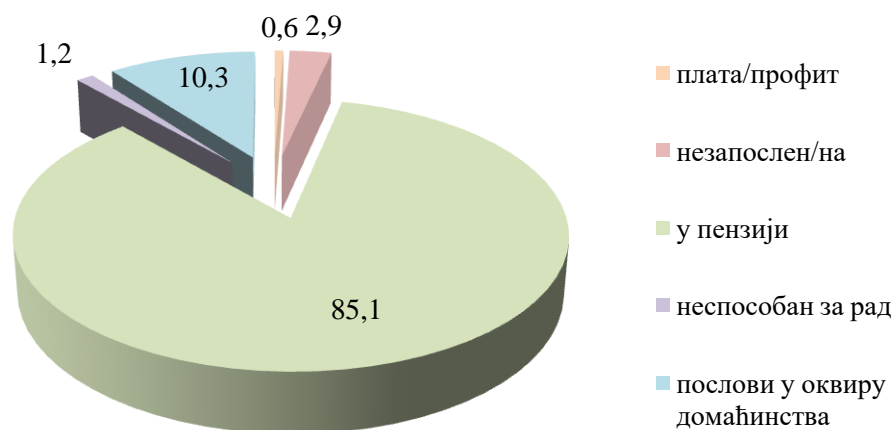
Табела 4.1.4.3. Дистрибуција становништва старости 65 и више година према образовној структури и типу насеља

Школска спрема	градска насеља (%)		остала насеља (%)	
	жене	мушкарци	жене	мушкарци
без школе	6,0	0,2	19,1	2,1
непотпуна основна школа	19,3	6,5	41,7	30,4
основна школа	26,2	13,2	27,1	26,4
средња школа	33,9	48,0	9,7	33,0
висока или виша школа	12,7	27,8	2,3	8,0
магистеријум или докторат	0,8	3,5	0,5	0

4.1.5. Економска структура

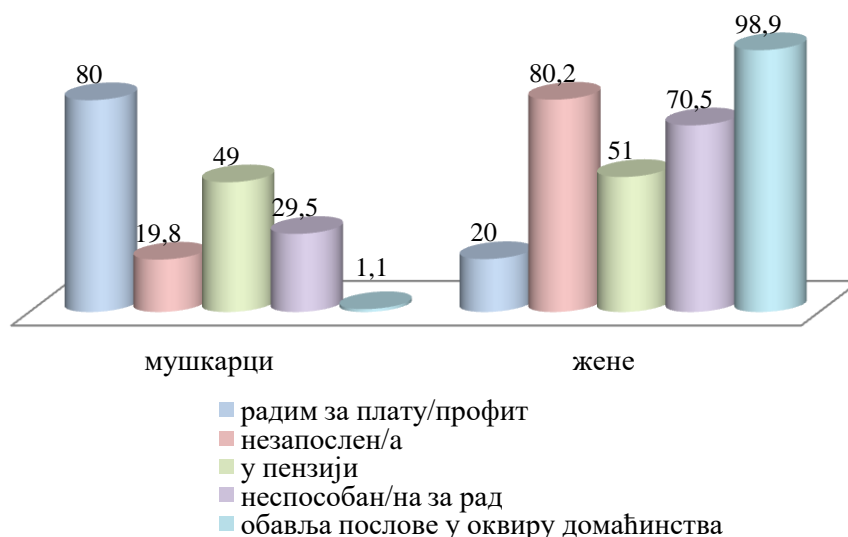
Као економски доминантна категорија код старијих становника издвајају се пензионери (85,1%), а затим следе особе које обављају послове у оквиру домаћинства (10,3%), док је само 0,6 % старих радно активно.

Графикон 4.1.5.1. Дистрибуција испитаника према економској структури



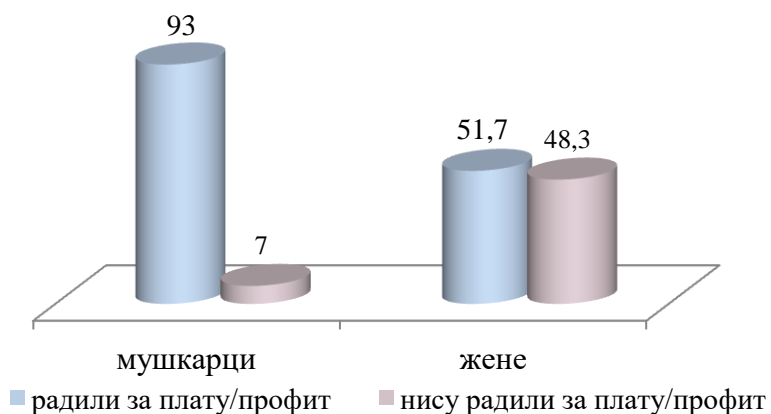
Анализа према полу показује да постоје значајне разлике у структури економске активности између мушкараца и жена ($\chi^2=340,04$, $df=4$, $p<0,0005$). Разлика је испољена кроз четири пута већу економску активност становника мушког пола, док је у женској популацији четири пута већи удео оних које припадају категорији издржаваних лица, и више од два пута већи удео жена неспособних за рад (Графикон 4.1.5.2.).

Графикон 4.1.5.2. Економска структура испитаника према полу



Свака друга жена (51,7%) наводи да је било када у животу била запослена, док су међу мушкарцима готово сви били запослени у активном периоду живота (93%) ($\chi^2=689,797$, $df=1$, $p<0,0005$) (Графикон 4.1.5.3.)

Графикон 4.1.5.3. дистрибуција испитаника према запослености и полу



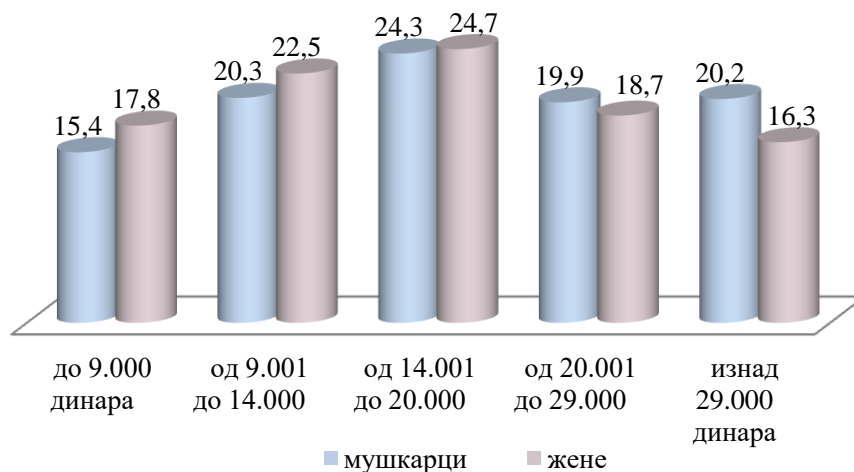
Вероватноћа да су жене радиле директно зависи од степена њиховог образовања ($\chi^2=708,934$, $df=4$, $p<0,0005$). Чак 85,4% жена без школе и 74,2% са незавршеном основном школом никада нису радиле, док су ти проценти значајно нижи код мушкараца (29,4% и 19,6%), али и код њих постоји статистички значајна повезаност између степена образовања и запослености ($\chi^2=689,797$, $df=1$, $p<0,0005$) (Табела 4.1.5.1.)

Табела 4.1.5.1. Дистрибуција испитаника у односу на степен образовања, пол и запосленост

Образовање	Радили за плату/профит		Нису радиле за плату/профит	
	мушкарци	жене	мушкарци	жене
без школе	70,6	14,2	29,4	85,8
непотпуна основна	80,4	25,8	19,6	74,2
основна школа	85,7	49,4	14,3	50,6
средња школа	99,4	89,0	0,6	11,0
виша и висока	99,3	98,8	0,7	1,2

Када се посматра висина месечних прихода, жене доминирају у категоријама нижих прихода, док мушкарци доминирају у категорији виших прихода ($\chi^2=11,782$, $df=4$, $p=0,019$) (Графикон 4.1.5.4)

Графикон 4.1.5.4. Дистрибуција испитаника према висини прихода и полу

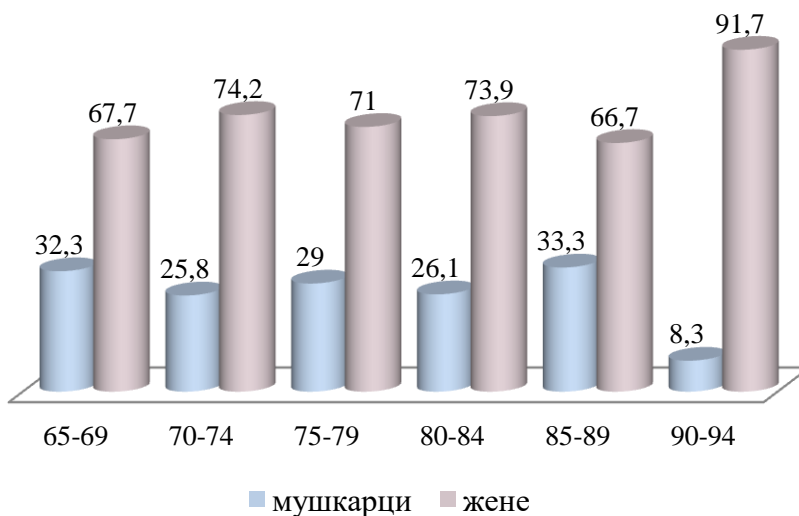


4.1.6. Старачка домаћинства

Дистрибуција старачких домаћинстава према броју чланова показује да највећи број старих живи у двочланим домаћинствима (46%), у једночланим је око 21,7%, а у трочланим домаћинствима 12,9% старих. Постоји значајна разлика у дистрибуцији самачких старачких домаћинстава према полу ($\chi^2=111,019$, $df=12$, $p=0,001$), па тако више од две трећине самачких домаћинстава (71,7%) јесу женска самачка домаћинства.

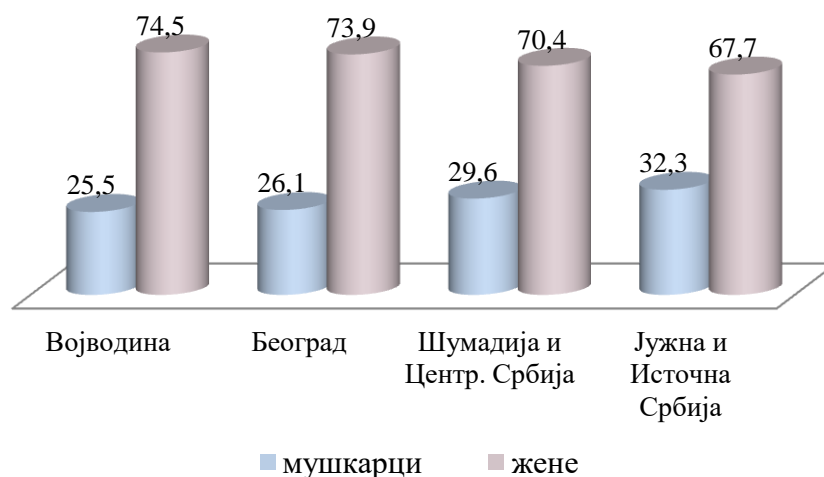
Анализа самачких домаћинстава у свакој од петогодишњих кохорти старих показује да родни дисбаланс изражен кроз већи број женских самачких домаћинстава постоји у свим старосним групама. У старосној групи 65-69 година женска самачка домаћинства су готово два пута бројнија од мушких, а у најстаријој групи (90-94 године) чак једанаест пута бројнија од мушких ($\chi^2=2,564$, $df=5$, $p<0,0005$) (Графикон 4.1.6.1.).

Графикон 4.1.6.1. Дистрибуција самачких домаћинстава према полу и старосним групама



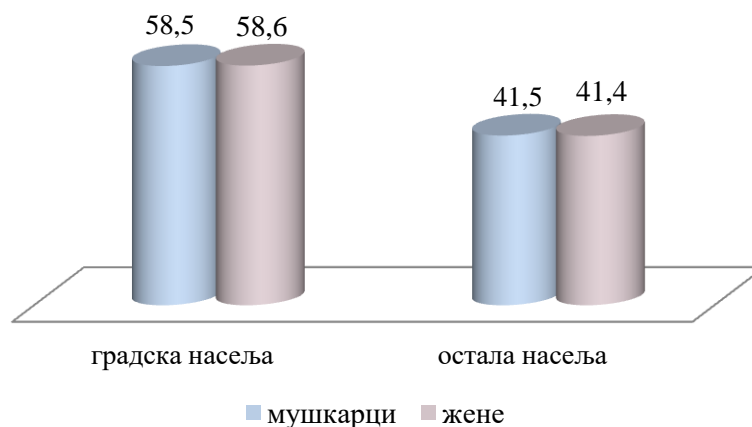
Бројчана превага женских самачких домаћинстава присутна је у сва четири региона, при чему је родна разлика најизраженија у Београдском региону ($\chi^2= 2,668$, $df=3$, $p= 0,001$) (Графикон 4.1.6.2.)

Графикон 4.1.6.2. Дистрибуција самачких домаћинстава према полу и регионима



Од укупног броја лица која живе у самачким старачким домаћинствима, 55% је позиционирано у градским насељима, при чему је разлика најизраженија у Београдском региону, где је тај број чак 83,4%, у Војводини 55,6%, док Региони Јужне и Источне Србије и Шумадије и Централне Србије имају приближно исти број самачких домаћинстава у градским и неградским срединама. Нема статистички значајне разлике у дистрибуцији самачких домаћинстава према полу и типу насеља ($\chi^2=0,000$, $df=1$, $p=1,000$) (Графикон 4.1.6.3.)

Графикон 4.1.6.3. Дистрибуција самачких домаћинстава према полу и типу насеља



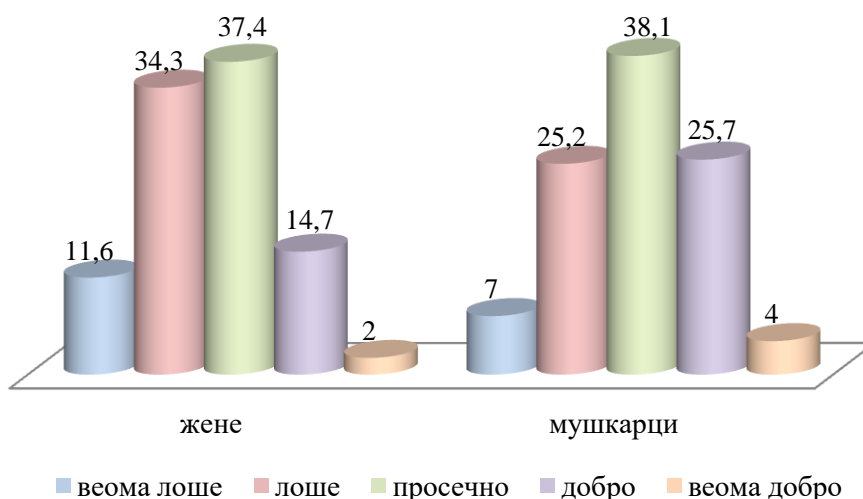
4.2. Здравствено стање

4.2.1. Самопроцена здравља

Од укупно 3540 испитаника старости 65 и више година, њих 1 416 (40%) оцењује своје здравље као лоше (30,4 % лоше и 9,6 % веома лоше), док 789 (22,3%) испитаника оцењује своје здравље као добро (19,4% добро и 2,9% веома добро).

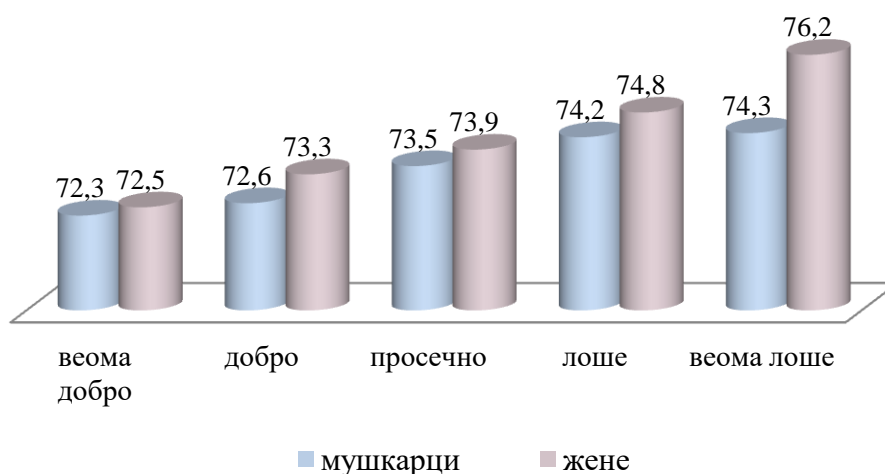
Постоји статистички значајана повезаност између пола и самопроцене здравља испитаника ($\chi^2=108,571$, $df=4$, $p<0,0005$). Жене су значајно чешће процењивале своје здравље као лоше - 45,9% (11,6% веома лоше и 34,3% лоше), док су мушкарци позитивније оцењивали своје здравље - 32,2% (7% веома лоше и 25,2% лоше) (Графикон 4.2.1.1.)

Графикон 4.2.1.1. Самопроцена здравља испитаника према полу



ANOVA тест је показао да су разлике средњих вредности година старости између оцена здравља статистички значјне ($p < 0,0005$). Средња вредност броја година испитаника са веома лошим здрављем је $75,7 \pm 6,6$ док је средња вредност броја година са веома добрим здрављем $72,4 \pm 6,3$ (Графикон 4.2.1.2.).

Графикон 4.2.1.2. Расподела просечне старости испитаника према полу и самопроцени здравља



Старост испитаника је обрнуто пропорционална добром здрављу, тј. са старењем се повећава проценат мушкараца и жена који своје здравље процењују као лоше. Жене у старијим добним групама у значајно већем проценту процењују своје здравље као лоше у поређењу са мушкарцима. Примера ради, у старосној групи 80-84 године, свака друга жена је оценила своје здравље као лоше (52,5%), док је у истој старосној групи 38,7% мушкараца оценило своје здравље као лоше. Са друге стране, мушкарци у млађим старосним групама чешће процењују своје здравље као добро. У најмлађој старосној групи сваки трећи мушкарац (35,4%) процењује своје здравље као добро, наспрам 22 % жене исте старости. Разлике у оцени здравља по старосним групама су статистички значајне код оба пола (Табела 4.2.1.1.).

Табела 4.2.1.1. Самопроцена здравља испитаника према полу и старосним групама

Старосне групе	Самопроцена здравља/мушкарци (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
65-69	4,9	30,5	38,7	19,1	6,7
70-74	4,7	25,6	37,9	27,2	4,7
75-79	2,5	24,3	38,7	27,3	7,2
80-84	2,6	18,0	40,7	29,6	9,1
85-89	7,1	21,4	35,7	25,0	10,7
90-94	0	0	66,7	33,3	0
Значајност	$\chi^2=42,700$, $df=24$, $p=0,011$				

Старосне групе	Самопроцена здравља/жене (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
65-69	3,4	18,6	42,8	28,1	7,2
70-74	1,8	11,7	40,7	35,8	10,1
75-79	1,2	12,4	35,1	38,7	12,6
80-84	1,7	15,8	30,8	36,0	16,5
85-89	0,9	12,1	30,0	34,6	21,5
Значајност	$\chi^2=80,106, df=24, p<0,005$				

Анализа самопроцене здравља старијих испитаника према брачној структури није показала статистички значајну повезаност ни код мушкараца ни код жена (Табела 4.2.1.2.).

Табела 4.2.1.2. Самопроцена здравља испитаника према полу и брачном статусу

Брачно стање	Самопроцена здравља/мушкарци (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
ножењен/неудата	7,1	14,3	42,9	21,4	14,3
ожењен	3,6	26,7	38,2	24,6	7,0
удовац	4,4	23,6	36,7	28,6	6,7
разведен	10,5	18,4	74,4	15,8	7,9
Значајност	$\chi^2=12,820, df=12, p=0,382$				

Брачно стање	Самопроцена здравља/жене (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
ножењен/неудата	3,4	20,7	37,9	24,1	13,8
Удата	2,0	12,6	41,3	35,5	10,5
удовица	2,0	15,8	34,1	35,9	12,2
разведена	1,4	18,8	40,6	24,6	14,5
Значајност	$\chi^2 = 17,618, df = 12, p = 0,128$				

Анализа самопроцене здравља испитаника према образовној структури показује значајну инверзну повезаност, тј. што су испитаници нижег образовног статус то су горег здравственог стања мереног према самопроцени здравља, при чему су разлике наглашеније у женској популацији. Тако, 69,2% старијих жена без школе оцењује своје здравствено стање као лоше, док је код мушкараца тај проценат значајно нижи и износи 47,1%. Када је у питању највиши ниво образовања (магистеријум/докторат), чак 70% жена

овог образовног нивоа је оценило свој здравствени статус као добар, наспрам 42,9% мушкараца (Табела 4.2.1.3.)

Табела 4.2.1.3. Самопроцена здравља испитаника према полу и образовној структури

Самопроцена здравља/мушкарци (%)					
Старосне групе	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
без школе	0	11,8	41,2	35,3	11,8
непотпуна основна школа	2,2	17,6	30,2	39,2	10,6
основна школа	2,7	23,2	41,3	26,5	6,4
средња школа	4,1	27,3	38,9	22,5	7,1
висока или виша школа	6,0	33,1	40,6	16,0	4,3
Магистеријум/докторат	14,3	28,6	35,7	21,4	0
Значајност	$\chi^2 = 80,227, df = 20, p < 0,005$				
Самопроцена здравља/жене (%)					
Старосне групе	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
без школе	0	6,7	24,2	51,3	17,9
непотпуна основна школа	0,5	14,5	32,2	38,6	14,2
основна школа	1,9	12,7	38,9	36,1	10,5
средња школа	4,0	16,1	47,4	24,9	7,6
висока или виша школа	4,3	27,3	43,5	17,4	7,5
магистеријум /докторат	20,0	50,0	10,0	0,0	20,0
Значајност	$\chi^2 = 185.944, df = 20, p < 0,005$				

Испитаници који припадају сиромашнијим слојевима становништва према индексу благостања чешће своје здравље процењују као лоше, при чему постоје наглашене разлике међу половима. Жене које припадају најсиромашнијем слоју становништва у 53,9% оцењују своје здравље као лоше наспрам 42,3% мушкараца. Са друге стране, у најбогатијим слоју становништва своје здравље као добро оцењује 45,7 % мушкараца и 26,4% жена (Табела 4.2.1.4.).

Табела 4.2.1.4. Самопроцена здравља испитаника према полу и индексу благостања

Индекс благостања	Самопроцена здравља/мушкарци (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
I (најсиромашнији)	3,1	18,6	36,1	32,9	9,4
II	3,8	24,8	39,7	25,1	6,7
III	3,4	27,2	35,8	26,9	6,7
IV	5,6	29,6	43,8	15,7	5,2
V (најбогатији)	5,7	40,3	35,2	15,1	3,8
Значајност	$\chi^2 = 67,937, df = 16, p < 0,005$				
Индекс благостања	Самопроцена здравља/жене (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
I (најсиромашнији)	0,7	13,2	32,1	40,3	13,6
II	2,3	11,5	38,7	37,4	10,1
III	2,5	11,8	43,8	29,5	12,4
IV	2,8	21,0	35,7	30,4	10,0
V (најбогатији)	4,2	22,2	43,9	31,2	8,5
Значајност	$\chi^2 = 73,450, df = 16, p < 0,005$				

Становници Шумадије и Централне Србије најлошије су процењивали свој здравствени статус, две трећине старијих жена (69,5%) и 36% мушкараца овог региона оцењује своје здравље као лоше (Табела 4.2.1.5.)

Табела 4.2.1.5. Самопроцена здравља испитаника према полу и регионима

Регион	Самопроцена здравља/мушкарци (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
Војводина	5,9	28,6	34,8	22,6	8,1
Београд	4,7	33,0	37,3	19,3	5,7
Шумадија и Центр. Србија	3,4	21,9	38,7	30,0	6,0
Јужна и Источна Србија	2,4	21,8	41,1	26,7	8,1
Значајност	$\chi^2 = 33,311, df = 12, p = 0,001$				

Регион	Самопроцена здравља/жене (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
Војводина	2,9	20,8	35,0	30,3	24,5
Београд	2,4	15,4	41,9	30,1	18,5
Шумадија и Центр. Србија	1,1	12,4	36,5	36,5	33,0
Јужна и Источна Србија	2,0	10,4	37,1	39,6	24,0
Значајност	$\chi^2 = 42,305, df = 12, p < 0,005$				

Жене које живе у неградским насељима чешће су процењивале своје здравље као лоше (52,9%) у односу на мушке испитанике (38,6%). Сваки трећи мушкарац који живи у градским насељима оцењује своје здравље као добро (34,3%), односно свака пета жена (20%) (Табела 4.2.1.6.).

Табела 4.2.1.6. Самопроцена здравља испитаника према полу и месту становања

Тип насеља	Самопроцена здравља/мушкарци (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
градска насеља	5,2	29,2	39,2	20,4	6,0
остала насеља	2,6	21,8	37,0	30,5	8,1
Значајност	$\chi^2 = 32,813, df = 4, p < 0,0005$				
Тип насеља	Самопроцена здравља/жене (%)				
	веома добро	добро	просечно	лоше	веома лоше
градска насеља	2,9	17,1	39,9	29,3	10,8
остала насеља	1,0	11,7	34,4	40,4	12,5
Значајност	$\chi^2 = 41,722, df = 4, p < 0,0005$				

Униваријантна бинарна логистичка регресија показује да лоше здравље зависи од пола, година живота, брачног статуса, степена образовања, материјаног стања, прихода по члану домаћинства и места живота (север–југ). Жене имају 78,7% већу шансу да своје здравље оцене као лоше у поређењу са мушкарцима. Унакрсни однос (odds ratio) је УО=1,787. Са старењем се повећавао број испитаника који су своје здравље проценили као лоше, при чему свака година више повећава ризик од лошег здравља за 4,2% (УО=1,042). Удовци (удовице) имају 41,3% већу шансу за лоше здравље него остали (УО=1,413). Сваки степен образовања више смањује шансу од лошег здравља за око 50%

(УО=0,506). Лоше здравље зависи и од материјалног стања домаћинства (УО=0,779) и прихода по члану домаћинства (УО=0,751), па свака категорија прихода више смањује шансу од лошег здравља за око 25%, односно сваки квинтил материјалног стања домаћинства више смањује шансу од лошег здравља за 22,1%. Старије особе које живе ван града имају 66,5% већу шансу да имају лоше здравље од људи који живе у граду (УО=1,1,665), док они који живе на југу имају 40,65% већу шансу да имају лоше здравље од људи који живе на северу (УО=1,406).

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија показује да лоше здравље зависи од пола, година живота, степена образовања, материјалног стања, прихода по члану домаћинства и места живота (север – југ). (Табела 4.2.1.7.)

Табела 4.2.1.7. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за самопроцену здравља као лошег према демографским и социјално-економским обележјима према полу

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,042 (1,031 -1,054)	< 0,0005	1,032 (1,019 -1,044)	< 0,0005
Женски пол	1,787 (1,555 – 2,052)	< 0,0005	1,495 (1,275 – 1,753)	< 0,0005
Удовац	1,413 (1,232 – 1,620)	< 0,0005		
Степен образовања	0,506 (0,456 – 0,561)	< 0,0005	0,733 (0,638 -0,842)	< 0,0005
Материјално стање	0,779 (0,740 – 0,821)	< 0,0005	0,911 (0,853 – 0,973)	0,005
Тип насеља	1,665 (1,454 – 1,907)	< 0,0005		
Регија	1,406 (1,227 – 1,611)	< 0,0005	1,182 (1,012 – 1,380)	0,034
Приход	0,751 (0,711 – 0,794)	< 0,0005	0,856 (0,801 – 0,915)	< 0,0005

Резултати биваријантне логистичке регресије за самопроцену здравља као лошег према полу показују да је повезаност демографских и социјално-економских обележја и лошег здравља израженија код жена за већину обележја (Табела 4.2.1.8.). Са старењем, свака година више повећава ризик од лошег здравља за 4,6% код жена и 3,1% код мушкараца. Жене које живе на селу чешће су процењивали своје здравље као лоше у односу на мушкараце (код жена УО=1,75; код мушкараца УО=1,67). Удовице имају за 20,5% већу шансу да своје здравље оцене као лоше, док код мушкараца није утврђена

статистички значајна повезаност брачног стања са самопроценом здравља. Сваки степен образовања више смањује шансу од лошег здравља код жена за 51,4%, а код мушкараца за 39,5%. Жене које живе на југу имају 46,5% већу шансу да имају лоше здравље у поређењу са женама које живе на северу (УО=1,465), док мушкарци имају 39,7% већу шансу (УО=1,397). Код мушкараца једино материјално стање показује јачу повезаност са лошим здрављем, у односу на жене.

Резултати мултиваријантне логистичке регресије показују да на самопроцену здравља као лошег код жена утичу године старости, степен образовања, регија и приход по члану домаћинства, док код мушкараца утичу године старости, материјално стање и приход по члану домаћинства. Занимљиво је да код старијих мушкараца на процену здравља као лошег, ни униваријантно не утиче податак да ли је удовац или не (Табела 4.2.1.8.).

Табела 4.2.1.8. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за самопроцену здравља као лошег према демографским и социјално-економским обележјима према полу

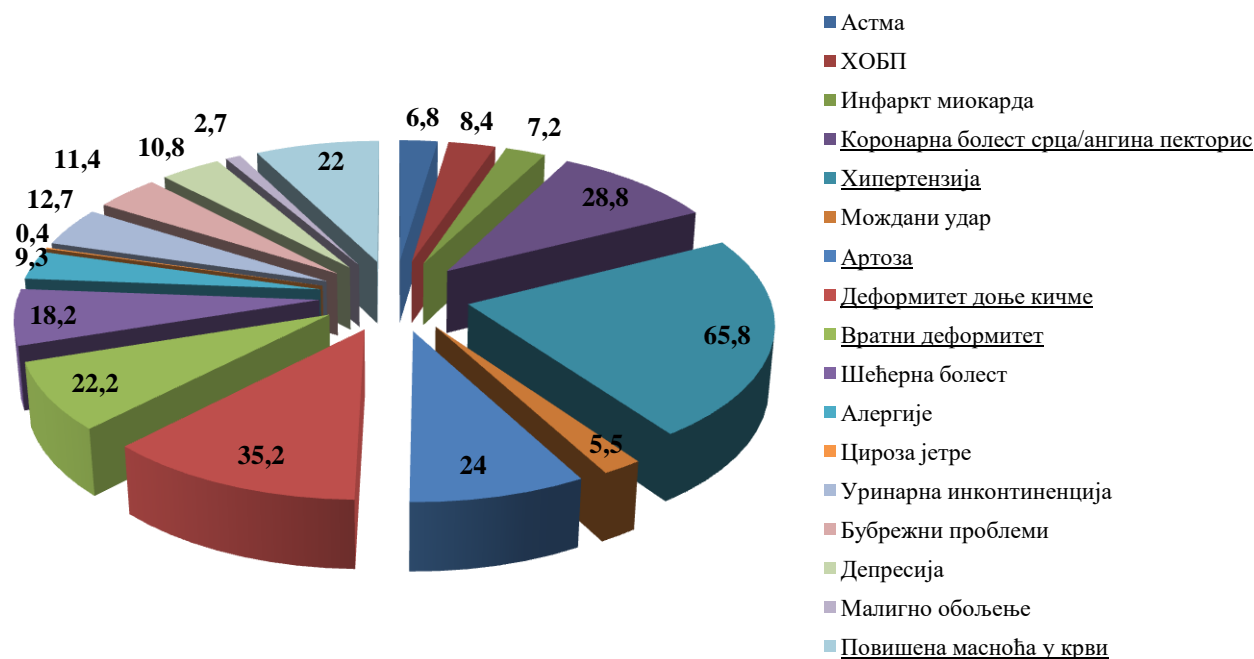
Променљива	Пол	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
		Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	Ж	1,046 (1,031 -1,060)	< 0,0005	1,035 (1,019 -1,051)	< 0,0005
	М	1,031 (1,013 -1,049)	0,001	1,026 (1,006 -1,046)	0,009
Удовица/ац	Ж	1,205 (1,010 – 1,437)	0,038		
	М	1,194 (0,927 – 1,539)	0,169		
Степен образовања	Ж	0,486 (0,417 – 0,567)	< 0,0005	0,7613 (0,509 -0,738)	< 0,0005
	М	0,605 (0,519 – 0,704)	< 0,0005		
Материјално стање	Ж	0,801 (0,749 – 0,856)	< 0,0005		
	М	0,751 (0,691 – 0,817)	< 0,0005	0,873 (0,759 – 0,923)	< 0,0005
Тип насеља	Ж	1,751 (1,410 – 2,175)	< 0,0005		
	М	1,675 (1,403 – 2,000)	< 0,0005		
Регија	Ж	1,465 (1,228 – 1,749)	< 0,0005	1,226 (1,004 – 1,498)	0,046
	М	1,397 (1,123 – 1,739)	0,003		
Приходи	Ж	0,786 (0,731 – 0,845)	< 0,0005	0,895 (0,822 – 0,974)	0,010
	М	0,715 (0,655 – 0,781)	< 0,0005	0,761 (0,692 – 0,837)	< 0,0005

4.2.2. Хроничне болести

Од укупно 3540 испитаника, њих 3110 (88,9%) навело је да има неку од 17 испитиваних хроничних болести и стања, од чега 19% испитаника пријављује једну, а чак 69,9% две или више од две хроничне болести (мултиморбидитет).

Најучесталије болести са којима су се суочавали старији становници јесу повишен крвни притисак (65,8%), затим деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (35,2%) и коронарна болест срца или ангина пекторис (28,8%), артроза (24%), повишена масноћа у крви (22%) док су цироза јетре (0,4%) и малигна обољења (2,7%) најмање учестале болести међу старима (Графикон 4.2.2.1.).

Графикон 4.2.2.1. Учесталост најчешћих обољења и стања



Посматрано према полу, постоји статистички значајна разлика у учесталости хроничних болести и стања између мушкараца и жена ($\chi^2=67,164$, $df=1$, $p<0,0005$), при чему је значајно већа учесталост хроничних болести забележена код жена (91,8%) у односу на мушкарце (82,7%).

Значајно већа учесталост хроничних болести и стања код жена бележи се за обољевање од хипертензије, коронарне болести срца или ангине пекторис, артрозе,

деформитета доње кичме, вратног деформитета или других хроничних проблема са вратним делом кичме, алергија, депресије и повишене масноће у крви. Једине хроничне болести код којих је забележена значајно већа учесталост код мушкараца биле су инфаркт миокарда и уринарна инконтиненција. Најучесталији здравствени проблем код испитаника оба пола старости 65 и више година је повишен крвни притисак (72,9% код жена и 56,4% код мушкараца) (Табела 4.2.2.1.).

Табела 4.2.2.1. Расподела хроничних болести према полу

Хронична болест	Пол (%)			p*
	мушкарци	жене	укупно	
Астма (укључујући и алергијску)	7,0	6,7	6,8	0,853
Хронични бронхитис, ХОБП	8,0	8,7	8,4	0,501
Инфаркт миокарда	9,0	5,8	7,2	< 0,0005
Коронарна болест срца или ангина пекторис	24,3	32,3	28,8	< 0,0005
Хипертензија	56,4	72,9	65,8	< 0,0005
Мождани удар	5,3	5,6	5,5	0,728
Артроза	14,7	31,0	24,0	< 0,0005
Деформитет доње кичме	26,2	42,0	35,2	< 0,0005
Вратни деформитет	13,8	28,6	22,2	< 0,0005
Шећерна болест	17,4	18,7	18,2	0,333
Алергије	6,6	11,4	9,3	< 0,0005
Цироза јетре	0,4	0,4	0,4	1,000
Уринарна инконтиненција	15,2	10,8	12,7	< 0,0005
Бубрежни проблеми	9,9	12,6	11,4	< 0,0005
Депресија	6,8	13,8	10,8	< 0,0005
Малигно обољење	2,5	2,9	2,7	0,487
Повишена масноћа у крви	16,7	26,0	22,0	< 0,0005
Укупно	82,7	91,8	87,9	< 0,0005

* χ^2 тест

Расподела хроничних болести према демографским и социјално економским обележјима испитаника приказана је у Табели 4.2.2.2.

Табела 4.2.2.2. Расподела хроничних болести према демографским и социјално економским обележјима испитаника

Варијабле	ХТА	Коронарна болест	Астма	ХОБП	Инфаркт миокарда	Мождани удар	Дијабетес	Депресија	Хиперлипидемија	Рак	Укупно	р
Старост												
65-74	64,9	26,1	5,6	6,7	6,9	5,3	18,9	11,4	24,9	3,1	86,6	
75-84	67,9	32,9	8,6	11,0	7,9	5,9	18,7	10,2	19,4	2,5	90,3	
85+	60,1	27,6	6,5	7,0	5,0	4,0	7,0	8,6	10,6	1,0	89,0	0,006
Образовање												
без школе	77,4	32,8	9,4	12,5	7,4	7,4	15,1	14,5	15,4	2,0	92,2	
непотпуна основна	70,8	34,7	8,0	10,0	7,3	6,1	17,2	12,3	21,1	2,1	91,1	
основна школа	63,8	27,3	7,4	7,2	6,3	4,7	19,5	10,7	21,8	1,8	86,4	<0,0005
средња школа	63,5	27,3	5,6	7,6	8,0	5,8	18,2	10,5	25,5	4,1	88,2	
виша и висока	59,3	22,4	5,2	7,1	6,7	3,8	19,0	6,5	22,0	2,9	83,8	
брачно стање												
ножењен/неудата	72,5	22,5	2,4	4,8	9,3	2,5	14,0	16,3	30,8	4,7	83,7	
ожењен/удата	62,5	27,0	6,7	7,9	7,1	5,7	18,8	9,2	22,9	3,2	87,2	
удовац/удовица	70,2	32,0	7,1	9,2	7,2	5,1	17,4	12,4	20,5	2,0	90,0	0,020
разведен/разведена	65,0	23,8	8,5	7,5	6,6	6,6	18,9	15,1	21,4	2,8	83,2	
тип насеља												
градска	65,8	29,3	6,4	7,9	7,4	5,1	18,3	10,4	23,2	3,3	88,9	
остала	65,7	28,4	7,3	9,0	7,0	5,9	18,0	11,1	20,5	2,1	87,4	0,184
материјално стање												
I (најсиромашнији)	66,4	29,0	6,2	7,4	7,3	6,1	16,7	11,9	17,9	1,9	87,2	
II	66,3	29,5	8,8	11,5	7,6	4,5	18,0	10,3	24,9	2,4	90,3	
III	68,5	31,5	6,5	7,5	7,2	6,5	21,8	11,9	23,7	3,2	87,8	0,111
IV	64,2	26,9	5,3	7,9	7,7	4,6	17,1	9,6	23,9	2,9	89,2	
V (најбогатији)	59,9	28,8	7,8	7,2	5,2	5,2	18,7	7,8	22,6	5,2	85,6	
Регион												
Војводина	65,7	33,7	7,0	8,5	7,4	5,4	20,9	11,6	25,9	4,6	88,9	
Београд	61,8	22,3	6,2	6,1	7,0	7,5	17,4	9,4	22,3	2,9	86,5	
Шумадија и Центр. Србија	67,7	28,8	7,7	9,4	5,5	4,2	15,1	12,9	20,3	2,2	88,7	0,032
Јужна и Источна Србија	67,4	31,3	6,4	9,5	9,0	5,5	20,0	9,1	20,4	1,7	88,7	

Посматрано према демографским и социјално-економским карактеристикама запажа се следеће: 1) учесталост хипертензије је значајно већа код особа без школе (77,4%) у односу на оне са вишом и високом школом (59,3%) 2) заступљеност астме и хроничне болести плућа значајно је виша међу становништвом од 75-84 година (5,6%, односно 11%) у односу на млађу старосну категорију 3) учесталост дијабетеса значајно је нижа код особа старијих од 85 година (7,0%) 4) депресије значајно више има код особа без формалног образовања (14,5%) 5) повишена масноћа у крви значајно је нижа код становника који према индексу благостања припадају категорији најсиромашнијих (17,9%).

Учесталост свих хроничних обољења расте са узрастом. Број хроничних болести је у позитивној корелацији са годинама живота ($r = 0,557$, $p < 0,0005$). Разлика средњих вредности броја година између испитаника са хроничном болешћу и испитаника без ње је статистички значајна ($t=-3,371$, $p= 0,001$). Испитаници са хроничном болешћу имају просечно $74,1 \pm 6,22$ године а без ње $72 \pm 6,49$ година.

Број хроничних болести и стања статистички се значајно разликује према полу, старосним групама, брачном статусу, образовању и индексу благостања и географским областима ($p < 0,005$). Према сопственом исказу 69,2% испитаника имало је две или више од од две хроничних болести, и то: значајно више жене (76%), старосна група 75-84 године (73,7%), особе без школе и са најнижим степеном образовања (73,7% и 80,5%), особе које према индексу благостања припадају категорији најсиромашнијих (72,9%) и особе које припадају региону Војводине (72,8%) (Табела 4.2.2.3.).

Просечан број хроничних болести по особи у старијој популацији је 2,89 и у позитивној је корелацији са годинама живота ($r=0,557$, $p<0,0005$).

Разлика средњих вредности броја хроничних болести између мушкараца и жена је статистички значајна ($p < 0,0005$). Просечан број хроничних болести код мушкараца је $2,58 \pm 2,29$, а код жена $3,42 \pm 2,48$.

Средња вредност броја хроничних болести испитаника који нису били у браку је 3,00 (2,00 – 5,00), док средња вредност броја хроничних болести испитаника који су у браку, удоваца/ца и разведених износи 2,00 (1,00 – 5,00). Средња вредност броја хроничних болести испитаника са основном школом и ниже је 3,00 (1,00 – 5,00). Средња вредност броја хроничних болести испитаника са средњом, вишом и високом школом је 2,00 (1,00 – 4,00).

Табела 4.2.2.3. Расподела броја хроничних болести у односу на демографска и социјално-економска обележја испитаника

	Број хроничних болести			p
	0	1	≥ 2	
пол				
мушки	16,9	23,0	60,1	<0.0005
женски	0,8	15,9	76,2	
старост				
65-74	13,4	20,0	66,6	<0.0005
75-84	9,7	16,5	73,7	
85+	11,0	25,5	63,5	
образовање				
без школе	7,8	11,7	80,5	<0.0005
непотпуна основна	8,9	18,7	72,4	
основна школа	13,6	19,0	67,5	
средња школа	11,8	20,3	67,9	
виша и висока	16,3	20,2	63,5	
брачно стање				
ножењен/неудата	16,3	7,0	76,7	<0.0005
ожењен/удата	12,8	20,7	66,6	
удовац/удовица	10,0	17,8	72,3	
разведен/разведена	16,8	8,4	74,8	
тип насеља				
градска	11,0	19,8	69,0	0,205
остала	12,6	18,0	69,5	
материјално стање				
I (најсиромашнији)	9,7	17,4	72,9	0,034
II	12,8	19,9	67,3	
III	12,2	16,3	71,5	
IV	10,8	22,0	67,2	
V (најбогатији)	14,4	19,0	66,7	
регион				
Војводина	11,1	16,2	72,8	0,032
Београд	13,5	21,2	65,2	
Шумадија и Центр.				
Србија	11,3	20,2	68,6	
Јужна и Источна Србија	11,3	17,6	71,7	

* χ^2 тест

Униваријантна бинарна логистичка регресија показује да на појаву хроничних болести утичу године старости, пол, брачно стање, образовање и запосленост.

Количник ризика за пол је 2,349 (1,909 – 2,889). Жене имају 2,35 пута већи ризик да имају хроничну болест од мушкараца.

Количник ризика за године живота је 1,029 (1,012 – 1,046). Свака година више повећава ризик од хроничне болести за 2,9%.

Количник ризика за брачни статус је 1,375 (1,112 – 1,700). Удовци (удовице) имају за 37,5% већу шансу да имају хроничну болест од осталих.

Количник ризика за обаразовање је 0,792 (0,693 – 0,907). Саки степен више стручне спреме смањује шансу од појаве хроничне болести за 20,8%.

Количник ризика за запосленост је 3,942 (1,564 – 9,937). Незапослене или неактивне особе имају око четири пута већу шансу да добију неку хроничну болест него запослене.

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија показује да на појаву хроничних болест утичу пол, старост и запосленост (Табела 4.2.2.4.). Жене имају 2,3 пута већи ризик од појаве хроничних болести у односу на мушкарце, свака година више повећава ризик за 2,4%, а незапослени имају 2,6 пута већи ризик од запослених за појаву хроничних болести (Табела 4.2.2.4.)

Табела 5.2.2.4. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за присуство хроничних болести према демографским и социјално-економским обележјима

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
женски пол	2,349 (1,909 – 2,889)	< 0,0005	2,285 (1,856 – 2,813)	< 0,0005
старост	1,029 (1,012 – 1,046)	0,001	1,024 (1,007 – 1,041)	0,007
брачно стање	1,375 (1,112 – 1,700)	< 0,0005		
образовање	0,792 (0,630 – 0,907)	0,001		
запосленост	3,942 (1,564 – 9,937)	0,004	2,662 (1,040 – 6,812)	0,041

Резултати логистичке регресије за оба пола показују да на појаву хроничних болести мушкараца униваријантно утичу године старости (УО=1,049, ИП=1,025 – 1,074). и незапосленост (УО=2,903, ИП=1,046 – 8,057), а мултиваријантно само године старости (УО=1,056, ИП=1,029 – 1,082) (Табела 4.2.2.5.).

Испитивани демографски и социо-економски фактори не утичу на појаву хроничних болести жена (ни униваријантно ни мултиваријантно).

Табела 4.2.2.5. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за присуство хроничних болести код мушкараца према демографским и социјално-економским обележјима

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Старост	1,049 (1,025 -1,074)	< 0,0005	1,056 (1,029 -1,082)	< 0,0005
Незапосленост	2,903 (1,046 – 8,057)	0,041		

4.2.3. Физичка и сензорна функционална оштећења

Готово сваки други испитаник наводи да има мање или веће тешкоће при кретању (42,4%), док је свака десета особа непокретна (11,2%). Посматрано према полу значајно чешће су наведене тешкоће имале жене ($\chi^2=170,544$, $df=3$, $p<0,005$), тј. два пута је већи број непокретних особа у женској популацији (14,5% према 6,9%). Више од половине мушкараца (58,6%) наводи да се креће без тешкоћа, док је тај проценат код жена нижи и износи 37,1% (Табела 4.2.3.1.).

Табела 4.2.3.1. Могућност кретања испитаника у односу на пол

Могућност кретања	Пол		
	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)
без тешкоћа	58,6	37,1	46,4
уз мање тешкоће	19,4	27,1	23,8
уз велике тешкоће	15,1	21,3	18,6
нисам у стању	6,9	14,5	11,2
Укупно	100	100	100

Функционална способност старих опада са старењем, па је тако могућност кретања без тешкоћа три пута учесталија код старих у најмлађој старосној групи (65-74 године) него код лица старих 85 година и више, док је удео непокретних особа чак пет пута већи у најстаријој добној групи ($\chi^2=319,063$, $df=6$, $p<0,005$). Могућност кретања испитаника према старосним групама приказана је у Табели 4.2.3.2.

Табела 4.2.3.2. Могућност кретања испитаника према старосним групама

Могућност кретања	Старост (%)			Укупно
	65-74	75-84	85+	
без тешкоћа	57,2	35,4	17,5	46,4
уз мање тешкоће	22,0	26,7	20,5	23,8
уз велике тешкоће	14,4	23,1	28,5	18,6
нисам у стању	6,4	14,8	33,5	11,2

Посматрано према полу, опадање функционалних способности са старењем интензивније је код жена. У свим старосним групама већи је проценат непокретних и оних који се крећу уз мање или веће тешкоће у женској популацији (Табела 5.2.3.3.).

Табела 4.2.3.3. Могућност кретања старих особа према полу и старосним групама

Могућност кретања	Старост/пол (%)					
	65-74		75-84		85+	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
без тешкоћа	66,4	49,7	50,1	24,5	31,3	11,0
уз мање тешкоће	17,3	25,9	22,6	29,8	18,8	21,3
уз велике тешкоће	11,4	16,8	19,0	26,1	28,1	28,7
нисам у стању	4,9	7,6	8,3	19,6	21,9	39,0

Жене чешће од мушкараца наводе да са тешкоћом обављају свакодневне активности личне неге (Табела 4.2.3.4.). Са друге стране, мушкарцима је за обављање већине активности чешће него женама потребна туђа помоћ (57,8 % према 45,8%).

Табела 4.2.3.4. Способност обављања активности личне неге према полу

Активности	Активности личне неге/мушкарци (%)			
	без тешкоћа	мање тешкоће	велике тешкоће	нисам у стању
узимање хране	93,5	5,0	1,0	0,5
устајање из кревета	85,2	10,2	3,5	1,1
облачење и свлачење	85,1	9,4	3,9	1,6
коришћење тоалета	88,2	6,9	3,5	1,4
купање	83,6	9,1	4,2	3,1

Активности	Активности личне неге/жене (%)			
	без тешкоћа	мање тешкоће	велике тешкоће	нисам у стању
узимање хране	90,4	6,9	2,1	0,6
устајање из кревета	76,0	16,3	6,5	1,2
облачење и свлачење	76,1	16,3	5,7	1,9
коришћење тоалета	81,7	12,2	4,5	1,6
купање	73,8	15,0	7,4	3,8

Анализа према полу показује да жене чешће од мушкараца наводе да са тешкоћом обављају свакодневне кућне активности (Табела 4.2.3.5.) док је мушкарцима за већину активности чешће него женама потребна туђа помоћ у обављању свакодневних активности (61,1% према 38,9%).

Табела 4.2.3.5. Способност обављања кућних активности према полу

Активности	Кућне активности/мушкарци (%)				
	без тешкоћа	мање тешкоће	велике тешкоће	нисам у стању	нисам примењивао
припремање хране	54,3	3,9	2,0	3,9	36,0
коришћење телефона	89,0	5,0	1,6	2,7	1,8
куповина	74,6	8,8	3,8	6,9	5,9
узимање терапије	86,8	5,3	1,0	2,9	4,0
лакши кућни послови	73,2	12,0	3,3	6,2	5,2
тежи кућни послови	51,0	13,3	10,4	15,8	9,5
вођење рачуна о финансијама	79,6	7,7	1,8	5,4	5,5

Активности	Кућне активности/жене (%)				
	без тешкоћа	мање тешкоће	велике тешкоће	нисам у стању	нисам примењивла
припремање хране	70,5	14,1	5,1	6,4	3,9
коришћење телефона	82,6	8,8	2,9	3,1	2,5
куповина	58,0	12,2	8,0	14,5	7,4
узимање терапије	84,6	8,1	2,4	3,4	1,5
лакши кућни послови	63,4	20,3	6,3	7,8	2,2
тежи кућни послови	32,0	16,3	15,8	26,4	9,6
вођење рачуна о финансијама	61,5	10,3	4,0	10,2	14,0

Свака друга старија особа (51,7%) има мањих тешкоћа са видом, док свака шеста особа види уз велике тешкоће (16,2%). Анализа према полу показује да жене значајно чешће имају тешкоће са видом (само 27,3% жена види без тешкоћа, наспрам 37,4% мушкараца) ($\chi^2=27,945$, $df=2$, $p<0,005$) (Табела 4.2.3.6.).

Табела 4.2.3.6. Дистрибуција испитаника према оштећењу вида и полу

Тешкоће са видом	Пол		укупно (%)
	мушкарци (%)	жене (%)	
без тешкоћа	37,4	27,3	32,0
уз мање тешкоће	50,5	52,8	51,7
уз велике тешкоће	12,1	19,8	16,2
тешкоће са видом уз наочаре или контактна сочива			
без тешкоћа	64,8	54,7	58,9
уз мање тешкоће	28,9	35,9	53,0
уз велике тешкоће	6,3	9,4	8,1

Две трећине испитаника (74,3%) је изјавило да носи наочаре или контактна сочива, док 0,5% старих не види уопште. Постоји статистички значајна разлика према полу у наведеним обележјима. Већи проценат жена наводи да носи наочаре (75,8% према 72,3%), док већи проценат мушкараца наводи да не види (0,7% према 0,4%) ($\chi^2=319,063$, $df=6$, $p<0,005$) (Графикон 4.2.3.1.).

Трећина испитаника (33,9%) је навела да нема никаквих проблема са слухом, 39% наводи да има мање тешкоће, а 27,1% испитаника тврди да отежано чује. Мушкарци су у нешто већем проценту навели да имају проблеме са слухом (68,4% према 63%) ($\chi^2=5,885$, $df=2$, $p=0,053$) (Табела 4.2.3.7.)

Табела 4.2.3.7. Дистрибуција испитаника према оштећењу слуха и полу

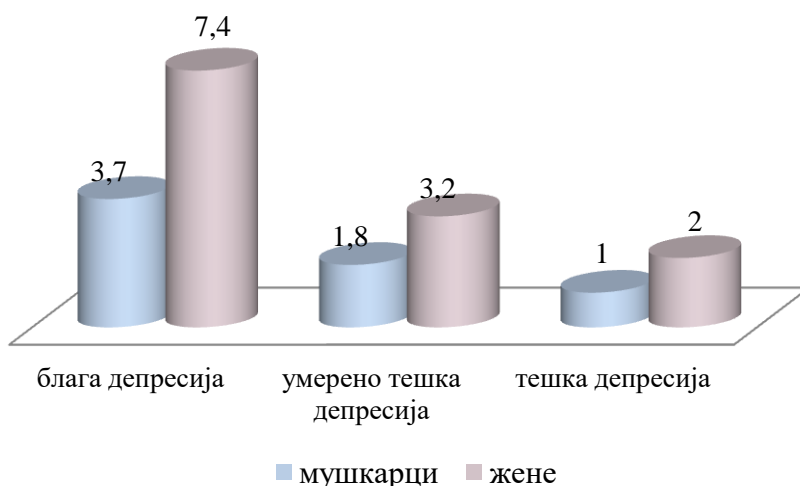
тешкоће са слухом	Пол		укупно (%)
	мушкарци (%)	жене (%)	
без тешкоћа	31,3	37,0	33,9
уз мање тешкоће	48,4	27,8	39,0
уз велике тешкоће	20,0	35,2	27,1
тешкоће са слухом уз слушни апарат			
без тешкоћа	59,5	64,0	62,1
уз мање тешкоће	33,7	30,2	31,7
уз велике тешкоће	6,8	5,8	6,2

Иако је велики број старих навео да има тешкоће са слухом, само 3,3% испитаника навело је да користи слушни апарат, и то у дупло већем проценту мушкарци (4,2%) у односу на жене (2,7%). Наведене разлике су статистички значајне ($\chi^2=6,227$, $df=2$, $p=0,044$) (Графикон 4.2.3.2.).

4.2.4. Ментално здравље

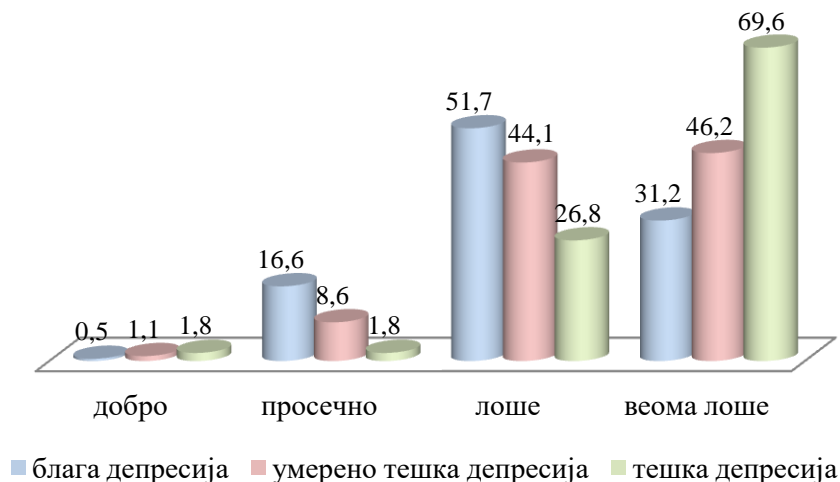
Симптоми депресије били су присутни код 10% старих особа и то значајно више код жена (12,6%) него код мушкараца (6,5%) ($\chi^2= 37,273$, $df=3$, $p< 0,005$) (Графикон 4.2.4.1.)

Графикон 5.2.4.1. Дистрибуција испитаника са симптомима депресије према полу



Истраживање је показало да постоји статистички значајна повезаност између самопроцене здравља и степена депресивности ($\chi^2 =32,742$, $df =6$, $p=0,001$). Старе особе које своје здравље оцењују као лоше и веома лоше у значајно већем проценту пријављују симптоме депресије. Ниједан испитаник који је оценио свој здравствени статус као веома добар није пријавио симптоме депресије, док они који оцењују своје здравље као веома лоше пријављују у 31,2% благу депресију, у 46,2% умерено тешку депресију, а у 69,6% тешку депресију (Графикон 4.2.4.2.).

Графикон 4.2.4.2. Дистрибуција испитаника са симптомима депресије у односу на самопроцену здравственог статуса



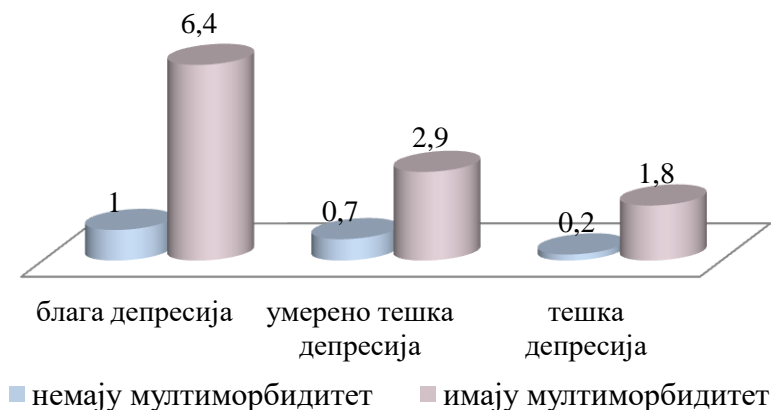
Анализа према полу показује да су разлике у степену депресивности у односу на самопроцену здравља статистички значајне код жена ($\chi^2 = 25,686$, $df = 6$, $p < 0,0005$), док у мушкој популацији нема значајне повезаности између ових обележја ($\chi^2 = 8,624$, $df = 4$, $p = 0,071$) (Табела 4.2.4.1.)

Табела 4.2.4.1. Дистрибуција симптома депресивности према полу и самопроцени здравља

Самопроцена здравља (%)	блага депресија		умерено тешка депресија		тешка депресија	
	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене
веома добро	0	0	0	0	0	0
добро	0	0,7	0	1,5	0	2,4
просечно	12,5	18,1	32,1	9,2	26,7	2,4
лоше	50,0	52,3	32,1	49,2	26,7	26,8
веома лоше	37,5	28,9	60,7	40	73,3	68,3

Истраживање је такође потврдило повезаност између присуства хроничних болести и степена депресивности, особе које имају две и више хроничних болести 6,4 пута чешће су пријављивали симптоме благе депресије, односно 9 пута чешће симптоме тешке депресије ($\chi^2 = 24,548$, $df = 2$, $p = 0,000$) (Графикон 4.2.4.3.).

Графикон 4.2.4.3. Дистрибуција симптома депресивности у односу на присуство хроничних болести



Анализа према полу показује да повезаност између присуства хроничних болести и степена депресивности постоји код оба пола, при чему је повезаност израженија код жена ($\chi^2=16,310$, $df=4$, $p=0,001$) у односу на мушкараце ($\chi^2=12,820$, $df=3$, $p=0,005$). Симптоме благе депресивности пријављује 7,9% жена и 4,3% мушкараца са мултиморбидитетом, док симптоме тешке депресије пријављује 2,2% жена и 1,2% мушкараца (Табела 4.2.4.2.).

Табела 4.2.4.2. Дистрибуција симптома депресивности према полу и присуству хроничних болести

Мултиморбидитет	блага депресија		умерено тешка депресија		тешка депресија	
	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене
без мултиморбидитета	0,8	1,3	0,8	0,6	0	0,6
присуство мултиморбидитета	4,3	7,9	2,0	3,5	1,2	2,2

4.2.5. Повреде

У претходних 12 месеци 6% старих особа је доживело неку врсту незгоде која је довела до повреде. У укупном броју повређених значајно је већи проценат жена (7,3%) него мушкараца (4,3%) ($\chi^2=37,273$, $df=1$, $p=0,001$). Најчешће су, према месту повређивања, биле незгоде у кући, и то у двоструко већем броју код жена (5,6% према 2,6%) ($\chi^2=37,273$, $df=1$, $p<0,005$), док су се мушкарци нешто чешће повређивали у

саобраћају (Графикон 4.2.5.1.). Медицинска помоћ је указана код 65,1% повређених, док је 16% старих особа хоспитализовано због повређивања.

Графикон 4.2.5.1. Дистрибуција испитаника према месту повређивања и полу



4.3. Коришћење здравствене заштите

4.3.1. Коришћење примарне здравствене заштите

У популацији старих особа од 65 и више година, свог изабраног лекара опште медицине у државној здравственој установи имало је 94,7% становништва, односно 2,7% испитаника има свог лекара у приватним здравственим установама. Посматрано према полу, старије жене у значајно већем проценту имају свог изабраног лекара (95,6%), у односу на мушкарце (93,6%) ($\chi^2=6,861$, $df=1$, $p=0,009$). Када је у питању приватни сектор здравствене заштите, нешто већи број мушкараца у односу на жене има свог лекара опште медицине (3,1% према 2,3%). Ова разлика није статистички значајна ($\chi^2=1,846$, $df=1$, $p=0,174$).

У последњих годину дана 87,4% старог становништва је посетило свог изабраног лекара. Жене значајно чешће користе услуге примарне здравствене заштите у односу на мушкарце (88,9% према 85,5%). Број услуга већи је код градског становништва у односу на руралну средину (88,7% према 85,8%) као и код богатијег становништва у односу на сиромашан друштвени слој (89,6% према 85,4%) (Табела 4.3.1.1.). У последњих годину дана лекара специјалисту је посетило 57% старих особа, од чега је нешто већи удео жена (58,4%) у односу на мушкарце (55,2%).

Табела 4.3.1.1. Дистрибуција испитаника који су посетили свог лекара опште медицине према демографским и социо-економским карактеристикама

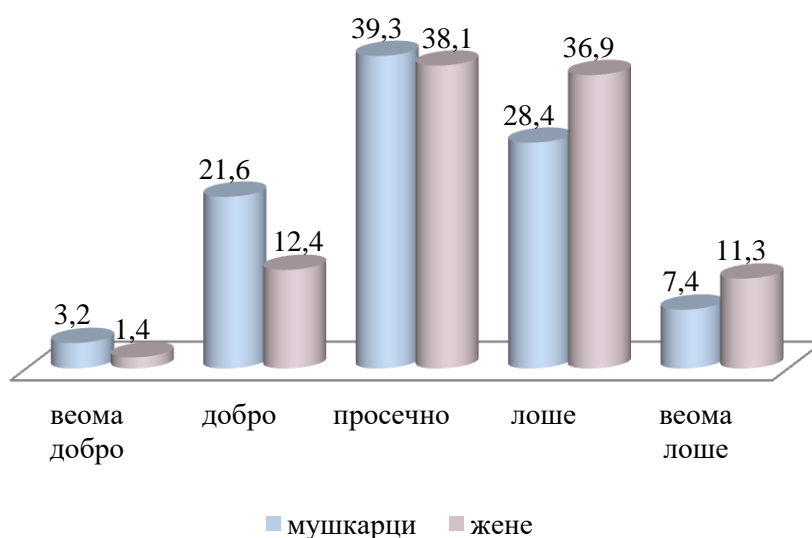
Посете изабраном лекару	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
пол	85,5	88,9	87,4	0,009
старост				
65-74	84,8	91,0	88,3	
75-84	87,6	87,6	87,6	< 0,0005
85+	70,4	78,7	76,1	
образовање				
без школе	89,9	88,7	89,3	
1-7 разреда основне школе	82,9	87,4	86,0	
основна школа	84,7	91,3	89,0	0,323
средња школа	85,4	88,1	86,6	
виша и висока	87,4	88,8	87,4	
брачно стање				
неожењен/неудата	91,7	77,3	82,4	
ожењен/удата	85,5	90,4	87,6	0,319
удовац/удовица	84,1	87,7	86,8	
разведен/разведена	91,2	93,3	92,6	
тип насеља				
градска	87,2	89,8	88,7	0,013
остала	83,2	87,8	85,8	
приходи				
до 9.000 динара	83,2	91,6	88,3	
од 9.001 до 14.000 динара	86,8	89,6	88,5	
од 14.001 до 20.000 динара	85,3	90,6	88,3	0,610
од 20.001 до 29.000 динара	87,5	84,6	85,8	
изнад 29.000 динара	86,7	88,1	87,4	
материјално стање				
I (најсиромашнији)	84,6	85,5	85,4	
II	86,5	85,1	87,9	
III	87,6	86,1	88,8	0,014
IV	89,0	87,2	90,6	
V (најбогатији)	88,5	87,1	89,6	
Регион				
Војводина	86,6	88,4	87,6	
Београд	85,3	82,4	83,6	
Шумадија и Центр. Србија	83,8	91,7	88,2	0,001
Јужна и Источна Србија	86,2	92,8	89,9	

* χ^2 тест

Постоји статистички значајна повезаност између самопроцене здравља и коришћења услуга примарне здравствене заштите. Испитаници који своје здравље оцењују као лоше, значајно чешће користе наведене услуге (43%), у поређењу са онима који су своје здравље оценили као добро (18,5%) ($\chi^2=115,121$ $df=4$, $p < 0,0005$).

Наведене разлике у коришћењу услуга ванболничке здравствене заштите у зависности од самопроцене здравља присутне су код оба пола, с тим да су разлике изразитије у женској популацији. Жене које су своје здравље оцениле као лоше (48,2%) чак 3,5 пута чешће посећују свог изабраног лекара у односу на оне које су свој здравствени статус оцениле као добар (13,8%) ($\chi^2=48,164$, $df=4$, $p < 0,0005$). У мушкој популацији, они који су проценили своје здравље као лоше (43%) су 1,5 пута чешће користили наведене услуге здравствене заштите у поређењу са онима који своје здравље оцењују као добро ($\chi^2 = 62,137$, $df = 4$, $p < 0,0005$) (Графикон 4.3.1.1.).

Графикон 4.3.1.1. Посете лекару опште медицине према самопроцени здравља



Резултати униваријантне бинарне логистичке регресије показују да на коришћење услуга примарне здравствене заштите утичу пол, старост, материјално стање и место становања. Мултиваријантна логистичка регресија као најважније предикторе коришћења примарне здравствене заштите издваја пол, старост и место становања. Жене за 28,7% чешће користе услуге изабраног лекара у односу на мушкарце ($УО=0,713$). Са старењем се смањује коришћење услуга примарне здравствене заштите, односно свака година смањује коришћење ових услуга за 2,2% ($УО=0,978$). Старије особе које живе ван града за 29,4% мање посећују свог изабраног

лекара (УО=0,706), док они који живе на југу имају 1,5 пута већу шансу да посете свог изабраног лекара у односу на оне који живе на северу (УО=1,508) (Табела 4.3.1.2).

Табела 4.3.1.2. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење примарне здравствене заштите према демографским и социјално-економским обележјима

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
године старости	0,981 (0,965 – 0,997)	0,018	0,978 (0,962 – 0,995)	0,009
мушки пол	0,729 (0,594 – 0,894)	0,002	0,713 (0,580 – 0,875)	0,001
материјално стање	1,096 (1,015 – 1,184)	0,019		
јужна регија	1,382 (1,126 – 1,695)	0,002	1,508 (1,221 – 1,861)	< 0,0005
ванградска насеља	0,768 (0,626 – 0,942)	0,011	0,706 (0,571 – 0,875)	0,001

Када је у питању женска популација, као најзначајнији предиктори коришћења услуга примарне здравствене заштите идвајају се године старости, регија становања и материјално стање. Са старашћу се смањује коришћење услуга примарне здравствене заштите (УО=0,953). Жене које живе у јужним деловим Србије 1,9 пута чешће посећују свог изабраног лекара у односу на оне које живе на северу (УО=1,938), а жене које према индексу благостања припадају богатом слоју становништва 1,2 пута чешће посећују свог изабраног лекара (УО=1,238).

Код мушкараца се као најважнији предиктор коришћења примарне здравствене заштите издваја место становања, па они који живе у ванградским насељима ређе посећују свог изабраног лекара (УО=0,717) у односу на оне који живе у граду (Табела 4.3.1.3.).

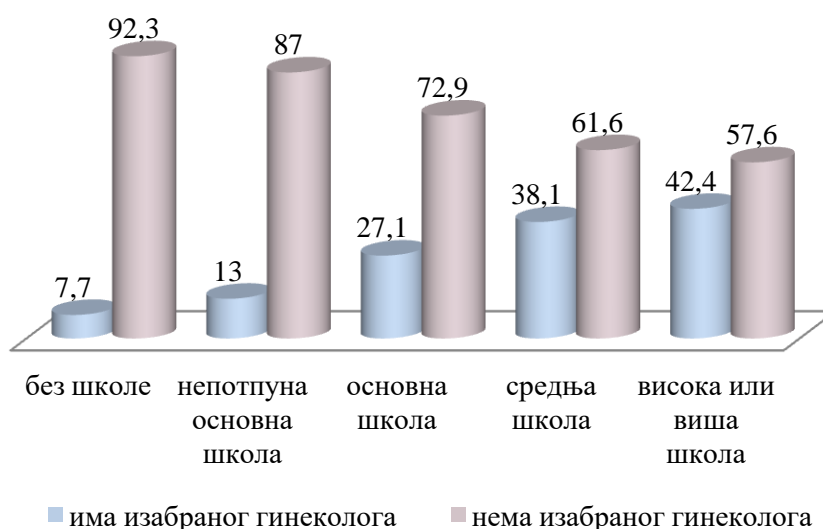
Табела 4.3.1.3. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење примарне здравствене заштите у односу на пол и социјално-економска обележјима

Променљива	Пол	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
		Количник шансе	р	Количник шансе	р
ванградска насеља	М	0,727 (0,542 – 0,975)	0,033	0,717 (0,522 – 0,984)	0,033
године старости	Ж	0,958 (0,937 – 0,979)	< 0,0005	0,953 (0,930 – 0,975)	< 0,0005
Јужна регија	Ж	2.070 (1,544 – 2,775)	< 0,0005	1,938 (1,398 -2.688)	< 0,0005
материјално стање	Ж	1,117 (1,001 – 1,245)	0,048	1,238 (1,085 – 1,413)	0,002

Испитивање показује да је свака четврта старија жена (26,2%) имала свог изабраног гинеколога. У последњих годину дана свог гинеколога посетила је свака десета жена (10,4%). Највећи проценат жена (84,1%) је изјавио да је гинеколога посетио пре више од 12 месеци, док 5,4% испитаница никада нису посетиле гинеколога.

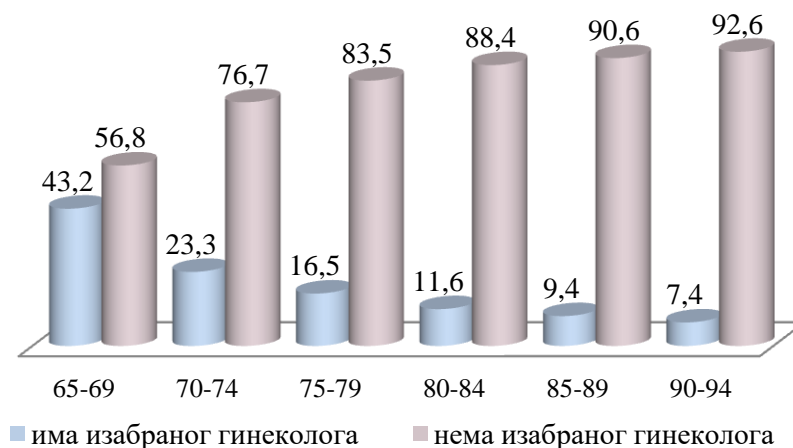
Постоји статистички значајна разлика у дистрибуцији жена које имају свог изабраног гинеколога у зависности од степена образовања ($\chi^2=156,067$, $df = 4$, $p=0,000$). У групи жена без школе само 7,7% је имало свог гинеколога, што је 5,5 пута мање у односу на жене са највишим степеном образовања (57,6%) (Графикон 4.3.1.2.)

4.3.1.2. Графикон Дистрибуција жена које имају свог гинеколога у односу на степен образовања



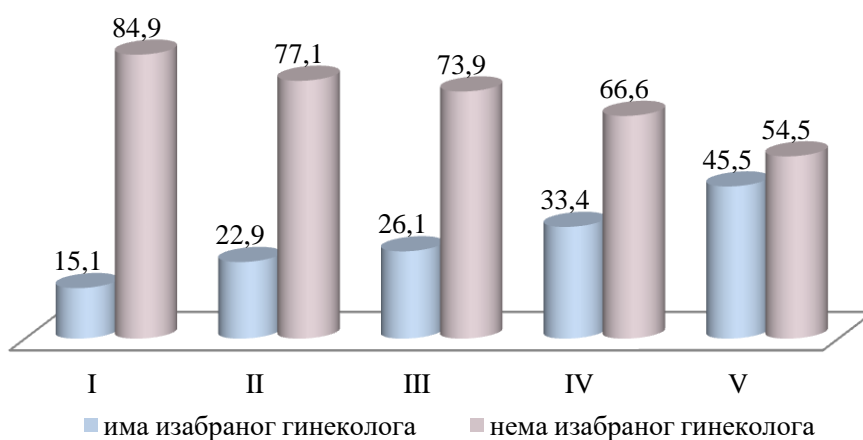
Са старешћу се смањује број жена које имају свог изабраног гинеколога ($\chi^2=168,276$, $df=6$, $p=0,000$). Највећи број жена које имају свог гинеколога је у најмлађој добној групи (43,2%) што је 5,8 пута већи проценат у односу на жене у најстаријој добној групи које имају свог гинеколога (7,4%) (Графикон 4.3.1.3.).

Графикон 4.3.1.3. Дистрибуција жена које имају свог изабраног гинеколога према старосним групама



Жене старости од 65 и више година које према индексу благостања припадају категорији најсиромашнијих у најмањем проценту имају свог гинеколога (15,1%) што је три пута мање у односу на жене које припадају најбогатијој категорији становништва (45,5%) ($\chi^2=92,498$, $df=4$, $p=0,000$) (Графикон 4.3.1.4.).

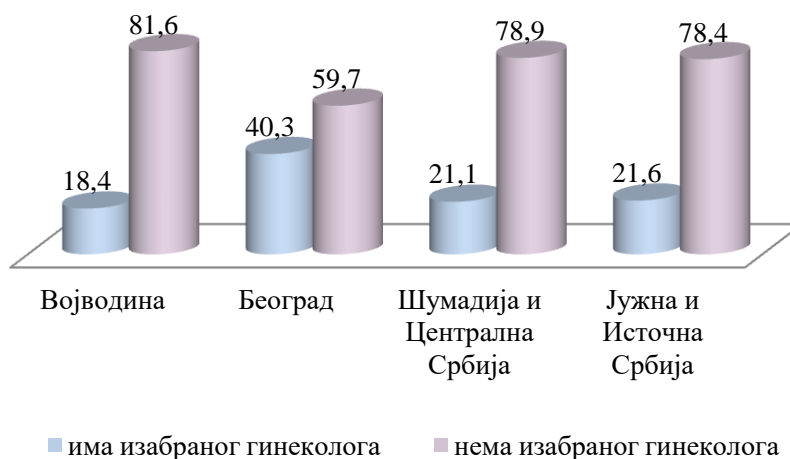
Графикон 4.3.1.4. Дистрибуција жена које имају свог гинеколога у односу на индекс благостања



Жене из градских насеља значајно чешће имају свог гинеколога (30,2%) у односу на жене ванградских насеља (17,7%) ($\chi^2=40,713$, $df=1$, $p=0,000$). Жене које живе

у Београдском региону, у највећем проценту имају изабраног гинеколога (40,3%) што је у просеку два пута више у односу на остале регионе ($\chi^2=72,035$, $df=3$, $p=0,000$) (Графикон 4.3.1.5.).

Графикон 4.3.1.5. Дистрибуција жена које имају свог гинеколога у односу на степен образовања



Услуге кућне неге и помоћи у последњих 12 месеци користило је 4,4% старијих особа. Учесталост коришћења ових услуга значајно је већа код жена (5,3%) у односу на мушкарце (3,3%) ($\chi^2=7,18$ $df=1$ $p=0,007$).

Услуге хитне помоћи користило је 11,2% старих лица. Нема статистички значајне разлике у коришћењу услуга хитне помоћи према полу. И мушкарци (10,5%) и жене (11,8%), у приближно истом проценту, користе ове услуге ($\chi^2=7,18$ $df=1$ $p=0,007$).

4.3.2. Коришћење стоматолошка здравствене заштите

Скоро сваки трећи испитаник је изјавио да има свог стоматолога (31,2%). Нешто већи проценат испитаника је имао свог изабраног стоматолога у државном сектору здравствене заштите (18,9% према 12,1%).

Становници узрасне категорије 65–74 година (35,9%), који живе у градским насељима (41,3%), у региоу Београда (51,7%), који имају средњи (38,7%), виши и високи ниво образовања (61,4%), са највишим приходом по члану домаћинства (51,2%)

и који припадају групи богатих (44,8%) и најбогатијих (61,2%) знатно чешће су имали свог стоматолога.

Стоматолога је последњих годину дана посетило 16,1% старих особа, и то 15,8% жена и 16,5% мушкараца. Нема статистички значајне разлике у коришћењу стоматолошке здравствене заштите према полу ($\chi^2=15,816$, $df=4$, $p=0,623$).

Испитаници који припадају старосној групи 65-74 године, у највећем проценту користе стоматолошке услуге (64,5%), док је најмањи проценат коришћења стоматолошких услуга у најстаријој добној групи (1,6%). Нема статистички значајне разлике у коришћењу стоматолошке здравствене заштите према полу и старосним групама ($\chi^2=2,650$, $df=2$, $p=0,266$).

Коришћење стоматолошке здравствене заштите директно је пропорционално степену образовања. Испитаници који имају терцијарни ниво образовања, у значајно већем проценту користе стоматолошке услуге (35,6%) у односу на оне који имају непотпуну основну школу (15,4%) или су без школе (2,4%). Исти образац у коришћењу стоматолошке здравствене заштите присутан је и код мушкараца и код жена. Постоји статистички значајна разлика у коришћењу стоматолошких услуга према полу ($\chi^2=38,990$, $df = 4$, $p < 0,0005$). Када је у питању терцијарни ниво образовања, мушкарци у већем проценту користе стоматолошке услуге, за разлику од примарног ниво образовања где стоматолошке услуге више користе жене.

Када је у питању брачни статус, испитаници који су у браку, у највећем проценту пријављују коришћење стоматолошких услуга (63,6%), у односу на остале брачне модалитете. Постоји значајна разлика у коришћењу стоматолошких услуга према полу и брачном статусу ($\chi^2=53,600$, $df = 3$, $p < 0,0005$). Знатно већи проценат ожењених мушкараца користи стоматолошке услуге у односу на удате жене (80,2% према 50,5%) а и знатно већи проценат је присутан код удовица (42%) у односу на мушкарце истог брачног модалитета (18,6%).

Испитаници који припадају најбогатијем слоју становништва према индексу благостања у највећем проценту користе стоматолошке услуге (29%), што је 2,5 пута више у односу на најсиромашнију категорију (11,5%). Исти образац се запажа и код мушкараца и код жена ($\chi^2=3,979$, $df = 4$, $p=0,409$).

Када је у питању место становања, значајно већи проценат испитаника који користе стоматолошку здравствену заштиту, живи у градским насељима (67,3%). Нема велике разлике између мушкараца и жена у коришћењу стоматолошких услуга према месту становања ($\chi^2=2,324$, $df=1$, $p=0,127$) (Табела 4.3.2.1.) .

Табела 4.3.2.1. Дистрибуција испитаника који користе стоматолошку здравствену заштиту према демографским и социо-економским карактеристикама

	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
Старост				
65-74	62,0	66,6	64,5	
75-84	35,5	32,5	33,8	0,266
85+	2,5	1,0	1,6	
Образовање				
без школе	0,4	3,9	2,4	
непотпуна основна школа	10,3	19,3	15,4	
основна школа	12,8	23,9	19,0	<0,005
средња школа	37,2	20,0	27,6	
висока или виша школа	39,3	32,8	35,6	
Брачно стање				
неожењен/неудата	0,4	1,0	0,7	
ожењен/удата	80,2	50,5	63,6	<0,005
удовац/удовица	18,6	42,0	31,6	
разведен/разведена	0,8	6,6	4,0	
Индекс благостања				
I (најсиромашнији)	9,9	12,8	11,5	
II	12,2	14,5	13,5	
III	24,9	22,7	23,6	0,409
IV	18,8	23,8	21,6	
V (најбогатији)	34,3	26,2	29,7	
Тип насеља				
градска насеља	63,6	70,2	67,3	0,127
остала насеља	36,4	29,8	32,7	
Регион				
Војводина	23,1	24,9	24,1	
Београд	23,1	27,2	25,4	
Шумадија и Центр. Србија	25,6	21,3	23,2	0,521
Јужна и Источна Србија	28,1	26,6	27,2	

Униваријантна бинарна логистичка регресија показује да на коришћење стоматолошке здравствене заштите утичу старост, тип насеља, материјално стање, приходи, степен образовања и брачни статус.

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија као најзначајније предикторе коришћења стоматолошких услуга код старих лица издваја: степен образовања, материјално стање и године старости. Најобразованији испитаници 1,6 пута чешће

користе стоматолошке услуге у поређењу са онима који имају најнижи степен образовања (УО=1,628). Са побољшањем материјалног положаја испитаника расте коришћење стоматолошких услуга. Припадници богате класе 1,8 пута чешће посећују стоматолога (УО=1,186) у поређењу са онима који припадају сиромашној класи, док је супротан однос присутан када су у питању године старости. Примећује се да се са старошћу смањује коришћење стоматолошке здравствене заштите (УО=0,960) (Табела 4.3.2.2.).

Табела 4.3.2.2. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење стоматолошких услуга у односу на демографска и социјално-економска обележја

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Године старости	0,949 (0,934 – 0,964)	< 0,0005	0,960 (0,944 – 0,975)	< 0,0005
Ванградска насеља	0,509 (0,420 – 0,618)	< 0,0005		
Материјално стање	1,360 (1,273 – 1,454)	< 0,0005	1,186 (1,099 – 1,281)	< 0,0005
Приход по члану	1,342 (1,246 – 1,446)	< 0,0005		
Степен образовања	1,965 (1,742 – 2,216)	< 0,0005	1,628 (1,416 – 1,871)	< 0,0005
Удовац (удовица)	0,652 (0,537 – 0,793)	< 0,0005		

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија као најзначајније предикторе коришћења стоматолошких услуга код мушкараца издваја степен образовања и материјално стање. Мушкарци са високим нивоом образовања за 60,8% чешће посећују стоматолога (УО=1,608), док они који припадају категорији најбогатијих за 28,7 % чешће користе услуге стоматолога у поређењу са мушкарцима из сиромашнијих слојева (УО=1,287) (Табела 4.3.2.3.).

Табела 4.3.2.3. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење стоматолошких услуга за мушки пол

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Године старости	0,974 (0,952 – 0,998)	0,032		
Ванградска насеља	0,573 (0,431 – 0,762)	< 0,0005		
Материјално стање	1,426 (1,290 – 1,577)	< 0,0005	1,287 (1,137 – 1,456)	< 0,0005
Приход по члану	1,359 (1,213 – 1,524)	< 0,0005		
Степен образовања	1,958 (1,622 – 2,64)	< 0,0005	1,608 (1,275 – 2,027)	< 0,0005

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија показује да на коришћење стоматолошких услуга код жена утиче степен образовања, брачни статус, место становања и године старости. Жене са највишим степеном образовања 1,7 пута чешће користе стоматолошке услуге у поређењу са онима које имају најнижи ниво образовања ($УО=1,755$). Удовице за 25,2 % ређе посећују стоматолога ($УО=0,748$) у односу на жене које имају брачног партнера, док жене које живе у ванградским насељима за 52,2% ређе користе стоматолошке услуге у односу на жене које живе у градским срединама ($УО=0,578$) (Табела 4.3.2.4.).

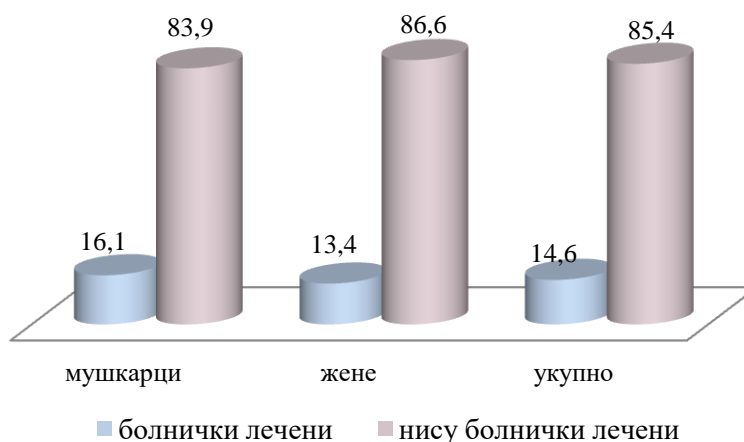
Табела 4.3.2.4. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење стоматолошких услуга за женски пол

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	p	Количник шансе	P
Године старости	0,930 (0,911 – 0,951)	< 0,0005	0,948 (0,926 – 0,971)	< 0,0005
Ванградска насеља	0,460 (0,353 – 0,599)	< 0,0005	0,578 (0,427 – 0,782)	< 0,0005
Материјално стање	1,311 (1,200 – 1,432)	< 0,0005		
Приход по члану	1,333 (1,208 – 1,471)	< 0,0005		
Степен образовања	2,153 (1,819 – 2,547)	< 0,0005	1,755 (1,443 – 2,133)	< 0,0005
Удовац (удовица)	0,582 (0,453 – 0,746)	< 0,0005	0,748 (0,565 – 0,990)	0,042

4.3.3. Коришћење болничке здравствене заштите

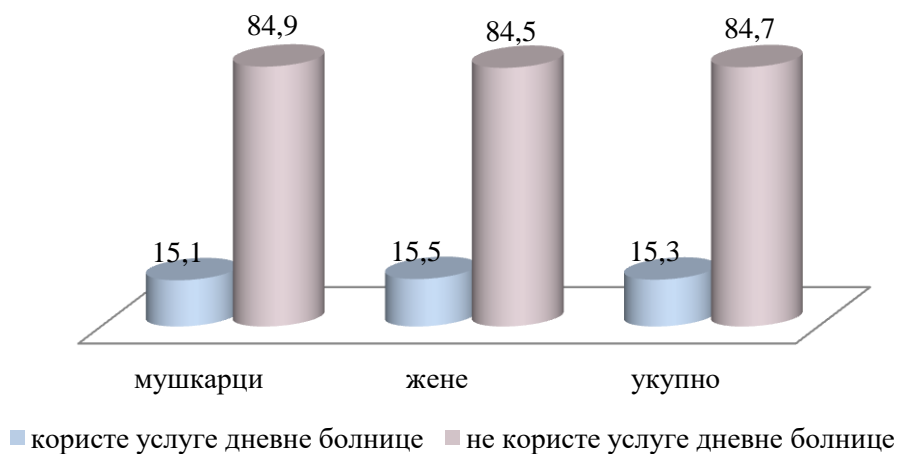
На болничком лечењу у последњих 12 месеци било је 516 особа (14,6%) старости 65 и више година. Постоји статистички значајна повезаност између пола и болничког лечења, па се примећује да је учесталост хоспитализације значајно већа код мушкараца (16,1%) у односу на жене (13,4%) ($\chi^2=4,797$ $df =1$ $p=0,026$) (Графикон 4.3.3.1.).

Графикон 4.3.3.1. Дистрибуција хоспитализација према полу



Сваки седми старији испитаник користио је услуге дневне болнице (15,3%). Нема статистички значајне разлике у коришћењу услуга дневне болнице према полу ($\chi^2=0,106$, $df=1$ $p=0,745$) (Графикон 4.3.3.2.).

Графикон 4.3.3.2. Учесталост коришћења услуга дневне болнице у односу на пол



Учесталост хоспитализација значајно је већа код особа без школе (19,1%) и са непотпуном основном школом (17,8%), и то код људи са најнижим приходима (18,3%), које живе у Региону Шумадије и Западне Србије (18,1%) као и код испитаника који припадају старосној групи 75-84 године (16,3%) (Табела 4.3.3.1.).

Табела 4.3.3.1. Дистрибуција испитаника који користе болничку здравствену заштиту према демографским и социо-економским карактеристикама

Болничко лечење	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
старост				
65-74	15,9	11,7	13,6	
75-84	16,6	16,1	16,3	0,058
85+	14,1	11,8	12,5	
образовање				
без школе	23,5	18,8	19,1	
непотпуна основна школа	23,8	15,0	17,8	
основна школа	18,1	11,6	13,9	< 0,0005
средња школа	13,6	12,1	13,0	
виша и висока	12,0	9,9	11,3	
брачно стање				
ножењен/неудата	14,3	3,4	7,0	
ожењен/удата	15,7	12,9	14,5	0,071
удовац/удовица	16,9	14,0	14,7	
разведен/разведена	21,1	15,9	17,8	
тип насеља				
Градска	14,0	13,3	13,6	0,410
Остала	18,5	13,6	15,8	
материјално стање				
I (најсиромашнији)	17,3	14,1	15,4	
II	15,7	14,0	14,7	
III	21,3	13,2	16,6	0,097
IV	12,7	11,3	11,9	
V (најбогатији)	10,1	13,8	12,1	
приходи				
до 9.000 динара	21,4	16,1	18,3	
од 9.001 до 14.000 динара	16,3	13,0	14,3	
од 14.001 до 20.000 динара	16,7	14,4	15,4	0,029
од 20.001 до 29.000 динара	14,4	11,8	13,0	
изнад 29.000 динара	11,6	13,2	12,5	
Регион				
Војводина	10,6	13,3	12,2	
Београд	14,6	8,7	11,2	
Шумадија и Центр. Србија	21,9	15,0	18,1	< 0,0005
Јужна и Источна Србија	15,2	16,5	15,9	

* χ^2 тест

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија као најважније факторе који су повезани са болничким лечењем издваја пол, степен образовања и регију становања. Количник шансе за мушки пол је 1,319, односно мушкарци имају 1,319 пута већу шансу да буду болнички лечени у односу на жене. Количник шансе за степен образовања је 0,759. Из табеле се види да сваки степен образовања више смањује шансу од болничког лечења за 24,1%. Испитаници који живе у јужним деловима Србије имају 1,4 пута већу шансу да буду болнички лечени од оних који живе на северу (УО=1,481) (Табела 4.3.3.2.).

Табела 4.3.3.2. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење болничке здравствене заштите према демографским и социо-економским карактеристикама

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Мушки пол	1,238 (1,027 – 1,493)	0,025	1,319 (1,071 – 1,624)	0,009
Образовање	0,793 (0,691 – 0,910)	0,001	0,759 (0,648 -0,887)	0,001
Јужна регија	1,562 (1,287 – 1,894)	< 0,0005	1,481 (1,204 – 1,822)	< 0,0005
Приход по члану	0,924 (0,859 – 0,995)	0,037		

У мушкој популацији, мултиваријантна логистичка регресија као најзначајније факторе који су повезани са болничким лечењем издваја степен образовања и регију становања. Мушкарци са највишим степеном образовања имају за 29,6% мању вероватноћу да буду болнички лечени у односу на своје вршњаке најнишег степена образовања (УО=0,704), док они који живе на југу имају 1,48 пута већу шансу да буду хоспитализовани у односу на оне који живе на северу (УО=1,483) (Табела 4.3.3.3).

Табела 4.3.3.3. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење болничке здравствене заштите за мушки пол

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Материјално стање	0,902 (0,814 – 0,999)	0,048		
Приход по члану	0,875 (0,786 – 0,975)	0,016		
Тип насеља	1,394 (1,060 – 1,834)	0,017		
Степен образовања	0,687 (0,567 – 0,833)	< 0,0005	0,704 (0,571 -0,867)	0,001
Јужна регија	1,566 (1,179 – 2,081)	< 0,0005	1,483 (1,092 – 2,013)	0,012

Мултиваријантна логистичка регресија као најзначајнији предиктор болничког лечења код жена издваја регију становања, па жене које живе на југу имају 1,54 пута већи ризик (УО=1,544) да буду хоспитализоване у односу на испитанице са севера (Табела 4.2.3.4.).

Табела 4.3.3.4. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење болничке здравствене заштите за женски пол

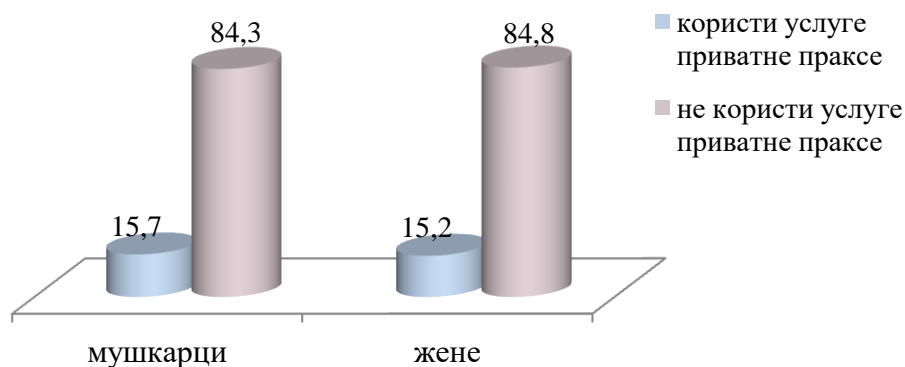
Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Године живота	1,017 (0,997 – 1,037)	0,093		
Степен образовања	0,815 (0,658 – 1,010)	0,062		
Јужна регија	1,544 (1,186 – 2,010)	0,001	1,544 (1,186 – 2,010)	0,001

4.3.4. Коришћење приватне праксе

Сваки седми испитаник (15,4%) користио је услуге приватне праксе у последњих годину дана. Свог лекара опште медицине у приватној пракси имало је 2,7% старих, док је скоро сваки осми (13,2%) имао свог приватног стоматолога, а 1,7% жена изабраног гинеколога у приватном сектору здравствене заштите.

Анализа према полу није показала статистички значајну разлику у коришћењу приватне праксе између старијих мушкараца и жена ($\chi^2 = 0,168$, $df = 1$, $p = 0,689$). Нешто више од по 15% испитаника оба пола користи услуге приватне праксе (Графикон 4.3.4.1).

Графикон 4.3.4.1. Коришћење услуга приватне праксе према полу



Старији становници најчешће су користили услуге лабораторије (67,2%), затим радиолошке дијагностике (45,9%) и интернисте (45,9%). Мушкарци су у значајно већем проценту користили услуге радиолошке дијагностике у приватном сектору (50,8%) у односу на жене (42,9%). За коришћење осталих услуга није утврђена статистички значајна разлика према полу (Табела 4.3.4.1.).

Табела 4.3.4.1. Коришћење услуга приватне праксе према полу

Услуге приватне праксе	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
Лабораторијске услуге	67,9	66,6	67,2	0,808
радиолошка дијагностика	50,8	42,0	45,9	0,048
интерниста	47,1	44,9	45,9	0,677
офталмолог	11,7	8,9	10,1	0,347
хирург	3,8	3,0	3,3	0,782
психијатар	0,8	1,6	1,3	0,655

Становништво преко 65 година старости из градских насеља (19,8%), са високим и вишим образовањем (29,4%), које припада групи најбогатијих према индексу благостања (27,6%), односно са највишим приходом по члану породице (26,9%) и које припада Београдском региону (25,0%), значајно је чешће користило услуге приватне праксе. Такође постоје статистички значајне разлике и према полу у коришћењу услуга приватне праксе у односу на наведене демографске и социо-економске карактеристике . (Табела 4.3.4.2.).

Табела 4.3.4.2. Коришћење услуга приватне праксе према демографским и социо-економским карактеристикама

Услуге приватне праксе	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
Старост				
65-74	15,5	15,5	15,5	0,746
75-84	16,0	15,2	15,5	
85+	15,6	12,5	13,5	
Образовање				
без школе	17,6	7,9	8,6	< 0,0005
непотпуна основна школа	13,2	11,3	11,9	
основна школа	6,0	11,6	9,6	
средња школа	15,7	21,1	18,0	
виша и висока	27,2	33,3	29,4	
Брачно стање				
ножењен/неудата	14,3	24,1	20,9	0,438
ожењен/удата	15,9	15,7	15,8	
удовац/удовица	15,2	14,2	14,5	
разведен/разведена	15,8	18,8	17,8	
Тип насеља				
градска	19,3	20,2	19,8	< 0,0005
остала	11,7	9,1	10,3	
Материјално стање				
I (најсиромашнији)	8,4	7,5	7,8	< 0,0005
II	14,3	14,0	14,1	
III	17,2	18,2	17,7	
IV	22,5	22,9	22,7	
V (најбогатији)	22,7	27,5	27,6	
Приходи				
до 9.000 динара	9,6	7,3	8,2	< 0,0005
од 9.001 до 14.000 динара	5,8	9,3	7,9	
од 14.001 до 20.000 динара	14,8	12,8	13,7	
д 20.001 до 29.000 динара	19,3	19,6	19,5	
изнад 29.000 динара	27,6	26,1	26,9	
Регион				
Београд	23,9	25,8	25,0	< 0,0005
Војводина	18,3	16,5	17,3	
Шумадија и Центр. Србија	13,0	12,7	12,8	
Јужна и Источна Србија	10,3	7,6	8,8	

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија показује да на коришћење приватне праксе код старије популације утиче степен образовања, материјално стање, приходи по члану и регија. Особе са вишом и високом школом 31,5% чешће користе

услуге у приватном сектору здравствене заштите у односу на оне са примарним степеном образовања ($УО=1,315$). Висина месечних прихода и материјално стање су у директној вези са коришћењем ових услуга, односно што су испитаници богатији ($УО=1,192$) и имају веће приходе ($УО=1,240$) чешће користе услуге приватне праксе. Особе у јужним регијама за 35,2% ређе користе ове услуге од оних на северу ($УО=0,648$) (Табела 4.3.4.3.).

Табела 4.3.4.3. Унакрсни односи ($УО$) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење приватне праксе у односу на демографске и социо-економске карактеристике

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Степен образовања	1,884 (1,671 – 2,124)	< 0,0005	1,315 (1,122 – 1,543)	0,001
Јужна регија	0,468 (0,388 – 0,565)	< 0,0005	0,648 (0,524 – 0,801)	< 0,0005
Ванградска насеља	0,436 (0,381 – 0,563)	< 0,0005		
Материјално стање	1,437 (1,344 – 1,536)	< 0,0005	1,192 (1,095 – 1,297)	< 0,0005
Приход по члану	1,503 (1,390 – 1,526)	< 0,0005	1,240 (1,130 – 1,360)	< 0,0005

Мултиваријантна бинарна логистичка регресија као најзначајније факторе повезане са коришћењем приватне праксе код мушкараца издваја материјално стање и приходе по члану. Мушкарци са висином месечних прихода преко 29.000 по члану, 1,35 пута чешће користе ове услуге ($УО=1,355$), као и они који припадају категорији најбогатијих ($УО=1,210$) (Табела 5.3.4.4.).

Табела 4.3.4.4. Унакрсни односи ($УО$) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење приватне праксе за мушки пол

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Степен образовања	1,870 (1,551 – 2,255)	< 0,0005		
Јужна регија	0,503 (0,380 – 0,665)	< 0,0005		
Ванградска насеља	0,554 (0,416 – 0,737)	< 0,0005		
Материјално стање	1,411 (1,276 – 1,561)	< 0,0005	1,210 (1,076 – 1,361)	0,001
Приход по члану	1,519 (1,349 – 1,709)	< 0,0005	1,355 (1,191 – 1,541)	< 0,0005

Најзначајнији фактори који су повезани са коришћењем приватне праксе код жена јесу степен образовања, тип насеља, материјално стање, приходи по члану домаћинства и регија. Жене са највишим степеном образовања 36,8% више користе услуге приватне праксе (УО=1,368) у односу на своје вршњакиње најнижег степена образовања. Жене које припадају најбогађијем слоју за 15,4% (УО=1,154) чешће користе ове услуге, као и жене са највишим приходима по члану породице (УО=1,77). Жене које живе у руралним насељима (УО=0,696) и на југу (УО=0,651) ређе користе услуге приватне праксе у поређењу са женама које живе у граду и северном делу Србије (Табела 4.3.4.5).

Табела 4.3.4.5. Унакрсни односи (УО) и 95% интервали поверења (ИП) за коришћење приватне праксе за женски пол

Променљива	Униваријантна бинарна логистичка регресија		Мултиваријантна бинарна логистичка регресија	
	Количник шансе	р	Количник шансе	р
Степен образовања	2,068 (1,748 – 2,447)	< 0,0005	1,368 (1,090 – 1,719)	0,007
Јужна регија	0,441 (0,343 – 0,567)	< 0,0005	0,651 (0,487 – 0,870)	0,004
Ванградска насеља	0,397 (0,303 – 0,520)	< 0,0005	0,696 (0,485 – 0,997)	0,048
Материјално стање	1,458 (1,333 – 1,594)	< 0,0005	1,154 (1,017 – 1,310)	0,027
Приход по члану	1,489 (1,341 – 1,654)	< 0,0005	1,177 (1,038 – 1,335)	< 0,0005

4.3.5. Употреба лекова

У Србији је 83,7% становништва преко 65 година користило лекове које им је прописао лекар у последње две недеље, а само 16,3% особа известило је да нису узимали ни један лек. Жене су у значајно већем проценту (88,8%) употребљавале прописане лекове у односу на мушкарце (77%) ($\chi^2=88,579$ $df=1$ $p<0,005$).

Сваки четврти старији становник (24%) је користио лекове, биљна средства или витамине и минерале које им није прописао лекар. Узимање непрописаних лекова међу старијим становништвом је значајно чешће међу женама (27,1%) у односу на мушкарце (20%) ($\chi^2=23,786$, $df=1$ $p<0,005$).

Старији становници су без препоруке лекара најчешће користили лекове против болова (62%), затим витамине и минерале (50,7%) и биљне препарате (34%). Самоиницијативно, сваки десети старији становник (9,9%) узима антибиотике, сваки

седми (13,4%) лекове за несаницу, док сваки пети (18,7%) узима лекове за смирење. Анализа према полу показују да старије особе женског пола значајно чешће користе лекове против болова (65% : 58%), као и лекове за несаницу (15,8% : 9,2%) у односу на мушкарце (Табела 4.3.5.1.).

Табела 4.3.5.1 Најчешће коришћени лекови и биљни производи без лекарске препоруке у односу на пол испитаника

Врста лекова	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
витамини и минерали	44,3	54,3	50,7	0,006
биљни препарати	36,7	33,8	34,8	0,427
против болова	58,0	65,0	62,5	0,054
одређене болести	25,9	23,3	24,2	0,444
антибиотици	9,2	10,3	9,9	0,694
за притисак	18,0	15,6	16,5	0,411
за смирење	17,4	19,4	18,7	0,515
за несаницу	9,2	15,8	13,4	0,009
за варење	11,8	9,2	10,1	0,271
против затвора	4,3	2,9	3,4	0,409

Посматрано према географским областима, највећа употреба прописаних лекова заступљена је у Војводини (85,5%), као и код оних са нижим степеном образовања (86% без школе и 85,2% са непотпуном основном школом), затим код особа из групе са највећим приходима (87,2%) и из градских насеља (86,0%). Навика узимања лекова не-прописаних од стране лекара је најчешћа међу становницима Београда, Јужне и Источне Србије, међу женама, високо образованим и богатијим становништвом (Табела 4.3.5.2.).

4.3.5.2. Употреба прописаних и непрописаних лекова у односу на демографске и социоекономске карактеристике испитаника

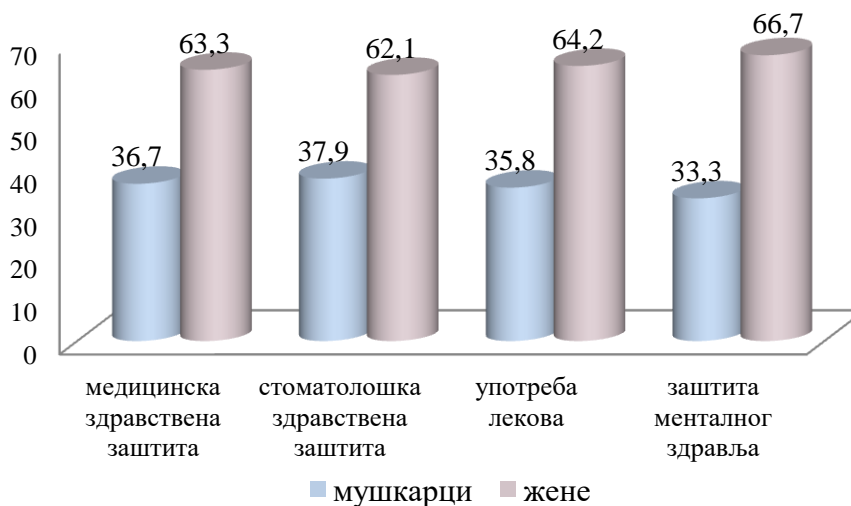
	Прописани лекови				Непрописани лекови			
	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*	мушкарци (%)	жене (%)	укупно (%)	p*
старост								
65-74	72,8	88,9	81,7		21,9	28,6	25,6	
75-84	83,2	89,6	86,9	0,0005	17,0	25,5	21,9	0,041
85+	76,6	83,8	81,5		20,3	24,3	23,0	
образовање								
без школе	76,5	86,7	86,0		23,5	19,6	19,8	
непотпуна основна	75,8	89,5	85,2		16,5	21,2	19,7	
основна школа	72,5	88,4	82,7	0,444	15,1	29,0	24,0	0,0005
средња школа	78,8	89,2	83,2		20,9	31,5	25,5	
виша и висока	78,8	89,5	82,5		25,6	39,8	30,6	
брачно стање								
неожењен/неудата	85,7	69,0	74,7		21,4	44,8	37,2	
ожењен/удата	76,7	89,5	82,1		20,0	28,5	23,6	
удовац/удовица	78,4	89,0	86,5	0,001	20,1	25,0	23,9	0,155
разведен/разведена	68,7	85,5	79,4		15,8	34,8	28,0	
тип насеља								
градска	80,8	89,7	86,0		21,4	28,3	25,4	
остала	72,7	87,7	81,1	0,0005	18,3	25,6	22,4	0,036
материјално стање								
I (најсиромашнији)	73,7	85,7	80,7		15,5	22,5	19,6	
II	75,8	89,9	83,7		20,7	28,6	25,2	
III	80,6	90,0	86,5	0,002	24,3	32,8	29,2	0,0005
IV	82,0	91,5	87,2		20,2	26,6	23,7	
V (најбогатији)	74,8	89,4	82,8		24,5	30,2	27,6	
приходи								
до 9.000 динара	72,7	89,5	82,8		15,3	23,5	20,2	
од 9.001 до 14.000	74,6	88,4	82,8		15,2	18,9	17,4	
од 14.001 до 20.000	77,3	89,0	83,9	0,234	17,3	28,7	23,8	0,0005
од 20.001 до 29.000	77,4	89,7	84,2		20,7	32,6	27,3	
изнад 29.000 дин.	84,4	89,9	87,2		28,7	35,5	32,3	
регион								
Војводина	76,4	91,9	85,5		22,9	32,5	28,5	
Београд	76,0	83,9	80,6		18,1	27,4	23,5	
Шумадија и Центр. Србија	77,6	90,3	84,7	0,031	17,4	22,1	20,1	0,001
Јужна и Источна Србија	77,5	89,6	84,2		22,2	27,8	25,4	

4.3.6. Неостварене потребе за здравственом заштитом

Сваки трећи испитаник (33,5%) није остварио своје потребе за здравственом заштитом, најчешће због недостатка финансијских средстава (24%). Најтеже се долазило до медицинске здравствене заштите (18%), затим следи употреба лекова (17,2%), стоматолошка здравствена заштита (13,9%) и заштита менталног здравља (3,7%).

Анализа према полу показује да жене у значајно већем проценту (60,2%) нису оствариле своје потребе за здравственом заштитом у односу на мушкарце (39,2%) ($\chi^2=5,494$ $df=1$ $p=0,017$). Неостварене потребе за медицинском здравственом заштитом су готово два пута веће у женској популацији (63,3%) у односу на мушкарце (36,7%) (Графикон 4.3.6.1).

Графикон 4.3.6.1. Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на пол



Анализа демографских и социо-економских карактеристика према полу показује да жене са основним и нижим образовањем (73,0%), које припадају категорији удовица према брачном статусу (55,4%) у значајно већем проценту имају неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на супротан пол.

Дистрибуција испитаника који нису остварили своје потребе за здравственом заштитом у односу на демографске и социо-економске карактеристике приказана је у Табели 4.3.6.1.

Табела 4.3.6.1. Дистрибуција испитаника са неоствареним потребама за здравственом заштитом према демографским и социо-економским карактеристикама

	Мушкарци	жене	укупно	
старост				
65-74	58,1	51,6	54,1	
75-84	38,1	41,8	40,3	0,069
85+	3,9	6,6	5,5	
образовање				
основна и нижа школа	43,1	73,0	61,1	
средња школа	39,4	19,4	27,4	<0.0005
виша и висока	17,5	7,5	11,5	
брачно стање				
неожењен/неудата	1,7	2,0	1,9	
ожењен/удата	55,0	45,0	51,3	<0.0005
удовац/удовица	24,4	55,4	43,1	
разведен/разведена	3,1	4,2	3,3	
тип насеља				
градска	49,2	49,2	49,2	
остала	50,8	50,8	50,8	1,000
материјално стање				
I (најсиромашнији)	36,7	39,8	38,6	
II	22,5	21,7	22,0	
III	15,6	17,2	16,6	0,395
IV	17,2	16,1	16,6	
V (најбогатији)	8,1	5,1	6,3	
регион				
Војводина	20,8	20,9	26,3	
Београд	28,1	25,1	20,9	
Шумадија и Центр. Србија	22,2	26,6	24,9	0,464
Јужна и Источна Србија	28,9	27,3	28,0	

* χ^2

4.3.7. Задовољство здравственом службом

У погледу задовољства старих лица здравственом службом, забележен је готово једнак проценат задовољних како државном (68%) тако и приватном здравственом - службом (67,5%). Нема статистички значајне разлике према полу у задовољству државном и приватном здравственом службом (Табела 4.3.7.1.)

Табела 4.3.7.1. Задовољство корисника здравственом службом у државном и приватном сектору здравствене заштите у односу на пол

Задовољство државном здравственом службом (%)					
	веома задовољан	задовољан	просечно	незадовољан	веома незадовољан
мушкарци	13,9	51,3	20,4	9,4	5,0
жене	15,3	52,7	18,4	8,7	4,9
укупно	14,7	52,1	19,3	9,0	4,9
Значајност	$\chi^2=3,629, df=4, p=0,485$				
Задовољство приватном здравственом службом (%)					
	веома задовољан	задовољан	просечно	незадовољан	веома незадовољан
мушкарци	15,2	49,5	24,9	7,0	3,4
жене	19,0	48,5	24,1	5,7	2,7
укупно	17,3	48,9	24,5	6,3	3,0
Значајност	$\chi^2=4,687, df=4, p=0,321$				

5. ДИСКУСИЈА

Резултати анализе полне структуре становништва указују на изразиту феминизацију старог становништва, која настаје као последица родних разлика у нивоу смртности у корист становништва женског пола. Ниже стопе смртности код женског становништва значе дуже очекивано трајање живота, а са старењем популације то значи и бројчану доминацију женског становништва, нарочито у старијим добним групама.

Структура становништва по полу уско је повезана са старосном структуром становништва. Популације које су демографски млађе имају већу заступљеност мушког у односу на женско становништво, док је са друге стране женско становништво заступљеније у демографски старијим популацијама. Разлог томе јесте диференцијални наталитет (биолошка законитост рађања већег броја дечака него девојчица), који је на глобалном нивоу у корист мушкараца (105/6:100), па се у млађим популацијама редовно појављује вишак мушког над женским становништвом. Овај полни однос између броја живорођене деце је релативно стабилан током времена. Међутим у средовечној популацији долази до „преокрета“ родне разлике у корист жена, а њихова бројчана доминантност постаје све наглашенија са старосћу. Ова појава се може објаснити родном разликом у морталитету која се испољава кроз веће стопе смртности мушке популације, и то у свим старосним групама (1). Бројчана доминација жена код старих је врло јак демографски образац, као и тренд њеног снажења са повећањем старости, што се може сматрати посредним показатељем неповољног положаја мушког становништва, видљивог кроз већи морталитет мушкараца и краће очекивано трајање живота у односу на женску популацију. Иако још увек није прецизно и у потпуности објашњена родна разлика у стопама смртности и дужини животног века мушкараца и жена, истраживања указују на сложен однос биолошких и неболошких фактора, истичући друштвену условљеност, односно утицај социо-економских и социо-културних фактора на понашање мушке популације и изложеност ризицима обољевања и смртности међу којима се као најчешћи наводе већа преваленција пушења и алкохолизма (98), али и већа заступљеност насилних смрти у мушкој популацији (99,33).

Одређени број истраживача даје предност биолошким факторима, истичући да генетске и хормонске разлике између мушкараца и жена стварају биолошку основу за дужи животни век жена (активније функционисање имуног система жене, заштитна

улога полних хормона, компензаторни ефекат другог X хромозома) (100,101). Ипак, многе студије су показале да је значај биолошких фактора у различитој смртности мушкараца и жена релативно мали и да, по многим ауторима, не прелази две године (101-103). На другој страни већи број аутора истиче значај небиолошких фактора, па се тако понашање мушкараца у комбинацији са другим друштвеним и срединским факторима види као основни и доминантни разлог виших стопа смртности у мушкој популацији (101,104-106).

Док је у већини држава коефицијент маскулинитета у групи старих 65 и више година (број мушкараца на 100 жена) испод 100, Русија и неке источноевропске земље имају необично ниске уделе мушкараца (нпр. у 2015, Белорусија-46,4; Летонија-48,5; Украјина-48,9; и Естонија-49,8). Ови изузетно ниски удели мушкараца код старије генерације почели су у касним 1980-им годинама када су учесници борбе из Другог светског рата достигли редове старијих, што је одраз поражавајућих страдања мушкараца у рату у овим претходним државама Совјетског савеза (107,108). Проласком генерације учесника Другог светског рата, главни узрочници оваквог односа полова у Русији скоријих година су виша стопа смртности код мушкараца средњег доба узрокована болестима као што су кардиоваскуларне болести, насиљем, несрећама и узроцима повезаним са конзумирањем алкохола (109). Сасвим супротан и такође необичан однос полова налазимо у неким деловима Азије и Субсахарске Африке – где коефицијент маскулинитета износи преко 90, па чак и преко 100 (Индија-90,1; Малезија-90,3; Кина-91,9; Бангладеш-96,7; Мали-100,0; Нигерија-103,6; Судан-119,4). Верује се да је ова неравнотежа у старијим генерацијама, где је више мушкараца, последица дугогодишњих недостатака у здрављу и исхрани жена које доводе и до тога да је висока стопа смртности беба и деце женског пола као и смртности мајки (110).

Иако дужи живот жена многи посматрају као привилегију, феминизација старих носи веома важна питања која се тичу положаја и квалитета живота жена (111). Оне могу бити у неповољнијој ситауцији не само због ограничења које доноси ово животно доба, већ и због нижег нивоа образовања, економске зависности и сиромаштва, удовиштва и самачког живота (33).

Резултати добијени овим истраживањем показали су да је процес старења становништва интензивнији у женској него у мушкој популацији. Старосна структура становништва 65 и више година из сва четири региона је прилично уједначена, али се највећи полни дисбаланс у корист жена бележи у Војводини и Београдском региону што се приписује највећој разлици морталитета мушкараца и жена у овим областима.

Родна разлика у очекиваном трајању живота у корист жена у Војводини је увек била већа него у другим регионима. Војводина се издваја као подручје са веома кратким животним веком мушког становништва, не само у Србији већ и у Европи (1,112).

Више од половине старог становништва (53,8%) живи у градовима. То би се могло објаснити чињеницом да после Другог светског рата, у периоду убрзане индустријализације и економског развоја долази до масовних миграција на релацији село– град. Некада младо становништво које је емигрирало из села у градове временом је прелазило старосни праг од 65 година и повећало урбану старост, па ни разлике по типу насеља више нису наглашене (1).

Иако готово да више нема разлика између градских и сеоских насеља, размештај популације старих по типу насеља битан је из угла квалитет живота старих, приступа ресурсима, институционалне и ванинституционалне подршке старим лицима, могућности стварања социјалних контаката и имплементације јавних политика из ове сфере (1).

Старије жене које живе на селу представљају маргинализоване друштвене групе, обично неповољног друштвеног положаја због нижег нивоа образовања и ниске стручне оспособљености, економске зависности, отежаног приступа кључним институцијама и друштвеним ресурсима (107).

Анализа брачне структуре становништва преко 65 година показала је да између мушкараца и жена постоји значајна разлика у погледу учесталости појединих брачних модалитета, указујући на неповољнији брачни статус старијих жена у односу на мушкарце. Родна неуједначеност у брачности испољена је кроз већу заступљеност особа у браку и које нису склапале брак у мушкој популацији, док су са друге стране, удовиштво и развод брака чешћа обележја женске популације. Највећи проценат мушкараца преко 65 година старости је у браку или ванбрачној заједници (74,1%), док је у удео старијих жена које су у браку свега 41,4%. Родна неуједначеност је још израженија када је у питању модалитет удовац/удовица. Код мушкараца је много мањи удео удоваца (22,4%), док 53,8% свих жена старијих од 65 година има статус удовице, што је 2,4 пута већи број удовица него удоваца.

Брачни статус старијих особа углавном је одређен стопама смртности брачних другова и стопама поновног ступања у брак. Бројчана доминантност жена у категорији удовица, објашњава се чињеницом да жене обично надживе супруга, што је последица њиховог дужег трајања живота и тенденције да се удају за старије мушкарце од себе. Такође, више мушкараца поново ступа у брак после развода или смрти супруге, јер се

мушкарци теже боре са самачким животом у старијим годинама (1). У већини друштава, поновно ступање у брак је ређе код старијих жена, делом због тога што је мање слободних старијих мушкараца који су доступни за брак, а делом и због чињенице да смањење сексуалне привлачности и репродуктивне функције код жена смањују могућност да се удовице старијег узраста поново удају (113). Веће стопе смртности код мушкараца, заједно са чињеницом да мушкарци често ступају у брак са женама које су млађе од њих у многим друштвима повећавају вероватност да ће жене постати удовице (114).

Удовиштво је само по себи родни и културолошки конструкт а не само биолошки и природни процес, који може другачије да утиче на мушкарце и жене у различитим контекстима услед разлика у родним нормама и брачним традицијама (33,115,116). У неким контекстима удовиштво може да доведе до повећаног финансијског напора код жена. У патријархалним културама, могућност поновне удаје можда и није реалистична опција за старију жену, чиме она остаје удовица и у неповољном финансијском положају читавог живота. Посебно је осетљив положај старијих жена које имају неповољније образовне и економске карактеристике, који често може бити додатно отежан удовиштом (117). Са друге стране, удовице се много боље носе са стресом од губитка партнера и чињеницом да ће живети саме, него што је то случај са мушкарцима који су у много већој мери зависни од својих супруга (118).

Осим чињенице да жене уживају дужи животни век због боље бриге о здрављу и исхрани, има аутора који тврде да у старијем узрасту код жена које су се суочавале са дуговечном опресијом, удовиштво може да донесе и „нови осећај слободе и аутономије“, док код удоваца губитак партнера можда не доноси никакве бољитке у односу на брак. Студије су показале да старије жене имају боље друштвене односе са породицом и пријатељима, и обично се нађу у „друштву удовица“ што им обезбеђује осећај емоционалне подршке коју удовци обично немају (119).

Испитивањем брачне структуре старијег становништва у различитим типовима насеља, највеће одступање забележено је када су у питању разведене особе, па је у градским срединама 6,29% старијих жена разведено, док је у ванградским насељима тај удео три пута мањи (2,05%). Овај однос показује да је градска средина када је у питању брачност много мање традиционална, јер се транзиција брачности одиграла убрзаним током у односу на остала насеља, где је развод брака ретко практикован, посебно када су у питању старије генерације (1).

Разлике у образовању између полова анализирани су преко образовне структуре мушког и женског становништва. Родне разлике у образовању су изражене и оне се испољавају у знатно неповољнијој образовној структури жена у односу на мушкарце. Родне разлике су присутне у свим старосним групама, али се са старашћу значајно повећавају. У погледу преовлађујућег нивоа образовања, у популацији жена највећи проценат особа је са непотпуном основном школом (29,5%), док је код мушкараца највећи проценат оних са завршеном средњом школом (41,3%). Међу старијим становништвом много више је неписмених жена (11,9%) него мушкараца (1,1%). Удео високообразованих је сконцентрисан у млађим старосним групама и међу мушкарцима. Родна разлика у већој заступљености жена без школе или са непотпуном основном показатељ је подређеног положаја старијих генерација жена у погледу образовних могућности у друштву са доминантним патријархалним системом вредности и нормама (33).

Повољнију образовну структуру старог становништва имају градска насеља, посебно Београдски регион, с тим да су разлике наглашеније у женској популацији. Старије генерације жена са подручја Београда, биле су у повољнијој позицији у погледу могућности школовања, него жене на подручју осталих региона, што би се могло објаснити социо-економским и социо-културолошким разликама између Београдског и осталих региона (1). Високообразовано становништво руралних подручја подложно је миграцијама јер је високообразовану радну снагу тешко задржати у подручјима без довољно атрактивних радних места која одговарају њиховом образовном профилу и амбицијама. Такође, питање социјалне сигурности запослених у пољопривреди, нарочито у погледу пензијског и здравственог осигурања, није системски решено што их ставља у неповољнији положај у односу на остале категорије радне снаге (119).

Родна различитост економске структуре указује на мање повољан друштвени положај жена у односу на мушку популацију, као одраз неравноправних могућности, неједнаког присуства и стања на тржишту рада. Тек свака друга старија жена је навела да је било када у животу била запослена, док су међу мушкарцима готово сви били запослени, првенствено због великог броја мушкараца из старијих генерација који су живели у времену „пуне запослености“ и принципа „мушкараца хранитеља породице“ (1).

Део објашњења ниже економске активности жена у односу на мушкарце, могао би се потражити у њиховом друштвеном положају, односно социо-културолошким факторима који су ограничавали могућности ових генерација жена, од којих се

очекивала примарна посвећеност породици и кући. Већа економска активност мушкараца него жена једним делом би се могла објаснити и разликама у образовању и стручном оспособљавању старијих генерација жена као и могућностима да буду присутне на тржишту рада (33).

Истраживање је показало да 85,1% укупног броја старијих од 65 година прима неки вид пензионих бенефиција. Подаци Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање из 2015. године о структурама пензија у Србији показује да је највећи проценат одлазио на старосне пензије (61,3%), док су остатак чиниле породичне (20,7%) и инвалидске пензије (18%) (120).

Подаци показују да је главни извор прихода за старије особе пензија, али и да жене у просеку примају мању пензију од мушкараца. Главни узроци овог родно обојеног јаза у примањима је управо то што су жене најчешће запослене на слабо плаћеним пословима, чешће имају скраћено радно време и атипичне уговоре који их стављају у неравноправан положај. Жене чешће него мушкарци прекидају своје радне каријере или се пензионишу раније и настављају да раде као неформални неговатељи. Као могући разлог родне разлике у економској активности жена и мушкараца у овом животном добу треба навести и различитост позиција у погледу стицања права за одлазак у пензију, односно ранији престанак економске активности женског становништва (51).

Уз разлике на тржишту рада засноване на полу, постоје и разлике у социјалним улогама и активностима. У традиционалном моделу породице, продуктивна сфера (професионална, политичка, интелектуална и културна поља) је била резервисана за мушкарце, а репродуктивна сфера (домени домаћинства и породице) је била резервисана за жене (121). Иако је подела кућних послова у индустријализованим земљама током времена постала равноправнија, допринос мушкараца везан за кућне послове остаје мањи него допринос жена (122). Чак и после пензионисања, жене настављају да прихватају улогу домаћице у традиционалнијим земљама јужне Европе (123). Ова подела рада у домаћинству по половима има негативне ефекте на здравствено стање старијих жена. Виша преваленца двонедељног обољевања код жена је била удружена са типовима кућних послова који готово да нису пружали могућност за међуљудске интеракције (124). Поред тога, осећај неправде при подели кућних послова, води ка умањеној брачној срећи и појачаној депресији код жена (125). Неки аутори подржавају чињеницу да то што жене посвећују више времена кућним

пословима, може штетно да делује на квалитет њиховог живота, из разлога што због тога имају мање времена и мање могућности за свој лични и социјални развој (123,127).

Други аспект интереса у овим издвојеним популационим групама, има везе са активностима у слободно време. Начин на који људи проводе своје слободно време, блиско је повезано са њиховим физичким и менталним благостањем (128). Учествовање у слободним активностима је удружено са позитивним исходима у одраслом животном добу, укључујући и смањен ризик од смртог исхода и слабења когнитивних способности, као и побољшано физичко здравствено стање (129,130).

Други део ове студије односио се на испитивање здравственог стања старог становништва које је испитивано на основу субјективне оцене сопственог здравственог стања и присуства хроничних обољења.

Процена сопственог здравља је један од веома значајних показатеља укупног здравственог стања и квалитета живота. Субјективно мерење, односно самопроцена здравља је мултидимензионални концепт који укључује индивидуалну евалуацију различитих димензија здравља – физичке, емотивне и социјалне функционалности, а не само оцену тренутног здравственог стања у ужем смислу (131).

Овај показатељ је у истраживањима здравља у употреби још од 1950их година, препоручен је од стране СЗО и Комисије ЕУ као веома поуздан и валидан показатељ здравственог стања становника (131,132). Заснива се на простом питању: „Како бисте оценили своје здравље у целини?“ Испитаници бирају један од више понуђених одговора, најчешће на петостепеној ординалној скали на којој се здравље рангира од врло доброг до врло лошег здравља. Бројним истраживањима је потврђено да је, упркос једноставности, овај показатељ један од значајних предиктора морталитета, морбидитета, функционалних ограничења и коришћења здравствене заштите у популацији (131, 133-136).

Иако је самопроцена здравља субјективна мера здравља велики број студија, вођених у различитим културама и окружењима, доследно је показао да је овај показатељ добар за предвиђање будућег морталитета (137,138). Недавна мета-анализа показала је да особе које своје здравље оцењују као "лоше" имају двоструко већи ризик смртности од оних који своје здравље оцењују као "одлично". Што се тиче родних разлика у повезаности самопроцене здравља и смртности, резултати мета-анализе су показали да је ова повезаност слабија за жене него за мушкарце (139).

Петогодишња студија праћења Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE) коју је спровела СЗО у више земаља са циљем проучавања глобалног старења и

здравственог стања одраслог становништва у руралним деловима Индије је пронашла да је лоше или врло лоше самопроцењено здравствено стање било снажан предиктор морталитета код особа старијих од 50 година, чак и после извршене контроле социо-демографских фактора и мера неспособности (140).

Резултати овог истраживања су показали да старије особе своје здравствено стање у великој мери оцењују као лоше и веома лоше (40%), док је 22,3% испитаника проценило своје здравље као добро.

Перцепција здравственог стања варира у различитим културама и земљама. Истраживање спроведено у Шпанији је је показало да око 25% старијег становништва себе сматра здравим (141), у Русији ова цифра је само 10% док у Финској 39% старијег становништва своје здравље оцењује као добро (142).

Жене значајно чешће процењују своје здравље као лоше (45,9% према 32,2%). Ови резултати су у складу са налазима већине других аутора који потврђују да већи проценат старијих жена процењује своје здравље као лоше у поређењу са мушкарцима (143-147).

На Тајланду, старије жене су знатно ређе пријављивале здравље као добро у односу на мушкарце, међутим, нема значајних разлика у самопроцени здравља између старијих мушкараца и жена на Филипинима и Тајвану (148, 149,150). Тајландске старије жене су такође чешће пријављивале да су биле болесне током претходне године, а такође пријављују и виши ниво инвалидитета у односу на мушкарце (148). Анализа података који се односе на обављање дневних активности показују недоследне обрасце везане за пол. Жене имају тенденцију да пријављују већи степен ограничења у обављању дневних активности него мушкараци у Сингапуру, Тајвану и Тајланду, међутим постојеће родне разлике се не налазе на Филипинима (148,149,151).

Истраживања спроведена у Бангладешу и Малезији указују да постоји већа вероватноћа да жене пријаве више проблема са физичким функционисањем и општем здрављу током живота (152,153). Ове старосне и родне разлике остају чак и након контроле образовања и локалних фактора.

Мултиваријантни регресиони модел указује да је самоперцепција здравља била сиромашнија код жена него код мушкараца у Шпанији, где 57,3% жена старости 60 и више година пријављује лоше здравље у поређењу са 43,6% мушкараца (154). Жене су имале лошију перцепцију здравља у односу на старије мушкарце и у Бразилу и Чилеу (155,156). Ови резултати су у сагласности са ранијим истраживањима спроведеним у

Јужној Америци и на Карибима (156,157). Са друге стране, супротно овим студијама, студије у Јапану показују бољу перцепцију здравља међу женама (158).

Овакви налази у литератури могли би се објаснити чињеницом да жене, због више свести о здравственим проблемима и симптомима болести у односу на мушкарце, чешће процењују своје здравље као лошије. Такође, жене имају тенденцију да буду више склоне да обезбеде друштвено пожељне одговоре од мушкараца. Case и Paxson указују да се родне разлике у у самопроцени здравља могу објаснити разликама у дистрибуцији хроничних стања са којима се суочавају мушкарци и жене, односно чињеницом да су жене заиста лошијег здравственог стања од мушкараца (30,159).

Међутим, Arber и Cooper су сугерисали да се „појавио нови парадокс“ међу старијим одраслим особама: да се наведене разлике међу половима када се ради о самопроцени здравственог стања губе са старашћу, али да је код старијих жена присутан виши степен неспособности (160). Разлике у здравственом стању међу половима варирају у зависности од стадијума животног века појединца, што значи да ће истраживања по специфичним старосним категоријама тачније одговорити на питања која се односе на нивое и детерминанте разлика у здравственом стању међу половима. Разлике у здравственом стању међу половима у каснијим годинама могу да се умање или да потпуно нестану, у зависности од тога која је популација проучавана (161).

Добро је утврђено да жене пријављују лошије здравствено стање у односу на мушкарце; међутим, ранија истраживања у вези тога да ли су ове разлике међу половима грешка, или су заиста постојеће разлике у здравственом стању међу половима, нису обезбедиле одговарајуће закључке. Могло би да се расправља о томе да ли је лошији субјективни доживљај здравља код старијих жена мање вероватан, обзиром на то да су мушкарци у већем ризику од озбиљних и леталних болести него жене, што би могло да има негативне ефекте на субјективан осећај здравља. Међутим, особе са фаталним болестима би могле да буду мање заступљене у већини геронтолошких студија, што би довело до редукције утицаја ових болести на разлике у субјективном осећају здравља међу половима (161).

У овом истраживању било коју од 17 испитиваних хроничних болести и стања имало је 88,9% испитаника. Најучесталији здравствени проблеми са којима су се суочавали старији становници оба пола јесу повишен крвни притисак (65,8%), затим деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (35,2%) и коронарна болест срца или ангина пекторис (28,8%). Ови резултати су у складу са подацима из доступне литературе који указују да је старо становништво највише оптерећено

кардиоваскуларним болестима, међу којима су најучесталије хипертензија и исхемијска болест срца (162,163).

Значајно већа учесталост хроничних болести забележена је код жена (91,8% према 82,7%). Једине хроничне болести код којих је забележена значајно већа распрострањеност код мушкараца биле су инфаркт миокарда и уринарна инконтиненција. Подаци о већој учесталости хроничних болести код старијих жена у складу су са резултаима других студија које доследно пријављују веће оптерећење женске популације (6,154,159)

Коегзистенција више болести код старих је толико уобичајено појава да се мултиморбидитет посматра као најчешће хронично здравствено стање код ове популације. Присуство мултиморбидитета одража се негативно на здравље и квалитет живота и утиче на повећање трошкова лечења и ангажованост здравствене службе (165-167).

Преваленција мултиморбидитета процењена у овом истраживању износи 66,9% и одговара вредностима које су приказане у другим студија спроведеним на популационом нивоу (168,169)

Најнижа преваленција мултиморбидитета пронађена је у Јужној Африци (22,5%) (170), што је упоредиво са резултаима студије у САД (26%) (171). Друге студије у земљама са ниским, средњим (172) и високим приходима (173-176) пријавиле су већу преваленцију мултиморбидитета код старих особа.

У SHARE студији која је спроведена на особама старијим од 50 година и у преко 10 европских земаља, за скоро 50% жена старијих од 50 година је процењено да имају два или више хроничних стања, у поређењу са око 40% мушкараца. Већи проценат мушкараца пријављује да нема дуготрајне здравствене проблеме, нити ограничења активности, у поређењу са женама (176).

Недавни систематски преглед од 41 објављених студија широм света указује да се преваленција мултиморбидитета код особа старости 65 и више година креће између 55% и 98% (177).

Резултати мета-анализе WHO-SAGE6 студије спроведене у 12 земаља са ниским и средње високим дохотком у Африци, Азији и Латинској Америци показали су да је шлог чешћи код мушкараца, а да је преваленца других хроничних поремећаја константно већа код жена. Старост се издвојила као најзначајнији предиктор за настанак деменције (УО=1,61, 95% ИП 1,57-1,66) и možданог удара (УО=1,15, ИП=1,11-1,19) (58).

Мушкарци су склонији да развију фаталније болести, као што су срчана болест, дијабетес, плућне болести и најозбиљније облике карцинома. Уопштено, жене пате од више болести и стања, али ова женска обољења имају тенденцију да буду мање летална. После 75. године, мушкарци имају значајно већу стопу смртности у односу на жене, за све болести, осим за оне које захватају мишићно-скелетни систем, кожу и везивно ткиво (178). Ипак, жене имају у просеку за 25 – 50% већи ризик да оболе од хроничних болести него мушкарци. Оне такође имају и већи ризик од вишеструког морбидитета. Ова запажања истичу могућност да се родни парадокс пре свега јавља због разлика у врстама стања која доживљавају мушкарци и жене (179).

Такође, већа је вероватноћа да жене усвоје понашања која имају превентиван утицај на здравствени статус, као што су рутинске провере здравља. За мушкарце је много вероватније да ће се укључити у ризична понашања, као што је претерано уношење алкохола, вожња у пијаном стању, употреба илегалних дрога, физички обрачуни и насиље и велика употреба дувана (180,181).

Студије које користе мере самопријављеног здравственог статуса, показују вишу преваленцу функционалних ограничења и лошег здравственог стања код жена, што нам сугерише да додатне године не морају обавезно да буду проживљене у добром здравственом стању (182).

Резултати ове студије указују да жене имају значајно већу преваленцију функционалних ограничења, тј. знатно чешће наводе тешкоће при кретању, обављању свакодневних активности личне неге и кућних активности. Двоструко већи број непокретних особа је у женској популацији (14,5% према 6,9%).

Ови резултати су у складу са другим студијама које су проучавале функционално здравље, и које су пронашле да су жене у неповољном положају у односу на мушкарце и имају тенденцију да већи део свог живота проживе са ограничењима функционалног здравља (183-187).

Такође је добро документовано да функционална неспособност расте са годинама. Подаци показују да стопе неспособности расту са годинама. Истраживање ограничења у активностима свакодневног живота (ADLs), које је спроведено у 12 европских земаља, Израелу и САД (185), показује сталан пораст са годинама у свим земљама. Пораст је значајан између 50. и 70. године живота у Грчкој, Италији и Шпанији, док је у Холандији, Шведској и Швајцарској, пораст евидентнији код особа старости 70 и више година. Нивои ADL ограничења су били у постојаном паду кроз

консекутивне студијске кохорте у Енглеској, у поређењу са САД. У САД, средње вредности процената ADL су постојано расле кроз сва годишта старија од 50 година, док су у Енглеској ови проценти падали, осим код оних најстаријих особа (185).

Слабија функционална способност је сама по себи снажан предиктор даљег слабљења функционалних способности. Са већим тешкоћама у физичким функционалним, способностима расту и депресивни симптоми, а смањује се задовољство животом. Уз физичко здравље, функционалне способности показују се најбољим предикторима менталног здравља (188).

Резултати истраживања су показали да су симптоми депресије били присутни код 10% старих, што је у складу са резултатима других студија у којима се преваленција депресије код особа старијих од 65 година креће од 10 – 15% (189-192).

Истраживањем је такође потврђена повезаност мултиморбидитета са присуством депресивних симптома. Старе особе са депресијом имају 2 – 3 пута већу вероватноћу да имају две или више хроничних болести; од 2 – 6 пута већу вероватноћу да имају једно или више ограничења активности током свакодневног живота (191,193). Многе старије особе могу да припишу симптоме депресије физичким узроцима, што ефективно доприноси погрешној дијагнози и неодговарајућем третману.

У студији која је спроведена у шест земаља, мултиморбидитет је показао јасне обрасце везане за старост, пол и благостање, са резултујућим вишим нивоима неспособности, депресије и лошег квалитета живота (192).

Процењено је да ће до 2020. године, депресија бити други по реду значајности узрок терета неспособности на свету. Само кардиоваскуларне болести имају већи допринос морбидитету и морталитету, од депресије (189).

Депресија је такође и важан узрок самоубиства код старих особа у Европи. Стопе суицида и самоповређивања су за 26% више код Европљана старијих од 65 година, него у групи особа старости од 25 – 64 године, и у 90% земаља ЕУ, стопе суицида су највише код особа старијих од 75 година (190).

Према резултатима наше студије, жене су у двоструко већем броју пријављивале симптоме депресије у односу на мушкарце (12,6% : 6,5%), што је у складу са резултатима из доступне литературе који потврђују чињеницу да су жене у већем ризику за настанак депресије (191-195). За жене је два пута већа вероватноћа него код мушкараца, да ће током живота да искусе депресивну епизоду (14). Студије су показале да повећани ризик од депресије код жена барем делом може да се припише негативном ставу према њима, недостатку признања за њихов рад, мањим могућностима за

образовање и за запослење, и већем ризику од насиља у породици (19,193). Почетак депресије у каснијим годинама живота може да буде повезан са психосоцијалним факторима (као што је социо-економски статус) и стресним животним догађајима (као што је брига о најближим члановима породице, односно нега хронично болесних чланова породице и пријатеља) (194,195).

Резултати националног истраживања здравља у Кореји (196) су показали да жене старости преко 65 година знатно чешће пријављују симптоме депресије и суицидалне намере, него мушкарци истих година. И међу женама и међу мушкарцима, ментално-здравствени проблеми су били удружени са индикаторима социо-економског положаја у посматраним правцима (на пример, нижи ниво образовања, неуједначени ниво прихода домаћинства и нижи субјективни социо-економски статус, од којих је сваки био повезан са већом преваленцом ментално-здравствених проблема). Ментално-здравствени проблеми су на сличан начин били повезани са другим предикторима у истраженим правцима (на пример, виша преваленца симптома депресије и суицидалних идеја, била је удружена са већим бројем физичких болести или лошим само-процењеним здравственим статусом).

Gyeong-Suk и сарадници у свом истраживању (196) су указали на неке интересантне родне разлике у односу на ментално-здравствене проблеме. Живот самца је био значајно повезан са симптомима депресије код мушкараца ($OU=3,58$, 95% ИП=1,18–10,76), али не и код жена ($UO=1,10$, 95% ИП=0,56–2,17). Живот у вишегенерацијској породици без брачног друга, био је значајно повезан са депресијом код жена и са суицидалним идејама и код мушкараца и код жена. Истраживачи су углавном претпостављали да у друштвима у којима су међугенерациске везе високо цењене, суживот са децом има позитиван утицај на ментално здравље старијих особа. На пример, студија спроведена на особама старијим од 65 година у Шпанији, где су обавезе деце према остарелим родитељима социјална норма, пријавила је да је суживот био повезан са ниском преваленцом депресивних симптома (197).

Слично овоме, студије спроведене у руралним областима Тајвана и Кине, где су проширене породице културно доминантне, пронађени су позитивни ефекти суживота са децом на ментално здравље и физичко благостање (198,190).

За разлику од овога, у САД, где је независност у каснијем животу високо цењена, пронађено је да суживот са децом може да буде штетан на психолошко благостање код старијих особа (200).

Највећи допринос неједнакостима у здрављу може се приписати социјално-економским детерминантама здравља, односно условима у којима људи живе, одрастају, раде и старе.

У складу са тим, следеће истраживачко питање односило на то да ли постоје разлике у перцепције здравља и присуству хроничних болести у зависности од друштвено-економских фактора као што су старост, брачно стање, степен образовања, материјално стање, нето месечни приходи, место становања итд.

Мултиваријантне логистичка регресија као најважније предикторе присуства хроничних болести издваја старост, пол и запосленост.

Очекивано, када је у питању старост, године живота представљају фактор који је обрнуто повезан са здрављем, односно преваленција хроничних болести је већа у каснијим годинама живота, као и удео особа који своје здравље оцењују као лоше.

Josefsson и сарадници су утврдили да је међу испитаницима старости од 65 до 79 година, један од три испитаника пријавио дуготрајну болест или проблеме који су трајали дуже од шест месеци. Ова пропорција је расла са старошћу, посебно међу женама, од којих је готово половина оних старости од 80 до 84 године, пријавила хроничне болести (140).

Испитаници са средњим и ниским нивоом образовања су имали већу преваленцију хроничних болести и чешће су били лошијег здравственог стања према самопроцени него они са високим образовањем, што је у складу са подацима из доступне литературе који указују да боље образовање корелира са добрим здрављем (201, 202).

Студија спроведена у 28 земаља широм света (6), открива позитивну везу између старости и мултиморбидити и негативу повезаност између образовања и мултиморбидитета у свим регионима без обзира на степен развијености земаља. Резултати указују да је преваленција мултиморбидитета виша код оних који су старији или мање образовани. Посматрано глобално, особе старости 55 и више година имају четири пута већи ризик од појаве мултиморбидитета у односу на оне који су млађи од 55 година ($УО=4,10$), при чему је посматрано по регионима ризик највећи у Источној Европи и Централној Азији ($УО=6,02$), а најнижи у Централној и Северној Америци ($УО=2,99$)

Ове неједнакости у самопроцени здравља када је у питању ниво образовања могле би да се објасне чињеницом да ће боље образовани људи пре добити прилику да се запосле и да ће радити боље плаћене послове (203). Особе са вишим нивоом

образовања поседују виши ниво здравствене писмености, здравији стил живота, боље користе расположиве информације у суочавању са свакодневним проблемима који би могли негативно да се одразе на њихово здравље (204).

Многобројне студије показују да становништво са нижим социо-економским статусом има више стопе смртности и већу преваленцију готово свих болести. Ова правилност јавља се код оба пола и у свим старосним групама без обзира да ли се у фокус истраживања ставља веза морталитета и морбидитета са образовањем, приходима или социјалним положајем (205-207). Значај социо-економских фактора у смртности становништва расте са друштвеним превирањима и транзицијом економије. Трендови током 1990-их и почетком 21. века у Европи, указују да се разлика у смртности између различитих категорија становништва повећава (208). Нарочито је то интензивно на простору бивших комунистичких земаља, где као последица транзиције долази до великог раслојавања друштва (209).

Kristensen истиче да је нижи социоекономски статус, мерен помоћу степена образовања и типа занимања удружен са лошијим здравственим стањем и међу мушкарцима и међу женама (210), с тим да жене доживљавају много кумулативних сметњи током свог животног века. У патријархалним друштвима, жене врло често имају нижу статусну улогу у поређењу са мушкарцима (211). Мало је вероватно да су старије жене икада радиле, а ако и јесу, имале су знатно слабије плаћене послове у поређењу са мушкарцима, што значи да у старијим годинама имају јако мало економских средстава (212,213). Мале су шансе да старије жене буду образоване, посебно у земљама у развоју, и због тога имају и мање прихода. На овај начин, жене су у типично лошијем социјалном и економском положају у поређењу са својим мушким колегама, а ови проблеми могу да објасне њихов лошији здравствени статус у старијем животном добу (214). Ово за њих представља социјалну и економску препреку приступу услугама здравственог система и коришћењу превентивних мера здравствене неге током њиховог животног века, што може да резултира лошијим здравственим стањем у одмаклом животном добу. На овај начин, социо-економски статус одређује изложеност агенсима који оштећују здравље и одређује индивидуалне ресурсе за промоцију здравља (215). Многе студије су потврдиле хипотезу да се разлике у здравственом статусу међу половима ублажавају када се смање и социо-економске разлике, посебно у степену образовања, одговарајућим приходима и власништву над имовином.

У научној литератури, која за тему има испитивање родних разлика у здрављу, истиче се да је образовање важније за здравље жена него мушкараца (215), а да брачни статус има значајнију улогу код мушког него код женског морталитета (216,217). Такође, показано је да нижи материјални и социјални статус више утиче на здравље и морталитет мушкараца него жена (218,219).

Док неке студије (220-224) показују да разлике међу половима у самопроцењеном здравственом стању постоје и после подешавања социо-економских варијабли, друге студије показују да се разлике међу половима у процењеном здравственом стању окрећу у корист жена пошто се изврши подешавање за улогу социо-економских фактора (225). Пронађено је да жене теже да пријаве лошије здравствено стање него мушкарци, посебно у групама са повлашћеним социо-економским статусом (224), и да социо-економски статус значајно доприноси овом јазу (225,226).

Посматрано са позитивне стране, различите улоге које жене играју током животног века, излажу их већем броју друштвених веза, у поређењу са мушкарцима. У западњачком окружењу, пронађено је да је већи број друштвених веза био повезан са бољим здравственим статусом; за појединце који су имали већи број друштвених веза, пронађено је да ће вероватније да пријаве добро здравствено стање, у поређењу са оним појединцима који нису имали, или су имали мало друштвених веза. За старије жене је вероватније да имају интензивније друштвене везе у поређењу са старијим мушкарцима. Старије жене су вештије у одржавању друштвених група током свог живота, што је делимично резултат њихових вишеструких улога успостављених током животног века (227). Ове друштвене групе могу да обезбеде више друштвене подршке како жена стари, а ово може да има позитивне ефекте на њено здравствено стање (228).

Следећи део истраживања имао је за циљ анализу родних модела и родних разлика у коришћењу здравствене заштите старих у односу на демографске, социо-економске и здравствене карактеристике испитаника.

Резултати овог истраживања указују да жене, генерално, чешће користе здравствене услуге у односу на мушкарце. Већи број студија спроведен широм света подржава ове резултате али и нуди различита објашњења за веће коришћење услуга здравствене заштите од стране жена (229) као што су: разлике у друштвеним улогама, здравствено стање, осетљивост на симптоме, спремности да пријаве здравствене проблеме, спремност на тражење помоћи, слагање са избором лечења (230).

Жене имају већу потребу за здравственом заштитом због њиховог лошијег здравственог стања (веће стопе морбидитета, гора перцепција здравља, лошији квалитет живота и већи степен инвалидности од мушкараца) и другчијег друштвеног конструкта болести (улоге, ставови, уверења и понашања мушкараца и жена када су болесни или забринуте због лошег здравственог стања), што доводи до различитих процеса тражења здравствене заштите и разлика између жена и мушкараца у самом пружању услуга (231,232).

Родне разлике у ставовима према здрављу и извештавању симптома и болести такође могу условити разлике међу мушкарцима и женама у погледу коришћења здравствене заштите. Сматра се да се жене лакше адаптирају на улогу оболелог, оне препознају и искусе више здравствених проблема од мушкараца, јер је друштвено и културолошки прихватљивије да жена буде болесна и да тражи професионалну помоћ (234). Више стопе консултација међу женама одражавају већу свест и бригу о проблемима повезаним са здрављем (235), које су у основи повезане са родним психосоцијалним и бихевиоралним утицајима (236), или перцепцијом симптома (238-241). Према културолошким карактеристикама, особе женског пола се чешће обраћају здравственим професионалцима за помоћ. Оне су отвореније и спремније да симптоме које осећају искажу, како вербално, тако и бихевиорално. Чешће се жале на психосоматске тегобе и емоционалну нестабилност, због чега и фреквентније користе услуге здравствене заштите. Поремећаји здравља су мање стигматизирајући за особу женског пола, јер за њу важе нижи стандарди здравља, док су снага и здравље традиционално мушке вредности (1).

Тренд већег коришћења здравствене заштите међу женама није константан податак и зависи и од нивоа здравствене заштите и врсте здравствених услуга. Резултати овог истраживања који указују на то да жене чешће користе услуге примарне здравствене заштите а мушкарци услуге болничког лечења у складу су са резултатима других студија на основу националних узорака вероватноће. Жене чешће користе амбулантне, превентивне и дијагностичке услуге, док мушкарци чешће посећују специјалисте имају већу стопу хоспитализација у поређењу са женама (220) и дуже остају у болници (242-244).

Mutran и Ferraro (234) наговештавају да разлози овоме леже у природи болести које погађају старије мушкарце (нпр. кардиоваскуларне и респираторне болести) у поређењу са онима које чешће искусе жене (мускулоскелетне и менталне болести), тј. мушкарци оболевају од тежих и компликованијих здравствених проблема. Чињеница

да жене пријављују лошије здравље, користе чешће услуге примарне здравствене заштите а ређе специјалистичке услуге подржава аргумент да су жене здравије али имају лошију перцепцију сопственог здравља.

Глобално посматрано, постоје добри докази да старије жене непропорционално болују од хроничних болести које онеспособљавају, али које не угрожавају живот, али повећавају потребу за здравственом негом (236). Међутим, како родне разлике остају и након контроле самопроцене здравља или хроничних стања, објашњење не може бити тако једноставно (235).

Резултати о високој стопи женског морбидитета и његове везе са већим коришћењем здравствених услуга варирају у студијама. Portraid и сарадници тврде да су старост и хронични морбидитет били најважнији фактори који су одређивали потребе за дугорочном негом. Поред тога, након елиминисања старости и броја хроничних обољења као фактора, жене су биле институционализоване ређе од мушкараца (239).

Ladvig и сарадници су такође описали позитиван однос између учесталости хроничних болести и укупног коришћења здравствених услуга, укључујући учесталост здравствених посета, хоспитализацију у претходних 12 месеци, и број и учесталост узетих лекова (240). Насупрот овим, у студији Dunlora и сарадника која се бавила испитивањем родних разлика у коришћењу здравствене заштите код особа старих 70 и више година нису уочене родне разлике у броју медицинских контаката у претходне 2 године, иако су жене захтевале чешће здравствену заштиту код куће од мушкараца. Ипак, мушкарци су чешће примани у болницу и користили услуге амбулантне хирургије од жена (241).

Коришћење здравствених услуга је примарно мотивисано болешћу појединца, али квалитет и квантитет коришћења здравствених услуга варирају значајно на основу социоекономских фактора, као што су приходи и статус здравственог осигурања (233,244). Старији људи, и мушкарци и жене, са нижим приходима исказују горе индикаторе здравственог статуса и физичког функционисања и користе медицинске услуге мање од оних у бољим економским ситуацијама, независно од старости (236).

Сиромашнији и мање образовани људи упркос већем оболевању и смртности, често имају потешкоће да дођу до одговарајућег специјалисте и превентивних услуга, мање користе услуге здравствене службе, а за неке морају да плате пропорционално више, у односу на своје приходе, него богатији. Што људи дуже живе у стресним економским и социјалним условима, мања је вероватноћа да ће уживати у добром

здрављу у старости. Стога је социоекономска позиција особе главни детерминатор здравља у зрелом добу и овај утицај опстаје и касније у животу (238).

Истраживање спроведено у Кини указује да социоекономски статус има значајну улогу у коришћењу амбулантних услуга, али није играо значајну улогу у коришћењу болничких услуга (243). У Канади старије особе вишег социо-економског статуса чешће имају приступ услугама здравствене заштите, али они који имају нижи социоекономски статус имају више стопе хоспитализације и дуже боравке у болници по хоспитализацији (235,236)

Истраживање спроведено у Финској и Норвешкој показује да коришћење здравствених услуга међу старијим појединцима варира према здравственом статусу, социоекономским факторима и полу и да су ова три фактора независно повезана са употребом здравствене заштите у каснијем животу (235).

Студија спроведена у Кини као део велике студије глобалног старења и здравља одраслих (Study on global AGEing and adult health -SAGE) која је укључила 4185 особа старости преко 50 година са дијагнозом кардиоваскуларних болести показала је да су старије жене више користиле амбулантне услуге примарне здравствене заштите од старијих мушкараца, а коришћење ових услуга зависи од старости, пола и материјалног стања домаћинства корисника. У поређењу са особама старости од 50-59 година, старосна група од 70-79 година (УО:1.26, 95% ИП:1.06-1.51) и 80 и више (УО:1,38, 95% ИП:1.05-1.80) значајно чешће користи амбулантне услуге. Женски пацијенти користе више амбулантне услуге од мушких пацијената (УО:1,30, 95% ИП:1.13-1.48). Богати пацијенти су склонији коришћењу амбулантних услуга од сиромашнијих. Просечан број посета лекару опште праксе међу богатим пацијентима је 7,3 посете, док је просечан број посета у најсиромашнијој групи становништва 2,4. Пацијенти који су имали здравствено осигурање су чешће користили амбулантне услуге од оних који нису имали здравствено осигурање (57,0% према 41,4%). У студији нису пронађене значајне неједнакости у пружању болничких услуга међу мушкарцима и женама (246).

Очито је да се може говорити о родно диференцираном квалитету старости, и више оваквих доказа би могло да помогне информисање политика и програма који су усмерени на редукцију родних разлика у квантитету и квалитету година које треба проживети, обезбеђујући једнаке могућности и за мушкарце и за жене да живе дужи,

Интегрисање родне перспективе у јавно здравље односи се на препознавање ових различитости и неједнакости, и њихово разматрање и узимање у обзир приликом креирања различитих политика, као и приликом развоја програма промоције здравља

стратегија превенције, уз уважавање специфичних потреба жена и мушкараца овог животног доба.

6. ЗАКЉУЧЦИ

1. Испитивањем демографских и социо-економских карактеристика старог становништва у односу на пол може се закључити:

- Процес демографског старења интензивнији је у женској популацији.
- Присутна је изразита феминизација старог становништва у свим старосним групама. Бројчана превага жена је све наглашенија са старошћу и у градским насељима сва четири региона.
- Брачна структура указује на неповољнији статус старијих жена у односу на мушкарце. Преовлађујуће обележје брачне структуре мушке популације јесте брачна заједница док највећи проценат жена има статус удовице.
- Жене имају неповољнију образовну структуру у свим старосним групама. Највећи проценат жена је са непотпуном основном школом, док највећи проценат мушкараца има завршену средњу школу. Неписмено становништво је сконцентрисано у женској популацији и старијим старосним групама, а високообразовано становништво међу мушкарцима и у млађим старосним групама
- Економска структура указује на мање повољан положај жена, испољен кроз мању економску активност жена и ниже приходе.
- У свим старосним групама већи је број женских самачких домаћинстава.

2. Испитивањем родних разлика у здравственом стању и повезаности демографских, социо-економских детерминанти здравља и самопроцене здравља и присуства хроничних болести може се закључити:

- Здравствено стање жена лошије је од здравственог стања мушкараца.
- Жене у значајно већем проценту процењују своје здравље као лоше. Мултиваријантни регресиони модел као најзначајније предикторе лошег

здравља код жена издваја старост, образовање и материјално стање, док је код мушкараца, поред старости, материјално стање најзначајнији фактор повезан са лошијом перцепцијом здравља

- Преваленција хроничних болести и мултиморбидитета значајно је већа код жена. Најучесталији здравствени проблем код испитаника оба пола је хипертензија. Мултиваријантни регресиони модел као најзначајније факторе повезане са присуством хроничних болести издваја пол, старост и запосленост.
- Функционална и сензорна оштећења су значајно чешће присутна код жена.
- Симптоми депресије су значајно чешће присутни код жена.

3. Анализом родних модела и родних разлика у коришћењу здравствене заштите старих у односу на демографске, социо-економске и здравствене карактеристике испитаника може се закључити:

- Услуге примарне здравствене заштите чешће користе жене, и то значајно чешће жене које живе на југу и које своје материјално стање процењују као добро. Мушкарци руралних насеља ређе користе услуге здравствене заштите од оних који живе у градским насељима.
- Услуге болничке лечења чешће користе мушкарци, значајно чешће мање образовани и који живе у јужној регији.
- Нема разлика по полу када је у питању коришћење стоматолошке здравствене заштите и приватне праксе. Као најјачи предиктори коришћења ових услуга издвајају образовање, материјално стање и висина прихода по члану породице.
- Жене чешће користе како прописане тако и непрописане лекове.
- Жене у двоструко већем проценту нису оствариле своје потребе за здравственом заштитом у односу на мушкарце.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Девеџић М, Стојилковић Гњатовић Ј. Демографски профил старог становништва Србије. Београд: Републички завод за статистику, 2015.
2. Devedžić M, Stojilković J. Novo poimanje starosti – prospektivna starost. *Stanovništvo* 2012; (1): 45-68.
3. Jakovljevic M, Laaser U. Population aging from 1950 to 2010 in seventeen transitional countries in the wider region of South Eastern Europe. *SEEJPH* 2015;10.12908/SEEJPH-2014-42
4. Tasić M. Gerijatrijski praktikum. Beograd: Draslar partner, 2007.
5. United Nations: World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York:United Nations Publication, 2007.
6. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health* 2015; 13:15:776.
7. World Population Ageing 2013. New York : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013.
8. Jakovljevic M. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. *The European Journal of Health Economics* 2013; 14(2):153–159.
9. Šobot, A. Tri demografske posledice rodno specifičnih modela ponašanja na primeru Srbije. *Stanovništvo* 2012; 50(2): 85-109.
10. Šobot, A. Demografski okvir rodne neravnopravnosti i kvalitet života u starosti. *Gerontologija*, 2011; 38(1): 30-50.

11. World Health Organisation. World Report on Ageing and Health. Health in older age, 2015. Available from: www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/.
12. He W, Goodkind D, Kowal P. An Aging World: 2015 International Population Reports. U.S., Washington: Government Publishing Office, 2016.
13. Kinsella, K., Wan He. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008. Washington: U.S. Government Printing Office, 2009.
14. Sanderson CW, Scherbov S. Rethinking age and ageing, „Population bulletin“ 2008;63(4).
15. Bongaarts J. Fertility Transitions in Developing Countries: Progress or Stagnation? Population Council Poverty, Gender, and Youth Working Paper, 2008.
16. Ezeh, AC., Blessing UM, Jacques OE. Stall in Fertility Decline in Eastern African Countries: Regional analysis of patterns, determinants, and implications. Philosophical Transactions of the Royal Society 2009; 364: 2991–3007.
17. Population Division, DESA, United Nations: World population Ageing: 1950-2050. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
18. Стојилковић, Ј, Динић, Д. Демографска и социјална димензија старења старих у Србији. Геронтологија 2012; 2:61-79.
19. National Institute on Aging (NIA) and U.S. Department of State. Why Population Aging Matters: A Global Perspective. National Institute on Aging of National Institutes on Health Publication 07-6134. Washington, DC: National Institute on Aging of National Institutes on Health, 2007.
20. Jakovljevic MB. Health Expenditure Dynamics in Serbia 1995–2012. Hospital Pharmacology International Multidisciplinary Journal (2014) 1(3):180-183.

21. Републички завод за статистику. Пројекције становништва Републике Србије, подаци по општинама и градовима, 2011-2041. Београд: Републички завод за статистику, 2014.
22. Arias E. United States Life Tables, 2009. National Vital Statistics Reports 62/7. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2014.
23. Девеџић, М. Демографске карактеристике старог становништва Београда. Гласник српског географског друштва 2007; 87 (3):93-102 37.
24. Kohler HP, Francesco CB, Jose AO. The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe During the 1990s. Population and Development Review 2002; 28(4): 641–680.
25. Caldwell JC, Olatunji O, Pat C. Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition? Population and Development Review 1992; 18 (2): 211–242.
26. Moultriu TA, Takudzwa SS, Ian MT. Birth Intervals, Postponement, and Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition? Population Studies 2012; 66(3): 241–258.
27. Casterline JB, El-Zeini L. Unmet Need and Fertility Decline: A Comparative Perspective on Prospects in Sub-Saharan Africa. Studies in Family Planning 2014; 45(2): 227–245.
28. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 8;388(10053):1775-1812.
29. Kupiszewski M, Kupiszewska D, Nikitović V. Uticaj demografskih i migracionih tokova na Srbiju. Međunarodna organizacija za migracije, Misija u Beogradu, Projekat „Jačanje kapaciteta institucija Republike Srbije za upravljanje migracijama i reintegraciju povratnika” Beograd: Dosije studio, 2012.

30. Case A, Paxson, C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 2005; 42: 189–214
31. Caselli G, Luy M. Determinants of unusual and differential longevity: an introduction. *Vienna Yearbook of Population Research* 2013;11:1–13.
32. Bongaarts J. Trends in Causes of Death in Low-Mortality Countries: Implications for Mortality Projections, 2014; 40: 189–212.
33. Шобот А. Демографски и социјални аспекти родне неравноправности у Србији, од половине 20. века (докторска дисертација). Београд: Универзитет у Београду Економски факултет, 2012.
34. Carr D, Springer KW. Advances in families and health research in the 21st century. *J Marriage Fam* 2010; 72(3): 743–61.
35. Manzoli L, Villari P, Pirone G M, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2007; 64(1): 77–94.
36. Koball HL, Moiduddin E, Henderson J, Goesling B, Besculides M. What Do We know about the link between marriage and health? *J Fam Issues*. 2010; 31(8): 1019–40.
37. Current status of the social situation, wellbeing, participation in development and rights of older persons worldwide. New York: UN, 2011.
38. Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, Lee JK, Subramanian SV. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health* 2016; 16(1): 1032.
39. Schoenborn CA. Marital status and health: United States, 1999–2002. *Adv Data* 2004; 351: 1–32.

40. Ji Yim H, Ah Park H, Heon Kang J, Kyung-Woo K, Young G C, Yang IH. Marital Status and Health Behavior in Middle-aged Korean Adults *J Fam Med* 2012; 33: 390-397.
41. Janković J. Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva (doktorska disertacija). Beograd: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, 2012.
42. Murray JE. Marital protection and marital selection: evidence from a historical-prospective sample of American men. *Demography* 2000;37(4):511-21.
43. Jaffe DH, Manor O, Eisenbach Z, Neumark YD. The protective effect of marriage on mortality in a dynamic society. *Ann Epidemiol* 2007;17:540-7.
44. John St, Montgomery PR. Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women. *Can J Psychiatry* 2009;54:487-92
45. Sasson I, Umberson DJ. Widowhood and depression: new light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69b(1):135–45.
46. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: the decade in review. *J Marriage Fam* 1990;52: 1059-78.
47. Jang SN, Kawachi I, Chang J, Boo K, Shin HG, Lee H, et al. Marital status, gender, and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Soc Sci Med* 2009;69:1608-15.
48. WHO. The European health report 2002. Part two – The major determinants of health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2002.
49. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing 2013. New York: United Nations, 2013.

50. Стојилковић Ј. Пораст броја пензионера и старење становништва у Србији. Зборник радова Географског института „Јован Цвијић” САНУ 2010; 61(2):69-85.
51. Milovanovic O, Radevic S, Jovanovic M. Legal Framework and Retirement Policies in Serbia from 1990 to 2016 - Gendered Perspective. *Front Public Health*. 2016;4:208.
52. Stanić K, Matkovic G, Bajec J, Chiappe R, Rakic N. *Penzijski sistem u Srbiji*. Beograd, 2009.
53. Stoilkovic J. "BABY BOOM" GENERACIJE NA PRAGU PENZIONISANJA. *Stanovništvo* 2010: 2 . 75-91.
54. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, Geneva: World Health Organization; 2013.
55. Jakovljevic MB, Milovanovic O. Growing Burden of Non-Communicable Diseases in the Emerging Health Markets: The Case of BRICS. *Front Public Health*. 2015; 23;3:65.
56. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602.
57. Abad-Díez JM, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falcó A, Poblador-Plou B, Calderón-Meza JM, Sicras-Mainar A, Clerencia-Sierra M, Prados-Torres A. Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatr*. 2014 Jun 17;14:75.
58. Prince M, Wu F, Guo Y, Robledo ZLG, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385: 549–62.

59. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
60. Jakovljevic M, Getzen T. Growth of Global Health Spending Share in Low and Middle Income Countries. *Front Pharmacol* 2016; 7:21.
61. Ogura S, Jakovljevic M. Health financing constrained by population aging - an opportunity to learn from Japanese experience. *Ser J Exp Clin Res* 2014 15(4):175-181.
62. GBD 2015 SDG Collaborators.. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1813-1850.
63. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017.
64. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160 (6):1147-56.
65. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(3):249-65.
66. Knapp M, Chua KC, Broadbent M, Chang CK, Fernandez JL, Milea D, Romeo R, Lovestone S, Spencer M, Thompson G, Stewart R, Hayes RD. Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register. *BMJ Open* 2016 18;6(11):e013591.
67. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanovi Batut”. Zdravstveno statistiki godišnjak za Republiku Srbiju Beograd, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr

- Milan Jovanovi Batut”, 2014. Available from: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>
68. Atanaskovi-Markovi Z, Bjegovi V, Jankovi S, Kocev N, Laaser U, Marinkovi J, et al. The Burden of Disease and Injury in Serbia. Belgrade: Ministry of Health of the Republic of Serbia, 2003.
69. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Strategija za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti Republike Srbije. Dostupno na: <http://www.zdravlje.gov.rs>
70. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2008;20:91–102.
71. Carol Vlassoff. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*. 2007 Mar; 25(1): 47–61.
72. Nathanson CA. Sex differences in mortality. *Annual Review of Sociology* 1984; 10: 191-213.
73. Crimmins EM, Kim JK, Hagedorn A. Life with and without disease: women experience more of both. *Journal of Women and Aging* 2002; 14: 47-59.
74. Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(2):110-7.
75. Van Oyen H, Nusselder W, Jagger C, et al. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the "health-survival" paradox. *International Journal of Public Health* 2013; 58: 143-55.
76. Crimmins, EM, Hayward, MD, Saito Y. Differentials in active life expectancy in the older population of the United States. *J Gerontol B.Psychol.Sci Soc Sci*, 1996; 51, S111.

77. Luy M, Minagawa Y. Gender gaps — Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Reports* 2014;25(12), 12–19.
78. Kaneda T, Zimmer Z, Fang X, Tang Z. Gender Differences in Functional Health and Mortality Among the Chinese Elderly Testing an Exposure Versus Vulnerability Hypothesis *Res Aging*. 2009 1; 31(3): 361–388.
79. Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36:21–32.
80. Verbrugge L. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156–82.
81. Vlassoff C, Garcia Moreno C. Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. *Soc Sci Med* 2002; 54:1713–23
82. Denton, M, Walters V. Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine* 1999; 48, 1221-1235.
83. Rathgeber E, Vlassoff C. Gender and tropical diseases: a new research focus. *Soc Sci Med*. 1993; 37:513–20.
84. Ghosh S, Husain Z. Economic independence, family support and perceived health status of elderly: Recent evidence from India. *Asia-Pacific Population Journal* 2010; 25(1): 47-77.
85. Ross CE, Bird CE. Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behaviour* 1994; 35:161-178.
86. Uitenbroek DG, Kerekovska A, Festchieva, N. Health lifestyle behaviour and socio-demographic characteristics. A study of Varna, Glasgow and Edinburgh. *Social Science and Medicine* 1996: 43 (3), 367-377.

87. de Vries B, Watt D. A lifetime of events: Age and gender variations in the life story. *International Journal of Aging and Human Development* 1996; 42 (2), 81-102.
88. Mirowsky J, Ross CE. *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter, 1989.
89. Denton M, Prus S, Walters V. Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural and Behavioural Determinants of Health. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 2585–2600.
90. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med*. 1999 ;48(1):61-76.
91. National Research Council (NRC). 2013. *Subjective Well-Being: Measuring Happiness, Suffering, and Other Dimensions of Experience*. Washington, DC: The National Academies Press
92. Lloyd-Sherlock, Peter, John Beard, Nadia Minicuci, Shah Ebrahim, and Somnath Chatterji. 2014. "Hypertension Among Older Adults in Low- and MiddleIncome Countries: Prevalence, Awareness and Control." *International Journal of Epidemiology* 43/1: 116–128
93. Lehnert, Thomas, Dirk Heider, Hanna Leicht, Sven Heinrich, Sandro Corrieri, Melanie Lupp, Stef Riedel-Heller, and Hans-Helmut Konig. 2011. "Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions." *Medical Care Research and Review* 68/4: 387–420.
94. Jakovljevic M, Riegler A, Jovanovic M, Djordjevic N, Patek K, Lesch O, et al. Serbian and Austrian Alcohol-Dependent Patients: A Comparison of Two Samples Regarding Therapeutically Relevant Clinical Features. *Alcohol Alcohol* (2013) 48(4):505-8. doi: 10.1093/alcalc/agt011..
95. UNDP. Millenium Development Goals. Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg1

96. Kenzie A, Cameron D, Song J, Larry M, Manheim D, Dunlop D. Gender Disparities in Health and Healthcare Use Among Older Adults. *Journal of Women's Health* 2010; 19(9):1642- 1650.
97. European Health Interview Survey wave 2 – Conceptual Guidelines and Instructions, Eurostat, 2012
98. Jakovljevic M, Jovanovic M, Rancic N, Vyssoki B, Djordjevic N. LAT Software Induced Savings on Medical Costs of Alcohol Addicts' Care - Results from a Matched-Pairs Case-Control Study. *PLoS ONE* (2014) 9(11): e111931
99. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 2009; 373(9682): 2223–2233.
100. Austad SN. Why Women Live Longer Than Men: Sex Differences in Longevity. *Gender Medicine* 2006; 3(2):79–92.
101. Marinković I. Razlike u smrtnosti stanovništva centralne Srbije i Vojvodine. *Zbornik Matice Srpske za društvene nauke* 2010;131: 359-368.
102. Luy M. Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Population and Development Review* 2003; 29(4): 647–676.
103. DesMeules, M, Manuel D, Cho R. Mortality: life and health expectancy of Canadian women. *BMC Women's Health* 2004; 4, S9.
104. Rogers RG, Everett BG, Onge JM, Krueger, PM. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography* 2010; 47(3):555–578.
105. Seifarth J E, McGowan C, Milne K J. Sex and life expectancy. *Gender Medicine* 2012; 9(6):390–401.
106. Lemaire J. Why Do Females Live Longer Than Males? *North American Actuarial Journal* 2002; 6: 21–37.

107. Timothy H. *Census Atlas of Russia: Sex Composition, Age Structure, and Marital Status*. Washington, DC: National Council for Eurasian and East European Research, 2014.
108. Vassin SA. The Determinants and Implications of an Aging Population in Russia. In Julie DaVanzo (ed.), *Russia's Demographic "Crisis: 175–201*. Santa Monica, CA: RAND Center for Russian and Eurasian Studies, 1996.
109. Oksuzyan A, Shkolnikova M, Vaupel J, Christensen K, Shkolnikov V. Sex Differences in Health and Mortality in Moscow and Denmark. *European Journal of Epidemiology* 2014; 29(4): 243–252.
110. Amartya S. 1990. More Than 100 Million Women Are Missing. Many Faces of Gender Inequality. *Frontline* 2001; 18: 22.
111. Lezwijn J, Vaandrager L, Naaldenberg J, Wagemakers A, Koelen M, van Worekum C. Healthy ageing in a salutogenic way: Building the HP 2.0 framework. *Health Soc Care Comm* 2011; 191:43–51.
112. Marinković I. Razlike u smrtnosti stanovništva centralne Srbije i Vojvodine. *Zbornik Matice Srpske za društvene nauke* 2010;131: 359-368.
113. Gibson, D. (1996). Broken down by age and gender: The problem of old women redefined. *Gender and Society* 1996; (10)4: 191-17.
114. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division. *World Population Ageing*, 2013.
115. Cicak M. Obitelj i udovištvo. *Ljetopis socijalnog rada* 201; 17 (1): 109-127.
116. Carr D, Bodnar-Deren S. Gender, aging and widowhood. In: Uhlenberg P. *International handbook of population aging*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2009: 705–28
117. Johnson PS, Johnson JA. The oppression of women in India. *Violence Against Women* 2001; 7(9): 1051–68

118. Van Grootheest DS, Beekman ATF, Broese Van Groenou MI, Deeg DJH. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34(7): 391–398.
119. Трмчић С, Јелић Ј. Радна снага у пољопривреди и економске карактеристике. *Социјална мисао* 2015; 2: 103-115
120. Републички фонда за пензијско и инвалидско осигурање. Статистички годишњи билтен 2015. Београд, 2016.
121. Sen G, Östlin P, George A. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
122. Molarius A, Granström F, Lindén-Boström M, Elo, S. Domestic work and self-rated health among women and men aged 25–64 years: Results from a population-based survey in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2014; 42(1), 52–59.
123. Hank K, Jürges H. Gender and the division of household labor in older couples: A European perspective. *Journal of Family Issues* 2007;28(3), 399–421.
124. Wen X, Liang Y, Zhu J, Wu T. The effects of housework on the health of retired older adults: A preliminary investigation from the Tongji-Dongfeng cohort study, China. *PloS One* 2013; 8(3): e57232.
125. Piña DL, Bengtson VL. Division of household labor and the well-being of retirement-aged wives. *The Gerontologist* 1995; 35(3), 308–317.
126. Artazcoz L, Cortés Franch I, Moncada Lluís S, Rohlfs I, Borrell C. Gender differences in the influence of housework on health. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13(3): 201–207.
127. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influence of paid work on the perceived health state in women. *Medicina Clínica*, 1997; 108(15): 566–571.

128. Sánchez-Herrero Arbide S. The importance of a gender perspective in leisure psychology. *Anales De Psicología* 2008; 24(1): 64–76.
129. Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society* 2011; 31(4): 683–712.
130. Lan, TY., Chang, HY, Tai, TY. Relationship between components of leisure physical activity and mortality in Taiwanese older adults. *Preventive Medicine* 2006; 43(1):36–41
131. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twentyseven communities studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21–37.
132. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med* 2004; 59:1297–1306.
133. DeSalvo KB, Fan VS, McDonell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv Res* 2005; 40: 1234–46.
134. Hirve S, Juvekar S, Sambhudas S, Lele P, Blomstedt Y, Wall S, et al. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance. *Int J Epidemiol* 2012; 41(6): 1719–1727.
135. Vuković M, Gvozdrenović BS, Gajić T, Gajić BS., Jakovljević M, McCormick BP. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public Health* 2012; 126(8):710-718.
136. Fayers PM, Sprangers MA (2002) Understanding self-rated health. *The Lancet* 359 (9302): 187–188.
137. Yu-Ning H, Pei-Chun Chen, Chien-Chi H, Hui-Kung Y, Kuo-Liong C, Chin-Ching L, Gwo-Chi. Age and Gender Differences in the Relationship Between Self-rated Health

- and Mortality Among Middle-aged and Elderly People in Taiwan. Results of a National Cohort Study. *International Journal of Gerontology* 2016; 10(2) 2016:91–95.
138. Singh L, Arokiasamy P, Singh PK, Kumar R. Determinants of Gender Differences in Self-Rated Health Among Older Population: Evidence From India. *SAGE Open* 2013; 1–12
139. K.B. DeSalvo, N. Bloser, K. Reynolds, *et al.* Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis *J Gen Intern Med*, 21 (2006), pp. 267–275.
140. Josefsson K, Andersson M, Erikstedt A. Older adults' self-rated health and differences by age and gender: A quantitative study. *Healthy Aging Research* 2016, 5:1
141. Belon A, Lima M, Barros M. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 88.
142. Vuorisalmi M, Pietilä I, Pohjolainen P, Jylhä M. Comparison of self-rated health in older people of St. Petersburg, Russia, and Tampere, Finland: how sensitive is SRH to cross-cultural factors? *European Journal of Ageing* 2008;5:327-334.
143. McDonough P, Walters V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001; 52: 547-59.
144. Campos ACV, Albala C, Lera L, Sánchez H, Maria A Vargas D, Ferreira E. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile *BMC Public Health* 2015; 15: 365.
145. Demirchyan A, Petrosyan V, Thompson ME. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *Int J Equity Health* 2012;11:67.
146. Molarius A, Granstrom F, Feldman I, Blomqvist MK, Pettersson H, Elo S. Can financial insecurity and condescending treatment explain the higher prevalence of

- poor self-rated health in women than in men? A population-based cross-sectional study in Sweden. *Int J Equity in Health* 2012;11(50):114.
147. Boral JK, Saikia N. Gender Differentials in Self-Rated Health and Self-Reported Disability among Adults in India *PLoS One* 2015; 10(11): e0141953.
148. Sobieszczyk, T., Knodel, J. and Chayovan, N. Gender and Well-Being among the Elderly: Evidence from Thailand. Ann Arbor, MI: Population Studies Research Report,2002.
149. Lan TY., Chang HY, Tai TY. Relationship between components of leisure physical activity and mortality in Taiwanese older adults. *Preventive Medicine* 2006; 43(1), 36–41.
150. Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society* 2011, 31(4), 683–712.
151. Yong V, Saito Y, Chan A. Gender differences in health and health expectancies of older adults in Singapore: An examination of diseases, impairments, and functional disabilities. *J Cross Cult Gerontol* 2011; 26:189-203.
152. Roy K, Chaudhuri A. Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1951–1962.
153. Merrill SS, Seeman TE, Kasl VS, Berkman LF. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1997; 52(1): 19–26.
154. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Health self-perception in men and women among the elderly. *Gac Sanit* 2001;15(3):217-23.
155. Olivares-Tirado P, Leyton G, Salazar E. Personality factors and self-perceived health in Chilean elderly population. *Health* 2013; 1.5(12): 86–96.

156. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5–6):323–32.
157. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B. Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med* 2009; 68(2):235–42.
158. Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7:297.
159. Gender Differences in Health among Older Singaporeans Angelique Chan and Santosh Jatrana *International Sociology* 2007; 22(4): 463–491
160. Arber, S. and Cooper, H. Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox?’, *Social Science and Medicine* 1999; 48: 61–76.
161. Verbrugge L. Female illness rates and illness behavior: Testing hypotheses about sex differences in health. *Women and Health* 1979; 4: 61-79.
162. Orueta JF, Nuñ-Solinis R, García-Alvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health* 2013, 13:918.
163. Jakovljevic M, Milovanovic O. Growing burden of non-communicable diseases in the emerging health markets: the case of BRICS; Research Topic: Health Care Financing and Affordability in the Emerging Global Markets, *Front Public Health* (2015) 3:65.
164. Schoenberg, Nancy E., Hyungsoo Kim, William Edwards, and Steven T. Fleming. 2007. “Burden of Common Multiple-Morbidity Constellations on Out-of-Pocket Medical Expenditures Among Older Adults.” *The Gerontologist* 47/4: 423–437.
165. Jakovljevic M, Groot W, Souliotis K. Editorial: Health Care Financing and Affordability in the Emerging Global Markets. *Front Public Health* 2016; 4:2.

166. Jakovljevic M, Vukovic M, Chen CC, Antunovic M, Dragojevic-Simic V, Velickovic-Radovanovic R, et al. Do Health Reforms Impact Cost Consciousness of Health Care Professionals? Results from a Nation-Wide Survey in the Balkans. *Balkan Med J* 2016;33(1):8-17.
167. Lehnert, Thomas, Dirk Heider, Hanna Leicht, Sven Heinrich, Sandro Corrieri, Melanie Lupp, Stef Riedel-Heller, and Hans-Helmut König. 2011. "Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions." *Medical Care Research and Review* 68/4: 387–420.
168. Inge K, Meisinger C, Margit Heier, Zimmermann A, Peters A, Ladwig KH, Doring A. Patterns of Multimorbidity in the Aged Population. Results from the KORA-Age Study. *PLoS ONE* 2012; 7(1): e30556
169. McLean, Gunn J, Sally W, Bruce G, Graham CW, Blane D. 2014. The Influence of Socioeconomic Deprivation on Multimorbidity at Different Ages: A Cross-Sectional Study. *British Journal of General Practice* 2014 (64)624: 440–e447
170. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K, Chirinda W, Musekiwa A, Kose1 Z, Hoosain E, Davids A, Ramlagan S Self-reported prevalence of chronic non-communicable diseases and associated factors among older adults in South Africa.. *Global Health Action* 2013, 6: 20936.
171. Ward BW, Schiller JS. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: estimates from the National Health Interview Survey, 2010. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: 120203
172. Khanam MA, Streatfield PK, Kabir ZN, Qiu C, Cornelius C, Wahlin A. Prevalence and patterns of multimorbidity among elderly people in rural Bangladesh: a cross-sectional study. *J Health Popul Nutr* 2011; 29: 406–14.

173. Freid VM, Bernstein AB, Bush MA. Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: trends over the past 10 years. NCHS data brief, no 100. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2012.
174. Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann A-K, Thorand B, Autenrieth CS, et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age Study. PLoS One 2012; 7: e30556
175. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011; 10: 430–9.
176. SHARE) The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2005.
<http://www.share-project.org/>
177. Meinow B, Fratiglioni L: Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011, 10:430-439
178. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. Women and Health 1987; 12: 103-45
179. Spiers N, Jagger C, Clarke M, Arthur A. Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *Gerontologist* 2003; 43: 406-11.
180. Kalben BB. Why men die younger: causes of mortality differences by sex. North American Actuarial Journal 200; 4(4): 83–111.
181. Pampel FC. Patterns of tobacco use in the early epidemic stages: Malawi and Zambia, 2000–2002. American journal of public health 2005; 95(6): 1009.
182. Vlassoff C. Gender inequalities in health in the third world: uncharted ground. Soc Sci Med. 1994;39:1249–59.

183. Denton M, Prus S, Walters V. Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural and Behavioural Determinants of Health. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 2585–2600.
184. Chatterji S, Kowal P, Mathers C, Naidoo N, Verdes E, Smith JP, Suzman R. The health of aging populations in China and India. *Health Affairs* 2008; 27/4:1052-1063.
185. Avendano M, Glymour MM, Banks J, Mackenbach JP. Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: A comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health* 2009; 99/3:540-548
186. Chakrabarty D, Mandal PK, Manna N, Mallik S, Ghosh P, Chatterjee C, et al. Functional Disability and Associated Chronic Conditions among Geriatric Populations in a Rural Community of India. *Ghana Medical Journal* 2010; 44(4): 150–154.
187. Gupta PMani K, Rai SK, Nongkynrih B, Gupta SK. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian journal of public health* 2014; 58(1): 11–16.
188. Merrill SS, Seeman TE, Kasl VS, Berkman LF (1997) Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 52(1): M19–M26.
189. Jo Anne Sirey, Martha L. Bruce, MPH, Mae Carpenter, MA, Booker D, Carrington Reid, et al. Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Older Adults Receiving Home Delivered Meals. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(12): 1306–1311.
190. Federal Institute for Occupational Safety and Health. *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress-related disorders in Europe. Final Report 2001-2003.* 2004.
191. Katon WJ. et al. 2003. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60(9):897-903.
192. Simonds VM, Whiffen VE. Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *J Affect Disord* 2003; 77:197-202.

193. Afifi M. Singapore Gender differences in mental health Singapore Med J 2007; 48 (5) : 385
194. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 2002; 159:1051-2.
195. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? Psychol Med 2004; 34:461-70.
196. Gyeong-Suk, Jeon Soong-Nang, Jang Seon-Ja Rhee, Ichiro Kawachi, Sung-II Cho J Gender Differences in Correlates of Mental Health Among Elderly Koreans. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2007; 62 (5): S323-S32
197. Zunzunegui, M. V., Béland, F., Otero, A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. International Journal of Epidemiology 2001; 30,1090-1099.
198. Wang, JJ, Snyder M, Kaas M. Stress, loneliness, and depression in Taiwanese rural community-dwelling elders. International Journal of Nursing Studies 2001; 38 ,339 - 347
199. Silverstein, M., Cong, Z., Li, S. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: Consequences for psychological well-being. Journal of Gerontology: Social Sciences 2006; 61B,S256-S266
200. Hughes, M. E., Waite, L. J. Health in household context: Living arrangements and health in late middle age. Journal of Health and Behaviors 2002;43,(1):1-21.
201. Acheson D. Inequalities in Health: Report of an independent inquiry, London: HMSO, 1998.
202. Monden CWS. Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994–1999. Eur J Public Health 2005; 15(5):498-503.

203. Chronic Diseases in Developing Countries at annual meeting of the Population Association of America, San Diego, CA, April 30–May 2.
204. Von dem Knesebeck O, Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health* 2007; 7:272.
205. Healy T. Côté S. *The Well-being of Nations: The Role of Human and Social Capital*. First edition. Paris: OECD Publications, 2001.
206. Blakely, T., Kawachi, I., Atkinson, J. and Fawcett, J. Income and mortality: The shape of the association and confounding New Zealand Census-Mortality Study, 1981-1999. *International Journal of Epidemiology* 2004; 33(4): 874-883.
207. Cesaroni G, Agabiti N, Forastiere F, Ancona C, Perucci CA. Socioeconomic differentials in premature mortality in Rome: changes from 1990 to 2001. *BMC Public Health* 2006; 6: 270
208. Klots J, Doblhammer G. Trends in educational mortality differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002: A study based on a linkage of census data and death certificates. *Demographic Research* 2008; 19: 1759–1780.
209. Vallin J, Andreev E, Meslé F, Shkolnikov V. Geographical diversity of cause-of-death patterns and trends in Russia. *Demographic Research* 2005; 12, 323–380.
210. Borg V, Kristensen T. Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine* 2000; 51: 1019-1030
211. Walters V, Lenton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold B. Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science and Medicine* 1996; 43: 1627-1636.
212. Walters V, Denton M. Stress, depression and tiredness among women: The social production and social construction of health. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 1997; 34: 53-69. 11

213. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: The new paradox? *Social Science and Medicine* 1999; 48: 61-76.
214. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 1221-1235.
215. Ross C, Wu C. Education, Age, and the Cumulative Advantage in Health. *Journal of Health and Social Behavior* 1996; 37: 104-120.
216. Mineau GP, Smith KR, Bean LL. Historical trends of survival among widows and widowers. *Social Science and Medicine* 2002; 54, 245–254.
217. Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S. Differences in Mortality by Marital Status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of Changes in Marital-Status Distributions, Socio-Demographic and Household Composition, and Cause of Death. *Population Studies*, 2005; 59(1), 99–115.
218. Gaudecker HM, Scholz RD. Differential mortality by lifetime earnings in Germany. *Demographic Research* 2007; 17, 83–108.
219. Schumacher, R, Vilpert, S. Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005). *Demographic Research* 2011; 25, 285–310.
220. Roy K, Chaudhuri A. Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1951–1962.
221. Chakrabarty D, Mandal PK, Manna N, Mallik S, Ghosh P, Chatterjee C, et al. Functional Disability and Associated Chronic Conditions among Geriatric Populations in a Rural Community of India. *Ghana Medical Journal* 2010; 44(4): 150–154.
222. Gupta P, Mani K, Rai SK, Nongkynrih B, Gupta SK (2014) Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian journal of public health* 58(1): 11–16.

223. Sengupta M, Agree EM (2002) Gender and disability among older adults in North and South India: differences associated with coresidence and marriage. *Journal of cross-cultural gerontology* 17(4): 313–336.
224. Dhak B. Gender difference in health and its determinants in the old-aged population in India. *Journal of biosocial science* 2009; 41(5): 625–643.
225. Pandey A, Ladusingh L. Socioeconomic correlates of gender differential in poor health status among older adults in India. *Journal of Applied Gerontology*; 2013.
226. Radevic S, Kocic S, Jakovljevic M. Self-assessed Health and Socioeconomic Inequalities in Serbia: Data from 2013 National Health Survey. *Frontiers in Pharmacology* 2016; 7.
227. Quadagno, J. *Aging and the Life Course: An Introduction to Social Gerontology*, 2nd edn. New York: McGraw Hill, 2002.
228. Kahn R, Antonucci T. Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support', in P. Baltes and O. Brim (eds) *Lifespan Development and Behavior*, pp. 253–86. New York: Academic Press, 1980.
229. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 511-518.
230. Gerritsen AM, Devillé W. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009; 20(9):109.
231. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42:617–24.
232. Gómez GE. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11:327–334.

233. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res* 2000; 34(6): 1273–1302.
234. Mutran E, Ferraro KF. Medical need and use of services among older men and women. *J Gerontology: Social sciences* 1998, 5(suppl 1): 62-171.
235. Suominen-Taipale AL, Martelin T, Koskinen S, Holmen J, Johnsen R. Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. *BMC Health Services Research* 2006, 6:110
236. Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R: Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Publ Health* 2004, 14:375-380
237. Jakovljevic MB. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. *The European Journal of Health Economics* 2013; 14(2): 153-159.
238. Kyoul K, Lee M. Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model. *Osong Public Health Res Perspect* 2016; 7(1):18e25.
239. Portrait F, Lindeboom M, Deeg D. The use of long-term care services by the Dutch elderly. *Health Econ* 2000; 9: 513–531.
240. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol* 2000;16:511–518.
241. Dunlop DD, Manheim LM, Song J, Chang RW. Gender and ethnic/racial disparities in health care utilization among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57:S221–233.

-
242. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillo'n P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 2006; 6: 155.
243. Albanese E, Liu Z, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jimenez-Velazquez IZ et al. Equity in the delivery of community healthcare to older people: findings from 10/66 Dementia Research Group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:153.
244. Peltzer K, Williams JS, Kowal P, Negin J, Snodgrass JJ, Yawson A. Universal health coverage in emerging economies: findings on healthcare utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa. *Glob Health Action.* 2014; 7:25314.
245. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 2012; 10: 142-51
246. Lixia D, Xiaoyun L, Tuohong Z, Yangfeng W. Health care utilization in older people with cardiovascular disease in China. *Int J Equity Health* 2015; 14: 59.

8. ПРИЛОГ

8.1. Прилог 1 – Упитник за одрасле особе старости 20 и више година 2013.