

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Мр Јадранка М. Урошевић

ПРЕВЕНЦИЈА СИТУАЦИЈЕ ХЕНДИКЕПА
СТАРИХ ОСОБА КРОЗ ПОДРШКУ
АКТИВНОМ СТАРЕЊУ

Докторска дисертација

Београд, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND
REHABILITATION

Mr Jadranka M. Urošević, M Sc

PREVENTION OF ELDERLY PEOPLE'S
HANDICAP SITUATION THROUGH ACTIVE
AGING SUPPORT

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

Подаци о ментору и члановима комисије

Ментор:

Проф. др Гордана Одовић, редовни професор Универзитета у Београду - Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

Чланови комисије:

Проф. др Драган Рапаић, редовни професор Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду

Доц. др Предраг Ерцег, доцент Медицинског факултета Универзитета у Београду

Датум одбране:

ПРЕВЕНЦИЈА СИТУАЦИЈЕ ХЕНДИКЕПА СТАРИХ ОСОБА КРОЗ ПОДРШКУ АКТИВНОМ СТАРЕЊУ

САЖЕТАК

Увод: Становништво Републике Србије је међу најстаријом популацијом на свету. Старење отежава остваривање животних навика и доводи особу у „ситуацију хендикепа”, коју по Квебешком моделу дефинишемо мерењем нивоа остваривања животних навика, врсту потребне помоћи и нивоа задовољства. Процена утицаја животних навика и интересовања на квалитет живота старих значајан је део рехабилитационог поступака и подршке активном старењу.

Циљ: Циљ рада је био утврђивање чинилаца настајања ситуације хендикепа код старих особа и израда индивидуалног програма превенције као подршке активном старењу.

Метод: Узорак је формиран од 100 испитаника, старости од 65-95 година, подељених у две групе. Прву групу је чинило 50 старих особа које живе у породичном окружењу и које су обухваћене ванинституционалним обликом збрињавања. Другу групу је чинило 50 старих особа, смештених у Геронтолошком центру, које су обухваћене институционалним обликом збрињавања. Примењен је стандардизован упитник „*Assessment of life habits - Life-H*“ (Fougeurollas et al. 1998), за мерење ниво остваривања, врсте потребне помоћи и нивоа задовољства 12 категорија животних навика и *Упитник за процену стања и интересовања старих особа* конструисан за потребе овог истраживања.

Резултати: Резултати нашег рада показују да биолошки процес старења утиче на потешкоће у остваривању животних навика што доводи до ситуације хендикепа. Отежавајући чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе су број болести, ниво образовања, материјално стање и место становања. Упоредјујући резултате можемо закључити да постоје разлике у погледу задовољстава старих у односу на место где живе. Испитаници у породичном окружењу имају статистички

значајно виши ниво задовољства у остваривању свих животних навика осим у остваривању одговорности, и забаве-рекреације у односу на испитанике који живе у Геронтолошком центру. Старе особе у Геронтолошком центру имају статистички значајно више интересовање за доживотно образовање у односу на испитанике који живе у породичном окружењу, док испитаници у породичном окружењу имају статистички значајно више интересовање за стицање нових вештина самопомоћи. Није утврђена статистички значајна разлика у интересовању за променом штетних утицаја по здравље у односу на место становања.

Закључак: На основу резултата истраживања можемо закључити да се идентификацијом личних и срединских чинилаца који утичу на ниво остваривања животних навика, нивоа остваривања животних навика, нивоа задовољства у остваривању животних навика и интересовања ствара могућност израде индивидуалног програма. Индивидуални рад са старом особом планиран је као утицај на личне чиниоце који су значајни за одржавање функционалне способности и квалитета живота. Дефектолошка процена, утицај на промене животних навика, као и развијање адаптивних капацитета у складу са могућностима и интересовањима старих, основ су дефектолошког третмана. Укључивање дефектолога у тим за подршку старима, потребно је како би се програмима едукације подржало активно старење на нивоу друштвене заједнице и побољшао квалитет живота старих у институционалним и ванституционалним облицима збрињавања. Примена програма на преостале очуване потенцијале старе особе, уважавање објективних и субјективних индикатора квалитета живота, едукацијом и рехабилитацијом обезбеђује се могућа социјална партиципација старих.

Кључне речи: старе особе, животне навике, квалитет живота, превенција ситуације хендикеп, индивидуални програм, активно старење.

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Соматопедија

PREVENTION OF ELDERLY PEOPLE'S HANDICAP SITUATION THROUGH ACTIVE AGING SUPPORT

SUMMARY

Background: The population of the Republic of Serbia is among the oldest ones in the world. Aging hinders the performance of life habits and leads a person to "a handicap situation," which, according to the Quebec model, is defined by measuring the level of life habits performance, the type of assistance required and the level of satisfaction. The assessment of the impact of life habits and interests on the quality of life of the elderly is an important part of rehabilitation procedures and support to active aging.

Objective: The aim of this study was to determine the factors of the handicap creation with the elderly and the development of individual prevention programs as support to active aging.

Methods: The sample of 100 respondents aged 65-95 years divided into two groups, was formed. The first group consisted of 50 elderly people who live in a family environment and who are covered by non-institutional forms of care. The second group consisted of 50 elderly people, placed in Gerontology Center, covered by a form of institutional care. A standardized questionnaire "*Assessment of life habits - Life-H*" (Fougeurollas, et al., 1998) was applied, for measuring the level of performance, the type of assistance required and the level of satisfaction in 12 life habits categories, as well as the *Questionnaire for assessing the status and interests of the elderly* constructed for the purpose of this research.

Results: The results of our study show that the biological aging process influences the difficulties in performing life habits which lead to a handicap situation. Aggravating factors in everyday performance of social habits of an elderly person are the number of diseases, level of education, financial status and the place of residence. Comparing the results, we can conclude that there are differences in terms of elderly people's satisfaction in relation to where they live. Respondents in a family environment had a significantly higher level of satisfaction with the performance of life habits, except in exercising

responsibility and entertainment-recreation compared to those living in the Gerontology Center. The elderly in Gerontology Center have significantly higher interest in lifelong learning compared to those living in a family environment, whereas the latter ones have significantly higher interest in acquiring new skills of self-help. There was no statistically significant difference in the interest to change the factors harmful to health in relation to the place of residence.

Conclusion: Based on these results we can conclude that the identification of personal and environmental factors that affect the level of performance of life habits, the level of satisfaction with social participation and interests creates the possibility of developing individual programs. Individual work with an elderly person is planned as an influence on personal factors that are important for the maintenance of functional ability and quality of life. Special education and rehabilitation assessment, the impact on life habits change, as well as developing adaptive capacity in accordance with the capabilities and interests of the elderly, are the basis of special education and rehabilitation treatment. It is necessary to involve special educator in the teams for support to the elderly, in order to support active aging through the education programs at the level of the community and improve the quality of life of the elderly in institutional and non-institutional forms of care. Possible social participation of the elderly can be ensured by the implementation of programs for the remaining preserved potential of the elderly, respect of the objective and subjective indicators of quality of life, education and rehabilitation.

Key words: the elderly, life habits, quality of life, handicap situation prevention, individual program, active aging.

Scientific field: Special Education and Rehabilitation

Specific Scientific field: Special Education and Rehabilitation in physical disabilities

САДРЖАЈ

УВОД	1
I ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА	6
1.1. Старост и старење	7
1.1.1. Старост.....	7
1.1.2. Теорије старења	7
1.2. Примарна здравствена заштита старих	13
1.3. Мултидимензионална процена и рехабилитација старих	18
1.3.1. Мултидимензионална/мултидисциплинарна геријатријска процена	18
1.3.2. Рехабилитација старих особа	22
1.4. Савремена разматрања о појму хендикепа	25
1.4.1. Квебешка класификација – настајање ситуације хендикепа.....	29
1.4.2. Настајање ситуације хендикепа	30
1.4.3. Чиниоци ризика	31
1.4.4. Лични чиниоци	32
1.4.5. Средински чиниоци	32
1.4.6. Животне навике	33
1.4.7. Свакодневне активности по квебешком моделу	34
1.5. Квалитет живота старих.....	36
1.6. Активно старење	41
1.6.1. Подршка активном старењу на нивоу друштвене заједнице	45
1.6.2. Подршка активном старењу на индивидуалном новоу	47
1.6.3. Комуникација са старим особама	52
1.6.4. Доживотно учење	53

1.6.5. Волонтерски рад	54
II ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА	56
III ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА	59
3.1. Предмет истраживања	60
3.2. Циљ истраживања	60
3.3. Задаци истраживања	60
IV ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	61
V МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	63
5.1. Формирање и опис узорка	64
5.2. Место и време истраживања	65
5.3. Критеријуми за укључивање у студију	65
5.4. Испитиване варијабле	67
5.5. Статистичка обрада података.....	71
VI РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	73
6.1. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу оставривања и нивоу задовољства у оставривњу животних навика	74
6.2. Ниво остваривања животних навика у односу на старосну категорију испитаника.....	92
6.3. Корелација нивоа остваривања животних навика и старосне категорије испитаника.....	94
6.4. Структура испитаника према личним чиниоцима у односу на место становања	96
6.5. Структура испитаника према утицају срединских чиниоца у односу на место становања.....	100
6.6. Отежавајући чиниоци у остваривању животних навика	105

6.7. Структура испитаника према нивоу задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања	117
6.8. Заступљеност виших нивоа градације задовољства у остваривању животних навика	120
6.9. Структура испитаника према интересовањима у односу на место становања	125
6.10. Заступљеност виших нивоа градације интересовања у остваривању животних навика	135
VII Д И С К У С И Ј А	139
7.1. Утицај биолошког процеса старења на потешкоће у остваривању животних навика и настајање ситуације хендикепа.	147
7.2. Отежавајући лични и средински чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе	148
7.2.1. Утицај личних чинилаца на остваривање свакодневних животних навика	148
7.2.2. Утицај срединских чинилаца на остваривање свакодневних животних навика	153
7.2.3. Преглед утицаја личних и срединских чиниоца на настајање ситуације хендикепа	158
7.3. Ниво задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања	160
7.4. Интересовање испитаника у односу на место становања	161
7.5. Дефектолошки индивидуални програм превенције ситуације хендикепа-подршка активном старењу	168
VIII З А К Љ У Ч А К	172
Л И Т Е Р А Т У Р А	175
П Р И Л О З И	191

УВОД

*„Ток догађаја у животу не зависи од нас,
никако или врло мало,
али начин на који ћемо догађаје поднети
зависи у доброј мери од нас самих,
дакле на то треба трошити
снагу и обраћати пажњу“*

Иво Андрић

Становништво Републике Србије је међу најстаријом популацијом на свету. У Србији је регистрован демографски тренд пораста старења становништва. Резултати пописа становништва из 2011. године показују старих особа има 18,2% од укупног становништва, са тенденцијом да се тај проценат повећава¹. На основу пројекције становништва Републике Србије за тридесет година особе преко 65. година ће чинити 24% укупног становништва, односно сваки четврти становник Србије биће старији од 65 година.² Брз раст старих у Србији је последица двоструког деловања на старост. С једне стране увећава се број старих, а са друге стране пада наталитет. Измена старосне структуре више је наглашена у руралној средини у односу на урбану, мада истраживања упућују и на регионалне разлике. Свако друго старије лице живи у старачком домаћинству. Истовремено, постоје јасне слабости у институционалном задовољавању потреба старијих лица, као и слабости у укупној друштвеној организованости.

Соматско здравље, социјално окружење и ниво активности имају велики значај на процес старења. Слаба покретљивост и непокретност старих лица настаје не само због старости већ је и последица хроничних болести или повреда, али и

¹ Статистички годишњак Републике Србије (2015 стр. 25)

² Исто стр.26

неактивности. Честе хроничне болести утичу на психолошке или физичке способности људи у дужем временском периоду или чак заувек, и главни су узроци, неспособности, хоспитализације или смрти (Давидовић, 2003). Потребне за лечењем, негом и рехабилитацијом саставни су део збрињавања старих, дела опште популације, који је, више од других категорија, зависан од помоћи других (Стошљевић и сар., 2006).

Стратешки докуменат у Републици Србији који уважава феномен старења, промовише повећање дужине живота и постављене циљеве да се особама преко 65 година дају могућности афирмације преосталих способности и вештина³. У друштву које стари значајна је политика за даље унапређење социјалне, економске, политичке и културне партиципације старијих особаради усклађивања са демографским променама⁴.

Међународна класификација функционисања, инвалидности издрвља Светске здравствене организације (ICF) поред компонената здравља и стања везаних за здравље даје допуну потребних информација о „функционисању“ и увид у свеобухватну слику о здрављу људи. У првом делу је класификација функционисања и онеспособљености док други део дефинише спољашње и личне факторе.

Сазнања која нуди Квебешка класификација „Настајања ситуације хендикепа“ омогућавају разумевање да стара особа може бити у ситуацији хендикепа која настаје интеракцијом личних (унутрашњих) чинилаца и чинилаца средине

³Национална Стратегија о старењу (2006-2015 стр. 2 и 3): се заснива на следећим принципима: доживотног развоја појединца; унапређења и заштите свих људских права и основних слобода; обезбеђивања економске и социјалне сигурности и квалитета живота у старости; омогућавања пуне интеграције и партиципације старијих лица у заједницу; елиминације свих облика друштвеног занемаривања услед опадања функционалних способности у старости и инвалидности; ангажовања на остваривању родне равноправности; поштовања различитости и последично другачијих потреба међу популацијом старијих; промовисања интер генерацијског и интра генерацијског трансфера; солидарности и дијалога; успостављања партнерства на свим нивоима: Владе, невладиног сектора, приватног сектора и између самих старијих људи; остваривања једнаких могућности за све; афирмисања личне одговорности.

⁴ Извод из Политике старења UNECE бр. № 1. (2009) (...) „Питања која се тичу старења становништва се стога морају увести у све области политике да би се друштво и економија ускладили са демографским променама“.

(спољашњих), која за резултат има нижи ниво остваривања свакодневних животних навика. Према овом моделу, може се предузети неколико врста акција да би се постигло учешће старе особе у друштву: умањење оштећења (примарна, секундарна и терцијална превенција), развијање капацитета (рехабилитација), као и прилагођавање окружења (Fougerollas, 1995; Noreau, 2000; Давидовић, 2008; Козарчанин, 2007-2008; Eurostat The OECD, 2005).

Ситуација хендикеп дефинисана као интеракција личних и срединских чинилаца није дефинитивна, јер се она као резултат интеракције чиниоца током времена мења. Стога изналажење индивидуалног плана интервенције, који је предмет интересовања научне области специјалне едукације и рехабилитације са сродним научним дисциплинама као што су геријатрија, геронтологија, психологија, андрагогија, социјологија и друге, се налазе пред изазовом да истовремено развијају и усавршавају методе и технике које могу утицати на одређивање приоритета и процедура у олакшавању остваривања животних навика, а самим тим и на квалитет живота старих особа.

У контексту наведених образложења, постоје основне и важне научне, стручне и друштвене потребе детаљнијег сагледавања чинилаца настајања ситуације хендикеп код старих особа који утичу на остварење животних навика као и потребу изналажења могућности превенције ситуације хендикеп и модела подршке активном старењу.

Вођени искуством свих оних који су се овим изазовом бавили раније, а придржавајући се свих правила у праћењу процеса старења, зашли смо у још недовољно истражено поље које повезује животне навике, хендикеп и подршку активном старењу. Ако смо одабрали добар пут и допринели бољем разумевању феномена старења, можемо бити донекле задовољни оним што смо покушали да урадимо. Желимо да пружимо импликације којеће моћи да помогну у практичном раду са старим особама, њиховим породицама, онима који се професионално баве старима и на крају друштву уопште.

Професионалци који су у могућности да препознају потребе и интересовања старих старих, они ће успешније моћи да обезбеде стручну помоћ у оквиру саветовалишта/центара за старе, превентивним програмима и рехабилитационим поступцима.

Утицај нивоа животних навика и интересовања старих на квалитет њиховог живота који желимо да утврдимо овим истраживањем односи се на индивидуалну процену остваривања и задовољство у остваривању животних навика и интересовањима старих особа. Надамо се да ће наредна истраживања подстакнута овом студијом, као и ранијим радовима, из ове области, успети да истакну значај превенције ситуације хендикепа и значај одговорности појединца и друштва за учешће у подршци активном старењу.

I ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА

1.1. Старост и старење

Старост, старење, квалитет живота и уопште живот старих људи, теме су које последњих година привлаче пажњу многих научних радника различитих профила, па и шире јавности. Поред интересовања за истраживања старе популације које покрећу научни радници, пораст старих особа свакако обавезује друштвену заједницу да препознаје потребе и изналази адекватну подршку старим особама. Мислимо да је од посебног значаја препознати и подстицати интересовања и одговорност старих за лични развој и промене које обележава старење.

1.1.1. Старост

Светска здравствена организација старост дефинише на основу хронолошке (календарске) доби и дели у три групе, по којој је рана старостод 65 до 75 година, просечна старостод 76 до 85 година и позна старост преко 85 година (WHO, 1998; WHO, 2002). Појмовно и суштинско одређивање старости у научним круговима у доброј мери је усглашено у сортирању старости у три групе, са незнатним расправама око почетка старости, где у неким изворима рана старост почиње са 60 док код других од 65 година (Давидовић, 1998 стр. 3; Дураковић, 2007 стр. 2).

1.1.2. Теорије старења

Када је реч о старењу, као животном процесу, мислимо на биолошке, психолошке и социјалне аспекте старења, те сходно томе, човека као јединствену динамичну организацију проучавају биолошке, психолошке и социјалне теорије старења (Живковић, 1978). На „путу“ дефинисања процеса старења, често се теоретичари руководе аспектима своје научне области или културолошким обрасцима који су њима блиски.

Биолошке теорије старост појединца тумаче као умањење биолошких и физиолошких функција, било да су умањене генетским предиспозицијама или старењем на ћелијском нивоу. Другим речима, процес старења доводи до поремећаја у хомеостатском функционисању, паду психо-физиолошких адаптивних капацитета и

променама у биолошко-молекуларним функцијама⁵ (Давидовић и сар. 2007). Генерално, постоји углашеност у оквиру биолошких теорија да наведени поремећаји условљавају слабљење и угрожавање функција старе особе, што доводи до хроничних болести, мултиморбидности, функционалне онеспособљености, често инвалидности и леталног исхода. Саопштења Светске здравствене организације (2002) указују да већина особа старијих од 65 година има једну до пет хроничних болести.

Биолошко старење је индивидуални процес са прогресивним током слабљења функција који се одражава на органима и системима, али то не значи да је безрезервно нужно да све старе особе буду у ситуацији дисфункционалности у реализовању животних навика. С физиолошког аспекта старење обухвата опадање хомеостатске контроле, „смањење резерви“ органа што доприноси порасту болести. Руководјени овом тврдњом старе особе су сврстане са медицинског аспекта на две категорије: особе које успешно или „нормално старе“, са незнатним падом функција, које није условљено болешћу већ утицајем ризико фактора и начина живота, док друга категорија старих има промене старости удружене са болешћу и повећаном вулнерабилношћу према болестима и повредама (Давидовић и сар., 2007; Вукадинов и сар., 2008; Дураковић, 2007).

Биолошко старење је неминовност која доводи до промена, међутим у зависности од перцепције споственог здравља, особа и поред присуства хроничних болести може своје здравље да вреднује као добро, што се може закључити из Истраживања самопроцене општег здравља становништва Србије⁶ (Министарство здравља Републике Србије, 2013).

⁵ (Давидовић, 2007): Биолошки и еволуциони значај старења ("зашто старимо?") углавном покушава да одговори на питање на који начин се еволуција врста (и њеног опстанка) користи од процеса старења. Други аргумент ("како старимо?") Односи се на механизме који су укључени у овај процес, и манифестација које се могу приписати настанка повезано са узрастом промена. Ово последње питање представља оно што се често назива биолошком теоријом старења.

⁶ Министарство здравља Републике Србије (2013, стр.15):Истраживање здравља становништва Србије показује да највећи број грађана Србије (57.8%) перципира своје здравље у целини као веома добро и

Значајан допринос развоју геријатријске мисли и праксе у Србији од шездесетих година овог века до данас дали су Андрејевић, Королија, Давидовић и многи други.

Психолошке теорије старења се баве проценама капацитета личности и могућностима активирања адаптивних способности у односу на промене у животним условима, као и проценама очуваности или пропадања основних органских, когнитивних и емоционалних структура, које значајно утичу на функционалну способност старе особе (Влајковић, 2005, стр. 20; Брковић, 2011, стр. 349). Психологија старења је део развојне психологије која онтогенетски проучава психички развој човека и прегледом литературе уочавамо многе ауторе који постављају питања и нуде одговоре у оквиру психолошких аспеката старења од процена психолошких потреба старих, перцепције и аутоперцепције, усамљености и социјалне изолације преко тешкоћа адаптације на старост, самоостваривања до индивидуалних разлика и подршке у старости и друго (Warner et al., 2001).

Дужни смо да укажемо на чињеницу, која се не сме занемарити, да постоје велике индивидуалне разлике међу старим људима (Hall, 1922). Ериксон теоријом психосоцијалног развоја (Erikson, 1968) образлаже научној јавности периодизацију по којој човек пролази кроз фазу раста и развоја до осамнаесте године, до шездесете године стабилизацију и интеграцију функција које условљавају животне ситуације да би у трећој целини животног циклуса неке функције слабиле у својој извршности. Поред тога истиче значај социјалне средине на развој човека, као и да кризе које се јављају између фаза развоја и начини њиховог решавања зависе од појединца. На крају, по Ериксону особа пролази кроз период евалуације животног пута и тражи одговоре на питања и проблеме са којима се суочава. Таква теоријска разматрања подстицајна су за истраживања која трагају за практичним решењима којима је

добро. Као просечно своје здравље перципира 26.6% грађана, док 15.6% грађана перципира здравствено стање као лоше или веома лоше.

могуће дати подршку старој особи да буде и ради оно што може, што дуже, самостално без обзира на ограничења услед слабљења извршних функција.

Истраживање Ричарда (Reichard, 1962) америчког психолога поред типологије старих људи износи и реаговање и тешкоће у адаптацији на старост, где једна група старих прихвата и има конструктивни однос према старењу, друга исказује зависност и ослањање на друге у адаптацији на старење, док трећа група старих заузима одбрамбени став.

Маслов (1962) у теорији хијерархије задовољавања људских потреба од базичних/физиолошких до потреба самоактуелизације износи тврдњу да је важно да се узму у обзир највише тежње људског живота као што су раст, самоактуелизација, тежња за здрављем, трагање за идентитетом и самосталношћу (...). Посматрајући мотивациону интеракцију појединца и ситуације, и тежњу да се оствари циљ, физиолошке потребе нижег реда се задовољавају споља док су потребе поштовања и самоостваривања потребе вишег реда и њихово остваривање је изнутра. Маслов је заговарао тврдњу да људи нису мотивисани једино “потребама недостатка”, него и “потребама постојања” и развио хијерархијску теорију људске мотивације, по којој је након задовољавања базичних потреба могуће развијати више потребе, потребеза самоактуализацијом. Пред крај свог научног рада Маслов се залагао за „унутрашње васпитање“ које би заменило „спољашње“, како би се градило „хуманистичко васпитање“ односно „лично израстање“ (Maslow, 1962).

Психологију старења у Србији изнедрила је Вера Смиљанић, којом између осталог упућује академску заједницу да је могуће по реаговању на старост оценити ток живота појединца. Истиче да је старост развојно доба индивидуе са другачијим распоредом приоритета у односу на младост. По Смиљанић, лично искуство и индивидуалне разлике појединца су најизраженије у току старости (Смиљанић, 1987).

Структуру и динамику односа у породици, промене социјалне улоге и социјалних односа појединца у оквиру породице, као и демографске и социолошке промене у друштву проучавају социјалне теорије старења. Старење доводи до губитка или мењања улога старе особе у породици и друштву. За појединца посебно

су значајне: улога у браку и породици, одржавање комуникације са пријатељима, активности у слободно време, добровољне и политичке активности и друго (Давидовић и Манојловић. 1998 стр. 559-564).

Поред тога што су значајан допринос практичном и теоријском дефинисању феномена старења дале биолошке, психолошке и социјалне теорије старења, Стошљевић и сарадници (1990) поштујући мултидисциплинарност у науци уводе у стручну јавност 90-тих година 20. века соматопедски-дефектолошки приступ који старим лицима помаже да самосталније живе у границама својих могућности, при чему користе, што је могуће више преосталих способности.

Стога је задатак дефектолошке науке да изналази методе и средства рехабилитације од елементарног збрињавања до мултидисциплинарног третмана у циљу социјалне интегације остарелих лица (Стошљевић и сар. 2006). Хуманистичке науке, а међу њима специјална едукација и рехабилитација усмерава теоријске основе ка истраживањима о преосталом животном потенцијалу и свакодневним животним активностима старих и упућује праксу ка изналажењу метода пружања индивидуалних програма у задовољавању, како елементарних тако и животних потреба самопоштовања и самоактуелизације и рехабилитације старих (Министарство здравља Републике Србије, 2013)⁷. „Свака особа мора имати прилику да учествује у свакодневним активностима које доприносе развоју и испуњавању особе, као и друштвене заједнице“ (Одовић и сар., 2012 стр. 263).

Процес старења често узрокује здравствене проблеме и хроничне болести. Анализа новије литературе (Marks, 2014; Шиповац и сар., 2014 Арсић и сар., 2013; Давидовић и сар., 2007 Crews et al., 2004 Ettinger, et al., 2003) казује да су поред хроничних болести чести и други здравствени проблеми старих, као што су: падови, остеопороза, проблеми вида и слуха, ментална обољења, мождани удар и друго.

Падови су честа претња безбедности, нарушавању здравља и независности старих особа (Marks, 2014). Годишња преваленца падова код особа старијих од 65

⁷ Министарство здравља Републике Србије (2013, стр. 20): Истраживање здравља становништва Србије указује да се са тешкоћама у обављању свакодневних кућних активности суочава 37.6% старог становништва (65 и више година старости). Међу најстаријим становницима Србије (85 и више година), овакве тешкоће има чак 71.6% особа.

година је 28%, а 15% особа које падну су у групи такозваних здравих старих особа (Давидовић и сар., 2007). Старији пацијенти су много подложнији остеопорози и преломима костију (Ettinger, et al., 2003). Остеопороза је један од водећих здравствених проблема старих због учесталости али и због тога што у значајној мери смањује квалитет живота оболелих (Шиповац и сар., 2014). Проблеми вида и слуха значајно ометају учешће и активности старих особа, посебно у организацији живота и учешћа у заједници (Crews et al., 2004). Старе особе показују и снижену ефикасност функционисања пажње, уопште когнитивног функционисања (Арсид и сар., 2013).

Самањена физичка активност и смањена функција чула вида и слуха, која обележавају процес старења доводе до здравствених проблема. Често се сусрећемо са присуством субјективног, али и објективног осећаја социјалне изолованости и усамљености старијих, што негативно утиче на учешће старих у свакодневним активностима (Урошевић и сар., 2010).

Компаративном студијум о преваленци најчешћих хроничних болести код особа од 50-74 године између Америке, Велике Британије и Европе (срчане сметње, хипертензија, дијабетес, канцер, плућне болести, ограничења у покретљивости) долазимо до сазнања да је учесталост наведених болести чешћа у Америци од становништва Велике Британије и Европе. Старе особеу Америци, 59% њих се изјаснило да има ограничења у покретљивости, у Енглеској 50% а 43% у Европи (Avendano et al., 2009).

Особе старије од 65 година у Европи болују од једне или више болести од којих су најчешће кардиоваскуларне болести, дијабет, хроничне болести плућа, остеопорозе, карцинома, депресије, деменције, Паркинсонове болести, Алзхајмер и др (WHO, 2015).

Из доступних статистичких података Завода за јавно здравље Републике Србије (2013) којима се осим епидемиолошких података саопштавају и подаци о факторима ризика, често су присутни фактори ризика а то су: пушење, гојазност, дијабет, хипертензија, физичка неактивност и стрес, на које се може деловати, како би

смањили број хроничних болести. Ради упоређивања здравственог стања становништва Србије са земљама Европске уније, урађена је „додатна хармонизација инструмената са инструментима Европског истраживања здравља (EHIS) и први пут је примењен интервју и анкета како би се добио опис здравственог стања становништва Србије и добиле „информације како људи доживљавају своје здравље“ (..) ⁸. Најчешће хроничне болести, по исказу испитаника су: повишен притисак, холестерол, дијабетес, депресија, хроничне респираторне болести и др. Опште здравствено стање као веома добро и добро перципира 57% становника Србије. Своје здравље старије особе су оцењивале као лоше или веома лоше (Министарство здравља Србије, 2013), што је свакако обавезујуће за друштво, породицу, академску заједницу. Из наведеног истраживања долазимо до информација да је свака трећа стара особа исказала тешкоћу у ходу, свака девета тешкоћу са видом, свака четврта са слухом, док свака девета особа има тешкоће у обављању свакодневних животних активности.

Тешко је поверовати да ће прикупљене информације спонтано понудити решења. Више је него очигледно, да је за хуманизацију животних услова у старости потребно ангажовање целокупног друштва, стручне јавности, породице, али и подизање личне одговорност и активности саме старе особе.

1.2. Примарна здравствена заштита старих

Здрави стилови живота, одржавање здравља и превенција болести неспорно су предуслови одрживог здравља уопште те и здравља у старости. Светска здравствена организација дефинише здравље као стање потпуног физичког, психичког и благостања а не само одсуство болести и неспособности. Ова дефиниција је допуњена Отавском декларацијом из 1986. године где се за здравље каже да је „извор

⁸Министарство здравља Србије (2013): Истраживање (EHIS) здравља становништва Србије. Основни циљ је био добијање описа здравственог стања популације и постизање највишег степена упоредивости резултата истраживања са резултатима у земљама Европске уније, а према дефинисаним, међународно усвојеним индикаторима.

свакодневног живота и да је концепт који наглашава социјалне и личне ресурсе, као и физичке капацитете. Спровођењем општих и специфичних мера, примарна здравствена заштита усмерена је на побољшање здравственог стања становништва како би обезбедила здрав и активн живот становништву и што дужу самосталност у активностима свакодневног живота. Примарна здравствена заштита пружа први и најчешћи вид контакта становништва са здравственом заштитом, близу је места становања и по цени прихватљивој за све. Мере здравствене заштите могу да се реализују групно или индивидуално са циљем унапређења здравља, односно промоције здравља и спречавања болести, благовремено откривање болести, лечења и рехабилитације.

У Отави (1985) је уведен термин „промоција здравља“ који обухвата „процес оспособљавања људи да повећају контролу и унапреде своје здравље“. Промоција здравља је базирана на: одржавању и порасту функционалних капацитета, одржавању и побољшању самозаштите и стимулисању социјалне мреже. Из документа Светске здравствене организације „Здравље за све-политика за XXI век“ проистичу издвојени циљеви, којима је потребно тежити како би повећали дужину здравог живота за све људе. Један од основних циљева, наведеног документа је да се „постигне пун здравствени потенцијал за све“. Здравствени потенцијал представља способност индивидуе да се одупре утицају фактора који ремете динамичку равнотежу, односно нарушавају здравље. Милер (1978) каже да је здравље стање динамичке равнотеже унутар организма и са околином. Примарни задатак индивидуалног приступа је јачање здравственог потенцијала и снажење организма, мотивацијом и повећањем знања о здрављу (WHO, 1998).

Промоција здравља је у функцији неговања и одржавања здравља и може да се реализује кроз индивидуални и приступ у заједници. Индивидуални приступ обезбеђује побољшање и одржавање индивидуалног потенцијала особе док приступ промоције здравља који се реализује у заједници, усмерен је на јачење срединских, економских, социјалних и техничких ресурса средине. Промоција здравља и неговање здравих стилова живота у ранијим фазама живота с једне стране као и ране интервенције специфичне интервенције за старије особе могу значајно допринети

одржавању здравља у каснијем периоду живота. Резултати истраживања (Sutton et al., 2016; Davis et al., 2015; Desrosiers et al., 2009; Noreau et al., 2004; Amarantos et al., 2001) указују да физичка и ментална активност, коришћење адекватне исхране и одржавање свакодневних животних активности и самосталности, имају снажан позитиван утицај на здравље. Упркос сазнањима науке и резултатима истраживања значају промоције здравља у многим земљама остаје релативно ниско на листи утврђивања приоритета примарне здравствене заштите.

Мере примарне превенције усмерене на ризико факторе, на унапређење нутритивног статуса, подизање свести о утицају физичке активности на здравље, унапређење менталног здравља, превенцију хроничних болести, имунизацију и друго су од посебног значаја што потврђује Давидовић када каже „фактори који утичу на старење у позитивном смислу укључују медитеранску храну, одређене стилеве живота, редовну физичку активност, и тако даље, док негативно на старење утичу нездраве стилови живота (Давидовић и сар., 2010). Превенција болести у старости омогућава и подржава активно старење. Пројектима превентивних садржаја, информисањем и едукацијом ојачава се и мотивише стара популација да преузима одговорност и иницијативу у решавању сопствених изазова везаних за квалитет живота.

Секундарна превенција у примарној здравственој заштити обезбеђује мере ране детекције болести, рану дијагностику, негу, ране интервенције ради раног откривања симптома или саме болести. Геријатријска медицина се бави организацијом лечења и збрињавања старих, посебно у домену раног откривања и лечења хронично оболелих. Без обзира што старост и болест у теоријском смислу речи нису синоними, истраживање Ерцега указује на придружена обољења код (99,5%) испитаника са хроничном срчаном инсуфицијенцијом и честу заступљеност коморбидитета у старој популацији (Ерцег, 2014) Савремени приступ организације заштите старих, поред лечења и медицинске рехабилитације подразумева и активно интердисциплинарно укључивање сродних научних области.

Применом традиционалног приступа базираног на лечење болести, решавање здравствених проблема и рехабилитацију (Давидовић и сар., 1996; Banerjee et al., 2015) који релизују здравствене службе, продужен је животни век човека. Иако стари претстављају најбројније кориснике услуга здравственог система, Шево и сарадници кажу да стари не добијају увек квалитет здравствене заштите какав заслужују (Шево и сар., 2009). На продужетак живота неспорно утиче више фактора, од бољих животних услова, преко васпитања за здравље до измена концепта приступа медицинских, биолошких, социјалних, психолошких, дефектолошких и других наука. У широј примени наведене науке сходно свом научном подручју за иреверзибилне промене „програма по коме старимо“ користе атрибут „биолошког сата“, „социјалног сата“ и друго.

Терцијална превенција примарне здравствене заштите има за циљ сузбијање и ограничавање последица болести, примену мера и поступака за поновно успостављање способности које су због болести изгубљене. Код оштећења и инвалидитета где није могуће успостављање функција користи мере подршке старој особи у адаптацији на специфичне услове и примењује концепт рехабилитације.

Нека од истраживања посветила су пажњу тематским целинама благостања, као значајног сегмента здравља, а и сама Светска здравствена организација дефинише „здравље као стање потпуног физичког, психичког благостања, а не само одсуство болести и неспособности“. Степт и сар. наводе значај три аспекта субјективног благостања за здравље: благостање (или задовољство животом), хедонистичко благостање (осећања среће, туге, беса, стреса, и бол), и благостање (осећај сврхе и смисла у животу) (Steptoe et al., 2015).

Познате су нам научне тврдње да животни незадовољство повећава ризик настанка болести, и истраживања доводе у везу незадовољство са депресијом, коронарним болестима, дијабетесом и др., а самим тим и са оштећењима и инвалидитетом. Ново је каже Лубомирска, да се може користити психолошко благостање као „заштитни фактор болести“ (Lyubomirsky et al., 2005) и Селигман предлаже да се позитивне интервенције користе као допуна традиционалним

здравственим приступима (Seligman et al., 2005). Стога поред физичког, менталног, социјалног здравља треба да говоримо и о субјективном доживљају здравља и функционалној способности старе особе (Шево, 2007). Здравље је свакако важан фактор квалитета живота али лична процена обојена субјективним проценама је неопходна, када говоримо о квалитету живота (Давидовић и сар., 2010; Barofsky et al., 2011; Урошевић и сар., 2015). У исто време, недовољно је подржана одговорност човека за здравље и његових расположивих ресурси да активно учествује у личној процени сопственог здравља.

Стратегија јавног здравља Републике Србије усмерена је на унапређења холицистичког приступа здрављу и идентификацији здравствених проблема⁹. У документима Светске здравствене организације (WHO, 2002) стоји тврдња да „људи који старе постају подложни болестима и инвалидитету“ а најчешће се као ризико фактори наводе „неадекватна исхрана, недовољна физичка активност, сиромаштво, социјална изолација и искљученост, повреде, развој незаразних болести, угроженост менталног здравља, злостављање и друго“.

Извештај о здрављу Светске здравствене организације садржи препоруке по којима деловање на детерминанте (фактори који утичу на здравље) здравља може бити далеко ефикасније него примена само традиционалног приступа базираног на лечењу болести или решавању здравствених проблема (WHO, 2008).

Из предходно наведених показатеља видимо неопходност да се здравствена заштита у Србији нађе пред реорганизацијом и прилагођавањем новим здравственим потребама становништва. Настоји се са једне стране да се продужи животни век становништва смањивањем броја болести и инвалидности, а са друге стране се захтева, примена програма очувања здравља, и функционалног капацитета и превенција болести код млађе популације. Примарна здравствена заштита би на тај

⁹Стратегија јавног здравља Републике Србије (2009 стр. 6): Становништво Србије оболева, прерано умире или бива онеспособљено услед болести и повреда које су значајним делом превентабилне, а водеће болести и повреде проузрокују заједнички фактори ризика као што су: пушење, неправилна исхрана, злоупотреба алкохола, физичка неактивност, гојазност, стрес.

начин утицала на реорганизацију здравствених служби које би уместо доминантно куративних интервенција акценат ставила на промоцију здравља и превенцију болести (Национална стратегија о старењу у Србији, 2006). Да би се дошло до очекиваних резултата нужно је пратити и проучавати здравствене потребе старих, њихову индивидуалну функционалну способност, интересовања и организацију слободног времена без обзира да ли се они налазе у ванинституционалном или институционалном облику живљења.

Квантитативна и квалитативна истраживања у здравственом систему, последњих година, дали су опсежну базу информација значајним аргументима о утицају ризико фактора на здравље, о значају превентивних и куративних мера спречавања настанка болести, и изнедрила корисне информације и препоруке о превентивним и куративним програмима у борби са болестима ове популације (Graham, et al., 2007; Давидовић и сар., 2005).

Међутим, изостају или је скроман број истраживања која су потребан значај дала старим особама и породицама старих, када се одређују приоритети подршке свакодневним животним навикама као базичним потребама старих¹⁰.

1.3. Мултидимензионална процена и рехабилитација старих

1.3.1. Мултидимензионална/мултидисциплинарна геријатријска процена

Процесом старења настају бројне промене на органима и системима које старе особе чине подложним настајању многих хроничних болести. „Старост није болест,

¹⁰ Истраживање (EHIS) здравља становништва Србије (2013, стр. 89 и 90): Нешто више од трећине старих у Србији (37,6%) је изјавило да има озбиљне тешкоће у обављању свакодневних кућних активности (припремање хране, лакши и тежи кућни послови, куповина и сл), а скоро сваки девети становник (11,1%) у обављању активности личне неге (облачење, свлачење, коришћење тоалета, купање, туширање и сл). Запажене демографске и социјално-економске разлике у вези са овим активностима су исте као оне које се односе на физичка и сензорна функционална оштећења. Неостварену потребу за помоћи при обављању свакодневних кућних активности имао је сваки пети (20,8%), а при обављању активности личне неге сваки седми (13,4%) старији становник.

али смањена виталност старог организма га чини подложнијим болестима“ (Давидовић и сар., 1998, стр. 20).

Медицина има одговор на део болести које може да лечи и излечи, али исто тако део болести и поред бројних научних достигнућа остаје непромењен и има утицај на ограничења оболелих, негативан утицај на функционалну способност и обављање активности свакодневног живота. У немоћи да једна научна област да свеобухватну процедуру о старењу, дошло се до процедуре назване „геријатријска процена“, схваћена као фаза у дефинисању потреба, формулисању њихове заштите, планирање неопходних мера, која је прерасла постепено у мултидисциплинарну односно мултидимензионалну процену здравља и функционалне способности старих (Манојловић и Јањић. 1999). Мултидимензионални концепт здравља указује на потребу сагледавања здравља као стања физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести. У тродимензионалном дефинисању здравља, Светска здравствена организација (2008) истиче значај функционалне способности и субјективне процене квалитета живота.

Давидовић и сарадници, сматрају да се „интердисциплинарном и интрадисциплинарном сарадњом одређује интервенција али и потреба да пружаоци услуга старим имају потребна знања и ближе сагледавају: 1) функционални статус-активности свакодневног живота и инструменталне активности свакодневног живота, 2) ментално здравље, 3) физичко здравље, 4) социјални статус, 5) економски статус, 6) услови околине и 7) тешкоће особа које пружају негу“ (Давидовић, 1998 стр. 80).

Старење је комплексан процес као и идентификација проблема који нарушавају здравље и ограничавају, слабе, оштећују или онеспособљавају функционалне способности старе особе. Сходно томе, процена захтева мултидисциплинарност и тимове стручњака различитих профила који прикупљене информације обједињују како би планирали одговор на потребе старих особа. Присутно је више орјентација у проучавању, примени поступака и процени стања старих особа мада се међусобно преплићу и допуњавају.

Мултидимензионална процена у *геријатријској медицинској пракси* је усмерена на процену и дијагностички поступак, којим се утврђују медицинске потребе, поставља дијагноза и терапијски поступци, спроводи рехабилитација и адекватно пружају здравствене услуге и друго.

Бројне су скале и инструменти који налазе примену у медицинској пракси за процену способности базичних и инструменталних активности свакодневног живота и пружање здравствене неге. Неки од њих су Кацов-ов индекс (Katz Index/ADL) и Лоутон-Бродијева скала (Lawton – Brody scale/I.A.D.L) (Graf, 2008; Hartigan, 2007). Свеобухватна мултидимензионална процена, укључује у тимове стручњаке других области и самим тим поред медицинског приступа истиче значај функционалне способности старих уз активно учешће старе особе у процени квалитета живота.

Ментално здравље старих процењује *геријатријска психологија и психијатрија са* тежњом да разлучи личну процену емоционалног стања, очекивано когнитивно функционисање, али и присуство симптома психијатријског обољења као и учешће у самопроцени емоционалног благостања¹¹. Мини-Ментал тест (MMSE) се користи као стандардизована ефикасна квантитативна метода да се прикупе информације о менталном стању старијих особа (Kurlowicz & Wallace, 1999) а за дијагностиковање афективних стања у употреби је Геријатријска скала депресије (Geriatric Depression Scale). Чести психијатријски проблеми старих су деменција и депресија, као и повезаност депресивности са соматским обољењима (Nair, et al., 2012; Урошевић и сар., 2010).

Пружање услуга старим особама корисницима социјалних услуга су базиране на *процени социјалног статуса*, од значаја је идентификација социо-економских, културолошких, материјалних и породичних прилика. Анкетама и интервјуима са

¹¹ Стратегија развоја заштите менталног здравља у Србији, (2007 стр.17): По подацима СЗО и истраживањима код нас, велики број старих особа има менталне поремећаје. (...) Неопходно је зауставити дискриминацију по годинама старости. Важно је промовисати аутономију као и могућности независног живљења старих и омогућити њихово учешће у свим значајним сегментима друштва.

старим особама и њиховим породицама социјални радник долази до информација потребних за врсту пружања услуга. Поред процене индивидуалних потреба старе особе важна је процена као и информације о интензитету и квалитету контакта са породицом и пријатељима, спремности породице да преузме бригу о свом остарелом члану, о организацији и могућностима услуга које пружају геронтолошке и геријатријске установе, могућности заштићеног становања, заједнице становања, сеоске куће као вид трајног смештаја, пансионери за смештај, сезонске прихватне станице за за старе људе из удаљених сеоских насеља, геронтолошки клубови и саветовалишта, дневни центри за старе људе и пензионере, клубови пензионера и инвалида рада, сервисне службе за пружање услуга помоћи и неге у кући.

У области специјалне едукације и рехабилитације у оквиру *соматопедске геријатријске процене* старим особама са оштећењем централног и периферног нервног система, оштећењем коштаног-зглобног апарата, хроничним обољењима, поремећајима моторичког понашања, код других инвалидних стања (сензорних, менталних и др.) стичу се услови обезбеђивања програма превенције, ране детекције, дијагностике, рехабилитације, едукације и интегралне рехабилитације.

Старе особе одласком у пензију завршавају своје радне активности и самим тим се налазе у ситуацији слободног времена. По потреби проценом свакодневних животних навика, интересовања, преосталих сачуваних капацитета дипломирани дефектолог-соматопед планира индивидуалну подршку у планирању слободног времена старих. Без обзира да ли живот проводе у ванинституционалном или институционалном начину живљења старе особе имају сачувану жељу да буду активни, и са соматопедског аспекта значајно је и могуће да се подрже у следећим областима: радно-окупационим, културно-забавним, према могућностима рекреативно-спортским, и друштвеним активностима (Стошљевић и сар., 1990).

Утврђивањем способности функционисања код хроничних болести психичког или соматског порекла процењују се физичко здравље старе особе на основу клиничке и субјективне процене здравља кроз квалитет живота особе. У процену

физичког здравља убрајају се процена обављања свакодневних животних активности, сензорно функционисање, покретљивост и друго. Процена физичке покретљивости (мобилности) за планирање физичке активности у соматопедској пракси је од посебног значаја за процењивање потреба старих и у те сврхе се користе „Упитник за процену стања и проблема остарелих особа“ којим се долази до потребних информација о планирању третмана и смештаја. За утврђивање функционалне способности старих у институционалним и ванинституционалним условима у употреби су инструменти „Crichton Royal Behavioural Rating Scale“ односно Кричтон скала и упитник „Тимска оцена аутономије“ (Стошљевић и сар. 2006).

1.3.2. Рехабилитација старих особа

Број онеспособљених, немоћних и старих лица свакодневно расте. Сваки појединац, а то је свакако и стара особа, је јединствено, целовито био-психосоцијално биће. Особине и потребе сваког појединца условљене су наследним и стеченим биолошким, психолошким, социолошким и духовним чиниоцима недељивим од услова околине у којој живи.

Аутори, Давидовић, Вукадинов, Дураковић износе да су „старе особе мање активне од младих те и последице физичке неактивности, хроничних болести, трауме локомоторног апарата и друго, доводе до смањења функционалних резерви а самим тим и до ограничења у функционисању“ (Давидовић, 1998 стр. 5; Дураковић, 2007 стр. 3). Самим тим лечење и рана рехабилитација је мера активности медицинске геријатријске рехабилитације. Организовану и програмирану праксу оспособљавања људи од тренутка детекције оштећења до укључивања у „нормалан живот“, можемо назвати рехабилитацијом. Термин рехабилитација је први употребио Ритер фон Бас¹² (Дефектолошки лексикон, 1999 стр. 325). Појам рехабилитација настао је од латинске речи "rehabilitatio" што значи поново успостављање ранијег, пређашњег стања,

¹² Ритер фон Бас (Ritter von Buss, 1884): „рехабилитација је оспособљавање инвалида за највише могуће ступеве физичке, психичке, стручне, економске и социјалне користи“ а у службену употребу је ушао 1922. године у САД.

враћање ранијег угледа у обичном свакодневном животу, политичком и друштвеном статусу. и друго. Рехабилитација није „буквално враћање“ анатомских и оштећења у смислу „*restitutio ad integrum*“ него успостављање најбољег функционалног стања према преосталим могућностима, побољшањем квалитета живота, подизањем пацијента на највишу могућу социјалну лествицу и спречавање настанка хендикепа (ограничења), трагањем за преосталим очуваним способностима, прилагођавање и прихватање специфичности живота до максимално могућег оспособљавања за животне активности.

Савремене методе у лечењу и рехабилитацији су динамичан процес рада стручњака различитих профила (лекара, психолога, социјалних радника, специјалних едукатора и рехабилитатора, медицинских сестара...) који могу у великом броју случајева да отклоне или учине подношљивим слабост/неспособност, да је смање и ублаже до могућег степена и да ослањајући се на уочавање способности превенирају ситуацију ограничења односно ситуацију хендикепа.

По Раску „Суштина и техника рехабилитације старих особа, у основи су исте као и у општој рехабилитацији, само што овде постоје модификације ради прилагођавања физиологији пацијента у годинама“ (Rusk, 1971, стр. 609).

У литератури аутори (Давидовић и Довијанић, 1998, стр. 543-552; Стошљевић, и сар., 1990, стр. 357-360; Rusk, 1971, стр. 609-616) код дефинисања, постављања циљева, задатака указују да рехабилитација треба да:

- помогне особи да научи да до максимума користи преостале способности и да на тај начин постане максимално корисна првенствено за себе, а затим за породицу и друштво;
- задовољи особи њене физичке, психичке, образовне и стручне потребе, помажући да води што самостални живот у границама сопственог инвалидитета, при чему користи што је више сопствене преостале способности;

- научи особу да до максимума користи преостале способности и да на тај начин постане максимално корисна првенствено за себе, а затим за породицу и друштво;
- смањи последице обољења или повреде, које би угрозиле или прете да трајно угрозе социјалну способност егзистенцију и самосталност онеспособљене особе;
- едукује особу како да најбоље подноси и живи са својим инвалидитетом, а да при томе живи пуним животом, односно да квалитет живота буде задовољавајући.

Рехабилитацију је дефинисао Стошљевић „као интердисциплинарни приступ инвалидној особи са циљем да задовољи њене физичке, психичке, образовне и стручне потребе, помажући јој да води што самостални живот у границама сопственог инвалидитета, при чему користи што је могуће више сопствене преостале способности“ (Стошљевић и сар., 1990, стр.1).

Рехабилитација по Дураковићу „негује холицистички и свеобухватни приступ болеснику с уважавањем свих тешкоћа особе уз судјеловање стручњака различитих профила са заједничким циљем рјешавања сложених тешкоћа свих врста неспособности“ (Дураковић и сар., 2007, стр. 510).

Амерички национални институт за старење 1989. године даје препоруке за функционалну процену у оквиру интегралне медицинске процене, где је рехабилитација целовит, систематски приступ унапређења квалитета живота и социјалне инклузије појединца.

У прегледном чланку о моделу професионалне рехабилитације након трауматске повреде мозга, Одовић пореди савремени концепт професионалне рехабилитације кроз холицистички програм рехабилитације и програм подржаног запошљавања кроз „коришћење медицинских, едукативних и професионалних мера(...) са посебним значајем когнитивног и неуробихејвиоралног, социјално-радног као и искуственог аспекта опоравка и рехабилитације“ (Одовић и сар., 2012). Износиће „аспекте професионалног рада специјалног едукатора и рехабилитатора у области соматопедије (...) у приступу особама са моторичким поремећајима“ аутор Николић

„одређује заједнички полазни принцип: откривање способности, на супрот упорном инсистирању на поправљању неспособности или, уз превазилажење лимитирајућих оквира био-медицинског модела ометености“ (Николић и сар., 2009, стр. 135-145).

Рехабилитација у геријатрији поред постављања дијагнозе, лечења и медицинске рехабилитације, поштујући интердисциплинарни приступ, укључује циљане мере усмерене према начину живота старе особе, већој независности, бољој социјалној интеграцији и квалитету живота, вишем нивоу самопоштовања и самоостваривања старе особе, док у научној области специјалне едукације и рехабилитације стиче значајног члана тима за остваривање програма едукације и рехабилитације старих због свега наведеног акценат треба ставити на промоцију стилова живота и ризико фактора са циљем превенције ситуације хендикеп.

1.4. Савремена разматрања о појму хендикеп

Хроничне болести данас су један од најзаступљених здравствених проблема старих особа. Број хронично оболелих је у порасту, као и број старих особа са другим врстама функционалних ограничења и инвалидности. Животни век старих особа се продужио захваљујући савременим достигнућима лечења и рехабилитације, међутим хроничне болести ипак остављају епизодно/пролазно или трајно оштећење, функционално ограничење или инвалидност. Процесом старења губи се биолошки резервоар капацитета. Ипак, капацитет се не губи у свим областима истим интензитетом. Тако на пример једна особа може да изгуби могућност покретљивости али да задржи менталне и социјалне капацитете и да има задовољство у обављању свакодневних животних навика. Адекватном проценом животних навика и интересовања и подршком особа може да функционише у складу са својим годинама и могућностима.

У свету и у Србији су различито дефинисани узроци, последице као и терминологија која дефинише „инвалдитет“, „инвалидност“, и „хендикеп“. Термин „инвалдитет (disability) је заједнички израз за велики број ограничења, где људи могу бити са индивидуалним физичким, интелектуалним и чулним оштећењима, лошим здравственим стањем или менталном болешћу. Оштећења, стања или болести

могу по својој природи бити трајна или пролазна“ (Центар за самостални живот инвалида Србије, 2003, стр. 11).

Хендикеп (handicap) по дефиницији Светске здравствене организације (1980) значи губитак или ограничење могућности учешћа у животу заједнице равноправно са осталима. „Хендикепирано лице је особа која услед органске, психичке или физичке ометености има проблема у социјалној и радно професионалној адаптацији у толикој мери да није у стању да их сама превазиђе и због тога њен хендикеп престаје да буде само њен проблем, већ поприма друштвене димензије“ (Дефектолошки лексикон, 1999, стр. 413).

Светска здравствена организација (WHO, 1980) дефинише инвалидност као ограничење или немогућност обављања активности на начин или у границама које се сматрају нормалним за људско биће и дала је смернице заштите инвалидних особа у заједници које су се заснивале на следећим принципима: многа оштећења могуће је спречити, особе не издвајати из природног окружења и живота, спречити обележавање њихове неспособности и њихово сврставање у групе мање вредних, дефинисање њихових преосталих способности и могућности укључивања у нормалан живот.

Међутим, у односу на узроке инвалидности, у пракси се сусрећемо са два модела приступа инвалидности: медицински/индивидуални модел и социјални модел. Медицински модел је фокусиран на индивидуалну патологију и узрок инвалидности сагледава и решава са једне стране у оквиру биомедицинског модела помоћу лечења док са друге стране у оквиру функционалног модела фокусиран на функционалне способности и развој медицинске рехабилитације. Рецимо, у оквиру медицинског модела инвалидност је сагледавана као проблем на индивидуалном нивоу личности, са индивидуалним функционалним ограничењима, где медицинска знања дефинишу лечење и негу. За разлику од медицинског модела „социјални модел приступа узроку инвалидности базираним на срединским чиниоцима и људским правим и види инвалидност не као битну карактеристику личности, већ као продукт

социјалног контекста и околине у којој се особа налази рачунајући и социјалне баријере“ (Пешић, 2006, стр. 13).

Ружичић је, на основу дефектолошког и медицинског речника и знања о моделима приступа инвалидности, инвалидност дефинисала као „стање привременог или трајног, делимичног или потпуног смањења физичких и/или интелектуалних способности услед наслеђеног, урођеног или стеченог обољења, оштећења, поремећаја, старости (често праћено смањењем могућности за социјалну интеракцију, рад и привређивање, што зависи од природе стања, саме особе, њеног непосредног окружења и друштва у коме живи), онеспособљеност, а инвалидитет као привремену или трајну физичку и/или интелектуалну неспособност“ (Ружичић, 2003, стр. 30 и 31).

Ради тражења одговора на последице које остављају хроничне болести Светска здравствена организација предложила је почетком 70-их година дефинисање приступа, од кога се очекивало да направи разлику између оштећења и његовог значаја на „функционалне и друштвене последице“ које оставља оштећење на човека.

Међународну класификацију функционисања, инвалидности и здравља–МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF) Светска здравствена организација објавила је 2001. године, којом је заменила Међународну класификацију оштећења, инвалидности и хендикеп-МКОНН (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH), која је понудила компоненте здравља и стања везаних за здравље и допуну потребних информација о „функционисању“ и увиду у свеобухватну слику о здрављу људи. У првом делу је класификација функционисања и онеспособљености док други део дефинише спољашње и личне факторе. Поред предходно наведеног, термини и дефиниције су замењене новим. Функционисање је генерички термин за функције тела, структуре тела, активности и учешће.

Српски превод Десете ревизије Међународне класификације болести (МКБ-10) усвојен је 2013. године, којом је учињена доступним употреба систерматизоване

ознаке дијагноза, обољевања и смртности становништва, што је само један део сагледавања болести, функционалних ограничења или инвалидности човека. Да није погодна за опис функционисања и онеспособљености и да не садржи здравствене интервенције и разлоге за посету здравственим службама, било је познато њеним доношењем.

Међународна класификација болести (МКБ-10) и Међународна класификација оштећења, инвалидности и хендикепа (ICIDH) помоћу понуђеног концептуалног оквира омогућавају употребу корисних информација за планирање, израду и спровђење здравствених превентивних програма ради ублажавања здравствених и социјалних тешкоћа и изналажења програма пружања потребне индивидуалне подршке старима.

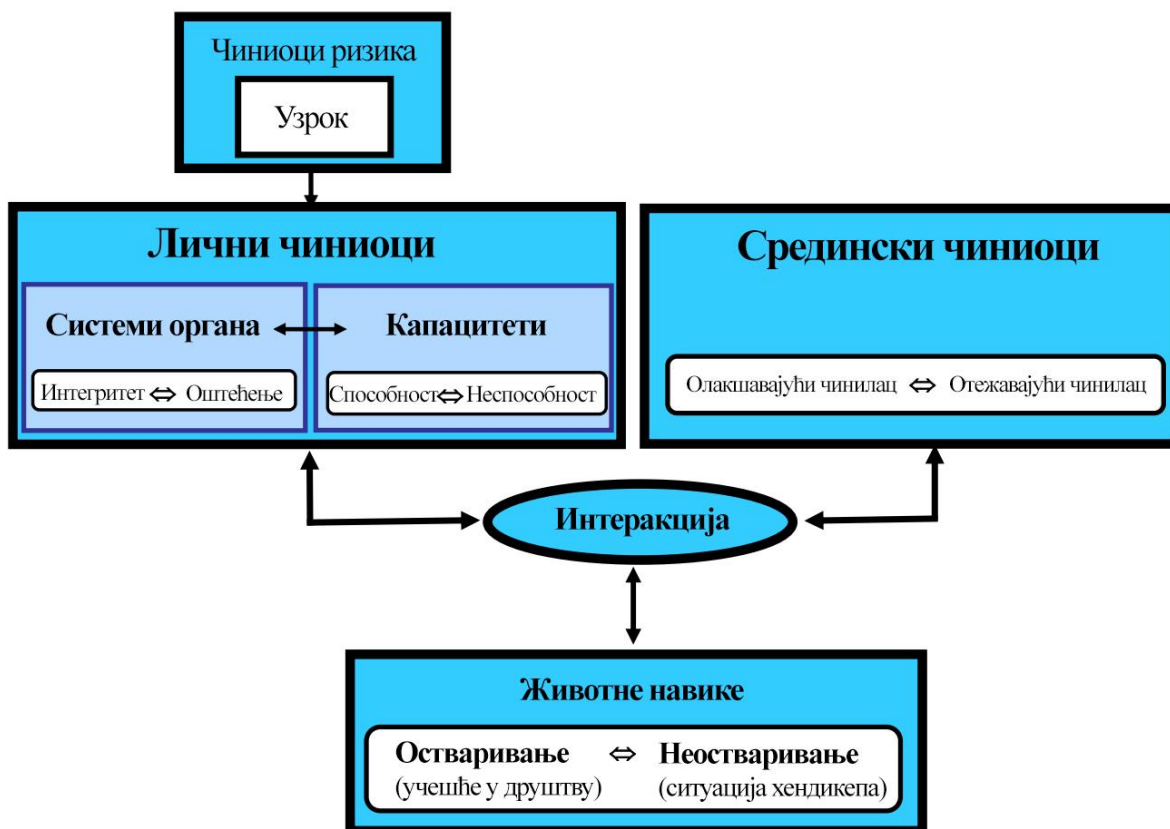
Феномен страња и последице хроничних болести захтевају ангажовање и израду активности које би болест превенирале или је учиниле подношљивом а живот старе особе квалитетнијим.

Република Србија се обавезала да ће „предузети ефективне и одговарајуће мере да особама са инвалидитетом омогући да постигну максималну самосталност, потпуне физичке, менталне, социјалне и стручне капацитете и потпуну укљученост и учешће у свим аспектима живота“ (Центар за самостални живот инвалида, 2006 стр. 15).

Изазов пред којим се налази научна област специјалне едукације и рехабилитације а у складу са циљевима Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији је активно учешће у развијању концепта процене способности и потреба ка био-психо-социјалном моделу инвалидности и да теоријски и практично да допринос у усклађивању стандарда националне класификације са међународним стандардима класификације функционисања, инвалидности и здравља.

1.4.1. Квебешка класификација – настајање ситуације хендикеп

На Међународну класификацију оштећења, инвалидности и хендикеп, се наставила Квебешка класификација „Настајања ситуације хендикеп“ (Слика 1) са намером да се укључе стручњаци и светске организације и истраживањима дају допринос помоћу усаглашавања термилошке и практичне научне мисли о оштећењима, инвалидности и хендикепу. Модел људског развоја омогућава разумевање динамике интерактивног процеса између личних (унутрашњих) чинилаца и срединских (спољашњих) чинилаца који одређују достигнућа у остваривању животних навика које одговарају старости, полу и социо-културном идентитету особе.



Слика 1. Настајање ситуације хендикеп: Модел узрока и последица болести, траума и других облика нарушавања интегритета и развоја особе INDCP/CSICIDH 1999.

На тај начин се први пут се димензија срединских чинилаца уводи у концептуални модел који илуструје однос између интеракције оштећења, инвалидности и срединских препрека и дефинише ситуација хендикепа као резултат ове интеракције (Fougerollas et al., 1999).

У овом контексту се не може болесном и онеспособљеном појединцу приписати статус хендикепиране особе. Прикладније је употребити израз да се налази у ситуацији хендикепа коју чини резултат специфичне интеракције између функционарних, бихевиоралних или/и естетских карактеристика појединца и социјалних фактора као што су доступност програма и служби подршке, позитивни социјални прописи, вредности и ставови друштва, еколошки фактори и технолошки развој друштва.

1.4.2. Настајање ситуације хендикепа

По дефиницији Квебешке класификације (Fougerollas et al., 1999, стр. 10) термин „настајање ситуације хендикепа,, узет је као синоним појаве или процеса који особу чини особу са инвалидитетом, а који је еквивалент појму „Process of Disablement“ у енглеском језику. Важно је разликовати општу појаву „неспособности“, од појма „ситуације хендикепа“, дефинисаног као мерење остваривања животних навика.

Почетком 90-их, Светска здравствена организација је почела са ревизијом Међународне класификације оштећења, инвалидности и хендикепа и у том процесу је признат значај интеракције између особе и њеног окружења у настајању ситуације хендикепа. У овом контексту, стара особа није неизбежно и у ситуацији хендикепа ако су услови средине преуређени, ако је обезбеђена друштвена подршка за задовољење потреба старе особе, са позитивним ставовима друштва и вођењем правилне политике према старим или/и онеспособљеним особама (Fougerollas et al., 1995; Noreau et al., 2000).

Ако се на ситуацију друштвеног учешћа гледа као на потпуно остваривање животних навика које је резултат интеракције између личних чиниоца појединца (очуван интегритет система органа и способности) и фактора средине (олакшавајућих или

отежавајућих), онда се ситуација хендикепа односи на редуковано остваривање животних навика, такође као резултат интеракције наведених фактора.

Суштина биомедицинског модела Међународне класификације оштећења, инвалидности и хендикепа Светске здравствене организације (WHO, 1980) је фокусирана на патологију и манифестације болести, док су личне варијабле личног идентитета (старост, пол, друштвено-културни идентитет) у интерактивном односу остваривања животних навика биле изостављене, односно недовољно обрађиване.

Квебешки модел настајања ситуације хендикепа „интеракцију“ дефинише као непрестани међусобни утицај три велике области: личних чинилаца, срединских чинилаца и животних навика (Fougerollas et al., 1999).

1.4.3. Чиниоци ризика

„Чинилац ризика чини обележје које припада појединцу или средини и којој се појединац налази, а може да прозрокује болест, трауму или на неки други начин угрожава интегритет и развој личности“ (Fougerollas et al., 1999).

Чиниоци ризика (Fougerollas, et al., 1999 стр. 35 и 38), који често стару особу доведе у стање болести или нарушавање интегритета и развоја, су:

- Биолошки ризици (Ризици који су везани за телесно функционисање особе)
 - а) Ризици од инфекција/бактерије, вируси, гљивице...
 - б) Ризици везани за здравствено и физичко стање/неправилна исхрана, физичка неактивност, хроничне болести, падови.
 - в) Ризици везани за развој особе/патолошко старење...
- Ризици везани за организацију друштва (Ризици везани за организацију друштва)
 - а) Друштвено-економски ризици/сиромаштво, неписменост...
 - б) Ризици везани за оргнизацију служби/социјална заштита, здравствена заштита...

- Ризици везани за индивидуално и друштвено понашање (Ризици везани за начин на који особа и њени ближњи, њена породица и друштво уопште делују или реагују.
- а) Ризици везани за обичаје и веровање/традиција, обичаји...
- б) Ризици везани за исхрану/понашање при уношењу хране.
- в) Ризици за хигијену/понашање које има за циљ очување здравља.
- г) Ризици везани за понашање саме особе/ непокретност...

1.4.4. Лични чиниоци

По дефиницији Квебешке класификације (Fougerollas, et al., 1999, стр.11) „Лични чиниоци одговарају обележијима која припадају особи, тј.обезјима као што су старост, пол, друштвено-културни идентитет, системи органа, способности, итд“. Личне чиниоце чине систем органа који имају за циљ заједничко функционисање и капацитети (интелектуални капацитети, говорно-језички капацитети, капацитети у понашању, чулни и перцептивни капацитети, моторни капацитети и други), односно способности да особе обављају неку физичку или менталну активност. Старење може да утиче на смањење наведених капацитета, али је и у синергизму са осталим личним и срединским чиниоцима.

Прегледом литературе уочен је значај, варијабли старост, пол, друштвено-културни идентитет, системи органа, способности, код описивања и тумачења и превазилажења ситуације хендикеп (Verbrugge & Jette 1994; Robine, et al., 1997; Stuck, et al., 1999).

1.4.5.Средински чиниоци

По дефиницији Квебешке класификације „средински чинилац је социјална или физичка димензија која одређује организацију и контекст једног друштва“ (Квебешка класификација, 1999, стр. 30). Ситуационе препреке подразумевају различите

препреке и тешкоће које могу постојати у спољашњој средини, а које могу значајно ограничити или отежати употребу ресурса.

Средински чиниоци могу да буду *олакшавајући* када у интеракцији са личним чиниоцима поспешује остваривање животне навике или *отежавајући* чинилац који делује на исти начин али спречава остваривање животних навика (Fougerollas, et al., 1999).

1.4.6. Животне навике

„Животне навике подразумевају обављање свакодневних активности и извршавање друштвених улога које вреднује појединац или његов социо-културни контекст, према његовим карактеристикама, а које му обезбеђују опстанак, развој и допринос у друштву, кроз цео животни век“ (Fougeyrollas, et al., 1999, стр. 13).

Табела 1. Номенклатура животних навика у складу са квебешким моделом

Свакодневне животне навике	Број питања
Исхрана	4
Стање тела-опште физичке активности	4
Лична хигијена-нега	8
Комуникације	8
Становање-одржавање домаћинства	6
Покретљивост	4
Одговорности	7
Међуљудски односи	5
Живот у заједници	2
Образовање	3
Запослење-учешће у активностима	2
Забава	3
	56

„Квалитет остваривања животних навика мери се на скали од пуног остваривања до потпуног неостваривања (ситуација хендикепа) Под ситуацијом остваривања животних навика подразумевамо ситуацију учешћа особе у друштву у пуном остваривању животних навика које је резултат интеракције између личних чинилаца (оштећења, инвалидности и других личних својстава) и срединских чинилаца (олакшавајућих и отежавајућих препрека). Ситуација неостваривања животних навика (ситуација хендикепа) одговара смањењу остваривања животних навика која је резултат интеракције између личних чинилаца (оштећења, инвалидности и других личних својстава) и срединских чинилаца (олакшавајућих и отежавајућих препрека)“ (Fougeyrollas, et al., 1999, стр. 31) (Табела 4).

1.4.7. Свакодневне активности по квебешком моделу

1. *Исхрана* се односи на навике везане за потрошњу хране и на навике везане за избор намирница које чине исхрану појединца, као што су планирање obroка, куповина хране, навика везана за припремање obroка. Конзумирање јела је навика за чије остварење је потребно коришћење помоћних средстава (тањира, чаша, ножева, итд.), манири за столом, као и узимање obroка ван куће, у ресторану или код пријатеља.

2. *Стање тела-опште физичке активности* се односи на навике везане за добру форму тела и духа. Обухвата следеће активности: одлазак у кревет, сан и спавање, побољшање и одржавање физичке кондиције, као и примену релаксације и техника за побољшање и обнављање духовног стања, као што су размишљање, смирење итд.

3. *Лична хигијена и нега* је навика везана за одржавање чистоће и неге тела, као што су купање, прање зуба, шминкање, одлазак код фризера, итд. Навике везане за превенцију, одржавање и обнављање личнога здравља, као што су узимање лекова, превијање, коришћење терапеутског материјала, посете лекару итд.

4. *Комуникација* се односи на навике особе везане за размену информација са другим особама или групама. Навике везане за размену информација помоћу гласа, гестова, мимике и тела, као што је конверзација са неком особом или групом, навике везане за писмену размену информација (писма, новине, књиге и коришћења компјутера) и навике везане за даљинску размену информација (коришћење радија, телевизије, рачунара итд) чине комуникационе навике.

5. *Становање-одржавање домаћинства* обухвата навике особе везане за њен стамбени простор и уређење стамбеног простора и чине је навике везане за уређивање стамбеног простора, одржавање стамбеног простора и његовог окружења (поспремање, тешки кућни послови, коришћење намештаја и друге кућне опреме и друго).

6. *Кретање*—покретљивост садржи навике везане за кретање на мањим и великим раздаљинама са или без превозног средства у непосредном окружењу. Навике везане за коришћење превозних средстава, као што је коришћење бицикла, аутомобила, аутобуса, брода, авиона, воза итд.

7. *Одговорност* се односи на навик у преузимања финансијске одговорности као и употребу новца, банковних картица, банкомата, израду буџета и његово поштовање, као и одговорности везане за финансијска права и обавезе. Навике везане за поштовање других, за грађанску одговорност. Навике везане за самостално збрињавање или збрињавање од стране друге особе, као иза збрињавање особа као што су деца, стари родитељи, браћа или сестре, супруг/супруга итд.,

8. *Међуљудски односи* су навике везане за односе са другим људима. Навике везане за присне односе између супружника и других као и породичне или пријатељске везе. Навике везане за односе које особа одржава са својим окружењем, као што су комшије итд.

9. *Живот у заједници* су навике везане за активности особе у њеној заједници, у друштвеним организацијама, као што су друштвени клубови, удружења,

добротворни рад и сл.)групе за заштиту права, политичке партије, итд. Навике везане за учешће у религиозним догађајима и практиковање верских обичаја.

10. *Образовање* чине навике везане за психофизички, интелектуални, друштвени и културни развој, образовање, доживотно образовање, учешће у курсевима, практичној обуци и друге врсте обучавања (едукације).

11. *Запослење-учешће у активностима* се односи на навике везане за основни посао који појединац обавља, односно учешће у активностима породице, Геронтолошког центра и дрго.

12. *Разноода-забава* су навике везане за рекреативне или друге активности које се упражњавају у току слободног времена у сврху задовољства и слободе. Навике везане за бављење индивидуалним спортом или играма, као што су карте, шах, томбола, видео игре, као и присуствовање спортским догађајима. Навике везане за бављење уметношћу или кутурним активностима, рекреативне активности и учествовање у туристичким активностима, одлазак на места забаве у окружењу или на друштвено-културне догађаје и друго.

Процењујући активности свакодневног живота долазимо до значајног дела функционалног статуса. Активности свакодневног живота које стара особа може самостално да обавља су значајан показатељ здравственог статуса и базично утичу на одржавање независности и учешће у породичним и друштвеним активностима. Промене у функционалној способности и оптерећене старењем могу да буду отежавајући чинилац на индивидуалном плану и значајан здравствени проблем.

1.5. Квалитет живота старих

Квалит живота је термин који заокупља интересовање широке јавности и научне заједнице која тежи да адекватно одговори на потребе човека. У литератури сусрећемо уопштавање термина квалитет живота од „задовољства да се води самосталан и нормалан живот“, преко „испуњености оствареним личним циљевима“, до „среће оствареним животним смислом“, што варира у зависности од личности,

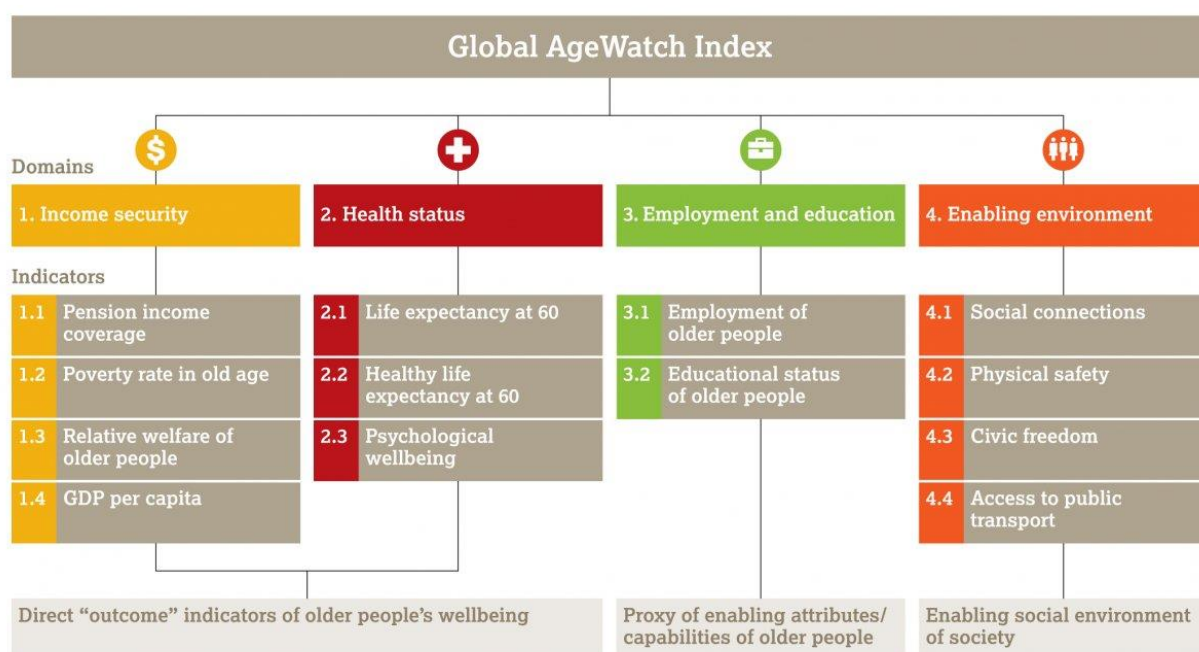
животних услова и начина на који човек схвата живот (Fayers & Machin, 2013; Давидовић и сар., 2006; Kane, 2001; Lawton, 1991).

Јањић и Нешић су, када говоре о квалитету живота старих пошли од чињенице да су физичка функција и ментални статус, непосредно здравствено условљени чиниоци квалитета живота, за разлику од социјалне функције која представља значајан аспект укупног квалитета живота, али није у склопу здравствено-релевантних функција. Због тога се квалитет живота не може јасно дефинисати, али је јасно да се не може изједначити са здрављем, јер је то много шири појам од здравља (Јањић и Нешић, 2006).

Квалитет живота процењује сам човек и самим тим процена је субјективног карактера. У литератури је присутан и термин квалитет живота у вези са здрављем (енг. Health Related Quality of Life–HRQoL), који се користи када је приоритет процене на здравственом стању и функционалној способности индивидуе.

Радна група за квалитет живота Светске здравствене организације (World Organisation Quality of Life Group, 1995) дефинише квалитет живота као „индивидуалу перцепцију појединца о његовој позицији у животу у контексту културе и система вредности у којој живе и у односу на њихове циљеве, очекивања, стандарде и интересовањима“. Када говоримо о квалитету живота, једно је сигурно, да га схватамо као шикори концепт кога чине димензије физичког и психичког здравља, материјална сигурност и социјални односи (WHO, 1993). Аналитички приступ квалитету живота захтева изучавање ширег концепта на који утиче физичко здравље особе, психолошко стање, ниво независности, друштвени/социјални односи, лична уверења и њихов однос према карактеристикама њихове животне средине. Није ретко да релативно стара, хронично оболела особа, задовољавајући своје потребе живи задовољавајућим, активним и садржајним животом. Старење и индивидуалност мењају хијерархију постављања приоритета задовољавања потреба, тако да самопоштовање, достојанство, контрола живота постају некада важнији за квалитет живота од физичког здравља код особа која процењују да успешно и активно старе.

Help Age International (2013) на основу првог истраживања о квалитету живота, објављује Глобални индекс старења који садржи информације о квалитету живота и добробити старих. Промовише свеобухватније разумевање ситуација / околности у којима стари живе. Глобални индекс старења је средство које садржи алат мултидимензионалности квалитета живота (сигурност прихода, здравствено стање, позитивне личне капацитете и позитивне елементе окружења) (Слика 2), као и уједначене методе прикупљања података и компаративних анализа старости и старења у деведесетједној земљи света (HelpAge International, GAWI, 2014). На основу Глобалног индекса старења 2013. године Србија је заузимала 64. да би 2015. године заузела 66. место.



Слика 2. Глобални индекс старења¹³

Значајна истраживачка питања у области медицинске, психолошке, социолошке науке као и научне мисли у области специјалне едукације и рехабилитације су свакако у оквиру квалитета живота и здравља везана за мултидимензионални концепт у смислу превенције, лечења и рехабилитације,

¹³ www.helpage.org/global-agewatch

процене и подршке физичког и менталног функционисања, начина остваривања животних навика у свакодневним активностима, слободног времена и улоге у животу које омогућавају развој особе и достојанство личности у друштву током читавог живота.

Лавтон и сарадници сматрају да „Квалитет живота у свакодневним активностима обухвата четири главна подручја: компоненту понашања (здравље, функционалну способност, сазнајну способност, употребу времена и друштвено понашање); психичко задовољство (ментално здравље, когнитивну процену општег животног задовољства, позитивне и негативне емоције и искуства у животној ситуацији); перцепцију квалитета живота (нпр. задовољство у кућним условима, лична сигурност) и објективну околину (физичка околина, услове живљења, економску ситуацију) (Lawton et al., 1995, стр.150-171). Утицај самопоштовања личности на процену и задовољство квалитетом живота, увидом у истраживање које је реализовала Урошевић и сарадници упућује на значај утврђивања предиктивних варијабли задовољства живота и на могућност планирања превентивних активности које могу бити значајна подршка активном старењу, јер низак ниво самопоштовања указује на мање задовољство животом код старих и недостатак спремности за активни живот у старости (Урошевић и сар., 2013).

На основу резултата истраживања 50 испитаника старих, Арсић и сарадници закључују „да подељена пажња има важну улогу у кретању и истовремено има и клиничке импликације због ризика од пада. Функционална независност представља меру достигнутог нивоа вештина неопходних за активности дневног живота. Повезаност квалитета пажње и функционалне независности старих, огледа се у коришћењу постојећих физичких и менталних способности које утичу на потпуну интеграцију старих у социјално окружење“ (Арсић и сар., 2013).

Према приступу Европског истраживања о квалитету живота, квалитет живота одликују животна ситуација појединца, објективно и субјективно мерење и мултидимензионални концепт¹⁴ (Lelkes, 2006).

Европско истраживање о квалитету живота (EQLS) реализује се сваке четврте године и нуди слику живота старог становништва у европским земљама¹⁵. Истраживање садржи широк спектар субјективних и објективних индикатора о квалитету живота. Истраживање EQLS (2012) у Србији је обухватало узорак од 1002 анкетираних, од тога 265 анкетираних старијих од 65 година. Обрађивана је проблематика утицаја здравља и здравствених услуга на квалитет живота старих у Србији. Упоређивања су вршена међу вршњацима Европске заједнице и резултати су показали ниже вредности процене квалитета живота старих у Србији у односу на старе у Европској заједници.

Из Извештаја Савета за питања старости и старења у Србији можемо видети да су „економске тешкоће и питање усамљености основни проблеми са којима се популација старих суочава у Србији¹⁶. Урошевић и сарадници су истраживањем усмереним на квалитет живота старих у руралној и урбаној средини у Србији, процењивали квалитет живота у вези са здрављем. Утврђена је статистички значајна позитивна повезаност између усамљености и година живота, материјалног стања, брачног статуса, живота са члановима домаћинства и остваривања социјалних контаката, док је негативна повезаност уочена између усамљености и образовања. На основу података наведеног истраживања можемо рећи да су у Србији усамљеније старе особе у руралној у односу на урбану средину (Урошевић и сар., 2015).

Национална стратегија о старењу (2006) у Србији, водећи бригу о здрављу и квалитету живота старих особа предлаже активности за унапређење здравља старих и

¹⁴ Lelkes, 2006. стр. 137: „Мултидимензионалност не захтева само опис неколико животних домена већ и стављање нагласка на међуодносе домена, обзиром на допринос који ти односи дају квалитету живота“

¹⁵ Европско истраживање о квалитету живота (EQLS)

¹⁶ Савет је формиран Одлуком о образовању Савета за питања старости и старења Владе Републике Србије 05 бр. 02-6699/2007 од 11.10.2007.године, објављене у «Службеном гласнику РС», бр. 93/07.

квалитет живота, које заузимају посебно место¹⁷. Стручна литература и академска заједница подстичу истраживања ка утврђивању мултидимензионалних индикатора квалитета живота старих.

1.6. Активно старење

Први међународни план везан за старење су 1982. године у Бечу презентовале Уједињене нације. Светска здравствена организација је дефинисала 1990-их година „активно старење“ као „процес оптимализације могућности за здравље, партиципацију и сигурност како би се појачао квалитет живота како људи старе“ (WHO 2002, стр.12). У Мадриду је 2002. године сачињена политика активног старења и усвојен Мадридски акциони план. За Европску годину активног старења и међугенерациске сарадње проглашена је 2012. година. Покренута је иницијатива Светске здравствене организације према појмовној одредници значења „активно,, која се односи на континуирано учествовање старих у друштву и уочавање културних, друштвених, економских и политичких доприноса старих у доношењу важних одлука. Мадридска декларација препоручује да је неопходно препознати способност старих становника да допринесу друштву не само узимајући улогу у свом бољитку, него и у друштву као целини (Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002).

Доношењем и применом наведене декларације старо становништво све ређе посматрамо као маргинализовану групу а све чешће као важан људски ресурс у друштвеној заједници. Европски парламент (2011) подсећа да „активно старење“ повећава могућност здравог живота, снажи потенцијал за физичку, друштвену и менталну добробит¹⁸. Чињеница је да политика активног старења подржава бољи

¹⁷ У Националној стратегији о старењу у Србији (2006, стр. 30) наведени су следећи циљеви: укључивање старијих лица у све облике одлучивања о њиховој болести и будућој бризи о здрављу, промовисање доброг здравља и здравих животних навика у трећем добу, предузимање активности у превенцији болести, редуковање смањене функционалне способности, подстицање и максимализовање животне независности, подршка старијим лицима у њиховим домовима, очување достојанства, аутономије и односа поштовања према старијим лицима.

¹⁸ Европски парламент - Концепт активног старења-Одлука 940/2011/EU позива на следећу дефиницију активног старења Светске здравствене организације: Активно старење је „процес којим се повећавају могућности за здрав живот, учествује у друштву и сигурност с циљем побољшања квалитет живота

квалитет живота, позитиван приступ здрављу, дугорочној нези, свакодневним животним и културним активностима, поспешује дужи самостални живот, подстиче индивидуалну одговорност за здравље (...) али и предузимање мера на општем, друштвеном нивоу, против социјалне искључености, сиромаштва старих...итд. Државама чланицама Европске Уније Европски парламент у оквиру великог броја Агенди даје препоруке да програмима и системима здравствене и социјалне заштите подрже политику активног старења и усмеравају активности на значајне области: на развој старе особе, унапређивање квалитета живота и формирање адекватног окружења за старе (Европски парламент, 2011).

Активно старење, Светска здравствена организација протежира као сложенији појам од „здрог старења“ или „успешног старења“, и дефинише активно старење као процес коришћења шанси физичког, социјалног и менталног благостања целом животном току, продужавањем живота у здрављу и продуктивности као и квалитетног живота у старим годинама (WHO, 2002). Документи Светске здравствене организације који тематски обрађују феномен старења као и Национална стратегија о старењу у Србији која је у складу са њима, представљају „здрог старење“ у оквиру процеса стварања адекватних прилика за очување физичког, друштвеног и менталног здравља како би се омогућило старима, да без дискриминације, активно учествују у заједници и како би били у прилици да воде независан и квалитетан живот¹⁹. Волкер (2002) препознаје да стратегија активног старења даје могућности бољег разумевања животног циклуса човека и омогућава старима у каснијим годинама живота могућност утицаја на каријеру, здравље и

како људи старе. Активно старење омогућава људима да остваре свој потенцијал за физичку, друштвену и менталну добит током живота те да учествује у друштву, истовремено им пружајући одговарајућу заштиту, сигурност и бригу када им је то потребно. У складу са тим промоција активног старења захтева вишедимензионалан приступ, учествовање и континуирану подршку свих генерација”. Активно старење широк је концепт те није ограничен само на то да људи буду дуже запослени. Повезан је с неколико подручја политике као што су пензије, здравље и здравствена нега, запосленост, информацијска и телекомуникацијска технологија, промет, доступност итд.

¹⁹ Национална стратегија о старењу у Србији: „Здравствену и социјалну заштиту, тржиште рада и образовање, ускладити са демографским променама - како би се створило друштво сва животна доба, које посебно тежи да задовољи потребе и ослободи неискоришћене потенцијале старијих људи“.

добробит (Walker, 2002). Другим речима, на микро нивоу нуди оптимално коришћење људског потенцијала/капитала, док на макро нивоу стратегија активног старење може да помогне да се изгради одрживи систем социјалне заштите.

Давидовић каже да је „успешно старење“ мултидимензионално, и подразумева одсуство болести и неспособности, очувану менталну и когнитивну функцију, и стално ангажовање у социјалном и продуктивном смислу“ (Давидовић и сар. 2006, стр., 61). На тродимензионалност концепта активног старења указује и Стенер и сар. кроз повезаност између здравствених могућности и квалитета живота; партиципације, (односно повезаношћу активности човека са запошљавањем, образовањем, политиком, уметношћу и религијом) и сигурности (односи се на активности којима се осигурава заштита, достојанство и брига о човеку) (Stenner et al., 2011).

Аврамов и Маскова (2003) су мишљења да „активно старење“ подразумева постојање политике која подржава старење кроз решавање питања запошљавања, здравља, одмора, слободног времена и социјалне кохезије старих.

Значајан допринос сагледавања дефинисања активности у оквиру концепта активног старења дало је истраживање старих у Великој Британији и аутор Стенер (Stenner et al., 2011) износи да старе особе физичке, когнитивне, психичке, социјалне активности не посматрају изоловано већ јединствено.

С циљем да утврди перцепцију и приоритете потреба и ограничења у реализацији активног живота старих особа и направи компарацију са литературом о активном животу старих, Болвинг примењује истраживање на 337 британаца преко 65 година. Саопштени резултати истраживања, обавезују истраживаче и практичаре, јер стари приоритете и значај за активан живот перципирају и оцењују у активностима везаним за одржавање физичког здравља и функционисања (43%), слободном времену и друштвеним активностима (34%), менталном функционисању и активностима (18%) и друштвеним односима и контактима (15%).

Наведено истраживање је показало, да је трећина испитаника „врло активна“, половина „прилично активна“ док су остали „неактивни“ (Bowling, 2008).

Анализирајући литературу која се бави термилошким одредницама „успешног старења“ и „квалитета живота“ долазимо до закључака о термилошком преклапању наведених термина али исто тако они који су се бавили старима предлажу активности ка подизању квалитета живота старих као крајњу одредницу активног старења.

Информацијски центар ЕУ-а у Хрватској је европску 2012. годину активног старења и међугенерациске сарадње промовисао у оквиру три области: запошљавања старих, учешћа старих у друштву и промоцији што дужег самосталног живота старих²⁰.

У Србији је Градски завод за јавно здравље у Београду у оквиру Канцаларије за здравље старих 2008 и 2014. године је промовисао активно старење где здравље старих има следеће циљеве: успостављање координације свих сегмената здравствене заштите намењених овим групацијама, побољшање функционисања постојећег система здравствене заштите за ове групације, промовисање здравља и конституисање модела који би био одржив у осталим регионима Србије²¹.

Када је Европска комисија предложила да 2012. година буде проглашена “Европском годином активног старења”, требало је да помогне у креирању бољих могућности за запошљавање и радних услова за све већи број старијих људи у Европи, да им омогући да буду активни чланови друштва, са обезбеђеном социјалном интеграцијом. Предложена Европска година активног старења требало је да послужи као оквир за подизање свести о значају подршке популационој групи старих који рапидно расту и мењају демографске миљоказе, са индивидуалним потребама на које је важно одговорити подршком активног старења на индивидуалном нивоу, а затим и на друштвеном.

²⁰ Информацијски центар ЕУ-а у Хрватској www.delhrv.ec.europa.eu

²¹ Градски завод за јавно здравље Београд, Канцаларија за здравље старих „Водиче за активно здраво и продуктивно старење“ доступно са: www.zdravlje.org.rs/

1.6.1. Поддршка активном старењу на нивоу друштвене заједнице

Поддршка активном старењу на нивоу друштвене заједнице се обезбеђује подршком у областима политике која се реализује у неколико значајних области: законодавству; пензионом систему; здравственој и социјалној заштити; специјалној едукацији и рехабилитацији и другим значајним областима; развијањем институционалног и ванинституционалног вида збрињавања старих.

Република Србија је феномену старења приступила уређивањем законодавства као и доношењем Националне стратегије о старењу, 2006.године. Стратегија је израђена у складу са препорукама и обавезама Мадридског међународног плана акције о старењу и са Стратегијом за смањење сиромаштва у Србији. Поред законодавних обавеза Национална стратегија о старењу је испоштовала препоруке стручне јавности и закључке VI Геронтолошког конгреса Југославије (2002). Национална стратегија о старењу је своје циљеве, кроз планирани акциони план требало да реализује у периоду од 2006 до 2015-те године.

Нема сумње да се у последњим деценијама код нас у законодавном смислу траже и нуде могућа решења по питању старења становништва. Од евалуације примењене Стратегије о старењу се очекују смернице за наредни период стварања услова за подршку активном старењу становништва Србије. Пензиони систем једне земље је повезан са демографским карактеристикама. Становништво Србије је позиционирано као изузетно стара популација, са тенденцијом пораста старих. Док са једне стране број пензионера расте, са друге стране цивилизацијским напретком продужетка животног века расте и дужина пензионерских година, што свакако оптерећује државне фондове. У транзиционој (сиромашној) земљи у развоју каква је Србија, пензије нису велике, те су пензионери нешто сиромашни од остале сиромашне популације.

Предмет нашег истраживања нема амбиције да дубље анализира правце нужног реформисања дугорочног пензијоног система Србије и разматра опције за његово унапређење, међутим можемо да уочимо примену дела препорука Резолуције

активног старења Европског парламента и предузетих мера у Србији као што су: реформа пензијоног фонда, подизање старосне границе за одлазак у пензију и запошљавање после одласка у пензију, социјалне пензије као мера борбе за смањење сиромаштва, оснивање инвестиционих фондова за финансирање пројеката који подржавају активно старење и друго.

Систем здравствене заштите, посебно примарна здравствена заштита је од изузетног значаја за становништво једне државе, а нарочито старе популације. Мерама на унапређењу здравља у оквиру Домова здравља здравствени радници поред промовисања здравих стилова живота, пружају здравствене услуге лечења у кућним и институционалним условима (Домовима за старе, Геронтолошким центрима, Центрима за стара лица, установама за продужену негу старих - сестрински домови и др.) збрињавања старих²². Од посебног је значаја развој геронтолошких и геријатријских служби које активно подржавају превентивним, терапијским и рехабилитационим програмима здравствени статус старих лица као и континуирана едукација здравствених радника из области едукације о здрављу старих лица и подршци породица старих.

Систем социјалне заштите је укључен у директно обезбеђивање и јачање постојеће социјалне инфраструктуре од центара за социјални рад, преко установа за смештај корисника. Од користи би био развој патронажних служби за пружање социјалних услуга старим особама у ванинституционалном облику становања.

Демографски трендови пораста старих у општој популацији намећу неминовност препознавања старих у групи потрошача са специфичним потребама и интересима. То свакако захтева да тржиште буде прилагођено и снабдевано производима у складу са специфичним потрошачким потребама старих. Друштвима без „дизајна за сва доба“ намећу се ситуационе препреке и тешкоће које могу

²²Национална стратегија о старењу у Србији (2006-2015): Адекватан одговор здравственог система на изазове старења становништва, укључујући и најстарије особе са инвалидитетом, заснива се на активностима усмереним ка унапређењу здравља, спречавању болести, физичкој и менталној рехабилитацији и палијативном збрињавању. Имајући у виду да је унапређење и одржавање здравља становништва засновано на интерсекторском приступу, сви сектори имају одређену одговорност за здравствене последице својих развојних политика.

значајно ограничити или отежати социјалну партиципацију старих и водити их у ситуацију хендикепа²³.

На део позитивног/стимулативног окружења, и незнатан део социјалних подстицајних социјалних чинилаца активног старења могу само делимично да утичу стара лица, али једно је сигурно, доминантну улогу свакако има друштво са владиним и невладиним сектором.

Континуирана реализација активности на нивоу државе требало би делујући на отежавајуће срединске чиниоце да пружи квалитетан, сигуран и достојанствен живот старој особи и обезбеди ситуацију да стари буду што је дуже могуће самостално и функционално у породичном окружењу, финансијски независно уз пуну интеграцију и партиципацију у друштву.

1.6.2. Поддршка активном старењу на индивидуалном новоу

У новијој литератури уочљиво је да када се дефинише процес старења као нормално опадање функција, које није угрожено болешћу, начином живота као и личним и срединским чиниоцима који компромитују начин живота долазимо до модела нормалног/физиолошког старења. Сантрок се залаже за самодефинисање самих особа, као основни критеријум одређивања саме старе особе у односу на старење. По њему, стара особа која се физички и ментално осећа здравом, без обзира што има више од 65 година, се налази у фази „здрог старења“, „успешног активног“ старења и ми је нећемо назвати старом особом. Квалитет живота, поред здравственог стања појединца, свакако зависи и од саме личности, њеног вредносног система и услова где и како стара особа живи (Santrock, 2009).

Човек је активно биће чији је живот под утицајем сврсисходних активности. Користећи своје потенцијале, човек је у стању утицати на своје здравље, на своју

²³ Извод из Политике старења UN: Развој „дизајна за сва доба“ треба да обухвати све области живота: јавни превоз, просторно планирање, становање, информационо комуникационе технологије, услуге од општег интереса као и робе и услуге који су у редовној понуди нпр. конципирање и уграђивање рампи које могу да користе особе у инвалидским колицима...

физичку и друштвену околину. Људски живот укључује процес континуираног стицања вештина. Свест о активном животном стилу живота старијих, било би добро да имају и чланови њихових породица, родбина и други који о њима брину, највише због тога да би их на те активности подстицали. То је начин да млађи помажу и себи и припремају се да боље разумеју своје наредне животне фазе и сопствену старост. Активно старење по Бонду и Корнеру подразумева и препознавање: људских права старих, интересовања, принципа независности, партиципације, достојанства, самопомоћи, самоиспуњења. Бонд каже да су потребни програми који препознају потребу старих као и мотивисање и подстицање старих, који ће омогућити спрегу личне одговорности, подстицај средине и међугенерациску солидарност (Bond., & Corner, 2004).

Шта може да уради стара особа како би преузела личну одговорност и превенира сопствену ситуацију хендикепа?

Брига за сопствено здравље, треба да је присутна у свим животним етапама, али је посебано изражена у интересовањима старих особа. Ниво знања, мотивације, вредносног система, уверења и досадашњег понашања у вези са здрављем у досадашњем начину живота, омогућава разумевање садашње и будуће праксе одржавања здравља и решавање евентуалног здравственог проблема. Како се особа осећа, како процењује своје здравље и свест о ризико факторима за које сматра да су одговорни за евентуално нарушавање здравља, полазна је основа за израду подршке за побољшање стања или евентуалног задржавања постојећег здравственог стања и израду програма промене стила живота и едукације за самопомоћ и усмеравање према здравственим службама, ради контроле здравственог стања и евентуалног лечења. Исхрана је базична животна активност/навика. За добро здравље, независност у функционисању, отпорност организма велики значај има исхрана и стање ухрањености.. Наведене болести као што су анемија, потхрањеност, угојеност, констипација и друго, везани су са начином исхране и то наводе следећи аутори (Васиљевић и сар., 2010; Давидовић и сар., 2010; Rosenberg & Roberts 2006; Simpson, et al., 2005; Amarantos, et al., 2001). Препорученом врстом исхране може се утицати

на ризик настанка болести али и на настанак и развој хроничних болести које воде ка убрзаном и патолошког старења.

Физичка активност, покретљивост (мобилност) је предуслов здравља, а по Веберу је од посебног значаја за активно старење и квалитет живота старих (Webber et al., 2010). Старење и патолошки процеси могу негативно да утичу на способност кретања и обављања неких физичких активности. Старе особе постају спорије, спретност и способност извођења финих манипулативних вештина је умањена као и снага и издржљивост, брже се замарају, активности где је потребно да буду удружене више функција је угрожена, треба им више времена за обављање свакодневних активности. Физичка активност захтева међусобни однос нервног, коштаномишићног, кардиоваскуларног, респираторног система и других система. Тако, губитак вида значајно ограничава кретање старе особе, респираторне и кардиоваскуларне болести доводе до ограничења у издржљивости и битно онемогућавају, ограничавају стару особу у кретању и обављању животних активности и др. (Drewnowski & William, 2001; Westerterp & Meijer, 2001).

Од геријатријске процене, као што су: да ли стара особа зна значај редовне физичке активности, има ли навику редовног кретања и физичког рада у кући, да ли вози бицикл, вежба, ако не зашто и има ли жељу да се укључи у неки програм и друго и благовременог информисања даје старој особи шансу да преузме одговорност у активностима које позитивно утичу на њен функционални и психосоцијални статус а мултидисциплинарном тиму даје могућност за интервенције очувања преосталих капацитета старе особе.

Током последњих година уочена је експанзија истраживања и научних радова на тему старости и старења са тежњом да се дође до индикатора позитивног погледа на живот у старости значајног за активно старење. Преузимање одговорности за активно старење на индивидуалном нивоу зависи од стилова живота, преосталих капацитета, али данас се зна да је од посебног значаја за здравље и благостање по Селингену (Seligman, et al., 2000). У оквиру позитивне психологије постоје више различитих приступа у дефинисању концепта благостања, један износи Степт и

сарадници деле благостање на: задовољство животом, осећање среће, и осећај сврхе и смисла у животу и истиче значај самопроце незадовољства и његов утицај на живот и на здравље људи (Stephens, et al., 2015). Кејс је тражећи концепт за ментално здравље изнео предлог да се благостање дели на: хедонистичко, еудамонистичко и социјално благостање (Keyes, 2005).

Када говори о самопоштовању старих Мојсиловић и сар., кажу: „Људи са високим самопоштовањем обично су његовани, одржавају добар положај тјела, имају усправно држање и ход (...) и имају емоције прикладно ситуацији. Људи са ниским самопоштовањем често се доимају незаинтересованима, делују запуштено, могу се вући и ходати погрбљено, комуникација са другима је ограничена“ (Мојсиловић и сар., 2006, стр. 490). Фактори који негативно утичу на самопоштовање и задовољство су слабљење физичких функција, губитак самосталности у обављању животних активности, губици драгих особа, усамљеност, сиромаштво, невољни смештај у институционални облик живљења и друго. Урошевић и сарадници из реализованог истраживања о самопоштовању старих су закључили да самопоштовањем појединац одржава став (не) прихватања себе, што указује на ниво уверења појединца у властите способности као и данизак ниво самопоштовања указује на мање задовољство животом код старих и недостатак спремности за активни живот (Урошевић и сар., 2013). Могућност утврђивања предиктивних варијабли задовољства живота упућује на могућност планирања превентивних активности које могу бити значајна подршка активном старењу, и указују на важност интердисциплинарног приступа старим особама (Урошевић и сар., 2015; Урошевић и сар., 2013; Шево, 2007; Lyubomirsky et al., 2005; Seligman et al., 2005).

Крстић-Јоксимовић и Мухић истраживањем задовољства живота старих особа долазе до резултата о присуству квалитативних разлика међу старима, са високим степеном задовољства старих са најближим особама и бављењем свакодневним активностима (Крстић-Јоксимовић и Мухић, 2013). Одговорност за активно учешће у животним активностима отвара могућност старој особи да утиче на квалитет свог живота.

Слободно време је предмет проучавања више научних дисциплина. Француски истраживач слободног времена Думаздијер дефинише слободно време и каже: „Слободно време је скуп активности којима се појединац по својој вољи може предати, било да се одмара или забавља, било да повећава своје образовање или стваралачку способност“ (Dumazedier, 1962, стр. 29). Тако Думаздијер дели функције слободног времена на: одмор, разоноду или забаву и развој личности. По Каплану свака активност може бити доколица и она није одређена садржајем, већ односом који појединац одржава с том активношћу (Kaplan, 1961). Рот и Хавелка (1973) су на основу истраживања предложили поделу активности слободног времена на: физичко-рекреативне активности; активности пасивног одмора; алтруистичко-педагошке активности; културно-естетске активности; мануелне активности; религијске активности; хедонистичке активности и образовне активности. Са соматопедског аспекта живот остарелих лица треба организовати по Стошљевићу испитивањем интереса и према тим захтевима организовати њихов „радни дан“, који треба да буде угодно и корисно испуњен (Стошљевић и сар., 1990).

Када говори о старењу Савићевић каже: „да се мора променити филозофија о старењу и уважити следеће чињенице: да старост не значи истовремено и болест; да пензионисање не значи потпуно дезангажовање и потпуну неактивност; да је сваки станар дома индивидуа за себе и то са аспекта година, здравља, образовања, културе живљења, навика, мотивације за даље ангажовање, интертесовања, потреба и др.; да код већине старих постоји потреба за припадањем и поштовањем; да комплетан живот у дому буде заснован на интеракцијском деловању, где се станар дома појављује као субјекат али и као објекат активности“ (Савићевић, 2004, стр. 33 и 34).

Из увида у наведено можемо закључити да слободно време управо даје бројне могућности за остваривање личног развоја, прилагођавање на старост, избор договарајућих активности и уопште израду општих програма у институционалном збрињавању старих као и индивидуалних модела подршке у ванинституционалном виду живота старих.

Усмеравајући пажњу на максимално развијање преосталих потенцијала, отварамо могућност адекватне подршке старој особи, што ће јој омогућити

продужетак одржавања самосталности, а породици остарелих да и даље буде важан извор помоћи и подршке. Одржавањем капацитета, самосталности у обављању животних навика и функционалних способности свакодневног живота као базичној основи независности особе остварају сигуран и достојанствен живот, самостално и функционално у породичном окружењу.

Ваниституционални облици, пружају могућност старима да што дуже функционишу у свом природном окружењу, па на тај начин значајно доприносе очувању здравља и квалитета живота у старости. Ово је разлог да се и даље ради на унапређењу ваинституционалних облика збрињавања уз фаворизовање и обезбеђивање подршке у кућном лечењу и нези.

Када се стара особа определи за живот у институционалном виду збрињавања и поред задовољавајућих услова за живот, потребно је унапређивање и одржавање функционалне способности, кроз програме здравих стилова живота, одржавање физичких активности, побољшање комуникације и другим мерама здравствене и социјалне заштите.

Најшире посматрано индивидуална подршка активном старењу требало би да буде усмерена и на укључивање старих у форуме где се одлучује о програмима подршке старењу, промоцији здравља и превенцији болести, рехабилитацији и стимулисање одрживе животне независности, поштовањем достојанства, аутономије и интересовања старих.

1.6.3. Комуникација са старим особама

За комуникацију Хеп каже да је процес слања и примања информација између две или више особа и представља једну од најважнијих компоненти људског развоја, али исто тако и један од најсложенијих и најосетљивијих простора међуљудских односа (Неар, 2006). Пот и Радоњић за комуникацију кажу да је саставни део сваког контакта међу људима и један је од услова сваке заједничке акције. Таква (социјална) акција или интеракција без комуникације не би се могла ни остварити јер свака интеракција захтева реаговање једног учесника на понашање других (Пот и Радоњић,

2004). Начин живота доводи до ређих комуникација старих са члановима породице, пријатељима и комшијама, што доводи до губљења ауторитета, аутономије, изолованости и усамљености (Noll et al., 2016). Усамљеност на социјалном плану доводи до гашења интерперсоналних веза и контакта у животу, немогућност уклапања у групе, социјално отуђење од другог људског бића и др. (Митић и Станковић, 2006; Марић, 2000). Традицију помагања старима обележава најчешће став „старима помажемо“ и „доносимо одлуке уместо њих“. Снаге сваког појединца и могућности за ангажман варирају, те их треба активирати и мотивисати. Од изузетног је значаја у планирању поступка у раду са старима, да се стара особа слуша и укључи у решавање сопственог проблема. Код старих који су „ физички и ментално очувани“ присутна су сећања, која могу позитивно да појачају осећај сопствене вредности, идентитета и поверења у сопствене способности, као и повезаност добрих дешавања у животу, што свакако може и треба да се искористи као један од видова подршке активностима у старости. Здравковић када говори о асертивном праву каже: „Умешност чувања сопствене независности у неизбежном окружењу других људи једно је од асертивних права, које особи осигурава складно место и равнотежу у животу“ (Здравковић, 2010, стр. 27)²⁴. Стицањем асертивних вештина комуникације (самопотврђивања, самопоуздања, самопомоћи, самозаштите) старе особе стичу вештине које могу да користе у свакодневном животу, да конструктивно изразе своје мишљење, превенирају ситуацију хендикепа.

1.6.4. Доживотно учење

Прелаз из зрелог доба у старост у први план ставља преусмеравања ангажовања, у коме се стицањем знања ради на напуштању досадашњих улога или замене старих, новим улогама. Подржавање личног развоја појединца за успешно прилагођавање, осећај социјалне сигурности и здравља у старости, може бити

²⁴ Асертивност- Вештине владања собом: „Слободно изражавање сопствених мисли, ставова и осећања чини човека слободним. Право да призна сопствено незнање и промени мишљење чини га мудрим.(...) Право да задовољи своје потребе и амбиције, а да не задовољава туђе ирационалне потребе и амбиције, чини га задовољним. Право да користи сва права која му, по природи ствари, припадају чини га испуњеним, оствареним и срећним“.

садржај доживотног учења. образовање и обука за старе има циљ да понуди могућност за креативне и слободне активности, чиме се стварају услови за нове амбиције и нове перспективе у друштву. У складу са тим, образовање за треће доба може се посматрати као инструмент социјалне интергенерације. По Трнавцу „образовање одраслих је настало као образовна активност компензацијског карактера, да би се разлило у широки спектар васпитно-образовних и културних активности које доприносе свестраном и континуираном развоју личности и треба да задовоље њихове потребе у сфери(...) слободног времена и рекреације“ (Трнавац, 2013 стр. 136 и 137). Израда општих и индивидуалних програма ствара могућност старима испуњење жеља и интересовања за новим знањима и вештинама која раније нису остварили, најчешће због недостатка времена и ниског образовног статуса. Наиме, популација старих у Србији је са неповољном образовном структуром. Велики број старих људи у Србији је без елементарне писмености и потпуног основног образовање те уважавајући њихову социјалну и старосну разноликост, корисно је развити програме обуке, курсеве, програме самопомоћи и доживотно образовање. Поред наведеног, начин подржавања личног развоја одраслих у Републици Србији у оквиру Стратегије развоја образовања одраслих подразумева и могућност запослења, остваривања веће зараде, стицања независности, обављања квалитетнијих послова, одржавања здравља и активности (Стратегија развоја образовања одраслих у Републици Србији, 2007).

1.6.5. Волонтерски рад

Волонтирање је „добровољно пружање услуга или обављање активности од општег интереса, за опште добро или за добро другог лица” (Закон о волонтирању, „Службени гласник РС“, бр.36/10). Волонтеризам код старих је у Европи описан као генерално позитивна активност, која се односи на активности старих особа који своје очуване ресурсе користе укључивајући се у друштво и понекад пружајући услуге другима (Јањић, 2001). У Србији волонтерске услуге старим особама пружају друга лица док старе особе немају или имају спорадична интересовања за волонтерски рад. Волонтерски рад старих није ни културолошки подржан на просторима Србије. Да би

испитао да ли мале економске стимулације могу да подстакну укључивање у волонтирање старих особа, Ватанбе је истраживањем утврдио да у Јапану мали економски подстицаји имају статистички значајан утицај да старе особе учествују у пружању волонтерских услуга (Watanabe, 2016). Волонтирање се теоријски промовише као активност од интереса за Републику Србију, односно од јавног интереса, којом се доприноси активном укључивању грађана у друштвене процесе и развоју хуманијег и равноправнијег демократског друштва једнаких могућности, као и побољшању квалитета живота грађана (Закон о волонтирању, „Службени гласник РС“, бр.36/10). У пракси је ситуација другачија. Свакако је потребно да се заинтересује, мотивише и активира иначе сиромашна популација старих и укључи у друштвене процесе и развој хуманог друштва.

II ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА

Процес старења је очекивана фаза човековог животног циклуса који често суочава човека са ограничењима, која могу да буду пролазна или трајна. У оквиру научних и стручних области које се баве старењем, савременим технологијама и другим значајним интервенцијама, настоји се са једне стране утицати на продужетак животног века човека смањивањем броја болести и инвалидности, а са друге стране се тежи примени програма очувања здравља и функционалног капацитета и што дуже самосталности човека у обављању животним активностима, као основи квалитета живота старих.

У друштву које стари, један од циљева је даље унапређење социјалне, економске, политичке и културне партиципације старијих особа²⁵. У складу са тим Влада Републике Србије доноси Националну Стратегију о старењу²⁶.

Истраживања која су посвећења испитивању квалитета живота старих, приоритетан значај у очувању квалитета живота придају здравственом стању, функционалној способности и што дужој самосталности старих (Давидовић, и сар. 2008; Миливојевић и сар. 2009; Урошевић и сар. 2015).

Квебешка класификација „настајање ситуације хендикеп“ управо даје могућност посматрања социјалног модела ограничења као и процену и увид у личне чиниоце (лични чиниоци одговарају обележијима која припадају особи) и срединске чиниоце (социјална или физичка димензија) старих у обављању свакодневних

²⁵ Република Србија, Републички завод за статистику, Статистички годишњак, (2012 стр. 29) Становништво Србије је све старије. Просечна старост становника Србије према Попису 2002. износила је 40,2 године, што Србију сврстава у ред земаља дубоке демографске старости, и то не само у европским већ и у светским оквирима.

²⁶ Влада Републике Србије је донела Националну Стратегију о старењу (2006-2015) која се заснива на следећим основним принципима: доживотног развоју појединца; унапређење и заштита свих људских права и основних слобода; обезбеђивања економске и социјалне сигурности и квалитета живота у старости; омогућавања пуне интеграције и партиципације старијих лица у заједницу; елиминације свих облика друштвеног занемаривања услед опадања функционалних способности у старости и инвалидности; ангажовања на остваривању родне равноправности; поштовања различитости и последично другачијих потреба међу популацијом старијих; промовисања интер генерацијског и интра генерацијског трансфера; солидарности и дијалога; успостављања партнерства на свим нивоима; остваривања једнаких могућности за све; афирмисања личне одговорности.

животних активности (Fougerollas, et al., 1999).²⁷ Процес старења може да утиче на смањење наведених капацитета који су у синергизму са осталим личним и срединским чиниоцима. Прегледом литературе уочен је значај, варијабли старост, пол, друштвено-културни идентитет, системи органа, способности, код описивања и тумачења превазилажења ситуације хендикепа (Verbrugge, & Jette. 1994; Robine, et al., 1997; Stuck, et al., 1999). Животне навике обезбеђују добробит особе у друштву током целог живота (Одовић и сар., 2012:259) и „квалитет њиховог остваривања мери се на скали у распону од пуне социјалне партиципације до потпуне ситуације хендикепа“ (навод. према Одовић, Недовић и сар., 2012:259).

Према савременим схватањима, старе особе, могу бити у ситуацији хендикепа која настаје интеракцијом личних чинилаца и услова средине, а која се манифестује смањеним остварењем животних навика и потреба (Fougerollas, et al., 1999).

Актуелност теме и спорадичан број истраживања посвећених животним навикама старих ствара указује на потребу истраживања и сагледавања потенцијалног настајања ситуације хендикепа, нивоа остваривања животних навика/активности и нивоа задовољства оствареним животним навикама и интересовања старих и потребу за моделом индивидуалног програма/интервенције превенције ситуације хендикепа који ће уједно бити подршка активном старењу.

²⁷ Квебешка класификација: Термин „Настајање ситуације хендикепа“ узет је као синоним појаве или процеса који особу чини особом са инвалидитетом, а који је еквивалентан појму „Process of Disablement“ у енглеском језику. Из перспективе квебешке класификације, важно је разликовати општу појаву „неспособности“, као дела стварности који одређује различите употребе ове класификације, од појма „ситуације хендикепа“, дефинисаног као мерење остваривања животних навика и једна од концептуалних области свеукупне појаве.

Ш П РЕ Д М Е Т, Ц И Љ И З А Д А Ц И И С Т Р А Ж И В А Њ А

3.1. Предмет истраживања

Старе особе могу бити у ситуацији хендикепа која настаје интеракцијом личних чинилаца и услова средине, а која се манифестује смањеном реализацијом животних навика и потреба. Чињеница да особа може проживљавати ситуацију хендикепа под одређеним условима не треба да буде поистовећена са статусом који се тој особи даје доживотно. Због тога је значајно идентификовати чиниоце настајања ситуације хендикепа код старих особа, а који утичу на остварење животних навика као и изнаћи модел индивидуалног програма превенције ситуације хендикепа који ће уједно бити подршка активном старењу.

3. 2. Циљ истраживања

Циљ овог истраживања усмерен је на утврђивање чинилаца настајања ситуације хендикепа код старих особа, које живе у различитим животним срединама и израда индивидуалног програма превенције.

3. 3. Задаци истраживања

- а) Формирати индивидуални картон који ће садржати опште варијабле, преузете из здравственог картона/ историје болести.
- б) Проценити животне навике које се односе на исхрану, стање тела, личну хигијену, комуникацију, становање, покретљивост, одговорност, међуљудске односе, живот у заједници, образовање, запослење и забаву-рекреацију.
- в) Идентификовати главне отежавајуће чиниоце у остваривању животних навика старе особе.
- г) Упоредити ниво остваривања и ниво задовољства остваривања свакодневних активности и социјалних улога особа које живе у породици и у Геронтолошком центру.
- д) Израдити дефектолошки индивидуални програм превенције ситуације хендикепа који ће уједно бити подршка активном старењу.

IV ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

На основу истраживања која су до сада реализована у овој области Y Yang, James A. Mortimer (2004) The role of social engagement in life satisfactions: It's significance among older individuals with disease and disability - *Journal of Applied Gerontology*; Wiggins, R., Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37(3):239-252.; Gaudreault C., Madon S. 1996, Gauthier J. 1996, Simard C., Berthouze S., Calmels P. 1996, Rousseau J., Potvin L., Dutil E., Falta P. 1995, Bolduc M. 1995, Fougeryollas P., Noreau L. 1995, Gaudreault C., St-Amand H. 1995, Lalonde M. 1994, Muszynski L. 1994, Студија 11 земаља Европе (*WHO Europe-11-contry study*), Студија 4 земље Западног Пацифика (*WHOPHO-Pan American Health Organization 1995*) и Студије популације старих Северне ОАРС -Fillenbaum GG, Smyer MA., The development, validity, and reliability of the multidimensional functional assessment questionnaire-*J Gerontol.* 1981 Jul; 36(4):428-34. можемо поставити следеће хипотезе:

Х₁. Претпостављамо да биолошки процес старења утиче на потешкоће у остваривању животних навика што доводи до настајања ситуације хендикепа.

Х₂. Очекујемо да ће бити отежавајући чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе пол, (мултиморбидност) број болести, ниво образовања, материјално стање и место становања.

Х₃. Претпостављамо да особе које живе у породичном окружењу имају виши ниво задовољства у остваривању свакодневних активности и социјалних улога у односу на старе особе које живе у Геронтолошком центру.

Х₄. Очекујемо да старе особе смештене у Геронтолошком центру имају веће интересовање за доживотним образовањем, променом штетних утицаја на здравље и стицањем нових вештина самопомоћи у односу на старе особе које живе у породичном окружењу.

V МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

5.1. Формирање и опис узорка

Узорком је обухваћено 100 испитаника, подељених у две групе, уједначене по полу, годинама старости и нивоу образовања. Прву групује чинило 50 старих особа које живе у породичном окружењу које су обухваћене ванинституционалним обликом збрињавања. Другу групује чинило 50 старих особа, смештених у Геронтолошком центру у Јагодини које су обухваћене институционалним обликом збрињавања.

Табела 2. Структура испитаника у погледу демографских карактеристикама

Местостановања	Укупно	Геронтолошки центар		Породичноокружење		p
		N	%	N	%	
Пол	100	50	100	50	100	0,841
Мушки	45	22	44	23	46	
Женски	55	28	56	27	54	
Старост		50	100	50	100	0,636
Mean		77.44		76.78		
SD		7.209		6.735		
Med.		78.00		77.00		
Min.		65		65		
Maks.		95		90		
Образовање	100	50	100	50	100	0,266
Безобразовања	25	16	32	9	18	
Основнообразовање	41	19	38	22	44	
Средњеобразовање	25	13	26	12	24	
Високообразовање	9	2	4	7	14	
	0	0	0	0	0	

Структура испитаника по полу показује да је у узорку било нешто више женске популације и то (56%) смештених у Геронтолошком центру и (54%) које живе у породичном окружењу. Средња вредност година старости испитаника смештених у Геронтолошком центру је била 78.00 година, а испитаника у породичном окружењу 77.00, са минималним бројем година 65, а максималним 95 година. Са основним образовањем је био највећи проценат испитаника и то (38%) смештених у Геронтолошком центру и (44%) које живе у породичном окружењу (Табела 2).

5.2. Место и време истраживања

У овој студији коришћени су подаци испитивања старих особа смештених у Геронтолошком центру у Јагодини, које су обухваћене институционалним обликом збрињавања и старих особа које живе у својим породицама, које су обухваћене ванинституционалним обликом збрињавања, и здравствена заштита им је обезбеђена службама Дома здравља Јагодина. Ово истраживање је спроведено је у временском интервалу од 2012. до 2014 године.

5.3. Критеријуми за укључивање у студију

Критеријуми за укључивање у истраживање су били да су особе старије од 65 година као и њихов пристанак за укључивање у истраживање. Сви подаци су прикупљани анонимном анкетом. Етичка оправданост протокола студије је разматрана од страна Етичких Одбора једне и друге установе, који су овлашћени да доносе одлуке о истраживањима у Геронтолошком центру и Дому здравља у Јагодини, и одобрена је. Критеријум за искључивање из истраживања био је присуство психичких болести. У двогодишњем периоду је интервјуисано 100 старих особа у Геронтолошком центру у Јагодини и Дому здравља у Јагодини.

А) *Упитник за процену животних навика* („Assessment of life habits-Life-H“, Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, StMichel & Dion, 1998). Овај упитник се сматра релевантним инструментом мерења животних навика и у документовању и откривању ситуације хендикепа и мерења квалитета социјалног учешћа старих особа. Њиме се процењују постигнућа у области свакодневних активности у области извршавања социјалних улога. Упитник садржи питања, разврстана у 12 под-скала/категорија којима се добија увид у следеће животне навике: исхрана, стање тела-опште физичке активности, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, кретање, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење-учешће у активностима и забава-рекреација.

Упитником се процењује:

а) Ниво остваривања животне навике: 4-без тешкоћа-животна навика се лако реализује, чак иако је за то потребна адаптација, техничко помагало или помоћ неке друге особе; 3-са тешкоћама-животна навика се тешко реализује, чак иако је за то потребна адаптација, техничко помагало или помоћ неке друге особе; 2-није остварена-животна навика не може да буде реализована, а требала би да буде саставни део стварности особе; 1-пасивно-животна навика се реализује од стране неке друге особе-особа не учествује у реализацији. Навика је у потпуности реализована од стране неке друге особе; 0-није примењљиво-потешкоће при реализацији нису познате.

б) Врста потребне помоћи у остваривању животне навике: 8-без помоћи-особа реализује животну навику самостално; 7-техничка помагала-подразумева сваку врсту помоћи (која није људска) у остваривању животних навика, као што су колица, очна помагала, слушни апарат, лекови; 6-адаптација-свака измена окружења која олакша реализацију животних навика, као што су рампе, проширена врата, промена животних навика или времена за њено остваривање (више времена за остваривање навике); 5-људска помоћ-помоћ сваке друге особе у реализацији животних навика, као што су деца, чланови породице, геронто домаћице здравствени радници. Подразумева физичку помоћ или надзор (супервизију); 4-техничка помагала и адаптација- свака подршка(осим људске) и измена окружења које помаже у реализацији животних навика; 3-техничка помагала и људска помоћ-свака врста подршке и помоћи која доприноси реализацији животних навика; 2-адаптација и људска помоћ-свака особа или измена окружења која помаже у реализацији животних навика; 1-техничка помагала, људска помоћ и адаптација-свака врста подршке, свака особа или измена окружења која помаже у реализацији животних навика; Н-неназначена помоћ-врста помоћи неопходне за реализацију животне навике је непозната.

в) Степен задовољства оствареном животном навиком: 1-незадовољан, 2-мање/више задовољан, 3-задовољан.

Б) Упитник за процену стања и интересовања старих особа конструисан за потребе овог истраживања. Првенствено, упитник је развијен да мери стање и интересовања старих особа. Укупна оцена варира од 1 до 5 на скали. Вреднована су следећа обележја: пол, године старости, материјално стање, број болести, физичка активност, ментална активност, животни услови, однос укућана/корисника центра према испитанику, пружена здравствена подршка, пружена социјална подршка, обезбеђеност доживотног образовања, интересовање за бављење склоностима, интересовање за информисаношћу, интересовање за доживотно образовање, интересовање за волонтерски рад, интересовање за поштовање и очување културе и традиције, интересовање за социјалне вештине спомоћи, интересовање за промену штетних утицаја по здравље и интересовање за комуникацију са другима.

В) Медицинска документација /историја болести. Анализирајући медицинску документацију прикупљени су подаци за искључивање из истраживања код присуства психичких болести. Анализом прикупљених резултата, сачинили смо коначни узорак и уједначили узорак у односу на пол, старост и образовање (Табела 2.)

5.4. Испитиване варијабле

Независне варијабле: место становања, лични чиниоци (пол, године живота, ниво образовања, број болести, физичка и ментална активност) и средински (животни услови, однос корисника центар/ укућана према испитанику, здравствене и социјална подршка, доживотно образовање и материјално стање), као и зависне варијабле, интересовања за (бављење склоностима, информисаност, доживотно образовање, волонтерски рад, поштовање и очување културе и традиције, стицање вештина самопомоћи, промена штетних утицаја по здравље и комуникација) преузете су из *Упитника за процену стања и интересовања старих особа* :

Зависне варијабле: ниво остваривања животних навика (исхрана, стање тела-опште физичке активности, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, кретање, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање ,запослење-учешће у активностима и разонода-забава), ниво задовољства у

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

остваривању животних навика:интересовање (исхрана, стање тела-опште физичке активности, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, кретање, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење-учешће у активностима и забава-рекреација), преузете су из *Упитника за процену животних навика* (Fougeyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, StMichel & Dion, 1998). стандардизованог инструмента мерења животних навика.

Табела 3. Дистрибуција нивоа мерења варијабли у истраживачкој датотеци

Реднибр. варијабле	Варијабла/Питање	Скала	Категорије	Кодови
Лични чиниоци				
1	Место становања	Номинална	Геронтолошки центар Породично окружење	1 2
2	Пол	Номинална	Мушки Женски	1 2
3	Године живота	Ординална	65-74 75-84 >85	1 2 3
4	Ниво образовања	Ординална	Без образовања Основно образовање Средње образовање Високо образовање	1 2 3 4 5
5	Број болести	Ординална	Једна болест Две болести Три и више болести	1 2 3
6	Физичка активност	Ординална	Неактиван Мало активан Средње активан Активан Веома активан	1 2 3 4 5
7	Ментална активност	Ординална	Неактиван Мало активан Средње активан Активан Веома активан	1 2 3 4 5

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Средински чиниоци				
8	Животни услови	Ординална	Веома лоши Лоши Осредњи Добри Веома добри	1 2 3 4 5
9	Однос корисника центра/укућана према испитанику	Ординална	Веома лош Лош Осредњи Добар Веома добар	1 2 3 4 5
10	Здравствена подршка	Ординална	Необезбеђена Повремено обезбеђена Обезбеђена по потреби Често обезбеђена Обезбеђена	1 2 3 4 5
11	Социјална подршка	Ординална	Необезбеђена Повремено обезбеђена Обезбеђена по потреби Често обезбеђена Обезбеђена	1 2 3 4 5
12	Доживотно образовање	Ординална	Необезбеђено Повремено обезбеђено Обезбеђено по потреби Често обезбеђено Обезбеђено	1 2 3 4 5
13	Материјално стање	Ординална	Веома лоше Лоше Осредње Добро Веома добро	1 2 3 4 5

Ниво остваривања животних навика				
14	Исхрана	Омерна		Вредностивоостваривања (1-10)
15	Стањетела	Омерна		
16	Лична хигијена-нега	Омерна		
17	Комуникација	Омерна		
18	Становање-одржавање домаћинства	Омерна		
19	Покретљивост	Омерна		
20	Одговорности	Омерна		
21	Међуљудски односи	Омерна		
22	Живот у заједници	Омерна		
23	Образовање	Омерна		
24	Запослење-активности	Омерна		
25	Забава-рекреација	Омерна		

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Ниво задовољства у остваривању животних навика				
26	Исхрана	Омерна		Вредностиво задовољства (1-3)
27	Стање тела	Омерна		
28	Лична хигијена-нега	Омерна		
29	Комуникација	Омерна		
30	Становање-одржавање домаћинства	Омерна		
31	Покретљивост	Омерна		
32	Одговорности	Омерна		
33	Међуљудски односи	Омерна		
34	Живот у заједници	Омерна		
35	Образовање	Омерна		
36	Запослење-активности	Омерна		
37	Забава-рекреација	Омерна		
Интересовања испитаника				
38	Бављење склоностима	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
39	Информисаност	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
40	Доживотно образовање	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
41	Волонтерски рад	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
42	Поштовање и очување културе и традиције	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
43	Стицање вештина самопомоћи	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
44	Промена штетних утицаја по здравље	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5
45	Комуникација са другима	Ординална	Незаинтересован	1
			Мање заинтересован	2
			Средње заинтересован	3
			Заинтересован	4
			Више заинтересован	5

5.5. Статистичка обрада података

Резултати добијени истраживањем су након прикупљања и сређивања, табеларно, графички приказани и статистички обрађени. За израчунавање резултата остварености животних навика је употребљена скала осене остварености (Nogueau, 1998) (Табела 4).

Табела 4. Скала оцена остваривања животних навика

Оцена	Ниво потешкоћа	Врста потребне помоћи
9	Без тешкоћа	Без помоћи
8	Без тешкоћа	Техничко помагало/Адаптација
7	Са потешкоћама	Без помоћи
6	Са потешкоћама	Техничко помагало/Адаптација
5	Без тешкоћа	Додатна људска помоћ
4	Без тешкоћа	Додатна људска помоћ и Техничко помагало
3	Са потешкоћама	Додатна људска помоћ
2	Са потешкоћама	Додатна људска помоћ и адаптација
1	Пасивно	
0	Није остварено	
Н	Није применљиво	

Формула за трансформацију резултата.

Calculation of the Accomplishment Level (Weighted Score)
$(\sum \text{scores} \times 10) : (\text{Number of Applicable Life Habits} \times 9)$

Резултати су анализирани коришћењем статистичког програма IBM SPSS version 21. (Statistical Package for Social Sciences, 2003).

Дескриптивном статистиком извршена су поређења и укрштања варијабли важних за испуњавање постављеног циља и задатака истраживања, усмерених на проверу постављених хипотеза.

За статистичко описивање података коришћење су методе дескриптивне статистике: мере централне тенденције (аритметичка средина, медијана и мод), мере варијабилитета (интервал варијације, стандардна девијација и интерквartilни опсег) и релативни бројеви.

Од метода аналитичке статистике користиле су се: а) методе идентификације емпиријских расподела, б) методе за процену значајности разлике и то од параметарских метода Студент-овт-тест, а од непараметарских метода: Mann Whitney test и χ^2 -тест за категоријалне варијабле.

Спирманов коефицијент корелације ранга коришћен је за испитивање утицаја биолошког процеса старења на потешкоће у остваривању животних навика што доводи до настајања ситуације хендикеп.

За испитивање односа између појединих димензија остваривања свакодневних активности и социјалних улога старих особа и скупа чиниоца: број болести, пол, ниво образовања, материјална ситуација, место становања и породично окружење коришћена је мултипла линеарна регресија. Модел логистичке регресије који припада класи статистичких класификационих модела заснованих на вероватноћи²⁸ коришћен је за идентификацију дискриминатора из скупа свих димензија задовољста у остваривању димензија свакодневних активности према месту становања.

Класификациону шему добијену овим моделом смо евалуирали коришћењем ROC (receiver operating characteristic) криве која представља визуелни индекс тачности логистичког модела и С-статистике (површина испод те криве).

²⁸Christopher M. Bishop (2006). Pattern Recognition and Machine Learning. Springer. p.205. "In the terminology of statistics, this model is known as logistic regression, although it should be emphasized that this is a model for classification rather than regression."

VI РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

6.1. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривњу животних навика

Табела 5. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике *исхрана*

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50				Породично окружење N=50			
ИСХРАНА		Избор намирница	Учествовање у припремању намирница	Узимање јела	Узимање јела које други припрема	Избор намирница	Учествовање у припремању намирница	Узимање јела	Узимање јела које други припрема
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	100	100	100	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	*	*	*	76	76	72	82	82
	Са тешкоћама	*	*	*	24	24	20	18	18
	Није остварена	*	*	*	0	0	8	0	0
	Пасивно	*	*	*	0	0	0	0	0
	Укупно	*	*	*	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	*	*	*	74	64	60	82	82
	Додатна људска помоћ	*	*	*	20	34	32	18	18
	Техничко помагало	*	*	*	0	0	0	0	0
	Адаптација	*	*	*	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и Техничко помагало	*	*	*	6	2	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	*	*	*	*	*	*	*	*
	Укупно	*	*	*	100	100	92	100	100
Резултат остварења		*	*	*	7,42	7,06	6,6	7,92	7,92
Ниво остваривања животне навике		8,24				8,19			
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	*	*	*	12	16	10	8	8
	Мање/више задовољан	*	*	*	56	28	30	14	14
	Задовољан	*	*	*	32	56	60	78	78
	Укупно	*	*	*	100	100	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике *исхрана* износи 8,24, док је код испитаника у породичном окружењу 8,19.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 6. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике стање тела

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50				Породично окружење N=50			
СТАЊЕ ТЕЛА - ОПШТЕ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ		Одлазак у кревет	Спавање	Обављање физичких активности	Примена техника за опуштање	Одлазак у кревет	Спавање	Обављање физичких активности	Примена техника за опуштање
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	100	*	*	*	100
	Без тешкоћа	66	26	52	*	84	48	36	*
	Са тешкоћама	34	74	48	*	16	52	58	*
	Није остварена	0	0	0	*	0	0	6	*
	Пасивно	0	0	0	*	0	0	0	*
	Укупно	100	100	100	*	100	100	100	*
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	66	28	52	*	84	48	48	*
	Додатна људска помоћ	32	0	20	*	16	6	44	*
	Техничко помагало	0	0	14	*	0	0	0	*
	Адаптација	0	66	0	*	0	44	0	*
	Додатна људска помоћ и Техничко помагало	2	0	14	*	0	0	2	*
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	6	0	*	0	2	0	*
	Укупно	100	100	100	*	100	100	94	*
Резултат остварења		6,94	6,56	6,40	*	8,04	7,18	5,4	*
Ниво остваривања животне навике		7,37				7,65			
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	14	46	28	*	6	22	12	*
	Мање/више задовољан	48	34	44	*	10	30	42	*
	Задовољан	38	20	28	*	84	48	46	*
	Укупно	100	100	100	*	100	100	100	*

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике *стање тела* износи 7,37, док је код испитаника у породичном окружењу 7,65.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 7. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике лична хигијена

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50							
ЛИЧНА ХИГИЈЕНА		Обављање личне хигијене	Употреба тоалета код куће	Употреба тоалета ван куће	Облачење и склачање горњег дела одеће	Облачење и склачање доњег дела	Стављање, премештање и одржавање помагала	Брига о личној здравственој нези	Коришћење служби медицинске помоћи
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	24	*	*
	Без тешкоћа	34	60	60	62	62	52	38	66
	Са тешкоћама	66	40	40	38	38	24	62	34
	Није остварена	0	0	0	0	0	0	0	0
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	76	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	38	62	62	62	60	52	30	16
	Додатна људска помоћ	62	38	38	38	40	24	70	84
	Техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
Укупно	100	100	100	100	100	76	100	100	
Резултат остварења		5,20	6,68	7,68	6,72	6,64	7,11	4,96	4,96
Ниво остваривања животне навике		6,84							
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	22	12	24	16	22	6	38	28
	Мање/више задовољан	50	46	34	46	42	36	26	20
	Задовољан	28	42	42	38	36	34	36	52
	Укупно	100	100	100	100	100	76	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике лична хигијена износи 6,84.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 8. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике лична хигијена

Категорија животне навике		Породично окружење N=50							
ЛИЧНА ХИГИЈЕНА		Обављање личне хигијене	Упогребна тоалета код куће	Упогребна тоалета ван куће	Облачење и склачење горњег дела одеће	Облачење и склачење доњег дела	Стављање, премештање и одржавање помагала	Брига о личној здравственој нези	Коришћење служби медицинске помоћи
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	34	*	*
	Без тешкоћа	62	68	38	74	74	54	36	24
	Са тешкоћама	38	32	32	26	26	12	62	76
	Није остварена	0	0	0	0	0	0	0	0
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	2	0
	Укупно	100	100	70	100	100	66	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	64	74	74	74	74	44	24	20
	Додатна људска помоћ	36	26	26	26	26	20	76	80
	Техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	2	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	66	100	100
Резултат остварења		6,80	7,32	7,32	7,44	7,44	7,39	4,64	4,28
Ниво остваривања животне навике		7,27							
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	8	6	4	4	4	0	10	22
	Мање/више задовољан	36	22	24	20	20	12	54	54
	Задовољан	56	72	72	76	76	54	36	24
	Укупно	100	100	100	100	100	66	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике лична хигијена износи 7,27.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 9. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике комуникација

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50							
КОМУНИКАЦИЈА		Комуникација са другим људима	Комуникација са укућанима или са групом људи	Комуникација путем писања	Читање и разумевање писаних информација	Коришћење телефона код куће или на послу	Коришћење јавних телефонских говорница	Коришћење компјутера	Коришћење телевизора, видео, аудио система, вокемена
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	34	34	6	10	20	16	4	44
	Са тешкоћама	66	66	10	54	48	18	4	56
	Није остварена	0	0	82	36	32	66	92	0
	Пасивно	0	0	2	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	36	34	8	12	24	16	2	34
	Додатна људска помоћ	58	64	4	24	28	12	6	2
	Техничко помагало	2	0	6	14	16	6	0	56
	Адаптација	4	2	0	4	0	0	0	2
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	10	0	0	0	6
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	18	64	68	34	8	100
Резултат остварења		5,30	5,30	5,1	1,12	3,04	3,8	2,6	6,92
Ниво остваривања животне навике		3,88							
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	28	30	8	8	14	8	4	4
	Мање/више задовољан	42	42	70	76	62	72	70	24
	Задовољан	30	28	22	16	24	20	26	72
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике комуникација износи 3,88.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 10. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике комуникација

Категорија животне навике		Породично окружење N=50							
КОМУНИКАЦИЈА		Комуникација са другим људима	Комуникација са укућанима или са групом људи	Комуникација путем писања	Читање и разумевање писаних информација	Коришћење телефона код куће или на послу	Коришћење јавних телефонских говорница	Коришћење компјутера	Коришћење телевизора, видеа, аудио система, вокамена
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	78	76	28	32	46	26	24	70
	Са тешкоћама	22	22	4	48	44	8	2	28
	Није остварена	0	2	68	20	10	66	74	2
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	80	82	18	28	60	30	18	56
	Додатна људска помоћ	18	14	2	6	16	4	6	2
	Техничко помагало	2	2	12	42	8	0	2	40
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	4	6	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	98	32	80	90	34	26	98
Резултат остварења		7,82	7,8	2,6	5,38	6,2	2,74	2,04	7,78
Ниво остваривања животне навике		5,88							
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	10	8	0	0	0	0	0	8
	Мање/више задовољан	10	12	50	60	22	46	20	4
	Задовољан	80	80	50	40	78	54	80	88
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике комуникација износи 5,88.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 11. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике становање-одржавање домаћинства

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50					
СТАНОВАЊЕ-ОДРЖАВАЊЕ ДОМАЋИНСТВА		Одржавање куће / стана	Одржавање окупнице	Обављање тежих кућних послова	Кретање унутар стана	Коришћење намештаја и опреме у стану	Кретање у спољашњем делу куће
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	100	100	*	*	*
	Без тешкоћа	22	*	*	20	24	20
	Са тешкоћама	58	*	*	80	76	76
	Није остварена	20	*	*	0	0	4
	Пасивно	0	*	*	0	0	0
	Укупно	100	*	*	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	24	*	*	20	30	24
	Додатна људска помоћ	54	*	*	30	44	28
	Техничко помагало	2	*	*	28	12	24
	Адаптација	0	*	*	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	*	*	20	12	18
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	*	*	2	2	2
	Укупно	80	*	*	100	100	96
Резултат остварења		3,86	*	*	4,82	4,90	4,76
Ниво остваривања животне навике		5,09					
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	28	*	*	18	14	18
	Мање/више задовољан	54	*	*	42	46	50
	Задовољан	18	*	*	40	40	32
	Укупно	100	*	*	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике становање-одржавање домаћинства износи 5,09.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 12. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике становање-одржавање домаћинства

Категорија животне навике		Породично окружење N=50					
СТАНОВАЊЕ-ОДРЖАВАЊЕ ДОМАЋИНСТВА		Одржавање куће / стана	Одржавање окупнице	Обављање тежих кућних послова	Кретање унутар стана	Коришћење намештаја и опреме у стану	Кретање у спољашњем делу куће
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	22	12	12	56	68	42
	Са тешкоћама	62	70	68	44	32	58
	Није остварена	16	18	20	0	0	0
	Пасивно	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	18	10	16	54	66	44
	Додатна људска помоћ	66	72	64	24	22	24
	Техничко помагало	0	0	0	8	8	10
	Адаптација	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	14	4	22
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0
	Укупно	84	82	80	100	100	100
Резултат остварења		3,68	3,10	3,28	6,38	7,20	5,68
Ниво остваривања животне навике		5,43					
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	14	8	18	2	2	2
	Мање/више задовољан	60	74	64	14	14	46
	Задовољан	26	18	18	84	84	52
	Укупно	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике становање-одржавање домаћинства износи 5,43.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 13. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике покретљивост

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50				Породично окружење N=50			
ПОКРЕТЉИВОСТ		Кретање по улици/тротоару	Кретање по неравној или клизавој површини	Кретање бициклом	Путовање превозним средством	Кретање по улици/тротоару	Кретање по неравној или клизавој површини	Кретање бициклом	Путовање превозним средством
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	34	32	16	24	42	40	18	30
	Са тешкоћама	62	52	0	64	56	56	2	62
	Није остварена	4	16	84	12	2	4	80	8
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	34	32	16	28	46	42	20	28
	Додатна људска помоћ	12	6	0	20	24	22	0	52
	Техничко помагало	22	12	0	6	10	12	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	24	30	0	32	20	20	0	12
	Додатна људска помоћ и адаптација	4	4	0	2	0	0	0	0
	Укупно	96	84	16	88	100	96	20	92
Резултат остварења		5,30	4,46	1,44	4,08	5,74	5,52	1,76	4,36
Ниво остваривања животне навике		4,24				4,83			
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	22	32	4	18	2	6	0	2
	Мање/више задовољан	40	38	34	56	50	46	28	44
	Задовољан	38	30	62	26	48	48	72	54
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике покретљивост износи 4,24, док је код испитаника у породичном окружењу 4,83.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 14. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике одговорности

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50						
ОДГОВОРНОСТИ		Препознавање вредности новца и рачуна и њихова правилна употреба	Коришћење банковне картице и банкомата	Планирање буџета	Прихватање одговорности према другима	Прихватање личне или породичне одговорности	Брига о себи	Брига о деци
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	100	100	100	*	100
	Без тешкоћа	50	6	*	*	*	18	*
	Са тешкоћама	44	4	*	*	*	78	*
	Није остварена	4	90	*	*	*	4	*
	Пасивно	2	0	*	*	*	0	*
	Укупно	100	100	*	*	*	100	0
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	54	6	*	*	*	24	
	Додатна људска помоћ	40	2	*	*	*	72	*
	Техничко помагало	0	2	*	*	*	0	*
	Адаптација	0	0	*	*	*	0	*
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	*	*	*	0	*
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	*	*	*	0	*
	Укупно	94	10	*	*	*	96	0
Резултат остварења		6,00	0,72	*	*	*	4,20	*
Ниво остваривања животне навике		4,04						
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	10	6	*	*	*	30	*
	Мање/више задовољан	50	66	*	*	*	50	*
	Задовољан	40	28	*	*	*	20	*
	Укупно	100	100	*	*	*	100	0

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике одговорности износи 4,04.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 15. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике одговорности

Категорија животне навике		Породично окружење N=50						
ОДГОВОРНОСТИ		Препознавање вредности новца и рачуна и њихова правилна употреба	Коришћење банковне картице и банкомата	Планирање буџета	Прихватање одговорности према другима	Прихватање личне или породичне одговорности	Брига о себи	Брига о деци
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	82	32	24	22	24	22	20
	Са тешкоћама	18	68	52	52	62	78	34
	Није остварена	0	0	24	26	14	0	46
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	74	30	24	22	24	26	22
	Додатна људска помоћ	14	0	52	52	62	74	32
	Техничко помагало	12	2	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	32	76	74	86	100	54
Резултат остварења		7,96	2,82	3,78	3,54	4,02	4,48	2,90
Ниво остваривања животне навике		4,68						
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	2	24	46	32	28	14	42
	Мање/више задовољан	12	52	32	44	48	64	38
	Задовољан	86	24	22	24	24	22	20
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике одговорности износи 4,68.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 16. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике међуљудски односи

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50				
МЕЂУЉУДСКИ ОДНОСИ		Одржавање присних односа са партнером	Одржавање присних односа са децом	Одржавање присних односа са члановима породице	Одржавање пријатељстава	Одржавање друштвених односа са људима око вас
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	64	50	*	*	*
	Без тешкоћа	4	4	8	18	18
	Са тешкоћама	22	30	76	74	80
	Није остварена	10	16	16	8	2
	Пасивно	0	0	0	0	0
	Укупно	36	50	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	6	8	10	30	28
	Додатна људска помоћ	20	26	74	62	70
	Техничко помагало	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0
	Укупно	26	34	84	92	98
Резултат остварења		3,06	2,84	3,08	4,32	4,42
Ниво остваривања животне навике		4,12				
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	26	42	56	50	34
	Мање/више задовољан	8	6	42	28	46
	Задовољан	2	2	2	22	20
	Укупно	36	50	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике међуљудски односи износи 4,12.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 17. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике међуљудски односи

Категорија животне навике		Породично окружење N=50				
МЕЂУЉУДСКИ ОДНОСИ		Одржавање присних односа са партнером	Одржавање присних односа са децом	Одржавање присних односа са члановима породице	Одржавање пријатељстава	Одржавање друштвених односа са људима око вас
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	2	*	*	*	*
	Без тешкоћа	64	70	72	72	66
	Са тешкоћама	28	30	28	28	34
	Није остварена	6	0	0	0	0
	Пасивно	0	0	0	0	0
	Укупно	98	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	72	80	80	80	80
	Додатна људска помоћ	20	20	20	20	20
	Техничко помагало	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0
	Укупно	92	100	100	100	100
Резултат остварења		7,06	7,60	7,64	7,64	7,52
Ниво остваривања животне навике		8,31				
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	14	10	8	8	8
	Мање/више задовољан	18	18	20	20	28
	Задовољан	66	72	72	72	64
	Укупно	98	100	100	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике међуљудски односи износи 8,31.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 18. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике живот у заједници

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50		Породично окружење N=50	
ЖИВОТ У ЗАЈЕДНИЦИ		Учешће у социјалним групама (клубови, удружења, добротворни рад сл.)	Учешће у религиозним догађајима	Учешће у социјалним групама (клубови, удружења, добротворни рад сл.)	Учешће у религиозним догађајима
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	44	*	10
	Без тешкоћа	22	24	26	50
	Са тешкоћама	68	32	20	24
	Није остварена	10	0	54	16
	Пасивно	0	0	0	0
	Укупно	100	56	100	90
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	24	26	38	54
	Додатна људска помоћ	66	30	8	20
	Техничко помагало	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0
	Укупно	90	56	46	74
Резултат остварења		4,10	5,71	3,42	5,98
Ниво остваривања животне навике		4,83		5,22	
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	22	8	18	10
	Мање/више задовољан	50	8	26	20
	Задовољан	28	40	56	60
	Укупно	100	56	100	90

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике *живот у заједници* износи 4,83, док је код испитаника у породичном окружењу 5,22.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 19. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике образовање

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50			Породично окружење N=50		
ОБРАЗОВАЊЕ		Доживотно образовање	Учешће у курсевима	Учешће у обукама	Доживотно образовање	Учешће у курсевима	Учешће у обукама
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	0	8	8	4	12	6
	Са тешкоћама	8	36	38	12	14	0
	Није остварена	92	56	54	84	74	94
	Пасивно	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	0	10	10	4	8	6
	Додатна људска помоћ	8	34	36	12	18	0
	Техничко помагало	0	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0
	Укупно	8	44	46	16	26	6
Резултат остварења		0,24	1,88	1,94	0,72	1,34	0,54
Ниво остваривања животне навике		1,50			0,96		
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	0	6	8	0	0	0
	Мање/више задовољан	100	74	70	30	42	36
	Задовољан	0	20	22	70	58	64
	Укупно	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике образовање износи 1,5, док је код испитаника у породичном окружењу 0,96.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 20. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике запослење-учешће у активностима

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50		Породично окружење N=50	
ЗАПОСЛЕЊЕ-УЧЕШЋЕ У АКТИВНОСТИМА		Учешће у активностима породице	Учешће у активностима дома	Учешће у активностима породице	Учешће у активностима дома
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	100		100	
	Без тешкоћа	*	22	56	*
	Са тешкоћама	*	68	42	*
	Није остварена	*	10	2	*
	Пасивно	*	0	0	*
	Укупно	*	100	100	*
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	*	20	60	*
	Додатна људска помоћ	*	62	38	*
	Техничко помагало	*	0	0	*
	Адаптација	*	0	0	*
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	*	6	0	*
	Додатна људска помоћ и адаптација	*	2	0	*
	Укупно	*	90	98	*
Резултат остварења		*	3,86	6,46	*
Ниво остваривања животне навике		4,29		7,18	
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	*	22	2	*
	Мање/више задовољан	*	62	38	*
	Задовољан	*	16	60	*
	Укупно	*	100	100	*

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике запослење-учешће у активностима износи 4,29, док је код испитаника у породичном окружењу 7,18.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 21. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике забава-рекреација

Категорија животне навике		Геронтолошки центар N=50						
ЗАБАВА-РЕКРЕАЦИЈА		Бављење индивидуалним или групним играма у затвореном или на отвореном (карте, игре са лоптом, видео игре...)	Присуствовање спортским догађајима	Бављење уметношћу, културним активностима или занатима	Присуствовање уметничким или културним догађајима	Учествовање у туристичким активностима	Одлазак на места за забаву у свом окружењу и кретање ч њима	Коришћење служби за забаву у окружењу
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	28	26	18	38	16	26	24
	Са тешкоћама	10	8	2	46	2	24	12
	Није остварена	62	66	80	16	82	50	64
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	30	30	18	36	16	24	22
	Додатна људска помоћ	8	4	2	48	2	24	12
	Техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	2	2
	Укупно	38	34	20	84	18	50	36
Резултат остварења		2,90	2,74	1,68	4,72	1,50	2,96	2,42
Ниво остваривања животне навике		3,00						
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	0	0	0	0	0	4	4
	Мање/више задовољан	58	50	64	54	66	70	66
	Задовољан	42	50	36	46	34	26	30
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања животне навике забава износи 3,00.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 22. Дистрибуција испитаника према нивоу потешкоћа, врсти потребне помоћи, нивоу остваривања и нивоу задовољства у остваривању животне навике забава-рекреација

Категорија животне навике		Породично окружење N=50						
ЗАБАВА-РЕКРЕАЦИЈА		Бављење индивидуалним или групним играма у затвореном или на отвореном (карте, игре са лоптом, видео игре...)	Присуствовање спортским догађајима	Бављење уметношћу, културним активностима или занятима	Присуствовање уметничким или културним догађајима	Учествовање у туристичким активностима	Одлазак на места за забаву у свом окружењу и кретање у њима	Коришћење служби за забаву у окружењу
1. Ниво потешкоћа (%)	Није примењиво	*	*	*	*	*	*	*
	Без тешкоћа	*	16	20	26	8	44	18
	Са тешкоћама	0	0	18	14	12	14	4
	Није остварена	84	84	62	60	80	42	78
	Пасивно	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100
2. Врста потребне помоћи (%)	Без помоћи	16	14	20	22	12	48	18
	Додатна људска помоћ	0	2	14	18	8	10	4
	Техничко помагало	0	0	4	0	0	0	0
	Адаптација	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и техничко помагало	0	0	0	0	0	0	0
	Додатна људска помоћ и адаптација	0	0	0	0	0	0	0
	Укупно	16	16	38	40	20	58	22
Резултат остварења		1,44	2,46	2,6	1,24	4,54	1,74	1,44
Ниво остваривања животне навике		2,44						
3. Ниво задовољства (%)	Незадовољан	0	0	0	0	0	0	0
	Мање/више задовољан	46	44	48	46	56	52	54
	Задовољан	54	56	52	54	44	48	46
	Укупно	100	100	100	100	100	100	100

Код испитаника у породичном окружењу ниво остваривања животне навике забава износи 2,44.

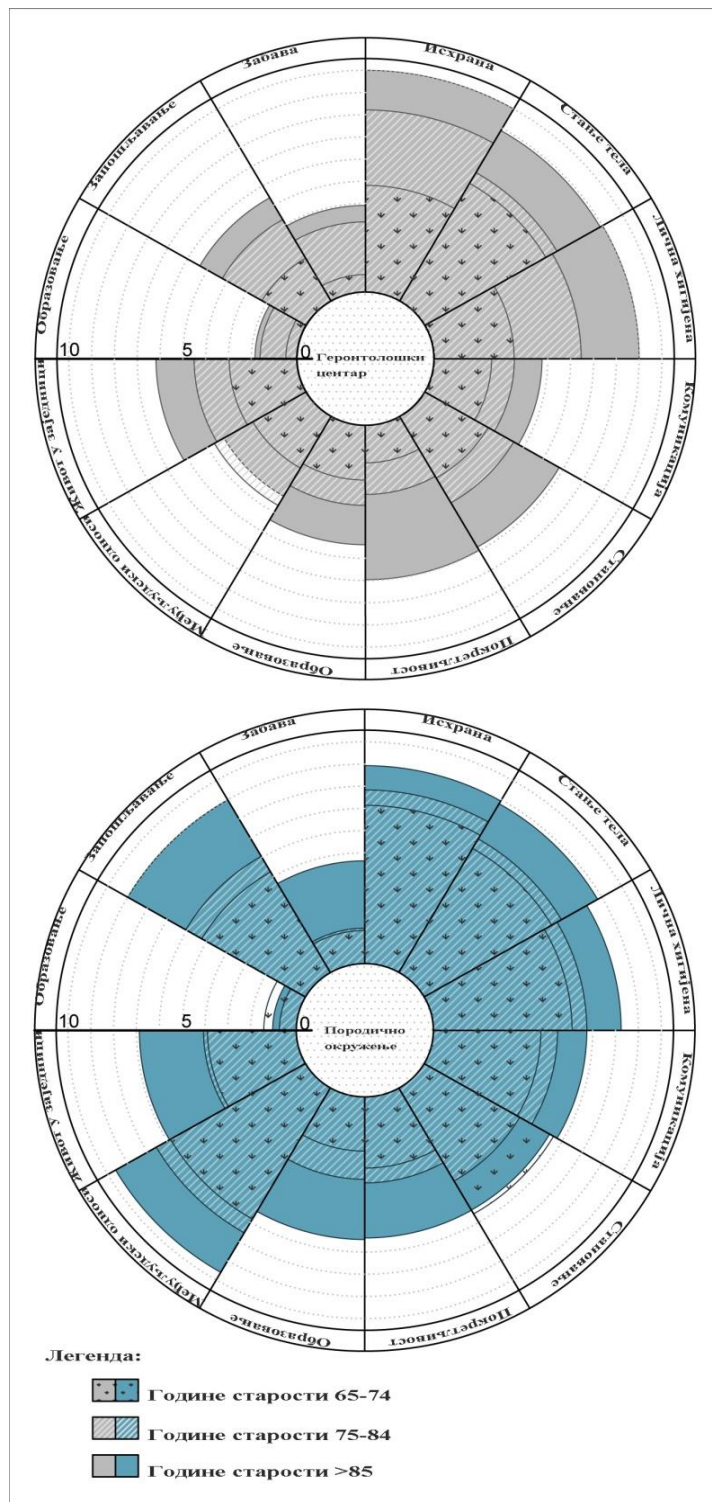
РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

6.2. Ниво остваривања животних навика у односу на старосну категорију испитаника

Табела 23. Ниво остваривања животних навика у односу на старосну категорију испитаника

Категорија животних навика	Геронтолошки центар				Породично окружење			
	Старосна категорија испитаника				Старосна категорија испитаника			
	65-74	75-84	>85	Укупно	65-74	75-84	>85	Укупно
Исхрана	10	8,21	4,81	7,68	8,93	7,83	7,14	7,97
Стање тела	8,87	6,68	6,13	7,23	8,78	6,95	6,46	7,40
Лична хигијена	8,99	6,45	3,52	6,32	8,23	6,73	6,08	7,01
Комуникација	4,74	3,73	2,53	3,67	6,73	5,44	4,72	5,63
Становање-одржавање домаћинства	6,81	4,49	3,21	4,84	6,35	4,83	4,55	5,24
Покретљивост	6,96	3,12	1,70	3,92	6,36	3,88	3,21	4,48
Одговорности	5,39	3,61	2,47	3,82	6,43	3,72	2,45	4,20
Међуљудски односи	4,17	4,65	2,69	3,84	9,61	7,55	6,83	7,99
Живот у заједници	6,17	4,52	2,96	4,55	6,88	4,07	3,89	4,94
Образовање	1,85	1,63	0,49	1,32	1,04	0,74	1,43	1,07
Запослење	5,37	4,25	2,22	3,95	8,99	6,06	5,24	6,76
Забава-рекреација	3,90	3,17	0,79	2,62	3,64	1,60	1,50	2,24

Из Табеле 23 се види ниво остваривања животних навика, у односу на старосну категорију испитаника који су разврстани у три групе од 65-74; 75-85 и преко 85 година према месту становања.



Графикон 1. *Ниво остваривања животних навика у односу на старосну категорију испитаника и место становања*

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

6.3. Корелација нивоа остваривања животних навика и старосне категорије испитаника

У циљу утврђивања потешкоћа у остваривању животних навика урађена је анализа корелације између година живота и нивоа остварености животних навика.

Табела 24. Корелација нивоа остваривања животних навика и старосне категорије испитаника

Категорија животних навика		Укупно	Геронтолошки центар	Породично окружење
Исхрана	ρ	-0,428**	-0,559**	-0,299*
	p	0,000	0,000	0,035
Стање тела	ρ	-0,445**	-0,558**	-0,316*
	p	0,000	0,000	0,025
Лична хигијена	ρ	-0,544**	-0,735**	-0,346*
	p	0,000	0,000	0,014
Комуникација	ρ	-0,392**	-0,247	-0,484**
	p	0,000	0,084	0,000
Становање-одржавање домаћинства	ρ	-0,501**	-0,550**	-0,445**
	p	0,000	0,000	0,001
Покретљивост	ρ	-0,649**	-0,737**	-0,528**
	p	0,000	0,000	0,000
Одговорности	ρ	-0,547**	-0,562**	-0,494**
	p	0,000	0,000	0,000
Међуљудски односи	ρ	-0,364**	-0,240	-0,581**
	p	0,000	0,093	0,000
Живот у заједници	ρ	-0,436**	-0,504**	-0,403**
	p	0,000	0,000	0,004
Образовање	ρ	-0,288**	-0,307*	-0,290*
	p	0,004	0,030	0,041
Запослење	ρ	-0,464**	-0,517**	-0,449**
	p	0,000	0,000	0,001
Забава	ρ	-0,453**	-0,511**	-0,414**
	p	0,000	0,000	0,003

Легенда:

** високо статистички значајна повезаност

* статистички значајна повезаност

У Табели 24 су приказане вредности Спирманових коефицијената корелације ранга (ρ) за све испитанике заједно и посебно по месту становања.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Утврђено је да код свих испитаника постоји високо статистички значајна негативна повезаност између година живота и остваривања свих димензија животних навика. (*исхрана, стање тела, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, покретљивост, одговорности, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, активности- запослење и забава*).

Када су у питању испитаници који су смештени у Геронтолошком центру закључак о повезаности је сличан као код свих испитаника, осим што код *образовања* постоји статистички, а не високо статистички значајна негативна повезаност, док повезаност између година живота и остваривања *комуникације* и *међуљудских односа* није статистички значајна.

Код испитаника у породичном окружењу негативна повезаност је статистички значајна код следећих животних навика: *исхрана, стање тела, лична хигијена и образовање*. Код осталих животних навика негативна повезаност између година живота и остваривања животних навика је високо статистички значајна.

Истраживање је показало да што су испитаници старији то је нижи ниво остваривања животних навика, и самим тим је потврдило да биолошки процес старења утиче на потешкоће у остваривању животних навика што доводи до настајања ситуације хендикепа, **чиме је потврђена прва хипотеза.**

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

6.4. Структура испитаника према личним чиниоцима у односу на место становања

Табела 25. Структура испитаника према полу у односу на место становања

Пол	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Мушки	,	23	45
Женски	28	27	55
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 0,040$	$p = 0,841$	

Из Табеле 25 видимо да није било статистички значајне разлике у структури испитаника према полу у односу на место становања. Обе групе су биле уједначене по полу ($\chi^2 = 0,040$, $p=0,841$).

Табела 26. Структура испитаника према годинама старости у односу на место становања

Године живота	Место становања	
	Геронтолошки центар	Породично окружење
N	50	50
Mean	77,44	76,78
Median	78	77
Std. Deviation	7,21	6,74
Минимум	65	65
Максимум	95	90
Перцентили	25	71,75
	50	78
	75	83
Значајност разлике	$t = 0,473$	$p = 0,636$

Табела 26 нам указује да је просечна старост испитаника износила 76,78. година са одступањем од 6,74. Просечна старост испитаника у Геронтолошком

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

центру износила је 77,44 са одступањем од 7,21. Становници у породичном окружењу су били нешто млађи. Вредност t-теста и његова вероватноћа ($t = 0,473$ и $p > 0,05$; $p = 0,636$) указује да разлика у просечној старости испитаника по месту становања није статистички значајна, односно да су испитаници били уједначени и по годинама живота.

Табела 27. Структура испитаника према нивоу образовања и месту становања

Ниво образовања	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Без образовања	16	9	25
Основно образовање	19	22	41
Средње образовање	13	12	25
Високо образовање	2	7	9
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 27а. Структура испитаника према нивоу образовања и месту становања

Ниво образовања	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Без образовања	16	9	25
Основно образовање	19	22	41
Средње и високо образовање	15	19	34
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 2,650$	$p = 0,266$	

У Табели 27 је приказана расподела испитаника према нивоу образовања у односу на место становања и нису постојали услови за примену χ^2 – теста, па је извршено сажимање података на нивоу средњег и високог образовања и добијено је да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2=2,650$, $p=0,266$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 16 је без образовања, основно образовање је стекло 19 испитаника, а средње и високо 15 испитаника. Од 50 испитаника у породичном

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

окружењу, њих 9 је без образовања, основно образовање је стекло 22 испитаника, а средње и високо 19 испитаника (Табела 27а).

Табела 28. Структура испитаника према броју болести у односу на место становања

Мултиморбидност (Број болести)	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Једна болест	11	24	35
Две болести	17	26	43
Три болести и више	22	0	22
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 28,712$	$p = 0,000$	

У Табели 28 приказана је високо статистички значајна разлика у структури испитаника према броју болести у односу на место становања ($\chi^2 = 28,712$; $p < 0,05$; $p = 0,000$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 11 имало је једну болест, 17 две болести, а 22 три и више болести, док је код оних који живе у породичном окружењу уочен значајно мањи број болести. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих 24 имало је једну болест, 26 две болести, а ни један испитаник није имао три и више болести.

Табела 29. Структура испитаника према физичкој активности у односу на место становања

Физичка активност	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Неактиван	5	2	7
Мање активан	28	17	45
Средње активан	10	12	22
Активан	7	18	25
Више активан	0	1	1
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 29а. Структура испитаника према физичкој активности и месту становања

Физичка активност	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Неактиван и мање активан	33	19	52
Средње активан	10	12	22
Активан и више активан	7	19	26
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 9,940$	$p = 0,009$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција у расподели испитаника према физичкој активности у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 -теста, па је извршено сажимање података што видимо у Табели 29а, а на нивоу активан и више активан и добијено је да постоји високо статистички значајна разлика ($\chi^2 = 9,949$, $p=0,009$). Наиме, 33 испитаника Геронтолошког центра субили неактивни и мање активни, средње активних је било 10, и активних и више активних 7. Код испитаника који живе у породичном окружењу број неактивних и мање активних је био 19 и идентичан је са активним, док је средњеактивних било њих 12.

Табела 30. Структура испитаника према менталној активности и месту становања

Ментална активност	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Неактиван	11	15	26
Мање активан	15	13	28
Средње активан	14	14	28
Активан	6	8	14
Више активан	4	0	4
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 5,044$	$p = 0,283$	

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција у расподели испитаника према менталној активноти у односу на место становања из Табеле 30 видимо да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 5,044$; $p=0,283$). Наиме, 26 испитаника Геронтолошког центра субили неактивни и мање активни, средње активних је било 14, и активних и више активних 10. Код испитаника који живе у породичном окружењу број неактивних и мање активних је био 28, активних 8 док је средњеактивних било њих 14.

6.5. Структура испитаника према утицају срединских чиниоца у односу на место становања

Табела 31. Структура испитаника према животним условима у односу на место становања

Животни услови	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лоши	11	0	11
Лоши	17	4	21
Осредњи	15	22	37
Добри	7	20	27
Веома добри	0	4	4
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 30,631$	$p = 0,000$	

Из Табеле 31 видимо високо статистички значајну разлику у структури испитаника према животним условима у односу на место становања ($\chi^2 = 30,631$ и $p < 0,05$; $p = 0,000$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 11 имало је веома лоше животне услове, 17 је имало лоше животне услове, њих 15 имало је осредње животне услове, добре седам а ни један веома добре животне услове. Од 50 испитаника у породичном окружењу, ни један није имао лоше животне услове, четири је имало лоше животне услове, њих 22 имало је осредње животне услове, 20 добре а њих четири веома добре животне услове.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 32. Структура испитаника према односу корисника центра / укућана према испитанику у односу на место становања

Однос корисника центра/укућана према испитанику	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лош	3	0	3
Лош	20	3	23
Осредњи	14	22	36
Добар	5	23	28
Веома добар	8	2	10
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 32,514$	$p = 0,000$	

Видимо у Табели 32 да је високо статистички значајна разлика у структури испитаника према односу корисника центра/укућана према испитанику у односу на место становања, ($\chi^2 = 32,514$, $p < 0,05$; $p = 0,000$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 3 је проценило да је био веома лош однос према њима, њих 20 је проценило да је био лош однос према њима, 14 је проценило да је био осредњи однос према њима, пет да је био добар однос, а веома добар однос је био према 8 испитаника. Од 50 испитаника у породичном окружењу, ни према једном није веома лош однос, према 3 је лош однос, према 22 је осредњи однос, у односу на 23 је добар однос, а веома добар однос су оценила 2 испитаника.

Табела 32. Структура испитаника према здравственој подршци у односу на место становања

Здравствена подршка	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лоша	2	16	18
Лоша	11	18	29
Осредња	18	12	30
Добра	15	4	19
Веома добра	4	0	4
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 24,147$	$p = 0,000$	

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Из Табеле 32 видимо високо статистички значајну разлику у структури испитаника према здравственој подршци у односу на место становања ($\chi^2 = 24,147$, $p < 0,05$; $p = 0,000$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих двоје је имало веома лошу здравствену подршку, 11 је имало лошу здравствену подршку, 18 је имало осредњу здравствену подршку, 15 је имало добру здравствену подршку а њих четири је имало веома добру здравствену подршку. Од 50 испитаника у породичном окружењу, 16 је имало веома лошу здравствену подршку, 18 је имало лошу здравствену подршку, 12 је имало осредњу здравствену подршку, њих четри је имало добру здравствену подршку а ни један није имао веома добру здравствену подршку.

Табела 33. Структура испитаника према социјалној подршци у односу на место становања

Социјална подршка	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лоша	0	15	15
Лоша	2	9	11
Осредња	17	19	36
Добра	27	7	34
Веома добра	4	0	4
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 24,147$	$p = 0,000$	

У Табели 33 су приказани резултати који показују високо статистички значајну разлику у структури испитаника према социјалној подршци у односу на место становања ($\chi^2 = 35,330$, $p < 0,05$; $p = 0,000$). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, веома лошу социјалну подршку није ни један имао, два испитаника је имало лошу социјалну подршку, 17 је имало осредњу социјалну подршку, 27 је имало добру социјалну подршку а њих четири имало веома добру социјалну подршку. Од 50 испитаника у породичном окружењу, 15 је имало веома лошу социјалну подршку, 9 је имало лошу социјалну подршку, 19 је имало осредњу социјалну подршку, њих седам је имало добру социјалну подршку а ни један веома добру социјалну подршку.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 34. Структура испитаника према доживотном образовању у односу на место становања

Доживотно образовање	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Необезбеђено	28	36	64
Повремено	11	6	17
По потреби	8	6	14
Често	0	2	2
Обезбеђено	3	0	3
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

У структури испитаника према доживотном образовању у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 – теста. Из Табеле 34 се види да 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 28 није имало обезбеђено доживотно образовање, 11 је имало повремено обезбеђено доживотно образовање, осам је имало обезбеђено по потреби, ни један често а обезбеђено је имало троје испитаника. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих 36 није имало обезбеђено доживотно образовање, шест је имало повремено обезбеђено доживотно образовање, шест по потреби, два често и ни један испитаник обезбеђено доживотно образовање.

Табела 35. Структура испитаника према материјалном стању у односу на место становања

Материјално стање	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лоше	30	21	51
Лоше	13	18	31
Осредње	6	8	14
Добро	1	2	3
Веома добро	0	1	1
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 35а. Структура испитаника према материјалном стању у односу на место становања

Материјално стање	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Веома лоша	30	21	51
Лоша	13	18	31
Осредње, добро и веома добро	7	11	18
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 3,284$	$p = 0,194$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција у расподели испитаника према материјалном стању у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 –теста, па је извршено сажимање података (Табеле 35а) на нивоу осредњег, доброг и веома доброг и добијено је да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 3,284$, $p = 0,194$). Наиме, становници Геронтолошког центра су материјално веома лоше њих 30, лоше 13 и 7 испитаника осредње материјално. У породичном окружењу 21 испитаник је материјално стање оценило веома лоше, лоше 18 и 11 материјално стањеје оценило са осредњим.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

6.6. Отежавајући чиниоци у остваривању животних навика

У табелама које следе (36 до 48) приказани су резултати истраживања о отежавајућим чиниоцима за остваривање свакодневних активности и социјалних улога старих особа.

Табела 36. Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике исхрана

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ИСХРАНА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	1.764	0.897		1.966	0.052	
Здравствена подршка	0.82	0.25	0.32	3.279	0.001	
Животни услови	1.606	0.259	0.59	6.213	0	
Материјално стање	-1.098	0.293	-0.344	-3.745	0	
Социјална подршка	0.501	0.246	0.195	2.037	0.044	
Статистичка значајност модела	F=20,165		p = 0,000			
Коефицијент детерминације=0,459		Адаптирани коефицијент детерминације=0,436				

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *исхрана*, примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=20,165$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адаптирани коефицијент детерминације је 0,436 (Табела 36). Ово значи да је 43,6 % варијабилитета *исхране* објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 36 се види да животни услови, здравствена и социјална подршка, као и материјално стање имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *исхрана*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер), као и боље материјално стање (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *исхрана*.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 37. Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике стање тела

Мултиваријантни линеарни регресиони модел – СТАЊЕ ТЕЛА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	1.794	0.684		2.622	0.01	
Животни услови	1.095	0.167	0.523	6.568	0	
Социјална подршка	0.494	0.187	0.25	2.646	0.01	
Здравствена подршка	0.394	0.19	0.2	2.07	0.041	
Статистичка значајност модела	F=27,407			p = 0,000		
Коефицијент детерминације=0,461			Адастирани коефицијент детерминације=0,445			

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *стање тела* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=27,407$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адастирани коефицијент детерминације је 0,445 (Табела 37). То значи да је 44,5% варијабилитета стања тела објашњен варијабилитетом предиктора модела. Из Табеле 37 се види даживотни услови, здравствена и социјална подршка, имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *стање тела-општа физичка активност*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *стање тела*.

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *лична хигијена* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=51,845$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адастирани коефицијент детерминације је 0,606 (Табела 38). Ово значи да је 60,6% варијабилитета личне хигијене објашњен варијабилитетом предиктора модела.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 38. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике лична хигијена*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ЛИЧНАХИГИЈЕНА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	9.153	2.426		3.773	0	
Животни услови	1.27	0.168	0.543	7.583	0	
Социјална подршка	0.658	0.146	0.299	4.518	0	
Године живота	-0.101	0.026	-0.288	-3.931	0	
Статистичка значајност модела	F=51,845		p = 0,000			
Коефицијент детерминације=0,618			Адаптирани коефицијент детерминације=0,606			

Из Табеле 38 се види да године живота, животни услови и социјална подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *лична хигијена*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Лоши животни услови, лоша социјална подршка (опадајући смер), као и старење (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *лична хигијена*.

Табела 39. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике комуникација*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - КОМУНИКАЦИЈА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-0.541	0.777		-0.695	0.489	
Животни услови	1.253	0.146	0.514	8.588	0	
Ниво образовања	1.038	0.145	0.374	7.144	0	
Број болести	-0.924	0.206	-0.272	-4.492	0	
Социјална подршка	0.407	0.12	0.177	3.4	0.001	
Статистичка значајност модела	F=75,389		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,760			Адаптирани коефицијент детерминације = 0,750			

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *комуникација* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

($F=75,389$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов ацастирани коефицијент детерминације је 0,750 (Табела 39). Ово значи да је 75,0% варијабилитета комуникације објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 39 се види да ниво образовања, број болести, животни услови и социјална подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *комуникација*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Нижи ниво образовања, лоши животни услови и социјална подршка (опадајући смер), као и већи број болести (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *комуникација*.

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *станованье-одржавање домаћинства* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=28,628$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов ацастирани коефицијент детерминације је 0,527 (Табела 40). Ово значи да је 52,7% варијабилитета одржавање домаћинства објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Табела 40. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике станованье/одржавање домаћинства*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел–СТАНОВАЊЕ-ОДРЖАВАЊЕ ДОМАЋИНСТВА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-0.849	0.615		-1.38	0.171	
Животни услови	1.01	0.196	0.434	5.155	0	
Здравствена подршка	0.945	0.173	0.432	5.451	0	
Физичка активност	0.489	0.209	0.194	2.34	0.021	
Доживотно образовање	-0.383	0.193	-0.158	-1.987	0.05	
Статистичка значајност модела	F=28,628		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,547			Ацастирани коефицијент детерминације= 0,527			

Из Табеле 40 се види да физичка активност, животни услови, здравствена подршка, као и доживотно образовање имају статистички значајан утицај на

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

остваривање животне навике *становање-одржавање домаћинства*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Слабија физичка активност, лоши животни услови, лоша здравствена подршка (опадајући смер), као и необезбеђено доживотно образовање (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *становање-одржавање домаћинства*.

Табела 41. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике покретљивост*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ПОКРЕТЉИВОСТ						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	11.125	3.197		3.48	0.001	
Године живота	-0.144	0.034	-0.327	-4.284	0	
Физичка активност	0.343	0.275	0.107	1.244	0.217	
Животни услови	0.848	0.265	0.288	3.197	0.002	
Социјална подршка	0.862	0.217	0.311	3.981	0	
Број болести	-0.77	0.326	-0.188	-2.36	0.02	
Статистичка значајност модела	F=60,657		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,605			Адаптирани коефицијент детерминације = 0,585			

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *покретљивост* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=0,585$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његова адаптирани коефицијент детерминације је 0,585 (Табела 41). Ово значи да је 58,5% варијабилитета покретљивост објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 41 се види да године живота, број болести, физичка активност, животни услови и социјална подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *покретљивост*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Слабија животна активност, лоши животни услови, лоша социјална подршка (опадајући смер), као и старење и већи број болести (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *покретљивост*.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 42. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике одговорности*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ОДГОВОРНОСТИ					
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p
(Constant)	11.125	3.197		3.48	0.001
Животни услови	-0.144	0.034	-0.327	-4.284	0
Здравствена подршка	0.343	0.275	0.107	1.244	0.217
Материјално стање	0.848	0.265	0.288	3.197	0.002
Физичка активност	0.862	0.217	0.311	3.981	0
Статистичка значајност модела	F=37,210		p = 0,000		
Коефицијент детерминације = 0,610		Адаптирани коефицијент детерминације = 0,594			

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *одговорности* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=37,210$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адаптирани коефицијент детерминације је 0,594 (Табела 42). Ово значи да је 59,4% варијабилитета одговорности објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 42 се види да физичка активност, животни услови, здравствена подршка и материјално стање имају статистички значајанутицај на остваривање животне навике *одговорност*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Слабија физичка активност, лоша здравствена подршка и лошије материјално стање (опадајући смер), као и бољи животни услови (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *одговорности*.

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *међуљудски односи* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=56,169$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адаптирани коефицијент детерминације је 0,690 (Табела 43). Ово значи да је 69% варијабилитета међуљудских односа објашњен варијабилитетом предиктора модела.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 43. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике међуљудски односи*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - МЕЂУЉУДСКИ ОДНОСИ						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-7.892	1.293		-6.103	0	
Животни услови	0.762	0.275	0.25	2.769	0.007	
Место становања	5.119	0.683	0.811	7.5	0	
Социјална подршка	0.877	0.219	0.306	4.005	0	
Здравствена подршка	0.598	0.255	0.209	2.347	0.021	
Статистичка значајност модела	F=56,169		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,703			Адаптирани коефицијент детерминације = 0,690			

Из Табеле 43 се види да место становања, животни услови, здравствена и социјална подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *међуљудски односи*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Становање у Геронтолошком центру, а не у породичном окружењу, лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *међуљудски односи*.

Табела 44. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике живот у заједници*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ЖИВОТ У ЗАЈЕДНИЦИ						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-4.245	0.88		-4.826	0	
Физичка активност	0.845	0.286	0.261	2.949	0.004	
Здравствена подршка	0.357	0.246	0.127	1.455	0.149	
Животни услови	1.211	0.262	0.405	4.614	0	
Социјална подршка	0.843	0.263	0.299	3.199	0.002	
Статистичка значајност модела	F=31,409		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,569			Адаптирани коефицијент детерминације = 0,551			

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *живот у заједници* примењен је модел мулти варијантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=31,409$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов ацастирани коефицијент детерминације је 0,551 (Табела 44). Ово значи да је 55,1% варијабилитета живот у заједници објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 44 се види да физичка активност, животни услови, здравствена и социјална подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *живот у заједници*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Слабија физичка активност, лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *живот у заједници*.

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *образовање* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=38,667$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов ацастирани коефицијент детерминације је 0,533 (Табела 45). Ово значи да је 53,3% варијабилитета образовања објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Табела 45. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике образовање*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ОБРАЗОВАЊЕ					
Предиктор модела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p
(Constant)	-3.217	0.499		-6.448	0
Доживотно образовање	0.94	0.162	0.444	5.809	0
Здравствена подршка	0.621	0.151	0.324	4.109	0
Физичка активност	0.482	0.158	0.219	3.042	0.003
Статистичка значајност модела	F=38,667		p = 0,000		
Коефицијент детерминације = 0,547			Ацастирани коефицијент детерминације = 0,533		

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Из Табеле 45 се види да физичка активност, здравствена подршка и доживотно образовање имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *образовање*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа. Слабија физичка активност, лоша здравствена подршка и необезбеђено доживотно образовање (опадајући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *образовање*.

Табела 46. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике активности (запослење)*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - АКТИВНОСТИ (ЗАПОСЛЕЊЕ)						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-9.518	1.602		-5.941	0	
Животни услови	1.253	0.304	0.373	4.119	0	
Физичка активност	0.461	0.319	0.127	1.443	0.152	
Однос корисника центра/укућана према испитанику	0.483	0.218	0.138	2.21	0.03	
Социјална подршка	0.983	0.299	0.311	3.285	0.001	
Место становања	2.856	0.894	0.411	3.196	0.002	
Здравствена подршка	0.601	0.288	0.19	2.082	0.04	
Статистичка значајност модела	F=39,597		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,719			Адаптирани коефицијент детерминације = 0,701			

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *активности (запослење)* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=39,597$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адаптирани коефицијент детерминације је 0,701 (Табела 46). Ово значи да је 70,1% варијабилитета активности (запослење) објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 46 се види да место становања, физичка активност, животни услови, однос корисника центра/укућана према испитанику, здравствена и социјална

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

подршка имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике *активности-запослење*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Становање у Геронтолошком центру, а не у породичном окружењу, слабија физичка активност, лоши животни услови, лош однос корисника центра/укућана према испитанику, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *активности-запослење*.

Табела 47. *Отежавајући чиниоци у остваривању животне навике забава-рекреација*

Мултиваријантни линеарни регресиони модел - ЗАБАВА-РЕКРЕАЦИЈА						
Предикторимодела	B Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	p	
(Constant)	-3.426	1.073		-3.192	0.002	
Здравствена подршка	0.793	0.214	0.293	3.704	0	
Животни услови	0.664	0.251	0.231	2.648	0.009	
Социјална подршка	0.94	0.215	0.346	4.374	0	
Број болести	-1.047	0.299	-0.261	-3.498	0.001	
Материјално стање	0.732	0.253	0.217	2.896	0.005	
Статистичка значајност модела	F=35,741		p = 0,000			
Коефицијент детерминације = 0,655		Адаптирани коефицијент детерминације = 0,637				

Ради утврђивања отежавајућих чинилаца у остваривању животне навике *забава* примењен је модел мултиваријантне линеарне регресије, где су предиктори лични и средински чиниоци. Добијени модел је статистички значајан ($F=35,741$; $p<0,05$; $p=0,000$), а његов адаптирани коефицијент детерминације је 0,637 (Табела 47). Ово значи да је 63,7% варијабилитета забаве објашњен варијабилитетом предиктора модела.

Из Табеле 47 се види да број болести, животни услови, здравствена и социјална подршка, као и материјално стање имају статистички значајан утицај на остваривање животне навике забава-рекреација, а самим тим делују на настајање ситуације хендикеп. Лоши животни услови, лоше материјално стање, лоша здравствена и социјална подршка (опадајући смер), као и већи број болести (растући смер) отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *забава-рекреација*.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Резултати истраживања указали су да су отежавајући чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе број болести (мултиморбидност), ниво образовања, материјално стање и место становања и да имају отежавајући утицај на одређене области остваривања животног навика старих особа. Ван наших очекивања резултати су показали да пол нема утицаја на остваривање животних навика старих. Утврђено је да постоји и шири корпус отежавајућих личних и срединских чинилаца који синергистички имају статистички значајан утицај на остваривање животних навика код старих и самим тим делују на настанак ситуацију хендикепа. **Сходно наведеном, друга хипотеза је делимично потврђена.**

Табела 48. Отежавајући чиниоци у остваривању животних навика

ОТЕЖАВАЈУЋИ ЧИНИОЦИ	Категорије животних навика												
	Исхрана	Стање тела	Лична хигијена	Комуникација	Становање-одржавање домаћинства	Покретљивост	Одговорности	Међуљудски односи	Живот у заједници	Образовање	Активности (запослење)	Забава	
Лични чиниоци													
Место становања								•			•		
Пол													
Године живота			•			•							
Ниво образовања				•									
Број болести				•		•						•	
Физичка активност					•	•	•		•	•	•		
Ментална активност													
Средински чиниоци													
Животни услови	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	
Однос корисника центра/укућана према испитанику											•		
Здравствена подршка	•	•			•		•	•	•	•	•	•	
Социјална подршка	•	•	•	•		•		•	•		•	•	
Доживотно образовање					•					•			
Материјално стање	•						•					•	

Легенда:

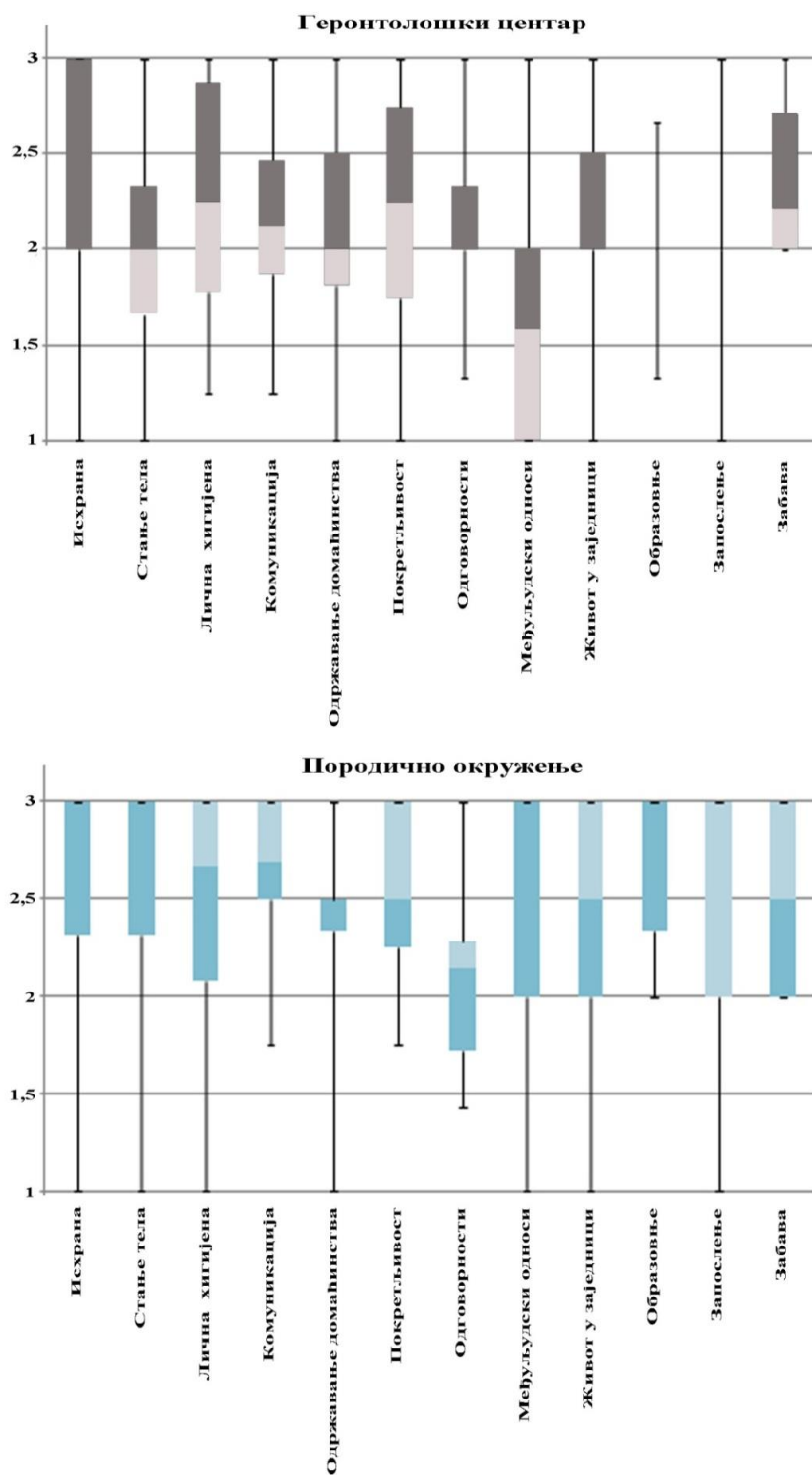
- Опадајући смер
- Растући смер

6.7. Структура испитаника према нивоу задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања

Табела 49. Структура испитаника према нивоу задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања

Ниво задовољства у остваривању животних навика		
Категорија животних навика	Геронтолошки центар	Породично окружење
	Median, [25 %-75%]	
Исхрана	2,00 [2,00-3,00]	3,00 [2,25-3,00]
Стање тела	2,00 [1,67-2,42]	3,00 [2,25-3,00]
Лична хигијена	2,25[1,72-2,88]	2,67 [2,00-3,00]
Комуникација	2,13 [1,88-2,50]	2,69 [2,50-3,00]
Становање-одржавање домаћинства	2,00 [1,75-2,56]	2,50 [2,33-2,50]
Покретљивост	2,25 [1,75-2,75]	2,50 [2,25-3,00]
Одговорности	2,00 [2,00-2,33]	2,14 [1,71-2,29]
Међуљудски односи	1,58[1,00-2,00]	3,00 [2,00-3,00]
Живот у заједници	2,00[2,00-2,63]	2,50 [2,00-3,00]
Образовање	2,00 [2,00-2,00]	3,00 [2,33-3,00]
Активности (запослење)	2,00[2,00-2,00]	2,00 [2,00-3,00]
Забава	2,21 [2,00-2,75]	2,50 [2,00-3,00]

Из Табеле 49 се види да нивоа задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања, код испитаника у Геронтолошком центру, највиша добијена вредност медијане (Median = 2,25) са интерквartilном разликом [1,72-2,88] је код *личне хигијене*, а најнижа вредност медијане (Median=1,58) са интерквartilном разликом [1,00-2,00] је у *међуљудским односима*. Код испитаника у породичном окружењу највиша добијена вредност медијане (Median=3,00) је у *исхрани* (интерквartilна разлика [2,25-3,00]), *стању тела* (интерквartilна разлика [2,25-3,00]), *међуљудским односима* (интерквartilна разлика [2,00-3,00]) и *образовању* (интерквartilна разлика [2,33-3,00]), а најнижа вредност медијане (Median=2,00) интерквartilном разликом [2,00-3,00] је у *активностима (запослењу)*.



Графикон 2. Ниво задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 50. Структура испитаника према нивоу задовољства у остваривању животних навика и места становања (Mann-Whitney test).

Ниво задовољства у остваривању животних навика				
Категорија животних навика	Место становања	Mean Rank	Sum of Ranks	Asymp. Sig. (2-tailed)
Исхрана	Геронтолошки центар	42.34	2117	0,003
	Породично окружење	58.66	2933	
Стање тела	Геронтолошки центар	36.96	1848	0,000
	Породично окружење	64.04	3202	
Лична хигијена	Геронтолошки центар	43.97	2198.5	0,023
	Породично окружење	57.03	2851.5	
Комуникација	Геронтолошки центар	34.27	1713.5	0,000
	Породично окружење	66.73	3336.5	
Становање-одржавање домаћинства	Геронтолошки центар	43.42	2171	0,014
	Породично окружење	57.58	2879	
Покретљивост	Геронтолошки центар	41.68	2084	0,002
	Породично окружење	59.32	2966	
Одговорности	Геронтолошки центар	49.75	2487.5	0,793
	Породично окружење	51.25	2562.5	
Међуљудски односи	Геронтолошки центар	32.23	1611.5	0,000
	Породично окружење	68.77	3438.5	
Живот у заједници	Геронтолошки центар	43.7	2185	0,015
	Породично окружење	57.3	2865	
Образовање	Геронтолошки центар	33.68	1684	0,000
	Породично окружење	67.32	3366	
Запослење-учешће у активностима	Геронтолошки центар	40.81	2040.5	0,000
	Породично окружење	60.19	3009.5	
Забава-рекреација	Геронтолошки центар	46.45	2322.5	0,151
	Породично окружење	54.55	2727.5	

Из Табеле 50 се види да у структури испитаника према нивоу задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања, према Mann-Whitney тесту, утврђена је статистички значајна разлика код следећих животних навика: *исхрана* ($p=0,003$), *стање тела* ($p=0,000$), *лична хигијена* ($p=0,023$), *комуникација* ($p=0,000$), *становање (одржавање домаћинства)* ($p=0,014$), *покретљивост* ($p=0,002$),

међуљудски односи ($p=0,000$), живот у заједници ($p=0,015$), образовање ($p=0,000$) и запослење-бављење активности ($p=0,000$). Испитаници у породичном окружењу имају виши ниво задовољства у остваривању животних навика од испитаника у Геронтолошком центру. Није утврђена статистички значајна разлика у нивоу задовољства у остваривању следећих животних навика: *одговорности* ($p=0,793$) и *забава- рекреација* ($p=0,151$).

6.8. Застпљеност виших нивоа градације задовољства у остваривању животних навика

Мултиваријантном логистичком регресијом тестирали смо ниво задовољства у остваривању свакодневних активности старих које живе у породичном окружењу у односу на оне које живе у Геронтолошком центру. Један од предуслова за примену логистичког модела је међусобна независност скупа предиктора, што смо испитивали тестом мултиколинеарности. Резултати теста мултиколинеарности приказани су у Табели број 51. Евидентно је да више предиктора има вредности VIF (variance inflation factor) знатно веће од 2. Поступном елиминацијом појединих предиктора, и то почевши од оних са највећим вредностима VIF дошли смо до групе предиктора, приказаних у Табели 52 које смо користили као скуп могућих дискриминатора у нашем логистичком моделу.

Из скупа варијабли из Табеле 51 применом униваријантне логистичке регресије (Табела 52) издвојен је скуп статистички значајних дискриминатора мултиваријантног логистичког модела.

Коначни мултиваријантни логистички модел добијен је *wald*-овим степенастим поступком унапред (stepwise method forward Wald). Добијени модел је статистички значајан, а приказан је табеларно (Табела 54) и једначином логистичке регресије (1).

С статистика = 0,932 и $p = 0,000$ 95% Ci [0,880 – 0,984]

$$\text{logit}(p) = \log(p/1-p) = -10.177 + 3.026 \cdot \text{NOZND8} - 1.801 \cdot \text{NOZND9} + 3.360 \cdot \text{NOZND10} \dots (1)$$

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 51. *Статистика мултиколинеарности потенцијалних предиктора*

Скуп дискриминатора	Статистика колинеарности	
	Толеранција	VIF
Исхрана	0.231	4.321
Стање тела	0.168	5.953
Лична хигијена	0.269	3.721
Комуникација	0.287	3.482
Становање-одржавање домаћинства	0.332	3.009
Покретљивост	0.307	3.257
Одговорности	0.586	1.705
Међуљудски односи	0.253	3.951
Живот у заједници	0.514	1.945
Образовање	0.667	1.498
Запослење-учешће у активностима	0.402	2.486
Забава-рекреација	0.455	2.199

Табела 52. *Статистика мултиколинеарности након елиминације проблематичних варијабли*

Скуп дискриминатора	Статистика колинеарности	
	Толеранција	VIF
Становање-одржавање домаћинства	0.638	1.568
Одговорности	0.716	1.396
Међуљудски односи	0.445	2.249
Живот у заједници	0.567	1.765
Образовање	0.742	1.347
Запослење-учешће у активностима	0.441	2.266
Забава-рекреација	0.554	1.805

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела број 53. *Статистички значајни дискриминатори добијени униваријантном логистичком регресијом*

Дискриминатори	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Доњи	Горњи
Становање-одржавање домаћинства	1.110	0.444	6.252	1.000	0.012	3.035	1.271	7.247
Покретљивост	1.439	0.459	9.835	1.000	0.002	4.218	1.716	10.372
Међуљудски односи	2.267	0.420	29.122	1.000	0.000	9.651	4.236	21.986
Живот у заједници	0.832	0.346	5.788	1.000	0.016	2.299	1.167	4.528
Образовање	3.426	0.667	26.407	1.000	0.000	30.739	8.323	113.529
Запослење-учешће уактивностима	1.401	0.390	12.880	1.000	0.000	4.058	1.888	8.722

Табела 54. *Мултиваријантни логистички модел*

Дискриминатори	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Доњи	Горњи
Међуљудски односи	3.026	0.694	18.988	1.000	0.000	20.614	5.285	80.401
Живот у заједници	-1.801	0.716	6.322	1.000	0.012	0.165	0.041	0.672
Образовање	3.360	0.865	15.073	1.000	0.000	28.776	5.278	156.888
Константа	-10.177	2.250	20.461	1.000	0.000	0.000		

Nosmer and Lemeshow Test: $\chi^2=8,527$; $p=0,384$

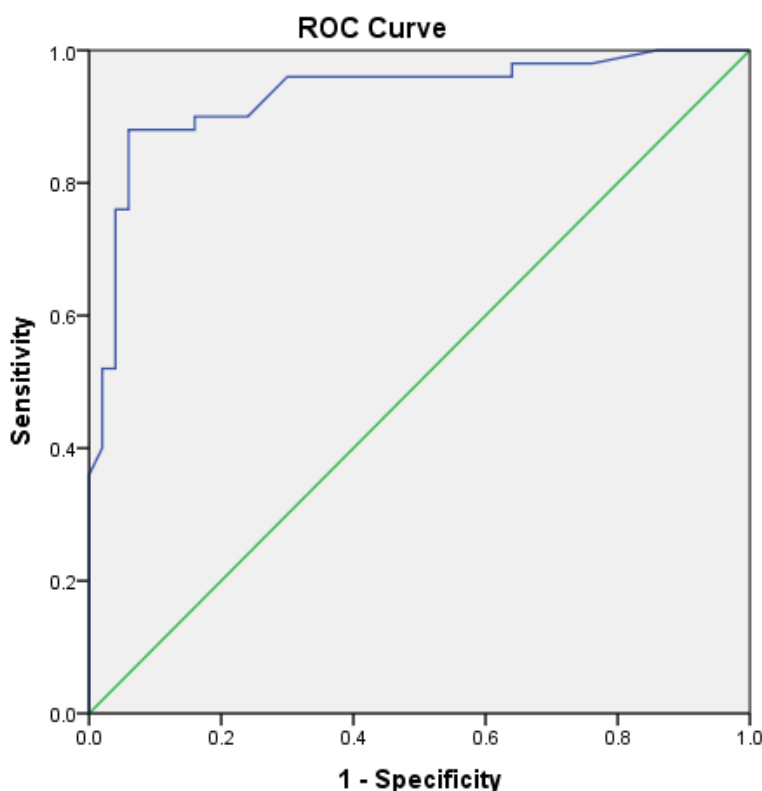
Табела 55. *Класификациона табела добијеног модела*

		Претпостављен		Тачност класификације
		Место становања		
Посматран		Геронтолошки центар	Породично окружење	% Коригован
Место становања	Геронтолошки центар	43	7	86
	Породично окружење	6	44	88
Укупно				87

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Модел је калибрисан (Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2= 8,527$: $p=0,384$), а његова тачност приказана је у класификационој табели модела и износи 87%.

За евалуацију класификационе схеме по којој се разврставају јединице посматрања у једну од две групе, у нашем случају место становања, добијеног логистичког модела коришћена је ROC (receiver operating characteristic) крива. Резултати евалуације дати су С статистиком и ROC кривом. С – статистика (С статистика = 0,932 и $p = 0,000$ 95% CI[0.880 – 0,984]) користи се за поређење слагања обсервираних и очекиваних фреквенција (добијених коришћењем модела логистичке регресије) за групе испитаника. ROC крива је визуелни индек тачности логистичког модела. Вредност С – статистике чија вредност износи 0,932 је површина испод криве.



Графикон 3. ROC крива - визуелни индекс тачности логистичког модела

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Статистички значајни класификатори логистичког модела су *међуљудски односи, живот у заједници и образовање*.

Међуљудски односи –за свако јединично повећање вредности овог коефицијента очекује се повећање од 3.026 логаритма односа шанси становање у породичном окружењу, под условом да су вредности свих осталих дискриминатора константни.

Живот у заједници- за свако јединично повећање вредности овог коефицијента очекује се смањење од 1,801 логаритма односа шанси становања у породичном окружењу, под условом да су вредности свих осталих дискриминатора константни.

Образовање-за свако јединично повећање вредности коефицијента очекује се повећање од 3.360 предвиђеног логаритма односа шанси становања у породичном окружењу, под условом да су вредности свих осталих дискриминатора константни.

Виши нивои градације задовољства у остваривању животних навика *међуљудски односи и образовање* чешће су заступљени код испитаника у породичном окружењу, док су виши нивои градације задовољства у остваривању животне навике *животу заједници* чешће заступљени код испитаника у Геронтолошком центру (Табела 54).

Резултати нашег истраживања указују да место становања има статистички значајан утицај на задовољство у остваривању животних навика. Испитаници у породичном окружењу имају статистички значајно виши ниво задовољства у остваривању животних навика *исхрана, стање тела, лична хигијена, комуникација, становање (одржавање домаћинства), покретљивост, међуљудски односи, живот у заједници, образовање и запослење-учешће у активностима* у односу на испитанике који живе у Геронтолошком центру, док није утврђена статистички значајна разлика у нивоу задовољства у остваривању навике *одговорност*, и *забава-рекреација* у односу на место становања, **чиме је потврђена трећа хипотеза.**

6.9. Структура испитаника према интересовањима у односу на место становања

Табела 56. Структура испитаника према интересовању за бављење склоностима у односу на место становања

Бављење склоностима	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	4	0	4
Мање заинтересован	27	17	44
Средње заинтересован	12	11	23
Заинтересован	3	22	25
Више заинтересован	4	0	4
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 56а. Структура испитаника према интересовању за бављење склоностима у односу на место становања

Бављење склоностима	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован и мање заинтересован	31	17	48
Средње заинтересован	12	11	23
Заинтересован више заинтересован	7	22	29
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 11,885$	$p = 0,003$	

Из Табеле 56 за утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за бављење склоностима у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 –теста, па је извршено сажимање података из Табеле 56 на нивоу заинтересован и више заинтересован и добијено је да постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 11,885$; $p = 0,003$) (Табела 56а). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 31 је било мање заинтересовано за бављење склоностима, средње заинтересовано је било 12, а

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

заинтересовано и више заинтересовано за бављење склоностима је било 7 испитаника. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих 17 је било мање заинтересовано за бављење склоностима, средње заинтересовано 11, а заинтересовано и више заинтересовано за бављење склоностима је било 22 испитаника.

Табела 57. Структура испитаника према интересовању за информисаност у односу на место становања

Информисаност	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	3	3	6
Мање заинтересован	18	17	35
Средње заинтересован	19	15	34
Заинтересован	3	14	17
Више заинтересован	7	1	8
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 57а. Структура испитаника према интересовању за информисаност у односу на место становања

Информисаност	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован и мање заинтересован	21	20	41
Средње заинтересован	19	15	34
Заинтересован више заинтересован	10	15	25
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 1,485$	$p = 0,474$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за информисаност у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 – теста, па је извршено сажимање података из Табеле 57. на нивоу заинтересован и више заинтересован, као и незаинтересован и

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

мање заинтересован и добијено је да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2=1.485$; $p=0,474$) (Табела 57а).

Табела 58. Структура испитаника према интересовању за доживотно образовање у односу на место становања

Доживотно образовање	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	17	33	50
Мање заинтересован	20	8	28
Средње заинтересован	10	7	17
Заинтересован	0	2	2
Више заинтересован	3	0	3
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 58а. Структура испитаника према интересовању за доживотно образовање у односу на место становања

Доживотно образовање	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	17	33	50
Мање заинтересован	20	8	28
Средње заинтересован, заинтересован и више заинтересован	13	9	22
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 10,99$	$p = 0,004$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за доживотно образовање у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 –теста, па је извршено сажимање података из Табеле бр. 58 на нивоу средње заинтересован, заинтересован и више заинтересован за доживотно образовање и добијено је да постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 10,99$, $p= 0,004$) (Табела 58а). Од 50 испитаника у

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Геронтолошком центру, њих 17 је било незаинтересовано за доживотно образовање, њих 20 је било мање заинтересовано, а средње заинтересовано за доживотно образовање је било 13. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих 33 је било незаинтересовано за доживотно образовање, њих 8 је било мање заинтересовано, а средње заинтересовано за доживотно образовање је било 9.

Табела 59. Структура испитаника према интересовању за волонтерски раду односу на место становања

Волонтерски рад	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	32	41	73
Мање заинтересован	8	5	13
Средње заинтересован	8	3	11
Заинтересован	1	1	2
Више заинтересован	1	0	1
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према *интересовању за волонтерски раду* односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 -теста због високе фреквентности незаинтересованих испитаника (Табела 59). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 32 није имало интересовање за волонтерски рад, осам је показало мање интересовање за волонтерски рад, средње заинтересованих је било осам, један испитаник је показао заинтересованост за волонтерски рад и један испитаник је показао више заинтересованости за волонтерски рад. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих 41 није имало интересовање за волонтерски рад, пет је показало мање интересовање за волонтерски рад, средње заинтересованих је било три, један је показао заинтересованост за волонтерски рад и није било више заинтересованости за волонтерски рад.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 60. Структура испитаника према интересовању запоштовање и очување културе и традиције у односу на место становања

Поштовање и очување културе и традиције	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	2	4	6
Мање заинтересован	8	0	8
Средње заинтересован	17	7	24
Заинтересован	12	23	35
Више заинтересован	11	16	27
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 60а. Структура испитаника према интересовању запоштовање и очување културе и традиције у односу на место становања

Поштовање и очување културе и традиције	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован и мање заинтересован	10	4	14
Средње заинтересован	17	7	24
Заинтересован	12	23	35
Више заинтересован	11	16	27
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 11,121$	$p = 0,011$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за поштовање и очување културе и традиције у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 -теста, па је извршено сажимање података из Табеле бр. 60 на нивоу незаинтересован и мање заинтересован и добијено је да постоји статистички значајна разлика ($\chi^2=11.121$; $p=0,011$)(Табела 60а). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, њих 10 је било незаинтересовано и мање заинтересовано за очување културе и традиције, њих 17 је било средње заинтересовано, заинтересовано 12 и више заинтересовано 11

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

испитаника. Од 50 испитаника у породичном окружењу, њих четири је било незаинтересовано и мање заинтересовано за очување културе и традиције, њих седам је било средње заинтересовано, њих 23 заинтересовано и више заинтересовано 16 испитаника.

Табела 61. Структура испитаника према интересовању за стицање вештина самопомоћи и месту становања

Стицање вештина самопомоћи	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	0	0	0
Мање заинтересован	11	4	15
Средње заинтересован	16	5	21
Заинтересован	18	33	51
Више заинтересован	5	8	13
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 14,133$	$p = 0,003$	

Поступком утврђивања значајности разлика у дистрибуцији фреквенција, утврђена је високо статистички значајна разлика у структури испитаника према интересовању за стицање вештина самопомоћи у односу на место становања, ($\chi^2 = 14,133$; $p=0,003$), (Табела 61). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, 11 је било мање заинтересовано, 16 их је било средње заинтересовано, заинтересованих их је било 18 и пет више заинтересованих за стицање вештина самопомоћи. Од 50 испитаника у породичном окружењу четири је показало мање интересовање за стицање вештина самопомоћи, пет је било средње заинтересовано, заинтересованих их је било 33 и осам испитаника је било више заинтересовано за стицање вештина самопомоћи.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Табела 62. Структура испитаника према интересовању за промену и штетних утицаја по здравље у односу на место становања

Промена штетних утицаја на здравље	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	2	0	2
Мање заинтересован	10	4	14
Средње заинтересован	18	19	37
Заинтересован	16	24	40
Више заинтересован	4	3	7
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

Табела 62а. Структура испитаника према интересовању за промену штетних утицаја по здравље у односу на место становања

Промена штетних утицаја на здравље	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован и мање заинтересован	12	4	16
Средње заинтересован	18	19	37
Заинтересован више заинтересован	20	27	47
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 5,07$	$p = 0,79$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за промену штетних утицаја по здравље у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 -теста, па је извршено сажимање података из Табеле 62 на нивоу незаинтересован и мање заинтересован и добијено је да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 5.07$, $p=0,79$) (Табела бр. 62а). Од 50 испитаника у Геронтолошком центру, 12 је било мање заинтересовано за промену штетних утицаја по здравље, 18 их је било средње заинтересовано, заинтересованих их је било 18 и пет више заинтересованих. Од 50 испитаника у породичном окружењу четири је показало мање интересовање за промену штетних

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

утицаја по здравље, пет је било средње заинтересовано, заинтересованих их је било 33 и осамиспитаника је било више заинтересовано за промену штетних утицаја по здравље.

Табела 63. Структура испитаника према интересовању за комуникацију у односу на место становања

Комуникација	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован	0	0	0
Мање заинтересован	0	3	3
Средње заинтересован	18	15	33
Заинтересован	30	31	61
Више заинтересован	2	1	3
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	Није било услова за примену χ^2 теста		

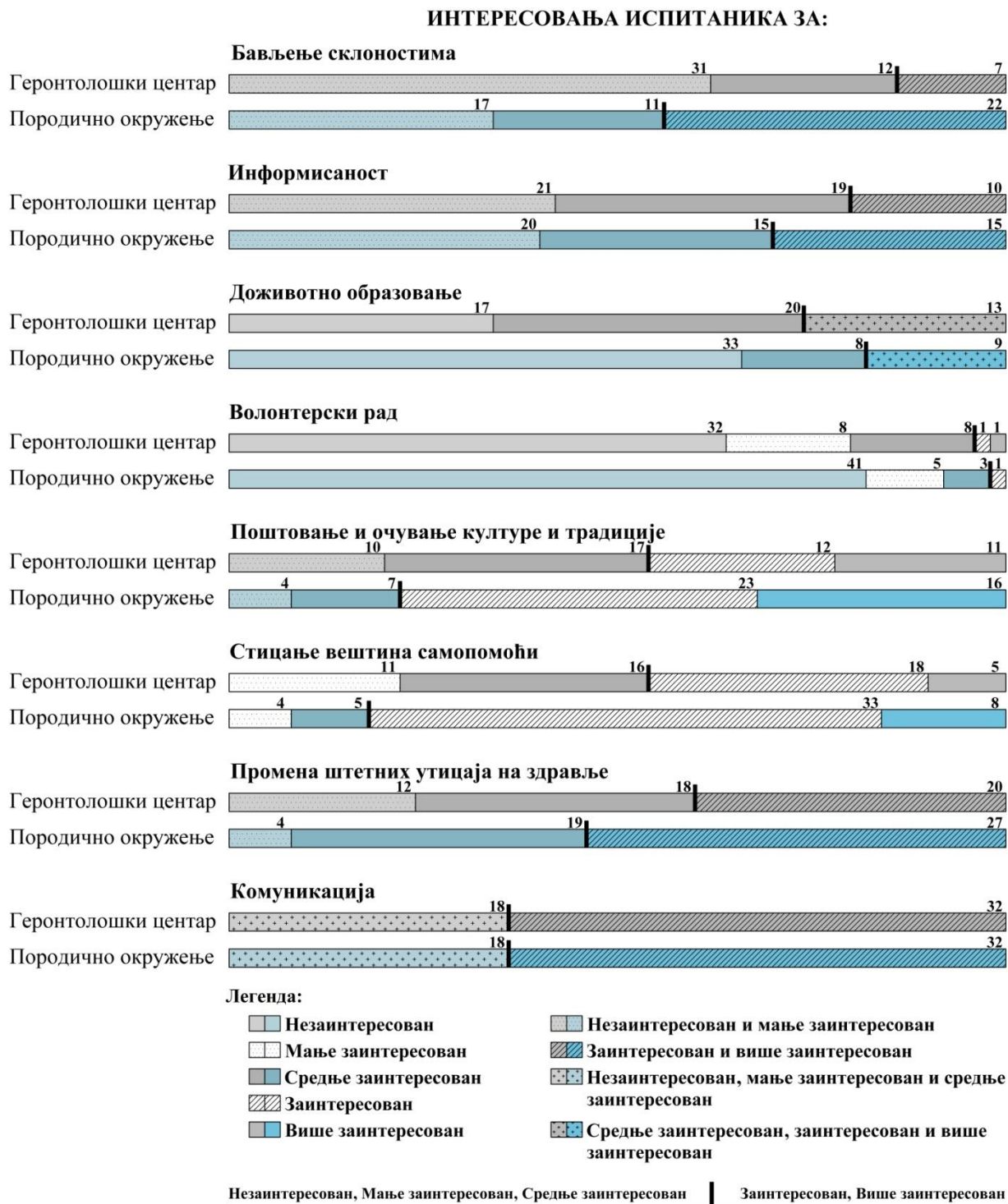
Табела 63а. Структура испитаника према интересовању за комуникацију у односу на место становања

Комуникација	Место становања		Укупно (N)
	Геронтолошки центар (N)	Породично окружење (N)	
Незаинтересован, мање заинтересован и средње заинтересован	18	18	36
Заинтересован више заинтересован	32	32	64
Укупно	50	50	100
Значајност разлике	$\chi^2 = 0,00$	$p = 1,00$	

За утврђивање значајности разлике у дистрибуцији фреквенција, у расподели испитаника према интересовању за комуникацију у односу на место становања нису постојали услови за примену χ^2 -теста, па је извршено сажимање података из Табеле 63 на нивоу заинтересован и више заинтересован и добијено је да не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1,00$) (Табела 63а). Од 50 испитаника у

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Геронтолошком центру, 12 је било мање заинтересовано за комуникацију, 18 их је било средње заинтересовано, заинтересованих је било 18 и пет више заинтересованих. Од 50 испитаника у породичном окружењу четири је показало мање интересовање за комуникацију, пет је било средње заинтересовано, заинтересованих је било 33 и осам испитаника је било више заинтересовано за комуникацију.



Графикон 4. Структура испитаника према интересовању у односу на место становања

6.10. Заступљеност виших нивоа градације интересовања у остваривању животних навика

Мултиваријантном логистичком регресијом тестирана је жеља за доживотним образовањем, здравственом писменошћу и стицањем нових вештина самопомоћи испитаника у Геронтолошком центру у односу на старе особе које живе у породичном окружењу. Модел логистичке регресије припада класи статистичких класификационих модела заснованих на вероватноћи [xx]. У овом моделу исходна варијабла је место становања, а скуп независних дискриминатора обухвата све димензије интересовања испитаника, при чему су коришћене варијабле добијене након сажимања.

Најпре је примењена униваријантна логистичка регресија (Табела 64) и издвојен је скуп статистички значајних дискриминатора.

Табела 64. Униваријантна логистичка регресија скуп статистички значајних дискриминатора

Дискриминатори	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Доњи	Горњи
Бављење склоностима	-0.840	0.256	10.759	1.000	0.001	0.432	0.261	0.713
Доживотно образовање	0.648	0.265	5.994	1.000	0.014	1.912	1.138	3.211
Волонтерски рад	0.606	0.300	4.081	1.000	0.043	1.833	1.018	3.300
Поштовање и очување културе и традиције	-0.564	0.215	6.869	1.000	0.009	0.569	0.373	0.867
Стицање вештина самопомоћи	-0.769	0.256	8.998	1.000	0.003	0.463	0.280	0.766
Промена штетних утицаја на здравље	-0.579	0.286	4.091	1.000	0.043	0.561	0.320	0.982

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Tabela 65. Мултиваријантни логистички модел интересовања

Дискриминатори	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Доњи	Горњи
Бављење склоностима	-1.521	0.378	16.187	1.000	0.000	0.218	0.104	0.458
Доживотно образовање	1.424	0.389	13.406	1.000	0.000	4.152	1.938	8.895
Константа	1.774	0.800	4.913	1.000	0.027	5.892		

Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2=11,546$: $p=0,073$

C статистика = 0,804 и $p = 0,044$ 95% Ci [0,718 – 0,891]

Једначина логистичког модела је облика: $\text{logit}(p) = \log(p/1-p) = 1.774 - 1.521 * \text{Бављење склоностима} + 1.421 * \text{Доживотно образовање} \dots(2)$

Анализа мултиколинеарности показала је да проблем мултиколинеарности не постоји у оквиру овог скупа варијабли, након чега смо моделовањем дошли до мултиваријантног логистичког модела *Wald*-овим степенастим моделом унапред „stepwise method forward Wald“.

Добијени мултиваријантни логистички модел је статистички значајан, а приказан је табеларно (Табела 65) и једначином логистичке регресије (2). Модел је калибрисан (Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2=11,546$; $p=0,073$) а његова тачност приказана је у класификационој табели модела и износи 73% вредности (Табела 66).

C статистика=0,804 и $p=0,000$ 95% Ci [0.718 – 0,891] говори о класификационој тачности.

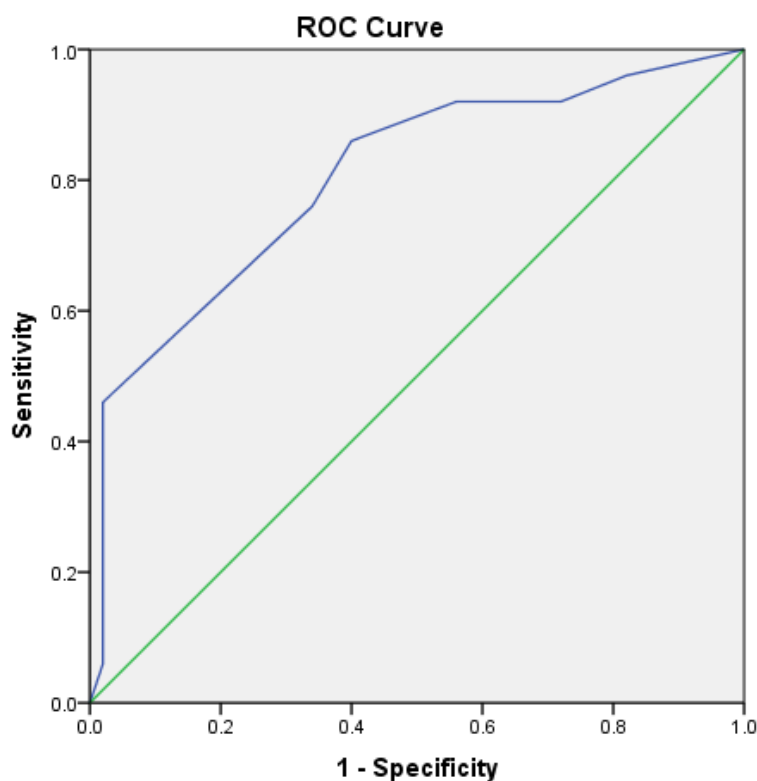
Виши нивои градације интересовања за бављење склоностима чешће су заступљени код испитаника у породичном окружењу, док су виши нивои градације за доживотно образовање чешће заступљени код испитаника у Геронтолошком центру.

РЕЗУЛТАТИ ИСРАЖИВАЊА

Tabela 66. Класификациона табела добијеног модела

		Претпостављен		Тачност класификације
		Место становања		
Посматран		Геронтолошки центар	Породично окружење	% Коригован
Место станавања	Геронтолошки центар	30	20	60
	Породично окружење	7	43	86
Укупно				73

Класификациону схему приказану у предходној табели добијену овим моделом је евалуирана коришћењем ROC (receiver operating characteristic) криве која представља визуелни индекс тачности логичког модела и С-статистике (површина испод криве).



Графикон 5. ROC крива - визуелни индекс тачности логистичког модела

На основу логистичког модела закључујемо да су издвојене две варијабле као дискриминатори:

Виши нивои градације интересовања за бављење склоностима чешће су заступљени у породичном окружењу за исти ниво учешћа на доживотном образовању. Поједностављено, уколико два испитаника имају исти ниво интересовања за доживотно образовање, вероватније је да испитаник који станује у породичном окружењу има виши ниво интересовања за бављење склоностима.

Док виши нивои градације за доживотно образовање чешће су заступљени у Геронтолошком центру за исти ниво бављења склоностима. Или, ако поједноставимо, уколико два испитаника имају исти ниво интересовања за бављење склоностима, вероватније је да испитаник који станује у Геронтолошком центру има виши ниво интересовања за доживотно образовање.

На основу резултата нашег истраживања закључујемо да испитаници у Геронтолошком центру имају статистички значајно више интересовање за доживотно образовање у односу на испитанике који живе у породичном окружењу, док испитаници у породичном окружењу имају статистички значајно више интересовање за стицање нових вештина самопомоћи. Није утврђена статистички значајна разлика у интересовању за променом штетних утицаја по здравље у односу на место становања. Можемо закључити да **четврта хипотеза може бити делимично потврђена.**

VII ДИСКУСИЈА

Старост, као фаза живота са собом доноси физиолошке промене у организму, мултиморбидност, промене у начину задовољавања потреба честа ограничења и инвалидност. Особе старије од 65 година болују од једне или више болести од којих су најчешће кардиоваскуларне болести, хроничне болести, болести локомоторног апарата, остеопороза, карцином, депресија, деменција и друго (World Health Organization, 2015).

Старе особе су групација становништва која је често социјално искључена, нарушеног здравља и независности, са сензорним сметњама и оштећењима, осећајем усамљености, ограничењима у покретљивости, са опадањем функционалне способности (Crews et al., 2004; Урошевић и сар., 2010; Avendano et al., 2009). Социјална партиципација је угрожена претњом безбедности старих од склоности падовима (Давидовић и сар., 2007) до присуства водећих болести локомоторног апарата (Ettinger, et al., 2003), као и сниженом ефикасношћу когнитивног функционисања (Арсид и сар., 2013) што намеће нужност преузимања одговорности старе особе за сопствено здравље, али и обезбеђивања служби подршке.

Старо становништво, њих 37,6% се сусреће са тешкоћама у обављању свакодневних кућних активности и животних навика (Истраживање здравља становништва Србије, 2013). Недостаци, сметње, поремећаји или оштећења проузроковани старосћу отежавају старој особи социјалну интеграцију (Стошљевић и сар., 1990 стр. 358). Стога се данас у области специјалне едукације и рехабилитације покрећу истраживања о старењу, ограничењима у обављању животних активности, квалитету живота старих која имају за крајњи циљ подршку активној социјалној интеграцији и партиципацији старих. Једно од кључних питања стручњака који се баве питањима старења јесте, да ли и у којој мери старост утиче на ограничења и доводи стару особу у ситуацију хендикепа.

Истраживање је реализовано у Јагодини у временском интервалу од 2012. до 2014. године. Узорком је обухваћено 100 испитаника, оба пола, од којих је 50 старих особа смештених у Геронтолошком центру у Јагодини и 50 старих особа које живе у породичном окружењу.

Да би истраживање било валидно обе групе испитаника су уједначене по полу, годинама старости и нивоу образовања (Табела 2). Испитаници су били уједначени по годинама старости. Медијана старосне доби испитаника смештених у Геронтолошком центру је била 78 година, а испитаника у породичном окружењу 77 са минималним бројем година 65 година. Максималне године живота су у Геронтолошком центру биле 95 година, док су у породичном окружењу максимални број година биле 90. Испитаници су били уједначени према нивоу образовања, са веома ниском образовном структуром.

Ниво остваривања животних навика

Ниво остваривања животних навика (исхрана, стање тела-општа физичка активност, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, кретање, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење-учешће у активностима и забава-рекреација) један је од индикатора који обезбеђује сагледавање функционалне способности старе особе.

Исхрана је базична животна активност/навика. Препорученом врстом исхране може се утицати на спречавање настанка, али и на настанак и развој хроничних болести. Да ли ће исхрана бити правилна или неправилна у енергетском смислу речи зависи од физичке активности особе и материјалног стања. Адекватна исхрана, као један од најзначајнијих чинилаца за очување здравља, ангажује стару особу да поред правилног избора намирница, учествује у избору и припремању намирница и оптималном уносу нутријената (Rosenberg & Roberts. 2006; Simpson, et al., 2005). Поред тога подразумева и адекватну снабдевеност сваког појединца довољним количинама хране, као и услуге приликом узимања хране. Старе особе су најчешће у категорији потхрањености или гојазности, а најређе су оптималне тежине. Често се навике које се стекну током живота одражавају у старости. Познато је да су многе физиолошке и патолошке промене у старости везане за исхрану. Амарантос у истраживању узима у обзир чулне, психолошке и социјалне аспекте исхране који утичу на квалитет живота (Amarantos, et al., 2001). Исхрана је промотер здравља,

фактор превенције многих болести, значајан чинилац одржавања квалитета живота и дугевечности особа овог животног доба. У нашем истраживању, код старих особа смештених у Геронтолошком центру, ниво остваривања животне навике *исхрана* (Табела 5) је 8,24, док је код оних смештених у породичном окружењу ниво остваривања животне навике *исхрана* 8,19. Разлог нешто вишег нивоа оцене остварености животне навике видимо у чињеници што је у Геронтолошком центру обезбеђена исхрана, па је свима доступна. Особе смештене у породичном окружењу, без обзира на године које имају, учествују у избору, припремању намирница односно активно партиципирају у остваривању навике исхрана у складу са препорукама које даје Васиљевић (2010). Код особа у Геронтолошком центру категорија животне навике исхрана није делом применљива, јер особе не учествују у наведеној активности.

Животна навика *одржавање стања тела-општа физичка активност*, по квебешкој класификацији, односи се на одлазак у кревет, спавање, обављање физичких активности, примену техника за опуштање. Физичка активност је значајан индикатор здравља, а физичка неактивност значајан фактор ризика настанка бројних хроничних болести. Старе особе постају годинама спорије, спретност и способност извођења финих манипулативних вештина је умањена, као и снага и издржљивост. Самим тим брже се замарају, често имају проблем несанице, а активности где је потребно да буде удружено више функција су угрожене. Треба им више времена за обављање свакодневних активности. Старе особе су често неактивне зато је значајна подршка у обављању ове животне навике којом се задовољава базична људска потреба која утиче на одржавање функционалне способности и квалитета живота. Код свих старих особа, а посебно код оних са сметњама у кретању, препоручено је свакодневно ходање. Резултати нашег истраживања нивоа остваривања животне навике *општа физичка активност* показују да је код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања 7,37, док је ниво остваривања код оних у породичном окружењу 7,65 (Табела 6). Са тешкоћама одласка у кревет и са потребном додатном људском помоћи је 34% испитаника у Геронтолошком центру, односно 16%

испитаника у породичном окружењу, док је у Геронтолошком центру 48% односно 58% испитаника у породичном окружењу са тешкоћама у обављању физичких активности

Животна навика *лична хигијена* обухвата обављање личне хигијене, употребу тоалета, облачење и свлачење, стављање и одржавање помагала, бригу о личној здравственој нези и коришћење медицинске помоћи. Старе особе често нису у могућности да одржавају личну хигијену, некада су са смањеном жељом или одбијају одржавање личне хигијене. Сходно наведеном, треба да водимо рачуна да се не наруши достојанство особе, стога стару особу треба третирати са поштовањем и пажњом, стрпљиво и истрајно, али после неког времена треба опет покушати успоставити навику, нарочито ако се променило понашање. Редовна орална хигијена, хигијена стопала и друго, посебно су значајне свакодневне животне активности старих особа. Резултати истраживања нивоа остваривања животне навике *лична хигијена* показују да је код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања 6,84, док је код оних у породичном окружењу 7,27 (Табеле 7 и 8).

Животна навика *комуникација* обухвата комуникацију са укућанима и другим људима, живом речи путем контакта, путем писања и читања, употребом компјутера као и коришћењем телефона и телефонских говорница. Проблеми у комуникацији расту старењем. Отежану комуникацију у старости узокују социјална искљученост, слабљење сензорних и когнитивних функција (Noll et al., 2016). Како би се одржао потенцијал за активно учешће у комуникацији са старим особама потребно је стицање вештина и стимулација. Стари људи су задовољни ако је комуникација у околини повољнија што им обезбеђује да се осећају сигурније, да лакше подносе здравствене проблеме, као и осећање мање усамљености, одбачености и занемарености. Резултати истраживања нивоа остваривања животне навике *комуникација* показују да је код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања 3,88, док је код оних у породичном окружењу ниво остваривања 5,88 (Табеле 9 и 10). Виши ниво остваривања комуникације у породичном окружењу можемо тумачити чешћим и квалитетнијим родбинским и међугенерациским везама.

Савремене технологије комуникације су у експанзији, међутим старе особе се теже адаптирају на нове технологије, имају сензорна и когнитивна ограничења што им чини тешкоће у комуникацији телефоном са другим људима. Поред тога низак образовни ниво отежава комуникацију писањем. У Геронтолошком центру рачунар без тешкоћа користи само 4% испитаника док у породичном окружењу ову активност на исти начин обавља 24% испитаника. Коришћење живе речи и телевизора је вид комуникације који је без и са тешкоћама најчешће у употреби, без обзира на место живљења. Наше истраживање је потврдило виши ниво остварености *комуникације* старих особа у породичном окружењу и њих 78% комуницира са другим људима без тешкоћа.

Животна навика *становање-одржавање домаћинства* обухвата одржавање куће-стана, одржавање окућнице, обављање тежих кућних послова, кретање унутар стана, коришћење намештаја и опреме у стану, као и кретање у спољњем делу куће. Одржавање домаћинства позитивно утиче на физичку кондицију, кретање и опште функционално стање старих људи. Резултати истраживања показују да је ниво остваривања ове навике код испитаника у Геронтолошком центру 5,09, док је код оних у породичном окружењу 5,43 (Табеле 11 и 12). Организација Геронтолошког центра обезбеђује одржавање установе, те је један од разлога за нижи ниво остварености ове навике у Геронтолошком центру „презаштићеност“ односно недовољна активација одговорности и укључености старих у одржавање установе. Године живота неспорно негативно утичу на функционалну способност, тако да је и код 66% старих у породичном окружењу потребна додатна људска помоћ за одржавање куће/стана.

Животна навика *покретљивост* у контексту квебешке класификације обухвата кретање по улици, вожњу бициклом и превозним средством. Ниво остваривања ове навике код испитаника у Геронтолошком центру је 4,24, док је код оних у породичном окружењу 4,83 (Табела 13). Особе обухваћене нашим истраживањем смештене у породичном окружењу су више покретне, са бољим општим функционалним стањем. Квалитет живота у старости је везан за мобилност,

појам која је шири од покретљивости. Мобилност је од суштинског значаја за активно старење и тесно је повезана са здравственим стањем и квалитетом живота. (Davis et al., 2015; Webber, 2010; Stewart et al., 2001; Westerterp, 2001).

Животна навика *одговорност* се односи на навику преузимања друштвене и финансијске одговорности, као и употребу новца, банковних картица, банкомата, израду буџета и његово поштовање, као и за одговорности везане за финансијска права и обавезе, бригу о себи, деци... Ниво остваривања ове навике је код испитаника у Геронтолошком центру 4,04%, док је код оних у породичном окружењу 4,68% (Табеле 14 и 15). Добијени подаци истраживања указују да у Геронтолошком центру 44% испитаника са тешкоћама користи новац, а 40% њих уз додатну помоћ, док у породичном окружењу 18% испитаника има тешкоће у препознавању вредности новца и правилној употреби новца. Имајући у виду културолошки образац старих и низак образовни ниво дела испитаника, могло се и очекивати да 90% старих у Геронтолошком центру не користи банковну картицу, док њих 68% у породичном окружењу банковну картицу користи са тешкоћама.

Међуљудски односи су навика везана за односе старих са другим људима, за присне односе између супружника, као и за породичне или пријатељске везе са окружењем. Ниво остваривања животне навике *међуљудски односи* у Геронтолошком центру износи 4,12, док је код испитаника у породичном окружењу 8,31. У Геронтолошком центру одржавање присних односа са партнером није примењиво код 64% испитаника јер немају супружника, а код 50% испитаника није примењиво одржавање присних односа са децом, јер их немају. Са одржавањем пријатељстава у Геронтолошком центру тешкоће има 74%, а њих 62% изискује додатну људску помоћ за одржавање пријатељства. Шерман истиче значај тражења професионалне подршке и грађење мреже блиских међуљудских односа код старих, посебно у институционалном збрињавању (Sherman, et al., 2016). Старе особе које живе у породичном окружењу, њих 28%, имају потешкоће у одржавању присних односа са партнером. Тешкоће у одржавању присних односа са децом има 30% испитаника у

породичном окружењу (Табеле 16 и 17). На основу добијених резултата видимо да породично окружење обезбеђује квалитетније одржавање међуљудских односа.

Живот у заједници обухвата учешће у социјалним групама (клубови, удружења, добротворни рад) и религиозним догађајима. У Геронтолошком центру учешће у социјалним групама са тешкоћама обавља 68% старих, а са додатном људском помоћи њих 66%. Учешће у религиозним догађајима није примењљиво код 44% старих у Геронтолошком центру. Стари у породичном окружењу, њих 54%, није остварило учешће у клубовима, удружењима и добротворном раду. Без тешкоћа учешће у религиозним догађајима остварује 50% испитаника у породичном окружењу. Видимо да је код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања наведене навике 4,83, док је ниво остваривања у породичном окружењу 5,22 (Табела 18).

Животна навика **образовање** обухвата доживотно образовање, учешће у курсевима и обукама. Ниво остваривања животне навике *образовање* показује да је код испитаника у Геронтолошком центру ниво остваривања 1,5, док је ниво остваривања код оних у породичном окружењу 0,96 (Табела 19). Животна навика образовање је на најнижим нивоу остварености од свих навика било код испитаника у породичном окружењу или у Геронтолошком центру.

Запослење - учешће у активностима се односи на учешће у активностима породице или активностима у Геронтолошком центру. Ниво остваривања животне навике *запослење-учешће у активностима* у Геронтолошком центру је 4,29, док је у породичном окружењу 7,18 (Табела 20). Активности у Геронтолошком центру са тешкоћама обавља 68%, а са додатном људском помоћи 62%. У породичном окружењу учешће у активностима породице са тешкоћама обавља 42%, а са додатном људском помоћи 38%. Један од узрока оваквих резултата можемо тражити у политици државе Србије која недовољно подстиче ангажовање старих након одласка у пензију.

Забава-рекреација је навика везана за рекреативне или друге активности које се практикују у слободно време са сврхом одржавања функционалне способности, и смисла живота. Ова животна навика најчешће се остварује кроз спорт, друштвене игре, кроз учешће у друштвено-културним догађајима, туристичке активности и сл. У Геронтолошком центру ниво остваривања наведене навике је 3,00, док је остваривање нивоа животне навике *забава-рекреација* код испитаника у породичном окружењу 2,44 (Табела 21) (Табела 22). После образовања, ниво остваривања ове навике је најнижи у резултатима које смо добили истраживањем.

7.1. Утицај биолошког процеса старења на потешкоће у остваривању животних навика и настајање ситуације хендикеп.

Са становишта специјалне едукације и рехабилитације, старење може да буде значајан лични чинилац који доприноси настајању ситуације хендикеп у интеракцији са чиниоцима средине.

Разлог за настајање ситуације хендикеп код старих можемо тражити у биолошком старењу, које је индивидуални процес са прогресивним током слабљења функција. У циљу утврђивања потешкоћа у остваривању животних навика урађена је анализа корелације између биолошког процеса старења и нивоа остварености животних навика. Истраживање је потврдило да биолошки процес старења утиче на остваривање животних навика. Наиме, утврђено је да код свих испитаника постоји статистички значајна повезаност између година живота и остваривања свих категорија животних навика (Табела 24). Што су испитаници старији то је нижи ниво остваривања свих животних навика (исхрана, стање тела, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, покретљивост, одговорности, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, активности-запослење и забава). Уочено је смањено учешће у животним активностима старих особа после 75-78 године што је потврђено и у другим истраживањима (Sutton et al., 2016; Desrosiers et al., 2009; Noreau et al., 2004).

Додатном анализом утврђено је да код испитаника смештених у Геронтолошком центру не постоји статистички значајна повезаност између година

живота и остваривања комуникације и међуљудских односа, док код осталих навика постоји статистички значајна повезаност са годинама живота. Код испитаника у породичном окружењу повезаност година живота и свих животних навика је статистички значајна.

7.2 Отежавајући лични и средински чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе

Квебешки модел настајања ситуације хендикепа „интеракцију“ дефинише као непрестани међусобни утицај три велике области: личних чинилаца, срединских чинилаца и животних навика (Fougerollas, et al., 1999).

7.2.1. Утицај личних чинилаца на остваривање свакодневних животних навика

Утицај пола на остваривање животних навика

Нисмо пронашли значајан утицај пола на остваривање животних навика (Табела 48). У истраживању животних навика старих, Рапаић и сарадници саопштавају резултате где постоји статистички значајан утицај пола испитаника у остваривању животних навика (устајање, лична хигијена, свлачење и активности у кревету) у корист мушких испитаника, док у осталим активностима свакодневног живота нема статистички значајне разлике (Рапаић и сар., 2010 стр. 216).

У доступној стручној литератури наилазимо на спорадичан број истраживања која имају за циљ процену животних навика старих, са применом различитих инструмената истраживања, културолошки различитим узорцима и друго, што може да буде разлог добијених резултата који потврђују или оспоравају статистички значајан утицај пола старих на остваривање животних навика (Desrosiers et al., 2004).

Опречност у резултатима статистички значајне разлике међу половима у остваривању животних навика треба сагледати и из угла да су скоро све варијабле добијене анкетањем испитаника те су могле бити субјективно обојене.

Утицај година живота на остваривање животних навика

Спорадичан предмет опсервације у научној области специјалне едукације и рехабилитације био је утицај година живота на ниво остваривања животних навика, врсту потребне помоћи, ниво задовољства остваривања животних активности и утврђивање индикатора ситуације хендикепа (Одовић и сар., 2012; Рапаић и сар., 2010; Ђурђевић, 2008). Демографски тренд указује и на пораст старења становништва, где се њих 37,6% сусреће са тешкоћама у обављању свакодневних животних активности (Истраживање здравља становништва Србије, 2013; Стошљевић и сар., 2006). Наше истраживање показује да године живота статистички значајано утичу на остваривање личне хигијене ($p < 0,05$) (Табела 38 и 48) и покретљивост ($p < 0,05$) (Табела 41 и 48).

Старе особе су групација становништва нарушеног здравља са ограничењима у покретљивости и опадањем функционалне способности (Урошевић и сар., 2010; Avendano et al., 2009; Crews et al., 2004). Социјална партиципација је отежана чињеницом да су старе особе склоније падовима (Давидовић и сар., 2007), да су присутне болести локомоторног апарата (Ettinger, et al., 2003), и да је снижена ефикасност когнитивног функционисања (Арсидић и сар., 2013), што утиче да старе особе са тешкоћама остварују животне навике.

Утицај нивоа образовања на остваривање животних навика

Неписменост и необразованост често карактерише старије становништво у Србији. Добијени резултати показују изузетно низак ниво образовања старих. На сличне резултате указује и Сатаридић, у чијем истраживању стоји да свака трећа особа, 34,7% има основно образовање, свака шеста 17,3 средње а свака петнаеста 6,6% више и високо образовање (Сатаридић и сар., 2009). Низак ниво образовања утиче негативно на стицање знања и вештина која су од помоћи за превазилажење изазова у животу и корисна су за свеобухватну социјалну укљученост старих. У нашем истраживању низак ниво образовања статистички значајно утиче на остваривање животне навике комуникација ($p < 0,05$) (Табела 39 и 48). Ниво образовања који имају наши

испитаници је очекиван и упоредив са Извештајем пописа становништва из 2011. године по коме је највише неписмених управо у старосном контингенту особа са 65 и више година, њих 70,5%. Познато је да људи са нижим образовним нивом имају тешкоће у комуникацији и у мањој мери користе образовне и здравствене услуге, што негативно утиче на животно функционисање, а у складу је са истраживањима (Noll et al., 2016; Рот и Радоњић, 2004).

Утицај мултиморбидности (број болести) на остваривање животних навика

У литератури постоји повезаност између година живота и болести. Што су испитаници старији са већим су индексом обољевања. Болест ограничава функционални статус особе, а самим тим и остваривање животних навика. Са физиолошког аспекта старење обухвата опадање хомеостатске контроле, „смањење резерви“ (Давидовић и сар., 2010) што доприноси порасту болести те често старе особе болују од једне или више болести. Иста болест се различито рефлектује на стару особу, угрожавајући функционалне капацитете и животну самосталност (Стошљевић и сар., 2006). Поред хроничних болести чести су и други здравствени проблеми старих, као што су: падови, остеопороза, проблеми вида и слуха, ментална обољења, мождани удар и друго (Давидовић и сар., 1998). Те научне чињенице намећу потребу да особе уопште, а посебно старе, буду упознате са ризико факторима, али и препорукама о значају превентивних прегледа, редовних контрола, лечењем болести и рехабилитацијом. Наше истраживање показује статистички значајну разлику у броју болести испитника у односу на место становања ($\chi^2 = 28,712$, $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 28). Присуство болести код старих у овом истраживању има статистички значајан утицај на остваривање животних навика покретљивост ($p<0,05$) (Табела 41 и 48), комуникацију ($p<0,05$) (Табела 39 и 48) и забаву-рекреацију ($p<0,05$) (Табела 47 и 48). Поједини истраживачи, са којима су упоредиви наши резултати, бавили су се истраживањима ситуације хендикепа кроз ниво остварења животних навика старих са болестима и са различитим оштећењима. Истраживањем аутора Одовић и сарадника (2012) обухваћено је 60 одраслих особа са моторичким поремећајима, где

резултати показују да више од половине испитаника (53,3%) не реализује никакав облик физичке активности, што је упоредиво са наведеном животном навиком у нашем истраживању. Розон (Rozon, 2015) се у истраживању бави променама животних навика спавања, запошљавања, међуљудских односа и социјалног учешћа код 186 старих особа као последицом благог можданог удара. Истраживање Ђурђевић код 100 испитаника оболелих од малигнух тумора саопштава резултате по којима су оболеле особе од малигнух обољења имале редукцију или прекид у остваривању свих категорија животних навика, што поткрепљује наше истраживање да је присуство болести значајан отежавајући чинилац у остваривању животних навика (Ђурђевић, 2008). Хуберт и сар. који су испитивали утицај ризико фактора (пушења, физичке неактивности и потхрањеност/гојазност) на настанак болести, предлажу да здравим стиловима живота може смањити и стиснути инвалидитета (Hubert, et al., 2002).

Утицај физичке активности на остваривање животних навика

Физичка активност је значајан индикатор здравља, а физичка неактивност значајан фактор ризика настанка бројних хроничних болести. У нашем истраживању утврђена је статистички значајна разлика у физичкој активности испитника у односу на место становања. Наиме у Геронтолошком центру 33 испитаника су оценила да су неактивни и мање активни, док је на исти начин одговорило 19 испитаника у породичном окружењу ($\chi^2 = 9,949$, $p=0,009$; $p<0,05$) (Табела 29а). Резултати указују на статистички значајан утицај физичке активности на остваривање навика покретљивост ($p<0,05$) (Табела 41 и 48), одржавање домаћинства ($p<0,05$) (Табела 40 и 48), одговорност ($p<0,05$) (Табела 42 и 48), живот у заједници ($p<0,05$) (Табела 44 и 48), образовање ($p<0,05$) (Табела 45 и 48) и активности-запослење ($p<0,05$) (Табела 46 и 48). Десросирс и сарадници који су истраживање применили на старе смештене у јединицама дугорочне заштите и на оне смештене у породици, указују на више функционалних ограничења код особа у дугорочним јединицама заштите (Desrosiers et al., 2004). Овакви резултати узроковани су смањеном активншћу старих смештених дугорочним јединицама заштите. О значају „тимског рада у

рехабилитацији старих, укључујући и специјалне едукаторе и рехабилитаторе“ говоре Одовић и сар., и предлажу потребу „креирања основних принципа и фактора за креирање рекреативних програма физичких активности (...) који ће допринети одржавању физичке кондиције, одржавању доброг психофизичког здравља и квалитетно коришћење слободног времена“ (Одовић и сар., 2010 стр. 127).

Утицај менталне активности на остваривање животних навика

Старење утиче на смањено функционисање когнитивних и емоционалних структура, које значајно утичу на менталну функционалну способност старе особе. Значајне су индивидуалне разлике међу старим људима (Hall, 1922). Смањена функција чула вида и слуха, која обележавају процес старења отежавајући су фактор обављања менталних функција. Није утврђена статистички значајна разлика у менталној активности испитника у односу на место становања. Наиме 26 испитаника у Геронтолошком центру је одговорило да је неактивно и мање активно, док је на исти начин одговорило њих 27 у породичном окружењу ($\chi^2 = 5,044$, $p=0,283$; $p>0,05$) (Табела 30). Резултати истраживања указују да ментална активност нема статистички значајан утицај на остваривање животних навика. Овај податак смо узели са резервом, јер није у складу са другим истраживањима као ни са теоријским разматрањима. Старе особе често показују снижену ефикасност функционисања пажње, уопште когнитивног функционисања (Арсич и сар., 2013). Присуство субјективног, али и објективног осећаја социјалне изолованости и усамљености негативно утиче на ментално здравље старих и ствара услове за појаву депресије, једне од најчешћих менталних болести старих²⁹. (Урошевић и сар., 2010).

Утицај места становања на остваривање животних навика

Студија аутора Десросиерса (Desrosiers et al., 2004) анализира резултате процене животних навика 87 старих особа са функционалним ограничењима које су живеле у окружењима као што су породична средина, старачки дом, Геронтолошки

²⁹ Истраживање здравља становништва Србије (2013): Појава симптома депресије повезана са старошћу становника: што је особа старија, већа је учесталост депресивних симптома

центар или центар за дуготрајну заштиту и негу. Из наведене студије произилази да су испитаници који живе у дугорочним јединицама заштите су ограничени у свакодневним активностима од оних који живе у породичном окружењу. Наиме, стара особа у нашим условима не жели да напусти породично окружење све док има самосталност у обављању свакодневних животних навика и док породица може да јој пружи подршку у функционисању. У истраживању које смо реализовали место становања статистички значајно утиче на остваривање добрих међуљуских односа ($p < 0,05$) (Табела 43 и 48) и активности-запослење ($p < 0,05$) (Табела 46 и 48).

7.2.2. Утицај срединских чинилаца на остваривање свакодневних животних навика

Утицај животних услова на остваривање животних навика

Део узорка старих обухваћених истраживањем, чинили су пензионери који су примали неки облик пензије било да је старосна, инвалидска или породична. Аутор Вуковић подсећа на значај стратешких правца политике активног старења који предвиђају подизање квалитета живота старих одржавањем самосталности, продужавања радног века и обезбеђивања средстава за покривање трошкова живота (Вуковић, 2006). Из резултата истраживања уочавамо да је утврђена статистички значајна разлика у животним условима испитника у односу на место становања. Наиме, у Геронтолошком центру своје животне услове оценило је као лоше и веома лоше 28 испитаника, док је на исти начин одговорило 4 испитаника у породичном окружењу ($\chi^2 = 30,631$; $p = 0,000$; $p < 0,05$) (Табела 31). Резултати су очекивани, јер је Геронтолошки центар установа социјалне заштите и стари смештени у тој установи су социјалне категорије. Применом милтиваријантне линеарне регресије добили смо статистички значајан утицај животних услова на остваривање великог броја животних навика као што су исхрана ($p < 0,05$) (Табела 36 и 48), стање тела ($p < 0,05$) (Табела 37 и 48), лична хигијена ($p < 0,05$) (Табела 38 и 48), комуникација ($p < 0,05$) (Табела 39 и 48), становање-одржавање домаћинства ($p < 0,05$) (Табела 40 и 48), покретљивост ($p < 0,05$) (Табела 41 и 48), одговорности ($p < 0,05$) (Табела 42 и 48),

међуљудски односи ($p < 0,05$) (Табела 43 и 48), живот у заједници ($p < 0,05$) (Табела 44 и 48) и активности-запослење ($p < 0,05$) (Табела 46 и 48).

Утицај окружења (корисника Геронтолошког центра/породице) на остваривање животних навика

Старење доводи до мењања или губитка учешћа старе особе у породици и друштву. За појединца посебно су значајне: улога у браку и породици, одржавање комуникације са пријатељима, активности у слободно време, добровољне и политичке активности и друго. Из истраживања однос корисника центра/укућана утиче на навику активност-запослење. Из резултата уочавамо да је утврђена статистички значајна разлика у односу корисника центра/укућана према испитанику у односу на место становања. Наиме у Геронтолошком центру њих 23 је проценило да је однос корисника центра према њима лош и веома лош, а у породичном окружењу 3 испитаника оценила су однос укућана на исти начин ($\chi^2 = 32,514$, $p = 0,000$; $p < 0,05$) (Табела 32). У истраживању однос корисника центра/укућана према испитанику статистички значајно утиче на остваривање активности-запослења ($p < 0,05$) (Табела 46 и 48). Шерман и сарадници применом мултидисциплинарних истраживања испитивали су значај окружења и његов утицај на здравље старих и на тај начин потврдили су значај обезбеђивања динамичне мреже блиских веза у значају добрих међуљудских односа (Sherman et al., 2016). Поштујући права старих особа имамо обавезу да као професија или као друштвена заједница радимо на одржавању независности старих и да им омогућимо сопствени одабир окружења у коме ће живети.

Утицај здравствене подршке на остваривање животних навика.

Пружање здравствене подршке старима се реализује спровођењем општих и специфичних мера здравствене заштите усмерене на побољшање здравственог стања, лечења, неге и рехабилитације становништва и обезбеђивањем што дуже самосталности у активностима свакодневног живота. Лечење болести, решавање здравствених проблема и рехабилитација нису доступни свим старим особама

(Banerjee et al., 2015; Давидовић и сар., 1996). У истраживању видимо да је утврђена статистички значајна разлика у пружању здравствене подршке старима у односу на место становања. Наиме, њих 19 из Геронтолошког центара је оценило пружање здравствене подршке као добро и веома добро, док је на исти начин оценило свега 4 испитаника у породичном окружењу ($\chi^2 = 24,147$, $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 32). Из овога се види да је здравствена подршка значајно боље обезбеђена испитаницима у институционалном облику збрињавања у односу на оне у породичном окружењу. Резултат није изненађујући знајући да институционалне установе за збрињавање старих имају обезбеђену здравствену заштиту. Поред тога корелациона анализа је показала да здравствена подршка статистички значајно утиче на остваривање следећих навика: исхране ($p<0,05$) (Табела 36 и 48), стања тела ($p<0,05$) (Табела 37 и 48), становања-одржавања домаћинства ($p<0,05$) (Табела 40 и 48), одговорности ($p<0,05$) (Табела 42 и 48), међуљудски односи ($p<0,05$) (Табела 43 и 48), живот у заједници ($p<0,05$) (Табела 44 и 48), образовање ($p<0,05$) (Табела 45 и 48), активности-запослење ($p<0,05$) (Табела 46 и 48) и забава-рекреација ($p<0,05$) (Табела 47 и 48).

Утицај материјалног стања на остваривање животних навика

Лоша материјална и животна ситуација обележава категорију старих која је заступљена у значајном проценту популације изложене сиромаштву и приоритетне су мере смањења сиромаштва у Србији због његовог разорног дејства на квалитет живота и достојанство³⁰. Лоша материјална ситуација се поред негативног утицаја на саму стару особу, негативно одражава на друштвену заједницу, због значајног присуства старих у свеукупном становништву. Није утврђена статистички значајна разлика у материјалном стању испитника у нашем истраживању, у односу на место становања, док су у истраживању *Они не могу да чекају* Сатарић и сарадници изнели податке да су сиромашни стари у руралној средини (Сатарић и сар. 2009). Своје

³⁰ Стратегија за смањење сиромаштва у Србији. (2003, стр. 12) Стари (преко 65 година) чине скоро четвртину укупног броја сиромашних, 17,7% укупног становништва, а висок ризик сиромаштва највише погађа оне без пензија.

материјално стање у Геронтолошком центру проценило је 43 испитаника као веома лоше и лоше, а на исти начин одговорило је њих 39 у породичном окружењу ($\chi^2=3,284$, $p=0,194$; $p>0,05$) (Табела 35а). Стара популација је категорија становништва која живи најчешће у условима сиромаштва, што потврђује Сатарић и сарадници изведеном студијом о сиромашним старим лицима у Србији на репрезентативном узорку од 70 старих у Србији, где њих 32% има лични приход испод 6500, док 12% старих нема редовна примања (Сатарић и сар. 2009). Појашњења ради, одговор на висока заступљеност лоше вреднованог материјалног стања старих тражили смо и у томе што део испитивачког узорка чине старе особе које су због лошег материјалног стања оствариле право на социјалну заштиту и смештене су у Геронтолошки центар односно установу социјалне заштите. Наше истраживање указује да материјално стање статистички значајно утиче на остваривање навика исхране ($p<0,05$) (Табела 36 и 48), одговорности ($p<0,05$) (Табела 42 и 48) и забаве-рекреације ($p<0,05$) (Табела 47 и 48). Сиромашни стари су лошијег здравственог стања са ограничењима у свакодневном функционисању. Материјално стање и животни услови са ниским примања негативно се директно или индиректно одражавају на ниво остваривања готово свих животних навика са једне стране, а са друге стране неизвесна материјална ситуација утиче на неизвесну будућност и негативно утиче на самопоштовање. Нежељени ефекти материјалне ситуација и неповољни животни услови са неадекватном здравственом и социјалном подршком отежавајући су чиниоци који утичу на ниво остваривања готов свих животних навика.

Утицај социјалне подршке на остваривање животних навика

Старе особе су социјално веома маргинализована популациона група (Hartlapp, 2015; Borglin et al., 2006). Ниво социјалне подршке обезбеђује осећај сигурности и утиче на здравље и квалитет живота (Hartlapp, 2015; Borglin et al., 2006). У истраживању видимо да је утврђена статистички значајна разлика у пружању социјалне подршке у односу на место становања. Наиме њих 31 из Геронтолошког центара је оценило пружање социјалне подршке као добро и веома добро, док је на исти начин социјалну подршку оценило свега 7 испитаника у породичном окружењу

($\chi^2 = 24,147$, $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 33). Видимо да су старе особе задовољне пруженом социјалном подршком у Геронтолошком центру. Исто тако видимо неразвијеност социјалне мреже и недовољну обезбеђеност пружених услуга у породичном окружењу. Уочавамо да социјална подршка статистички значајно утиче на оставаривање навика исхрана ($p<0,05$) (Табела 36 и 48), стање тела ($p<0,05$) (Табела 37 и 48), лична хигијена ($p<0,05$) (Табела 38 и 48), комуникација ($p<0,05$) (Табела 39 и 48), покретљивост ($p<0,05$) (Табела 41 и 48), међуљудски односи ($p<0,05$) (Табела 43 и 48), живот у заједници ($p<0,05$) (Табела 44 и 48), активности-запослење ($p<0,05$) (Табела 46 и 48) и забава-рекреација ($p<0,05$) (Табела 47 и 48).

Утицај доживотног образовања на остваривање животних навика

У Србији доживотно образовање се реализује спорадично. Национална стратегија о старењу и Светска здравствена организација препорукама подршке активном старењу предлажу доживотно образовање као могућност подршке интеграције старих у друштво, начин стицања потребног знања о неговању и очувању здравља и обезбеђивање функционалне писмености³¹. Значај концепта доживотног учења у Европској унији који износи Волс, огледа се у тврдњи да је „концепт доживотног учења замишљен као лек за болести и има утицај на незапосленост, иновације и предузетништво“ (Volles, 2016; Borg, 2006). У Геронтолошком центру 28 испитаника се изјаснило, као и 36 испитаника у породичном окружењу, да им није обезбеђено доживотно образовање (Табела 34).

У Србији, доживотно образовање је обезбеђено малом броју испитаника. У нашем истраживању доживотно образовање има статистички значајан утицај на остваривање животних навика становање-одржавање домаћинства ($p<0,05$) (Табела 40 и 48) и образовање ($p<0,05$) (Табела 45 и 48).

³¹ Национална Стратегија о старењу (2006-2015 стр. 25) Занемарује се чињеница да у процес доживотног образовања морају бити укључене све генерације, од најмлађих, па до оних најстаријих, односно, да перманентног учења и образовања нема без образовања старијих лица

7.2.3. Преглед утицаја личних и срединских чиниоца на настајање ситуације хендикепа

Мада смо претпоставили да су отежавајући чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе пол, мултиморбидност (број болести), ниво образовања, материјално стање и место становања, резултати истраживања су потврдили да постоји шири корпус отежавајућих личних и срединских чинилаца који синергистички имају статистички значајан утицај на остваривање животних навика код старих и самим тим делују на настанак ситуацију хендикепа. Квебешки модел управо „интеракцију“ дефинише као непрестани међусобни утицај три велике области: личних чинилаца, срединских чинилаца и животних навика (Fougerollas, et al., 1999).

Наводимо међусобни утицај личних и срединских чинилаца на животне навике и ситуацију хендикепа поткрепљене резултатима истраживања.

Лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка и материјално стање отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *исхрана* и делују на настајање ситуације хендикепа ($F=20,165$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 36 и 48).

Лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *стање тела-општа физичка активност* и делују на настајање ситуације хендикепа ($F=27,407$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 37 и 48).

Лоши животни услови, лоша социјална подршка, као и старење отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *лична хигијена* и настајање ситуације хендикепа ($F=51,845$; $p=0,000$ $p<0,05$) (Табеле 38 и 48).

Низак ниво образовања, лоши животни услови, присуство болести, и неадекватна социјална подршка отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *комуникација* и самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=75,389$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 39 и 48).

Слабија физичка активност, лоши животни услови, лоша здравствена подршка, као и необезбеђено доживотно образовање отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *становање-одржавање домаћинства*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=28,628$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 40 и 48).

Слабија физичка активност, лоши животни услови, лоша социјална подршка, као и године живота и већи број болести отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *покретљивост* ($F=0,585$; $p=0,000$; $p<0,05$;) (Табела 41 и 48).

Слабија физичка активност, лоша здравствена подршка и лошије материјално стање, као и лоши животни услови отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *одговорности*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=37,210$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 42 и 48).

Становање у Геронтолошком центру, а не у породичном окружењу, лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *међуљудски односи*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=56,169$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 43 и 48).

Слабија физичка активност, лоши животни услови, лоша здравствена и социјална подршка отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *живот у заједници*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=31,409$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 44 и 48).

Слабија физичка активност, лоша здравствена подршка и необезбеђено доживотно образовање отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *образовање*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=38,667$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 45 и 48).

Становање у Геронтолошком центру, а не у породичном окружењу, слабија физичка активност, лоши животни услови, лош однос корисника центра/укућана према испитанику, лоша здравствена и социјална подршка отежавајући су чиниоци у

остваривању животне навике *активности (запослење)*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=39,597$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табеле 46 и 48).

Лоши животни услови, лоше материјално стање, лоша здравствена и социјална подршка, као и већи број болести отежавајући су чиниоци у остваривању животне навике *забава-рекреација*, а самим тим делују на настајање ситуације хендикепа ($F=35,741$; $p=0,000$; $p<0,05$) (Табела 47 и 48).

7.3. Ниво задовољства у остваривању животних навика у односу на место становања

Старење и индивидуалне разлике међу старима међају хијерархију постављања приоритета задовољавања потреба, тако да задовољство животом постаје некада важније за квалитет живота од физичког здравља, код испитаника који своје старење оцењују „успешним“ и/или „активним“ (Урошевић и сар., 2013; EQLS., 2012). На основу резултата истраживања примењеног у шест европских земаља, Феринг и сарадници кажу да на задовољство живота у старости утичу здравље, учешће у физичким активностима, функционални статус, самопоштовање, социјални и финансијски ресурси, као и место становања (Ferring, et al., 2004).

Ниво задовољства оствареним животним навикама је један од индикатора квалитета живота. Резултати нашег истраживања указују да место становања има статистички значајан утицај на задовољство у остваривању животних навика. Испитацници у породичном окружењу имају статистички значајно виши ниво задовољства у остваривању животних навика исхрана ($p=0,003$), стање тела ($p=0,000$), лична хигијена ($p=0,023$), комуникација ($p=0,000$), становање (одржавање домаћинства) ($p=0,014$), покретљивост ($p=0,002$), међуљудски односи ($p=0,000$), живот у заједници ($p=0,015$), образовање ($p=0,000$) и запослење-учешће у активностима ($p=0,000$) у односу на испитанике који живе у Геронтолошком центру. Није утврђена статистички значајна разлика у нивоу задовољства у остваривању одговорности ($p=0,793$) и забаве-рекреације ($p=0,151$) у односу на место становања (Табела 50).

Једно од могућих објашњења добијеног резултата можемо тражити у истраживању аутора Смита и сарадника у којем је задовољство испитаника директно повезано са степеном ангажованости у свакодневним животним активностима. Како у Геронтолошком центру особље обавља већину активности, сами корисници центра нису довољно активни, па је самим тим степен њиховог задовољства нижи (Smith, et al., 1986). Виши нивои градације задовољства у остваривању животних навика међуљудски односи и образовање чешће су заступљени код испитаника у породичном окружењу, док су виши нивои градације задовољства у остваривању животне навике живот у заједници чешће заступљени код испитаника у Геронтолошком центру (Табела 54).

Добијени резултати истраживања били су очекивани, јер старе особе које живе у породичном окружењу, њих 64% је без тешкоћа у одржавању присних односа са партнером, а 70% испитаника без тешкоћа одржава присне односе са децом (Табела 17). Шерман истиче значај тражења професионалне подршке и грађење мреже блиских међуљудских односа код старих, посебно у институционалном збрињавању (Sherman, et al., 2016).

7. 4. Интересовање испитаника у односу на место становања

Поред тога што је у литератури „феномен старења“ често обрађивана тема, уочава се недостатак емпиријских истраживања која су се бавила интересовањима старих. По Кнежевићу подстицаји који човека покрећу на активности су мотиви доживљени као одређене потребе, жеље и пориви који теже остварењу. Уколико их оствари, човек осећа смирење и задовољство, а уколико је прикраћен, ако се уздржава, човек осећа напетост и незадовољство (Кнежевић, 2007 стр. 126). У складу са наведеним, „мотивационе одлике, тј човекове потребе, ставови, интересовања и мотиви су у сфери организованог учења“ (Будимир-Нинковић, 2008 стр. 201.). Маслов је заговарао тврдњу да људи нису мотивисани једино „потребама недостатка“, него и „потребама постојања“ (Maslow, 1962). Под интересовањем, у овом истраживању, подразумевамо заокупљенос или бављење делатношћу којој стара особа придаје значај. Резултати нашег истраживања показали су да се код

старих особа рефлектују интересовања која се разликују у односу на место становања.

Интересовање за бављење својим склоностима

Под склоностима подразумевамо научене и радне вештине које су старе особе развијале током радног века и биле им ослонац. Уколико је стара особа обављала посао у коме је била самостална (занатлија, уметник...) она тај посао обавља и после 65-те године ако има интересовања а располаже очуваним здрављем и функционалним способностима. Када говори о вештинама старих у Јапану Деброкс каже да их држава подстиче на активности и рад (Debroux, 2016). Резултати истраживања које смо реализовали указују да су средње заинтересоване, заинтересоване, и више заинтересоване за бављење својим склоностима 33 старе особе у породичном окружењу и 19 њих у Геронтолошком центру (Табела 56а). Иако је у Републици Србији уобичајно да старе особе након одласка у пензију престају са радним активностима, резултати истраживања показују да је интересовање за бављење склоностима у породичном окружењу очувано и после 65-те године.

Интересовање за информисаност

Старе особе своја интересовања за информисаност усмеравају најчешће на исплату пензија, остваривање својих права за негу и свакодневна животна питања. У истраживању које су реализовали Сатарић и Рашовић, процењује се да је информисаност старих о новчаним надокнадама доста висока али и да стари нису упознати са правом на туђу негу и помоћ (Сатарић и Рашовић, 2007). У нашем истраживању, средње заинтересован, заинтересованих и више заинтересованих за информисаност било је 29 испитаника смештених у Геронтолошком центру док је средње заинтересованих, заинтересованих и више заинтересованих за информисаност било њих 30 у породичном окружењу (Табела 57а).

Потребе за информацијама популације старих није много истраживана што доказује веома мали број истраживања о старим особама и информисању. Zou и Zhou (2014) наводе да су у свом истраживању утврдили да већина испитаника заинтересована за информације ако су квалитетне, релевантне и приступачне, а то уједно утиче на коришћење извора информација. Најчешћи извори информација су телевизија (50% испитаника), радио (20%), разговор са другим (18%) док се мобилни уређаји и интернет ретко користе.

Edewor, Ijiekhuamhen и Emeка-ukwu (2016) закључују у свом истраживању да старе особе најчешће имају потребу за информацијама у вези здравља (98%), пензије/финансија (92%), политике владе (34%), тренутних догађаја (53%), и транспорта (63%). Према њиховим налазима највише преферирају као извор информација чланове породица (98%), а затим радио и телевизију (92%) (Edewor, N., Ijiekhuamhen, O.P. & Emeка-ukwu, U.P. 2016).

Интересовање за доживотно образовање

На основу резултата истраживања утврдили смо да су за доживотно образовање више заинтересовани стари у Геронтолошком центру у односу на старе у породичном окружењу (Табела 58 а). Иако је доживотно образовање вид препоруке подршке активном старењу у свету, у нашем истраживању за доживотно образовање популација старих смештених у Геронтолошком центру и у породичном окружењу нема довољно интересовања, што можемо тумачити кроз неповољну образовну структуру јер је велики број старих људи без елементарне писмености и потпуног основног образовања. Наиме, популација старих у Србији је са неповољном образовном структуром. Велики број старих људи у Србији је без елементарне писмености и потпуног основног образовања те уважавајући њихову социјалну и старосну разноликост, корисно је развити програме обуке, курсеве, програме самопомоћи.

Интересовање за волонтерски рад.

У Србији волонтерске услуге старим особама пружају друга лица док они сами имају спорадична интересовања за волонтерски рад. Наши испитаници у Геронтолошком центру, њих 10 је показало заинтересованост за волонтерски рад док је у породичном окружењу свега четири испитаника заинтересовано за овакву врсту рад а(Табела 59). Имајући у виду да волонтерски рад старих није ни културолошки, програмски као ни материјално подржан на просторима Србије, дошли смо до очекиваних резултата. Насупрот томе, значајна је расправа о „терету старења становништва“ и уочавању продуктивног потенцијала старих. На то су указали Ерлингхаген и Хенк износећи истраживања којима објављују високо учешће старих у северној Европи и релативно ниско учешће у медитеранским земљама, показујући да старост, образовање, здравство стање и укљученост у другим друштвеним активностима снажно утичу на склоност појединца да се укључи у волонтерски рад (Erlinghagen & Hank, 2006).

Интересовање за поштовање и очување културе и традиције

У Геронтолошком центру 40 старих особа показало је средњу заинтересованост, заинтересованост и вишу заинтересованост за поштовање и очување културе и традиције док је у породичном окружењу њих 46 одговорило на исти начин (Табела 60а). Резултати ове студије указују да је могуће програм подршке базирати на афирмацији очувања културе и религиозности. Из анализе о религиозности, духовности и здрављу Лавлер-Ров и Елиот показују да духовно благостање доприноси психолошком благостању и субјективној добробити (Lawler-Row & Elliott. 2009).

Интересовање за стицање вештина самопомоћи

Када говори о усвајању вештина Симић каже „да би се научили вештинама самопомоћи није довољно да им неко демонстрира како се изводе поједине процедуре, неопходно је да их сами увежбавају, и да им неко укаже на грешке да би могли да их исправе и усвоје“ (Симић, 2012 стр.180). У Геронтолошком центру 39 испитаника је оценило средњу заинтересованост, заинтересованост и вишу заинтересованост за стицање вештина самопомоћи док га исто процењује њих 49 у породичном окружењу (Табела 61). Да би омогућили старим особама да стекну вештине промене поншања у вези са здрављем значајно је да уважимо саговорника и стекнемо поверење, затим да им износећи свој став објаснимо због чега је значајно променити навику која им угрожава здравље. По Колну добри резултати су постигнути са групама пацјената са хроничним обољењима, пацјентима са карциномима и особама са инвалидитетом (Koelen et al. 2004).

Интерсовање за промену штетних утицаја по здравље

Могућност промене штетних утицаја на здравље треба да буде прилагођено потребама и размишљањима старих, јер је тешко мењати стечене навике, а посебно код старих особа. По Колну здравствену писменост чине когнитивне и социјалне вештине које дефинишу мотивацију и способност особе да информацију користи, унапреди и одржи здравље (Koelen et al. 2004). Како су код старих особа когнитивне и социјалне вештине у опадању, мењање стечених навика је отежано, али када постоји интересовање старих, могуће је прилагођавање навика и делимично мењање у односу на здравствено стање. У Геронтолошком центру 38 испитаника је исказало своју заинтересованост и вишу заинтересованост за стицање вештина за промену штетних утицаја по здравље док је у породичном окружењу њих 46 одговорило исто. Стари желе да чују шта све може позитивно утицати на њихово здравље и шта им све може бити на корист у очувању виталности и преосталих способности. У емпиријском истраживању животних навика, на узорку од 218 старих у Словенији Цурц и сарадници закључују да у будућности, пажњу треба усмерити на старије са

посебном пажњом у односу на исхрану и физичку активност (Zurc, J., Hlastan-Ribic, C., & Skela-Savic, B. 2015).

Интересовање за комуникацијом са другим људима

Редукција когнитивних и сензорних способности код старих и проблеми у комуникацији расту са старењем и Хап каже да је комуникација најсложенији и најосетљивији простор међуљудских односа (Неар, 2006). Да би се одржао потенцијал за активно учешће у комуникацији, Шаренац наводи да је потребна стимулација и обезбеђена конструктивна комуникација. Од 50 испитаника смештених у Геронтолошком центру 32 испитаника је заинтересовано и више заинтересовано за стицање вештина комуникације док у породичном окружењу њих 32 је одговорило исто. Резултат високе заинтересованости није изненађујући с обзиром да стари људи имају жељу да се осећају потребним и вредним члановима друштва (Шаренац, 2009 стр. 27).

Премда смо очекивали да старе особе смештене у Геронтолошком центру имају веће интересовање за доживотним образовањем, променом штетних утицаја на здравље и стицањем нових вештина самопомоћи у односу на старе особе које живе у породичном окружењу резултати истраживања указују на друге чињенице.

Резултати нашег истраживања интересовања старих особа у односу на место становања су показали да је утврђена статистички значајна разлика код следећих интересовања: *бављење склоностима* ($p=0,003$), *информисаност* ($p=0,0474$), доживотно образовање ($p = 0,004$), *поштовање и очување културе и традиције* ($p=0,011$), *стицање вештина самопомоћи* ($p= 0,003$) *промена штетних утицаја на здравље* ($p = 0,079$) *комуникација* (Табеле 56а; 57а; 58а; 60а; 61а; 62а; 63а. и Графикон 4). Код интересовања за волонтерски рад нису постојали услови за примену χ^2 -теста због високе фрекфентности незаинтересованих испитаника (Табела 59). Виши нивои градације интересовања за бављење склоностима чешће су

заступљени код испитаника у породичном окружењу, док су виши нивои градације за доживотно образовање чешће заступљени код испитаника у Геронтолошком центру.

На основу логистичког модела закључујемо да су издвојене две варијабле као дискриминатори:

1. Виши нивои градације интересовања за бављење склоностима чешће су заступљени у породичном окружењу за исти ниво учешћа на доживотном образовању. Поједностављено, уколико два испитаника имају исти ниво интересовања за доживотно образовање, вероватније је да испитаник који станује у породичном окружењу има виши ниво интересовања за бављење склоностима.
2. Док виши нивои градације за доживотно образовање чешће су заступљени у Геронтолошком центру за исти ниво бављења склоностима. Или ако поједноставимо, уколико два испитаника имају исти ниво интересовања за бављење склоностима, вероватније је да испитаник који станује у Геронтолошком центру има виши ниво интересовања за доживотно образовање.

У литератури смо ретко наилазили на истарживања која су се бавила истраживањем ситуације хендикепа кроз остваривање животних навика старих. Истраживања са којима смо се упоређивали су обрађивала најчешће утицај болести или инвалидности који доводе особу у ситуацију хендикепа. Истраживањем смо желели да пружимо импликације које ће моћи да помогну у практичном раду са старим особама, њиховим породицама, онима који се професионално баве старима и на крају друштвеној заједници уопште.

7.5. Дефектолошки индивидуални програм превенције ситуације хендикеп-подршка активном старењу

Индивидуални програм превенције ситуације хендикеп-подршка активном старењу треба да се реализује кроз сагледавање предиктора настајања ситуације хендикеп на основу:

- процене потешкоћа и врсте потребне помоћи и оствареног нивоа животних навика
- процене утицаја личних чинилаца на остваривање животних навика
- процене утицаја срединских чинилаца на остваривање животних навика
- процене нивоа задовољства оствареним животним навикама
- процене нивоа интересовања

Подршку активном старењу заснивамо на дефектолошком програму усмереном ка:

I Подршци активном старењу на индивидуалном новоу

Индивидуални рад са старом особом планиран је као утицај на личне чиниоце који су значајни за одржавање функционалне способности и квалитета живота. Дефектолошка процена, утицај на промене животних навика, као и развијање адаптивних капацитета у складу са могућностима и интересовањима старих основ су дефектолошког третмана.

II Подршци активном старењу на нивоу друштвене заједнице

Укључивање дефектолога у тим за подршку старих у друштвеној заједници, како би програмима едукације и подршке дао допринос реорганизацији и стварању олакшавајућих срединских чинилаца који би побољшали квалитет живота старих у институционалним и ванинституционалним облицима збрињавања.

I ИНДИВИДУАЛНА ПОДРШКА СТАРОЈ ОСОБИ

Дефектолошка процена:

- Процена информисаности о здравим стилевима живота и њиховим утицајем на здравље
- Процена функционалних капацитета
- Процена односа старе особе са окружењем
- Процена животних навика
- Процена интересовања
- Процена квалитета живота
- Процена животне ситуације старих

Дефектолошки третман:

1. Едукација и подршка за овладавање животним вештинама:

- одговорност за сопствено здравље
- здрави стилови живота
- сагледавање себе и промена односа према себи
- доношење одлука и развој позитивног односа према себи и другима
- вештине самопомоћи у остваривање животних навика, остваривања задовољства животом и развијање интересовања.
- решавање проблема које старење намеће
- сагледавање жеља и могућности у постављању и реализацији животних циљева
- развијање социјалних вештина

2. Едукација и подршка за овладавање вештинама потребним у специфичним животним ситуацијама:

- откривање и сврсисходно коришћење слободног времена
- активирање у радном ангажовању по одласку у пензију
- развијање функционалне писмености и доживотног образовања
- одржавање равнотеже између професионалног и личног ангажовања

3. Едукација и подршка за овладавање вештинама комуникације са другима:

- сарадња и стицање поверења
- специфичности комуникације, активно слушања и отворена комуникација
- конструктивно изражавање осећања
- мотививација старе особе и њеног окружења за активно учешће у програму

4. Едукација и подршка за овладавање вештинама у заједници:

- сагледавање корисних могућности које пружају службе подршке (социјална, здравствена, правна...).
- сагледавање могућности укључивања у удружења и институције где се решавају проблеми старих.

5. Едукација и подршка за овладавање вештинама за промену начина живота и штетних навика као што су:

- неадекватна исхрана
- недовољна физичка активност
- лична хигијена
- нарушени међуљудски односи

ДИСКУСИЈА

- неактивност
- доколица у слободно време
- бесмисао живота

II ПОДРШКА СТАРОЈ ОСОБИ НА НИВОУ ОКРУЖЕЊА И ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

- законска регулатива
- пензиони фондови
- сензибилизација и подизање свести везаних за старење
- социјална партиципација старих
- сарадња са удружењима и невладиним сектором

VIII ЗАКЉУЧАК

ЗАКЉУЧАК

Циљ овог истраживања усмерен је на утврђивање чинилаца настајања ситуације хендикеп код старих особа, које живе у различитим животним срединама и израда индивидуалног програма превенције.

У намери да имамо потпунији увид у ситуацију хендикеп старих, полазећи од циља, задатака и хипотеза истраживања, обраде добијених резултата истраживања дошли смо до закључака који ће нам бити полазна основа при изради индивидуалног програма превенције ситуације хендикеп који ће уједно бити подршка активном старењу.

Пратећи циљ, задатке и постављене хипотезе истраживања, а на основу добијених и обрађених резултата, извели смо следеће закључке:

1. Истраживање је потврдило да биолошки процес старења утиче на потешкоће у остваривању животних навика што доводи до настајања ситуације хендикеп. Наиме утврђено је да код свих испитаника постоји високо статистички значајна повезаност између година живота и остваривања свих димензија животних навика (исхрана, стање тела-општа физичка активност, лична хигијена, комуникација, становање-одржавање домаћинства, покретљивост, одговорност, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, активности- запослење и забава-рекреација). Односно, што су испитаници старији то је нижи ниво остваривања животних навика.
2. Резултати овог истраживања указали су да су отежавајући чиниоци у остваривању свакодневних животних навика старе особе број болести, ниво образовања, материјално стање и место становања. Ван наших очекивања резултати су показали да пол нема утицаја на остваривање животних навика старих. Поред наведеног утврђено је да и остали лични и средински чиниоци синергично утичу на остваривање животних навика.
3. Резултати овог истраживања показују да испитаници у породичном окружењу имају статистички значајно виши ниво задовољства у остваривању исхране, стања тела, личне хигијене, комуникације, становања-одржавања домаћинства,

ЗАКЉУЧАК

покретљивости, међуљудских односа, живота у заједници, образовања и запослења-учешћа у активностима у односу на испитанике који живе у Геронтолошком центру. Није утврђена статистички значајна разлика у нивоу задовољства у остваривњу одговорности и забаве-рекреације у односу на место становања.

4. На основу резултата истраживања закључујемо да испитаници у Геронтолошком центру имају статистички значајно више интересовање за доживотно образовање у односу на испитанике који живе у породичном окружењу, док испитаници у породичном окружењу имају статистички значајно више интересовање за стицање нових вештина самопомоћи. Није утврђена статистички значајна разлика у интересовању за променом штетних утицаја по здравље у односу на место становања.

ЛИТЕРАТУРА

Књиге, зборници, периодика, истраживачке студије:

1. Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 (suppl 2), pp. 54-64.
2. Antonovsky, A. (1985). Health, stress and coping, London, *Jossey-Bass Publishers*.
3. Arsić, S., Kljajić, D., Urošević, J., Arsić, V., Stanković, M., Despotović, M. (2013). The correlation of the attention quality and the functional independence of the elderly, The first international conference of health orientated higher institutions & faculties, *College of Health Studies Ćuprija*, pp.72-73.
4. Avramov, D., M. Maskova. (2003). Active ageing in Europe. *Population Studies*. Strasbourg: *Council of Europe Publishing*.
5. Avendano, et al., (2009). "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* 99.3 pp.540-548.
6. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M, De Marinis MG. (2013). Defining quality of life: A wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*.; 9(1):185–203.
7. Banerjee, Sube. (2015). "Multimorbidity—older adults need health care that can count past one" *The Lancet* 385. 9968, pp. 587-589.
8. Barbotte, E., Guillemin, F., & Chau, N. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), pp.1047-1055.
9. Barofsky, Ivan. (2011). Quality: Its definition and measurement as applied to the medically ill. *Springer Science & Business Media*.
10. Bergland, A., & SLETTEBØ, Å. (2015). Health capital in everyday life of the oldest old living in their own homes. *Ageing and Society*, 35(10), 2156-2175.

11. Borg, C., & Mayo, P. (2006). *Learning and Social Difference*. Paradigm Publishers, PO Box 605, Herndon, VA 20172-0605.
12. Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A. K., & Hallberg, I. R. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health & social care in the community*, 14(2), 136-146.
13. Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, 12(3), pp. 293-301.
14. Brković, A. (2011). Razvojna psihologija, *Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju*, Čačak.
15. Budimir-Ninković, G. (2008): Pedagogija i Andragogija, Visoka medicinska škola strukovnih studija Ćuprija, Clipart, Ćuprija.
16. Centar za samostalan život invalida Srbije (2003). "Ključ za jednakost", Beograd.
17. Centar za samostalni život invalida Srbije (2006). *Uvod u Međunarodnu konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom*.
18. Christopher M. Bishop (2006). *Pattern Recognition and Machine Learning*. "In the terminology of statistics, this model is known as *logistic regression*, although it should be emphasized that this is a model for classification rather than regression", *Springer*.pp. 205.
19. Cieza, A., & Stucki, G. (2005). Content comparison of health-related quality of life(HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research*, 14(5), pp.1225-1237.
20. Crews, John E., and Vincent., A. Campbell. (2004). "Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning." *American Journal of Public Health* 94.5, pp. 823-829.
21. Davidović, M. (1998): Gerijatrija, Medicinski fakultet u Beogradu, *Poslediplomska nastava katedra iz gerontologije*, Beograd, Srbija.

22. Davidović, M., Milošević, D. (2007): Medicinska gerontologija, Medicinski fakultet u Beogradu, *Poslediplomska nastava katedra iz gerontologije*, Beograd, Srbija.
23. Davidovic, M., Svorcan, P., Milanovic, P., Antovic, A., & Milosevic, D. (2005). Specifics of Helicobacter pylori infection/NSAID effects in the elderly. *Rom J Gastroenterol*, 14(3), pp. 253-258.
24. Davidović, M., i sar. (2006). Kvalitet života u starosti-izazovi XXI veka, Sedmi nacionalni kongres, *Zbornik uvodnih referata*, Vrnjačka Banja, Srbija.
25. Davidović, M., Ševo, G., Svorcan, P., Milosević, D. P., Despotović, N., Erceg, P. (2010) Old age as a privilege of the “selfish ones”. *Aging and disease*, 1(2), pp. 139.
26. Davidović, M., Milošević, D. Kostić (2003): Savremena gerijatrija, Samostalno izdanje autora, Beograd.
27. Davidović, M. (2008). Hendikep ili starost (zablude ili realnost), izvod sa predavanja, Specijalizacija iz gerontologije i brige o starima, *Visoka medicinska škola strukovnih studija*, Čuprija.
28. Davidović, M., Milošević, P.(2007): Medicinska gerontologija, *Medicinski fakultet*, Beograd.
29. Davidović, M. (1998): Gerijatrija, *Medicinski fakultet*, Beograd.
30. Davidović, M., Milošević, D. Kostić. (2003): Savremena gerijatrija, *Samostalno izdanje autora*, Beograd.
31. Davis, et al. (2015). "Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study." *Health and quality of life outcomes* 13(1) 1.
32. Debroux, P. (2016). Elderly workers in Japan: The need for a new deal. *Management Revue*, 27.

33. Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., & Boutin, C. (2002). Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 24 (15), 774-785.
34. Desrosiers, Johanne, et al. (2004). "Validity of the assessment of life habits in older adults." *Journal of Rehabilitation Medicine* 36.4 :177-182.
35. Dimitrova, A., Hollan, K., Laster, D., Reinstaller, A., Schratzenstaller, M., Walterskirchen, E., & Weiss, T. (2013). *Literature review on fundamental concepts and definitions, objectives and policy goals as well as instruments relevant for socio-ecological transition* (No. 40).
36. Domajnko, B., & Pahor, M. (2015). Health Within Limitations: Qualitative Study of the Social Aspects of Resilience in Old Age. *Ageing International*, 40 (2), 187-200.
37. Drewnowski, Adam., and William, J. Evans. (2001). "Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults summary." *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56. suppl 2, pp. 89-94.
38. Duraković, Z. (2007): Gerijatrija, Medicina-starije dobi, *Mediksova medicinska biblioteka*, Zagreb, Hrvatska.
39. Đurđević, A., & Nikolić, S. (2008). Profil situacije hendikepa osoba obolelih od malignih oboljenja, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, (1-2), pp. 163-174.
40. Edewor, N., Ijiekhuamhen, O.P. & Emeka-ukwu, U.P. (2016). Elderly people and their information needs. *Library Philosophy and Practice* (e-journal). Доступно на: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3629&context=libphilprac>
41. Erikson R. (1968). Identity, Youth and Krisis. New York, *Norton Press*.
42. Erlinghagen, M., & Hank, K. (2006). The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing and Society*, 26 (04), 567-584.

43. Erceg, P. D. (2014). Faktori koji utiču na kvalitet života kod starijih bolesnika sa hroničnom srčanom insuficijencijom (Doktorska disertacija. Beograd: Medicinski fakultet).
44. Ettinger, Mark P. (2003). "Aging bone and osteoporosis: strategies for preventing fractures in the elderly." *Archives of internal medicine* 163.18, pp. 2237-2246.
45. EU Evropski parlament, Odluka br. 940/2011/. (2012). Evropska godina aktivnog starenja i međugeneracijske solidarnosti.
46. Eurostat The OECD (2005). Health Project, Long-term Care for Older People, OECD The demographic future of Europe – from challenge to opportunity, *European Commission*.
47. Fayers, P., & Machin, D. (2013). Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. *John Wiley & Sons*.
48. Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., & Hallberg, I. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European study on adult well-being. *European Journal of Ageing*, 1(1), 15-25.
49. Fillenbaum, G. G. (1984). The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment.
50. Fougerollas P, Cloutier R., Bergeron, H. Cote J., St Michel G. (1999). Kvebeška klasifikacija: nastajanje situacije hendikepa, INDCP/CSIDH.
51. Fougerollas P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creationprocess: Ouebec contributions relating to ICIDH and social participation of people withfunctionai differences, *Disability and Rehabilitation*, 17 (3-4), pp. 145-53.
52. Frankl, V. E. (1973). Psychotherapy and Existentialism Selected Papers on Logotherapy.
53. Gingold, R. (1999). Successful ageing. *Oxford University Press*, USA.

54. Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., & Herrmann-Lingen, C. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary, *European heart journal*, 28(19), pp. 2375-2414.
55. Graf, C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *AJN The American Journal of Nursing*, 108 (4), 52-62.
56. Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International journal of older people nursing*, 2 (3), pp. 204-212.
57. Hartlapp, M. (2015). 4. EU governance on ageing: Older, wider and more influential than the OMCs1. *The Sustainability of the European Social Model: EU Governance, Social Protection and Employment Policies in Europe*, 103.
58. Heap, K. (2006) Komunikacija sa starima, *Dom starih Grabovac-Risan i Cathinika Guldberg/senteret*.
59. HelpAge International, GAWI, (2014). Global AgeWatch Index. London: *HelpAge International*, GAWI.
60. Hubert, H. B., Bloch, D. A., Oehlert, J. W., & Fries, J. F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6), M347-M351.
61. Hurst, R. (2003). The International Disability Rights Movement and the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25 (11-12), 572-576.
62. Institut za javno zdravlje Srbije, „Dr Milan Jovanović Batut”(2014): Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije.
63. Janjić, M. (2001): Izazovi starosti-Priručnik za volontere, *Gerontološko društvo Srbije*, Beograd.
64. Janjić, M. i Nešić, D. (2006): Kvalitet života u starosti. *Zdravstvena zaštita*, 35(6), str.1-5.

65. Jovanović, S. (2009). Doprinos psihologije uspešnijem životu u starosti, *Gerontologija*, Vol. 36, No. 1, str. 25-37, Beograd.
66. Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41(3), pp. 293-304.
67. Kavčič, M., Hrast, M., & Hlebec, V. (2012). Older people and their strategies for coping with health risks. *Slovenian Journal of Public Health*, 51(3), 163-172.
68. Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), pp. 539.
69. Koelen MA, van den Ban AW. (2004). Health Education and Health Promotion, Den Haag: Wageningen Academic Publishers.
70. Korolija, P. (2001). Doprinos prof. dr Mihajla Andrejevića razvoju gerijatrijske misli i prakse, u Razvoj gerontološke misli i prakse u Srbiji.-Beograd, *Gerontološko društvo Srbije*.
71. Ko, Yu, et al. (2005). "The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly." *Am J Manag Care* 11.4 Suppl S, pp. 103-11.
72. Kozarčanin., L. (2007-2008). O evropskom konceptu dugotrajne zaštite i praktičnim iskustvima u pilot projektu akreditacije programa usluga dugotrajne zaštite u Srbiji, *Gerontologija*, 35(1), 241-265.
73. Knut, E., Torgeir, B., (2003): Starenje i bolesti mozga, *Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija, Čuprija, Srbiji*
74. Knežević, A. (2007). Medicinska psihologija i opšta psihopatologija, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet.
75. Krstić-Joksimović, K., & Mihić, L. (2013). Razvojni procesi i mentalno zdravlje u starosti: doprinos Eriksonovoj psihosocijalnoj teoriji razvoja ličnosti, *Primenjena psihologija*, 6 (4), str. 423-441.

76. Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The mini-mental state examination (MMSE). *Journal of gerontological nursing*, 25(5), pp. 8-9.
77. Lawler-Row, K. A., & Elliott, J. (2009). The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. *Journal of Health Psychology*, 14 (1), 43-52.
78. Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, pp. 4-27.
79. Lawton, M. P., Moss, M., & Duhamel, L. M. (1995). The quality of daily life among elderly care receivers. *Journal of Applied Gerontology*, 14(2), pp. 150-171.
80. Lelkes, O. (2006). Socijalna ekskluzija u centralno-istočnoj Evropi-koncept, merenje i politika intervencije. *Panoeconomicus*, 53(2), pp. 131-159.
81. Lyubomirsky, Sonja., Laura King, and Ed Diener. (2005). "The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?." *Psychological bulletin* 131.6 803.
82. MacKean, R., & Abbott-Chapman, J. (2012). Older people's perceived health and wellbeing: The contribution of peer-run community-based organisations. *Health Sociology Review*, 21(1), 47-57.
83. Mitić, K., Stanković, S. (2006). *Socijalizacija i smisao života starih ljudi*, Sedmi nacionalni gerontološki kongres, Zbornik stručnih saopštenja i postera, Vrnjačka Banja.
84. Mojsilović, Z i sar., (2006). *Sestrinstvo uu zajednici*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb.
85. Mujović, V. M., & Čubrilo, D. (2012). Uloga fizičke aktivnosti u prevenciji i lečenju oboljenja. *Fizička kultura*, 66 (1), 40-47.
86. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. (2012). Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol.*; 109 (5): 768-772.

87. Nedović, G., Rapajić, D., Odović, G., Potić, S., Milićević, M. (2012). *Socijalna participacija osoba sa invaliditetom*. Beograd: Društvo defektologa Srbije, Big štampa.
88. Nikolić, S., & Ilić-Stošović, D. (2009). Edukativna i klinička orijentacija u somatopediji. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, (1-2), 135-145.
89. Noll, D. R., Ginsberg, T., Elahi, A., & Cavalieri, T. A. (2016). Effective Patient-Physician Communication Based on Osteopathic Philosophy in Caring for Elderly Patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 116 (1), pp. 42-47.
90. Noreau L, Fougeyrollas P.(2000). Profile of Social consequences of Long-Standing Spinal Cord Injury: The Occurrence of Handicap Situations, *Disability & Rehabilitation*, 22 pp.170-180.
91. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 26 (6), 346-352.
92. Odović G. (2003). Multidisciplinarni pristup profesionalnoj rehabilitaciji osoba sa traumatskom povredom mozga, *Zbornik radova, Fizijatrijski dani Srbije i Crne Gore*, strp. 121 – 122.
93. Odović, G., Eminović, F., Nedović, G., Nikić, R. (2010). Kreiranje programa fizičkih aktivnosti za starija lica, Prva međunarodna konferencija „Specijalna edukacija i rehabilitacija-Nauka i/ili praksa“, Zbornik rezimea, Sombor, Srbija.
94. Odović, G., Eminović, F., Rapajić, D., Nikić, R.(2012). Modeli profesionalne rehabilitacije nakon traumatske povrede mozga, *PONS-medicinski časopis*; 9(1)str.17-20.
95. Odović, G., Sretenović I., Stanisavljević, J. (2012). Ostvarivanje svakodnevnih životnih navika osoba sa motoričkim poremećajima, VI međunarodni skup *Specijalna edukacija i rehabilitacija danas*, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Srbija.

96. Pešić, V. (2006): Evropska Unija i osobe sa invaliditetom, *Narodna kancelarija predsednika Republike*, Beograd.
97. Ponce, M. S. H., Lezaeta, C. B., & Lorca, M. B. F. (2011). Predictors of quality of life in old age: a multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.
98. Rapaić, D., Nedović, G., Protić, S. (2010). Značaj procene u određivanju tretmana starih osoba, Prva međunarodna konferencija „Specijalna edukacija i rehabilitacija- Nauka i/ili praksa“, *Zbornik rezimea*, Sombor, Srbija.
99. Read, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005). The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence, and health among Finnish people aged 65-69. *European Psychologist*, 10 (3), 244-253.
100. Reichard S. (1962). *Aging and Personality*, Wiley, New York.
101. Republika Srbija, Republički zavod za statistiku (2015). Saopštenje, Procena stanovništva u Republici Srbiji.
102. Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja. (2013). Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja. (2013). Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije.
103. Republika Srbija, Ministarstvo rada i socijalne politike. (2009). Politika starenja u Srbiji, Srbija.
104. Republika Srbija, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike Srbije (2006). Nacionalna strategija o starenju, Beograd.
105. Republika Srbija, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike Srbije (2006): Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, Srbija.
106. Republika Srbija, Ministarstvo prosvete. (2007): Strategija razvoja obrazovanja odraslih u Republici Srbiji.
107. Vlada Republike Srbije. (2003): Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji.

108. Republika Srbija, Republički zavod za statistiku. (2015): Statistički godišnjak, Beograd, Srbija.
109. Robine J.M., Ravaud J.F., Cambois E. (1997). General Concepts of Disablement, In Osteoarthritis. Public Health Implications for an Aging Population, Eds., Hamerman, *The John Hopkins University Press*, Baltimore and London.
110. Rochette, Johanne Desrosiers, Luc Noreau, A. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disability and rehabilitation*, 23 (13), 559-569.
111. Rozon, J., & Rochette, A. (2015). Changes in Life Habits Affected by Mild Stroke and Their Association with Depressive Symptoms. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(6), 495-501.
112. Rosenberg, I., & Roberts, S. B. (2006). Nutrition and Aging: Changes in the Regulation of Energy Metabolism With Aging. *Physiological reviews*, (2), pp. 651-667.
113. Rot, N. Radonjić, S. (2004): *Psihologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
114. Rusk, H. A., & Dacso, M. M. (1956) Rehabilitation in the Aged. Bulletin of the New York *Academy of Medicine*, 32 (10), pp. 725.
115. Rusk, H. (1971): Rehabilitacija, *Savez društva defektologa Jugoslavije*, Beograd.
116. Ružičić, Milica Mima. (2003). Equality in the Media Language in Serbia (izlaganje na međunarodnom seminaru “Možnosti participacije: perspektive za uključivanje marginaliziranih skupin”, Ljubljana.
117. Ružičić-Novaković, Milica Mima. (2014). Predstavljanje osoba sa invaliditetom u medijskom diskursu Srbije, Centar „Živeti uspravno“, Novi Sad.
118. Santrock, J. W. (2009). *Life-span development*. Boston, MA: McGraw-Hil
119. Satarić, N., Rašević, M., & Miloradović, S. (2009). Oni ne mogu da čekaju. *Studija o siromašnim*, 46.

120. Satarić, N., Rašović (2007). Vaninstitucionalna zaštita starih ljudi u Srbiji–jaz između potreba i mogućnosti (Beograd: Amity).
121. Savićević, M. Dušan (2004): Učenje i starenje, Beograd.
122. Sedmi nacionalni gerontološki kongres. (2006). „ Kvalitet života u starosti- izazovi XXI veka“, *Gerontologija*, Zbornik uvodnih referata, Vrnjačka Banja.
123. Seligman, Martin EP, et al.: (2005). "Positive psychology progress: empirical validation of interventions." *American psychologist* 60.5, pp 410.
124. Sherman, C. W., Wan, W. H., & Antonucci, T. C. (2016). Social Convoy Model. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*.
125. Simić, S. (2012): Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Beograd.
126. Smiljanić, V. (1987): Psihologija starenja, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
127. Standardna pravila Ujedinjenih nacija za izjednačavanje mogućnosti koje se pružaju osobama s invaliditetom. (2008) Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom.
128. Simpson, E. E. A., et al. (2005). "Health and lifestyle characteristics of older European adults: the ZENITH study." *European Journal of Clinical Nutrition* 59 S13-S21.
129. Smiljanić, V. (1975): Psihologija starenja, *Nolit*, Beograd.
130. Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40 (4), 278-283.
131. Söderhamn, U., Sundsli, K., Cliffordson, C., & Dale, B. (2015). Psychometric properties of Antonovsky's 29-item Sense of Coherence scale in research on older home-dwelling Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494815598863.

132. Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and „active ageing“: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of health psychology*, 16 (3), pp. 467-477.
133. Steptoe, Andrew, Angus Deaton, and Arthur A. Stone. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 385.9968 pp. 640-648.
134. Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BY, Gillis DE, Rush S, Mills KM et al. Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: (2001). A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(8): M465-70.
135. Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BY, Gillis DE, Rush S, Mills KM et al. Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: (2001). A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(8): M465-70.
136. Stošljević, L., Rapaić, D., Nikolić, S. (1990): Somatopedija, Naučna knjiga, Beograd.
137. Stošljević., L, Stošljević., M, Odović., G. (2006): Procena sposobnosti osoba sa motoričkim poremećajima-praktikum, *Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju*, Beograd.
138. Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social science & medicine*, 48(4), pp. 445-469.
139. Stucki, G. (2005). International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 84(10), pp. 733-740.
140. Sutton, J. L., Gould, R. L., Daley, S., Coulson, M. C., Ward, E. V., Butler, A. M., & Howard, R. J. (2016). Psychometric properties of multicomponent tools

- designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC geriatrics*, 16(1), 1.
141. Trnavac, N.(2013): Pedagogija, Naučna KMD, Beograd.
142. Šarenac, D. (2009): Zdravstvena nega starih, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd.
143. Ševo, G. (2007). Zdravstvene i socijalne potrebe starih, *Gerijatrijski praktikum*, Beograd, Srbija.
144. Ševo G, Despotovic N, Erceg P, Jankelic S, Milosevic DP, Davidović M. (2009). Aging in Serbia. *Adv Gerontol.*; 22 (4):553-557.
145. Šipovac, D, et al. (2014). "Monitoring of osteoporosis among geriatric population in the primary care service." *Medicinski pregled* 67.suppl. 2 52-56.
146. Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Trgovčević, S., & Milovanović, V. (2015). Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. *Vojnosanitetski pregled*, Vol.72(11): pp. 968-974.
147. Urošević J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Arsić S. (2013). Life contentment and self esteem as basics of Active Ageing, The first international conference of health orientated higher institutions & faculties, *College of Health Studies Čuprija*,; str. 70-71.
148. Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., & Miljković, S. (2011). Functional independence of elderly persons after stroke. *PONS-Med J*, 8 (4): pp. 115-120.
149. Urošević, J., Davidović, M., Odović, G., Alexopoulos, C. G., & Mitrović, L. (2010). "The prevalence of depression in the elderly. *PONS-Med J* 7 (4): pp.144-149.
150. Varnica, D. (2015). Utjecaj aerobnih aktivnosti na kvalitetu života starije populacije (Doctoral dissertation, University of Zagreb. *Faculty of Kinesiology. Department of General and Applied Kinesiology.*

151. Vasiljević, N., Radaković, S., Rađen, S., & Marmut, Z. (2010). New nutrition recommendations for healthy aging. *Vojnosanitetski pregled*, 67(4), pp. 329-331.
152. Veenhoven, R. (2014). World database of happiness. In *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 7257-7260). Springer Netherlands.
153. Vlajković, J. (2005): Životne krize, prevencija i prevazilaženje, „Žarko Albulj“, Beograd.
154. Volles, N. (2016). Lifelong learning in the EU: changing conceptualisations, actors, and policies. *Studies in higher education*, 41(2), 343-363.
155. Vukadinov, J. (2008): Gerijatrija za studente medicine, Univerzitet u Novom Sadu, *Medicinski fakultet*, Srbija.
156. Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1) : pp.121-139.
157. Webber, S. C., Porter, M. M., & Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: a comprehensive framework, *The Gerontologist*, gnq013.
158. Westerterp, K. R., & Meijer, E. P. (2001). Physical Activity and Parameters of Aging A Physiological Perspective. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(suppl 2), 7-12.
159. *World Health Organization*. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps, Geneva.
160. Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of communication disorders*, 37(1), 35-52.
161. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva(1999): Defektološki leksikon, Beograd, Srbija.
162. Zdarvković, J. (2010): Veštine vladanja sobom, Sven, Niš.

ЛИТЕРАТУРА

163. Zou, C.F. & Zhou, P. (2014). Analyzing Information Needs of Elderly People: A Survey in Chinese Rural Community. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 109-115.
Доступно на: <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.29019>.
164. Zurc, J., Hlastan-Ribic, C., & Skela-Savic, B. (2015). Dietary habits and physical activity patterns among Slovenian elderly: crosssectional survey with cluster analysis/Prehranske in gibalne navade slovenskih starostnikov: presecna anketna raziskava z metodo razvrscanja v skupine. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(1), 9
165. Živković G. (1978). Multidisciplinarnost gerontologije, njen doprinos unapređenju politike i prakse zaštite starih, *I gerontološki kongres Jugoslavije*, Beograd.

WEB- извори

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/en/index.html>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/3/9241545429_bos_lat.pdf

http://ec.europa.eu/croatia/services/publications/2012/2012_active_aging_leaflet_hr.pdf

<http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eqls/2011/documents/serbia.pdf>

<http://www.delhrv.ec.europa.eu>

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1.

Скала за процену животних навика(LIFE-H)(Fougeyrollas, Noreau&St-Michel, 2001)



Uputstva za osobe koje će popunjavati upitnik

**Molimo Vas da pažljivo pročitate ova uputstva.
To će Vam omogućiti da se upoznate sa upitnikom i
olakšati Vam njegovo popunjavanje.**

Ovaj upitnik ima za cilj da sakupi informacije o celokupnim životnim navikama koje osoba ostvaruje u svom okruženju (kod kuće, domu, naselju).

Životne navike su svakodnevne aktivnosti (npr.: uzimanje obroka, komunikacija, kretanje) i **uloge u društvu** (npr.:druženje, učestvovanje u zabavnim aktivnostima) koje omogućavaju opstanak i razvoj osobe u društvu tokom čitavog njenog života. Ostvarivanje životnih navika zavisi od osobe, očekivanja okruženja, kao i od kulturnih aspekata.

Za svaku životnu naviku treba da naznačite na koji način je svakodnevno ostvaruje i da date ocenu tog ostvarivanja. **Radi se o načinu na koji osoba najčešće ostvaruje životnu naviku.**

Napomena osobi koja popunjava upitnik:

Na ovaj upitnik odgovarajte slobodno prema svojim opažanjima. Ne postoji tačan ili netačan odgovor. Ukoliko Vam je neprijatno da odgovorite na neka lična pitanja, niste u obavezi da na njih odgovorite.

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je osoba obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara/mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)					2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)					3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)			
	Nije primenljivo	Bez testkova	Sa testkovima	Nije ostvarena	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć*	Tehničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan	+/- zadovoljan	Zadovoljan		
Ishrana														
Izbor namernica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1
Učestvovanje u pripremanju namirnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2
Uzimanje jela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3.
Uzimanje jela koje drugi priprema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4
Stanje tela														
Odlazak u krevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1
Spavanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2
Obavljenje fizičkih aktivnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.3
Primena tehnika za opuštanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.4
Lična higijena-nega														
Obavljanje lične higijene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.1

* Radi se pomoći koja je dodatna u odnosu na pomoć koja je obično potrebna staroj osobi.

N.B. Ne treba zaboraviti da se radi o uobičajenom načinu na koji odrasla osoba ostvaruje svoje životne navike.

4

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je dete obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara osobi ili zahtevima /mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)					2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)					3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)			
	Nije primenljivo	Bez testkova	Sa testkovima	Nije ostvarena	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć*	Tehničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan	+/- zadovoljan	Zadovoljan		
Korišćenje toaleta kod kuće														
Korišćenje toaleta kod kuće	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2.
Upotreba toaleta van kuće	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3
Oblačenje i svlačenje gornjeg dela odeće	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4
Oblačenje i svlačenje donjeg dela odeće	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.5
Stavljanje, premeštanje i održavanje pomagala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.6
Briga o ličnoj zdravstvenoj nezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.7
Korišćenje službi medicinske pomoći	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.8
Komunikacija														
Komunikacija sa drugim osobama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1.
Komunikacija sa ukućanima ili sa grupom ljudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2.
Komunikacija putem pisanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.

5

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je osoba obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara zahtevima /mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)		2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)		3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)							
	Nije primenjivo	Bez testova	Sa testovima	Nije ostvareno	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć*	Techničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan +/-	Zadovoljan	
Čitanje i razumevanje pisanih informacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.4.
Korišćenje telefona kod kuće ili na poslu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.5
Korišćenje javnih telefonskih govornica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.6
Korišćenje kompjutera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.7
Korišćenje televizora, videa, audio sistema, vokmena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.8
Stanovanje-održavanje domaćinstva												
Održavanje kuće / stana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1
Održavanje okućnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.
Obavljanje težih kućnih poslova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.
Kretanje unutar stana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4
Korišćenje nameštaja i opreme u stanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5
Kretanje u spoljašnjem delu kuće/stana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6

6

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je dete obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara zahtevima /mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)		2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)		3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)							
	Nije primenjivo	Bez testova	Sa testovima	Nije ostvareno	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć*	Techničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan +/-	Zadovoljan	
Pokretljivost												
Kretanje po ulici / trotoaru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.
Kretanje po neravnoj ili klizavoj površini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2
Kretanje biciklom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3
Putovanje prevoznim sredstvom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4
Odgovornosti												
Prepoznavanje vrednosti novca i računa i njihova pravilna upotreba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.
Korišćenje bankovne kartice i bankomata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2
Planiranje budžeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3
Prihvatanje odgovornosti prema drugima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.4
Prihvatanje lične ili porodične odgovornosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.5
Briga o sebi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.6
Briga o deci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.7

7

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je osoba obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara zahtevima /mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)			2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)			3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)				
	Nije primenjivo	Bez teskoća	Sa teškoćama	Nije ostvarena	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć	Tehničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan +/- zadovoljan	Zadovoljan
Međuljudski odnosi											
Održavanje prisnih odnosa sa partnerom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.1.
Održavanje prisnih odnosa sa decom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.
Održavanje prisnih odnosa sa članovima porodice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.3.
Održavanje prijateljstava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.4.
Održavanje društvenih odnosa sa ljudima oko vas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.5.
Život u zajednici											
Učešće u socijalnim grupama (klubovi, udruženja, dobrotvorni rad sl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.
Učešće u religioznim događajima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.2.
Obrazovanje											
Doživotno obrazovanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.1.
Učešće u kursevima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2.
Učešće u obukama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.3.

* Radi se pomoći koja je dodatna u odnosu na pomoć koja je obično potrebna staroj osobi.
N.B. Ne treba zaboraviti da se radi o uobičajenom načinu na koji dete ostvaruje svoje životne navike.

8

Odgovorite na sledeća pitanja/obeležite odgovarajuće kvadratiće za svaku životnu naviku/ulogu: 1. na koji način je stara osoba obično ostvaruje; 2. koja vrsta pomoći joj je za to potrebna (ako je potrebna); 3. nivo zadovoljstva načinom na koji se ova navika/ uloga ostvaruje. Ukoliko navika/uloga ne odgovara osobi ili zahtevima /mogućnostima okruženja, upišite: NIJE PRIMENLJIVO	1.Nivo ostvarivanja (samo jedan odgovor)			2.Vrsta potrebne pomoći (1 ili više odgovora, u zavisnosti od slučaja)			3.Nivo zadovoljstva (samo jedan odgovor)				
	Nije primenjivo	Bez teskoća	Sa teškoćama	Nije ostvarena	Pasivno	Bez pomoći	Dodatna ljudska pomoć	Tehničko pomagalo	Adaptacija	Nezadovoljan +/- zadovoljan	Zadovoljan
Zaposlenje											
Učešće u aktivnostima porodice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.1.
Učešće u aktivnostima doma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.2.
Zabava											
Bavljenje individualnim ili grupnim igrama u zatvorenom ili na otvorenom (karte, igre sa loptom, video igre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.1.
Prisustvovanje sportskim događajima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.
Bavljenje umetnošću, kulturnim aktivnostima ili zanatima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.3.
Prisustvovanje umetničkim ili kulturnim događajima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.4.
Učestvovanje u turističkim aktivnostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.5.
Odlazak na mesta za zabavu u svom okruženju i kretanje u njima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.6.
Korišćenje službi za zabavu u okruženju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.7.

* Radi se pomoći koja je dodatna u odnosu na pomoć koja je obično potrebna staroj osobi.
N.B. Ne treba zaboraviti da se radi o uobičajenom načinu na koji stara osoba ostvaruje svoje životne navike.

9

Кментари

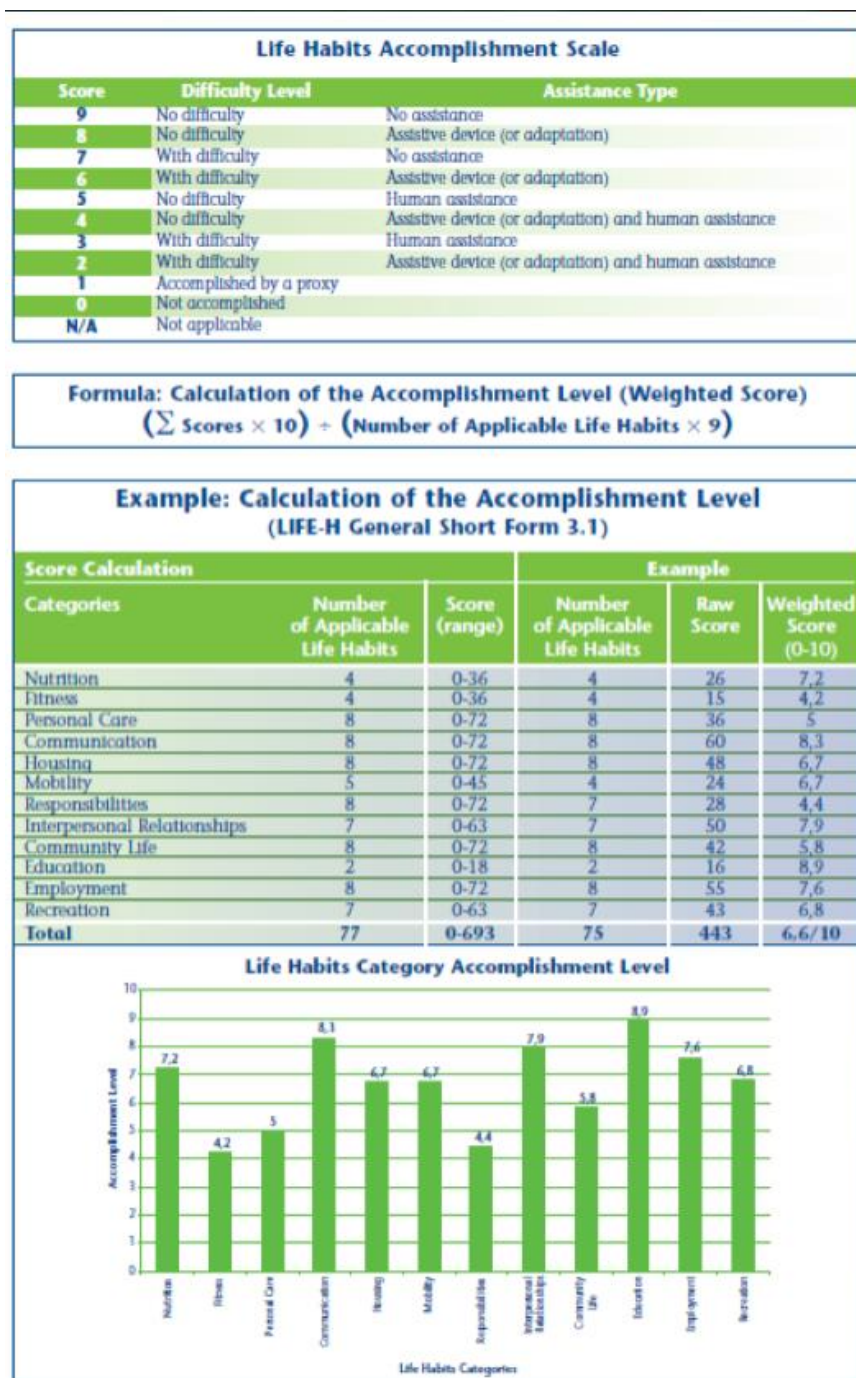
Iskoristite ove redove da date vaše opšte komentare ili komentare vezane za neku određenu kategoriju:

- a) nivo ostvarivanja,
- b) vrsta potrebne pomoći,
- c) nivo zadovoljstva

ili za bilo koji drugi aspekt koji ima veze sa ovim upitnikom.

ПРИЛОГ 2.

Скала скоровања животних навика



ПРИЛОГ 3.

Упитник за процену стања и интересовања старих особа

УПИТНИК ЗА ПРОЦЕНУ СТАЊА И ИНТЕРЕСОВАЊА СТАРЕ ОСОБЕ					
Да ли својевољно пристајете да учествујете у истраживању?					ДА НЕ
Да ли Вас је истраживач информисао о Пројекту који се спроводи и на који начин га могу контактирати за евентуалн додатне информације?					ДА НЕ
Напомена:	На овај упитник одговарајте слободно према својим могућностима. Не постоји тачан или нетачан одговор. Уколико Вам је непријатно да одговорите на нека лична питања, нисте у обавези да на њих одговорите.				
Име и презиме:					
Адреса и место становања:					
1. Пол испитаника					
	Мушки			Женски	
	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
2. Године старости					
3. Ниво образовања испитаника					
Без образовања	Основно образовање	Средње образовање	Високо образовање	Др, Мр...	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Број болести испитаника					
	Једна болест	Две болести	Три и више болести		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. У којој мери сте физички активни (ходање и друге активности)?					
Неактиван/а	Мање активан/а	Средње активан/а	Активан/а	Више активан/а	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. У којој мери сте ментално активни (читање, интелектуални рад и др. активности)?					
Неактиван/а	Мање активан/а	Средње активан/а	Активан/а	Више активан/а	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Како бисте оценили Ваше животне услове?					
Веома лоши	Лоши	Осредњи	Добри	Веома добри	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Какав је однос укућана/корисника центра према Вама?					
Веома лош	Лош	Осредњи	Добар	Веома добар	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Како бисте оценили пружену здравствену подршку?					
Веома лоша	Лоша	Осредња	Добра	Веома добра	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Како бисте оценили пружену социјалну подршку?					
Веома лоша	Лоша	Осредња	Добра	Веома добра	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Колико Вам је обезбеђено доживотно образовање?					
Небезбеђено	Повремено	По потреби	Често	Обезбеђено	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Оцените Ваше материјално стање?					
Веома лоше	Лоше	Осредње	Добро	Веома добро	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

13. Колико сте заинтересовани да се и даље бавите својим склоностима?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Оцените своју потребу за информисаношћу?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Колико сте заинтересовани за доживотно образовање?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Колико сте заинтересовани за волонтерски рад?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Колико сте заинтересовани за поштовање и очување културе и традиције?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Колико сте заинтересовани за стицање вештина самопомоћи?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Колико сте заинтересовани за промену штетних утицаја по здравље?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Оцените своју потребу за комуникацијом са другим људима?				
Незаинтересован/а	Мање заинтересован/а	Средње заинтересован/а	Заинтересован/а	Више заинтересован/а
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Посебне напомене испитаника:

Посебне напомене испитивача:

Место:

Датум:

Потпис испитаника:

Потпис испитивача:

Аутор упитника: Мр сц. Јадранка Урошевић

ПРИЛОГ 4.

БИОГРАФИЈА

Мр сц деф. Јадранка Урошевић запослена је на Високој медицинској школи струковних студија у Туприји и обавља послове предавача предмета Соматопедија, Здравствена нега у примарној здравственој заштити и Здравствена нега старих.

Рођена је у Војнићу 22 децембра 1956. године. Дефектолошки факултет у Београду, смер телесна инвалидност завршила је 1986 године. Специјалистички испит из Опште дефектологије на Дефектолошком факултету положила је 1997 године. Завршила последипломске студије Дефектолошког факултета, одсек Соматопедије. Магистарски рад под називом „Дефектолошки третман као значајна подршка психомоторном развоју ученика са благим сметњама“ одбранила 2001 године на Дефектолошком факултету у Београду, научно подручије Соматопедија.

Радила је на пословима стручног сарадника-дефектолога у О.Ш. „Браћа Барух“ у Београду и била истакнути сараник из праксе Дефектолошког факултета.

У Министарству просвете и спорта ради од 2001-2006 године као саветник министра и руководиоца Групе за образовање деце са посебним потребама. Одлуком Наставног већа Високе медицинске школе струковних студија у Туприји 2006 године бирана је у звање вишег предавача на предметима Соматопедија, Здравствена нега у примарној здравственој заштити и Здравствена нега старих.

Предавач је на специјалистичким струковним студијама из Геронтологије и бриге о старим особама на Високој медицинској школи струковних студија на предмету Организација и пружање здравствених услуга старим особама.

Активно је учествовала у реализацији пројекта Министарства просвете и спорта „Кавалитетно образовање за све“ „Реформа образовања ученика са посебним потребама“ (2004); руководила Комисијом за израду „Стручног упуства о организовању наставе за ученике на болничком и кућном лечењу“; Тренинг тренера

за реализацију семинара сензибилизације „Деца са посебним потребама- основна права и потребе, образовне потребе и укључивање“; Пројекат Бриге о старима, Висока медицинска школа струковних студија Ћуприја, Sor Trondelag University College Trodheim, Norway, Медицински факултет у Тузла (2008.), сарадник на Пројекту; Семинар у Трондхејму- Норвешка (2008) Педагошке методе учења (ПБЛ), Висока медицинска школа струковних студија Ћуприја, Sor Trondelag University College Trodheim, Norway, Медицински факултет у Тузли; Пројекат за југо-источни Балкан (2010) који је финансирала Норвешка Влада са учешћем Високе медицинске школе струковних студија Ћуприја, Sor Trondelag University College Trodheim, Norway, Медицинског факултета Тузла.

Аутор и коаутор бројних радова у часописима од међународног и националног значаја, и зборницима међународног значаја, члан тима у изради и реализацији пројеката, активан учесник националних и међународних скупова, конгреса и семинара, редован учесник и предавач на семинарима континуиране едукације.

Аутор је уџбеника Соматопедије (2009) и практикума из Соматопедије (2015) за студенте Високе медицинске школе струковних студија у Ћуприји.

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, D., Trgovčević, S., Milovanović, V. (2015) Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia, *Vojnosanitetski Pregled*. Volume 72/Number 11: 968-974.

Christos G. Alexopoulos., Puškaš.L., **Urošević, J.**, Golubović,J., Jevđević, M., Stolić, M., Stolić, D. (2013) Immunohistochemical study of cholecystokinin, substance P and leucine-enkephalin-neurons morphology in the human inferior parietal lobule cortex, *HealthMED Journal* Volume 7/Number 9: 2672-2679.

Trgovčević, S., Nedović, G., Kljajić, D., Eminović, F., **Urošević, J.** (2012) Quality of life persons with medulla spinalis lesions-pilot study, *HealthMED Journal* Volume 6/Number 8:2902-2908.

Urošević, J., Davidović, M., Odović, G., Alexopoulos, C. G., Mitrović, L. (2012) The prevalence of depression in the elderly, *PONS Med Journal*: Volume 7/Number 4: 144-149.

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Miljković, S. (2011) The functional independence of older adults after stroke. *PONS Med Journal*: Volume 8/Number 4: 115-120.

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Arsić, S. (2013) Life contentment and self esteem as basics of active ageing, The first international conference of health orientated higher institutions & faculties, *College of Health Studies Čuprija*:71-72.

Arsić, S., Kljajić, D., **Urošević, J.**, Arsić, V., Stanković, M., Despotović.(2013) M. The correlation of the attention quality and the functional independence of the elderly, The first international conference of health orientated higher institutions & faculties, *College of Health Studies Čuprija*: 72-73.

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Arsić, S.(2014) Ostvarivanje životnih navika starih osoba, The first international conference of nursing in the Republic of Macedonia: "Prevention, care and education of chronic non-infectious diseases". *Higher Medical School in the University "St. Kliment Ohridski"*, Bitola, Macedonia.

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Antić, A., Kljajić, D. (2012) Kvalitet života starih osoba u odnosu na zdravstveno stanje i demografske karakteristike, Dani defektologa Srbije, *Zbornik rezimea*, Društvo defektologa Srbije.

Antić, A., Odović, G., **Urošević J.** (2012) Vrsta invaliditeta i ostvarivanje praktičnih životnih veština, Dani defektologa Srbije, *Zbornik rezimea*, Društvo defektologa Srbije.

Antić, LJ, Antić D, Aćimović J, **Urošević J**, Živković LJ. (2010) Health care menopausal women with malignant diseases and surgical removal, *The eight nacional congress of Gerontology*, *Zbornik rezimea*, Vrnjačka Banja, Srbija.

Čukić, R.,**Urošević, J.**, Stošljević M., Eminović F. (2006) Programski minimum u nastavi za decu sa cerebralnom paralizom, *Zbornik rezimea*, Dani defektologa Srbije i Crne Gore, Vrnjačka Banja.

Čukić, R.,**Urošević J.**,Stošljević L. (1998) Timski rad defektologa somatopeda u razrednoj nastavi, *Apstrakti, I Stručno-naučni kongres Defektološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu sa međunarodnim učešćem*, Beograd.

Urošević, J., Čukić R., Stošljević M. (1998) Deo korektivnog rada defektologa-somatopeda u redovnoj osnovnoj školi, *Apstrakti, I Stručno-naučni kongres Defektološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu sa međunarodnim učešćem*, Beograd.

ПРИЛОЗИ

Udžbenik:

Urošević, J.: Somatopedija. (2009), Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji, *Clipart*, Čuprija, Srbija.

Praktikum:

Urošević, J.: Praktikum Somatopedije. (2015), Samostalno izdanje autora, Čuprija, Srbija.

ПРИЛОГ 5.

Изјава о ауторству

Потписани-а Јадранка Урошевић

Број индекса _____

Изјављујем

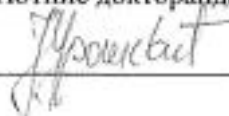
да је докторска дисертација под насловом

Превенција ситуације хендикеп старих особа кроз подршку активном старења

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

У Београду,

Потпис доктораца



ПРИЛОГ 6.

Изјава о истоветности штампне и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Јадранка Урошевић

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада Превенција ситуације хендикеп старих особа подршком активног старења

Ментор Проф. др Гордана Одовић

Потписани/а Јадранка Урошевић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање у порталу Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду.

Дозвољавам да се објаве лични подаци за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду,

Потпис докторанда



ПРИЛОГ 7

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Превенција ситуације хендикепа старих особа кроз подршку активном старењу
која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство-некомерцијално
3. Ауторство-некомерцијално-без прераде
4. Ауторство-некомерцијално-делити под истим условима
5. Ауторство- без прераде
6. Ауторство-делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Београду,

Потпис докторанда

