

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ - СКОПЈЕ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИНСТИТУТ ЗА СОЦИЈАЛНА РАБОТА И СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА



МАГИСТЕРСКИ ТРУД

**СОЦИЈАЛНО – ЗДРАВСТВЕНИОТ СТАТУС НА СТАРИТЕ ЛИЦА
И ПОТРЕБИТЕ ОД УСЛУГИ ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ
НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ ВО СТАРОСТА**

Ментор:

проф. д-р Сузана Борнарова

Кандидат:

Малиока Петровиќ

Скопје
Март, 2020

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....	5
ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ	7
1. СТАРОСТ И СТАРЕЕЊЕ	8
1.1. Дефинирање на староста и стареењето	8
1.2. Периодизација на староста	13
1.3. Здравствени аспекти на стареењето	16
1.4. Теории за стареењето	19
1.4.1. Биолошки теории за стареењето.....	20
1.4.2. Социолошки теории за стареењето	21
1.4.3. Психолошки теории за стареењето.....	22
2. ДЕМОГРАФСКОТО СТАРЕЕЊЕ И ИМПЛИКАЦИИ ВРЗ СИСТЕМИТЕ НА СОЦИЈАЛНА И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	25
2.1. Демографски трендови во светот и Европа.....	25
2.2. Демографско стареење во Република Северна Македонија	35
2.3. Импликации врз системите на социјална заштита.....	39
2.4. Импликации врз системите на здравствената заштита.....	41
3. ПОЛИТИКИ И МЕРКИ ЗА СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА СТАРИТЕ ЛИЦА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА	47
3.1. Социјална помош и услуги за старите лица	50
3.1.1. Социјална превенција и услуги за старите лица.....	52
3.1.2. Парични права од социјална заштита за стари лица	56
3.2. Пензиско и инвалидско осигурување	57
3.3. Здравствени услуги за заштита на старите лица	60
3.3.1. Старото лице како осигуреник	63
4. СОЦИЈАЛНО – ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ЗАШТИТА НА СТАРИТЕ ЛИЦА	67
4.1. Видови социјални услуги за старите лица.....	67
4.1.1. Услуги во домашни услови.....	69
4.1.2. Услуги во локална заедница.....	72
4.1.3. Услуги на вон-семејна заштита.....	73
4.2. Обезбедување континуум за долгорочна заштита на старите лица	75
4.3. Постоечки социјални услуги.....	77

5. КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ ВО СТАРОСТА	83
5.1. Дефинирање на поимот „квалитет на живот“	83
5.2. Активно, здраво и успешно стареење како предуслов за квалитет во животот на старите лица.....	86
5.3. Задоволство од животот во староста	89
5.4. Стратешки правци во Република Северна Македонија за унапредување на квалитетот на животот во староста.....	93
5.5. Деинституционализацијата во функција за подобар квалитет на живот на старите лица	97
ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ	103
1. МЕТОДОЛОШКА РАМКА	104
1.1. Проблем на истражувањето	104
1.2. Предмет на истражувањето.....	105
1.3. Цел на истражувањето	106
1.4. Хипотези.....	106
1.5. Методи и техники.....	107
2. ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО	109
2.1. Социо-економски статус на испитаниците	109
2.1.1. Место на живеење и станбен простор	109
2.1.2. Националност и степен на образование на старите лица	111
2.1.3. Семејна состојба	114
2.1.4. Приходи.....	115
2.2. Здравствен статус и потребни социо-здравствени услуги.....	116
2.2.1. Основни активности од секојдневниот живот	116
2.2.2. Инструментални активности од секојдневниот живот	119
2.2.3. Болести кај старите лица	121
2.2.4. Потреба од социјално-здравствени услуги	129
2.2.5. Потреба од социјални услуги кај старите лица	141
2.2.6. Социјалната мрежа на старите лица	146
2.2.6.1. Одржување односи со членови на семејството	146
2.2.6.2. Одржување односи со лица надвор од семејството	148
2.2.6.3. Излегување на старите лица од домот заради дружење и	152
социјализација	152
2.2.6.4. Помош од семејството.....	154
2.2.7. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица.....	156

<i>2.2.8. Други проблеми и потреби на старите лица</i>	159
ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ	161
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	171
Прилог 1. Инструменти користени во истражувањето	183

ВОВЕД

Социјалните и здравствените карактеристики на животот на старите лица претставуваат основен фактор кој го определува квалитетот на животот во староста кој е се повисоко на агендата пред креаторите на политиките, во услови на демографско стареење, односно се поголемо учество на старите лица над 65 годишна возраст во вкупното население. Наспроти фактот што процентот на старо население во структурата на општата популација рапидно се зголемува, сепак овој период од животот на човекот малку е опфатен во истражувањата. Не постојат доволен број на трудови и анализи кои ја проучуваат староста, социјално-здравствениот статус на старите лица, како и потребите од социјално-здравствени услуги кои се значајни за унапредување на квалитетот на животот во староста.

Староста често се идентификува со пензионирањето. За многу стари лица заминувањето во пензија претставува состојба која најчесто ги изненадува и збунува, бидејќи влегуваат неподготвени да го организираат животот. Старите лица се збунети од новите животни услови, од новите улоги во семејството, од сè поголемите егзистенционални тешкотии и потребите од организирана грижа за сопственото здравје. Во современото општество честопати грижата за оваа популација во голема мера се занемарува. Општествената заедница оваа популациона група ја става на маргините од непосредната грижа, давајќи приоритет на многу други подрачја од социјалната заштита.

Воедно, социјалната и здравствената заштита за старите лица не е на завидно организациско ниво, како во подрачјето на законодавството, така и во областа на непосредната грижа за старите лица.

Во рамките на општествената заштита во грижата за старите лица, значајно место зазема здравствената заштита бидејќи се соочува со значајни предизвици и проблеми, за чие надминување се потребни брзи и адекватни решенија прилагодени на потребите на оваа популациона група.

Оттука, се почесто се наметнува потребата од многу поширок пристап во проучувањето на овој проблем, насочен кон барање и предлагање соодветни решенија за подобрување на квалитетот на животот во староста преку услуги од различен тип, особено услуги во кои е комбинирана социјалната и здравствената димензија на заштитата.

Основните сознанија добиени од досегашното проучување на состојбите на старата популација пресудно влијаат да се посветиме на проучувањето на овој период од животот на човекот, заради согледување на доминантните социјални и здравствени животни услови, како и потребите од услуги, со чие воспоставување би се овозможил подостоинствен живот во староста.

Темата на магистерскиот труд се проучува низ два пристапа: теоретски и истражувачки.

Во теоретскиот дел се изложени сознанијата од соодветна стручна литература, како основна поткрепа и оправданост за реализирање на сопствено истражување. Теоретскиот дел од трудот ќе се фокусира на следните наслови: старост и стареење, демографско стареење и импликации врз системите за социјална и здравствена заштита, политики и мерки за социјална заштита на старите лица во Република Северна Македонија, социјално-здравствени услуги за заштита на старите лица и квалитетот на животот во старост.

Вториот дел од трудот претставува сопствено истражување на социјално-здравствениот статус на старите лица и потребите од услуги за унапредување на квалитетот на живот во староста, со посебен осврт на социјално-здравствените услуги.

ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ

1. СТАРОСТ И СТАРЕЕЊЕ

Старењето на популацијата, станува мошне значајно прашање кое се однесува на развојот на секое општество, а што изискува неодољна акција. Староста и старењето на луѓето стануваат социјален проблем во современото општество поради ризичните последици кои со себе ги носи специфичната положба во која се наоѓаат, нивните потреби, проблеми и поради неподготвеноста на современите општества да одговорат на овие потреби.

Со таа проблематика се занимава науката што ги проучува старите лица и старењето - геронтологија. Таа се дефинира како интегративна и интердисциплинарна наука за стариот човек која ги опфаќа биолошките, медицинските, психолошките, социјалните и другите сознанија кои во потполност го одредуваат стариот човек како био-социјално битие, ја опфаќа теоријата и праксата и која таквото одредување на човекот ја користи за негова и општествена добробит. Во ова се вклопува и дефиницијата на Когој (Kogoj, 1958; според Defilipis & Havelka, 1984) кој ја определува геронтологијата како наука која се бави со сите старостни појави. Во дефиницијата на Grmek (Grmek, 1958; според Defilipis & Havelka, 1984) се вели дека геронтологијата е наука за биолошките процеси на старењето, физичките и психичките својства на остарениот организам и на социобиолошките проблеми на старите луѓе.

1.1. Дефинирање на староста и старењето

Иако постојат повеќе тешкотии околу дефинирањето сепак постојат повеќе дефиниции за староста и старењето, највеќе заради недостаток на конечен одговор за суштината на старењето. Но, пред да пристапиме кон дефинирањето на овие поими треба да се нагласи дека староста и старењето можеби звучат како синоними, но тие поразлично се дефинираат. Имено, *староста* се смета за последен период од животот на човекот. Во однос на предходните, тоа е период во кој е очигледно пропаѓањето на структурата и функцијата на организмот, својствата и способностите на човекот (Defilipis & Havelka, 1984). *Старењето*, пак се дефинира како промена на организмот во времето, односно како процес (Defilipis & Havelka, 1984). Така, според Bürger (Bürger, 1956; според Defilipis & Havelka, 1984) старењето е секоја иреверзибилна промена на секоја жива материја во функција на времето. Сепак старењето во поширока смисла се сфаќа како процес кој почнува од самиот почеток на индивидуалниот живот и тоа не

од самото раѓање туку дури и од самото зачнување.

Се разликуваат две важни и различни фази на стареењето: *првата* фаза е онаа во која организмот расте, напредува, квантитативно и квалитативно, а повеќето витални функции се интензивираат, а *втората* фаза во која организмот квантитативно и квалитативно се уназадува, пропаѓа. Значи, стареењето во една фаза е еволуционен, а во втората инволуционен процес. Сепак, кога зборуваме за стареењето го нарекуваме во втората фаза на инволуциониот процес. Слично на ова мислење има и Comfort (Comfort, 1956; според Defilipis & Havelka, 1984) кој го дефинира стареењето како опаѓање на способноста на преживувањето и адаптирањето. Тој исто така го одредува стареењето како процес или група процеси кои ја доведуваат хомеостазата до конечен крај. Понатаму Грмек (Grmek, 1958; според Defilipis & Havelka, 1984) вели: “Намалена е адаптацијата, а се зголемува ризикот за смртта“.

Според Cowdry (Cowdry, 1952) стареењето претставува намалена можност на прилагодување која е последица на исчезнување на ткивото и функцијата на резервите.

Shock и Weiss (Shock, 1961; Weiss, 1966) сметаат дека стареењето е збир на сите промени во животот на единката кои се својствени за сите припадници на еден вид.

За Handlera (Handlera, 1960) стареењето е детериорација на зрелиот организам која е последица на промените зависни од време и во својата основа се неповратни. Со текот на времето расте нивната неспособност на прилагодувањето на стресовите на средината во која живее, па според тоа се зголемува веројатноста за смрт.

Birren и Renner (Birren & Renner, 1977) го дефинираат стареењето како редовни промени кои се случуваат во зрели генетски репрезентативни организми, кои живеат во репрезентативни услови во средината, а зависни се од напредувањето на хронолошката возраст.

Schrock (Schrock, 1980) за стареењето дава една релативно оптимистичка дефиниција според која стареењето е процес на промени низ кои во хронолошкото стареење се создаваат услови за целосното животно исполнување.

Rockstein (Rockstein, 1977) смета дека стареење е било која промена во функција на времето која се случува после завршеното растење и созревање на формите и на функциите на организмот, а која се разликува од дневни, сезонски и други биолошки ритми.

Но, малку поразлична дефиниција за староста дава Марко Младеновиќ (според Манојловиќ, 1996) кој ја дефинира на следниов начин: во науката не постои единствено мислење кој период во човечкиот живот се смета како период на староста.

Во голема мерка староста е индивидуално чувство на духот и телото, отколку одреден, прецизно фиксиран период на човечкиот живот.

Во сите дефиниции за стареењето се настојувања да се направи синтеза на геронтолошките спознанија кои се во голема мерка дескриптивни. Но, дефинирањето на стареењето дава добра основа за појасно одредување на поимите кои се содржани во нив, како што се: старост, животна доба, ритам на стареење, долговечност и друго.

Од друга страна, атрофијата на органите и ткивата е главен и општо признат знак за староста. Познати се процесите на пресбиопија, пресбијакузија, како знакови на староста. Во знаците на сениумот спаѓаат и промените на мнестичко-когнитивните функции.

Како што стареењето има биолошка, социјална и хронолошка детерминанта, така постојат и три типа на старост (Birren & Renner, 1977; според Defilipis & Havelka, 1984):

- биолошка
- психолошка
- социјална

Биолошката старост на поединецот се дефинира како процена на својствата и способностите на поединецот со оглед на животната доба. Имено, во биолошка смисла поединецот може да биде постар односно помлад од индивидуа со иста хронолошка возраст т.е. очекувањето за животното доба од различни причини може да биде различно од групата на поединци на таква доба.

Психолошката старост се дефинира со оглед на адаптивните капацитети на поединецот, односно со неговата можност на прилагодување на промените во животната средина. Доколку адаптивниот капацитет на поединецот е посочуван од просечните поединци од неговата возраст, може да се каже дека неговата психолошка старост е пониска. На психолошката старост влијае состојбата на основните органски системи, особено на мозокот и кардиоваскуларниот систем, иако многу значајна улога во процената на психолошката доба имаат способноста за помнење, учење, интелигенција, моторика, степен на мотивацијата, интелигенција и начин на емоционално реагирање. На концептот на психолошка возраст одговара концептот на *функционалната возраст*, под кој се смета степенот на способност на поединецот за општо функционирање во одредена средина.

Социолошката старост се однесува на социјалните улоги и навики на поединецот во однос на останатите членови на општеството во кое живее: дали поединецот се однесува како помлад или како постар со оглед на очекувањата кои ги

има општеството кон припадниците на неговата хронолошка возраст (Defilipis & Havelka, 1984).

Според Despot Lučanin (Despot Lučanin, 2003) постојат примарно и секундарно стареење. *Примарното стареење* (физиолошко или сенесценција) се однесува на нормални физиолошки процеси одредени со биолошки фактори кои се последица на созревањето или протекот на времето. На пр. менопауза, седа коса и други. Додека кај *секундарното стареење* се однесува на патолошки промени и опаѓање со годините кое е предизвикано од надворешни фактори вклучувајќи ги болестите и последиците на негативните влијанија со текот на годините, алкохол, пушење и др.

Иако поделбите на начините на стареењето од повеќе автори се слични, сепак секој од нив дава по некој нов аспект или карактеристика. Така Tokarski (Tokarski, 2004) зборува за „успешно стареење“, каде присутен е позитивен генетски материјал, а стареењето се одвива во позитивна средина и нема хронични заболувања и функционални пречки. Поимот „успешно стареење“ како што се нарекува во геронтологијата и геријатријата, значи настојување да се пронајде рамнотежа помеѓу индивидуалните потреби и желби, од една страна и објективни и субјективни животни услови од друга т.е. човекот мора да настојува да се прилагоди на фактите и од нив да извлече највеќе и најдобро што може за активно живеење и личен раст.

Според Pospiš (Pospiš, 2001), при вообичаеното стареење присутен е развојот на болести и одредена функција на организмот. Но, генерално функцијата на сите системи се уште е на задоволително ниво и нема поголеми функционални нарушувања. А кај „патолошкото стареење“ причините се од генетска природа или заради лошото влијание на средината, поради што доаѓа до поголеми функционални ограничувања низ чести и долготрајни боледувања што може да резултираат со проблеми во независното живеење.

Врз основа на обемни истражувања на здравите луѓе во староста (Smiljanić, 1987), особено долговечните луѓе (оние кои живеат над 100 години), потоа и врз основа на повеќе клинички искуства како и експериментите на животните, советските геронтолози одредуваат два вида на стареење - физиолошко и патолошко.

Физиолошко стареење не го следат пореметувањата. Тоа е хармонично успорување на органите и функциите и тоа се реализира во активна долговечност. Но, во текот на стареењето постојат многу „варијанти“ на пореметување на органите, системите и функциите на органите заради болести. Тоа е *патолошко стареење* или состојба која доведува до предвремена смрт на возраст под 70 години. И украинскиот

геронтолог Spasokukotski на основа на истражувањето заклучува дека е неопходно јасно да се разликуваат поимите патолошко и физиолошко стареење. И Ленинградската и Московската школа со своите претставници Kosinskaja и Davidovskij јасно ги разграничуваат поимите патолошко и физиолошко стареење.

Према Sumrak (Sumrak, 1995) има автори кои се против оваа, за нас сосем оправдана поделба и кои истакнуваат дека е збор за теоретска дистинкција, бидејќи во реалниот живот се уште не е утврден ниеден конкретен случај на чисто физиолошко стареење. Физиолошкото стареење е според нив пратено со болести и со тоа секундарно се преминува во патолошко стареење, така да стареењето се разгледува како патолошко стареење. Физиолошкото стареење е една врста на патолошко стареење.

Други автори, спротивно на тоа, потполно го негираат патолошкото стареење и сметаат дека староста, по правило секогаш е благовремена, а индивидуално може да биде рана или касна.

Хронолошката доба се однесува на бројот на години на поединецот и не мора да има доминантно значење во однесувањето на поединецот, ниту во неговата функционална и биолошка сочуваност.

Baltes и соработниците (Baltes, 1980; според Despot Lučanin, 2003) промените во староста и стареењето ги објаснуваат со помош на три вида влијанија:

1. *Возрасно-нормативните влијанија* се општи фактори на развојот кои се цврсто поврзани со хронолошката возраст. Можат да бидат последица на биолошките и физиолошките процеси (климактериум), но и на социјалните т.е. срединските фактори (пензионирање).

2. *Историско-нормативни влијанија* се средински, социјални или катаклизмички фактори или случки кои се случуваат во одредена период во времето (ден, месец, година) и теориски влијаат на секој поединец во одредено општество или култура. Дејството на овие влијанија може да биде различно за различни поединци, како функција на нивната возраст или во времето на случувањето (на пример: војни, економски кризи, епидемии, модернизација на општеството и слично). Историско-нормативните влијанија исто така вклучуваат и влијанија кои се специфични за некоја генерација на луѓе, па можат значително и долготрајно да влијаат на нивното однесување, ставови и вредности.

3. *Ненормативни влијанија* се фактори кои не се поврзани со возраста или историските случувања, но сепак влијаат на поединецот во текот на неговиот живот.

Овие фактори не влијаат на најголемиот број на луѓе, туку само на одредени

поединци. Некои од ненормативните случувања се: сообраќајна несреќа, тешка болест, добивка на лотарија, развод, промена на работното место и сл.

Секое од наведените влијанија е во интеракција со сите останати во текот на животот на поединецот. Делувањето на секој од нив врз поединецот е изразено со различен интензитет во различни периоди од животниот век. На пример, возрастно нормативните влијанија најчесто ѝ се припишуваат на матурацијата и генетската контрола, па според тоа во најголема мера се изразени во детството и во староста. Историски, нормативните влијанија најмногу се изразени во адолесценцијата, а ненормативните влијанија стануваат сè поважни со зголемување на возраста.

1.2. Периодизација на староста

Индивидуалните разлики во темпото на стареење од една страна и субјективното одредување на значењето на зборот „стар“ ја отежнува психолошката периодизација и одредувањето на границите на почетокот на периодот на староста (Smiljanić, 1987). Затоа таа граница прилично арбитарно е проценета од психолозите. Според рускиот психолог Анањев (Ananjev, 1969; според Smiljanić, 1987) староста почнува на 65 години, додека според британскиот психолог Bromley (Bromley, 1966; според Smiljanić, 1987) староста почнува на 70 години. Оваа граница ја поместува американскиот психолог Birren (Birren, 1964; според Smiljanić, 1987) и смета дека старосната граница е од 75 години. Оттука се гледа дека различното поставување на границата на староста е различна не само во различни култури, туку таа се поместува и во историската перспектива. Пред само еден век четириесетгодишниците се сметале за стари. Ова поместување на старосната граница е нужно заради продолжувањето на човековиот век. Поместување на границите ќе има и во иднина затоа што човечкиот век се продолжува. Според Smiljanić (Smiljanić, 1987) за старост денес се смета возраст над 70 годишна возраст.

Постојат различни периодизации на староста. Според некои геронтолози, постојат најмалку три логични одредени делови на староста (Sumrak, 1995):

1. Период на доцна зрелост – од 58 до 68 години
2. Период на рана старост – од 69 до 78 години и
3. Период на вистинска старост која започнува со наполнети 78 години.

Демографите инсистираат дека популацијата на старите не може да се набљудува

како хомогена група, бидејќи во нејзината внатрешност се разликуваат (Sumrak, 1995):

1. „Млади стари“ – од 60 – 75, кои по правило се независни во извршувањето на секојдневните активности и се во добра здравствена состојба и
2. „Стари“ – со над 76 години кои често се потполно зависни од други лица во извршувањето на секојдневните активности и се со лоша здравствена состојба.

Други геронтолози (Sumrak, 1995) овој период го поделиле на:

1. Период на „доцна зрелост“ (сенесценција), кој го опфаќа периодот од 45 -60 години;
2. Период на „рана старост“, повлекување, пензионирање и намалување на социјалните активности – од 61 до 75 години и
3. Период на „длабока старост и социјална изолација“ над 75 години.

Во периодизацијата на староста според животниот циклус на семејството староста се дели на (Mladenović, 1993):

1. Период кога децата го напуштаат семејството од 45 до 59 година и се нарекува „средна возраст“;
2. Период по заминување на децата од семејството, кога родителите остануваат сами, а кој се нарекува „период на рана старост“ или „млади стари“ и го опфаќа периодот од 60 - 75 години и
3. Период кога еден од родителите останува сам и се нарекува „период на длабока старост“ или „стари – стари“ и го опфаќа периодот после 76 година. Во оваа група се издвојува подгрупата на „долговечни“, која ги опфаќа старите лица со над 90 години. Според други автори староста се дели на (Mladenović, 1984; според Sumrak, 1995):
 - Рана старост (млади стари) од 65-75;
 - Просечна старост (стари стари), од 76 до 85 години и
 - Доцна старост (многу стари) со над 86 години

Според Büler (Büler, 1930; според Козарчанин, 2003) стареењето настанува во четвртата фаза од животот на човекот (од 45 до 65) кога се губи репродуктивната способност, а негативните димензии на преодниот период во животот со негативното сведување на животниот биланс и вложување напор да се направат значајни работи во професионалниот живот. И во петтата фаза на животот е биолошкото опаѓање од 65 до крајот на животот и повлекување од професијата и работата во тој период. Се

размислува за минатото и за смртта која доаѓа и ја карактеризираат со осаменост и губиток на блиски лица.

Милосављевиќ (Milosavljević, 1984) периодот на староста ја дели на:

1. Сенесценциум (претходница на староста), од 40 до 50 година;
2. Сениум, од 60 до 70 и
3. Сенилност после 80 години.

Според него постои класификација во однос на професионалната активност на луѓето па така староста се дели на:

1. Период на доцна зрелост од 45 до 54;
2. Предпензионерски период од 55-64;
3. Ран пензионерски период, од 65 до 75 и
4. Доцен пензионерски период после 75 година.

Пензионирањето како крај на работниот век на човекот, исто така претставува и мерка за неговото стареење. При адаптацијата на пензионирањето се случуваат значајни промени во личноста кои зависат од изминатиот период во животот на човекот: професионалниот, социјалниот и семејниот живот. Професионалниот живот има најголемо влијание во прилагодувањето на староста, бидејќи е поврзан со материјалните средства кои ќе може да ги користи старото лице и кои ќе го одредуваат неговиот квалитет на живеење. Социјалните контакти остварени надвор од професионалните активности исто така имаат влијание (другарите од детството, соседите, блиските и подалечните роднини и др.) и влијаат врз прилагодувањето и квалитетот на живеење на старите лица. Умешноста во градењето и одржување хармонични семејни односи, исто така придонесува старото лице помирно да се прилагоди на пензионирањето и на промените кои настануваат со него. Smiljanić (Smiljanić, 1987) истакнува дека првите кризи во врска со пензионирањето се јавуваат пред одење во пензија, а потоа и на почетокот на пензионерскиот живот. Пензионерот треба да ја промени социјалната средина, социјалните потреби, потребите за дружење и контакти со луѓето, кои во голем дел ги задоволувал на работното место. Кога иде во пензија, човекот често се осеќа осамен, напуштен и отфрлен. Пензионирањето носи пад на друштвениот статус. Од сите овие причини пензионирањето е пратено со кризи, а адаптацијата на промената во статусот е сериозен психолошки и општествен проблем. Во некои земји подготовките

за пензионирање започнуваат и 10 години пред пензионирањето. Подготовките се однесуваат на планирањето на иднината во новата улога. Геронтологот Нада Смољкиќ-Крковиќ, наведува 5 предлози како личноста треба да се подготвува за пензионирање (Smoljić - Krković, 1974).

Прво прашање е како да се обезбедат материјални средства за издржување? Со заминувањето во пензија кај поголем број на луѓе значајно се намалуваат приходите. Со намалување на приходите кај луѓето доаѓа до притисок, страв и несигурност.

Второ прашање кое се наведува во врска со подготовката за пензија е како да се одржи здравјето. Да се биде стар не значи нужно да се биде болен. Старењето е независно од болестите. Старите треба да се советуваат да го контролираат здравјето, да живеат здрав живот, да бидат активни и да не се предаваат.

Како да се остане активен и корисен е трето прашање кое се однесува на прилагодување на пензионерскиот живот. За многу луѓе пензионирањето е “социјална смрт”. Пензионирањето претставува губење контакти со луѓето и предизвикува чувство на бескорисност.

Четврто прашање во врска со прилагодување на пензионерскиот живот се однесува на прилагодување на фамилијата, децата и пријателите. Односот во семејството е само продолжение на односите кои биле засновани претходно.

Во однос на прилагодувањето на губитокот на брачниот другар е петто прашање кое се однесува на прилагодувањето на пензионирањето. Овој проблем повеќе се однесува на жените отколку на мажите, бидејќи има повеќе жени кои остануваат без маж отколку обратно.

И на крај, шестото прашање се однесува на подготовка за смрт. Ставовите на луѓето према смртта се различни и затоа за смртта со старите луѓе треба да се разговара само по нивна иницијатива.

1.3. Здравствени аспекти на стареењето

Старите лица имаат специфични психо-физички карактеристики и фактори кои се поврзани со квалитетот на живеењето во староста и должината на животниот век. Покрај престанокот на работниот век со пензионирањето и осаменоста како фактор на ризик во староста, особено во урбаните средини, и здравствената состојба кај старите лица има свои посебни карактеристики и специфичности. Оттука, произлегуваат и

зголемените потреби за здравствена заштита кај овие лица (Донев, 2013).

Најосновните карактеристики на патологијата на старите лица, кои даваат посебна специфичност на клиничката слика, терапијата, рехабилитацијата и превенцијата во староста се:

- намалената способност на биолошкиот систем да се брани од штетните влијанија и другите фактори, доведува до намалување на приспособувачката способност и имунитет, што претставува зголемениот ризик од заболување во староста;
- мултиморбидност или полиморбидност (во англиската литература: „comorbidity“) односно истовремена појава т.е. постоење на две или повеќе болести кај едно лице;
- хроничните незаразни болести кои имаат хроничен тек и најчесто траат доживотно (ревматизам, хипертензија, дијабетес, артериосклероза и др.), а кои можат да се лекуваат, но не и да се излекуваат, барем не на кус рок;
- симптоматологијата на заболувањата е поинаква поради што дијагностицирањето е отежнато (пример е срцевиот удар, кој вообичаено е придружен со силна градна болка, но кај старите лица може да се манифестира како „нем“ инфаркт);
- здруженост на здравствените со социјалните проблеми и истовремено на потребите и барањата од медицинска и социјална природа, со нивна испреплетеност и меѓузависност, условува честа здруженост на физичката со психичката и понекогаш со социјалната декомпензација. Се јавува почеста потреба за социјална помош, со поголема зависност на заболениите стари лица од својата поблиска или подалечна околина;
- кај старите лица постои разлика во ресорпцијата на медикаментите, нивната елиминацијата и дејството, како и во метаболичките процеси на организмот. Поради ова, потребна е поголема претпазливост при лекувањето, имајќи ги предвид сите биолошки промени кои се јавуваат во староста;
- лекувањето и излекувањето кај старите лица често пати е делумно и во суштина има за цел ублажување на симптомите, односно одржување на постабилна состојба, но не е исклучена можноста истото заболување

повторно да се врати или да се влоши;

- рехабилитацијата во староста се карактеризира со помали амбиции очекувања и резултати. Во староста рехабилитацијата претежно цели кон оспособување на старото лице за самостоен живот, со што помала зависност од туѓата помош и грижа;
- превенцијата од патолошката старост потребно е да започне во младоста, односно да се контролираат сите ризик фактори, од причини што истите го забрзуваат стареењето. Болести и состојби кои најчесто водат кон забрзано или патолошко стареење се: артериосклерозата, прекумерната телесна тежина, хроничните респираторни болести, пушењето и загадениот воздух, несоодветно лекуваните повреди, улкусните болести, алкохолизмот, коронарната болест и друго;
- инволутивните промени во ткивата и органите во текот на процесот на стареењето водат до појава на соматски тешкотии (намалена подвижност, ослабување на отпорноста на организмот) и до намалени психички и социјални функции (ослабување на меморијата, побавни реакции, депресија, намален вид и слух, отежнати комуникации, изолација, намален интерес и мотивација за учество во животот на заедницата).

Во патологијата т.е. во структурата на заболувањето на старите лица доминираат:

- болестите на кардио - васкуларниот систем (артериосклероза, хипертензија, коронарна болест, срцева слабост и аритмии);
- малигните неоплазми (најчесто на белите дробови, на дебелото црево, желудникот, кожата, жолчното кесе и посебно на дојката, на грлото на матката кај жените, односно на простатата кај мажите;
- болестите на респираторниот и на гастроинтестиналниот систем;
- болестите на метаболизмот (дијабет);
- нарушување на сетилата;
- дегеративни и ревматски заболувања на зглобовите и на коските
- невролошки и психијатриски заболувања (мозочен удар, депресија, бссоница, деменција и алцхајмерова болест);
- почести повреди во сообраќајот, бидејќи ослабениот вид и слух и побавните реакции три пати го зголемуваат ризикот на повредување.

Покрај горенаведените заболувања, кај старите лица постојат промени и во психомоторните вештини. Имено, со стареењето опаѓаат едноставните вештини, односно личните вештини, Birren (Birren, 1964; според Smiljanić, 1987). Тој ги систематизира во шест категории. Првите се локомоторните вештини (одење, трчање, скокање, симнување и качување по скали). Вторите вештини се оние за лична хигиена и одржување (хранење, облекување, миење, купување, бричење, чешлање). Третите се комуникационите вештини (читање, пишување, разговарање). Четвртите се однесуваат на оджување во домот (чистење, перење, купување, шиене). Петтите се однесуваат на музичките вештини, а шестите се вештините кои се однесуваат на користењето на слободното време (спорт, уредување на дворот, рачни изработки).

Кај старите лица има промена и во општото психолошко функционирање. Имено, со стареењето се успорува во целост однесувањето: се забавува времето на прости и сложени реакции, помнењето и вниманието се послаби, доаѓа до промени во областа на мислењето, а и расудувањето е потешко. Сепак старите лица до некаде се адаптираат на ова забавување, но избегнуваат ситуации во кои им е потребна поголема брзина (Smiljanić, 1987).

Генерално, старите лица имаат проблеми при снаоѓањето со новата ситуација, посебно каде се бара брзина на реагирање (Birren & Schaie, 2001). Старите лица покрај одредени емоционални потешкотии, ги следат и проблеми со недоволна мотивација. Намалувањето на мотивациските фактори, како и на движечката сила од една страна и зголемувањето на бројот на потребите кои со стареењето не се задоволени од друга страна, значително придонесуваат до промена во однесувањето и појавување на некои специфични карактеристики на личноста (Anđelković, 2016).

1.4. Теории за стареењето

Иако не постои една единствена, сеопфатна теорија која би го објаснила процесот на стареење во неговата сложеност, сепак постојат обиди теориски да се обединат и образложат емпириските наоди во рамките на поединечните дисциплини. Па така обично се спомнуваат биолошки, социолошки и психолошки теории за стареењето, кои се обидуваат да ја објаснат улогата на секој од трите темелни групи на фактори – биолошки, социолошки и психолошки во процесот на стареење.

1.4.1. Биолошки теории за стареењето

Целта на биолошките теории за стареењето е да ги објасни причините и процесот на стареење на ниво на клетки, органи и организмот како целина. Постојат голем број на биолошки теории, но ниту една од нив нема дадено потполно задоволувачки одговор на прашањето зошто и како човечкиот организам старее и умира.

Биолошките теории за стареењето може да се поделат во две главни групи: програмирани теории за стареењето (уште се нарекуваат и развојни или генетски) и стохистички или случајни теории (Perlmutter & Hall, 1992; Lemme, 1995; според Lučanin, 2003).

Програмираните теории поаѓаат од претпоставката дека стареењето е вградено во самиот генетски состав, односно дека генетски е одреден своевиден план на стареење, кој се активира веднаш по репродуктивната зрелост, но постои можност за негово модифицирање под влијание на варијаблите од средината. Основната идеја на овие теории е дека одредени специфични гени и нивните промени се одговорни за должината на животот. Промените се одразуваат во опаѓање на различни функции на организмот: во метаболичките процеси, во ендокриниот состав како и во имунолошкиот состав.

Генетичката теорија на стареењето го подразбира стареењето како запишано во генетскиот код на поединецот. Согласно оваа теорија, гените односно уникатниот генетски код на секој поединец придонесува кон склоноста за одредено физичко и ментално функционирање и има голем удел во брзината на стареењето, односно долговечноста.

Теоријата на оштетувањето на ДНК се темели на ставот дека со акумулацијата на оштетувањата на ДНК доаѓа до стареење и болести во староста.

Стохистичките теории претпоставуваат дека процесот на стареење е резултат на самиот живот, односно резултат на акумулираните оштетувања кои ги предизвикуваат случајни случувања од секојдневниот живот, а можат да бидат предизвикани од внатрешни или надворешни фактори (болести, повреди и сл.) и оштетувања (промени во молекулите на протеините, промени на ДНК во клетките или во спојувањето на слободните радикали со молекулите во организмот).

Теоријата на трошење укажува дека додека поединецот расте и старее, ќелиите и органите се трошат, односно се амортизираат. Телото е постојано изложено на внатрешни и надворешни влијанија кои му штетат и му оневозможуваат опоравување. Ова ја спречува регенерацијата на ќелиите и доаѓа до механичка и хемиска исцрпеност

на истите. Овие штетни влијанија ги вклучуваат хемикалиите во воздухот, храната, исхраната која вклучува прекумерни масти, шеќер, алкохол, никотин, но и трауми, вируси и слични влијанија.

Теоријата на општ дисбаланс се темели на ставот дека функциите на телесните системи (нервен, ендокрин, имунолошки и др.) постепено опаѓаат и на крај престануваат да функционираат, но се разликуваат начините и брзината на опаѓањето од систем до систем, како и од поединец до поединец.

Акумулационата теорија укажува дека стареењето е телесен пад кој произлегува од акумулација на елементи кои претставуваат надворешни тела внесени во човековото тело од надворешната околината. Еден од правците во оваа теорија е теоријата на слободни радикали, а идејата дека слободните радијали се токсични за прв пат ја истакнала Rebeca Gershman во 1954 година, а Denham Harman во 1956 година ја предложил како теорија, при што докажал дека слободните радикали предизвикуваат деградација на биолошкиот систем.

Ова е само дел од биолошките теории за стареењето. Помеѓу различните автори не постои потполна согласност како за системот на класификација, така и за поделбата на одредени теории. Но, авторите се сложуваат дека овие теории меѓусебно не се исклучуваат. Самиот процес на стареење е толку комплексен, односно е резултат на повеќе процеси и интеракции кои се случуваат со текот на времето – наследни или стекнати, односно генетски програмирани или случајни.

1.4.2. Социолошки теории за стареењето

Социолошките теории за стареењето имаат за цел да ги објаснат промените во односот помеѓу поединецот и општеството кои настануваат во процесот на стареење, а кои се однесуваат на промени во социјалните активности, социјалните интеракции и социјалните улоги на старите лица.

Овие теории, исто така ги објаснуваат влијанијата на општеството и културата врз стареењето на поединецот, но и влијанието на стареењето на поединецот врз општеството.

Социјалните макро теории го набљудуваат стареењето од аспект на демографските и социолошките промени, при што поединците се пасивно изложени на културните и општествените влијанија (на пр. структурализам, теорија на

модернизација, теорија на целни групи и др.).

Социјалните микро теории го објаснуваат стареењето на ниво на поединец, неговиот социјален статус и улога што општеството му ги доделува и врз основа на што тој ја одредува сопствената вредност (на пр. теорија на улоги, теорија на размена, теорија на континуитет и др.).

Социјалните поврзувачки теории настојуваат да ја поврзат социјалната структура со поединецот, преку нивните взаемни интеракции кои во процесот на стареење можат да ја нагласат општествената активност на старото лице, да му ја ускратат или да му доделат улога врз основа на неговата возраст (на пр. теорија на активноста, теорија на намалена активност, теорија на возрасна стратификација и др.) (Naveghurst, 1968; Cox, 1993; Cavanaugh, 1999; според Lučanin, 2003).

Подетално, теоријата на активност била развиена и разработена од страна на Naveghurst и Albrecht. Според неа, личните уверувања на поединецот се формираат врз основа на неговиот општествен однос, односно одржувањето на социјалните улоги и активности кои му се значајни, и истите придонесуваат кон благосостојба во староста.

Теоријата на неактивност ја развиле Cumming и Henry. Според оваа теорија, старите луѓе и општеството се ангажирани поединечно, односно постепено повлекување од социјалните случувања и интеракции е неизбежно во староста, а со ова поединецот се заштитува од траумата поради приближувањето кон крајот на животот.

Теорија на континуитет подразбира поединецот да врши прилагодување, односно одржување на континуитет помеѓу минатото и сегашноста, односно непроменета динамика на живеењето и општествените врски.

1.4.3. Психолошки теории за стареењето

Најголем број од текстовите и книгите од областа на геронтологијата и психологијата на стареењето започнуваат со истакнување на фактот дека бројот на старите лица се зголемува. За разлика од ова тврдење Schonfield (Schonfield, 1989; според Lučanin, 2003) во својот преглед за состојбата со теориите за стареењето во геронтологијата, духовито истакнува дека бројот на истражувачи, истражувања и објавените резултати е поголем, а може да се очекува дека во иднина овој број уште повеќе ќе се зголеми. Меѓутоа, зголемениот интерес и зголемениот број на истражувања не се пропратени со истовремено зголемување на бројот на теориите за стареењето. Очигледно се уште е прерано да се понуди теорија за стареењето со која би се направило

обид да се објаснат возрастните промени, се додека не постои согласност околу возрастните промени и разлики кои теоријата би требало да ги објасни. Резултатите од бројните истражувања во геронтологијата и психологијата на стареењето често се контрадикторни. Познато е дека стандардната девијација на сите психолошки мерки се зголемува со зголемување на возраста над 60 години. Од ова произлегува претпоставката дека контрадикцијата ја одразува реалноста дека не постојат заеднички, општи правила за стареењето кои подеднакво би се однесувале на сите луѓе. Најголемиот број од истражувачите се оградуваат од претерани воопштувања, истакнувајќи дека луѓето во староста се многу поразлични меѓу себе отколку во било кој друг период од животот. Меѓутоа, недостатокот од сеопфатна теорија за стареењето предизвикува проблеми во применетите научни дисциплини, а пред сè на стручните лица кои практично работат со старите лица. Она со што најчесто се служат стручните лица во применетите подрачја се начела, кои ја премостуваат празнината помеѓу истражувањата и практиката – примената на знаењата. Тие се значајни за најголемиот број на стари лица во одредена ситуација и во одредени услови, кои пак со оглед на специфичноста на поединецот, ситуацијата или условите можат да бидат дури и контрадикторни.

Откако започна интензивното испитување на процесот на стареење објавени се голем број на резултати и наоди од овие истражувања. Но, се чини дека истражувачите немаат доволно време добиените резултати да ги интегрираат во една целосна теорија. Една од причините за ова е фактот што голем број на психолози, кои започнале да се занимаваат со проучување на процесот на стареење, своето претходно искуство го стекнале во други подрачја на психологијата, па своите наоди ги толкувале во светлината на постоечките теории токму во тие други подрачја. Бидејќи денес се поголем број на психолози своите први истражувачки искуства ги стекнуваат во областа на психологијата на стареењето, може да се очекува дека ќе има се поголем број на обиди за интегрирање на постоечките сознанија.

Појавата на една интегрирана теорија во областа на психологијата на стареење е успорена и поради големата сложеност на самиот предмет на проучување. Основните прашања кои истражувачите од областа на психологијата на стареење си ги поставуваат се:

- Како доаѓа до организирање на однесувањето со текот на времето? Раните истражувања настојувале да утврдат од кои темелни елементи е составено однесувањето. Сегашните истражувања настојуваат да ги утврдат

меѓусебните односи на тие темелни елементи со текот на времето.

- Во кои околности доаѓа до дезорганизација на однесувањето со текот на времето? Со ова прашање се занимаваат истражувањата за проучување на опаѓањето на способностите во процесот на стареење. Се зголемува делот од стручната јавност кој се насочува кон утврдување на причините за здравјето, односно за болеста поради кои доаѓа до дезорганизација на однесувањето (Baltes & Willis, 1977; според Lučanin, 2003).

Проучувањето на старите и староста, во поново време е особено актуелно и сè повеќе се вршат истражувања на одредени аспекти на тој период од животот на човекот. Но, остануваат многу појави и фактори кои и понатаму треба да се проучуваат во насока на подобрување на квалитетот на живеењето и во таа „не толку посакувана животна доба-староста“.

2. ДЕМОГРАФСКОТО СТАРЕЕЊЕ И ИМПЛИКАЦИИ ВРЗ СИСТЕМИТЕ НА СОЦИЈАЛНА И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Старењето на популацијата е поттикнато од промените во наталитетот и смртноста кои се поврзани со економскиот и општествениот развој. Намалувањето на смртноста на децата, подобриот пристап кон образование и можности за вработување, напредокот на родовата еднаквост, промовирањето на репродуктивното здравје и пристапот кон планирање на семејството придонеле кон намалување на стапката на наталитет. Оттука, напредокот во јавното здравје и медицинските технологии, како и подобрувањето на животните услови, придонесуваат луѓето да живеат подолги и во многу случаи поздрави животи од порано, особено во повозрасното доба од животот. Кумулативно, намалувањето на наталитетот и зголемувањето на долговечноста предизвикуваат суштински промени во возраста на населението, односно уделот на деца се намалува додека бројот на постари лица продолжува да расте (ОН, 2017).

2.1. Демографски трендови во светот и Европа

Старењето на населението е глобален феномен - речиси секоја земја во светот доживува раст во големината и процентот на постари лица во нивните популација. Во 2019 година во светот имало 703 милиони лица на возраст од 65 години и повеќе (во натамошниот текст: $65 \geq$ г.). Бројот на оваа категорија на лица се предвидува двојно да се зголеми на 1,5 милијарди во 2050 година, односно за 120%. Глобално, уделот на популацијата на возраст од $65 \geq$ г. се зголемил од 6% во 1990 година на 9% во 2019 година. Овој процент се предвидува да се зголеми во иднина на 16 % до 2050 година, со што едно од шест лица во светот ќе биде на возраст од $65 \geq$ години. (Види табела бр.1, UN, 2019).

Табела 1. Бројот на луѓе на возраст од 65 години или повеќе според географскиот регион, 2019 и 2050

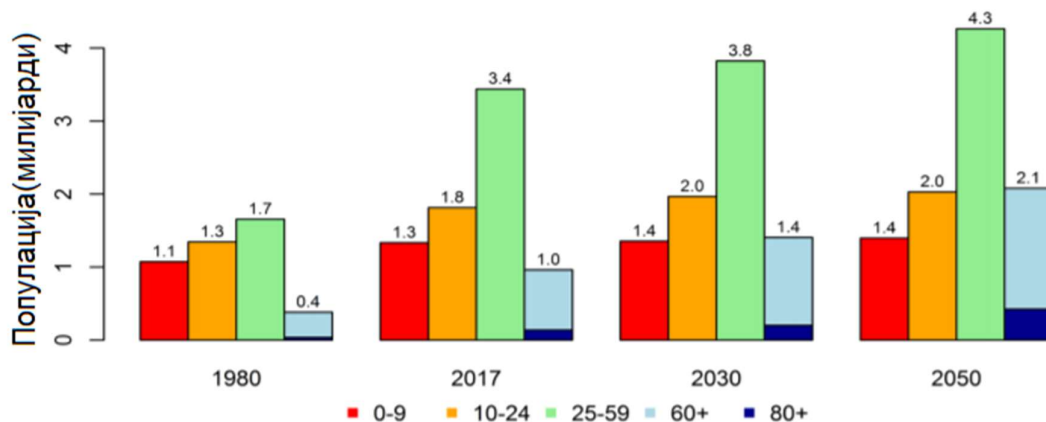
Регион	Број на луѓе на возраст од 65 или повеќе години во 2019 (милиони)	Број на луѓе на возраст од 65 или повеќе години во 2050 (милиони)	Број на луѓе на возраст од 65 или повеќе години помеѓу 2019 и 2050 (милиони)
Светот	702,9	1548,9	120
Суб-сахарска Африка	31,9	101,4	218
Северна Африка и Западна Азија	29,4	95,8	226
Централна и Јужна Азија	119,0	328,1	176
Источна и Југо-источна Азија	260,6	572,5	120
Латинска Америка и Карибите	56,4	144,6	156
Австралија и Нов Зеланд	4,8	8,8	84
Океанија, без Австралија и Нов Зеланд	0,5	1,5	190
Европа и Северна Америка	200,4	296,2	48

Извор: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019.

Видно од горенаведената табела, во текот на следните три децении глобалниот број на постари лица се предвидува да се зголеми повеќе од двојно, достигнувајќи над 1,5 милијарди лица во 2050 година. Сите региони ќе забележат зголемување на големината на нивната постара популација помеѓу 2019 и 2050 година. Најголем пораст (+312 милиони лица) се предвидува да се случи во Источна и Југо-Источна Азија, каде што од 261 милиони во 2019 година, бројот на лица на возраст од $65 \geq$ г. ќе порасне на 573 милиони во 2050 година. Се очекува бројот на постари лица процентуално да порасне најбрзо во Северна Африка и Западна Азија од 29 милиони во 2019 година до 96 милиони во 2050 година (+226%). Втор најбрз пораст на бројот на постари лица е предвиден во суб-Сахарска Африка (+218 проценти), со очекуван раст од 32 милиони во 2019 година на 101 милиони во 2050 година. За разлика од тоа, предвиденото зголемување е релативно мало во Австралија и Нов Зеланд (+84%) и Европа и Северна Америка (+48%), региони каде што населението е веќе значително постаро отколку

во другите делови на светот.

На глобално ниво, бројот на луѓе на возраст од 80 и повеќе години (во натамошниот текст: $80 \geq$ г.) расте побрзо од бројот на старите лица во целина. Во 1980 година, во светот имало 36 милиони луѓе на возраст од $80 \geq$ г. . Оттогаш, нивниот број се зголемил за речиси четирипати, односно изнесувал 137 милиони во 2017 година, а се предвидува дека ќе се зголеми повеќе од тројно помеѓу 2017 и 2050 година, за кога проекциите покажуваат дека во светот ќе има речиси 425 милиони луѓе на возраст од $80 \geq$ г. (Види графикон 1) (UN, 2017).

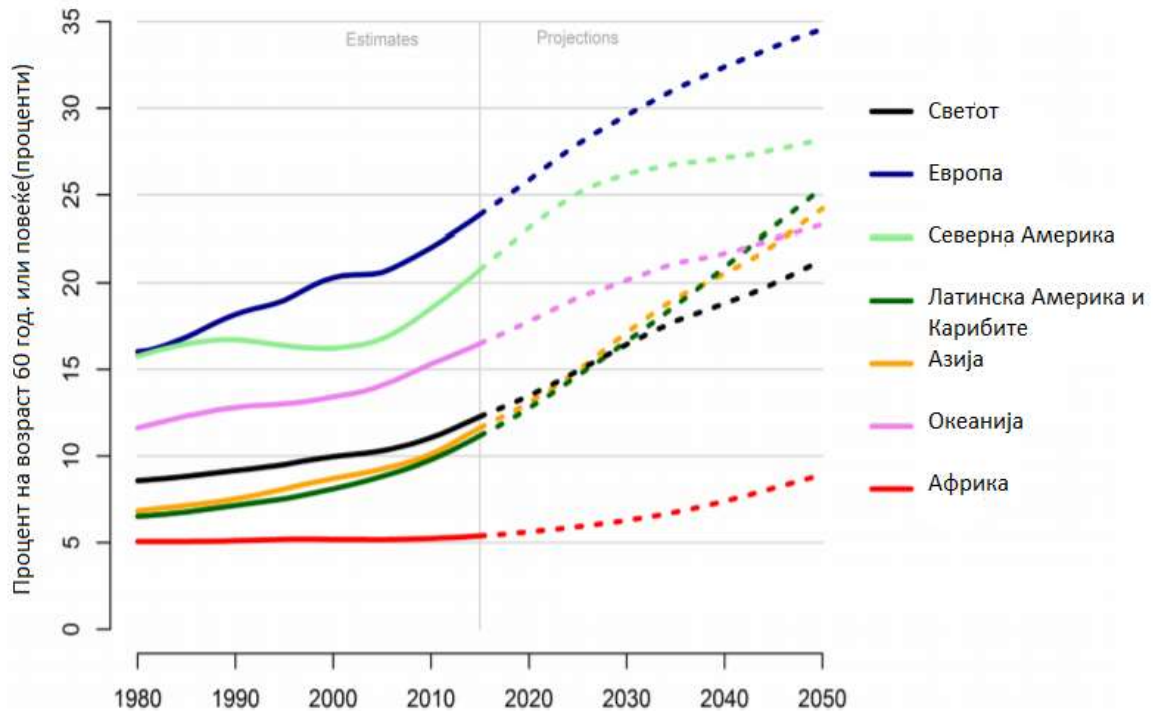


Графикон 1. Глобалното население во поширока возрастна група во 1980, 2017, 2030 и 2050

Извор: United Nations (2017). World Population Prospects: the 2017 Revision.

Видно од горенаведениот приказ, до 2030 година постарите лица ($60 \geq$ г.) ќе ги надминат децата на возраст од 0-9 години (1,41 милијарди наспроти 1,35 милијарди (ОН, 2017 - иако според приказот имаат иста вредност, очигледно е пресметковно заокружена). До 2050 година, ќе има повеќе луѓе на возраст од $60 \geq$ г. отколку адолесценти и млади на возраст од 10-24 години (2,1 милијарди наспроти 2,0 милијарди). Во 2017 година, едно од осум лица ширум светот имало возраст од 60 години или повеќе. До 2030 година, на постарите лица се предвидува да припаѓа едно од шест лица на глобално ниво. До средината на 21-от век, едно од секои пет лица ќе биде на возраст од 60 години или повеќе. Иако процесот на стареење на населението е најнапреден во Европа и Северна Америка, каде повеќе од еден од пет лица било на возраст од 60 години или повеќе во 2017 година, оваа група на население расте и во другите региони. Во 2050 година, постарите лица се очекува да учествуваат со 35% од населението во

Европа, 28% во Северна Америка, 25% во Латинска Америка и Карибите, 24% во Азија, 23% во Океанија и 9% во Африка (види Графикон 2).



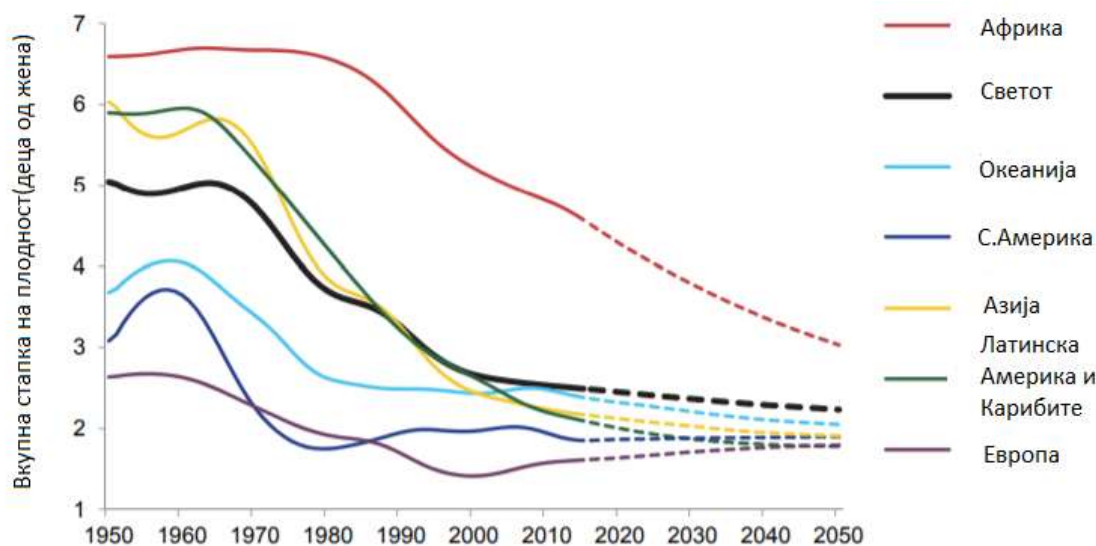
Графикон 2. Процентуална застапеност на населението на возраст од 60 години и повеќе според региони од 1980 до 2050

Извор: United Nations (2017). World Population Prospects: the 2017 Revision.

Бројот на постари лица расте побрзо од бројот на луѓе од било која помлада возрасна група. Како резултат на тоа, учеството на постарите лица во вкупното население се зголемува низ светот. Додека стареењето на населението е глобален феномен, процесот на стареење повеќе напреднал во некои региони отколку во други, односно во оние чиј развој започнал пред повеќе од еден век и кои се развиле порано, а започнал неодамна во многу земји каде што развојниот процес се случил подоцна, вклучувајќи го покрај овој процес и падот на наталитетот.

Историски, наталитетот е највлијателен во обликувањето на трендовите во бројот и процентот на постарите лица во популацијата на долг рок и е клучен фактор на демографската транзиција. Вкупните стапки на наталитет се опаднати во секој регион во светот. Овој пад започнал прв во Европа, Северна Америка и развиените земји на Океанија уште од крајот на деветнаесеттиот век. Од средината на дваесеттиот век, пад

на наталитетот следувал и во Азија, Латинска Америка и Карибите и Африка. Графикон 3 ги илустрира трендовите во вкупната стапка на наталитет за светот и шест региони, проценети за 1950 до 2015 година и предвидени за 2050 година. На глобално ниво, вкупната стапка на наталитет во 1950 година била нешто над 5 деца по жена и таа опаднала на околу 2,5 деца на жена во 2015 година. Тој глобален пад рефлектира намалување на наталитетот во сите шест региони. Највисокиот пад на наталитетот од 1950 година се случил во Азија и Латинска Америка и Карибите, каде вкупната стапка на наталитет паднала од околу 6 деца по жена во средината на дваесеттиот век на околу 2,1 деца по жена во 2015 година, што е нивото на наталитет што се бара за одржување на големината на населението на долг рок и се нарекува стапка на замена (UN, 2015).



Графикон 3. Вкупна стапка на наталитет за светот и регионите 1950-2050

Извор: United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision

Вкупните стапки на наталитет во Океанија, Северна Америка и Европа биле релативно пониски во 1950 година, на околу 3,7, 3,1 и 2,6 деца по жена соодветно. По краткотрајното зголемување на наталитетот во 1950-тите и раните 1960-ти, падот на наталитетот продолжил во овие региони. Во 2015 година, вкупните стапки на наталитет паднале на близу 2,4 деца по жена во Океанија, 1,9 деца по жена во Северна Америка и 1,6 деца по жена во Европа. Вкупната стапка на наталитет била највисока во Африка во 1950 година, во просек од 6,6 деца по жена и додека жените во Африка во просек имаат две деца помалку во 2015 година отколку во 1950 година, вкупната стапка на

наталитет во регионот од 4,6 деца по жена останала највисока во светот. Европа е првиот регион што влегол во демографска транзиција, откако започнале промените во насока на опаѓање на наталитетот и се зголемила долговечноста кон крајот на деветнаесеттиот/почетокот на дваесеттиот век во речиси сите области. Како резултат на тоа, многу од земјите во регионот се меѓу најстарите во светот. Во Германија, на пример, која е рангирана на третото место во однос на процентот на население на возраст од 60 години или повеќе во 2017 година (види Табела 2), вкупната стапка на наталитет паднала од 2,1 живородени деца по жена во 1950 година на 1,5 во 2017 година. Учеството на постарите лица речиси двојно се зголемило во тој период, од нешто помалку од 15% во 1950 година на 28% во 2017 година. Стапките на фертилитет во Германија се очекува да останат под стапката на замена во текот на следните децении, а во 2050 година процентот на лица на возраст од 60 години или повеќе се предвидува да достигне 38%.

Табела 2. Десет земји или области со најголем удел на лица од 60 години или повеќе во 1980, 2017 и 2050

Ред бр.	1980		2017		2050	
	Земја или област	Процент на возраст од 60 или повеќе год	Земја или област	Процент на возраст од 60 или повеќе год	Земја или област	Процент на возраст од 60 или повеќе год
1	Шведска	22.0	Јапонија	33.4	Јапонија	42.4
2	Норвешка	20.2	Италија	29.4	Шпанија	41.9
3	Канарски острови	20.1	Германија	28.0	Португалија	41.7
4	Велика Британија	20.0	Португалија	27.9	Грција	41.6
5	Данска	19.5	Финска	27.8	Кореа	41.6
6	Германија	19.3	Бугарија	27.7	Кина(Тајванска провинција)	41.3
7	Австрија	19.0	Хрватска	26.8	Кина(Хонг Конг)	40.6
8	Белгија	18.4	Грција	26.5	Италија	40.3
9	Швајцарија	18.2	Словенија	26.3	Сингапур	40.1
10	Луксембург	17.8	Латвија	26.2	Полска	39.5

Извор: United Nations (2017). World Population Prospects: the 2017 Revision.

Во 1980 година, секоја од десетте најстари популации во светот се наоѓала во Европа, а уделот на популацијата на возраст од 60 години или повеќе, сè уште немал достигнато 25% во која било земја или област (табела бр.2). Во 2017 година, учеството на постарите лица надминало 25% во сите десет најстарите земји, а во 2050 година, постарите лица ќе сочинуваат повеќе од 39% од населението во секоја од десетте најстари земји или области. Јапонија била најстарата популација во светот во 2017 година (33% на возраст од 60 години или повеќе) и се предвидува дека ќе остане така до 2050 година (42% на возраст од 60 години или повеќе). Оттука, процесот на стареење е најнапреден во земјите со високи приходи. Јапонија е дом на највозрасната популација во светот: 33% се на возраст од 60 години или повеќе во 2017 година. Јапонија ја следат Италија (29% на возраст од 60 години или повеќе), Германија (28 %) и Португалија (28%). Европа се очекува да учествува со 5 од 10-те најстари земји или области во 2050 година.

Две третини од лицата на возраст од $60 \geq$ г. во светот живеат во региони во развој и нивниот број таму расте побрзо отколку во развиените региони. Поразвиените региони биле дом на 38% од постарите лица во светот во 2000 година, но тој процент паднал на 33% во 2015 година и се предвидува да продолжи да паѓа, така што во 2030 година 27% од светското население со $60 \geq$ г. ќе живее во поразвиените региони. Стапката на раст на постарата популација од поразвиените региони се очекува да забави во наредните децении. Додека бројот на лица на возраст од $60 \geq$ г. во развиените региони се зголемил за 29% помеѓу 2000 и 2015 година, од 231 милиони на 299 милиони, се предвидува да порасне за 26% во текот на следните 15 години, достигнувајќи 375 милиони во 2030 година. Наспроти ова, во регионите во развој растот на населението на возраст од $60 \geq$ г. се забрзува. Бројот на постари лица во помалку развиените региони се зголемил од 376 милиони во 2000 година на 602 милиони во 2015 година - зголемување од 60% - и се предвидува да порасне за 71% меѓу 2015 и 2030 година, кога се предвидува 1 милијарда луѓе на возраст од $60 \geq$ г. да престојуваат во помалку развиените региони. Проекциите посочуваат дека 1,7 милијарди луѓе на возраст од $60 \geq$ г. - речиси 80% од постарата светска популација - ќе живеат во помалку развиените региони во 2050 година. Постарата популација на најмалку развиените земји растела побавно отколку во другите помалку развиени земји. Помеѓу 2000 и 2015 година, бројот на лица на возраст од $60 \geq$ г. во најмалку развиените земји се зголемил за 54%, наспроти 61% во другите помалку развиени земји. Сепак, растот на бројот на постари лица има поголемо забрзување во најмалку развиените земји, така што помеѓу 2015 и 2030 година, предвидено е

зголемување од 70% на популацијата на возраст од $60 \geq$ г., што е речиси идентично со она предвидено во другите помалку развиени земји (71%). Сепак, и покрај ваквиот брз раст, се предвидува најмалку развиените земји да учествуваат со само 6,3% од глобалното население на возраст од $60 \geq$ г. во 2030 година и 8,9% во 2050 година, што претставува зголемување од 5,8% во 2015 година (ОН, 2015).



Графикон 4. Популацијата на возраст од 60-79 години и возраст од 80 години или повеќе според групата за развој, 2000, 2015, 2030, и 2050

Извор: United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision

Бидејќи процесот на демографска транзиција најпрво ги зафати развиените земји, особено европските земји, уделот на стариот контингент во вкупното население во Европа предничи пред остатокот од светот. Во тој поглед бројот на лица постари од 60 години во Европа го надмина бројот на деца уште во 1995 година, а се очекува дека до 2050 година Европа ќе има двапати повеќе стари лица отколку деца. Всушност, во иднина се очекува дека во Европа ќе расте само уделот на стари лица, додека се очекува намалување на уделот на население помладо од 60 години.

Населението на ЕУ-28 на 1 јануари 2018 година било проценето на 512,4 милиони. Младите луѓе (на возраст од 0 до 14 години) сочинувале 15,6% од популацијата на ЕУ-28 (Табела бр.3), додека работоспособното население (од 15 до 64 години) учествувало со 64,7% од населението. Постарите лица (на возраст од 65 и повеќе години) учествуваале со 19,7% (зголемување од 0,3 % во однос на претходната година и пораст

од 2,6 % во однос на 10 години порано).

Преку земјите-членки на ЕУ, најголемо учество на младите луѓе во вкупното население во 2018 година е забележано во Ирска (20,8%), додека најмало во Италија (13,4%) и во Германија (13,5%). Во однос на учеството на лицата на возраст од 65 години или повеќе во вкупното население, најголемо учество имаат Италија (22,6%) и Грција (21,8%), додека Ирска има најмало учество (13,8%).

Табела 3. Структура на возрастна популација според најголемите возрастни групи, 2008 и 2018 година (% од вкупното население)

	0–14 години		15–64 години		65 години и повеќе	
	2008	2018	2008	2018	2008	2018
Европска Унија - 28 земји	15.8	15.6	67.2	64.7	17.1	19.7
Belgium (*)	16.9	17.0	66.0	64.3	17.1	18.7
Bulgaria	13.1	14.2	69.1	64.8	17.8	21.0
Czechia	14.2	15.7	71.1	65.0	14.6	19.2
Denmark	18.4	16.6	66.1	64.1	15.6	19.3
Germany (*)	13.7	13.5	66.2	65.1	20.1	21.4
Estonia (*)	14.8	16.3	67.7	64.1	17.5	19.6
Ireland	20.4	20.8	68.9	65.3	10.8	13.8
Greece	14.6	14.4	66.8	63.8	18.7	21.8
Spain	14.6	15.0	68.9	65.9	16.4	19.2
France (*)	18.5	18.1	65.2	62.1	16.4	19.7
Croatia (*)	15.5	14.5	66.7	65.4	17.8	20.1
Italy	14.1	13.4	65.7	64.0	20.2	22.6
Cyprus	18.2	16.2	69.4	67.8	12.4	15.9
Latvia	14.0	15.8	68.4	64.2	17.6	20.1
Lithuania	15.5	15.0	67.5	65.4	17.0	19.6
Luxembourg (*)	18.2	16.1	67.8	69.6	14.0	14.3
Hungary (*)	15.0	14.5	68.8	66.5	16.2	18.9
Malta	16.1	13.9	70.0	67.2	13.9	18.8
Netherlands	17.9	16.1	67.4	65.1	14.7	18.9
Austria	15.4	14.4	67.5	66.9	17.1	18.7
Poland (*)	15.5	15.2	71.0	67.7	13.5	17.1
Portugal	15.6	13.8	66.7	64.6	17.7	21.5
Romania	16.3	15.6	68.2	66.2	15.4	18.2
Slovenia (*)	13.9	15.0	69.8	65.5	16.3	19.4
Slovakia	15.9	15.6	72.0	68.9	12.1	15.5
Finland	16.9	16.2	66.6	62.4	16.5	21.4
Sweden	16.8	17.7	65.7	62.4	17.5	19.8
United Kingdom	17.7	17.9	66.4	63.9	15.9	18.2
Iceland	20.9	19.3	67.6	66.6	11.5	14.1
Liechtenstein	16.8	14.7	70.9	67.8	12.4	17.5
Norway	19.2	17.7	66.2	65.3	14.6	16.9
Switzerland (*)	15.5	15.0	68.1	66.8	16.4	18.3
Montenegro	19.8	18.1	67.3	67.2	12.9	14.8
North Macedonia	18.5	16.5	70.1	69.8	11.4	13.7
Albania	24.1	17.7	65.9	68.8	10.0	13.6
Serbia (*)	15.4	14.4	67.3	65.7	17.2	19.9
Turkey	26.4	23.6	66.5	67.9	7.1	8.5

(*) пауза во временски серии во различни години меѓу 2008 и 2018.

(*) Популацијата со непозната возраст се прераспределува за пресметување на старосната структура.

Извор: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

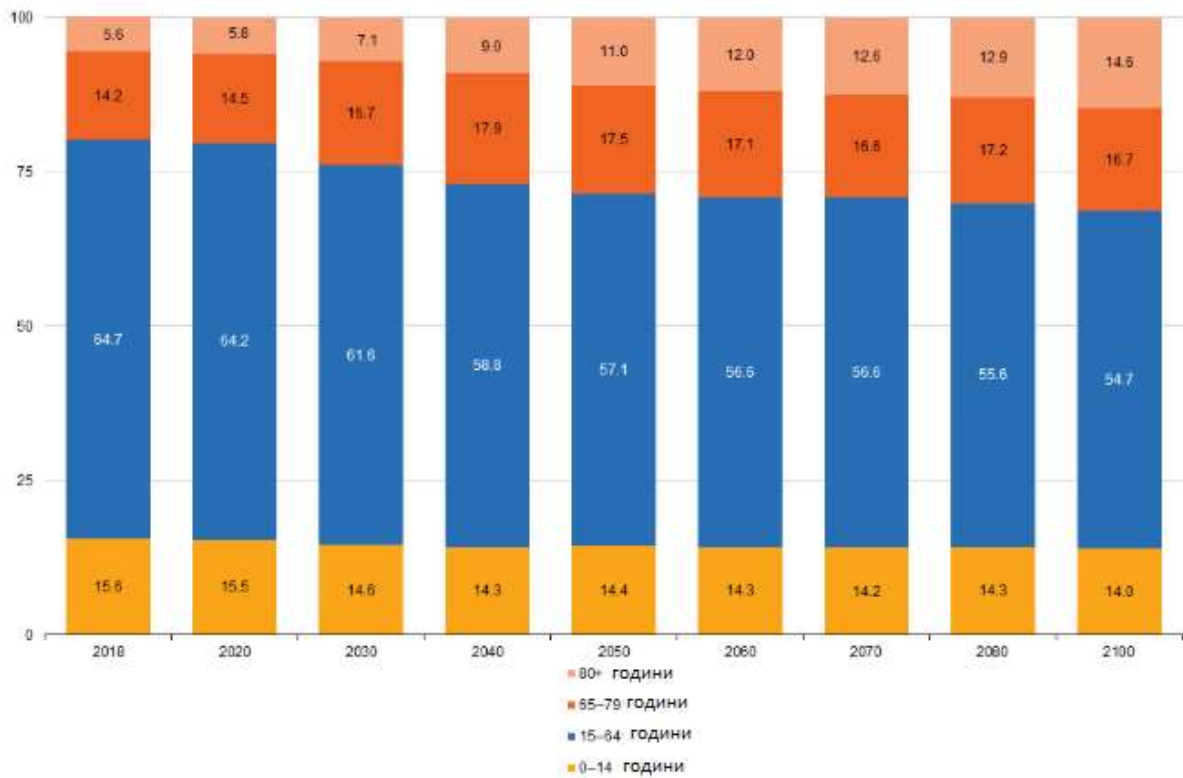
eurostat

Извор: Eurostat(online data code: demo_pjanind)

Популационата структура на Европската асоцијација за слободна трговија и земјите - кандидати за членство била слична на онаа што генерално се забележува во ЕУ, при што главни исклучоци се Исланд и Турција (каде што структурата на населението била слична на онаа на Ирска). Во овие две земји, процентот на најмладата возрастна група била висока (19,3% и 23,6% соодветно) и лицата на возраст од 65 и повеќе години учествувале во релативно низок удел во вкупното население (14,1% и 8,5% соодветно). И Албанија и Северна Македонија, имале релативно низок удел на лица на возраст од 65 и повеќе години (13,6% и 13,7%, соодветно). Но, трендот на стареење

на популацијата е видлив и во овие земји.

Друг аспект на стареењето на популацијата е прогресивното стареење на постарата популација сама по себе, со оглед да делот кој се однесува на многу старата популација расте со побрза стапка од било која друга старосна група во популацијата на Европската Унија. Уделот на оние на возраст од 80 и повеќе години во населението на ЕУ-28 е предвидено да се зголеми за 2,5 пати помеѓу 2018 и 2100 година, односно од 5,6% на 14,6%.



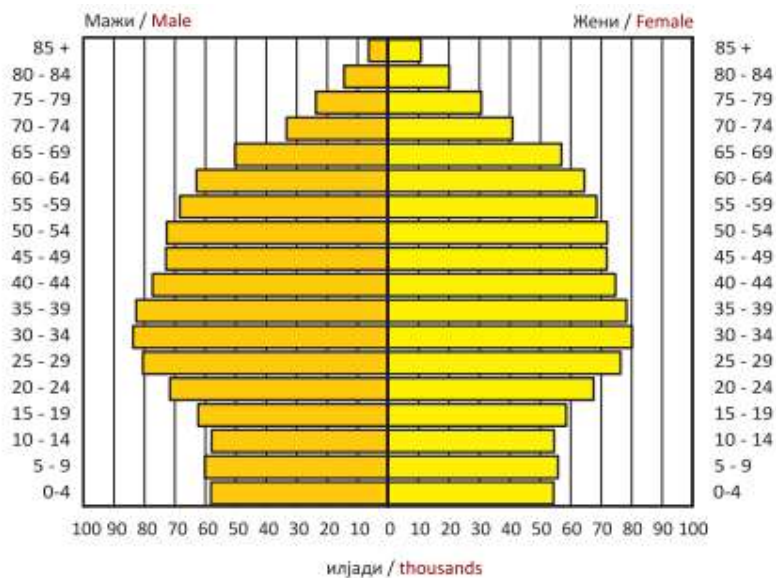
Графикон 5. Возрасни групи ЕУ - 28, проекција 2018 - 2100 година (% од вкупното население)

Извор: Eurostat(online data codes:demo_pjanind and proj_18ndbl)

Оттука, видно е дека демографската транзиција е прогресивна насекаде во светот, а како што ќе увидиме од следното поглавје, ниту Р. Северна Македонија не е исклучена од овој процес.

2.2. Демографско стареење во Република Северна Македонија

Основни податоци за старото население во Р. Северна Македонија може посредно да се добијат врз основа на официјалните податоци од Државниот завод за статистика (ДЗС) од Статистичкиот годишник за 2019 година, според кој во нашата земја на 30.06.2018 година живееле 287.590 лица постари од 65 години (од кои 159.425 се жени, а 129.165 се мажи), споредбено со 30.06.2017 година кога бројот на лица со 65 и повеќе изнесувал 279.106 (Статистички годишник на РСМ, 2019).



Графикон 6. Старосна пирамида

Извор: Статистички годишник на РСМ 2019 г., старосна пирамида стр. 80

Во Република Северна Македонија типично е регионално стареење на населението во руралните подрачја поради интензивна миграција на младото продуктивно население во насока село-град. Тоа води кон поголема застапеност на старите лица во вкупната возрасна структура на населението во руралните средини наспроти населението во град.

Според податоците од 2008 г., најголем процент на старо население имало во Пелагонискиот регион и тој изнесува 20,8 % (60+). По него следуваат Вардарскиот, Источниот и Југоисточниот регион со 18,1 % старо население. Најмал процент на старо население во 2008 имало во Полошкиот регион и изнесувало 12,2%. Според податоците од 2015 година процентуалната застапеност на старите лица е најголема во

Пелагонискиот регион со 15,71%, а го следи Источниот регион со 14,5% и Вардарскиот регион со 14,1%. Но, и процентот на старо население во Полошкиот регион во 2008 веќе ја надминувао критичната граница на демографска старост на населението, со што се потврдува фактот дека сите региони во Р. Македонија се навлезени во длабока демографска старост (види Табела 4).

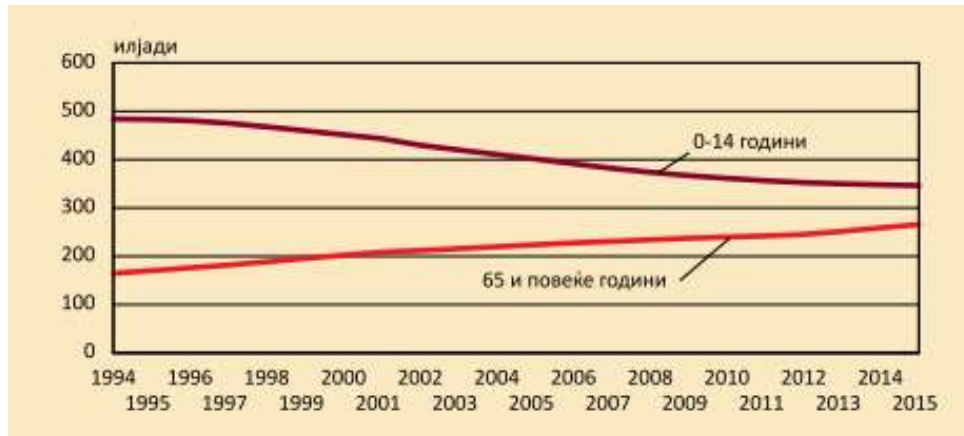
Табела 4. Национална стратегија за стари лица на МТСП на Р.М., 2010

Статистички регион	2008 Година			2015 Година		
	0-14 години	15-59 години	60+ години	0-14 години	15-59 години	60+ години
Р. Македонија	17,5	65,8	16,6	16,7	70,5	12,8
Вардарски регион	15,8	66,0	18,1	15,8	70,1	14,1
Источен регион	15,8	66,0	18,1	14,3	71,2	14,5
Југозападен регион	18,0	67,2	14,8	15,4	73,3	11,3
Југоисточен регион	15,1	66,8	18,1	16,4	70,4	13,2
Пелагониски регион	15,4	63,8	20,8	15,4	69	15,7
Полошки регион	20,0	67,8	12,2	17,0	74	9,0
Североисточен регион	19,0	65,3	15,7	17,5	70,6	11,9
Скопски регион	17,9	64,8	17,3	18,3	68	13,3

Извор:ДЗС 2016

Во Република Северна Македонија, од 1961 година наваму, според податоците на официјалната статистика се забележува истиот тренд на стареење на населението кој се изразува во пораст на бројот на стари лица и во апсолутен број и во поглед на учеството во вкупната популација. Имено, од 5,33% удел на стари лица над 65 години во вкупното население на Р. Македонија во 1961 година, во 1994 година тој процент е зголемен на 8,46%. Во 2002 година, според последните пописни резултати, уделот на старите лица над 65 години во вкупното население изнесува 10,6%. Демографскиот

тренд на стареење на населението го потврдуваат и податоците според кои во периодот од 1994 година до 2015 година, учеството на младото население (0-14 години) во вкупното население на земјата е намалено од 20,2% на 16,7%, а учеството на старото население (65 години и повеќе) е зголемено од 11,7 на 12,8% (25 години независна Македонија, 2016).



Графикон 7. Младо и старо население

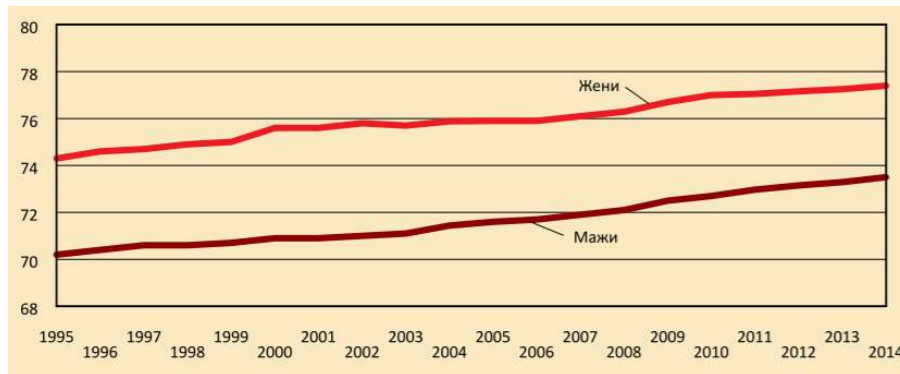
Извор: 25 години независна Македонија, младо и старо население стр 7.

Како и во другите земји така и во Р. Северна Македонија намалениот наталитет е една од причините. Така, според податоците на ДЗС во 1994 година биле родени 31.421 бебе, а умреле 15.649 лица, со што природниот прираст изнесувал 15.772 лица. За разлика од ова 2017 година биле родени 21.754, а умреле 20.318. Природниот прираст оваа година изнесувал само 1.436.. Во 2018 г., биле родени 21.333 бебиња, а починале 19.727 лица, па природниот прираст бил за минимално повисок од претходниот интервал, односно изнесувал 1.606. Природниот прираст во периодот од 1994-2015 година е континуирано позитивен, но со намалено темпо. Стапката на природниот прираст (која го покажува природниот прираст на 1000 жители) бележи пад од 8.1 лица на 1000 жители во 1994 година, на 1.3 лица во 2015 година. Стапката на наталитет во период од 1994 -2015 година (бројот на живородени на 1000 жители) бележи тренд на опаѓање, од 16.1 во 1994 на 11,1 во 2015 година (25 независна Македонија, 2016).

Воедно, во Р. Северна Македонија се забележува и трендот на феминизација на стареењето на популацијата. Имено, бројот на стари жени над 65 години е во постојан пораст, во однос на бројот на стари мажи над 65 години кој се намалува. Во периодот од 1991 до 2002 година, процентуалното учество на мажите на возраст

над 65 години од 45,9% се намалува на 45,1%, а на жените од 54% се зголемува на 54,9%. Во 2018 година, мажите на возраст над 65 години се застапени со 44,6%, а жените со 55,4%, па оттука видно е дека оваа тенденција е континуирана.

Според податоците на ДЗС, во 2014 година според очекуваното траење на животот, жените (со 77,4 години) живеат за 3,9 години подолго од мажите (со 73,5 години) (25 години независна Македонија, 2016). Очекуваното траење на животот е значително поголемо кај жените отколку кај мажите.



Графикон 8. Очекувано траење на животот

Извор: 25 години независна Македонија, очекувано траење на животот, стр. 8

Проекциите на ОН се дека во наредниот период старото население ќе се зголемува и тоа на 12,9% во 2015 година, 14,8% во 2020 година и 18,8% во 2030 година, додека учеството на работоспособното население континуирано ќе се намалува од 70,7% во 2015 година на 66,5% во 2030 година (ОН, 2013; според Стратегија за демографски политики на Република Македонија 2015-2024 година).



Графикон 9. Проекции за структура на населението по возрастни групи, Република Македонија 2015-2050

Извор: World Population Prospects - The 2012 Revision

Импликациите од стареењето на населението се претпоставува дека ќе водат кон значајни социјални трансформации во дваесет и првиот век во сите сектори на општеството, вклучително и на пазарот на трудот и финансиите, побарувачката за стоки и услуги (домување, транспорт и социјална заштита), но и семејните структури и меѓугенерациските врски. Постарите лица се повеќе се гледаат како придонесувачи во развојот, чии способности да дејствуваат за подобрување на самите себе и нивните општества треба да бидат вpletени во политики и програми на сите нивоа.

Зголемената стапка на пораст на старото население, грижата на државата за старите лица ја поставува како посебен предизвик поради зголемениот финансиски притисок врз системот за пензиско и социјално осигурување и барање официјалната социјална политика и соодветните регулативи и програми да се насочат кон решавање на проблемите на старите лица.

Во наредните децении веројатно е дека многу земји ќе се соочат со фискални и политички притисоци во системите на здравствена заштита, пензиите и социјалната заштита како последица од растечката постара популација. Процесот на демографско стареење ги соочува националните економии со се поголеми предизвици. Стареењето на населението поставува нови и поинакви барања за организација на општеството, со оглед на специфичните потреби на старите лица, особено во социјалната и здравствената заштита, за што ќе стане збор во следното поглавје.

2.3. Импликации врз системите на социјална заштита

Со оглед на специфичните потреби на растечкото старо население, процесот на демографско стареење на населението има значајни стопански, социјални и други последици. Стопанските последици од стареењето на населението се согледуваат во зголемените јавни трошоци за здравство, социјална заштита и пензискиот систем. Таквата состојба ги доведува јавните институции до големи предизвици и за нивното понатамошно функционирање неопходно е да се спроведат соодветни реформи во согласност со променетата возрасна структура на населението.

Новонастанатите демографски движења долгорочно влијаат на намалување на групата на работоспособното население односно работната сила, со што се зголемува притисокот од бројот на пензионери, како и сè поголемиот пораст на нивните барања за

услуги од социјалната заштита, поради што последица е зголемено учество на овие трошоци во БДП. Особен предизвик е значителниот пораст на бројот на пензионери во сооднос на намалувањето на работна сила, со кој доаѓа до создавање на социјален и политички притисок врз системот на социјална заштита.

Една од главните функции на социјалната заштита се бенефициите за старите лица кои вклучуваат пензии и останати добра и услуги. Во повеќето европски земји издатоците за пензионерите и старите лица сочинуваат најголем дел од потрошувачката на социјална заштита, па оттука треба да се земе предвид и стопанската развиеност на земјата, од причини што таа има клучна улога во финансирање на системот на социјална заштита.

Во развиените земји кои имаат значителен удел на старо население, постои страв од криза поради стареењето на населението и можната неодржливост на постоечките програми за социјална заштита на старите лица. Според некои прогнози, се предвидува дека во интервалот од 30 години, развиените земји ќе треба да трошат дополнителни 9-16% од БДП само за покривање на привилегии за старите лица, со што ќе дојде до товар на локалната и светската економија. Но, стареењето на населението не мора неизбежно да доведе до експлозија на трошоците за социјалната политика (особено кај развиените економии), бидејќи потребите на идните генерации стари лица најверојатно ќе бидат различни од потребите на оваа категорија на населението денес. Доколку соодветно конципирани, развиените економии со континуиран и прогресивен раст би можеле да го издржат товарот на покривање на овие трошоци, за разлика од сиромашните земји. Структурата на популацијата во овие земји е сè уште релативно млада, па прогресијата на стареењето се предвидува дека претстои наскоро. До неодамна, целите на социјалните политики биле потребите на помладите возрасни групи - децата, мајките и работниците. Ова е особено очигледно во областа на здравствената заштита. Покрај одржувањето на постоечките програми, предизвик за посиромашните земји ќе биде со мерките на социјалната политика соодветно да се третира и популацијата на стари лица. Оттука, се поставува прашањето „дали демографското стареење и транзиција претставува криза на социјалната држава“? (Walker, 2003) ја негира оваа теза и застапува пооптимистичко гледиште кое го образложува со неколку аргументи. Најпрво дека ваквата градација на старосната структура е предизвик за социјалната политика во сите општествени сектори. Вториот аргумент е дека демографското стареење не значи и нужно зголемено трошење за социјална заштита. Стапките на зависност кои укажуваат на даночните оптоварувања на работоспособното население укажуваат на неопходност од промена на постоечкиот

систем на пензиско осигурување, од причини што бројни варијабли не се земени предвид, а истите придонесуваат кон негова очигледна неефикасност на долг рок. Воедно напоменува дека погрешна е констатацијата дека старите лица не придонесуваат кон економијата, иако тоа не е така во пракса, од причини што често придонесуваат индиректно, преку чување и грижа за најмладата популација, па оттука придонесуваат кон националните економии, притоа напоменувајќи дека претпоставката дека сите работоспособни луѓе се продуктивни е неточна и дека релативно мало зголемување на растот на економијата може да ги ублажи негативните последици од стареењето на популацијата.

Во стручната јавност се нагласува потребата од реформирање на пензиските системи, кои иако различни, имаат заеднички карактеристики. Во индустриските земји пензиските системи веќе неколку години мора да се прилагодат на новиот контекст кој е сосема поинаков од оној кога биле воспоставени (претежно по Втората светска војна). Ваквата промена на околностите се должи на повеќе фактори: промена на пазарот на трудот, организацијата на економијата, демографијата, животниот век, семејната структура, односите меѓу мажите и жените и др. (Fultz, Reynaud, 2003; според Борнарова, 2009).

Проблемите со кои се соочуваат пензиските системи, а за кои нема лесни решенија, се исто така слични. Без оглед дали пензиите се базираат на фиксни износи (flat-rate) како во случајот на Велика Британија, Холандија и Јапонија или се базирани на приходи како во САД, Германија, Франција и Шпанија, или се засновани на износот на придонесите како во Италија и Шведска, сите се соочуваат со слични потешкотии во балансирањето на ресурсите и трошоците за да обезбедат долгорочно почитување на обврските за исплата на пензиите. Сите овие земји пристапуваат кон различни мерки за да се гарантира оваа рамнотежа, меѓу кои: зголемување на придонеси, проширување на изворите на финансирање, промена на правилата за пресметување и индексација на пензиите, продолжување на возраста за пензионирање или периодот на уплата на придонеси и сл. (Борнарова, 2009).

2.4. Импликации врз системите на здравствената заштита

Фактот што луѓето живеат подолг, а во некои делови на светот и поздрав живот претставува едно од најважните достигнувања во изминатиот век, но истовремено и

значаен предизвик. Продолжувањето на животниот век има своја цена. Финансиската подготовка за продолжениот животен век и изнаоѓањето начини за намалувањето на здравствените проблеми поврзани со староста, станува национален и глобален проблем (Борнарова, 2009).

Старењето на популацијата со сигурност ќе влијае на расходите од здравствена заштита како во развиените, така и во земјите во развој во наредните децении. Во развиените земји, каде краткотрајната нега и институционалните услуги од долготрајната нега се широко распространети и достапни, употребата на услугите од медицинска нега од страна на возрасните се зголемуваат со растот на возраста, а расходите по глава на жител се релативно високи кај највозрасните групи на население. Следствено, растечкиот процент на постари луѓе предизвикува притисок врз целокупните расходи во системот на здравствена заштита во развиениот свет, иако и други фактори како што е растот на приходот и предностите во технолошките способности на медицината играат голема улога.

Релативно малку е познато за здравствените трошоци во корелација со старењето во земјите во развој. Многу земји во развој штотуку воспоставуваат проценки за застапеноста и зачестеноста на разни болести и состојби.

Поголем број од најстарите-стари лица ја губат способноста да живеат независно поради ограничената подвижност, слабост или друг вид на опаѓање на физичките и когнитивните функции. Многумина бараат долготрајна нега, која вклучува домашно лекување, грижа на заедницата и помогнато живеење, сместување во резиденцијален дом и долгорочен болнички престој. Значајните трошоци поврзани со обезбедување на оваа поддршка ќе биде потребно да ги сносат семејството и општеството. Во помалку развиените земји, кои немаат воспоставено прифатлива долгорочна инфраструктура за ваква нега, овој товар се префрла на членовите од семејството, кои заради грижа за постарите роднини, се повлекуваат од пазарот на труд или од образованието. И, како што жителите на повеќето земји во развој бараат работа во градовите или други региони, нивните постари роднини дома имаат намален пристап до неформалната семејна грижа.

Идната потреба од услуги за долготрајна нега во најголем дел ќе биде одредена од промените во бројот на луѓе од најстарите возрасни групи заедно со трендовите на стапката на инвалидитет или зависност. Со оглед на зголемувањето на животниот век и растот на бројноста на постарата популација, демографското движење најверојатно ќе ја зголеми побарувачката за нега. Програмите на јавното здравство во првата половина од 21-от век се насочени кон одржување на постарите луѓе во подолго здравје, со

одложување или избегнување на инвалидност и зависност (WHO, NiH, 2011). Оттука, порастот на трошоците за здравствена заштита може да се ограничи доколку очекуваното траење на животот е придружено со пораст на годините поминати во добро здравје и подобрување на здравствениот статус воопшто.

Здравото стареење најверојатно ќе биде една од најзначајните детерминанти во справувањето со трошоците за стареењето; според (Граменос, 2005), трошоците за здравствена заштита на повозрасното население во ЕУ претставува околу 30-40% од вкупните здравствени трошоци. Но, за каков и обем на трошоци да се работи, речиси консензуално е мислењето како во ЕУ, така и глобално, дека врз ефектот на зголемување на здравствените трошоци како резултат на растечкиот процес на возрасно население во вкупната популација, може да се влијае преку одржување на индивидуалното здравје кај оваа популациска група (Oxley, 2009). Проекциите за земјите-членки на ЕУ покажуваат дека влијанието на стареењето врз здравствените трошоци може двојно да се намалат ако здравиот животен век се зголемува пропорционално со продолжувањето на животниот век (DGECFIN, 2006).

Имајќи го предвид продолжениот животен век, од важност е дали продолжениот животен век ќе биде во добро здравје и без инвалидност, или пак можеби ќе живеат подолго, но подолго време ќе минуваат во лоша здравствена состојба. Бидејќи овие две ситуации различно влијаат на здравствените трошоци, потребна е анализа на индикаторот очекувано траење на животот во добро здравје, кој покрај должината на животот го зема предвид и квалитетот на подолгиот живот.

Имајќи предвид дека хроничните болести, изнемоштеноста и инвалидноста се карактеристични на постарата возраст, популацијата со поголемо очекувано траење на животот не мора нужно да биде и поздрава. Оттука, доколку старите лица живеат во подобро здравје т.е. вредноста на индикаторот „очекувано траење на животот во добро здравје“ се зголемува континуирано вредноста на индикаторот „очекувано траење на животот“, луѓето ќе живеат подолг живот без здравствени проблеми и помалку ќе го оптоваруваат системот за здравствена заштита. Во овој контекст се и препораките на Светската здравствена организација кои упатуваат на пристапот на активно стареење, кое може да придонесе кон помала смртност во високо продуктивните фази од животот, намалување на инвалидноста која е во врска со хроничните болести во староста, зголемување на бројот на лица кои со стареењето живеат квалитетен живот, активно учество во општествените процеси и намалување на трошоците за медицински третман и социјални услуги.

Здравствената потрошувачка зависи од три фактори: количината на здравствени услуги, интензитет на здравствена заштита и единечните трошоци на лекување. Високите трошоци во здравството поврзани со стареењето најмногу се поврзани со хроничните болести кои се повеќекратно се зголемуваат во тој процес. До вистинска експлозија на трошоците доаѓа особено во последните години од животот кога тие можат да бидат многукратно поголеми од просекот, од причина што главни потрошувачи во здравството се старите лица. Според проекциите на Еуростат, учеството на вкупната популација над 80 години ќе се зголеми од 4,1% во 2005 година на 6,3% во 2025 година, па се до 11,4% во 2050 година. Иако староста сама по себе не е единствен фактор кој влијае врз трошоците за здравствена заштита, проекциите покажуваат дека стареењето на населението ќе придонесе кон зголемување на јавните трошоци за здравствена и долгорочна заштита (European Commission, 2007).

И според Howse (Harper, 2006) неизбежно е значително зголемување на инвалидноста во длабоката старост, а со тоа и на трошоците. Ова укажува дека важно е инвестирањето во системот на долгорочна заштита, со што на долг рок би се обезбедило заштеда во БДП поради намалување на стапките на инвалидноста. Кога ваквиот систем ќе биде воспоставен, падот на стапката на инвалидноста, па дури и при значителен пораст на најстарите стари лица, ќе се одрази помалку врз општите трошоци. Стареењето на населението го пренесува порастот на трошоците кон најдоцните фази од животот на човекот, а не ги зголемува значително вкупните трошоци за медицинска заштита.

Како и кај здравствената заштита, и кај долгорочната заштита има простор да се влијае врз идните потреби преку политики на превенција и реформирање на системите во насока на поголема економичност, особено преку обезбедување старите лица да останат што е можно подолго во својот дом (Борнарова, 2009). Пример за ваква политика е Шведска, каде се поттикнуваат програмите за социјална и здравствена заштита за старите лица. Во нив влегуваат услуги на помагање во домот, транспорт, прифаќање на старите лица во стационари и институционална заштита во домовите. Здравствената заштита вклучува посета на лекар директно во домовите на болните, пропишување на лекови и болничко лекување. Владините политики се обидуваат да го одржат старото население во општеството овозможувајќи им високи пензии, станбено згрижување и зголемување на субвенционирани услуги на помош во сопствените домови.

Епидемиолошката транзиција е составна компонента на стареењето на населението. Се карактеризира со премин од доминацијата на заразни болести и

високиот морталитет кај мајките и децата кон незаразните болести, особено хронични. Со падот на наталитетот и доминацијата на заразните болести како причина за смртност, просечната возраст на населението се зголемува. Ваквата состојба поставува предизвици за националните системи за здравствена заштита (ОН, 2007а):

- Во развиените земји постои загриженост за растечките трошоци и одржувањето адекватно ниво на квалитет на здравствената и долгорочната заштита. Предизвикот во земјите во развој е двоен, од причина што тие сè уште треба да решаваат некои основни здравствени прашања (неухранетост, имунизација, недоволна здравствена едукација за репродуктивното здравје), а од друга страна со стареењето на населението и со него поврзаната побарувачка за здравствени услуги. Покрај стареењето, други фактори кои влијаат на пораст на здравствените трошоци се: промени во обрасците на користење на здравствените услуги, пораст на трошоци за плати за медицинскиот персонал, неефикасност во доставување на здравствените услуги, воведување нови медицински технологии, пораст на цени на лекови и на осигурителни здравствени полиси и сл. Исто така, здравствените трошоци тешко се проектираат долгорочно. Според голем број анализи демографското влијание врз здравствените трошоци во следните 50 години би изнесувал не повеќе од 5% од БДП.
- Здравствените трошоци по глава на жител поврзани со хроничните болести на старото население во земјите во развој се релативно ниски споредено со развиените и не се разликуваат многу од оние за другите возрастни групи. Состојбата е резултат на недостаток на кадар, но и современи медицински третмани достапни на старите лица во развиените земји.
- Голем е и предизвикот за обезбедување долгорочна заштита за оние стари лица чија здравствена состојба тоа го налага. Приоритет е да им се овозможи да останат во позната средина за нив – семејството. Сепак, традиционалната семејна структура и улогата на жената како главен обезбедувач на неформална грижа за старите лица се менува, а бројот на деца по семејство опаѓа во скоро сите делови од светот. Оттука, ќе биде се потешко за многу земји во развој да ги одржат сегашните форми на неформална долгорочна заштита. Во развиените земји поголем акцент се

става на услугите за домашна заштита и нега. Во голем дел од земјите во развој, опаѓачката важност на проширеното семејство го отежнува практикувањето овој вид неформална заштита. Темпото е различно во секоја земја, но неспорно е потребна промена на политиките заради обезбедување повеќе услуги на формална долгорочна заштита како продолжување и дополнување на постоечката заштита во семејството.

Со оглед на горенаведеното, превенцијата е еден од најзначајните критериуми за намалувањето на јавните расходи во поглед на здравствената заштита на старите лица. Трошоците нужно ќе зависат од подобрувањето на здравствената состојба на старите лица, преку концептот на здравото стареење и контрола на ризичните фактори во помлада возраст.

3. ПОЛИТИКИ И МЕРКИ ЗА СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА СТАРИТЕ ЛИЦА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Формулирањето и спроведувањето на политиката за стареењето е суверено право и обврска на секоја држава, кое треба да се остварува врз основа на нејзините специфични национални потреби и цели. Специфичниот пристап и политиката по својата природа, се замислени и формулирани во духот на традицијата, културните вредности и праксата на секоја земја или етничките заедници, а програмите за делување се прилагодени на приоритетите и материјалните можности на државата, односно заедницата.

Јавната политика на грижа за старите се темели на меѓународните стандарди за човековите права усвоени во рамки на ОН. Согласно Универзалната декларација за човекови права на Обединетите нации, „секој има право на животен стандард кој обезбедува здравје ... лекарска грижа и потребни социјални служби, како и право на осигурување во случај на старост“, со што е регулирано како едно од основните човекови права. Правото на социјална и здравствена заштита е инкорпорирано и во бројни други меѓународни договори, регулирано со Уставот и разработено со националното законодавство.

Кога станува збор за стареењето, положбата на старите лица се разгледува како дел од постоечката општествено-економска состојба. На старите лица се гледа како на значаен и нужен елемент во процесот на развој на сите нивоа во даденото општество.

Вкупните општествени последици од демографските промени во Македонија се многу значајни. Стареењето на населението делува на севкупниот стопански развој, но во голема мера врши притисок врз пензискиот, здравствениот и системот на социјална заштита. Политиката на национална грижа за старите претставува заедничко дејствување на сите јавни служби и установи во чија надлежност се наоѓа квалитетот на живот на старите лица, првенствено установите во системот на социјалната и здравствената заштита, а мерките претставуваат интервенции во областа на здравјето и исхраната, домувањето, сигурноста на приходите, и општествените, културните и други активности во слободното време кои ги обезбедува заедницата.

Националната грижа за старите лица претставува делокруг на работа на јавните служби и установи на државно и локално ниво. Работата на одговорните установи се раководи и координира на начин кој ќе овозможи мерките на јавната политика во оваа област да можат да дадат добри резултати. Стратегиите на национална грижа за старите

лица во светски рамки, најчесто содржат мерки за пренесување на значајни надлежности на локалната самоуправа, бидејќи нејзините служби имаат најдобар увид во потребите на старите членови на локалната заедницата. Светските препораки за постигнување ефикасност на системот за социјална заштита за старите лица укажуваат на потребата од воспоставување соработка помеѓу институциите на здравствена и социјална заштита и невладините организации. Препораките за формирање специјализирани невладини организации кои се занимаваат со проблемите на старите, претставуваат важно дополнување на ограничените државни капацитети, особено за пружање практична, секојдневна помош на старите лица.

Покрај јакнење на институционалниот капацитет се препорачува и развој на служби за пружање услуги во домашни услови, изработка на нови и проширување на постоечките објекти за сметување на стари лица. Истовремено со обновата и развојот на инфраструктурата треба да се воведуваат новини во работата на установите за грижа на стари лица и со постојано стручно усовршување на вработените да се следат достигнувањата на развиените земји. Политиките и мерките кои се насочени кон старите лица ја поттикнуваат можноста за сопствено изразување во низа на улоги кои стојат пред старите лица и со кои тие можат да придонесат за семејството и заедницата. Социјалната заштита е дејност од јавен интерес која се остварува преку мерки, активности, програми и политики за заштита од социјални ризици, превенција и надминување на социјалните проблеми кои неповолно се одразуваат врз добросостојбата на граѓаните, со цел:

- промовирање и одржување на социјалната сигурност на граѓаните,
- спречување на социјалната исклученост,
- подобрување на квалитетот на животот на граѓаните и
- зајакнување на капацитетите на граѓаните за водење независен, активен и продуктивен живот.

Дејноста на социјалната заштита се обезбедува преку остварување на права на парична помош од социјална заштита и обезбедување на социјални услуги и други мерки утврдени со Законот за социјална заштита на РСМ (Службен весник на РСМ, бр.104/2019). Социјалната заштита се остварува и преку преземање на мерки и активности во домувањето, заштита на семејството, здравствената заштита и во други области согласно со закон.

Установите за социјална заштита и другите даватели на социјални услуги во

остварување на социјалната заштита, соработуваат со здравствените установи, полицијата, правосудните и другите државни органи, здруженија и други правни и физички лица.

Законот за социјална сигурност на старите лица (Службен весник на РСМ, бр. 104 од 23.05.2019 год.) е правен акт со кој во дел се уредува социјалната сигурност за старите лица, условите и постапката за остварување и финансирање на правото на социјална сигурност за старите лица. Социјалната сигурност за старите лица се обезбедува согласно начелата на социјална праведност, хуманост и солидарност.

Ова право го има лице со навршени 65 години возраст под услови утврдени со овој закон. Доколку подносителот на барањето за остварување на правото има брачен другар или лице со кое живее во вонбрачна заедница со навршени 65 години возраст, правото го остварува само едно од лицата.

Со законот е уредено дека право на социјална сигурност за старите лица, барателот го остварува ако:

1. има државјанство на Република Северна Македонија;
2. има постојано место на живеење во Република Северна Македонија во последните 15 години пред поднесување на барањето;
3. нема во сопственост имот и имотни права од кои може да се издржува;
4. не е корисник на пензија од Република Северна Македонија или вид на исплата по основ на старост, инвалидност или доживување од друга држава и
5. не остварило приходи по сите основи во последните три месеци пред поднесување на барањето.

Условите се однесуваат и за неговиот брачен другар или лицето со кое живее во вонбрачна заедница. Ова право не може да оствари лице кое со решение на центарот за социјална работа е сместено подолго од 30 дена во установа за вон-семејна социјална заштита, здравствена или друга установа. Висината на месечниот износ на правото на социјална сигурност за старите лица изнесува 6.000 денари, а висината се усогласува со зголемувањето на трошоците за живот, објавени од Државниот завод за статистика во јануари тековната година. Корисникот на правото на социјална сигурност за старите лица има право на паричен додаток заради покривање на дел од трошоците за потрошувачката на енергенци во домаќинството, за месеците од октомври до март. Месечниот износ на висината на додатокот изнесува 1.000 денари месечно, усогласена

со порастот на трошоците на живот за предходната година, објавени од Државниот завод за статистика, а паричниот додаток може да го користи лице чие домаќинство не е примател на ваквиот паричен додаток согласно Законот за социјална заштита.

На корисникот на правото на социјална сигурност за старите лица му се обезбедува право на здравствена заштита, согласно овој закон и прописите од областа на здравственото осигурување. Здравствената заштита се обезбедува само доколку не може да се стекне со осигурување по друга основа.

Центарот за социјална работа во постапката за остварување на правото на социјална сигурност за старите лица соодветно ги применува одредбите од Законот за социјалната заштита, при што постапката е двостепена и се води пред Центарот за социјални работи во прв степен и во втор степен пред Министерството за труд и социјална политика.

Законот за социјална заштита истакнува дека секој е должен да се грижи за задоволување на своите животни потреби и потребите на лицата кои според закон е должен да ги издржува. Секој е должен со своите приходи да придонесува за спречување, ублажување или отстранување на социјалните ризици на кои е изложен тој и членовите на неговото семејство и лицата кои според закон е должен да ги издржува, како и активно да дејствува во спречувањето и надминувањето на состојбата на изложеност на социјален ризик.

3.1. Социјална помош и услуги за старите лица

Во Уставот на Република Северна Македонија од 1991 година востановени се темелните вредности на уставниот поредок, вклучувајќи ги и социјалната праведност, хуманизмот и солидарноста, кои се основните принципи на кои се заснова Р. Северна Македонија како социјална држава.

Во 2004 година со Законот за изменување и дополнување на законот за социјална заштита (Службен весник на Р.М. бр. 65/2004) отпочната е реформа на социјалната заштита, со воведување новини во постоечкиот Закон за социјална заштита од 1997 година, на начин што е воведена децентрализација на одредени надлежности на социјалната заштита на општините и плурализација на давателите на услуги (покрај општините, воведени е можноста и здружение на граѓани и физичко лице да вршат работи од областа на социјалната заштита уредени со закон). Со овие измени и

дополнувања на Законот постигнато е подобрување на услугите и нивна пристапност до корисниците на локално ниво. Согласно измените и дополнувањето на овој Закон, општините можат да обезбедат остварување на социјална заштита на најразлични категории на лица со посебни потреби меѓу кои и старите лица без семејна грижа, преку вонинституционални и институционални облици на заштита.

Социјалната заштита во Република Северна Македонија е организирана дејност од јавен интерес која е уредена со Законот за социјална заштита. Неговата цел и улога е спроведување на грижа за населението и елиминирање на условите кои водат кон социјална исклученост, сиромаштија и маргинализација. Со изградбата и реализацијата на политика на социјална заштита, државата ги дефинира нејзините димензии во општествениот, но и социо-економскиот развој, односно ги одредува средствата, методите и техниките со кои ќе се спроведува утврдената политика.

Законската норматива укажува дека социјалната заштита е комплементарна со уредувањето на семејно - правните односи, односно одредбата од Законот за семејство (пречистен текст: Службен весник на РМ бр.153/14), според која децата се должни да ги издржуваат своите родители кои се неспособни за работа, а немаат доволно средства за издржување или такви средства не можат да остварат од својот имот. Оваа обврска се зема предвид во случај на самостојно живеење, но и при сместување на старото лице во установа, доколку за тоа се финансиски способни. На ова упатува и начелото на супсидијарност регулирано од Законот за социјална заштита, според кое обезбедувањето на оваа заштита доаѓа во примена доколку и лицата должни за издржување немаат извори за обезбедување на издршката. Корисникот има право на социјална заштита врз основа на еднаков и рамноправен третман (во законот е наведена и возраста како дискриминаторска основа), што е во врска со одредбите од од Законот за спречување и заштита од дискриминација и примената на законот во целост.

Со Законот за социјална заштита дефиниран е поимот „социјален ризик“. Социјалниот ризик е состојба која има потенцијал да го отежни или оневозможи непреченото социјално функционирање на поединецот, семејството и одредена група, која може да дојде до потреба од социјална помош. Во социјалните ризици е вброена и староста. Со одредбата дефинирано е и „старо лице“ како лице со навршени 65 години живот.

Со новиот Закон за социјална заштита (Службен весник на РСМ, бр. 104/2019), уредени се социјалната превенција и социјалните услуги, кои ќе бидат разработени во продолжение.

3.1.1. Социјална превенција и услуги за старите лица

Мерките на социјална превенција се реализираат за заштита од социјални ризици, спречување на појавата на социјални проблеми и ублажување на последиците од настанатите социјални проблеми на граѓаните. Мерките на социјална превенција опфаќаат:

- рано откривање на граѓани во социјален ризик, со социјални потешкотии или проблеми и обезбедување пристап до стручна помош и поддршка,
- превентивни увиди кај социјално ранливи лица, заради согледување на социјалната ситуација и превенција на појава на социјални проблеми,
- организирање едукативни настани, дебати, трибини, кампањи и проекти за превенција на социјални проблеми,
- организирање на волонтерски активности за помош на социјално ранливи групи во локалната заедница,
- поттикнување и помош во воспоставување групи за поддршка и самопомош на граѓани со сродни социјални проблеми и
- други превентивни активности за заштита од социјални ризици и спречување на појавата на социјални проблеми.

Мерките на социјална превенција се реализираат во соработка помеѓу установите за социјална заштита, образовни, здравствени установи, полициски станици, единицата на локалната самоуправа и други државни органи, правни и физички лица и здруженија. Реализацијата на овие мерки, установата за социјална заштита ја врши согласно програмата за работа на установата, утврдените со годишна програма на Владата и локалната самоуправа.

Според Законот за социјална заштита (Службен весник на РСМ, бр. 104/2019), старите лица имаат право на социјални услуги кои се обезбедуваат согласно со овој закон и тоа:

1. Услугите на информирање и упатување опфаќаат информирање на граѓаните за правата од социјална заштита и расположливите социјални услуги, првична проценка и упатување до други институции, со цел остварување непречен пристап до правата и услугите;

2. Услугите на стручна помош и поддршка на поединецот и семејството опфаќаат помош и поддршка за надминување на индивидуални и семејни проблеми

преку проценка, планирање, интервенции за заштита и евалуација, како и следење на состојбата по завршување на интервенциите, со цел зајакнување на корисниците, промоција на нивниот непречен развој, обезбедување и одржување на добросостојбата и независноста и нивно долгорочно оспособување за самостојно надминување на социјалните проблеми;

3. Услугите на советување опфаќаат советодавна работа со цел превенирање, ублажување и надминување на последиците од настанатите социјални проблеми на поединец и семејство;

4. Услугите во домот претставуваат услуги за обезбедување помош и нега во домот на лице со привремено или трајно намален функционален капацитет, со цел овозможување на лицето да продолжи да живее во сопствениот дом и превенција на потребата од вон - семејна заштита. Како услуга во домот за старите лица е нормирана услугата *помош и нега во домот*. Со услугата помош и нега во домот се обезбедува помош во вршење на основните и инструментални активности од секојдневниот живот (чистење, поправки, перење, готвење, купување, надворешна мобилност, земање медицинска терапија и сл.) до 80 часа месечно, за лица со намален функционален капацитет кои не можат сами да се грижат за себе, како би продолжило лицето да живее во сопствениот дом и да води независен живот во заедницата. Корисници на услугата се лица со тешка попреченост, односно комбинирана попреченост со највисок степен, потполно слепило, стари лица и други лица на кои им е потребна помош и нега во домот. Услугата се обезбедува на лице кое помошта во домот не можат да ја обезбеди неговиот брачен другар, родител или децата, поради заснован работен однос, нарушена здравствена состојба или старост.

5. Услугите во заедницата опфаќаат услуги на дневен престој, услуги на привремен престој, рехабилитација, реинтеграција, услуга за одмена на семејна грижа и куќа на пола пат, заради превенција, згрижување и заштита, а со цел овозможување на корисникот да продолжи да живее во сопствениот дом, односно заедницата и превенција на потребата на вон-семејна заштита. *Услугата за дневен престој* опфаќа дневно згрижување, индивидуални активности за стекнување животни и работни вештини, социјални и културни рекреативни активности, едукација, социјална поддршка на лицата и нивните семејства и други сродни активности. Корисниците на услуги се стари лица, лица со попреченост, маргинализирани лица и лица со специфични и социјални проблеми. Услугата за *одмена на семејна грижа* обезбедува краткотрајно згрижување на зависни членови од семејството заради одмена, одмор и задоволување на

личните и професионални потреби на членови на семејството кои се грижат за нив. Услугата може да се обезбеди и во домот на корисникот. Корисник на услугата е член на семејството кој се грижи за старото лице, лице со попреченост, болно и изнемоштено лице кое не може самостојно да ги врши основните и инструменталните активности во секојдневниот живот. Улогата за одмена на семејната грижа која се реализира со трошоци надоместени од центарот за социјална работа се обезбедува во времетраење до 15 дена во една календарска година.

6. Услугите на вон-семејна заштита обезбедуваат основна заштита која опфаќа: сместување, помош и поддршка од стручни лица, згрижување, исхрана, облека, здравствена заштита и други услуги во зависност од видот на корисниците, кои немаат услови за живеење во своето семејство или од други причини име потребна вон-семејна заштита. Услуги на вон-семејна заштита се живеење со поддршка, а на старите лица се однесуваат услугите згрижување во друго семејство и сместување во установа.

- **Згрижувањето во семејство** – опфаќа основна заштита и 24 часовна грижа за деца и возрасни лица кои немаат свое семејство или немаат услови за живот во сопственото семејство. Згрижувањето може да се обезбеди како општо, специјализирано, привремено, интервентно или роднинско згрижување. Општо згрижување е услуга преку која на сместените лица им се обезбедува задоволување на секојдневните потреби, грижа за личноста, здравствената состојба, во зависност од секојдневните потреби на сместеното лице. Повремено згрижувачко семејство обезбедува згрижување на возрасно лице згрижено во друго згрижувачко семејство, како и за возрасно лице со попреченост кое живее со старател заради одмор, терапија, лекување и завршување на домашни, семејни и професионални обврски на згрижувачот, односно старателот.
- **Сместувањето во установа** опфаќа основна заштита која обезбедува згрижување, 24-часовна помош и поддршка од стручни лица, исхрана, облека и обезбедување здравствена заштита во зависност од утврдените потреби на корисникот, кој нема услови за живеење во своето семејство или од други причини му е потребна вон-семејна заштита. Покрај сместување во установа, уредена е и услугата за сместување на изнемоштено старо лице, хронично болно лице, терминално болно лице и друго лице во потреба од континуирана помош и нега и освен основната заштита која ја опфаќа сместувањето во установа, опфаќа и

специјализирана стручна помош и социјална поддршка на неговото семејство.

Согласно Законот, мрежата на вршители на дејноста на социјална заштита ги опфаќа следните субјекти:

1) **Завод за социјални дејности** е јавна установа основана од Владата. Дејноста која ја врши се однесува на истражување, следење и анализа на социјалните појави и проблеми, врши надзор над стручната работа на установите за социјална заштита и другите овластени даватели на социјални услуги, како и други работи утврдени со оваа одредба.

2) **Центар за поддршка на згрижувачки семејства** врши промоција на услугата згрижување во семејство, подготовка, проценка и обука на идните згрижувачи и ја следи нивната работа;

3) **Установи за социјална заштита** се Центарот за социјална работа, Установа за вон-семејна социјална заштита и Центар за социјални услуги. Центарот за социјални услуги (во натамошниот текст ЦСУ) е јавна установа за социјална заштита со јавни овластувања од областа. Начелата за организација ги пропишува ресорниот министер. Помеѓу другите овластувања, решава за правата од социјална заштита утврдени со законот, како и за правото утврдено со законот за социјална сигурност на стари лица. Установа за вон-семејна заштита е резиденцијален дом, дом за помош и нега, воспитна установа, установа за третман и рехабилитација, групен дом и установа за прифат на баратели на азил. Центарот за социјални услуги дава дневни и привремени услуги. Центарот за дневни услуги се организира како: центар за социјални услуги во домот, центар за дневен престој, центар за рехабилитација, центар за ресоцијализација и советувашиште. Центарот за привремени услуги се организира како: центар за привремен престој, центар за одмена на семејна грижа и куќа на пола пат. Центарот за социјални услуги може да дава интегрирани услуги во домот и во заедницата, во зависност од категоријата на корисници и стандардите и нормативите за давање на услугата уредени со правилник од ресорниот министер.

4) **Згрижувачко семејство** сместува лице (дете или возрасно лице) врз основа на склучен договор помеѓу ЦСУ и згрижувачот. ЦСУ ги следи и координира активностите поврзани со згрижување на лицето во згрижувачко семејство.

5) **Здруженија за давање на социјални услуги** даваат социјални услуги во домот и заедницата, услуги на вон-семејна заштита, услуги за информирање и упатување, стручна помош и поддршка, советување, согласно издадена дозвола за

вршење работи од социјална заштита.

б) **Физичко лице** може самостојно да врши работа од социјална заштита како и професионална дејност кои се однесуваат на помош и нега во домот, згрижување во семејство, одмена на семејна грижа доколку ги исполнува законски предвидените услови.

3.1.2. Парични права од социјална заштита за стари лица

Според Законот за социјална заштита (Службен весник на РСМ, бр. 104 од 23.5.2019 год.) старите лица можат да остварат права од социјална заштита под услови определени со законот и тоа:

1. **Надоместок заради попреченост** се обезбедува за поттикнување социјално вклучување и еднакви можности на лице кое е со тешка или длабока интелектуална попреченост, со најтешка телесна попреченост, потполно слепо лице и потполно глуво лице. Корисникот на надоместокот заради попреченост може по сопствен избор да користи услуга од овластен давател на услуга во домот и во заедницата.
2. Право на **надоместок за помош и нега од друго лице** има лице со умерена тешка или длабока интелектуална попреченост, лице со потешка или најтешка телесна попреченост, потполно слепо лице, како и лице со трајни промени во здравствената состојба, на кое му е неопходна помош и нега од друго лице заради тоа што не може само да ги врши основните активности од секојдневниот живот, доколку ова право не може да го оствари врз основа на други прописи.
3. Право на користење на **траен надоместок** има згрижувач кој згрижувал лице во своето семејство и родител кој се грижел за детето со попреченост. Право на траен надоместок има згрижувач кој згрижувал лице во своето семејство најмалку петнаесет години, по наполнување на 62 години на живот за жена, односно 64 години за маж, кој е невработен и не користи право на пензија по која било основа.
4. **Еднократна парична помош** е помош која се доделува на лице или на семејство кое се нашло во состојба на социјален ризик, како и на лице и семејство заради претрпена природна непогода или епидемија и подолго лекување во здравствена установа на член на семејството. Износот на

еднократната парична помош може да изнесува до 30.000 денари и тоа:

- за задоволување на потребите на лице или семејство кое се нашло во положба на социјален ризик, а која може да остави трајни последици, заради претрпена природна непогода (земјотрес, поплава, пожар), епидемија и смрт на член на семејството.
- лице кое има потреба од оперативен зафат или подолго лекување во здравствена установа во странство и
- станбено необезбедено лице корисник на гарантирана минимална помош и тоа лице неспособно за работа, како помош во обезбедување на нужно сместување.

Износот на еднократната парична помош може да изнесува до 15.000 денари за потребите на лице-жртва на семејно насилство за обезбедување на итна заштита и згрижување.

Износот на еднократната парична помош може да изнесува до 12.000 денари за задоволување на потребите на лице или семејство кое се нашло во положба на социјален ризик во случај на подолго лекување во здравствена установа, како и за лице жртва на семејно насилство за остварување на право на здравствена заштита и медицински третман.

Износот на еднократна парична помош може да изнесува до 4.500 денари за задоволување на потребите на лице или семејство кое се нашло во положба на социјален ризик кој не остава трајни последици, а е неопходно социјално и материјално обезбедување на лицето.

3.2. Пензиско и инвалидско осигурување

Пензиското и инвалидското осигурување е значаен сегмент на вкупниот општествен, социјален и политички живот во нашата земја. Развојот на пензиското и инвалидското осигурување зависи од вкупните економски, социјални и демографски движења во општеството кои непосредно или посредно влијаат на пензискиот систем на секоја земја. Значењето на пензиското и инвалидското осигурување се изразува преку бројот на осигурениците кои плаќаат придонес за пензиско и инвалидско осигурување, бројот на корисници на пензија и висината на расходите за пензиско и инвалидско осигурување во бруто домашниот производ.

Правата од пензиското и инвалидското осигурување се стекнуваат и остваруваат во зависност од должината и обемот на вложувањата на средства за пензиско и инвалидско осигурување. Ваквите права од пензиското и инвалидското осигурување се остваруваат во Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Р. Северна Македонија. Министерството за труд и социјална политика е креатор на социјалната политика и обезбедува законитост во работењето на институциите во кои се остваруваат правата за социјално осигурување, односно пензиско и инвалидско осигурување.

Врз основа на уставните одредби за социјално осигурување произлегуваат и правата од пензиското и инвалидското осигурување, како основни права на граѓаните.

Со Законот за пензиско и инвалидско осигурување („Службен весник на РМ бр. 98/12“) и подоцнежните измени и дополнувања) се уредува задолжителното пензиско и инвалидско осигурување, опфатот на осигуреници, правата кои се остваруваат од ова осигурување, матичната евиденција на осигурениците и корисниците на права од пензиското и инвалидското осигурување, основите на капитално финансирано пензиско осигурување, како и посебните услови под кои одделни категории на осигуреници ги остваруваат правата од пензиското и инвалидското осигурување.

Согласно Законот, системот на пензиското и инвалидското осигурување е составен од:

- задолжително пензиско и инвалидско осигурување врз основа на генерациска солидарност (прв столб);
- задолжително капитално финансирано пензиско осигурување (втор столб) и
- доброволно капитално финансирано пензиско осигурување (трет столб);

Во првиот пензиски столб, а врз начелото на социјална праведност и генерациска солидарност, се остваруваат правата во случај на старост, инвалидност, смрт и телесно оштетување, а со вториот пензиски столб се остваруваат правата согласно со Законот кој го уредува задолжителното капитално финансирано пензиско осигурување. Правата од пензиското и инвалидското осигурување се стекнуваат и остваруваат во зависност од начинот, должината и обемот на вложувањето на средствата за пензиско и инвалидско осигурување под услови утврдени со наведениот закон. Правата од пензиско и инвалидско осигурување се:

- право на старосна пензија;
- право на инвалидска пензија;
- право на професионална рехабилитација и права на соодветни парични

надоместоци;

- право на семејна пензија;
- право на паричен надоместок за телесно оштетување и
- право на најнизок износ на пензија.

Правото на старосна пензија е условено со настапување на одредена старост, односно осигуреникот стекнува право на старосна пензија кога ќе наполни 64 години живот (маж), односно 62 години живот (жена) и притоа има најмалку 15 години пензиски стаж. Право на инвалидска пензија се остварува со настапување на инвалидност.

Право на семејна пензија остваруваат членовите на семејството на осигуреникот кои биле од него издржувани (вклучувајќи го и (вон)брачниот другар и родителите / посвоителите на осигуреникот / корисникот на пензија), под услови уредени со законот.

Со право на најнизок износ на пензија на корисникот на пензија му се гарантира износ на пензија кој е повисок од пензијата определена според должината на пензискиот стаж и остварените плати. Ова право го остваруваат сите корисници на пензија кои остваруваат пензија со низок износ, со што се обезбедува минимум на материјална и социјална сигурност на корисниците преку ФПИО.

Нормирано е дека наведените права од пензиското и инвалидското осигурување се неотуѓиви, лични материјални права и не можат да се пренесуваат на други лица. Правата од пензиското и инвалидското осигурување не можат да застарат, освен пристигнатите, а неисплатени износи на пензии и на други парични примања, во случаите утврдени со закон.

Со пензиското и инвалидското осигурување, врз основа на начелото на социјална праведност и солидарност, се обезбедува материјална и социјална сигурност во случај на настапување на осигурениот случај кај осигуреникот (старост, инвалидност) и на членовите на семејството на осигуреникот (во случај на смрт на осигуреникот).

Во целокупниот склоп на прашања околу згрижување на старите лица може да се зборува и за пензионирањето како начин на згрижување.

Едно од позначајните прашања во врска со стареењето и старите лица кои ги решава секое општество е времето на пензионирање, но ова прашање не е така едноставно и додека раното пензионирање може да биде спасоносна околност за некои стари лица, за други значи отстранување од активниот живот, иако сè уште се способни за работа. Раното пензионирање е во согласност со потребите на болните лица и лицата

кои имаат тешка работа. Одредени истражувања покажуваат дека кога нема претходна постепенa, пред сè психолошка подготовка на личноста за новиот начин на живот, пензионирањето станува извор на негативни последици по здравјето во текот на стареењето. Продолжениот активен живот делува на човековата виталност и продолжување на неговиот живот. Пензионирањето за поголемиот број лица е период на голема животна пресвртница, но неретко и животна криза поради големите промени во животот на човекот. Тие промени се однесуваат на менувањето навики, социјална средина и влошување на материјалната состојба.

3.3. Здравствени услуги за заштита на старите лица

Старите лица преставуваат посебна категорија од населението во рамки на давањето на здравствена заштита, од причини што станува збор за лица кои поради својата возраст се поосетливи, а често и функционално ограничени. Сепак, она што треба да се нагласи е дека болеста и староста не се синоними, односно дека секое старо лице не е нужно загрозено од болест. Меѓутоа, старите лица сепак почесто заболуваат и се почести корисници на услугите на здравствена заштита од останатите категории од население. Но, горенаведеното не е правило од причини што процесот на стареење сепак е индивидуален и зависи од бројни чинители, во кои се вбројуваат и генетските и телесните особености на секој поединец.

Старењето е процес низ кој поминува секој поединец, а од грижата на самата личност за сопственото здравје зависи дали овој процес ќе го забави или пак да го забрза. Секоја личност делумно е одговорна за својата здравствена состојба, а со зголеменото внимание и грижа за сопствениот организам секој може да придонесе за својата општа здравствена благосостојба. Во научните кругови, возрасната граница на стареењето не е прецизно дефинирана, односно постојат повеќе геронтолошки ставови во зависност од бројни социолошки фактори, но според ставот на Обединетите Нации (односно Светската Здравствена Организација како специјализирана агенција на ОН која се грижи за интернационалното јавно здравје), возрасната граница над која лицето се смета за старо изнесува 65 години.

Здравствената заштита на старите лица, како и здравствената заштита на останатиот дел од населението во Република Северна Македонија се спроведува преку соодветен систем на мерки, од кои основната регулатива е содржана во Законот за здравствена заштита. Оваа заштита опфаќа низа општествени, групни и индивидуални

мерки за зачувување и унапредување на здравјето, за спречување на болести и нивно навремено лекување, како и за здравствена нега и рехабилитација.

Уште од осамостојувањето, правото на здравје и обврската за грижа за сопственото и здравјето на другите како основно човеково право и должност е инкорпорирано во Уставот на РМ и во позитивните законски прописи. Оттогаш, преку донесувањето на повеќе законски акти, регулирани се правата и обврските на пациентите, на здравствените работници и на здравствените установи.

Законот за здравствена заштита претставува збир на норми на националното законодавство кои се надоврзуваат на Уставот на СРМ и на ратификуваните и потпишани меѓународни договори од областа на здравствената заштита.

Со законот се уредуваат прашањата кои се однесуваат на системот и организацијата на здравствената заштита и вршењето на здравствената дејност, загарантираните права и утврдените потреби и интереси на државата во обезбедувањето на здравствената заштита, здравствените установи, како и останати прашања од доменот на вршењето на здравствената дејност. Здравствената заштита, во смисла на овој закон, опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки за: зачувување и унапредување на здравјето, спречување, рано откривање и сузбивање на болести, повреди и други нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и животната средина, навремено и ефикасно лекување и здравствена нега и рехабилитација. Секој има право на здравствена заштита и обврска да се грижи и да го чува и унапредува своето здравје и никој не смее да го загрозува здравјето на другите. Секој е должен во итни случаи да укаже прва помош според своите можности и во случај на опасност по живот да ја извести најблиската здравствена установа и да овозможи пристап да итна медицинска помош што претставува императивна норма, односно укажува на должност на секого да се грижи за здравјето на друг. Оваа одредба е всушност уставно нормирана одредба.

Во однос на човековите права и вредности во здравствената заштита, регулирано дека „секој граѓанин има право да ја остварува здравствената заштита со почитување на највисокиот можен стандард на човековите права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност на неговата личност, како и почитување на неговите морални, културни, религиозни и филозофски убедувања“. Оттука, со оваа одредба е регулирано и правото на недискриминација при остварувањето на правото на здравствена заштита, кое со начелото на правичност е подетално разработено, во поглед на специфичните основи врз основа на кои дискриминацијата е забранета.

Здравствената заштита се заснова врз единството на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман.

Начелото на достапност на здравствената заштита се остварува со обезбедување на соодветна здравствена заштита за населението во Република Северна Македонија, која е географски, физички и економски достапна, а особено здравствената заштита на примарно ниво.

Начелото на правичност на здравствената заштита се остварува со забрана на дискриминација при укажувањето на здравствената заштита по однос на раса, пол, старост, национална припадност, социјално потекло, вероисповед, политичко или друго убедување, имотна состојба, култура, јазик, вид на болест, психички или телесен инвалидитет. Оваа норма е во врска со одредбата од Законот за спречување и заштита од дискриминација (Службен весник на РСМ бр. 101 од 22.05.2019 г.), каде изречно е наведена возраста како дискриминаторска основа во областите на социјална сигурност, вклучувајќи го и подрачјето на социјална заштита, пензиско и инвалидско осигурување, здравствено осигурување и здравствена заштита. Воедно, правото на недискриминација во поглед на достапноста на здравствената заштита е регулирано и со Законот за заштита на правата на пациентите, при што е нормирано дека здравствени услуги постојано се достапни и пристапни на сите пациенти подеднакво и без дискриминација.

Начелото на сеопфатност на здравствената заштита се обезбедува со вклучување на секој поединец во системот на здравствената заштита, со примена на мерки и активности за здравствена заштита кои опфаќаат промоција на здравјето, превенција на болести на сите нивоа на здравствена заштита, рана дијагноза, лекување и рехабилитација.

Од Законот за здравствена заштита произлегува дека старите лица се нотирани како посебна категорија на корисници на здравствените услуги, од причини што за нив се предвидени посебни мерки на здравствена заштита. Овие мерки со Законот се уредени како мерки од здравствена дејност на примарно ниво. Од наведените одредби, апликативни на старите лица, произлегува дека здравствената дејност опфаќа спроведување на посебни програми за хронични болни и стари лица и спроведување на превентивни програми и мерки кај децата, младината, жените, вработените и старите лица и други посебно загрозувани групи, односно групи кои се посебно изложени на определени здравствени ризици и спроведување скрининг програми за откривање на

факторите на ризик за настанување на болест, односно за рано откривање на првите знаци на болеста, освен оние скрининзи за кои се определени здравствени установи на други нивоа. Делот во кој конкретно се споменуваат старите лица е во директна корелација со останатите точки од одредбата.

За спроведување на системот на мерки кои се однесуваат на здравствената заштита на старите лица нужна е соодветна едукација на здравствените работници кои тие мерки ги спроведуваат.

Од особена важност е медицинско-геронтолошкото дообразување кое опфаќа континуирана стручна едукација првенствено на здравствените работници во примарната здравствена заштита - матичниот лекар и тоа во дијагностиката, специфичностите при лекувањето, рехабилитацијата и превенција на болестите во староста и зачувување на функционалната способност, како и активен однос кон поттикнувањето на старото лице за зачувување на своето здравје.

3.3.1. Старото лице како осигуреник

Преку здравственото осигурување осигурените лица стекнуваат право на користење на здравствена заштита, но исто така прифаќаат и одредени обврски кои произлегуваат од системот на здравственото осигурување.

Старите лица, најчесто врз основа на пензијата, имаат право на здравствено осигурување согласно одредбите од Законот за здравствено осигурување (пречистен текст на основниот Закон – Службен весник на РМ бр. 142/2016). Меѓутоа, ова не значи дека пензијата секогаш е основа за остварување на право на здравствено осигурување, со оглед на тоа дека постојат и многу стари лица кои не се корисници на пензија, а сепак се корисници на здравственото осигурување. На пример, старото лице има право на здравствено осигурување доколку е брачен другар на осигуреник и не остварува право по друга основа од Законот за здравствено осигурување, а доколку не е исполнет ниту овој основ, со новиот Закон за социјална сигурност на старите лица, старите лица можат да го остваруваат правото на здравствено осигурување врз основа на одредба која е дел од истиот. Покрај со овие закони, со Законот за социјална заштита е уредено дека право на здравствена заштита има и корисник на надоместок поради попреченост, корисник на надоместок за помош и нега од друго лице и корисник на вон-семејна заштита, доколку не може да се стекне со осигурување по друг основ.

Согласно Законот за здравствено осигурување на Република Северна

Македонија, здравственото осигурување може да биде задолжително и доброволно. Задолжително здравствено осигурување се установува за сите граѓани на Република Северна Македонија заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата под услови утврдени со законот. Доброволно здравствено осигурување се установува за обезбедување на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Правата од основното здравствено осигурување опфаќаат право на здравствена заштита и право на паричен надоместок во утврдени рамки. Рамката на основното здравствено осигурување е одредена со одредби од Законот за здравствено осигурување, подзаконски акти и меѓународни договори, а истото го спроведува Фондот за здравствено осигурување.

Основното здравствено осигурување во законски пропишаните рамки опфаќа право на:

а. примарната здравствена заштита:

- здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
- преземање на стручно медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;
- укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога тоа е неопходно;
- лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
- спроведување на превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки;
- превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите и
- лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот а министерот за здравство дава согласност;

б. специјалистичко - консултативна здравствена заштита:

- испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
- спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки;
- протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и

материјали и забнотехнички средства според индикации утврдени со општ акт на Фондот на кој министерот за здравство дава согласност;

в. болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита:

- испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
- право на користење лекови кои се наоѓаат на листата на лекови на Фондот за здравствено осигурување, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските и друг материјал потребен за лекување;
- сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена и ласерска корекција на диоптер според услови и критериуми утврдени со општ акт на Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност, и
- обдукција на умрени по барање на здравствени установи.

Осигуреното лице може да оствари право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства под услов здравственото осигурување да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување. Како основни здравствени услуги се сметаат и лековите што не се на листата на лекови кои Јавните здравствени установи ги набавуваат по претходна согласност од Министерството за здравство и Фондот. Осигурените лица учествуваат со лични средства при користењето на здравствени услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, односно лековите. Осигурените лица учествуваат до 50% од утврдената цена на протезите, ортопедските и други помагала и санитарски средства, изработени од стандарден материјал.

Оттука, примарната здравствена заштита ги опфаќа неспецифичните и специфичните мерки и активности на одредени здравствени проблеми кај старите лица. Неспецифична превенција на старите лица се подразбираат општите мерки кои имаат за цел и резултат да постигнат општа одбрамбена отпорност на организмот. Тука се вбројуваат соодветната нега и исхрана, водењето на здрав живот, без пушење, без прекумерно консумирање алкохол и пушење, контрола на здравјето, прошетки/рекреација, престој на чист воздух, соодветна работна активност и одмор и сл. Специфичната превенција представува сосема одредени активности насочени кон решавање на сосема одреден здравствен проблем. Како класичен пример на секундарна

превенција се наведува вакцинацијата. Освен вакцинацијата, во специфична превенција се вбројува и борбата против пушење како ризик фактор на коронарните болести, потоа лечење на зголемениот крвен притисок како ризик фактор за истата болест. Раното дијагностицирање има за цел заболувањето или ризик факторите кои овозможуваат негово настанување, да се откријат што порано, бидејќи во тој случај лекувањето, односно спречувањето на настанување на заболувањето, е полесно, поефикасно, побрзо и поефтино. Здравствената дејност на секундарно ниво опфаќа здравствени услуги и мерки кои заради тежината на болеста, потребата за стручно специјализирана дијагноза и третман и мултидисциплинарниот пристап, не е можно да се вршат на примарно ниво кај матичен лекар. Здравствената заштита на секундарно ниво опфаќа специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност. Терцијалната здравствена заштита обезбедува високо специјализирана дијагностика и третман на пациенти кои не можат да бидат лекувани на секундарно ниво и се обезбедува во Универзитетскиот клиничкиот центар – Скопје и одреден број специјални болници. Здравствената заштита на старите лица е приспособена на потребите на оваа популациона група. Во Република Северна Македонија се спроведува преку Службата по општа медицина во која најчести корисници се токму старите лица. Податоците за мрежа на медицински единици во село и бројот и структурата на ангажирани кадри, покажуваат дека здравствената служба во село во целина не е добро развиена и достапноста на здравствената заштита и здравствените услуги за старите лица во село во РСМ е помала во споредба со градското подрачје. Недоволниот број здравствени работници кои работат во медицинските единици во село во СРМ, не даваат доволно можности за поширока примена на активниот метод на работа и на домашно лекување за давање на здравствена заштита на старите лица во село. Посебно значење има поливалентната патронажна служба која е инсуфициентна, што наметнува потреба за кадровско засилување и техничко опремување на истата (Црвен крст на РМ, 2017).

4. СОЦИЈАЛНО – ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ЗАШТИТА НА СТАРИТЕ ЛИЦА

4.1. Видови социјални услуги за старите лица

Дефиницијата на социјалните услуги која најчесто се среќава во литературата е следнава: социјалните услуги се петтиот елемент од системот на социјалната држава на Беверид, ако останатите четири се: здравје, образование, социјално осигурување и социјална помош и домување (Munday, 1993).

Бидејќи не сите социјално-заштитни потреби на луѓето можат да бидат задоволени исклучиво преку обезбедување парична помош, Alfred J. Kahn ги дефинира социјалните услуги како нефинансиска помош која директно или индиректно ги зголемува можностите на луѓето да функционираат во општеството (Johnson & Schwartz, 1994). И во Западна Европа терминот “social care services” се повеќе се прифаќа како термин кој се однесува на нефинансиските услуги/сервиси за социјална грижа, кои ги обезбедуваат социјалните работници и други професионални групи за различни целни групи, главно: стари лица, деца и семејства и лица со пречки во психичкиот и физичкиот развој. Терминот социјална грижа ги опфаќа и формалните услуги кои се законска одговорност на државните служби, но и услугите кои ги обезбедуваат независните агенции и групи на самопомош, како и многу важната неформална грижа која произлегува од семејството, соседите, волонтерите. Со други зборови, колективен микс на социјална грижа која е силно присутна во социјалната политика на западно европските земји (Munday & Lane, 1998); или нематеријални бенефиции кои ги обезбедуваат агенции и институции (владини и невладини), со цел ублажување на дисфункционалноста и превенција на проблемите во социјалното функционирање (Johnson & Schwartz, 1994).

За разлика од оние услуги кои се поврзани со одржување на приходот на старото лице и се фокусирани на подобрување на финансиската ситуација на старото лице (како што се: паричната помош, пензиите, здравственото осигурување), социјалните услуги се ориентирани кон помош на старите лица во задоволување на нивните нефинансиски потреби, односно се фокусирани на развојни и социјализаторски задачи. Ова од причина што задоволувањето на финансиските потреби на старите лица е клучно за нивната сигурност, но сепак не значи неопходно обезбедување на задоволувачко ниво на

социјално функционирање. Додека финансиските аранжмани на помош историски се делегирани на јавната социјално-заштитна мрежа, социјалните сервиси се обезбедуваат и од јавни и од приватни институции (Борнарова, 2009).

“Социјалните услуги се целокупност на нефинансиски акции, активности, програми и мерки кои ги преземаат или обезбедуваат приватни (профитни и непрофитни) институции или лица и државни институции, а чија цел е унапредување и подобрување на физичките, социјалните, психолошките и здравствените капацитети на индивидуите и/или групите” (Борнарова, 2004).

Социјалните услуги можат да се групираат според два критериума:

1) Според средината во која услугата се обезбедува:

а) Услуги за помош во домашни услови (услуги кои се доставуваат директно во домот на корисникот);

б) Услуги во локалната заедница (услуги кои се доставуваат во локалната заедница – корисникот ги добива услугите во точно одредени места во заедницата клубови, центри и сл., но живее во својот дом);

в) Институционални услуги (услуги кои се доставуваат во резиденцијални установи – корисникот ги добива услугите во институција во која и самиот живее);

г) Комбинирани услуги (било која комбинација од предходните три групи на услуги).

2) Според доминантната дејност:

а) Социјални услуги со доминантна социјална дејност;

б) Социјални услуги со доминантна здравствена дејност;

в) Социјални услуги со доминантна образовна дејност и

г) Комбинирани социјални услуги.

Во праксата невозможна е остра поделба на услугите согласно доминантната дејност и местото каде се пружаат. Типичен пример е отварање на дневен центар (услуга од заедницата) во рамките на дом за стари лица (услуга во институција), при што во дневниот центар, покрај резидентите во домот, пристап имаат и старите лица од заедницата кои не се институционализирани. Во центрите/установите се вработени стучни лица од различни профили (социјални работници, лекари, психолози), при што секој има свој удел во подобрување на социјалната благосостојба на корисниците, поради што се отежнува конкретизирањето на доминантната дејност.

Од друга страна, при анализа на добрите практики во областа на социјалните услуги во различни земји се наидува на голема разновидност на социјални услуги кои се

разликуваат според организациската поставеност, функциите, опременоста со кадри, начините на финансирање, методите на работа и можеби најмногу во однос на разновидноста на услугите кои ги нудат.

Веќе воспоставената праксата на социјални услуги во развиените земји, применлива е и во нашата земја, каде дел од општините имаат ограничени капацитети и ресурси, поради што комбинирањето на социјалните услуги би го направило процесот на воведување на системот полесен и поекономичен, а квалитетот на заштита би бил поголем. Воедно, можни се резултати со скромни финансиски ресурси, надополнети со креативност, самоиницијативност, здружување на капацитетите и ресурсите на локалните актери. Оттука, треба да се практикуваат форми на активност како волонтерство, корпоративната одговорност на претпријатијата, покренување на социјални акции во заедницата, организирање на ранливите групи и зајакнување на нивните капацитети за самопомош.

Во натамошниот текст се набројани и образложени најчестите социјални услуги кои се применуваат во заштита на старите лица. При изборот на социјална услуга надлежните треба да водат сметка избраната услуга да овозможи задоволување на идентификуваните потреби.

4.1.1. Услуги во домашни услови

Услугите во домашни услови се важен облик на социјална заштита на старите лица, речиси неразвоен од здравствената заштита. Ваквите услуги на старото лице му овозможуваат поддршка во задоволувањето на секојдневните животни потреби, со цел задржување на квалитетот на живот во непосредното опкружување и да остане во својот дом, наместо да биде сместено во некоја установа за вон-семејна заштита. Често старите лица не се во состојба сами да ги извршуваат секојдневните животни потреби поради болест или инвалидност кои ја намалуваат функционалната способност, а со тоа и способноста за независно самостојно живеење. Вообичаено неформалната грижа ја пружаат семејството и опкружувањето, но тие не секогаш се во можност да им помогнат. Семејството го носи товарот на грижа за стариот член од семејството, а членовите на истото често се под стрес и преоптеретени од секојдневните тековни обврски, а воедно и не се обучени за потребната специфична грижа за старото лице. Оттука, неспорно постои ризик дека пружената нега не е соодветна, па дури и може да му наштети на старото лице.

Во развиените земји во светот локалната власт со помош на социјалните центри, доброволните организации и приватниот сектор се вклучува кон понудата на услуги за оспособување на старото лице да продолжи да живее во домот што е можно подолго. Посебен акцент се става на преминот од помош во домашни услови “home help” или грижа на старото лице во домашни услови, кон “home care”, односно нега на старото лице. Овој тренд значи премин од помош во секојдневните активности (станување, облекување, миење, исхрана) кон задоволување на здравствените потреби и реализација на здравствената нега во домашни услови (Foreign and Commonwealth Office, 1994, според Борнарова, 2009). Заедничка карактеристика на различните форми на услуги во домашни услови е дека се доставуваат во домот на старите лица. Најчести услуги кои се даваат во домот на старото лице се следните:

- Помош во одржувањето на домаќинството – чистење, перење, поправки;
- Помош во извршувањето на секојдневните активности – подготовка на храна, одржување лична хигиена;
- Приспособување на домот на состојбата на корисникот, со помагала и уреди;
- Домашна нега за лица со здравствени проблеми;
- Советување во домашни услови за лица изложени на социјален ризик;
- Социјализација и дружење – посета на лицето од страна на волонтери или членови на здруженија;
- Доставка на храна на лица кои имаат потешкотии за нејзино обезбедување и подготовка;
- Помош во купување намирници – обично преку волонтери;
- Интервенции преку алармни системи кои се вградуваат во домот на корисникот;
- Поделба на живеалиштето – корисникот живее во својот дом со друго лице кое му помага;
- Краткотраен одмор за примарните даватели на нега – помош во грижата за изнемоштеното лице додека семејството (негувателите) се отсутни.

Во продолжение следува подетален опис на услугите со социјално – здравствена дејност кои се овозможуваат во домот на старото лице, со посочување на старите лица за кои услугата е соодветна.

Адаптација на домот – услугата е применива кога старите лица имаат отежнато движење во домот и поради тоа им е намалена самостојноста во живеењето. Како би се овозможила независност, со оваа услуга се овозможува прилагодување, на начин што се

монтираат уреди од типот на ракофатки, лифт за подигнување на столицата на скалите, придржувачи во бањата, проширување на вратите ако се работи за инвалидизирано лице во количка, помошни бастуми за движење. Корисници на оваа услуга се инвалидни лица, хронично болни лица и стари лица.

Дистрибуција на храна – услуга наменета за лица кои поради неподвижност или здравствени причини, не можат да си подготват/набават топол оброк. Најчесто услугата е организирана од невладини, верски, но и приватни организации. Често ваквите услуги на локално ниво ги спроведуваат и дневните центри и клубовите на стари лица.

Нега во домот – услугата се доставува на изнемоштени и болни стари лица, инвалидни лица и хронично болни лица со цел избегнување на хоспитализација (или вон-семејна грижа) или како неопходност по хоспитален третман на лицето. Се спроведува од тим во кој вообичаено се вклучени лекар, медицинска сестра и социјален работник.

Алармни системи – им овозможуваат старите, хронично болните и инвалидните лица брзо повикување на помош во случај на итна потреба. Уредот се инсталира во домот на корисникот и преку истиот може да упати повик за помош до локален контролен центар кој е отворен и работи 24 часа на ден.

Дистрибуција на лекови - услуга која се дава во домашни услови на стари, изнемоштени, болни лица на кои им е неопходна редовна терапија (лекарства), а се физички спречени да ги подигаат истите во аптеките.

Патронажна служба – услуга овозможува рутински преглед (мерење крвен притисок, шеќер, давање на медицински совети) во домот на старите и изнемоштени лица.

Користење технологија во домот – прилагодувањето се однесува на голем број направи и уреди во кујната, греење, водовод во домот, преку користење на софтверски решенија.

Помош во домот – функционална помош во остварување на активности од секојдневниот живот и помош заради поголема независност на инвалидизираните и хронично болни стари лица.

Физикална терапија – терапевтски вежби и масажи во домот на корисникот кои се пружаат на старите изнемоштени и болни лица заради подобрување на здравствената состојба поради неподвижност.

Оттука, услугите во домот претставуваат задоволување на основната потреба на старото лице да обезбеди за себе поддршка во извршувањето на активностите без кои

животот би му бил невозможен.

4.1.2. Услуги во локална заедница

Поддршката и услугите со седиште во заедницата се дизајнирани да им помогнат на постарите возрасни лица кои живеат во заедницата да останат безбедно во своите домови и да ја одложат или спречат институционализацијата. Овие услуги обезбедуваат специфични ресурси за постари возрасни лица и вклучуваат програми поддршка во исхраната, едукативни програми за здравје и стареење и советодавни услуги, како и општа помош за домување и безбедност на домот. Услугите обезбедуваат можности за вклучување во заедницата преку различни волонтерски програми и можат да ги зајакнат вештините и ставовите на поединците да живеат во локалните заедници и да добијат поголема контрола врз локалните аспекти на нивните заедници. Локалната заедница може да ги организира следните услуги со социјална, здравствена и социјално-здравствена дејност:

- Краткотраен престој во дневни центри – згрижување, социо и психо - терапија, културни, рекреативни активности, работна терапија, психо - социјална поддршка за корисници и семејства;
- Клубови – дружење, забава, рекреација и користење на слободното време (групна терапија);
- Дневни болници – лекување и третман кога не е потребна хоспитализација;
- Центри за рехабилитација – постхоспитализација за болни од хронични болести;
- Центри за ресоцијализација – советувања, индивидуална, семејна и групна терапија, спорт, рекреација, едукации;
- Центри за краткотраен одмор на примарните даватели на нега;
- Хоспис - нега и филозофија на грижа која се фокусира на нега на тешко хронични болни лица пред умирање;
- Транспортни услуги – организиран превоз до центри во заедницата, до културно-уметнички настани, придружба при пазарење, при посета на здравствени и други институции;
- Шелтер - центри – задоволување на основните биолошки потреби (храна, хигиена, засолниште);
- Народни кујни – каде се служи или од каде се дистрибуира храна за ранливи групи;

- Центри за ментално здравје – психијатриски, дијагностички и тераписки услуги за лица со психијатриски проблеми (советување и интервенции во средината на корисникот, домашни посети).

Во продолжение се опишани услугите со социјално - здравствена дејност во локалната заедница.

Транспортни услуги – ги користат старите, инвалидизирани или хронично болни лица, кои имаат потешкотии при самостојно движење. Се манифестираат како организиран превоз за медицински и рекреативни цели. Целат кон избегнување на изолоцијата на овие лица и придонесуваат за одржување на нивната независност.

Придружба – услугата им овозможува на старите, немоќни, хронично болни лица и инвалидизирани лица со придружба од овластено лице да одат во здравствени, административни или други институции. Најчесто се заснова на ангажманот на волонтери.

Амбуланти – услугата е од здравствена дејност и често се користи од страна на старите лица во рамките на системот на здравствена заштита. Во нив го остваруваат правото на преглед и да добијат упатства за евентуално понатамошно лекување.

Дневни болници – услугата овозможува лицата да имаат третман во болничка установа (интензивна терапија, рехабилитација, проценка на здравствена состојба и лекување), но без нивна хоспитализација и преноќување.

Центри за ментално здравје – старите лица со психијатриски проблеми во центрите за ментално здравје покрај психијатриски, добиваат и дијагностички и тераписки услуги за старите лица. Социјалниот работник зазема важно место во тимот кој го спроведува третманот (врши советување и интервенции во средината на корисникот, домашни посети и сл.).

Центар за привремен престој “respite”, како и центар за терминална нега “hospice” можат да бидат реализирани како посебни центри во локалната заедница специјализирани за таа намена, но и во институциите за стари, па се вбројуваат и во услугите кои се даваат во заедница, и во услугите од институционална природа. Во овој труд, опишани се во делот „услуги во институција“.

4.1.3. Услуги на вон-семејна заштита

Вон-семејната заштита на старото лице опфаќа право на сместување во установа за социјална заштита поради несоодветни услови во сопствениот дом или кога поради

други причини е неопходно сместување во ваква установа, а не може да се примени ниту еден друг облик на социјална заштита. Со оваа заштита, на старото лице му се обезбедува сместување, исхрана, услуги на социјална работа, помош, нега, здравствена заштита, односно услуги според потребите на корисникот. Во услугите од вон-семејна заштита со социјална, здравствена и социјално-здравствена дејност се вбројуваат:

- Престој во домови – за згрижување, нега, хранителски домови (згрижувачки семејства);
- Пензионерски заедници – независно домување во станбени објекти за пензионери;
- Домување – конгрегација - независно живеење преку заедничко изнајмување на стан за 3-4 лица;
- Заштитено домување – скоро независно домување со помош од надзорник кое живее во домот на лицето корисник;
- Помогнато домување – делумно независно домување;
- Општа, специјализирана (тераписка), интервентна хранителска заштита.

Во натамошниот текст даден е опис на услугите во институција со социјално-здравствена дејност:

Резиденцијален дом “residential home” – установата овозможува долготрајно сместување, исхрана, хигиенска и социјално – медицинска нега. Резиденти на овие домови се стари лица кои немаат посепцифични здравствени проблеми и добиваат помош околу лична нега. Персоналот не е квалификуван за постојана медицинска нега, но може да укаже помош при краткотрајно заболување и ако е потребен понатамошен третман, го придружува до соодветна установа. Постои тенденција во западните земји дека треба да се избегнува ваквото згрижување во масивни старски домови со огромни капацитети и да се одбегнува згрижувањето што е можно подолго.

Дом за терминална нега “hospice” – во овие установи се сместуваат лица со лоша прогноза за текот на болеста, па згрижувањето во овој вид дом подразбира контрола на симптомите на болеста. Покрај здравствено-палиативната нега, се нуди и психо-социјална поддршка, како на болниот, така и на неговото семејство, заради подготвеност на истите со претстојната смрт на лицето – корисник на услугата. Целта е болниот да се подготви за смртта, а семејството соодветно да се подготви за неизбежната загуба. Социјалниот работник има важна улога во справувањето на семејството со загубата во овој тежок период. Можат да се воспостават во рамките на болниците, но постојат и како посебни центри во локалната заедница.

Домови за “respite care” – Тоа се домови кои се користат за привремен престој на старото лице, тогаш кога му е потребно опоравување по некоја болест или едноставно престој, со кој на семејството кое неформално се грижи за старото лице му се дава можност за одмор. Понекогаш егзистираат и при домови за стари лица.

Геријатриски болници – се установи за лекување на акутни и хронични болести кај старите лица. Покрај лекување, се работи и на рано откривање на соматски и психички промени кај старите лица. Оттука, геријатриските болници имаат поликлинничко-диспанзерски служби со нагласена социјално-здравствена активност.

Рехабилитациски центри – имаат за цел на лицето да му се овозможи подобрување на состојбата или колку што можно повеќе враќање во претходна здравствена состојба, со што корисникот би можел да продолжи да живее во својот дом со помала зависност од туѓа нега и грижа. Институционализацијата може да биде на краток или на долг рок. Социјалниот работник во овие центри има улога да ги подготви семејството, соседството и постоечките даватели на социјални услуги во заедницата за прифаќање на болниот и неговата новонастаната ситуација.

Болници од општа јавност – влошувањето на здравствената состојба кај старите лица бара болнички третман и претставува нова ситуација како за старото болно лице, така и за неговото семејство. Ваквата здравствена состојба е проследена со намалување на функционалната способност и води кон потреба од соодветно животно реорганизирање.

Токму заради тоа, болницата е често место каде се донесуваат клучни одлуки за иднината на животот на старото лице за кои порано семејството можеби и не размислувало. Оваа пракса, која неминовно бара инволвираност на социјален работник кој работи во здравството, се нарекува планирање на отпуштање од болница: „discharge planning” кој претставува координиран интердисциплинарен процес со кој се одредува каков вид континуирана заштита ќе биде потребна за старото лице (Борнарова, 2004).

4.2. Обезбедување континуум за долгорочна заштита на старите лица

Традиционалното згрижување на старите лица од страна на семејството или од државата, без удел на средишните форми на заштита, водат кон еднострана заштита - или во семејството или во државна институција. Поради исклучувањето на алтернативните форми на заштита, во случај кога ќе „откаже“ едната форма, се прибегнува кон другиот екстрем. Долгорочната заштита значи систем на услуги кои

овозможуваат помош заради социјално, здравствено и емоционално функционирање во подолг временски период на старите лицата кои се неспособни да се грижат сами за себе, односно да ги вршат активностите на дневно живеење. Ваквата грижа се остварува или во сопствениот дом или надвор од него. Оттука, нужно е обезбедување на континуитет на заштита преку овозможување на опции од различни услуги за задоволување на потребите. Системот треба да ги поврзува сите релевантни услуги така што корисникот ќе има на располагање повеќе можности за избор меѓу домашна помош, услуги во заедницата или институционално сместување. Честопати континуитетот претставува опсег помеѓу обновено функционирање и институционализација. Воедно и трошоците се енорно помали, што го покажува примерот со Литванија, за каде проценките укажуваат дека трошоците за локалните служби кои вршат домашни посети, снабдување со храна, медицинска заштита на стари лица се само 25% од трошоците за институционално сместување на истата популација на стари лица (Fine, 1995).

Долгорочната грижа е релативно ново гледиште на организирање и финансирање услуги за луѓе на кои им е потребна постојана, сеопфатна, организирана и координирана грижа. Таа го нагласува правото да се живее во заедницата, го промовира пристапот на самостојно живеење и го осигурува достоинството на луѓето со долгорочна потреба за поддршка и асистенција. Долгорочната грижа ги става во преден план личните приоритети и претставува за интегрирано, постојано и координирано обезбедување на социјалните, здравствените и образовните услуги (Национална стратегија за деинституционализација 2018-2027).

Долгорочната заштита некогаш главно се поврзувала само со институционалната заштита, но денес се смета дека таа опфаќа цел обем на услуги поставени на континуитет во рамките на кој на располагање се голем број социјални услуги кои ги групираме на неколку нивоа: за помош во домот, во локалната заедница и во институционална средина (Greene, 2000; според Борнарова, 2009). Во зависност од потребите на корисникот, се применува потребната социјална услуга при долгорочната заштита. Важното во континуитетот е дека подразбира циркулаторен пат на користење на услугите, кој подразбира дека од помош во домашни услови може да дојде до потреба од институционална заштита, па по стабилизирање на состојбата повторно да може да се врати во својот дом и притоа да користи услуги за нега во домашни услови или комбинација од услугите. Чест е примерот на институционално сместување на стари лица во домови, иако се независни или полузависни, а истите би можеле самостојно да ги извршуваат секојдневните работи со повремена дополнителна помош од услуги во

својот дом. Пример се скандинавските земји (Данска, Шведска), кои имаат ефективни системи на заштита во домашни услови и во локалната заедница, кои им овозможуваат на многу стари луѓе, па дури и на оние со инвалидитет, да живеат независно (Dychtwald, 2000).

Со зголемување на бројот на старите лица потребата за долгорочна заштита ќе продолжи да се зголемува. Заради тоа потребно е државата да планира како и на кој начин да обезбеди функционирање на социјалните услуги на старите лица во ситуација на потреба. Сепак, факт е дека долгорочната заштита на ранливите групи сè уште е доминантно ограничено на институционалната заштита. Во ваков случај, голем дел од јавните средства за долгорочна заштита се трошат за финансирање пред сè на институционалното сместување. Кон ваквата состојба придонесува и несоодветната и недоволната расположливост на услуги во локалната заедница или во домашни услови кои би послужиле како алтернатива на институционалната заштита кон која прекумерно и многу често непотребно се прибегнува. Затоа треба внимателно да се разгледаат локалните состојби и да се примени пристап кој ќе обезбеди постигнување рамнотежа меѓу институционалната и локалната заедница, како и реализирање на сеопфатно покривање на сите граѓани во потреба од долгорочна заштита. (Ngan, et. al., 1996; според Борнарова, 2009). Со децентрализација на социјалните услуги локалната самоуправа има подобар пристап до потребите на граѓаните на својата територија, што неспорно е во врска со концептот на стареење во местото на живеење.

Неопходно да се создадат нови услуги кои на старите луѓе ќе им овозможат да останат дома и да живеат достоинствен и социјално интегриран живот, како на пример преку заштитно домување, интензивна медицинска грижа во домашни услови, онлајн и далечинска грижа, меѓугенерациски активности, взаемна и неформална помош, проекти во заедницата (Национална стратегија за деинституционализација 2018-2027).

4.3. Постоечки социјални услуги

Системот на социјална заштита во Република Северна Македонија нуди можности за социјална заштита на старите лица кои се наоѓаат во социјален ризик преку услугите од:

- вон-семејна заштита, кои подразбираат сместување во установи за социјална заштита на стари лица или згрижувачко семејство, и

- услуги во домот и заедницата, кои подразбираат користење на услуги од дневни центри и клубови за стари и возрасни лица и користење на услуги за давање помош во домашни услови.

Вон-семејната заштита опфаќа право на сместување во установа за социјална заштита, која може да биде резиденцијален дом или дом за помош и нега.

Сместувањето во установа опфаќа основна заштита која обезбедува: згрижување, 24- часовна помош и поддршка од стручни лица, исхрана, облека и обезбедување здравствена заштита, во зависност од утврдените потреби на корисникот, кој нема услови за живеење во своето семејство или од други причини му е потребна вон-семејна заштита. Услугата за сместување на изнемоштено старо лице, хронично болно лице, терминално болно лице и друго лице во потреба од континуирана помош и нега, освен основната заштита од услугата сместување во установа, опфаќа и специјализирана стручна помош и социјална поддршка на неговото семејство. Во системот на социјална заштита, со процесот на децентрализација, како јавни општински установи за социјална заштита на стари лица регистрирани се:

1. ЈОУ „Сју Рајдер“ – Битола,
2. ЈОУ „Зафир Сајто“ – Куманово,
3. ЈОУ „Киро Крстески Платник“ – Прилеп,
4. ЈОУ „д-р Иван Влашки“ – Берово,
5. Оддел „Мајка Тереза“ - Скопје кој поради проблеми во прифаќањето од страна на Град Скопје, вратен е на управување на ЈЗУ Геронтолошки Завод „13 Ноември“ – Скопје.

Јавните општински установи имаат регистрирано вкупен капацитет од 624 легла, иако во моментот дел од овие капацитети не се користи.

Покрај јавните општински установи за сместување на стари лица во Република Македонија, Законот за социјална заштита дава можност за постоење на приватни установи за социјална заштита. Првата приватна установа за социјална заштита на стари лица има добиено лиценца за работа од страна на Министерството за труд и социјална политика во 2008 година. Во 2011 г., бројот на лиценцирани приватни установи бил 9 (од кои 8 во Скопје и една во Неготино). Во 2018 година биле регистрирани 25 приватни установи за социјална заштита на стари лица, со капацитет од 809 легла, а во 2019 г. биле регистрирани 30 приватни установи, од кои 27 во Скопје и 3 надвор од Скопје (с.Кравари - Битола, Радовиш и Неготино). Според податоците со кои располага ЈУ Завод за социјални дејности во месец Декември 2017 година, во јавните и приватните установи

за социјална заштита биле сместени вкупно 1214 корисници (Социјална заштита на стари лица во РМ, 2018).

Лиценцирањето на приватните установи за социјална заштита на стари лица, во суштина значи добивање на дозвола за работа на приватните установи за социјална заштита на стари лица, кои претходно беа регистрирани како трговски друштва. Со добивањето на лиценца за работа од страна на Министерството за труд и социјална политика, се добива потврда дека приватната установа за социјална заштита ги исполнува условите предвидени согласно „Правилник за нормативите и стандардите за простор, опрема, стручни кадри и средства потребни за основање и започнување со работа на установа за социјална заштита на стари лица” од 2003 година, и новиот Правилник од 2015 година. (Службен весник на Р.М бр.125/15). Процесот на лиценцирање на приватните установи за социјална заштита на стари лица довел до воведување на минимум стандарди и услови потребни за достоин и квалитетен живот во староста на лицата кои се сместуваат во установи за социјална заштита на стари лица и ги зголемил капацитетите за институционално сместување на старите лица во Република Македонија. Согласно европските стандарди, со институционални капацитети на една држава треба да биде опфатено 3-5% од старото население. Ако се направи споредба на капацитетите за сместување на стари лица во 2008 година, кога истите можеле да опфатат само 0,3% од старите лица над 65 години, денес овој процент е значајно зголемен, односно изнесува приближно околу 1% на капацитети за институционално сместување на стари лица над 65 години. Оттука, минимумот од 3% сè уште не е достигнат.

Согласно Правилникот за видот и обемот на услугите од социјална заштита кои се плаќаат од страна на корисникот и висината на учеството на трошоците на корисникот и лицата кои се должни да го издржуваат врз основа на други прописи (Службен весник на РМ бр. 177/2018 година), услугите од вон-семејна заштита паѓаат на товар на корисникот/лицата кои се должни да го издржуваат. Корисникот на услугата за сместување во установа за стари лица или друга установа согласно Законот за социјалната заштита, односно лицата кои се должни да го издржуваат врз основа на други прописи, ја плаќаат цената на услугата што е утврдена од страна на основачот на установата. Центарот за социјална работа, при изборот на установата и видот на услугата, води сметка за потребите на корисникот, навиките, како и за материјалните можности на корисникот и лицата кои се должни да го издржуваат врз основа на други прописи.

Згрижувањето во семејство опфаќа основна заштита и 24 часовна грижа за возрасни лица кои немаат свое семејство или немаат услови за живот во сопственото семејство. Со Правилникот за поблиски критериуми за избор на згрижувачко семејство, видот и бројот на корисниците кои можат да се сместат во едно згрижувачко семејство и стандардите за давање на услугата според видот на згрижувањето (Службен весник на РСМ бр. 268/2019) се утврдени критериумите за избор, како и стандардите кои згрижувачкото семејство треба да ги исполнува. Уредено е и дека во едно згрижувачко семејство може да бидат згрижени најмногу три стари лица.

Согласно Законот за социјалната заштита, услуги во заедницата кои се однесуваат на старите лица опфаќаат услуги на дневен, привремен престој и одмена на семејна грижа, заради згрижување и заштита, а со цел овозможување на корисникот да продолжи да живее во сопствениот дом, односно заедницата и превенција на потребата од вон - семејна заштита.

Законски регулираната услуга за дневен престој се реализира во дневните центри и клубови за стари лица, кои вршат услуги од социјална заштита во вид на дневен престој, исхрана, лична хигиена, како и организирање на работни, културни, забавни активности, едукација, социјална поддршка на лицата и нивните семејства и други сродни активности. Условите кои треба да ги задоволуваат дневните центри се уредени со Правилник за нормативите и стандардите за простор, опрема, стручни кадри и средства потребни за основање и започнување со работа на установа за социјална заштита - дневен центар за стари и возрасни лица (Службен весник на РМ бр. 113/14). Работата во дневниот центар е насочена кон групна работа и активности, кои овозможуваат дружење и исполнување на денот. Психо-социјалната поддршка кај старите лица се реализира и преку индивидуална работа. Со користењето на оваа услуга, старите лица не се оддалечуваат од семејството и продолжуваат да живеат во познато опкружување. Клубовите претставуваат форма за грижа на старите лица кои се повитални и им овозможуваат на истите можност за дружење, забава и работно ангажитање. Иако не е законски дефинирано дека дневните обезбедуваат услуги од здравствена заштита, сепак е пракса во овие центри да се практикуваат и здравствени прегледи и услуги. Во 2019 година евидентирани се следните дневни центри:

- Клуб за стари и возрасни лица – Чашка, организациона единица на МЦСР Велес;
- Клуб за стари и возрасни лица – Богомила, организациона единица на МЦСР Велес;

- Дневен центар за стари лица – Самоков, организациона единица на МЦСР Македонски Брод;
- Дневен центар за стари лица Истибања - Веница, организациона единица на ЈУ ЦСР Веница;
- Дневен центар за стари лица Вевчани, даден на Здружение на пензионери на општина - Вевчани;
- Дневен центар за стари лица Гази Баба, ЦК на Гази Баба;
- Дневен центар за стари лица и центар за давање помош во домашни услови – Чаир, ЦК на Град Скопје;
- Дневен центар за стари лица и центар за давање помош во домашни услови – Центар, ЦК на Град Скопје.

Дневниот центар може да дава услуги и во домот на корисникот. Видно од горенаведеното, евидентирани се два дневни центри кои се истовремено и центар за давање помош во домашни услови. Поради отсуство на кадар, дневните центри во Чашка и Богомила функционираат како клубови.

Како социјална услуга во заедницата е нормирана и услугата одмена на семејна грижа, која обезбедува краткотрајно згрижување на зависни членови од семејството заради одмена, одмор и задоволување на лични и професионални потреби на членовите на семејството кои се грижат за нив. Времетраењето е до 15 дена во годината, може да се обезбеди и во домот на корисникот, а трошоците ги сноси Центарот за социјални работи.

Услугата помош и нега во домот детално е разработена со Правилникот за начинот и обемот на социјалните услуги, нормативите и стандардите за давање на социјалните услуги помош и нега во домот (Службен весник на СРМ бр. 268/2019). Со услугата помош и нега во домот се обезбедува помош во вршење основни и инструментални активности од секојдневниот живот до 80 часа месечно, за лица со намален функционален капацитет кои не можат сами да се грижат за себе, со цел да се оспособи корисникот за самопомош, односно да ја врати, стекне или одржи способноста самиот да се грижи за себе, за да продолжи да живее во сопствениот дом и да води независен живот во заедницата. Услугата помош и нега во домот се дава од страна на лиценцирани или овластени даватели на социјални услуги, односно физички лица кои вршат работа во социјална заштита како професионална дејност согласно Законот за социјалната заштита. Непосредни даватели на услугата помош и нега во домот се негуватели. Со услугата помош и нега во домот се обезбедува помош за остварување на

основни и инструментални активности од секојдневниот живот на корисникот. Основни активности од секојдневниот живот се: одржување лична хигиена, облекување, мобилност во домот, хранење, користење тоалет и менување пелени и подлоги во случај на инконтиненција. Инструментални активности од секојдневниот живот во смисла на став 1 од овој член се: поддршка при чистење, посредување за поправки, перење, готвење, купување продукти, надворешна мобилност, земање медицинска терапија, користење телефон и помош во управување со буџет. Услугата помош и нега во домот се обезбедува од страна на јавна установа за социјална заштита која поседува дозвола за давање услуги на помош и нега во домот, приватна установа за социјална заштита која поседува дозвола за давање услуги на помош и нега во домот или здружение кое поседува дозвола за давање услуги на помош и нега во домот. Со Одлука бр. 10-9802/1 од 25.12.2019 година на министерот за труд и социјална политика, утврдена е цената на оваа услуга за 2020 година и таа изнесува 240 денари на час по корисник, надомест кој државата го плаќа на лиценцираните даватели на услуги за секој час дадена помош.

Развојот на персонализирани услуги во РСМ е во иницијална фаза. Постојат три главни видови услуги од ваков тип: мобилни и теренски услуги, вклучително и разновидна помош во домот и грижа во домот, лична асистенција и персонални пакети на грижа (вклучително и лично планирање и координација на грижата), како и голем број други помали услуги како испорака на оброци, придружба, пријателство, внимавање на личната хигиена. Одредена помош во домот како услуга е воведена за корисници на постара возраст од страна на Здружението за поддршка и развој „Хуманост“, индивидуално и во соработка со Општина Центар, Центарот „Нега“ како организациона единица на Црвениот крст на Град Скопје и од социјалното претпријатие „Нега плус“ основано во рамките на ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, но потребно е услугите да се развиваат понатаму. Граѓанскиот сектор во многу нешта е генератор на промените во системот на социјални услуги. Но, неговата улогата во голема мера зависи од поддршката од меѓународните агенции, како и од владините одлуки (Национална стратегија за деинституционализација 2018-2027).

5. КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ ВО СТАРОСТА

5.1. Дефинирање на поимот „квалитет на живот“

Во стручната литература за поимот квалитет на животот може да се најдат повеќе дефиниции и модели. Постојат и низа теории и прашалници за мерење на квалитетот на животот. Но, сè уште не постои целосно сложување околу дефиницијата на квалитетот на животот, ниту универзално прифатен златен стандард на мерење. Сепак, најчесто користена дефиниција е на Светската здравствена организација (World Health Organization, 1999; според Vuletić, 2011), која гласи: квалитетот на живот се смета за перцепција на позицијата на поединецот во специфични културолошки, општествени и средински контексти. Една од сеопфатните дефиниции на квалитетот на живот ја предлагаат Felce и Perry (Felce & Perry, 1993; според Vuletić, 2011) според кои квалитетот на живот е целосна и општа благосостојба која вклучува објективни услови и субјективно вреднување на физичката, материјалната, социјалната и емотивната благосостојба, вклучувајќи го личниот развој и целисходна активност, а сè гледано низ личниот систем на вредности на поединецот.

Cummins (Cummins, 1997; според Podgorelec, 2003; 2004) го дефинира квалитетот на живот како мултидимензионален концепт наведувајќи дека квалитетот на живот ги опфаќаат објективните и субјективните компоненти, при што секоја е составена од седум категории: материјална благосостојба, здравје, продуктивност, интимност, сигурност, благосостојба на заедницата и емоционална благосостојба. Објективниот домен ги опфаќа културолошко релевантните елементи на објективната благосостојба, додека субјективниот го содржи задоволството од животот, мерено според важноста која ја има кај секоја поединечна индивидуа (Podgorelec, 2003; 2004).

Според Шалок (Schalock, 2004), квалитетот на живот е спој на субјективни и објективни компоненти и е составен од осум области: физичка благосостојба, емоционална, материјална, меѓучовечки односи, личен развој, самоопределување, вклучување во општеството и во правниот систем.

Често како синоним за квалитет од животот се земаат поимите како: задоволство од живот, среќа, субјективна благосостојба. Неретко, кога сакаме да опишеме среќна личност, најчесто ќе речеме дека тоа е задоволна личност, која води квалитетен живот. Меѓутоа, за да некое истражување биде научно истражување, тоа мора да ги задоволи

основните методолошки принципи, а тоа е добра операционализација на предметот на мерење. Затоа е неопходно да се разликуваат поимите.

Со поимот квалитет на живот се служат стручњаци од различни области кои му даваат и различни значења. Во психолошката литература квалитетот на живот се толкува како своевидна трајна проценка на задоволството од животот, а проценката на задоволството од животот пак се заснова врз евалуација на квалитетот на живеење во различни подрачја (работа, пензионирање, социјални активности, меѓучовечки односи, емоционални врски и сл.).

Krizmanić и Kolesarić (Krizmanić & Kolesarić, 1989) го дефинираат квалитетот на живот како субјективно доживување на сопствениот живот, зависно од објективните околности во кои живее личноста, карактеристиките на личноста кои влијаат на доживувањето на реалноста и нејзиното специфично животно искуство. Објективните димензии се однесуваат на мерливите објективни услови на живот (на пр. бруто националните приходи, достапноста на различни служби и услуги), додека субјективниот квалитет на живот се однесува на личната проценка за задоволството од различните состојби како што се здравјето, социјалните односи, интимните односи, материјалната благосостојба и сл. Квалитетот на живот на поединецот зависи од неговите можности за надоместување на недостатоците кои го оптеретуваат и користењето на предностите кои му се достапни, што овозможува постигнување на рамнотежа помеѓу очекувањата и реализацијата. Сето наведено едноставно упатува на тоа дека е невозможно да се процени квалитетот на живот на поединецот само врз основа на познавање на објективните услови во кои живее или објективните потешкотии кои го оптеретуваат како што се старост, болест или грижа за друго лице.

Чувството на среќа, според некои автори опфаќа покрај задоволство од животот и уште некои елементи како надеж, емоционална стабилност, постоење на морални начела. Авторите го изедначуваат поимот субјективна благосостојба и среќа. Среќната личност ја опишуваат како психички и социјално прилагодена што значи дека личноста има висока самодоверба, емотивна стабилност и е социјално вклучена.

Diener (Diener, 1984) наведува дека повеќето автори субјективната благосостојба ја ставаат хиерархиски на повисоко ниво отколку што е тоа со задоволството од животот. Под поимот на субјективна благосостојба ја сметаат когнитивната проценка (задоволство од животот) и компонентата на чувства (среќа). Bradburn, кого го цитираат Costa и McCrae (Costa & McCrae, 1980), изјавува дека среќата произлегува од рамнотежата на позитивните и негативните чувства.

Penezić (Penezić, 1999) во својот магистерски труд ги наведува Маркеновите шест компоненти на субјективна благосостојба:

- психолошка благосостојба (субјективно искуство на личните перцепции, мислења, сеќавања, желби и емоции);
- физичка благосостојба (вклучува позитивна телесна слика, одсуство на болка, континуирана сензомоторна осетливост);
- социјална благосостојба (вклучува квалитативно задоволувачки односи со одреден број на луѓе и вклученост во поширок социјален контекст);
- материјална благосостојба (вклучува евалуација на материјалните животни услови);
- културолошка благосостојба (се однесува на цела низа на објекти, јазици, стилови, комуникација, вредности и многу производи на човековото општество);
- егзистенцијална благосостојба (вклучува прашања за смислата на животот).

Авторот Ryff (Ryff, 1989; според Penezić, 1999) има поинакво видување за субјективната благосостојба и сметаат дека таа вклучува самоприфаќање, позитивни односи со другите, автономност, управување со околината, поседување на цел за живеење и личен раст.

Авторите Despot – Lučanin, Lučanin i Petrak (Despot - Lučanin, Lučanin i Petrak, 2005), ја издвојуваат социјалната поддршка, самопроцената на здравјето, функционалната способност, потребите од социјални услуги и придонесот на социјалните услуги како показатели за квалитетот на живот.

Квалитетот на животот во староста се поврзува со поимите: успешно стареење, позитивно стареење и здраво стареење (Baltes, 1993; Johnson, 1995; Rowe & Kahn, 1997; според Walker, 2007). Воедно квалитетот е поврзан и со доброто телесно здравје и функционалност.

Квалитетот на животот во староста поврзан со здравјето се однесува на степенот во кој телесната дисфункционалност, болката и nelaгодноста го ограничуваат секојдневното однесување на луѓето, нивните социјални активности и психичката добросостојба според оцената на самата личност (Lawton, 2001). Истражувањата покажуваат дека старите луѓе ја прилагодуваат хиерархијата на своите потреби солгласно со својата состојба, на начин што самопочитувањето, достоинството и контролата над сопствениот живот стануваат поважни за квалитетот на живеење од телесното здравје. Некои луѓе добро живеат и покрај слабото здравје и обратно.

Факторите стрес, социјална поддршка и други, имаат важна улога во одредување на квалитетот на стареењето (Ory et al., 1992; според Despot Lučanin, Lučanin & Havelka, 2006), па според тоа во новите истражувања сè повеќе се нагласува поимот на субјективното здравје.

5.2. Активно, здраво и успешно стареење како предуслов за квалитет во животот на старите лица

Се смета дека подготовката за здраво стареење е овозможена и започнува со јавните здравствени политики и практики со кои се поддржува добросостојбата во текот на целиот животен циклус. Здравото стареење подразбира промоција на социјална партиципација, грижа, самоисполнителност и дигнитет на старите лица, како и промоција на практиките на активно стареење. Притоа, не треба да се занемари уште еден важен елемент на пристапот активно стареење кој се однесува на постоење услуги за рехабилитација, домашна помош, домашна нега, односно услуги со помош на коишто би се намалиле трошоците, би се избегнала трајната зависност меѓу старите лица и би се зајакнал квалитетот на животот (European Commission, 1999).

Активното стареење значи „процес на оптимизирање на можностите за здравје, учество и безбедност со цел да се подобри квалитетот на животот во староста“ (WHO, 2002: 12, според UN, 2019). Овој концепт е изграден на три главни столба: здравје, учество и безбедност. Клучни за активното стареење се одржувањето на автономија, независност, квалитет на живот и здрав животен век. Овој концепт вклучува мултидимензионални аспекти на активното стареење, како што се социјални, економски, културни, духовни и граѓански работи. Покрај тоа, поимот активно стареење вклучува активности на индивидуално ниво, како што е учење и учество во социјални активности и вработување. Рамката воведена од Светската здравствена организација (2002) ги идентификува детерминантите кои се поврзани со активно стареење. Различните променливи што влијаат на активното стареење ги вклучуваат следниве фактори и нивните главни компоненти (види графикон 10):

- **фактори на здравствени и социјални услуги** под кои се подразбира промоција на здравјето и превенција од болести, долгорочна заштита и примарна заштита;
- **индивидуални фактори во однесувањето** подразбираат физичка

активност, здрава исхрана, престанок на пушењето, конзумирање алкохол и лекови во умерени количини;

- **лични фактори** подразбираат биолошки, генетски и психолошки фактори;
- **физички фактори** на животната средина подразбираат безбедно домување, квалитет на вода, воздух, храна и превенција од повреди;
- **социјални фактори** подразбираат социјална поддршка, човекови права, насилство, злоупотреба, образование и писменост;
- **економски фактори** подразбираат приход, социјална заштита и труд;

Активното стареење е во согласност со зголеменото истакнување на правото на автономност и избор при стареењето, без разлика на физичкото и менталното опаѓање, бидејќи од активното стареење бенефиции има и единката и општеството (N.R.Нооупан, Н.А. Кјуак, 2008:7; според UN, 2019). Со оваа дефиниција се отфрла ставот за староста како период на пасивност во семејството, општеството, заедницата, религиозниот и политичкиот живот.



Графикон 10. WHO фактори кои го одредуваат активно стареење

Извор: Active Ageing – A Policy Framework (WHO, 2002)

Терминот *здрavo стареење* се однесува на „процес на развивање и одржување на

функционалните способности што овозможува благосостојба во постара возраст“ (WHO, 2015; според UN, 2019). Здравото стареење е повеќе од само отсуство на болест. Од најголемо значење е овозможувањето на околината да помага во одржување на функционална способност. Зборот „здрав“ не се однесува само на физичкото здравје, туку вклучува и ментално здравје. Оттука, концептот на здраво стареење не е фокусиран на морбидитет сам по себе, туку на спречување или одложување на факторите поврзани со стареењето кои влијаат на функционалната способност, менталната благосостојба и социјалните врски во староста. Овозможената околина вклучува безбедност, врски и автономија што помага во одржување на здравствениот статус во подоцнежниот живот (Zaidi et al., 2017; според UN, 2019). Друга карактеристика е тоа што концептот на здраво стареење се гледа од перспектива на животниот век (WHO, 2015 година; според UN, 2019), со следниве карактеристики:

- Функционална способност: здравствени аспекти кои им овозможуваат на луѓето да го прават она што сакаат;
- Внатрешен капацитет: физички и ментални капацитети на една личност;
- Животна средина: контекст на животот, вклучувајќи дом, заедница и општество. Фактори кои влијаат врз животната средина се односите, ставовите и вредностите, здравството и социјалната политика и социјалните системи и институции и
- Благосостојба: среќа, задоволство и исполнување.

Концептот на *успешно стареење* е составен од три фактори кои се смета дека имаат хиерархиска врска. На пример, низок морбидитет и отсуството на нарушувања поврзани со болести одржува висока ментална и физичка функција, додека одржувањето на висока ментална и физичка функција овозможува активен ангажман со животот. Првиот фактор е избегнување и отсуство на болест и инвалидитет, не само за постигнување на состојба без болест во подоцнежниот живот, туку вклучува намалување на факторите на ризик за заболувања и инвалидитет во текот на претходните фази од животот и средната возраст. Оттука, превентивните мерки се потенцираат истакнувајќи ја важноста на перспективата на животниот тек во промовирањето на успешно стареење, додека постојаното следење на здравствената состојба, физичката активност и начинот на однесување се во насока на намалување на ризик факторите. Вториот фактор е високо когнитивно и физичко функционирање, со кој се потенцира дека физичкото и менталното здравје се потребни заради одржување на високо ниво на функционалност и

активност, кои пак се неопходни за постарите лица да живеат самостојно и со достоинство. Третиот фактор е активниот социјален ангажман во животот, кој подразбира одржување на односите со други лица, како и вклучување во социјални активности. Одржувањето на блиска врска со други дава чувство на припадност во постара возраст и процесот на успешно стареење помага во одржување или повторно откривање на човечките односи и социјалните активности.

Овие концепти се инкорпорирани не само во меѓународните акти кои се однесуваат на старите лица, туку и во националните законодавства на многу земји, од причина што придонесуваат кон подобар квалитет како за животот на старото лице, така и кон подобро функционирање на општеството.

5.3. Задоволство од животот во староста

Задоволството на животот се однесува на процесот на процена, во кој поединците го проценуваат квалитетот на својот живот врз основа на сопствениот и единствен збир на критериуми (Shin & Johnson, 1978; според Pavot & Diener, 1993, 2008). Задоволството од животот е свесна когнитивна процена на нечиј живот во кој критериумите за проценката зависат од самото лице. Задоволството од животот поврзано е со психичкото здравје на личноста. Се однесува на целокупната проценка на животот на личноста или на споредбата која одразува перципирано неускладеност помеѓу тежнењата и постигнувањата на личноста. Тоа најчесто се дефинира како когнитивен процес во кој човекот го проценува квалитетот на својот живот во согласност со сопствениот единствен сет на критериуми (Kaliterna Lipovčan & Prizmić Larsen, 2006; Pavot & Diener, 1993; според Penezić, 2006).

Lucas и соработниците (Lucas et al., 1996) го дефинираат задоволството од животот како глобална евалуација на личноста за својот живот. Дефиницијата покажува дека при евалуација на задоволството од животот личноста испитува одредени аспекти од својот живот, го споредува доброто со лошото и доаѓа до севкупна проценка на задоволството од животот. Затоа може да се претпостави дека глобалната природа на оваа проценка е донекаде стабилна и дека не зависи целосно од состојбата на чувствата на лицето во моментот на проценката.

Позитивните проценки на задоволството од животот се поврзуваат со среќата и постигнувањата на „добриот живот“, додека од друга страна негативните евалуации на

задоволство од животот се поврзуваат со депресија и несреќа (Proctor, Linley & Maltby, 2009; според Kovčo, Novak & Križan, 2016).

Кога зборуваме за задоволството од животот на лицата од постара животна доба, можеме да кажеме дека тоа во голема мера е поврзано со концептот на „успешно стареење“, бидејќи се претпоставува дека задоволната личност ќе ја прифати сопствената реалност на стареењето (Jang, 2004; според Kim & Sok, 2013). Уште порано, Kimmel (Kimmel, 1990; според Brajković, 2011) ги изнел резултатите кои се однесуваат на задоволството од живот како мерка за прилагодување на стареењето. Овие проблеми ги проучувале и други автори.

Когнитивната теорија на стареење на Hans Thoma (Thoma, 1992; според Lučanin, 2003) исто така смета дека задоволството од животот и субјективната благосостојба покажуваат воспоставување на психофизичка рамнотежа на старото лице, при што наведува три постулати на прилагодување кон стареењето:

- Прилагодувањето е поврзано со перцепција на промените, а не со објективната промена;
- Промените се перципираат, помнат во склад со сопствените очекувања;
- Прилагодувањето на лицата на животните предизвици и проблеми во староста зависи од постигнатата рамнотежа меѓу когнитивните и мотивациските структури на личноста.

Врз основа на проучувањето од други автори може да се каже дека задоволството од животот на старите лица претставува потенцијален показател на успешното стареење и добро психолошко прилагодување на стареењето (Baltes, 1997; Gerstorf, Ram, Röcke, Lindenberger & Smith, 2008; Gow, Pattie, Whiteman, Whalley & Deary, 2007). Бројни истражувања се обиделе да дадат одговори на тоа што ги прави старите задоволни во животот. Abu-Bader, Rogers и Barusch (Abu-Bader, Rogers & Barusch, 2002) истакнуваат дека карактеристиките на средината, социјалната поддршка, цртите на личноста, самопочитта, физичкото здравје, финансиите и контролата на факторите влијаат на задоволството од животот. Hellstrom, Person и Hallberg (Hellstrom, Person & Hallberg, 1998; според Vuletić & Stapić, 2013) истакнуваат дека задоволството на старите лица зависи од социо-демографски фактори (возраст, семеен статус, образование), различна помош и поддршка, разновидност на активностите со кои се занимаваат и социјалните и факторите на средината. Brajković (Brajković, 2010) зборува дека задоволството од живот зависи од местото на живеење на лицето и наведува дека оние што живеат во

пензионерски домови се позадоволни од својот живот од оние кои живеат во сопствени домови. Заминувањето во пензионерски дом дава чувство на сигурност, чувство дека некој се грижи, ги намалува грижите од секојдневните ситуации со кои се среќава старото лице кое живее во сопствен дом, на пример, плаќање сметки и друго.

Ако го разгледуваме задоволството од живот според возраста и полот на старите лица, некои автори наведуваат дека со зголемување на годините доаѓа до намалување од задоволството од живот (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn & Johansson, 2009; Meléndez, Tomás, Oliver & Navarro, 2009; Mroczek & Spiro, 2005). Од друга страна, Seligowski и соработниците (Seligowski, Pless Kaiser, King, L.A, King, D.W., Potter & Spiro, 2012) истакнуваат дека старата возраст има позитивен ефект на задоволство од животот кај оние кои поседуваат лични ресурси и имаат добро здравје. Според авторите Tomás, Sancho, Gutierrez и Galiana (Tomás, Sancho, Gutierrez & Galiana, 2014), старите луѓе се разликуваат во степенот на задоволството од животот, при што младите-стари искажуваат поголемо задоволство од животот отколку старите-стари. Спротивно на тоа некои автори сметаат дека до промената на задоволството на животот во функција на возраста воопшто не доаѓа (Ambrosi-Randić & Plavšić, 2008; Hamarat, Thompson, Steele, Matheny & Simons, 2002).

Брачната состојба (воспоставената брачна врска и квалитетот на врската) поретко е набљудувана како претпоставка за задоволството од животот. Меѓутоа, истражувањата покажуваат дека брачната состојба е силен предиктор на субјективната благосостојба. Лицата кои се во брак или кои живеат заедно во некоја форма на врска се позадоволни од животот отколку поединци кои живеат сами или не се во брак, кои се вдовци или разведени. Некои автори сметаат дека поединците кои се во брак имаат и подобро ментално здравје. Во истражувањето на Brajković каде брачниот статус на старите лица е земен како предиктор за задоволството од животот се претпоставувало дека поединците кои се во брак или кои живеат заедно во некој вид на врска се позадоволни од животот од поединци кои живеат сами, кои не биле во брак, вдовци или разведени (Brajković, 2010). Но, сепак истражувањето не ги потврдило овие претпоставки. Разлики се најдени само кај оние испитаници кои се со деца и без деца, каде како резултат е добиено дека оние со деца се позадоволни од оние кои немале деца.

Кога зборуваме за влијанието на полот врз задоволството од животот меѓу старите лица, резултатите се различни. Жените, особено немажени или вдовици имаат повеќе психосоматски проблеми, помалку се задоволни од сопствениот живот и се подепресивни од мажите. Истражувањето на Cappeliez (Cappeliez, 1989), наведува дека

се различни факторите за појава на депресија во старата возраст: женски пол, низок социо-економски статус, претходни депресивни епизоди, брачна состојба (немажена, вдовица, разведена). Со други истражувања се утврдило дека не постојат полови разлики во задоволството од животот кај старите лица (Ambrosi-Randić & Plavšić, 2008; Brajković, 2010; Tomàs et al., 2014). Сепак може да се каже дека задоволството кај мажите е поврзано повеќе со физичката сила, практикување на хоби, образование, социјалното опкружување и поддршка, додека кај жените е поврзано со здравјето и секојдневните животни активности (Ambrosi-Randić & Plavšić, 2008).

Треба да се истакне и важноста на социјалните активности и интеракцијата кај старите луѓе кои со стареењето сè повеќе се ограничени, а пак од друга страна се од голема важност за успешното стареење, односно за задоволството од животот во староста. Социјалната поддршка и социјалната партиципација имаат докажано значење за зачувување на добрата состојба во староста и се помеѓу најпроучуваните психосоцијални фактори поврзани со здравјето и должината на животот на старите лица (Dalgard & Lund Naheim, 1998; Silberman et al., 1995; според Despot Lučanin & Lučanin, 2010).

Оправдано е да се повлече паралела помеѓу задоволството од животот и успешното прилагодување на пензионирање, претпоставувајќи дека лицата кои се задоволни со сопствениот живот успешно се прилагодиле на новата животна улога – улогата на пензионер. Резултатите од низа на истражувања кои се поврзани со прилагодувањето на пензионирањето се контрадикторни, а некои од причините можат да бидат токму тие што не постои јасна операционализација на поимот успешно прилагодување на пензионирањето. Непостоењето на јасни ставови во општеството како ни општоприфатена теорија која би објаснила што сè вклучува успешното прилагодување на пензионирањето, дополнително придонесува кон создавањето збрка во геронтолошките истражувања. Затоа, на секој автор му се остава избор да одлучи што ќе подразбира под успешно прилагодување на пензионирањето, при што е нужно да се води сметка за јасна операционализација на одбраниот конструкт.

Acton (Acton, 1994) и Argyle (Argyle, 1997) го поврзуваат задоволството од животот со депресијата, менталното здравје, себедефинирање, смиреност, самопроценката, општото здравје, целите, моралот, виталноста, личната контрола, самопочитувањето, грижите, стресот, отуѓеноста, социјалната поддршка, семејното функционирање, среќата, брачното и родителското задоволство, задоволството од работата и напорите.

Од сето погоре наведено може да се заклучи дека квалитетот на живот кај старите лица е поврзан со многу фактори, но сепак задоволството од животот како субјективен фактор има доминантна улога во успешното стареење. Во таа насока, задоволството од животот води кон тоа старите лица полесно да го прифаќаат стареењето како убав период од животот.

5.4. Стратешки правци во Република Северна Македонија за унапредување на квалитетот на животот во староста

Квалитетот на животот на старите лица се осигурува со имплементација на стратешките цели кои се однесуваат на пензиското и инвалидското осигурување, здравствено осигурување, мерките на социјална заштита, како и остварувањето на човековите права во староста и спречување на дискриминацијата по основ на староста.

Креирањето на социјалната политика во Република Северна Македонија во однос на старите лица и подобрувањето на нивниот квалитет на живот е опфатена со Законот за социјална заштита и Законот за социјална сигурност на старите лица. На овие законски акти, се надоврзува Националната стратегија за стари лица на РМ 2010-2020, која е во согласност и со другите национални стратегии во државата, како и со меѓународната правна рамка на Европската Унија. Стратегијата го уважува правото на човекот за индивидуално однесување и избор, во контекст на основните права на сегашното и потребите на идното население. Преку социо-економски развој таа овозможува да се создадат сеопфатни, одржливи и изедначени можности за развој на поединците. На овој начин се гарантираат стратешките определби на нашата земја да се движи во рамките на вредностите, нормите и социјалните права кои се карактеристични за Европскиот регион, посебно во однос на Стратегијата за одржлив развој на Европската Унија.

Визијата на стратегијата за стари лица се однесува на овозможување на подобрување на квалитетот на живот на старите лица во РСМ, односно подобрување на нивниот социо-економски статус, достапност на ресурсите во животната средина и интеграција во општествената средина, независно од пол, возраст, место на живеење и етничка припадност, почитувајќи го притоа правото на индивидуален избор. Мисија на истата е да создаде интегрална и координирана политика за заштита на старите лица насочена кон подобрување на нивниот социјален и економски статус, зајакнување на

општествената кохезија, поттикнување и одржување на нивната независност, спречување на нивната маргинализација и развивање и зајакнување на системот на здравствена заштита.

Стратегијата, како и што се препорачува во Резолуцијата 46/91 на ОН за правата на старите лица од 1991 г., се залага за примена и почитување на меѓународно утврдените принципи. Принципот на независност подразбира живот во средина која може да се прилагоди кон задоволувањето на личните потреби, променетите способности на старите лица и достапност на ресурсите поради задоволување на потребите. Примената на принципот на општествена активност овозможува старите лица да останат активен и составен дел на општеството, во согласност со нивните интереси и способности. Принципот на заштита на старите лица стратегијата го третира преку неформалната заштита, која треба да ја обезбеди семејството во кое живее старото лице, роднини, пријатели и соседи, како и преку формална заштита која треба да ја обезбедат институциите во државата (социјална, здравствена, образовна и сл). Самоисполнувањето и достоинството се следни принципи за кои се залага Стратегијата и кои треба да овозможат искористување и целосен развој на потенцијалите на старите лица во средината во која живеат и да се овозможи достоинствен и сигурен живот на старите лица преку заштита од сите видови на насилство и дискриминација. Главната стратешка цел на стратегијата е подобрување на квалитетот на животот на старите лица. Стратегијата има и посебни стратешки цели, кои имаат посебни мерки и резултати:

1. Подобрување на системот на социјална заштита за старите лица во насока на подобрен систем за остварување на права и услуги од социјална заштита. Мерки на првата стратешка цел се: воведување на систем за евиденција на старите лица кои се корисници на социјални услуги, зголемување на капацитетите за институционално сместување, отварање на мали групни домови за стари лица со ментална и телесна попреченост, отварање на центри за дневно и привремено прифаќање на стари лица, обезбедување на топол оброк за стари лица во ризик, отварање на центри за давање помош во домашни услови, отварање на советувалишта за психо-социјална поддршка на стари лица, поттикнување на развој на специјализирачки згрижувачки семејства, поттикнување на меѓугенерациска солидарност, преземање мерки за спречување на злоупотреба и насилство, информирање на старите лица и нивните семејства за правата и услугите од социјална заштита и поттикнување на меѓуопштинска соработка во остварувањето на правата и услугите од оваа сфера во локалната заедница. Спроведувачи на оваа стратешка цел, согласно Стратегијата се Министерство за труд и

социјална политика, ЈУ Завод за социјални дејности, Министерство за здравство, Министерство за правда, Министерство за локална самоуправа, Заедница на единиците на локална самоуправа и невладини организации.

2. Развивање и зајакнување на системот на здравствена заштита во делот на заштита на старите лица во насока на подобрен пристап до установи и услуги од здравствена заштита. Втората посебна стратешка цел опфаќа дел од следните мерки: промоција на здравјето, здравствена едукација и превенција, информирање на старите лица за ризиците од нездрава храна и физичка неактивност и употребата на средства на зависност, обезбедување на еднаков пристап до здравствените услуги за постарите лица во руралните и оддалечени области, подобрување на нивото на превенција и рано откривање на менталните и сродни болести, обезбедување на еднаква дистрибуција на ресурси за одржување на здравјето и рехабилитација на старите лица, особено во оддалечените и руралните области, зајакнување на улогата на здравствениот сектор во домашното лекување на стари и изнемоштени лица, подобрување на услугите во геријатриските центри и отварање на нови и унапредување на квалитетот на здравствени услуги и обука на помлади членови од семејството за спроведување на палијативна грижа за стари лица во домашни услови. Спроведувачи на овие мерки се Министерството за здравство, Министерство за труд и социјална политика, Министерство за локална самоуправа и единиците за локална самоуправа.

3. Интеграција на старите лица во општествениот живот во насока на зголемена интеграција на старите лица во сите сфери на општествениот живот. Третата посебна стратешка цел ги вклучува и следните мерки: искористување на искуството на старите лица и нивно вклучување во креирањето на политики и донесување на одлуки на сите нивоа, основање на културни друштва за стари лица, стимулирање на меѓуопштинска соработка со цел вклучување на старите лица во општествениот живот, достапност до културни настани, учество во системот на доживотно учење, размена на искуства и знаења помеѓу генерациите, спроведување на програми за активно користење на слободното време, обезбедување на домување, инфраструктурно подобрување во руралните средини, подобрување на достапноста на превоз, подготовка на лицата пред пензија за животот во староста, развивање на поволности за приватните лица и субјекти кои ќе се вклучат во грижата за старите лица. Спроведувачи на оваа стратешка цел, согласно Стратегијата се Министерство за труд и социјална политика, ЈУ Завод за социјални дејности, Министерство за образование и наука, Министерство за здравство, Министерство за транспорт и врски, Министерство за локална самоуправа, единиците

на локална самоуправа и невладини организации (Национална стратегија за стари лица на РМ 2010-2020).

Стратегијата претставува значаен исчекор во унапредување на општествениот статус и активното и здраво стареење на старите лица во РМ, а нејзиното спроведување неспорно води кон подобрување на квалитетот на животот во староста. Принципите кои ги воспоставува во контекст на нејзината реализација се насочени токму кон унапредување на општествениот статус на повозрасното население, преку поттикнување на независноста (живеење во соодветни услови што ќе ги промовираат способностите на овие лица), достапност до ресурсите на општеството, поттикнување на општествената активност и формална и неформална заштита.

Дел од начелата од Резолуцијата 46/91 на ОН се вклучени и во Националната стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во РМ (2010-2020), со тоа што се уредени мерките за развивање на вонинституционална социјална заштита, долготрајна нега, здравствена заштита, транспорт и др. Целта на предвидените мерки е намалување на социјалната исклученост, односно социјално вклучување на сиромашните, во кој значаен удел има старата популација.

Основната цел на Националната програма за развој на социјалната заштита 2011-2021 е интегриран и одржлив систем на социјална заштита, кој ќе обезбеди достапни, ефикасни и квалитетни мерки и услуги, адаптирани на потребите на корисникот. Како посебни цели од интерес за старите лица се издвојуваат:

- реструктурирање на институционалната поставеност на системот на социјална заштита, во насока на раздвојување на администрирањето на правата на парична помош и социјални услуги;

- развој на социјална превенција како координирана и континуирана активност на локално ниво;

- зајакнување на вонинституционалната заштита преку развивање на постојните и воведување на нови видови социјални услуги согласно со потребите на граѓаните, како и унапредување на начелата за нивно обезбедување и доставување;

- зголемување на квалитетот на услуги и создавање на услови за намалување на зависноста од институционална заштита преку развивање на алтернативни форми на заштита;

- продолжување на веќе започнатите процеси на децентрализација, плурализација и деинституционализација на социјалната заштита;

- унапредување на модалитетите за реализација на јавно-приватно партнерство во социјалната заштита.

Со Стратегијата е предвидено општините да бидат носители или учесници во голем дел од активностите, односно се предвидува подобрување на заштитата и достапноста на услугите во локалната заедница. Општините треба поставените цели на национално ниво да ги конкретизираат на локално ниво, на начин што ќе ги имаат предвид потребите на граѓаните на своето подрачје при изготвувањето на програмите за социјална заштита.

Со Стратегијата за демографски политики на РМ 2015-2024, како подрачје на делување за подобрување на демографските трендови се наведуваат и политиките за активно стареење и меѓугенерациска солидарност. Приоритетите на оваа политика се подобрување на здравствените и социјалните услуги, доближување на јавните услуги до постарите лица и обезбедување на предуслови за доживотно учење, активно стареење и меѓугенерациска солидарност.

Имплементацијата на горенаведените акти води кон подобрување на системот на социјални услуги за старите лица, а со тоа и на подобрување на квалитетот на животот во староста. Со оглед да во сите претходно споменати национални стратегии се истакнува децентрализацијата и деинституционализацијата на социјалните услуги, неспорно од особена важност е Националната стратегија за деинституционализација 2018-2027, со која се утврдува фактичката состојба на социјалната заштита и насоките кон нејзино деинституционализирање, за што ќе стане збор во следното поглавје.

5.5. Деинституционализацијата во функција за подобар квалитет на живот на старите лица

Процесот на деинституционализација се спроведува последните дваесетина години, но во досегашниот тек истиот нема континуитет и засега има скромни резултати. Конечната цел на процесот е пренос на услугите на начин што грижата од институција преминува во грижа од страна на заедницата. Со алтернативниот пристап до социјални услуги во заедницата, корисникот полесно може да добие поддршка во сопственото опкружување, во времето кога му се требаат и согласно неговите потреби. Оттука, со спроведувањето на деинституционализацијата се променува тежиштето од социјални услуги по мерка на системот во социјални услуги по мерка на граѓанинот, при

што се нуди можност за активно учество на корисниците во животот на заедницата и се јакне нивното лично достоинство, а со тоа и го унапредува квалитетот на животот во староста.

Успешната деинституционализација неспорно е во врска со успешната децентрализација. Децентрализацијата е поим кој е определен како префрлување на надлежностите од централната власт кон општините и други недржавни институции со цел стимулирање на работата на општините и поттикнување на развојот на регионално ниво.

По осамостојувањето во 1991 година, РСМ го продолжи континуитетот од претходниот систем со висок степен на централизација, а ваквата централизација негативно влијаеше врз локалниот развој, поради што се укажа потреба од неодојно започнување на процесот на децентрализација. Овој процес, поточно фискалната децентрализација, во Република Македонија започна во текот на 2004 година со донесување на Законот за финансирање на единиците на локалната самоуправа. По 2004 година, на општините им беше дадена можност и одговорност да ги развиваат социјалните функции на локално ниво, односно да креираат програми за задоволување на потребите на групите од социјален ризик. Законот предвидуваше можност општините да развиваат вонинституционални облици на заштита преку основање и организирање центри за дневно и привремено згрижување граѓани во зависност од нивните потреби, како и да организираат и да спроведуваат социјална заштита за граѓаните од своето подрачје преку донесување сопствени развојни програми согласно со специфичните потреби. Со Законот за социјална заштита од 2009 година се вовеле обврзувачкиот елемент според кој општината е должна развојните програми да ги усогласи со стратешките програми на Министерството за труд и социјална политика. Воведувањето на процесот на децентрализација наметна предизвици на единиците на локалната самоуправа кои, пред сè, произлегуваат од неусогласеноста помеѓу големината на општината, опфатот на надлежностите, финансиските, кадровските и другите капацитети за планирање и имплементација на надлежностите, како и огромните разлики од аспект на развиеноста меѓу урбаниот и руралниот дел во рамките на една општина (Институт за човекови права, 2012).

Визијата на Националната стратегија за деинституционализација 2018-2027 е систем за испорака на услуги во кој правата на корисниците на услугите се примарни. Основно е согледувањето на индивидуалните потреби на старите лица, односно персонификација на услугите, социјална вклученост на корисниците и поддршката за

самостоен живот.

Деинституционализацијата се дефинира како затворање на институциите и развој на услугите во заедницата. Таа претставува процес на интегрирано планирање за трансформација на институциите, намалување на нивниот капацитет и/или нивна елиминација, со истовремено воспоставување услуги во заедницата, чија функција се темели на стандардите за човековите права. Самостојното живеење е главна цел на деинституционализацијата и не треба да се сфати како отсуство на зависноста од поддршка на друг. Во конкретниот случај, го означува сосема спротивното - потребата од поддршка за независно живеење и за контрола врз потребната поддршка, што значи „самостојно живеење со поддршка“, а се однесува и на самостојно живеење во заедницата (Национална стратегија за деинституционализација, 2018-2027).

Промената на заштитата од институционална во заедница не е само во промена на локацијата, туки и во начинот на обезбедување на услугите. За процесот нужно е учеството на разновидни даватели на услуги, а спектарот на услугите опфаќа пазарување, превоз, домување, образование, рекреативни активности и задоволување на други неопходни потреби.

Демографското стареење води кон зголемување на бројот на стари-стари лица, кај кои неизбежно е потребна помош за извршување на секојдневните активности заради овозможување на стареење на лицето во неговиот сопствен дом. Истовремено, поради секојдневните активности во модерното општество на членовите од семејството, неформалната семејна помош за овие лица се намалува, поради што истите или се изолираат или решение наоѓаат во институционалната заштита. Од причини што корисно како за општеството, така и за поединецот е продолжување на животот во сопствениот дом, се појавиле многу иницијативи кои нудат решенија за задржување на старите лица во сопствениот дом, преку проширување на социјалните услуги кои се однесуваат на старите лица, меѓу кои особено важно е вклучувањето на заедницата во давањето на грижа во домот. Ваквата помош особено се применува за лица кои се инвалиди, болни и неподвижни. Целта на оваа грижа, покрај грижата за поединецот е и помош на членовите на семејството на старото лице, од што произлегува дека мерките се ориентирани и кон помош на семејството како целина.

Помошта што им се пружа на семејствата каде живее старото лице им овозможува на старите лица да стареат во својот дом и поради тоа е тесно поврзан со концептот „старење во домот“, кој е клучен во постоечката филозофија на социјалните услуги (Ngan, et al., 1996 според; Борнарова, 2009). Високиот степен на децентрализација во

социјалната заштита во развиените земји ги вклучува во понудата за помош на старите лица во домашни услови локалната власт, доброволните организации и приватниот сектор, што е од голема важност за унапредување на квалитетот на живот во староста. За старо лице кое е здравствено неспособно и за семејството кое со таквата здравствена состојба не може без поддршка да се справи, услугите кои ги нуди локалната заедница се од клучна важност.

Во суштина значи дека доставувањето на услуги се врши главно поради овозможување на старото лице да остане дел од заедницата што е можно подолго, без оглед дали живее само или со семејството, наместо негово институционално згрижување надвор од заедницата на која е навикнато и на која ѝ припаѓа, што придонесува кон зголемување на квалитетот на неговиот живот.

Глобално постои стремеж кон намалување на институционализацијата и пронаоѓање на алтернативни решенија, а на институционализацијата се гледа како на последно решение за згрижување на беспомошните стари лица. Ова е последица на тоа што понудата за институционална заштита има ограничени капацитети, а побарувачката е превисока за да може да биде задоволена, па оттука е неопходно да се искористат ресурсите на локалната заедница и неопходната неформална грижа од страна на семејството. Старите лица кои се во добра здравствена состојба и способни самостојно да ги извршуваат секојдневните активности и имаат поддршка од семејството и други алтернативни извори на помош, се волни да стареат во домот. Тежнеењето кон живеење дома е близината на семејството, каде старите лица не се чувствуваат осамено и изолирано, што е во насока на јакнење на семејните вредности.

Деинституционализацијата и развојот на услуги во заедницата бараат нови начини на планирање, организирање и финансирање на давањето (нови) услуги за лицето - корисник, со цел да ја добива потребната поддршка во вообичаената средина. Се земаат предвид индивидуалните човечки потреби, амбиции и желби, кои ја прилагодуваат грижата според потребите на поединецот и ги зголемуваат изборот, контролата и моќта на самите корисници. Самата заедница треба да стане давател на грижа врз основа на потребите на нејзините членови преку спроведување микро проекти за услуги и активности кои ќе ѝ служат на целата заедница и за општо добро. На таков начин заедница ќе развие подобро разбирање за социјалната инклузија и за вредноста на лицата од ранливите групи како нејзини рамноправни членови корисници (Национална стратегија за деинституционализација, 2018-2027).

Стапката на институционалната заштита и во поразвиените земји е висока, па

поради тоа се преземаат мерки за намалување на зависноста од институционалното сместување. На пример, Данска, уште во 1987 година донела закон со кој се забранува натамошната изградба за домови за нега на стари лица. Во Финска се развива политика на промовирање на независно живеење на старите лица и намалување на институционалната заштита преку насочување на инвестициите кон отварање служби за отворена заштита, нега во домашни услови, дневни болници и дневни центри за стари лица. Крајна цел на политиката која се води во развиените земји е да се таргетираат институционалните услуги само за оние стари и изнемоштени лица кои не се во состојба сами да се грижат за себе, во сопствен дом ниту со помош на локалните социјални услуги (Аго, 1998; според Борнарова, 2009). Процентот на лица постари од 65 години кои примаат институционална грижа во Европската унија е во просек 3,3 %. Со 9,3 %, Исланд има највисоко ниво на лица (65 и повеќе години) кои примаат долготрајна институционална нега. Економската Комисија за Европа на Обединетите Нации (UNECE) проценува дека нордиските земји обезбедуваат поддршка во највисок процент на „изнемоштени постари лица“, заснована на модел на децентрализирано јавно обезбедување услуги за домашна нега. Норвешка, Финска, Шведска и Швајцарија пријавиле поддршка на институционална нега во удел помеѓу 5 % и 7 %. Во сите земји на UNECE за кои се достапни податоци, уделот на корисниците на резиденцијална долгорочната нега е многу понизок од уделот на корисници на домашна нега (EU, 2012).

Деинституционализација неспорно е поврзана и со развиената плуралната заштита. Плуралната заштита претставува достапност на алтернативна заштита во насока на задоволување на потребите на корисникот наместо институционалната заштита. Неопходна е институционалната заштита за најнемоќните стари лица кои се несамостојни за независен живот и покрај грижата во домот и во заедницата и ваквата заштита не е оспорувана од стручната јавност. Но, неспорно е дека постои и обратната ситуација, односно стари лица кои се згрижени институционално, а можат да ги остваруваат своите потреби самостојно или со поддршка во својот дом. Оттука, целите на деинституционализацијата се однесуваат најмногу на вонинституционално згрижување на оваа категорија на стари лица. Вонинституционалната заштита ќе биде успешна доколку потребите кои овие лица ги уживале при институционалната заштита, би биле задоволени со алтернативни облици на плуралната заштита. Плуралната заштита односно алтернативните извори на услуги и задоволувањето на потребите на локално ниво и во домот, водат кон зголемување на квалитетот на животот во староста.

Нужно е избегнување на практикување на сместување во установи за вон-семејна заштита, освен за несамостојните стари лица. За полусамостојните и независните, кои со мала помош преку системски решенија би можеле да останат во својата природна средина, потребна е понуда на алтернативни услуги. Ваквата пракса води кон економичност на ресурсите, а воедно е и хумана кон старите лица и води кон подобрување на квалитетот на животот на старите лица. Оттука, социјално-заштитната инфраструктура на локално и регионално ниво (центрите за социјална работа, постојните институции, дневните центри и граѓанските организации) неопходно ќе треба да се насочат кон заедницата и да го променат својот начин на работа во насока на ефективен и ефикасен одговор согласно потребите на корисниците. Потребно е давателите на услуги да остварат посилен контакт и врска со заедницата, заради нивна присутност на локално ниво и непрекината комуникација со членовите на заедницата.

Според горенаведеното, доследното спроведување на деинституционализацијата неспорно ќе придонесе кон збогатување на изборот на услуги во домот и заедницата и ќе има позитивно влијание врз развивањето на континуумот на долгорочна заштита, а со тоа ќе им овозможи на старите лица да останат активни членови на општеството, што е важен предуслов за унапредување на квалитетот на животот во староста.

ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ

1. МЕТОДОЛОШКА РАМКА

1.1. Проблем на истражувањето

Староста претставува долг период во животот на човекот кој ја наметнува потребата од проучување на сите аспекти кои го следат. Периодот на стареење најчесто се поврзува со заминувањето во пензија и претставува сериозен пресврт во животот на старите лица, како од економски, така и од социјален и здравствен аспект.

Животот во староста се надоврзува на животот во активниот период, но воедно доведува до многу нови активности кои водат кон промени во личниот живот и во непосредната социјална мрежа на поединецот. Основниот акцент кај овие социјални промени пред сè е ставен на адаптацијата во средината која во голема мера се разликува од средината во која што човекот го минал својот активен работен век. Затоа, заминувањето во пензија без соодветна подготовка, иако претставува посакувана состојба, претставува и предизвик кон нова, непозната ситуација и кон напуштање на голем број активности со кои бил исполнет неговиот живот. Човекот сфаќа дека е потребно да се посвети самиот на себе, да создаде проценка како на неговите работни способности, така и на здравствената состојба и да се насочи кон нови, непознати активности и интереси што влијаат врз квалитетот на неговото живеење. Во таа насока, од големо значење е потребата од соодветно прифаќање, поддршка и едукација со која ќе се предвидат новонастанатите состојби и ќе се постигне соодветна адаптација на новите услови во староста.

Условите за живеење во староста се однесуваат на повеќе димензии кои произлегуваат како од проблемите со кои се соочуваат старите лица, така и од адаптацијата на состојбите во кои што живеат, вклучително и од психолошката димензија за новата улога во семејството и општеството. Исто така, има потреба и од поголема посветеност во грижата за здравствените проблеми, како и од познавање на правните прописи, со кои се реализира општествената, социјалната и здравствената заштита на оваа категорија лица. Овие потреби и потешкотии претставуваат основа која ја сочинува суштината на социјалните и здравствените услови за живот во староста. Настојувањето на општествената заедница за создавање на квалитетни животни услови претставува основна и појдовна димензија на старите лица во адаптирањето и грижата на сите нивоа на општественото живеење (форми, институции, регулативи и програми)

т.е. првенствено во севкупната политика во социјалната и здравствената заштита на старите лица. Исто така, потребно е да се потенцира и аспектот на услугите за старите лица кои се составен дел на системот на заштита, во зависност од местото каде се реализираат истите (во домот на старото лице, во локалната заедница и вон-семејството).

Оттука, основен проблем кој се наметнува во овој труд е прашањето: Дали и како социјално-здравствениот статус на старите лица ги определува потребите од адекватни услуги за унапредување на квалитетот на животот во староста?

1.2. Предмет на истражувањето

Животните услови на старите лица се карактеризираат со специфични состојби кои претставуваат основа за организирање и реализирање на креативна социјална и здравствена политика. Правилната проценка на животните услови од социјален и здравствен аспект, им помага на старите лица да се подготват за староста, да ги прифатат промените, како и да ги мобилизираат своите внатрешни сили за полесно и подостоинствено да го пребродат овој период од животниот циклус. Реалноста поврзана со социјално-здравствените животни услови во староста е од значење и за креаторите на политиката со чија имплементација значително би можел да се унапреди квалитетот на животот во староста. Животните услови се зависни како од личниот статус на старите лица, така и од степенот на развој на општествената заедница. Способноста за прифаќање на состојбите, адаптацијата и активностите се условени пред сè од личните својства на старите лица (возраста, полот, етничката припадност, семејниот статус, образованието, здравјето и други релевантни индикатори).

Животните услови во староста се мултидимензионални и во однос на општествените услови и општествената заштита. Во рамките на општествената заштита, пред сè, значајно место зазема социјалната заштита и достапноста до услугите за грижа и заштита (клубови, дневни центри, советувашишта, пензионерски домови, домови за нега и други). Здравствената заштита пак, како дел од општествената грижа, има значајна улога во поддршката и помагањето во животот на старите лица преку сите релевантни чинители, како на локално, така и на државно ниво, особено преку мерките на превенција.

Оттука, предмет на овој магистерски труд е проучување на социјалниот и здравствениот статус на старите лица во Република Северна Македонија и неговото влијание врз потребите на старите лица од различни услуги.

1.3. Цел на истражувањето

Основна цел на истражувањето е да се анализира социјалниот и здравствениот статус на старите лица во Република Северна Македонија и неговото влијание врз обликување на потребите на старите лица од различни услуги за унапредување на квалитетот на живот во староста.

Посебни цели на истражувањето се:

- Да се проучат политиките и мерките на социјална заштита на старите лица;
- Да се проучат политиките и мерките на здравствена заштита на старите лица;
- Да се проучат социјалните и здравствените услуги во системот на социјална и здравствена заштита на старите лица;
- Да се анализира социјално-здравствениот статус на старите лица и потребите на старите лица за услуги во домот, во заедницата и вон – семејството;
- Да се анализира социјално-здравствениот статус на старите лица и неговото влијание врз квалитетот и задоволството од животот на старите лица;

1.4. Хипотези

Основна хипотеза:

1. Социјално - здравствениот статус на старите лица ги определува потребите од услуги за унапредување на квалитетот на живот во староста.

Посебни хипотези:

- 1.1. Поголемата возраст на старите лица упатува на намален функционален капацитет за вршење на основните активности од секојдневниот живот.
- 1.2. Постојат разлики во функционалниот капацитет за обавување на инструменталните активности кај старите лица според полот.
- 1.3. Како се зголемува возраста, така се зголемува и присуството на болести во староста.

- 1.4. Ако старите лица живеат во сопствен дом и пензионерски дом, тогаш потребата од услуги во домот е поголема.
- 1.5. Како се зголемува возраста на старите лица, така се зголемува и потребата од социјално - здравствени услуги.
- 1.6. Како се зголемува возраста на старите лица, така се зголемува и потребата од резиденцијални услуги.
- 1.7. Ако старото лице е од женски пол, тогаш потребата од социјални услуги за целите на дружење и социјализација е поизразена.
- 1.8. Како се зголемува возраста, така се намалува интензитетот на социјалните контакти на старите лица со лица надвор од семејството.
- 1.9. Постои разлика во задоволството на старите лица од животот во зависност од местото на живеење - во сопствениот дом, во пензионерски дом или во дом за стари и нега.
- 1.10. Не постои разлика по пол во однос на задоволството на старите лица од животот.
- 1.11. Степенот на образование упатува на разлики во задоволство од квалитетот на животот на старите лица.

1.5. Методи и техники

Основниот методолошки пристап во овој труд се реализира доминантно со дескриптивно-аналитички методи. Каузалната метода се применува во проучувањето на причинско-последичната поврзаност меѓу зависните и независните варијабли. Добиените податоци од анкетните прашалници се презентираат преку табели со апсолутни броеви, проценти и графикони.

Во истражувањето се користи комбинирана квантитативно-квалитативна методологија. За проучување на социјално-здравствениот статус на старите лица и потребите од услуги се користи квантитативна методологија, односно техниката на анкетирање за чија цел беше изработен инструмент – структуриран прашалник со прашања од затворен и отворен тип (Прилог 1). Анкетата беше спроведена на примерок од 265 стари лица кои живеат во сопствен дом, пензионерски домови, домови за згрижување стари лица и домови за нега.

За проучување на системските аспекти на социјалната и здравствената заштита

на старите лица, како и потребите од услуги за оваа популациона група, се примени техниката на водено полу-структурирано интервју, за чија цел се користеше план на интервју како инструмент (Прилог 1). Интервјуте беше спроведено со 20 стручни лица вработени во 3 установи за згрижување стари лица, и тоа: пензионерски домови, домови за згрижување стари лица и домови за нега.

2. ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во истражувањето беа вклучени вкупно 265 стари лица. Интерпретацијата на резултатите ќе се фокусира на социо-економскиот статус на испитаниците, здравствениот статус и потребните социо-здравствени услуги, како и задоволството од квалитетот на животот на старите лица.

2.1. Социо-економски статус на испитаниците

Во истражувањето беа анализирани следните индикатори на социо-економскиот статус на старите лица: пол, возраст, националност, степен на образование, семејна состојба, место на живеење, квадратура на простор и приходи.

2.1.1. Место на живеење и станбен простор

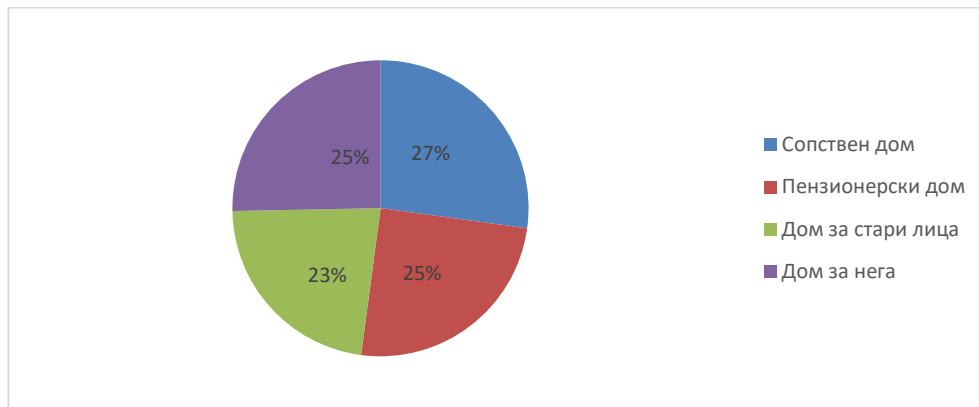
За да се обезбеди споредба на условите за живот и потребите на старите лица, во истражувањето беа избрани испитаници со различно место на живеење. Имено, од вкупниот број испитаници, 72 испитаници (27.2%) живеат во сопствен дом, 66 (24.9%) во пензионерски дом, 60 (22.6%) во дом за стари лица и 67 испитаници (25.3%) во дом за неџа.

Табела 1. Место на живеење на старите лица, според возраст и пол

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	ВОЗРАСТ								Вкупно
	Машки				Женски				
	60-65	66-75	76-85	над 86	60-65	66-75	76-85	над 86	
Сопствен дом %	7 2.6%	9 3.4%	13 4.9%	5 1.9%	6 2.3%	12 4.5%	14 5.3%	6 2.3%	72 27.2%
Пензионерски дом %	2 0.8%	6 2.3%	10 3.8%	6 2.3%	7 2.6%	13 4.9%	16 6%	6 2.3%	66 24.9%
Дом за стари лица %	2 0.8%	7 2.6%	9 3.4%	6 2.3%	4 1.5%	8 3%	14 5.3%	10 3.8%	60 22.6%
Дом за неџа %	4 1.5%	10 3.8%	8 3%	4 1.5%	7 2.6%	10 3.8%	17 6.4%	7 2.6%	67 25.3%
Вкупно %	15 5.7%	32 12.1%	40 15.1%	21 7.9%	24 9%	43 16.2%	61 23%	29 11%	265 100%
	108 40.8%				157 59.2%				265 100%

Од 265 стари лица 108, односно 40.8% се мажи, а 157 стари лица, односно 59.2% се жени. Поголемата застапеност на жените во примерокот одговара на структурата според пол во соодветните установи во кои се спроведе истражувањето како и на структурата на популацијата на стари лица во нашата држава во која жените се побројни.

Кога станува збор за возраста на испитаниците, најзастапени се испитаниците на возраст од 76-85 години, со вкупно 101 старо лице, односно 38.1% од вкупниот број испитаници (види Табела 1 и Графикон 1).



Графикон 1. Место на живеење на старите лица

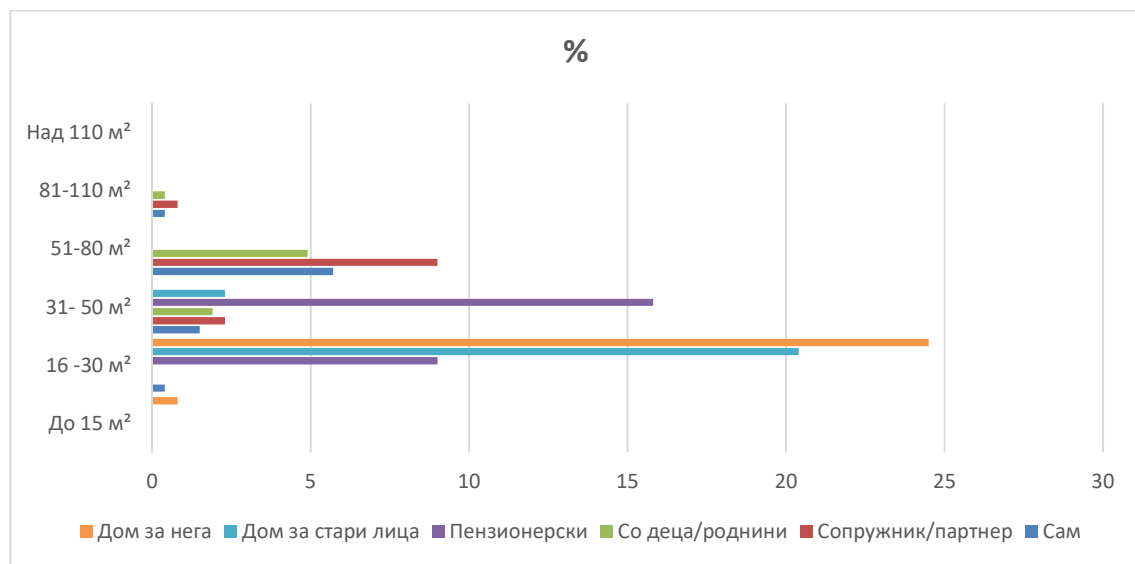
Со истражувањето се добија сознанија и за станбениот простор кој им е на располагање на старите лица во зависност од местото на живеење (види Табела 2 и Графикон 2).

Табела 2. Квадратура во која живеат старите лица, според местото на живеење

КВАДРАТУРА	МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ						Вкупно
	сопствен дом			Пензионерски дом	Дом за стари лица	Дом за нега	
	Сам	Сопружник /партнер	Со деца /роднини				
До 15 м ² %	0	0	0	0	0	2 0.8%	2 0.8%
16 -30 м ² %	1 0.4%	0	0	24 9%	54 20.4%	65 24.5%	144 54.3%
31- 50 м ² %	4 1.5%	6 2.3%	5 1.9%	42 15.8%	6 2.3%	0	63 23.8%
51 - 80 м ² %	15 5.7%	24 9%	13 4.9%	0	0	0	52 19.6%
81 - 110 м ² %	1 0.4%	2 0.8%	1 0.4%	0	0	0	4 1.5%
Над 110 м ² %	0	0	0	0	0	0	0
Вкупно %	21 7.9%	32 12.1%	19 7.2%	66 24.9%	60 22.6%	67 25.3%	265 100%

Најголемиот дел од старите лица живеат во мал станбен простор од само 16-30 м², односно 144 или 54.3%.

Податоците покажуваат дека во најповолни услови од аспект на расположлив станбен простор живеат старите лица кои живеат во сопствениот дом. Имено, од вкупно 72 стари лица кои живеат во сопствен дом, 52 стари лица или (19,6%) живеат во станбен простор со квадратура од 51-80 м². Во најнеповолна положба се старите лица кои живеат во домовите за нега, од кои дури 24.5% живеат во простор со квадратура од 16-30 м². Слично на нив, и во домовите за стари лица најголемиот дел од испитаниците (20.4%) живеат во истиот станбен простор од 16-30 м².



Графикон 2. Квадратура во која живеат старите лица, според местото на живеење

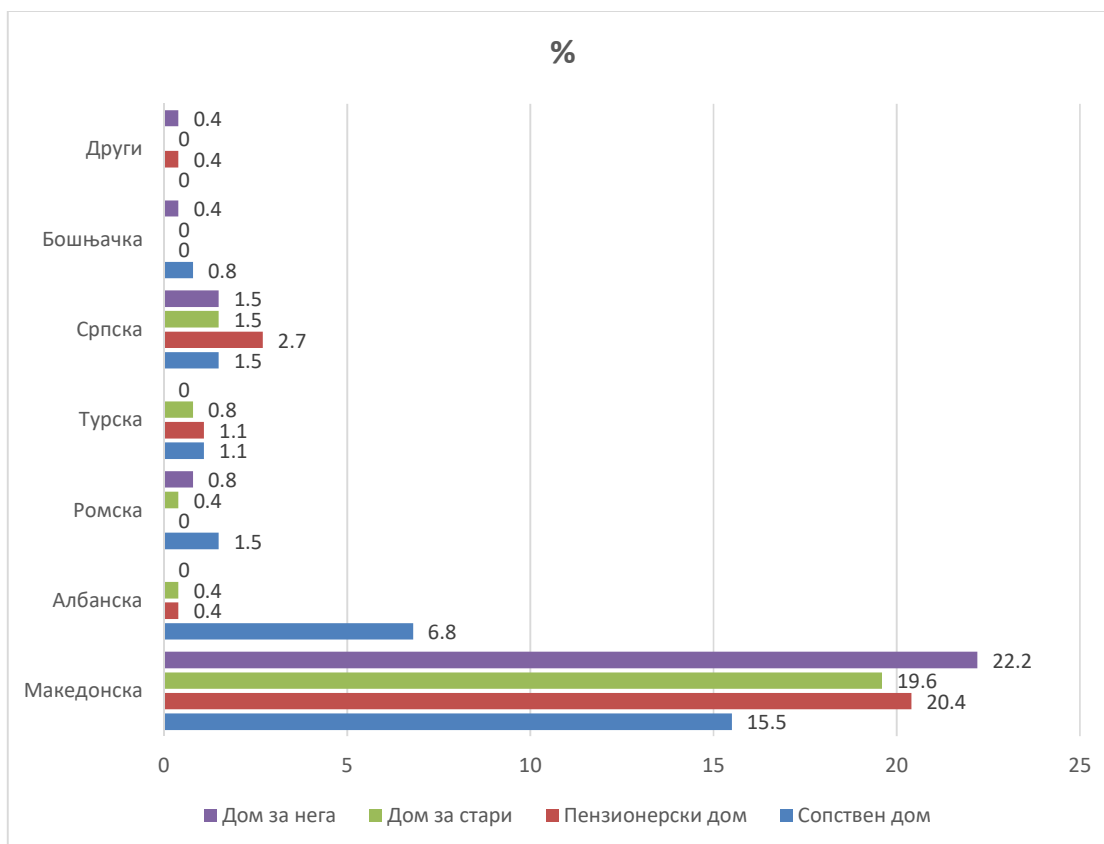
2.1.2. Националност и степен на образование на старите лица

Во примерокот најголем дел од старите лица се од македонска националност 206 или 77.7%. Се забележува дека и најголем дел од испитаниците кои се сместени во пензионерски дом, дом за стари лица и дом за нега, се исто така од македонска националност 165 или 62.3% од вкупниот број испитаници. Ова се должи на културните фактори во однос на грижата за старите лица (види Табела 3 и Графикон 3).

Табела 3. Националност на старите лица, според место на живеење

НАЦИОНАЛНОСТ	МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ				Вкупно
	Сопствен дом	Пензионерски дом	Дом за стари	Дом за нега	
Македонска	41	54	52	59	206
%	15.5%	20.4%	19.6%	22.2%	77.7%
Албанска	18	1	1	0	20
%	6.8%	0.4%	0.4%	0	7.5%
Ромска	4	0	1	2	7
%	1.5%	0	0.4%	0.8%	2.6%
Турска	3	3	2	0	8
%	1.1%	1.1%	0.8%	0	3%
Српска	4	7	4	4	19
%	1.5%	2.7%	1.5%	1.5%	7.2%
Бошњачка	2	0	0	1	3
%	0.8%	0	0	0.4%	1.2%
Други	0	1	0	1	2
%	0	0.4%	0	0.4%	0.8%
Вкупно	72	66	60	67	265
%	27.2%	24.9%	22.6%	25.3%	100%

Имено, кај испитаниците од другите етнички групи, особено албанската и турската, доминира грижата за старите лица во сопствениот дом.



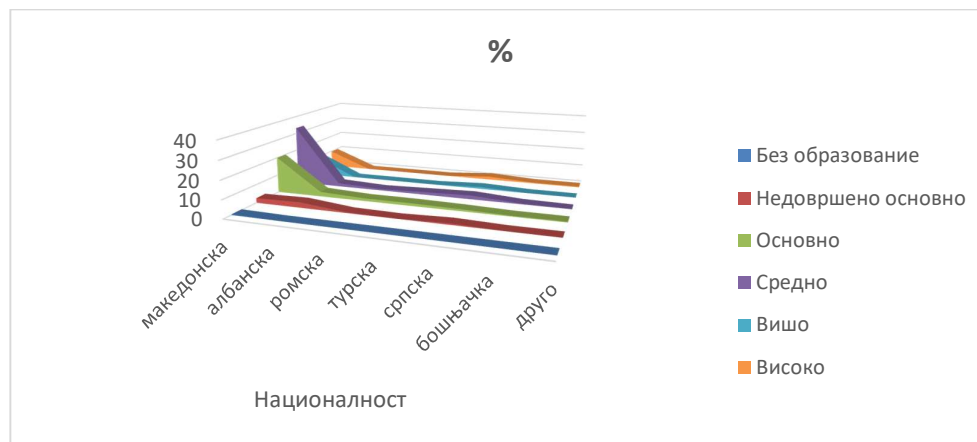
Графикон 3. Националност на старите лица, според место на живеење

Од аспект на степенот на образование, може да се забележи дека најголем дел од испитаниците имаат ниско образовно ниво, односно имаат само средно образование (106 или 40% од вкупниот број испитаници). Анализирано според националност, повисоко образование во споредба со другите етнички групи, се забележува кај старите лица од српска и македонска националност (види Табела 4 и Графикон 4).

Табела 4. Националност и степен на образование на старите лица

СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ	НАЦИОНАЛНОСТ							Вкупно
	Македонска	Албанска	Ромска	Турска	Српска	Бошњачка	Друго	
Без образование %	1 0.4	0	0	0	0	0	0	1 0.4%
Недовршено основно %	7 2.6%	8 3%	1 0.4%	0	2 0.8%	0	0	18 6.8%
Основно %	54 20.3%	7 2.6%	4 1.5%	4 1.5%	3 1.1%	1 0.4%	1 0.4%	74 28%
Средно %	88 33.2%	5 1.9%	2 0.8%	4 1.5%	6 2.2%	1 0.4%	0	106 40%
Вишо %	30 11.3%	0	0	0	3 1.1%	0	0	33 12.4%
Високо %	26 9.8%	0	0	0	5 1.8%	1 0.4%	1 0.4%	33 12.4%
Вкупно %	206 77.7%	20 7.5%	7 2.7%	8 3%	19 7.2%	3 1.1%	2 0.8%	265 100%

Имено, од 206 испитаника од македонска националност 56 (27.2% од испитаниците од македонска националност) се со вишо или високо образование, додека кај старите лица од српска националност 8 (42% од испитаниците од српска националност) се со вишо или високо образование, што не е случај кај другите етнички групи.



Графикон 4. Националност и степен на образование на старите лица

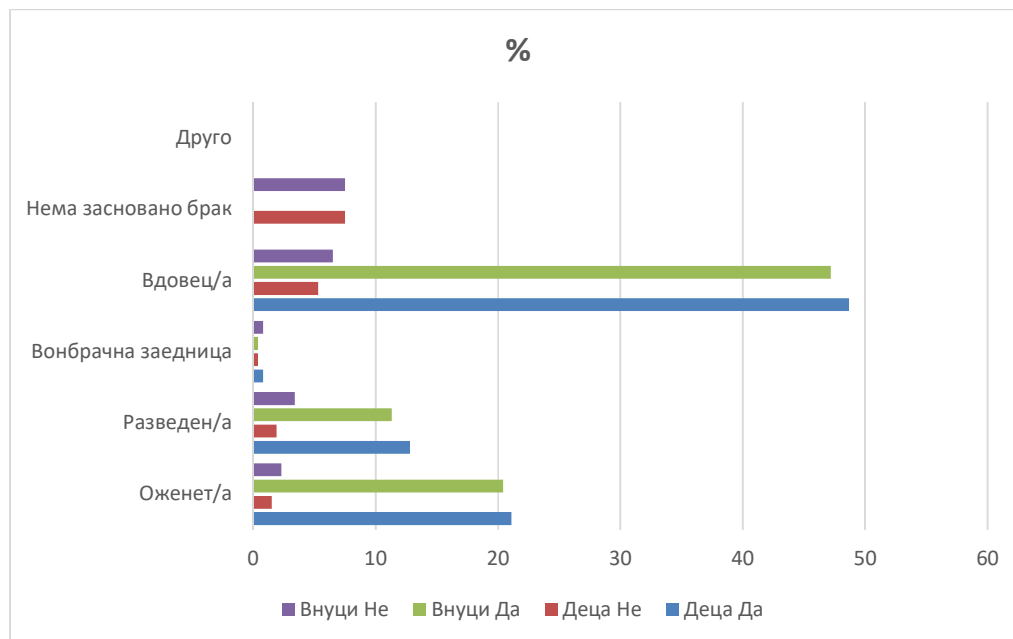
2.1.3. Семејна состојба

Семејната состојба на испитаните стари лица е прикажана во Табела 5 и Графикон 5.

Табела 5. Семејна и брачна состојба на старите лица

БРАЧНА СОСТОЈБА	ДЕЦА/ ВНУЦИ				Вкупно
	Деца		Внуци		
	Да	Не	Да	Не	
Оженет/а	56	4	54	6	60
%	21.1%	1.5%	20.4%	2.3%	22.7%
Разведен/а	34	5	30	9	39
%	12.8%	1.9%	11.3%	3.4%	14.7%
Вонбрачна заедница	2	1	1	2	3
%	0.8%	0.4%	0.4%	0.8%	1.1%
Вдовец/а	129	14	125	18	143
%	48.7%	5.3%	47.2%	6.5%	54%
Нема засновано брак	0	20	0	20	20
%		7.5%		7.5%	7,5%
Друго	0	0	0	0	0
%					
Вкупно	221	44	210	55	265
%	83.4%	16.6%	79.2%	20.8%	100%

Податоците покажуваат дека најмногу од испитаниците се вдовци - 143 (54%), потоа старите кои живеат во брачна заедница 60 (22,7%), додека најмалку застапени се стари лица кои немаат засновано брак 20 (7,5%) или се во вонбрачна заедница 3 (1,1%). Од испитаниците 44 (16,6%) лица немаат деца, а 55 (20,8%) стари лица немаат внуци.



Графикон 5. Семејна и брачна состојба на старите лица

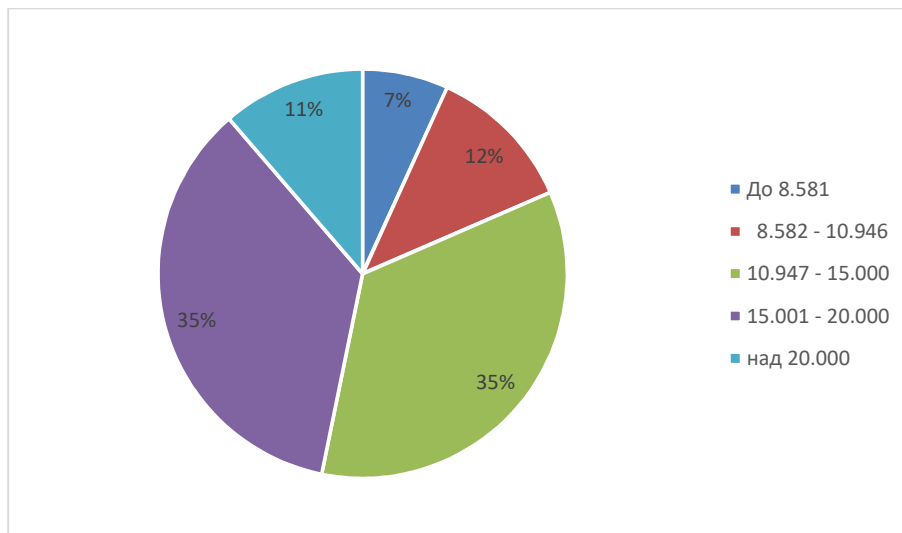
2.1.4. Приходи

Структурата на испитаните стари лица според вид и висина на месечни приходи е следната (види Табела 6 и Графикон 6):

Табела 6. Висина на месечни приходи кои ги остваруваат старите лица, според видот на приход

ВИСИНА НА МЕСЕЧНИ ПРИХОДИ	ВИД НА МЕСЕЧНИ ПРИХОДИ							Вкупно
	Старосна	Инвалидска	Семејна	Земјоделска	Воена	Странска	Социјална помош	
До 8.581 %	4 1.5%	1 0.4%	5 1.9%	0	0	0	8 3%	18 6.8%
8.582 - 10.946 %	16 6%	3 1.1%	12 4.5%	0	0	0	0	31 11.7%
10.947 - 15.000 %	49 18.5%	19 7.2%	24 9%	0	0	0	0	92 34.7%
15.001 - 20.000 %	76 28.7%	5 1.9%	13 4.9%	0	0	0	0	94 35.5%
над 20.000 %	26 9.8%	0	2 0.7%	0	1 0.4%	1 0.4%	0	30 11.3%
Вкупно %	171 64.5%	28 10.6%	56 21.1%	0	1 0.4%	1 0.4%	8 3%	265 100%

Од анализа на податоците може да се увиди дека најмногу се застапени оние кои имаат висина на приходи од 15.001 до 20.000 денари – 94 лица (35,5%), 92 испитаници (34.7%) со висина на приходи од 10 947 до 15 000 денари. Најмалку се застапени оние со висина на приходи до 8.581, и тоа само 18 лица (6,8%).



Графикон 6. Висина на месечни приходи

Ако се анализираат испитаниците од аспект на вид на месечни приходи (пензија), најмногу од нив добиваат старосна пензија 171 (64,5%), по што следуваат оние со семејна пензија 56 (21,1%). Најмалку се застапени старите лица кои добиваат социјална помош 8 лица (3%), странска пензија 1 лице (0,4%) и воена пензија 1 лице (0,4%).

2.2. Здравствен статус и потребни социо-здравствени услуги

2.2.1. Основни активности од секојдневниот живот

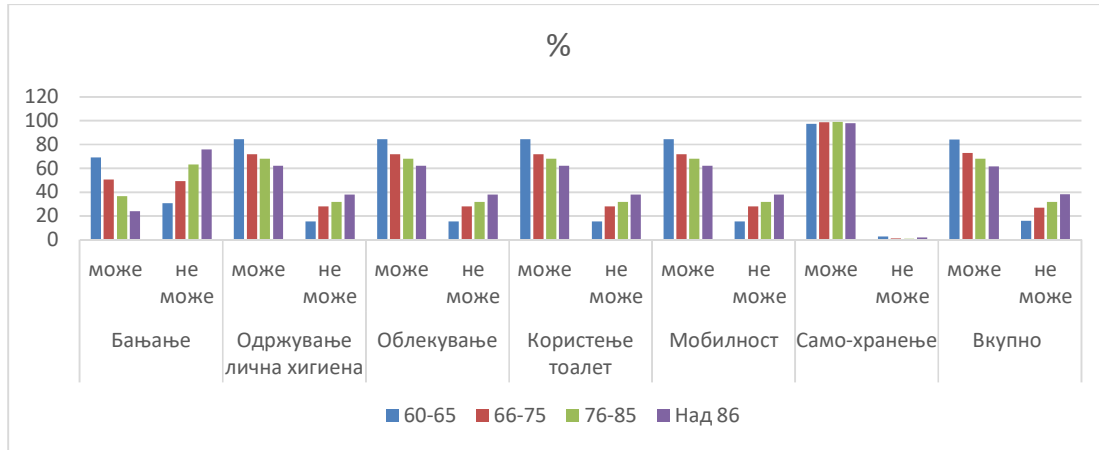
За да се утврди здравствениот статус на старите лица предмет на истражувањето, беа анализирани основните активности од секојдневниот живот кои старите лица не можат да ги обавуваат сами. Притоа, основни активности од секојдневниот живот се бањање, одржување лична хигиена, облекување, користење тоалет, мобилност и само - хранење.

Табела 7. Основни активности од секојдневниот живот кои старите луѓе можат или не можат да ги обавуваат сами, според возраста

ОСНОВНИ АКТИВНОСТИ	Бањање		Одржување лична хигиена		Облекување		Користење тоалет		Мобилност		Само - хранење		Вкупно	
	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може
60 - 65	27	12	33	6	33	6	33	6	33	6	38	1	197	37
%	69.2%	30.8%	84.6%	15.4%	84.6%	15.4%	84.6%	15.4%	84.6%	15.4%	97.4%	2.6%	84.2%	15.8%
66 - 75	38	37	54	21	54	21	54	21	54	21	74	1	328	122
%	50.7%	49.3%	72%	28%	72%	28%	72%	28%	72%	28%	98.7%	1.3%	72.9%	27.1%
76 - 85	37	64	69	32	69	32	69	32	69	32	100	1	413	193
%	36.6%	63.4%	68.3%	31.7%	68.3%	31.7%	68.3%	31.7%	68.3%	31.7%	99%	1%	68.2%	31.8%
над 86	12	38	31	19	31	19	31	19	31	19	49	1	185	115
%	24%	76%	62%	38%	62%	38%	62%	38%	62%	38%	98%	2%	61.7%	38.3%
Вкупно	114	151	187	78	187	78	187	78	187	78	261	4	1123	467
%	43%	57%	70.6%	29.4%	70.6%	29.4%	70.6%	29.4%	70.6%	29.4%	98.5%	1.5%	70.6%	29.4%
	265		265		265		265		265		265		1590	

Резултатите од истражувањето кои се однесуваат на извршувањето на основните активности од страна на старите лица според возраста, најголеми потешкотии старите лица имаат во однос на обавувањето на бањањето (151 старо лице не може самостојно да се бања, односно 57% од вкупниот број стари лица). Најмали потешкотии старите лица имаат во однос на само-хранењето (261 старо лице може самостојно да се храни, или 98,5% од вкупниот број стари лица). Во однос на другите активности од секојдневниот живот, односно одржување лична хигиена, облекување, користење тоалет и мобилност, мнозинството стари лица можат да ги обавуваат сами (по 187 или 70,6% од вкупниот број стари лица за сите активности збирно).

Податоците се исти за овие активности бидејќи нивното обавување е меѓусебно поврзано, односно лице кое самостојно одржува лична хигиена, може воедно да ги обавува и преостанатите активности од секојдневниот живот.



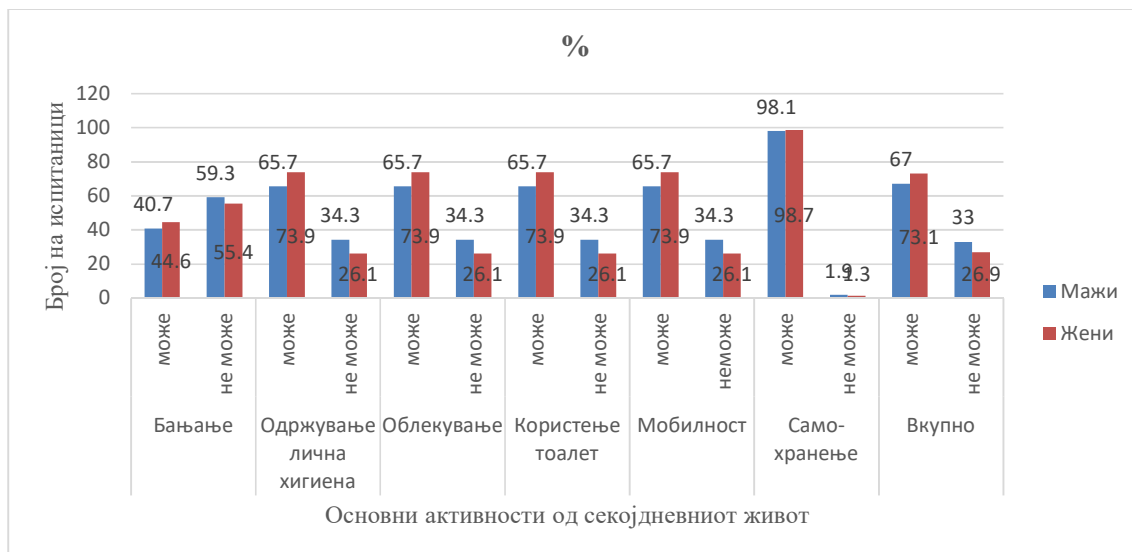
Графикон 7. Основни активности од секојдневниот живот кои старите луѓе можат или не можат да ги обавуваат сами, според возраста

Од аспект на возраста, се забележува дека со зголемување на возраста кај старите лица, се зачестуваат и тешкотиите во обавувањето на основните активности од секојдневниот живот. Најголем дел од старите лица кои имаат потешкотии да се бањаат самостојно припаѓаат на возрасната група од 76 години и повеќе (102 или 57% од вкупниот број испитаници). Во однос на сите активности, споредено според возрасните групи, забележлива е прогресија, односно во првата возрасна група испитаниците не можат да извршуваат 15,8% од вкупниот број на активности, во втората 27,1%, во третата 31,8% и во четвртата 38,3%.

Табела 8. Основни активности од секојдневниот живот, според пол

Основни активности	Бањање		Одржување лична хигиена		Облекување		Користење тоалет		Мобилност		Само-хранење		Вкупно	
	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може
Пол %	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може
Мажи %	44	64	71	37	71	37	71	37	71	37	106	2	434	214
	40,7%	59,3%	65,7%	34,3%	65,7%	34,3%	65,7%	34,3%	65,7%	34,3%	98,1%	1,9%	67%	33%
Жени %	70	87	116	41	116	41	116	41	116	41	155	2	689	253
	44,6%	55,4%	73,9%	26,1%	73,9%	26,1%	73,9%	26,1%	73,9%	26,1%	98,7%	1,3%	73,1%	26,9%
Вкупно %	114	151	187	78	187	78	187	78	187	78	261	4	1123	467
	43%	57%	70,6%	29,4%	70,6%	29,4%	70,6%	29,4%	70,6%	29,4%	98,5%	1,5%	70,6%	29,4%
	265		265		265		265		265		265		1590	

Од Табела 8. може да се согледа дека според полот на испитаниците во поглед на извршувањето на секојдневните активности, од 108 стари лица од машки пол, 64 односно 59,3% неможат самостојно да се бањаат, а од 157 стари лица од женски пол, 87 лица односно 55,4% не се во состојба самостојно да ја извршуваат истата активност. Во обавувањето на другите секојдневни активности како одржување лична хигиена, облекување, користење тоалет, мобилност и само-хранење, повеќето се самостојни. Од мажите, 71 лице односно 65,7% се самостојни во обавување на основните активностите, а 116 жени односно 73,9% можат самостојно да ги извршуваат основните активности. Но, се забележува дека од секојдневните активности најсамостојно го обавуваат само-хранењето 261 лице односно 98,5%. Од збирот на основните активности кои се анализирани, старите лица од машки пол во 67% можат самостојно да ги извршуваат основните активности, а старите лица од женски пол се самостојни во 73,1%.



Графикон 8. Основни активности од секојдневниот живот, според пол

Основните активности од секојдневниот живот според брачниот статус укажуваат дека 98 испитаници, односно 68,5% стари лица со брачен статус вдовец/а, не можат да ја извршуваат секојдневната активност бањање. Останатите секојдневни активности несамостојно ги извршуваат 54 лица односно 37,7% од вкупно 143 стари лица со брачен статус вдовци. Старите лица со брачен статус разведени имаат 59% несамостојност во активността бањање (23 стари лица од вкупно 60 лица со овој брачен статус), а само 6 лица, односно 15,3%, не можат да ги обавуваат останатите секојдневни активности.

Согласно со заклучоците од истражувањето за поврзаноста на функционалниот

капацитет и возраста се потврди хипотезата 1.1. Поголемата возраст на старите лица упатува на намален функционален капацитет за вршење на основните активности од секојдневниот живот.

2.2.2. Инструментални активности од секојдневниот живот

Инструментални активности од секојдневниот живот се: чистење, поправки, перење, готвење, купување, надворешна мобилност, администрирање лекови, користење телефон и менаџирање со пари.

Табела 9. Инструментални активности кои старите лица можат или не можат да ги обавуваат сами, според возраст

ИНСТРУМЕН. АКТИВНОСТИ	ВОЗРАСТ								Вкупно	
	60-65		66-75		76-85		Над 86		не може	може
	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може	не може	може
Чистење %	13 33,3%	26 66,7%	42 56%	33 44%	64 63,4%	37 36,6%	42 84%	8 16%	161 60,8%	104 39,2%
Поправање %	17 43,6%	22 56,4%	51 68%	24 32%	72 71,3%	29 28,7%	46 92%	4 8%	186 70,2%	79 29,8%
Перење %	8 20,5%	31 79,5%	22 29,3%	53 70,7%	34 33,7%	67 66,3%	40 80%	10 20%	104 39,2%	161 60,8%
Готвење %	8 20,5%	31 79,5%	24 32%	51 68%	48 47,5%	53 52,5%	34 68%	16 32%	114 43%	151 57%
Купување %	8 20,5%	31 79,5%	25 33,3%	50 66,7%	51 50,5%	50 49,5%	34 68%	16 32%	118 44,5%	147 55,5%
Надвореш. моб. %	9 23,1%	30 76,9%	27 36%	48 64%	54 53,4%	47 46,5%	38 76%	12 24%	128 48,3%	137 51,7%
Админ. лекови %	8 20,5%	31 79,5%	8 10,7%	67 89,3%	9 8,9%	92 91,1%	11 22%	39 78%	36 13,6%	229 86,4%
Користење тел. %	2 5,1%	37 94,9%	3 4%	72 96%	5 5%	96 95%	10 20%	40 80%	20 7,5%	245 92,5%
Менаџ. со пари %	2 5,1%	37 94,9%	3 4%	72 96%	5 5%	96 95%	9 18%	41 82%	19 7,2%	246 92,8%
Вкупно %	75 21,4%	276 78,6%	205 30,4%	470 69,6%	342 37,6%	567 62,4%	264 58,7%	186 41,3%	886 37,1%	1499 62,9%
	351 100%		675 100%		909 100%		450 100%		2385 100%	

Вкупниот број на сите девет инструментални активности прикажани во Табела 9. кои не можат (37,1%), и кои можат (62,9%) да ги извршуваат е 2385. Од Табела 9. се забележува дека старите лица имаат најголеми проблеми во самостојно извршување на инструменталните активности поправки во домот, чистење и надворешна мобилност. Имено, од 265 стари лица 186 (70,2%) имаат потешкотии со поправки, со чистење 161 (60,8%) и со надворешна мобилност 128 лица (48,3%). Најмалку потешкотии старите

лица имаат со менаџирањето со пари - 19 (7,2%), користење на телефон - 20 (7,5%) и администрирање на лекови – 36 лица (13,6%). Од аспект на возраста, старите лица од првата возрасна група имаат најмалку потешкотии во обавувањето на инструменталните активности. Податоците покажуваат дека испитаниците од првата возрасна група од 60 до 65 години без поголеми потешкотии ги обавуваат инструменталните активности, за разлика од повозрасните групи. Имено, 39-те испитаници од првата старосна група, се несамостојни во извршување на 75 инструментални активности (21,4% од вкупниот број активности), од втората старосна група 75 – те испитаници се несамостојни во 205 инструментални активност (30,4% од вкупниот број активности), за разлика од 101 испитаник, во третата возрасна група кои се несамостојни во 342 инструментални активности (37,6%) и 50 – те испитаници во највозрасната група во која се несамостојни во 264 инструментални активности (58,7%). Значителен дел ги обавуваат активностите сами, но не со максимален квалитет и редовност. Оттука, очигледно е дека со зголемувањето на возраста, се зголемуваат и потешкотиите во самостојното извршување на инструменталните активности.

Табела 10. Инструментални активности кои старите лица можат или не можат да ги обавуваат сами, според пол

ИНСТРУМЕНТАЛНИ АКТИВНОСТИ	Мажи		Жени		Вкупно	
	не може	може	не може	може	не може	може
Чистење	75	33	86	71	161	104
%	69.4%	30.6%	54.8%	45.2%	60.8%	39.2%
Поправки	85	23	101	56	186	79
%	78.7%	21.3%	64.3%	35.7%	70.2%	29.8%
Перење	42	66	62	95	104	161
%	38.8%	61.2%	39.5%	60.5%	39.2%	60.8%
Готвење	41	67	73	84	114	151
%	37.9%	62.1%	46.5%	53.5%	43%	57%
Купување	42	66	76	81	118	147
%	38.9%	61.1%	48.4%	51.6%	44.5%	55.5%
Надвор. мобилност	47	61	81	76	128	137
%	43.5%	56.5%	51.6%	48.4%	48.3%	51.7%
Администрирање лек.	14	94	22	135	36	229
%	13%	87%	14%	86%	13.6%	86.4%
Користење телефон	8	100	12	145	20	245
%	7.4%	92.6%	7.6%	92.4%	7.5%	92.5%
Менаџирање со пари	9	99	10	147	19	246
%	8.3%	91.7%	6.4%	93.6%	7.2%	92.8%
Вкупно	363	609	523	890	886	1499
	37.3%	62.7%	37%	63%	37.1%	62.9%
%	972	1413	2385			
	100%	100%	100%			

Според полот на старите лица не може да се забележи разлика во однос на обавување на инструменталните активности (Табела 10). Имено и мажите и жените имаат подеднакви потешкотии во обавување на активностите, но сепак се забележува дека повеќето инструментални активности можат самостојно да ги извршуваат отколку што не можат. Имено, 108 стари лица од машки пол (40,8% од вкупниот број испитаници) се самостојни во 62,7% од инструменталните активности, а 157 стари лица од женски пол (59,2% од вкупниот број испитаници) се самостојни во 63%. Но, се забележуваат разлики во самостојноста според полот за поеднични активности (чистење, поправки, надворешна мобилност).

Според брачната состојба старите лица кои живеат сами потешко ги обавуваат активностите, отколку оние кои се во брак. Испитаниците со брачен статус вдовец особено предничат 41,7% од вкупниот број на инструментални активности што не можат да ги обавуваат. Општо земено, оние кои живеат сами имаат поголеми потешкотии во самостојното обавување на инструменталните активности и се принудени сами да се снаоѓаат при обавување на истите, што укажува на потребата од услуги кои би го зголемиле квалитетот на животот.

Според анализата на податоците кои се однесуваат на функционалниот капацитет за обавување на инструментални активности според пол се отфрла **hipотезата 1.2. Постојат разлики во функционалниот капацитет за обавување на инструменталните активности кај старите лица според пол.**

2.2.3. Болести кај старите лица

Со истражувањата се утврдија болестите кај старите лица и се дојде до сознание за најдоминантни заболувања кај истите. Кај испитаните 265 стари лица, констатирани се вкупно 612 болести наведени во Табела 11, од причини што повеќето испитаници имаат и повеќе од едно заболување. Ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем се најзастапени, односно кај 101 старо лице (16,5% од вкупниот број регистрирани болести), со највисока процентуална застапеност во пензионерските домови. Психијатриските заболувања се регистрирани кај 96 стари лица (15,7% од вкупниот број регистрирани болести), кои доминираат во дом за нега и дом за стари. Кардиоваскуларните заболувања се застапени кај 82 стари лица (13,4% од вкупниот број болести), а најзастапени се во пензионерскиот и сопствениот дом. Ендокринолошките заболувања се регистрирани кај 78 стари лица (12,7% од вкупниот број болести), со

најголем процентуален удел во пензионерскиот дом. Најретко застапени се кожните заболувања, кај 5 стари лица (0,8% од вкупниот број болести) и хематолошките заболувања 8 (1,3%). Од теренското истражување се забележа дека кај старите лица има и недостаток за информираност околу сопствената здравствена состојба, како и за видот на болестите, а при наведувањето на својата болест тие често се раководат од болеста која им претставува најголема потешкотија, односно најмногу влијае на нивниот квалитет на живот.

Табела 11. Болести кои ги имаат старите лица, според местото на живеење

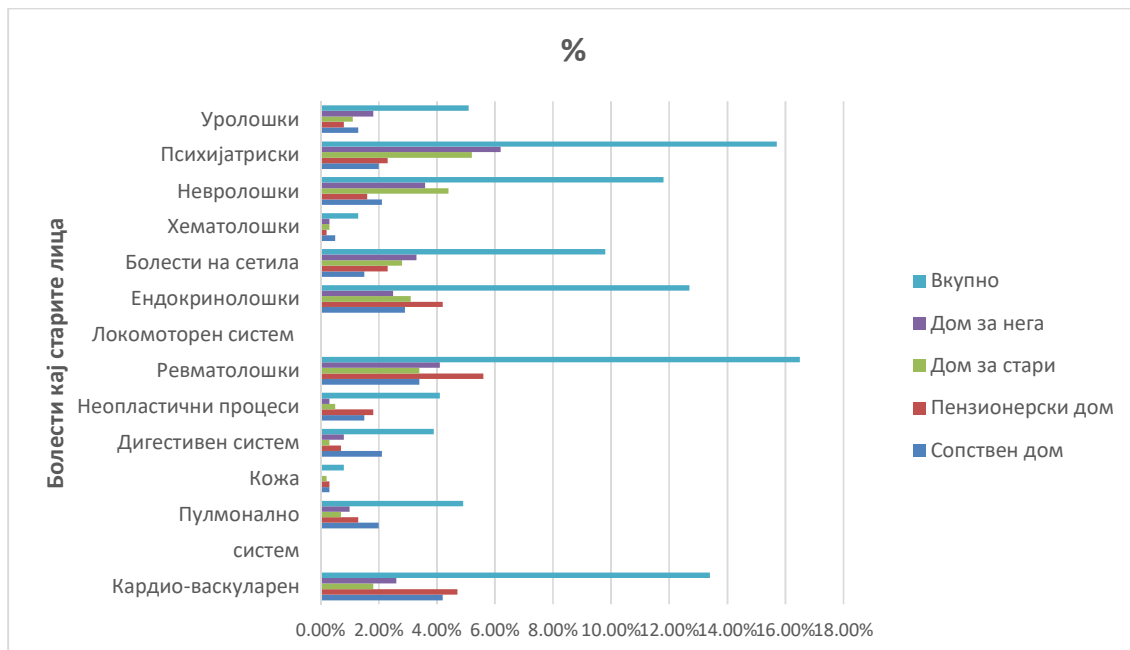
БОЛЕСТИ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА	МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ				Вкупно
	Сопствен дом	Пензионерски дом	Дом за стари лица	Дом за нега	
Кардио-васкуларен заболувања %	26 4.2%	29 4.7%	11 1.8%	16 2.6%	82 13.4%
Пулмонални заболувања %	12 2%	8 1.3%	4 0.7%	6 1%	30 4.9%
Кожни заболувања %	2 0.3%	2 0.3%	1 0.2%	0	5 0.8%
Дигестивни заболувања %	13 2.1%	4 0.7%	2 0.3%	5 0.8%	24 3.9%
Неопластични процеси %	9 1.5%	11 1.8%	3 0.5%	2 0.3%	25 4.1%
Ревматолошки заболувања - Локомоторни %	21 3.4%	34 5.6%	21 3.4%	25 4.1%	101 16.5%
Ендокринолошки заболувања %	18 2.9%	26 4.2%	19 3.1%	15 2.5%	78 12.7%
Болести на сетила %	9 1.5%	14 2.3%	17 2.8%	20 3.3%	60 9.8%
Хематолошки заболувања %	3 0.5%	1 0.2%	2 0.3%	2 0.3%	8 1.3%
Невролошки заболувања %	13 2.1%	10 1.6%	27 4.4%	22 3.6%	72 11.8%
Психијатриски заболувања %	12 2%	14 2.3%	32 5.2%	38 6.2%	96 15.7%
Уролошки заболувања %	8 1.3%	5 0.8%	7 1.1%	11 1.8%	31 5.1%
Вкупно %	146 23.9%	158 25.8%	146 23.9%	162 26.4%	612 100%

Сознанијата говорат дека постојат разлики во видот на болестите од аспект на местото на живеење. Од вкупно 612 регистрирани заболувања кај старите лица, во сопствениот дом се регистрирани 146 односно 23,9%, од кои доминираат кардио - васкуларните болести кај 26 испитаници, односно 4,2% од вкупниот број регистрирани болести. По нив следуваат болестите на ревматолошкиот и локомоторниот систем со 21 испитаник, односно 3,4% од вкупниот број регистрирани заболувања.

Ендокринолошките заболувања се застапени кај 18 испитаници, односно 2,9% од вкупниот број заболувања. Во пензионерскиот дом регистрирани се 158, односно 25,8%

од вкупниот број 612 заболувања, при што најчести се ревматолошките заболувања и болести на локомоторниот систем кај 34 испитаници (5,6% од вкупниот број регистрирани заболувања), потоа следуваат кардио - васкуларните заболувања кај 29 испитаници (4,7% од вкупниот број на регистрирани заболувања). Ендокринолошките заболувања се застапени кај 26 испитаници (4,2% од вкупниот број заболувања). Воочливо е дека ендокринолошките заболувања се позастапени во пензионерските домови отколку во другите живеалишта.

Во домовите за стари лица утврдени се 146 болести, односно 23.9% од вкупниот број заболувања, од кои значително се присутни психијатриските заболувања кај 32 испитаници (5,2% од вкупниот број заболувања) и невролошките заболувања кај 27 стари лица (4,4% од вкупниот број заболувања). Во домот за нега од вкупниот број 612 заболувања, утврдени се 162, односно 26,4%. Психијатриските заболувања се најзастапени и се регистрирани кај 38 лица (6,2% од вкупниот број регистрирани заболувања), а по нив следуваат ревматолошките заболувања и болести на локомоторниот систем регистрирани кај 25 испитаници (4,1% од вкупниот број на заболувања). И невролошките заболувања и болестите на сетила се застапени со висок удел кај старите лица кои се корисници на домот за нега, а според место на живеење болестите на сетила се најзастапени во домот за нега.



Графикон 9. Болести кои ги имаат старите лица, според местото на живеење

Видно од Табелата 11, нема големи разлики во процентуалната застапеност во вкупниот број на заболувањата во зависност од местото на живеење.

Табела 12. Болести кои ги имаат старите лица, според возраста

БОЛЕСТИ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА	ВОЗРАСТ				Вкупно / %
	60-65	66-75	76-85	Над 86	
Кардио - васкуларни заболувања %	7 1.1%	26 4.2%	29 4.7%	20 3.3%	82 13.4%
Пулмонални заболувања %	5 0.8%	9 1.5%	12 2%	4 0.7%	30 4.9%
Кожни заболувања %	1 0.2%	1 0.2%	3 0.5%	0	5 0.8%
Дигестивни заболувања %	0	8 1.3%	9 1.5%	7 1.1%	24 3.9%
Неопластични заболувања %	4 0.7%	8 1.3%	10 1.6%	3 0.5%	25 4.1%
Ревматолошки заболувања - Локомоторни %	8 1.3%	26 4.2%	36 5.9%	31 5.1%	101 16.5%
Ендокринолошки заболувања %	8 1.3%	21 3.4%	34 5.6%	15 2.5%	78 12.7%
Болести на сетила %	2 0.3%	9 1.5%	28 4.6%	21 3.4%	60 9.8%
Хематолошки заболувања %	0	1 0.2%	5 0.8%	2 0.3%	8 1.3%
Невролошки заболувања %	9 1.5%	21 3.4%	24 3.9%	18 2.9%	72 11.8%
Психијатриски заболувања %	16 2.6%	25 4.1%	32 5.2%	23 3.8%	96 15.7%
Уролошки заболувања %	2 0.3%	6 1%	11 1.8%	12 2%	31 5.1%
Вкупно %	62 10.1%	161 26.3%	233 38.1%	156 25.5%	612 100%

Според добиените резултати и одговори регистрирани во Табела 12, може да се забележи дека постои разлика од аспект на возраста и застапеноста на болестите. Во првата возрасна група (60-65 години) доминираат психијатриските заболувања, односно се присутни кај 16 стари лица и претставуваат 2,6% од вкупниот број заболувања. Во втората возрасна група (66-75 години), најзастапени се кардио-васкуларните заболувања како и ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем кои се застапени кај 26 лица, односно имаат ист удел од 4,2% од вкупниот број заболувања, по што следуваат психијатриските заболувања со 25 испитаници, односно 4,1% од вкупниот број заболувања. Најзастапени се болестите кај возрасната група од над 76 години. Тука се вбројуваат пред сè ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем

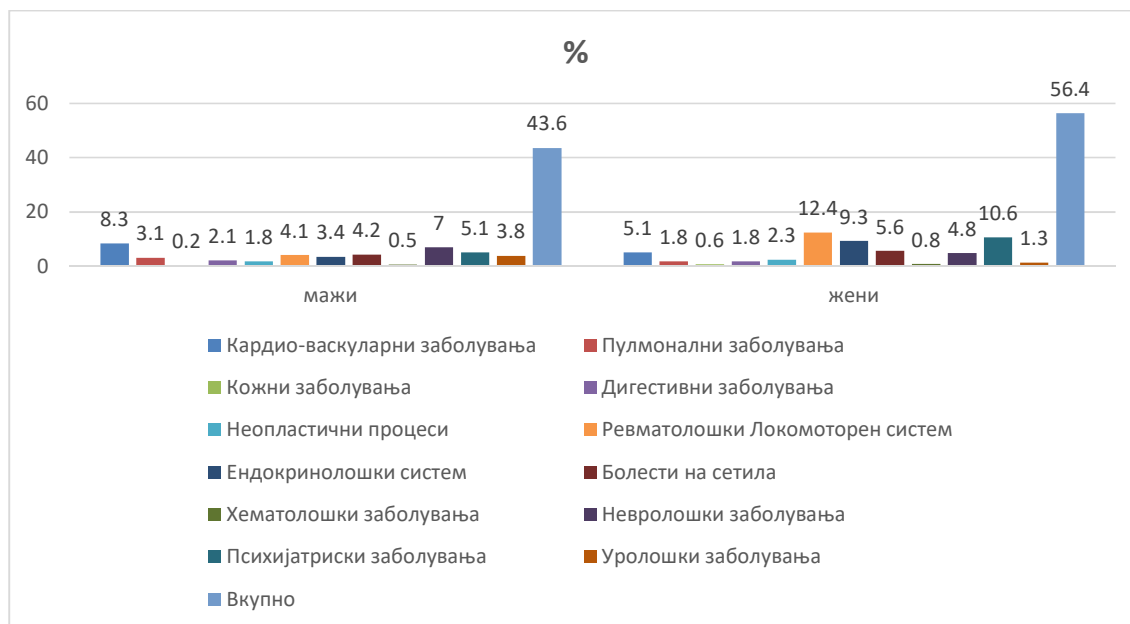
(регистрали кај 36 стари лица, односно претставуваат 5,9% од вкупниот број на заболувања), по што следуваат ендокринолошките заболувања (34 стари лица или 5,6% од вкупниот број заболувања) и психијатриските заболувања се регистрирани кај 32 испитаници (5,2% од вкупен број на заболувања). Кај највозрасната група (над 86 години) најзастапени се ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем (31 старо лице и 5,1% од вкупен број заболувања) и психијатриските заболувања (23 лица или 3,8% од вкупниот број регистрирани заболувања). Карактеристично е дека со зголемувањето на возраста, видно од податоците во двете најстари возрасни групи, се зголемува учеството на испитаниците кои имаат проблеми со сетилата. Без разлика на возрасната група, најмалку се застапени кожните заболувања и болестите на хематолошкиот систем. Воочливо е дека со зголемувањето на возраста, расте и процентуалното учество на болестите (од 10,1% во првата, на 26,3% во втората и 38,1% во третата група), со исклучок на најстарата возрасна група (25,5%).

Согласно добиените сознанија во врска со поврзаноста на возраста и присутвото на болести, делумно се потврди **хипотезата 1.3. Како се зголемува возраста, така се зголемува и присуството на болести во староста.** Имено, старите лица од оваа возрасна група се недоволно информирани за својата здравствена состојба и ги посочуваат само заболувањата кои најмногу им ја отежнуваат здравствената состојба. Од тие причини е регистриран пад на уделот на заболувања во најстарата возрасна група.

Табела 13. Болести кои ги имаат старите лица, според пол

БОЛЕСТИ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА	ПОЛ		
	Мажи	Жени	Вкупно
Кардио-васкуларни заболувања %	51 8.3%	31 5.1%	82 13.4%
Пулмонални заболувања %	19 3.1%	11 1.8%	30 4.9%
Кожни заболувања %	1 0.2%	4 0.6%	5 0.8%
Дигестивни заболувања %	13 2.1%	11 1.8%	24 3.9%
Неопластични процеси %	11 1.8%	14 2.3%	25 4.1%
Ревматолошки заболувања - Локомоторни %	25 4.1%	76 12.4%	101 16.5%
Ендокринолошки заболувања %	21 3.4%	57 9.3%	78 12.7%
Болести на сетила %	26 4.2%	34 5.6%	60 9.8%
Хематолошки заболувања %	3 0.5%	5 0.8%	8 1.3%
Невролошки заболувања %	43 7%	29 4.8%	72 11.8%
Психијатриски заболувања %	31 5.1%	65 10.6%	96 15.7%
Уролошки заболувања %	23 3.8%	8 1.3%	31 5.1%
Вкупно (%)	267 43.6%	345 56.4%	612 100%

Податоците од Табела 13 покажуваат дека има разлика од видот на болеста во однос на полот. Имено, кај жените доминираат ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем, психијатриските, како и ендокринолошки заболувања. Кај старите лица од машки пол доминираат кардио-васкуларните, невролошките и уролошките заболувања.



Графикон 10. Болести кои ги имаат старите лица, според пол

Ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем имаат удел од 16,5% во вкупниот број на болести, со тоа што кај старите лица од женски пол застапени се 12,4%, наспроти 4,1% кај машки пол. Психијатриските заболувања кои претставуваат 15,7% од вкупниот број заболувања, кај старите лица од женски пол се застапени со 10,6%, наспроти 5,1% кај машки пол. Ендокринолошките заболувања кои претставуваат 12,7% од вкупниот број заболувања, кај старите лица од женски пол застапеноста е 9,3% наспроти 3,4% кај машки пол.

Од 13,4% удел на кардио-васкуларни заболувања во вкупниот број заболувања, 8,3 % припаѓаат на старите лица од машки пол, а 5,1% кај женски пол. Невролошките заболувања се со застапеност од 11,8% во вкупниот број заболувања, од кои кај старите лица од машки пол се застапени со 7%, наспроти 4,8% кај женскиот пол. Уролошките заболувања се со застапеност од 5,1% вкупниот број заболувања, а кај старите лица од машки пол се регистрирани 3,8%, наспроти 1,3% кај женскиот пол.

Се забележува дека и кај мажите и кај жените најмалку се застапени болестите на кожата и хематолошкиот систем. Жените имаат поголем процентуален удел во вкупниот број заболувања, односно 56,4% од вкупниот број на заболувања, а кај мажите застапеноста е 43,6%.

Податоците за висината на месечните приходи и болестите кај старите лица покажуваат дека и едните и другите имаат болести без разлика на приходите. Овде се

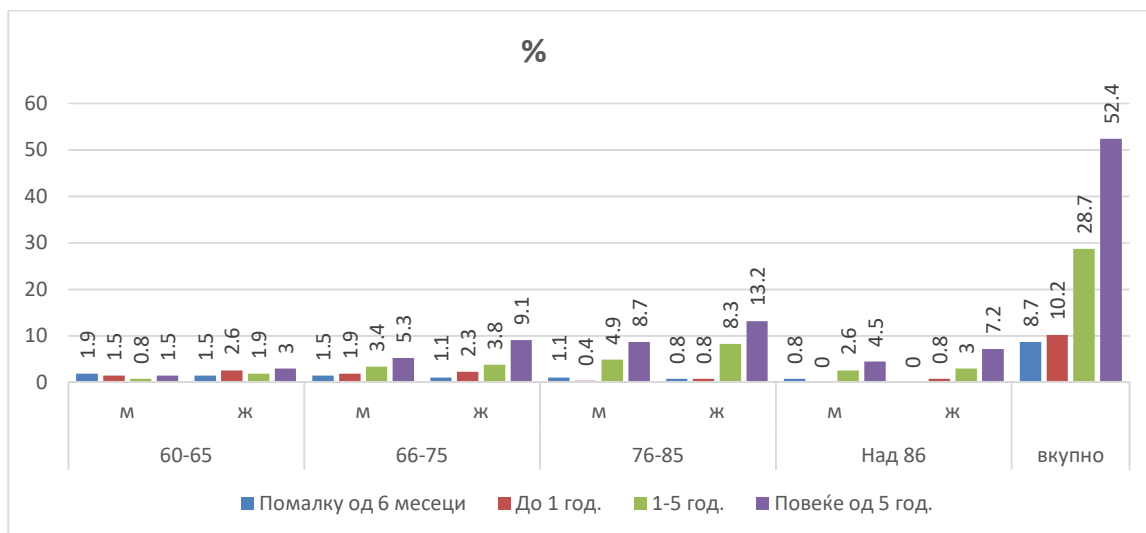
поставува прашањето како оние со ниски материјални средства се лекуваат, односно како и дали ги набавуваат и користат лековите, како и здравствените услуги кои им се потребни за лекување на болеста.

Табела 14. Должина на траење на болеста за која ви е потребна помош и нега, според возраст и пол на старите лица

	ВОЗРАСТ								Вкупно	
	60 - 65		66 - 75		76 - 85		Над 86			
ПОЛ	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж		
Должина на болест	Помалку од 6 месеци	5	4	4	3	3	2	2	0	23
	%	1.9%	1.5%	1.5%	1.1%	1.1%	0.8%	0.8%		8.7%
	До 1 год.	4	7	5	6	1	2	0	2	27
	%	1.5%	2.6%	1.9%	2.3%	0.4%	0.8%		0.8%	10.2%
	1-5 год.	2	5	9	10	13	22	7	8	76
	%	0.8%	1.9%	3.4%	3.8%	4.9%	8.3%	2.6%	3%	28.7%
Повеќе од 5 год.	4	8	14	24	23	35	12	19	139	
%	1.5%	3%	5.3%	9.1%	8.7%	13.2%	4.5%	7.2%	52.4%	
Вкупно	15	24	32	43	40	61	21	29	265	
%	5.7%	9%	12.1%	16.2%	15.1%	23%	7.9%	11%	100%	
	39		75		101		50			
	14.7%		28.3%		38.1%		18.9%			

Резултатите од истражувањето во однос на должината на траење на болеста, за која е потребно помош и нега, прикажани на Табела 14, покажуваат дека од 265 стари лица најкратка должина на траење на болеста имаат 23 стари лица (8,7%) со должината на болеста помала од 6 месеци. Болестите со траење до 1 година се застапени кај 27 испитаници (10,2%), а болестите со траење од 1-5 години се евидентирани кај 76 испитаници (28,7%). Кај 139 лица (52,5%) од испитаниците, должината на болеста е подолга од 5 години. Оттука, се забележува прогресија во бројот на испитаници со зголемувањето на должината на траење на болеста за која е потребна помош и нега.

Мал е бројот на испитаници од третата и четвртата возрасна група со должина на траење на болеста до 6 месеци, односно до една година за кој интервал им е потребна помош и нега. Во однос на полот може да се увиди дека жените имаат поголема застапеност во болестите кои траат од 1-5 години, како и болести кои траат подолго од пет години отколку кај мажите.



Графикон 11. Должина на траење на болеста за која ви е потребна помош и нега, според возраст и пол на старите лица

Сознанијата за должината на болеста кои укажуваат на здравствената состојба на старите лица упатуваат на потребата од збогатување на мрежата на социјално-здравствени услуги, односно обезбедување на континуум на долгорочна заштита во насока на подобрување на квалитетот на нивниот живот. Имено, од вкупно 265 испитаници, 215 лица (81,1%) имаат заболување со должина на траење од 1-5 и над 5 години, за кој интервал е потребна помош и нега.

2.2.4. Потреба од социјално-здравствени услуги

Во истражувањето беше анализирана потребата на старите лица од социјално-здравствени услуги поделени во три категории: услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги. Во табела 15 даден е преглед на услугите кои старите лица ги користат моментално, не ги користат но им се потребни или не ги користат и не им се потребни.

Во однос на **услугите во домот**, може да се заклучи дека најчесто користена услуга од страна на старите лица е услугата патронажа за рутински прегледи (131 лице, 49,4% од вкупниот број). Бројот се должи на дополнителни 4 испитаници кои ја користат услугата во сопствен и пензионерски дом. Сите други услуги кои се на располагање во домот се користени од страна на старите лица кои се згрижени во институции, освен услугата користење на технологија.

Табела 15. Вид на услуги и степенот на нивно користење кај старите лица

ВИД НА УСЛУГА	Ја користам моментално:	Не ја користам, но потребна ми е:	Не ја користам, не ми е потребна:
УСЛУГИ ВО ДОМ			
Адаптација во домот	127 47.9%	45 17%	93 35.1%
Нега во домот %	127 47.9%	31 11.7%	107 40.4%
Помош во одржување на домот %	127 47.9%	37 14%	101 38.1%
Користење на технологија %	0	51 19.2%	214 80.8%
Алармни системи %	127 47.9%	32 12.1%	106 40%
Патронажа за рутински прегледи (мерење на притисок и шеќер) %	131 49.4%	52 19.6%	82 31%
Физикална терапија (вежби, масажи) %	127 47.9%	26 9.8%	112 42.3%
Дистрибуција на лекови до домот %	127 47.9%	58 21.9%	80 30.2%
Дистрибуција на храна до домот %	129 48.7%	8 3%	128 48.3%
Вкупно	1022	340	1023
УСЛУГИ ВО ЗАЕДНИЦА			
Транспортни услуги (за медицински и рекреативни цели) %	22 83%	39 14.7%	204 77%
Придружба %	127 47.9%	33 12.5%	105 39.6%
Центри за ментално здравје %	5 1.9%	8 3%	252 95.1%
Центри за одмена на семејна грижа %	0	4 1.5%	261 98.5%
Дневни болници %	69 26%	0	196 74%
Амбулантски клиници %	224 84.5%	0	41 15.5%
Центри за информирање и упатување до соодветни услуги %	0	11 4.2%	254 95.8%
Вкупно	447	95	1313
РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИ УСЛУГИ			
Домови за грижа на стари лица %	60 22.6%	9 3.4%	196 74%
Домови за одмена на семејна грижа %	0	13 4.9%	252 95.1%
Домови за палијативна грижа %	0	3 1.1%	262 98.9%
Геријатриски болници %	67 25.3%	8 3%	190 71.7%
Рехабилитациски центри %	21 7.9%	1 0.4%	243 91.7%
Домови за терминална нега %	0	0	265 100%
Болници са општа јавност %	74 28%	0	191 72%
Вкупно	222	34	1599

Најчести услуги во домот кои старите лица кои не ги користат, но им се потребни се дистрибуцијата на лекови во домот, патронажа за рутински прегледи и користење технологија во домот. Од вкупно 265 стари лица, услугата дистрибуција на лекови во домот потребна е кај 58 (21.9%), патронажа за рутински прегледи кај 52 (19.6%) и користење на технологија во домот кај 51 (19.2%), а најмалку потребна им е дистрибуција на храна кај само 8 стари лица односно 3% од вкупниот број. Исто така, 214 стари лица (80.8% од вкупниот број) ја истакнаа услугата користење на технологија во домот дека не ја користат и не им е потребна .

Што се однесува до **услугите во локалната заедница**, најчесто користена услуга од страна на старите лица се услугите амбулантни клиници и придружба. Од вкупно 265 стари лица, 224 (84.5%) ја користат услугата амбулантни клиници, а услугата придружба 127 (47.9%). Најмалку користена е услугата центар за ментално здравје - само 5 стари лица (1.9% од вкупниот број). Старите лица истакна дека воопшто не ги користат услугите центар за одмена на семејна грижа, како и центар за информирање и упатување. Најчести услуги во локалната заедница кои не ги користат, а им се потребни се услугите за транспорт и придружба. Од вкупно 265 стари лица 39 (14.7%) имаат потреба од транспортни услуги и 33 (12.5%) од услугата придружба.

Најмалку потребна услуга е центар за одмена на семејна грижа, само 4 стари лица (1.5% од вкупниот број) ја наведоа услугата како потребна. Старите лица посочија повеќе услуги од локалната заедница кои не ги користат и не им се потребни, а најголем број ја истакнаа услугата центар за одмена на семејна грижа - 261 стари лица (98.5% од вкупниот број).

Од **резиденцијални услуги** најчесто користени услуги се болници за општа јавност, геријатриски болници и домови за грижа на стари лица. Од вкупно 265 стари лица 74 (28%) ги користат болниците од општа јавност, 67 (25.3%) користат геријатриски болници и 60 (22.6%) ги користат домовите за грижа на стари лица. Најмалку користени се рехабилитациските центри - 21 (7.9% од вкупниот број), а другите резиденцијални услуги воопшто не ги користат.

Најчесто услугите кои старите лица не ги користат, а им се потребни, се домовите за одмена на семејна грижа - 13 стари лица (4.9% од вкупниот број) и домови за стари лица, односно 9 (3.4 % од вкупниот број), а најмалку им се потребни домовите за палијативна грижа и рехабилитациските центри.

Исто така, старите лица повеќето од резиденцијалните услуги не ги користат и не им се потребни. Забележително е дека 100% од старите лица не ја користат и немаат

потреба од услугата домови за терминална нега а кај 98.9% стари лица не е потребна услугата домови за палијативна грижа.

Од Табелата 16, во која се прикажани податоците за потреба од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги според местото на живеење, може да се заклучи дека постои поврзаност помеѓу местото на живеење и користењето на услуги.

Имено, во однос на **услугите во домот** старите лица кои се сместени во дом за стари и дом за нега ги имаат на располагање и ги користат сите услуги кои ги нуди институцијата (освен услугата за користење на технологија). За разлика од нив само 4 испитаници со место на живеење во сопствениот дом и пензионерскиот дом ја користат услугата патронажа, а услугата дистрибуција на храна во домот ја користат само две стари лица со место на живеење во сопствениот дом. Најчести услуги во домот кои старите лица не ги користат, но им се потребни се дистрибуција на лекови, технологија во домот и патронажа за рутински прегледи. Од вкупно 72 стари лица кои живеат во сопствен дом, 27 (37.5%) ја посочија услугата дистрибуција на лекови, 23 (31.9%) користење на технологија, а патронажа за рутински прегледи 21 (29.2%). Лицата во пензионерски дом имаат поголема потреба од истите услуги, а и во сопствениот и пензионерскиот дом најмалку потребна услуга е дистрибуција на храна во домот.

Старите лица кои се сместени во институции (во дом за стари лица и дом за нега) ги користат сите услуги кои им се на располагање и затоа немаат потреба од ниту една услуга. Имено, видно од податоците прикажани во Табелата 16, во колоната за услуги „не ги користам, а ми се потребни“ нема ниту еден евидентиран испитаник. Старите лица со место на живеење во сопствен дом и пензионерски дом истакнаа дека не им е потребна и не ја користат услугата дистрибуција на храна во домот. За разлика од нив, лицата во дом за стари и дом за нега ја истакнаа услугата технологија во домот како непотребна и не ја користат.

Што се однесува до **услугите во заедницата**, најчесто користена услуга на старите лица со место на живеење во сопствениот дом и пензионерскиот дом се дневните болници и амбулантите, но значително повеќе ги користат испитаниците кои живеат во сопствен дом, односно 38 стари лица (52.7%) ја користат услугата дневни болници, а 69 (95.8%) услугата амбуланти. Најмалку користена услуга е центар за ментално здравје. Сите останати услуги во локалната заедница не се користени од старите лица.

Табела 16. Потреба од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги на старите лица, според место на живеење

ВИД УСЛУГИ	МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ											
	Сопствен дом			Пензионерски дом			Дом за стари лица			Дом за нега		
	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна
УСЛУГИ ВО ДОМ												
Адаптација во домот	0	19	53	0	26	40	60	0	0	67	0	0
Нега во домот	0	17	55	0	14	52	60	0	0	67	0	0
Помош во одржување во домот	0	16	56	0	21	45	60	0	0	67	0	0
Користење на технологија	0	23	49	0	28	38	0	0	60	0	0	67
Алармни системи	0	15	57	0	17	49	60	0	0	67	0	0
Патронажа за рутински прегледи	2	21	49	2	31	33	60	0	0	67	0	0
Физикална терапија	0	11	61	0	15	51	60	0	0	67	0	0
Дистрибуција на лекови во домот	0	27	45	0	31	35	60	0	0	67	0	0
Дистрибуција на храна во домот	2	3	67	0	5	61	60	0	0	67	0	0
Вкупно	4	152	492	2	188	404	480	0	60	536	0	67
УСЛУГИ ВО ЗАЕДНИЦА												
Транспортни услуги	10	16	46	12	23	31	0	0	60	0	0	67
Придружба	0	14	58	0	19	47	60	0	0	67	0	0
Центар за ментално здравје	2	5	65	3	3	60	0	0	60	0	0	67
Центар за одмена на семејна грижа	0	3	69	0	1	65	0	0	60	0	0	67
Дневни болници	38	0	34	26	0	40	3	0	57	2	0	65
Амбуланти	69	0	3	28	0	38	60	0	0	67	0	0
Центар за информирање и упатување	0	7	65	0	4	62	0	0	60	0	0	67
Вкупно	119	45	340	69	50	343	123	0	297	136	0	333
РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИ УСЛУГИ												
Домови за грижа на стари лица	0	9	63	0	0	66	60	0	0	0	0	67
Домови за одмена на семејна грижа	0	13	59	0	0	66	0	0	60	0	0	67
Домови за палијативна грижа	0	2	70	0	1	65	0	0	60	0	0	67
Геријатриски болници	0	6	66	0	2	64	0	0	60	67	0	0
Рехабилитациони центри	13	0	59	7	1	58	0	0	60	1	0	66
Домови за терминална грижа	0	0	72	0	0	66	0	0	60	0	0	67
Болници за општа јавност	28	0	44	33	0	33	9	0	51	4	0	63
Вкупно	41	30	433	40	4	418	69	0	351	72	0	397

Најчести услуги кои старите лица не ги користат, но им се потребни се транспортните услуги 16 стари лица (22.2%) од сопствен дом и 23 стари лица (34.8%) од пензионерски дом како и услугата придружба која е потребна кај 14 (19.4%) од сопствен дом и 19 (28.8%) стари лица од пензионерски дом, а најмалку потребни се центар за ментално здравје и центар за одмена на семејна грижа. Најголем број - 69 (95.8%) стари лица од сопствен дом и 65 (98.5%) стари лица од пензионерски дом не ја користат и не им е потребна услугата центар за одмена на семејна грижа. Старите лица сместени во институции ги истакнаа како најчесто користени услугите амбуланти и придружба, а најмалку користена дневните болници. Останати услуги од локалната заедница воопшто не се користат од старите лица. Корисниците кои се институционално згрижени немаат потреба од ниту една услуга од локална заедница. Исто така, испитаниците згрижени во институција истакнаа дека не ги користат и не им се потребни услугите од локална заедница, освен услугите амбуланти и придружба, за кои се произнесоа дека ги користат.

Од **резиденцијалните услуги** најчесто користена услуга кај старите лица од сопствен и пензионерски дом е услугата болници за општа јавност – 28 лица (38.9%) од сопствен дом, 33 (50%) од корисниците во пензионерски дом, а помалку користена е услугата за рехабилитација. Останатите услуги испитаниците од сопствен и пензионерски дом воопшто не ги користат. Најчести услуги кои старите лица не ги користат, но им се потребни се домовите за одмена на семејна грижа 13 (18.1%) и домови за грижа на стари лица 9 (12.5%) стари лица со место на живеење во сопствен дом, а само неколку лица од пензионерски дом имаат потреба од геријатриски болници и рехабилитација. Најголем број од старите лица во сопствен и пензионерски дом ја посочија услугата домови за палијативна грижа како најмалку потребна, а сите испитаници од сопствен и пензионерски дом ја истакнаа услугата домови за терминална грижа како непотребна. Лицата сместени во домовите, ја користат услугата на институцијата каде што се сместени и болниците за општа јавност и не ги користат другите резиденцијални услуги. Овие испитаници немаат потреба од ниту една услуга. Исто така, старите лица истакнаа дека не им се потребни и не ги користат резиденцијалните услуги, освен услугата каде што се сместени и општата болница.

Од податоците се воочува дека користењето на услугите, како и препознавањето на потребата од одредени услуги тесно е поврзана со местото на живеење на старото лице. Кај оние што се сместени во дом за стари и дом за нега, наведените потреби и услуги се препознаени од институциите и истите се користени од старите лица. Може да се забележи дека старите лица кои живеат во сопствени и пензионерски домови помалку

ги користат овие услуги заради нивната достапност, но и неинформираност за постоење на истите, отколку оние кои се сместени во домови за стари и домови за нега.

Согласно добиените податоци од истражувањето за потребата од услуги во дом, локална заедница и резиденцијални услуги на старите лица според местото на живеење, се потврди хипотезата 1.4. **Ако старите лица живеат во сопствен дом и пензионерски дом, тогаш потребата од услуги во домот е поголема.** При интервјуто стручните лица укажаа дека на корисниците на домот им се на располагање рутински прегледи, прегледите кај матичните лекари, специјализираните прегледи, континуирано следење на здравствената состојба на корисниците и транспорт и придружба до соодветни установи.

Табела 17. Потребна од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги на старите лица, според возраст

ВИД УСЛУГИ	ВОЗРАСТ											
	60 - 65			66 - 75			76 - 85			Над 85		
	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам а потребна ми е	Не ја користам и не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам а потребна ми е	Не ја користам и не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам а потребна ми е	Не ја користам и не ми е потребна
УСЛУГИ ВО ДОМ												
Адаптација во домот	17	4	18	35	12	28	48	15	38	27	14	9
Нега во домот	17	3	19	35	9	31	48	12	41	27	7	16
Помош во одржување во домот	17	3	19	35	11	29	48	16	37	27	7	16
Користење на технологија	0	4	35	0	18	57	0	26	75	0	3	47
Алармни системи	17	3	19	35	14	26	48	10	43	27	5	18
Патронажа за рутински прегледи	17	4	18	36	11	28	50	20	31	28	17	5
Физикална терапија	17	2	20	35	8	32	48	12	41	27	4	19
Дистрибуција на лекови во домот	17	5	17	35	18	22	48	23	30	27	12	11
Дистрибуција на храна во домот	17	0	22	36	2	37	49	4	48	27	2	21
Вкупно	136	28	187	282	103	290	387	138	384	217	71	162

УСЛУГИ ВО ЗАЕДНИЦА												
Транспортни услуги	2	1	36	13	13	49	6	17	78	1	8	41
Придружба	17	1	21	35	9	31	48	17	36	27	6	17
Центар за ментално здравје	2	5	32	1	2	72	2	1	98	0	0	50
Центар за одмена на семејна грижа	0	0	39	0	2	73	0	1	100	0	1	49
Дневни болници	9	0/	30	22	0	53	26	0	75	12	0	38
Амбуланти	37	0	2	73	0	2	94	0	7	14	0	36
Центар за информирање и упатување	0	3	36	0	4	71	0	2	99	0	2	48
Вкупно	67	10	196	144	30	351	176	38	493	54	17	279
РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИ УСЛУГИ												
Домови за грижа на стари лица	6	1	32	15	1	59	23	5	73	16	2	32
Домови за одмена на семејна грижа	0	1	38	0	2	73	0	5	96	0	5	45
Домови за палијативна грижа	0	0	39	0	1	74	0	2	99	0	0	50
Геријатриски и болници	11	0	28	20	2	53	25	3	73	11	3	36
Рехабилитациони центри	3	1	35	7	0	68	7	0	94	4	0	46
Домови за терминална нега	0	0	39	0	0	75	0	0	101	0	0	50
Болници за општа јавност	11	0	28	25	0	50	29	0	72	9	0	41
Вкупно	31	3	239	67	6	452	84	15	608	40	10	300

Резултатите од истражувањата во однос на потреба од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијалните услуги на старите лица според возраста, прикажани се на Табела 17. Оттука, се забележува дека испитаниците од сите четири возрасни групи кои ги користат услугите во домот се испитаници кои се сместени во институции, односно во дом за стари лица и дом за нега. Во однос на услугите во домот, може да се забележи

дека мал број од старите лица кои не се сместени во институција од втората, третата и четвртата група, ја користат услугата патронажа за рутински прегледи и дистрибуција на храна во домот. Старите лица од сите возрастни групи истакнаа дека не ја користат услугата користење на технологија во домот. Најчести услуги во домот кои старите лица не ги користат, но им се потребни се услугите за дистрибуција на лекови, патронажа за рутински прегледи, користење на технологија и адаптација во домот. Без разлика на возраста, старите лица имаат потреба од услугата дистрибуција на лекови во домот, 5 од 39 стари лица во првата возрастна група, 18 од 75 стари лица во втората старосна група, 23 од 101 стари лица во третата возрастна група и 12 од 50 стари лица во највозрасната група. Во првата возрастна група испитаниците имаат помала потреба од услуги, за разлика од другите возрастни групи. Сепак, најчести услуги во домот кои старите лица од првата група не ги користат, но им се потребни се користење на технологија, патронажа за рутински прегледи и адаптација во домот, а во втората возрастна група се издвојуваат користење на технологија и алармни системи. Во третата старосна група ја истакнаа потребата од користење на технологија и патронажа за рутински прегледи, а во највозрасната ја наведоа како најпотребна услугата патронажа за рутински прегледи, како и адаптацијата во домот. Најмалку потребна услуга од колоната „не ја користам, а ми е потребна“ е дистрибуција на храна во домот. Оваа услуга (дистрибуција на храна во домот) е доминантна во сите четири групи во колоната „не ја користам и не ми е потребна“.

Најчесто користени услуги во **локалната заедница**, независно од возрастната група, се услугите за амбуланта и придружба, а услугите центар за одмена на семејна грижа и центар за информирање и упатување воопшто не се користени во ниту една група. Во првата старосна група најчести услуги кои не ги користат, а им се потребни се центар за ментално здравје - 5 стари лица и центар за информирање и упатување - 3 стари лица од вкупно 39 лица, а најмалку потребна е транспорт и придружба. Сите други останати услуги од локална заедница воопшто не им се потребни. Во втората, третата и четвртата старосна група најчести услуги кои старите лица не ги користат, а им се потребни се транспортни услуги и придружба и тоа кај 13 стари лица е потребна услугата транспорт и кај 9 стари лица услугата придружба во втората возрастна група (од вкупно 75 лица во оваа група), 17 стари лица ја истакнале потребата од услугите транспорт и придружба во третата возрастна група (од вкупно 101 лице во оваа група), а 8 стари лица ја посочиле услугата транспорт и 6 стари лица услугата придружба во четвртата возрастна група (од 50 лица во оваа возрастна група). Најмалку потребни во сите групи се услугите

центар за ментално здравје и центар за одмена на семејна грижа. Сите останати услуги од локалната заедница не им се потребни. Старите лица истакнаа дека центар за одмена на семејна грижа е услугата која не им е потребна и која воопшто не ја користат, а во највозрасната група тоа е услугата центар за ментално здравје.

Од **резиденцијалните услуги**, корисници на истите се лицата сместени во институциите, па оттука најчесто користени услуги од страна на овие лица без разлика на возраста се домовите за грижа на старите лица (60 лица – 6 во првата, 15 во втората, 23 во третата и 16 во највозрасната група) и геријатриски болници (67 лица -11 од првата, 20 од втората, 25 од третата и 11 од четвртата возрасна група), како и болниците за општа јавност. Најмалку користена услуга е рахабилитациските центри. Сите други услуги не ги користат. Од услугите кои на старите лица им се потребни, а не ги користат минимален е бројот на стари лица со потреба од резиденцијални услуги во првата и втората група, а во третата и четвртата возрасна група се истакнуваат како потребни домови за грижа на стари лица, дом за одмена на семејна грижа, како и геријатриските болници. Три случаи (7,7%) од првата возрасна група имаат потреба од резиденцијални услуги, во втората група 6 (8,1%), во третата 15 случаи (14,9%) во третата возрасна група и 10 случаи (20%) во највозрасната група.

Старите лица од услугите кои не им се потребни и воопшто не ги користат ги наведоа поголем дел од резиденцијалните услуги, а особено услугите домови за терминална нега и за палијативна грижа.

Согласно со сознанијата од истражувањето за потребата од социјално-здравствени услуги во домот, локална заедница и резиденцијални услуги по возраст ја потврдија **hipотезата 1.5. Како се зголемува возраста на старите лица, така се зголемува и потребата од социјално-здравствени услуги.** Воедно, се потврди и **hipотезата 1.6. Како се зголемува возраста на старите лица, така се зголемува и потребата од резиденцијални услуги.**

Табела 18. Потреба од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги на старите лица, според пол

ВИД УСЛУГИ	ПОЛ					
	Мажи			Жени		
	Ја користам	Не ја користам Потребно ми е	Не ја користам Не ми е потребна	Ја користам	Не ја користам а потребна ми е	Не ја користам не ми е потребна
УСЛУГИ ВО ДОМ						
Адаптација во домот	50	17	41	77	28	52
Нега во домот	50	13	45	77	18	62
Помош во одржување во домот	50	16	42	77	21	59
Користење на технологија	0	22	86	0	29	128
Алармни системи	50	18	40	77	14	66
Патронажа за рутински прегледи	51	21	36	80	31	46
Физикална терапија	50	10	48	77	16	64
Дистрибуција на лекови во домот	50	22	36	77	36	44
Дистрибуција на храна во домот	51	5	52	78	3	76
Вкупно	402	144	426	620	196	597
УСЛУГИ ВО ЗАЕДНИЦА						
Транспортни услуги	13	18	77	9	21	127
Придружба	50	14	44	77	19	61
Центар за ментално здравје	2	3	103	3	5	149
Центар за одмена на семејна грижа	0	2	106	0	2	155
Дневни болници	24	0	84	45	0	112
Амбуланти	106	0	2	146	0	11
Центар за информирање и упатување	0	6	102	0	5	152
Вкупно	195	43	518	280	52	767
РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИ УСЛУГИ						
Домови за грижа на стари лица	24	3	81	36	6	115
Домови за одмена на семајна грижа	0	10	98	0	3	154
Домови за палијативна грижа	0	2	106	0	1	156
Геријатриски болници	26	3	79	41	5	111
Рехабилитациски центри	6	0	102	15	1	141
Домови за терминална нега	0	0	108	0	0	157
Болници за општа јавност	30	0	78	44	0	113
Вкупно	86	18	652	136	16	947

Со анализа на податоците за потреба од услуги во домот, услуги во заедницата и резиденцијални услуги според полот прикажани на Табела 18. може да се согледа дека 50 испитаници од машки пол и 77 од женски пол кои се сместени во институција (во домови за стари лица и дом за нега) ги користат услугите кои се на располагање во домот (освен услугата користење на технологија во домот), од причини што овие услуги им се достапни. Само две лица од машки пол и четири лица од женски пол кои не се институционално згрижени ги користат услугите патронажа за рутински прегледи и дистрибуција на храна во домот. Најчести услуги кои старите лица од машки и женски

пол кои не се институционално згрижени не ги користат, но им се потребни, се услугите дистрибуција на лекови во домот - 20.4% стари лица од машки пол и 22.9% од женски пол, патронажа за рутински прегледи - 19.4% старите лица од машки пол и 19.7% од женски пол и технологија во домот - 20.4% стари лица од машки пол и 18.5% од женски пол. Испитаниците од женски пол повеќе ја истакнаа како потребна услугата адаптацијата во домот, а испитаниците од машки пол услугата алармни системи. Најмалку потребна услуга кај двата пола е дистрибуција на храна во домот.

Не постои разлика во користење на услугите во **локална заедница** во однос на полот. Најчесто користени услуги кај испитаниците од машки и женски пол се услугите амбуланти и придружба, најмалку користена услуга е центар за ментално здравје, а воопшто не се користени центар за одмена на семејна грижа и центар за информирање и упатување. Може да се истакне дека најчести услуги кои не ги користат, но им се потребни се услугите за транспорт кај 18 стари машки лица (16.6% од вкупниот број испитаници од машки пол) и 21 стари женски лица (13.3% од вкупниот број испитаниците од женски пол) и услугата придружба кај 14 стари машки лица (13% од вкупниот број испитаници од машки пол) и 19 стари женски лица (12% од вкупниот број испитаниците од женски пол). Најмалку потребни им се центрите за одмена на семејна грижа, само две стари лица од двата пола ја посочиле како потребна. Услугата која не ја користат и не им е потребна е центар за одмена на семејна грижа, која 106 стари лица од вкупно 108 од машки пол и 155 стари лица од вкупно 157 од женски пол ја посочија како непотребна.

Од **резиденцијалните услуги** кои најчесто ги користат старите лица се услугите општа болница која подеднакво ја користат испитаниците од двата пола, како и услугите домови за грижа на стари лица и геријатриски болници, а најмалку користена е услугата рехабилитационски центри. Сите други резиденцијални услуги испитаниците од обата пола не ги користат. Најчеста услуга која не ја користат, а им е потребна е домот за одмена на семејна грижа, која повеќе е потребна кај старите лица од машки пол отколку кај жените (9,2% од машките испитаници, наспроти 1,9% кај женските испитаници). Кај старите лица од женски пол потребна услуга која не ја користат е домот за грижа на стари лица и геријатриски болници. Забележително е дека старите лица не ја користат и не им е потребна услугата за палиативна грижа, а сите испитаници од машки и женски пол ја посочија како непотребна услугата домови за терминална нега.

Од добиените резултати поврзани со брачната состојба на испитаниците, може да се утврди дека испитаниците кои живеат сами (вдовци) имаат поголема потреба од

услуги и почесто се соочуваат со потешкотии во задоволување на потребите. Особено кај нив се нагласува потребата за адаптација во домот, користење на технологија, како и патронажата, услугата за транспорт и потребата за придружба.

Може да се забележи дека образованието е значаен фактор за потребата од услуги кај старите лица, пред сè заради поголемата информираност за постоење на истите, како и поголемата свесност за потребата од нив, со цел подобрување на квалитетот на живот на старите лица. Според националноста на испитаниците, податоците покажуваат дека најголем дел од услугите ги користат Македонците, затоа што најголем дел од испитаните стари лица се од македонска националност. Исто така, овој податок може да се објасни со културните фактори во однос на грижата на старите лица. Имено, кај испитаниците од другите етнички заедници доминира грижата за старите лица во домот.

2.2.5. Потребата од социјални услуги кај старите лица

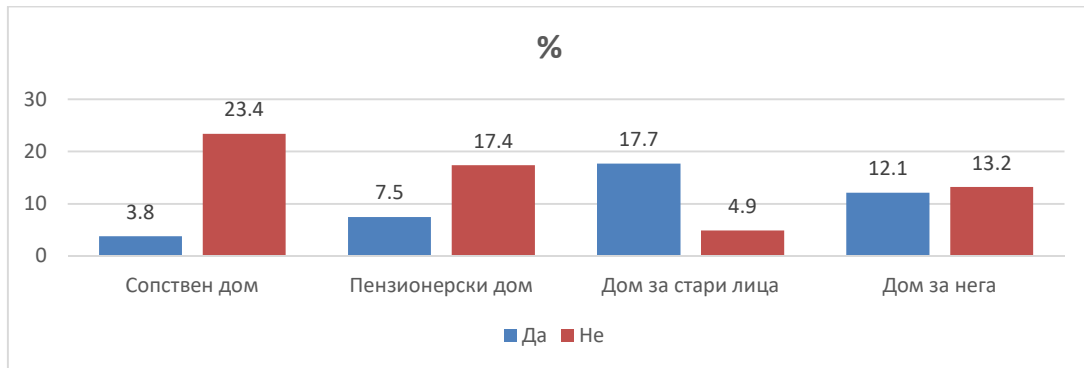
Со истражувањето се анализираше и потребата од социјалните услуги кај старите лица. Во Табела 19, дадена е потребата од социјални услуги кај стари лица, според местото на живеење.

Табела 19. Потребата од социјални услуги кај старите лица

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	ПОТРЕБА ОД СОЦИЈАЛНИ УСЛУГИ		
	Да	Не	Вкупно
Сопствен дом %	10 3.8%	62 23.4%	72 27.2%
Пензионерски дом %	20 7.5%	46 17.4%	66 24.9%
Дом за стари лица %	47 17.7%	13 4.9%	60 22.6%
Дом за нега %	32 12.1%	35 13.2%	67 25.3%
Вкупно %	109 41.1%	156 58.9%	265 100%

Се истакнува податокот дека корисниците на дом за стари и дом за нега имаат поголема потреба од социјални услуги за разлика од старите лица кои живеат во сопствен и пензионерски дом. Од вкупниот број испитаници во домот за стари лица, 47 испитаници (17,7%) имаат потреба од социјални услуги, а во домот за нега 32 испитаници (12,1%). За разлика од нив, од вкупниот број испитаници во сопствениот дом 10 стари лица (3,8%) и 20 стари лица (7,5%) од пензионерскиот дом имаат потреба од социјални

услуги.



Графикон 12. Потреба од социјални услуги кај старите лица

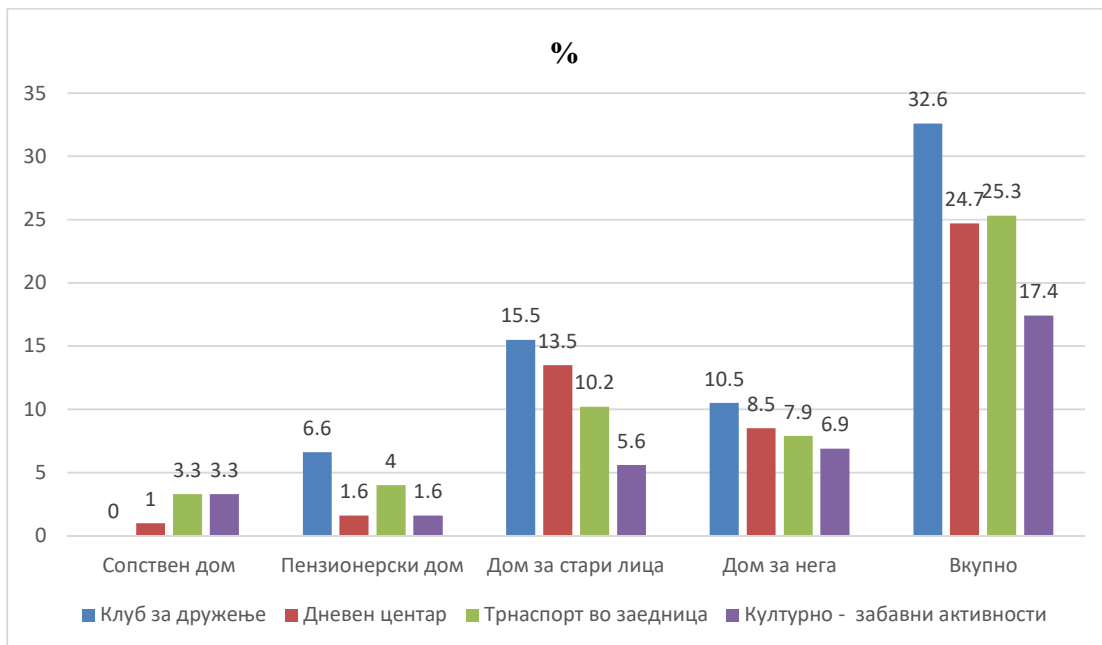
Од вкупниот број на испитаници, 109 испитаници (41,1%) наведоа дека имаат потреба од социјални услуги, а 156 испитаници (58,9%) дека немаат потреба од истите. Во интервјуто стручните работници ги истакнаа домувањето, социо-едукативните и рекреативни настани, моторните активности, посредувањето при остварување на правата од социјална заштита и посредувањето при вадење на лични документи како услуги кои им се достапни на старите лица. Од анкетираниите 265 лица, некои испитаници се изјаснија дека воопшто не ги користеле наведените социјални услуги, а некои наведоа дека користеле и повеќе од една услуга, па од тие причини вкупниот број на користени услуги не е идентичен со примерокот и изнесува 304 користени услуги.

Табела 20. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според местото на живеење

ВИД НА СОЦИЈАЛНИ УСЛУГИ	МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ				Вкупно
	Сопствен дом	Пензионерски дом	Дом за стари лица	Дом за нега	
Клуб за дружење	0	20	47	32	99
%	0%	6.6%	15.5%	10.5%	32.6%
Дневен центар	3	5	41	26	75
%	1%	1.6%	13.5%	8.5%	24.7%
Транспорт во заедница	10	12	31	24	77
%	3.3%	4%	10.2%	7.9%	25.3%
Културно - забавни активности	10	5	17	21	53
%	3.3%	1.6%	5.6%	6.9%	17.4%
Вкупно	23	42	136	103	304
%	7.6%	13.8%	44.7%	33.9%	(100%)

Од Табела 20, според видот на социјалните услуги кои ги користат старите лица

може да се забележи дека старите лица од вкупно 304 социјални услуги, најмногу користат клуб за дружење, односно 99 испитаници (32,6%), транспортната услуга користат 77 испитаници (25,3%), дневните центри ги користат 75 испитаници (24,7%), а најмалку користени се културно - забавните активности од страна на 53 испитаници (17,4%). Анализирани според видот на услугите, клубот за дружење се користи од сите испитаници, освен оние кои живеат во сопствен дом. Услугите дневен центар и транспорт во заедница повеќе се користат од корисниците на дом за стари и дом за нега, а услугата културно-забавни активности најмногу се користи во домот за нега.



Графикон 13. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според местото на живеење

Од аспект на местото на живеење има разлика во користење на социјалните услуги. Старите лица кои живеат во сопствен дом најмалку ги користат сите видови на социјални услуги, односно 23 (7,6% од вкупниот број користени услуги), по што следува пензионерскиот дом со 42 (13,8% од користените услуги). За разлика од нив, се забележува дека од вкупно 304 користени социјални услуги, 136 (44,7%) ги користат испитаниците кои се корисници на домот за стари лица и 103 (33,9%), од корисниците на домот за нега. Овој податок е очекуван поради тоа што овие социјални услуги се на располагање во домовите за стари лица и домовите за нега. Но, сепак треба да се нагласи дека заради ограничените просторни можности, активностите карактеристични на

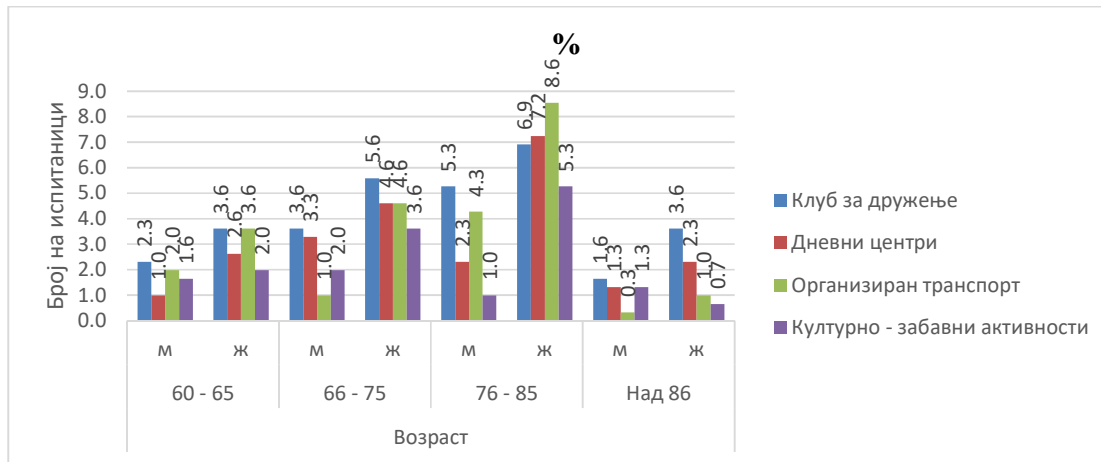
дневниот центар се реализираат во рамките на дневниот престој на старите лица во домот за стари и домот за нега. Што се однесува до транспортот на старите лица постојат потешкотии во организирање и реализирање на транспортот кои произлегуваат од променливата здравствена состојба на старите лица, како и од ограничените ресурси и соодветните административни правила во домовите како што е дозвола за излез и сл.

Од прикажаните резултати во Табела 21, според возраста и полот на старите лица и користење на видовите на социјални услуги може да се согледа дека од вкупниот број социјални услуги, најмногу се користат во третата возрасна група (76-85 години), во која 124 социјални услуги (40,8%) се користени од старите лица, за разлика од првата возрасна група (60-65 години), во која се користени 57 социјални услуги (18,7%).

Табела 21. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според возраст и пол

ВИД НА УСЛУГИ	ВОЗРАСТ								Вкупно
	60 - 65		66 - 75		76 - 85		Над 86		
ПОЛ	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Клуб за дружење	7	11	11	17	16	21	5	11	99
%	2.3%	3.6%	3.6%	5.6%	5.3%	6.9%	1.6%	3.6%	32.6%
Дневни центри	3	8	10	14	7	22	4	7	75
%	1%	2.6%	3.3%	4.6%	2.3%	7.2%	1.3%	2.3%	24.7%
Организиран транспорт	6	11	3	14	13	26	1	3	77
%	2%	3.6%	1%	4.6%	4.3%	8.6%	0.3%	1%	25.3%
Културно - забавни активности	5	6	6	11	3	16	4	2	53
%	1.6%	2%	2%	3.6%	1%	5.3%	1.3%	0.7%	17.4%
Вкупно	21	36	30	56	39	85	14	23	304
%	6.9%	11.8%	9.9%	18.4%	12.8%	28%	4.6%	7.6%	100%
Вкупно мажи и жени	57		86		124		37		
%	18.7%		28.3%		40.8%		12.2%		100%

Возраста не е ограничување за користењето на социјалните услуги, при што се забележува прогресија на користењето на социјалните услуги, на 86 (28,3%) во втората група и на 124 (40,8%) во третата возрасна група. Во четвртата група, над 86 годишна возраст забележителен е пад на користењето на 37 (12,2% од вкупниот број услуги), како последица од намалената мобилност на испитаниците. Според полот, се забележува дека испитаниците од женски пол повеќе ги користат сите видови социјални услуги во секоја возрасна група.



Графикон 14. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според возраст и пол

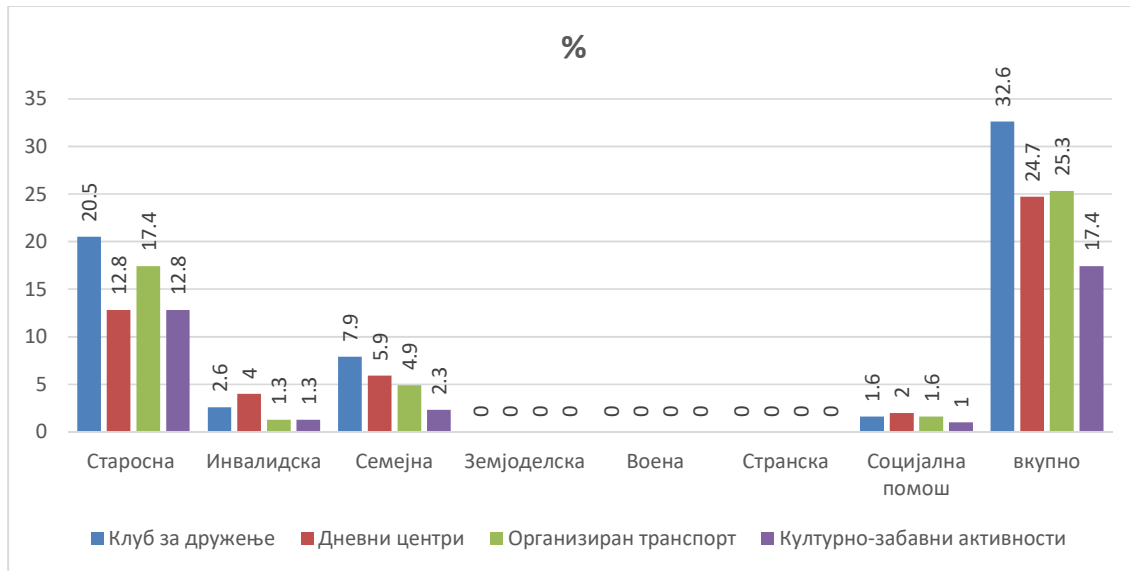
Според добиените податоци за потребата од социјални услуги заради дружење и социјализација според пол, се потврди хипотезата 1.7. Ако старото лице е од женски пол, тогаш потребата од социјални услуги за целите на дружење и социјализација е поизразена.

Табела 22. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според видот на месечните примања

ВИД НА МЕСЕЧНИ ПРИМАЊА								
ВИД НА СОЦИЈАЛНИ УСЛУГИ	Старосна	Инвалидска	Семејна	Земјоделска	Воена	Странска	Социјална помош	Вкупно
Клуб за дружење %	62 20.5%	8 2.6%	24 7.9%	0	0	0	5 1.6%	99 32.6%
Дневни центри %	39 12.8%	12 4%	18 5.9%	0	0	0	6 2%	75 24.7%
Организиран транспорт %	53 17.4%	4 1.3%	15 4.9%	0	0	0	5 1.6%	77 25.3%
Културно-забавни активности %	39 12.8%	4 1.3%	7 2.3%	0	0	0	3 1%	53 17.4%
Вкупно %	193 63.5%	28 9.2%	64 21.1%	0	0	0	19 6.2%	304 100%

Од Табелата 22, може да се забележи дека најголем број социјални услуги користат корисници на старосна пензија, 193 (63,5% од вкупниот број на услуги), а најмногу користената услуга од корисниците на старосна пензија е клубот за дружење, кој е користен од 62 испитаници (20,5% од вкупниот број услуги).

Воедно, и од корисниците на семејна пензија најкористена е социјалната услуга клуб за дружење, а од корисниците на инвалидска пензија најкористена е социјалната услуга дневни центри. Корисниците на социјална помош најмалку ги користат сите видови на социјални услуги.



Графикон 15. Вид на социјални услуги кои ги користат старите лица, според видот на месечните примања

Во однос на образованието најголем број испитаници со средно образование ги користат дадените социјални услуги. Од сумираните податоци, може да се забележи дека најголем број кој ги користат дадените социјални услуги се испитаниците со брачен статус вдовец/ица.

2.2.6. Социјалната мрежа на старите лица

2.2.6.1. Одржување односи со членови на семејството

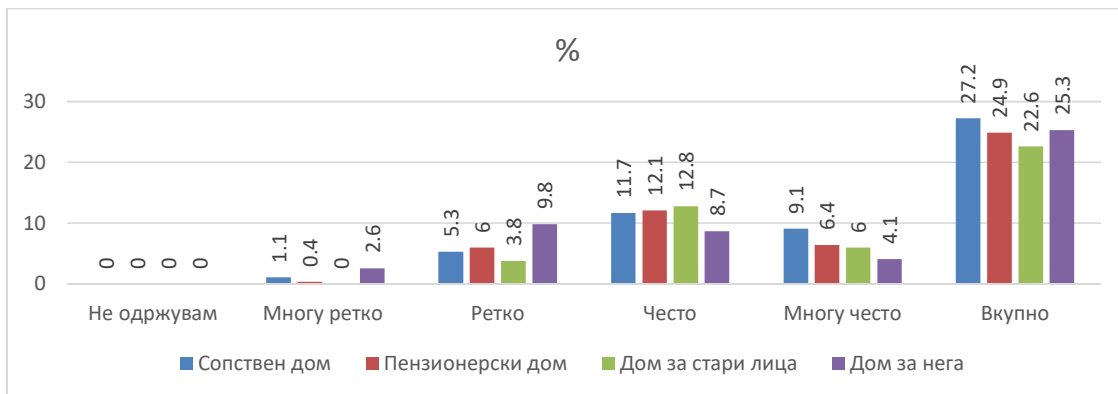
Блиските односи се од особено значење за старите лица и подразбираат контакт во живо со членовите од семејството. Комуникацијата со семејството е предуслов за квалитетен живот на секој поединец, а особено на старите лица, од причини што во овој период од животот се зависни од меѓусебниот однос со другите лица.

Табела 23. Блиски односи на старите лица со членовите од семејството, според местото на живеење

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	БЛИСКИ ОДНОСИ СО ЧЛЕНОВИ ОД СЕМЕЈСТВОТО					Вкупно
	Не одржувам	Многу ретко	Ретко	Често	Многу често	
Сопствен дом %	0	3 1.1%	14 5.3%	31 11.7%	24 9.1%	72 27.2%
Пензионерски дом %	0	1 0.4%	16 6%	32 12.1%	17 6.4%	66 24.9%
Дом за стари лица %	0	0	10 3.8%	34 12.8%	16 6%	60 22.6%
Дом за нега %	0	7 2.6%	26 9.8%	23 8.7%	11 4.1%	67 25.3%
Вкупно %	0	11 4.1%	66 24.9%	120 45.3%	68 25.7%	265 100%

Со анализа на податоците од Табела 23, каде се прикажани блиските односи на старите лица со членовите од семејството, според местото на живеење се забележува дека највисока е процентуалната застапеност во домот за стари 34 корисници односно 12,8% од вкупниот број испитаници одржуваат често блиски односи со членовите на семејството. Слична е и процентуалната застапеност на старите лица кои често одржуваат блиски односи со семејството и во сопствениот дом и во пензионерскиот дом.

Највисока процентуална застапеност на многу чести блиски односи со членовите од семејството се забележува кај 24 испитаници (9,1% од вкупниот број испитаници) кои живеат во сопствен дом. Во дом за нега е најголем процентот на корисниците кои ретко одржуваат блиски односи со членовите од семејството - 26 испитаници односно 9,8% од вкупниот број испитаници, а воедно и во овој дом има највисок процент на корисници кои многу ретко одржуваат блиски односи со членовите од семејството - 7 испитаници односно 2,6% од вкупниот број на испитаници.



Графикон 16. Блиски односи на старите лица со членовите од семејството, според местото на живеење

Најголем дел од испитаниците, 120 односно 45,3% од вкупно 265 стари лица, одржуваат често блиски односи со членовите од семејството. Задоволителен е и фактот дека збирно 188 испитаници - 71% од старите лица одржуваат чести и многу чести блиски односи со членовите од семејството. Само 11 лица односно 4,1% од 265 стари лица одржуваат многу ретко блиски односи со членови од семејството. Може да се забележи дека нема испитаници кои не одржуваат контакти со членовите на своето семејство.

2.2.6.2. Одржување односи со лица надвор од семејството

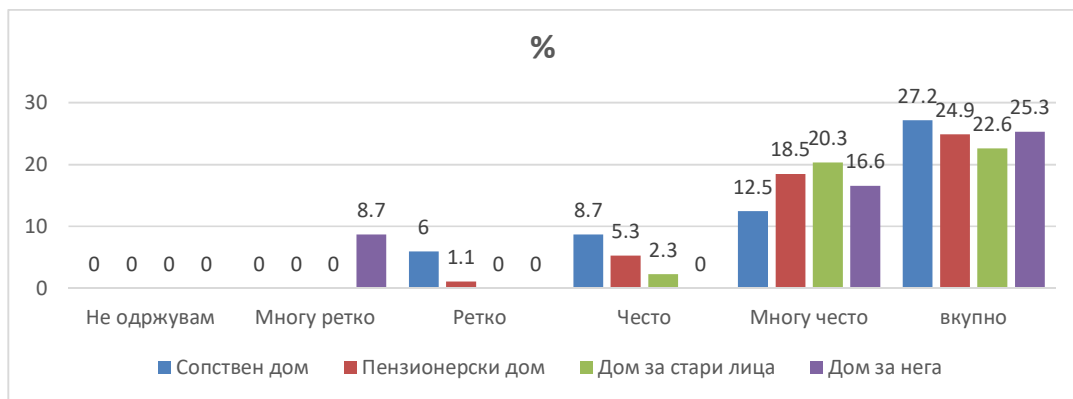
Блиските односи со пријателите и соседите се значаен дел во одржувањето на квалитетот на живеење на старите лица, односно ги намалуваат негативните последици од стареењето и влијаат на задоволување на нивните социјални потреби.

Табела 24. Блиски односи во живо со лица надвор од семејството (пријатели, соседи), според местото на живеење

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	БЛИСКИ ОДНОСИ СО ПРИЈАТЕЛИ / СОСЕДИ					Вкупно
	Не одржувам	Многу ретко	Ретко	Често	Многу често	
Сопствен дом %	0	0	16 6%	23 8.7%	33 12.5%	72 27.2%
Пензионерски дом %	0	0	3 1.1%	14 5.3%	49 18.5%	66 24.9%
Дом за стари лица %	0	0	0	6 2.3%	54 20.3%	60 22.6%
Дом за нега %	0	23 8.7%	0	0	44 16.6%	67 25.3%
Вкупно %	0	23 8.7%	19 7.1%	43 16.2%	180 68%	265 100%

Податоците од Табела 24 покажуваат дека без разлика на местото на живеење, испитаниците многу често одржуваат блиски односи со лица надвор од семејството. Во домот за стари лица уделот е најголем, каде од вкупниот број стари лица, 54 лица односно 20,3% одржуваат многу често блиски односи со лица надвор од семејството. Задоволителен е уделот на чести и многу чести блиски односи со лица надвор од семејството, но со отстапување во сопствениот дом каде што од вкупниот број стари лица, 16 односно 6% одржуваат ретко блиски односи со лица надвор од семејството, а во домот за нега од вкупниот број, 23 испитаници односно 8,7% одржуваат многу ретко блиски односи надвор од семејството. Од горенаведената табела се забележува дека 180 стари лица од вкупно 265 лица, односно 68% многу често одржуваат блиски односи со

своите пријатели, а збирната вредност на старите лица кои често и многу често одржуваат блиски односи надвор од своето семејство е 223 испитаници (84,2%). Само 19 лица, односно 7,1% од вкупниот број на испитаници ретко одржуваат блиски односи со пријателите. Се забележува дека нема испитаници кои не одржуваат блиски односи со пријатели/соседи.



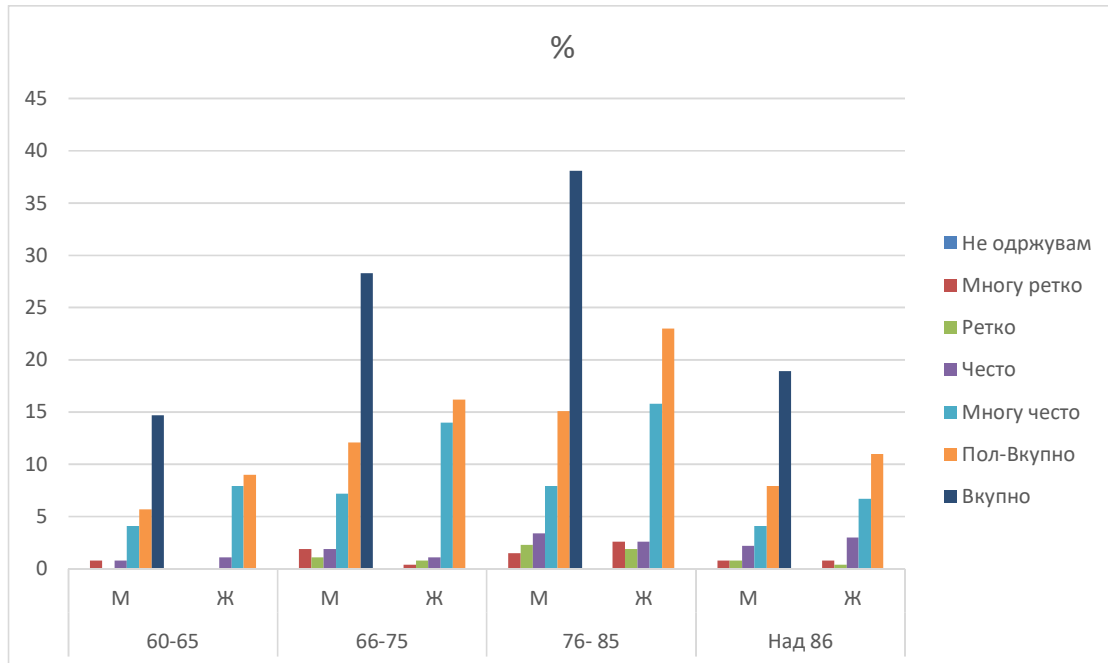
Графикон 17. Блиски односи во живо надвор од семејството (пријатели, соседи), според местото на живеење

Од податоците за блиските односи со пријатели и соседи според брачната состојба можеме да заклучиме дека лицата со брачна состојба вдовец/вдовица многу често одржуваат блиски односи со своите пријатели/соседи.

Табела 25. Блиски односи во живо со лица надвор од семејството (пријатели, соседи), според возраста и полот

ВОЗРАСТ	ПОЛ	БЛИСКИ ОДНОСИ СО ПРИЈАТЕЛИТЕ / СОСЕДИ					Пол-Вкупно	Вкупно
		Не одржувам	Многу ретко	Ретко	Често	Многу често		
60 - 65 %	М	0	2 0.8%	0	2 0.8%	11 4.1%	15 5.7%	39 14.7%
	Ж	0	0	0	3 1.1%	21 7.9%	24 9%	
66- 75 %	М	0	5 1.9%	3 1.1%	5 1.9%	19 7.2%	32 12.1%	75 28.3%
	Ж	0	1 0.4%	2 0.8%	3 1.1%	37 14%	43 16.2%	
76 - 85 %	М	0	4 1.5%	6 2.3%	9 3.4%	21 7.9%	40 15.1%	101 38.1%
	Ж	0	7 2.6%	5 1.9%	7 2.6%	42 15.8%	61 23%	
Над 86 %	М	0	2 0.8%	2 0.8%	6 2.3%	11 4.1%	21 7.9%	50 18.9%
	Ж	0	2 0.8%	1 0.4%	8 3%	18 6.7%	29 11%	
Вкупно %		0	23 8.7%	19 7.1%	43 16.2%	180 68%	265 100%	265 100%

Од Тебела 25, анализирано од аспект на возраст и пол може да се заклучи дека блиските односи со пријатели/соседи имаат тенденција на пораст. Од првата возрастна група, каде уделот од вкупниот број на испитаници од обата пола кои многу често одржуваат блиски односи со пријатели/соседи е 32 испитаници (12%) на 56 испитаници (21,2%) во втората возрастна група, потоа 63 испитаници (23,7%) во третата возрастна група и пад во четвртата возрастна група на 29 испитаници (10,8%).



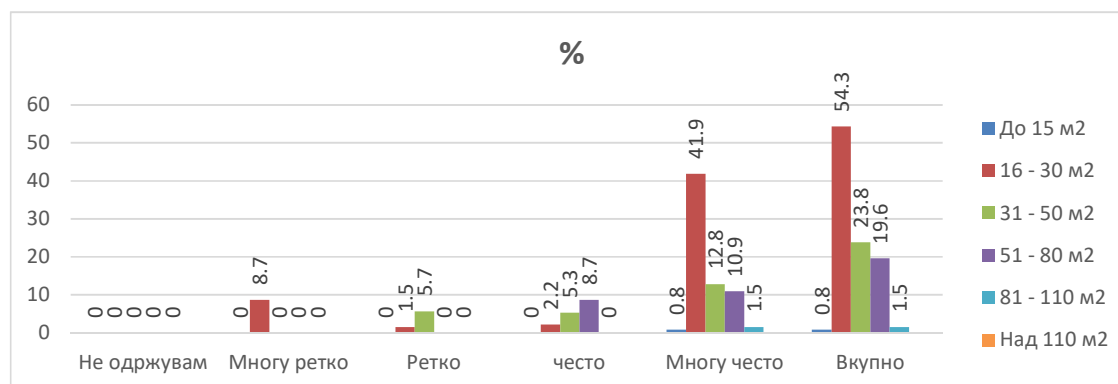
Графикон 18. Блиски односи во живо со лица надвор од семејството (пријатели, соседи), според возраста и полот

Во сите старосни групи испитаниците од женски пол се побројни во одржување на блиски контакти надвор од семејството (пријатели, соседи). Согласно заклучоците од истражувањето за интензитетот на социјалните контакти на старите лица со лица надвор од семејството, се отфрли хипотезата 1.8. **Како се зголемува возраста, така се намалува интензитетот на социјалните контакти на старите лица со лица надвор од семејството.**

Табела 26. Блиски односи во живо со лица надвор од семејството (пријатели, соседи), според квадратурата на живеење

КВАДРАТУРА НА ПРОСТОР	БЛИСКИ ОДНОСИ СО ПРИЈАТЕЛИТЕ / СОСЕДИ					Вкупно
	Не одржувам	Многу ретко	Ретко	често	Многу често	
До 15 m ² %	0	0	0	0	2 0.8%	2 0.8%
16 - 30 m ² %	0	23 8.7%	4 1.5%	6 2.2%	111 41.9%	144 54.3%
31 - 50 m ² %	0	0	15 5.7%	14 5.3%	34 12.8%	63 23.8%
51 - 80 m ² %	0	0	0	23 8.7%	29 10.9%	52 19.6%
81 - 110 m ² %	0	0	0	0	4 1.5%	4 1.5%
Над 110 m ² %	0	0	0	0	0	0
Вкупно %	0	23 8.7%	19 7.1%	43 16.2%	180 68%	265 100%

Со анализата на податоците од Табела 26, може да се забележи дека најголем број на испитаници кои живеат во станбен простор од 16 - 30 m² остваруваат многу чести контакти со своите пријатели и соседи односно 111 (41,9%) од вкупниот број стари лица. Сите испитаници кои живеат во станбен простор од 51 - 80 m² остваруваат чести и многу чести блиски односи со лица надвор од семејството. Но, сепак може да се забележи тенденцијата кон многу често дружење со пријателите и/или соседите без разлика на местото на живеење. Сепак, од прикажаните податоци се забележува дека од вкупниот број стари лица, 23 односно 8,7% кои многу ретко одржуваат блиски односи надвор од семејството се сместени исклучиво во станбен простор со површина од 16 - 30m². Интересно е да се нагласи дека во домовите за стари и домовите за нега, старите лица се дружат меѓусебно во институцијата во која живеат.



Графикон 19. Блиски односи во живо со лица надвор од семејството (пријатели, соседи), според квадратурата на живеење

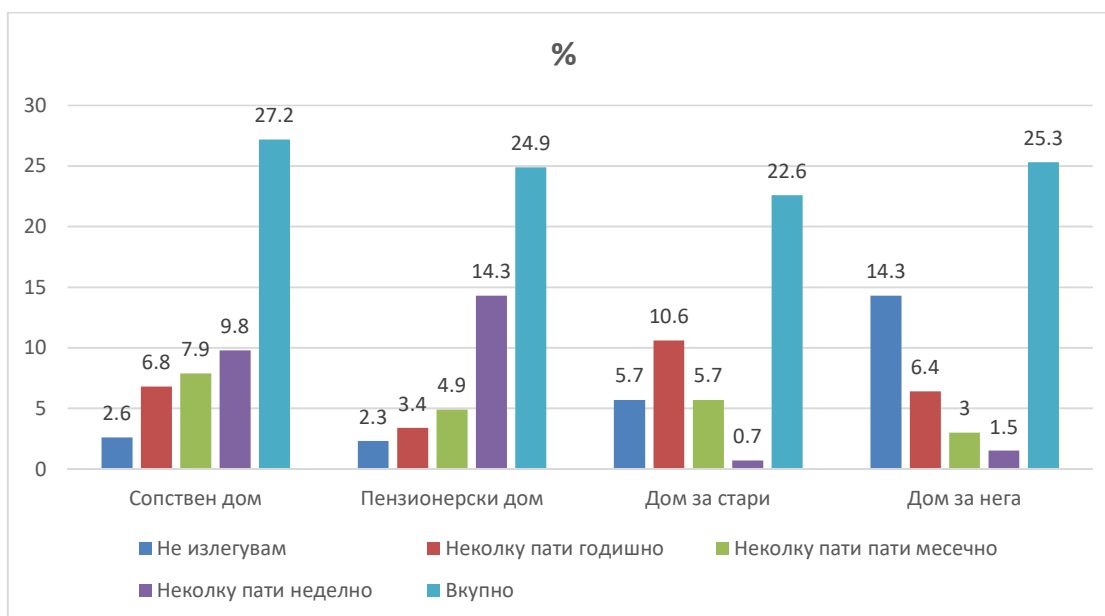
2.2.6.3. Излегување на старите лица од домот заради дружење и социјализација

Излегувањето заради дружење и социјализација има значајна улога во животот на старите лица и влијае на квалитетот на нивниот живот, односно е важен сегмент на активното стареење. Здравствената состојба на поединците влијае на оваа активност и им овозможува да бидат мобилни и да излегуваат заради дружење и социјализација, како би ги споделиле различните животни искуства од нивното секојдневие. Во Табелата 27 се прикажани резултатите од податоците за излегувањето заради дружење и социјализација, според местото на живеење.

Табела 27. Излегување на старите лица од домот заради дружење и социјализација, според местото на живеење

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	ИЗЛЕГУВАЊЕ ЗАРАДИ ДРУЖЕЊЕ И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈА				Вкупно
	Не излегувам	Неколку пати годишно	Неколку пати месечно	Неколку пати неделно	
Сопствен дом %	7 2.6%	18 6.8%	21 7.9%	26 9.8%	72 27.2%
Пензионерски дом %	6 2.3%	9 3.4%	13 4.9%	38 14.3%	66 24.9%
Дом за стари лица %	15 5.7%	28 10.6%	15 5.7%	2 0.7%	60 22.6%
Дом за нега %	38 14.3%	17 6.4%	8 3%	4 1.5%	67 25.3%
Вкупно %	66 24.9%	72 27.2%	57 21.5%	70 26.4%	265 100%

Со анализа на податоците според местото на живеење, може да се согледа дека најголем дел од испитаниците од пензионерските домови, неколку пати неделно излегуваат заради дружење и социјализација, за разлика од испитаниците од дом за стари лица и дом за нега кои најмалку излегуваат неколку пати неделно. Имено, се забележува дека 38 стари лица од вкупно 66 стари лица во пензионерските домови (14,3% од вкупниот број на испитаници) излегуваат неколку пати неделно, за разлика од 26 лица од сопствен дом (9,8% од вкупниот број испитаници), а само две стари лица во домот за стари (0,7% од вкупниот број на испитаници) и четири стари лица во домот за нега (1,5% од вкупниот број на испитаници). Во домот за стари е најголем процентот на лица кои излегуваат неколку пати во годината, 28 испитаници (10,6% од вкупниот број на испитаници), а во домот за нега најголема застапеност имаат испитаниците кои воопшто не излегуваат, 38 испитаници (14,3% од вкупниот број испитаници).



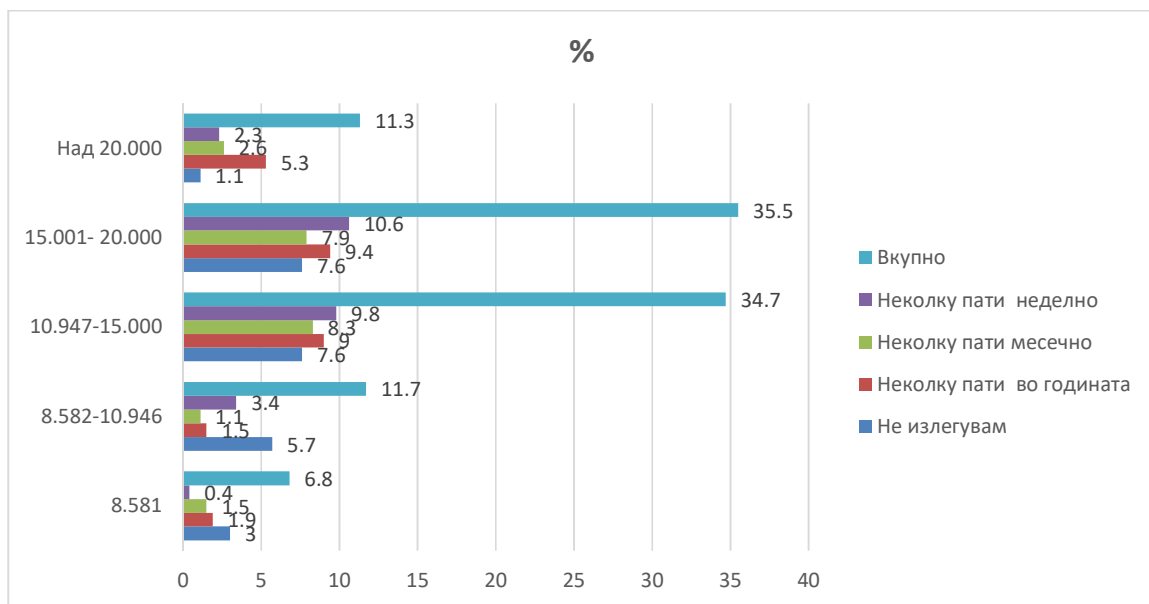
Графикон 20. Излегување на старите лица од домот заради дружење и социјализација, според местото на живеење

Од податоците се согледува дека од 265 стари лица, 66 односно 24,9% не излегуваат за дружење и социјализација, а нема посебна разлика меѓу бројот на испитаници кои излегуваат неколку пати во неделата, 70 стари лица односно 26,4% и неколку пати во годината, 72 стари лица односно 27,2%. Најмал е бројот на испитаници кои излегуваат неколку пати во месецот.

Табела 28. Излегување на старите лица од домот заради дружење и социјализација, според висината на месечните приходи

ВИСИНА НА МЕСЕЧНИ ПРИХОДИ	ИЗЛЕГУВАЊЕ ЗАРАДИ ДРУЖЕЊЕ И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈА				Вкупно
	Не излегувам	Неколку пати годишно	Неколку пати месечно	Неколку пати неделно	
8.581	8	5	4	1	18
%	3%	1.9%	1.5%	0.4%	6.8%
8.582-10.946	15	4	3	9	31
%	5.7%	1.5%	1.1%	3.4%	11.7%
10.947-15.000	20	24	22	26	92
%	7.6%	9%	8.3%	9.8%	34.7%
15.001- 20.000	20	25	21	28	94
%	7.6%	9.4%	7.9%	10.6%	35.5%
Над 20.000	3	14	7	6	30
%	1.1%	5.3%	2.6%	2.3%	11.3%
Вкупно	66	72	57	70	265
%	24.9%	27.2%	21.5%	26.4%	100%

Од Табелата 28, која ги прикажува податоците за излегување на старите лица заради дружење и социјализација според висината на месечните приходи, може да се забележи дека неколку пати неделно излегуваат испитаниците од трета група со висина на приходи од 10.947-15.000 денари односно 26 стари лица (9,8% од вкупниот број), како и од четврта група со висина на месечни приходи од 15.001-20.000 денари односно 28 стари лица (10,6% од вкупниот број). Речиси еднаков е и уделот на испитаници од третата и четвртата група според висина на месечни приходи, кои воопшто не излегуваат за дружење и социјализација (од секоја група по 20 стари лица, односно 7,6% од вкупниот број на испитаници).



Графикон 21. Излегување на старите лица од домот заради дружење и социјализација, според висината на месечните приходи

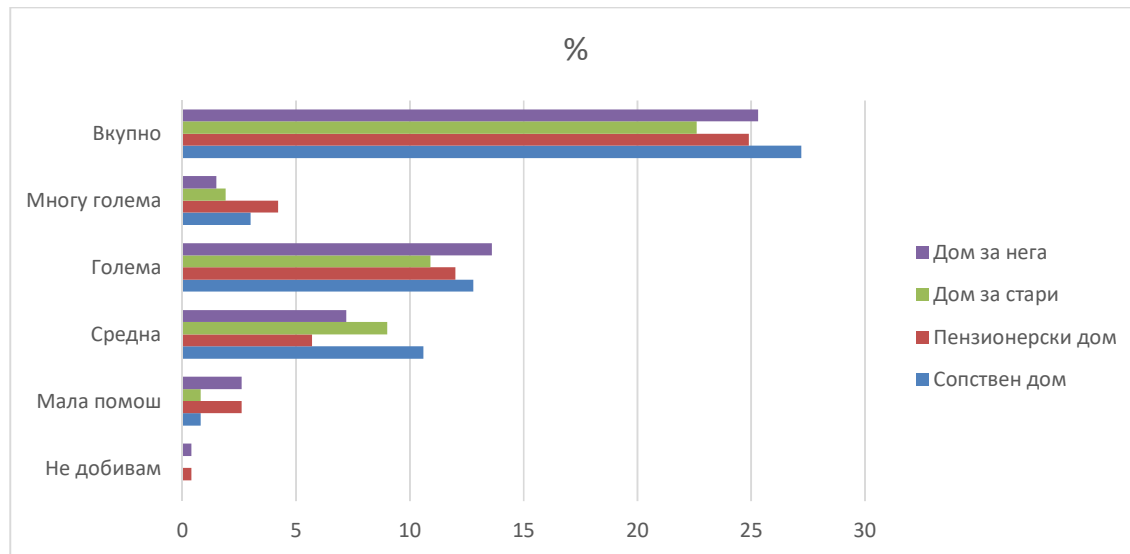
2.2.6.4. Помош од семејството

Од посебна важност за старото лице е помошта која во староста ја добива од членовите на семејството. Ваквата помош старите лица ја очекуваат од членовите на своето семејство, како основен извор на поддршка кој им овозможува сигурност и достоинствено стареење. Со староста опаѓа функционалноста на организмот, а со тоа се зголемува и потребата од интервенција на членовите од семејството.

Табела 29. Помош од членови на семејството што ја добиваат старите лица, според местото на живеење

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	ПОМОШ ОД ЧЛЕНОВИ НА СЕМЕЈСТВОТО					Вкупно
	Не добивам	Мала помош	Средна	Голема	Многу голема	
Сопствен дом %	0	2 0,8%	28 10,6%	34 12,8%	8 3%	72 27,2%
Пензионерски дом %	1 0,4%	7 2,6%	15 5,7%	32 12%	11 4,2%	66 24,9%
Дом за стари лица %	0	2 0,8%	24 9%	29 10,9%	5 1,9%	60 22,6%
Дом за нега %	1 0,4%	7 2,6%	19 7,2%	36 13,6%	4 1,5%	67 25,3%
Вкупно %	2 0,8%	18 6,8%	86 32,4%	131 49,4%	28 10,6%	265 100%

Податоците од Табела 29, говорат дека старите лица, без разлика на местото на живеење добиваат голема помош од членовите на семејството. Воочлив е податокот дека испитаниците кои живеат во пензионерските домови добиваат многу голема помош од членовите на семејството, а најмал е бројот на оние кои добиваат многу голема помош во домот за нега. Се забележува дека само по еден испитаник од пензионерскиот дом и од домот за нега не добива помош од членовите на семејството.



Графикон 22. Помош од членови на семејството што ја добиваат старите лица, според местото на живеење

Сепак, од вкупно 265 стари лица 159 испитаници односно 60% добиваат голема (49,4%) и многу голема помош (10,6%) од членовите на своето семејство, а само 18 стари

лица, односно 6,8% од вкупниот број на испитаници добиваат мала помош од членовите на своето семејство.

2.2.7. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица

Задоволството од квалитетот на живот на старите лица е субјективна категорија и одговорите покажуваат дека старите лица кои се сместени во институција покажуваат поголемо задоволство, што е резултат на секојдневната здравствена и социјална грижа. Во институцијата (дом за стари и дом за нега), корисниците чувствуваат дека им се надминати секојдневните проблеми со кои се соочувале предходно, додека живееле во сопствениот дом. Од тие причини, со поголема оценка го оценуваат сегашниот социјален статус, за разлика од старите лица кои престојуваат во сопствениот дом и во пензионерски дом.

Табела 30. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица (материјален, социјален и здравствен статус), според местото на живеење и полот

МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ	ПОЛ	ВИД НА СТАТУС			ПРОСЕЧНА ОЦЕНКА
		Материјален	Социјален	Здравствен	
Сопствен дом	м	3.1	3.3	3.2	3.2
	ж	3.2	3.2	3.1	3.2
Пензионерски дом	м	3.0	3.1	3.2	3.1
	ж	3.1	3.1	3.0	3.0
Дом за стари лица	м	3.9	4.5	3.5	4.0
	ж	3.8	4.6	3.6	4.0
Дом за нега	м	3.8	4.5	3.5	3.9
	ж	3.7	4.4	3.7	3.9
Просечна Оценка	м	3.4	3.8	3.3	3.5
	ж	3.4	3.8	3.3	3.5

Од поставена скала за оценување од 1-5, на прашањето „колку се задоволни од квалитетот на животот според местото на живеење“, пониска оценка дале испитаниците кои живеат во сопствен дом (3,2) и пензионерски дом (3,1), за разлика од старите лица кои се сместени во дом за стари лица (4,0) и во дом за нега (3,9). Од резултатите може да се забележи дека е повисока оценката за материјалниот статус кај старите лица во дом за стари и дом за нега, а истата произлегува од немањето потреба за плаќање на режиските трошоци, што е поотежнато во староста.

Во поглед на социјалниот статус, забележително е дека висока оценка била дадена од двата пола од испитаниците во домот за стари лица (4,5, односно 4,6), по што следува оцената од корисниците на домот за нега – 4,5 и 4,4 соодветно за мажи и жени. Оттука, произлегува дека корисниците на овие услуги се чувствуваат заштитени и сигурни од страна на давателите на услугата, заради надминувањето на обврските од секојдневниот живот. Од просечните оценки, највисока е просечната оценка на социјалниот статус.

Во однос на здравствениот статус не се гледа значајна разлика меѓу испитаниците според местото на живеење, но сепак забележливо е дека оценките се највисоки во домот за нега и во домот за стари лица.

Согласно со сознанијата за задоволството на старите лица од животот во зависност од местото на живеење се потврди **хипотезата 1.9. Постои разлика во задоволството на старите лица од животот во зависност од местото на живеење – во сопствен дом, пензионерски дом или дом за стари и нега.** Воедно, се потврди и **хипотезата 1.10. Не постои разлика по пол во однос на задоволството на старите лица од животот.**

Табела 31. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица (материјален, социјален и здравствен статус), според возраста

ВОЗРАСТ	ВИД НА СТАТУС			ПРОСЕЧНА ОЦЕНКА
	Материјален	Социјален	Здравствен	
60-65	3.4	4.0	3.7	3.7
66-75	3.3	3.9	3.0	3.4
76-85	3.3	3.9	3.2	3.5
Над 86	3.6	3.5	3.4	3.5
Просечна Оценка	3.4	3.8	3.3	3.5

Искажувањето на задоволството од квалитетот на живот според возраста не покажува значителни разлики според возрастните категории. Просечните оценки за сите возрастни групи покажуваат сличен степен на задоволство од материјалниот, социјалниот и здравствениот статус, а во првата возрастна група е дадена највисока оценка за степенот на задоволството од квалитетот на животот (3,7).

Табела 32. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица (материјален, социјален и здравствен статус), според квадратура на просторот во кој моментално живеете на местото на живеење

КВАДРАТУРА	ВИД НА СТАТУС			ПРОСЕЧНА ОЦЕНКА
	Материјален	Социјален	Здравствен	
До 15 м ²	3.6	4.5	3.4	3.8
16 – 30 м ²	3.8	4.4	3.5	3.9
31 – 50 м ²	3.1	3.1	3.0	3.1
51 - 80 м ²	3.0	3.2	3.2	3.1
81 – 110 м ²	3.7	4.0	3.7	3.8
Над 110 м ²	0	0	0	0
Просечна оценка	3.4	3.8	3.3	3.5

Задоволството од квалитетот на животот кај старите лица според квадратурата на станбениот простор во кој живеат е поголемо кај оние лица кои се сместени во простор од 16-30 м². Но, исто така може да се забележи дека постои висок степен на задоволство и кај испитаниците кои живеат во простор помал од 15м², но и кај оние кои живеат во поголем станбен простор (81-110 м²). Високата оценка на социјалниот статус од страна на испитаниците кои живеат во простор до 15 м² и од 16-30 м² е резултат на преземената грижа од страна на службените лица вработени во институцијата.

Табела 33. Задоволство од квалитетот на живот на старите лица (материјален, социјален и здравствен статус), според степенот на образование

ОБРАЗОВАНИЕ	ВИД НА СТАТУС			ПРОСЕЧНА ОЦЕНКА
	Материјален	Социјален	Здравствен	
Без образование	3.0	3.0	3.0	3.0
Недовршено основно	3.1	2.9	3.1	3.0
Основно	2.9	3.7	3.2	3.3
Средно	3.4	4.1	3.4	3.6
Више	4.0	4.5	3.3	3.9
Високо	4.0	4.4	3.6	4.0
Просечна оценка	3.4	3.8	3.3	3.5

Може да се забележи дека постои разлика во степенот на задоволство кај испитаниците со различно образование. Кај старите лица со пониско образование се покажува и понизок степен на задоволство од материјалниот, социјалниот и

здравствениот статус. За разлика од нив, испитаниците со повисок степен на образование - више и високо, покажуваат повисок степен на задоволство од квалитетот на животот (просечна оценка од 3,9 и 4,0 соодветно).

Од анализата на податоците за влијанието на степенот на образованието врз степенот на задоволство од квалитетот на животот на старите лица, се потврди хипотезата **1.11. Степенот на образование упатува на разлики во задоволство од квалитетот на животот на старите лица.**

2.2.8. Други проблеми и потреби на старите лица

Старите лица се соочуваат со проблеми околу набавката на лекови, закажување на прегледи, користење на помагала и други услуги, кои мораат да ги набават без разлика на ниските приходи. Поради ненавремената достапност на истите, а со цел задоволување на овие неопходни потреби, соочени се со одлив на голем дел од нивните приходи од причини што потребните услуги ги набавуваат приватно. Затоа, се препорачува да постои предност за олеснето закажување на термини во здравствените установи, како и олеснета набавка на лековите кои им се неопходни за одржување на здравствената состојба.

Исто така, корисно би било да се олесни транспортот и достапноста (адаптација на простор) до установи и јавни простори од различен вид, како би можело старото лице да биде посамостојно во извршувањето на секојдневните надворешни работи.

Испитаната состојба покажува дека слабата финансиска состојба ги ограничува во користењето на социјалните услуги (транспортно рекреативни услуги) со чие користење значително би се подобрил квалитетот на нивното живеење.

Во одговорите на старите лица за пристапот на овластените лица од институциите кон нив, се согледува дека посакуваат поголемо разбирање, трпение и поинаков пристап за нивните потреби. Оттука, произлегува препораката за обука на лицата од соодветните установи (здравствени установи, домови за стари, МВР при вадење документација и други) за подобро препознавање и излегување во пресрет на потребите на старото лице. Нужно е да им се даде предност, односно приоритет при вадење на документација од државните институции, при намиравање на режиски трошоци и слични административни активности. Во спротивно, старите лица се принудени самите да се организираат околу реализирањето на ваквите активности, што претставува дополнителен товар за нив.

Старите лица често се соочуваат со комплексни проблеми од материјална,

здравствена и социјална природа, за кои не им се понудени решенија и истите мора сами да ги надминуваат на свој начин, особено оние кои живеат во сопствен или пензионерски дом. Тие се соочуваат со тешкотии кон адаптацијата во староста, зголемена осаменост, незаштитеност, немоќност. Опаѓањето на функционалниот капацитет е нормален дел од стареењето, па затоа и старите лица чувствуваат зголемена несигурност и потреба од заштита. Семејството кое законски е должно да се грижи за старото лице, не секогаш може да се реагира навремено и соодветно, заради секојдневните обврски на членовите од семејството. Со зголемување на услугите што им се неопходни, но и оние кои им го подобруваат социјално-културниот живот, ќе се овозможи подостоинствено, поактивно стареење, а со тоа и поголемо задоволство од животот. За старите лица кои живеат во сопствени домови потребна е поголема информираност (нивна и на нивните блиски) за правата и услугите што ги нудат и им следуваат од соодветните институции.

Испитаните стари лица сметаат дека доколку би имале подобра материјална состојба, би одбрале сместување во институција за вон - семејна заштита, каде би се чувствувале позаштитени од секојдневните предизвици, особено од здравствена природа. Добрата организација во институциите за вон - семејна заштита им дава на старите лица поголема сигурност, а со тоа им се зголемува и самодовербата. Генерално, старите лица сместени во ваква институција се задоволни од организираноста во установите за вон-семејна грижа во поглед на нивните секојдневни активности, а воедно наведуваат дека поголемиот број од нивните потреби се задоволени. Силната мотивација која ја добиваат секојдневно од вработените во институцијата им овозможува да функционираат и покрај нивното влошено психофизичко здравје. Старите лица сместени во институција не се чувствуваат маргинализирано, бидејќи вработените подеднакво им пристапуваат во секојдневната грижа, а се опкружени со други стари лица кои ги имаат сличните животни ситуации.

Согласно сите резултати кои се добиени од истражувањето, за потребите од социјално - здравствени услуги за старите лица, се потврди основната **хипотеза 1. Социјално - здравствениот статус на старите лица ги определува потребите од услуги за унапредување на квалитетот на животот во староста.**

ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

Од добиените резултати од истражувањето можат да се извлечат заклучоци и да се дадат предлози за надминување на проблемите, задоволување на потребите од социјално-здравствени услуги и подобрување на квалитетот на живот на старите лица, кои се сумирани во продолжение.

- Најголемиот дел од старите лица живеат во мал станбен простор од само 16-30 м² - 144 испитаници или 54,3%. Најповолни услови од аспект на расположлив станбен простор имаат старите лица кои живеат во сопствениот дом.
- Во примерокот најголем дел од старите лица се од македонска националност 206 или 77.7%. Испитаниците кои се сместени во пензионерски дом, дом за стари лица и дом за нега, се исто така од македонска националност 165 или 62.3% од вкупниот број испитаници. Ова се должи на културните фактори во однос на грижата на старите лица.
- Најголем дел од испитаниците имаат ниско образовно ниво, односно имаат само средно образование (106 или 40% од вкупниот број испитаници). Повисоко образование во споредба со другите етнички групи, се забележува кај старите лица од српска и македонска националност.
- Погolem дел од испитаниците користат пензии во висина од 10,947-15,000 денари (34,7%) и од 15,0001 – 20,000 денари (35,5%). Најголемиот дел се корисници на старосна пензија (64,5%).
- Најмногу од испитаниците се вдовци - 143 (54%), потоа старите кои живеат во брачна заедница 60 (22,7%). Од испитаниците 44 (16,6%) лица немаат деца, а 55 (20,8%) стари лица немаат внуци.
- Старите лица се најсамостојни во однос на самохранењето (98,5%), а најголем проблем им создава самостојното бањање (57%). Во однос на другите активности од секојдневниот живот, односно одржување лична хигиена, облекување, користење тоалет и мобилност, мнозинството стари лица можат да ги обавуваат сами (по 187 или 70,6% од вкупниот број стари лица за сите активности збирно). Се забележува дека со зголемување на возраста се намалува можноста за обавување и на останатите активности самостојно. Имено, од вкупниот број стари лица, 15,8% во првата возрасна група, 27,1% во втората, 31.8% во третата, а 38,3% во највозрасната груп имаат потешкотии

во обавување на активностите. Имајќи ги предвид сите активности, во поглед на полот мажите не можат самостојно да обавуваат 33% од активностите, а жените 26,9%.

- Во однос на инструменталните активности кои старите лица можат и неможат да ги обавуваат, резултатите покажуваат дека најголеми проблеми старите лица имаат со поправки во домот (70,2%), чистење (60,8%) и надворешната мобилност (48,3%), а најмалку во менаџирање на пари, користење на телефон и администрирање на лекови. Како и кај секојдневните активности, и кај инструменталните активности се забележува тенденција на пораст на несамостојноста со порастот на возраста, односно уделот на несамостојност во овие активности има тенденција на пораст од 21,4% во првата возрасна група на 58,7% во четвртата возрасна група. Не се забележува разлика во (не)самостојноста при обавување на инструменталните активности според пол. Имено и мажите и жените имаат подеднакви потешкотии во обавување на активностите, но сепак се забележува дека повеќето инструментални активности можат самостојно да ги извршуваат отколку што не можат. Имено, 108 стари лица од машки пол (40,8% од вкупниот број испитаници) се самостојни во 62,7% од инструменталните активности, а 157 стари лица од женски пол (59,2% од вкупниот број испитаници) се самостојни во 63%. Но, се забележуваат разлики во самостојноста според полот за поединични активности (чистење, поправки, надворешна мобилност).
- При утврдување на здравствената состојба на старите лица се доаѓа до сознание дека од вкупно 612 регистрирани заболувања кај 265 стари лица, најдоминантни заболувања се ревматолошките заболувања и заболувањата на локомоторниот систем, чиј удел е 16,5%, психијатриските болести имаат удел од 15,7%, а кардио-васкуларните 13,4% од вкупниот број на регистрирани заболувања кај сите испитаници. Постојат разлики во видот на болестите од аспект на местото на живеење. Забележана е слична процентуална застапеност на болестите според местото на живеење. Од вкупно регистрираните заболувања кај старите лица, во сопствениот дом се регистрирани 23,9%, во пензионерскиот дом 25,8%, дом за стари лица 23,9% и во дом за нега 26,4%. Може да се забележи дека постои разлика од аспект на возраста и застапеноста на болестите. Во однос на возрасните групи, се забележува дека со растот на возраста, расте и бројот на регистрирани

заболувања. Имено, во првата возрасна група се регистрирани 10,1% од вкупниот број на регистрирани заболувања, 26,3% во втората група, најзастапени се болестите во третата возрасна група со 38,1%, а во четвртата група има пад на застапеноста на 25,5%. Може да се забележи дека постои разлика во видот на болести во однос на полот имено, кај старите лица од женски пол доминираат ревматолошките заболувања и болестите на локомоторниот систем, психијатрските и ендокринолошките заболувањата. Кај старите лица од машки пол, најзастапени се кардио - васкуларните заболувања, невролошките и уролошките заболувања. Во однос на полот заболувањата процентуално позастапени се кај жените отколку кај мажите (56,4% и 43,6% соодветно). Во однос на должина на траење на болеста за која е потребна помош и нега, се забележува очигледна градиција, од 8,7% испитаници со должина на болеста до 6 месеци, на 10,2% до една година, 28,7% од 1-5 години и најголем удел од 52,4% должина на болест со траење подолго од 5 години. Со зголемувањето на возраста, расте и бројот на стари лица со заболувања кои траат подолго од пет години. Старите лица од женски пол имаат поголема бројност во болестите со подолго траење.

- Старите лица имаат потреба од повеќе видови услуги во домот, во заедницата и резиденцијални услуги. Од резултатите за потребата од услуги се заклучува дека само испитаниците кои се корисници на дом за стари и дом за нега ги користат услугите во домот, а само 6 испитаника користат услуги во домот од испитаниците кои не се вон-семејно згрижени. Најголема потреба од услуги во домот старите лица имаат од дистрибуција на лекови, патронажа и технологија и адаптација во домот. Од услугите во локална заедница најмногу ја користат услугата амбуланти и придружба, а најголема потреба имаат од транспортните услуги и придружба. Ја посочија како нејнепотребна услугата центар за одмена на семејна грижа. Од резиденцијалните услуги, најмногу ги користат болниците од општа јавност, како и резиденцијалните услуги каде се згрижени. Ја истакнаа услугата домови за одмена на семејна грижа како најпотребна, а како нејнепотребна сите испитаници ја посочија услугата дом за терминална нега.
- Што се однесува на потребата од социјално-здравствени услуги според местото на живеење, во 152 случаи старите лица од сопствен дом посочија дека им се потребни услуги во домот, кои не ги користат. Како најпотребни

услуги во сопствениот дом старите лица ја наведоа потребата од достава на лекови во домот, користење на технологија во домот, патронажа за рутински преглед и адаптација во домот. И старите лица сместени во пензионерските домови имаат најголема потреба од истите услуги. Во 188 случаи старите лица од пензионерски дом посочија услуги од дом кои не ги користат, а им се потребни. Испитаниците кои живеат во сопствен и пензионерски дом имаат поголема потреба од услугите во домот, отколку од услуги од локална заедница и резиденцијални услуги. За разлика од нив, старите лица кои се сместени во дом за стари и дом за нега ги користат услугите кои ги имаат на располагање во институцијата каде се сместени, со што се задоволени нивните потреби.

- За старите лица кои живеат во сопствен дом и пензионерски дом, здравствено – социјалните услугите од локалната заедница кои им се потребни, но не ги користат се придружба и транспорт. Во 45 случаи старите лица кои живеат во сопствен дом посочиле дека им се потребни услуги од локална заедница, а 50 случаи посочиле старите лица кои живеат во пензионерски дом. За разлика од нив, испитаниците сместени во институција ги користат сите услуги кои им се на располагање и не посочија потреба од ниту една услуга.
- Од резиденцијалните услуги може да се заклучи дека испитаниците кои живеат во сопствен дом имаат најголема потреба од услугите како што се домови за грижа на стари лица и домови за одмена на семејна грижа, а од испитаниците сместени во пензионерски дом, само двајца испитаници имаат потреба од геријатриска болница. Во 30 случаи старите лица кои живеат во сопствен дом истакнале потреба од резиденцијални услуги, а само во 4 случаи старите лица од пензионерски дом истакнале ваква потреба.
- Според добиените податоци, испитаниците од женски и машки пол истакнаа исти услуги кои им се потребни, а не ги користат во домот и заедницата. А од резиденцијалните услуги старите лица од машки пол имаат повеќе потреба од услугата – домови за одмена на семејна грижа, а старите лица од женски пол домови за грижа на стари лица. Старите лица од машки пол имаат повеќе потреба од услугите кои не ги користат како во заедницата, така и од резиденцијалните услуги.
- Со зголемување на возраста расте потребата од услуги. Старите лица од сите возрастни групи истакнаа слична потреба од услуги во домот, од кои најмногу

ги посочија дистрибуција на лекови во домот, користење на технологија, патронажа за рутински прегледи, како и адаптација во домот. Како најпотребни услуги во локална заедница кај повозрасните групи се транспорт и придружба. Резиденцијалните услуги се повеќе потребни кај повозрасните испитаници. Со зголемување на возраста се зголемуваат и потребите од резиденцијали услуги од 7,7% во првата возрасна група, 8% во втората, 14,8% во третата и 20 % во највозрасната група. Старите лица ги истакнаа услугите кои им се потребни, а не ги користат : домови за грижа на стари лица, домови за одмена на семајна грижа и геријатриски болници.

- Во поглед на потребата од социјални услуги, 41,1% се произнесоа дека имаат потреба, а 58,9% дека немаат потреба од овие услуги. Корисниците во дом за стари (17,7% од вкупниот број испитаници) и дом за нега (12,1% од вкупниот број испитаници) имаат поголема потреба и повеќе ги користатсите видови на социјални услуги (во дом за стари ги користат 44,7% од вкупниот број услуги и во дом за нега 33,9% од вкупниот број) отколку испитаниците кои живеат во сопствен и пензионерки дом. Анализата покажа дека според видот на социјалните услуги, старите лица најмногу ги користат клубот за дружење и транспортните услуги, а најмалку културно-забавните активности. Се забележува дека зголемувањето на возраста е пропорционално со користењето на услугите, од 18,7% во првата возрасна група, на 40,8% во групата од 76-85 години, со исклучок на последната возрасна група каде испитаниците се помалку мобилни. Според полот се забележува дека испитаниците од женски пол повеќе ги користат социјалните услуги во секоја возрасна група во однос на испитаниците од машки пол. Во првата возрасна група 11,8 % ги користат, во втората возрасна група 18,4%, во третата 28% и 7,6% во највозрасната група. Најголем дел од социјалните услуги ги користатна корисници на старосна пензија (63,5% од услугите).
- Од социјалната мрежа на старите лица се согледува дека најголем дел од испитаниците, без разлика на местото на живеење често одржуваат блиски односи со членовите од семејството (45,3% од вкупниот број стари лица). Интересно е да се истакне дека испитаниците кои живеат во сопствени домови многу често одржуваат блиски односи со членовите на семејството (9,1% од вкупниот број стари лица), за разлика од оние згрижени во домовите за нега и за стари лица. Од вкупниот број стари лица само 4,1 % одржуваат многу

ретко блиски односи со семејството.

- Воедно, се забележува дека од 265 стари лица, 180 односно 68% многу често одржуваат блиски контакти со лица надвор од семејството (соседи, пријатели), а најголема процентуална застапеност е во домот за стари (20.3% од вкупниот број испитаници) и пензионерски дом (18,5% од вкупниот број испитаници). Од аспект на возраста, се забележува дека многу чести блиски односи надвор од семејството се зголемуваат со растот на возраста, од 12% од вкупниот број испитаници во првата возрасна група, на 23,7% во третата возрасна група, по што следува пад на уделот во највозрасната група. Испитаниците од женски пол во секоја возрасна група повеќе одржуваат блиски односи со пријатели и соседи. Најголем процент од испитаниците кои живеат во простор од 16-30 м² остваруваат многу чести блиски односи надвор од семејството (41,9% од вкупниот број испитаници).
- Излегувањето од домот за старите лица заради дружење и социјализација најчесто (неколку пати во неделата) е кај старите лица кои живеат во пензионерски дом (14,3% од вкупниот број испитаници). Воопшто не излегуваат 24,9% од испитаниците, од кои најголем удел имаат испитаниците од дом за нега. Најчесто се социјализираат вон домот испитаниците со приходи од третата група (10.947-15.000 денари) - 9,8% од вкупниот број испитаници и од четвртата група (15.001-20.000 денари) - 10,6% од вкупниот број испитаници.
- Од резултатите може да се заклучи дека без разлика на местото на живеење, најголем дел од испитаниците - 49,4% добиваат голема помош од членовите на семејството, но сепак оние кои живеат во пензионерски домови имаат најголем процент на многу голема помош од членовите на семејството – 4,2% од вкупниот број испитаници.
- Задоволство од квалитетот на живот на старите лица (материјален, социјален и здравствен статус) според местото на живеење се оценува највисоко во домот за стари (4,0) и во дом за нега (3,9). Според материјалниот, социјалниот и здравствениот статус, највисока оценка има социјалниот статус (3,8). Според возраста, најголема оценка за задоволство од квалитетот на живот дадоа испитаниците од возрасната група 60-65 години (3,7). Според површината на просторот, највисока оценка за задоволство од квалитет на живот (3,9) дадоа лицата кои се сместени во простор од 16-30 м². Според образованието,

највисока оцена дадоа испитаниците со високо (4,0) и више (3,9) образование.

Со оглед на сето погоре наведено може да се дадат следниве препораки:

- Најголеми потешкотии старите лица имаат во основната активност од секојдневниот живот – бањање, што упатува на зголемена потреба од поддршка кај старите лица од повозрасните групи. Во однос на сите други основни активности старите лица не можат самостојно да извршуваат 29,4% од вкупниот број на основни активности од секојдневниот живот, а со оглед да уделот е помал од активностите кои можат да ги извршуваат, економично и хумано е овозможување на алтернативна помош во домот и заедницата во насока на избегнување на нивно вон-семејно згрижување.
- Давателите на услуги за помош во домот, да ги развијат услугите кои ќе се прилагодат на потребите на старите лица. Старите лица имаат најголеми потреби во самостојно извршување на инструментални активности, поправки во домот, чистење и надворешна мобилност.
- Подобра организација на општествениот систем, пред сè на здравствениот систем и промоција на здравите навики, со цел заштита од болести во старост.
- Да се посвети внимание за здравствената состојба на старите лица, со цел избегнување од предвремен инвалидитет и состојба на зависност.
- Олеснат пристап до здравствените услуги за сите возрасни групи.
- Од добиените резултати се согледува дека процентуално приближно еднакво се застапени болестите кај испитаниците без разлика на местото на живеење, но сепак социјално-здравствените услуги се во целост задоволени од страна на корисниците на вон-семејна заштита, за разлика од испитаниците кои живеат во сопствен и пензионерски дом, кои сепак укажаа дека имаат потреба од услуги кои не ги користат. Да се развијат услугите за здравствена поддршка на старите лица (посебен акцент, за потребите на старите лица кои не се корисници на услугите на вон – семејна заштита).
- Имајќи предвид дека болестите се застапени подеднакво кај старите лица од сите групи на месечни примања, се поставува прашањето за олеснување на пристапот до здравствените услуги и користење на лекови за старите лица со

пониски примања. Оттука, потребна е поголема чувствителност и олеснување на достапноста на здравствените услуги за старите лица со пониски примања.

- Адаптација на просторот во здравствените и други институции кои ги користат старите лица, според нивните потреби (пристапни рампи и сл.), со што би се овозможило почесто самостојно користење на истите од страна на старите лица, во насока на задржување на нивната независност.
- Од истражувањето се увиде и дека голем е процентот на застапеност на болести со должина од 1-5 години и особено над 5 години, за чие времетраење е потребна долгорочна помош и нега, па неопходно е овозможување на алтернативни решенија во континуумот на заштита.
- Не ретко поради потреба од секојдневна грижа старото лице е принудено на грижа во установа за вон-семејна заштита, но неопходно е по евентуалното стабилизирање на здравствената состојба истото повторно да се врати во својата позната средина. За остварување на оваа цел потребно е да се обезбеди развој на услугите кои се нудат во сопствениот дом и во заедницата, како старото лице би се чувствувало подеднакво згрижено како што (би) било во институција.
- Неопходна е подобра организација на институциите за социјалната заштита и давателите на услуги. Ова подразбира вклучување на социјално-здравствени услуги за кои старите лица имаат потреба, а ги немаат на располагање, односно збогатување на спектарот на услуги во континуумот за долгорочна заштита.
- Потребно е поголема информираност на старите лица за услугите, како и развивање на истите во зависност од нивните потреби.
- Услугите кои им се потребни, а не ги користат старите лица во домот и заедницата упатуваат на пронаоѓање решенија за посамостојно живеење без разлика на возраста. Имено, со услугата адаптација во дом, која е посочена како потребна во сите старосни групи, би си овозможиле поголема самостојност во домот, а воедно и заштита од повреди кои се чести кај старите лица и се причини за сериозни последици. Ова се однесува и на услугата користење на технологија во домот. Потребата од рутински прегледи во домот и од дистрибуција на лекови во домот посебно беше нагласена од испитаниците, имајќи ги предвид придобивките од навремено добивање на

лековите, кои се од исклучителна важност за одржување на стабилна здравствена состојба, како и рутинските прегледи кои го следат нивното здравје, а со тоа влијаат на зголемување на квалитетот на живот во староста. Старите лица ги истакнаа услугите кои им се потребни, а не ги користат од заедницата, транспортни услуги и придружба. Со зголемување на возраста се зголемува и потребата од истите. Оттука, потребен е и доследен развој на мрежата на даватели на услуги.

- Зголемување на капацитетите на институциите за згрижување на старите лица со долготрајно влошена здравствена состојба и подобрување на условите во нив, со оглед на фактот дека за овие лица вон-семејната заштита е единственото решение за долгорочна нега. Ова произлегува од добиените сознанија за потребите од резиденцијални услуги, односно добиениот резултат дека постои зголемување од нивна потреба кај повозрасните старосни групи.
- Од добиените податоци за услугите во домот кои им се потребни, а не ги користат, испитаниците од сопствен и пензионерски дом укажаа на потреба од услугата дистрибуција на лекови во домот и патронажа за рутински преглед, како и од услугата за користење на технологија и адаптација во домот. Достапноста на овие услуги би го зголемила квалитетот на животот на овие лица, во насока на нивно самостојно живеење;
- Потребно е поголема чувствителност за сите потреби на старите лица од страна на надлежните институции, подобро организирање во задоволувањето на истите, како и подобрување на спектарот на конкретни услуги кои би им го олесниле животот во насока на подобар квалитет и задоволство во староста.
- Потребна е поголема ангажираност на надлежните владини институции (Министерство за труд и социјална политика во соработка со останатите министерства) во нудење на поволности за подобар и поквалитетен живот, на начин што доследно ќе се спроведат досега донесените стратегии кои се однесуваат на овие лица;
- Од голема важност е поголемо разбирање, трпение и поинаков пристап за потребите на старите лица кои живеат во сопствен дом и пензионерски дом од страна на овластените лица вработени во општествените установи од сите видови, како би се чувствувале заштитени и сигурни, па од тие причини

очекуваат посредство на установите при извршување на административни активности. Ова од причини што на корисниците на установите за вон-семејна заштита овие активности им се организирани од самата установа.

- Потребна е поголема чувствителност на општеството за стареењето и сите тешкотии кои ги носи (осаменост, немоќност, пречувствителност, намалување на функционаниот капацитет и болести), што би се постигнало со јавни кампањи и стремеж кон меѓугенерациска солидарност. Потребна е интеграција на старите и младите во активности во насока на подобрување на меѓусебните социјални врски;
- Подобрување на социјално-културниот живот на старите лица, на начин што ќе им се овозможат услуги по привилегирани цени, од причини што се справуваат со финансиски расходи особено од здравствен аспект.
- Поголема инклузија на старите лица во целокупниот општествен систем, што е од голема важност за нивното активно стареење.
- Потребна е обука на сите вработени лица, во сите форми на услуги за социјална заштита со цел сензибилизирање на потребите на старите лица.

KORISTENA LITERATURA

1. Abu-Bader, S.H., Rogers, A., Barusch, A.S. (2002). Predictors of Life Satisfaction in Frail Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 3-17
2. Acton, GJ. (1994). Well-Being as a Concept for Theory, Practice and Research, *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 11: 1-26.
3. Akrap, A. (2006). Aktivni osigurenici i umirovljenici u Hrvatskoj – očekivani trendovi do 2031 godine, *Revija za socijalnu politiku*, god. 13, br.2, 127-150
4. Ambrosi-Randić, N. i Plavšić, M. (2008). *Uspješno starenje*. Pula: Društvo psihologa Istre.
5. Anđelković, V. (2016). *Odrastanje u odraslom dobu*, Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet.
6. Argyle, M. (1997). Is Happiness a Cause of Health?, *Psychology and Health*. 12: 769-781.
7. Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. Bo: D.Kahneman, E. Diener i N.Schwarz (ur.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* New York: Russell Sage Foundation.
8. Aro, S. (1998), Deinstitutionalization of the Elderly in Finland, 1981-1991. In: Noro, A. *Long-term Institutional Care among Finnish Elderly Population*. Research Report 87. Stakes
9. Avramov, D. i Maskova M., (2003). *Active ageing in Europe*, Council of Europe, Strasbourg.
10. Baltes, P. B. (1997). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny: Selection, Optimization and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
11. Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. M. i Johansson, B. (2009). What Matters, and What Matters Most, for Change in Life Satisfaction in the Oldest-Old? A Study over 6 Years among Individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201.
12. Birren, J. E., Schaie, K. W. (2001). *Handbook of the Psychology of Aging*. New York: Academic Press.
13. Birren, J.E. & Renner, V.J. (1977). *Research on the psychology of aging principles and experimentation*. Bo: J.E. Birren & K.W. Schaie: *Handbook of the psychology of Aging*. New York, 1977. VNR.
14. Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Doktorska

- disertacija. Zagreb.
15. Brajković, L. (2011). Kvalitet života u trećoj životnoj dobi nakon umirovljenja. U: G. Vuletić (Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 95-118). Osijek: Filozofski fakultet.
 16. Bulatovic, N. Ranko., (2001). *Dodati zivot godinama*. Beograd: Institut za pedagogiju i andragogiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.
 17. Burtless, G., (2006). *Cross-National Evidence on the Burden of Age-Related Public Transfers and Health Benefits; Working Paper 2006*, Center for Retirement Research at Boston College.
 18. Cappeliez, P. (1989). Daily worries and coping strategies: implications for therapists. *Clinical Gerontologist*. 8(3), 70 – 81
 19. Costa P.T, Herbst JH, McCrae R, Siegler IC. (2000). Personality at midlife: Stability intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*. 7: 365-378.
 20. Costa, P.T., & McCrae R.R. (1980). Influence of extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy people. *Journal of Personality & Social Psychology*. 38 (4), 668-678.
 21. Council of Europe (2003), *Challenges of social policy in Europe's Ageing Societies*. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Recommendation 1591.
 22. Cowdry, E. V. (1952). *Problems of Aging. Biological and Medical Aspects*. #rd ed. Baltimore, Wiliams and Wilkins.
 23. Defilipis, B., & Havelka, M. (1984). *Stari ljudi*. Zagreb: Stvarnost - zavod za zastita zdravlja grada Zagreba.
 24. Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 25. Derspot Lučanin, J & Lučanin, D. (2010). Psihosocijalni prediktori promjena u kognitivnim funkcijama u starosti. *Suvremena psihologija*, 13 (2), 221-234.
 26. Despot L. J., Lučanin, D., Defilipis & Havelka, M., (2006). *Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi*, Zagreb: Društvo iztrazivaca Zdravstveno veleuciliste 27.
 27. Despot – Lučanin, Lučanin i Petrak, (2005) *Kvaliteta starenja – neka obeležja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske*, *Revija socijalne politike*, 1 (13), 37-51.
 28. Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*. 95(3): 542-575.
 29. Diener, E., Lucas RE. Oishi S. (2005). *Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life satisfaction*. U: C. R. Snyder, SJ. Lopez (ur.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

30. Drca, D. J. (1993). Starost i starenje izazov i problem psihologije, Novi Sad: Gerontoloski Centar, NoviSad.
31. Dychtwald, K., (2000), Age Power: How the 21-th century will be ruled by the new old. New York: Putnam.
32. European Commission (1999), Towards a Europe for All Ages – Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity. Communication from the Commission. COM (1999) 221 final.
33. European Commission (2003), Supporting National Strategies for the Future of Health Care and Care for the Elderly. Joint Report of the EC and the Council, 10TH of March 2003
34. European Commission, (2006). Employment in Europe 2006., European Commission, Luxembourg.
35. European Commission (2006c), The Demographic future of Europe – from Challenge to Opportunity. COM (2006) 571 final.
36. European Commission (2007), Europe’s Demographic Future: Facts and Figures on Challenges and Opportunities. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
37. Eurostat (2006). Eurostat Statistical Books: Government finance statistic, data 1996-2006, European Commission, Luxembourg.
38. Eurostat (2007). Eurostat Statistical Books: Social protections, expenditures and receipts, 2007, European Commission, Luxembourg.
39. EU - European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012), Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, Brussels, Belgium.
40. EU-DG ECFIN (2006). The impact of ageing on public Expenditure: Projections for the EU-25 Member states on pension, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)", DG ECFIN Special report, No. 1/2006.
41. Fine, M. (1995), The Changing Mix of Welfare in Health Care and Community Support Services, Discussion paper no. 61, Social Policy Research Centre
42. Follette, G., Sheiner, L., (2005). The sustainability of health spending growth, National Tax Journal, (3), Washington. Gerontologist, 42(6):843-852..
43. Gerstorff, D., Ram, N., Röcke, C., Lindenberger, U. i Smith, J. (2008). Decline in Life Satisfaction in Old Age: Longitudinal Evidence for Links to Distance-to-Death. Psychology and Aging, 23(1), 154-168

44. Getzen, T.E., (2007). Health Economics and Financing 3rd ed.; John Wiley & Sons, New York.
45. Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J. i Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging: Investigating the Relationships between Life time Cognitive Change and Life Satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103-115.
46. Greene, R. R. (2000), *Social Work with the Aged and Their Families*. Aldine de Gruyter.
47. Grammenos, S. (2005). "Implications on demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care", Centre for Social and Economic Policy (CESEP), Brussels.
48. Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K. i Simons, C. (2002). Age Differences in Coping Resources and Satisfaction with Life among Middle-Aged, Young-Old and Oldest-Old Adults. *The Journal of Genetic Psychology*, 163(3), 360-367.
49. Handler, P. (1960). *Radiation and aging*. Bo School, H.W. (ed) *Aging*. Washington, D. C., American Association for the Advancement of Science.
50. Harper, S. (2006) Addressing the implications of global ageing; *Journal of Population Research*, Vol. 23, No.2, 205-223.
51. Hayward, M. D, Zhang, Zhenmei, J. (2001). *Demography of Ageing – A Century of Global Change:1950-2050*
52. Henderson, J. W. (2007). *The Ageing of the Population: Medical Care Costs for the Elderly*.
53. Hodoba, D. (1995). Psihički poremećaji stare životne dobi. U: Muičević, V. i sur. (ur.); *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 521-538.
54. Horley, J, Lavery J.J. (1995). Subjective Well-Being and Age Social Indicators Research. 34: 275-282.
55. James Calleja (ed), (1997). *Eliminating poverty in Old Age*. International Institute on Ageing United Nations –Malta.
56. Johnson, C. L. Schwartz, L.C. (1994). *Social Welfare-A Response to human need*. Allyn an Becon.
57. Kaliterna Lipovčan, Lj. i Prizmić-Larsen, Z. (2006). Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo I osjećaj sreće u Hrvatskoj I europskim zemljama. U:K. Ott(Ur.), *Pridruživanje Hrvatske EU: Izazovi sudjelovanja* (str. 181-198). Zagreb: Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert
58. Kim, S. Y. i Sok, S. R. (2013). Factors Influencing the Life Satisfaction in the Older

- Korean Women Living Alone. *Contemporary Nurse*, 44(1), 111-119.
59. Kimmel, D. C. (1990). *Adulthood and Aging*. John Wiley and Sons, New York.
 60. Kinsella, K., Phillips, D. R., (2005) *Global Aging: The Challenge of Success*, *Population Bulletin* 60, No. 1.
 61. Kinsella, Kevin & Victoria A. Velkoff, U.S. Census Bureau, Series P95/01-1, *An Aging World: 2001*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2001.
 62. Kisor, J. A., et al. (2000), *Social Problems and Policies and the Elderly*. In: Schneider, L. R. et. al. *Gerontological Social Work: Knowledge, Service Settings and Special Populations*. Brooks/Cole. (2nd ed).
 63. Kovčo Vukadin, I., Novak, M. i Križan, H. (2016). *Zadovoljstvo životom: individualna i obiteljska perspektiva*. *Kriminologija & socijalna integracija : časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 24(1), 84-115.
 64. Krizmanić, M, Kolesarić, V. (1989). *Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“*, *Primijenjena psihologija*. 10:179-184.
 65. Lawton, M. P. (2001), *Quality of life and the end of life*. U: J. E. Birren, I K. W. Schaie (ur.), *Handbook of the psychology of ageing* (str. 593-616), San Diego, Academic press.
 66. Litwin, T. (1999.) *Support Network Type and Patterns of Help Giving and Receiving among Older People*. *Journal of Social Service Research*, 24(3-4):83-101.
 67. Lucas, RE, Diener E, Suh E. (1996). *Discriminant Validity of Well-Being Measures*, *Journal of Personality and Social Psychology*. 71: 616-628.
 68. McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., Dehlin, O. (1999). *Informal and Formal Support from a Multi-Disciplinary Perspective: a Swedish Follow-up between 80 and 82 Years of Age*. *Health and Social Care in the Community*, 7(3):163-176.
 69. Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. i Navarro, E. (2009). *Psychological and Physical Dimensions Explaining Life Satisfaction among the Elderly: A Structural Model Examination*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291-295.
 70. Milosavljević, M. (1984). *Socijalna sigurnost u samoupravnom društvu*. *Zavod za udzbenika i nastavna sretstva*, Beograd.
 71. Mladenović, M. (1993). *Stari u porodici i društvena pomoc porodici „Gerijatrija“* br. 1, Beograd.
 72. Mroczek, D. K. i Spiro, A. (2005). *Change in Life Satisfaction During Adulthood: Findings From the Veterans Affairs Normative Aging Study*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202.

73. Munday, B. (1993). European social services. European Institute of Social Services.
74. Munday, B., Lane, G. (1998). The Old and the New Changes in Social care in Central and Eastern Europe. UK: European Institute of Social Services.
75. Myers, D. G., Diener E. (1995). Who is happy? Psychological Science. 6: 10-19.
76. National Institute on Aging (2007), Why Population Aging Matters: A Global Perspective. Washington DC: Department of State and Department of Health and Human services.
77. OECD, (2007) Economic survey of the Euro Area, 2007; OECD Observer, Paris, January 2007.
78. Osterle, A. Meichenitsch, K., (2008), Long-term Care in Central and South Eastern Europe Status Quo, Challenges, Perspectives. ERSTE Stiftung Studies 004.
79. Oxley, H. (2009). Policies of healthy ageing: An overview, OECD Health working papers no.2, OECD Publishing.
80. Pavot, W. i Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological Assessment, 5(2), 164-172.
81. Pavot, W. i Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. Journal of Positive Psychology, 3, 137.-152.
82. Penezić, Z. (1996). Zadovoljstvo životom - provjera konstrukta. Diplomski rad, Zadar, Filozofski fakultet, 1996.
83. Penezić, Z. (1999). Zadovoljstvo životom: Relacije sa životnom dobii nekim osobnim značajkama. Magistarski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
84. Penezić, Z. (2004). Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi – provjera teorije višestrukih diskrepancija. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
85. Penezić, Z. (2005). Zadovoljstvo životom odraslih osoba: U: K Lasković Grgin, V Čubela Adroić. Odabrane teme iz psihologije odraslih. Jastrebarsko: Naklada Slap.
86. Penezić, Z. (2006). Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. Društvena istraživanja. 15 (4-5), 643 – 669.
87. Pinqart, M. i Sorensen, S. (2001). Gender Differences in Self-concept and Psychological Well-being in Old Age a Meta-analysis. The Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences, 56(4),195-213.
88. Podgorelec, S. (2003). Mark Rapley- Quality of life Research – a Critical Introduction. Migracijske i etničke teme, 19(4):451-460.
89. Podgorelec, S. (2004). Kvaliteta života starijeg stanovništva u izoliranim sredinama- primjer hrvatskih otoka. Doktorska disertacija, Zagreb: Filozofski fakultet Zagreb,

Odsjek za sociologiju.

90. Pospiš, M. (2001). Cerebralna paraliza i starenje. Starenje i cerebralna paraliza. Hrvatski savez udruga cerebralne i dijecje paralyze. Zagreb.
91. Reichard, S., Livson, F., Peterson P. (1962.) Aging and personality: A study of seventy eight odler men. John Wiley and Sons – NewYork.
92. Rockstein, M. (1977). Comparative biology and evaluacion of aging. Bo C. E. Finich & L. Hayflick: Handbook of the biology of aging, New Your, VNR. Roksandić S., Babić T., Budić N., MEDICUS 2005. Vol. 14, No. 2, 313 – 322 Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj, Zagreb, 2005
93. Schrock, M.M. (1980). Holistic Assessment of the healthy aged. New York. John Wiley.
94. Schalock, R. L. (2004), “The concept of quality life: What we know and do not know”. In Journal of Intellectual Disability Research, 48/3.
95. Seligowski, A. V., Pless Kaiser, A., King, L. A., King, D. W., Potter, C. i Spiro, A.(2012). Correlates of Life Satisfaction among Aging Veterans. Applied Psychology: Health and Well-Being, 4(3),261-275.
96. Sheila, M. Peace, Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues, British Society of Gerontology, Published by SAGE, London,1990
97. Shock, N.V. (1961). Psychological aspect of aging in men. Annuaire Review of Psichology; 23, 97-122.
98. Smiljanić, V. (1987). Psihologija starenja. Beograd: NOLIT.
99. Smolic-Krković, N., Gerontologija, Zagreb 1974.
100. Sumrak, D. (1995). Socijalna gerontologija. Ministerstvo za nauka i tehnologija. Beograd.
101. Tokarski, W. (2004). Sport starih osoba. Kineziologija, 36(1), 98-103. Zagreb.
102. Tomás, J. M., Sancho, P., Gutiérrez, M. i Galiana, L. (2014). Predicting Life Satisfaction in the Oldest-Old: A Moderator Effects Study. Social Indicators Research, 117(2), 601-613.
103. Tucak, I., Nekić, M. (2006). Neke odrednice zadovoljstva zdravljem odraslih osoba – Med Jad 36(3-4):73-82.
104. UN, (1948). Universal declaration of human rights.
105. United Nations (1982). Report of the World Assembly on Ageing, Vienna, 26 July to 6 August 1982.
106. UN (1991), United Nations Principles for Older Persons, General Assembly resolution 46/91.

107. UN (2006). Living Arrangement of Older Persons Around the World. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, UN, New York.
108. UN (2007). World Population Aging. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population division, New York.
109. UN (2007a), Development in an Aging World: World Economic and Social Survey 2007. Department of Economic and Social Affairs. E/2007/50/Rev1.
110. UN (2015), World population ageing 2015 Highlights, Department of Economic and Social Affairs population division, NewYork.
111. UN (2017), World population ageing 2017 Highlights, Department of Economic and Social Affairs population division, NewYork.
112. UN (2019), World population ageing 2019 Highlights, Department of Economic and Social Affairs population division, NewYork.
113. UN, ESCAP (2019), The Asian active ageing index: results for Indonesia and Thailand. In: Social Development Working Papers 2019/05.
114. Veenhoven, R. The Study of Life Satisfaction. U: WE.Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, B. Bunting (ed.). A Comparative Study of Satisfaction with Life in Europe, Budapest, 1995.
115. Vuletić, G. (2011). Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet, Sveučilišta u Osijeku, Osijek.
116. Vuletić, G. i Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Klinička psihologija, 6(1-2), 45-61
117. Walker, A. (2003). The Policy Challenges of Population Ageing. A Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population. SEDAP Research Paper No. 108.
118. Walker, A. (2007). The Emergence of Age management in Europe. International Journal of Organizational Behaviour. Vol. 10 (1).
119. Washington DC: Department of State and Department of Health and Human Services. Newcomer, R., Harrington, C., Kane, R. (2002.) Challenges and Accomplishments of the Second-Generation Social Health Maintenance Organization.
120. Weiss, P. (1966). Aging: A corollary of development. In, N.W.: Shock (ed): Perspectives in experimental gerontology, pp.311-322, Springfield 1966, Ill., C.C. Thomas.
121. Wetheimer-Baletić, A. (2004). Depopulacija i starenje stanovništva – temeljni demografski procesi u Hrvatskoj; Društvena istraživanja, Zagreb, godina 13, br. 4/5, 72-73, 631-651.

122. WHO (2002), Active Ageing: A Policy Framework. Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid-Spain. April 2002.
 123. WHO (2006). World health statistics 2006, World Health Organization, Geneva.
 124. WHO (2011). Global health and ageing, National institute on ageing, National institute of health, U.S. Department of health and human services.
 125. World Bank, (WB) (2007). Fiscal Policy and Economic Growth: Full Report. World Bank, New York, 2006.
 126. World Economic and Social Survey (2007). Development in an Ageing World, Printed by the United Nations, New York, 2008
-
1. Атанасовска, Ж. (2009), Квалитет на живеење на старите лица, корисници на најниска пензија, Магистерски теза, Филозофски факултет, Скопје.
 2. Борнарова, С. (2004). Социјалните сервиси за стари лица и современите трендови во социјалната политика – состојби и перспективи во Р. Македонија. Магистерска теза, Филозофски факултет, Скопје.
 3. Борнарова, С. (2009). Демографските предизвици и социјалната политика во Европската Унија, Филозофски факултет, Скопје.
 4. Борнарова, С. (2009). Социјалната политика и старите лица, Филозофски факултет, Скопје.
 5. Борнарова, С; Спасовска С. (2013). Прирачник за развоја на социјални услуги и ранливи групи во локалните заедници, Министерство за труд и социјална политика на РМ, Скопје.
 6. Георгиевски, П., (1998). Старите лица во СР Македонија, Скопје: Социолошка методологија, Скопје.
 7. Државен завод за статистика (2016). 25 години независна Македонија, Скопје.
 8. Државен завод за статистика (2019). Северна Македонија во бројки, Скопје.
 9. Државен завод за статистика (2019). Статистички годишник, Скопје.
 10. Донеv, Д. (2013). Здравје, здравствените потреби и здравствената заштита на лица постари од 65 години.
 11. Закон за изменување и дополнување на законот за социјална заштита (Службен весник на Р.М. бр. 65/2004).
 12. Закон за здравствена заштита, “Службен весник на РМ“ бр.43/12, бр.145/12, бр. 65/13, бр.87/13, бр. 164/13, бр.39/14), бр.43/14, бр. 101/14, бр.132/14, бр.188/14, бр.10/15, бр.61/15, бр.154/15, бр.192/15, бр.17/16 бр.37/16 (извор: редакциски

- пречистен текст преземен од интернет страната на Министерство за здравство).
13. Закон за здравствено осигурување, „Службен весник на РМ бр. 25/2000, заклучно со Закон за изменување и дополнување на законот за здравствено осигурување објавен во „Службен весник на РМ“ бр. 142/16 (извор:редакциски пречистен текст преземен од интернет страната на Министерство за здравство).
 14. Закон за семејство (пречистен текст), „Службен весник на РМ“ бр.153/2014.
 15. Закон за социјална заштита на Република Северна Македонија, “Службен весник на РМ” бр.104/2019.
 16. Закон за социјална сигурност за старите лица,“Службен весник на РСМ“бр. 104/2019.
 17. Закон за спречување и заштита од дискриминација, “Службен весник на РСМ“ бр.101/2019.
 18. Законот за пензиско и инвалидско осигурување, „Службен весник на РМ бр. 98/12“, консолидиран текст заклучно со измените и дополнувањата објавени во „Службен весник на РМ бр. 132/16“ (извор: интернет страната на МТСП), изменување и дополнувања објавени во „Службен весник на РМ“ бр. 35/18, бр. 220/18, бр. 245/18, бр. 180/19, бр. 275/19).
 19. Институт за социјална работа и социјална политика, (2000), Учество на студенти во откривање и дијагностицирање на социјално-заштитни потреби на селското население, Институт Отворено Општество, Скопје.
 20. Институт за човекови права „Лудвиг Болцман“ Скопје, Министерство за труд и социјална политика, Австриска соработка за развој (2012), Децентрализација на социјалната заштита во Република Македонија – фактичка состојба, предизвици и можности на локално ниво, Скопје.
 21. Јакиќ Козарчанин, Л. (2003). Старост измеѓу државе и породице. Београд
 22. Манојловиќ, П. (1996). Социјални рад и старост. Геронтолошко друштво Србије, Београд.
 23. Месец, Б., (2004), Старите луѓе во Словенија, Ревизија за социјална политика бр, 1 стр. 43-53, Загреб.
 24. Национална стратегија за деинституционализација на Република Македонија 2018-2027 година, Министерство за труд и социјална политика, Влада на РМ.
 25. Националната програма за развој на социјалната заштита 2011-2021, Министерство за труд и социјална политика, Влада на РМ.

26. Националната стратегија за намалување на сиромаштија и социјална исклученост во РМ (2010-2020), Министерство за труд и социјална политика, Влада на РМ
27. Национална стратегија за стари лица 2010-2020, (јуни 2010), Министерство за труд и социјална политика, Влада на Република Македонија.
28. Научен собир, (2003), Социјалната положба на населението во Р.Македонија, Фондација Фридрих Еберт, Скопје.
29. Правилник за видот и обемот на услугите од социјална заштита кои се плаќаат од страна на корисникот и висината на учеството на трошоците на корисникот и лицата кои се должни да го издржуваат врз основа на други прописи (Службен весник на РМ бр. 177/2018 година).
30. Правилник за начинот и обемот на социјалните услуги, нормативите и стандардите за давање на социјалните услуги помош и нега во домот (Службен весник на СРМ бр. 268/2019).
31. Правилник за нормативите и стандардите за простор, опрема, стручни кадри и средства потребни за основање и започнување со работа на установа за социјална заштита - дневен центар за стари и возрасни лица (Службен весник на РМ бр. 113/14).
32. Правилник за нормативите и стандардите за простор, опрема, стручни кадри и средства потребни за основање и започнување со работа на установа за социјална заштита на стари лица” (Службен весник на Р.М бр.125/15).
33. Правилник за поблиски критериуми за избор на згрижувачко семејство, видот и бројот на корисниците кои можат да се сместат во едно згрижувачко семејство и стандардите за давање на услугата според видот на згрижувањето (Службен весник на РСМ бр. 268/2019).
34. Речник на поими од социјалната заштита, (2000), Phare Consensus programme, European Commission.
35. Савиќевик Д., М., (2004). Учење и старење, Београд: Институт за педагогију и андрагогију Филозофског факултета.
36. Социјална заштита на стари лица во РМ (институционална и вонинституционална), (2018) , ЈУ Завод за социјални дејности, Скопје.
37. Стратегија за демографски политики на Република Македонија 2015-2024 година, Министерство за труд и социјална политика на РМ, Скопје.
38. УНДП, (2001), Социјалната исклученост и несигурноста на граѓаните на Македонија, Национален извештај за човековиот развој, Скопје

Филозофски факултет, Скопје.

39. Црвен крст на РМ, (2017).Анализа од спроведено истражување на тема: „Потреба од социјални и здравствени сервиси за старите лица“, Инклузива М, Хуманост, Скопје.
40. Чудина-Обрадовиќ, М., Обрадовиќ, Ј. (2004). Психосоцијални претпоставки на заштита за старите луѓе, Ревизија за социјална политика бр.2 стр. 177- 192, Загреб.

Интернет страници

- www.stat.gov.mk
- www.mtsp.gov.mk
- www.researchgate.net/publication/260422392
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329382/19978073/eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1
- <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
- https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en
- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_where_do_they_come_from.3F
- <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf

Прилог 1. Инструменти користени во истражувањето

ПЛАН ЗА СТРУКТУИРАНО ВОДЕНО ИНТЕРВЈУ СО СТАРИ ЛИЦА

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ СТАТУС

1. Место на живеење:

а) живее во сопствен дом: а1) сам а2) со сопружник/партнер а3) со деца/роднини
а4) друго__

б) живее во пензионерски дом в) живее во дом за стари лица г) живее во дом за
нега

2. Пол: а) Машки б) Женски

3. Брачна состојба:

а) Оженет/Омажена б) Разведен/Разведена в) Вонбрачна заедница г)
Вдовец/вдовица д) Нема засновано брак ё) Друго_____

4. Дали имате деца: а) да: синови, колку? _____ ќерки, колку? _____ б) не

5. Дали имате внуци: а) да, колку? _____ б) не

6. Возраст: а) 60-65 год. б) 66-75 год. в) 76-85 год г) 86 и повеќе

7. Националност: а) Македонска б) Албанска в) Ромска г) Турска д) Српска
ё) Бошњачка е) Друга

8. Степен на образование: а) без образование б) недовршено основно в)
основно г) средно д) вишо ё) високо

9. Висина на пензија:

а) до 8.581 мкд б) 8.582-10.946 мкд в) 10.947-15.000 мкд г) 15.001-
20.000 мкд

д) над 20.000 мкд

10. Вид на пензија: а) старосна б) инвалидска в) семејна г)
земјоделска д) воена

ѓ) странска пензија

11. Квадратура на простор во кој моментално живеете?

а) до 15 б) 16-30 m² в) 31-50 m² г) 51-80 m² д) 81-110 m² ѓ) над 110 m²

ЗДРАВСТВЕН СТАТУС И ПОТРЕБНИ СОЦИО-ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

12. Кои од наведените основни активности од секојдневниот живот не можете да ги обавувате сами (можно е заокружување на повеќе одговори)?

а) бањање, б) одржување лична хигиена, в) облекување, г) користење тоалет, д) мобилност (одење, легнување и станување од кревет, седнување и станување од столица), ѓ) само-хранење (без готвење).

13. Кои од наведените инструментални активности од секојдневниот живот не можете да ги обавувате сами (можно е заокружување на повеќе одговори)?

а) чистење, б) поправки, в) перење, г) готвење, д) купување намирници(храна и облека), ѓ) надворешна мобилност, е) администрирање лекови, ж) користење телефон, з) менаџирање со пари.

14. Кои од наведените болести ги имате вие или сопругникот (можно е заокружување повеќе одговори)?

а) заболување на кардио-васкуларниот систем б) пулмонални заболувања в) заболувања на кожата г) заболувања на дигестивниот систем д) неопластични процеси ѓ) ревматски заболувања (дегенеративни промени на локомоторниот систем) е) ендокринолошки заболувања ж) болести на сетила за вид, слух и говор з) хематолошки заболувања s) инфективни заболувања и) невролошки заболувања (ментални нарушувања во староста) j) психијатриски заболувања (нарушување на спиење) к) заболувања на уринарниот тракт (инконтиненција) л) други

15. Колку долго боледувате од болеста поради која сте изнемоштени и ви е потребна нега?

а) помалку од 6 месеци б) 6 месеци до 1 год. в) 1-5 години г) повеќе од 5 години

16. Потреба од услуги (чекирај):

Вид на услуга	Ја користам моментално:	Не ја користам, но потребна ми е:	Не ја користам, не ми е потребна:	Вкупно:
УСЛУГИ ВО ДОМ				
Адаптација во домот				
Нега во домот				
Помош во одржување на домот				
Користење на технологија				
Алармни системи				
Патронажа за рутински прегледи (мерење на притисок и шеќер)				
Физикална терапија (вежби, масажи)				
Дистрибуција на лекови до домот				
Дистрибуција на храна до домот				
УСЛУГИ ВО ЗАЕДНИЦА				
Транспортни услуги (за медицински и рекреативни цели)				
Придружба				
Центри за ментално здравје				
Центри за “respite care”				
Дневни болници				
Амбулантски клиници				
Центри за информирање и упатување до соодветни услуги				
РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИ УСЛУГИ				
Домови за грижа на стари лица				
Домови за “respite care”				
Домови за “palliative care homes”				
Геријатриски болници				
Рехабилитационски центри				
Домови за “hospice care”				
Болници за општа јавност				

17. Дали имате потреба од социјални услуги и од каков вид?

а) НЕ б) ДА:

(б1) клуб за дружење, забавни игри (б2) дневен центар со работни/рекреативни активности (б3) организиран транспорт во заедницата (б4) организирање на културно-забавни активности (б5) друга _____

18. Колку често одржувате блиски односи (контакти во живо) со членови од вашето семејството?

а) не одржувам б) многу ретко в) ретко г) често д) многу често

19. Колку често одржувате блиски односи во живо со лица надвор од вашето семејството (пријатели, соседи)?

а) не одржувам б) многу ретко в) ретко г) често д) многу често

20. Колку често излегувате од домот заради дружење и социјализација?

а) не излегувам б) неколку пати годишно в) неколку пати месечно г) неколку пати неделно

21. Како ја оценувате помошта што во староста ја добивате од вашите синови/ќерки/внуци?

а) не добивам помош б) мала в) средна г) голема д) многу голема

22. Колку сте задоволни од квалитетот на животот што го водите?

(1-воопшто не сум задоволен, 5-многу сум задоволен)

Материјален статус: _____
1 2 3 4 5

Социјален статус: _____
1 2 3 4 5

Здравствен статус: _____
1 2 3 4 5

23. Кои се најголемите социјално-здравствени проблеми со кои се соочувате и што ви е потребно за нивно надминување?

ПЛАН ЗА ПОЛУ-СТРУКТУИРАНО ИНТЕРВЈУ СО СТРУЧНИ РАБОТНИЦИ

Работно место: _____

1. Кои социјални услуги се на располагање во домот?

2. Кои здравствени услуги се на располагање во домот?

3. Кои социјални услуги се потребни за старите лица?

4. Кои здравствени услуги се потребни за старите лица?

5. Дали сте учествувале на специјализирана едукација за социјално-здравствени услуги за стари лица?

6. Што е неопходно да се направи за да се подобри квалитетот на животот на старите лица во домот?
