

UNIVERZITET U NOVOM SADU
MEDICINSKI FAKULTET

Olja Nićiforović Šurković

HOLISTIČKI PRISTUP OCENI ZDRAVSTVENOG STANJA
ŠKOLSKE DECE I OMLADINE

-Doktorska disertacija-

Novi Sad, 2012.

UNIVERZITET U NOVOM SADU
MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD

KLJUČNA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Redni broj
RBR
Identifikacioni broj:
IBR
Tip dokumentacije:
TD Monografska publikacija
Tip zapisa:
TZ Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada:
VR Doktorska disertacija
Autor:
AU Olja Nićiforović Šurković
Mentor/Ko-mentor:
MN Prof. dr Eržebet Ač Nikolić
Naslov rada:
NR Holistički pristup oceni zdravstvenog stanja
školske dece i omaldine
Jezik publikacije:
JP Srpski (latinica)
Jezik izvoda:
JI Srpski/Engleski
Zemlja publikovanja:
ZP Republika Srbija
Uže geografsko područje:
UGP AP Vojvodina
Godina:
GO 2012.
Izdavač:
IZ autorski reprint
Mesto i adresa:
MA 21000 Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Fizički opis rada:
FO 9 poglavlja, 240 strana, 273 literarna citata, 22
tabele, 46 grafikona, 2 priloga
Naučna oblast:
NO Medicina
Naučna disciplina:
DI Socijalna medicina
Predmetna odrednica/ključne reči:
PO zdravlje; zdravstveno stanje; istraživanje zdravlja;
indikator zdravstvenog stanja; zdravstveno
ponašanje; socioekonomski faktori; dete;
adolescent
613.95/.96
UDK
Čuva se:
ČU U biblioteci Medicinskog fakulteta u Novom
Sadu, 21000 Novi Sad, Hajduk Veljkova 3

Važna napomena:

VN

Izvod:

IZ

Istraživanje predstavlja studiju preseka na reprezentativnom uzorku od 672 deteta starosti od 7 do 19 godina u Vojvodini. Kao instrument istraživanja korišćeni su upitnici kojima su dobijeni podaci o demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama, samoproceni zdravlja, zadovoljstvu životom, higijenskim navikama, navikama o ishrani, fizičkoj aktivnosti i slobodnom vremenu, mentalnom zdravlju, zastupljenosti rizika po zdravlje i korišćenju zdravstvene službe. Objektivni nalaz dobijen je merenjem telesne mase i visine, određivanjem indeksa telesne mase i merenjem krvnog pritiska. Osnovni ciljevi ovog rada bili su da se dobije ocena zdravstvenog stanja i utvrde vodeći zdravstveni rizici kao i razlike u odnosu na demografske i socijalne karakteristike, da se utvrde promene u zdravstvenom stanju školske dece i omladine u odnosu na retrospektivni deo istraživanja i da se testira validnost instrumenta. Rezultati su pokazali da 40,2% dece živi u domaćinstvima koja pripadaju grupi siromašnih, imaju jednog brata/sestru, 88% živi sa oba roditelja, a dve trećine ima svoju sobu. Redovne higijenske navike češće imaju devojčice, stariji uzast i deca iz bogatijih domaćinstava. Ishrana je neadekvatna kako sa aspekta redovnosti, tako i unosa pojedinih namirnica, nedovoljan je unos mleka i mlečnih proizvoda, voća i povrća i ribe, a prekomeran unos namirnica koje su izvor tzv. „praznih kalorija“, dok je 17% dece sa prekomernom telesnom masom i gojazno. Slobodno vreme karakterišu sedenterne aktivnosti i nedovoljna fizička aktivnost. Ponašanje u saobraćaju je rizično, većina ne koristi zaštitne mere. Povredu je imalo oko 15% dece, petina je bila izložena nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja. Većina ocenjuje svoje zdravlje kao dobro, dve trećine svoju telesnu masu kao normalnu a tri četvrtine svoju fizičku aktivnost kao dobru. Higijenu i mogućnost rekreacije u školi petina ocenjuje kao lošu a svako deseto dete bezbesnost u školi kao lošu. Informacije o zdravlju najčešće dobijaju od roditelja. Zdravlje stavljaju na prvo mesto na lestvici životnih vrednosti i imaju visok nivo zadovoljstva životom. Većina ima dobru komunikaciju sa majkom a tri četvrtine sa ocem. Petina oseća napetost, stres i ima emocionalne probleme, lošije vrednosti na skali psihološkog distresa ima svaka šesta a na skali vitalnosti skoro svaka druga mlada osoba. Pušenje i konzumacija alkohola su visoko zastupljeni, a svaka deseta mlada osoba probala je neku od psihoaktivnih supstanci. Korišćenje zdravstvene zaštite je zadovoljavajuće osim u sferi reproduktivnog zdravlja adolescentinija, seksualno ponašanje karakteriše rano stupanje u seksualni odnos i nedovoljna zaštita. U odnosu na retrospektivni deo istraživanja značajne razlike dobijene su u higijenskim navikama, ishrani, fizičkoj aktivnosti i sedenternim aktivnostima, procentu gojaznih, oceni svog zdravlja, zadovoljstvu životom, mentalnom zdravlju, izloženosti duvanskom dimu, konzumaciji alkohola, poznavanju psihoaktivnih supstanci, seksualnom ponašanju, reproduktivnom zdravlju i korišćenju zdravstvene službe.

Datum prihvatanja teme

od strane NN veća:

DP

20.12.2006.

Datum odbrane:

DO

Članovi komisije:

KO

Predsednik:

Član:

Član:

Član:

Član:

UNIVERSITI OF NOVI SAD
MEDICAL FACULTY NOVI SAD

KEY WORDS DOCUMENTATION

Accession number:
ANO
Identification number:
INO
Document type:
DT Monographic publication
Type of record:
TR Textual printed material
Contents code:
CC Ph.D.thesis
Author:
AU Olja Niciforovic Surkovic
Mentor:
MN Prof. Erzebet Ac Nikolic, PhD
Title:
TI
Language of text:
LT Serbian
Language of abstract:
LA Serbian / English
Country of publication:
CP Republic of Serbia
Locality of publication:
LP Vojvodina
Publication year:
PY 2012
Publisher:
PU Author reprint
Publication place:
PP 21000 Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Physical description:
PD 9 chapters, 240 pages, 273 references, 22 tables,
46 graphics, 2 supplements
Scientific field:
SF Medicine
Scientific discipline:
SD Public Health
Subject, Key words:
SKW Health; Health Status; Health Surveys; Health
Status Indicators; Health Behaviour;
Socioeconomic Factors; Child; Adolescent
613.95/.96
UC
Holding data:
HD Library of Faculty of Medicine Novi Sad
21000 Novi Sad, Hajduk Veljkova 3

Note:

N

Abstract:

AB

The research represents a cross-sectional study of the representative sample of 672 schoolchildren 7-19 of age in Vojvodina. Instrument was specially constructed questionnaire providing data about demographic and socio-economic characteristics, self assessment of the health, life satisfaction, hygiene, nutrition, physical activity, leisure time, mental health, social support, presence of risk factors, and use of health care. Anthropometric measures included body mass, height, blood pressure measurement and calculating body mass index. The aim of the study was to assess health status of the children, identify health risks and determine demographic and socio-economic differences, as well as to determine differences in relation to the retrospective part of the study, and to determine validity of the instrument. Results showed that 40% of children live in households with low level of socio-economic status (SES), 88% live with both parents, have 1 sibling, and two thirds have their own room. Good hygiene practice is more likely present in girls, older age and children with better SES. Nutrition habits are inadequate regarding regularity and different food intake, there is low consumption of milk and dairy products, fruits, vegetables and fish, high intake of sweets, snacks and sweet beverages, and there is 17% of overweight and obese children. Leisure time is characterized with sedentary activities and lack of physical activity. Road traffic behaviour is risky with inadequate safety measures. Injury had 15% of children, and the fifth was object of physical and psychological violence. Most of the children assessed their health as good and very good, two thirds their body mass as normal and three quarters their physical activity as good. School hygiene and recreational conditions were poorly rated by fifth of the children, and one in ten assessed school safety as bad. Health informations are mostly provided by parents. Health is highly rated among life values and life satisfaction is high. Most of them easy communicate with their mothers and three quarters with their fathers. Every fifth child is having emotional problems, anxiety and stress, lower values on Psychological Distress Scale has every sixth child and on Vitality Scale every second child. Prevalence of smoking and alcohol consumption is high, one in ten adolescents experimented or consumed drugs. Health care use is satisfying except in the sphere of reproductive health of female adolescents. Sexual behaviour is characterized with early onset of sexual intercourse and inadequate protection against pregnancy and STD. Differences regarding retrospective part of the study exist in hygiene practice, nutrition, physical activity, sedentary activities, prevalence of overweight and obesity, self assessment of health, life satisfaction, mental health, exposure to tobacco, alcohol consumption, knowledge about drugs, sexual behaviour and health care use.

Accepted on Scientific Board on:

ASB

20.12.2006.

Defended:

DE

Thesis Defend Board:

DB

President:

Member:

Member:

Member:

Member:

SADRŽAJ

1	UVOD.....	1
1.1	Zdravlje, definicija, concept	1
1.2	Zdravlje dece i omladine	7
1.2.1	Odabrani statistički podaci o zdravstvenom stanju odojčadi	10
1.2.2	Odabrani statistički podaci o zdravstvenom stanju predškolske dece	12
1.2.3	Odabrani statistički podaci o zdr. stanju školske dece i adolescenata	16
1.2.4	Porodica i zdravlje dece i omladine	20
1.3	Procena zdravstvenog stanja	25
1.3.1	Zdravstveno stanje	25
1.3.2	Merenje ili procena zdravstvenog stanja	26
1.3.3	Vrste merenja zdravlja	36
1.3.4	Indikatori za procenu zdravstvenog stanja	38
2	CILJEVI ISTRAŽIVANJA	55
3	HIPOTEZE REZULTATA	55
4	METODOLOGIJA	56
4.1	Tip istraživanja	57
4.2	Opis uzorka	57
4.3	Instrument istraživanja	58
4.4	Konstrukcija indeksa blagostanja – DHS	60
4.5	Skale merenja za indikatore mentalnog zdravlja	61
4.5.1	Psihološki distress	61
4.5.2	Pozitivno mentalno zdravlje	62
4.6	Antropometrijska merenja i merenje krvnog pritiska	62
4.6.1	Uhranjenost	63
4.6.2	Merenje krvnog pritiska	63
4.7	Statistička obrada podataka	64
4.8	Validnost instrumenta istraživanja	65
5	REZULTATI	67
5.1	Demografske karakteristike i socijalno-ekonomski status	67
5.2	Higijenske navike	74
5.2.1	Redovno pranje ruku	74
5.2.2	Redovno pranje zuba	75
5.2.3	Redovno kupanje i tuširanje	76
5.2.4	Redovno menjanje donjeg veša	77
5.3	Ishrana	78
5.3.1	Redovnost obroka	78
5.3.2	Prosečan broj čaša vode dnevno	79
5.3.3	Mleko i mlečni proizvodi	80
5.3.4	Učestalost konzumiranja pojedinih namirnica	81
5.3.5	Vrste hleba	86
5.3.6	Vrsta namaza na hleb	86
5.3.7	Vrsta masnoće na kojoj se priprema hrana u kući	88
5.3.8	Izbor načina ishrane i zdravlje	90
5.4	Uhranjenost i krvni pritisak	91
5.4.1	Uhranjenost	91
5.4.2	Vrednost krvnog pritiska	93
5.5	Slobodno vreme i fizička aktivnost	94
5.5.1	Slobodno vreme	94
5.5.2	Fizička aktivnost	99

5.5.3	Režim odmora	101
5.6	Ponašanje u saobraćaju	102
5.7	Povrede	103
5.8	Nasilje	106
5.9	Poznavanje rizika u okruženju i informacija o zdravlju	108
5.9.1	Poznavanje rizika u okruženju	108
5.9.2	Informacije o zdravlju	109
5.10	Procena sopstvenog zdravlja i zadovoljstvo životom	111
5.10.1	Ocena sopstvenog zdravlja	111
5.10.2	Ocena sopstvene telesne mase	112
5.10.3	Zadovoljstvo svojim celokupnim izgledom	113
5.10.4	Ocena sopstvene fizičke aktivnosti	113
5.10.5	Ocena sopstvenog oralnog zdravlja	115
5.10.6	Stavovi u vezi sa sopstvenim zdravljem	115
5.10.7	Rangiranje životnih vrednosti	116
5.10.8	Zadovoljstvo sadašnjim životom	120
5.10.9	Tri najčešća razloga nezadovoljstva	121
5.11	Neki aspekti odnosa sa drugima	123
5.12	Mentalno zdravlje	124
5.13	Mogućnost obavljanja aktivnosti u svakodnevnom životu	129
5.14	Pušenje	130
5.14.1	Izloženost duvanskom dimu	130
5.14.2	Prevalenca pušenja	131
5.14.3	Osobe iz okruženja koje puše	133
5.14.4	Stav o pušenju	134
5.15	Alkohol	135
5.15.1	Učestalost pijenja alkohola	135
5.15.2	Prosečan broj nedeljno popijenih doza alkoholnih pića	137
5.15.3	Opijanje	137
5.15.4	Bliske osobe u okruženju ispitanika koje piju	138
5.15.5	Stavovi o alkoholu	139
5.16	Zloupotreba psihoaktivnih supstanci	140
5.17	Seksualno ponašanje i znanje o HIV/AIDS	143
5.18	Korišćenje zdravstvene službe	146
5.18.1	Korišćenje primarne zdravstvene zaštite	146
5.18.2	Korišćenje stomatološke zdravstvene zaštite	148
5.18.3	Korišćenje bolničke zdravstvene zaštite	150
5.18.4	Korišćenje lekova	150
5.19	Reproduktivno zdravlje adolescentkinja	152
6	DISKUSIJA	154
6.1	Demografske karakteristike i socijalno-ekonomski status	156
6.2	Higijenske navike	161
6.3	Ishrana	165
6.4	Uhranjenost i krvni pritisak	174
6.5	Slobodno vreme i fizička aktivnost	180
6.6	Ponašanje u saobraćaju	186
6.7	Povrede	189
6.8	Nasilje	191
6.9	Poznavanje rizika u okruženju i informacija o zdravlju	195
6.10	Procena sopstvenog zdravlja i zadovoljstvo životom	196
6.11	Neki aspekti odnosa sa drugima	201

6.12	Mentalno zdravlje	207
6.13	Mogućnost obavljanja aktivnosti u svakodnevnom životu	211
6.14	Pušenje	213
6.15	Alkohol	217
6.16	Zloupotreba psihoaktivnih supstanci	221
6.17	Seksualno ponašanje i znanje o HIV/AIDS	225
6.18	Korišćenje zdravstvene službe	228
6.19	Reproduktivno zdravlje adolescentkinja	231
7	ZAKLJUČAK	233
LITERATURA		
PRILOG		

1. UVOD

1.1 ZDRAVLJE, DEFINICIJA, KONCEPT

Zdravlje je jedan od najznačajnijih aspekata našeg života, uslov za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, jedan od preduslova za sreću, ono je izvor svakodnevnog života, a ne objekat življenja.

Koncept zdravlja i različiti prilazi njegovom objašnjenju formiran je različito u pojedinim istorijskim periodima, u različitim socio-kulturalnim sredinama, baziran na različitim teorijskim osnovama i u različitim naučnim disciplinama.

Na skoro svim jezicima sveta reč “zdravlje” ima pozitivno značenje i označava čvrstinu, blagostanje, ravnotežu. Ono je pozitivan koncept, preduslov koji omogućava ljudima da vode ekonomski i socijalno produktivan život, kao što se navodi u dokumentima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) koji se odnose na globalnu strategiju “Zdravlje za sve do 2000 godine i posle 2000 godine” i “Zdravlje za sve – politika za 21. vek” (1).

Shvatanje o zdravlju menjalo se kroz istoriju, a njegov koncept se ogledao kroz sukob dva shvatanja o ulozi medicine. Po jednom shvatanju, medicina ima zadatak prvenstveno da unapređuje zdravlje i sprečava bolesti, a po drugom njena primarna uloga je lečenje bolesnih. Zdravlje kao stanje ravnoteže i harmonije čoveka i okoline predstavljalo je osnovu filozofije zdravlja kod starih Kineza i u antičkoj Grčkoj.

U XVI veku razvija se *biomedicinski model* kada su saznanja o funkcionisanju fizičkog sveta počela da posmatraju čoveka po zakonima fizike, a ljudsko telo shvatano kao model mašine, gde zdravlje predstavlja rezultat dobrog rada te mašine. Razvojem savremenog doba prilog ovom modelu donosi „specifična etiologija bolesti“ gde je za nastanak bolesti „okrivljen“ prouzrokovalac ili etiološki činilac, pri čemu se zanemaruju okolinski i drugi faktori u nastanku bolesti.

Sledi *rani sociomedicinski model*, razvijen u XVII i XVIII veku, koji se oslanja na antičku medicinu i objašnjava zastupljenost bolesti u jednoj populaciji u odnosu na socioekonomske i kulturne uslove, kao što su uslovi stanovanja, sanitacija, neadekvatna ishrana, loši radni uslovi i radni dan bez ograničenja, što sve ukazuje na uticaj spoljašnjih faktora na zdravlje.

Preventivni i epidemiološki model javlja se sa erom imunizacije, iako orjentisan na bolest, odnosno njeno izbegavanje, uzima u obzir i okolinske rizike. Ovde se u odnos stavlja interakcija između agensa (uzročnika), domaćina (čoveka) i sredine. U tom smislu rizici po zdravlje mogu biti eliminisani (eradikacija), izbegnuti (imunizacija), stavljeni iza prepreke koja sprečava kontakt sa domaćinom (zaštitna sredstva), rano otkriveni i modifikovani (promene ponašanja).

Bolest kao nemogućnost organizma da se adaptira na izazove iz unutrašnje ili spoljne sredine u teoriji o generalnom adaptacionom sindromu koju je dao Hans Seli (Hans Selye) 1936. godine čini osnovnu ideju *superbiološkog modela* ili *modela adaptacije* (2, 3).

Adaptacija čini osnovu *socioekološkog modela* po kome se osoba prilagođava svojoj fizičkoj i socijalnoj sredini, odgovara na njihove zahteve do granice do koje njena fizička, psihološka i socijalna ravnoteža nisu narušeni. Zdravlje pojedinca je ovde rezultat interakcije internog (telesnog) i eksternog univerzuma sastavljenog od mnogostrukih uticaja spoljne sredine (4).

Nedostatak socioekološkog modela u kome se unutrašnji i spoljašnji univerzum posmatraju odvojeno prevazilazi *sistemski prilaz zdravlju* u kome živi sistemi, društva, društvene organizacije, ljudska bića i sva druga živa bića u prirodi čine hijerarhiju međuzavisnih jedinica, gde su viši delovi sistema sagrađeni od nižih (4). Zdravlje je prema tome sposobnost sistema da na različitim nivoima njegove organizacije (ćelijski, nivo organa, individualni, porodični, društveni) održava ravnotežu i da reaguje adaptacionim mehanizmima na različite zahteve i promene u okolini. Bolest ovde nije dijagnostički entitet lokalizovan u jednom organu ili tkivu, već poremećaj ravnoteže na različitim delovima sistema (ćelijski, organski, socijalni).

Sistemski prilaz zdravlju kao aktuelni koncept zdravlja dao je mogućnost za razvoj *koncepta promocije zdravlja* po kome se zdravlje shvata kao neophodni resurs za svakodnevni

život, kao pozitivno svojstvo za čije postizanje je potrebno uključiti kako individualne tako i društvene snage (6).

Do sada je akumulirano ogromno znanje i iskustvo u nauci o zdravlju a kao rezultat toga je prisutno više definicija zdravlja.

U Ustavu Svetske zdravstvene organizacije zdravlje je definisano kao „Stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili onesposobljenosti“ (7).

Većina autora zdravlje opisuje kao stanje dinamičke ravnoteže u kojoj je individualna i grupna sposobnost da rešava sve životne izazove na jednom optimalnom nivou. To je stanje karakterisano anatomskim, fiziološkim i psihološkim integritetom individue; njenom sposobnosti da lično sprovodi vrednosna pravila u porodici, radnom mestu i zajednici; sposobnost da se nosi sa fizičkim, biološkim, psihološkim i socijalnim izazovima; osećanje blagostanja; odsustvo rizika bolesti i prerane smrti (8).

Svako društvo podržava i tumači upravo ono značenje zdravlja koje je u skladu sa njegovim aktuelnim potrebama i interesima. Tako je zdravlje u smislu fizičke snage i sposobnosti određenje koje preovlađuje u uslovima teške borbe za opstanak sa neprijateljskim prirodnim i/ili društvenim silama.

Rene Dubos je ponudio nekoliko definicija: „Zdravlje je modus vivendi koji omogućava da nesavršeni ljudi postignu zadovoljavajuće i ne suviše bolno postojanje, dok se bore sa nesavršenim svetom“. „Zdravlje nije samo odsustvo bolesti ili neugodnosti, već sposobnost da se funkcioniše efektivno, srećno, što je moguće duže u datoj sredini“ (9).

Sigerist je dao sličnu definiciju: „Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, već nešto pozitivno, životno i radosno prihvatanje odgovornosti koju život stavlja pred čoveka“ (10).

U mnogim društvima pod zdravljem se podrazumeva čovekova sposobnost u najširem smislu, potpunost, skladnost, uravnoteženost, najveća vrednost, blagostanje, kvalitet života.

Postoje mnogi pokušaji da se zdravlje definiše u praktičnom smislu. Najviše pristalica ima holistički koncept, koji zdravlje izražava kroz „potpunost” i „neodstupanje” od nečega, za razliku od bolesti koja znači odstupanje od određenih normi i ima težnju da varira.

Holizam (grčki *cholos* – čitav, potpun) znači celovito i multidisciplinarno posmatranje pojava. Holizam se može razumeti kao svest o međusobnoj povezanosti pojava kao i ljudska tendencija da se u modele, na osnovu kojih se pojave posmatraju, uključi što više atributa koji karakterišu pojedine pojave, njihove međuzavisnosti i interakcije. Veoma je teško potpuno sagledati stvarnu složenost pojava u svetu, te je gotovo nemoguće dostići potpuni holistički pristup, pre se može govoriti o dostižnom, izvodljivom, mogućem holizmu koji u obzir uzima optimum parametara (varijabli) koje karakterišu posmatranu celinu (11).

Kada se radi o holističkom pogledu na zdravlje najčešće se pominju individualna dimenzija, društvena dimenzija i ekološka dimenzija zdravlja. Holistički pogled nalaže sistemski pristup razumevanja zdravlja. Tako, E. Gidens navodi “sve se više shvata da medicinski stručnjaci nisu jedini koji poseduju znanje i razumevanje zdravlja i bolesti” (12). Polazi se od saznanja da je zdravlje čoveka uslovljeno njegovim nasleđem, ponašanjem, ishranom, prirodnom okolinom i društvenim okruženjem, a ne pre svega medicinskim uslugama. Stoga, medicinska nauka se sve više preorjentiše na zdravlje. Najsbit smatra “Nova definicija zdravlja kao stvarne dobrobiti kompletne osobe - a ne kao pukog odsustva bolesti – od bitnog je značenja za celu koncepciju samopomoći. Dobrobit i holističko zdravlje često se pogrešno povezuje s eksperimentalnim i alternativnim načinima lečenja. Posredi je nesporazum. Holističko zdravlje podrazumeva jedinstvo tela, uma i emocija. Temeljni sadržaj programa dobrobiti je jednostavan i jasan: redovno vežbanje, suzdržavanje od pušenja, zdrava ishrana, dovoljno odmora i izbegavanje stresova. Lična odgovornost ima presudnu ulogu jer su lične navike ključni element nove paradigme zdravlja. I u tome je stvarna prekretnica. Nekada smo mislili da je naše zdravlje obaveza lekara... Danas se očigledno smatra da je pametnije i jeftinije sprečiti nego lečiti: smatra se da su ljudi praktično sami krivi za svoje bolesti, a dobrobit se sve više ceni – poput industrije u usponu” (13).

U tom svetlu medicinska nauka treba u procesu edukacije medicinskih kadrova da pruži mnogo više znanja o ljudskoj svesti, o filozofiji, sociologiji, egzistenciji čoveka, o društvu,

stavovima, načinu života, o ubeđenjima čoveka, o običajima, tradiciji, mentalitetima ljudi određene kulture, konkretnog društva, određenog kraja, morala, religioznih verovanja (14).

Medicina, a posebno javno zdravstvene nauke u njoj neprekidno tragaju za odgovorima na pitanje kako se zdravlje može sačuvati i kako se bolest može prevenirati. To je zapravo, traganje za faktorima koji mogu da doprinesu očuvanju i unapređenju zdravlja, ili koji predstavljaju rizik za njegovo narušavanje, kao i traganje za onim faktorima koji mogu da uslove razlike u distribuciji bolesti i zdravlja među zemljama ili grupama ljudi. Danas važi mišljenje da su zdravlje i bolest fenomeni uslovljeni višestrukim uzročnim faktorima i uzrocima i da se kao takvi moraju proučavati na sveobuhvatan način i sa interdisciplinarnе perspektive, odnosno kroz holistički pristup. Ovi faktori koji doprinose očuvanju i unapređenju zdravlja ili njegovom narušavanju nazivaju se determinante, odrednice zdravlja. One se teško mogu analizirati pojedinačno jer je njihova povezanost i uslovljenost veoma velika (15). Iz praktičnih razloga ključne odrednice zdravlja se mogu grupisati u nekoliko celina (16):

1. stalne, odnosno nepromenljive (genetski kod, pol, starost)
2. socijalno ekonomske (obrazovanje, zaposlenost, siromaštvo, prihodi i društvena stvarnost, socijalna isključenost, socijalno okruženje, društvena mreža podrške, rod, kultura itd.)
3. životna sredina (vodosnabdevanje i dispozicija otpadnih materija, stanovanje, kvalitet vode i vazduha,
4. životni stilovi (ishrana, fizička aktivnost, pušenje, korišćenje alkohola, droge, seksualno ponašanje, slobodno vreme)
5. dostupnost zdravstvene zaštite (pristupačnost, pokrivenost zdravstvenom zaštitom, korišćenje preventivnih usluga i drugo) (17, 18).

Zdravlje se prema tome posmatra u smislu njegove složenosti i višedimenzionalnosti, kao unutrašnja ravnoteža i ravnoteža sa okolinom i pozitivno psihološko iskustvo.

Ova dinamička ravnoteža zavisi kako od automatskih mehanizama individue ili zajednice tako i od njihove sposobnosti da uspostave interakciju sa prirodnom, socijalnom, kulturnom, ekonomskom i tehničkom sredinom na razuman i zadovoljavajući način, kroz razmenu, komunikaciju, rad, socijalnu i političku odluku (19).

Sposobnost individue ili zajednice da kontroliše ili održava ravnotežu zavisi od prirode situacije u kojoj se nalazi, od stepena prilagođenosti spoljnoj sredini i od njenog potencijala da reaguje adekvatno i efektivno. Zdravstvena ravnoteža i zdravstveni potencijal stoga predstavljaju ključne dimenzije zdravlja kako na individualnom nivou tako i na nivou zajednice (19).

Zdravstvena ravnoteža na nivou individue je dinamički ekvilibrijum koji se subjektivno doživljava kao osećaj dobrog fizičkog, psihičkog i socijalnog stanja a objektivno kao variranje određenih parametara unutar utvrđenih normi.

Na nivou zajednice ovaj dinamički ekvilibrijum odražava se kroz stabilnost morbiditeta u određenom vremenskom periodu, odnos nataliteta i mortaliteta kao i kroz zahteve za zdravstvenom zaštitom i kroz njeno korišćenje.

Sposobnost pojedinca ili zajednice da održi ravnotežu sa sredinom ili da je ponovo uspostavi ako je narušena, je zdravstveni potencijal te stoga važan preduslov zdravstvene ravnoteže (8).

Kod pojedinca on između ostalog znači dobar nutritivni i imunološki status, fizičku kondiciju i emocionalnu stabilnost, odgovarajuća znanja i pristup zdravlju.

U zajednici, omogućava sprečavanje poremećaja ravnoteže ili njeno održavanje kroz efikasnu zdravstvenu politiku i administraciju, odgovarajuću proporciju sredstava namenjenih promociji zdravlja, socijalnu zaštitu, zaposlenost i prihode, socijalno osiguranje, uslove stanovanja, ishranu i kvalitet životne sredine ali i pristupačnost zdravstvenim, obrazovnim i drugim javnim službama, obezbeđenost rekreativnim, socijalnim i kulturnim aktivnostima itd.

Na zdravlje utiču mnogobrojni činioci. Možemo ih grupisati u:

I Individualni zdravstveni potencijal koga čine starost, pol, genetski status, stanje uhranjenosti, nivo imuniteta, fizička kondicija, psihički status i sposobnost samozaštite.

II Zdravstveno ponašanje/stil života u smislu načina ishrane, fizičke aktivnosti, konzumacije alkohola i psihoaktivnih supstanci, socijalne povezanosti i zajedništva.

III Činioci fizičko-biološke sredine kao što su kvalitet vode, vazduha, zemljišta, hrane, dispozicija otpadnih materija, nivo buke, uslovi stanovanja i radno mesto.

IV Faktori sociokulturnog sistema kao što su porodica, škola, radno mesto, organizacija slobodnog vremena (klubovi za rekreaciju i dr.), mass media, marketing, reklamiranje, običaji i norme.

V Socijalno-politički uslovi i zakonski propisi kao što su socioekonomski razvoj, obrazovanje, proizvodnja hrane, materijalni resursi, prioriteti zdravstvene politike.

VI Zdravstvena zaštita koja podrazumeva organizaciju i menadžment, obezbeđenost i pristupačnost zdravstvene službe, kvalitet zdravstvene zaštite i korišćenje (20).

Na neke od ovih činilaca je teško i gotovo nemoguće delovati (npr. genetski status) dok na druge faktore možemo uticati na individualnom nivou, gde pojedinac može da menja npr. način ishrane, fizičku kondiciju, uslove stanovanja itd. i na nivou zajednice odnosno celokupnog društva (socioekonomski i politički uslovi, životna sredina, zdravstvena zaštita itd.).

1.2 ZDRAVLJE DECE I OMLADINE

Najdragoceniji deo svakog društva su deca. Njihovo zdravlje, blagostanje i obrazovanje su prioritetni zadaci, jer „zdravlje današnje mladeži je nada sutrašnjeg sveta“. Deca „moraju biti pripremljena za odgovoran život u slobodnom društvu“ (21).

Osnovni cilj razvoja jedne nacije treba da bude obezbeđenje znanja i sredstava koja će mladoj generaciji pružiti mogućnost da zadovolji osnovne ljudske potrebe i maksimalno iskoristi svoje potencijale.

Neophodnost posebne zaštite dece tokom dugog perioda njihovog rasta i razvoja kao i osobenosti mladog organizma u stalnom i intenzivnom razvoju karakteristika su ljudske vrste (22). Specifičnost psihofizičkog statusa deteta podrazumeva da se detinjstvo kao takvo razlikuje od ostalih životnih perioda čoveka. Razlike se manifestuju u postojanju biološke specifičnosti, podložnosti uticajima sredine, snažnoj emocionalnosti, ranjivosti i naglašenoj egocentričnosti.

Biološka specifičnost deteta se ogleda u postupnom razvoju fizičkih i psihičkih sposobnosti za samostalno zadovoljavanje potreba, samostalan život i rad. Zavisnost od odraslih

u procesu odrastanja i osamostaljivanja čine da je podložnost uticajima sredine jedna od značajnih odlika deteta.

U detinjstvu emocionalnost se ispoljava u posedovanju snažnih emocija koje utiču na saznavanje i ponašanje deteta. Zbog svojih psihofizičkih karakteristika dete je manje od odraslih otporno i osetljivo je na negativne uticaje socijalne sredine, zbog čega postoji veća mogućnost pojave psihosomatskih oboljenja.

Detinjstvo je period najintenzivnijih i najburnijih promena kako u sferi motoričkih sposobnosti i koordinacije čulnih organa sa organima za kretanje tako i inteligencije, govora i komunikacije. To je i doba uspostavljanja socijalnih odnosa i ovladavanja svojim emocijama sa dalekosežnim uticajima na stavove o sebi, o drugima i o svetu uopšte.

Humanističko shvatanje prirode deteta i njegovog ukupnog razvoja ističe da je dete vrednost samo po sebi, da u sebi nosi pozitivne razvojne potencijale, da je činilac sopstvenog razvoja, socijalizacije i vaspitanja i da je aktivno, interaktivno i kreativno biće (23).

Deca i omladina čine vulnerabilnu kategoriju stanovništva čije su potrebe iste u celom svetu: ljubav, nega, pažnja, ishrana, adekvatno stanovanje, obrazovanje, zaštita od bolesti, povreda, zloupotreba i zlostavljanja.

Poslednjih decenija značajan napredak je napravljen u smislu prevencije i lečenja poremećaja zdravlja kod dece. Redukovane su stope mortaliteta odojčadi i male dece, stope se pomeraju iz rano odojčadskog perioda u kasnije detinjstvo, raste očekivano trajanje života, poboljšan je nivo sanitacije i opšti nutritivni status dece, zdravstvena zaštita je pristupačnija kao i preventivni programi namenjeni deci.

Zdravstveno stanje odojčadi i dece predškolskog uzrasta je od izuzetnog značaja za celokupno društvo. Nervni, reproduktivni i respiratorni sistem u ovom uzrastu nisu u potpunosti završili razvoj te su u većoj meri osetljivi na zdravstvene rizike. Zaštiti zdravlja ovih populacionih grupa posvećuje se posebna pažnja ne samo zbog posebne osetljivosti na dejstvo različitih faktora koji mogu ugroziti njihovo zdravlje već i zbog činjenice da loše zdravlje i

nezdravi stilovi života u detinjstvu mogu imati za posledicu loše zdravlje tokom čitavog života, što za društvo nosi zdravstvene, finansijske i socijalne posledice.

Ciljevi Republike Srbije su da se svojoj deci omogući zdrav i bezbedan početak života i da se stvore uslovi za njihov optimalan razvoj. Ovi ciljevi definisani su Nacionalnim planom akcije za decu, strateškim dokumentom Vlade Republike Srbije u kome se definiše opšta politika zemlje prema deci za period do 2015. godine (24).

Populaciona grupa dece obuhvata decu od rođenja pa do 18-te godine života. Ona se prema uzrastu dalje deli na:

- odojčad (od rođenja do navršene prve godine života),
- decu predškolskog uzrasta (do navršene 6-te godine života),
- decu školskog uzrasta (od 7. do 18. godine života).

Prilikom razmatranja zdravstvene zaštite ovih populacionih grupa, obično se uzimaju u obzir i studenti, odnosno mladi od 19. godine pa do završetka redovnog školovanja, a najkasnije do 26. godine prema važećoj zakonskoj regulativi (2).

Učešće populacije dece uzrasta 0-6 godina u ukupnom broju stanovnika Srbije u periodu od 1997-2007. godine kretalo se od 7,4% u 1997. godini do 7,1% koliko je iznosilo u 2007. godini. Odojčad su činila približno 1% ukupnog stanovništva u 2007. godini (25). Podaci Republičkog zavoda za statistiku za 2009. godinu pokazuju da je udeo dece 0 do 6 godina u Srbiji bio 7%, a u Vojvodini 6,9%, dok odojčad u Srbiji i u Vojvodine čine 0,9% ukupnog stanovništva (26).

Prema poslednje dostupnim podacima Republičkog zavoda za statistiku Republike Srbije za 2009. godinu procena broja stanovnika u Vojvodini je ukupno 1.963.256 stanovnika, a populacija školske dece i omladine starosti 7 do 19 godina čini 14,36% sa 282.016 stanovnika (27).

1.2.1 Odabrani statistički podaci o zdravstvenom stanju odojčadi

Među pokazateljima zdravstvenog stanja dece smrtnost odojčadi je najpoznatiji, široko prihvaćen, i za mnoge zemlje sveta još uvek vrlo osetljiv indikator zdravlja dece od rođenja do navršene prve godine života. To je istovremeno, kao sveobuhvatni pokazatelj zdravstvenog stanja, veoma važna komponenta mnogih složenih pokazatelja – indeksa zdravlja. Meri se stopom smrtnosti odojčadi koja se izračunava kao broj umrle odojčadi na hiljadu živorođene dece ili na hiljadu porođaja na određenoj teritoriji za određeni vremenski period (najčešće godinu dana) (2, 3).

Podaci Republičkog zavoda za statistiku pokazuju da je stopa mortaliteta odojčadi u Srbiji pala sa 10,1 u 2002. godini na 7,0 u 2009. godini (26, 27). Stopa neonatalne smrtnosti u Srbiji je u 2009. godini iznosila 4,9 na 1000 živorođenih, a stopa perinatalne smrtnosti 9,0‰ (broj mrtvorodenih i broj umrle novorođenčadi od 0 do 6 dana na 1000 svih rođenih, uključujući i mrtvorodne).

Analitička studija zdravlja stanovnika Srbije navodi da je od 1997. do 2007. godine stopa perinatalne smrtnosti (broj mrtvorodenih i broj umrle novorođenčadi od 0 do 6 dana na 1000 svih rođenih, uključujući i mrtvorodne) bila u padu sa 12,8 koliko je bila 1997. na 9,3 u 2007. godini. U padu je bila i stopa neonatalne smrtnosti (broj umrlih od 0 do 28 dana na 1000 živorođene dece) sa 8,8 u 2007. godini na 5,0 u 2009. godini, kao i stopa smrtnosti odojčadi koja je 1997. godine bila 13,8 a 2007. godine 7,1. Trend opadanja vrednosti ovih pokazatelja ukazuje na poboljšanje uslova i kvaliteta rada u zdravstvenoj zaštiti žena i dece. Stopa smrtnosti odojčadi Roma u romskim naseljima 2005. godine procenjena je na 26 (28).

Podaci analize zdravstvenog stanja Vojvodine 2009. godine pokazuju da je stopa perinatalne smrtnosti sa 11,2 u 2002. godini smanjena na 8,3 u 2009. godini na 1000 živorođenih. Stopa neonatalne smrtnosti takođe je u padu, sa 6,5 u 2002. godini na 2,8 u 2009. godini. U Vojvodini je stopa mortaliteta odojčadi relativno povoljna, i u 2002. godini je bila 9,4 na 1000 živorođenih, dok je u 2009. godini pala na 4,8 (29).

Stopa smrtnosti odojčadi (na 1000 živorođenih) u 2006. godini u Srbiji iznosila je 7,4 i bila je niža u odnosu na prosečnu vrednost ovog pokazatelja iste godine u zemljama jugoistočne Evrope i nezavisnim državama nastalim raspadom Sovjetskog Saveza, gde je iznosila 24,0 (30).

U poređenju sa pojedinim zemljama u okruženju u Srbiji je smrtnost odojčadi i 2000. godine i 2006. godine, kada je iznosila 11, odnosno 7, bila manja u odnosu na Rumuniju (14 u 2000. odnosno 19 u 2006.), Albaniju (22 u 2000. odnosno 15 u 2006.), Bugarsku (14 u 2000. odnosno 10 u 2006.), Bosnu i Hercegovinu (14 u 2000. i 13 u 2006.), ali veća u odnosu na Sloveniju (5 u 2000. i 3 u 2006.), Hrvatsku (7 u 2000. i 5 u 2006.) i Austriju (5 u 2000. i 4 u 2006. godini) (31).

Odojčad najviše umire u perinatalnom periodu, a osnovni uzroci umiranja su respiratorni distres, urođene anomalije i ostala perinatalna stanja.

Šansa da se dete rodi zdravo i preživi prvu godinu života varira širom evropskog regiona. Poslednji podaci Evropskog izveštaja o zdravlju iz 2009. godine pokazuju da je prosečna stopa mortaliteta odojčadi u 2006. godini za evropski region bila 7,3 na 1000 živorođenih. Najniža je stopa u tzv. EU15 grupi zemalja (petnaest zemalja koje su činile Evropsku Uniju pre 1. maja 2004. godine) i iznosila je 4,0‰, dok je u zemljama bivšeg Sovjetskog Saveza iznosila 12,8‰, a u centralno azijskim republikama bivšeg Sovjetskog Saveza 17,7‰ (32).

Najčešći uzroci umiranja odojčadi u 2006. godini u Srbiji (61,7%) bila su stanja u porođajnom periodu, kongenitalne mane, deformacije i hromozomske nepravilnosti (33). Analiza zdravstvenog stanja stanovništva Vojvodine pokazuje da su najčešći uzroci umiranja odojčadi - stanja nastala u perinatalnom periodu sa 53,3% udela u ukupnoj smrtnosti odojčadi, zatim urođene anomalije, deformacije i hromozomske abnormalnosti sa 16,7% i povrede, trovanja i posledice delovanja spoljnih faktora sa 3,3% učešća u strukturi smrtnosti odojčadi (29).

Jedan od važnih pokazatelja zdravstvenog stanja odojčadi je udeo dece sa malom telesnom masom na rođenju, odnosno masom manjom od 2500 grama. Telesna masa na rođenju pokazatelj je i majčinog zdravlja i uhranjenosti, ali i pokazatelj šansi novorođenčeta da preživi i da ima adekvatan fizički i psihosocijalni razvoj. U Srbiji se 2007. godine 5,6% dece rodilo sa

telesnom masom ispod 2500 grama (26). U Vojvodini 2009. godine udeo dece sa malom telesnom masom na rođenju je nešto viši i iznosio je 6,4% od ukupnog broja živorođenih (29).

Inače, procenat dece sa malom telesnom masom na rođenju u našoj zemlji manji je od proseka u zemljama jugoistočne Evrope i nezavisnim državama nastalim raspadom Sovjetskog Saveza koji je u 2006. godini bio 7% (34).

Isključivo dojenje u prvih šest meseci života od velikog je značaja za zdravlje odojčadi. Dojenje do druge godine života uz adekvatnu dopunsku ishranu obezbeđuje dobar nutritivni status i pozitivno se odražava na zdravlje dece. U Srbiji su ulagani veliki naponi u cilju povećanja broja dece koja su dojena u skladu sa preporukama iz „Programa promocije, podrške i zaštite dojenja i stvaranja zdravstvenih ustanova prijatelja novorođenčadi i majki“ (35). Ovo je dovelo do pozitivnih rezultata, međutim procenat isključivo dojene dece je i dalje nizak. Podaci za Srbiju pokazuju da je procenat odojčadi sa četiri meseca života koja su isključivo dojena 1996. godine iznosio 6%, u 2000. godini 10,6%, a u 2005. godini 23%. Sa navršenih šest meseci života procenat isključivo dojene odojčadi 1996. godine iznosio je 5,3%, a 2005. godine 15,1%. Dojenje uz adekvatnu dopunsku ishranu kod odojčadi starosti 6 do 9 meseci, nastavljeno je kod 36,2% odojčadi 1996. godine, kod 31,3% 2000. godine, a 2005. godine kod 39% odojčadi (36). Podaci Doma zdravlja „Novi Sad“ o stopi dojenja koji se prikupljaju od 1995. godine, odnosno od uvođenja programa „Zaštita, podsticanje i pružanje podrške dojenju“, pokazuju kontinuirani rast stope u odnosu na bazično istraživanje 1995. godine. Tako se zapaža kontinuirani rast stope isključivog dojenja odojčadi sa navršenih šest meseci života sa 17% 1995. godine, preko 47% 2000. godine, na 64% 2009. godine (37).

1.2.2. Odabrani statistički podaci o zdravstvenom stanju predškolske dece

Zdravlje dece je vrlo osetljivo, ne samo u prvoj godini života, već tokom celokupnog predškolskog perioda. Podaci rutinske statistike obezbeđuju indikatore umiranja i oboljevanja dece u predškolskom periodu, kao i podatke o korišćenju zdravstvene službe.

Verovatnoća umiranja dece do pete godine života u Republici Srbiji 2000. godine je bila 12,5 umrle dece do pet godina starosti na 1000 živorođene dece u centralnoj Srbiji i nešto viša 13,3 u Vojvodini. U poslednjih desetak godina smrtnost dece u ovom uzrastu je više opala u

centralnoj Srbiji, nego u Vojvodini (38). Stopa smrtnosti dece ispod 5 godina starosti u Srbiji, koju je UNICEF izabrao kao najznačajniji pokazatelj zdravlja dece u svetu, u 2005. godini iznosila je 9,2‰ što je manje u odnosu na prosečnu smrtnost dece do 5 godina u zemljama u tranziciji jugoistočne Evrope koja je iste godine iznosila 17 na 1000 živorođenih (39).

U periodu od 1997-2007. godine u Srbiji se beležio konstantan pad ovog pokazatelja, od 13,6‰ u 1997. godini do 8,3‰ 2007. godine. Ova stopa je bila značajno veća u populaciji Roma u romskim naseljima i 2005. godine procenjena je na 28 na 1000 živorođenih, što ukazuje na veoma loše zdravstveno stanje ove marginalizovane grupe (36).

Evropski izveštaj o zdravlju objavljen 2009. godine navodi da je u Srbiji stopa verovatnoće umiranja dece do pete godine života 8,1 na 1000 živorođenih (podatak iz 2007. godine, odnosno poslednje raspoložive godine). Ova stopa se u Evropskom regionu kreće od 3,2‰ (Luksenburg) i 3,5‰ (Finska i Švedska), pa sve do 35,5‰ (Kirgistan) i 53,2‰ (Turkmenistan). U zemljama u okruženju stopa se kreće od najniže u Sloveniji (3,8‰) i Hrvatskoj (6,1‰), preko 11‰ u Crnoj Gori, do 13‰ u Makedoniji i 16,1‰ u Bosni i Hercegovini (32).

Podaci Republičkog zavoda za statistiku za 2009. godinu pokazuju da je stopa smrtnosti dece do 5 godina u Srbiji 8 na 1000 živorođenih (26). U Vojvodini je u periodu 1995-2009. godina stopa smrtnosti dece ovog uzrasta imala porast 1996. (15,4 ‰) i 2000. godine (13,4‰), nakon čega se beleži pad, pri čemu je 2009. godine stopa iznosila 6 ‰ (29).

Deca u predškolskom uzrastu još uvek umiru od oboljenja ili stanja, koja se mogu prevenirati ili izlečiti, kao što su dijareja i akutne respiratorne infekcije. Istovremeno se povećava smrtnost od povreda, trovanja i posledica delovanja spoljnih faktora. U strukturi registrovanog vanbolničkog morbiditeta kod dece predškolskog uzrasta, među prvih pet najčešćih grupa bolesti 2001. godine bile su: bolesti sistema za disanje, bolesti uva i mastoidnog nastavka, infektivne i parazitarne bolesti, bolesti kože i potkožnog tkiva i bolesti sistema za varenje. Faktori koji utiču na zdravstveno stanje i kontakt sa zdravstvenom službom, čine oko 10% registrovanog morbiditeta (38).

Posmatrano kroz desetogodišnji period, u strukturi registrovanog vanbolničkog morbiditeta kod dece predškolskog uzrasta među prvih pet najčešćih grupa bolesti bile su: bolesti sistema za disanje (sa stalnim padom učešća u morbiditetu, od 78% 1996. godine na 59% u 2007. godini), zarazne i parazitarne bolesti (sa porastom učešća od 3,3% u 1997. godini na 4,8% u 2007. godini), bolesti uva i mastoidnog nastavka (sa skoro konstantnim učešćem od 4%), bolesti kože i potkožnog tkiva (sa konstantnim učešćem neznatno ispod 4%) i bolesti sistema za varenje (koje se od 2000. godine usled uvođenja kategorije faktori koji utiču na kontakt sa zdravstvenom službom ne nalaze u prvih pet najčešćih grupa bolesti) (25).

Analiza zdravstvenog stanja stanovništva Vojvodine za 2009. godinu pokazuje da je na osnovu registrovanog morbiditeta dece starosti 0 do 6 godina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti opšta stopa morbiditeta 3913 na 1000 dece te starosti.

U strukturi morbiditeta na prvom mestu su bolesti sistema za disanje sa 47,1% ukupnog morbiditeta i specifičnom stopom od 2197 na 1000 dece. Vodeća dijagnoza u okviru grupe je *akutno zapaljenje ždrela i krajnika* koja čini 24,6% ukupnog morbiditeta, zatim *infekcije gornjih respiratornih puteva* (10,8%) i na trećem mestu *zapaljenje bronha i bronhiola* (5,7%).

Na drugom mestu po učestalosti među vodećim grupama bolesti u službama za zdravstvenu zaštitu predškolske dece u Vojvodini sa učešćem od 16,2% je grupa faktori koji utiču na zdravstveno stanje i kontakt sa zdravstvenom službom. Najčešća dijagnoza u okviru ove grupe je *lica koja traže zdravstvene usluge radi pregleda i ispitivanja* (11,6%), sledi *ostala lica potencijalno zdravstveno ugrožena zaraznom bolešću* (3,1%), što je u skladu sa epidemijsko-pandemijском situacijom gripa u 2009. godini.

Na trećem mestu među vodećim grupama bolesti su zarazne i parazitarne bolesti sa 10,5% učešća u ukupnom morbiditetu, čiji je broj u odnosu na 2008. godinu povećan za 13%. Radi se o grupi koja ima poseban socijalno-medicinski značaj zbog masovnosti i kontagioznosti u dečijim kolektivima. Vodeća dijagnoza u ovoj grupi je *druge virusne bolesti* sa 7,4% u ukupnom morbiditetu, a slede *varičela* i *herpes zoster*.

Grupa bolesti uva i mastoidnog nastavka koja učestvuje sa 5,6% nalazi se na četvrtom mestu, a vodeća dijagnoza u okviru grupe je *bolesti srednjeg uva i bolesti mastoidnog nastavka* (4,7%).

Sa učešćem od 4,7% na petom mestu se nalazi grupa bolesti kože i potkožnog tkiva i vodećom dijagnozom *druge bolesti kože i potkožnog tkiva* (3,3%) (29).

Značajan pokazatelj zdravstvenog stanja dece je stanje uhranjenosti. Prema rezultatima istraživanja višestrukih pokazatelja u Srbiji koje je 1996, 2000. i 2005. godine sproveo UNICEF, u populaciji dece mlađe od 5 godina uočeno je da se prevalencije pothranjenosti i gojaznosti nisu značajno menjale za razliku od prevalencije zaostajanja u rastu posebno među Romima u romskim naseljima. Prevalenca pothranjenosti kod dece mlađe od 5 godina u 2005. godini iznosila je skoro 2%, 6% dece zaostaje u rastu u odnosu na uzrast, 3% dece ima nedovoljnu telesnu masu za svoju visinu, a skoro 15% dece je gojazno (36).

Obezbeđenost zdravstvenom zaštitom regulisana je Pravilnikom o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, gde se propisuje da zdravstvenu zaštitu za 850 dece uzrasta do šest godina obezbeđuje jedan doktor medicine specijalista pedijatrije i jedna pedijatrijska sestra-tehničar. U opštinama sa najmanje 8.500 dece predškolskog uzrasta može se organizovati razvojno savetovanište, sa sledećim kadrovima: jedan doktor medicine specijalista pedijatrije i jedna viša medicinska sestra-tehničar i psiholog, defektolog, socijalni radnik i pedagog (40).

Kada je u pitanju obezbeđenost zdravstvenom zaštitom prosečan broj dece uzrasta 0 do 6 godina na jednog lekara 1998. godine iznosio je 607 dok je 2007. godine ovaj broj porastao na 674 što je predstavljalo i dalje bolju obezbeđenost od predviđene standardom (850 dece na jednog pedijatra) (25, 36).

U Vojvodini obezbeđenost lekarima ove populacione grupe je dobra, obzirom da na jednog lekara u 2009. godini u proseku dolazi 790 dece predškolskog uzrasta (29).

1.2.3. Odabrani statistički podaci o zdravstvenom stanju školske dece i adolescenata

Kategorija školske dece obuhvata uzrast od 7 do 14 godina, a kategoriji školske omladine (adolescentima) pripadaju mladi od 15 do 19 godina. Period od polaska u osnovnu školu, do završetka srednje škole karakterišu procesi rasta i psiho-fizičkog sazrevanja, socijalizacije, vaspitanja i školovanja, kao i pripreme za uključivanje u proces rada, ili nastavak daljeg obrazovanja. Zdravstveno stanje i kvalitet života u ovom periodu uslovljeni su faktorima porodične sredine, neposrednog okruženja i važnim činiocima vezanim za proces školovanja. Tako, sanitarno-higijensko stanje školskih objekata (snabdevanje higijenskom vodom za piće, dispozicija otpadnih materija), uslovi za fizičku aktivnost i rekreaciju, dostupnost školskog objekta i adekvatan školski nameštaj predstavljaju važne činioce za zdravlje školske dece.

Školska deca i omladina se prema pokazateljima zdravlja mogu smatrati najzdravijom od svih ostalih starosnih kategorija. Međutim, zbog mnogih specifičnosti koje obeležavaju ovaj životni period (seksualni i psihosocijalni razvoj) i opasnosti za formiranje različitih ponašanja koja mogu da ugroze zdravlje, neophodno je da se u toku školovanja preduzmu adekvatne zdravstveno-vaspitne intervencije kako bi se promovisalo zdravo ponašanje i stilovi života.

Vodeći uzroci umiranja među adolescentima su povrede, trovanja i posledice delovanja spoljnih faktora. Ova populaciona podgrupa najčešće oboljeva od bolesti sistema za disanje, bolesti kože i potkožnog tkiva, zaraznih i parazitarne bolesti, bolesti uva i mastoidnog nastavka i povreda, trovanja i posledica delovanja spoljnih faktora, koji zajedno čine 85% ukupnog razboljevanja. Faktori koji utiču na kontakt sa zdravstvenom službom i simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski nalazi predstavljaju dodatnih 15% ukupnog registrovanog morbiditeta dece ovog uzrasta. Zbog brojnih razloga, ovi mladi ljudi su pod rizikom oboljevanja od polno prenosivih bolesti, narkomanije i alkoholizma, dok je učestalost pušenja među njima takođe u porastu (38).

U Republici Srbiji u 2007. godini školska deca i adolescenti su bili zastupljeni sa 14,7% u ukupnoj populaciji. U 1997. godini broj dece i omladine uzrasta 7-19 godina je bio veći kao i njihovo učešće u ukupnom broju stanovnika koje je iznosilo 16,6% (25).

Zdravstvenu zaštitu školske dece od 7 do 19 godina na primarnom nivou obezbeđuju službe za zdravstvenu zaštitu dece pri domovima zdravlja.

Mortalitet školske dece i omladine je bio niži u odnosu na sve ostale kategorije stanovništva. U 1997. godini stopa mortaliteta školske dece uzrasta 10 do 14 godina iznosila je 26,5 na 100.000, dok je u 2007. godini bila značano manja - 16,3 na 100.000. U 1997. godini stopa mortaliteta adolescenata uzrasta 15 do 19 godina iznosila je 64,8 na 100.000, dok je u 2007. godini pala na 43,7 na 100.000.

Dominantno mesto u strukturi uzroka smrti pripadalo je povredama i trovanjima. U 1997. godini stopa specifičnog mortaliteta od oboljenja i stanja iz ove grupe na 100.000 školske dece uzrasta 10-14 godina iznosila je 8,4. Ova vrednost je u kategoriji adolescenata (15 do 19 godina) bila skoro pet puta viša i iznosila je 39,3 na 100.000 dece, što ukazuje da rizik u adolescenciji višestruko raste i da je udružen sa svim ostalim rizičnim ponašanjima i stanjima (uključujući i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci) koja smanjuju opreznost i povećavaju mogućnost nastanka smrtonosnih povreda. U 2007. godini došlo je do smanjenja specifične stope smrtnosti u obe posmatrane kategorije dece i omladine (mlađi i stariji adolescenti) i ona je iznosila 6,3 na 100.000 dece uzrasta 15-19 godina. Odnos smrtnih slučajeva mladića i devojaka u 2007. godini bio je 3:1 (25).

Ostali vodeći uzroci smrti školske dece i adolescenata u 2007. godini bili su tumori, bolesti sistema krvotoka, simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski nalazi i bolesti nervnog sistema.

Morbiditet registrovan na nivou primarne zdravstvene zaštite, u službama za zdravstvenu zaštitu školske dece i omladine tokom 1997-2007. godine bio je bez većih oscilacija.

Ukupan broj evidentiranih oboljenja i stanja školske dece u Republici Srbiji u 2007. godini iznosio je 2.516.945 ili 2,3 oboljenja po jednom školskom detetu.

Prema redosledu oboljenja i stanja, u strukturi morbiditeta u 2007. godini na prvom mestu se nalaze bolesti sistema za disanje sa učešćem od 53,2%, na drugom mestu su faktori koji utiču na zdravstveno stanje i kontakt sa zdravstvenom službom (grupa XXI MKB-10) sa 15,1%, zatim

slede zarazne i parazitarne bolesti sa 4,9%, povrede, trovanja i posledice delovanja spoljnih faktora sa 4,2% i bolesti kože i potkožnog tkiva sa 4,1%. Pobrajanih pet grupa bolesti su vodeće u strukturi morbiditeta već dugi niz godina, a čine 81,5% svih oboljenja i stanja u morbiditetu školske dece u 2007. godini.

Na sistematskim pregledima učenika osnovnih škola u 2007. godini deformacija kičmenog stuba je bila registrovana kod 10,2% pregledanih učenika, grudnog koša kod 2,8% i stopala kod 13,9%. Tokom 1997-2007. godine kod dece osnovnoškolskog uzrasta u laganom porastu bili su deformiteti kičmenog stuba, a u opadanju deformiteti grudnog koša i stopala.

Kod učenika srednjih škola u 2007. godini deformacije kičmenog stuba imalo je 17,5% pregledanih učenika, grudnog koša 2,7%, a deformitete stopala 8,4%. U periodu 1997-2007. godina, zapažen je porast deformiteta kičmenog stuba i grudnog koša u ovoj populaciji, sa 12,4% u 1997 godini na 17,5% u 2007. godini (25).

Anemije (20%, a u nekim sredinama do 50%) i hipovitaminoze postaju sve značajniji problem u dečijoj populaciji, kao i pothranjenost (10-20% dece), hiperlipoproteinemija (10-20% dece) kao i problem gojaznosti koji i dalje perzistira (10-20% dece) (41, 42).

Prosečan obuhvat dece i omladine obaveznim vakcinama u Srbiji je visok, iznosi preko 95%. U Vojvodini je tokom 2009. godine postignut visok obuhvat DTP (difterija, tetanus i pertusis), polio vakcinom (OPV, IPV – oralna i inaktivisana vakcina protiv poliomijelitisa), BCG (protiv tuberkuloze), MMR (morbili, mumps, rubela), Hib (hemofilus influence tip B) i HB (hepatitis B) vakcinom u uzrastu odojčeta. Potpuna vakcinacija obveznika DTP i polio vakcinom sprovedena je kod 97%, BCG je sprovedena kod 99,2%, a MMR vakcinom je vakcinisano 97,5% obveznika. Hib vakcinu je primilo 95,8% obveznika, a HB vakcinu je primilo 96,5% obveznika (29).

Sve prisutnije su štetne navike i ponašanja. Relativno veliki broj dece provodi potpuno neaktivno svoje slobodno vreme (20%), puši povremeno oko 10% učenika V razreda, a 50% učenika VIII razreda, 47-63% mladih uzrasta 15-18 godina. Konzumira alkohol, i to: pivo povremeno oko 50% učenika V razreda, vino 21,5%, dok u VIII razredu pivo konzumira 80% učenika, vino 60%, a žestoka pića 25% (43).

Pravilnikom o bližim uslovima uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe propisano je da zdravstvenu zaštitu za 1.500 dece uzrasta od sedam do osamnaest godina obezbeđuje jedan doktor medicine specijalista pedijatrije ili doktor medicine i jedna pedijatrijska sestra-tehničar sa višom, odnosno srednjom školskom spremom. U opštinama sa najmanje 7.000 dece uzrasta od deset do 18 godina može se organizovati savetovalište za mlade sa sledećim kadrovima: jedan doktor medicine specijalista pedijatrije i jedna viša medicinska sestra-tehničar, i po jedan psiholog i doktor medicine specijalista ginekologije i akušerstva sa polovinom radnog vremena, a po potrebi i doktor medicine druge specijalnosti i socijalni radnik (40).

U zdravstvenoj zaštiti školske dece i omladine ne postoji u svim opštinama i naseljenim mestima pedijatar na nivou primarne zdravstvene zaštite, već primarnu zdravstvenu zaštitu za ovu populacionu grupu obezbeđuje lekar opšte medicine. Nivo obezbeđenosti ove populacije lekarima je u 2007. godini u Srbiji bio zadovoljavajući, iznosio je 1583 deteta uzrasta 7 do 19 godina po jednom lekaru, i približno je odgovarao standardu od 1500 školske dece na jednog lekara (25).

U Vojvodini je u 2009. godini na jednog lekara službe za zdravstvenu zaštitu dece i omladine bilo 1525 dece školskog uzrasta, što je nešto više nego što je predviđeno Pravilnikom o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (jedan lekar na 1500 dece školskog uzrasta) (40).

Prema zakonu o zdravstvenoj zaštiti, osnov čitavog sistema zdravstvene zaštite čini primarna zdravstvena zaštita, koja treba da je podjednako dostupna svima, osposobljena za rešavanje najvećeg dela zdravstvenih potreba korišćenjem odgovarajuće tehnologije. Međutim, mere zdravstvene zaštite na ovom nivou ni obimom ni sadržajem nisu adekvatne potrebama i mogućnostima. Broj poseta ustanovama primarne zdravstvene zaštite je ispod potrebnog i mogućeg. To se naročito odnosi na savetovališni rad i preventivne preglede.

Prosečan broj preventivnih pregleda po jednom detetu je 0,9 (od 2,6 do 0,04) sa učešćem preventivnih pregleda u ukupnim pregledima 15% (od 35% do 1,9%). Prosečan broj poseta zdravstvenoj ustanovi po jednom detetu školskog uzrasta je 2,1 (44). Podaci zdravstvenog stanja

stanovništva Vojvodine za 2009. godinu navode da je prosečan broj poseta kod lekara po jednom detetu školskog uzrasta bio 4,1 (29).

Raspoloživi podaci ukazuju da:

- još uvek značajan broj dece oboljeva/umire od bolesti koje su dobrim delom preventabilne,
- postoje značajne razlike u zdravlju dece Srbije,
- postoje razlike u kvalitetu i kvantitetu pružene zdravstvene zaštite,
- nedovoljna je zastupljenost promotivno-preventivnih mera u zaštiti i unapređenju zdravlja ove vulnerabilne kategorije (45).

1.2.4. Porodica i zdravlje dece i omladine

Iako su se u svim društvima još od pamtiveka koristile usluge posebnih osoba kao što su iscelitelji i vračevi da bi se sprečile bolesti i bolesna stanja, odgovornost za zdravlje i njegovo očuvanje uvek je bila dodeljena porodici odnosno ženi. I dan danas, uprkos praktično automatskom obraćanju brojnim vrstama specijalista sa dostupnom visokom tehnologijom kojima se bez rezerve veruje, porodica i dalje igra ulogu veze između ovih specijalista i članova porodice, i predstavlja faktor očuvanja ili ugrožavanja fizičkog i mentalnog razvoja i zdravlja. Navike čistoće, higijene i ishrane stižu se kod kuće. Deca uče kao da se odnose prema svom telu, formiraju dnevne i godišnje ritmove života; u porodici se stiče znanje o načinima samolečenja i samopomoći. Ovaj proces učenja unutar porodice, koji je jači nego što se misli, ipak se suprostavlja sa drugim često kontradiktornim uticajima u raznim sferama života.

Autonomija porodice u formiranju stila života dece ogleda se u njenoj sposobnosti da odabere odgovarajući način života i da odoli pritiscima da usvoji oblike ponašanja koji ugrožavaju zdravlje. Ova sposobnost povezana je sa strukturom porodice kao i prinudama i normativnim uticajima kojima je izložena u svom okruženju (46).

Promene u modernoj porodici utiču i na njenu snagu i doslednost u pitanjima zdravlja. Nestabilnost porodice ugrožava kontinuitet u aktivnostima u vezi sa zdravljem posebno za decu čije se porodično okruženje menja prilikom razvoda roditelja. U takvoj situaciji, iako oba

roditelja i dalje igraju važnu ulogu, javlja se potreba za podrškom ostalih članova porodice; pri tome, ponekad to uključuje ponašanje i norme koje su razvile prethodne generacije a koje nisu uvek u skladu sa savremenim znanjem o zdravlju, higijeni i nezi dece. Moderna porodica donosi pored toga i slabljenje autoriteta roditelja, mogućnosti otvorenih razgovora i veće individualnosti dece; deca vode sve samostalniji život, čak i na nivou ishrane, rekreacije i slobodnog vremena. Ovo sa jedne strane donosi različite stilove ponašanja koji se poštuju ili bar tolerišu od strane članova porodice a sa druge strane može da izloži porodicu spoljnim uticajima koje prenosi svaki član ponaosob iz spoljašnjeg okruženja. Kada se radi o zdravlju, roditelji su često nesigurni u vezi principa, vrednosti i oblika ponašanja koje treba da prenesu na decu. Oni teško uočavaju važnost sopstvene uloge u uspostavljanju ili menjanju određenih navika kod dece jer i sami nisu sigurni u svoje dužnosti i pri tom su rastrzani između sopstvenog načina života i odgovarajućih saveta. Ipak ove strukturne i promene u odnosima unutar porodice ne umanjuju brigu roditelja za svoju decu. Istraživanja javnog mnjenja pokazala su da je zdravlje i dalje najviše cenjena vrednost i uslov za sva ostala postignuća života. Zbog toga je zdravlje dece i najveća briga roditelja. Smanjenje broja dece na jedno do dvoje po porodici u razvijenim zemljama omogućava roditeljima intenzivan nadzor i preteranu zaštićenost dece; sve se čini, čak i pre rođenja da se bilo kakvi deficiti ili abnormalnosti otkriju i eliminišu. Osim toga neki roditelji veoma nerado poveravaju svoju decu drugim vaspitačima (npr. u zabavištima ili letnjim kampovima) iz straha da se tamo ne vodi odgovarajuća briga.

Važni strukturni elementi koji oblikuju porodični život često su zamišljeni i organizovani tako da su u suprotnosti sa zahtevima održavanja mentalnog i fizičkog zdravlja članova porodice (posebno dece) kao i sa aktivnostima koje treba da izgrade njen biološki kapital. To mogu biti radno vreme koje ne poštuje ritam porodičnog života i biološke zahteve, loši uslovi rada roditelja, česte selidbe zbog promene posla, nezaposlenost, nesigurno ili privremeno zaposlenje roditelja. Porodično okruženje treba da utiče na prihvatanje zdravih navika kod dece, obezbeđuje mir i odmor, zdrave uslove stanovanja i pripreme hrane. Postojeća domaćinstva često ne ispunjavaju ove uslove. Način gradnje, lokacija, veličina, raspored prostorija, sanitarni uređaji u savremenoj stambenoj gradnji u velikim gradovima i njihovim predgrađima ne promovišu uvek zdrav i uravnotežen način života. Isto se može reći i za okolinu: prirodno okruženje, proizvodi i usluge kontaminirani su i nezadovoljavajućeg kvaliteta. Roditelji su pri izboru proizvoda češće vođeni izgledom pakovanja i prihvatljivom cenom nego zdravstvenim kriterijumima, a oni koji i pokušaju da koriste samo prirodne proizvode imaju teškoća da ih nađu. Organizacija porodičnog

vremena je takođe važna da bi se deci obezbedila smirena atmosfera u kojoj se poštuje njihov individualni ritam. To je teško postići zbog ograničenja koja nameću dužina boravka u školi, radno vreme roditelja, organizacija slobodnog vremena i zabave, što predstavlja konstantan pritisak na decu i može da dovede do hiperaktivnosti. Dečji radni dan pored škole gusto je popunjen dodatnim aktivnostima (sport, kultura, privatni časovi), gledanjem televizijskog programa i vremenom provedenim za računarom.

Zdravlje dece često je pod uticajem aktivnosti i šema ponašanja koji su uglavnom van njihove kontrole ili kontrole njihovih porodica. Država, svojim aktivnostima, nastoji da razvije nacionalni „zdravstveni kapital” na zadovoljavajući način. Trudnicama su obezbeđeni redovni kontrolni pregledi; sprovodi se program obavezne imunizacije; u mnogim zemljama zabranjena je prodaja alkohola i duvanskih proizvoda maloletnicima; pušenje je zabranjeno na javnim mestima, sprovode se kampanje protiv pušenja. Različiti socijalni miljei prenose norme koje nisu uvek u skladu sa porodičnim: ishrana u školama i radnim mestima, saveti o higijeni, ponuđene ili nametnute fizičke aktivnosti (često loše osmišljene, nedostupne za sve i skupe). Deca se sreću sa uslovima kolektivnog smeštaja (škole u prirodi, letnji kampovi) koji često ne zadovoljavaju u pogledu higijene, smeštaja i drugog. Industrija reklama bombarduje ih različitim slikama koje podstiču neka očigledno štetna i opasna ponašanja. Televizijski program prepun je „heroja” i stilova života koji su u suprotnosti sa principima koji važe u porodici i društvu (46).

Nemoguće je misliti da porodica može vršiti svoj uticaj van vladajućeg društvenog koncepta, što takođe uključuje i društvene odnose i veze sa grupom vršnjaka. U nekim porodicama koje su osetljivije na razvoj novih trendova u društvu, usvajaju se često kontradiktorna ponašanja koja su u „modi”: način ishrane, fizička aktivnost i sport, naturizam, nega dece itd. Svi ovi spoljni uticaji, posebno uputstva koja daju institucije, bazirani su na pretpostavci da roditelji nisu u stanju da definišu šta je dobro za zdravlje njihove dece i stoga ih treba voditi i proveravati, kao i da nisu sposobni da samostalno brinu o zaštiti zdravlja i razumno koriste odgovarajuće tehnike. Ovakav stav može samo da produbi uverenje roditelja da je suviše teško preuzeti odgovornost za fizičko i mentalno zdravlje svoje dece. U tome im pomažu i stručnjaci različitih profila koji se često ne slažu međusobno i daju kontradiktorne savete. Roditeljima su na raspolaganju različiti izvori informacija sa različitim modelima ponašanja i normama koje su veštački nametnute. Pri tome koristi se jezik koji nije razumljiv svim roditeljima osim onim visokoobrazovanim. Roditelji boljeg socijalnog statusa lakše dolaze u vezu

sa specijalistima i ostalim zdravstvenim radnicima, bolje razumeju njihov „specijalistički jezik“, mogu da biraju između najboljih sredstava i usluga koje doprinose očuvanju zdravlja i očigledno da steknu određen stepen autonomije u odlukama u vezi sa zdravljem porodice. Ali porodice koje nemaju novac i posebno čija je kulturna tradicija u konfliktu sa zahtevima higijene i zdravlja postaju veoma zavisni ne samo od institucija koje obavljaju socijalnu i medicinsku kontrolu nego i od uticaja i izjava koje se daju na uskostručnom jeziku. Osim toga, čak i najbolje informisani roditelji mogu da se ne slažu koji stil života da se usvoji, koji principi i svakodnevna praksa da se primenjuju. U tom slučaju oni nisu u mogućnosti da se konstantno nose sa pomenutim kontradikcijama.

Ipak, zbog uticaja koji porodica vrši kontinuirano, svakog dana, ne može se prenebreći činjenica da porodica igra sintetišuću ulogu i da zbog toga što se osnovne navike higijene i zdravlja sprovode u porodici, ona predstavlja nezamenjivu sponu u zdravstvenom vaspitanju.

Porodica, više nego iko drugi, obezbeđuje emocionalnu podršku deci, izuzev u određenim periodima života kao što je adolescencija kada porodičnu ulogu preuzimaju drugovi i partneri. Pored svega, deca se prvenstveno obraćaju porodici kada se suoče sa privremenim ili trajnim problemom koji utiče na njihovo fizičko (i do izvesne mere mentalno) blagostanje.

Žene koje predstavljaju centar porodične strukture imaju ulogu da osiguraju kontinuitet porodičnog života i vode računa o razvoju svakog člana porodice. Majke su i dalje najvećim delom odgovorne za svakodnevno vaspitanje i kontrolu zdravlja i higijenskih navika (ishrana, lečenje i nega) dece. One su takođe žrtve oprečnih instrukcija koje primaju van institucija i konflikta između kontradiktornih prinuda i aspiracija. Apсурдно je smatrati ih isključivo odgovornim za blagostanje porodice i prema tome kriviti ih kada se pojavi neki problem (bolest, povreda, fizički ili psihološki problemi), obzirom da žene obično nemaju moć da biraju obrasce ponašanja onih koji ih okružuju (muž, deca, babe i dede, itd). Ovo se očigledno odnosi na pušenje, zloupotrebu alkohola i droga i saobraćajne nezgode.

Ako želimo da povećamo svest roditelja o tome da različiti oblici ponašanja utiču na zdravlje, potrebno je takvu informaciju uputiti svakoj osobi bez obzira na pol i starost. Tada bi se jasnije videlo da, ne samo što porodicu treba ohrabriti da razvije zdrav stil života, nego je potrebno ispitati i ceo mehanizam socijalnih veza i odnosa sa svim kontradikcijama i efektima na

zdravlje dece. Decu treba ohrabrivati da se suoče sa svojim načinom ponašanja i pretpostavkama na kojima je ono bazirano, posebno unutar porodice u kojoj se odvija većina praktičnih dogovora o svakodnevnom životu. Otvorenija, manje autoritativna razmena između roditelja i dece može da ima pozitivan uticaj; ipak porodici su i dalje potrebni osnovni principi i sredstva da se to ostvari.

Očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja članova porodice nije cilj kome se teži izolovano od drugih ciljeva. Sve ono što se čini u tom smislu nije usmereno na zdravlje samo po sebi, nego ima i druge ciljeve kao što su edukacija, prenošenje kulturnog, religioznog i lokalnog nasleđa, porodične tradicije i postizanje atmosfere za intenzivnu emocionalnu razmenu. Ako se dva cilja sukobe, postavlja se pitanje koji je nivo rizika po zdravlje prihvatljiv za porodicu, posebno za najvulnerabilnije članove - decu. Kontinuirano i postupno prenošenje sa roditelja na dete odgovornosti za rizike sa kojima se ono suočava važan je deo vaspitanja. Porodični život je čudesna mešavina prezaštićenosti i prekomernih rizika (saobraćajne nezgode, na primer, i nepromišljeno ponašanje). Rizik ne treba opravdavati, ali edukacija ni u kom slučaju ne može eliminisati sve opasnosti. Pored toga, deca ne mogu stvarno da kontrolišu najveće rizike, uključujući saobraćajne nezgode, epidemije i povrede pri igri i u školi. Od roditelja se traži da se nose i sa rastućim rizicima van porodične strukture (i kada se nešto dogodi krivica i teret pada na njih). Medicinska ili epidemiološka definicija rizika nedovoljno uzima u obzir realnost rizika. U medicinskom pristupu kao rizici identifikuju se samo oni faktori za koje se čini da je brza medicinska intervencija moguća, ili se naglašavaju individualni aspekti rizika a ignorišu kolektivni i socijalni aspekti. Tako se korišćenjem termina riziko faktori gaji ograničen pogled na realne rizike.

Uloga porodice u uspostavljanju i održavanju zdravog stila života kod dece fundamentalna je, ali i ograničena. U diskusionom dokumentu o promociji zdravlja 1986. (47) sažet je predmet proučavanja ponašanja i verovanja u vezi sa zdravljem sa tačke gledišta pobornika promocije zdravlja. Dominirajući način života u društvu je centralna tema promocije zdravlja, obzirom da utiče na formiranje obrazaca individualnog ponašanja koji kao takvi mogu da unaprede ili ugroze zdravlje. Promocija stila života koji unapređuje zdravlje uključuje razmatranje individualnih sposobnosti i sklonosti kao i verovanja i vrednosti vezanih za zdravlje koji su oblikovani kroz životno iskustvo i uslove života.

Briga za zdravlje dece treba da čini temelj dobrog fizičkog i psihičkog zdravlja odraslih. Ovo zahteva pre svega ljubav, podršku i ekonomsku sigurnost porodice, zatim odgovarajuće navike koje se tiču ishrane i fizičke aktivnosti kao i izbegavanje štetnih navika kao što su pušenje, konzumiranje alkohola i rizična seksualna aktivnost. Neophodnu osnovu za poboljšanje njihovog zdravlja treba da čini život u društvu čije vrednosti podržavaju i podstiču unapređenje zdravlja dece a time i odraslih. Glavne prepreke za to u današnjem modernom društvu predstavljaju negativni politički stavovi u odnosu na politiku proizvodnje hrane i u mnogim zemljama nedovoljno snažna politika protiv zloupotrebe alkohola i duvana. Slično tome, zakonska regulativa o bezbednosti vozila, puteva i zgrada mnogo bi doprinela smanjenju učestalosti nesrećnih slučajeva i povreda kod dece. Veće ulaganje sredstava u obrazovanje i promociju zdravlja u školi takođe bi razvilo sposobnost dece da razumeju značaj zdravlja i njegovih prekursora; ali samo vizija sigurne budućnosti može ih ohrabriti i dati pozitivan stav o prednostima dugog i kvalitetnog života (48).

1.3. PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA

1.3.1 Zdravstveno stanje

Zdravstveno stanje je stanje zdravlja jedne individue (lica), grupe ili jedne populacije, koje se najčešće procenjuje na bazi opšteg morbiditeta, morbiditeta pojedinih bolesti, oštećenja zdravlja, antropometrijskih mera i mortaliteta. Zdravstveno stanje se obično komparira sa prihvaćenim standardima (8, 49).

Zdravstveno stanje je opšti termin za stanje zdravlja pojedinca, grupe ili populacije koje se meri prema prihvaćenim standardima (50). „Nivo zdravlja” je sličan terminu stanja zdravlja i podrazumeva kvantifikaciju zdravstvenog stanja (51).

Zdravstveno stanje je opis i/ili merenje zdravlja pojedinaca, grupa ili celokupne populacije prema prihvaćenim standardima uz pomoć zdravstvenih indikatora; ili preciznije to je „stanje zdravlja pojedinaca ili stanovništva procenjeno u odnosu na opšti morbiditet, morbiditet od određenih bolesti, u odnosu na invalidnost, nesposobnost, antropometriju, mortalitet, pokazatelje funkcionalnog statusa i kvaliteta života (52).

Zdravstveno stanje je izmereno stanje zdravlja pojedinca ili populacije, determinisano upoređivanjem sa standardnim podacima. Zdravstveno stanje populacije može biti izmereno putem nataliteta, očekivanog trajanja života, faktora rizika, indikatora kvaliteta života, morbiditeta, pristupačnosti zdravstvene zaštite, mortalitetom i drugim faktorima koji utiču na zdravlje. Zdravstveno stanje pojedinca može biti izmereno uz pomoć telesne mase, visine, nivoa krvnog pritiska, pulsa, porodičnog opeterećenja bolestima kao i načinom života sa posebnim osvrtom na pušenje i fizičku aktivnost (53).

Zdravstveno stanje predstavlja ocenu zdravlja pojedinca ili populacije definisanjem prioritetnih zdravstvenih problema uz upotrebu odgovarajućeg oruđa: indikatora i indeksa zdravlja (54, 55).

Pored zdravstvenog stanja, razlikujemo i tzv. zdravstvenu situaciju koja osim uže zdravstvenih uključuje i pokazatelje koji se odnose na socijalno-ekonomske faktore, zdravstvenu politiku, socijalnu zaštitu, prihode, zaposlenost, uslove stanovanja i sl.

Pristup merenju zdravstvenog stanja zavisi od pristupa zdravlju. Prema tradicionalnom konceptu zdravlje stanovništva meri se na osnovu toga koliko su ljudi bolesni, koliko koriste zdravstvenu službu i koliko umiru (56). Danas su istraživački naponi sve više usmereni u pravcu iznalaženja indikatora za merenje globalnog stanja zdravlja, koji uključuju obe komponente i zdravlje i bolest.

1.3.2 Merenje ili procena zdravstvenog stanja

Multidimenzionalnost koncepta zdravlja i kompleksnost njegove primene u praktične svrhe određivanja zdravstvenog stanja stanovništva dovodi do toga da se govori o procesu procene a ne merenja. Merenje je mnogo egzaktnija i preciznija procedura za koju još ne raspoložemo odgovarajućim instrumentom, sem ako ne koristimo sintetičke odnosno kompozitne mere zdravlja predstavljene numeričkim skalama (52).

Čitav niz godina pažnju stručnjaka, većinom lekara, statističara i ekonomista, privlači pitanje kako proceniti, tj. izmeriti zdravstveno stanje stanovništva.

Ima podataka da su neki vitalnodemografski događaji beleženi i pre naše ere u Egiptu, Grčkoj, Rimu. Zna se da su ovakvi podaci prikupljeni u Japanu u VIII veku, u srednjem veku crkva u Španiji, Engleskoj, Francuskoj i Švedskoj takođe ih beleži (57).

U XVII veku u Evropi postoje i rade dve statističke škole, jedna u Nemačkoj pod imenom „Univerzitetska statistika” a druga u Engleskoj koja se zvala „Politička aritmetika”. Osnivač ove druge bio je John Grount, čovek koji je, iako ne lekar, došao na ideju da izvesnim pokazateljima procenjuje zdravstvenu situaciju i pokuša da reši problem „numeričkog predstavljanja zdravstvenog stanja stanovništva”.

On je, koliko se zna, bio prvi koji je izvesne statističke podatke sredio i nekome ih prezentirao. To je učinio 1662. godine kada je Britanskom naučnom društvu podneo izveštaj koji se odnosio na kretanje mortaliteta za period od 30 godina. Izveštaj je sadržao podatke o intenzitetu ove pojave i o strukturi uzroka smrti (akutna i hronična oboljenja, nesreće, samoubistva). Iz rezultata praćenja ove pojave zaključio je da se u toj pojavi, naizgled haotičnoj kada se posmatra pojedinačno od slučaja do slučaja, nailazi na izvesne pravilnosti, ako se ona prati duži vremenski period.

Nešto kasnije, astronom *Edmund Halley* napravio je prve tablice mortaliteta 1693. godine i počeo prvi sa izučavanjem verovatnoće očekivanog trajanja života. Engleski lekar William Farr, koji se smatra prvim zdravstvenim statističarem, počeo je 1839. godine sa izučavanjem mortaliteta i morbiditeta u Engleskoj i u Velsu, publikujući njihove analize. On je podatke vitalne statistike počeo da tretira kao legalna dokumenta i kao vredne izvore zdravstvene statistike. Grupišući, klasifikujući i tabelirajući ove podatke on izdaje „Raporte” o stanju vitalne i zdravstvene statistike u Engleskoj i Velsu koji počinju da služe za prve procene zdravstvenog stanja stanovništva (56).

Evolucija procene zdravstvenog stanja stanovništva je poslednjih sto godina neposredno povezana sa evolucijom zdravstvenih problema zajednice. U istorijskom razvoju procene zdravstvenog stanja stanovništva mogu se izdvojiti četiri perioda karakteristična za razvoj teorijske misli i praktičnih pristupa (58).

U prvom periodu koji je trajao do kraja Prvog svetskog rata dominantni zdravstveni problem predstavljale su zarazne bolesti uz visoku smrtnost stanovništva, a za procenu zdravstvenog stanja koriste se pokazatelji mortaliteta. Drugi period, do kraja Drugog svetskog rata, karakteriše početak korišćenja i pokazatelja morbiditeta za merenje učestalosti akutnih oboljenja i stanja bez letalnog ishoda, zahvaljujući rešavanju osnovnih sanitarnih i komunalnih problema kao i uspesima u imunizaciji i vakcinaciji. Incidenca i prevalenca, kao klasični epidemiološki pokazatelji, pridodati su postojećem skupu mera zdravstvenog stanja. Treći period počinje nakon Drugog svetskog rata, karakterisan je porastom hroničnih oboljenja i stanja i starenjem populacije, te se u proceni zdravlja uključuju pokazatelji vremena izgubljenog za vreme nesposobnosti i invalidnosti. Ovaj period trajao je do kraja osamdesetih godina kada nastupa četvta faza, odnosno sadašnji period, karakterisan saznanjima da način života stvara zdravstvene probleme, odnosno da faktori rizika doprinose razvoju hroničnih nezaraznih bolesti. U proces procene zdravstvenog stanja uključuje se i psihička i socijalna komponenta zdravlja, a ne samo njegov fizički aspekt, te se sve veća pažnja posvećuje pitanjima merenja blagostanja i kvaliteta života, pri čemu još ne postoji saglasnost koje su granice između zdravstvenih i nezdravstvenih aspekata kvaliteta života ljudi (52).

Pristupi u proceni zdravstvenog stanja stanovništva koji su nam na raspolaganju mogu se klasifikovati u šest kategorija (59):

1. korišćenje podataka o mortalitetu za ocenu rizika umiranja u populaciji;
2. korišćenje mortalitetnih podataka za zaključivanje o morbiditetu stanovništva;
3. korišćenje podataka o morbiditetu za merenje incidence i prevalence specifičnih oboljenja;
4. upotreba podataka o korišćenju zdravstvene službe i lečenju kao meri apsolutne frekvencije specifičnih oboljenja u određenom segmentu populacije;
5. korišćenje socijalnih indikatora kao moguća mera zdravstvenog stanja (npr. nivo obrazovanja, prihodi, uslovi stanovanja i dr.);
6. korišćenje sintetičkih pokazatelja zdravstvenog stanja (npr. DALY, YLL, YLD, itd).

Na našem području je u XIX veku bilo mnogo radova koji su sadržavali brojeve i tabele i odnosili se na epidemije, na kadrove, na rad u zdravstvenoj zaštiti. Za statistički i uopšte

socijalno-medicinski način mišljenja i rada, mnogo se duguje V. Đorđeviću, D. G. Popoviću, J. Jovanoviću-Batutu, A. Štamparu.

U svetu je došlo do promena u ovoj oblasti javnog zdravlja pojavom tzv. „pokreta za indikator“ sedamdesetih i osamdesetih godina XX veka. Dva su glavna uzroka ovih promena:

- a) Značajni rezultati u zaštiti zdravlja stanovništva protiv bolesti koje su često dovodile do smrtnog ishoda, za posledicu su imali gubitak informativne vrednosti pokazatelja mortaliteta koji se više, posebno u razvijenim zemljama, nisu mogli smatrati adekvatnim merama zdravstvenog stanja stanovništva;
- b) „Fasciniranost“ kvantitativnim pristupom u proučavanju društvenih fenomena, dovela je do toga da se ovaj pristup, posle značajnih efekata koji je imao na ekonomsku teritoriju i politiku, počeo širiti i na socijalne nauke i nalaziti sve veću primenu u praksi (60).

Porast interesovanja u razvijenim sistemima društvenog merenja, da tradicionalni pristup u proceni nacionalnog blagostanja, pored ekonomskog, uključi i druge aspekte života, doveo je do razvoja tzv. „društvenog odnosno socijalnog indikatora“. Ovaj pokret su započele Ujedinjene Nacije, ali je nastavljen i unapređen vrlo ambicioznim programima razvoja indikatora koje vodi Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (*Organisation for Economic Co-operation and Development* - OECD).

Potruga za pokazateljima, kao oruđima formulacije, implementacije i evaluacije socijalnih politika u javnom zdravstvu se manifestovala brojnim istraživanjima čiji je osnovni zadatak bio da se odgovori na jednostavno pitanje: Šta bi države trebalo da mere da bi dobile korisne informacije, koliko doprinose svojim programima i aktivnostima poboljšanju zdravlja kao važnoj dimenziji kvaliteta života njihovih građana? (61).

Zdravlje je multidimenzionalni koncept koji se uobičajeno meri u odnosi na odsustvo fizičkog bola, telesnih oštećenja, stanja koja mogu dovesti do smrtnog ishoda, psihičkog blagostanja i zadovoljavajućeg društvenog funkcionisanja. Ne postoji jedinstveni standard za merenje zdravstvenog stanja pojedinca i populacije.

Zdravstveno stanje pojedinca se može meriti i procenom stanja pojedinca u odnosu na postojanje ili odsustvo težih oboljenja, faktora rizika, težine oboljenja i sveukupnog zdravlja. Zdravstveno stanje pojedinca se može proceniti i u odnosu na percepciju osobe o pojedinim aspektima svog zdravstvenog stanja kao što su fizičko funkcionisanje, emotivno zadovoljstvo, bol i sveukupna percepcija zdravlja.

Zdravstveno stanje populacije se određuje agregacijom podataka sakupljenih od pojedinaca. Zdravstveno stanje pojedinca se lakše određuje nego zdravstveno stanje populacije.

U nedostatku jedinstvenog standarda za merenje zdravstvenog stanja populacije, prosečni životni vek, prevalencija preventabilnih bolesti i smrtnih slučajeva, dostupnost zdravstvenoj službi služe kao indikatori zdravstvenog stanja. Procena nivoa zdravlja određene populacije se obično dobija upoređivanjem jedne populacije sa drugom ili praćenjem trendova indikatora tokom određenog vremena (62).

Neki od najčešćih indikatora zdravstvenog stanja populacije su pokazatelji morbiditeta (kao što su specifične stope morbiditeta po polu, starosti i uzroku, odsustvo sa posla, invaliditet, stiope hospitalizacije od određenih bolesti, itd.), pokazatelji mortaliteta, opšta i specifične stope mortaliteta, standardizovane stope mortaliteta, mortalitet odojčadi, očekivano trajanje života i drugi.

Merenje predstavlja proceduru koja određuje vrednost objekata, ličnosti, odgovora, događaja uključujući pri tom određena pravila; odnosno to je proces primene standardnih instrumenata ili skala na objekat (predmet) istraživanja ili događaje (3).

Merenje je takođe skup radnji čiji je cilj određivanje neke veličine. U medicini se može primeniti širok arsenal merenja. Zbog toga, potrebno je pre samog merenja napraviti selekciju koja zavisi od toga koje informacije su potrebne i kakva je priroda problema koji želimo da merimo.

Pri tome potrebno je uraditi sledeće:

1. odrediti svrhu merenja
2. specifikovati sadržaj merenja
3. načiniti selekciju mernih procedura i izvora podataka.

Osnovne karakteristike merenja su:

Valjanost (validnost) merenja – predstavlja koliko dobro instrument (ili procedura merenja) meri ono što bi trebalo da meri. Validnost predstavlja odnos između onoga što se pretpostavlja da bi test (instrument) trebalo da meri i onoga što on stvarno meri. Merenje je ispravno samo ako stvarno meri ono što nameravamo da izmerimo (63).

Pouzdanost (sigurnost) - izražava se kao stepen stabilnosti rezultata kada se merenje pod sličnim uslovima ponovi. Sullivan o pouzdanosti merenja kaže: „Pouzdanost merenja zahteva eliminaciju ili kontrolu spoljnih faktora koji utiču na merenje. Pošto je osnovna uloga zdravstvenog indikatora da omogući poređenje tokom vremena, ocena pouzdanosti bi trebala da uzme u obzir i faktore koji utiču na merenje pod postojećim uslovima, kao i mogućnost da se merenje vremenom promeni irelevantnim društvenim promenama. Metodološka istraživanja pokazala su da na dobijene mere utiču mnogi aspekti, među kojima procedure posmatranja imaju veliku ulogu”.

Tačnost merenja - izražava se kao razlika između izmerene i stvarne vrednosti.

Osetljivost i specifičnost merenja - odnose se prvenstveno na dijagnostičke testove. Osetljivost predstavlja broj osoba koje su obolele i dijagnostikovane testom u odnosu na broj obolelih u populaciji. Specifičnost merenja predstavlja broj osoba koje su aficirane i kod kojih je test negativan u odnosu na broj neaficiranih u populaciji.

Izvodljivost merenja - predstavlja glavnu smetnju za širu upotrebu mnogih merenja. Često je posledica drugih karakteristika merenja a posebno koštanja (ekonomičnosti) i stavova ljudi (prihvatljivosti).

Kao instrumenti za merenje zdravstvenog stanja koriste se indikatori odnosno pokazatelji određene situacije ili refleksije te situacije. SZO ih je definisala kao „varijable koje pomažu da se izmere promene direktno ili indirektno” mada su u praksi to najčešće indirektno i/ili delimične (parcijalne) mere kompleksnih situacija koje su suviše složene da bi se mogle meriti neposredno. Trebalo bi naglasiti da indikatori nisu sinonimi sa ciljevima već da su mere obima u kojima su predviđeni ciljevi dostignuti (64).

Da bi se omogućila vremenska i teritorijalna poređenja pojava koje se indikatorima mere, oni se predstavljaju relativnim brojevima: proporcijama (procentima) kao pokazateljima strukture, stopama – pokazateljima nivoa neke pojave, ili nekim drugim odnosima. Idealni indikator trebalo bi da bude: *validan* (odnosno da meri samo ono što se pretpostavlja da meri), *objektivan* (rezultat merenja bi trebalo da bude isti ako merenje sprovode različiti ljudi u istim ili sličnim okolnostima), *osetljiv*, *senzitivan* (što unači da bi trebalo da bude osetljiv na promene situacije koju odslikava) i *specifičan* (odnosno trebalo bi da reflektuje promene samo situacije na koju se odnosi a ne sličnih ili nekih drugih).

Od idealnog indikatora se očekuje da ima i prediktivnu vrednost, obezbeđujući informacije o tome šta će se desiti sa zdravstvenim stanjem u budućnosti, a ne samo sadašnjosti, kao i da je dostupan u smislu relativno lakog sakupljanja podataka za njegovo izračunavanje i analizu. Od idealnog indikatora se takođe očekuje da je kvalitetan, univerzalan, lak i razumljiv za izračunavanje, prihvatljiv i sa potpunim obuhvatom populacije ili grupe na koju se odnosi. Međutim, u praksi je izuzetno teško naći pokazatelj koji zadovoljava sve nabrojane osobine, tako da se vrlo često prave kompromisi u prihvatanju pojedinih pokazatelja, ali uz potpunu svest o njihovim manama i ograničenjima primene u procesu merenja.

U literaturi, posebno stranoj, često je prisutna konfuzija oko naizmenične upotrebe termina indikator i indeks zdravlja. Dilema je razrešena tako što se poslednjih godina preporučuje da bi termin „indeks” trebalo koristiti samo za kompozitne, odnosno složene mere zdravlja, tj. kada se ima u vidu precizno definisana numerička skala, dok bi indikator trebalo koristiti generalno kao termin koji karakteriše jednostavna merenja i varijable koje ukazuju na izvesna stanja zdravlja koja nas interesuju. I dok u statistici (posebno ekonomskoj) kao pokazatelj dinamike neke pojave, indeks predstavlja odnos određene količine prema bazi, za koju je konvencijom uzeto da iznosi 100, u oblasti merenja zdravstvenog stanja to je agregatna mera koja sumira podatke dve ili više komponenata, kako bi uključila sve prepoznate aspekte zdravlja u jedan (obično numerički) pokazatelj sa ciljem da odlika zdravstveno stanje pojedinaca, definisanih grupa ili celokupne populacije (64).

Postoje dva pristupa merenju zdravlja pojedinca i stanovništva „patološki” i „generički”. Prvi se zasniva na metodu isključivanja simptoma oboljenja, a drugi na oceni zdravstvenog stanja koji uključuje merila „potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja”. Patološki pristup je

bitno osavremenjen merenjem nivoa rizičnih faktora a ne samo odsustva znakova bolesti ili onesposobljenosti. Najdalje u istraživanju generičkog metoda otišao je L. Breslow koji je izradio koncept po kome se zdravlje kao „fizičko, mentalno i socijalno blagostanje” može izraziti u vidu tri isečka u jedinstvenom spektru zdravlja (3, 65).

Obzirom da ovaj metod nije do kraja razrađen, do usvajanja nove metodologije merenja zdravstvenog stanja koristi se postojeća koja je razvijena na bazi indikatora koji su zasnovani na „patološkom” pristupu merenja zdravlja. Zato, većina postojećih pokazatelja zdravstvenog stanja odslikava „model bolesti” ili „odsustva zdravlja” kao medicinskog koncepta abnormalnosti koji je indikovano skupom znakova i simptoma oboljenja, nesposobnosti ili onesposobljenosti. Iz tog razloga uobičajeni pokazatelji zdravstvenog stanja su fokusirani na bolest, odnosno negativni aspekt zdravlja i najčešće su predstavljeni stopama mortaliteta i morbiditeta, pokazateljima korišćenja usluga zdravstvene službe i podacima o učestalosti rizičnog ponašanja u populaciji (pušenje, nedovoljna fizička aktivnost, gojaznost, upotreba alkohola, itd).

SZO je svojom definicijom zdravlja učinila napredak od tradicionalnog, medicinskog modela zdravlja orjentisanog prema bolesti, ka preventivno orjentisanom sociološkom konceptu zdravlja, postavljajući u centar raspravâ i istraživanja tzv. „pozitivno zdravlje”. Medicinski model zdravlja je posebno na udaru kritike onih istraživača i donosioca odluka u zdravstvu koji su usmereni više ka preventivnoj nego ka kurativnoj medicini i onih koji naglašavaju prirodnu sposobnost ljudskog organizma da se samoizleči bez intervencija koje su ponekad izuzetno invazivne, ugrožavajući, same po sebi, zdravlje pojedinaca.

U drugoj polovini XX veka postalo je bitno kako se osoba oseća, više nego kako doktori misle da bi ona trebalo da se oseća, na bazi kliničkih ispitivanja. Simptomi, odgovori na terapiju i dužina preživljavanja nisu više dovoljni za procenu zdravstvenog stanja, posebno kada ljudi pate od hroničnih bolesti. U takvim slučajevima se pri evaluaciji zdravstvenog stanja pojedinaca, populacionih grupa ili celokupnog stanovništva sve više mora uzeti u obzir kakav je kvalitet života u vezi sa zdravljem, odnosno da li programi i aktivnosti zdravstvene službe vode ka ishodu po zdravlje koji čini da život ima smisla u društvenom, psihosocijalnom ili fizičkom smislu. Osnovni problem ovog koncepta je pitanje operacionalizacije i njegova primena u praktične svrhe merenja zdravstvenog stanja.

Različiti pogledi na definiciju zdravlja i sledstveni različiti pristupi u merenju zdravstvenog stanja ukazuju na saglasnost među istraživačima oko poteškoća u konceptualizaciji “zdravlja”. Napori da se dođe do opšte prihvatljive definicije i u praktične svrhe upotrebljive definicije zdravlja, već duže vreme su podložni ozbiljnim kritikama koje imaju zajednička četiri uporišta:

- nejasnoću samog koncepta zdravlja,
- različite vrednosne sudove onih koji definišu zdravlje (pojedinaac, lekar, porodica),
- multidimenzionalnost fenomena zdravlja i
- nemogućnost smislene operacionalizacije opšte prihvaćene definicije u praktične svrhe.

Ovo ne predstavlja samo semantičku raspravu problema definicije zdravlja, već su praktične posledici ovog problema u tome da se zdravlje sve češće prihvata u smislu funkcionalne sposobnosti i/ili performansi ponašanja (tzv. „socijalni model zdravlja”), što opet dalje utiče da zdravlje, kao takvo, nije uopšte jednostavno za međunarodna poređenja jer je deo društva, kulture i epohe određene zajednice i ne može se procenjivati nezavisno od njih (66).

U oblasti zdravstvene zaštite postoje dva tipa merenja - procene zdravstvenog stanja. Jedan je *individualni* koji koristi klinička medicina, gde je jedinica istraživanja pojedinac čije se zdravstveno stanje analizira kroz anamnezu, fizikalni pregled, laboratorijske i druge testove, a koji ima za cilj lečenje obolele osobe (3, 53).

Drugi pristup je masovni, *populacioni*, gde je jedinica posmatranja čitavo stanovništvo ili određene grupe stanovništva. Kroz odgovarajuće dijagnostičke indikatore, koji uključuju podatke o stanovništvu, zdravstvenim problemima i vrstama bolesti, pristupačnosti i dostupnosti zdravstvene službe utvrđuju se prioritetni zdravstveni problemi u zajednici i predlažu interventni programi koji na najefikasniji način omogućavaju unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva.

Za ocenu zdravstvenog stanja stanovništva koristi se veći broj indikatora od kojih su neki *direktni* (mortalitet i morbiditet) a drugi *indirektni* (indikator o stanovništvu, socijalno-ekonomski i dr.).

Prilikom analize zdravstvenog stanja stanovništva koriste se najmanje sledeći indikatori:

- brojno stanje i struktura stanovništva,

- natalitet,
- fertilitet,
- opšti i specifični mortalitet,
- prirodni priraštaj,
- očekivano trajanje života,
- reprodukcija stanovništva,
- indikatori morbiditeta,
- životni i radni uslovi stanovništva,
- nivo obrazovanja i zdravstvene svesti stanovništva,
- ekonomske mogućnosti,
- uslovi za ostvarivanje zdravstvene zaštite i njeno korišćenje.

Potrebno je naglasiti da nijedan indikator sam za sebe ne može biti dovoljan za ocenu zdravstvenog stanja stanovništva. Svi zajedno daju osnov za sveobuhvatnu ocenu. Ocena zdravstvenog stanja dobija punu vrednost kada se izražava u trendu u odnosu na raniji period i kada se poredi sa stanjem na široj teritoriji ili u odnosu na druge zemlje. Iz analize zdravstvenog stanja mora proizaći jasna zdravstvena problematika i prioriteta za rešavanje. Određivanje prioriteta mora biti u skladu sa kriterijumima za ocenu socijalno-medicinskog značaja zdravstvenih problema.

Tradicionalan ili klasičan pristup merenju zdravstvenog stanja populacije ima sledeće karakteristike:

1. Baziran je na konceptu morbiditeta i mortaliteta, ovim pristupom ne utvrđuje se stvarno stanje zdravlja, nego stanje lošeg „negativnog” zdravlja. Naime, zdravlje populacije meri se na osnovu njenog manjeg dela koji je oboleo ili umro u određenom vremenskom periodu.
2. Fenomeni koji se prate (bolest ili smrt) izražavaju se u dualnom smislu kao prisustvo ili odsustvo pojave.
3. Ličnost odgovorna za merenje je lekar.

Klasični pokazatelji zdravstvenog stanja daju informacije o zdravstvenom stanju populacije na bazi njenog manjeg dela koji je bolestan i koji se obratio zdravstvenoj službi. Informacije o drugom delu stanovništva ovim putem ne mogu se dobiti. Danas se istraživanja u

ovoj oblasti odvijaju u dva pravca. Jedan pravac i dalje sledi koncept morbiditeta i mortaliteta, koji se proširuje, dok se drugi pravac odnosi na koncept globalnog zdravlja (54, 67).

Merenje zdravstvenog stanja stanovništva može da služi:

- da se odredi nivo zdravlja posmatrane populacije kako bi se rešili uočeni problemi,
- da opiše sadašnju situaciju zdravstvenog stanja stanovništva,
- da opiše zdravstveno stanje stanovništva u prošlosti,
- da uporedi sadašnje stanje sa stanjem u prošlosti i
- da posluži kao baza za planiranje odnosno procenu u budućnosti.

Prema Bicker-u ispitivanje zdravstvenog stanja treba vršiti iz sledeća tri razloga:

1. Da se informiše populacija, odnosno osiguranici od strane zdravstvene službe, o sopstvenom zdravstvenom stanju;
2. Da se omogući bolje planiranje, evaluacija, upravljanje i troškovi zdravstvene zaštite;
3. Da se dalje usavršava rad na ispitivanju zdravstvenog stanja od strane stručnjaka i istraživača.

Pri tome potrebno je definisati neka pitanja kao na primer koliko je potrebno informisati populaciju, kada, u kom obliku itd. kako bi se dobila najveća korist od te informisanosti.

Takođe, potrebno je što tačnije odrediti mesto, ulogu i značaj merenja zdravstvenog stanja stanovništva u procesu planiranja, jer nije dovoljno reći da ovo merenje omogućava „bolje planiranje” (53, 55).

Trebalo bi posebno obratiti pažnju na značaj merenja zdravstvenog stanja stanovništva, radi racionalnijeg rada na zdravstvenoj zaštiti i u radu zdravstvene službe, što u današnjim uslovima predstavlja imperativ.

1.3.3 Vrste merenja zdravlja

Postoji nekoliko načina da se klasifikuju merenja zdravlja. Ona mogu biti klasifikovana po njihovoj funkciji, odnosno svrsi ili primenjenom metodu, to je funkcionalna klasifikacija. Deskriptivna (opisna) klasifikacija fokusirana je na obim merâ zdravlja, dok metodološke

klasifikacije razmatraju tehničke aspekte, kao što su tehnike korišćene da se zabeleži informacija. Kao primer funkcionalne klasifikacije navodi se autori Bombardier i Tagvel (Bombardier i Tugwell) koji prave razliku između tri svrhe merenja zdravlja: dijagnostička, prognostička i evaluativna. Dijagnostička uključuje merenja npr. krvnog pritiska ili sedimentacije, i služe u kliničkoj dijagnozi. Prognostička merenja uključuju skrining testove, skale kao što su Apgar skor (Apgar score) i merenja koja uključuju predviđanje verovatnoće da će pacijent nakon završene rehabilitacije biti u stanju da vodi nezavistan život. Na kraju, evaluativni indeksi mere promene kod osobe tokom vremena. Jednostavniju funkcionalnu klasifikaciju predložili su Kajnd i Kar-Hil (Kind and Carr-Hill). Merenja kontrolišu bilo zdravstveno stanje ili promenu u zdravstvenom stanju, i to mogu činiti za pojedince ili za grupe. Merenje zdravstvenog stanja pojedinaca je domen kliničkog pregleda; merenje promene kod pojedinca je svrha kliničke evaluacije. Zdravstveno stanje populacije se meri pomoću upitnika, a merenje promene zdravstvenog stanja u grupi se prati pomoću zdravstvenih indeksa.

Merenja zdravlja takođe mogu biti klasifikovana deskriptivno, u odnosu na opseg, tj. obim tema koje pokrivaju. Uobičajena razlika postoji u odnosu na širinu koncepta koji se meri. To se može kretati od usko fokusiranih merâ koje pokrivaju pojedine organske sisteme (npr. vid, sluh). Sledeće su skale koje uzimaju u obzir dijagnoze (npr. skale anksioznosti ili depresije); dalje postoje one koje mere šire domene zdravlja, npr. emocionalno zdravlje; slede mere ukupnog zdravlja, odnosno sva tri domena zdravlja i na kraju najšire od svih - mere sveukupnog kvaliteta života.

Postoje mnoge metodološke klasifikacije merenja zdravlja. Prva je podela na skale procene i upitnike, a druga je podela na zdravstvene indekse i zdravstvene profile. U preseku ovih kategorija još je kompleksnija klasifikacija na subjektivne i objektivne mere. *Skale procene* imaju fleksibilniji proces merenja gde ekspert, najčešće kliničar, procenjuje definisane aspekte zdravlja ali preciznost pitanja nije unapred ustanovljena i može da varira zavisno od onog ko procenjuje ili od subjekta koji se procenjuje. Kod *upitnika*, putem intervjua ili samopopunjavanjem, pitanja su precizno formulisana i ne smeju se menjati na bilo koji način. Druga metodološka klasifikacija odnosi se na dva različita pristupa sumiranju podataka koji su dobijeni generičkim instrumentima: *zdravstveni profil*, u kojem su dobijeni skorovi koji se prikazuju posebno i reprezentuju različite aspekte zdravlja (npr. fizičko, emocionalno) i *zdravstveni indeksi* gde indikatori mogu biti kombinovani u sveukupni skor indeksa zdravlja. Zagovornici pristupa u

kome se koristi zdravstveni profil navode da je zdravlje ili kvalitet života multidimenzionalno i stoga skorovi različitih aspekata treba da budu predstavljeni odvojeno. Razlika između *objektivnih* i *subjektivnih* mera odražava se u razlici između mehaničkih metoda zasnovanih na laboratorijskim ispitivanjima i onih u kojima osoba (npr. kliničar, pacijent, član porodice) donosi procene koje formiraju indikator zdravlja (68).

1. 3. 4 Indikatori za procenu zdravstvenog stanja

U literaturi se mogu pronaći brojne klasifikacije pokazatelja (indikatora) zdravstvenog stanja za čiji nastanak i uvođenje su uglavnom zaslužne Ujedinjene Nacije i njene specijalizovane agencije, kao što je Svetska zdravstvena organizacija, kao i u proteklom periodu Organizacija za ekonomsku organizaciju i razvoj (OECD).

Jedan od prvih pokušaja da se proceni zdravlje je nastojanje Ujedinjenih Nacija da konstruiše *indeks nivoa zdravlja*, kao i klasifikacija grupe eksperata SZO iz 1957. godine za merenje nivoa zdravlja sa tri izdvojene grupe pokazatelja (69):

1. Pokazatelji povezani sa zdravstvenim stanjem osoba i stanovništva na određenoj teritoriji,
2. Pokazatelji koji se odnose na uslove sredine, a koji imaju više ili manje direktan uticaj na zdravstveno stanje stanovništva i
3. Pokazatelji koji se odnose na zdravstvenu službu i njene aktivnosti usmerene na poboljšanje zdravlja (dostupnost i korišćenje).

Culyer, Lavers i Williams su sedamdesetih godina dvadesetog veka predložili podelu pokazatelja za merenje zdravstvenog stanja takođe na tri grupe (70). Prvu grupu čine pokazatelji stanja zdravlja sa indikatorima mortaliteta, morbiditeta i kompozitnim (složenim) merama, izvedenim iz jednih i drugih. Drugu grupu čine pokazatelji potreba za zdravljem, a treću grupu pokazatelji efektivnosti pruženih zdravstvenih usluga.

Početkom osamdesetih godina dvadesetog veka SZO formuliše svoju poznatu strategiju „Zdravlje za sve do 2000”, kojom definiše globalnu zdravstvenu politiku baziranu na konceptu sedam ključnih oblasti: jednakosti, etike, učešća zajednice, očuvanja i unapređenja zdravlja i prevencije bolesti, razvoja primarne zdravstvene zaštite, intersektorske i međunarodne saradnje.

Za praćenje napretka u dostizanju ciljeva programa „Zdravlje za sve do 2000“, SZO je preporučila četiri grupe (kategorije) pokazatelja na 34. Svetskoj zdravstvenoj Skupštini u maju 1981. godine. Ove grupe su promovisane u svim publikacijama SZO, posvećenim ovom programu, a posebno onim gde se preporučuje praćenje i evaluacija dostignutih ciljeva na nacionalnom nivou. Pored ove podele na četiri grupe i ekstenzivne liste pokazatelja koji pripadaju svakoj grupi postoji i detaljna lista 253 statistička pokazatelja od kojih se formira baza podataka o zdravlju za Evropu. SZO je predložila i kratku listu od 12 pokazatelja za praćenje progressa u dostizanju Globalne strategije „Zdravlje za sve do 2000“, mada se pri tome mora imati na umu da ovih 12 pokazatelja nisu samo jednostavna agregacija nacionalnih pokazatelja.

Grupe pokazatelja za procenu zdravstvenog stanja, prema SZO, su:

I Pokazatelji zdravstvene politike koju zemlja vodi,

II Socijalno-ekonomski pokazatelji povezani sa zdravljem,

III Pokazatelji obezbeđenosti stanovništva zdravstvenom zaštitom u okviru koje je grupa pokazatelja ôuhvata stanovništva primarnom zdravstvenom zaštitom, i

IV Pokazatelji zdravstvenog stanja stanovništva.

Preporučene liste pokazatelja podrazumevaju saglasnost zemalja da na nacionalnom, regionalnom i globalnom nivou koriste bar ove pokazatelje i obezbede neophodne informacije za njihovo izračunavanje. Takođe je naglašeno da oni predstavljaju minimalnu listu, tako da su sve zemlje obavezne da ih koriste, ali i da prema potrebi dodaju sve one za koje smatraju da će omogućiti potpuniju evaluaciju sopstvenih napora u dostizanju zdravlja za sve do 2000 godine.

Osamdesetih godina dvadesetog veka su se pojavile klasifikacije pokazatelja zdravstvenog stanja Statističkog odeljenja Ujedinjenih Nacija (1981), Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (1982) i Odeljenja za menadžment i budžet SAD (1985). Ipak, najdetaljnija klasifikacija koja je publikovana tih godina je klasifikacija Deliege-a prema kojoj su svi pokazatelji za procenu zdravstvenog stanja sistematizovani u pet grupa (71):

1. Pokazatelji blagostanja (socijalni pokazatelji na kolektivnom nivou),
2. Faktori rizika (socijalni pokazatelji na individualnom nivou),
3. Pokazatelji socijalne i zdravstvene infrastrukture,
4. Pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite (sa psihosocijalne tačke gledišta),
5. Pokazatelji namenjeni praćenju očuvanja i unapređenja zdravlja ljudi.

Početak devedesetih godina dvadesetog veka liderstvo u „pokretu za indikator“ preuzima Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD). Ona u svojim dokumentima navodi da su razvijenim državama potrebni pokazatelji zdravstvenog stanja zbog jednog od tri razloga:

- za dobijanje osnovnih informacija o zdravlju za donosioce odluka u zdravstvu,
- merenje ostvarenog napretka prema ciljevima zdravstvene politike i
- merenje vrednosti u zdravlju dobijene za uloženi novac u sistem zdravstvene zaštite („value for money“) (72).

Opšte informacije za formulisanje zdravstvene politike su označene kao osnovne „background“ informacije, koje bi suštinski trebalo da utiču na prirodu odluka u sistemu zdravstvene zaštite. Na tom nivou se traga za epidemiološkim i javnozdravstvenim pokazateljima koji pokazuju šta se stvarno dešava sa vrstama i učestalošću razboljevanja u populaciji i kako se to može promeniti u budućnosti. Ti pokazatelji utiču na planiranje zdravstvene službe i na makroekonomsku raspodelu sredstava u zdravstvu, pa se zato mogu označiti i kao makroekonomski zdravstveni pokazatelji. S obzirom da su oni vrlo pogodni i za međunarodna poređenja zdravstvenog stanja, posebno su zanimljivi za ovu organizaciju. Ovi pokazatelji su izdvojeni po uzrasnim grupama, za decu, odrasle i stare.

Merenje napretka u dostizanju ciljeva zdravstvene politike je uglavnom određeno prirodom skupa ciljeva koji se meri. Među njima, poslednjih godina, posebnu pažnju zavređuju pokazatelji jednakosti odnosno ravnopravnosti (socijalne pravde) u zdravlju kao osnovnog cilja u zdravstvenim politikama svih razvijenih zemalja i većine zemalja u razvoju. Pod ovim terminom se često podrazumeva jednaka dostupnost zdravstvenoj zaštiti za sve i obično se prati stepen nejednakosti u dostupnosti i korišćenju zdravstvene zaštite (regionalna, urbano - ruralna ili među različitim socijalno-ekonomskim grupama).

Merenja vrednosti u zdravlju dobijena za uloženi novac, se postižu pomoću pokazatelja namenjenih proceni efikasnosti, efektivnosti i kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga. To su pokazatelji kojima se procenjuju ishodi po zdravlje ljudi i među njima je najviše novih pokazatelja koji zaslužuju posebnu pažnju.

Kvalitetne godine života, ili godine života korigovane u odnosu na kvalitet (QALY – Quality Adjusted Life Years) su pokazatelj ishoda rada zdravstvene službe, u kome su sumirana poboljšanja u dužini i kvalitetu života, kao rezultatu preduzetih zdravstvenih intervencija ili programa. Loše zdravstveno stanje može smanjiti kvalitetne godine života od 1 (što podrazumeva puno zdravlje) na 0.5. Svaka dobijena godina života kao rezultat preduzete intervencije ili programa, standardizuje se u odnosu na kvalitet prema socijalnoj vrednosti (korisnosti), koju ima za tu osobu. Razne vrste medicinskih intervencija ili programa se tada mogu porediti prema izračunatim troškovima za svaku dobijenu kvalitetnu godinu života. Ova vrsta ekonomske evaluacije zdravstvenih programa ili aktivnosti, u kojoj se efekti mere kvalitetnim godinama života, zove se analiza troškova u odnosu na korist (CUA – cost utility analysis). U ovoj grupi je i najnoviji pokazatelj predložen od Ujedinjenih Nacija kojim se meri ukupni (ekonomski) teret nekog oboljenja od socijalno medicinskog značaja za zemlju. Sprovodi se procena direktnih i indirektnih troškova, nastalih zbog prevremenog morbiditeta ili mortaliteta, putem pokazatelja koji predstavljaju korigovane godine života u odnosu na nesposobnost (DALY – Disability Adjusted Life Years), odnosno, gubitak radnih dana ili godina produktivnog života po jednoj osobi.

Još jedan kompozitni pokazatelj u ovoj grupi su izgubljene potencijalne godine života (Potential Years of Life Lost) (73). Izračunava se za svaki specifični uzrok smrti sabiranjem preostalih godina života do 75 za svaku osobu koja umre od rođenja do 75 godina od tog uzroka, u određenom vremenskom periodu. Tako će se osobi koja umre u 21. godini života dodati 55 godina ovom pokazatelju. Ovaj pokazatelj je značajan za procenu prevremene smrtnosti i koristan za ustanovljavanje prioriteta kod preventivnih aktivnosti u sistemu zdravstvene zaštite.

Među ovim pokazateljima je i kvalitet života u odnosu na zdravlje, koji obuhvata različite aspekte zdravlja i shodno tome, procenjuje se različitim skalama (74). Takođe meri ishode ili rezultate rada zdravstvene službe u okviru sledećih dimenzija zdravlja:

1. Merenje sposobnosti funkcionisanja sa dve najpoznatije skale:
 - indeks svakodnevnih aktivnosti (Index of Activities of Daily Living-ADL)
 - skala kvaliteta blagostanja (The Quality of Well-Being Scale)
2. Šire mere zdravstvenog stanja koje obuhvataju spektar skala među kojima se u literaturi najčešće spominju:
 - Notingemski zdravstveni profil (The Nottingham Health Profile)

- Kornelov medicinski model (The Cornel Medical Index)
- 3. Merenje psihičkog blagostanja,
- 4. Merenje socijalne mreže i socijalne podrške i
- 5. Merenje satisfakcije životom i moralom.

Pored ovih skala, poslednjih godina posebnu pažnju istraživača i kliničara privlače skale za merenje kvaliteta života kod određenih oboljenja, pri čemu su to najčešće hronična oboljenja, kao što su astma ili bubrežna insuficijencija, odnosno oboljenja sa infaustnom prognozom – maligna oboljenja (74).

Strategija „Zdravlje za sve u 21. veku” – 21 cilj za 21 vek, politika Zdravlje za sve za Evropski region, koju je doneo Regionalni komitet Rezolucijom EUR/RC47/R6, kroz formulisanje 21 cilja ukazuje na posvećenost unapređenju zdravlja i blagostanja ljudi kao krajnjem cilju socijalnog i ekonomskog razvoja (75). Na osnovu iskustava dobijenih od osamdesetih godina na ovamo u formulisanju politike zdravlja za sve, monitoringu i evaluaciji njene primene, zajedno sa povratnim informacijama dobijenim od zemalja, sve ukazuje na potrebu da regionalni ciljevi budu realni i dostižni. U isto vreme ciljevi treba da obezbede izazov i inspiraciju – „mešavinu današnje stvarnosti i budućih snova”. Ovaj princip takođe je primenjen prilikom selekcije indikatora za monitoring napretka u ispunjenju regionalnih ciljeva. Većina preporučenih indikatora ostali su isti, i u najvećoj meri su već uključeni u sisteme za prikupljanje rutinskih podataka zemalja. Međutim, uključeni su i važni indikatori čija dostupnost i kvalitet podataka tek treba da bude unapređena u evropskim zemljama. Evropska kancelarija SZO sačinila je bazu zdravstvenih indikatora za područje Evrope.

Evropska komisija je u okviru programa zdravstvenog monitoringa (HMP - Health Monitoring programme) osmislila dizajn za „skup pokazatelja javnog zdravlja” (ECHI I – European community Health Indicators), a koji doprinosi stvaranju sistema za monitoring javnog zdravlja. U okviru programa zdravstvenog monitoringa razvijen je projekat pokazatelja javnog zdravlja Evrope (ECHI I). U okviru programa novog javnog zdravlja (76) projekat ECHI I je nastavljen i napravljena je njegova konačna verzija ECHI II.

Nakon donošenja strategije Zdravlje 21 – Zdravlje za sve za 21 vek, SZO započela je stvaranje novog „kataloga zdravstvenih pokazatelja” koji sadrži oko 200 pokazatelja.

EUROSTAT, Kancelarija za statistiku Evropske Unije, odgovorna je za usaglašavanje zdravstvene statistike, kao npr. statistike o uzrocima smrti, ispitivanje zdravstvenim intervjuom i zdravstvenim istraživanjima, kao i grupa podataka o zdravstvenoj zaštiti (77). Podaci o populaciji uključeni su u novu Kronos (Cronos) bazu podataka. Putem portala javnog zdravlja (koji kontrolišu službe Komisije), zdravstveni podaci su prezentovani u okviru Informativne mreže javnog zdravlja EU, a sadrže baze podataka koje su osnovane u okviru programa zdravstvenog monitoringa (HMP - Health Monitoring programme) i nastavljene u okviru programa novog javnog zdravlja (76).

Jedan od izvora zdravstvenih pokazatelja predstavlja ispitivanje zdravstvenim intervjuom i zdravstvenim istraživanjima, koji su međunarodno usklađeni na osnovu upotrebljenih metoda i instrumenata (78). Putem interneta dostupne su baze podataka o ispitivanjima zdravstvenim intervjuom (Health Interview Survey – HIS) i zdravstvenim istraživanjima (Health Examination Survey – HES) i kombinovana HIS/HES istraživanja, sa informacijama o više od 200 istraživanja (79).

Evropska komisija je osmislila koncept po kome se pokazatelji mogu podeliti na sledeće kategorije (80):

1. Kokpit informacije: radi kratkog pregleda glavnih trendova u javnom zdravlju, uključujući poslednje relevantne signale, za političke strategije na srednje i duge staze;
2. Lista prioriteta EU: radi praćenja razvoja specifičnih političkih oblasti ili težnji, programa ili projekata Evropske unije;
3. Skup pokazatelja SZO/HFA 21: radi praćenja ove liste pokazatelja za zemlje EU;
4. Zdravlje i službe za majku i dete: radi usredsređenosti na reproduktivno zdravlje, zdravlje dece i strukturu porodice.

Regionalna kancelarija SZO za Evropu preispitala je listu pokazatelja u toku perioda tranzicije iz HFA 2000 do HFA 21 (81). Glavnu promenu predstavlja redukcija ukupnog broja opštih pokazatelja sa 112 na 59. Oko 50 pokazatelja iz HFA 2000 je zadržano i 9 novih je pridodato. Sadašnji pokazatelji će pokriti oblasti kao što su:

- zdravstveno stanje,
- determinante zdravlja i

- socio-ekonomska pozadina.

Operativni pokazatelji strategije Zdravlje 21 podeljeni su na sledeće grupe (81):

1. mortalitet,
2. morbiditet,
3. onesposobljenost,
4. zdravlje majke i deteta,
5. ostali pokazatelji zdravstvenog stanja,
6. način života,
7. životna sredina,
8. resursi zdravstvene zaštite,
9. korišćenje zdravstvene zaštite,
10. kvalitet nege,
11. troškovi zdravstva i
12. demografski i socio-ekonomski pokazatelji.

Podaci za pokazatelje sakupljaju se iz različitih izvora (HFA 21). Glavni izvor informacija su sveobuhvatni statistički podaci, već utvrđeni za zdravstvene ili druge svrhe, zatim *ad hoc* istraživanja (ili sistem nadgledanja u okviru zdravstvene službe), kao i ispitivanje populacije. Teži se da se koriste informacije iz dostupnih izvora kako bi se izbeglo dupliranje zahteva zemljama.

Svi HFA 21 pokazatelji (81) mogu se koristiti za merenje napretka u odnosu na utvrđene zadatke i ciljeve, uključujući monitoring promena zdravstvenog stanja populacije. Najveći broj njih mogu se koristiti za nadzor postignutog učinka na nivou ustanove, okruga i države.

Opšti pokazatelji, u širem smislu, definisane su oblasti mera, usmerene ka specifičnim delovima u okviru politike HFA (HFA ciljevi) i po tradiciji predstavljaju sastavni deo dokumenata politike HFA zdravlje za sve.

Operativni pokazatelji su precizno definisani brojčani podaci registrovani u HFA statističkoj bazi podataka (81).

Pokazatelj se može definisati u opštem smislu, npr. „pušenje”, ili u operativnom smislu, npr. „% žena x starosne grupe, x puši između y i z cigareta dnevno”. Operativni pokazatelji su uvek izraženi u brojkama, izračunavaju se iz primarnih podataka, na manje ili više kompleksan način. Primer za kompleksno računanje predstavlja „očekivani životni vek na rođenju”, a koji se izvodi na osnovu velikog skupa starosno-specifičnih podataka o mortalitetu.

Pokazatelji se obično izražavaju brojčano (odnosi, proporcije, razmere), mada se takođe mogu kvalitativno izraziti (npr. postojanje ili nedostatak znakova, događaja, itd. koji su se pokazali značajnim).

Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) je dala listu osnovnih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva po starosnim grupama. Mogući osnovni pokazatelji zdravstvenog stanja za decu uzrasta 0 do 17 godina su sledeći:

1. Stopa perinatalne smrti
2. Proporcija dece sa malom telesnom masom na rođenju
3. Incidenca i prevalenca kongenitalnih malformacija
4. Incidenca cerebralne paralize
5. Obuhvat anti-rubela vakcinacijom kao procena prisustva ili odsustva rubela sindroma kod dece
6. Pokazatelji životnog stila – ishrana i fizička aktivnost
7. Stope mortaliteta i učešće u strukturi mortaliteta različitih vrsta nesrećnih slučajeva
8. Pokazatelji zdravlja zuba (72)

Pokazatelji zdravstvenog stanja, odnosno zdravstveni indikatori su osnovni instrumenti pomoću kojih se procenjuje zdravstveno stanje stanovništva. Svi podaci koje se odnose na zdravlje i zdravstvenu zaštitu čine osnovu iz koje se izvode indikatori kao relativni brojevi. Izvore podataka o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti čine rutinski i periodični prikupljeni podaci koji se odnose na celokupnu populaciju ili deo populacije. Takođe, podaci se mogu prikupljati *ad hoc*, prema potrebi, putem posebno organizovanih istraživanja i na reprezentativnom uzorku populacije.

Izvori podataka za procenu zdravstvenog stanja uobičajeno su:

- rutinska zdravstvena statistika (rutinske evidencije, dokumentacije i izveštaji zdravstvene službe),
- popisi stanovništva,
- registri vitalnih događaja (matične knjige),
- registri oboljenja,
- epidemiološka istraživanja sa utvrđivanjem incidence i prevalence pojedinih oboljenja,
- drugi izvori,
- posebna istraživanja zdravlja u populaciji (*health survey*).

Rutinska zdravstvena statistika predstavlja rutinski prikupljene zdravstvene podatke koji su osnovni izvor informacija o specifičnom morbiditetu i mortalitetu, o određenim merenjima koja se sprovode u zdravstvu i o aktivnostima zdravstvenog sektora. Ove informacije, koje potiču od tekućih programa, relativno su jeftine i lako dostupne analizi. Naravno, one su često nekompletne ili nedovoljno aktuelne (82). Često rutinski izvori podataka obezbeđuju informacije samo na nacionalnom nivou. Pri tom podaci o određenim populacionim grupama ili određenim geografskim područjima uopšte nisu dostupni - na primer, rizične populacije ili populacije koje treba da budu obuhvaćene određenom akcijom. Rutinska zdravstvena statistika takođe obezbeđuje podatke o korišćenju zdravstvenih službi, efikasnosti i kvalitetu rada, kao i podatke o aktivnostima koje preduzima zdravstvena služba (imunizacija, lečenje uobičajenih bolesti, obuhvat stanovništva različitim aktivnostima i dr). Izvori za dobijanje podataka rutinske zdravstvene statistike su: osnovna medicinska dokumentacija, evidencije i izveštaji.

Popis stanovništva definisan je kao: „sveobuhvatni proces prikupljanja, razvrstavanja i publikovanja demografskih, ekonomskih i socijalnih podataka o svim osobama u jednoj zemlji ili na ograničenoj teritoriji, uzetih u određenom vremenu ili vremenima”. Obuhvaćenost svih osoba i individualna registracija su neophodni uslovi uspešnog popisa stanovništva (2, 56).

Registri vitalnih događaja u definiciji Ujedinjenih Nacija dati su kao sistem zakonski obavezne registracije, statističke analize i izveštaja o vitalnim događajima, kao i sistem prikupljanja, kompilacije, prezentacije, analize i distribucije podataka vezanih za iste. Pod

vitalnim događajima podrazumevaju se porođaji koji se završe rođenjem živog deteta, smrtni slučajevi, fetalna smrtnost, sklapanje brakova, razvodi, usvajanja i sl. (83).

Registri oboljenja vode se radi prikupljanja podataka o morbiditetu i mortalitetu uzrokovanom određenim oboljenjima, preduzetim lečenjem istih i sl. Registri se ustanovljavaju u cilju procene incidence i prevalence izvesnih bolesti od posebnog značaja u patologiji stanovništva. Svi slučajevi oboljevanja od tih bolesti prijavljuju se centralnom registru. Ako je sistem izveštavanja efikasan, a obuhvat stanovništva na nacionalnom nivou ili na bazi reprezentativne teritorije, registri pružaju korisne podatke o morbiditetu od određenih bolesti, lečenju koje je pruženo pacijentima, preživljavanju, specifičnom mortalitetu u odnosu na tu bolest kao i njenoj fatalnosti (letalitetu) (2).

Epidemiološka istraživanja su aktivnost koja obezbeđuje veoma korisne informacije o svim aspektima javljanja i širenja epidemijskih bolesti, endemskim bolestima ili o naporima uložnim za njihovu kontrolu - npr. vakcinacija određene populacione grupe. Da bi informacije bile od koristi, epidemiološka istraživanja moraju se sprovesti na teritoriji cele zemlje, ili barem na nekoliko reprezentativnih regiona (84).

Drugi izvori podataka odnose se na društvenu statistiku i obezbeđuju podatke iz sektora povezanih sa zdravljem, kao što su ekonomski razvoj, obrazovanje, kultura, ishrana, socijalna zaštita i drugi, što omogućava dobijanje indikatora značajnih za procenu zdravstvenog stanja stanovništva.

Posebna istraživanja zdravlja u populaciji (health survey) daju podatke o zdravstvenom stanju stanovništva i mogu biti deskriptivna, eksplorativna i tumačeća (eksplanativna) (84). Posebno su pogodna za dobijanje podataka o zdravstvenim potrebama stanovništva i zahtevima (nerealizovanim) za uslugama zdravstvene službe, kao i o plaćanju iz džepa korisnika za zdravstvene usluge, podataka o razboljevanju i invalidnosti u populaciji. Ovakva istraživanja sprovode se periodično putem obimnog intervjua ili upitnika na reprezentativnom uzorku stanovništva. Pogodnost ove metode sastoji se u tome što može da pruži podatke i onda kada ne postoje drugi izvori, odnosno kada su oni nepotpuni, nepristupačni ili na drugi način neadekvatni. Ovaj metod se takođe može koristiti kao dopuna postojećih podataka dobijenih iz zdravstvenog sektora ili nekog drugog izvora.

Naučno planiran pregled uzorka populacije daje kvalitetne podatke o dotičnoj populaciji, koji se kreću unutar granica predvidive greške. Uzorak može da se sastoji od osoba, domaćinstava, kuća, škola itd., što zavisi od ciljeva istraživanja i dostupnih resursa. Ukoliko cilj istraživanja nisu podaci o nekim specijalnim populacionim grupama (kao što su školska deca ili određene profesionalne grupe) onda je *domaćinstvo* najpogodnija jedinica uzorka. Ona dopušta prikupljanje većine socijalnih, ekonomskih i zdravstvenih podataka na veoma pogodan način.

Ne postoji tipičan oblik pregleda i popisa domaćinstava. On može da bude i veoma sužen i veoma široko dispergovan. Može da bude ograničen na jedan jedini problem (npr. određena bolest), a može da se bavi velikim brojem problema (višenamenski). On se može obaviti putem jedne posete ili putem više uzastopnih poseta u određenom vremenskom periodu. Potrebna veličina uzorka za popis domaćinstava zavisi od merenja koja se sprovode i željenog stepena preciznosti rezultata (82).

Metoda pregleda uzorka ima niz prednosti i mana. Glavne prednosti su:

- a) zdravstveni podaci mogu da se koreliraju sa drugim podacima koji se odnose na domaćinstvo, a koji su prikupljeni paralelno;
- b) podaci koji izlaze iz okvira rutinske zdravstvene delatnosti mogu da se prikupe direktnom anketom među stanovništvom;
- c) podaci o morbiditetu i nesposobnostima koje ne iziskuju potrebu za zdravstvenom zaštitom, ali koje ograničavaju aktivnosti nosilaca, mogu se dobiti samo iz ovog izvora;
- d) na ovaj način moguće je istražiti i proučiti i ona stanja onesposobljenosti i morbiditeta koja nisu pod zdravstvenim nadzorom. Mogu se proučiti i razlozi izostanka zaštite, što je naročito važno za utvrđivanje socioekonomske i kulturalne prihvatljivosti zdravstvene službe;
- e) proračuni ôbuhvata raznim vidovima zdravstvene zaštite mogu da se provere na licu mesta.

Neke od mana su:

- a) popisi bazirani na uzorcima „verovatnoće” su skupi i teški za izvođenje;
- b) podaci o preboljenim oboljenjima i drugim događajima vezanim za prošlost zavise od ispitanikovog pamćenja, te su podložni greškama;

- c) stanja koja se retko pojavljuju i merenja koja pokazuju velike varijacije, zahtevaju rad na velikom uzorku, da bi se postigla preciznost.

Poseban vid istraživanja zdravlja u populaciji, kao alternativa tradicionalnom prikupljanju podataka predstavlja metod „brze procene zdravstvenog stanja” (rapid health assessment) razvijen krajem osamdesetih godina prošlog veka. SZO je uz pomoć brojnih eksperata razradila ovaj vid procene, metode rada, tehnike izbora uzoraka, standardizovala instrumente za prikupljanje podataka i ukazala na prednosti i ograničenja primene ovih tehnika. Najčešće korišćene metode su:

- Metod brze procene zdravstvenog stanja, EPI dizajn istraživanja koji podrazumeva tehniku uzorkovanja pomoću klastera za zdravstvene programe proširene na imunizaciju (EPI - Expanded Programme on Immunization) za jedinicu posmatranja uzima domaćinstvo;
- LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) - dizajn istraživanja koji podrazumeva tehniku uzorkovanja razvijenu iz statističke kontrole kvaliteta proizvoda. Za jedinicu posmatranja uzima „lot” - jasno definisanu operativnu jedinicu (geografsku teritoriju, ustanovu, instituciju). Ovaj metod se koristi za otkrivanje lokalnih zajednica ili zdravstvenih ustanova koje imaju potrebu za intervencijom na osnovu procene intenziteta problema;
- Retrospektivna anamnestička studija (Case-control study) koja ima prednosti kod brze epidemiološke procene na terenu za oboljenja i stanja koja nisu česta ali su u porastu i kao izvor podataka koristi standardnu medicinsku dokumentaciju, a omogućava ocenu efekata izloženosti faktorima rizika pojedinaca ili populacionih grupa;
- Kvalitativna metoda rapidne evaluacije putem „fokusnih grupa” koja služi za identifikaciju problema koji ima smisla da se istražuju u određenoj sredini, te često predstavlja uvod u primenu kvantitativnih metoda.

Metode brze procene zdravstvenog stanja uglavnom se preporučuju za procenu zdravstvenih potreba pri katastrofama, bilo da se radi o zemljotresima, požarima i epidemijama, ili ratovima, ekonomskim krizama i velikim pomeranjima stanovništva.

S obzirom na insuficijentnost rutinske statistike i da ti podaci po pravilu kasne, a što se tiče morbiditeta, izražavaju ono što se dešava sa onima koji se obraćaju za lekarsku pomoć, što je samo „vrh ledenog brega“ onoga što se dešava u stanovništvu, opravdana je potreba za ciljanim istraživanjima zdravstvenog stanja stanovništva.

Klaster je jedina praktična solucija u mnogim studijama gde je ideja o odabiru uzorka slučajnim izborom na celoj teritoriji praktično nemoguća. Uzorak skupine (cluster sample) imamo u slučaju kada se populacija sastoji od skupina jedinica (skupine mogu biti blokovi kuća, ulice, popisni krugovi, domaćinstva itd.), pa se slučajnim izborom odabere određeni broj ovih skupina, a zatim se u njima ispituju *sve* obuhvaćene jedinice (85, 86).

U svakoj studiji neophodno je da se odredi cilj istraživanja da bi se donela odluka o metodu izbora uzorka i njegovoj veličini. Neophodno je definisanje BSU (basic sampling unit) tj. jedinice uzorka. To može biti dete starosti od 12-23 meseca (kod procene vakcinalnog statusa), domaćinstvo itd.

Domaćinstvo podrazumeva sve one osobe koje žive zajedno i hrane se zajedno tj. za koje jedna osoba priprema hranu. Za domaćinstvo mora da postoji okvir za izbor uzorka (sampling frame) ili lista iz koje se uzorak izvlači. Ako takvo nešto ne postoji može se uspostaviti poseban metod za izbor domaćinstava jedno po jedno.

Prilikom istraživanja prikupljaju se različiti podaci i neki od njih mogu da se prikažu u obliku odnosa (rates) koji su ustvari količnici dva broja. Na primer, korišćenje zdravstvene službe od strane dece starosti 5-14 godina prikazuje se kao odnos broja dece te starosti koja su koristila zdravstvenu službu u poslednjem mesecu i broja dece iste starosti u uzorku.

Prilikom izbora uzorka, jedna oblast može da se подели na regione, pa se unutar regiona biraju određeni distrikti, a zatim zajednice i domaćinstva unutar tih zajednica. Za izbor klastera potrebna je lista svih zajednica u regionu (opština) i približan broj domaćinstava u njima. Ako nema velikih varijacija u prosečnoj veličini domaćinstava u zajednici dovoljni su opšti podaci o broju ljudi u zajednici. Relativna veličina zajednice je potrebna jer se male zajednice koje ne mogu da obezbede odgovarajući uzorak moraju spojiti sa susednim i praviti većim.

Izbor uzorka zajednice odvija se po PPS sistemu (probability proportional to size). Ovo se dobija formiranjem kumulativne liste zajednica i izborom sistematskog uzorka od slučajnog početka. Ako ne raspolažemo veličinama zajednica nemoguće je sprovođenje PPS izbora, te se zajednice moraju birati prostim slučajnim izborom. U ovom slučaju potrebno je da se odabere fiksni broj domaćinstava iz svake odabrane zajednice, a odgovori se procenjuju u analizi. Ovo obavezuje na poznavanje ili prebrojavanje ukupnog broja domaćinstava u svakoj odabranoj zajednici.

Prilikom izbora domaćinstava idealno bi bilo da se ima lista domaćinstava i da se bira slučajnim odabirom. Ako je nema, potrebno je ili da se napravi brz popis ili da se konsultuju vođe u zajednici. Ako ni ovo nije izvodljivo moraju se iskoristiti određeni načini koji će osigurati reprezentativnost. Prvo se izabere domaćinstvo kojim se počinje, kao i procedura za izbor ostalih. EPI preporuka govori o izboru nekog centralnog mesta u naselju, na primer pijace, odakle se izabere slobodan pravac i na mapi izbroje domaćinstva između centra i kraja naselja u tom pravcu, a zatim se jedno od njih odredi kao slučajni početak. Ostala domaćinstva se biraju da daju široku pokrivenost te zajednice u skladu sa mogućnostima. U većim zajednicama moguće je da se ima i više početaka.

Svaki način slučajnog odabira je prihvatljiv sve dotle dok je jasan i precizan i ne daje anketaru mogućnost da pravi lični izbor i tako dovodi do greške. Naravno, svuda situaciju treba rešiti u skladu sa lokalnim mogućnostima.

Preciznost zavisi od veličine uzorka i od broja klastera, kao i od pojave koja se meri. Bolje je da se ima više klastera a manje domaćinstava nego obrnuto. Preciznost se takođe određuje i na osnovu samog predmeta istraživanja i njegove distribucije u populaciji (86).

Potrebno je odrediti i *ROH* (rate of homogeneity) tj. varijabilitet. Ako se pojava uočava sa manjom varijabilnošću, onda je potreban manji broj klastera za precizniji odgovor.

Standardna greška je uobičajena mera za preciznost i uspostavljanje 95% intervala poverenja za stvarnu vrednost u statističkoj masi. Potrebno je obratiti pažnju i na dizajn efekat - *D* i na prosečan broj odgovora po jedinici u klasteru - *b*.

Ako je sličan dizajn studije korišćen u prethodnom periodu, onda je za svaku pojedinu jedinicu u upitniku moguće proceniti dizajn efekat. Ako ovo nije slučaj onda se *ROH* i *b* određuju posebno (87).

Logično je da se izabere toliki broj domaćinstava unutar klastera, koji može da se obiđe i završi od strane anketara za jedan dan.

Analiza podataka može da uključi:

- procenu proporcije u populaciji na osnovu uzorka
- procenu proseka
- procenu dizajn efekta
- određivanje standardne greške za svaku varijablu.

Ako se radi o istraživanju na velikom području ili ako su potrebne posebne procene za različita geografska područja potrebno je primeniti višestepeno uzorkovanje, stratifikovano uzorkovanje ili implicitno stratifikovanje.

Višestepeno uzorkovanje koristi se kod istraživanja u velikom regionu ili na nacionalnom nivou kada je potrebno dati globalnu ocenu. Tada se uzorak zajednice bira bar u dva stepena. Npr. ako je država podeljena u određen broj administrativnih oblasti, treba izabrati uzorak tih oblasti po sistematskom PPS metodu (lista kumulativnih populacija). Zatim, unutar svake odabrane oblasti putem PPS metoda treba izabrati određen broj zajednica. Potrebno je izabrati isti broj zajednica iz svake odabrane oblasti, a ako je oblast mala mogu se kombinovati dve. Domaćinstva se potom odabiraju iz zajednica na uobičajeni način i to uvek isti broj domaćinstava iz svake zajednice (87, 88).

Zdravstvene informacije i istraživanja o zdravlju predstavljaju osnovu za dobijanje sistematskog znanja i razvoj tehnologija koje se koriste za unapređenje zdravlja pojedinaca i grupa stanovništva.

Ispitivanje zdravlja, ako se periodično realizuje, obezbeđuje dragocene podatke o socijalno-ekonomskim odrednicama zdravlja, zdravstvenom stanju na osnovu samoprocene ispitanika, životnim stilovima, funkcionalnim sposobnostima, korišćenju zdravstvene službe i troškovima za zdravstvenu zaštitu. Ovi podaci omogućavaju evaluaciju politika i programa u

periodu između dva istraživanja, identifikovanje prioriternih problema i realizaciju odgovarajućih mera i aktivnosti za unapređenje zdravlja i zdravstvene zaštite stanovnika, praćenje zdravstvenog stanja i epidemioloških trendova razbolevanja, formulisanje ciljeva zdravstvene politike i definisanje strategija razvoja zdravstvenog sistema. Posebno su značajni za dovođenje u sklad sve većih potreba za zdravstvenom zaštitom sa raspoloživim resursima, kako bi se obezbedila efikasna i kvalitetna zdravstvena zaštita u cilju postizanja što dužeg i kvalitetnijeg života ljudi.

Mnoge zemlje su se susretale sa problemom nedostatka pravovremenih i kvalitetnih podataka koji bi obezbedili sveobuhvatnu sliku zdravlja u populaciji. Rutinska statistika obezbeđuje podatke koji se odnose na mortalitet, morbiditet od pojedinih bolesti, posebno ukoliko su razvijeni dobri registri, kao i kontakte sa zdravstvenom službom, tako da daje dosta ograničenu sliku zdravlja u populaciji, suženu samo na deo koji se odnosi na najteže poremećaje zdravlja. Međutim, rutinska statistika ne govori mnogo o brojnim stanjima koja dugo traju, a povezana su sa značajnom nesposobnošću i ne daje podatke o ponašanjima povezanim sa zdravljem koji bi objasnili visoke stope morbiditeta i mortaliteta od hroničnih nezaraznih bolesti. Istraživanja zdravlja u populaciji sprovedena putem intervjua obezbeđuju korisne informacije za donošenje odluka o kreiranju zdravstvene politike, strategija i novih zdravstvenih programa (89).

Zemlje koje su prve uvele novi pristup u ovoj oblasti su Kanada, Danska, Holandija i Velika Britanija. U ovim zemljama je istraživanje zdravlja tokom vremena postalo neophodna dopuna postojećim zdravstvenim informacionim sistemima čime se omogućio razvoj konzistentne zdravstvene politike (90). Dve značajne karakteristike istraživanja zdravlja u populaciji putem intervjua su to što obezbeđuje podatke o zdravlju na način kako zdravlje vidi stanovništvo, i što se za prikupljanje podataka koristi horizontalni pristup. To znači da se nekoliko tipova informacija (zdravstveno stanje, lične karakteristike ispitanika, ponašanje u vezi sa zdravljem, korišćenje zdravstvene zaštite) jednovremeno prikupljaju za svaku osobu. Ishod je ukupna slika zdravlja populacije koja omogućava identifikaciju najvažnijih problema, odnosno prioriteta. Kako se podaci prikupljaju periodično, tako mogu da se tokom vremena prate promene u zdravlju stanovništva, efekti zdravstvene politike i intervencija na zdravstveno stanje populacije (91, 92).

Istraživanja zdravlja putem intervjua doprinose argumentaciji za veće investiranje u promociju zdravlja i prevenciju bolesti, kao i za racionalizaciju zdravstvene zaštite i potrošnje.

Stoga su ove informacije od velike važnosti za proces racionalnog donošenja odluka u ovoj oblasti.

U Srbiji je istraživanje zdravlja stanovništva pod nazivom „Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije“ prvi put sprovedeno 2000. godine. Istraživanje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ u saradnji sa mrežom instituta i zavoda za javno zdravlje i domovima zdravlja uz tehničku i finansijsku pomoć Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNICEF-a. Istraživanje 2006. godine je ponovljeno (follow up) istraživanje u kojem su protokol i upitnici iz 2000. godine predstavljali polazni materijal u njegovoj pripremi. Izvršene su izmene i dopune koje nisu ugrozile uporedivost sa nalazima iz 2000. godine. One su metodološki unapredile istraživanje i obezbedile dobijanje odgovora na standardizovana pitanja koja se koriste u istraživanjima u Evropskoj uniji, kao i dobijanje podataka za indikatore sadržane u bazi podataka „Zdravlje za sve“ Svetske zdravstvene organizacije (WHO-DB „Health For All“) i indikatora koji su preporučeni za Zdravstvene indikatore Evropske unije (ECHI-II) radi obezbeđenja uporedivosti naših pokazatelja zdravlja sa indikatorima drugih zemalja. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije je obavljeno putem intervjua i merenja telesne visine i težine i arterijskog krvnog pritiska. Potencijalna prednost pregleda, na primer uzoraka krvi, obavljenih jednovremeno sa intervjuom nije razmatrana zbog povećanja troškova do kojih bi ovakvi pregledi doveli.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Da se, u retrospektivnom i prospektivnom istraživanju, na osnovu reprezentativnog uzorka populacije školske dece i omladine u Vojvodini, dobije ocena zdravstvenog stanja i utvrde vodeći zdravstveni rizici kao i razlike u odnosu na demografske i socijalne karakteristike;
2. Da se kroz retrospektivni i prospektivni deo studije utvrde promene u zdravstvenom stanju školske dece i omladine;
3. Da se prospektivnim istraživanjem testira validnost instrumenta (upitnika) za procenu zdravlja školske dece i omladine.

3. HIPOTEZE REZULTATA

1. Postoje značajne razlike u zdravstvenom stanju i raširenosti zdravstvenih rizika u odnosu na pol, uzrast i druge sociodemografske karakteristike dece i omladine;
2. Ne postoje značajne promene u dobijenim rezultatima ocene zdravstvenog statusa u retrospektivnom i prospektivnom delu istraživanja;
3. Definisani instrument za ocenu zdravstvenog statusa školske dece i omladine je validan.

4. METODOLOGIJA

Zdravstveno stanje dece i omladine u Vojvodini ispitivano je u okviru nacionalne studije „Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije” koje je u 2006. godini Ministarstvo zdravlja realizovalo uz finansijsku i stručnu pomoć Svetske banke - Projekat „Razvoj zdravstva Srbije”, Regionalne kancelarije Svetske zdravstvene organizacije za Evropu, kancelarije za Srbiju i Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut”. Po praktično istoj metodologiji, ispitivanje zdravlja u Srbiji obavljeno je 2000. godine.

U Srbiji je istraživanje zdravlja stanovništva pod nazivom „Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije” prvi put sprovedeno 2000. godine. Istraživanje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” u saradnji sa mrežom instituta i zavoda za javno zdravlje i domovima zdravlja uz tehničku i finansijsku pomoć Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNICEF-a.

Istraživanje 2006. godine je ponovljeno (follow up) istraživanje u kojem su protokol i upitnici iz 2000. godine predstavljali polazni materijal u njegovoj pripremi. Izvršene su izmene i dopune koje nisu ugrozile uporedivost sa nalazima iz 2000. godine. One su metodološki unapredile istraživanje i obezbedile dobijanje odgovora na standardizovana pitanja koja se koriste u istraživanjima u Evropskoj uniji, kao i dobijanje podataka za indikatore sadržane u bazi podataka „Zdravlje za sve” Svetske zdravstvene organizacije (WHO-DB „Health For All”) i indikatora koji su preporučeni za Zdravstvene indikatore Evropske unije (ECHI-2) radi obezbeđenja uporedivosti naših pokazatelja zdravlja sa indikatorima drugih zemalja. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije je obavljeno putem intervjua i merenja telesne visine i težine i arterijskog krvnog pritiska.

Konsultantska agencija koja je sprovela istraživanje na terenu, bila odgovorna za uzorak, unos, obradu i statističku analizu podataka je Strateški marketing (SMMRI) Beograd.

4.1 Tip istraživanja

Sprovedeno je anketno istraživanje kao studija preseka na uzorku stanovništva Vojvodine od 2.093 domaćinstava, odnosno 672 deteta starosti od 7 do 19 godina, u periodu septembar-oktobar 2006. godine.

4.2 Opis uzorka

Korišćen je stratifikovani dvoetajni uzorak u kome je na nivou 6 geografskih oblasti od kojih je jedna Vojvodina, obezbeđena statistički pouzdana procena velikog broja indikatora koji ukazuju na zdravlje stanovništva, kao i na nacionalnom nivou, gde je uzorak iznosio 7.673 slučajno izabrana domaćinstva, odnosno 15.563 odrasle osobe starosti 20 i više godina i 2.921 dete uzrasta 7 do 19 godina. Uzorački okvir su činila sva domaćinstva popisana u svim popisnim krugovima u Popisu stanovništva 2002. godine u Srbiji. Od izabranih domaćinstava uspešno je anketirano 6.156 što čini stopu odgovora za domaćinstva od 86,5%, stopa odgovora za odraslu populaciju je 93,3%, dok je od 2.921 deteta identifikovanog u domaćinstvima uspešno anketirano 2.721 dete, što čini stopu odgovora od 93,2%. Stopa odgovora za samostalno popunjene upitnike za decu i omladinu od 12 do 19 godina iznosila je 89,0%.

Glavni stratumi u uzorku su bili šest geografskih oblasti: Vojvodina, Beograd, zapadna Srbija, centralna Srbija, istočna Srbija i jugoistočna Srbija. Dalja podela ovih šest stratuma na gradska i ostala područja rezultirala je sa 12 stratuma. U Vojvodini su odabrani Severnobački, Srednjobanatski, Severnbanatski, Južnbanatski, Zapadnobački i Sremski okrug. Dvoetajno uzorkovanje je sprovedeno tako što su jedinice prve etape bili popisni krugovi odabrani na osnovu verovatnoće proporcionalne njihovoj veličini, dok su jedinice druge etape bila domaćinstva. Domaćinstvo se definiše kao porodica ili neka druga grupa ljudi koji žive na istoj adresi deleći troškove za osnovnu životnu potrošnju (stanovanje, hrana i dr). U okviru svakog popisnog kruga odabrano je 10 domaćinstava (i 3 rezervna) koja su činila jedinice druge etape. Domaćinstva su birana uz pomoć linearnog metoda uzorkovanja slučajnim početkom i jednakim korakom izbora (Simple Random Sampling Without Replacement – SRSWoR). Na taj način domaćinstva su odabarana sa jednakom verovatnoćom izbora i bez ponavljanja.

Jedinice posmatranja u ovom uzorku bili su ispitanici, a to je svako dete uzrasta 7 do 19 godina koje je član domaćinstva.

Uzorak je izabran tako da pruži statistički pouzdanu ocenu za sva obeležja čija učestalost javljanja prelazi 5%. Predviđeni nivo greške za najniže kategorije ocenjivanja nije veći od 7%. Pouzdana ocena za sva obeležja je data na nivou Vojvodine za deo populacije dece i omladine a predviđena je relativna greška od 5% ocenjenih proporcija.

4.3 Instrument istraživanja

Kao instrument istraživanja korišćeni su posebno konstruisani upitnici, i to upitnik putem intervjua za decu i omladinu uzrasta 7 do 19 godina (prilog 1) i upitnik za samopopunjavanje za decu i omladinu uzrasta 12 do 19 godina (prilog 2). U nacionalnom istraživanju korišćen je i upitnik za domaćinstvo koji je služio za prikupljanje informacija o karakteristikama samog domaćinstva, socijalno-ekonomskom stanju domaćinstva, snabdevanju pijaćom vodom i ukljanjanju otpadnih materija, izdacima za zdravstvenu zaštitu plaćenim iz sopstvenog džepa i upitnici za odrasle starosti 20 i više godina (putem intervjua i samopopunjavanjem).

Upitnici odgovaraju standardnim upitnicima koji se koriste u ovakvom tipu istraživanja (WHO Health Survey 2002 (93), SF-36 (94), preporukama i iskustvima sličnih populacionih istraživanja koja su sprovedena u drugim zemljama (Finbalt 2000, 2004; CINDI (79, 96) kao i specifičnim potrebama naše zemlje.

Obavljeno je pretestiranje upitnika u 10 mesta u Srbiji, izvršene su neophodne izmene i prevod na albanski i mađarski jezik. Anketiranje su sprovedli posebno obučeni anketari, a merenje krvnog pritiska, težine i visine medicinski radnici prema standardnoj proceduri. Upitnici su sadržali pitanja zatvorenog tipa, koja se popunjavaju zaokruživanjem jednog ili do tri ponuđena odgovora i rangiranje ponuđenih varijabli.

Anketni upitnik putem intervjua za decu i omladinu od 7 do 19 godina je obezbedio podatke iz sledećih oblasti:

- informacioni panel
- demografske karakteristike i socijalno-ekonomski status
- higijenske navike
- ishrana

- slobodno vreme, fizička aktivnost, sport
- ponašanje u saobraćaju
- povrede
- ostali rizici i znanja o zdravlju
- procena zdravlja i zadovoljstvo životom
- odnosi sa drugima
- mentalno zdravlje
- mogućnost obavljanja aktivnosti u svakodnevnom životu
- korišćenje zdravstvene službe i zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom
- lekovi
- objektivni nalaz

Anketni upitnik putem samopopunjavanja za decu i omladinu od 12 do 19 godina je obezbedio podatke iz sledećih oblasti:

- informacioni panel i probni deo
- pušenje
- upotreba alkohola
- upotreba psihoaktivnih supstanci
- seksualno ponašanje
- nasilje
- reproduktivno zdravlje

Biološki faktori rizika procenjeni su merenjem krvnog pritiska i izračunavanjem indeksa telesne mase (BMI – body mass index) na osnovu merenja telesne visine i telesne mase.

Uzorkovanje i anketiranje je sproveda istraživačka agencija „Strateški marketing” koja je za potrebe istraživanja na terenu formirala tročlane timove anketara od kojih je jedan član bio zdravstveni radnik (lekar, medicinska sestra – tehničar) i timove za superviziju istraživanja. Pre početka rada na terenu sprovedena je posebna obuka anketara i zdravstvenih radnika. Standardizacija rada na terenu postignuta je odgovarajućom obukom, izradom stručnih uputstava za anketare o prikupljanju podataka i popunjavanju upitnika, standardnom metodologijom merenja i instrumenata koji se koriste za merenje, kontrolom izvođenja anketiranja, kontrolom prikupljenih podataka, kontrolom unosa i obrade podataka.

Razlike u zdravlju i prisustvu faktora rizika analizirane su u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike kao što su pol, uzrast i indeks blagostanja, koje su nezavisne varijable. U skladu sa ciljevima istraživanja odabrane su zavisne varijable iz svake oblasti odabirom određenog broja indikatora, koji su izračunati u skladu sa precizno određenim definicijama svakog pojedinačnog indikatora koje su pripremljene za nacionalno istraživanje.

4.4 Konstrukcija indeksa blagostanja – DHS

Kao indikator materijalnog stanja korišćen je Indeks blagostanja DHS (Demographic and Health Survey Wealth Indeks) (97) prema kome su domaćinstva odnosno ispitanici svrstani u pet socijalno-ekonomskih kategorija (kvintila): najsiromašniji - prvi kvintil, siromašni – drugi kvintil, srednji – treći kvintil, bogati – četvrti kvintil i najbogatiji – peti kvintil. Indeks blagostanja, DHS indeks, konstruisan je za potrebe nacionalne studije „Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije“ (89). Konstrukcija indeksa blagostanja sastojala se iz nekoliko koraka: određivanje promenljivih indikatora, dihotomizacija, izračunavanje pondera indikatora i vrednosti indeksa i izračunavanje prosečnih tačaka intervala. Prilikom konstrukcije indeksa odabrane su varijable koje se odnose na posedovanje različitih trajnih dobara i uslove stanovanja domaćinstva, kao što su: broj spavaćih soba po članu domaćinstva; materijal od kog je napravljen krov, pod i zidovi stambenog prostora; vrsta vodosnabdevanja i sanitacije; vrsta goriva koje se koristi za grejanje; posedovanje televizora u boji, mobilnog telefona, frižidera, mašine za pranje veša, mašine za pranje sudova, kompjutera, klima uređaja, centralnog grejanja i automobila.

Za tabelarnu DHS analizu indeksa blagostanja korišćeni su kvintili. Raspored kvintila je zasnovan na rasporedu populacije. Na taj način distribucija predstavlja nacionalnu populaciju domaćinstava, gde se svakom članu dodeljuje iznos indeksa blagostanja njegovog domaćinstva. Osobe se zatim ređaju po skor indeksa blagostanja, a raspodela se vrši na pet kategorija od po 20%. Ukupan skor domaćinstva je na kraju prekodiran u kvintil varijablu, tako da svaki član domaćinstva dobija kvintil kategoriju svog domaćinstva.

Kao dodatak kvintilima indeksa blagostanja korišćena je još jedna promenljiva, „linija siromaštva“. Na osnovu odgovora na pitanje koje se odnosi na ukupan prihod domaćinstva u mesecu koji je prethodio istraživanju, sprovedena je dodatna analiza i konstruisana nova

promenljiva – procenjeni prihod domaćinstva, a zatim generisana varijabla „linija siromaštva“ koja predstavlja domaćinstva ispod i iznad 60% medijane prihoda (98).

4.5 Skale merenja za indikatore mentalnog zdravlja

EUROHIS projekat (99) za ispitivanje mentalnog zdravlja u populaciji razmatra psihološki distres i pozitivno mentalno zdravlje, kao važne aspekte koje bi trebalo da obuhvati ispitivanje zdravlja u populaciji.

EUROHIS je projekat regionalne kancelarije SZO za Evropu koji je za cilj imao razvoj zajedničkih instrumenata istraživanja kako bi se omogućila internacionalna komparabilnost nacionalnih zdravstvenih podataka i uključivao je saradnju istraživača i rukovodilaca istraživanja iz 33 zemlje Evropskog regiona SZO. Rezultat EUROHIS projekta predstavlja set preporučenih zajedničkih instrumenata za osam indikatora zdravlja za sve: hronična fizička stanja, mentalno zdravlje, upotreba alkohola, fizička aktivnost, korišćenje kurativnih medicinskih usluga, korišćenje lekova, korišćenje preventivne zdravstvene zaštite i kvalitet života.

4.5.1 Psihološki distres

Za ispitivanje psihološkog distresa korišćen je deo upitnika SF-36, Indikator mentalnog zdravlja (Mental Health Indicator 5, odnosno MHI5), što preporučuje i EUROHIS (99) MHI5 se sastoji od pet pitanja koja imaju po šest modaliteta odgovora (Prilog 1, pitanja MZ3.2, MZ3.3, MZ3.4, MZ3.6 i MZ3.8).

Izračunavanje skora sprovedeno je tako da je skorovanje „pozitivno“, odnosno veći skor označava bolje mentalno zdravlje, te su pre sabiranja skora, pitanja označena sa MZ3.4 i MZ3.8 prekodirana (kodirana su obrnuto od onoga što je dato u upitniku). Sabiranjem ocena za pet pitanja dobijen je sirovi skor, a zatim sprovedena transformacija na takav način da je dobijena skala skora od 0-100 (pri čemu veći skor označava bolje pozitivno mentalno zdravlje). Transformacija je sprovedena prema sledećoj formuli: transformisana skala indeksa mentalnog zdravlja (psihološkog distresa) = $[(\text{dobijeni sirovi skor} - 5)/25] \times 100$ (100).

Kao granične vrednosti uzeti su: broj osoba koje imaju skor MHI5 manji ili jednak 58, broj osoba sa skorom 58-78 i broj osoba sa skorom jednakim ili većim od 78 (vrednosti korišćene u ispitivanju zdravlja u Norveškoj) (101). Takođe, izračunat je i prosečan skor skale psihološkog distresa.

4.5.2 Pozitivno mentalno zdravlje

EUROHIS grupa preporučuje skalu vitalnosti (vitality scale) upitnika SF-36 za ispitivanje pozitivnog mentalnog zdravlja, što je korišćeno i u ovom istraživanju (99). Skala vitalnosti obuhvata četiri pitanja sa šest modaliteta odgovora (Prilog 1, pitanja MZ 3.1, MZ3.5, MZ3.7 i MZ3.9).

Izračunavanje skora sprovedeno je tako da je skorovanje „pozitivno“, odnosno veći skor označava bolju vitalnost (pozitivno mentalno zdravlje), te su pre sabiranja skora pitanja označena sa MZ3.1 i MZ3.5 prekodirana (kodiraju su obrnuto od onoga što je dato u upitniku). Sabiranjem ocena četiri pitanja se dobija sirovi skor, a zatim sprovedena transformacija na takav način da je dobijena skala skora od 0-100 (pri čemu veći skor označava bolje pozitivno mentalno zdravlje). Transformacija je sprovedena po sledećoj formuli: transformisana skala vitalnosti = $[(\text{dobijeni sirovi skor} - 4)/20] \times 100$ (100).

Kao granične vrednosti uzeti su u: broj osoba sa skorom manjim ili jednakim 62,5, broj osoba sa skorom 62,5 – 72,5 i broj osoba sa skorom jednakim ili većim od 72,5 (vrednosti korišćene u Norveškoj) (101). Takođe, izračunat je i prosečan skor skale vitalnosti.

4.6 Antropometrijska merenja i merenje krvnog pritiska

Merenje telesne visine, telesne mase i krvnog pritiska je obavljeno prema definisanim instrukcijama za ove procedure koje su u skladu sa ECHM Uputstvom za indikatore, međunarodnu saradnju, protokol i uputstvo za operacije kod istraživanja riziko-faktora hroničnih oboljenja, 2002. godina (102) i Nacionalnim vodičem za arterijsku hipertenziju za lekare primarne zdravstvene zaštite (103) koji su korišćeni u izradi Uputstva za sprovođenje istraživanja zdravlja stanovništva Srbije 2006. godine (89).

4.6.1 Uhranjenost

Za procenu uhranjenosti korišćen je indeks telesne mase (body mass index, BMI). Indeks telesne mase je antropometrijski indeks telesne mase i visine koji se definiše kao telesna masa u kilogramima podeljena sa telesnom visinom u kvadratnim metrima. Za decu i omladinu od 2 do 20 godina je specifičan prema polu i starosti.

Za izračunavanje percentila indeksa telesne mase za godine starosti dece i omladine korišćene su tablice rasta za populaciju dece i omladine SAD (104, 105).

Klasifikacija stepena uhranjenosti identifikuje pothranjenu decu ako je BMI ispod 5 percentila, između 85 i 95 percentila decu i omladinu pod rizikom za nastanak gojaznosti (umerena gojaznost) i iznad 95 percentila kao gojaznu (106) (tabela 1).

Tabela 1 Klasifikacija stepena uhranjenosti dece i omladine

Kategorije uhranjenosti	Intervali percentila
Pothranjenost	<5
Umerena pothranjenost	Između 5 i 15
Normalna uhranjenost	Između 15 i 86
Umerena gojaznost	Između 85 i 95
Gojaznost	≥ 95

4.6.2 Merenje krvnog pritiska

U istraživanju su korišćene definicija i klasifikacija arterijske hipertenzije odraslih osoba prema Evropskom udruženju za hipertenziju – Evropskom udruženju za kardiologiju (107) i Smernicama za hipertenziju Svetske zdravstvene organizacije – Međunarodnog društva za hipertenziju (108) koje su ažurirane 2003. godine (109) (tabela 2).

Tabela 2 Klasifikacija krvnog pritiska

Klasifikacija krvnog pritiska	Sistolni pritisak (mmHg)	Dijastolni pritisak (mmHg)
Optimalan	<120	<80
Normalan	120-129	80-84
Visoki normalan	130-139	85-89
Hipertenzija	≥ 140	≥ 90
Stadijum 1 (blaga)	140-159	90-99
Stadijum 2 (umerena)	160-179	100-109
Stadijum 3 (teška)	≥ 180	≥ 110
ISH (Izolovana sistemska hipertenzija)	≥ 140	<90

4.7 Statistička obrada podataka

Podaci prikupljeni anketnim istraživanjem uneseni su u posebno kreiranu bazu podataka. Obrada podataka urađena je primenom statističkog paketa SPSS 14.0 for Windows.

U statističkoj analizi su korišćene standardne metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Numerički podaci prikazani su putem srednjih vrednosti (aritmetičke sredine i medijane), standardne devijacije, opsega, a atributivna obeležja putem distribucije frekvencija i procenata.

Komparacija prosečnih srednjih vrednosti obeležja sa normalnom distribucijom je urađena primenom parametrijskih testova: Student-ov t test (za testiranje značajnosti razlike između dve grupe podataka), odnosno jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA) za tri ili više grupa.

Za testiranje razlika u distribuciji frekvencija varijabli sa ordinalnom skalom merenja primenjeni su neparametrijski testovi: Mann Whitney (za dve grupe podataka), odnosno Kruskal

Wallis-ov test (za tri ili više grupa podataka). Poređenje frekvencija atributivnih obeležja sa nominalnom skalom merenja urađeno je primenom hi kvadrat testa (χ^2 test).

Rezultati svih testova su prihvatani, odnosno donošen je zaključak da postoji statistički značajna razlika, ukoliko je verovatnoća nulte hipoteze bila manja od 0,05 ($p < 0,05$).

Rezultati su prikazani tabelarno ili grafički uz tekstualni komentar.

4.8 Validnost instrumenta istraživanja

U prospektivnom delu istraživanja korišćeni su upitnici koji odgovaraju standardnim upitnicima koji se koriste u ovakvom tipu istraživanja (WHO Health Survey 2002 (93) SF-36 (94), preporukama i iskustvima sličnih populacionih istraživanja koja su sprovedena u drugim zemljama (110), CINDI (79, 96) kao i specifičnim potrebama naše zemlje.

U Srbiji je istraživanje zdravlja stanovništva pod nazivom „Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije” prvi put sprovedeno 2000. godine. Istraživanje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” u saradnji sa mrežom instituta i zavoda za javno zdravlje i domovima zdravlja uz tehničku i finansijsku pomoć Svetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a. Istraživanje 2006. godine je ponovljeno (follow up) istraživanje u kojem su protokol i upitnici iz 2000. godine predstavljali polazni materijal u njegovoj primeni. Izvršene su izmene i dopune koje nisu ugrozile uporedivost sa nalazima iz 2000. godine. One su metodološki unapredile istraživanje i obezbedile dobijanje odgovora na standardizovana pitanja koja se koriste u istraživanjima u Evropskoj uniji, kao i dobijanje podataka za indikatore sadržane u bazi podataka „Zdravlje za sve” Svetske zdravstvene organizacije (WHO-DB „Health For All”) i indikatora koji su preporučeni za Zdravstvene indikatore Evropske unije (ECHI-2) radi obezbeđenja uporedivosti naših pokazatelja sa indikatorima drugih zemalja.

Predtestiranje upitnika obavljeno je u deset mesta u Srbiji: Beograd, Bela Crkva, Vršac, Zrenjanin, Novi Sad, Pančevo, Kraljevo, Kragujevac, Užice i Niš. Na osnovu rezultata predtestiranja izvršene su izmene u metodologiji i upitnicima. Nakon adaptacije, upitnici su prevedeni na albanski i mađarski jezik.

Predtestiranje je omogućilo identifikaciju nedoslednosti u upitnicima i obavljeno je korišćenjem CPro softver programa i SPSS 13,0, a radi osiguranja kontrole kvaliteta napravljena je aplikacija za logičku kontrolu unetih podataka. Aplikacija je testirana putem unosa i analize podataka dobijenih pilot istraživanjem, nakon čega su urađene sve neophodne ispravke.

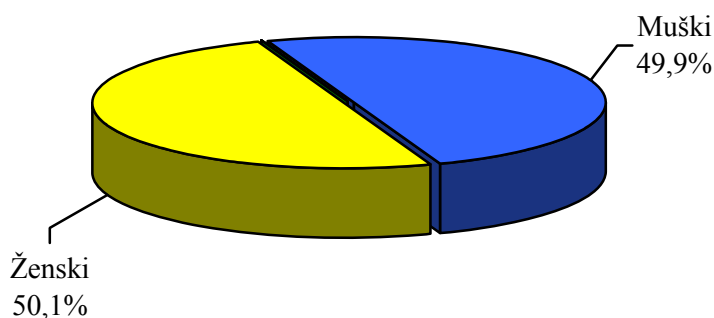
5. REZULTATI

5.1 DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I SOCIJALNO-EKONOMSKI STATUS

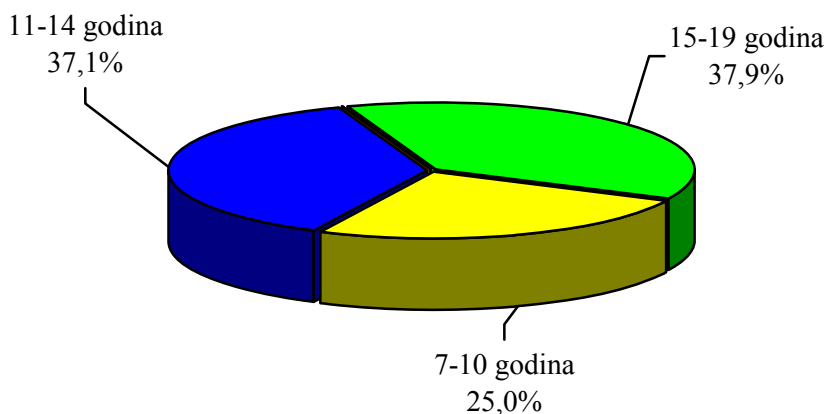
Demografske karakteristike i socijalno-ekonomski status prikazani su kroz polnu i starosnu strukturu ispitivanog uzorka i analizom pitanja o pohađanju škole, uspehu u školi, broju braće i sestara, sa kim deca žive, da li imaju svoju sobu i džeparac.

U Vojvodini je ukupno anketirano 672 deteta starosti od 7 do 19 godina, od toga 50,1% ženskog pola, a posmatrano po starosnim kategorijama 25% dece uzrasta 7 do 10 godina, 37,1% starosti od 11 do 14 godina i 37,9% starosti od 15 do 19 godina. Polna i starosna struktura uzorka je reprezentativna za teritoriju Vojvodine (grafikon 1 i grafikon 2).

Grafikon 1 Struktura uzorka po polu dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini



Grafikon 2 Struktura uzorka po starosti dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini po starosti

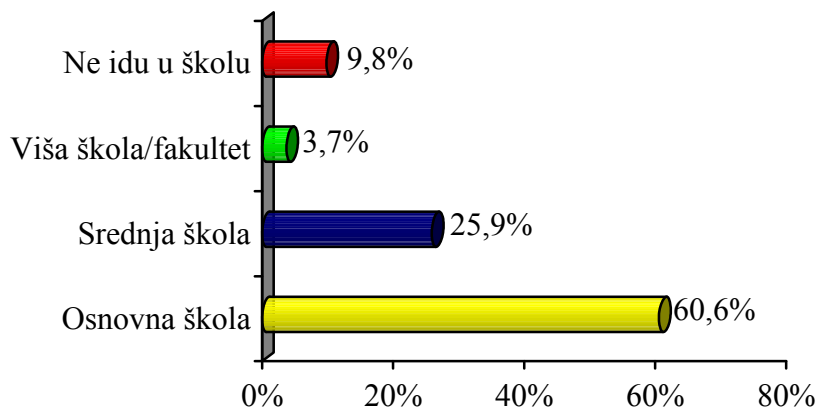


Ispitana deca i omladina u Vojvodini su na osnovu DHS indeksa – indeksa blagostanja (Demographic and Health Survey Wealth Indeks) koji pokazuje materijalno stanje domaćinstva svrstana u pet grupa. U grupi najsiromašnijih nalazi se 16,8% ispitanih, u drugoj grupi 23,4%, u srednjoj grupi 19,2%, u četvrtoj grupi 26,8% i u grupi najbogatijih 13,8%. Na osnovu drugog pokazatelja materijalnog stanja domaćinstva, linije siromaštva, više od trećine dece i omladine u Vojvodini (36,6%), se nalazi ispod 60% medijane prihoda.

Školovanje je važan preduslov zdravlja i socio-ekonomskog prosperiteta. Mnogobrojna istraživanja pokazala su povezanost zdravlja i stepena obrazovanja.

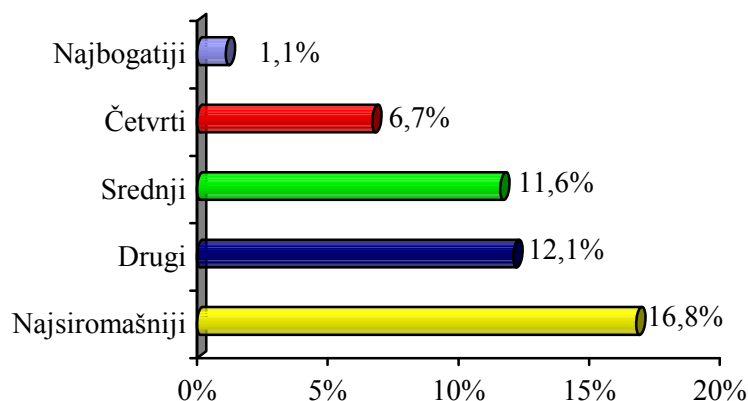
U ispitivanom uzorku dece i omladine u Vojvodini 60,6% dece pohađa osnovnu školu, 25,9% srednju školu, 3,7% pohađa višu školu ili fakultet, dok skoro desetina dece starosti 7 do 19 godina ne ide u školu (grafikon 3).

Grafikon 3 Vrsta škole koju pohađaju deca i omladina u Vojvodini starosti 7 do 19 godina



Nema statistički značajne razlike po polu. Analiza prema starosti pokazuje da dvoje dece starosti 7 do 14 godina ne ide u školu, dok je u starosnoj grupi od 15 do 19 godina 25,1% anketiranih koji ne idu u školu ($\chi^2=108,285$; $p<0,001$). Razlike postoje i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, pa je značajno veći procenat dece koja ne idu u školu među siromašnijima ($\chi^2=17,691$; $p=0,001$) (grafikon 4).

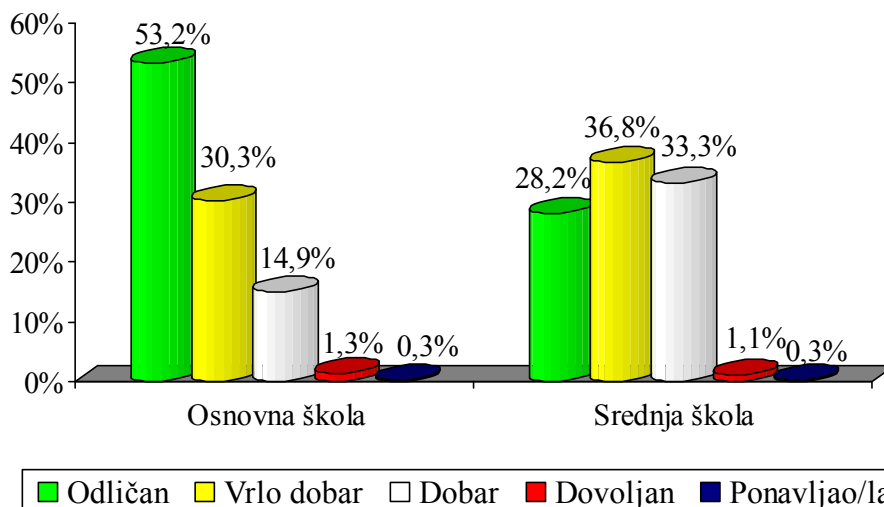
Grafikon 4 Deca i omladina u Vojvodini starosti 7 do 19 godina koja ne idu u školu u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



U starosnoj grupi od 7 do 15 godina (deca obuhvaćena obaveznim osnovnim obrazovanjem) 1,1% dece ne ide u školu, i ovaj procenat je statistički značajno manji u odnosu na 2000. godinu kada je iznosio 5,6% ($p < 0,01$).

Deca osnovnoškolskog uzrasta prethodni razred završila su većinom sa odličnim uspehom (53,2%), sa vrlodobrim 30,3% a svega 1 učenik je ponavljao razred. U srednjoj školi najviše je vrlodobrih (36,8%), dok je odličnih 28,2%, značajno manje nego u osnovnoj školi ($\chi^2=37,853$; $p < 0,001$) i jedan učenik je ponavljao razred (grafikon 5).

Grafikon 5 Procenat školske dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina prema uspehu u prethodnom razredu



Ukupno gledano devojčice (53,3%) su značajno češće imale odličan uspeh od dečaka (36,6%) ($\chi^2=22,001$; $p<0,001$).

Značajna razlika postoji i kada je u pitanju uzrast. Bolji uspeh u prethodnom razredu pokazala su deca u najmlađoj starosnoj grupi od 7 do 10 godina gde ima 72,8% odličnih učenika naspram 26,5% sa odličnim uspehom u starosnoj grupi od 15 do 19 godina ($\chi^2=75,777$; $p<0,001$).

Kada se posmatra uspeh u prethodnom razredu u odnosu na materijalno stanja domaćinstva, uočava se značajan uticaj prihoda domaćinstva na bolji uspeh učenika. Deca koja pripadaju petom kvintilu indeksa blagostanja, odnosno najbogatijima, statistički značajno češće su imala odličan uspeh u prethodnom razredu (69%) nego deca iz grupe najsiromašnijih (22,5%) ($\chi^2=56,198$; $p<0,001$). Tako su deca iz domaćinstava koja su iznad 60% medijane prihoda značajno češće imala odličan uspeh (73,1%) u odnosu na ona koja su iz domaćinstava ispod 60% medijane prihoda (26,9%) ($\chi^2=22,238$; $p=0,001$) (tabela 3).

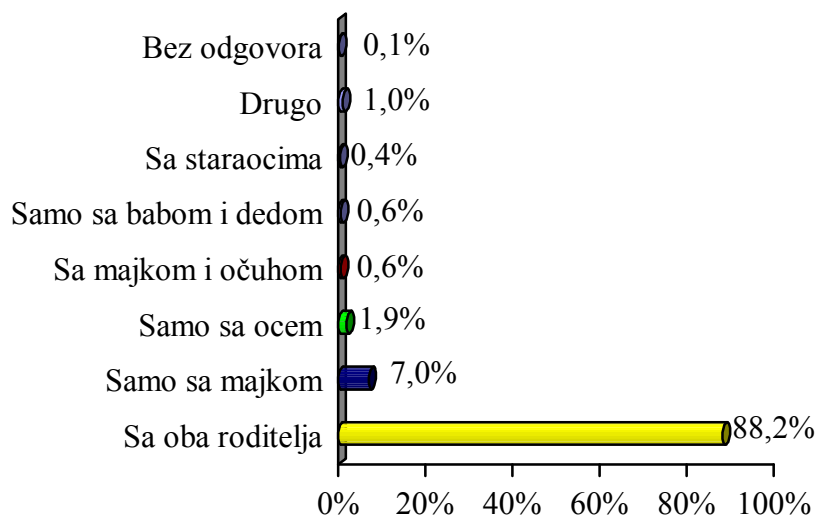
Tabela 3 Uspeh u prethodnom razredu dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini u odnosu na materijalno stanja domaćinstva

	Najsiromašniji		Drugi		Srednji		Četvrti		Najbogatiji		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Odličan	20	22,5	52	42,3	42	41,6	77	50,3	58	69,0	249	45,3
Vrlo dobar	37	41,6	43	35,0	31	30,7	45	29,4	22	26,2	178	32,4
Dobar	27	30,3	26	21,1	28	27,7	29	19,0	4	4,8	114	20,7
Dovoljan	4	4,5	2	1,6	0	0	1	0,7	0	0	7	1,3
Ponavljao/la	1	1,1	0	0	0	0	1	0,7	0	0	2	0,4
Ukupno	89	100	123	100	101	100	153	100	84	100	550	100

Većina anketirane dece (88,2%) živi sa oba roditelja, a 8,9% samo sa jednim od roditelja, uglavnom sa majkom (grafikon 6). Posmatrano po starosnim grupama uočava se značajna razlika, pa je procenat dece koja žive samo sa jednim roditeljem značajno veći u starosnoj grupi od 15 do 19 godina 12,6% naspram mlađih (6,5% i 6,8%).

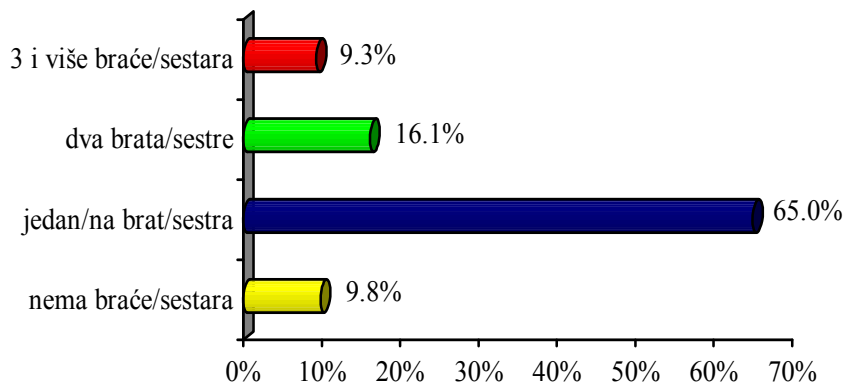
U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece koja žive samo sa jednim od roditelja kada je taj procenat bio 10,8%.

Grafikon 6 Procenat dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini prema tome sa kim žive u domaćinstvu



Deca i omladina Vojvodine u dve trećine slučajeva imaju samo jednog brata ili sestru, dok je skoro svako deseto dete jedinac (grafikon 7).

Grafikon 7 Broj braće i sestara anketirane dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini



Prosečan broj braće i sestara je 1,31 i nema značajne razlike u odnosu na pol i starost, dok se zapaža statistička značajnost u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. *Kruskal-Wallis*-ovim testom utvrđeno je da deca iz najsiromašnije kategorije domaćinstava imaju više braće i sestara u odnosu na decu iz četvrtog kvintila blagostanja (tabela 4).

Tabela 4 Prosečan broj braće i sestara anketirane dece i omladine u Vojvodini u odnosu na materijalno stanje domaćinstva

Materijalno stanje	N	Srednja vrednost	Minimum	Maksimum	Standardna devijacija	Srednji rang
Najsiromašniji	112	1,78	0	7	1,198	417,54
Drugi	155	1,25	0	5	0,880	319,96
Srednji	128	1,28	0	7	1,011	324,54
Četvrti	178	1,07	0	3	0,532	300,98
Najbogatiji	92	1,32	0	5	1,099	325,78

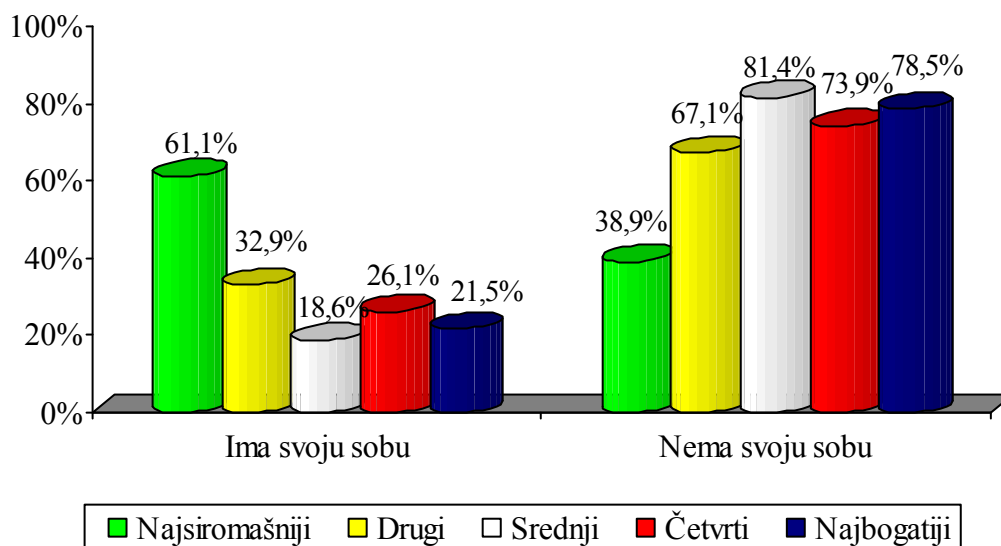
Kruskal-Wallis $\chi^2=38,475$; $p<0,001$

Nema značajne razlike u prosečnom broju braće i sestara u odnosu na stanje iz 2000. godine (1 brat ili sestra).

U Vojvodini dve trećine anketirane dece ima svoju sobu (68,5%), pri čemu statistički značajno veći procenat dece starosti 15 do 19 godina (78,3%) u odnosu na one od 7 do 10 godina (57,5%) ($\chi^2=21,608$; $p<0,001$). Takođe, uočava se razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, značajno veći procenat dece u porodicama koje pripadaju srednjem (81,4%) i petom kvintilu indeksa blagostanja (78,5%) ima sopstvenu sobu ($\chi^2=62,585$; $p<0,001$) (grafikon 8).

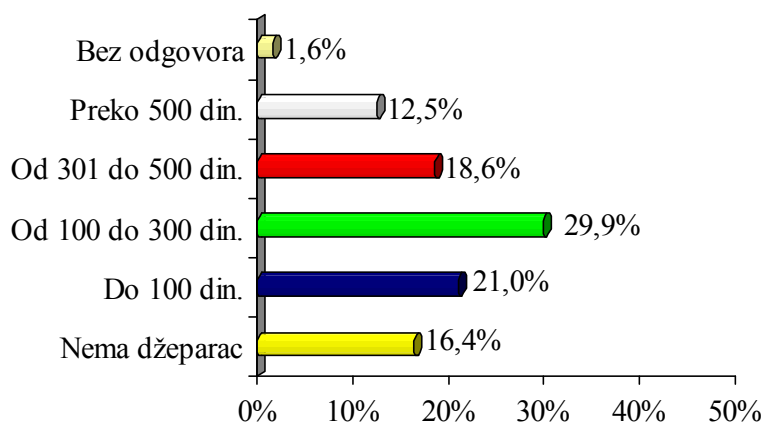
U 2006. godini nije značajno veći procenat dece koja imaju svoju sobu u odnosu na 2000. godinu kada je 64,9% ispitivane dece imalo svoju sobu.

Grafikon 8 Procenat dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina koja imaju svoju sobu prema materijalnom stanju domaćinstva



Džeparac nema 16,4% dece, a najveći procenat dece je imalo nedeljni džeparac između 100 i 300 dinara (grafikon 9). Po polu nema razlike, dok po starosnim kategorijama i materijalnom stanju domaćinstva postoji statistički značajna razlika. Značajno je veći procenat dece uzrasta 7 do 10 godina (31,7%) ($\chi^2=35,718$; $p<0,001$) i onih koji pripadaju najsiromašnijima (38,4%) koji nemaju nedeljni džeparac ($\chi^2=46,691$; $p<0,001$).

Grafikon 9 Procenat dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini prema nedeljnom džeparcu



U 2006. godini procenat dece bez džeparca je značajno manji u odnosu na 2000. godinu, kada je 28,5% ispitivane dece izjavilo da nema džeparac ($p < 0,01$).

U Vojvodini blizu dve trećine učenika pohađa osnovnu školu, oko četvrtine srednju školu a skoro desetina ne ide u školu. Svega dvoje dece daje podatak da je ponavljalo prethodni razred. Značajno je veći procenat dece iz najsiromašnijih porodica koja ne idu u školu. Deca u proseku imaju jednog brata ili sestru. Skoro svako deseto dete živi sa jednim roditeljem. Interesantno je da dve trećine dece navodi da ima svoju sobu, ali manje deca uzrasta 7 do 10 godina, a više deca uzrasta 15 do 19 godina. Procenat dece bez nedeljnog džeparca je relativno mali pri čemu je više onih koji su mlađi i iz siromašnijih porodica. Razlike u odnosu na 2000. godinu se uočavaju kada je u pitanju procenat dece uzrasta 7 do 15 godina koja ne idu u školu, kojih je u 2006. godini bilo značajno manje, kao i u procentu dece uzrasta 7 do 19 godina koja nemaju nedeljni džeparac (značajno ih je manje u 2006. godini). Ostali pokazatelji koji se odnose na demografske karakteristike ove populacione grupe ne razlikuju u smislu statističke značajnosti.

5.2 HIGIJENSKE NAVIKE

Higijenske navike ispitivane dece i omladine u Vojvodini analizirane su kroz pitanja o redovnosti pranja ruku, zuba, učestalosti kupanja ili tuširanja i menjanja donjeg veša.

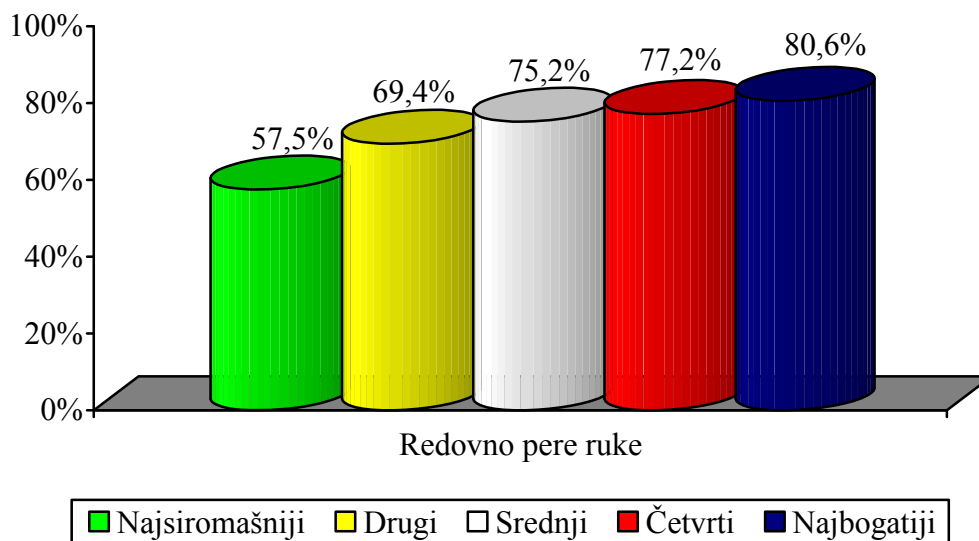
5.2.1 Redovno pranje ruku

Deca i omladina u Vojvodini u 72,2% redovno peru ruke po ulasku u kuću, pre jela i posle upotrebe toaleta. Kao redovno pranje ruku uzet je kriterijum odgovor da *uvek* peru ruke u sve tri navedene situacije. Najveći procenat dece pere ruke posle upotrebe toaleta i to 93% a najmanji po ulasku u kuću 74,4%.

Postoji statistički značajna razlika u redovnosti pranja ruku po polu i starosti. Devojčice (77,4%) značajno redovnije peru ruke od dečaka (66,9%) ($\chi^2=9,368$; $p=0,002$). Redovnije peru ruke mladi 15 do 19 godina (78%) od najmlađe grupe 7 do 10 godina (65,5%) ($\chi^2=8,396$; $p=0,015$). Statistički značajno redovnije pranje ruku u svim situacijama imaju deca i omladina iz najbogatije grupe prema materijalnom stanju domaćinstva (80,6%) u odnosu na one iz najsiromašnije (57,5%) ($\chi^2=18,861$; $p=0,001$) (grafikon 10).

Procenat dece i omladine koji redovno peru ruke statistički je značajno veći u odnosu na 2000. godinu kada je iznosio 59,2% ($p < 0,01$).

Grafikon 10 Procenat dece i omladine u Vojvodini koja redovno peru ruke prema materijalnom stanju domaćinstva



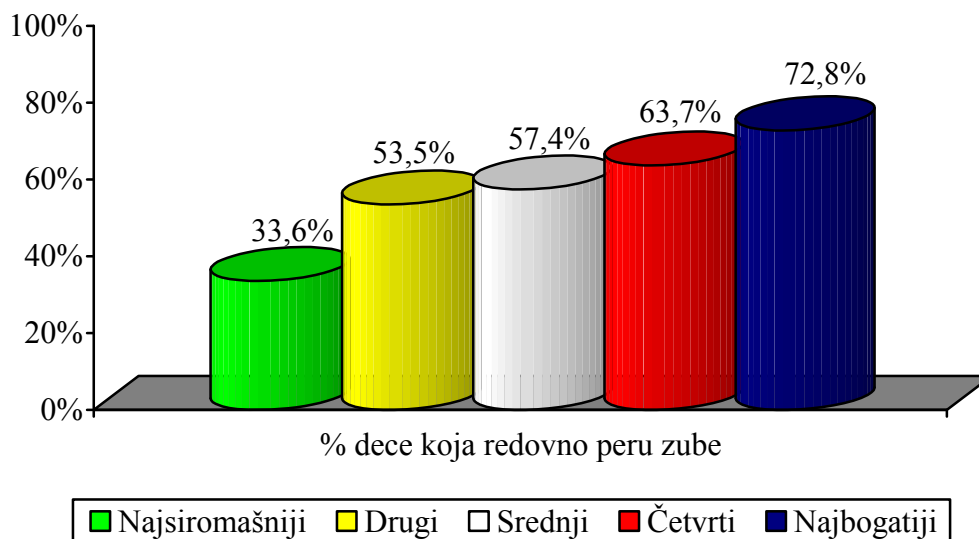
5.2.2 Redovno pranje zuba

Kriterijum za redovnost pranja zuba bio je *više od jednom dnevno*. Tako deca i omladina u Vojvodini u svega 56,1% peru zube redovno.

Dve trećine devojčica (66,5%) i svega 45,5% dečaka redovno peru zube što je značajna razlika ($\chi^2=28,669$; $p < 0,001$). Redovnost pranja zuba raste sa uzrastom kao i kod pranja ruku, pa su stariji značajno redovnije u 64,3% od najmlađih 42,8% ($\chi^2=19,056$; $p < 0,001$). Značajna je razlika i prema materijalnom stanju domaćinstva (grafikon 11). Svega 33,6% dece iz najsiromašnije grupe pere zube više od jednom dnevno za razliku od 72,8% dece i omladine iz najbogatije grupe ($\chi^2=38,343$; $p < 0,001$).

Procenat dece koja redovno peru zube statistički je značajno manji u odnosu na 2000. godinu kada je iznosio 65,5% ($p < 0,01$).

Grafikon 11 Procenat dece i omladine u Vojvodini koja redovno peru zube u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



5.2.3 Redovno kupanje i tuširanje

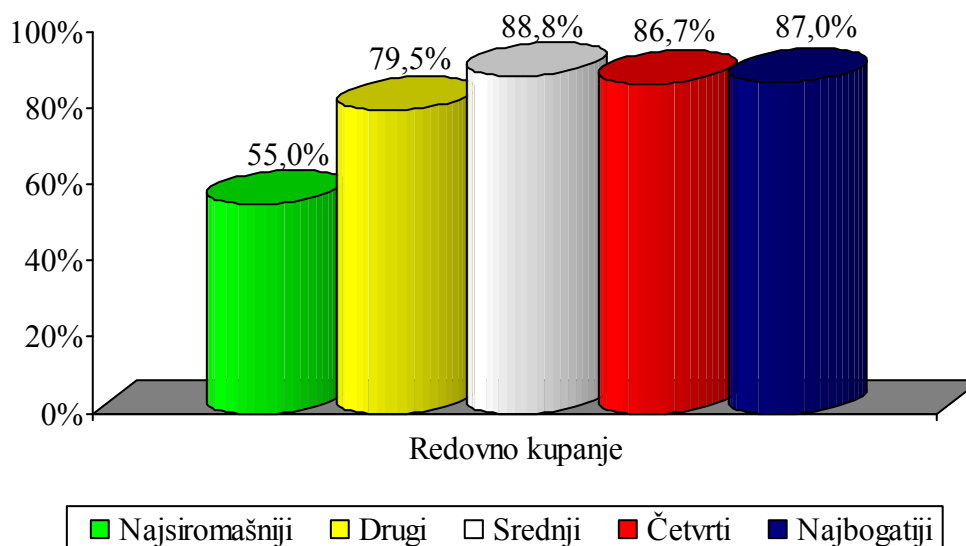
Redovna higijena tela podrazumeva kupanje/tuširanje četiri i više puta nedeljno. U skladu sa tim deca i omladina u Vojvodini se u 80,1% redovno kupaju i tuširaju.

Kao i u ostalim aspektima higijene i ovde postoje statistički značajne razlike po polu, uzrastu i materijalnom stanju domaćinstva.

Devojčice se u većem procentu redovno kupaju/tuširaju od dečaka 85,8% naspram 74,4% ($\chi^2=13,654$; $p<0,001$). Najmanje redovni su najmlađi (7 do 10 godina), 72,9% u odnosu na najstarije (15 do 19 godina) u 88,4% ($\chi^2=18,382$; $p<0,001$). Značajno je manje dece i omladine koja se redovno kupaju/tuširaju među najsiromašnijima (55%) u odnosu na najbogatije (87%) i decu iz srednje grupe (88,8%) ($\chi^2=57,629$; $p<0,001$) (grafikon 12).

Procenat dece koja se redovno kupaju i tuširaju statistički se značajno ne razlikuje u odnosu na 2000. godinu kada je bio 80,9%.

Grafikon 12 Deca i omladina u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina koja se redovno tuširaju u odnosu na materijalno stanje domaćinstva

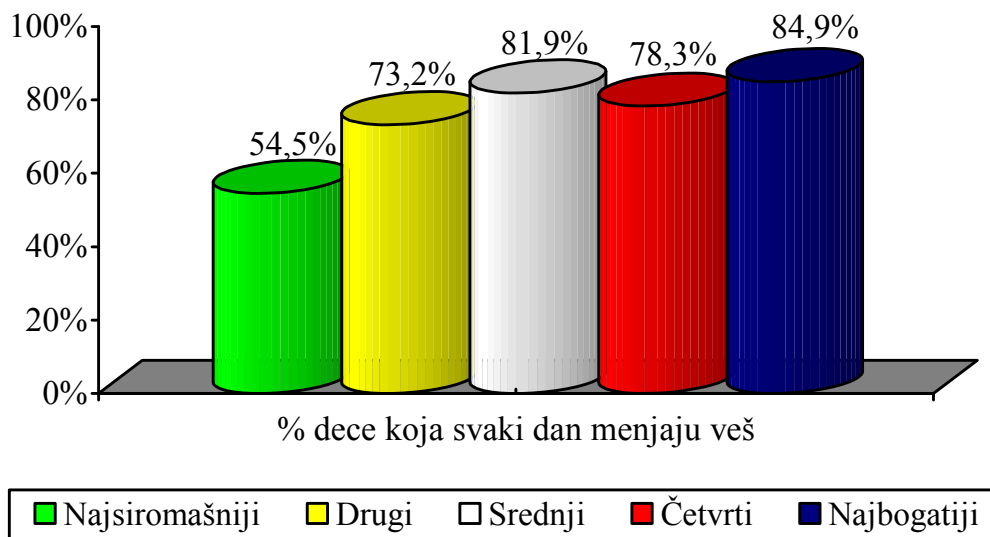


5.2.4 Redovno menjanje donjeg veša

Deca i omladina u Vojvodini u 74% svakodnevno menjaju donji veš. Ženski pol sa 83,3% značajno češće menja donji veš od muškog pola (66%) ($\chi^2=26,582$; $p<0,001$). U grupi uzrasta 15 do 19 godina 81,9% mladih svakodnevno menja donji veš, značajno više od grupe najmlađih 7 do 10 godina (71,4%) ($\chi^2=10,740$; $p=0,005$). Među najsiromašnijima svega polovina redovno menja donji veš (54,5%) što je značajno manje od dece iz grupe najbogatijih (84,9%) ($\chi^2=34,378$; $p<0,001$) (grafikon 13).

Procenat ispitivane dece i omladine koja svakodnevno menjaju donji veš nije se značajno promenio u odnosu na 2000. godinu kada je iznosio 75,1%.

Grafikon 13 Procenat dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini koja redovno menjaju donji veš prema materijalnom stanju domaćinstva



U svim ispitivanim aspektima održavanja higijene, redovnom pranju ruku, zuba, kupanju/tuširanju i menjanju donjeg veša, devojčice, stariji uzrast i anketirani koji pripadaju bogatijima prema indeksu blagostanja u značajnom procentu su bolji. Higijenske navike ispitivane dece značajno su bolje u odnosu na stanje iz 2000. godine kada je u pitanju pranje ruku, a značajno lošije kada je u pitanju redovnost pranja zuba.

5.3 ISHRANA

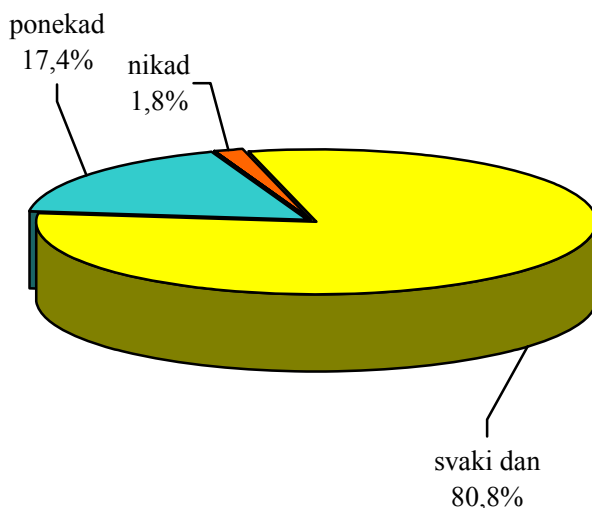
Pitanja o ishrani odnosila su se na redovnost obroka, posebno doručka, unos vode, mleka i mlečnih proizvoda i učestalost konzumiranja pojedinih namirnica. Takođe, ispitano je koju vrstu hleba, masnih namaza i masnoće za pripremanje hrane koriste deca u ishrani i da li pri izboru načina ishrane razmišljaju o svom zdravlju.

5.3.1 Redovnost obroka

U Vojvodini 80,8% anketirane dece i omladine svakodnevno doručkuje. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Postoji značajnost razlike u odnosu na uzrast. Tako je procenat dece koja svakodnevno doručkuju značajno veći u uzrastu 7

do 10 godina (86,3%) u odnosu na 75,3% mladih starosti 15 do 19 godina ($\chi^2=10,395$; $p=0,034$) (grafikon 14).

Grafikon 14 Redovnost doručka dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini



Procenat dece koja svakodnevno doručkuju se značajno ne razlikuje u odnosu na 2000. godinu kada je iznosio 80,2%.

Kada je u pitanju redovnost sva tri glavna obroka u toku dana (doručak, ručak, večera) svakodnevno ih ima skoro tri četvrtine dece i omladine u Vojvodini (74,3%). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. U odnosu na uzrast, statistički značajno više dece starosti 7 do 10 godina (82,6%) ima svakodnevno sva tri glavna obroka u odnosu na svega dve trećine mladih starosti 15 do 19 godina (66,3%) ($\chi^2=15,563$; $p<0,001$).

U 2006. godini statistički je značajno više dece koja svakodnevno uzimaju sva tri obroka u odnosu na 2000. godinu (68,1%) ($p<0,005$).

5.3.2 Prosečan broj čaša vode dnevno

Deca i omladina u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina u proseku piju 5,7 čaša vode dnevno. Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na pol i starost ispitanika. Dečaci prosečno popiju 6,1, a devojčice 5,2 čaše u toku dana. ($t=3,858$; $p<0,001$). U odnosu na uzrast, prosečan broj popijenih čaša vode dnevno raste sa starošću, pa najmlađi popiju 4,4 čaše, oni od 11 do 14 godina 5,9 čaša, a najstariji 6,2 čaše dnevno ($F=19,519$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

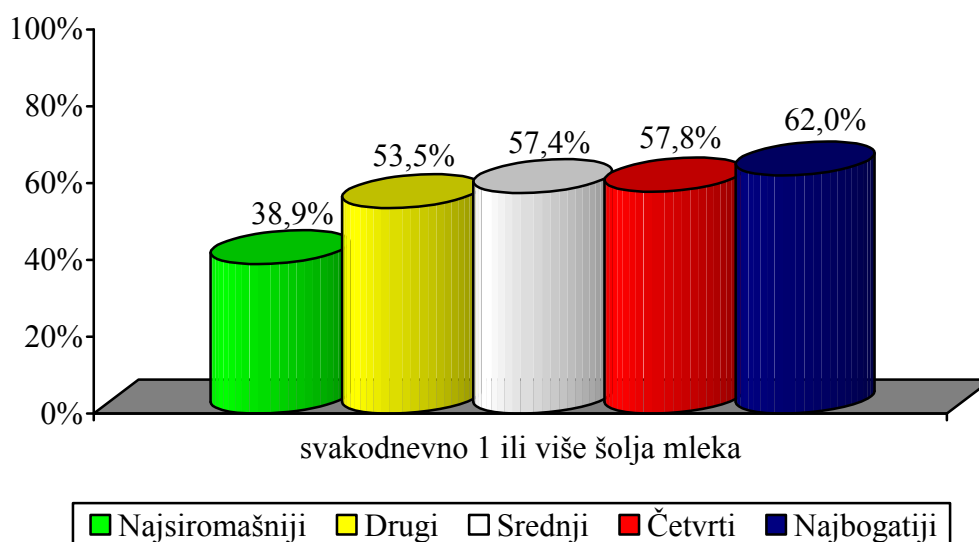
Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

5.3.3 Mleko i mlečni proizvodi

Od ukupnog broja anketirane dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini nešto više od polovine (54,1%) pije svakodnevno mleko i mlečne proizvode bar jednu šolju dnevno (mleko, jogurt, kiselo mleko, bela kafa, kakao). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i starost, mada dečaci i mlađi uzrast u većem procentu piju mleko i mlečne proizvode u dovoljnim količinama. Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, značajno više dece iz grupe najbogatijih (62,0%), ali i ostalih grupa pije mleko i mlečne proizvode u dovoljnim količinama u odnosu na 38,9% dece iz grupe najsiromašnijih ($\chi^2=14,304$; $p=0,006$) (grafikon 15).

U 2006. godini statistički je značajno manje dece koja svakodnevno uzimaju bar jednu šolju mleka i mlečnih proizvoda u odnosu na 2000. godinu kada ih je bilo 61,2% ($p<0,01$).

Grafikon 15 Procenat dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini koja svakodnevno piju mleko i mlečne proizvode u dovoljnim količinama u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



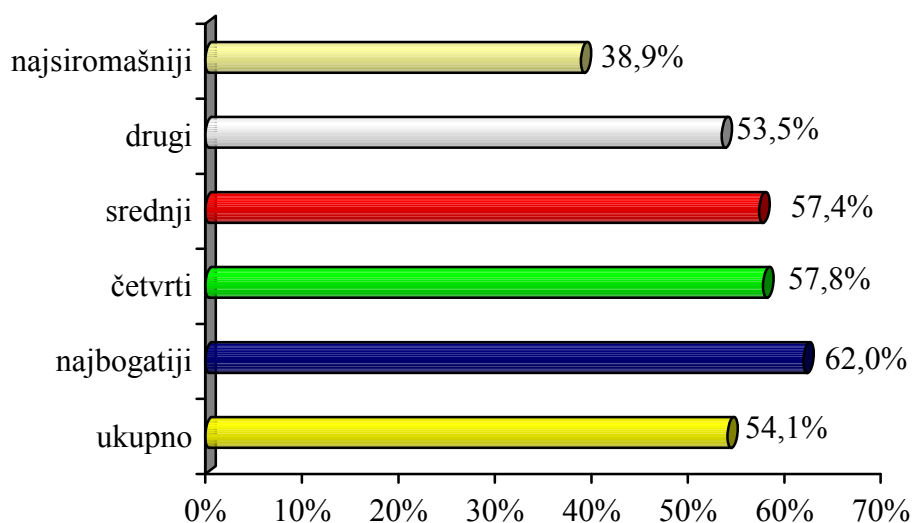
5.3.4 Učestalost konzumiranja pojedinih namirnica

Učestalost konzumiranja pojedinih namirnica ispitivana je tako što je od dece traženo da navedu koliko dana su u nedelji koja je prethodila istraživanju uzimali pojedine namirnice.

Kada je u pitanju sveže voće, skoro polovina dece (46,1%) navodi da su ga uzimali 6 do 7 puta nedeljno. Nema statistički značajne razlike u redovnosti uzimanja svežeg voća u odnosu na pol i starost, mada su devojčice i mlađi uzrast u nešto većem procentu uzimali sveže voće. Kada je u pitanju materijalno stanje domaćinstva postoji statistički značajna razlika, značajno više dece iz srednje grupe (55,0%) i četvrte grupe (49,7%) u odnosu na grupu najsiromašnijih (37,2%) redovno uzima sveže voće ($\chi^2=11,084$; $p=0,026$) (grafikon 16).

U 2000. godini procenat dece i omladine koji uzimaju voće 6 do 7 puta nedeljno iznosio je 38,3%, što je statistički značajno manje u odnosu na 2006. godinu ($p<0,01$).

Grafikon 16 Procenat dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini koja 6 do 7 puta nedeljno uzimaju sveže voće u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



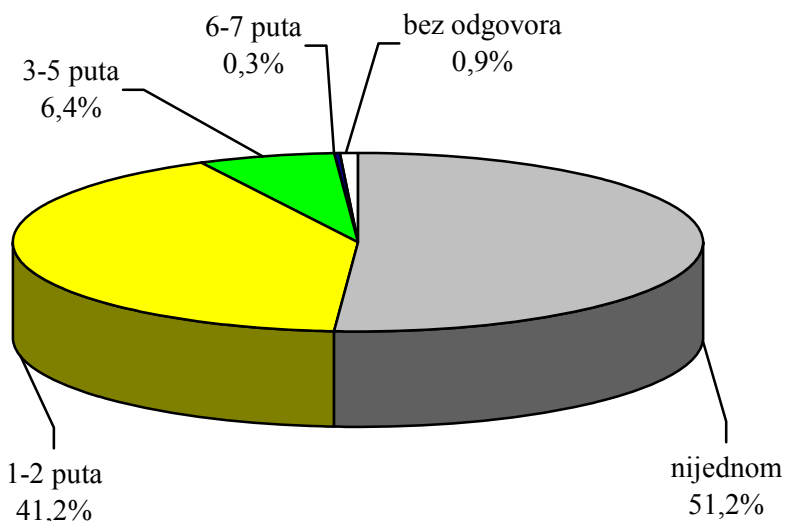
Sveže povrće i salatu uzima redovno (6-7 puta nedeljno) 39,4% dece i omladine u Vojvodini, dok trećina njih (33,2%) uzima svega 3 do 5 puta nedeljno. Nema statistički značajne razlike u redovnosti uzimanja svežeg povrća i salate u odnosu na pol, starost i materijalno stanje domaćinstva. Ipak, uočava se da devojčice, mlađi uzrast i grupa bogatijih u nešto većem procentu uzima sveže povrće i salatu.

Takođe, nema statistički značajne razlike u odnosu na 2000. godinu kada je 36% dece i omladine redovno uzimalo povrće.

Više od polovine dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini (51,2%) nijednom nije jelo ribu u nedelji koja je prethodila istraživanju, dok 41,2% navodi da ju je imalo na trpezi 1 do 2 puta nedeljno (grafikon 17). Nema statistički značajne razlike u redovnosti uzimanja ribe u odnosu na pol, starost i materijalno stanje domaćinstva. Učestalost uzimanja ribe se razlikuje neznatno u odnosu na pol i starost, dok je razlika u odnosu na materijalno stanje znatno uočljivija, te deca iz grupe najsiromašnijih (61,6%) u većem procentu navode da nijednom nisu jela ribu u odnosu na one iz grupe najbogatijih (46,7%).

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u 2006. godini u statistički značajno manjem procentu navode da u prethodnoj nedelji nisu jeli ribu u odnosu na 2000. godinu kada ih je bilo 60,6% ($p < 0,01$).

Grafikon 17 Učestalost konzumiranja ribe kod dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini



Kada su u pitanju „slatkiši“, skoro svako peto dete u Vojvodini navodi da je jelo kolače i keks 6 do 7 puta u nedelji koja je prethodila ispitivanju (18,6%), 3 do 5 puta nedeljno ih je jelo 42,6%, a svega 4,8% dece nijednom (grafikon 18). Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol. Postoji značajna razlika u odnosu na uzrast, pa najmlađi mnogo češće jedu keks i

kolače nego stariji ($\chi^2=13,321$; $p=0,038$) (tabela 5). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, skoro svaki dan kolače i keks u najvećem procentu jedu deca i omladina iz srednje grupe (29,5%) i četvrte grupe (23,5%) po indeksu blagostanja u odnosu na decu iz najsiromašnije grupe (11,6%). Uočljiva je razlika i kod dece koja kolače i keks jedu tri do pet puta nedeljno, pa ih je najviše u grupi najbogatijih (50,0%) u odnosu na decu iz srednje grupe (37,2%) i četvrte grupe (36,3%) ($\chi^2=29,692$; $p=0,003$).

U odnosu na 2000. godinu kod ispitivane dece i omladine u Vojvodini nema statistički značajne razlike u učestalosti konzumiranja keksa i kolača.

Tabela 5 Učestalost konzumiranja kolača i keksa dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini u odnosu na uzrast

Uzrast	Konzumiranje kolača i keksa									
	Nijednom		1-2 puta nedeljno		3-5 puta nedeljno		6-7 puta nedeljno		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7-10 godina	6	3,6	44	26,5	77	46,4	39	23,5	166	100
11-14 godina	9	3,6	88	35,5	101	40,7	50	20,2	248	100
15-19 godina	17	6,7	95	37,5	106	41,9	35	13,8	253	100
UKUPNO	32	4,8	227	34,0	284	42,6	124	18,6	667	100

$$\chi^2=29,692; p=0,003$$

Slična je situacija i sa drugom vrstom „slatkiša“, pa više od četvrtine dece i omladine 6 do 7 puta nedeljno jedu čokoladu i bombone (26,7%), a 3 do 5 puta nedeljno njih 40% (grafikon 18). Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol. Postoji značajna razlika u odnosu na uzrast, pa najmlađi mnogo češće jedu čokoladu i bombone nego stariji ($\chi^2=19,684$; $p=0,003$) (tabela 6). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, skoro svaki dan (6 do 7 puta nedeljno) čokoladu i bombone najčešće jedu deca i omladina iz četvrte grupe (34,6%) i srednje grupe (31,0%) po indeksu blagostanja u odnosu na decu iz druge grupe (18,1%). Uočljiva je razlika i kod dece koja čokoladu i bombone jedu tri do pet puta nedeljno, pa ih je najviše u grupi najbogatijih (52,2%) u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih (29,5%) ($\chi^2=40,648$; $p<0,001$).

Ispitivana deca i omladina u 2006. godini u statistički značajno većem procentu navode da skoro svakodnevno jedu bombone i čokolade u odnosu na 2000. godinu (20,8%) ($p < 0,05$).

Tabela 6 Učestalost konzumiranja bombona i čokolade dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini u odnosu na uzrast

Uzrast	Konzumiranje bombona i čokolade									
	Nijednom		1-2 puta nedeljno		3-5 puta nedeljno		6-7 puta nedeljno		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7-10 godina	12	7,3	29	17,6	64	38,8	60	36,4	165	100
11-14 godina	18	7,3	61	24,6	99	39,9	70	28,2	248	100
15-19 godina	25	9,8	77	30,3	104	40,9	48	18,9	254	100
UKUPNO	55	8,2	167	25,0	267	40,0	178	26,7	667	100

$$\chi^2 = 40,648; p < 0,001$$

Slatka bezalkoholna pića (gazirane i negazirane sokove, toplu čokoladu i drugo) deca i omladina u Vojvodini piju skoro svakodnevno (šest do sedam puta nedeljno) u 36,8%, a tri do pet puta nedeljno u 38,3%, pa se može reći da više od tri četvrtine dece piju bezalkoholna pića koja se ne preporučuju u ishrani dece (grafikon 18). Postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, pa dečaci u većem procentu 6 do 7 puta nedeljno piju bezalkoholne napitke (39,8%) nego devojčice (33,9%) ($\chi^2 = 12,270$; $p = 0,007$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na uzrast.

U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, skoro svaki dan slatka bezalkoholna pića najčešće piju deca i omladina iz četvrte grupe (48%) i srednje grupe (45,0%) po indeksu blagostanja u odnosu na decu iz najsiromašnije grupe (18,3%). Uočljiva je razlika i kod dece koja piju te napitke tri do pet puta nedeljno, pa ih je najviše u drugoj grupi (46,8%) i najbogatijoj (42,4%) u odnosu na decu iz srednje grupe (32,6%) ($\chi^2 = 59,022$; $p < 0,001$).

Ispitivana deca i omladina u 2006. godini u statistički značajno većem procentu navode da 6 do 7 puta nedeljno piju slatka bezalkoholna pića u odnosu na 2000. godinu (26,6%) ($p < 0,01$).

Slane grickalice (čips, flips i drugo) u nedelji koja je prethodila ispitivanju jelo je svako peto dete u Vojvodini 6 do 7 puta (20,1%), dok ih je 36,5% jelo tri do pet puta nedeljno (grafikon 18). Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol. U odnosu na uzrast statistički značajno češće mlađi jedu grickalice u odnosu na stariju decu (tabela 7) ($\chi^2=18,958$; $p=0,004$).

U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, skoro svaki dan (6 do 7 puta nedeljno) slane grickalice najčešće jedu deca i omladina iz četvrte grupe (25,1%) i srednje grupe (24,8%) po indeksu blagostanja u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih (11,6%). Uočljiva je razlika i kod dece koja slane grickalice jedu tri do pet puta nedeljno, pa ih je najviše u drugoj grupi (44,9%) u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih (25,9%) ($\chi^2=35,649$; $p<0,001$).

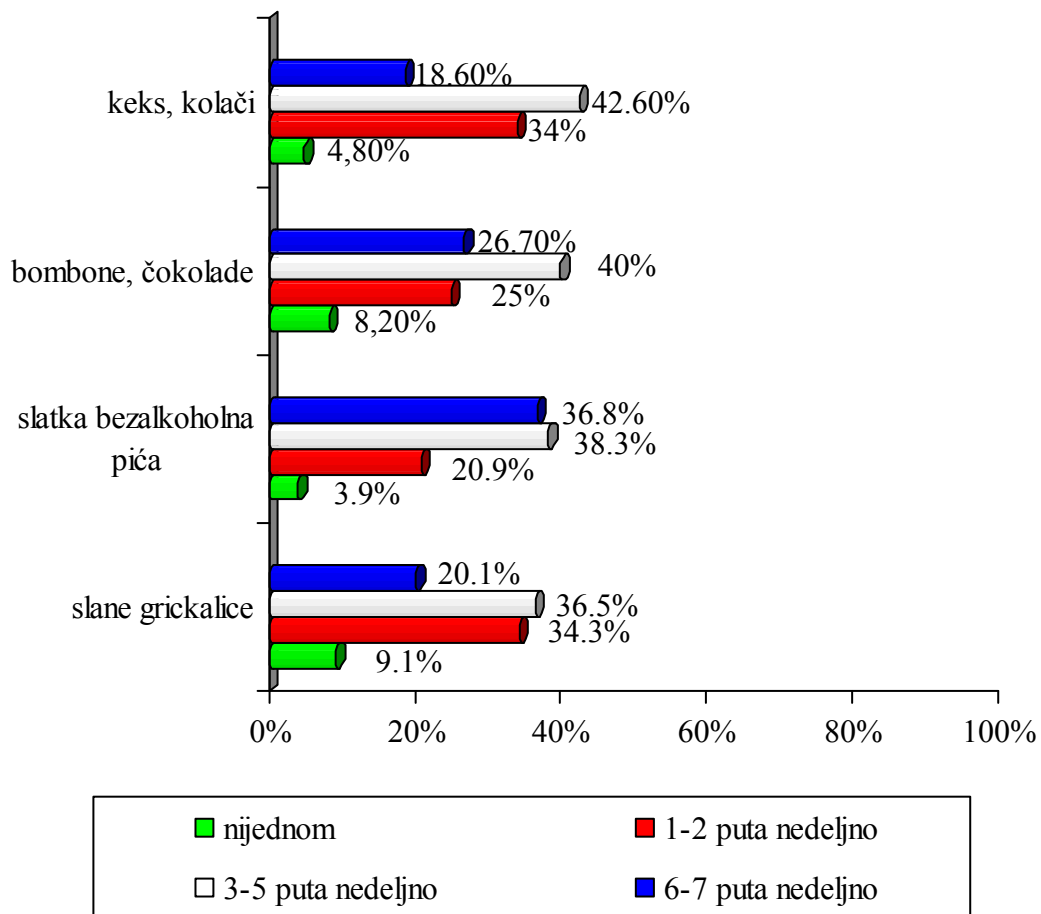
Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Tabela 7 Učestalost konzumiranja slanih grickalica dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini u odnosu na uzrast

Uzrast	Konzumiranje slanih grickalica									
	Nijednom		1-2 puta nedeljno		3-5 puta nedeljno		6-7 puta nedeljno		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7-10 godina	4	2,4	52	31,3	67	40,4	43	25,9	166	100
11-14 godina	24	9,7	84	34,0	89	36,0	50	20,2	247	100
15-19 godina	33	12,9	93	36,5	88	34,5	41	16,1	255	100
UKUPNO	61	9,1	229	34,3	244	36,5	134	20,1	668	100

$\chi^2=35,649$; $p<0,001$

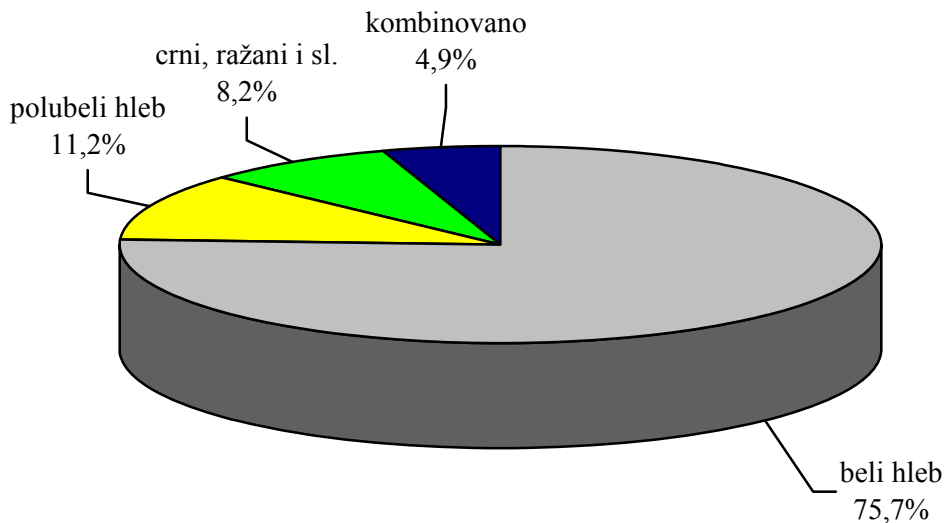
Grafikon 18 Učestalost konzumiranja slatkiša, slatkih bezalkoholnih pića i slanih grickalica dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini



5.3.5 Vrste hleba

Tri četvrtine ispitivane dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini (75,7%) najčešće u svojoj ishrani koriste beli hleb, svako deveto dete (11,2%) koristi polubeli, a tek svako dvanaesto crni, ražani i slične vrste hleba (grafikon 19).

Grafikon 19 Vrste hleba koju deca i omladina uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini najčešće konzumiraju



Nema statistički značajne razlike po polu, niti u odnosu na starost ispitivane dece. Postoji statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, znatno veći procenat dece iz druge grupe (84,6%) i srednje grupe (82%) najčešće konzumira beli hleb u odnosu na grupu najsiromašnijih (57,5%). Deca i omladina iz grupe najsiromašnijih značajno češće jedu polubeli hleb (25,7%) u odnosu na one iz grupe najbogatijih (7,5%). Takođe, ispitanici iz grupe najsiromašnijih značajno češće jedu crni i ražani hleb (14,2%) od onih iz srednje grupe (3,1%) ($\chi^2=50,554$; $p<0,001$) (tabela 8).

U 2006. godini statistički je značajno veći procenat dece i omladine koja navode da najčešće konzumiraju beli hleb u odnosu na 2000. godinu (63%) ($p<0,001$), ali i crni, ražani hleb (5,1%) ($p<0,05$).

Tabela 8 Vrste hleba koju deca i omladina uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini najčešće konzumiraju u odnosu na materijalno stanje domaćinstva

Materijalno stanje domaćinstva	Vrsta hleba								Ukupno	
	Beli		Polubeli		Crni, ražani i slično		Kombinovano			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Najsiromašniji	65	57,5	29	25,7	16	14,2	3	2,7	113	100
Drugi	132	84,6	12	7,7	7	4,5	5	3,2	156	100
Srednji	105	82,0	10	7,8	4	3,1	9	7,0	128	100
Četvrti	133	73,9	17	9,4	18	10,0	12	6,7	180	100
Najbogatiji	72	77,4	7	7,5	10	10,8	4	4,3	93	100
UKUPNO	507	75,7	75	11,2	55	8,2	33	4,9	670	100

$\chi^2=50,554$; $p<0,001$

5.3.6 Vrsta namaza na hleb

Deca i omladina u Vojvodini upitana su koju vrstu namaza na hleb najčešće koriste. Većinom je to margarin (40,5%), zatim pašteta (28%), a svako peto dete koristi pavlaku/krem sir/kajmak (19,9%).

Nema statistički značajne razlike po polu, niti u odnosu na starost ispitivane dece. Postoji statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, pa deca iz grupe najsiromašnijih značajno češće koriste margarin kao namaz na hleb (48,7%) u odnosu na decu iz četvrte grupe (35,6%) i grupe najbogatijih (37,6%). Slična je situacija i sa paštetom koju češće koriste deca iz grupe najsiromašnijih (31,9%) u odnosu na decu iz grupe najbogatijih (16,1%). S druge strane, deca iz grupe najbogatijih značajno češće koriste pavlaku/krem sir/kajmak (35,5%) u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih (7,1%) ($\chi^2=96,349$; $p<0,001$).

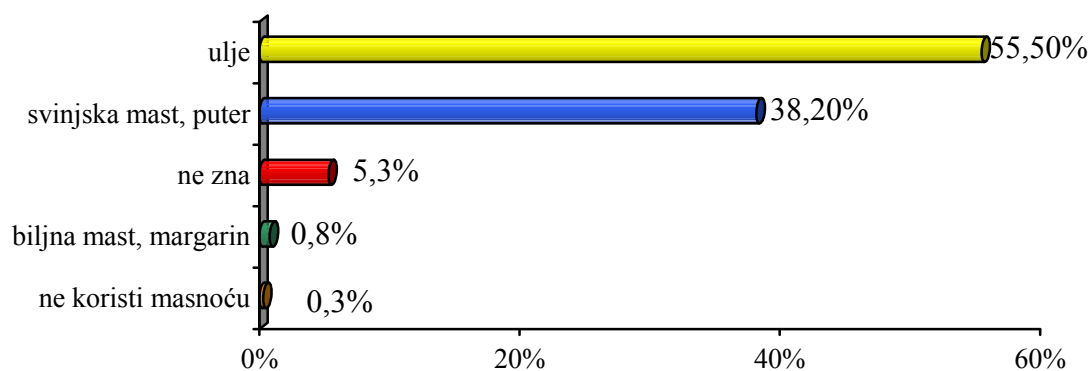
5.3.7 Vrsta masnoće na kojoj se priprema hrana u kući

Deca i omladina u Vojvodini upitana su o vrsti masnoće koja se najčešće koristi za pripremanje hrane u njihovoj kući. Ponuđeni odgovori bili su ulje, biljne masnoće (margarin) i svinjska mast/puter. Kao indikator izdvojene su masti životinjskog porekla, pa svinjsku mast/puter navodi 38,2% ispitanih (grafikon 20). Nema statistički značajne razlike u odnosu na

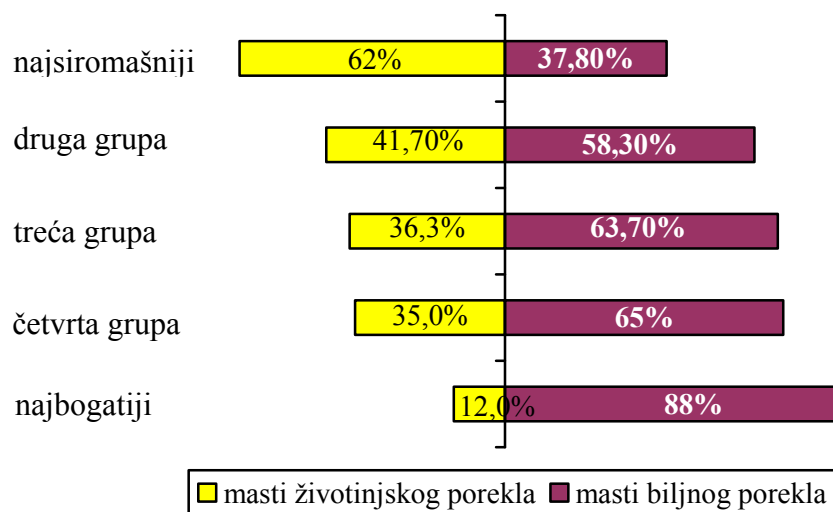
pol i starost, ali postoji u odnosu na materijalno stanje domaćinstva (grafikon 21). Procenat dece i omladine koja navode da se u njihovoj kući hrana priprema na životinjskim mastima značajno opada sa boljim materijalnim stanjem, od 62,2% u grupi najsiromašnijih do 12% u grupi najbogatijih ($\chi^2=55,626$; $p<0,001$).

U 2006. godini statistički značajno manje dece navodi da se u njihovoj kući pretežno za kuvanje koriste masti životinjskog porekla u odnosu na 2000. godinu, kada ih je bilo 54,2% ($p<0,01$).

Grafikon 20 Vrsta masnoće na kojoj se najčešće priprema hrana u domaćinstvima dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina



Grafikon 21 Vrsta masnoće na kojoj se najčešće priprema hrana u domaćinstvima dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



5.3.8 Izbor načina ishrane i zdravlje

Deca i omladina u Vojvodini u skoro polovini slučajeva odgovorila su da pri izboru načina ishrane razmišljaju o svom zdravlju ponekad (44,6%), svako osmo dete o tome razmišlja često (12,4%), njih 7,9% uvek, a više od trećine nikad pri izboru načina ishrane ne razmišlja o svom zdravlju (35,0%). Statistički je značajna razlika po polu, pa devojčice u mnogo većem procentu razmišljaju o svom zdravlju pri izboru načina ishrane nego dečaci ($\chi^2=10,132$; $p=0,017$) (tabela 9).

Tabela 9 Razmišljanje o zdravlju pri izboru načina ishrane dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina u odnosu na pol

Pol	Razmišljanje o zdravlju pri izboru načina ishrane									
	nikad		ponekad		često		uvek		ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ženski	99	29,6	157	46,9	47	14,0	32	9,6	335	100
Muški	135	40,5	141	42,3	36	10,8	21	6,3	333	100
UKUPNO	234	35,0	298	44,6	83	12,4	53	7,9	668	100

$$\chi^2=10,132; p=0,017$$

Takođe, uočava se statistički značajna razlika u odnosu na starost ispitivane dece i omladine u Vojvodini, stariji uzrast češće razmišlja o svom zdravlju pri izboru načina ishrane. Tako, omladina uzrasta 15 do 19 godina u 17,6% navodi da pri izboru načina ishrane često razmišlja o svom zdravlju u odnosu na 6,6% ispitivane dece uzrasta 7 do 10 godina ($\chi^2=63,616$; $p<0,001$) (tabela 10).

Tabela 10 Razmišljanje o zdravlju pri izboru načina ishrane dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina u odnosu na starost

Starost (godine)	Razmišljanje o zdravlju pri izboru načina ishrane									
	nikad		ponekad		često		uvek		ukupno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7-10	98	59,0	47	28,3	11	6,6	10	6,0	166	100
11-14	70	28,3	124	50,2	27	10,9	26	10,5	247	100
15-19	66	25,9	127	49,8	45	17,6	17	6,7	255	100
UKUPNO	234	35,0	298	44,6	83	12,4	53	7,9	668	100

$$\chi^2=63,616; p<0,001$$

Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

U 2006. godini ispitivana deca i omladina u Vojvodini u statistički značajno većem procentu navode da pri izboru načina ishrane nikada ne razmišljaju o zdravlju u odnosu na 2000. godinu (23,8%) ($p < 0,01$).

U Vojvodini tri četvrtine ispitivane dece svakodnevno uzima sva tri glavna obroka, a skoro svako peto dete ne doručkuje redovno. Samo polovina uzima bar jednu šolju mleka i mlečnih proizvoda svaki dan, nešto manje od polovine uzima sveže voće, a tek nešto više od trećine uzima sveže povrće skoro svakog dana. Riba je veoma malo zastupljena u ishrani ispitivane dece, dok su slatkiši, grickalice i slatka bezalkoholna pića učestalo na jelovniku većine dece. Više od tri četvrtine dece najčešće konzumira beli hleb, kao namaz najčešće koriste margarin, a više od trećine njih navodi svinjsku mast kao masnoću na kojoj se priprema hrana u kući. Većina dece uglavnom ne razmišlja o zdravlju prilikom izbora načina ishrane.

U odnosu na 2000. godinu ispitivana deca i omladina značajno redovnije imaju sva tri glavna obroka, manje uzimaju mleko i mlečne proizvode, u većem procentu jedu beli hleb, ali i crni, ražani, više uzimaju sveže voće i ribu, češće jedu bombone i čokoladu i više piju slatka bezalkoholna pića, a u manjem procentu navode da se hrana u kući priprema na mastima životinjskog porekla. Takođe, značajno više dece navodi da prilikom izbora načina ishrane ne razmišlja o svom zdravlju.

5.4 UHRANJENOST I KRVNI PRITISAK

5.4.1 Uhranjenost

Uhranjenost dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini određena je izračunavanjem indeksa telesne mase (BMI-*Body Mass Index*) koji predstavlja odnos aktuelne telesne mase u kilogramima i kvadrata telesne visine izražene u metrima.

Među anketiranom decom i omladinom u Vojvodini 5% je bilo pothranjeno, 8,6% umereno pothranjeno, a 69,3% normalno uhranjeno. Svako osmo dete bilo je umereno gojazno (12,1%), dok je 4,9% dece bilo gojazno.

Kada se posmatra ovih pet kategorija uhranjenosti dece nema statistički značajne razlike u uhranjenosti u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva, ali postoji statistički značajna

razlika u odnosu na uzrast. U kategoriji gojazne dece značajno je veći procenat dece starosti 7 do 10 godina (8,1%), u odnosu na decu starosti 11 do 14 godina (3,2%) i omladinu 15 do 19 godina (4,4%) ($\chi^2=27,885$; $p<0,001$) (tabela 11).

Tabela 11 Uhranjenost dece i omladine 7 do 19 godina u Vojvodini prema uzrastu

Uhranjenost	Uzrast						Ukupno	
	7-10 godina		11-14 godina		15-19 godina			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pothranjeni	17	10,6	8	3,2	8	3,2	33	5,0
Umereno pothranjeni	10	6,2	26	10,5	21	8,4	57	8,6
Normalno uhranjeni	94	58,4	177	71,7	186	74,1	457	69,3
Umereno gojazni	27	16,8	28	11,3	25	10,0	80	12,1
Gojazni	13	8,1	8	3,2	11	4,4	32	4,9
Ukupno	161	100,0	247	100,0	251	100,0	659	100,0

$$\chi^2=27,885; p<0,001$$

Kako bi se uporedilo stanje uhranjenosti u odnosu na procenu sopstvene težine korišćene su tri kategorije uhranjenosti (pothranjeni, normalno uhranjeni i gojazni). Dobijena je statistički značajna razlika, odnosno ne postoji usaglašenost stanja uhranjenosti i procene sopstvene težine. Tako, značajan deo gojazne dece smatra da nisu ni debeli ni mršavi (59,4%), odnosno svega nešto više od trećine dece koja su gojazna (34,7%) sebe tako i procenjuje ($\chi^2=139.403$; $p<0,001$).

Takođe, ne postoji usaglašenost između stanja uhranjenosti i odgovora na pitanje da li smatraju da svojim ponašanjem rizikuju da obole od gojaznosti. Naime, značajan broj dece koja su gojazna ne smatra da svojim ponašanjem rizikuju da obole od gojaznosti (55,9%), odnosno nešto manje od četvrtine dece koja su gojazna (23,4%) smatra da imaju rizik ($\chi^2=64.147$; $p<0,001$).

Procenat dece sa prekomernom telesnom masom statistički značajno je veći u odnosu na 2000. godinu (5,4%) ($p<0,01$). Procenat dece koja su gojazna takođe je statistički značajno veći nego u 2000. godini (1,2%) ($p<0,01$).

5.4.2 Vrednost krvnog pritiska

Vrednost krvnog pritiska ispitivane dece i omladine u Vojvodini prikazana je kao prosečna vrednost sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska.

Ispitivana deca u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina imala su prosečan sistolni krvni pritisak 112,6 mmHg (SD=11,6; min=75,0; max=162,5). Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na starost, starija deca imaju veće vrednosti prosečnog sistolnog krvnog pritiska u odnosu na mlađe starosne kategorije (tabela 10) ($F=54,479$; $p<0,001$). Statistički značajna razlika postoji u odnosu na pol ispitivane dece, dečaci imaju veću prosečnu vrednost sistolnog krvnog pritiska (114,9 mmHg) u odnosu na devojčice (110,2 mmHg) ($t=5,134$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Prosečna vrednost dijastolnog krvnog pritiska ispitivane dece uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini je bila 70,1 mmHg (SD=9,4; min=42,5; max=109,0). Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na starost, starija deca imaju veće vrednosti prosečnog dijastolnog krvnog pritiska u odnosu na mlađe starosne kategorije (tabela 12) ($F=36,518$; $p<0,001$). Statistički značajna razlika postoji u odnosu na pol ispitivane dece, dečaci imaju veću prosečnu vrednost dijastolnog krvnog pritiska (71,4 mmHg) u odnosu na devojčice (68,8 mmHg) ($t=3,469$; $p=0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Tabela 12 Prosečna vrednost sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska kod dece uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini

Uzrast (god.)	Sistolni krvni pritisak				Dijastolni krvni pritisak			
	prosečna vrednost	SD	min	max	prosečna vrednost	SD	min	max
7-10	105,90	11,59	75,00	140,00	65,82	9,89	47,50	107,50
11-14	111,15	9,43	87,50	136,00	68,83	8,39	42,50	95,00
15-19	117,51	11,33	90,00	162,50	73,54	8,76	55,00	109,00
ukupno	112,57	11,57	75,00	162,50	70,07	9,36	42,50	109,00
statistička značajnost	$F=54,479$; $p<0,001$				$F=36,518$; $p<0,001$			

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u prosečnoj vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska. U 2000. godini na uzorku ispitivane dece uzrasta 7 do 19

godina u Vojvodini prosečna vrednost sistolnog krvnog pritiska iznosila je 112,58 mmHg, a prosečna vrednost dijastolnog krvnog pritiska iznosila je 72,03 mmHg.

Na osnovu indeksa telesne mase svako osmo dete u Vojvodinu ima prekomernu telesnu masu, a svako dvadeseto je gojazno, značajno češće mlađi uzrast. Gojazna deca ne procenjuju svoju telesnu masu realno, odnosno značajan deo gojazne dece, više od polovine, smatra da su normalno uhranjeni. Takođe, značajno manje gojazne dece, tek četvrtina, smatra da svojim ponašanjem rizikuje da oboli od gojaznosti.

Prosečne vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska ispitivane dece i omladine u Vojvodini nalaze se u granicama normale.

U odnosu na 2000. godinu značajno je veći procenat dece sa prekomernom telesnom masom i gojaznih.

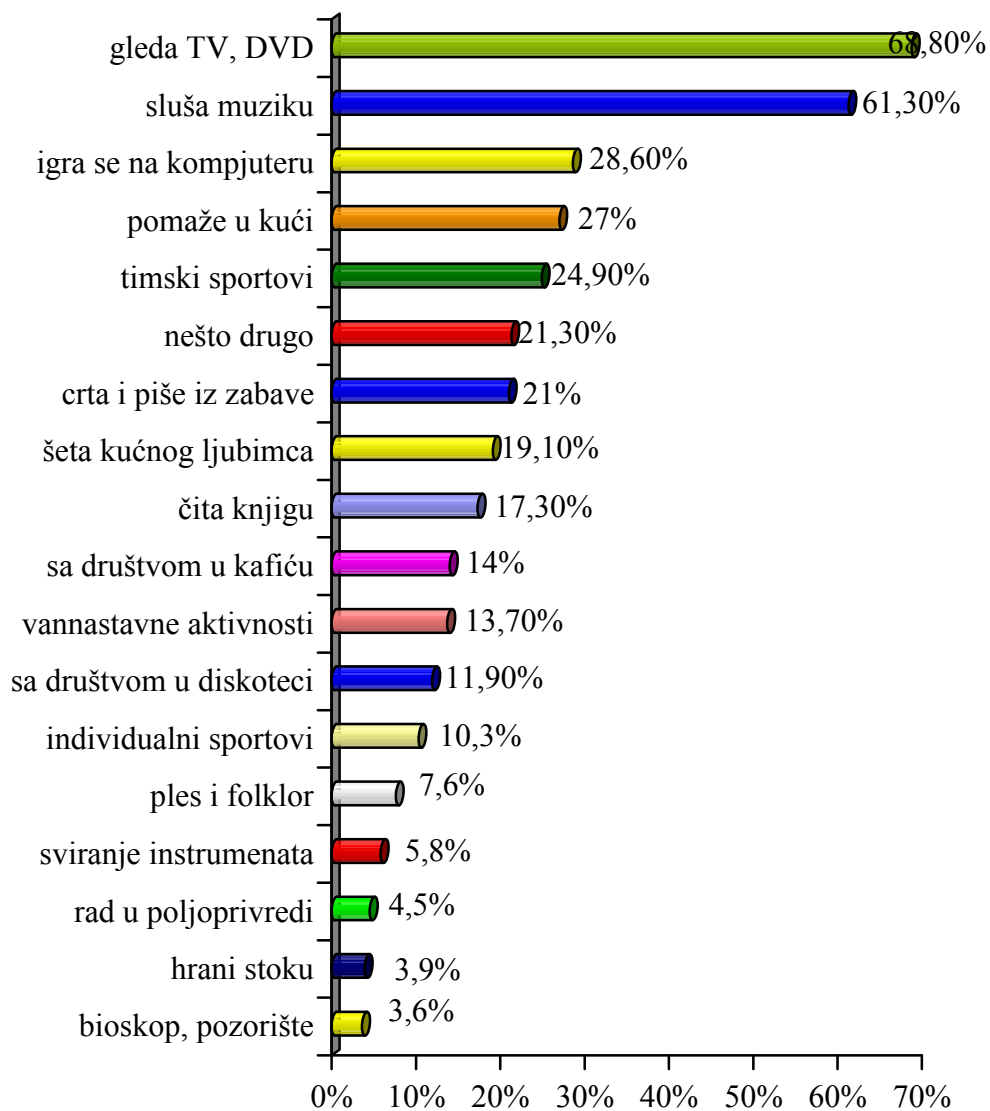
5.5 SLOBODNO VREME I FIZIČKA AKTIVNOST

Indikatori koji prikazuju slobodno vreme i fizičku aktivnost ispitivane dece i omladine u Vojvodini dobijeni su analizom pitanja o učestalosti pojedinih aktivnosti u slobodno vreme, učestalosti fizičke aktivnosti i redovnosti pohađanja časova fizičkog vaspitanja u školi, kao i režimu odmora.

5.5.1 Slobodno vreme

Deca i omladina u Vojvodini u slobodno vreme u najvećem procentu gledaju televiziju, DVD video (68,8%), zatim slušaju muziku (61,3%) i igraju se na kompjuteru (28,6%). U kući pomaže 27% dece, njih 24,9% se bave timskim sportovima (fudbal, košarka, odbojka), a petina navodi da u slobodno vreme radi nešto drugo (21,3%). Interesantno je da svako peto dete često u slobodno vreme crta i piše iz zabave (21%), šeta kućnog ljubimca (19,1%) i čita knjigu (17,3%). Ostale aktivnosti kao što su izlasci sa društvom, vannastavne aktivnosti, individualni sportovi, ples i folklor, sviranje instrumenta i rad u poljoprivrednom gazdinstvu, zastupljene su u manjem procentu (grafikon 22).

Grafikon 22 Aktivnosti kojima se deca i omladina u Vojvodini često bave u slobodno vreme



Dečaci u značajno većem procentu provode vreme igrajući se na kompjuteru (35,4%) nego devojčice (21,9%), zatim češće se bave timskim sportovima (37,8%) u odnosu na devojčice (12,2%) i individualnim sportovima (14,3%) u odnosu na devojčice (6,2%). Devojčice pak, znatno češće u slobodno vreme slušaju muziku (66,7%) nego dečaci (55,9%), zatim čitaju knjige (24,3%) u odnosu na dečake (10,1%), crtaju i pišu iz zabave (25,8%) više nego dečaci (16,1%), idu na ples i folklor i vannastavne aktivnosti (tabela 13).

Tabela 13 Aktivnosti kojima se deca i omladina u Vojvodini često bave u slobodno vreme po polu

Aktivnost	ukupno %	muški	ženski	χ^2	p
Gledanje televizije, DVD	68,8	69,1	68,5	0,066	0,967
Slušanje muzike	61,3	55,9	66,7	8,278	0,016
Igranje na kompjuteru	28,6	35,4	21,9	18,044	0,000
Pomaganje u kući ili oko kuće	27,0	24,3	29,7	4,631	0,099
Bavljenje timskim sportom	24,9	37,8	12,2	85,584	0,000
Drugo	21,3	19,0	23,7	0,256	0,785
Crtanje i pisanje iz zabave	21,0	16,1	25,8	33,650	0,000
Igra i šetnja sa kućnim ljubimcem	19,1	20,1	18,2	0,458	0,795
Čitanje knjige	17,3	10,1	24,3	39,128	0,000
Izlazak sa društvom u kafić	14,0	15,6	12,5	1,343	0,511
Vannastavne aktivnosti (hor, sekcija)	13,7	6,9	20,5	36,906	0,000
Izlazak sa društvom u diskoteku	11,9	13,8	10,1	2,264	0,322
Bavljenje individualnim sportom	10,3	14,3	6,2	11,963	0,003
Folklor, ples	7,6	4,2	11,0	16,467	0,000
Sviranje instrumenta	5,8	6,3	5,4	0,278	0,874
Rad u polju/njivi	4,5	6,6	2,4	16,440	0,000
Bavljenje stokom/živinom	3,9	5,1	2,7	8,059	0,018
Odlazak u bioskop, pozorište, na koncerte	3,6	1,8	5,4	6,127	0,047

Kada se posmatra uzrast, u slobodno vreme mlađa deca od 7 do 10 godina statistički značajno češće od starijih od 15 do 19 godina gledaju televiziju, DVD video (76% prema 62,4%),

crtaju i pišu iz zabave (33,3% prema 10,2%), idu na ples i folklor (11,4% prema 3,9%) i igraju se i šetaju kućnog ljubimca (30,4% prema 11,4%).

Omladina od 15 do 19 godina u odnosu na najmlađe 7 do 10 godina svoje slobodno vreme statistički značajno češće provodi slušajući muziku (75,6% prema 41,1%), pomažu u kući i oko kuće (36,9% prema 14,4%), rade na polju/njivi (9,1% prema 0,6%), čuvaju i hrane stoku (6,7% prema 1,2%), odlaze u bioskop, pozorište, na koncerte (4,3% prema 3,6%), provode vreme sa društvom u kafiću (33,3% prema 0,6%) i izlaze u diskoteku (28,6% prema 0,0%).

Deca uzrasta 11 do 14 godina u odnosu na starije (15 do 19 godina) u slobodno vreme značajno češće čitaju knjigu (20,9% prema 12,9%) i imaju vannastavne aktivnosti (20,9% prema 4,7%), dok u odnosu na i mlađe i starije uzrasne grupe značajno češće se bave timskim sportom (35,3% prema 19,2% starijih i 18,1% mlađih).

U slobodno vreme često se igraju na kompjuteru približno podjednako sve uzrasne grupe i tu nema statistički značajne razlike (tabela 14).

Razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva postoje i statistički su značajne kada je u pitanju slobodno vreme koje deca često provode igrajući se na kompjuteru i to u većem procentu deca iz najbogatije grupe (39,8%) u odnosu na one iz najsiromašnije grupe u odnosu na materijalno stanje porodice (7,1%) ($\chi^2=143,488$; $p<0,001$). Takođe, nabogatiji značajno češće slušaju muziku u odnosu na najsiromašnije (65,6% prema 51,3%) ($\chi^2=20,496$; $p=0,009$), sviraju neki instrument (14,0% prema 2,7%) ($\chi^2=17,483$; $p=0,025$), idu na vannastavne aktivnosti (25,8% prema 8,8%) ($\chi^2=27,870$; $p<0,001$) i bave se individualnim sportom (15,1% prema 5,3%) ($\chi^2=19,779$; $p=0,011$). Isto tako, deca iz najbogatije grupe značajno češće provode slobodno vreme idući na ples i folklor i to 10,9% u odnosu na 3,8% dece iz druge kategorije prema indeksu blagostanja ($\chi^2=16,510$; $p=0,036$).

Nasuprot tome, deca iz najsiromašnije grupe prema materijalnom stanju porodice značajno češće provode slobodno vreme radeću u polju/njivi u odnosu na najbogatije (8,0% prema 1,1%) ($\chi^2=31,758$; $p<0,001$) i čuvaju i hrane stoku (6,2% prema 0,0%) ($\chi^2=56,059$; $p<0,001$).

Deca i omladina iz druge (73,2%) i srednje (73,6%) grupe prema indeksu blagostanja značajno češće u slobodno vreme gledaju televiziju i DVD video u odnosu na 59,1% dece iz grupe najbogatijih ($\chi^2=20,457$; $p=0,009$). Timskim sportovima značajno češće se bave deca iz četvrte (31,7%) i srednje (27,9%) grupe indeksa blagostanja u odnosu na 16,8% dece iz najsiromašnije grupe ($\chi^2=22,183$; $p=0,005$). Takođe, deca iz četvrte grupe u odnosu na najsiromašnije u značajno većem procentu u slobodno vreme idu u bioskop, pozorište i na

koncerte (6,1% prema 0,9%) ($\chi^2=76,920$; $p<0,001$). Slobodno vreme u kafiću češće provode deca iz srednje grupe u odnosu na grupu najsiromašnijih prema indeksu blagostanja (17,8% prema 5,3%) ($\chi^2=16,598$; $p=0,035$) i u diskoteci (17,1% prema 3,5%) ($\chi^2=21,859$; $p=0,005$).

Tabela 14 Aktivnosti kojima se deca i omladina u Vojvodini često bave u slobodno vreme po uzrastu

Aktivnost	7 -10 g.	11-14 g.	15-19 g.	χ^2	p
	%				
Gledanje televizije, DVD	76,0	70,4	62,4	10,803	0,029
Slušanje muzike	41,1	60,3	75,6	51,401	<0,001
Igranje na kompjuteru	29,2	30,0	27,0	3,750	0,441
Pomaganje u kući ili oko kuće	14,4	25,3	36,9	41,860	<0,001
Bavljenje timskim sportom	18,1	35,3	19,2	28,465	<0,001
Drugo	6,9	25,0	32,3	5,983	0,050
Crtanje i pisanje iz zabave	33,3	23,7	10,2	110,307	<0,001
Igra i šetnja sa kućnim ljubimcem	30,4	19,4	11,4	47,089	<0,001
Čitanje knjige	18,5	20,9	12,9	11,811	0,019
Izlazak sa društvom u kafić	0,6	3,2	33,3	336,276	<0,001
Vannastavne aktivnosti (hor, sekcija)	16,7	20,9	4,7	46,403	<0,001
Izlazak sa društvom u diskoteku	0,0	2,8	28,6	312,828	<0,001
Bavljenje individualnim sportom	11,9	11,6	7,8	4,423	0,352
Folklor, ples	11,4	8,9	3,9	11,531,	0,021
Sviranje instrumenta	6,0	7,7	3,9	6,988	0,137
Rad u polju/njivi	0,6	2,4	9,1	28,448	<0,001
Bavljenje stokom/živinom	1,2	2,8	6,7	12,652	0,013
Odlazak u bioskop, pozorište, na koncerte	3,6	2,8	4,3	9,506	0,050

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u 40,9% provode više od dva sata dnevno u gledanju televizije. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, mada dečaci u nešto većem procentu (44,8%) nego devojčice (37,1%) gledaju televiziju više od dva sata dnevno. Uočava se značajna razlika u odnosu na uzrast, najviše televiziju duže od dva sata gledaju najstariji 15 do 19 godina (44,3%) u odnosu na najmlađe 7 do 10 godina (36,3%) ($\chi^2=13,577$; $p=0,035$). Takođe,

uočava se značajna razlika u odnosu na indeks blagostanja, gde televiziju više od dva sata dnevno u najvećem procentu gledaju deca iz srednje (45,7%) i najsiromašnije grupe (43,4%) u odnosu na grupu najbogatijih (34,4%) ($\chi^2=27,318$; $p=0,007$).

Sedenterno provođenje slobodnog vremena dece i omladine u Vojvodini značajno je zastupljenije u 2006. godini u odnosu na 2000. godinu. Značajno više dece navodi da često gleda televiziju i DVD video nego 2000. godine (58,5%) ($p<0,01$) i često se igra na kompjuteru u odnosu na 2000. godinu (10,6%) ($p<0,01$).

5.5.2 Fizička aktivnost

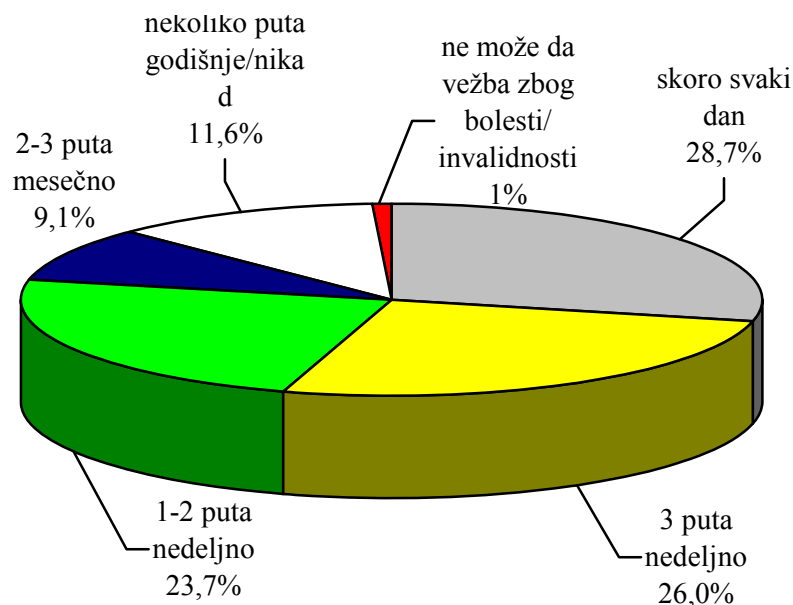
Od ispitivane dece i omladine u Vojvodini 92,9% dece navodi da redovno radi fizičko u školi.

Iako je muški pol nešto redovniji, nema statistički značajne razlike u redovnosti pohađanja časova fizičkog u školi u odnosu na pol, dok se sa starošću smanjuje procenat onih koji rade redovno, i ta je razlika statistički značajna. Tako su najmlađi od 7 do 10 godina najredovniji (98,2%), zatim uzrast od 11 do 14 godina (93,5%), a najmanje redovna je omladina od 15 do 19 godina (87,3%) ($\chi^2=17,385$; $p=0,002$).

Prema indeksu blagostanja nema statistički značajne razlike, ali u odnosu na 2000. godinu značajno je više dece koja redovno pohađaju časove fizičkog vaspitanja u školi (2000. godine 86,5% dece i omladine) ($p<0,01$).

Deca i omladina u Vojvodini u slobodno vreme redovno su fizički aktivni u 78,4%, dok je petina fizički nedovoljno aktivna (21,6%) (grafikon 23). Kriterijum za ocenu redovnosti fizičke aktivnosti u slobodno vreme definisan u upitniku bio je da se deca bave fizičkim vežbama tako da se zaduvaju ili oznoje skoro svaki dan, tri puta nedeljno i jednom do dva puta nedeljno. Kriterijum redovnosti bavljenja fizičkom aktivnošću koji se najčešće navodi u literaturi je svakodnevna fizička aktivnost i najmanje dva do tri puta nedeljno. Prema ovom kriterijumu, svega 28,7% ispitivane dece i omladine u Vojvodini bavi se fizičkim aktivnostima u slobodno vreme skoro svaki dan, a 26% tri puta nedeljno, što ukupno čini 54,7% dece koja imaju odgovarajuću fizičku aktivnost u slobodno vreme.

Grafikon 23 Bavljenje fizičkom aktivnošću u slobodno vreme dece i omladine u Vojvodini



Kada se pogleda kriterijum redovnosti bavljenja fizičkom aktivnošću definisan u upitniku, postoji statistički značajna razlika po polu, 86,1% dečaka je fizički aktivno u odnosu na 70,8% devojčica ($\chi^2=22,809$; $p<0,001$).

Takođe, sa starošću se smanjuje procenat dece i omladine koja su redovno fizički aktivna, statistički značajno više su fizički aktivni najmlađi od 7 do 10 godina (88,4%) u odnosu na najstarije 15 do 19 godina (69,1%) ($\chi^2=23,585$; $p<0,001$).

Iako su deca i omladina iz grupe najbogatijih prema indeksu blagostanja u slobodno vreme fizički aktivnija (87,0%) u odnosu na grupu najsiromašnijih (71,2%), ova razlika nije statistički značajna.

Ako analiziramo redovnost bavljenja fizičkom aktivnošću prema kriterijumu koji se danas preporučuje u stručnoj literaturi da deca i mladi treba da se bave fizičkom aktivnošću najmanje 60 minuta svakog dana, onda samo 28,7% ispitivane dece u Vojvodini zadovoljava ovaj kriterijum. Postoji statistički značajna razlika u svakodnevnom bavljenju fizičkom aktivnošću između dečaka i devojčica. Dečaci se u značajno većem procentu (37%) u odnosu na devojčice (20,5%) bave fizičkom aktivnošću u slobodno vreme ($\chi^2=21,986$; $p<0,001$). Takođe, statistički značajna je razlika u odnosu na uzrast ispitivane dece. Deca iz najmlađe starosne grupe od 7 do 10 godina se u najvećem procentu bave svakodnevnom fizičkom aktivnošću (37,2%) u odnosu na

decu uzrasta 11 do 14 godina (30,5%) i najstarije od 15 do 19 godina (21,3%) ($\chi^2=12,878$; $p=0,002$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Poređenje indikatora koji govori o učestalosti fizičke aktivnosti u slobodno vreme ispitivane dece i omladine u odnosu na 2000. godinu nije bilo moguće obzirom na različitu distribuciju učestalosti fizičke aktivnosti u upitnicima.

5.5.3 Režim odmora

Većina dece i omladine u Vojvodini, 90,9% ide na spavanje radnim danom pre ponoći. Razlika u procentu dece koja odlaze na spavanje pre ponoći između ženskog i muškog pola nije statistički značajna, iako nešto više devojčica 92,3% nego dečaka 89,6% leže pre ponoći. Kao što se i očekuje, sva deca od 7 do 10 godina odlaze na spavanje pre ponoći, 98,0% dece uzrasta 11 do 14 godina, a svega 78,0% omladine od 15 do 19 godina, i ta razlika je statistički značajna ($\chi^2=83,507$; $p<0,001$).

Statistički je značajna razlika i prema indeksu blagostanja, deca i omladina iz druge grupe (15,4%) u značajno većem procentu idu na spavanje posle ponoći u odnosu na najsiromašnijiu grupu (3,5%) i najbogatiju grupu (5,4%) ($\chi^2=14,103$; $p=0,007$). Deca i omladina koja potiču iz najsiromašnijih domaćinstava prema indeksu blagostanja u značajno većem procentu odlaze na spavanje pre ponoći, njih 96,5% ($\chi^2=14,103$; $p=0,007$).

Tokom radnih dana 8,1% dece i omladine noću spava manje od 7 sati, i to značajno više muški pol (10,5%) u odnosu na ženski pol (5,7%) ($\chi^2=5,261$; $p=0,023$). Slično kao i kod vremena odlaska na spavanje najstariji 15 do 19 godina u značajno većem procentu (16,5%) spavaju manje od 7 sati tokom noći u odnosu na 1,8% najmlađih ($\chi^2=40,119$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike prema indeksu blagostanja.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u vremenu odlaska na spavanje i dužini spavanja noću ispitivane dece i omladine u Vojvodini.

Većina dece i omladine u Vojvodini se u slobodno vreme bavi sedenternim aktivnostima kao što su gledanje televizije, slušanje muzike i igranje na kompjuteru. Časove fizičkog vaspitanja u školi redovno pohađa velika većina dece, mada se redovnost smanjuje sa starošću, kao i bavljenje fizičkim aktivnostima u slobodno vreme koje nisu dovoljno zastupljene. Kasniji odlazak na spavanje i nedovoljan broj sati sna noću tokom radnih dana je kod starijeg uzrasta značajno zastupljeniji.

U odnosu na 2000. godinu ispitivana deca i omladina značajno češće navode da često gledaju televiziju i igraju se na kompjuteru, ali i u većem procentu navode da redovno pohađaju časove fizičkog vaspitanja u školi.

5.6 PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU

Analizirana su pitanja o bezbednom ponašanju u saobraćaju kao što je korišćenje osvetljenja, upotreba zaštitnih mera prilikom vožnje rolera, bicikla, motora, sigurnosnog pojasa u automobilu i rizičnog ponašanja prilikom prelaska ulice.

U Vojvodini većina anketirane dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina ponaša se rizično kada ide po mraku neosvetljenom ulicom ili putem, odnosno njih 89,4% ne koristi uvek neko osvetljenje (mačije oči, baterijska lampa, svetleće patike i dr.), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

Deca i omladina uzrasta 7 do 19 godina u saobraćaju učestvuju kao pešaci, vozači rolera i skejtboarda, bicikla, motocikla, dok je mali broj onih koji voze automobile. Velika većina vozača rolera ili skejtboarda (89%) i onih koji voze bicikl (96,1%) ponaša se rizično, odnosno ne koriste štitnike i kacigu. Vozači motocikla ne koriste zaštitnu kacigu u više od polovine slučajeva (52,4%). Takođe, više od polovine vozača bicikla (52,3%) ne koristi osvetljenje kada vozi bicikl noću. Kao vozači automobila 30,5% anketiranih navodi da ne koristi sigurnosni pojas. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva, kada su u pitanju zaštitne mere prilikom vožnje.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja ne koriste svetlo prilikom vožnje bicikla, ali statistički značajno je više dece koja ne koriste kacigu prilikom vožnje rolera u odnosu na 2000. godinu (81,3%) ($p < 0,05$).

Više od polovine ispitivane dece i omladine u Vojvodini ponaša se rizično prilikom prelaska ulice, odnosno 55% njih prelazi ulicu van pešačkog prelaza ili kada je na semaforu crveno svetlo.

Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol. Kada je u pitanju uzrast, omladina uzrasta 15 do 19 godina u značajno većem procentu (69,8%) ponaša se rizično prilikom prelaska ulice u odnosu na najmlađe 7 do 10 godina (35,2%) ($\chi^2=48,323$; $p < 0,001$). Postoji statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, najčešće rizično prelaze ulicu deca i

omladina iz druge grupe prema indeksu blagostanja (62,2%) u odnosu na grupu najsiromašnijih (41%) i četvrtu grupu (53,4%) ($\chi^2=13,038$; $p=0,011$).

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Kao suvozači, deca i omladina u Vojvodini navode u 17,1% da ne koriste sigurnosni pojas u automobilu. Nema statistički značajne razlike u korišćenju sigurnosnog pojasa u odnosu na pol, mada ga dečaci u nešto većem procentu ne koriste (18,8%) u odnosu na devojčice (15,3%). Takođe, nema značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. U odnosu na uzrast, najveći je procenat dece koja ne koriste sigurnosni pojas kao suvozači u kategoriji najmlađih (25,9%), u odnosu na 12,6% ispitanih starosti 11 do 14 godina i 16,7% omladine 15 do 19 godina, i ova razlika je statistički značajna ($\chi^2=9,046$; $p=0,011$).

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Više od polovine dece i omladine u Vojvodini (58,1%) kao suvozači na motociklu ne koriste zaštitnu kacigu. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i starost ispitanih, kao i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, mada se uočava veći procenat dece i omladine koja kao suvozači na motociklu ne koriste zaštitnu kacigu u grupi najsiromašnijih (59,1%) u odnosu na one iz grupe najbogatijih (36,4%).

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Deca i omladina u Vojvodini većinom se kao učesnici u saobraćaju, bilo da su pešaci, vozači rolera, skejtborda i bicikla, vozači/suvozači motora i automobila, ponašaju rizično, odnosno prelaze ulicu van pešačkog prelaza i dok je na semaforu crveno svetlo, ne koriste osvetljenje, zaštitne kacige i sigurnosne pojaseve.

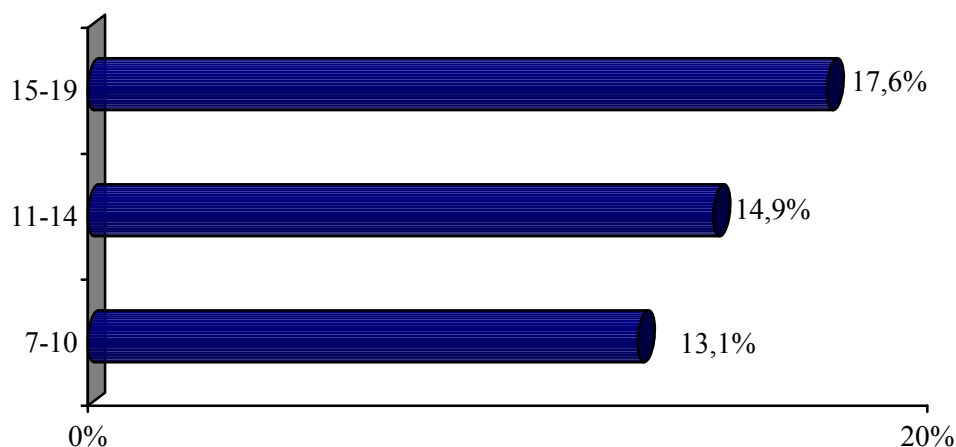
5.7 POVREDE

Analizirana su pitanja o povređivanju u prethodnih godinu dana, mestu povređivanja i mestu pružanja pomoći nakon povrede.

U Vojvodini je 15,5% anketirane dece i omladine imalo povredu u toku godine koja je predhodila istraživanju. Značajno češće su se povređivali dečaci (20,9%) nego devojčice (10,1%)

($\chi^2=14,998$; $p<0,001$). Nema značajne razlike u odnosu na uzrast, mada je procenat povređenih najveći u starosnoj grupi 15 do 19 godina (17,6%) (grafikon 24).

Grafikon 24 Procenat dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina koji su imali povredu u protekloj godini prema starosti



U odnosu na materijalno stanje domaćinstva nešto češće su se povređivala deca iz grupe najbogatijih (20,4%) i srednje grupe (18,6%) u odnosu na grupu najsiromašnijih (13,3%) i drugu grupu (8,9%), mada ta razlika nije statistički značajna.

Ispitivana deca i omladina u statistički značajno manjem procentu navode da su imala povredu u prethodnih godinu dana u odnosu na 2000. godinu (23,8%) ($p<0,01$).

Na pitanje gde su se poslednji put povredili, deca i omladina u Vojvodini su odgovorila u 26,2% da je to bilo na sportskom terenu, na ulici i u saobraćaju povredilo se njih 29,1%, u školi je povredu imalo 18,4%, dok su ostala mesta povređivanja kao što su povrede u kući, na poslu, u polju/na njivi i drugo, zastupljene u 26,2%.

Postoji statistički značajna razlika po mestu povrede u odnosu na uzrast. Omladina uzrasta 15 do 19 godina najčešće se povređivala na sportskom terenu (37,8%), deca starosti od 11 do 14 godina najčešće su se povređivala u saobraćaju/na ulici (37,8), a najmlađi, uzrasta 7 do 10 godina, najčešće navode ostala mesta povređivanja (52,4%), a zatim povrede u saobraćaju/na ulici (28,6%) ($\chi^2=19,685$; $p=0,003$) (tabela 15).

Tabela 15 Mesto poslednje povrede dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini

Mesto povrede	Uzrast						Ukupno	
	7-10 godina		11-14 godina		15-19 godina		n	%
	n	%	n	%	n	%		
U saobraćaju/na ulici	6	28,6	14	37,8	10	22,2	30	29,1
U školi	4	19,0	9	24,3	6	13,3	19	18,4
Na sportskom terenu	0	0,0	10	27,0	17	37,8	27	26,2
Ostalo	11	52,4	4	10,8	12	26,7	27	26,2
Ukupno	21	100,0	37	100,0	45	100,0	103	100,0

$$\chi^2=19,685; p=0,003$$

Nema statistički značajne razlike u mestu povređivanja u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

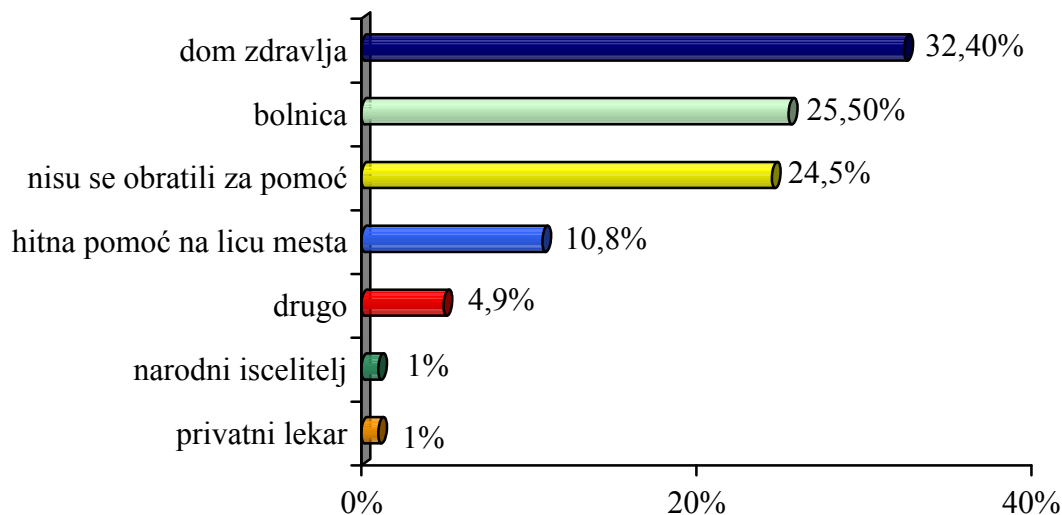
Ispitivana deca i omladina u statistički značajno većem procentu navode da se povreda dogodila u školi u odnosu na 2000. godinu (3,8%) ($p<0,01$). Povrede u saobraćaju u 2006. godini imalo je 5,8% dece što je statistički značajno više u odnosu na 2000. godinu (0,5%) ($p<0,05$).

Skoro trećina dece i omladine u Vojvodini koja su tokom protekle godine bila povređena navela je da im je pomoć pružena u domu zdravlja/ambulanti (32,4%), svakom četvrtom povređenom pomoć je pružena u bolnici (25,5%), a četvrtina njih se nije obratila za pomoć (25,5%). Intervencijom hitne pomoći na mestu povređivanja zbrinuto je svako deseto povređeno dete (10,8%) (grafikon 25).

Prema tome, više od dve trećine (69,7%) dece i omladine je nakon povređivanja zbrinula zdravstvena služba, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, starost i materijalno stanje domaćinstva.

Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na 2000. godinu kada je značajno manje povređene dece, 42,2% navelo da je zbrinuto od strane zdravstvene službe.

Grafikon 25 Mesto pružanja pomoći pri povređivanju dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina



Svako sedmo dete u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina navodi da je imalo povredu u protekloj godini, i to više dečaci nego devojčice. Poslednja povreda se u većini slučajeva dogodila na ulici/u saobraćaju i na sportskim terenima. Pomoć nakon povrede najčešće je pružila zdravstvena služba - domovi zdravlja i bolnice, a u manjem procentu hitna pomoć na licu mesta.

U 2006. godini je povređeno manje dece nego u 2000. godini, povrede su češće bile u školi i saobraćaju i veći procent dece zbrinut je od strane zdravstvene službe.

5.8 NASILJE

U ovom istraživanju ispitivana je izloženost fizičkom i psihičkom nasilju i učestvovanje u nasilju nad drugim osobama mladih uzrasta 15 do 19 godina.

Ispitivani mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini navode da su u godini koja je prethodila istraživanju bili izloženi nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja u 18% slučajeva.

U protekloj godini 9,8% mladih bilo je izloženo fizičkom nasilju. Najčešće se fizičko nasilje dogodilo na ulici (7,3%), u školi/na radnom mestu (2,4%), zatim u porodici (1,6%) i na nekom drugom mestu (0,8%).

Potvrđan odgovor o izloženosti fizičkom nasilju u školi/na radnom mestu dali su samo dečaci, a nijedna devojčica. Kada je u pitanju izloženost fizičkom nasilju na ulici, statistički značajno češće potvrđan odgovor su dali dečaci (12,1%) u odnosu na devojčice (1,8%) ($\chi^2=9,756$; $p=0,008$).

U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, fizičkom nasilju u porodici i u školi/na radnom mestu nešto češće su bili izloženi mladi iz druge grupe po indeksu blagostanja, dok su fizičkom nasilju na ulici najviše bili izloženi mladi iz najsiromašnije grupe.

U protekloj godini 14,5% mladih bilo je izloženo psihičkom nasilju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju i drugo). Najčešće se psihičko maltretiranje dogodilo u školi/na radnom mestu u 7,7% slučajeva, na ulici u 6,1% i u porodici 4,9%.

Kada je u pitanju izloženost psihičkom nasilju u porodici i u školi/na radnom mestu nešto više dečaka daje potvrđan odgovor. Statistički značajna razlika po polu uočava se u odnosu na izloženost psihičkom nasilju na ulici, značajno češće su izloženi dečaci (9,8%) nego devojčice (1,8%) ($\chi^2=7,393$; $p=0,025$).

U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, psihičkom nasilju u porodici nešto češće su bili izloženi mladi iz druge grupe po indeksu blagostanja, u školi/na radnom mestu češće su bili izloženi mladi iz najbogatije grupe, dok su psihičkom nasilju na ulici najviše bili izloženi mladi iz četvrte i druge grupe.

Kada je u pitanju ispoljavanje nasilja prema drugima, 10,2% mladih uzrasta 15 do 19 godina navodi da je nekoga psihički maltretiralo (vređalo, ponižavalo i dr.), nešto češće dečaci (12,9%) nego devojčice (7%) i mladi iz četvrte grupe (13,6%) u odnosu na najsiromašniju grupu (7,7%) prema materijalnom stanju domaćinstva, ali ta razlika nije statistički značajna.

Ispitivani mladi uzrasta 15 do 19 godina u 13% navode da su nekoga tukli, statistički značajno češće dečaci (22%) nego devojčice (2,6%) ($\chi^2=20,651$; $p<0,001$). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva mladi iz četvrte grupe po indeksu blagostanja nešto češće navode da su nekoga tukli, ali ta razlika nije statistički značajna.

Mladi koji su bili izloženi nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja u godini koja je prethodila ispitivanju u 34,8% slučajeva obratili su se nekome za pomoć. Najčešće su se obratili

roditeljima (rođaku ili prijatelju), zatim policiji, nastavniku/profesoru i zdravstvenom radniku. Nijedno dete nije se obratilo za pomoć socijalnom radniku ili SOS službi.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece koja su bila izložena nekom obliku fizičkog i psihičkog nasilja, kao i ispoljavanju nasilja prema drugima.

Skoro svaka peta mlada osoba u Vojvodini bila je izložena nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja u godini koja je prethodila ispitivanju, svaka deseta mlada osoba navodi da je nekoga psihički maltretirala, a 13% da je nekoga tukla. Fizičko nasilje doživela je svaka deseta mlada osoba, najčešće na ulici i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Psihičko nasilje doživela je svaka sedma mlada osoba, najčešće u porodici i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Trećina mladih izložena fizičkom ili psihičkom nasilju obratila se za pomoć.

5.9 POZNAVANJE RIZIKA U OKRUŽENJU I INFORMACIJA O ZDRAVLJU

Analizirana su pitanja koja se odnose na viđenje sopstvene škole ispitivane dece i omladine u odnosu na higijenu, bezbednost i mogućnost rekreacije, kao i najčešće izvore informacija o zdravlju i bolestima.

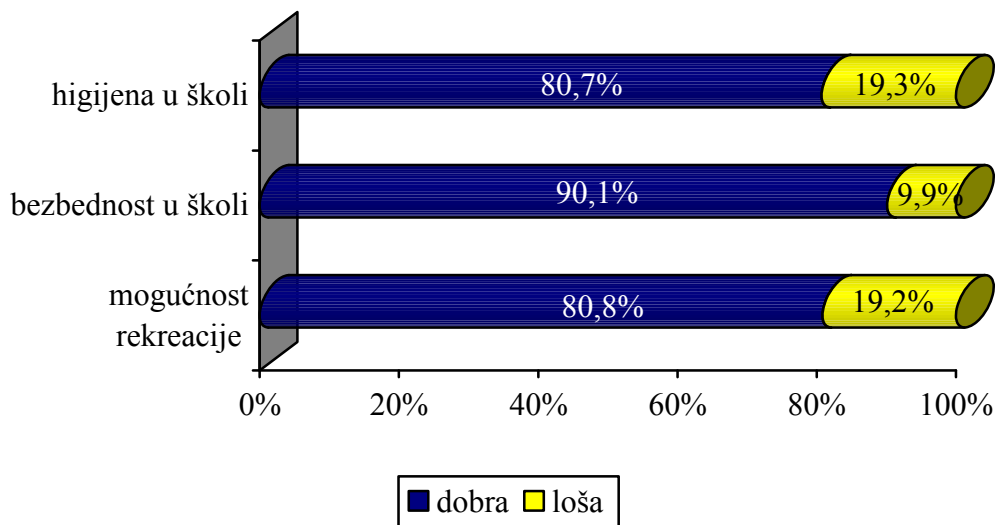
5.9.1 Poznavanje rizika u okruženju

Svako peto ispitivano dete uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini procenjuje higijenu u svojoj školi kao lošu (19,3%), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i uzrast dece. Značajno se razlikuje procena higijene u školi u odnosu na materijalno stanje, pa deca iz grupe najbogatijih (22,6%) i četvrte grupe (28,5%) prema indeksu blagostanja u većem procentu ocenjuju higijenu u školi kao lošu u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih (6,2%) ($\chi^2=21,498$; $p<0,001$).

Svako deseto anketirano dete u Vojvodini (9,9%) procenjuje bezbednost u svojoj školi kao lošu, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

Skoro svako peto anketirano dete u Vojvodini (19,2%) procenjuje mogućnost rekreacije u svojoj školi kao lošu, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva (grafikon 26).

Grafikon 26 Procena higijene, bezbednosti i mogućnosti rekreacije u školi dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini

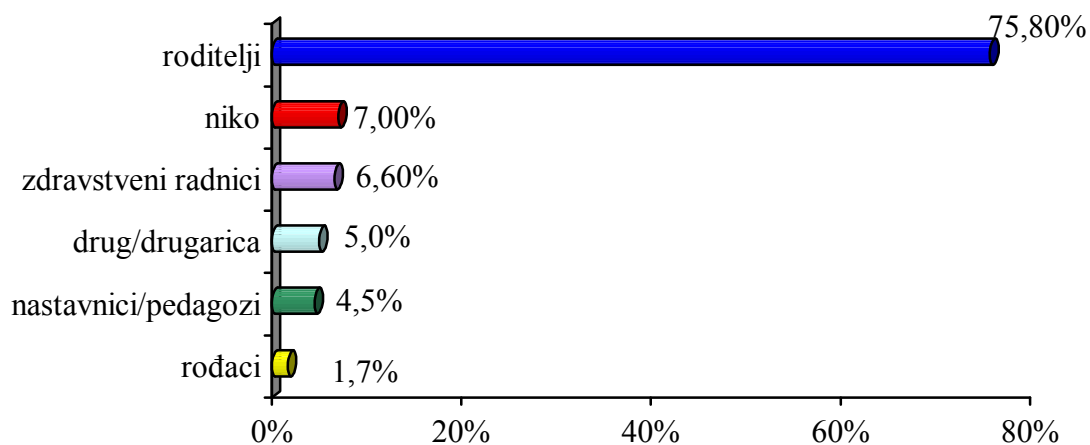


U odnosu na 2000. godinu statistički značajno manji procenat dece i omladine daje lošu ocenu higijeni, bezbednosti i mogućnosti rekreacije u školi. Tako je u 2000. godini lošu ocenu dalo 32,2% dece i omladine za higijenu u školi ($p < 0,01$), 15,4% za bezbednost u školi ($p < 0,01$) i 24,3% za mogućnost rekreacije u školi ($p < 0,05$).

5.9.2 Informacije o zdravlju

Ispitivana deca u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina informacije o zdravlju najčešće dobijaju od svojih roditelja u 75,8%, a u mnogo manjem procentu od zdravstvenih radnika (lekar i medicinska sestra) i u školi (od nastavnika/pedagoga) (grafikon 27).

Grafikon 27 Izvori informacija o zdravlju dece i omladine u Vojvodine uzrasta 7 do 19 godina



Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva, dok u odnosu na uzrast ima. Mlađa deca 7 do 10 godina (84,4%) u značajno većem procentu informacije o zdravlju dobijaju od roditelja u odnosu na omladinu 15 do 19 godina (66,1%). Sa uzrastom raste i procenat ispitivane dece koja informacije dobijaju od zdravstvenih radnika, tako da od lekara i medicinske sestre informacije o zdravlju dobija 3% najmlađih, 5,6% dece uzrasta 11 do 14 godina i 10% omladine 15 do 19 godina ($\chi^2=46,173$; $p<0,001$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja informacije o zdravlju dobijaju od nastavnika, ali značajno više dece i omladine navodi zdravstvene radnike kao izvor informacija o zdravlju u odnosu na 2000. godinu (2,7%) ($p<0,01$).

Svako peto dete u Vojvodini ocenjuje higijenu i mogućnost rekreacije u školi kao loše, a svako deseto ocenjuje bezbednost u školi kao lošu. Deca iz bogatijih grupa prema indeksu blagostanja u značajno većem procentu ocenjuju higijenu u školi kao lošu. Informacije o zdravlju ispitivana deca najviše dobijaju od roditelja, značajno češće mlađi nego stariji, a znatno manje od zdravstvenih radnika i nastavnika, koji se kao izvor informacija o zdravlju češće javljaju kod starijih.

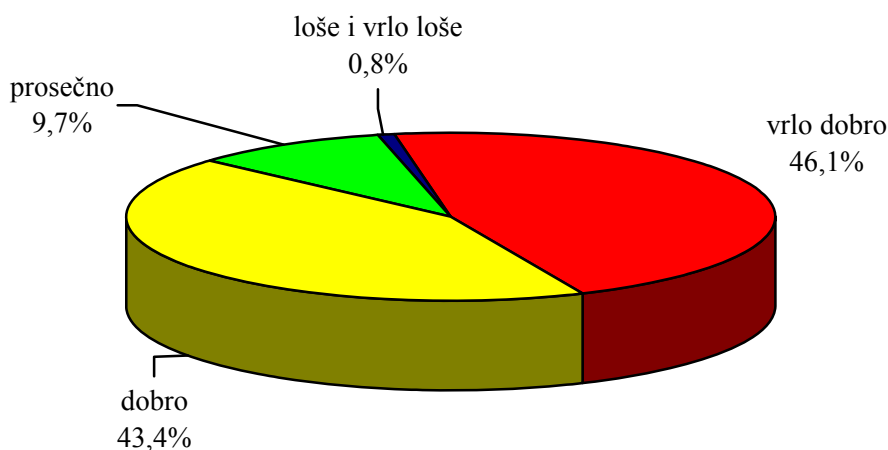
5.10 PROCENA SOPSTVENOG ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM

Percepcija sopstvenog zdravlja analizirana je kao ocena ukupnog zdravlja, fizičkog izgleda i fizičke aktivnosti. Takođe, analiziran je rang životnih vrednosti, zadovoljstvo sadašnjim životom i razlozi nezadovoljstva.

5.10.1 Ocena sopstvenog zdravlja

Anketirana deca i omladina u Vojvodini ocenjuju svoje zdravlje u celini kao vrlo dobro u 46,1% i kao dobro u 43,4% slučajeva. Svega desetina dece opaža svoje zdravlje kao prosečno, a 0,8% kao loše i vrlo loše (grafikon 28).

Grafikon 28 Opažanje sopstvenog zdravlja u celini dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina u Vojvodini



Ne postoje razlike po polu, dok prema uzrastu zapažamo da stariji uzrast značajno ređe ocenjuje svoje zdravlje kao vrlo dobro i dobro (83,5%) u odnosu na najmlađe gde njih 94,6% ocenjuje svoje zdravlje kao vrlo dobro i dobro ($\chi^2=15,854$; $p<0,001$).

Ne postoje značajne razlike po materijalnom stanju domaćinstva, mada se zapaža da deca iz najsiromašnije grupe ređe ocenjuju svoje zdravlje kao vrlo dobro (34,5%) u odnosu na grupu najbogatijih (54,8%).

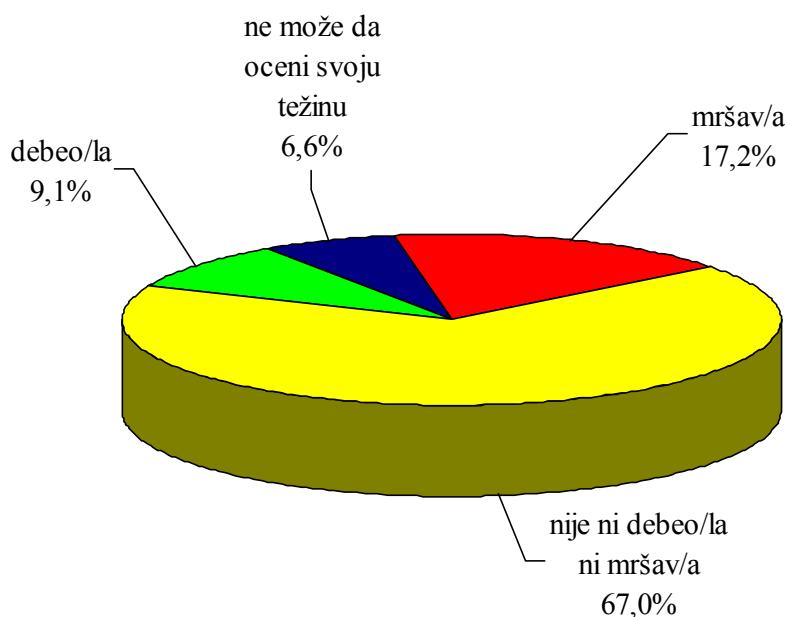
U 2000. godini procenat dece i omladine koji su svoje zdravlje označili kao dobro i vrlo dobro statistički značajno se razlikovao u odnosu na 2006. godinu. U 2000. godini značajno

manji procenat dece ocenilo je svoje znanje kao dobro (23,6%) ($p < 0,01$), a značajno veći procenat kao vrlo dobro (68,7%) ($p < 0,01$).

5.10.2 Ocena sopstvene telesne mase

Deca i omladina u Vojvodini u dve trećine slučajeva ocenjuju svoju telesnu masu kao normalnu, skoro desetina smatra da je debela, a 17,2% da su mršavi (grafikon 29).

Grafikon 29 Procena sopstvene telesne mase dece i omladine uzrasta 7-19 godina u Vojvodini



Procenat dece i omladine koja smatraju da su debela statistički se značajno ne razlikuje u odnosu na pol, starost i materijalno stanje domaćinstva.

Interesantno je bilo pogledati kako deca koja su normalno uhranjena (prema BMI) procenjuju svoju telesnu masu. Tri četvrtine normalno uhranjene dece (73,5%) procenjuje svoju telesnu masu kao normalnu, 13,9% smatra da su mršavi, 5,7% misli da je debelo, a 6,8% ne može da proceni, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu procenat dece koja smatraju da su debela ili mršava nije se značajno razlikovao.

5.10.3 Zadovoljstvo svojim celokupnim izgledom

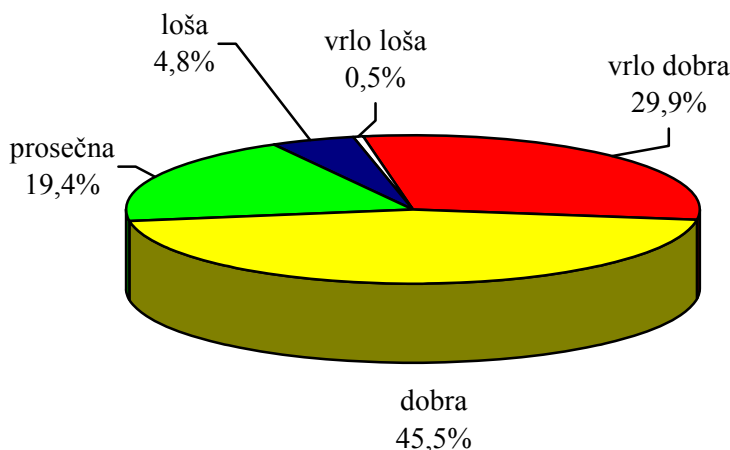
Ispitivana deca i omladina u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina većinom su zadovoljna svojim celokupnim izgledom. Veoma je zadovoljno 18%, zadovoljno je 61,3%, ni zadovoljno ni nezadovoljno svojim celokupnim izgledom je 15,8%. Nezadovoljno svojim izgledom je 4%, a veoma nezadovoljno 0,9%, pri čemu su sva deca koja su veoma nezadovoljna muškog pola. Postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, dečaci (64,8%) su zadovoljniji svojim celokupnim izgledom u odnosu na devojčice (58,1%) ($\chi^2=14,196$; $p=0,007$). Takođe, zadovoljstvo svojim celokupnim izgledom značajno se razlikuje u odnosu na uzrast, pa tako procenat onih koji su veoma zadovoljni svojim izgledom značajno opada sa 35,1% dece u uzrastu od 7 do 10 godina, preko 16,5% dece u uzrastu 11 do 14 godina, na 10,8% omladine uzrasta 15 do 19 godina ($\chi^2=34,716$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

5.10.4 Ocena sopstvene fizičke aktivnosti

U Vojvodini, 0,5% dece i omladine procenjuje svoju fizičku aktivnost kao vrlo lošu, 4,8% kao lošu, 19,4% kao prosečnu, 45,5% kao dobru i 29,9% kao vrlo dobru (grafikon 30).

Grafikon 30 Opažanje sopstvene fizičke aktivnosti dece i omladine uzrasta 7-19 godina u Vojvodini



Postoji statistički značajna razlika prema polu, devojčice značajno ređe (67,8%) procenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru i vrlo dobru u odnosu na 83,1% dečaka ($\chi^2=21,054$; $p<0,001$).

Takođe, procena fizičke aktivnosti značajno se razlikuje u odnosu na starosne kategorije. Značajno veći procenat dece starosti 7-10 godina (88,1%) ocenjuje svoju fizičku aktivnost kao dobru i vrlo dobru u odnosu na 63,3% omladine starosti 15-19 godina ($\chi^2=35,909$; $p<0,001$).

Nema statistički značajne razlike u proceni sopstvene fizičke aktivnosti u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto se indikator uveden 2006. godine razlikuje.

Interesantno je bilo pogledati kako deca i omladina koja su fizički nedovoljno aktivna procenjuju svoju fizičku aktivnost. Kriterijum za fizički neaktivnu decu je bio bavljenje fizičkim vežbama tako da se zaduva ili oznoji 2 do 3 puta mesečno, nekoliko puta godišnje/nikad i ne mogu da vežbam zbog bolesti/invalidnosti. Po ovom blažem kriterijumu, procenat fizički neaktivne dece, a koja svoju fizičku aktivnost ocenjuju kao dobru (dobra i vrlo dobra), je čak 50,7%. Izgleda da su devojčice nešto realnije, jer statistički značajno češće neaktivni dečaci procenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru (62,8%) u odnosu na fizički neaktivne devojčice (45,4%) ($\chi^2=3,621$; $p=0,042$). Nema značajne razlike po starosti, kao ni u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

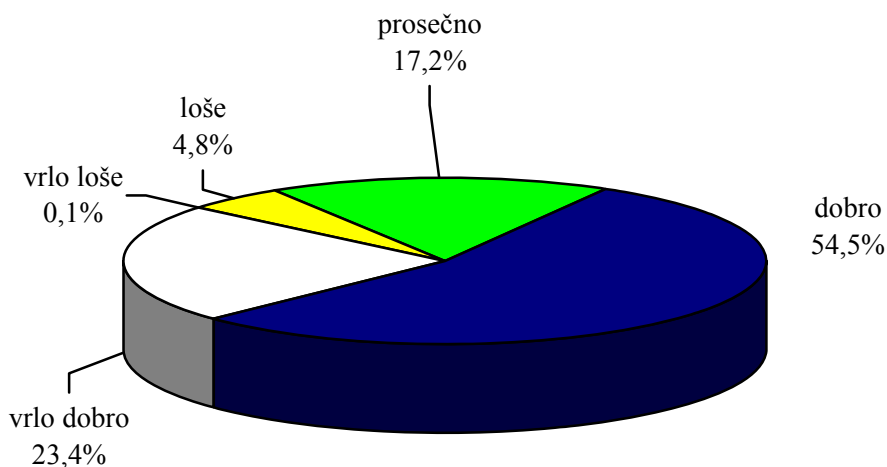
Ako se pogleda nešto strožiji kriterijum po kome su fizički neaktivni oni koji se bave fizičkom aktivnošću manje od tri puta nedeljno, tada se dobija 59,7% dece i omladine koja su fizički neaktivna a svoju fizičku aktivnost procenjuju kao dobru. I u ovom slučaju statistički je značajna razlika po polu, 70,6% dečaka u odnosu na 53,2% devojčica koji su neaktivni procenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru ($\chi^2=8,662$; $p=0,002$).

Za razliku od blažeg kriterijuma fizičke neaktivnosti, po strožem kriterijumu uočava se značajna razlika po starosti, odnosno mlađa deca su manje realna u proceni svoje fizičke aktivnosti. Tako 76,9% dece 7 do 10 godina koja su fizički neaktivna procenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru, u odnosu na 50,0% onih koji imaju 15 do 19 godina ($\chi^2=13,485$; $p=0,001$). Nema statistički značajne razlike po materijalnom stanju domaćinstva.

5.10.5 Ocena sopstvenog oralnog zdravlja

U Vojvodini, 0,1% dece i omladine procenjuje stanje svojih zuba kao vrlo loše, 4,8% kao loše, 17,2% kao prosečno, 54,5% kao dobro i 23,4% kao vrlo dobro (grafikon 31).

Grafikon 31 Ocena sopstvenog oralnog zdravlja dece i omladine uzrasta 7-19 godina u Vojvodini



Nema statistički značajne razlike u proceni stanja svojih zuba u odnosu na pol i starost. Uočava se značajna razlika kada je u pitanju materijalno stanje domaćinstva. Tako, deca i omladina iz grupe najbogatijih značajno češće procenjuju svoje oralno zdravlje kao vrlo dobro (34,8% dece iz grupe najbogatijih prema 9,7% dece iz grupe najsiromašnijih) ($\chi^2=39,085$; $p=0,001$).

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

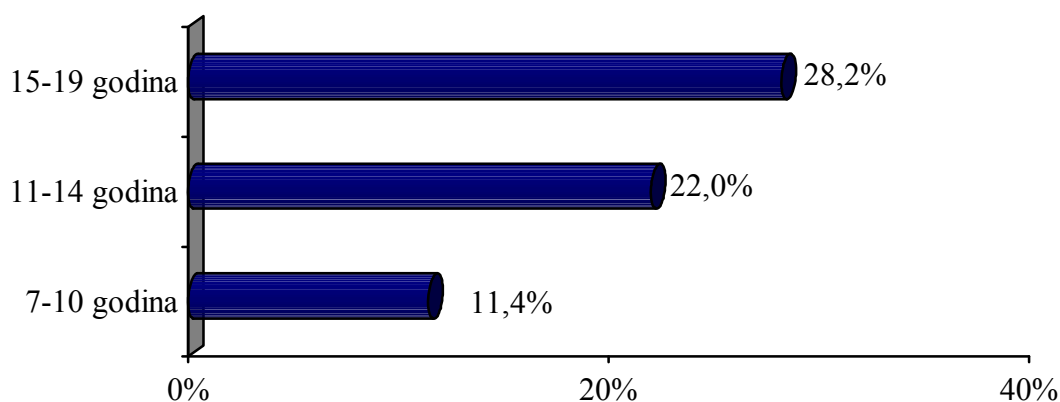
5.10.6 Stavovi u vezi sa sopstvenim zdravljem

Ispitivanoj deci i omladini ponuđene su četiri izjave o odgovornosti za sopstveno zdravlje i traženo je da se sa njima slože ili ne. Zatim je formiran ukupni stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje koji je procenjen kao ispravan/poželjan ili ne.

Tako, 21,7% dece i omladine u Vojvodini ima u potpunosti ispravan/poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje, pri čemu nema statistički značajne razlike po polu i materijalnom stanju domaćinstva. Uočava se statistički značajna razlika po starosti, omladina starosti 15 do 19 godina u većem procentu (28,2%) ima poželjan stav nego 11,4% dece 7 do 10 godina ($\chi^2=16,507$; $p<0,001$) (grafikon 32).

U 2006. godini statistički značajno manje dece i omladine ima ispravan/poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje u odnosu na 2000. godinu (33,8%) ($p<0,01$).

Grafikon 32 Procenat dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina koja imaju ispravan/poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje prema starosti



5.10.7 Rangiranje životnih vrednosti

Rang koji su deca i omladina u Vojvodini davala određenim kategorijama na skali životnih vrednosti se kretao od 1 (najznačajnije) do 9 (najmanje značajno). Najviše dece je na prvo mesto na skali životnih vrednosti stavljalo *zdravlje* (53,1%), njih 21% je na prvo mesto stavljalo *ljubav*, a 11,9% *puno para*. Kada se pogleda prosečan rang pojedinih životnih vrednosti na prvom mestu je *dobro zdravlje* sa prosečnim rangom 2,02. Na drugom mestu je *sreća u ljubavi* sa prosečnim rangom 3,05. Na treće mesto deca i omladina stavljaju *puno para* sa prosečnim rangom 4,12. Četvrto mesto dele *život u miru* sa 4,08 i *sloboda* sa 4,52 prosečnim rangom. Šesto mesto zauzima *zanimljiv posao* sa prosečnim rangom 5,07. Na sedmom mestu je *biznis (unosan posao)* sa prosečnim rangom na skali životnih vrednosti 6,44. *Religija* zauzima osmo mesto sa 7,23, a poslednje mesto *bavljenje politikom* sa prosečnim rangom 8,41 (grafikon 33).

Grafikon 33 Prosečan rang kategorija na skali životnih vrednosti dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina



Uočava se statistički značajna razlika po polu u prosečnom rang u koji je imalo *zdravlje* kao životna vrednost. Devojčice nešto više rangiraju *zdravlje* kao životnu vrednost (1,87) nego dečaci čiji je prosečni rang *zdravlja* 2,18. Takođe, prosečni rang se značajno razlikuje i za sledeću kategoriju *sreća u ljubavi*. I u ovom slučaju devojčice (3,3) nešto više rangiraju *sreću u ljubavi* nego dečaci (2,8). Sa druge strane, značajno viši rang kategoriji *puno para* daju dečaci (3,86) nego devojčice (4,38). Za sledeću kategoriju *život u miru* nema statistički značajne razlike u polu (tabela16).

Postoje statistički značajne razlike po starosti kada je u pitanju rangiranje kategorija *dobro zdravlje* i *puno para*, ali nema značajne razlike kada su u pitanju *sreća u ljubavi* i *život u miru*. Najviši rang kategoriji *dobro zdravlje* daju mladi od 15 do 19 godina (1,82), zatim srednji od 11 do 14 godina (2,02), a najmlađi, 7 do 10 godina, imaju prosečan rang za kategoriju *zdravlje* 2,33. Obrnuta je situacija za kategoriju *puno para*, za koju je prosečan rang 3,50 kod dece 7 do 10 godina, zatim 4,20 kod dece 11 do 14 godina, i 4,44 kod omladine 15 do 19 godina, odnosno mladi značajno više rangiraju kategoriju *puno para* od starijih. Ove razlike testirane su pomoću neparametrijskog testa Kruskal-Wallis test, za testiranje razlika u prosečnom rang u pojedinih kategorija (tabela 17).

Tabela 16 Prosečan rang koji pojedinih kategorija na skali životnih vrednosti dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina po polu

Kategorije na skali životnih vrednosti	pol	N	srednja vrednost	SD	SE	Mann-Whitney test
Dobro zdravlje	ženski	327	1,87	1,29	0,07	2,203
	muški	325	2,18	1,61	0,09	p=0,028
Sreća u ljubavi	ženski	327	2,80	1,69	0,09	3,480
	muški	326	3,30	1,92	0,11	p=0,001
Puno para	ženski	324	4,38	2,11	0,12	3,429
	muški	325	3,86	2,33	0,13	p=0,001
Život u miru	ženski	326	3,96	1,75	0,10	1,791
	muški	323	4,20	1,87	0,10	p=0,073

Tabela 17 Rang pojedinih kategorija na skali životnih vrednosti dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina po starosti

Kategorije na skali životnih vrednosti	starosne kategorije (god)	N	srednja vrednost	medijana	Kruskal-Wallis test
Dobro zdravlje	7-10	160	2,33	2,00	10,496
	11-14	246	2,02	1,50	
	15-19	246	1,82	1,00	P=0,005
	ukupno	652	2,02	1,00	
Sreća u ljubavi	7-10	160	3,33	3,00	4,611
	11-14	246	2,95	2,50	
	15-19	247	2,96	3,00	P=0,100
	ukupno	653	3,05	3,00	
Puno para	7-10	159	3,50	3,00	19,223
	11-14	244	4,20	4,00	
	15-19	246	4,44	4,00	P<0,001
	ukupno	649	4,12	4,00	
Život u miru	7-10	158	4,07	4,00	0,501
	11-14	245	4,11	4,00	
	15-19	246	4,05	4,00	P=0,778
	ukupno	649	4,08	4,00	

Postoje statistički značajne razlike i po materijalnom stanju domaćinstva kada je u pitanju rangiranje kategorija *dobro zdravlje* i *puno para*, ali nema značajne razlike kada su u pitanju *sreća u ljubavi* i *život u miru*. Najviši prosečni rang kategoriji *dobro zdravlje* daju deca i

omladina iz druge grupe indeksa blagostanja (1,81) i najbogatiji (1,92) naspram grupe najsiromašnijih (2,31). Obrnuta je situacija za kategoriju *puno para*, za koju je prosečan rang 3,02 kod dece i omladine iz grupe najsiromašnijih a 4,74 kod grupe najbogatijih. Ove razlike testirane su pomoću neparametrijskog testa Kruskal-Wallis test, za testiranje razlika u prosečnom rangu pojedinih kategorija (tabela 18).

Tabela 18 Prosečan rang koji pojedinih kategorija na skali životnih vrednosti dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina po materijalnom stanju domaćinstva

Kategorije na skali životnih vrednosti	starosne kategorije (god)	N	srednja vrednost	medijana	Kruskal-Wallis test
Dobro zdravlje	najsiromašniji	112	2,31	2,00	9,985
	drugi	150	1,81	1,00	
	srednji	128	2,11	1,00	
	četvrti	172	2,01	1,00	P=0,041
	najbogatiji	90	1,92	1,00	
	ukupno	652	2,02	1,00	
Sreća u ljubavi	najsiromašniji	111	2,91	3,00	4,592
	drugi	150	2,85	2,00	
	srednji	129	3,14	3,00	
	četvrti	173	3,12	3,00	P=0,332
	najbogatiji	90	3,28	3,00	
	ukupno	653	3,05	3,00	
Puno para	najsiromašniji	112	3,02	2,00	40,325
	drugi	150	4,17	4,00	
	srednji	126	4,13	4,00	
	četvrti	171	4,46	5,00	P<0,001
	najbogatiji	90	4,74	5,00	
	ukupno	649	4,12	4,00	
Život u miru	najsiromašniji	112	4,38	5,00	8,077
	drugi	150	4,21	4,00	
	srednji	126	3,93	4,00	
	četvrti	171	3,89	4,00	P=0,089
	najbogatiji	90	4,06	4,00	
	ukupno	649	4,08	4,00	

Nema statistički značajnih razlika u rangiranju svih nabrojanih životnih vrednosti koje su deca i omladina dala u odnosu na 2000. godinu.

5.10.8 Zadovoljstvo sadašnjim životom

Deca i omladina u Vojvodini su ocenila zadovoljstvo svojim sadašnjim životom na skali od 0 do 10, pri čemu 0 znači najgori život, a 10 najbolji život. Prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom je 8,23.

Nema statistički značajne razlike po polu. Uočava se statistički značajna razlika po starosti, najmlađi su najzadovoljniji sadašnjim životom (8,90), a najnezadovoljniji omladina od 15 do 19 godina sa prosečnom ocenom zadovoljstva 7,59 (tabela 19).

Tabela 19 Prosečna ocena na skali zadovoljstva sadašnjim životom dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina po starosti

Starosne kategorije	N	srednja vrednost	SD	SE	95% interval poverenja	minimum	maksimum
7-10	164	8,90	1,541	0,120	8,66 - 9,13	3	10
11-14	247	8,44	1,651	0,105	8,23 - 8,64	0	10
15-19	253	7,59	1,937	0,122	7,35 - 7,83	0	10
Ukupno	664	8,23	1,818	0,071	8,09 - 8,37	0	10

Jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA): $F=30,917$; $p<0,001$

Prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom dece i omladine statistički se značajno razlikuje i prema materijalnom stanju domaćinstva. Najzadovoljniji sadašnjim životom su deca i omladina iz grupe najbogatijih (8,70), dok najmanju prosečnu ocenu 7,54 ima grupa najsiromašnijih (tabela 20).

Prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom statistički je značajno viša u odnosu na 2000. godinu (6,53) ($p<0,05$).

Tabela 20 Prosečna ocena na skali zadovoljstva sadašnjim životom dece i omladine u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina po materijalnom stanju domaćinstva

Materijano stanje domaćinstva	N	srednja vrednost	SD	SE	95% interval poverenja	minimum	maksimum
najsiromašniji	110	7,54	2,166	0,207	7,13 – 7,95	0	10
drugi	155	8,03	2,836	0,147	7,74 – 8,32	2	10
srednji	129	8,26	1,787	0,157	7,94 – 8,57	0	10
četvrti	177	8,56	1,580	0,119	8,32 – 8,79	0	10
najbogatiji	93	8,70	1,524	0,158	8,39 – 9,01	4	10
Ukupno	664	8,23	1,818	0,071	8,09 – 8,37	0	10

Jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA): $F=7,774$; $p<0,001$

5.10.9 Tri najčešća razloga nezadovoljstva

Deca i omladina u Vojvodini su imala mogućnost da odgovore koliko su zadovoljni svojim sadašnjim životom, a ukoliko nisu zadovoljni u potpunosti, kojim delom su najmanje zadovoljni.

Od skoro dve trećine dece i omladine (61,5%) koja nisu u potpunosti zadovoljna svojim sadašnjim životom, najviše su nezadovoljni novčanom situacijom (32%), zatim školom ili poslom (17,1%), i ljubavnim životom 12,4%.

Kada je u pitanju nezadovoljstvo novčanom situacijom nema statistički značajne razlike po polu, dok po uzrastu ima, odnosno statistički značajno više su nezadovoljni novčanom situacijom omladina 15 do 19 godina (48,1%), u odnosu na najmlađe 7 do 10 godina (14,9%) ($\chi^2=50,935$; $p<0,000$). Takođe, statistički značajno više su nezadovoljni novčanom situacijom deca iz grupe najsiromašnijih (53,1%) po materijalnom stanju domaćinstva u odnosu na 17,2% dece iz grupe najbogatijih ($\chi^2=38,270$; $p<0,001$).

Za drugi po učestalosti razlog nezadovoljstva sadašnjim životom – škola/posao, nema statistički značajne razlike po polu i po materijalnom stanju domaćinstva. Uočava se značajna razlika po uzrastu, više nezadovoljni školom su omladina 15 do 19 godina (21,2%) u odnosu na 10,1% najmlađih 7 do 10 godina ($\chi^2=8,816$; $p=0,012$).

Nema statistički značajne razlike po polu i materijalnom stanju domaćinstva za treći razlog po učestalosti nezadovoljstva sadašnjim životom – ljubavni život. Uočava se statistički značajna razlika po uzrastu, najviše je nezadovoljna omladina 15 do 19 godina (18,8%) u odnosu na 4,2% najmlađih ($\chi^2=20,544$; $p<0,001$).

U 2006. godini, procenat dece i omladine u Vojvodini koji su najnezadovoljniji novčanom situacijom statistički je značajno manji u odnosu na 2000. godinu (51,87%) ($p<0,01$), dok nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja su najnezadovoljnija školom i ljubavnim životom u odnosu na 2000. godinu.

Sopstveno zdravlje u celini skoro 90% dece i omladine ocenjuje kao vrlo dobro i dobro, značajno više mlađi uzrast. Sopstvenu telesnu masu u dve trećine ocenjuju kao normalnu, mada svaki četvrti normalno uhranjeni prema indeksu telesne mase ne ocenjuje svoju telesnu masu kao normalnu. Skoro 80% dece i omladine zadovoljno je svojim celokupnim izgledom, više dečaci i mlađi uzrast. Svoju fizičku aktivnost u tri četvrtine ocenjuju kao dobru i vrlo dobru, ređe devojčice i stariji uzrast, a više od polovine onih koji su fizički neaktivni ipak svoju fizičku aktivnost ocenjuju kao dobru. Svoje oralno zdravlje skoro 80% dece i omladine ocenjuje kao dobro i vrlo dobro, značajno više oni iz bogatijih porodica. Tek svako peto dete ima u potpunosti poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje, značajno više stariji uzrast. Na skali životnih vrednosti deca i omladina na prvo mesto stavljaju „zdravlje“, „ljubav“ i „puno para“, a poslednje mesto zauzimaju „religija“ i „bavljenje politikom“. Devojčice značajno više rangiraju „zdravlje“ i „ljubav“, a dečaci „puno para“. Stariji uzrast i bogatiji više rangiraju „zdravlje“, a mlađi i siromašniji „puno para“. Zadovoljstvo sadašnjim životom ocenjuju sa prosečnom ocenom 8,23, zadovoljniji su mlađi uzrast i deca iz bogatijih porodica. Oni koji su nezadovoljni sadašnjim životom od razloga ističu „novčanu situaciju“, „školu“ i „ljubavni život“.

U odnosu na 2000. godinu značajno više dece i omladine svoje zdravlje ocenjuje kao dobro, ali manje njih kao vrlo dobro. Značajno manje dece i omladine ima poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje. Prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom značajno je viša. Nezadovoljnih novčanom situacijom je značajno manje.

5.11 NEKI ASPEKTI ODNOSA SA DRUGIMA

Odnosi sa drugima sagledani su kroz pitanja da li deca mogu lako da razgovaraju o svojim problemima sa osobama iz svog bližeg i šireg okruženja i da li imaju nekoga na koga mogu računati u svakoj situaciji (problemi u školi, van škole, u porodici, ljubavni problemi i drugo). Takođe, obrađeno je pitanje o tome koliko deca vole školu i da li osećaju pritisak obaveza u školi.

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u 92,9% navode da sa majkom mogu lako da razgovaraju o svojim problemima, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol. Kada je u pitanju uzrast, mlađa deca u značajno većem procentu lako razgovaraju sa majkom o svojim problemima. Tako, dobru komunikaciju sa majkom ima 98,2% dece od 7 do 10 godina, 94,7% dece od 11 do 14 godina i 87,4% omladine od 15 do 19 godina ($\chi^2=19,323$; $p<0,001$). Postoji statistički značajna razlika i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, deca iz najsiromašnije grupe (80,4%) u značajno manjem procentu navode da mogu lako da razgovaraju sa majkom o problemima u odnosu na decu iz srednje (96,9%) i četvrte grupe (93,8%) prema indeksu blagostanja ($\chi^2=33,232$; $p<0,001$).

U 2006. godini ispitivana deca i omladina u značajno većem procentu navode da lako mogu da razgovaraju sa majkom u odnosu na 2000. godinu (85,7%) ($p<0,01$).

Kada je u pitanju otac, 74,4% ispitivane dece navodi da sa njim mogu lako da razgovaraju o svojim problemima. Za razliku od lakoće komunikacije sa majkom, ovde se uočava statistički značajna razlika, dečaci (79,2%) u značajno većem procentu nego devojčice (69,6%) navode da mogu lako da razgovaraju sa ocem ($\chi^2=7,866$; $p=0,003$).

Kada je u pitanju uzrast, mlađa deca u značajno većem procentu lako razgovaraju sa ocem o svojim problemima. Značajno veći procenat mlađe dece od 7 do 10 godina (85,8%) navodi da lako razgovara sa ocem, u odnosu na 69,7% dece od 11 do 14 godina i 71,3% omladine od 15 do 19 godina ($\chi^2=15,022$; $p=0,001$). Postoji statistički značajna razlika i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, deca iz najsiromašnije grupe (57,7%) u značajno manjem procentu navode da mogu lako da razgovaraju sa ocem u odnosu na decu iz srednje (78,5%) i najbogatije grupe (78,3%) prema indeksu blagostanja ($\chi^2=18,263$; $p=0,001$).

U 2006. godini ispitivana deca i omladina u značajno većem procentu navode da lako mogu da razgovaraju sa ocem u odnosu na 2000. godinu (61,1%) ($p<0,01$).

Većina ispitivane dece u Vojvodini (87,7%) izjavljuje da lako može da razgovara o svojim problemima sa drugom/drugaricom, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na uzrast i materijalno stanje domaćinstva. Uočava se značajna razlika u odnosu na pol, devojčice

(90,5%) u značajno većem procentu u odnosu na dečake (84,9%) izjavljuju da lako o svojim problemima mogu da razgovaraju sa drugom/drugaricom ($\chi^2=4,881$; $p=0,018$).

Kada je u pitanju škola, 76,4% ispitivane dece u Vojvodini izjavljuje da je njihova škola prijatno mesto za boravak, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva, ali ima u odnosu na uzrast. Značajno veći procenat mlađe dece 7 do 10 godina (83,6%) u odnosu na decu 11 do 14 godina (76,5%) i omladinu 15 do 19 godina (69,9%) navodi da voli školu ($\chi^2=9,168$; $p=0,010$).

Stalni pritisak obaveza u školi oseća 39,6% ispitivane dece i omladine u Vojvodini, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i indeks blagostanja. Statistički značajna razlika uočava se kada je u pitanju uzrast, značajno više mladih 15 do 19 godina (45,7%) u odnosu na najmlađe od 7 do 10 godina (29,9%) navodi da oseća stalni pritisak obaveza u školi ($\chi^2=9,704$; $p=0,008$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja osećaju stalni pritisak obaveza u školi i u procentu dece koja misle da je njihova škola prijatno mesto za boravak.

U međusobnim relacijama 93% dece i omladine lako komunicira sa majkom, češće mlađi i deca iz srednje grupe prema materijalnom stanju domaćinstva. Tri četvrtine lako komunicira sa ocem, češće dečaci, mlađi uzrast i deca iz srednjih i bogatijih porodica. Više od tri četvrtine dece smatra svoju školu prijatnim mestom za boravak, češće mlađi uzrast. Skoro 40% oseća stalni pritisak obaveza u školi, značajno više stariji uzrast.

U odnosu na 2000. godinu značajno više dece navodi da lako komunicira sa majkom i sa ocem.

5.12 MENTALNO ZDRAVLJE

Mentalno zdravlje ispitivane dece i omladine u Vojvodini starosti 7 do 19 godina analizirano je kroz prisustvo napetosti i stresa i emocionalnih problema (tuga, neraspoloženje, zabrinutost, potištenost) u mesecu koji je prethodio istraživanju. Posebno je za uzrast od 15 do 19 godina analiziran set pitanja na osnovu kojih su konstruisane dve skale: 1. psihološkog distresa i 2. skala vitalnosti.

EUROHIS projekat (projekat regionalne kancelarije SZO za Evropu u okviru kojeg je razvijen set zajedničkih instrumenata za niz indikatora među kojima je i mentalno zdravlje) za ispitivanje mentalnog zdravlja u populaciji razmatra psihološki distres i pozitivno mentalno zdravlje, kao važne aspekte koje bi trebalo da obuhvati ispitivanje zdravlja u populaciji. Za ovo istraživanje formirane su skala psihološkog distresa, kao indikator mentalnog zdravlja (*Mental Health Indicator 5*, odnosno MHI5) koji preporučuje EUROHIS, i skala vitalnosti, kao indikator pozitivnog mentalnog zdravlja, koja je takođe deo upitnika SF-36. Za obe skale veći skor označava bolje mentalno zdravlje. Kao granične vrednosti na skali psihološkog distresa uzeti su: vrednost MHI5 manja ili jednaka 58, vrednost skora 58-78 i vrednost skora jednaka ili veća od 78. Kao granične vrednosti na skali vitalnosti uzeti su: vrednost skora manja ili jednaka 62,5, vrednost od 62,5-72,5 i vrednost skora jednaka ili veća od 72,5. Granične vrednosti za ove dve skale korišćene su u ispitivanju u Norveškoj. Takođe, izračunat je i prosečan skor za obe skale. Indikatori mentalnog zdravlja prikazani su za omladinu od 15 do 19 godina.

Više od petine dece i omladine starosti od 7 do 19 godina u Vojvodini (22,2%) imalo je osećaj napetosti, odnosno bili su pod stresom u mesecu koji je prethodio ispitivanju. Nema statistički značajne razlike po polu, ali postoji razlika u odnosu na uzrast, odnosno značajno više omladine starosti 15 do 19 godina je imalo osećaj napetosti i bilo je pod stresom (34,9%) u odnosu na najmlađe od 7 do 10 godina (11,4%) ($\chi^2=39,708$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike prema materijalnom stanju domaćinstva.

U 2006. godini značajno je veći procenat ispitivane dece i omladine imao osećaj napetosti, odnosno bili su pod stresom u mesecu koji je prethodio ispitivanju u odnosu na 2000. godinu (13,6%) ($p<0,01$).

U mesecu koji je prethodio ispitivanju petina (20,9%) ispitivane dece i omladine u Vojvodine navela je da je imala emocionalne probleme (tuga, neraspoloženje, zabrinutost, potištenost). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Kada je u pitanju uzrast, statistički značajno češće emocionalne probleme imali su najstariji od 15 do 19 godina (29,4%), u odnosu na najmlađe od 7 do 10 godina (11,3%) ($\chi^2=21,300$; $p<0,001$) (tabela 21).

U 2006. godini značajno veći procenat ispitivane dece i omladine navodi da je imalo emocionalne probleme u mesecu koji je prethodio ispitivanju u odnosu na 2000. godinu (14,7%) ($p < 0,01$).

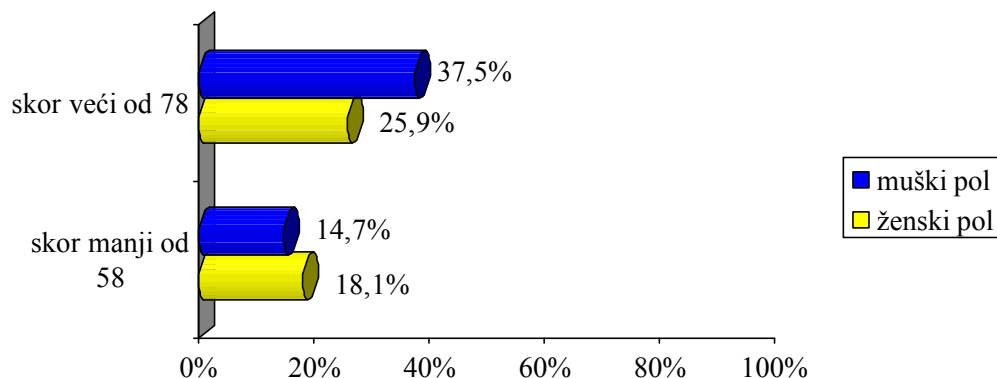
Tabela 21 Prisustvo napetosti i stresa i emocionalnih problema kod dece i omladine starosti 7 do 19 godina u Vojvodini

	Uzrast						Ukupno	
	7-10		11-14		15-19			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Stres, osećaj napetosti	19	11,4	41	16,5	89	34,9	149	22,2
Emocionalni problemi	19	11,3	46	18,6	75	29,4	140	20,9

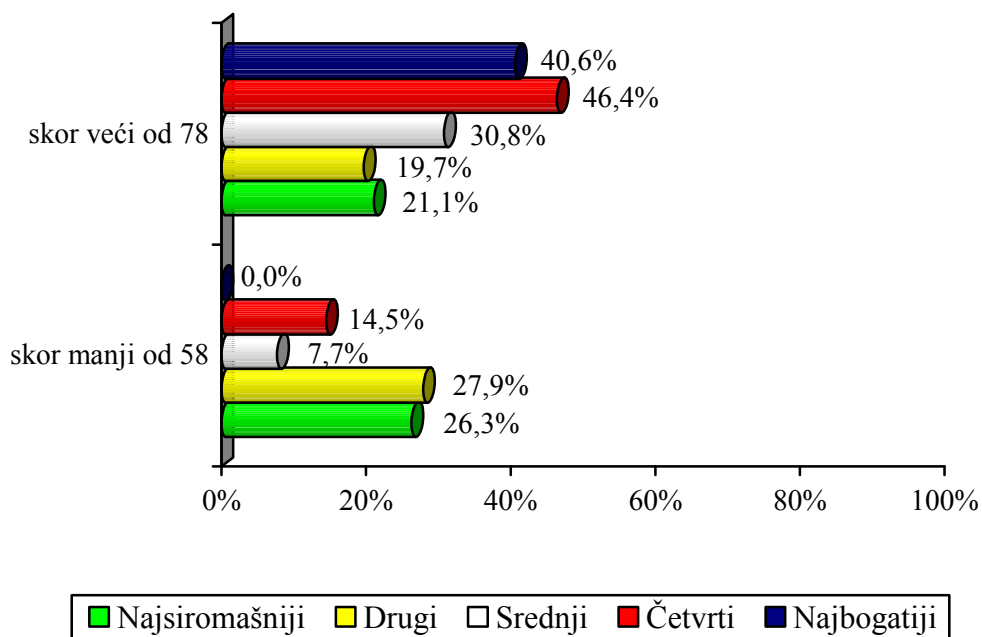
Skala psihološkog distresa govori o učestalosti nervoze, potištenosti, nespokoja i tuge. Na skali psihološkog distresa vrednost manju ili jednaku vrednosti 58 imalo je 16,3% omladine starosti 15 do 19 godina. Nema statistički značajne razlike po polu (grafikon 34), ali postoji značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Tako, značajno je više omladine iz grupe najsiromašnijih (26,3%) i druge grupe po indeksu blagostanja (27,9%) koji imaju skor manji od 58 na skali psihološkog distresa, u odnosu na one iz srednje i četvrte grupe (7,7% i 14,5%), dok nijedan ispitanik iz grupe najbogatijih nema ovaj skor ispod vrednosti 58 ($\chi^2=18,026$; $p=0,001$) (grafikon 35).

Skor na skali psihološkog distresa jednak ili veći od 78, što znači bolje mentalno zdravlje, imalo je 32,1% omladine 15 do 19 godina. U odnosu na pol, statistički značajno veći procenat mladih muškog pola (37,5%) ima skor veći od 78, u odnosu na devojke (25,9%) ($\chi^2=3,887$; $p=0,033$). Takođe, statistički je značajna razlika i po materijalnom stanju domaćinstva. Značajno veći procenat mladih iz grupe najbogatijih (40,6%) i četvrte grupe (46,4%) imalo je skor veći od 78, u odnosu na drugu grupu (19,7%) i grupu najsiromašnijih (21,1%) ($\chi^2=14,002$; $p=0,007$) (grafikon 35).

Grafikon 34 Vrednost skora na skali psihološkog distresa mladih starosti 15 do 19 godina u odnosu na pol



Grafikon 35 Vrednost skora na skali psihološkog distresa mladih starosti 15 do 19 godina u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



Prosečna vrednost skora na skali psihološkog distresa omladine 15 do 19 godina bila je 71,86 i nema statistički značajne razlike u odnosu na pol. Postoji značajnost razlike u prosečnoj vrednosti skora na skali psihološkog distresa kada je u pitanju materijalno stanje domaćinstva, pa najveći skor ima omladina iz grupe najbogatijih (76,88) u odnosu na grupu najsiromašnijih čiji je prosečan skor 68,84 i drugu grupu sa skorom 66,49 ($F=4,727$, $p=0,001$) (tabela 20).

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Skala vitalnosti govori o pozitivnom mentalnom zdravlju (osećanje poleta i energije). Na skali vitalnosti vrednost manju ili jednaku 62,5 imalo je 44,4% omladine starosti 15 do 19 godina u Vojvodini. Nema statistički značajne razlike po polu. Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Značajno veći procenat omladine iz druge grupe (61,7%) i grupe najsiromašnijih (43,6%) ima vitalni skor manji od 62,5 u odnosu na mlade iz srednje grupe (38,5%) i četvrte grupe (36,2%) po indeksu blagostanja. (21,1%) ($\chi^2=10,047$; $p=0,040$)

Vitalni skor jednak ili veći od 72,5, što označava bolje mentalno zdravlje ima 29,8% mladih u Vojvodini. Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Prosečna vrednost skora na skali vitalnosti omladine 15 do 19 godina u Vojvodini iznosi 64,76, i nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva (tabela 22).

Tabela 22 Prosečne vrednosti skora na skali psihološkog distresa i skali vitalnosti omladine 15 do 19 godina u Vojvodini

Kategorije		Prosečan skor	
		Skala psihološkog distresa	Skala vitalnosti
Pol	Muški	72,74	66,14
	Ženski	70,83	63,15
	Ukupno	71,86	64,76
	t	1,060	1,635
	p	0,290 ($p>0,05$)	0,103 ($p>0,05$)
Materijalno stanje domaćinstva	Najsiromašniji	68,84	65,90
	Drugi	66,49	60,33
	Srednji	73,38	65,58
	Četvrti	74,78	67,32
	Najbogatiji	76,88	64,84
	Ukupno	71,86	64,76
	F	4,727	2,063
	p	0,001	0,086 ($p>0,05$)

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

U Vojvodini je nešto više od petine dece starosti 7 do 19 godina imalo osećaj napetosti i stresa u mesecu koji je prethodio istraživanju, pri čemu je uočena veća učestalost u starijoj dobnoj grupi. Petina dece i omladine u Vojvodini navela je da ima emocionalne probleme koji su takođe zastupljeniji u najstarijoj dobnoj grupi. Lošije vrednosti na skali psihološkog distresa imala je svaka šesta mlada osoba, a bolji skor na ovoj skali imala je skoro trećina mladih starosti 15 do 19 godina, pri čemu značajno veći procenat mladih iz grupe siromašnih ima lošije vrednosti, dok su povoljnije vrednosti skora zastupljenije kod mladih muškog pola i onih iz grupe bogatijih. Na skali vitalnosti lošije vrednosti bile su zastupljene kod manje od polovine mladih, dok povoljnije vrednosti ima nešto manje od trećine mladih starosti 15 do 19 godina, pri čemu je veća učestalost lošijih vrednosti u grupi najsiromašnijih. Na skali od 0 do 100 prosečna vrednost na skali psihološkog distresa bila je 71,86, dok je prosečna vrednost na skali vitalnosti bila 64,76.

U odnosu na 2000. godinu značajno veći procenat ispitivane dece i omladine imalo je emocionalne probleme i osećaj napetosti i stresa u mesecu koji je prethodio ispitivanju ($p < 0,01$).

5.13 MOGUĆNOST OBAVLJANJA AKTIVNOSTI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

Postojanje dugotrajne bolesti i onesposobljenosti ugrožava kvalitet života dece i omladine posebno s aspekta obavljanja svakodnevnih aktivnosti kao što su školske obaveze, bavljenje fizičkim aktivnostima, druženje i drugo.

U Vojvodini 6,7% dece i omladine navodi da ima neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i starost ispitanika, kao ni u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece koja navode da imaju neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem.

U poslednjih 6 meseci zbog zdravstvenih razloga 3,8% dece i omladine navodi da je ograničeno u obavljanju uobičajenih aktivnosti, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, starost i materijalno stanje domaćinstva.

Ispitivana deca i omladina u 2006. godini u statistički značajno većem procentu navode da su zbog zdravstvenih razloga ograničeni u obavljanju uobičajenih aktivnosti u odnosu na 2000. godinu (1,5%) ($p < 0,05$).

U Vojvodini svako petnaesto dete ima neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem, a 3,8% njih navodi da su zbog zdravstvenih razloga ograničeni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

5.14 PUŠENJE

Analizirana su pitanja o izloženosti duvanskom dimu u kući i drugim zatvorenim prostorima, navika pušenja, broj popušanih cigareta, motivisanost za prestanak pušenja, prisustvo pušača u bližem i širem okruženju i stav o pušenju.

5.14.1 Izloženost duvanskom dimu

U Vojvodini 74,6% anketiranih mladih uzrasta 15 do 19 godina navodi da je izloženo duvanskom dimu u kući. Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, ali postoji u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, značajno više mladih iz najsiromašnije grupe (87,2%) u odnosu na najbogatiju grupu (41,9%) je izloženo duvanskom dimu u kući ($\chi^2=26,950$; $p < 0,001$).

U 2006. godini statistički značajno manji procenat mladih navodi da je izloženo duvanskom dimu u kući u odnosu na 2000. godinu (83,3%) ($p < 0,05$).

Izloženost duvanskom dimu u zatvorenom prostoru izražena kroz prosečan broj sati izloženosti dnevno (manje od 1 sat, 1-5 sati i više od 5 sati) prikazan je kao izloženost i neizloženost duvanskom dimu, obzirom da se smatra da je svaka izloženost duvanskom dimu bez obzira na vreme trajanja štetna. Prema tom kriterijumu 75,7% mladih u Vojvodini izloženo je duvanskom dimu u zatvorenom prostoru, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, ali ima u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Mladi iz srednje (90%) i druge (84,2%) grupe prema indeksu blagostanja značajno su više izloženi duvanskom dimu u zatvorenom prostoru nego mladi iz najbogatije grupe (41,9%) ($\chi^2=28,930$; $p < 0,001$).

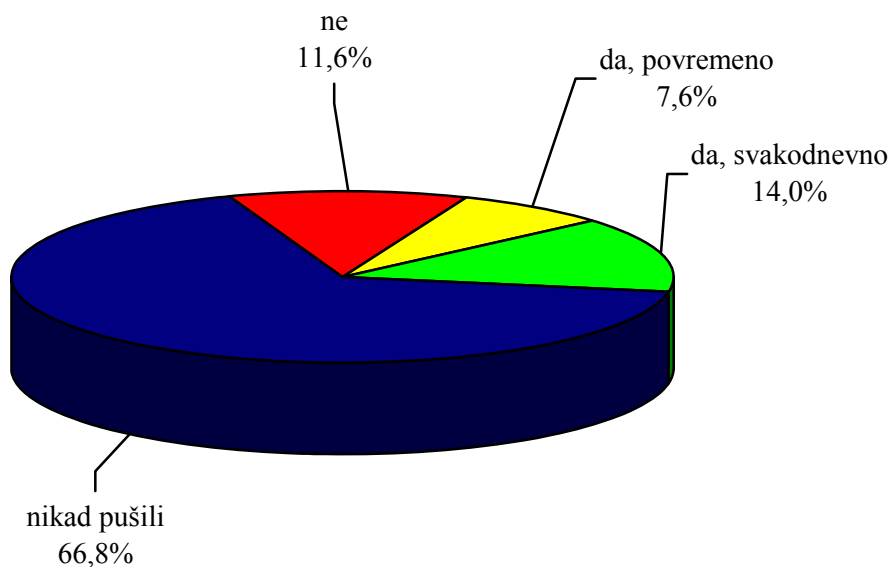
Na pitanje da li su ikada pušili 64,2% ispitanih mladih u Vojvodini navodi da nikada nije pušilo, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji nikada nisu pušili.

5.14.2 Prevalenca pušenja

Prevalenca pušenja prikazana je kroz procenat mladih koji svakodnevno i povremeno puši. U Vojvodini 21,2% anketiranih mladih puši povremeno i svakodnevno, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Svakodnevno puši 14% mladih (grafikon 36).

Grafikon 36 Prevalenca pušenja kod mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini



U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji svakodnevno i povremeno puše.

U kategoriju „ozbiljnih“ pušača koji puše 20 i više cigareta dnevno spada 52,3% od ukupnog broja svakodnevnih i povremenih pušača, odnosno 13,3% od ukupno anketiranih mladih uzrasta 15 do 19 godina, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

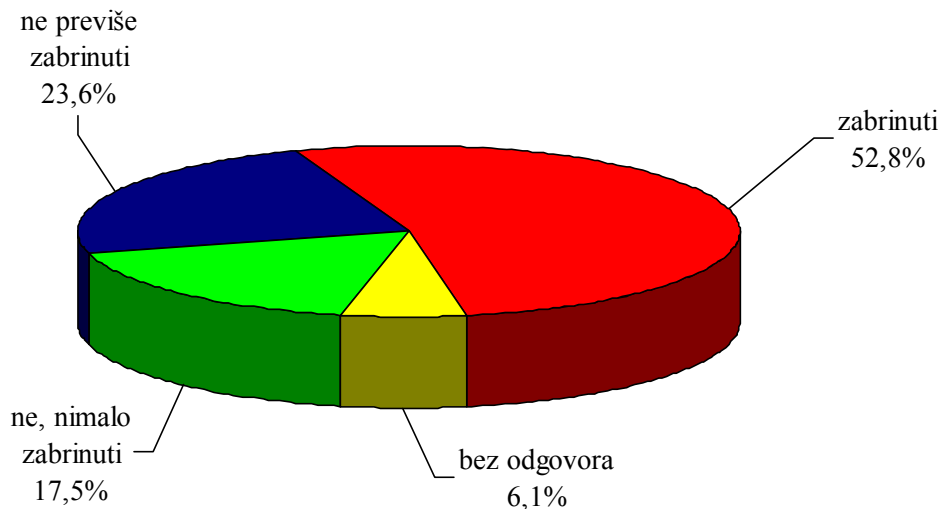
U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji puše 20 i više cigareta dnevno.

Od ukupnog broja pušača 20,5% anketiranih mladih u Vojvodini želi da prestane da puši, 20,5% navodi da nije sigurno da želi, dok 22,7% izjavljuje da ne želi da prestane da puši, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Na pitanje da li su ikada ozbiljno pokušali da prestanu da puše, 42% anketiranih mladih koji puše izjavili su da nisu nikada pokušali da prestanu sa pušenjem, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Ispitivani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 41,1% slučajeva nisu zabrinuti zbog štetnih posledica pušenja po njihovo zdravlje (zabrinuti: ne, nimalo 17,5% i ne previše 23,6%), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva (grafikon 37).

Grafikon 37 Procenat mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini koji su zabrinuti zbog štetnih posledica pušenja po njihovo zdravlje

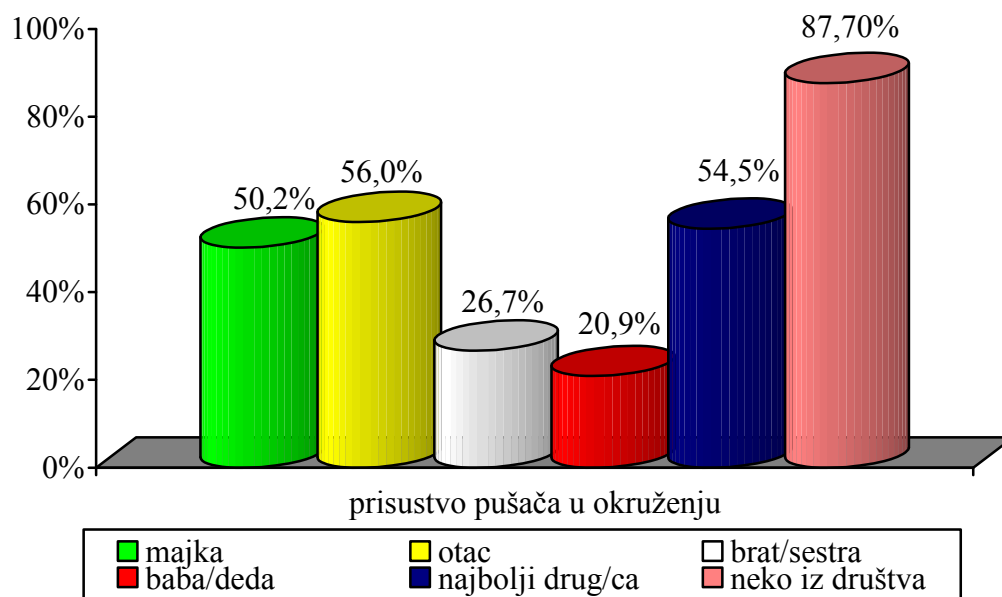


U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji žele da prestanu da puše, kao i u procentu mladih koji nikada nisu pokušali ozbiljno da ostave pušenje.

5.14.3 Osobe iz okruženja koje puše

Ispitivani mladi u Vojvodini u 91,4% slučajeva navode da neka osoba iz njihovog okruženja (majka, otac, brat/sestra, baba/deda, najbolji drug/drugarica, neko iz društva) puši, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. U najvećem procentu to je neka osoba iz društva (87,7%), zatim otac (56%), najbolji drug/drugarica (54,5%), majka (50,2%), a slede brat/sestra i baba/deda (grafikon 38), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol. Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva za pojedine osobe iz okruženja koje puše. Kada su u pitanju mladi koji navode da je osoba koja puši iz njihovog okruženja majka značajno je više njih iz najsiromašnije grupe (75,8%) u odnosu na najbogatiju grupu (38,7%) ($\chi^2=17,360$; $p=0,002$). Kada je u pitanju otac, značajno je više mladih iz druge grupe (76%) i najsiromašnije grupe (67,6%) u odnosu na najbogatiju grupu (20%) ($\chi^2=27,971$; $p<0,001$). Značajno više mladih iz srednje grupe (39,5%) i druge grupe (35,6%) prema indeksu blagostanja u odnosu na najbogatiju grupu (7,7%) navode da u njihovom okruženju brat/sestra puši ($\chi^2=12,409$; $p=0,015$). Kada su u pitanju baba i deda značajno više mladih iz najsiromašnije grupe (44,4%) u odnosu na najbogatiju grupu (6,9%) navode da su to osobe iz njihovog okruženja koje puše ($\chi^2=22,853$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva kada su u pitanju najbolji drug/drugarica i neko iz društva, kao osobe iz okruženja koje puše.

Grafikon 38 Prisustvo pušača u okruženju mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini



U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji navode da je neko iz njihovog okruženja pušač. Posmatrano pojedinačno statistički značajna razlika uočava se samo kada su u pitanju baba/deda i neko iz društva. Značajno manji procenat mladih u 2006. godini navodi da njihovi baba/deda puše u odnosu na 2000. godinu (30,8%) ($p < 0,05$). Sa druge strane, značajno veći procenat mladih u 2006. godini navodi da je neko iz njihovog društva pušač, u odnosu na 2000. godinu (79%) ($p < 0,05$).

5.14.4 Stav o pušenju

Ukupan stav o pušenju mladih uzrasta 15 do 19 godina dobijen je na osnovu devet izjava sa kojima su oni izrazili slaganje, neslaganje ili zaokružili odgovor „ne znam“. Slaganje sa sledećim izjavama kodirano je kao poželjan stav: „Mnogi puše da bi bili važni“, „Štetno je po zdravlje“, „Onaj ko puši neprijatno miriše“ i „Pušenje je rasipanje para“. Neslaganje sa sledećim izjavama kodirano je kao poželjan stav: „Zabavno je“, „Smiruje nerve“, „Olakšava kontakt sa drugima“, „Poboljšava koncentraciju“ i „Pomaže mršavljenju“. Ako je ispitanik imao poželjan stav na osam do devet izjava to se smatralo da ima poželjan ukupan stav o pušenju.

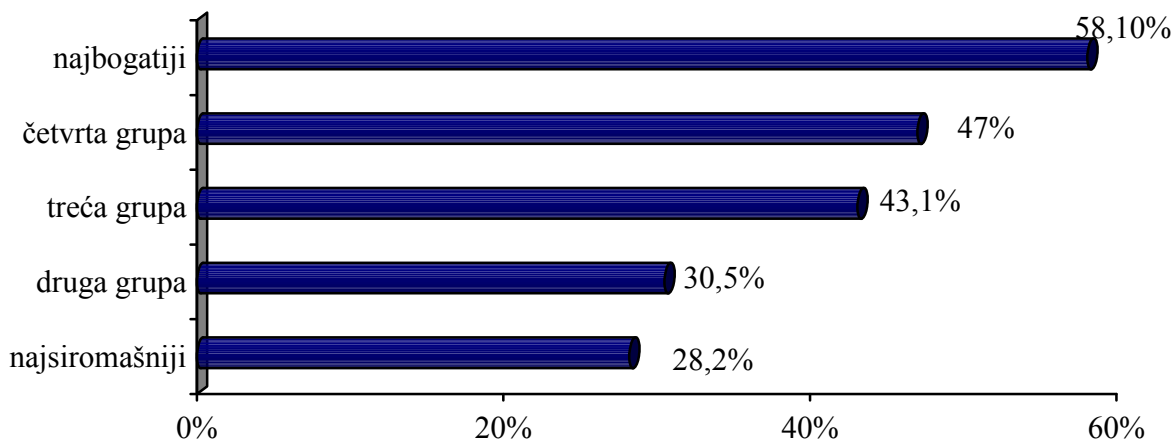
Ukupan stav o pušenju koji je poželjan imalo je 40,7% mladih uzrasta 15 do 19 godina. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, mada se uočava da devojke u nešto većem procentu (43,9%) imaju poželjan stav u odnosu na mladiće (37,9%). Kada se posmatra materijalno stanje domaćinstva, procenat mladih koji imaju poželjan stav o pušenju značajno opada od najbogatije grupe (58,1%) do najsiromašnije grupe (28,2%) ($\chi^2 = 10,139$; $p = 0,038$) (grafikon 39).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji imaju poželjan stav o pušenju.

Tri četvrtine mladih navodi da je izloženo duvanskom dimu u svojoj kući i zatvorenom prostoru. Skoro dve trećine mladih nikada nisu pušili. Povremeno i svakodnevno puši petina mladih, bez značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Tek svaki peti pušač želi da prestane da puši, a 42% njih nikada nisu pokušali da prestanu sa pušenjem. Samo polovina mladih navodi da je zabrinuta zbog štetnih posledica pušenja po njihovo zdravlje. Većina mladih u svom okruženju ima neku osobu koja puši, najčešće su to neko iz društva, najbolji drug/drugarica, otac i majka. Poželjan stav o pušenju ima tek 40% mladih, značajno više mladi iz najbogatije grupe.

U odnosu na 2000. godinu značajno manje mladih izloženo je duvanskom dimu u kući. Takođe, značajno manje njih navodi da su od osoba iz njihovog okruženja baba/deda pušači, ali značajno više mladih navodi nekoga iz društva kao pušača.

Grafikon 39 Procenat mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini koji imaju poželjan stav o pušenju u odnosu na materijalno stanje domaćinstva



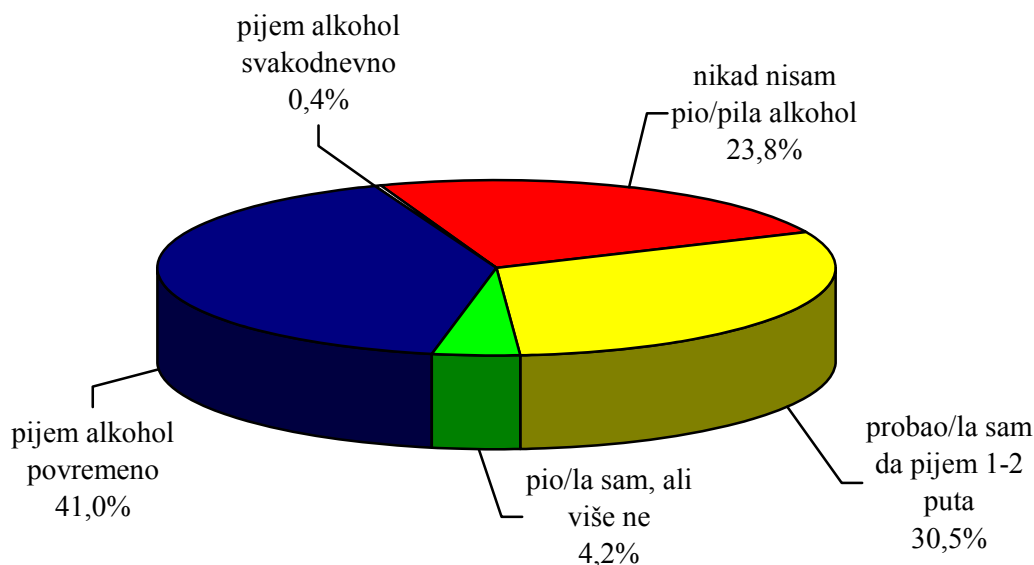
5.15 ALKOHOL

Većina rezultata o upotrebi alkohola prikazani su na deo uzorka mladih uzrasta 15 do 19 godina, dok su pojedini rezultati koji se odnose na podatke o napijanju, podatke o mogućnosti kupovine alkoholnih pića na javnim prodajnim mestima i podatke o osobama iz bližeg socijalnog okruženja koja piju, prikazani na delu uzorka uzrasta 12 do 19 godina.

5.15.1 Učestalost pijenja alkohola

U Vojvodini 41,4% mladih uzrasta 15 do 19 godina konzumira alkohol (odgovorili su potvrdno na izjavu „Pijem alkoholna pića povremeno“ i „Pijem alkoholna pića svakodnevno“). Skoro svaki četvrti pripadnik populacije mladih (23,8%) izjavljuje da nikada nije pio alkoholna pića (grafikon 40).

Grafikon 40 Konzumiranje alkohola mladih uzrasta od 15 do 19 godina u Vojvodini



Uočava se statistički značajna razlika po polu, značajno veći procenat mladića (47,3%) nego devojaka (34,5%) povremeno ili svakodnevno konzumira alkoholna pića ($\chi^2=3,972$; $p=0,049$). Takođe, značajna je razlika u procentu mladih uzrasta 15 do 19 godina u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Mladi iz srednjih grupa prema materijalnom stanju domaćinstva u značajno većem procentu piju alkohol (48,4% iz četvrte i 48,3% iz druge grupe) nego oni iz grupe najsiromašnijih (18,9%) i grupe najbogatijih (38,7%) ($\chi^2=10,278$; $p=0,036$).

Nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji navode da nikada nisu pili ili su probali alkohol 1 do 2 puta, i u procentu mladih koji piju svakodnevno u odnosu na 2000. godinu. Statistički značajna razlika postoji kada su u pitanju mladi koji navode da su pili ali više ne, značajno ih je više u 2006. godini (4,2%) u odnosu na 2000. godinu (0,8%) ($p<0,05$). Takođe, značajno više mladih navodi da pije alkohol povremeno u 2006. godini (41%) u odnosu na 2000. godinu (27,7%) ($p<0,01$).

Prosečna starost mladih prilikom prvog konzumiranja alkohola je 14,8 godina (anketirani mladi su pitani koliko su imali godina kada su prvi put popili neko alkoholno piće ne računajući gutljaj iz tuđe čaše). Raspon godina prilikom prvog probanja nekog alkoholnog pića kretao se od 10 do 18 godina ($SD=1,8$). Nema statistički značajne razlike u prosečnoj starosti prvog konzumiranja alkohola u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

5.15.2 Prosečan broj nedeljno popijenih doza alkoholnih pića

Mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina navode da su u nedelji koja je prethodila anketiranju prosečno popili 5,3 doza alkoholnih pića. Doza pića je definisana kao: flaša piva (0,5 l), čaša vina (0,2 l), čašica „žestokog“ pića (0,03 l) i čašica likera (0,03 l), a nedeljno popijena doza pića računata je za one ispitanike koji su u prvom pitanju naveli da piju alkoholna pića povremeno ili svakodnevno, i koji su dali odgovor o količini alkoholnih pića koju su popili tokom prethodne nedelje (n=88).

Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol u prosečnom broju nedeljno popijenih doza alkoholnih pića kod mladih uzrasta 15 do 19 godina, mada su mladići popili prosečno 6, a devojke 4 pića tokom protekle nedelje. Takođe, ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, iako je srednja grupa prema materijalnom stanju domaćinstva popila najviše, prosečno 7,1 doza alkoholnih pića u odnosu na grupu najbogatijih i najsiromašnijih koje su prosečno pile 3,6 doza alkoholnih pića u toku prethodne nedelje.

5.15.3 Opijanje

Više od petine ispitivane omladine u Vojvodini (21,4%) jednom mesečno i češće pije 6 ili više alkoholnih pića u toku jedne prilike. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol iako je odnos 2:1, mladići (26,7%) u odnosu na devojke (13,2%). Takođe, ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, iako se mladi iz srednje grupe prema materijalnom stanju domaćinstva najčešće opijaju (40,9%), u odnosu na mlade iz četvrte (13,3%) i druge grupe (14,3%).

Deca i omladina u Vojvodini starosti 12 do 19 godina koja su popunjavala upitnik pitana su da li su se ikada u životu napila. Bar jednom u životu (jednom i dva ili više puta) napilo se 52,3% ispitanih. Jednom u životu napilo se 22,1% mladih, i to značajno češće devojke (27,2%) u odnosu na mladiće (18,2%). Dva i više puta napilo se 30,2% mladih, statistički značajno češće mladići (42,4%) nego devojke (14,6%) ($\chi^2=21,301$; $p<0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Analiza u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

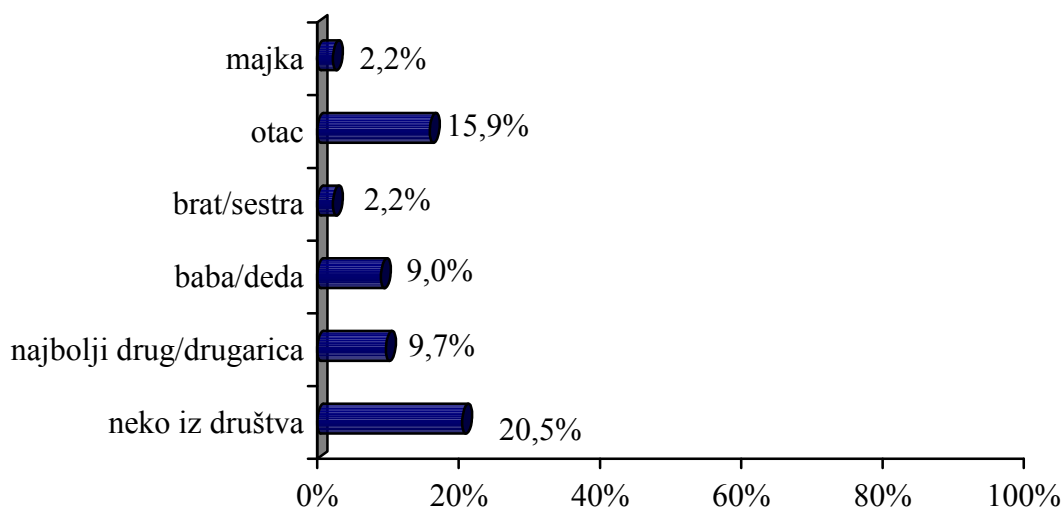
5.15.4 Bliske osobe u okruženju ispitanika koje piju

Deca i omladina u Vojvodini u 30,2% slučajeva navode da u svom bližem socijalnom okruženju imaju neku osobu koja pije alkohol.

U 2006. godini statistički značajno je manje mladih koji navode da imaju neku osobu iz bliskog okruženja koja pije alkohol u odnosu na 2000. godinu (38,9%) ($p < 0,05$).

Najčešće se kao bliska osoba koja pije alkohol navodi neko iz društva (20,5%), otac (15,9%), najbolji drug/drugarica (9,7%), baba/deda (9%), brat/sestra (2,2%) i majka (2,2%) (grafikon 41).

Grafikon 41 Bliske osobe u okruženju dece i omladine uzrasta 12 do 19 godina u Vojvodini koje piju alkohol



Ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, kao i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva izuzev kada je u pitanju otac koji pije. Značajno veći procenat dece i omladine iz grupe najsiromašnijih, 29,4% u odnosu na one iz četvrte grupe (11,9%) i grupe najbogatijih (12,1%) navode da njihov otac pije ($\chi^2=17,612$; $p=0,024$).

U odnosu na uzrast, testirana je razlika između dece starosti 12 do 14 godina i mladih 15 do 19 godina. Statistički značajna razlika uočena je samo kada su u pitanju najbolji drug/drugarica i neko iz društva koji piju alkohol. U skladu sa rezultatima da je učestalost pijenja

alkohola veća kod starije grupe i ovde značajno češće stariji (15 do 19 godina) navode da njihov najbolji drug/drugarica piju alkohol (15,5% u odnosu na 2,3% dece iz mlađe grupe 12 do 14 godina) ($\chi^2=20,094$; $p<0,001$). Takođe, značajno češće mladi iz starije grupe (31,6%) u odnosu na mlađe (6,3%) navode da neko iz njihovog društva pije alkohol ($\chi^2=39,047$; $p<0,001$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji navode pojedinačne osobe iz okruženja koje piju alkohol.

5.15.5 Stavovi o alkoholu

Ukupan stav o alkoholu dobijen je na osnovu sedam izjava sa kojima su mladi uzrasta 12 do 19 godina izrazili slaganje ili ne slaganje. Kao poželjan stav označeno je neslaganje sa sledećim izjavama o alkoholu: „Smanjuje napetost i opušta“, „Uliva hrabrost i smanjuje strah“, „Popravlja raspoloženje“, „Piće se u društvu ne odbija“, „Male količine ne škode zdravlju“, „Lekovit je“, i slaganje sa izjavom „Alkohol šteti zdravlju“. Poželjan stav u odnosu na svih sedam izjava imalo je 15,2% ispitivanih mladih.

U 2006. godini statistički značajno manje mladih je imalo poželjan stav o alkoholu u odnosu na 2000. godinu (33,6%) ($p<0,01$).

Više od 40% ispitivanih mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini konzumira alkohol povremeno i svakodnevno, češće mladići, a tek svaka peta osoba nikada nije pila alkoholna pića. Prosečna starost mladih prilikom prvog konzumiranja alkohola je 14,8 godina. Mladi koji uzimaju alkohol, nedeljno u proseku popiju 5,3 doza alkoholnih pića, a petina mladih se opija. Skoro trećina anketiranih navodi da neko iz njihovog okruženja pije alkoholna pića, najčešće neko iz društva i otac. Poželjan stav u odnosu na alkohol ima tek svaka sedma mlada osoba.

U odnosu na 2000. godinu značajno više mladih navodi da pije alkohol povremeno, u manjem procentu navode da imaju blisku osobu iz okruženja koja pije, i značajno manje imaju poželjan stav o alkoholu.

5.16 ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Analizirana su pitanja o informisanosti i znanju o psihoaktivnim supstancama (PAS), stepenu izloženosti (neko iz okruženja uzima, ponuđena im je droga, probali su), korišćenju i stavu prema PAS mladih uzrasta 15 do 19 godina.

Ispitivani mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini u 41,9% upoznati su sa štetnim efektima psihoaktivnih supstanci (znaju da su kanabis, ekstazi, kokain, LSD, heroin i krek uvek štetni). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Statistički značajno više mladih u 2006. godini poznaje štetne efekte psihoaktivnih supstanci u odnosu na 2000. godinu (24,5%) ($p < 0,01$).

Posmatrano pojedinačno, ispitivani mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini na pitanje da li poznaju neko od psihoaktivnih sredstava u 38,9% smatraju da je amfetamin uvek štetan, u 23,8% smatraju da su barbiturati (sredstva za spavanje) uvek štetni, u 60,5% da je kanabis (marihuana, hašiš) uvek štetan, u 64,8% da je ekstazi uvek štetan, u 74% da je kokain uvek štetan, u 61,4% da su halucinogene droge (LSD) uvek štetne, u 72,6% da je heroin uvek štetan, u 44% da je morfijum uvek štetan, da je u 53,2% krek uvek štetan, u 63,6% da su rastvarači (lepak) uvek štetni, u 22,2% da su sredstva za smirenje (bensedin, librijum) uvek štetna, u 20,4% da su sredstva protiv bolova (trodon) uvek štetna i u 69,9% da je kombinacija (npr. trodon i alkohol ili neka druga) uvek štetna (grafikon 42).

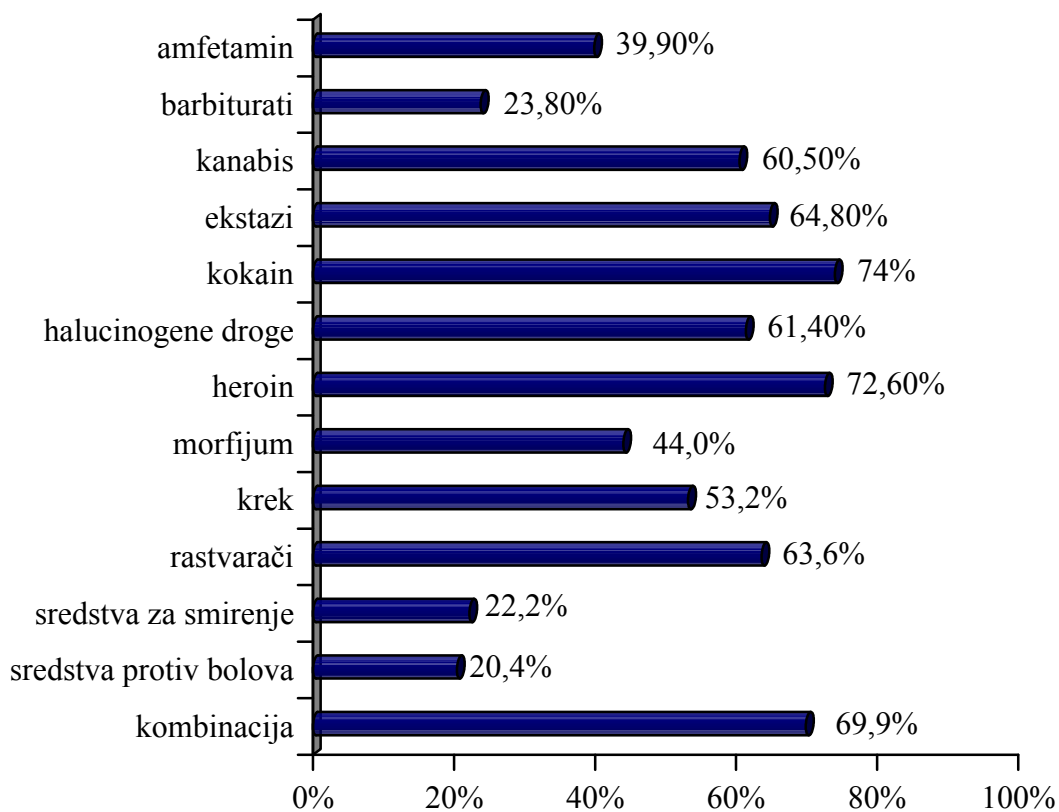
Nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji su upoznati o štetnosti psihoaktivnih supstanci u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, sem kada je u pitanju krek. Značajno više mladih iz četvrte grupe prema indeksu blagostanja (68,8%) u odnosu na mlade iz najsiromašnije grupe (37,8%) smatra da je krek uvek štetan ($\chi^2=10,394$; $p=0,034$).

Takođe, za većinu psihoaktivnih supstanci ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, izuzev kada su u pitanju sredstva za umirenje (npr. bensedin, librijum) i sredstva protiv bolova (npr. trodon), za koje devojke u manjem procentu smatraju da su uvek štetna. Tako, svega 13,9% devojaka u odnosu na 29,5% mladića smatra da su sredstva za umirenje uvek štetna ($\chi^2=8,099$; $p=0,004$), a 12% devojaka naspram 27,9% mladića smatra da su sredstva protiv bolova uvek štetna ($\chi^2=8,831$; $p=0,003$).

Na pitanje da li im je ikad ponuđeno neko od psihoaktivnih sredstava, 23,4% mladih odgovorilo je potvrdno, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Statistički značajno manje mladih izjavilo je da im je ponuđena droga u odnosu na 2000. godinu (38,3%) ($p < 0,01$).

Grafikon 42 Mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina koji smatraju da su psihoaktivne supstance uvek štetne



Ispitivani mladi u Vojvodini u 23,6% navode da neko od njihovih prijatelja iz društva koristi neku od psihoaktivnih supstanci („duva“ lepak, puši „travu“, uzima heroin, kokain, ili uzima tablete (bensedin, trodon, amfetamin)), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji navode da neko iz njihovog društva uzima psihoaktivne supstance.

Ispitivani mladi u Vojvodini u 10,5% slučajeva probali su ili uzimaju neku psihoaktivnu supstancu, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Prosečne godine mladih u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina prilikom prvog uzimanja neke psihoaktivne supstance kreću se između 13 i 17 godina. Najranije su mladi probali lek, sa prosečno 13 godina, zatim tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.) sa 15,5 godina, marihuanu sa prosečno 16,4 godina i ekstazi sa 17 godina, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Mladi uzrasta 15 do 19 godina koji su učestvovali u istraživanju nisu naveli da imaju iskustvo sa korišćenjem hašiša, kokaina i heroina.

Najčešće mesto prvog uzimanja neke od psihoaktivnih supstanci koje navode mladi uzrasta 15 do 19 godina je žurka, kafić, diskoteka (45,5%), a zatim stan druga/drugarice ili sopstveni stan (22,7%). Sledeće mesto je ulica (13,6%), a škola je mesto prvog uzimanja svake jedanaeste mlade osobe (9,1%). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva kada je u pitanju mesto prvog uzimanja psihoaktivnih supstanci.

Analiziran je ukupan stav o psihoaktivnim supstancama na osnovu osam izjava sa kojima su se mladi složili ili se nisu složili („droge smanjuju napetost i opuštaju“, „popravlja raspoloženje“, „podstiču kreativnost“, „male količine ne škode zdravlju“, „štetne su po zdravlje“, „bolje je i ne probati ih“, „marihuana ne izaziva zavisnost“ i „treba legalizovati prodaju marihuane“). Ispitivani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 71% imaju poželjan stav o psihoaktivnim supstancama, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Ako se posmatraju pojedinačni stavovi, procenat mladih koji imaju nepoželjan stav kreće se od 5,3% do 15,7%. Tako se 5,3% mladih ne slaže sa stavom da su droge štetne po zdravlje, 6,1% smatra da male količine ne škode zdravlju, 7,5% smatra da droge podstiču kreativnost, 11,3% ne slaže se sa stavom da je bolje i ne probati droge, 14,8% misli da marihuana ne izaziva zavisnost, a 15,7% slaže se sa stavom da treba legalizovati prodaju marihuane.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu mladih koji imaju poželjan ukupni stav o psihoaktivnim supstancama.

Anketirani mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini u 42% u potpunosti tačno identifikuju štetno delovanje psihoaktivnih supstanci, skoro četvrtini je ponuđena, a svaka deseta

mlada osoba probala je ili uzima neku drogu, što se najčešće dešava prilikom izlaska. Skoro četvrtina mladih ima nekog iz društva za koga zna da uzima psihoaktivne supstance. Ukupan poželjan stav o psihoaktivnim supstancama ima preko 70% ispitivanih mladih.

U odnosu 2000. godinu značajno više mladih poznaje štetne efekte psihoaktivnih supstanci, a značajno manji procenat njih navodi da im je ponuđena droga.

5.17 SEKSUALNO PONAŠANJE I ZNANJE O HIV/AIDS

Analizirana su pitanja koja se odnose na stupanje u seksualne odnose, uzrast prilikom prvog seksualnog odnosa, razloge upuštanja i neupuštanja u seksualni odnos, korišćenje kontracepcije, kao i primenu metoda kontracepcije koje nisu pouzdane. Takođe, analizirano je znanje o HIV/AIDS-u.

Ispitivani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 39,7% navode da su imali seksualne odnose, statistički značajno češće mladići (46,9%) u odnosu na 31,5% devojaka ($\chi^2=5,844$; $p=0,016$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Od razloga koji su navedeni za neupuštanje u seksualne odnose, mladi su najčešće navodili „da je rano“ (66,2%), a petina (20,5%) da nemaju partnera, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U 2006. godini statistički značajno više mladih uzrasta 15 do 19 godina navodi da je stupilo u seksualne odnose u odnosu na 2000. godinu (22,4%) ($p<0,01$).

Tipičan uzrast stupanja u prvi seksualni odnos je 16 godina, odnosno najveći broj mladih odgovorilo je da se u prvi seksualni odnos upustilo sa 16 godina (modalna vrednost). Statistički značajno češće su mladići (23,2%) navodili da su u prvi seksualni odnos stupili sa 16 godina nego devojke (11,4%) ($\chi^2=17,181$; $p=0,004$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

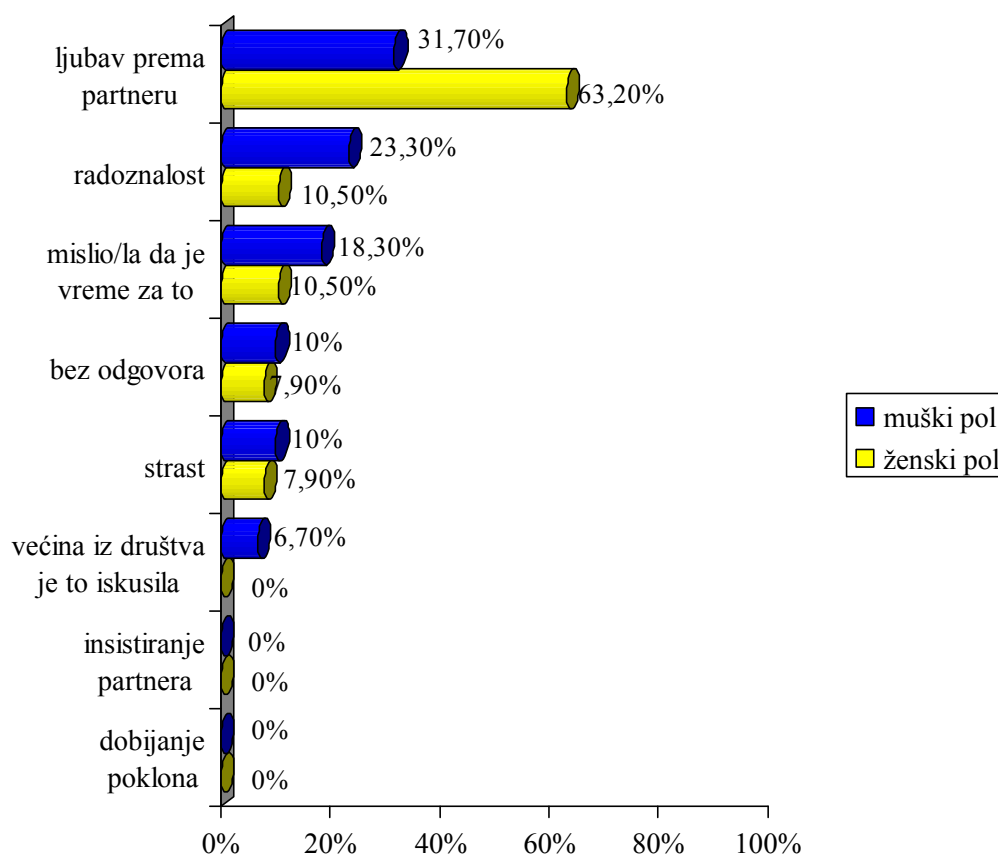
U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u prosečnoj starosti godina prvog stupanja u seksualni odnos.

Najčešći razlog stupanja u seksualne odnose koje su naveli ispitivani mladi je ljubav prema partneru (43,9%), zatim radoznalost (18,4%), a 15,3% mladih je smatralo da je vreme za to (grafikon 43). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, ali se zapaža da značajno veći broj devojaka (63,2%) kao razlog navodi ljubav prema partneru u odnosu na mladiće (31,7%),

dok radoznalost navodi veći broj mladića (23,3%) nego devojaka (10,5%) ($\chi^2=11,020$; $p=0,051$). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva nema statistički značajne razlike.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u najčešćim razlozima za stupanje u seksualne odnose koje mladi navode.

Grafikon 43 Razlozi za stupanje u prvi seksualni odnos mladih u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u odnosu na pol



Najčešća kontraceptivna metoda/sredstvo koju koriste mladi je kondom, i stalno ga koristi 63,6%, a ponekad 22,7% mladih koji imaju seksualne odnose, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Pilulu kao kontraceptivno sredstvo povremeno koristi 7,5%, a stalno 7,5% mladih koji imaju seksualne odnose. Nije zanemarljiv procenat mladih koji koriste nepouzidane metode kontracepcije, pa tako 21,9% mladih koji imaju seksualne odnose koristi neplodne dane, a 32,5% koristi prekinut odnos kao metodu kontracepcije, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Nijedna ispitana mlada osoba nije navela intrauterinu spiralu i dijafragmu kao sredstva kontracepcije.

U odnosu na 2000. godinu kada je 41,9% anketiranih mladih koji su imali seksualne odnose navelo da stalno koristi kondom, statistički značajno je više mladih koji stalno koriste kondom u 2006. godini ($p < 0,05$). Poređenje ukupnog procenta mladih koji koriste nepouzidane metode kontracepcije u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Kada je u pitanju znanje o HIV/AIDS-u ispitivani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 95,3% znaju za HIV virus i bolest AIDS (SIDA), pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu (98,2%) nema statistički značajne razlike u procentu mladih uzrasta 15 do 19 godina koji znaju za HIV virus i bolest AIDS (SIDA).

Analizirano je ukupno znanje i stav o HIV/AIDS-u na osnovu pet konstatacija za koje su mladi odgovorili da su tačne ili netačne („Osoba se može zaštititi od infekcije HIV-om ako ima samo jednog stalnog partnera koji nije inficiran“, „Osoba se može zaštititi pravilnom upotrebom kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa“, „Sida se može dobiti ujednom komarca“, „Osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac HIV-a“, „Osoba se može inficirati HIV-om ako deli hranu sa inficiranom osobom“). Ispitivani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 17,9% imaju potrebno znanje o načinima prevencije seksualne transmisije HIV-a, odnosno prepoznaju zablude u vezi sa prenosom virusa HIV-a, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Analiza ukupnog znanja i stava u odnosu na stanje iz 2000. godine nije urađena pošto je indikator uveden 2006. godine.

Mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini obuhvaćeni istraživanjem u skoro 40% navode da su imali seksualne odnose, češće mladići nego devojke, najčešći razlog za stupanje u

seksualne odnose je ljubav i radoznalost, a u prvi seksualni odnos najčešće stupaju sa 16 godina. Od kontraceptivnih metoda mladi najčešće koriste kondom, ali nije zanemarljiv procenat onih koji primenjuju nepouzdate metode kontracepcije (više od petine neplodne dane a trećina prekinut odnos). Velika većina mladih zna za HIV/AIDS, pri čemu manje od petine u potpunosti tačno identifikuje načine prevencije HIV/AIDS-a i zablude u vezi sa prenosom virusa.

U odnosu na 2000. godinu značajno više mladih navodi da je stupilo u seksualne odnose i značajno više njih koristi kondom.

5.18 KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Analizirana su pitanja o korišćenju primarne zdravstvene zaštite, stomatološke zdravstvene zaštite, bolničkog lečenja i korišćenju lekova anketirane dece i omladine uzrasta 7 do 19 godina.

5.18.1 Korišćenje primarne zdravstvene zaštite

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini, kada imaju neki zdravstveni problem prvo se u većini slučajeva obraćaju roditeljima i rođacima/prijateljima (70,5%) i u 28,6% slučajeva lekarima primarne zdravstvene zaštite. Značajna je razlika u odnosu na pol, dečaci se u većem procentu obraćaju lekaru (32,2%) u odnosu na devojčice (24,9%). ($\chi^2=4,402$; $p=0,036$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Postoji značajna razlika u odnosu na uzrast, mlađa deca (17,9%) u odnosu na starije (39,6%) se u manjem procentu prvo obraćaju lekaru, što je razumljivo jer se prvo obraćaju roditeljima koji će ih odvesti kod lekara ($\chi^2=26,694$; $p<0,001$).

U odnosu na 2000. godinu uočava se statistički značajna razlika, tada je 83,1% ispitivane dece i omladine navelo da se kada ima zdravstveni problem prvo obraća lekaru ($p<0,01$).

U Vojvodini 40,5% dece obuhvaćenih ovim istraživanjem navodi da ima svog pedijatra, odnosno lekara opšte medicine ili medicine rada, i nema značajne razlike u odnosu na pol i uzrast. Prema materijalnom stanju domaćinstva, deca iz najsiromašnije grupe u značajno manjem procentu navode da imaju svog lekara (28,6%) u odnosu na četvrtu i srednju grupu (46,4% i 45,3%) ($\chi^2=10,612$; $p=0,031$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece koja navode da imaju svog lekara.

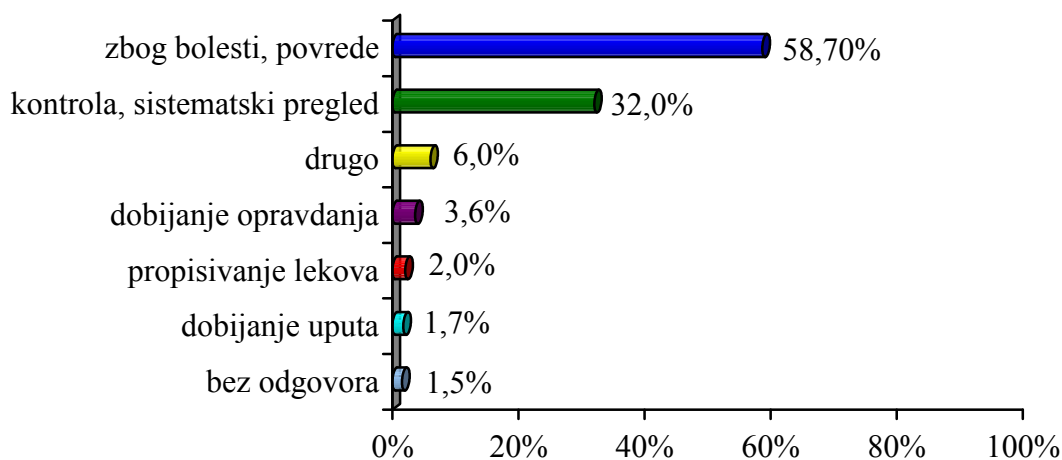
U poslednjih godinu dana 62% ispitivane dece i omladine u Vojvodini je posetilo lekara primarne zdravstvene zaštite, pri čemu nema značajne razlike u odnosu na pol i uzrast. Uočava se da je prema materijalnom stanju domaćinstva značajno manji procenat dece iz grupe najsiromašnijih (49,1%) posetilo lekara u poslednjih godinu dana u odnosu na srednju i četvrtu grupu (67,2% i 65,9%) ($\chi^2=10,621$; $p=0,031$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece koja navode da su u poslednjih godinu dana posetili lekara primarne zdravstvene zaštite.

Deca koja su u poslednjih godinu dana koristila zdravstvenu zaštitu kod lekara primarne zdravstvene zaštite ostvarila su prosečno 2,95 posete, pri čemu nema značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

Kao najčešći razlog poslednje posete lekaru ispitivana deca i omladina u Vojvodini navode bolest/povredu u 58,7% slučajeva, a zatim kontrolu zdravlja odnosno sistematski pregled u 32% slučajeva. Treći razlog po učestalosti je dobijanje opravdanja/potvrde (3,6%), sledi propisivanje lekova (2%) i dobijanje uputa za specijalistu/laboratoriju (1,7%) (grafikon 44).

Grafikon 44 Razlozi poslednje posete lekaru primarne zdravstvene zaštite dece i omladine u Vojvodini



Učestalost javljanja lekaru zbog bolesti/povrede statistički se značajno razlikuje u odnosu na uzrast. Najmlađa grupa 7-10 godina (67,7%) značajno se češće javlja lekaru zbog bolesti/povrede nego deca uzrasta 11-14 godina (53,5%) i adolescenti uzrasta 15-19 godina (60,2%) ($\chi^2=8,174$; $p=0,017$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Kada je u pitanju kontrola zdravlja odnosno sistematski pregled kao razlog posete lekaru, uočava se statistički značajna razlika u odnosu na uzrast. Ovaj razlog češće navode deca uzrasta 11 do 14 godina (39%) u odnosu na najmlađu i najstariju grupu (28% i 29,1%) ($\chi^2=7,467$; $p=0,024$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladina koja kao glavni razlog poslednje posete lekaru navode bolest/povredu, dok postoji značajna razlika kada je u pitanju kontrola zdravlja odnosno sistematski pregled. U 2000. godini značajno više (38,2%) ispitivane dece i omladine navelo je kontrolu zdravlja odnosno sistematski pregled kao razlog svoje poslednje posete lekaru ($p<0,05$).

5.18.2 Korišćenje stomatološke zdravstvene zaštite

U Vojvodini 46,9% ispitivane dece i omladine navodi da ima svog zubnog lekara (stomatologa). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, ali postoji u odnosu na uzrast. Deca iz najmlađe kategorije 7 do 10 godina u značajno većem procentu (55,7%) navode da imaju svog stomatologa u odnosu na decu uzrasta 11 do 14 godina (47%) i adolescente 15 do 19 godina (46,9%) ($\chi^2=8,533$; $p=0,014$). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva, deca iz najsiromašnije grupe u značajno manjem procentu 32,7% navode da imaju svog stomatologa za razliku od 55,9% dece iz najbogatije grupe ($\chi^2=13,136$; $p=0,011$).

U donosu na 2000 godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja navode da imaju svog stomatologa.

U poslednjih godinu dana 61,8% ispitivane dece i omladine u Vojvodini navodi da je posetilo stomatologa. Nema statistički značajne razlike u odnosu na uzrast, ali postoji u odnosu na pol, značajno više devojčica (65,9%) u odnosu na dečake (57,6%) navodi da je u poslednjih godinu dana posetilo stomatologa ($\chi^2=4,857$; $p=0,028$). Takođe, uočava se razlika u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, deca iz najsiromašnije grupe su u značajno manjem procentu (42,5%) u odnosu na najbogatije (76,3%) bila kod stomatologa u poslednjih godinu dana ($\chi^2=28,690$; $p<0,001$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koja navode da su u poslednjih godinu dana posetili stomatologa.

Interesantan je podatak da 3,9% ispitivane dece i omladine u Vojvodini nikada nije bilo kod stomatologa. Značajno veći procenat dece 7 do 10 godina (7,1%) u odnosu na starije kategorije (2,4% i 3,1%) nisu nikada bili kod stomatologa ($\chi^2=6,634$; $p=0,036$), što se donekle može objasniti time da se poseta stomatologu odlaže dok se ne pojave ozbiljniji problemi, što se događa u starijem uzrastu. U odnosu na materijalno stanje domaćinstva statistički značajno više dece iz najsiromašnije grupe 9,7% u odnosu na ostale navode da nikada nisu bili kod stomatologa, dok ni jedno dete iz četvrte grupe ne daje ovaj podatak ($\chi^2=19,238$; $p=0,001$).

U donosu na 2000. godinu uočava se statistički značajna razlika, jer je tada značajno veći procenat dece i omladine (9,5%) navelo da nikada nije bilo kod stomatologa ($p<0,01$).

Deca koja su u poslednjih godinu dana koristila zdravstvenu zaštitu kod stomatologa ostvarila su prosečno 3,12 poseta, pri čemu nema značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

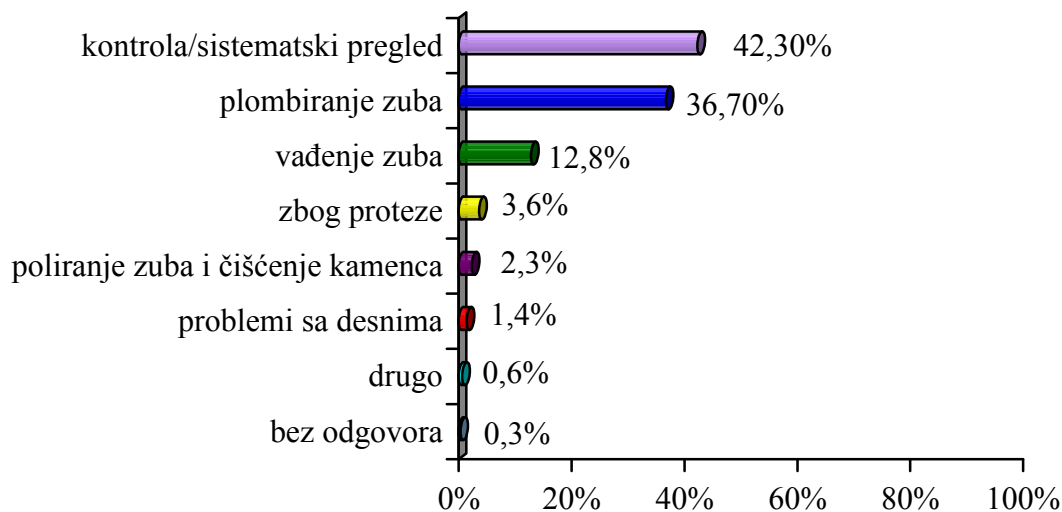
Kao najčešći razlog poslednje posete stomatologu ispitivana deca i omladina u Vojvodini navode kontrolu/savet/sistematski pregled u 42,4% slučajeva, a zatim plombiranje zuba u 36,8% slučajeva. Treći razlog po učestalosti je vađenje zuba (12,9%), slede posete zbog proteze (3,6%) i poliranje zuba i čišćenje kamenca (2,3%) (grafikon 45).

Učestalost javljanja stomatologu zbog kontrole/sistematskog pregleda statistički se značajno razlikuje u odnosu na uzrast. Najmlađa grupa 7-10 godina u 47,4% i deca uzrasta 11-14 godina u 48,3%, značajno češće kao glavni razlog poslednje posete stomatologu navode kontrolu/sistematski pregled nego adolescenti uzrasta 15-19 godina (33,3%) ($\chi^2=13,405$; $p=0,001$). Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Statistički značajna razlika postoji i kada je u pitanju vađenje zuba kao razlog poslednje posete stomatologu. Značajno više dece 7 do 10 godina (19,9%) nego omladine 15 do 19 godina (7,7%) navodi vađenje zuba kao glavni razlog svoje posete stomatologu ($\chi^2=12,742$; $p=0,002$). Takođe, značajno više dečaka (15,5%) u odnosu na devojčice (10,2%) navodi ovaj razlog ($\chi^2=3,997$; $p=0,046$). U odnosu na materijalno stanje domaćinstva deca iz najsiromašnije grupe (23,5%) u odnosu na decu iz najbogatije grupe (10,2%) češće navode vađenje zuba kao razlog poslednje posete stomatologu ($\chi^2=13,302$; $p=0,010$).

U odnosu na 2000. godinu značajnost razlike u učestalosti razloga poslednje posete stomatologu testirana je samo kada je u pitanju poseta zbog proteze, pri čemu nema statistički značajne razlike.

Grafikon 45 Razlozi poslednje posete stomatologu dece i omladine u Vojvodini



5.18.3 Korišćenje bolničke zdravstvene zaštite

Na bolničkom lečenju, u godini koja je prethodila istraživanju, bilo je 3,9% ispitivane dece i omladine u Vojvodini, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

U odnosu na 2000. godinu postoji statistički značajna razlika, obzirom da u 2000. godini nijedan ispitanik nije naveo da je bolnički lečen u poslednjih godinu dana ($p < 0,01$).

Deca koja su bolnički lečena ostvarila su 1,42 hospitalizacije, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva.

5.18.4 Korišćenje lekova

Deca i omladina u Vojvodini pitana su o tome kako uzimaju lekove (po savetu lekara ili samoinicijativno) i koje lekove uzimaju samoinicijativno bez konsultacije i saveta lekara.

Većina ispitivane dece i omladine u Vojvodini (58,3%) uzima lekove po savetu lekara. Svako deseto dete navodi da lekove uzima samoinicijativno (samoinicijativno 1,8% i po savetu lekara i samoinicijativno 8,2%). Skoro trećina dece (31,7%) izjavljuje da ne uzima lekove. Nema statistički značajne razlike u odnosu na pol, mada devojčice u nešto većem procentu (12,8%) u poređenju sa dečacima (7,2%) navode da lekove uzimaju po savetu lekara i samoinicijativno. Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Uočava se statistički značajna razlika u odnosu na uzrast ispitivane dece i omladine, stariji 15 do 19 godina (17,6%) u značajno većem procentu u odnosu na decu uzrasta 11 do 14 godina (7,6%) i najmlađe 7 do 10 godina (1,8%) navode da lekove uzimaju po savetu lekara i samoinicijativno ($\chi^2=35,117$; $p<0,001$).

U odnosu na 2000. godinu nema statistički značajne razlike u procentu dece i omladine koji lekove uzimaju samoinicijativno.

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini koja su odgovorila da uzimaju lekove bez konsultacije i saveta lekara, najčešće uzimaju lekove protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.) (86,6%), zatim preparate za jačanje organizma (vitamine, minerale) u 58,2% i biljne preparate (za jačanje organizma i lečenje bolesti) u 34,3%. Antibiotike, bez saveta lekara, uzima 29,9% one dece koja su navela da lekove uzimaju samoinicijativno. Nema statistički značajne razlike u vrsti lekova i preparata koje deca uzimaju samoinicijativno i bez saveta lekara u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva, izuzev kada su u pitanju lekovi protiv bolova. Statistički značajno češće deca iz najstarije grupe 15 do 19 godina (88,9%) u odnosu na najmlađe 7 do 10 godina (33,3%) uzimaju lekove protiv bolova bez saveta lekara ($\chi^2=7,658$; $p=0,022$).

Anketirana deca i omladina u Vojvodini, kada imaju zdravstveni problem, najpre se obraćaju roditeljima i lekarima primarne zdravstvene zaštite, više od 40% ima svog lekara, a skoro dve trećine navodi da je u poslednjih godinu dana posetilo lekara primarne zdravstvene zaštite i ostvarilo u proseku 3 posete godišnje. Najčešći razlog poslednje posete lekaru bila je bolest/povreda, a zatim kontrola zdravlja. Skoro polovina anketiranih ima svog stomatologa, značajno češće mlađi uzrast i deca iz bogatijih porodica. Usluge stomatologa u poslednjih godinu dana koristilo je 62% anketirane dece i omladine, značajno više devojčice i oni iz bogatijih porodica. Najčešći razlog poslednje posete stomatologu bila je kontrola oralnog zdravlja, a zatim plombiranje zuba. Skoro 4% dece nikada nije koristilo usluge stomatologa, značajno više mlađi uzrast i deca iz siromašnijih porodica. Na bolničkom lečenju u poslednjih godinu dana bilo je 4% dece. Lekove deca najčešće uzimaju po savetu lekara, dok ih svako deseto dete uzima

samoinicijativno, najčešće lekove protiv bolova, preparate za jačanje organizma i biljne preparate.

U odnosu na 2000. godinu značajno je manji procenat dece koja navode da se kada imaju zdravstveni problem prvo obraćaju lekaru primarne zdravstvene zaštite. Kontrolu zdravlja, odnosno sistematski pregled kao razlog poslednje posete lekaru značajno manje dece navodi nego u 2000. godini. U odnosu na 2000. godinu značajno manje dece navodi da nikada nije bilo kod stomatologa, a značajno više dece daje podatak da je bilo na bolničkom lečenju. Kada je u pitanju korišćenje lekova nema značajne razlike u odnosu na 2000. godinu.

5.19 REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE ADOLESCENTKINJA

Analizirana su pitanja namenjena devojkama uzrasta 15 do 19 godina koja su se odnosila na posete ginekologu, razloge posete i trudnoću.

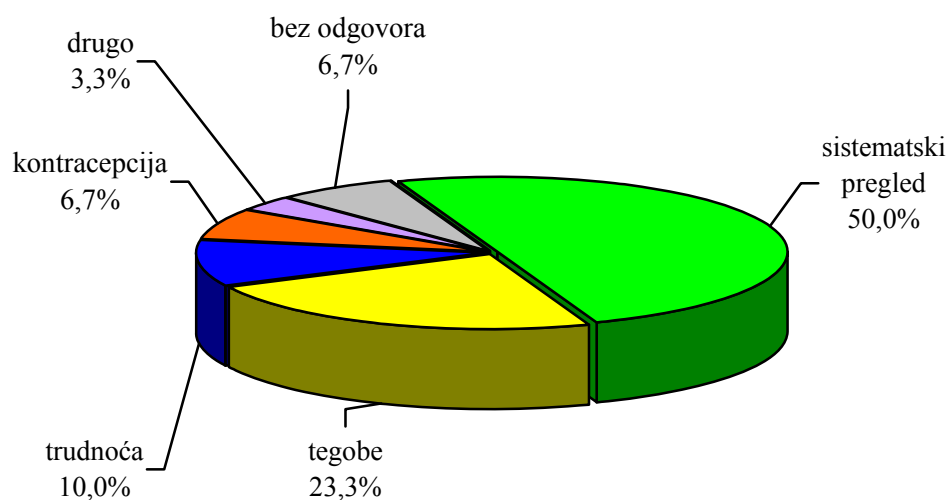
Ispitivane devojke u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u 16,7% navode da su u poslednjih godinu dana posetile ginekologa, dok je njih 8,8% to učinilo pre više od godinu dana, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva. Najčešći razlog posete ginekologu je bio kontrola zdravlja (sistematski pregled) u 50% slučajeva, zatim tegobe u 23,3%, trudnoća u 10% i kontracepcija u 6,7% slučajeva (grafikon 46). Nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva kada su u pitanju razlozi posete ginekologu.

Postoji statistički značajna razlika u odnosu na 2000. godinu kada je 5,3% devojaka posetilo ginekologa u poslednjih godinu dana ($p < 0,01$).

Prosečan uzrast u kome su devojke prvi put posetile ginekologe je 16,1 godina, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva.

Svega dve devojke navode da su do sada bile trudne (1,8%) i prema materijalnom stanju domaćinstva nalaze se u najsiromašnijoj grupi.

Grafikon 46 Razlozi poslednje posete ginekologu devojaka uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini



Skoro svaka šesta ispitivana devojka uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini posetila je ginekologa u poslednjih godinu dana, značajno više nego 2000. godine, a najčešći razlog posete bila je kontrola zdravlja.

6. DISKUSIJA

Zdravstvene informacije i istraživanja o zdravlju predstavljaju osnovu za dobijanje sistematskog znanja i razvoj tehnologija koje se koriste za unapređenje zdravlja pojedinaca i grupa stanovništva.

Ispitivanje zdravlja, ako se periodično realizuje, obezbeđuje dragocene podatke o socijalno-ekonomskim odrednicama zdravlja, zdravstvenom stanju na osnovu samoprocene ispitanika, životnim stilovima, funkcionalnim sposobnostima, korišćenju zdravstvene službe i troškovima za zdravstvenu zaštitu. Ovi podaci omogućavaju evaluaciju politika i programa u periodu između dva istraživanja, identifikovanje prioriternih problema i realizaciju odgovarajućih mera i aktivnosti za unapređenje zdravlja i zdravstvene zaštite stanovnika, praćenje zdravstvenog stanja i epidemioloških trendova razbolevanja, formulisanje ciljeva zdravstvene politike i definisanje strategija razvoja zdravstvenog sistema. Posebno su značajni za dovođenje u sklad sve većih potreba za zdravstvenom zaštitom sa raspoloživim resursima, kako bi se obezbedila efikasna i kvalitetna zdravstvena zaštita u cilju postizanja što dužeg i kvalitetnijeg života ljudi.

Mnoge zemlje su se susretale sa problemom nedostatka pravovremenih i kvalitetnih podataka koji bi obezbedili sveobuhvatnu sliku zdravlja u populaciji. Rutinska statistika obezbeđuje podatke koji se odnose na mortalitet, morbiditet od pojedinih bolesti, posebno ukoliko su razvijeni dobri registri, kao i kontakte sa zdravstvenom službom, tako da daje dosta ograničenu sliku zdravlja u populaciji, suženu samo na deo koji se odnosi na najteže poremećaje zdravlja. Međutim, rutinska statistika ne govori mnogo o brojnim stanjima koja dugo traju, a povezana su sa značajnom nesposobnošću i ne daje podatke o ponašanjima povezanim sa zdravljem koji bi objasnili visoke stope morbiditeta i mortaliteta od hroničnih nezaraznih bolesti. Istraživanja zdravlja u populaciji sprovedena putem intervjua obezbeđuju korisne informacije za donošenje odluka o kreiranju zdravstvene politike, strategija i novih zdravstvenih programa (89).

Takođe, podaci rutinske statistike ne obezbeđuju informacije o morbiditetu i mortalitetu u odnosu na značajnu determinantu zdravlja, kao što je socio-ekonomski status.

Dve značajne karakteristike istraživanja zdravlja u populaciji putem intervjua su to što obezbeđuje podatke o zdravlju na način kako zdravlje vidi stanovništvo, i što se za prikupljanje podataka koristi horizontalni pristup. To znači da se nekoliko tipova informacija (zdravstveno stanje, lične karakteristike ispitanika, ponašanje u vezi sa zdravljem, korišćenje zdravstvene zaštite) jednovremeno prikupljaju za svaku osobu. Ishod je ukupna slika zdravlja populacije koja omogućava identifikaciju najvažnijih problema, odnosno prioriteta. Kako se podaci prikupljaju periodično, tako mogu da se tokom vremena prate promene u zdravlju stanovništva, efekti zdravstvene politike i intervencija na zdravstveno stanje populacije (91, 92).

Populacione studije ispitivanja zdravlja stanovništva u kojima su podaci dobijeni korišćenjem upitnika treba da uzmu u obzir i pitanje različitih kriterijuma i osetljivosti u prepoznavanju ili prijavljivanju lošeg zdravlja ili invaliditeta među različitim društvenim klasama. U nekim istraživanjima, zapaženo je da ispitanici nižeg nivoa obrazovanja u manjoj meri izveštavaju o hroničnim stanjima, što može uticati da se podceni značaj hroničnih stanja u oceni zdravlja i proceni nejednakosti u zdravlju (111, 112).

U Srbiji je istraživanje zdravlja stanovništva pod nazivom „Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije“ prvi put sprovedeno 2000. godine. Istraživanje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ u saradnji sa mrežom instituta i zavoda za javno zdravlje i domovima zdravlja uz tehničku i finansijsku pomoć Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNICEF-a. Istraživanje 2006. godine je ponovljeno (follow up) istraživanje u kojem su protokol i upitnici iz 2000. godine predstavljali polazni materijal u njegovoj pripremi. Izvršene su izmene i dopune koje nisu ugrozile uporedivost sa nalazima iz 2000. godine. One su metodološki unapredile istraživanje i obezbedile dobijanje odgovora na standardizovana pitanja koja se koriste u istraživanjima u Evropskoj uniji, kao i dobijanje podataka za indikatore sadržane u bazi podataka „Zdravlje za sve“ Svetske zdravstvene organizacije (WHO-DB „Health For All“) i indikatora koji su preporučeni za Zdravstvene indikatore Evropske unije (ECHI-II) radi obezbeđenja uporedivosti naših pokazatelja zdravlja sa indikatorima drugih zemalja. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije je obavljeno putem intervjua i merenja telesne visine i težine i arterijskog krvnog pritiska. Potencijalna prednost pregleda, na primer uzoraka krvi, obavljenih jednovremeno sa intervjuom, nije razmatrana zbog povećanja troškova do kojeg bi ovakvi pregledi doveli.

Holistički pristup u oceni zdravstvenog stanja dece i omladine Vojvodine predstavlja istraživanje zdravlja ove populacione grupe, kao i najvažnijih demografskih, socio-ekonomskih pokazatelja, zdravstvenih resursa i rizika i korišćenja zdravstvene službe. Istraživanje je urađeno po principu studije preseka na reprezentativnom uzorku stanovništva, što omogućava donošenje relevantnih zaključaka koji se mogu generalizovati na nivo celokupne populacije dece i omladine. Podaci o zdravlju dece i omladine na bazi samoizveštavanja su analizirani u odnosu na demografske (pol, starost) i socio-ekonomske (materijalno stanje domaćinstva, indeks blagostanja) indikatore, koji su u ovom istraživanju predstavljali nezavisne varijable.

6.1 DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I SOCIJALNO-EKONOMSKI STATUS

Zdravlje stanovništva je određeno individualnim karakteristikama pojedinca (pol, starost, navike, ponašanje i drugo), faktorima spoljne sredine (fizičko, socijalno, ekonomsko i kulturalno okruženje) i međusobnim uticajem pomenutih parametara. Tako su loši uslovi stanovanja i siromaštvo prepoznati kao faktori koji imaju negativne efekte na zdravlje, a viši nivo obrazovanja i socio-ekonomskog položaja faktori koji imaju značajnu ulogu u razvijanju znanja i veština potrebnih za usvajanje zdravog stila života. Istraživanje zdravlja dece i omladine omogućava da se uoče razlike u zdravlju i zdravstvenim rizicima koje su povezane sa socijalno-demografskim karakteristikama i identifikuju najugroženije kategorije.

Istraživanjem je obuhvaćeno 2.093 domaćinstava, odnosno 672 deteta starosti od 7 do 19 godina u Vojvodini. Struktura uzorka po polu (50,1 ženskog pola, 49,9% muškog pola) i struktura po starosti odgovara polnoj i starosnoj strukturi stanovništva Vojvodine, u odnosu na podatke popisa iz 2002. godine i podacima Republičkog zavoda za statistiku Republike Srbije o proceni stanovništva prema polu i starosti za 2009. godinu (poslednji raspoloživi podaci) (27). Prema pomenutoj proceni, deca i omladina starosti 7 do 19 godina čine 14,4% ukupnog stanovništva Vojvodine. U istraživanju su kao nezavisne varijable korišćene socijalno demografske karakteristike, pol, starost i materijalno stanje domaćinstva.

U istraživanju je radi što objektivnije procene materijalnog stanja korišćen indeks blagostanja (*Demografic and Health Survey-DHS Wealth Index*) (97) koji uljučuje varijable koje se odnose na uslove stanovanja i posedovanje različitih materijalnih dobara. Istraživanje je

pokazalo da 40,2% dece i omladine u Vojvodini živi u domaćinstvima koja su prema indeksu blagostanja kategorisana kao siromašna (prvi i drugi kvintil DHS-a), a prema drugom pokazatelju koji razvrstava domaćinstva iznad i ispod 60% medijane prihoda, više od 36% dece i omladine živi u domaćinstvima koja su ispod linije siromaštva.

Anketa o životnom standardu iz 2002. i 2007. godine (113) kao najugroženije kategorije u Srbiji navodi niže obrazovane, nezaposlene osobe, decu uzrasta do 14 godina i osobe preko 65 godina, višečlana domaćinstva, stanovništvo koje živi u ruralnim područjima, dok su kao posebno ugroženi izdvojeni Romi, izbegla i interno raseljena lica i osobe sa invaliditetom. Studija je ukazala na tesnu povezanost obrazovanja, nezaposlenosti i stepena regionalnog razvoja na pojavu siromaštva (113).

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije iz 2007. godine oko 1,2 milijarde ljudi u svetu živi u ekstremnom siromaštvu sa manje od jednog dolara dnevno (114). Najveći problem siromaštva ogleda se u začaranom krugu: siromaštvo stvara bolest, a bolest održava siromaštvo. Siromaštvo je jedan od najvećih zdravstvenih rizika i od ukupno osam Milenijumskih ciljeva razvoja, prvi se odnosi na smanjenje siromaštva i gladi. (115, 116).

Siromaštvo je posledica nedovoljnih prihoda stanovništva za podmirivanje životnih potreba, a socijalna isključenost ukazuje na prepreke koje sprečavaju uspešno društveno angažovanje radi univerzalnog ostvarivanja prava, odnosno sprečenost da učestvuju u ekonomskom, socijalnom i građanskom životu uz neadekvatan pristup zaradi i drugim izvorima (ličnim, porodičnim, socijalnim ili kulturnim) (117).

Uzimajući u obzir da je siromaštvo jedna od najznačajnijih socio-ekonomskih odrednica zdravlja, Svetka banka i Međunarodni monetarni fond definisali su 1999. godine novi pristup u smanjivanju siromaštva u zemljama sa niskim dohotkom, koji podrazumeva donošenje strategije za smanjenje siromaštva. U cilju realizacije Milenijumskih ciljeva razvoja mnoge zemlje, pa i naša 2003. godine, donele su strategije za smanjenje siromaštva (118).

Prema studiji o životnom standardu siromaštvo u Srbiji je značajno smanjeno u periodu 2002-2007. godine. Broj siromašnih je prepolovljen 2007. godine na 6,6% u odnosu na 2002. godinu kada je iznosio 14% (119).

Dobar početak u životu izuzetno je značajan za fizički, intelektualni i emocionalni razvoj svakog pojedinca. Oskudica, neuhranjenost, slabo zdravlje, neadekvatna roditeljska nega i psihosocijalna stimulacija – sve to može rezultirati štetom koja je trajno nepopravljiva, čak i onda kada se životni uslovi poboljšaju. Siromaštvo, štaviše, najdublje pogađa baš detinjstvo, mnogo više nego kasnija životna doba (117).

U studiji „Stanje dece u Srbiji 2006.“ navodi se da se prema kriterijumu apsolutnog siromaštva, udeo siromašne dece, kao i udeo siromašnih domaćinstava sa decom, kreće oko 10% i približno je jednak udelu siromašnih u ukupnoj populaciji. Relativno veliki broj domaćinstava sa decom nalazi se, međutim, neposredno iznad linije siromaštva i sasvim malo pomeranje granice siromaštva nagore dovelo bi do značajnog povećanja broja siromašnih. Prema metodologiji koja je usvojena u *Strategiji za smanjenje siromaštva*, može se smatrati da je dodatno materijalno nedovoljno obezbeđeno još 10% dece koja žive u domaćinstvima neposredno iznad linije siromaštva (120). Sličan rezultat dalo je i naše istraživanje po kome 16,8% dece žive u domaćinstvima koja pripadaju grupu najsiromašnijih. Približan procenat navodi se i u Izveštaju o američkoj deci za 2010. godinu (121) po kome u SAD u 2009. godini 21% dece uzrasta od 0 do 17 godina živi u siromaštvu, što je porast u odnosu na 16% u 2000. godini.

Obrazovanje je važan preduslov zdravlja i socio-ekonomskog prosperiteta. Mnogobrojna istraživanja pokazala su povezanost zdravlja i stepena obrazovanja.

Nešto više od 60% anketirane dece i omladine u Vojvodini pohađa osnovnu školu, oko četvrtine srednju školu, 3,7% pohađa višu školu ili fakultet, a skoro desetina ne ide u školu. Značajno je veći procenat adolescenata i dece iz najsiromašnijih porodica koja ne idu u školu. Visok procenat adolescenata koja ne idu u školu može se objasniti time da su, na pitanje o školovanju odgovarali i oni koji su završili srednju školu, a nisu upisali višu školu/fakultet. Skoro sva deca uzrasta 7 do 14 godina u Vojvodini (izuzev dvoje – 99,5%) pohađaju osnovnu školu, što se poklapa sa rezultatima iz većine razvijenih zemalja. Istraživanje zdravstvenog stanja dece i omladine koji se odnose na nivo Srbije (89) pokazali su nešto lošiji rezultat, po kome 1,6% dece osnovnoškolskog uzrasta ne ide u školu.

Prema istraživanju višestrukih pokazatelja koje je sprovedeno 2005. godine, većina dece u Srbiji pohađa osnovnu ili srednju školu. U proseku, nema značajnih razlika između dečaka i devojčica u pogledu pohađanja osnovne škole. Na pohađanje srednje škole utiče materijalno stanje domaćinstva. Oko 64% dece iz najsiromašnijih domaćinstava pohađa srednju školu, dok je to slučaj kod 94% dece iz najbogatijih domaćinstava (122).

U dokumentu „Stanje dece u Srbiji 2006. godine“ navodi se da siromašna deca ređe pohađaju predškolske institucije, u većem procentu nisu obuhvaćena obaveznim osnovnim obrazovanjem i uglavnom ne pohađaju dodatne privatne časove i nastavu. Posebno je zabrinjavajuće to što gotovo 6% dece koja žive ispod linije siromaštva ne pohađa osnovnu školu. Među razlozima odustajanja od školovanja najčešće se navodi upravo siromaštvo (120).

Prema izveštaju Ujedinjenih Nacija o stanju dece u svetu procenat dece koja pohađaju osnovnu školu kretao se u najnerazvijenijim zemljama sveta od 59% u izveštaju iz 2005. godine do 67% u izveštaju iz 2011. godine. U zemljama u razvoju ovaj procenat se popeo sa 78% na 83% u pomenutim izveštajima, dok u industrijalizovanim zemljama iznosi stabilno 96%. Kada se pogledaju regioni sveta najniži procenat dece koja pohađaju osnovnu školu u izveštaju iz 2011. godine imaju zemlje Subsaharske Afrike 65%, Azija ima 88% dok zemlje Evropske Unije u proseku imaju 95% dece koja pohađaju osnovnu školu. U većini zemalja Evropske Unije 100% dece pohađa osnovnu školu, dok se u državama bivše Jugoslavije ovaj procenat kreće od 90% u Hrvatskoj, 95% u Srbiji i Makedoniji, 97% u Crnoj Gori i Sloveniji i 98% u Bosni i Hercegovini (123).

Kada je u pitanju uspeh u školi, više od polovine ispitivane dece osnovnoškolskog uzrasta u Vojvodini prethodni razred je završilo sa odličnim uspehom, a skoro trećina sa vrlo dobrim uspehom. U srednjoj školi blizu 40% je vrlodobrih i blizu 30% odličnih. Ukupno gledano devojčice su značajno češće imale odličan uspeh od dečaka, bolji uspeh u prethodnom razredu pokazala su deca u najmlađoj starosnoj grupi i deca iz grupe najbogatijih u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih.

Slični podaci o uspehu u školi dobijeni su u istraživanju ponašanja u vezi sa zdravljem školske dece u Hrvatskoj koje je bilo deo HBSC istraživanja 2005/2006 godine. Internacionalni izveštaj o nejednakostima u zdravlju mladih o istraživanju sprovedenom 2005/2006 godine

„Ponašanje u vezi sa zdravljem školske dece“ (*Health behaviour in school-aged children*, HBSC, u daljem tekstu HBSC istraživanje), obezbedio je širok opseg podataka o mladima uzrasta 11, 13 i 15 godina iz 41 zemlje, sa razlikama u odnosu na pol, starost, geografsku i socio-ekonomsku dimenziju zdravlja (125). Prema ovom izveštaju u Hrvatskoj školski uspeh opada sa uzrastom ispitanika. U uzrastu od 11 godina 86% dečaka i 98% devojčica ima odličan i vrlo dobar uspeh u poređenju sa 71% dečaka i 74% devojčica u uzrastu od 15 godina. U sve tri uzrasne grupe devojčice su uspešnije (124). Među 41 zemljom uključenom u istraživanje najveći procenat školske dece sa dobrim školskim uspehom zapaža se u Makedoniji, Hrvatskoj, Sloveniji, Rumuniji, Grčkoj, a najmanje u Ukrajini, Češkoj i Mađarskoj (125).

Porodica je u životu i razvoju deteta najvažnije okruženje, u kojem dete stiče društvena znanja i veštine i usvaja načine ponašanja. Uticaj porodice ne prestaje s detinjstvom, traje i kroz period adolescencije, a traje, i na mnoge načine, i kroz čitav život.

Deca i omladina u Vojvodini u proseku imaju jednog brata ili sestru. Iako većina dece živi sa oba roditelja (88%), skoro svako deseto dete živi sa jednim roditeljem, što su rezultati koji su veoma slični drugim istraživanjima.

Prema rezultatima HBSC istraživanja iz 2006. godine za Hrvatsku, udeo dece koja žive sa oba roditelja je 87,4%. Slična je situacija i u Italiji, Grčkoj, Turskoj, Sloveniji i Portugaliji (od 87,1% do 82%). Najmanje je dece koja žive u potpunim primarnim porodicama u Danskoj, Rumuniji, Sjedinjenim Američkim Državama i Grenlandu (65,7% do 53,3%) (124). Prema izveštaju o američkoj deci za 2010. godinu (121) 66% dece starosti od 0 do 17 godina živi sa oba roditelja, što je za 7% manje u odnosu na 1980. godinu.

Deca iz porodica sa jednim roditeljem su ne samo u povećanom riziku zbog mogućeg rizičnog ponašanja, već je veća i verovatnoća da te porodice budu siromašnije, što dodatno može da utiče na zdravlje i opšti doživljaj dobrog osećaja u životu (126).

Interesantno je da dve trećine dece u Vojvodini navodi da ima svoju sobu, ali manje deca uzrasta 7 do 10 godina, a više deca uzrasta 15 do 19 godina, što je očekivano obzirom da potreba za odvajanjem dece u zasebne sobe nastaje uglavnom u adolescenciji. Procenat dece bez

nedeljnog džeparca je relativno mali pri čemu je više onih koji su mlađi i iz siromašnijih porodica.

Sličnu situaciju pokazali su i rezultati HBSC istraživanja među školskom decom u Škotskoj gde 79% petnaestogodišnjaka u odnosu na 72% jedanaestogodišnjaka ima svoju sobu. Džeparac nije imalo 5% starije dece i 11% mlađih (127).

U studiji preseka PANACEA (Physical Activity Nutrition and Allergies in Children Examined in Athens) sprovedenoj na 700 školske dece uzrasta 10 do 12 godina na području Atine u Grčkoj 2006. godine, 75% dece navodi da ima svoju sobu (128).

Rezultati HBSC istraživanja u Hrvatskoj pokazali su da 62% dece ima svoju sobu, i to više dečaci nego devojčice (124).

6.2 HIGIJENSKE NAVIKE

Lična i opšta higijena je izuzetno važan aspekt unapređenja zdravlja a posebno u oblasti prevencije zaraznih bolesti i oralnog zdravlja. Usvajanje dobre higijenske prakse je od izuzetnog značaja za sprečavanje tzv. bolesti prljavih ruku, a održavanje higijene usta i zuba za oralno zdravlje dece i omladine.

Naše istraživanje kod dece i omladine u Vojvodini pokazalo je da su, u svim ispitivanim aspektima održavanja higijene (redovnom pranju ruku, zuba, kupanju/tuširanju i menjanju donjeg veša), devojčice, stariji uzrast i oni koji pripadaju bogatijima prema indeksu blagostanja u značajnom procentu bolji.

Kao kriterijum za redovno pranje ruku uzeti su odgovori *uvek peru ruke* u sve tri navedene situacije: po ulasku u kuću, pre jela i posle upotrebe toaleta, i ovaj kriterijum ispunilo je 72% anketirane dece i omladine u Vojvodini. Pojedinačno posmatrajući najveći broj dece pere ruke posle upotrebe toaleta (93%) a najmanji po ulasku u kuću (74%). U našem upitniku nije eksplicitno navedeno da li deca peru ruke čistom vodom i sapunom dok su neka druga istraživanja razdvajala one koji peru ruke samo vodom i one koji koriste i sapun. Visok procenat

dece i omladine koja redovno peru ruke kod nas, u poređenju sa drugim istraživanjima, može se objasniti i time da su kriterijum ispunila i ona deca koja peru ruke samo vodom bez korišćenja sapuna. Ovaj visok procenat se može uzeti s rezervom, jer na pitanja o navikama koje su poželjne ispitanici često imaju tendenciju da daju korektne i poželjne odgovore (129, 130).

Centar za kontrolu i prevenciju bolesti SAD definiše mnogo strožiji kriterijum koji uključuje pranje ruku uvek, najmanje 20 sekundi, nakon ulaska u kuću, posle brisanja nosa i kašljanja i u drugim kritičnim epizodama kontaminacije mikroorganizmima (131).

Sličan kriterijum kao i u našem istraživanju postavljen je u studiji preseka sprovedenoj u 25 škola u Bogoti (Kolumbija) o znanju, stavovima i ponašanju u vezi sa pranjem ruku učenika osnovnih škola starosti 10 do 13 godina. Rezultati su pokazali da 33,6% ispitivanih učenika ispunjava kriterijum *uvek i veoma često* peru ruke sapunom i čistom vodom pre jela i nakon korišćenja toaleta, pri čemu nisu nađene značajne razlike u pogledu pola, uzrasta, socio-ekonomskog statusa porodice i obrazovanja roditelja (132). Interesantno je da su učenici u preko 80% slučajeva navodili da peru ruke nakon upotrebe toaleta, ali svega 57% njih je pri tome koristilo sapun, dok je za pranje ruku pre jela 36% dece koristilo sapun od 47% njih koji su prali ruke.

KAP studija (istraživanje znanja, stavova i ponašanja - *Knowledge, attitudes, practice*) u ruralnim područjima Etiopije koja je obuhvatila 669 učenika prvog do šestog razreda osnovnih škola pokazala je da 52% učenika ima odgovarajuće znanje o higijeni, 99% učenika navodi da je pralo ruke pre obroka u danu koji je prethodio istraživanju, mada je svega 36,2% navelo da je koristilo sapun. Svega 15% učenika pralo je ruke nakon defekacije, iako 70% zna da je pranje ruku nakon defekacije veoma važno (133).

Veću zastupljenost redovnog pranja ruku kod devojčica nego kod dečaka, i kod starijeg uzrasta u odnosu na mlađe, koju je pokazalo naše istraživanje, pokazala je i studija sprovedena u Pensilvaniji (SAD) na 120 učenika starijeg osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta u dve čisto muške i ženske privatne škole. Posmatrano je pranje ruku nakon korišćenja toaleta, korišćenje sapuna i dužina pranja ruku od strane specijalno obučениh posmatrača. Redovno je pralo ruke 58% učenica u odnosu na 48% učenika, svega 28% devojčica i 8% dečaka pri tom je

koristilo sapun, a pranje ruku je trajalo duže od 5 sekundi kod polovine devojčica i 23% dečaka. Takođe, u svim posmatranim aspektima stariji učenici kod oba pola su bili bolji (134).

Istraživanje u Daki (Bangladeš) poredilo je izveštavanje ispitanika o higijenskoj praksi u danu koji je prethodio istraživanju (*Twenty-four hour recall questionnaire*) i direktnu opservaciju istraživača o „jutarnjoj toaletnoj rutini“ u 247 domaćinstava, a rezultati su pokazali značajna neslaganja u rezultatima upitnika i direktnih opservacija, zbog davanja poželjnih odgovora u upitniku (130).

Sistematski pregled studija o pranju ruku koji su sproveli istraživači iz Atlante (SAD) ukazuje na rizik pouzdanosti rezultata samoizveštavanja o higijenskoj praksi i postojanje obilja dokaza koji dokumentuju tendenciju izveštavanja „korektnog“, „poželjnog“ ponašanja. Pored istraživanja u Daki, mnoge druge studije su potvrdile ovakve nalaze (129). Svega polovina pregledanih studija koristila je pored samoizveštavanja i neke druge metode merenja rezultata, kao što su proksi mere (indirektne mere kao što su postojanje sapuna, pojava dijareje, absentizam i dr.) i direktna opservacija.

Istraživanje o efektima interventnog programa na frekvenciju pranja ruku sprovedeno u osnovnim školama u Vašingtonu (SAD) pokazalo je da je na početku programa 58% učenika pralo ruke pre jela i nakon upotrebe toaleta, a nakon intervencije taj se procenat povećao na 67%. Škole su bile podeljene na četiri grupe (vršnjačka edukacija, edukativni posteri i vlažne maramice za ruke, kombinacija edukacije, postera i vlažnih maramica i kao četvrta – kontrolna grupa). Sveukupno, signifikantni porast frekvence pranja ruku nakon intervencije pojavio se u svim grupama, a najviše u grupi dece kod koje je primenjena edukacija i vlažne maramice za ruke, dok u kontrolnoj grupi nije zabeležen porast frekvencije pranja ruku (135).

Neke studije istraživale su efekte interventnih programa pranja ruku na zdravlje kroz pojavu akutnih respiratornih infekcija i dijareje i odsutnosti iz škole. U studiji u Kini sprovedenoj na 20 miliona učenika prvih razreda osnovnih škola u 550 gradova poređene su škole u kojima je sproveden standardni interventni program promocije pranja ruku, prošireni program (obezbeđenje sapuna za sva mesta za pranje ruku uz dodatnu edukaciju nastavnika) i kontrolne škole u kojima nije sprovedena intervencija. Rezultati su pokazali signifikantno manje epizoda bolesti i dana odsustvovanja iz škole dece koja su bila obuhvaćena proširenim programom, za razliku od onih koja nisu. Stope ukupnog oboljevanja, odsustvovanja iz škole i epizoda akutnih respiratornih

oboljenja i dijareje bile su najveće u kontrolnoj grupi, srednje u grupi sa standardnim interventnim programom, a najniže u grupi sa proširenim interventnim programom (136).

Dve glavne bolesti usta i zuba – karijes i periodontalni problemi – smatraju se posledicom neadekvatnog ponašanja koje mogu biti efektivno prevenirane dobrom oralnom higijenom i ograničenjem učestalosti i količine unosa šećera. Pranje zuba je najraširenija metoda uklanjanja plaka i održavanja zdravlja desni, posebno u kombinaciji sa zubnom pastom sa fluorom, pri čemu je univerzalna preporuka za pranje zuba dva puta dnevno (137).

U našem istraživanju svega 56% dece i omladine pere zube više od jednom dnevno, u značajno većem procentu devojčice, stariji uzrast i oni boljeg materijalnog stanja, što se u potpunosti poklapa sa nalazima HBSC istraživanja (125) po kojima tek nešto više od 60% dece od 11 do 15 godina pere zube više od jedanput dnevno i značajno češće devojčice, petnaestogodišnjaci u odnosu na jedanaestogodišnjake i deca iz bogatijih porodica. Najveći procenat dece koja redovno peru zube ima Švajcarska u svim dobnim grupama koje je obuhvatilo ovo istraživanje (od 89% do 91%), a najniži Malta (od 34% do 36%). Gotovo istovetna situacija našem istraživanju je u Hrvatskoj koja se, sa 57% dece koja redovno peru zube, nalazi u donjoj polovini liste zemalja učesnica HBSC istraživanja, zajedno sa Belgijom, Slovenijom i Ukrajinom (124).

Studija preseka u 25 škola u Kolumbiji pokazala je da 60% dece 10 do 13 godina pere zube redovno (132). Takođe, pokazano je da deca koja redovno peru ruke imaju veću šansu da redovno peru i zube (OR=4,5; CI=3,6 – 5,7) (OR - *odds ratio*, CI – *confidence interval*).

KAP studija u Etopiji u kojoj je ispitivano znanje, stavovi i ponašanje učenika osnovnih škola u ruralnim predelima, pokazala je 9% dece sa lošom higijenskom praksom kada je u pitanju oralna higijena (nisu prali zube u poslednje dve nedelje koje su prethodile ispitivanju) (133).

Kada je u pitanju kupanje i tuširanje, u ovom istraživanju kao kriterijum redovnosti podrazumevalo se kupanje/tuširanje četiri i više puta nedeljno, što čini 80% ispitanе dece i omladine u Vojvodini, značajno češće ženski pol, stariji uzrast i oni iz bogatijih domaćinstava. Ove socijalno demografske razlike postoje i u odgovorima na pitanje o redovnosti menjanja donjeg veša.

KAP istraživanje u Etiopiji pokazalo je da se 34% anketiranih učenika osnovnih škola nije kupalo u poslednjih 14 dana, a 21% nije pralo kosu i nije pralo i menjalo odeću poslednjih 14 dana (133).

6.3 ISHRANA

Redovna i uravnotežena ishrana je jedan od ključnih faktora za zdravlje dece, njihov pravilan rast i razvoj ali i za prevenciju hroničnih nezaraznih oboljenja u odraslom dobu. Brojna istraživanja su pokazala značaj redovne, energetske odgovarajuće i balansirane ishrane u prevenciji ovih oboljenja, a posebno kada je u pitanju dovoljan unos voća i povrća, žitarica od celog zrna, ribe i umeren unos masti i šećera.

Prekomerna telesna masa i gojaznost kod dece i omladine su značajan globalni javnozdravstveni problem (139). Pravilna ishrana i redovna fizička aktivnost glavni su faktori očuvanja i unapređenja zdravlja i posebno su važni u detinjstvu i adolescenciji zbog pravilnog rasta i razvoja, ali i zbog sprečavanja mnogih zdravstvenih problema, kao što su gojaznost, zubni karijes, anemija i drugi.

Ishrana u detinjstvu uglavnom zavisi od porodice, dok u adolescenciji zavisi od brojnih drugih faktora van porodice. Osim što roditeljski uticaj slabi u mnogim domenima, pa i u odnosu na navike u ishrani, mladi sve više vremena provode van porodice, pa tako i jedu van nje. Mladi svoje želje i navike u ishrani formiraju pod uticajem vršnjaka, prehrambene industrije, ponude na tržištu i reklama namenjenih mladima kao ciljnoj grupi (140, 141).

Doručak je najznačajniji obrok u danu, sledi nakon perioda noćnog gladovanja kada su energetske zalihe iscrpljene. Redovan doručak čini značajan deo pravilne ishrane za koju se smatra da je izuzetno važan činilac zdravog načina života (142). Preskakanje doručka često može uzrokovati mučninu tokom jutra i ometati procese učenja i pamćenja. (143, 144).

Deca koja preskaču doručak sklonija su da uzimaju grickalice tokom dana i unose manje hranljivih materija. Visok unos grickalica, snižen unos voća i povrća i velik unos slatkiša i slatkih bezalkoholnih pića, vodeći su faktori rizika za dečiju i adolescentnu gojaznost (145).

Naše istraživanje pokazalo je da većina dece u Vojvodini svakodnevno doručkuje (80,8%), značajno češće mlađi nego stariji, mada zabrinjava podatak da svako peto dete nema redovan doručak.

HBCS istraživanje iz 2005/2006, kao i naše, pokazalo je da procenat dece koja svakodnevno doručkuju opada sa uzrastom, i kreće se od 69% kod jedanaestogodišnjaka do 55% kod petnestogodišnjaka (prosek HBSC istraživanja) (125). Procenat dece koja redovno doručkuju značajno varira među zemljama, sa rasponom od oko 40-50% u svim godištim. Tako je najveći procenat jedanaestogodišnjaka koji redovno doručkuju (oko 90%) u Holandiji, Portugaliji i Švedskoj, a najmanji (oko 50%) u Sloveniji, Grčkoj, Malti i Rumuniji. Kada su u pitanju petnaestogodišnjaci procenat dece koja redovno doručkuju kreće se od oko 70-80% u Španiji, Holandiji i Portugaliji, do 35-45% u Grčkoj, Sloveniji i Rumuniji.

Iako naše istraživanje nije pokazalo značajnu razliku u redovnosti doručka u odnosu na pol, u većini zemalja učesnica HBSC istraživanja devojčice u značajno manjem procentu redovno doručkuju u odnosu na dečake, što je posebno uočljivo u starijoj dobnoj grupi. Broj zemalja u kojima postoji signifikantna polna razlika najveći je u najstarijoj dobnoj grupi, pa svega nekoliko zemalja, među kojima su Makedonija, Slovenija, Finska i Malta, ne izveštava značajnu razliku u redovnosti doručka u odnosu na pol (125). U Hrvatskoj 57% dece uzrasta 11 do 15 godina svakodnevno doručkuje i to češće muški (60%) u odnosu na ženski pol (54%) (124).

Izveštaj Odeljenja za javno zdravlje Los Anđelesa (SAD) o ključnim indikatorima zdravlja 2009. godine navodi da 84,2% dece uzrasta 2 do 17 godina doručkuje svaki dan što odgovara nalazima u našem istraživanju (146).

PANACEA studija sprovedena 2006. godine u Grčkoj kod dece uzrasta 10 do 12 godina pokazala je da školska deca u Atini doručkuju u proseku pet puta nedeljno (5,2 puta dečaci i 5 puta devojčice) (128).

Skoro tri četvrtine dece i omladine u Vojvodini obuhvaćenih našim istraživanjem navodi da svakodnevno ima sva tri glavna obroka (doručak, ručak, večera), značajno češće mlađa deca nego starija, dok ne postoji razlika u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

Sličnu učestalost u redovnosti uzimanja glavnih obroka dalo je i istraživanje zdravstvenog ponašanja školske dece u Federaciji Bosne i Hercegovine (147). Podaci iz ovog istraživanja, objavljeni u zdravstvenom stanju stanovništva Federacije Bosne i Hercegovine (148), pokazuju da radnim danima doručkuje 65,1% dece, ruča 67,1% i večera 64,3% dece, dok oba dana vikenda doručkuje 86,2% dece, ruča 85,1% i večera 76,2% dece, a 16% dece navodi da nikada ne doručkuje.

Istraživanje sprovedeno 2004. godine u Hrvatskoj na uzorku od skoro 3.000 učenika osnovnih (prvi i osmi razred) i srednjih škola (treći razred) pokazalo je da čak 12% učenica i 9% učenika trećih razreda srednje škole, a 9% devojčica i 4% dečaka u osmim razredima osnovne škole, imaju dva i manje obroka u toku dana (149).

U našem istraživanju ispitivana deca i omladina pila su prosečno 5,7 čaša vode dnevno (oko 1,2 litre), više dečaci i stariji uzrast. Ovo se može smatrati nedovoljnim unosom u odnosu na preporuke koje navode da je školskoj deci i omladini potrebno između 1,5 i 2 litre vode dnevno (150). Istraživanja stručnjaka Evropskog instituta za hidrataciju ukazuju da je deci neophodan unos oko dva litra vode, jer dehidracija može uticati na smanjenje koncentracije, mentalnih sposobnosti, izazvati umor, pospanost i glavobolju. Na osnovu istraživanja koje je sprovedla Evropska organizacija za bezbednost hrane (European Food Safety Authority - EFSA) preporučeni unos vode za decu je: 1,3 litra za dečake i devojčice do 2 godine starosti, 1,6 litara za one do 5 godina starosti, 2,1 litara za dečake od 9 do 13 godina i 1,9 litara za devojčice. Adolescentima je potrebno više od 2 litre (151).

U Nacionalnom istraživanju zdravlja i ishrane sprovedenom u Sjedinjenim Američkim Državama 2005-2006 godine na uzorku od 3.978 dece uzrasta 2 do 10 godina, prikazan je ukupni dnevni unos vode. Rezultati su pokazali da je prosečan unos vode dece uzrasta 2-5 godina, 6-11 godina i 12-19 godina bio je 1,4 litre, 1,6 litara i 2,4 litre, što je veći dnevni unos nego u našem istraživanju, ali kao i kod nas dečaci i stariji uzrast više unose vodu (152).

Studija preseka sprovedena 2007-2008. godine na uzorku od 613 učenika osnovne škole uzrasta 11 do 15 godina u Turskoj pokazala je da je dovoljan dnevni unos vode imalo 59% učenika, dok je za 38% utvrđeno da ne piju dovoljnu količinu vode (153).

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini nedovoljno uzimaju mleko i mlečne proizvode, odnosno svega polovina njih navodi da pije bar jednu šolju dnevno, pri čemu nema razlike u odnosu na pol i uzrast, ali se uočava da deca iz siromašnih domaćinstava značajno ređe piju mleko i mlečne proizvode.

Slični rezultati dobijeni su u istraživanju fizičke aktivnosti i navika u ishrani (SPEEDY studija) sprovedenom 2007. godine u Velikoj Britaniji koje je pokazalo da 52,4% dece starosti deset godina uzima najmanje jedanput dnevno obrano i poluobrano mleko, a njih 14,3% punomasno mleko (154).

U Američkom vodiču za ishranu 2010. godine navodi se da su mleko i mlečni proizvodi značajan izvor mnogih nutrijenata, kao što su kalcijum, vitamin D (za proizvode obogaćene vitaminom D), kalijuma i drugih. Dokazi ukazuju da je unos mleka i mlečnih proizvoda povezan sa boljim zdravljem kostiju, posebno kod dece i adolescenata. Dokazi takođe ukazuju da je unos mleka i mlečnih proizvoda povezan sa redukcijom rizika od kardiovaskularnih bolesti i tipa 2 dijabetesa, kao i sa nižim krvnim pritiskom kod odraslih. Unos mleka i mlečnih proizvoda uključujući i fortifikovane sojine napitke nedovoljno je kod većine odraslih, dece i adolescenata uzrasta 4 do 18 godina, i kod mnoge dece uzrasta 2 do 3 godine. Američki vodič za ishranu preporučuje tri šolje dnevno obranog ili delimično obranog mleka za odrasle i decu i adolescente uzrasta 9 do 18 godina, 2,5 šolje dnevno za decu uzrasta 4 do 8 godina i dve šolje za decu uzrasta 2 do 3 godine. U Vodiču se takođe navodi da je izuzetno važno da se ustanovi navika konzumiranja mleka u ranom uzrastu, što doprinosi održanju te navike i u odraslom dobu (157).

Prema preporukama stručnjaka, pravilna i uravnotežena ishrana trebala bi da uključi svakodnevno konzumiranje voća i povrća, i to najmanje pet porcija dnevno (155).

Naše istraživanje je pokazalo nezadovoljavajući unos svežeg voća i povrća, svega 46% ispitivane dece uzima voće 6 do 7 puta nedeljno, a povrće njih 40%, nešto češće devojčice i mlađi uzrast, mada ova razlika nije značajna. Kada je u pitanju materijalno stanje domaćinstva, deca iz siromašne grupe ređe jedu povrće i značajno ređe voće u odnosu na decu iz bogatijih porodica.

Slični rezultati dobijeni su u HBSC istraživanju u kome procenat dece koja uzimaju sveže voće svakodnevno ili više puta na dan značajno opada, sa 41% kod dece uzrasta jedanaest godina,

preko 35% kod dece uzrasta trinaest godina do 30% kod petnaestogodišnjaka (125). Devojčice u svim uzrastima u većini zemalja češće jedu voće nego dečaci, mlađi uzrast u odnosu na starije i deca iz bogatijih porodica u odnosu na siromašnije. Uočljive su geografske razlike u ovom istraživanju, tako deca iz severnog dela Evrope najređe jedu voće svakodnevno, i taj procenat se kreće od 20% na Grenlandu, oko 25% u Finskoj, do 30% u Rusiji, mada je interesantno da se Norveška nalazi blizu vrha liste zemalja sa oko 50% dece koja voće jedu svakodnevno. Pri vrhu se nalaze još Portugalija, Italija, Engleska, Slovenija, Hrvatska i Makedonija u kojima se procenat dece koji jedu voće svakodnevno kreće od 40% do preko 50%.

Nešto manji procenat dece redovno jede povrće, pa je prosek za HBSC istraživanje kod dece uzrasta jedanaest godina 34%, kod dece od trinaest godina je 32%, dok svakodnevno povrće uzima 30% petnaestogodišnjaka (125). I ovde postoje razlike među zemljama, pa najveći procenat dece koja svakodnevno jedu povrće se nalazi u Belgiji (57%), slede Francuska i Holandija sa oko 40% i druge zemlje zapadne Evrope, dok se na dnu liste nalaze Malta (oko 13%), Austrija (16%) i Mađarska (22%).

Nešto veći procenat dece koja jedu voće i povrće u našem istraživanju može se objasniti kriterijumom učestalosti od 6-7 puta nedeljno, dok je u HBSC istraživanju kriterijum svakodnevno ili više puta dnevno.

Istraživanje sprovedeno 2004. godine u Hrvatskoj o životnim navikama i ponašanju školske dece pokazalo je da jedan ili nijedan voćni obrok u prethodnom danu izveštava 68,8% devojaka i 64,7% mladića u trećem razredu srednje škole, oko 58% dece u osmom razredu osnovne škole i oko 65% dece u prvom razredu osnovne škole. Slična je situacija i sa povrćem, preko 80% srednjoškolaca i dece u prvom razredu osnovne škole i oko 75% učenika osmog razreda navodi da je imalo jedan ili nijedan obrok s povrćem ili salatam u prethodnom danu (149).

Izveštaj o ključnim indikatorima zdravlja 2009. godine u Los Anđelesu (SAD) navodi 27,4% adolescenata uzrasta 14 do 17 godina koji konzumiraju pet ili više porcija voća i povrća na dan (146), što je strožiji kriterijem nego u našem istraživanju.

Istraživanje fizičke aktivnosti i navika u ishrani desetogodišnjaka u Velikoj Britaniji sprovedeno 2007. godine SPEEDY studija (Sport, Physical activity and Eating behaviour: Environmental Determinants in Young people) pokazalo je da 56,8% dece uzima jedan komad voća dnevno, statistički značajno češće devojčice (61,1%) nego dečaci (51,6%). Najmanje jedno posluženje povrća dnevno uzima 49,9% dece, značajno češće devojčice (54,1%) u odnosu na dečake (44,8%) (154).

Istraživanje zdravstvenog ponašanja školske dece u Federaciji Bosne i Hercegovine (147) pokazalo je da voće svakodnevno konzumira 55,8% dece, povrće 45,8%, žitarice 24,9%, crni hleb 30% dece, beli hleb 70,9% dece, punomasno mleko 18,6% dece, a poluobrano mleko 25,5% dece. Voće i povrće značajno više konzumiraju devojčice, mlađa deca i deca iz ruralne sredine (148).

Više od polovine ispitivane dece i omladine u Vojvodini navode da nisu jeli ribu u nedelji koja je prethodila istraživanju, pri čemu nije bilo statistički značajne razlike u odnosu na pol, uzrast i materijalno stanje domaćinstva, mada je uočljivo da deca iz siromašnijih porodica u većem procentu navode da nisu jela ribu.

Za razliku od našeg istraživanja, obzervaciona studija sprovedena u Holandiji na 700 učenika uzrasta 12 do 18 godina pokazala je da 13,6% ispitivanih učenika ne jede ribu, svega 6,4% ispunjava nacionalne preporuke, 16,9% ispunjava pola propisane norme a 63,1% jede ribu ali nedovoljno da ispuni ni polovinu norme. Pored toga, studija je pokazala značajnu povezanost boljeg uspeha u školi i većeg unosa ribe (156).

Američki vodič za ishranu za 2010. godinu navodi da je prosečan unos hrane iz mora u Sjedinjenim Američkim Državama oko 3,5 unce (što iznosi oko 100g) nedeljno i preporučuje veći unos, obzirom da plodovi mora (uključujući i ribu) sadrže važne nutrijente, posebno omega-3 masne kiseline. Preporučuje se oko 8 unci (oko 230g) nedeljno raznovrsne morske hrane, što omogućuje dovoljan unos nutrijenata koji doprinose redukovanju rizika za kardiovaskularne bolesti (157).

U našem istraživanju učestalost uzimanja slatkiša ispitana je posebno kroz frekvencu uzimanja kolača i keksa, koje 6 do 7 puta nedeljno jede blizu petine ispitivanih, i kroz frekvencu

uzimanja čokolada i bombona koje jede više od četvrtine dece, češće mlađi uzrast nego stariji. Siromašnija deca ređe jedu slatkiše.

Veću učestalost uzimanja slatkiša pokazalo je istraživanje u Hrvatskoj sprovedeno 2006. godine gde 35% dečaka i 38% devojčica jedu slatkiše jedanput ili više puta dnevno (124).

Istraživanje na reprezentativnom uzorku od tri kohorte školske dece i mladih sprovedeno u Hrvatskoj 2004. godine pokazalo je da su slatkiši zastupljeni u ishrani svakodnevno najčešće kod dečaka prvih razreda osnovne škole (27,4%), a najmanje kod dečaka trećih razreda srednje škole (16,2%). U osmom razredu osnovne škole procenat dece koja jedu slatkiše svakodnevno je oko 20% i za dečake i devojčice. Brza hrana češće je zastupljena u ishrani dečaka nego u devojčica u svim posmatranim dobnim grupama. Najčešće brzu hranu jedu dečaci trećih razreda srednjih škola (56,5%), zatim dečaci u prvom razredu osnovne škole (49,5%) i dečaci u osmom razredu osnovne škole (46,8%) (149).

SPEEDY studija sprovedena 2007. godine u Velikoj Britaniji pokazala je da deca od deset godina svakodnevno jedu slatkiše u 14,9%, a čokoladu u 16,2%, pri čemu dečaci značajno češće nego devojčice (154).

Istraživanje zdravstvenog ponašanja školske dece u Federaciji Bosne i Hercegovine (147) pokazalo je da skoro 60% dece svakodnevno jede slatkiše (148).

U našem istraživanju 37% dece pije slatka bezalkoholna pića skoro svakodnevno (šest do sedam puta nedeljno) i 38% tri do pet puta nedeljno, pa se može reći da tri četvrtine ispitivane dece ne postupaju u skladu sa trenutnim vodičima pravilne ishrane, obzirom da su slatka pića tzv. „prazne kalorije“ koje ometaju unos nutritivno vrednih namirnica, a po nekim istraživačima povećan unos slatkih pića direktno je povezan sa smanjenjem unosa dijetnih vlakana, kalcijuma i proteina. (158, 159, 160). Slatka bezalkoholna pića značajno češće piju dečaci, ali nema značajne razlike u odnosu na uzrast. Najsiromašnija deca u značajno manjem procentu piju slatka bezalkoholna pića.

Za razliku od našeg istraživanja u kome je beležena frekvencija uzimanja slatkih bezalkoholnih pića šest do sedam puta nedeljno, u HBSC istraživanju učestalost pijenja slatkih

bezalkoholnih pića prikazana je kroz procenat dece koja ih piju svaki dan ili više puta dnevno, i kreće se u proseku od 22%, 27% i 28% kod dece uzrasta jedanaest, trinaest i petnaest godina. Razlika među zemljama je velika i kreće se od manje od 10% u skandinavskim zemljama, u sredini se nalaze Francuska, Poljska, Portugalija, Slovenija sa 20-30%, a na vrhu liste po broju dece koja svakodnevno piju slatka bezalkoholna pića su Bugarska, Rumunija, Malta, Izrael i SAD (od 35% do 50%) (125). Kao i u našem istraživanju, u većini zemalja obuhvaćenih HBSC istraživanjem postoji značajna razlika u odnosu na pol, dečaci u većem procentu piju slatka bezalkoholna pića. Dok u našem istraživanju nije nađena značajna razlika u odnosu na uzrast, u HBSC istraživanju postoji, procenat dece koja svakodnevno piju slatka bezalkoholna pića značajno se povećava između jedanaeste i petnaeste godine. Međutim, razlika u odnosu na socio-ekonomski status porodice je drugačija. Dok kod nas siromašna deca u značajno manjem procentu piju slatka bezalkoholna pića situacija u većini zemalja uključenih u HBSC istraživanje je suprotna, a posebno u zemljama zapadne i severne Evrope gde najsiromašnija deca najčešće piju ova pića. Sličan obrazac našem u odnosu na materijalni status vidi se u zemljama istočne Evrope i Baltičkim zemljama.

U Hrvatskoj u 2006. godini svaki dan je slatka pića pilo 35% dečaka i 28% devojčica, što je za oko 3% više u odnosu na istraživanje iz 2002. godine, pri čemu dečaci značajno češće piju slatka pića (124).

Sličan podatak navodi se u istraživanju zdravstvenog ponašanja školske dece u Federaciji Bosne i Hercegovine gde 37% deca svakodnevno konzumira gazirana bezalkoholna i druga slatka pića (147, 148).

U izveštaju o ključnim indikatorima zdravlja za Los Anđeles (SAD) u odeljku „ishrana – brza hrana/slatka pića” kao indikator je uzet procenat dece uzrasta 14 do 17 godina koja piju najmanje jedno slatko bezalkoholno piće na dan i podatak od 43,3% dece je sličan našem istraživanju. Procenat dece koja jedu brzu hranu najmanje jedanput nedeljno je 47,7% (146).

Za razliku od našeg istraživanja u SPEEDY studiji u Velikoj Britaniji navodi se značajno manji procenat dece uzrasta 10 godina koja piju slatka bezalkoholna pića svaki dan (12,4%) i to značajno češće dečaci (16,1%) u odnosu na devojčice (9,3%) (154).

Sličan nizak procenat dece koja svakodnevno piju slatka bezalkoholna pića dobijen je i u PANACEA studiji sprovedenoj 2006. godine u Grčkoj kod dece uzrasta 10 do 12 godina, i to 8,6% dečaka i 6,2% devojčica (128).

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u 20% navode da su u nedelji koja je prethodila ispitivanju svakodnevno jela slane grickalice (čips, flips i drugo), značajno češće mlađa deca i deca iz bogatijih porodica, dok razlika u odnosu na pol nije značajna.

Slične rezultate navodi SPEEDY studija u Velikoj Britaniji na desetogodišnjoj deci koja svakodnevno konzumiraju u 22,1% slučajeva grickalice krispi tipa i u 6,4% čips (154).

Istraživanje zdravstvenog ponašanja školske dece u Federaciji Bosne i Hercegovine pokazalo je da grickalice svakodnevno konzumira 49,8% dece, a čips 47,5% (147, 148).

Kada je u pitanju vrsta hleba koju konzumiraju ispitivana deca i omladina u Vojvodini, 75% najčešće jede beli hleb, a svega 11,2% polubeli i 8% crni i ražani hleb. Nema razlike u odnosu na pol i uzrast. Deca iz najsiromašnijih porodica po indeksu blagostanja značajno češće jedu polubeli u odnosu na one iz bogatijih porodica.

Istraživanje na deci uzrasta deset godina u Velikoj Britaniji (SPEEDY studija) pokazalo je da 42,7% dece svakodnevno jede beli hleb, dok 21% jede crni hleb, pri čemu nema značajne razlike u odnosu na pol dece (154).

U našem istraživanju deca kao namaz na hleb najčešće koriste margarin, zatim paštetu, a petina koristi mlečne namaze kao što su pavlaka/krem sir/kajmak. Deca iz siromašnije grupe prema materijalnom stanju domaćinstva u većem procentu koriste margarin i paštetu, dok deca iz najbogatije grupe češće koriste mlečne namaze. Više od trećine dece navodi da se u njihovom domaćinstvu hrana priprema na životinjskoj masti značajno više deca iz najsiromašnije grupe.

Istraživanje nutritivnog statusa školske dece uzrasta 12-13 godina iz siromašnog predgrađa Londona na osnovu sedmodnevnog merenja unosa namirnica, pokazalo je da je srednja vrednost dnevnog energetskog unosa bila u granicama preporuka, ali da 74% dece nije zadovoljilo preporučeni unos dijetnih vlakana. Takođe, dobijena je visoka proporcija dece (63%)

kod kojih su masti činile više od 35% ukupnog dnevnog energetskeg unosa, a kod 85% dece zasićene masti činile su više od 11% ukupnog energetskeg unosa. Pored toga, u nedelji istraživanja, 35% dece nije jelo sveže voće, dok je svega 19% jelo povrće svakodnevno (sveže ili smrznuto, osim krompira) (161).

Više od polovine ispitivane dece i omladine u Vojvodini navodi da pri izboru načina ishrane razmišlja o svom zdravlju, značajno više devojčice.

Treba uzeti u obzir činjenicu da ishrana dece u domaćinstvu u velikoj meri ne zavisi od same dece, jer obroke priprema neko drugi, najčešće majka, pa je izbor i zastupljenost pojedinih namirnica u ishrani često uslovljen mnogobrojnim faktorima kao što su kultura, etnička pripadnost, materijalno stanje domaćinstva, nivo obrazovanja roditelja, dostupnost i cena hrane na tržištu i drugih.

6.4 UHRANJENOST I KRVNI PRITISAK

Indeks telesne mase je široko prihvaćen za kategorizaciju gojaznosti kako kod odraslih, tako i kod dece i omladine. Indeks telesne mase je sredstvo za rano otkrivanje (skrining) dece i omladine koja su pothranjena i prekomerno uhranjena i nije dijagnostičko sredstvo pothranjenosti ili gojaznosti jer postavljanje ovih dijagnoza zahteva dodatna merenja i ispitivanja (106).

U procesu ispitivanja ishranjenosti dece vrlo je bitna pravilna interpretacija dobijenih rezultata. Izmerene vrednosti telesne visine mogu se porediti sa standardnim vrednostima i sa referentnim vrednostima telesne visine i telesne mase dece.

Standardne vrednosti telesne visine i/ili telesne mase dece su vrednosti koje su tipične za decu u određenoj sredini, zemlji, regionu i sl. Naše standardne vrednosti bile bi one vrednosti koje su dobijene merenjem telesne visine i telesne mase naše dece. Standardne vrednosti se često razlikuju u pojedinim zemljama, krajevima ili regionima, a zavise od načina ishrane i načina života dece, razvijenosti zemlje, zdravstvenog stanja dece i sl.

Referentne vrednosti su one vrednosti telesne visine i/ili telesne mase koje se smatraju najboljim, odnosno opšteprihvatljivim za poređenje i za procenu ishranjenosti. Preporučuje se da to budu vrednosti koje su dobijene merenjem telesne visine i telesne mase dece u najrazvijenijim zemljama, gde je najveći broj dece pravilno ishranjen i zdrav, odnosno gde je genetski potencijal rasta i razvoja dece zbog uticaja pozitivnih faktora sredine mogao maksimalno doći do izražaja. Svetska zdravstvena organizacija u tom cilju kao referentne preporučuje vrednosti telesne visine i telesne mase date u tablicama Nacionalnog Instituta za Zdravstvenu statistiku SAD. Nove grafikone rasta je objavila Svetska zdravstvena organizacija u aprilu 2006. godine nakon čega su ministarstva zdravlja, nacionalne pedijatrijske asocijacije i ključni donosioci odluka u pojedinim zemljama odlučivali da li će ih i kada primeniti, odnosno zvanično usvojiti u svojim zemljama (162).

Ishranjenost dece se može procenjivati i pomoću vrednosti indeksa telesne mase. Ako je dete završilo rast procena uhranjenosti pomoću ovog indeksa obavlja se kao i kod odraslih osoba. Kod mlađe dece procena se obavlja na drugačiji način. Potrebno je za svako dete izračunati indeks telesne mase i načiniti percentilnu distribuciju dobijenih vrednosti prema polu i uzrastu. Ako je vrednost indeksa telesne mase deteta ispod vrednosti koje odgovaraju petnaestom percentilu dete je nedovoljno ishranjeno, a ako je vrednost ispod vrednosti koja odgovara trećem percentilu dete je izrazito pothranjeno.

Dete je gojazno ako je vrednost indeksa telesne mase iznad vrednosti koja odgovara osamdeset i petom percentilu, a izrazito gojazno ako je vrednost indeksa telesna mase iznad vrednosti koja odgovara devedeset i sedmom percentilu (163).

Gojazna deca su u većem riziku da postanu gojazni odrasli sa većim rizikom od nastanka kardiovaskularnih oboljenja, dijabetesa, hipertenzije i malignih bolesti. Dijabetes tipa 2, za koga se sve do nedavno smatralo da je bolest povezana sa prekomernom telesnom masom kod odraslih, danas postaje bolest detinjstva u mnogim evropskim zemljama (145). Neposredne posledice gojaznosti u detinjstvu često su psihosocijalne prirode, ali uključuju i kardiovaskularne riziko faktore kao što su povišen krvni pritisak, visok nivo holesterola u krvi i prekursore dijabetesa. (164). Iako se smatra da postoji genetska predispozicija, procenjuje se da 99% faktora koji stoje iza signifikantnog porasta u stopama gojaznosti među odraslima i decom jesu faktori okruženja. Deca su u većem riziku da postanu gojazna ako su im roditelji gojazni i ako rastu u

porodici sa niskim primanjima (165). Glavni uzroci gojaznosti su povećana dostupnost i konzumacija „brze hrane“ i smanjenje fizičke aktivnosti. Uravnotežena ishrana i odgovarajuće navike u ishrani smanjuju rizik od gojaznosti (166).

Gojaznost dece rapidno dostiže epidemijski nivo u mnogim evropskim i severnoameričkim zemljama. Zemlje sa najvećim procentom dece sa prekomernom telesnom masom su Sjedinjene Američke Države, Malta, Kanada i Vels, dok se najmanji procenat zapaža u skandinavskim zemljama i zemljama Centralne Evrope. Zemlje sa visokom prevalencom dece sa prekomernom telesnom masom imaju i visoke stope gojaznosti. U stvari, stope gojaznosti su najviše na Malti, Sjedinjenim Američkim Državama, slede Kanada, Engleska i Vels (167). Nasuprot tome najniže stope gojaznosti zapažene su u Litvaniji, Letoniji, Holandiji, Estoniji i Poljskoj. Svuda, stope gojaznosti su veće među dečacima nego devojčicama, ali razlike između polova variraju među zemljama. Prevalenca dečije gojaznosti i prekomerne telesne mase je još veća kod mlađe populacije, dece 7 do 11 godina. Ona dostiže 30% na Malti, Siciliji, Španiji, Portugaliji, Italiji i preko 20% u Engleskoj, Irskoj i Kipru (145).

Stepen uhranjenosti dece i omladine u Vojvodini, predstavljen izračunavanjem indeksa telesne mase (BMI), pokazao je da ima 12,1% dece sa prekomernom telesnom masom i 4,9% gojazne dece. Uočava se značajna razlika u odnosu na uzrast dece, značajno je više dece koja su gojazna u kategoriji 7 do 10 godina u odnosu na starije uzrasne kategorije. U ovom istraživanju nije dobijena značajna razlika u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva.

U HBSC istraživanju 2005/2006 godine procenat dece sa prekomernom telesnom masom i gojazne dece, uzrasta jedanaest, trinaest i petnaest godina, dobijen je samoizveštavanjem telesne mase i telesne visine, a zatim izračunavanja indeksa telesne mase (BMI). Za razliku od našeg istraživanja, dobijeno je malo dokaza o značajnoj razlici u odnosu na uzrast za oba pola, ali podaci ukazuju da su niže stope gojaznosti i prekomerne telesne mase kod devojčica uzrasta 15 godina nego kod jedanaestogodišnjaka. U većini zemalja značajne su razlike u odnosu na pol kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka, gojaznost i prekomerna telesna masa su češći kod dečaka, dok je u polovini zemalja češća kod dečaka starosti jedanaest godina. Materijalni status porodice, za razliku od naših podataka, značajno je povezan sa procentom gojazne dece u oko polovine zemalja obuhvaćenih HBSC istraživanjem. Deca iz siromašnijih porodica imaju veće stope prekomerne telesne mase i gojaznosti i ovaj obrazac je najsnažniji u Zapadnoj Evropi.

Učestalost prekomerne telesne mase i gojaznosti kod dece uzrasta jedanaest godina kreće se od 6% u Holandiji i Švajcarskoj do 29% u Sjedinjenim Američkim Državama i Malti. Kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka učestalost prekomerne telesne mase i gojaznosti kreće se od 6% u Litvaniji do 31% na Malti (125).

U istraživanju sprovedenom na reprezentativnom uzorku školske dece i mladih u Hrvatskoj 2004. godine dobijene su razlike u odnosu na pol, prekomernu telesnu masu imalo je 16,1% mladića i 6,7% devojaka starosti 17 godine (indeks telesne mase 25,0 do 29,9), dok je gojaznih bilo 4,2% mladića i 1,3% devojaka (indeks telesne mase iznad 30,0) (149).

U našem istraživanju nije dobijena statistički značajna razlika u odnosu na pol, ali se zapaža veći procenat dečaka sa prekomernom telesnom masom (15,3%), u odnosu na devojčice (8,9%), kao i više gojaznih dečaka (5,7%) u odnosu na devojčice (4%).

Analiza ponašanja u vezi sa zdravljem dece školskog uzrasta u Hrvatskoj 2006. godine pokazala je da je procenat dečaka sa povećanom telesnom masom i gojaznošću najveći u uzrastu od 15 godina (16,6% i 2%), a najmanji u uzrastu od 13 godina (14,1% i 2,9%). Kod devojčica najveći procenat onih sa povećanom telesnom masom i gojaznošću je u uzrastu od 13 godina (8,5% i 1,7%) i u uzrastu od 15 godina (9% i 1,3%) (124).

Američki izveštaj o ključnim nacionalnim indikatorima blagostanja dece objavljen 2011. godine navodi rapidni trend porasta gojazne dece u Americi nakon 1980. godine. U periodu 1976-1980. godine samo 6% dece uzrasta 6 do 17 godina bilo je gojazno. Ovaj procenat porastao je na 11% u 1988-1994. godini i na 17% u 2005-2006. godini. Podaci za 2007-2008. godinu pokazuju da je 19% dece bilo gojazno. Nisu uočene statistički značajne razlike u odnosu na uzrasne grupe dece, 20% dece uzrasta 6 do 11 godina bilo je gojazno i 19% adolescenata uzrasta 12 do 17 godina. Takođe, nisu dobijene statistički značajne razlike u odnosu na pol (164).

Izveštaj Odeljenja za javno zdravlje Los Anđelesa (SAD) o gojaznosti kod školske dece uzrasta 10 do 14 godina za 2007. godinu pokazuje 22,9% gojazne dece i 19,4% dece sa prekomernom telesnom masom. Uočene su razlike, prevalenca gojaznosti je veća među dečacima (26,1%) nego među devojčicama (19,5%) i u mlađem uzrastu 26,4% desetogodišnjaka u odnosu

na 19,2% četrnaestogodišnjaka. U ovom izveštaju takođe se navode rasne/etničke razlike i geografske razlike (168).

Za razliku od našeg istraživanja, mnoge studije pokazale su jasnu asocijaciju između lošijeg socioekonomskog statusa i gojaznosti kod dece (169). Izveštaj Odeljenja za javno zdravlje Los Anđelesa (SAD) o gojaznosti kod školske dece objavljen 2008. godine naglašava razlike u stopama gojaznosti između dece koja pohađaju škole locirane u siromašnijim područjima u odnosu na decu koja pohađaju škole u bogatijim krajevima okruga (168, 170). Škole locirane na područjima u kojima je prihod domaćinstva ispod medijane najsiromašnijeg kvartila imale su skoro dvostruko veće stope gojaznosti dece u odnosu na škole koje su locirane u najbogatijim područjima u 2007. godini (28,9% nasuprot 15,3%). Razlozi mogu biti manja dostupnost „zdrave hrane“, rekreacionih mogućnosti i igrališta na otvorenom u područjima koja su siromašnija (169, 171). Takođe, može postojati problem bezbednosti u područjima sa ekonomskom deprivacijom koji dodatno smanjuje mogućnost boravka dece u aktivnostima na otvorenom. Studije su pokazale da su deca koja žive u kraju koji nije bezbedan u većoj verovatnoći da budu gojazna (172).

Povezanost socio-ekonomskog statusa i gojaznosti prikazana je u studiji koju je objavio Nacionalni centar za zdravstvenu statistiku Sjedinjenih Američkih Država 2010. godine. Ključni nalazi ove studije pod nazivom „Nacionalna studija zdravlja i ishranjenosti 2005-2008. godine“ pokazali su da je 17% dece i adolescenata uzrasta 2-19 godina gojazno. Deca i adolescenti lošijeg socio-ekonomskog statusa su više gojazna nego ona iz bogatijih porodica, ali ovaj odnos nije uvek konzistentan u svim rasnim i etničkim grupama. Takođe, pokazana je povezanost sa nivoom obrazovanja roditelja, deca i adolescenti koji žive u domaćinstvima gde „glava“ porodice ima više obrazovanje u manjem procentu su gojazna nego oni koji žive u domaćinstvima gde „glava“ porodice ima niži nivo obrazovanja (173).

Studija preseka sprovedena 2007-2008. godine na uzorku od 613 učenika osnovne škole uzrasta 11 do 15 godina u Turskoj provinciji Burdur pokazala je da je prema indeksu telesne mase 43% dece pothranjeno, 37,1% sa normalnom telesnom masom i 3,1% sa prekomernom telesnom masom, pri čemu, kao i kod nas, nije nađena statistički značajna razlika u odnosu na pol (153).

Hipertenzija kod dece i adolescenata je u porastu delom iz razloga rastuće prevalence gojaznosti kod dece, ali i porasta svesti o ovoj bolesti. Postoje dokazi da hipertenzija u detinjstvu može voditi hipertenziji u odraslom dobu. Hipertenzija je poznati riziko faktor za razvoj koronarne bolesti srca kod odraslih, a postojanje hipertenzije u detinjstvu može doprineti njenom ranom razvoju. Izveštaji pokazuju da rani razvoj ateroskleroze postoji kod dece i mladih odraslih i može biti povezan sa hipertenzijom u detinjstvu (174). Epidemija gojaznosti u dece, rizik za razvoj hipertrofije leve komore i dokazi o ranom razvoju ateroskleroze kod dece čine da je otkrivanje i lečenje dečije hipertenzije izuzetno važno kako bi se smanjili dugoročni zdravstveni rizici. Ipak, podaci o tome su insuficijentni. Sekundarna hipertenzija je više uobičajena kod dece u preadolescenciji, najčešće uzrokovana bolestima bubrega. Primarna ili esencijalna hipertenzija je češća u adolescenciji i ima multiple riziko faktore, uključujući hipertenziju u porodičnoj anamnezi i gojaznost. Američki časopis za porodičnu medicinu (American Family Physician) objavio je klasifikaciju hipertenzije kod dece od 1-17 godina na osnovu revidiranih tabela krvnog pritiska kod dece koje uključuju 50-ti, 95-ti i 99-ti percentil po polu, starosti i visini zasnovanih na Nacionalnom istraživanju zdravlja i ishranjenosti 1999-2000. godine (175). Prema ovoj klasifikaciji vrednosti krvnog pritiska su podeljene u pet kategorija: *normalan krvni pritisak* - vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su manje od 90-tog percentila; *predhipertenzija* - vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su veće ili jednake od 90-tog percentila ali manje od 95-tog percentila (nivo krvnog pritiska veći ili jedna od 120/80 mmHG za adolescente); *hipertenzija* - vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su veće ili jednake od 95-tog percentila; *stadijum 1 hipertenzije* - vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su od 95-tog percentila do 99-tog percentila plus 5 mmHg; i *stadijum 2 hipertenzije* - vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska su veće od 99-tog percentila plus 5 mmHg. Krvni pritisak treba da bude izmeren u tri ili više odvojenih prilika pre nego što se karakteriše tip hipertenzije (176).

U našem istraživanju prosečna vrednost sistolnog krvnog pritiska ispitivane dece i omladine u Vojvodini bila je 112,6 mmHg, a prosečna vrednost dijastolnog krvnog pritiska bila je 70,1 mmHg, sa značajno višim vrednostima kod dečaka i starijeg uzrasta.

Istraživanje u Hrvatskoj sprovedeno 2004. godine na reprezentativnom uzorku od tri kohorte školske dece i omladine (n=2869) uzrasta sedam, četrnaest i sedamnaest godina, prikazalo je rezultate merenja krvnog pritiska kod sedamnaestogodišnjaka. Sistolni krvni pritisak jednak ili viši od 130 mm/Hg i/ili dijastolni jednak ili viši od 85 mm/Hg ima 35,9% mladića i

13,8% devojaka. Samo sistolni pritisak viši ili jednak 149 mmHg ima 9% mladića i 1,7% devojaka (149).

6.5 SLOBODNO VREME I FIZIČKA AKTIVNOST

Fizička aktivnost se vezuje za optimalan razvoj i funkciju mnogih fizičkih, fizioloških, socijalnih i psiholoških funkcija kod dece i omladine. Redovna fizička aktivnost tokom detinjstva i adolescencije smanjuje rizik od razvoja hroničnih oboljenja u odraslom dobu, pomaže u razvoju mišićno skeletnog sistema, zdravog kardiovaskularnog sistema, neuromišićnog sistema (koordinacija i kontrola pokreta) i smanjuje rizik od pojave gojaznosti (177). Fizička aktivnost ima i psihološke koristi kod mladih ljudi smanjujući težinu anksioznosti i depresije (178). Učešće u fizičkim aktivnostima pomaže i u socijalnom razvoju, jačajući sigurnost u samog sebe, omogućavajući socijalnu interakciju i integraciju. Pretpostavlja se da fizički aktivni mladi ljudi ređe razvijaju loše navike kao što su zloupotreba duvana, alkohola i droge (179, 180). Nedovoljna fizička aktivnost pored pušenja, gojaznosti i povišenog serumskog holesterola predstavlja značajan faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Longitudinalna istraživanja su pokazala da će se navedeni rizici stečeni u detinjstvu i mladosti zadržati u odrasloj dobi, kao i udruživanje kardiovaskularnih rizika (181, 182).

Danas se preporučuje da deca učestvuju u fizičkim aktivnostima umerenog do energičnog intenziteta najmanje 60 minuta dnevno (183, 184, 185, 186).

Umerena do energična fizička aktivnost predstavljena je onim intenzitetom fizičke vežbe koji „dovodi do ubrznog rada srca i zadihanosti“ (187).

Sve veća zavisnost od vozila udružena sa „medijski orjentisanim društvom“, stvorila je generacije dece koja su sve manje fizički aktivna i fizički spremna, sve je manje dece koja pešače do škole (188) i sve više dece koja značajan deo svog vremena provode gledajući televiziju, video i DVD, i koristeći kompjutere i internet (189).

Većina ispitivane dece i omladine u Vojvodini se u slobodno vreme bavi sedenternim aktivnostima kao što su gledanje televizije, slušanje muzike i igranje na kompjuteru. Časove

fizičkog vaspitanja u školi redovno pohađa velika većina dece, mada se redovnost smanjuje sa starošću, kao i bavljenje fizičkim aktivnostima u slobodno vreme koje nisu dovoljno zastupljene. Kasniji odlazak na spavanje i nedovoljan broj sati sna noću tokom radnih dana je kod starijeg uzrasta značajno zastupljeniji.

U našem istraživanju više od dve trećine dece navodi da slobodno vreme provodi u gledanju televizije, pri čemu 40,9% to čini više od dva sata dnevno. Slični rezultati dobijeni su u istraživanju među dečacima i devojkicama u SAD starosti 14 do 18 godina 1999. godine, gde 65,7% anketiranih dnevno provodi gledajući televiziju više od 2 sata, od toga 24,7% njih i više od 4 sata dnevno (190).

U HBSC istraživanju ispitivana je proporcija dece 11 do 15 godina koja gledaju televiziju dva i više sata dnevno, koja se prosečno kreće od 61%, 70% i 68% kod dece jedanaest, trinaest i petnaest godina (125). Generalno, uočava se porast u broju dece koja gledaju televiziju sa uzrastom za oba pola i razlika između jedanaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka je signifikantna, što potvrđuje naše rezultate. Razlike u odnosu na pol su male (dečaci u većem procentu gledaju televiziju nego devojkice), kao i u našem istraživanju, i dostižu signifikantnost kod svega trećine zemalja učesnica istraživanja, kao što su Norveška, Grenland, Rumunija, Hrvatska, Kanada i druge. Takođe, razlike su značajne i u odnosu na bogatstvo porodice, deca iz siromašnijih porodica u većem procentu gledaju televiziju u odnosu na one iz bogatijih, što je konzistentno sa našim rezultatima. Ove razlike su najjače u zemljama zapadne i severne Evrope.

Razlika u procentu dece koja gledaju televiziju više od dva sata dnevno među zemljama učesnicama u HBSC istraživanju je velika, i kreće se od oko 30% u Švajcarskoj, preko 40-60% u Luksemburgu, Nemačkoj, Norveškoj, Austriji, Francuskoj i SAD, pa sve do 70-80% u Hrvatskoj, Slovačkoj, Ukrajini, Rumuniji i preko 80% u Bugarskoj (125).

Analiza ponašanja u vezi sa zdravljem dece školskog uzrasta u Hrvatskoj 2006. godine, koja je bila deo HBSC istraživanja, u kojoj je izdvojena proporcija dece koja gledaju televiziju četiri i više sati na dan, pokazala je da radnim danom to čine 33% dečaka i 29% devojkica, a vikendom 46% dečaka i devojkica (124).

Izveštaj Odeljenja za javno zdravlje Los Anđelesa (SAD) o gojaznosti kod školske dece navodi da 29% dece uzrasta 10 do 14 godina gleda televiziju u proseku tri i više sati dnevno (168). Nacionalna studija objavljena u SAD 2005. godine našla je da deca uzrasta 8 do 18 godina u proseku provode 6,5 sati dnevno koristeći razne vidove medija (televizija, kompjuter, internet) (191).

PANACEA studija sprovedena 2006. godine u Grčkoj na deci uzrasta 10 do 12 godina pokazala je da školska deca u Atini u proseku provedu 2,3 (dečaci) i 2,1 (devojčice) sati dnevno u gledanju televizije i igranju igrica (128).

Ispitivana deca u Vojvodini u 28,6% navode da se u slobodno vreme često igraju na kompjuteru što je manji procenat nego u drugim istraživanjima. Tako, DeBell i Chapman u istraživanju među decom i omladinom uzrasta 5 do 17 godina 2003. godine u SAD, procenjuju da 59,2% ispitivanih u slobodno vreme igraju igrice na kompjuteru, u približno podjednakom procentu devojčice (58,3%) i dečaci (60%) (192).

S druge strane, većina istraživanja pored frekvence daju i podatke o broju sati koje deca provedu koristeći kompjuter, prave razliku da li je to radnim danima ili vikendom i čak razdvajaju razloge korišćenja kompjutera na vreme provedeno na internetu (elektronska pošta, izrada domaćih zadataka i drugo) i vreme provedeno u igranju kompjuterskih igrica. Ovi indikatori korišćeni su i u HBSC istraživanju, pa je procenat dece koja su koristila internet dva i više sati dnevno radnim danima bio 23%, 34% i 42% za decu uzrasta jedanaest, trinaest i petnaest godina. Procenat dece koja su se igrala na kompjuteru dva i više sati dnevno radnim danima bio je 31%, 35% i 31% za decu uzrasta jedanaest, trinaest i petnaest godina (125). Kao i u našem istraživanju i ovde dečaci signifikantno češće koriste kompjuter generalno, a kada je u pitanju internet, razlika je značajna između petnaestogodišnjaka i jedanaestogodišnjaka.

U našem istraživanju preko 90% ispitivane dece i omladine redovno pohađa časove fizičkog vaspitanja u školi, mada se njihova proporcija smanjuje u starijem uzrastu. Više od tri četvrtine dece i omladine obuhvaćene istraživanjem navodi da su fizički aktivni u slobodno vreme, što je prilično visok procenat u odnosu na podatke iz drugih istraživanja, ali ovo se može objasniti time da je u našem istraživanju kriterijum redovnosti bavljenja fizičkom aktivnošću u slobodno vreme bio znatno blaži (uključena je i učestalost od jedan do dva puta nedeljno). Kada

se pogleda strožiji kriterijum (tri i više puta nedeljno i svakodnevno), oko 54% ispitivane dece i omladine u Vojvodini je fizički aktivno.

Slični rezultati dobijeni su u PANACEA studiji sprovedenoj 2006. godine u Grčkoj kod školske dece uzrasta 10 do 12 godina, gde se navodi da 16% dečaka i 17% devojčica ima veoma nizak nivo fizičke aktivnosti u slobodno vreme, dok 54% dečaka i 46% devojčica navode da imaju umerene i naporene fizičke aktivnosti u svojoj prosečnoj nedelji. Prosečno vreme provedeno u sportskim aktivnostima bilo je oko 4 sata nedeljno, a sličan iznos vremena deca su posvetila drugim aktivnostima nevezanim za sport. (128).

Prema podacima Centra za kontrolu bolesti i prevenciju (CDC) SAD-a 2003. godine fizičko vaspitanje redovno radi 39,2% srednjoškolaca, dečaci redovnije rade fizičko vaspitanje (43,6%) u odnosu na devojčice (34,7%), navodi se u ovom istraživanju (193), dok u našem istraživanju nema razlike u pohađanju časova fizičkog vaspitanja u odnosu na pol.

U našem istraživanju dobijene su značajne razlike u bavljenju fizičkom aktivnošću u slobodno vreme u odnosu na pol, dečaci su fizički aktivniji od devojčica, kao i u odnosu na starost ispitanika, mlađe dobne grupe se redovnije bave fizičkom aktivnošću. Iako razlika nije statistički značajna, zapaža se veći procenat dece iz bogatijih porodica koja se u slobodno vreme bave fizičkom aktivnošću u odnosu na one iz najsiromašnijih.

U HBSC istraživanju iz 2005/2006. godine podaci o bavljenju fizičkom aktivnošću predstavljeni su proporcijom dece koja su bila fizički aktivna najmanje 60 minuta dnevno umerenog do energičnog intenziteta tokom protekle nedelje. U proseku za istraživanje ova proporcija se kreće od 26% za decu uzrasta jedanaest godina, 20% za trinaestogodišnjake i 16% za petnaestogodišnjake. Kao i u našem istraživanju mlađa deca u značajno većem procentu izveštavaju da su fizički aktivni od najstarijih, kao i dečaci u odnosu na devojčice u svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem. Za razliku od našeg istraživanja ovde je pokazana značajna povezanost bogatstva porodice i većeg nivoa bavljenja fizičkom aktivnošću u svim geografskim regionima ovog istraživanja. Razlike među zemljama su uočljive, kod jedanaestogodišnjaka najmanje su fizički aktivna deca u Švajcarskoj (15%), a najviše u Slovačkoj (46%). Kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka najmanje su aktivna deca u Francuskoj

(12%) i Izraelu (8%), dok i u ovim uzrastima prednjači Slovačka sa 42% i 37% dece koja ispunjavaju kriterijum redovne fizičke aktivnosti u slobodno vreme (125).

Rezultati HBSC istraživanja u Hrvatskoj 2006. godine, prikazani brojem dana umerene fizičke aktivnosti najmanje 1 sat dnevno u nedelji koja je prethodila istraživanju, pokazali su da su mladi fizički aktivni u proseku 4,4 dana nedeljno, i to dečaci značajno više od devojčica, kao i mlađi u odnosu na stariji uzrast. Kod učenika uzrasta 11 godina kriterijum bavljenja fizičkom aktivnošću umerenog do energičnog intenziteta najmanje 1 sat dnevno ispunilo je 36% dečaka, u uzrastu od trinaest godina 31% dečaka i svega 20% petnaestogodišnjaka. Kod devojčica fizička aktivnost izrazitije opada sa godinama, pa u ispitivana tri uzrasta (11, 13 i 15 godina) fizički je aktivno 26%, 15% i samo 10% devojčica (124).

Slični podaci o uzrasnoj i polnoj razlici u bavljenju fizičkom aktivnošću dobijeni su u istraživanju u Hrvatskoj 2004. godine, gde je pokazano da ženski pol u sve tri ispitivane starosne grupe (7, 14 i 17 godina) manje vežba i ima manje fizičke aktivnosti. Sa dobi ispitanika u oba pola smanjuje se broj mladih koji se bave sportom ili nekom fizičkom aktivnošću. Šetalo je i trčalo duže od 30 minuta jedanput ili manje u poslednjih sedam dana 45,7% devojaka i 39,7% dečaka osmih razreda osnovne škole. U slobodno vreme vežbaju najmanje devojke trećih razreda srednje škole (86,2%), zatim devojčice osmih (78,3%) i prvih razreda osnovne škole (71,1%). U sportskom klubu najviše treniraju dečaci osmih razreda osnovne škole (62%), zatim mladići trećih razreda srednjih škola (48,2%) i devojčice osmih razreda osnovnih škola (36%). U slobodno vreme nedovoljno su fizički aktivne u najvećem procentu devojke trećih razreda srednje škole (86,2%), slede devojčice osmih (78,3) i prvih razreda osnovne škole (71,1%) (149).

Prema podacima Australijskog biroa za statistiku iz 2006. godine, 63% dece uzrasta 5 do 14 godina se bavi organizovanim sportovima (individualnim i timskim). Dečaci se i ovde češće bave (69%) u odnosu na devojčice (58%) (194).

Poznato je da su vreme odlaska na spavanje i dužina sna važni faktori pravilnog rasta i razvoja dece, ali i njihovog kognitivnog razvoja i akademskih postignuća. Takođe je poznato da se promene u režimu sna javljaju tokom odrastanja i adolescencije sa tendencijom kasnijeg odlaska na spavanje i smanjenja dužine sna.

Promene u dužini sna i vremenu odlaska na spavanje tokom adolescencije pripisuju se psihosocijalnim faktorima (smanjena roditeljska kontrola, povećane školske obaveze), biološkim i hormonalnim promenama. Nedostatak sna i poremećaj ritma dnevno-noćnog odmora može doprineti različitim promenama u ponašanju, povećanoj pospanosti u školi, lošijim školskim rezultatima i većoj vulnerabilnosti za akcidente (195).

Kada je u pitanju vreme odlaska na spavanje i dužina sna, u našem istraživanju analizirana je proporcija dece i omladine u Vojvodini koja na spavanje radnim danom idu pre ponoći i proporcija dece koja noću spava manje od 7 sati. Velika većina ispitivane dece i omladine u Vojvodini navodi da radnim danom na spavanje odlazi pre ponoći, značajno manje stariji uzrast i bez signifikantne razlike u odnosu na pol. Zapaža se i da deca iz siromašnijih porodica u značajno većem procentu odlaze na spavanje pre ponoći u odnosu na one iz bogatijih grupa. Svaki dvanaesti ispitanik navodi da spava manje od 7 sati tokom noći, više dečaci nego devojčice i stariji uzrast u odnosu na mlađi.

Ciriška longitudinalna studija koja je pratila 493 ispitanika od rođenja do navršениh 16 godina života, na osnovu podataka dobijenih od roditelja u strukturiranim upitnicima dala je podatke o vremenu odlaska na spavanje, buđenju i navikama popodnevnog spavanja. Rezultati su pokazali opadanje prosečne dužine ukupnog (dnevnog i noćnog) trajanja sna sa 14,2 sata u uzrastu od 6 meseci sve do prosečnih 8,1 sati u uzrastu od 16 godina. Školska deca u proseku noću spavaju od 10,7 sati (uzrast 7 godina), 9 sati u uzrastu od 13 godina i 7,9 sati u uzrastu od 16 godina (196).

Rezultati Nacionalne studije o zdravlju dece 2003. godine u Sjedinjenim Američkim Državama prikazali su podatke o 68.418 dece uzrasta 6 do 17 godina, koji su dobijeni od roditelja i staratelja o broju dana sa dovoljno sna u nedelji koja je prethodila istraživanju. Sveukupno, roditelji 31,9% dece izvestili su da je njihovo dete nedovoljno spavalo jednu ili više noći tokom prethodne nedelje. Uočena je značajna razlika između dve grupe, roditelji školske dece uzrasta 6 do 11 godina izvestili su nedovoljno spavanje svoje dece više od jednog dana u toku nedelje u 24,5%, dok je neadekvatno spavanje svoje dece izvestilo 39,3% roditelja adolescenata uzrasta 12 do 17 godina (197).

Istraživanje sprovedeno na 1.073 školske dece uzrasta 8 do 14 godina u Rimu objavljeno 2007. godine pokazalo je konzistentnu povezanost uzrasta i navika u spavanju i razlike između dužine sna radnim danima i vikendom koja se povećava linearno sa starošću dece. Ispitanici u 40,8% navode da im vreme odlaska na spavanje tokom radnih dana određuju roditelji dok vikendom to čini svega 9,4% roditelja. Prosečna dužina spavanja je bila 8 sati i 59 minuta radnim danom i 10 sati i 8 minuta vikendom, nema razlike po polu tokom radnih dana, ali dečaci značajno kraće spavaju vikendom nego devojčice (198).

6.6 PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU

Učešće dece u saobraćaju specifično je uslovljeno njihovim psihofizičkim odlikama kao što su viši nivo fizičke aktivnosti, rizično ponašanje i zavisnost od odraslih, što primenu različitih strategija prevencije povreda u saobraćaju čini kompleksnom i zahteva multidisciplinarni pristup. Povrede u saobraćaju predstavljaju jedan od vodećih uzroka povređivanja školske dece i omladine. Odgovarajuće ponašanje u saobraćaju jedan je od glavnih faktora u prevenciji ovih povreda.

O veličini problema (ne)bezbednosti u saobraćaju govore i podaci Svetske zdravstvene organizacije. Svake godine, u svetu, blizu 1,2 miliona ljudi izgubi život u saobraćajnim nesrećama, od toga više od 40% jesu mladi, od 0-25 godina starosti (199).

Povrede u dramskom saobraćaju su vodeći uzrok smrti među povredama ukupno i one predstavljaju rastući problem.

Prema statističkim podacima Republičkog zavoda za statistiku u 2005. godini na teritoriji Novog Sada umrlo je 45 osoba zbog saobraćajnih povreda, što iznosi 24% od ukupnog broja umrlih zbog povreda i trovanja. Na osnovu istih podataka, za teritoriju Vojvodine, broj umrlih zbog saobraćajnih povreda u 2005. godini, bio je 244, što čini 19% od ukupnog broja umrlih zbog povreda i trovanja. Značajni su i podaci koji se odnose na učesnike u saobraćaju mlađeg uzrasta. Broj umrlih u saobraćajnim nesrećama uzrasta od 15-24 godine na teritoriji Vojvodine, u 2005. godini bio je 38, što čini blizu 15% od ukupnog broja umrlih od saobraćajnih povreda, a

posmatrano u odnosu na ukupan broj stanovnika tog uzrasta, to znači da na 100.000 stanovnika uzrasta 15-24 godine, 14 osoba umire u saobraćajnim nesrećama (25).

Povrede u saobraćaju su drugi po redu uzrok smrti u uzrastu 5-25 godina. Unutar ove starosne grupe mladi muškog pola – pešaci, biciklisti, motorciklisti, vozači početnici i putnici – su skoro tri puta više ugroženi od povreda i smrti u saobraćaju nego ženski pol. Mnoge zemlje su uprkos povećanoj motorizaciji uspele da smanje stopu povreda u saobraćaju, uticajem na niz faktora, posebno na vožnju u pijanom stanju, brzinu, nošenje kaciga, sigurnosne pojaseve, dizajn puteva i infrastrukture, što sve utiče na spašavanje života i finansijske uštede (200).

Globalni izveštaj o stanju bezbednosti u saobraćaju objavljen 2009. godine predstavlja sveobuhvatnu procenu o bezbednosti u saobraćaju dobijenu iz 178 zemalja na osnovu podataka standardizovanog istraživanja sprovedenog 2008. godine. Prema ovom izveštaju skoro polovina onih koji stradaju u saobraćajnim nesrećama su pešaci, biciklisti i motorciklisti – zajednički nazvani „vulnerabilni učesnici u saobraćaju“ – i ova proporcija je veća u nerazvijenijim zemljama sveta, koje između ostalog nemaju razvijene mere za efektivno smanjenje povreda u saobraćaju, kao što su zakonska regulativa i infrastruktura. Ovo istraživanje pokazalo je da manje od polovine zemalja ima zakone koji regulišu svih pet rizičnih faktora (brzina, osvetljenost, sigurnosni pojas, kaciga, alkohol), dok samo 15% ima zakone koji se mogu smatrati komprehenzivnim. Na primer, samo 40% zemalja imaju zakon koji reguliše nošenje kacige za motorcikliste i za vozače i za putnike i koji propisuje standarde za kacige. Svega 57% zemalja ima zakone koji obavezuju na korišćenje sigurnosnih pojaseva za putnike i na prednjim i na zadnjim sedištima (201).

Ovaj izveštaj, među 178 zemalja daje podatke i za Srbiju, gde se između ostalog navodi da u zakonu postoji odbredba o ograničenju brzine, o ograničenju nivoa alkohola u krvi, o primeni sigurnosnog pojasa i nošenju kacige za motorcikliste. Zakonska regulativa o nošenju kacige primenjuje se i na vozače i suvozače, ne postoje standardi za osobine kacige i ne postoje podaci o stopi korišćenja kacige. Pored toga, obavezno je korišćenje sigurnosnog pojasa za sve putnike u vozilu, a stopa korišćenja pojasa kreće se od 50-60% za prednja sedišta do 4-8% za zadnja sedišta (201).

Naše istraživanje pokazalo je da se deca i omladina u Vojvodini kao učesnici u saobraćaju većinom ponašaju rizično, bilo da su pešaci, vozači rolera, skejtborda i bicikla, vozači/suvozači motora i automobila, odnosno prelaze ulicu van pešačkog prelaza i dok je na semaforu crveno svetlo, ne koriste osvetljenje, zaštitne kacige i sigurnosne pojaseve.

U globalnom izveštaju o bezbednosti u saobraćaju Svetske zdravstvene organizacije iz 2009. godine sa podacima za 178 zemalja sveta navodi se da nošenje kacige prilikom vožnje motorcikla može da smanji rizik od smrti za 40% i rizik od teških povreda za više od 70%. Efektivno sprovođenje zakona može povećati stopu nošenja kacige na preko 90%. Takođe, efikasnost kacige u smanjenju povreda glave delom je rezultat kvaliteta samih kaciga. Zahtevi da kacige ispune određene sigurnosne standarde su važni kako bi se osiguralo efektivno smanjenje uticaja kolizije na glavu u slučaju sudara (202). U izveštaju se navodi da preko 90% zemalja obuhvaćenih analizom imaju zakone kojima se reguliše nošenje kacige za motorizovane dvotočkaše, mada je legislativa u mnogim zemljama nekompletna. Na primer, u nekim zemljama napravljeni su izuzeci za motorcikle male „kubikaže“ ili za osobe koje nose pokrivke za glavu na religioznoj osnovi. Ova analiza pokazala je da 74% zemalja ima kompehenzivne zakone, tj. zahteva se nošenje kacige i vozača i suvozača motorizovanih dvotočkaša na svim putevima i nezavisno od tipa mašine, a samo 40% zemalja ima zakonsku regulativu koja reguliše standarde za kvalitet kaciga (201).

U globalnom izveštaju o bezbednosti u saobraćaju Svetske zdravstvene organizacije takođe se navodi da korišćenje sigurnosnih pojaseva u vozilima može da smanji rizik od smrti putnika na prednjim sedištima za 40-50%. Mnoge studije sugerišu da korišćenje sigurnosnog pojasa na zadnjim sedištima može smanjiti rizik od smrti za 25-75%. Zakoni koji propisuju obavezno korišćenje sigurnosnih pojaseva i njihovo efektivno sprovođenje, uz odgovarajuće kampanje podizanja svesti, mogu efektivno da povećaju stopu korišćenja sigurnosnih pojaseva (203). Globalni izveštaj pokazao je da 88% zemalja uključenih u analizu ima zakone o obaveznom korišćenju sigurnosnih pojaseva, mada se u mnogim zemljama zakon ne odnosi na sve putnike u vozilu. U samo 57% zemalja zahteva se korišćenje sigurnosnih pojaseva za sve putnike i to je slučaj većine razvijenih zemalja (201).

6.7 POVREDE

Povrede su vodeći javnozdravstveni problem širom sveta jer su odgovorne za smrt oko 950.000 dece mlađe od 18 godina u svetu (204). Povrede su vodeći uzrok akutnih zdravstvenih problema među adolescentima u razvijenim zemljama, sa nizom medicinskih i drugih posledica čineći značajan teret za društvo. Povrede se takođe mogu interpretirati kao markeri visokorizičnog stila života adolescenata, koji uključuje multiplo rizično ponašanje i sledstvene posledice po zdravlje, pri čemu su mnoge studije pokazale kako su povrede povezane sa rizičnim ponašanjima, kao što su zloupotreba supstanci (pijenje alkohola i opijanje, upotreba duvana i droge) (205).

Pregled studija i izveštaja o činiocima iz okoline koji doprinose smrti i izgubljenim godinama života zbog onesposobljenosti (DALY) objavljen u Lanset-u pokazao je da u starosnoj grupi 0 do 19 godina povrede čine 22,6% svih smrti i 19% DALY-ja (206).

Povrede u strukturi mortaliteta stanovništva Vojvodine se nalaze na trećem mestu (4,2% u 2009. godini) (28), a kod dece i omladine povrede su vodeći uzrok smrtnosti među decom uzrasta 10-19 godina, pri čemu su povrede u saobraćaju vodeći uzrok smrtnosti kod dece uzrasta 15-19 godina, a drugi vodeći uzrok dece 10-14 godina. Ukupno opterećenje društva povredama se sagledava i u potrebi lečenja povreda na nivou primarne i bolničke zdravstvene zaštite i kao uzrok nastanka različitih oblika onesposobljenosti i invaliditeta.

Skoro svako sedmo anketirano dete (15,5%) u Vojvodini uzrasta 7 do 19 godina navodi da je imalo povredu u protekloj godini, i to značajno više dečaci nego devojčice. Poslednja povreda se u većini slučajeva dogodila na ulici/u saobraćaju i na sportskim terenima, pri čemu su se adolescenti (15 do 19 godina) značajno češće povređivali na sportskom terenu, a mlađi uzrast (11 do 14 godina) u saobraćaju/na ulici. Pomoć nakon povrede najčešće je pružila zdravstvena služba - domovi zdravlja i bolnice, a u manjem procentu hitna pomoć na licu mesta.

U HBSC istraživanju spovedenom 2005/2006 godine kojim je obuhvaćena 41 zemlja, prikazana je proporcija dece uzrasta 11, 13 i 15 godina koja su bar jednom u proteklih 12 meseci imala povredu koja je zahtevala medicinski tretman. U proseku za istraživanje 43% dece uzrasta 11 godina, 44% dece uzrasta 13 godina i 42% dece uzrasta 15 godina imalo je medicinski

tretiranu povredu u proteklih godinu dana. Dečaci su značajno češće nego devojčice navodili da su imali povredu i ona deca koja su iz bogatijih porodica u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Stope meicinski tretiranih povreda su relativno visoke kod oba pola u zemljama Severne Evrope i među devojčicama u Zapadnoj Evropi, dok su stope u zemljama Istočne Evrope relativno niske. U uzrastu od 11 godina najmanje dece koja su se povredila bilo je u Poljskoj (25%) a najviše u Španiji (59%). Kod trinaestogodišnjaka, najmanje povreda bilo je u Makedoniji (26%) a najviše u Španiji (57%), a kod petnaestogodišnjaka najmanje u Bugarskoj (24%) a najviše u Španiji (56%) (125).

Podaci iz HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazuju proporciju dece koja su u poslednjih godinu dana imala povredu, pri čemu se tražilo izjašnjavanje koliko puta su bili povređeni u proteklih 12 meseci, a pitanje je bilo praćeno objašnjenjem i definicijom povreda, dok je od dece i omladine u našem istraživanju samo traženo da se izjasne da li su ili nisu bila povređena u proteklih godinu dana. Podaci za Hrvatsku su pokazali da je u starosnoj grupi od 11 godina 51% dečaka i 40% devojčica imalo povredu, u grupi od 13 godina 58% dečaka i 42% devojčica, a u grupi od 15 godina 49% dečaka i 34% devojčica, što je značajno veći procenat nego što je pokazalo naše istraživanje.

Kada je u pitanju višekratno povređivanje, podaci HBSC istraživanja za Hrvatsku navode da se u poslednjih godinu dana dva ili više puta povredilo 20% dečaka i 15% i 13% devojčica uzrasta 13 i 15 godina. Među svim zemljama učesnicama HBSC istraživanja Hrvatska je pozicionirana na sredini lestvice (124).

Izveštaj o zdravstvenom stanju stanovnika Australije za 2010. godinu (*Australia's health 2010.*) navodi da su povrede i trovanja drugi vodeći uzrok hospitalizacije dece uzrasta 0-14 godina (12% svih hospitalizacija), vodeći uzrok hospitalizacija dece uzrasta 10 do 14 godina i na trećem mestu kod mladih 15 do 24 godine. Dečaci imaju 1,6 puta veće stope hospitalizacija zbog povreda nego devojčice. Najčešći uzrok ovih hospitalizacija bili su padovi koji čine 39%, a zatim nesreće u kopnenom transportu (u saobraćaju i van njega) koje čine 13%. Prema ovom Izveštaju, povrede i trovanja predstavljaju vodeći uzrok smrtnosti među decom uzrasta 1-14 godina sa 37% svih smrti, a kod mladih 15 do 24 godine se nalaze na trećem mestu (15%). Vodeći uzrok smrti zbog povreda dece uzrasta 1 do 14 godina bile su nesreće u kopnenom transportu i akcidentalna davljenja, a kod mladih saobraćajne nesreće, padovi i napadi (207).

Američki izveštaj o ključnim indikatorima blagostanja dece 2011. godine navodi da iako je došlo do pada stope smrtnosti usled povreda tokom poslednje dve decenije, nenamerne povrede ostaju vodeći uzrok smrti dece uzrasta 1 do 4 i 5 do 14 godina. Pored toga, nefatalne povrede nastavljaju da budu važan uzrok dečijeg morbiditeta, onesposobljenosti i smanjenog kvaliteta života. Na svaku fatalnu povredu među decom uzrasta 1 do 14 godina dolazi 29 hospitalizacija zbog povrede i 1.110 poseta službama hitne pomoći. Indikator koji se navodi u ovom izveštaju odnosi se na broj poseta zbog povrede hitnim službama na 1.000 dece. Vodeći uzroci povreda razlikuju se u odnosu na uzrast dece. Među decom uzrasta 1 do 14 godina dva vodeća uzroka povreda su padovi i udarci (definisano kao „biti udaren ili udariti u nešto”). U 2007-2008. godini zabeleženo je 45 poseta hitnim službama zbog padova na 1.000 dece uzrasta 1-4 godina i 27 padova na 1.000 dece uzrasta 5-14 godina. U istom periodu zabeleženo je 16 poseta hitnim službama zbog udaraca na 1.000 dece uzrasta 1-4 godina i 19 poseta na 1.000 dece uzrasta 5-14 godina. Uzroci povreda koji slede su bili „priroda ili okruženje” (npr. insekti, ugrizi životinja), trovanja, povrede od motornih vozila i posekotine i ubodi. U adolescentnom uzrastu, 15 do 19 godina, vodeći uzroci su udarci sa 29 poseta hitnim službama na 1.000 adolescenata, zatim padovi sa 26 poseta na 1.000 adolescenata i 21 povreda od motornih vozila na 1.000 adolescenata. Trovanja se nalaze na četvrtom mestu uzroka javljanja u službe hitne pomoći za decu uzrasta 1 do 14 godina. Trovanja su češći uzrok javljanja u hitne službe kod dece uzrasta 1 do 4 godine sa 5,9 poseta na 1.000 dece nego kod dece uzrasta 5 do 14 godina (1 poseta na 1.000 dece). Kod adolescenata trovanja se nalaze na šestom mestu uzroka javljanja u hitne službe sa 6 poseta na 1.000 adolescenata (164).

6.8 NASILJE

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije nasilje se definiše kao „namerna upotreba fizičke sile ili moći, u pretnji ili stvarne, usmerene prema sebi, drugoj osobi ili prema grupi ili zajednici, koja dovodi do, ili sa velikom verovatnoćom može dovesti do povrede, smrti, psihološkog oštećenja i poremećaja razvoja ili deprivacije (zanemarivanja)” (208). Nasilje je oduvek bilo deo ljudskog iskustva, prisutno je u različitim oblicima u svim delovima sveta. Svake godine više od milion ljudi izgubi život i još mnogo više trpi povrede kao rezultat nasilja prema sebi, interpersonalnog ili kolektivnog nasilja. Sveukupno, nasilje je među vodećim uzrocima

smrti širom sveta osoba starosti 15 do 44 godine. Posledice nasilja mogu biti fizičke, psihičke, ali i socijalne (209).

U Svetskom izveštaju o nasilju i zdravlju (WRVH) data je tipologija nasilja koja iako nije jedinstveno prihvaćena može biti korisna u razumevanju konteksta u kome se nasilje pojavljuje, kao i interakcije između tipova nasilja. Ova tipologija izdvaja četiri oblika (moda) u kojima se nasilje može naneti: fizičko, seksualno, psihološko i deprivaciju (zanemarivanje). Nadalje deli opštu definiciju nasilja na tri podtipa prema odnosu žrtva – počinitelac, na nasilje usmereno prema sebi, interpersonalno nasilje i kolektivno nasilje (209).

Fizičko nasilje je najčešća manifestacija interpersonalnog nasilja u adolescenciji i eksperti ga smatraju najvećim prioritetom među ponašanjima koja su povezana sa nasiljem i namernim povredama među mladima (210). Mnoge studije pokazale su značajnu asocijaciju između fizičkog nasilja, povreda koje su zahtevale medicinski tretman i hospitalizacija, kao i povezanost između tuča, zloupotrebe supstanci, nižeg nivoa zadovoljstva životom, loših porodičnih i loših odnosa među vršnjacima i lošeg odnosa prema školi (211).

Maltretiranje ili zlostavljanje (u engleskom govornom području upotrebljava se izraz „bullying“) predstavlja demonstraciju moći u interpersonalnim odnosima kroz agresiju (212). Ono je izraz negativnog fizičkog ili verbalnog akta koji ima neprijateljsku nameru, uzrokuje distres kod žrtve, ponavlja se i odlikuje se različitim nivoom moći između zlostavljača i njegove žrtve. Kako se zlostavljanje ponavlja, zlostavljač ima sve veću moć a žrtva sve manju, i ovaj odnos moći se učvršćuje. Žrtva zlostavljanja je sve manje u stanju da se brani. Žrtve zlostavljanja imaju niz problema, kao što su depresija, anksioznost, psihosomatski simptomi, loša slika o sebi, smanjen nivo postignuća, bežanje od kuće, nemogućnost sklapanja prijateljstva, usamljenost, kao i zloupotreba supstanci (213).

Naše istraživanje je pokazalo da je skoro svaka peta mlada osoba u Vojvodini bila izložena nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja u godini koja je prethodila ispitivanju, svaka deseta mlada osoba navodi da je nekoga psihički maltretirala, a 13% da je nekoga tukla. Fizičko nasilje doživela je svaka deseta mlada osoba, najčešće na ulici i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Psihičko nasilje doživela je svaka sedma mlada osoba, najčešće u porodici

i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Trećina mladih izložena fizičkom ili psihičkom nasilju obratila se za pomoć.

U HBSC istraživanju sprovedenom 2005/2006. godine kao indikator uzeta je proporcija dece uzrasta 11, 13 i 15 godina koja su u proteklih 12 meseci učestvovala u fizičkoj tuči, proporcija dece koja su bila zlostavljana i koja su učestvovala u zlostavljanju drugih u poslednjih par meseci (pri čemu je pitanje praćeno definicijom zlostavljanja). Rezultati su pokazali da procenat dece koja su učestvovala u tučnjavi najmanje tri puta u proteklih 12 meseci značajno opada sa godinama, dečaci u značajno većem procentu učestvuju u tučama nego devojčice i veći je procenat dece koja se tuku u porodicama sa boljim socio-ekonomskim statusom u zemljama Istočne Evrope. Kod jedanaestogodišnjaka prosek za celo istraživanje iznosi 16%, najmanje su se tukla deca u Nemačkoj (9%), a najviše u Belgiji – francusko govorno područje (37%) i Turskoj (26%). Kod trinaestogodišnjaka (prosek za sve zemlje obuhvaćene istraživanjem je 14%), najmanje dece koja se tuku je zabeleženo u Belgiji – flamansko govorno područje (7%) i Finskoj (8%), a najviše u Turskoj (25%) (125).

Slično našem istraživanju, kod petnaestogodišnjaka 11% dece u zemljama obuhvaćenim HBSC istraživanjem tuklo se najmanje tri puta u proteklih 12 meseci, i to najmanje na Grenlandu (5%) a najviše u Belgiji – francusko govorno područje (19%). Procenat dece koja su učestvovala u tuči bar jednom u proteklih 12 meseci je veći i iznosi 44% za jedanaestogodišnjake, 42% za trinaestogodišnjake i 35% za petnaestogodišnjake (125).

Podaci o zlostavljanju u HBSC istraživanju pokazali su da je proporcija dece koja su dva do tri puta u poslednjih nekoliko meseci zlostavljana u školi 15%, 14% i 10% za decu uzrasta 11, 13 i 15 godina. Procenat dece koja su zlostavljana u školi opada sa uzrastom, dečaci u većem procentu navode da su zlostavljani u školi nego devojčice i postoji značajna povezanost lošijeg imovinskog statusa porodice i proporcije dece koja izjavljuju da su zlostavljana u školi, i ova povezanost je najjača kod devojčica u zemljama Zapadne i Severne Evrope. Razlike među zemljama koje su obuhvaćene istraživanjem pokazuju da je najmanje dece koja su zlostavljana u Švedskoj (4% za sve uzraste), a najviše u Turskoj (33% i 27% jedanaestogodišnjaka i trinaestogodišnjaka) i Litvaniji (29% trinaestogodišnjaka i 22% petnaestogodišnjaka) (125).

Kada je u pitanju zlostavljanje drugih u školi, podaci HBSC istraživanja pokazali su da je 9% jedanaestogodišnjaka i po 12% učenika 13 i 15 godina učestvovalo je u zlostavljanju drugih u školi bar dva do tri puta u poslednjih par meseci. Zapaža se značajan porast proporcije dece koja su zlostavljala druge između jedanaeste i petnaeste godine, dečaci značajno više nego devojčice u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Sa izuzetkom baltičkih zemalja, Litvanije, Letonije i Estonije, gde su stope zlostavljanja drugih konzistentno najveće, zemlje Severne Evrope imaju najmanji procenat dece koja su zlostavljala druge. Povezanost između bogatstva porodice i proporcije dece koja zlostavljaju druge nađena je u svega nekoliko zemalja, i to veće stope zlostavljanja drugih povezane sa boljim socioekonomskim statusom porodice u zemljama Istočne Evrope (Bugarska, Rumunija, Rusija i Makedonija), a sa lošijim socioekonomskim statusom porodice u Nemačkoj, Islandu i Škotskoj. Najmanju proporciju dece koja su zlostavljala druge ima Švedska (2% dece uzrasta 11 i 13 godina), a najveću Litvanija (28% dece uzrasta 13 i 15 godina). Proporcija dece koja su bar jednom u proteklih par meseci zlostavljala druge u školi bila je u proseku 30%, 37% i 35% učenika uzrasta 11, 13 i 15 godina (125).

Podaci HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazali su da 79% dečaka uzrasta 11 do 15 godina i 81% devojčica nikada nije bilo zlostavljano od strane svojih vršnjaka, a da je 12% dečaka i 11% devojčica bilo zlostavljano dva do tri puta u zadnjih nekoliko meseci. U nasilju prema drugima u poslednjih nekoliko meseci nije učestvovalo 70% dečaka i 86% devojčica. Svaki peti dečak i svaka peta devojčica smatraju da su u poslednjih nekoliko meseci bili izloženi nasilju od strane svojih vršnjaka. Svaki treći dečak i svaka šesta devojčica bili su nasilni prema svojim vršnjacima u školi. Dečaci su bili žrtve nasilja češće nego devojčice u dobi od 11 i 15 godina, a u uzrastu od 13 godina nije bio razlike po polu. Dečaci su češće nasilni prema drugima u svim starosnim grupama. Kada je u pitanju učestvovanje u tuči, 23% dečaka i 6% devojčica u Hrvatskoj navodi da je učestvovalo u tuči najmanje tri puta u prethodnih godinu dana (124).

Svetski izveštaj o nasilju i zdravlju navodi da se među učenicima u srednjim školama procenat onih koji su učestvovali u fizičkoj tuči u proteklih godinu dana kretao od 22% u Švedskoj, 44% u Sjedinjenim Američkim Državama do 76% u Jerusalimu (209).

6.9 POZNAVANJE RIZIKA U OKRUŽENJU I INFORMACIJA O ZDRAVLJU

Znanje o zdravlju, poznavanje faktora rizika koji ugrožavaju zdravlje, ponašanje u skladu sa tim znanjem i posedovanje veština unapređenja zdravlja, ali i okolina koja podržava zdravlje od izuzetnog su značaja za zdrav rast i razvoj dece i omladine i očuvanje zdravlja u kasnijem životnom dobu.

Naše istraživanje je pokazalo da svako peto dete u Vojvodini ocenjuje higijenu i mogućnost rekreacije u školi kao loše, a svako deseto ocenjuje bezbednost u školi kao lošu. Deca iz bogatijih grupa prema indeksu blagostanja u značajno većem procentu ocenjuju higijenu u školi kao lošu. Informacije o zdravlju ispitivana deca najviše dobijaju od roditelja, značajno češće mlađi nego stariji, a znatno manje od zdravstvenih radnika i nastavnika, koji se kao izvor informacija o zdravlju češće javljaju kod starijih.

Studija preseka u 25 škola u Kolumbiji pokazala je da deca uzrasta 10 do 13 godina najčešće svoja znanja o higijeni dobijaju od roditelja (88,5%), zatim u školi (66,7%) i putem medija (58,9%) (132).

Istraživanje navika i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata Hrvatskih univerziteta sprovedeno 2007-2009. godine veliki deo je posvetilo „zdravstvenom odgoju” mladih, te su studenti prve godine pitani šta su upamtili iz osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja o zdravstveno-vaspitnim temama, kao i od koga i na koji način su saznali o tim temama. Pitanje koje je slično u našem istraživanju ticalo se toga ko je bio izvor informacija o zdravlju, ko ih je podučavao ili pomagao u vezi sa zdravstveno-vaspitnim temama. Ovde nisu (kao kod nas) navedeni roditelji kao izvor informacija o zdravlju, jer se pitanje odnosilo na edukaciju tokom školovanja. Većina mladih (oko 92%) navode nastavnike i školsko osoblje kao najčešći izvor zdravstveno-vaspitnih informacija, slede lekari školske medicine (oko 70%), a na poslednjem su mestu, iako u velikoj meri prepoznati od učenika, različita udruženja odnosno nevladine organizacije (46%). Najviše se studenata seća predavanja, odnosno tema o drogama, podjednako o pušenju i alkoholu, dok se nešto manje izjašnjavaju da su bar jednom nešto čuli o polnosti. U diskusiji je predložen stav istraživača da ako se pretpostavi da su studenti najbolji učenici srednjih škola, postavlja se opravdano pitanje kolika su sećanja i/ili svesnost onih koji su i inače slabije učili i usvajali školske sadržaje i gradivo (214).

6.10 PROCENA SOPSTVENOG ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM

Opažanje sopstvenog zdravlja i stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje predstavljaju značajne indikatore kvaliteta života u odnosu na zdravlje. Rangiranje određenih vrednosti, kao što su ljubav, zdravlje, materijalno blagostanje, sloboda i drugo, na skali životnih vrednostim, odražava stavove mladih u etičkom i moralnom smislu, njihove životne ciljeve i motive, kao i zadovoljstvo životnim vrednostima. Sve je to od uticaja na njihovu mogućnost prilagođavanja, stepen psihološke stabilnosti i njihove opšte psihofizičke kapacitete. Pored toga, procena fizičkog izgleda i fizičke aktivnosti čest je pokretač promena u stilu života kao što su promene u ishrani, bavljenje fizičkom aktivnošću, prestanak pušenja i drugo.

Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravlje kao resurs za vođenje produktivnog života (215) čije odsustvo može da ometa postignuće životnih ciljeva. U adolescenciji, koju karakteriše relativno dobro zdravlje i nizak mortalitet, loše zdravlje može imati poseban značaj. Loše zdravlje može da utiče na ispunjenje razvojnih zadataka adolescencije, kao i da ima dugoročne negativne efekte.

Samoprocena zdravlja je subjektivni indikator opšteg zdravlja. Smatra se prediktorom objektivnih zdravstvenih ishoda kod odraslih (216) i mnogo je pogodnija i relevantnija mera adolescentnog zdravlja nego tradicionalni pokazatelji morbiditeta i mortaliteta.

Procena sopstvenog zdravlja povezana je sa simptomima anksioznosti i depresije (217), uspehom u školi, pozitivnim odnosom prema školi, porodičnom strukturom i komunikacijom sa roditeljima (218, 219).

Ispitivana deca i omladina u Vojvodini ocenila su svoje zdravlje u celini kao vrlo dobro u 46,1% i kao dobro u 43,4%. Svega desetina dece opaža svoje zdravlje kao prosečno, a 0,8% kao loše i vrlo loše. Nema značajne razlike po polu, ali u odnosu na uzrast uočava se da stariji uzrast značajno ređe ocenjuje svoje zdravlje kao vrlo dobro i dobro (83,5%) u odnosu na najmlađe, gde njih 94,6% ocenjuje svoje zdravlje kao vrlo dobro i dobro. Ne postoje značajne razlike po materijalnom stanju domaćinstva, mada se zapaža da deca iz najsiromašnije grupe ređe ocenjuju svoje zdravlje kao vrlo dobro (34,5%) u odnosu na grupu najbogatijih (54,8%).

U HBSC istaživanju sprovedenom 2005/2006 godine ispitivana deca i omladina ocenila su svoje zdravlje na četvorostepenoj skali (kao „odlično“, „dobro“, „prosečno“ i loše“) i rezultati su predstavljeni kroz proporciju dece koja su svoje zdravlje ocenila kao prosečno i loše (125).

Kao i u našem istraživanju i ovde se zapaža tendencija da stariji uzrast u većem procentu ocenjuje svoje zdravlje kao prosečno ili loše, i ta je razlika značajna između petnaestogodišnjaka i jedanaestogodišnjaka u oko polovine zemalja za dečake i u većini zemalja za devojčice. Učestalost procene zdravlja kao prosečnog ili lošeg veća je kod devojčica nego kod dečaka u svim godištim, i posebno je izražena kod petnaestogodišnjaka u gotovo svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem. Lošije materijalno stanje porodice značajno je povezano sa većom proporcijom dece koja svoje zdravlje ocenjuju kao prosečno ili loše. Postoje izrazite razlike među zemljama, a najveći procenat dece koja nepovoljno ocenjuju svoje zdravlje u sve tri uzrasne grupe zapaža se u Ukrajini i Rusiji. Kod jedanaestogodišnjaka prosečno ili loše zdravlje navodi 4% dece u Grčkoj i 28% dece u Ukrajini. Najmanje dece kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka koja nepovoljno ocenjuju svoje zdravlje zabeleženo je u Makedoniji (5 i 6%) a najviše u Ukrajini (34 i 37%) (125).

U istraživanje navika i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata prve godine univerzitetâ u Hrvatskoj prikazana je proporcija mladih uzrasta 19 godina koji su zadovoljni svojim zdravljem. Rezultati su pokazali da su mladići (85,8%) statistički značajno zadovoljniji svojim zdravljem od devojaka (82,5%). Takođe, zadovoljstvo sobom izrazilo je 91,1% mladića i 89,4% devojaka, pri čemu nema značajne razlike u odnosu na pol (214).

Deca i mlade osobe doživljavaju mnoge telesne promene tokom adolescencije. Slika sopstvenog tela ima važnu ulogu u samoproceni, mentalnom zdravlju i psihološkoj dobrobiti. Biti mršav je veoma cenjeno u društvu, posebno kod ženskog pola, a stigmatizacija gojaznih je sve veća u savremenom društvu. Tokom razvoja u pubertetu lošija slika o sopstvenom telu češća je kod devojčica nego kod dečaka, koji imaju pozitivniji stav o sopstvenom telu, što je povezano sa rodno uslovljenim sociokulturnim očekivanjima (220, 221). Viđenje sopstvenog tela često je nezavisno od stvarne telesne mase, u stvari utisak o prekomernoj telesnoj masi je najjači prediktor pokušaja da se izgubi na težini, što za posledicu ima dugotrajno držanje redukcionih dijeta koje mogu predstavljati zdravstveni rizik. Visok nivo nezadovoljstva sopstvenim telom i

sopstvenim izgledom takođe su prediktori depresivnih raspoloženja, psihosomatskih tegoba i poremećaja u ishrani (222, 223).

Anketirana deca i omladina u Vojvodini u dve trećine slučajeva ocenjuju svoju telesnu masu kao „normalnu“, skoro desetina smatra da je „debeli“, a 17,2% da su „mršavi“. Procenat dece i omladine koja smatraju da su „debeli“ statistički se značajno ne razlikuje u odnosu na pol, starost i socio ekonomski status porodice. Takođe, nema značajne razlike u procentu dece koja smatraju da su „mršavi“ u odnosu na pol, starost i socio-ekonomski status.

Za razliku od naših rezultata, u HBSC istraživanju iz 2005/2006 godine, postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol kod većine zemalja kada su u pitanju jedanaestogodišnjaci, a u svim zemljama kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka. Takođe, značajno češće stariji smatraju da su „predebeli“ u većini zemalja, posebno petnaestogodišnje devojčice. Lošiji socio ekonomski status porodice značajno je povezan sa „utiskom predebelosti“ u svega u nekoliko zemalja, kao što su Švedska, Danska, Kanada i Sjedinjene Američke Države. Razlike među državama takođe su uočene, anketirana deca iz zemalja Zapadne i Severne Evrope u većem procentu navode da su „predebeli“ u odnosu na decu iz zemalja Južne Evrope. Kod jedanaestogodišnjaka proporcija dece koja smatraju da su predebeli kreće se od 10% u Slovačkoj do 35% u Sloveniji. Kod trinaestogodišnjaka i petnaestogodišnjaka ova proporcija se kreće od 11% u Ruskoj federaciji do 44% u Nemačkoj. Primer Nemačke je posebno upečatljiv kada je u pitanju razlika po polu, svaka druga devojčica i svaki treći dečak smatraju da su „predebeli“ (58% devojčica i 31% dečaka starosti petnaest godina) (125).

Analiza ponašanja u vezi sa zdravljem dece školske dobi u Hrvatskoj 2006. godine, koja je bila deo HBSC istraživanja, pokazala je da je svojom težinom nezadovoljno 37% dečaka i 47-48% devojčica ispitivanih uzrasta. Kod devojčica nezadovoljstvo svojom telesnom težinom povećava se sa starošću. Nezadovoljstvo u smislu smatranja da imaju prekomernu telesnu težinu izražava 21% dečaka i 24% devojčica starosti jedanaest godina, 23% dečaka i 28% devojčica od trinaest godina i 15% dečaka i 34% devojčica uzrasta petnaest godina. (124).

Deca i omladina u Vojvodini u dve trećine slučajeva ocenjuju svoju telesnu masu kao normalnu, skoro desetina smatra da je debela, a 17,2% da su mršavi. Interesantno je da svega tri

četvrtine normalno uhranjenih (prema BMI) tako i procenjuje svoju telesnu masu, dok svako sedmo smatra da je mršavo, a svako osamnaesto misli da je debelo.

Kao i kod nas, i u Hrvatskom istraživanju analizirani su i podaci u odnosu na indeks telesne mase, pri čemu je uočeno neslaganje utiska o vlastitom telu i objektivnog stanja. Određeni broj dece oba pola koja prema objektivnim kriterijumima nemaju prekomernu telesnu masu i nisu gojazna, smatraju da su „predebela“. Takav je osećaj izraženiji kod devojčica u svim uzrascima, i povećava se sa starošću. Tako među devojčicama čiji je indeks telesne mase manji ili u granicama normale za starost i pol, 17% u uzrastu od jedanaest godina, 22% za uzrast od trinaest godina i 27% kod petanestogodišnjakinja, misli da je „predebela“ (124).

U našem istraživanju ispitivana deca i omladina ocenjuju svoju fizičku aktivnost kao vrlo dobru i dobru, češće dečaci i mlađi uzrast. Više od polovine fizički neaktivne dece ipak ocenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru, češće dečaci i mlađi uzrast. Tri četvrtine ispitivane dece ocenjuje svoje oralno zdravlje kao vrlo dobro i dobro, značajno češće deca iz bogatije grupe.

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da svega petina dece u Vojvodini ima ispravan, odnosno poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje, značajno češće stariji uzrast u odnosu na najmlađe, što je razumljivo obzirom da stariji imaju više znanja i informacija o zdravlju nego mlađi.

Istraživanje o prediktorima samoprocene zdravlja na 980 učenika u Segedinu u Mađarskoj pokazalo je da (na osnovu regresione analize) četiri varijable u vezi sa zdravljem značajno doprinose samoproceni zdravlja. Najviše doprinosi psihološko blagostanje, zatim fizička aktivnost, epizode akutne bolesti i učestalost psihosomatskih simptoma. Fizička aktivnost korelirala je pozitivno, a postojanje psihosomatskih simptoma negativno sa psihološkim blagostanjem (224).

U našem istraživanju deca su na skali životnih vrednosti na prvo mesto stavljala zdravlje, zatim sreću u ljubavi i na treće mesto „puno para“. Slede život u miru, sloboda, zanimljiv posao, unosan posao, religija i na poslednjem mestu bavljenje politikom. Zdravlje i sreću u ljubavi značajno više rangiraju devojčice nego dečaci, dok je „puno para“ značajno važnije za dečake. Stariji značajno viši rang daju zdravlju nego mlađi, dok je obrnuta situacija za kategoriju „puno

para“, koju mlađi značajno više rangiraju. Prema indeksu blagostanja deca iz bogatijih grupa značajno više rangiraju zdravlje, a deca iz siromašnijih grupa kategoriju „puno para“.

Važan aspekt blagostanja pojedinca je njegova procena sopstvenog života, odnosno ocena zadovoljstva životom. Zadovoljstvo životom se definiše kao sopstvena procena različitih područja života (225). Može se ispitivati kao opšte (zadovoljstvo ukupnim životom) i kao zadovoljstvo specifičnim domenima života (školom, porodicom, itd.). Zadovoljstvo životom povezano je sa mnoštvom zdravstvenih ishoda, kao što je zloupotreba psihoaktivnih supstanci (226) i učešće u fizičkim aktivnostima (227). Pozitivno mišljenje o školi povezano je sa višim nivoom zadovoljstva životom među adolescentima, dok je negativno školsko iskustvo povezano sa manjim zadovoljstvom životom (228).

Zadovoljstvo životom ocenjeno je pomoću Kantril (Cantril) lestvice koja ima deset koraka od 0 do 10: vrh označava najbolji mogući život, a dno najgori mogući život (125).

Anketirana deca i omladina u Vojvodini su ocenila zadovoljstvo svojim sadašnjim životom sa prosečnom ocenom 8,23. Nema statistički značajne razlike po polu. Uočava se statistički značajna razlika po starosti, najmlađi su najzadovoljniji sadašnjim životom (8,90), a najnezadovoljnija je omladina od 15 do 19 godina sa prosečnom ocenom zadovoljstva 7,59. Prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom dece i omladine statistički se značajno razlikuje i prema materijalnom stanju domaćinstva. Najzadovoljniji sadašnjim životom su deca i omladina iz grupe najbogatijih (8,70), dok najmanju prosečnu ocenu 7,54 ima grupa najsiromašnijih.

U našem istraživanju, deca koja nisu u potpunosti zadovoljna svojim životom kao razloge navela su novčanu situaciju, zatim školu ili posao i ljubavni život. Stariji uzrast je značajno češće nezadovoljan novčanom situacijom nego mlađi i deca iz najsiromašnijih grupa. Stariji uzrast je takođe nezadovoljniji školom i ljubavnim životom u odnosu na mlade.

Slični rezultati dobijeni su u HBSC istraživanju 2005/2006 godine, u kome je prikazana proporcija dece koja su ocenila zadovoljstvo sadašnjim životom sa 6 i više (zadovoljni svojim životom). Ovaj procenat kreće se od 88% kod jedanaestogodišnjaka, preko 85% kod trinaestogodišnjaka do 82% zadovoljnih svojim životom kod mladih uzrasta petnaest godina. Postoji značajan pad zadovoljstva sadašnjim životom između 11 i 15 godine kod devojčica u

skoro svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem, dok to nije slučaj kada su u pitanju dečaci. Za razliku od naših rezultata, značajne su razlike u odnosu na pol, u većini zemalja dečaci imaju viši nivo zadovoljstva životom nego devojčice u uzrastu 13 i 15 godina. Kao i u našem istraživanju bogatstvo porodice značajno je povezano sa višim nivoom zadovoljstva sadašnjim životom. Postoje značajne geografske razlike, deca iz Severne i Zapadne Evrope zadovoljnija su svojim životom nego deca iz Istočne i Južne Evrope. U uzrastu od jedanaest godina proporcija dece koja su zadovoljna svojim životom kreće se od 76% u Turskoj do 95% u Grčkoj; u uzrastu od trinaest godina zadovoljno svojim životom je 66% dece u Turskoj a 94% u Holandiji, dok je 62% petnaestogodišnjaka u Turskoj i 90% u Holandiji zadovoljno svojim sadašnjim životom (125).

Istraživanje u Hrvatskoj o ponašanju školske dece u vezi sa zdravljem, koje je bilo deo HBSC istraživanja, pokazalo je visok udeo učenika koji su zadovoljni svojim životom, i kretao od 86% (uzrast 11 godina) do oko 70% (uzrast 15 godina). Zabeležen je pad u zadovoljstvu životom sa porastom dobi ispitanika, ali manje izrazito u 2006. nego 2002. godini. Zadovoljstvo životom se smanjuje sa starošću i ovaj pad je izrazitiji kod devojčica, pa u uzrastu od 15 godina svaka treća devojčica nije zadovoljna životom (29%). Među zemljama obuhvaćenim ovim istraživanjem Hrvatska je pozicionirana u donjoj trećini, na vrhu po zadovoljstvu životom su Holandija, Grčka, Finska i Belgija, a na dnu Turka, Malta, Rusija i Bugarska (124).

6.11 NEKI ASPEKTI ODNOSA SA DRUGIMA

Socijalna komunikacija razvija se kroz proces primarne socijalizacije koja započinje u porodici, nastavlja se formiranjem različitih grupa kao što su vaspitno-obrazovne, grupe vršnjaka povezane različitim zajedničkim interesima i uticajima različitih autoriteta, kao što su vaspitači, lideri grupa i drugi. Važan aspekt socijalnog zdravlja predstavlja uspostavljanje i održavanje optimalnih odnosa sa drugima u svim sferama socijalnog funkcionisanja.

Komunikacija između roditelja i dece predstavlja temelj porodičnog života u razvojnom smislu i kao važan protektivni faktor u adolescenciji. Posebno je značajna uloga roditelja u razvoju komunikacionih veština dece, njihovih stavova i obrazaca ponašanja. Lakoća u komunikaciji sa roditeljima smatra se indikatorom dobre socijalne podrške roditelja i porodične povezanosti, pri čemu roditelji ostaju važan izvor podrške i tokom adolescentnog perioda (229).

Važnost pozitivnih odnosa sa roditeljima je dobro dokumentovana, posebno u odnosu na smanjenje nivoa delikventnog ponašanja, zdravstveno rizičnih ponašanja, depresije i prisutnosti psihosomatskih simptoma (230). Posebno, adolescenti koji navode da imaju „laku“ komunikaciju sa svojim majkama, bolje procenjuju sopstveno zdravlje i u manjem su riziku da budu pušači, da učestalo piju alkohol ili imaju neodgovorno seksualno ponašanje (231).

Naše istraživanje je pokazalo da velika većina ispitivane dece u Vojvodini ima dobru komunikaciju sa majkom, a tri četvrtine i sa ocem. Mlađi uzrast značajno češće navodi da o svojim problemima može da razgovara sa majkom i ocem, ali dečaci značajno više navode dobru komunikaciju sa ocem nego devojčice. Deca iz najsiromašnijih grupa u značajno manjem procentu navode dobru komunikaciju i sa majkom i sa ocem.

U HBSC istraživanju sprovedenom 2005/2006 godine, kao i u našem istraživanju prikazana je proporcija dece koja lako komuniciraju sa svojom majkom. Ukupni podaci za 41 zemlju obuhvaćenu istraživanjem pokazuju da u proseku 89% jedanaestogodišnjaka, 83% trinaestogodišnjaka i 77% petnaestogodišnjaka izjavljuje da lako komunicira sa svojom majkom kada ima nekih problema. U većini zemalja postoji značajni pad proporcije u lakoći komunikacije između jedanaeste i petnaeste godine i kod dečaka i kod devojčica. Razlike u odnosu na pol su male, zapažene u svega nekoliko zemalja gde dečaci u većem procentu navode laku komunikaciju sa majkama u odnosu na devojčice. Među zemljama obuhvaćenim istraživanjem, lakoća komunikacije sa majkom je najveća među decom u Istočnoj Evropi, a zatim među devojčicama u Južnoj Evropi. Mladi u Zapadnoj Evropi i dečaci u Severnoj Evropi u manjem procentu navode da imaju laku komunikaciju sa majkom. Lakoća komunikacije sa majkom značajno je povezana sa boljim ekonomskim stanjem porodice u većini zemalja kada su u pitanju devojčice i u trećini zemalja za dečake. Razlike među zemljama postoje, pa je kod dece starosti 11 godina najmanje onih koji lako komuniciraju sa majkom u Belgiji - francusko govorno područje i Sjedinjenim Američkim Državama (77%), a najviše u Sloveniji (95%). Kod trinaestogodišnjaka najmanje je onih koji lako komuniciraju sa majkom u Belgiji - francusko govorno područje (70%) i Sjedinjenim Američkim Državama (72%), a najviše u Rumuniji (93%). Takođe, kod petnaestogodišnjaka najmanje je dece koja lako komuniciraju sa majkom u Belgiji – francusko govorno područje (65%) i Francuskoj (66%), a najviše u Makedoniji (89%). U nešto manjem procentu nego u našem istraživanju deca u HBSC istraživanju navode „laku“ komunikaciju sa ocem, 75% jedanaestogodišnjaka, 65% trinaestogodišnjaka i 58%

petnaestogodišnjaka. Uočava se značajan pad u proporciji dece koja lako komuniciraju sa ocem između trinaeste i petnaeste godine, u svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem. U svim starosnim grupama dečaci statistički značajno lakše komuniciraju sa ocem nego devojčice, što odgovara našim rezultatima. Kao što je slučaj i sa „lakoćom“ komunikacije sa majkom i ovde mladi iz Istočne Evrope u većem procentu navode da „lako“ komuniciraju sa ocem. Kada je u pitanju ekonomsko stanje porodice, „lakoća“ komunikacije sa ocem značajno je povezana sa boljim materijalnim stanjem domaćinstva. Razlike u „lakoći“ komunikacije sa ocem među zemljama postoje, i kreću se od 58% na Malti do 89% u Sloveniji za jedanaestogodišnjake, od 47% na Malti do 80% u Holandiji za trinaestogodišnjake i od 41% na Malti do 74% u Sloveniji za petnaestogodišnjake (125).

Rezultati HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazali su da je procenat učenika koji imaju dobru komunikaciju sa majkom kao i kod nas, preko 90% dece uzrasta 11, 13 i 15 godina smatraju da lako mogu da pričaju sa majkom o svojim problemima. U komunikaciji sa ocem rezultati su kao i kod nas pokazali da dečaci značajno lakše komuniciraju sa očevima u sve tri dobne grupe. U uzrastu od jedanaest godina sa ocem „lako“ komunicira 81% dečaka i 70% devojčica, u uzrastu od trinaest godina 70% dečaka i 57% devojčica, a u uzrastu od petnaest godina 62% dečaka i 44% devojčica (124).

Istraživanje navika i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata prve godine univerziteta u Hrvatskoj pokazalo je proporciju mladih uzrasta 19 godina koji su zadovoljni ili vrlo zadovoljni odnosom sa majkom i ocem. Odnosom sa majkom zadovoljno je 93% mladića i 89% devojaka (mladići statistički značajno više), a odnosom sa ocem zadovoljno je 79,4% mladića i 77,2% devojaka, bez značajne razlike po polu. Odnosom sa prijateljima zadovoljno je ili vrlo zadovoljno 94,3% studenata (214).

Prijateljstvo sa vršnjacima predstavlja način da se zadovolji potreba za bliskim odnosima, osećaj da su voljeni i prihvaćeni od strane grupe, kao i osećaj pripadnosti. U adolescenciji vršnjaci postaju važan faktor u pretvaranju ideja u akciju, u definisanju sopstvenog identiteta i razvoju ličnih i socijalnih sposobnosti. Prijateljstva pomažu mladima da se prilagode novim situacijama i da se suoče sa stresnim životnim iskustvima. Takođe, osećaj podrške od strane vršnjaka povezan je sa većim nivoom samopouzdanja, boljom prilagođenošću školi i odsustvom izolacije i depresije (232).

U našem istraživanju skoro 90% ispitivane dece izjavljuje da lako može da razgovara o svojim problemima sa drugom/drugaricom, pri čemu nema statistički značajne razlike u odnosu na uzrast i materijalno stanje domaćinstva, ali ima u odnosu na pol, devojčice značajno češće izjavljuju da lako komuniciraju sa drugom/drugaricom.

U HBSC istraživanju kao i kod nas visok je procenat dece koja imaju bliske prijatelje. Nalazi pokazuju da se procenat dece uzrasta 11, 13 i 15 godina koja imaju tri i više bliskih prijatelja istog pola kreće od 83% (za jedanaestogodišnjake), preko 82% (za trinaestogodišnjake) do 78% za petnaestogodišnjake, pri čemu, dečaci više nego devojčice, ali je ova razlika statistički značajna u manje od polovine zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Postoji značajna povezanost i u odnosu na materijalno stanje domaćinstva, veći je procenat dece iz bogatijih porodica koja imaju tri i više bliskih prijatelja. Takođe, značajne razlike nađene su među zemljama obuhvaćenim istraživanjem, veći je procenat dece koja imaju tri i više prijatelja u zemljama Severne i Zapadne Evrope, nego u zemljama Južne i Istočne Evrope. Procenat dece sa bliskim prijateljima kreće se od 57% na Malti do 91% u Engleskoj za jedanaestogodišnjake i od 51% u Grčkoj do 90% u Norveškoj za petnaestogodišnjake. Takođe, ispitivana je podrška vršnjaka iz razreda, pri čemu su deca izrazila slaganje ili neslaganje sa izjavom „Većina učenika iz mog razreda je ljubazna i predusretljiva prema meni“, a rezultati su predstavljeni procentom dece koja se u potpunosti slažu sa ovom izjavom. Ovo može odgovarati pitanju iz našeg istraživanja o „lakoći“ komunikacije sa drugom/drugaricom. HBSC rezultati pokazali su da procenat dece sa podrškom vršnjaka iz razreda, za razliku od naših nalaza, opada sa uzrastom i kreće se od 70% za jedanaestogodišnjake do 62% za petnaestogodišnjake. Razlika u odnosu na pol je kao i kod nas u korist devojčica, a povezanost sa bogatstvom porodice uočena je u manje od polovine zemalja, većinom iz Severne Evrope, što kod nas nije slučaj. Razlike među zemljama postoje, pa je najmanji procenat dece koja imaju podršku vršnjaka iz razreda u Bugarskoj (45% jedanaestogodišnjaka i 37% petnaestogodišnjaka), dok je najveći procenat u Norveškoj (87% trinaestogodišnjaka) i Portugaliji (82% petnaestogodišnjaka) (125).

Rezultati HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazuju da dečaci neguju više bliskih prijateljstava od devojčica. Tako, ukupno 63% devojčica ima tri i više bliskih prijatelja, 78% tri i više bliskih prijateljica, dok ukupno 86% dečaka ima tri i više bliskih prijatelja i 75% tri i više bliskih prijateljica (124).

Zadovoljstvo školom predstavlja se kao indikator emocionalnog aspekta kvaliteta života u školskom okruženju (233). Pozitivno iskustvo u školi smatra se resursom za zdravlje, dok negativna iskustva mogu činiti faktor rizika. „Voljenje“ škole stoga je inditifikovano kao protektivni faktor mnogih rizičnih ponašanja kao što su seksualni rizici (234, 235, 236) zloupotreba supstanci, posebno pušenje, i zloupotreba alkohola (237). Učenici koji ne vole školu u većoj su verovatnoći da ne ispune akademske zahteve, u većem su riziku da napuste školu, usvoje nezdrave navike, dobiju psihosomatske simptome i u krajnjoj liniji imaju lošiji kvalitet života (233, 234).

U našem istraživanju deca u Vojvodini su u tri četvrtine slučajeva zadovoljni svojom školom, značajno češće mlađi nego stariji. Stalni pritisak obaveza u školi oseća blizu 40% dece, značajno više stariji u odnosu na najmlađe.

U HBSC istraživanju 2005/2006 godine učenici su na pitanje o tome šta misle o školi odgovarali u rasponu od „veoma volim školu“ pa do sve „ne volim školu uopšte“. Rezultati istraživanju prikazuju proporciju dece koja veoma vole školu i njihova prevalenca značajno opada između jedanaeste i petnaeste godine života u većini zemalja za oba pola. Devojčice u nešto većem procentu vole školu i ova razlika je signifikantna posebno u uzrastu od 11 godina u svim zemljama koje su obuhvaćene istraživanjem, dok je manje izražena kod dece uzrasta 15 godina. Kada su u pitanju razlike među zemljama, najveći procenat dece uzrasta 11 godina koja veoma vole školu beleži se u Makedoniji (77%), Turskoj (72%) i Nemačkoj (58%), u sredini su zemlje sa prevalencom dece koja vole školu od 30 do 50% (Mađarska, Kanada, Švedska, Grčka), dok su na dnu lestvice Češka i Estonija sa svega 15% učenika koji vole školu. Kod trinaestogodišnjaka situacija je slična, najveći procenat dece koja vole školu ima Turska (58%) a najmanji Estonija (6%). Kao što je već rečeno, petnaestogodišnjaci u najmanjem procentu izjavljuju da veoma vole školu, pa ih je najviše u Makedoniji (48%) a najmanje u Estoniji (6%). U pojedinim zemljama zapažena je značajna povezanost između bogatstva porodice i mišljenja o školi, pri čemu deca iz bogatijih porodica u većem procentu izjavljuju da veoma vole školu (Kanada, Engleska, Finska, Sjedinjene Američke Države, Grčka, Makedonija) (125).

Rezultati HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazali su da je procenat učenika koji veoma vole školu veoma nizak, a naročito u uzrastu od 13 do 15 godina, kada ni svaki deseti učenik ne izjavljuje da jako voli školu. Kao i u našem istraživanju, devojčice više vole školu od dečaka,

iako su razlike u uzrastu od 15 godina vrlo male (6% dečaka i 7% devojčica). Kao i u istraživanju 2002. godine Hrvatska je na samom dnu lestvice, te je u uzrastu od 13 i 15 godina samo u Estoniji manji udeo učenika koji jako vole školu (124).

Jedna od važnih komponenti prilagođavanju školskom ambijentu (što je analogno prilagođenosti poslu u radnoj sredini u odraslom dobu) jeste osećaj i nošenje sa pritiskom obaveza koje nameće škola. Stres povezan sa školom posledica je akademskih zahteva koje nameću roditelji i nastavnici (238) i zajedno sa drugim izvorima stresa može biti povezan sa nizom zdravstvenih problema i pokazatelj nižeg nivoa blagostanja, uključujući lošiju procenu sopstvenog zdravlja, lošiji kvalitet života i niži nivo zadovoljstva školom, kao i sa pojavom različitih psiholoških i somatskih tegoba (239, 240).

HBSC istraživanje sprovedeno 2005/2006 godine prikazuje proporciju dece koja osećaju pritisak školskih obaveza u većoj i srednjoj meri. Opterećenje školskim obavezama značajno raste sa uzrastom, te je prosek za sve zemlje obuhvaćene istraživanjem bio 26% učenika uzrasta 11 godina, 37% dece uzrasta 13 godina i 45% petnaestogodišnjih učenika koji se osećaju pritisnuti školskim obavezama (125). Sa jedanaest godina dečaci nešto više izveštavaju pritisak školskim obavezama i ova razlika je signifikantna u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Sa trinaest godina, ovaj rodni obrazac se okreće u korist devojčica, dok je u uzrastu od petnaest godina značajno veći procenat devojčica koje izveštavaju da su pritisnute školskim obavezama u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Povezanost sa bogatstvom porodice nije jasno izražena, te je u svega nekoliko zemalja pokazana povezanost većeg pritiska školskih obaveza sa nižim nivoom porodičnog bogatstva.

Zabeležene su velike razlike među zemljama uključenim u istraživanje, pa kod dece uzrasta jedanaest i trinaest godina najviše je onih koji osećaju pritisak školskim obavezama u Turskoj (45% i 60%), a najmanji u Holandiji (9%) i Grenlandu (14%). Kod petnaestogodišnjaka najviše učenika pritisnutih školskim obavezama zabeleženo je u Portugaliji (68%), a najmanje u Austriji (23%) (125).

Rezultati HBSC istraživanja za Hrvatsku pokazali su sličan obrazac po kome opterećenost školom raste sa uzrastom a devojčice u starijem uzrastu više izveštavaju opterećenje školskim obavezama. Hrvatska se po ovim rezultatima nalazi među zemljama sa nižim nivoom

opterećenosti dece školskim obavezama, pa je izveštava oko 15% jedanaestogodišnjaka, oko 28% trinaestogodišnjaka i oko 33% učenika uzrasta petnaest godina (124).

6.12 MENTALNO ZDRAVLJE

Mentalno zdravlje kao sastavni deo opšteg zdravlja uključuje subjektivni osećaj blagostanja, samoefikasnosti, sposobnosti, nezavisnosti, mogućnosti uspostavljanja skladnih odnosa sa ljudima, međugeneracijskih odnosa i sposobnost ostvarenja sopstvenih intelektualnih i emocionalnih mogućnosti. Detinjstvo i adolescenciju karakterišu intenzivne i duboke promene u psihi i psihosocijalnom funkcionisanju. Različite promene i uticaji, ali i poremećaji u mentalnom zdravlju povezani su sa fizičkim funkcionisanjem i socijalnim zdravljem i međusobno su uslovljeni. Mentalno zdravlje mladih je ugroženo dejstvom višestrukih faktora rizika iz okruženja, različitim poremećajima socijalnih kontakata, uticajima nasilja i delikvencije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Mentalno zdravlje mladih je tema od sve većeg interesa u Evropi. Konfiguracija zdravlja i bolesti kod mladih značajno se promenila tokom prethodnog veka. Glavni problemi prve polovine dvadesetog veka, kao što su akutne infekcije i visok mortalitet odojčadi, nisu više značajni, dok tzv. „novi morbiditet“ koga karakterišu internalizirajući i eksternalizirajući problemi i teškoće u učenju, sve više dolazi u fokus. Takođe, pojavljuju se novi fenomeni kao što su samopovređivanje i zavisnost od kompjuterskih igara. Suočavajući se sa dimenzijom opterećenja bolestima u vezi sa mentalnim poremećajima mladih Svetska zdravstvena organizacija je objavila da je mentalno zdravlje mladih „ključno područje interesovanja“ kome profesionalci i donosioci odluka moraju posvetiti pažnju (241).

U definiciji Svetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje dece i adolescenata predstavlja „...kapacitet da se postigne i održi optimalno psihološko funkcionisanje i blagostanje“. Ono je u direktnoj vezi sa dostignutim nivoom sposobnosti u psihološkom i socijalnom funkcionisanju. Prvi deo definicije posmatra mentalno zdravlje dece i adolescenata kao pozitivnu dimenziju i kao resurs koji je neophodan za lično blagostanje i za našu sposobnost da opažamo, shvatamo i interpretiramo naša okruženja, da im se prilagodimo ili da ih izmenimo ako je neophodno, kao i da komuniciramo međusobno i imamo uspešne socijalne interakcije.

Loše mentalno zdravlje dece i adolescenata sa druge strane znači nesposobnost deteta da dostigne optimalni nivo kompetencija i funkcionisanja što se ogleda u različitim poremećajima, kao što su depresivni poremećaji i teškoće u učenju (242).

Iako je mentalno zdravlje većine mladih u Evropi dobro, psihološki poremećaji svih vrsta, kao što su anksioznost i fobija, post-traumatski stresni poremećaj, teškoće u učenju, depresija, poremećaji u ishrani i zavisnosti, su u porastu. Neki od ovih poremećaja imaju alarmantnu prevalencu među mladima u Evropi. Procenjeno je da je ukupna prevalenca mentalnih poremećaja u adolescenciji u regionu od 10% do 20%, ali predviđa se da je još i veća među adolescentima koji pripadaju ugroženim i nedovoljno integrisanim populacionim podgrupama, kao što su migranti. U poređenju sa odraslima mladi ljudi su u posebnom riziku od razvoja mentalnih poremećaja, obzirom da se suočavaju sa mnogobrojnim novim pritiscima i izazovima u svom svakodnevnom životu. Na primer, napuštanje roditeljskog doma po prvi put, ispiti i finansijske brige mogu uzrokovati visok nivo stresa, koji može biti okidač za pojavu mentalnih poremećaja. Pored toga, faktori kao što su nemogućnost zapošljavanja, diskriminacija i teškoće u pristupu raznim uslugama, zdravstvenom osiguranju i stanovanju, raniji prekid školovanja, pritisak vršnjaka i medija, predstavljaju i riziko faktore ali i posledice mentalnih poremećaja (243).

Dobro mentalno zdravlje karakteriše, pored odsustva bilo kog mentalnog poremećaja, visok nivo blagostanja, uključujući aspekte sreće, socijalne uključenosti, samopouzdanja i socijalizovanosti. Svetska zdravstvena organizacija definiše dobro mentalno zdravlje kao „stanje blagostanja u kome individua realizuje svoje sposobnosti, može da savlada normalne životne stresove, može da radi produktivno i plodonosno, i sposobna je da doprinese svojoj zajednici“ (244). Mentalno zdravlje i blagostanje su od esencijalnog značaja za zdravlje mladih. Zdravi i srećni mladi ljudi u većoj su verovatnoći da izrastu u zdrave i srećne odrasle, koji za uzvrat mogu da doprinesu zdravlju i blagostanju svojih zajednica. Na individualnom nivou loše mentalno zdravlje i niski nivoi blagostanja mogu imati razarajuće efekte na socijalni, intelektualni i emocionalni razvoj mladih ljudi, na njihovu porodicu i na njihovu budućnost. Odluke donete u adolescenciji često su od presudnog značaja za ostatak njihovih života. U najekstremnijoj formi loše mentalno zdravlje u vezi je sa samoubistvima kod mladih (245).

U našem istraživanju nešto više od petine dece i omladine starosti 7 do 19 godina imalo je osećaj napetosti i stresa u mesecu koji je prethodio istraživanju, pri čemu je uočena veća učestalost u starijoj dobnoj grupi. Petina dece i omladine u Vojvodini navela je da ima emocionalne probleme koji su takođe zastupljeniji u najstarijoj dobnoj grupi. Lošije vrednosti na skali psihološkog distresa imala je svaka šesta mlada osoba, a bolji skor na ovoj skali imala je skoro trećina mladih starosti 15 do 19 godina, pri čemu značajno veći procenat mladih iz grupe siromašnih ima lošije vrednosti, dok su povoljnije vrednosti skora zastupljenije kod mladih muškog pola i onih iz grupe bogatijih. Na skali vitalnosti lošije vrednosti bile su zastupljene kod manje od polovine mladih, dok povoljnije vrednosti ima nešto manje od trećine mladih starosti 15 do 19 godina, pri čemu je veća učestalost lošijih vrednosti u grupi najsiromašnijih. Na skali od 0 do 100 prosečna vrednost na skali psihološkog distresa bila je 71,86, dok je prosečna vrednost na skali vitalnosti bila 64,76.

U izveštaju „Pogled na zdravlje mladih u Evropi“ koji je pripremila Evropska komisija 2009. godine ističe se da je poznavanje prevalence mentalnih problema kod dece i adolescenata neophodan uslov za kreiranje politika i programa promocije i unapređenja mentalnog zdravlja mladih. Ipak, merenje opterećenja mentalnih poremećaja kod mladih je težak zadatak. Jedan od razloga je taj što su psihološki i psihosocijalni problemi u adolescenciji često neprepoznati i samim tim netretirani obzirom da su često netipični i diskretni za razliku od poremećaja koji se javljaju u odrasloj dobi. Procene raširenosti ovih problema stoga mogu biti i veće nego što se navodi u istraživanjima. Drugi razlog su niska komparabilnost među nacionalnim studijama zbog različitih definicija mentalnog zdravlja koje se koriste (uključujući „mentalne probleme“, „psihosomatske tegobe“, „psihijatrijske poremećaje“ i „zadovoljstvo životom“), kao i različite metode prikupljanja podataka. U ovom izveštaju procenjuje se da između 10% i 20% ima neki vid mentalnih ili bihevioralnih problema. Anksiozni poremećaji (koje čine generalizovani anksiozni poremećaji, panični poremećaji, fobije, opsesivno kompulsivni poremećaj, post-traumatski stres poremećaj i drugi) su najzastupljeniji mentalni poremećaji među mladima, sa prosečnom stopom prevalence od 10,4%. Na drugom mestu nalaze se konduktivni poremećaji sa 7,5%. Dok su anksiozni poremećaji više zastupljeni među devojkama, konduktivni poremećaji su češći kod mladića. Depresija i depresivni poremećaji su na trećem mestu sa prevalencom koja se kreće od 4% do 8%. Prevalenca velike depresije među mladima 12 do 17 godina je oko 4%, a u uzrastu od 18 godina 9%. Poslednji podaci govore o porastu prevalence adolescentne depresije. Na sledećem mestu je hiperaktivni poremećaj/poremećaj deficita pažnje (ADHD – Attention

Deficit Hiperactivity Disorders) sa stopom prevalence od 4,4%, koji je češći kod dečaka nego kod devojčica (246).

Osnov dobrog mentalnog zdravlja je blagostanje. Stoga je u HBSC istraživanju sprovedenom 2006. godine mereno blagostanje adolescenata sa aspekta zadovoljstva životom. Rezultati su pokazali visok nivo zadovoljstva životom mladih u svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem, 88% jedanaestogodišnjaka, 85% trinaestogodišnjaka i 82% petnaestogodišnjaka imalo je visok nivo životne satisfakcije (125).

EUROHIS projekat regionalne kancelarije Svetske zdravstvene organizacije za Evropu koji je imao za cilj razvoj seta zajedničkih instrumenata za osam indikatora „zdravlja za sve“ u formiranju indikatora za merenje mentalnog zdravlja, uzeo je u obzir više aspekata mentalnog zdravlja, kao što su: pozitivno mentalno zdravlje, psihološki distres, ograničenje u funkcionisanju, socijalna podrška i socijalna izolacija, procena ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja, problemi sa spavanjem, zavisnost od alkohola i droga, samoubistva, stresni životni događaji, kognitivno funkcionisanje i mentalno zdravlje dece. Radna grupa projekta jednoglasno je podržala indikatore kao što su pozitivno mentalno zdravlje i psihološki distres (99).

Za merenje pozitivnog mentalnog zdravlja uzeta su četiri pitanja iz SF-36 upitnika koja se odnose na energiju i vitalnost formirajući skalu vitalnosti. Skala psihološkog distresa formirana je iz pitanja uzetih iz SF-36 upitnika koja su formirala „indikator mentalnog zdravlja 5“ (MHI5 – Mental Health Indicator 5) (100).

Skala psihološkog distresa govori o učestalosti pozitivnih (spokojstvo, smirenost i sreća) i negativnih stanja i osećanja (nervoza, potištenost, zabrinutost i tuga), pri čemu veći skor označava pozitivno mentalno zdravlje. Istraživanje u Sjedinjenim Američkim Državama na odrasloj populaciji pokazalo je prosečnu vrednost skora na skali psihološkog distresa 74,7. Poređenje sa našim istraživanjem nije moguće obzirom da se ovde radi o odrasloj populaciji (247). Studija sprovedena u Norveškoj na uzorku ispitanika starosti 16 i više godina pokazala je da je prosečna vrednost skora na skali psihološkog distresa bila 79 (što je nešto više od prosečne vrednosti u našem istraživanju od 71,9), vrednosti manje ili jednake 58 imalo 10,7% ispitanika, što je rezultat sličan našem istraživanju (16,3% mladih uzrasta 15 do 19 godina). Povoljnije

vrednosti na skali psihološkog distresa, jednake ili veće od 78, imali 62,1% ispitanika u Norveškoj, što je znatno veći procenat nego u našem istraživanju (32,1) (248).

Skala vitalnosti služila je za procenu osećaja poleta i energije ili umora i iscrpljenosti, pri čemu je veći skor označavao bolje mentalno zdravlje. Rezultati istraživanja u Norveškoj pokazali su da je prosečna vrednost skora na skali vitalnosti bila 59, što je nešto niža vrednost nego u našem istraživanju (64,8), ali i razumljivo obzirom da se kod nas radi o mlađoj populaciji. Povoljnije vrednosti na skali vitalnosti, jednake ili veće od 72,5, imalo je 27,1% ispitanika u Norveškom istraživanju, što je takođe rezultat sličan našem (249).

Evropska studija o deci koja je sprovedena između 2001. i 2004. godine merila je mentalne probleme kod dece i mladih uzrasta 12-18. godina u 13 evropskih zemalja (Austrija, Češka Republika, Francuska, Nemačka, Grčka, Mađarska, Irska, Poljska, Španija, Švedska, Švajcarska, Holandija i Engleska). Mentalni problemi su definisani kroz postojanje subkliničkih simptoma, onih koji nisu identifikovani kliničkim pregledom. Rezultati stoga ne predstavljaju medicinske dijagnoze, ali ukazuju na adolescente sa emocionalnim i problemima u ponašanju, koji mogu uticati na njihovo blagostanje i svakodnevno funkcionisanje. Procenat adolescenata koji su pokazali izrazite znake mentalnih poremećaja značajno je varirao među zemljama, krećući se od 2,9% u Nemačkoj do 10,4% u Engleskoj, sa prosečnom zastupljenošću od 5,2%. Dodatno 9,9% adolescenata imalo je manje izrazite simptome mentalnih poremećaja, najmanje u Holandiji 6,2%, a najviše u Grčkoj 13,8% (249).

6.13 MOGUĆNOST OBAVLJANJA AKTIVNOSTI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

Postojanje dugotrajne bolesti i onesposobljenosti ugrožava kvalitet života dece i omladine posebno s aspekta obavljanja svakodnevnih aktivnosti kao što su školske obaveze, bavljenje fizičkim aktivnostima, druženje i drugo. Takođe, psihosomatske tegobe ili simptomi mogu ukazivati na to kako se deca i adolescenti nose sa stresnim situacijama. Subjektivne zdravstvene tegobe uključuju somatske simptome kao što su glavobolja i bol u leđima, kao i psihološke simptome, kao što su nervoza, razdražljivost (250).

UNICEF-ov izveštaj o stanju zdravlja dece u svetu 2011. godine navodi da ne postoje tačni podaci o broju adolescenata sa fizičkim ili mentalnim invaliditetom. Adolescenti sa invaliditetom ugroženi su različitim formama diskriminacije, isključenosti i stigmatizacije, i često su izdvojeni iz društva kao pasivne žrtve ili objekti milosrđa, a vulnerabilni su na sve oblike fizičkog nasilja i zlostavljanja. Adolescenti sa invaliditetom u manjoj meri pohađaju školu, dostižu niži stepen obrazovanja, što sve može doprineti dugotrajnom siromaštvu (251).

Naše istraživanje je pokazalo da u Vojvodini svako petnaesto dete ima neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem, dok 3,8% navodi da su zbog zdravstvenih razloga ograničeni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

U HBSC istraživanju sprovedenom 2005/2006 godine u 41 zemlji prikazan je indikator „višestruki zdravstveni problemi“, odnosno deca su pitana koliko često su u poslednjih šest meseci imala neki od navedenih simptoma na listi, kao što su glavobolja, bol u stomaku, nervoza, razdražljivost, teškoće u spavanju i dr. Rezultati su prikazani kroz procenat dece koja su izvestila da imaju dva ili više simptoma više od jednom nedeljno. Ovi rezultati ne mogu se porediti sa našim obzirom da naš indikator prikazuje proporciju dece koja imaju dugotrajni zdravstveni problem i koja su zbog toga ograničena u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. HBSC istraživanje pokazalo je da se procenat dece sa višestrukim zdravstvenim problemima kreće od 29% za jedanaestogodišnjake do 37% za petnaestogodišnjake, pri čemu je statistički značajno veći procenat devojčica u odnosu na dečake u svim dobnim grupama. Takođe, veća prevalenca višestrukih zdravstvenih problema značajno je povezana sa nižim socio-ekonomskim statusom porodice u većini zemalja. Dečaci i devojčice u zemljama Istočne i Južne Evrope u većem procentu navode da imaju višestruke zdravstvene probleme u odnosu na one iz Severne i Zapadne Evrope. Tako se ovaj procenat kreće od 15%, 20% i 21% u Austriji (za uzrast 11, 13 i 15 godina) do 60%, 66% i 57% u Turskoj (125).

Rezultati HBSC istraživanja u Hrvatskoj pokazali su značajan porast prevalencije višestrukih zdravstvenih problema sa uzrastom kod devojčica, od 31% (za jedanaestogodišnjakinje) do 46% (za petnaestogodišnjakinje), dok kod dečaka ovaj procenat kretao od 24% do 26% (124).

6.14 PUŠENJE

Pušenje predstavlja najznačajniji faktor rizika za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti kao što su maligne bolesti, bolesti pluća i bronha i bolesti srca i krvnih sudova. Pušenje se svrstava u bolesti zavisnosti pri čemu treba napomenuti da većina pušača počinje sa pušenjem u detinjstvu ili adolescenciji, pre nego što upoznaju rizike od upotrebe duvana i adiktivne karakteristike nikotina, te postaju vrlo brzo zavisnici.

Razmišljanje o započinjanju sa navikom pušenja kod dece počinju neposredno pred polazak u osnovnu školu i, dok se prvi eksperimenti javljaju u nižim razredima osnovne škole, intenzivnije eksperimentisanje primećeno je u uzrastu 11 – 13 godina, što doprinosi da se kod određenog broja tinejdžera ona ustaljuje na kraju osnovne škole. Na ovo ukazuju i podaci iz GYTS (Global Youth Tobacco Surveillance) istraživanja u našoj zemlji, da je svako treće dete prvu cigaretu probalo u uzrastu do 10 godina (252).

Može se govoriti o postojanju različitih vrsta motiva koji dete/adolescenta stavljaju u poziciju da postane pušač ili ostane nepušač: motivacija socijalnog prestiža, radoznalost, samoproveravanje, izražavanje buntovnosti, rasterećenje osećaja teskobe i drugi. Ovi motivi se često prepliću i teško je tačno opisati koji su imali presudan uticaj.

Mnogobrojni radovi pokazali su da se navika pušenja ustanovljava tokom adolescencije. Većina odraslih navodi da su probali prvu cigaretu, ili postali zavisni od nikotina, tokom adolescencije. Zdravstveni problemi koji su povezani sa pušenjem u funkciji su vremena (godine pušačkog staža) i intenziteta pušenja (broja popučenih cigareta). Stoga je javnozdravstveni cilj prevencija navike pušenja ili bar odgađanje početka pušenja. Zapravo, što je kasnije odložen početak pušenja, manja je verovatnoća da će osoba razviti zavisnost (253). Rani početak pušenja predstavlja prediktor zloupotrebe alkohola u kasnoj adolescenciji i ranom odraslom dobu, kao i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (254).

U našem istraživanju tri četvrtine mladih navodi da je izloženo duvanskom dimu u svojoj kući i zatvorenom prostoru. Skoro dve trećine mladih nikada nisu pušili. Povremeno i svakodnevno puši petina mladih uzrasta 15 do 19 godina, bez značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Tek svaki peti pušač želi da prestane da puši, a 42% njih nikada

nisu pokušali da prestanu sa pušenjem. Samo polovina mladih navodi da je zabrinuta zbog štetnih posledica pušenja po njihovo zdravlje. Većina mladih u svom okruženju ima neku osobu koja puši, najčešće su to neko iz društva, najbolji drug/drugarica, otac i majka.

Kada je u pitanju izloženost duvanskom dimu u zatvorenom prostoru u izveštaju Ministarstva zdravlja Sjedinjenih Američkih Država navodi se da ne postoji bezbedan nivo izloženosti duvanskom dimu u zatvorenom prostoru. Deca izložena duvanskom dimu u okruženju imaju veću verovatnoću pojave različitih zdravstvenih posledica kao što su infekcije donjih respiratornih puteva, bronhitis, pneumonija, bolesti srednjeg uha, sindrom iznenadne smrti odojčadi i respiratorne tegobe. Pasivno pušenje takođe može da igra ulogu u razvoju i egzacerbaciji astme (255). U američkom izveštaju o ključnim nacionalnim indikatorima blagostanja dece 2011, prikazan je procenat dece uzrasta 4 do 11 godina sa detektabilnim nivoom kotinina u krvi, raspadnog produkta nikotina koji je marker za skorašnju (prethodna 1 do 2 dana) izloženost nepušača duvanskom dimu u okruženju. U 2007-2008. godini ovaj procenat je bio 53% (164). U našem istraživanju izloženost duvanskom dimu u kući i zatvorenom prostoru procenjena je na osnovu izjava dece i omladine uzrasta 15 do 19 godina (iznosila je 75%).

U HBSC istraživanju sprovedenom u 41 zemlji 2005-2006. godine prikazano je nekoliko indikatora u vezi sa pušenjem kod mladih uzrasta 11, 13 i 15 godina. Za razliku od našeg istraživanja u HBSC studiji ispitivana je i inicijacija, odnosno godine kada su popušili prvu cigaretu. Rezultati su prikazani za petnaestogodišnjake kroz proporciju onih koji su svoju prvu cigaretu popušili sa trinaest i manje godina, i ona iznosi 30% u proseku za celo istraživanje, pri čemu je nešto veći procenat mladića (31%) nego devojaka (28%). U delu zemalja obuhvaćenih istraživanjem, posebno zemljama Severne Evrope, postoji značajna povezanost ranijeg počinjanja pušenja sa lošijim materijalnim stanjem porodice. Razlike među zemljama postoje i kreću se od 9% (Izrael) do 54% (Estonija) petnaestogodišnjaka koji su počeli da puše sa trinaest i manje godina. Slično našem istraživanju u kome je prikazana proporcija mladih uzrasta 15 do 19 godina koji povremeno ili stalno puše u sadašnjosti (21,2%), u HBSC istraživanju prikazana je proporcija mladih koji navode da puše bar jedanput nedeljno, što može da odgovara svim onima koji povremeno i stalno puše. Ovaj procenat u HBSC istraživanju se kreće od 1% jedanaestogodišnjaka, preko 6% trinaestogodišnjaka do 19% petnaestogodišnjaka. Kao i kod nas, u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem nema statistički značajne razlike u odnosu na pol i

materijalno stanje domaćinstva. Razlike među zemljama za mlade uzrasta petnaest godina kreću se od 8% u Sjedinjenim Američkim Državama do 43% na Grenlandu (125).

Sličnije našem istraživanju prikazani su rezultati HBSC istraživanja u Hrvatskoj 2005-2006. godine, u kojima je prikazano „sadašnje“ pušenje za mlade uzrasta petnaest godina. Tako, svakodnevno ili povremeno puši 24% dečaka i 28% devojčica (124).

Izveštaj Globalnog istraživanja upotrebe duvana kod mladih 2000-2007. godine (Global Youth Tobacco Surveillance – GYTS) sprovedenog u 140 zemalja članica Svetske zdravstvene organizacije prikazuje rezultate anketnog istraživanja u školama na učenicima uzrasta 13 i 15 godina. Rezultati su pokazali da ukupno 9,5% učenika trenutno puši cigarete, sa najvećom stopom u Evropskom regionu (19,2%), a najmanjom u regionu istočnog Mediterana (4,9%). Najveći procenat dece koja trenutno puše, iznad 30%, zabeležen je u Bugarskoj, Čileu, Kolumbiji, Češkoj i Litvanija. Značajno veći procenat dečaka nego devojčica puši u zemljama Afričkog regiona, Istočnog Mediterana, Jugoistočne Azije i Zapadno Pacifičkog regiona, dok nema značajne razlike u Američkom i Evropskom regionu. Ukupno za GYTS, izloženost duvanskom dimu u svojim kućama navodi 42% ispitanih, sa najvećom stopom u Evropskom regionu (77,8%) i najnižom u Afričkom regionu (27,6%). Više od polovine svih učenika (55,1%) bilo je izloženo duvanskom dimu na javnim mestima tokom nedelje koja prethodila istraživanju, sa najvišom stopom u Evropskom regionu (86,1%) i najmanjom u Afričkom regionu (43,7%). U našem istraživanju tri četvrtine ispitanih uzrasta 15 do 19 godina navodi da je izloženo duvanskom dimu u kući, što odgovara rezultatima GYTS-a za Evropski region. Kada je u pitanju želja za prestankom pušenja, veći procenat ispitanih u GYTS istraživanju (68,7%) od onih koji trenutno puše, navode da žele da prestanu, što je veći procenat nego u našem istraživanju (oko 20%). Najviše onih koji žele da prestanu da puše je u regionu Zapadnog Pacifika (80,7%), a najmanji u Američkom regionu (53,3%) (256).

Rezultati Globalnog istraživanja upotrebe duvana kod mladih u Srbiji sprovedenog 2008. godine na 3350 učenika trinaest do petnaest godina, uključuju podatke o prevalenciji pušenja cigareta i drugih vrsta duvana, podatke o pet determinanti upotrebe duvana: pristupu, dostupnosti i ceni duvanskih proizvoda, podatke o izloženosti duvanskom dimu („pasivno pušenje“), o prestanku pušenja, medijima i reklamiranju i školskom programu. U proseku 10% učenika trenutno koristi neku vrstu duvana, i to 9,3% cigarete i 5,8% neki drugi oblik duvana. Izloženost

duvanskom dimu je visoka, više od tri četvrtine učenika živi u domaćinstvima gde drugi puše, 71,9% učenika je u blizini drugih koji puše na mestima van kuće, skoro dve trećine učenika ima jednog ili više roditelja koji puše, što je manji procenat nego u našem istraživanju (oko 90% mladih uzrasta 15 do 19 godina). U proseku 86% učenika smatra da pušenje treba zabraniti na javnim mestima. Skoro polovina učenika koji puše rekla je da sada želi da prestane sa pušenjem, što je veći procenat nego u našem istraživanju (svega petina), ali razlika je donekle razumljiva obzirom da su u GYTS-u ispitanici bili 13 do 15 godina, a kod nas mladi uzrasta 15 do 19 godina). U toku prethodne godine 52,5% učenika koji trenutno puše pokušalo je da prestane sa pušenjem. Preko 90% ispitanih videlo je poruke protiv pušenja, nešto preko polovine videlo je reklame za cigarete na bilbordima, a 64% učenika videlo je reklame za cigarete u novinama i časopisima. Više od polovine anketiranih učenika prisustvovalo je u toku prethodne godine predavanjima o opasnostima od pušenja, razlozima zbog kojih deca njihovog uzrasta puše i štetnim efektima pušenja (257).

U Izveštaju Evropske komisije iz 2009. godine „Izveštaj o mladima Evropske unije“ navodi se podatak o proporciji pušača u uzrastu 15 do 24 godine koja u proseku iznosi 24%, i kreće se od oko 20% u Švedskoj i Slovačkoj do 31% u Bugarskoj. Što se tiče distribucije u odnosu na pol, u većini zemalja veći je udeo muškaraca pušača izuzev u Švedskoj i Velikoj Britaniji gde je veći udeo ženskog pola u uzrastu 15 do 24 godine (258).

Istraživanje sprovedeno u Hrvatskoj 2007-2009. godine po ESPAD metodologiji (Evropsko istraživanje o pušenju, alkoholu i drogama među učenicima - *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) na 2.384 studenta Zagrebačkog i Riječkog Univerziteta, prikazalo je proporciju mladih uzrasta 19 godina koji su pušili u poslednjih trideset dana. Rezultati su pokazali da je poslednjih trideset dana pušilo oko 33% studenata i oko 35% studentkinja. U kategoriju „ozbiljnih“ pušača, koji puše 20 i više cigareta dnevno, spada oko 13% studenata, što je sličan rezultat našem (13,3% mladih uzrasta 15 do 19 godina) (214).

U Federaciji BiH najčešći oblici zavisničkog ponašanja kod mladih su pušenje, konzumacija alkohola, droga i psihoaktivnih supstanci. Prema podacima istraživanja, u 2008. godini je evidentirano 14,3% trenutnih pušača među školskom decom i mladima starosti 13-15 godina (148).

U američkom izveštaju o ključnim nacionalnim indikatorima blagostanja dece 2011, kao indikator redovnog pušenja navodi se procenat dece uzrasta 14, 16 i 18 godina koja su svakodnevno pušila u poslednjih trideset dana. U izveštaju se navodi značajan pad u 2010. godini u odnosu na prethodni izveštajni period 1996-1997. godine. Kod četrnaestogodišnjaka procenat redovnih pušača pao je sa 10% na 3%, kod šesnaestogodišnjaka sa 18% na 7% i kod osamnaestogodišnjaka sa 25% na 11%. Razlike u odnosu na pol postoje, u uzrastu od četrnaest godina redovno puši 4% muških i 2% ženskih, u uzrastu od šesnaest godina 7% muških i 6% ženskih, a sa osamnaest godina 12% mladića i 9% devojaka (164). Naši rezultati pokazuju veći procenat redovnih pušača (oko 20%) u uzrastu 15 do 19 godina, bez statistički značajne razlike u odnosu na pol.

6.15 ALKOHOL

Mladi su u doba odrastanja vrlo rizična grupa za zloupotrebu alkohola. Doba adolescencije karakteriše eksperimentisanje, oponašanje odraslih i dokazivanje zrelosti, pijenje alkohola smatra se izrazom odraslog ponašanja i česta su opijanja. Posebno osetljivo razdoblje je početak adolescencije, kada se prepliću uticaji bližeg i šireg socijalnog okruženja, prilagođavanje školskim i porodičnim prilikama, uticaj vršnjaka, način provođenja slobodnog vremena i mnogi drugi faktori.

Umereno konzumiranje alkohola u evropskoj kulturi se smatra društveno i kulturološki prihvatljivim, ali akutno opijanje kao i hronični alkoholizam značajan su medicinski i društveni problem.

Izveštaj Evropske komisije objavljen 2008. godine navodi da je anketa sprovedena među 5.000 petnaestogodišnjaka pokazala da se socijalna prihvatljivost konzumiranja alkohola odražava i na mlade. Do 15-te godine života 88% dece barem jednom je uzimalo alkohol, a 45% izjavljuje da se barem jednom u životu opilo. Još u osnovnim školama, u završnim razredima kod nas pije oko 20% učenika, u srednjim školama više od 60%, a na fakultetu i više od 70% studenata (259).

Mladi su u doba odrastanja vrlo rizična grupa za prekomerno uživanje alkohola. U doba puberteta, oponašanja odraslih i dokazivanja zrelosti, poseže se za alkoholom kao izrazom odraslog ponašanja i često pije nepotrebno i previše. Razdoblje pri kraju osnovne škole naročito je osetljivo i podložno negativnim uticajima. Rizik je veći ako ne postoje uslovi za kvalitetno korišćenje slobodnog vremena, za korisnu razbibrigu, a posebno za aktivno bavljenje sportom (manjak dvorana i igrališta, sredstava za njihovo jeftino korišćenje). Iako uzroci suvišnog i neodmerenog uzimanja alkohola kod mladih mogu biti i stres zbog težeg prilagođavanja u školi, velikih zahteva u učenju, prejakoj konkurenciji u elitnim školama i strah pred završne ili prijemne ispite, ipak kao uzrok uzimanja alkohola preovlađuju nesređeni odnosi u kući, nesređen porodični život, nesloga u kući i sklonost roditelja prema alkoholu.

U vreme puberteta i adolescencije mladi su skloni da se osećaju nesrećnima, lako stiču osećaj manje vrednosti, podložni su teskobi, depresiji, bojazni od neuspeha, i tada posežu za alkoholom radi sticanja „hrabrosti“. Pod izgovorom postizanja boljeg raspoloženja skloni su dokazivanju i takmičenju u društvu pa često piju da bi se pokazali pred drugima, pred devojkama i pred svima koji su njima važni. Pritom je mladima jako daleka pomisao na opasnost koju opijanje donosi i na rizike u koje se upuštaju. Često baš nepovoljno delovanje alkohola prouzrokuje neuspehe ili slabe rezultate, vrlo često i nespretno, nelagodno pa i sramne situacije u javnosti ili među vršnjacima. Uključivanje u različite grupne aktivnosti (sve je dobro – od alternativnih pozorišnih grupa do sporta), zaista može pomoći rešavanju mladalačkih problema. Pripadanje grupi sa istim pozitivnim interesima može pomoći sticanju samopouzdanja, veće popularnosti među vršnjacima, stvaranju šireg kruga prijatelja i poznanika, kao i prihvatanje pozitivnih uzora kao što su npr. uspešni i popularni sportisti koji postižu dobre rezultate zahvaljujući talentu, treninzima i zdravom načinu života.

Poseban problem predstavlja zloupotreba alkohola među mladima, odnosno često opijanje i „binge drinking“, tj. naglo pijenje veće količine alkohola s ciljem opijanja. Pokazano je da postoji snažna povezanost između adolescentne zloupotrebe alkohola i drugih rizičnih ponašanja kao što su pušenje, upotreba psihoaktivnih supstanci, rizično seksualno ponašanje, problematično ponašanje, rizično ponašanje u saobraćaju, depresivni i anksiozni poremećaji, poremećaji u ishrani i gojaznost. Pored toga, niz negativnih socijalnih posledica, kao što su poremećeni porodični odnosi, bežanje iz škole, lošiji školski uspeh, tuče i zlostavljanja, oštećenje imovine i problemi sa policijom, povezani su sa zloupotrebom alkohola (260, 261).

Više od 40% ispitivanih mladih uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini konzumira alkohol povremeno i svakodnevno, značajno češće mladići, a tek svaka peta osoba nikada nije pila alkoholna pića. Prosečna starost mladih prilikom prvog konzumiranja alkohola je 14,8 godina. Mladi koji uzimaju alkohol, nedeljno u proseku popiju 5,3 doza alkoholnih pića, a petina mladih se opija. Bar jednom u životu (jednom i dva ili više puta) napilo se više od polovine ispitanih uzrasta 12 do 19 godina. Skoro trećina anketiranih navodi da neko iz njihovog okruženja pije alkoholna pića, najčešće neko iz društva i otac. Poželjan stav u odnosu na alkohol ima tek svaka sedma mlada osoba.

U HBSC istraživanju prikazana su tri indikatora: „nedeljno pijenje“, „prvo pijanstvo sa 13 i manje godina“ i „pijanstvo - opijanje dva ili više puta u životu“. Kada je u pitanju nedeljno opijanje od ispitanika je zatraženo da se izjasne koliko često su pili alkohol, a odgovori su se kretali od „nikad“ do „svaki dan“, i prikazana je proporcija dece uzrasta 11, 13 i 15 godina koji su izvestili da su pili bilo koje alkoholno piće najmanje jednom nedeljno. Iako postoje velike varijacije među zemljama obuhvaćenim istraživanjem stope nedelnog pijenja rastu sa starošću, posebno značajno između trinaeste i petnaeste godine, kako za devojčice tako i za dečake. Nedeljno pijenje je češće među dečacima, sa statističkom značajnošću u većini zemalja i u svim uzrastima, što je slučaj i u našem istraživanju. Ukupno za HBSC istraživanje, procenat dece koja su pila alkohol bar jednom nedeljno kretao se od 5% jedanaestogodišnjaka, 11% trinaestogodišnjaka i 26% petnaestogodišnjaka. Razlike među zemljama postoje, sa nešto nižim stopama nedelnog pijenja u severnoevropskim zemljama. Kod jedanestogodišnjaka i trinaestogodišnjaka ovaj procenat se kretao od 1% i 2% u Norveškoj do 22% i 32% u Ukrajini. Kod petnaestogodišnjaka najmanji procenat dece koja su pila alkohol bar jednom nedeljno bio je 10% u Finskoj, a najveći 53% u Ukrajini. Za razliku od našeg istraživanja gde je najveći procenat dece koja piju alkohol bio u srednjoj grupi prema materijalnom stanju domaćinstva, u HBSC istraživanju bolji socio-ekonomski statut porodice značajno je povezan sa višim stopama nedelnog pijenja u svega trećini zemalja kada su u pitanju dečaci, i u nešto manje zemalja kada su u pitanju devojčice. Drugi indikator korišćenja alkohola u HBSC istraživanju bio je „inicijacija opijanja“, gde su predstavljeni mladi uzrasta 15 godina koji su naveli da su se prvi put opili sa 13 i manje godina, indikator koji ne postoji u našem istraživanju. Ukupno u HBSC istraživanju bilo je 15% mladih koji su se opili pre svoje trinaeste godine sa značajnom razlikom u korist mladića u više od polovine zemalja. Razlike među zemljama postoje, mladići iz Južne Evrope imali su relativno nižu prevalencu ranog opijanja (4% u Italiji naspram 28% u Estoniji). U većini zemalja

nije uočena značajna povezanost ranog opijanja i materijalnog stanja porodice. Treći indikator je „pijanstvo“, definisan kao procenat mladih koji su bili pijani dva i više puta u životu, što odgovara indikatoru iz našeg istraživanja („opijanje dva ili više puta u životu“ navodi 30% mladih uzrasta 12 do 19 godina). Ukupno za HBSC istraživanje značajno raste procenat pijanstva sa uzrastom posebno između trinaeste i petnaeste godine i kreće se 3% za jedanestogodišnjake, 11% za trinaestogodišnjake i 33% za petnaestogodišnjake. Kao i u našem istraživanju, postoji statistički značajna razlika u korist muškog pola u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Razlike među zemljama postoje, mladi u severnoevropskim zemljama imaju relativno veću stopu „pijanstva“ nego mladi iz zemalja Južne Evrope. Procenat dece koja su bila pijana dva i više puta u životu kretao se kod jedanaestogodišnjaka od 0,5% na Islandu do 7% u Ruskoj Federaciji, kod trinaestogodišnjaka od 3% u Norveškoj do 27% u Velsu i kod petnaestogodišnjaka od 15% u Izraelu do 57% u Danskoj. Kao i u našem istraživanju, nije uočena statistički značajna razlika u odnosu na materijalno stanje porodice (125).

U HBSC istraživanju za Hrvatsku istaknut je indikator nedeljnog pijenja (bar jednom nedeljno i više), jer takva učestalost pijenja ukazuje na redovno pijenje u vreme nedeljnih izlazaka kao način usvojenog ponašanja. Rezultati su pokazali da u uzrastu od 11 godina 6% dečaka i 2% devojčica navodi nedeljno pijenje, sa 13 godina 12% dečaka i 3% devojčica, a sa 15 godina svaki treći dečak (34%) i 13% devojčica pije alkohol nedeljno ili češće. Razlike u odnosu na pol statistički su značajne u korist dečaka u svim uzrasnim grupama. Opijenost dva i više puta u životu imalo je 7% dečaka i 1% devojčica u uzrastu od 11 godina, 20% dečaka i 11% devojčica u uzrastu od 13 godina i 48% mladića i 29% devojaka uzrasta 15 godina. U našem istraživanju procenat mladih uzrasta 12 do 19 godina koji su se opili dva i više puta je nešto niži, 42% mladića i 15% devojaka (124).

Američki izveštaj o ključnim indikatorima blagostanja dece 2011. godine, navodi kao indikator procenat mladih uzrasta 14, 16 i 18 godina koji su u poslednje dve nedelje popili pet i više alkoholnih pića odjednom, što je ovde definisano kao „heavy drinking“, u slobodnom prevodu „teško opijanje“, odnosno pet i više alkoholnih pića odjednom tokom jedne prilike u poslednje dve nedelje. U izveštaju se navodi značajan pad u 2010. godini u odnosu na 1996. godinu procenta mladih koji su u poslednje dve nedelje popili pet i više alkoholnih pića odjednom, sa 13% na 7% kod četrnaestogodišnjaka. Kod šesnaestogodišnjaka najveći pad zabeležen je 2010. godine u odnosu na 2000. godinu, sa 24% na 16%. Kod mladih uzrasta

osamnaest godina najveći pad je 2010. godine u odnosu na 1998. godinu, sa 32% na 23%. Razlike u odnosu na pol postoje, u uzrastu od četrnaest godina pet i više alkoholnih pića odjednom u poslednje dve nedelje popilo je 7% muških i 8% ženskih, u uzrastu od šesnaest godina 18% muških i 15% ženskih, a sa osamnaest godina 28% mladića i 18% devojaka (164). Slični rezultati dobijeni su i u našem istraživanju (21% mladih uzrasta 15 do 19 godina pilo je šest i više pića u jednoj prilici), sa sličnom polnom razlikom u korist mladića.

Istraživanje navika i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata u Hrvatskoj 2007-2009. godine pokazalo je da je 95% mladih uzrasta 19 godina bar jednom u životu pilo alkohol. Pijenje više od šest puta mesečno (što premašuje nedeljni ritam pijenja koji se povezuje sa izlascima vikendom) izvestilo je 48% studenata i 27% studentkinja. Velika većina studenata se bar jednom u životu opilo, 80% studenata i 66% studentkinja. U poslednjih trideset dana više od jednom opilo se 20% studenata muškog pola i 10% ženskog pola. Kada je u pitanju opijanje, sličan indikator kao u našem istraživanju, bila je proporcija studenata koji su pili šest i više pića zaredom bar jednom mesečno. Ovakvo opijanje izvestilo je 25% studenata i 13% studentkinja, što je sličan rezultat našem koji još više zabrinjava jer prikazuje uzrast mladih 15 do 19 godina (214).

U Federaciji BiH najčešći oblici zavisničkog ponašanja kod mladih su pušenje, konzumacija alkohola, droga i psihoaktivnih supstanci. Prema podacima istraživanja, u 2008. godini je evidentirano čak 61% mladih koji su pohađali prvi razred srednjih škola ili punili 16 godina života je potvrdilo konzumaciju alkohola tokom života (148).

6.16 ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Period adolescencije predstavlja rizičan uzrast za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci sa nizom „uticaja“ koji mogu dovesti do eksperimentisanja i korišćenja različitih vrsta droga. Rizični faktori koji doprinose zloupotrebi psihoaktivnih supstanci su mnogobrojni i kompleksni, a rizične grupe se identifikuju na osnovu društvenih, demografskih ili faktora rizika iz okoline. Posebno važnim smatra se uticaj porodične istorije, socijalnog statusa, postojanja društvenih vrednosti, uloge porodice i škole, lokalne zajednice i drugo.

Zloupotreba droga u adolescenciji može imati trenutne i dugoročne zdravstvene i socijalne posledice. Upotreba kokaina povezana je sa zdravstvenim problemima koji se kreću od poremećaja u ishrani, preko onesposobljenosti do smrti usled srčanog i moždanog udara. Korišćenje marihuane uslovljava i kognitivne i zdravstvene rizike, posebno oštećenje plućnih funkcija kao rezultat hronične upotrebe. Halucinogeni mogu poremetiti „hemiju mozga“ i uticati na probleme sa memorijom i učenjem novih informacija. Kao što je slučaj sa zloupotrebom alkohola i pušenjem, korišćenje nelegalnih droga je rizično ponašanje koje ima ozbiljne negativne posledice (262, 263).

Kancelarija za droge i kriminal Ujedinjenih Nacija (UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime) u Izveštaju o drogama za 2010. procenjuje da je globalno između 155 i 200 miliona ljudi, ili 3,5-5,7% svetske populacije starosti 15 do 64 godina koristilo nelegalne supstance najmanje jedanput u prethodnoj godini. Korisnici marihuane čine većinu od ukupnog broja korisnika droga (129-190 miliona ljudi), slede korisnici stimulanata tipa amfetamina, opijati i kokain. Sveobuhvatno razumevanje veličine problema zloupotrebe droga zahteva pregled nekoliko indikatora – veličine upotrebe droge u opštoj populaciji merene kroz prevalencu (ikad u životu, u toku prethodne godine i u toku poslednjih trideset dana), potencijalnih problema zbog upotrebe droge mereno kroz upotrebu droge među mladima, i troškova i posledica upotrebe droga mereno kroz zahtevima za lečenjem, morbiditetom povezanim sa drogama i mortalitetom. Pored toga, da bi se razumela dinamika upotrebe droga u zemlji ili regionu, važno je da se sagleda sveukupna situacija sa drogama radije nego samo trendovi za pojedine droge. Ova informacija pomaže da se uoči kako tržišna dinamika (dostupnost, cena i čistoća droge) trenutno utiče na korišćenje i uporede se sa rezultatima dugoročnih napora, kao što su komprehenzivni preventivni programi i druge intervencije. Kao primer postoje podaci o dugoročnim trendovima u korišćenju različitih droga i o sveukupnoj upotrebi droga za Sjedinjene Američke Države, Englesku, Australiju i Španiju. Iako kratkoročne promene i trendovi mogu biti uočeni u upotrebi pojedinačnih droga, dugoročni trendovi ukazuju da se veličina i srž problema ne menjaju značajno tokom godina. Stoga su potrebne intervencije za prevenciju upotrebe droga, lečenje i zbrinjavanje zavisnosti od droga, zajedno sa merama za smanjenje ponude. Podaci za Sjedinjene Američke Države za period 2000-2008. godinu pokazuju da se godišnja prevalenca zloupotrebe droga za osobe 12 i više godina kretala od 11% u 2000. godini, sa pikom u 2002. godini od 14,9%, a zatim laganim konstantnim padom na 14,2% u 2008. godini. Podaci za Englesku za period 2000-2008/2009. godinu za populaciju starosti 16 do 19 godina pokazuju da se godišnja

prevalenca upotrebe marihuane kretala od 10,5% u 2000. godini do 7,9% u 2008/2009. godini. Podaci za Australiju odnose se na upotrebu bilo koje droge kod osoba 14 i više godina za period 1991-2007. godinu gde se godišnja prevalenca kretala od 15,3% u 1991. godini, sa pikom 1998. godini od 22%, a zatim konstantnim padom na 13,4% u 2007. godini (264).

Marihuana (kanabis) je najčešće korišćena nelegalna droga u Evropskoj Uniji sa značajnim porastom u korišćenju od devedesetih godina prošlog veka. Upotreba marihuane izgleda da je postalo normativno ponašanje među adolescentima u Severnoj Americi i u nekoliko evropskih zemalja. Upotreba marihuane tokom adolescencije zabranjavajuća je iz nekoliko razloga. Negativne zdravstvene i zakonske posledice dokumentovane su, kao i povezanost između upotrebe marihuane i povećanog rizika za psihosocijalne probleme (264). Izveštaj Regionalne kancelarije za Evropu SZO objavljen 2009. godine navodi da je marihuana najpopularnija droga među osobama starosti 15 do 34 godine, a najviši nivo upotrebe zabeležen je među onima 15 do 24 godine. Procenjuje se da je oko 23 miliona odraslih Evropljana koristilo marihuanu u poslednjih godinu dana (246).

Anketirani mladi u Vojvodini uzrasta 15 do 19 godina u nešto više od 40% slučajeva imaju dovoljno znanja o štetnosti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, posebno kada su u pitanju tzv. „teške“ droge. Skoro četvrtini mladih bila je ponuđena, a svaka deseta je i probala neku od psihoaktivnih supstanci. Skoro polovina mladih prvi put je drogu probala „na izlasku“ (žurka, kafić, diskoteka), a zatim u sopstvenom ili stanu prijatelja. Četvrtina mladih navodi da neko iz njihovog društva koristi drogu. Prosečne godine života prilikom prvog probanja droge kreću se od 13 godina za lepak, preko 15,5 za tablete, 16,4 za marihuanu, pa do 17 godina za ekstazi. Mladi uzrasta 15 do 19 godina koji su učestvovali u istraživanju nisu naveli da imaju iskustvo sa korišćenjem hašiša, kokaina i heroina. Ipak, treba uzeti u obzir iskrenost i otvorenost ispitanika, jer se radi o psihoaktivnim supstancama koje su više društveno neprihvatljive (tzv. „teške“ droge) i više „kriminalizovane“. Poželjan stav o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ima više od dve trećine ispitivanih mladih u Vojvodini.

U HBSC istraživanju prikazana su tri indikatora: upotreba marihuane bar jednom u životu, tokom proteklih godinu dana i tokom prethodnih trideset dana (skorašnje uzimanje) za uzrast od 15 godina. Korišćenje marihuane bar jednom u životu navelo je 18% petnaestogodišnjaka, značajno češće mladići nego devojke u oko polovine zemalja obuhvaćenih

istraživanjem. Razlike među zemljama postoje, najviše stope imaju SAD, Kanada i nekoliko zemalja i Severne i Zapadne Evrope. Postoji signifikantna povezanost između boljeg materijalnog stanja porodice i korišćenja marihuane u trećini zemalja, posebno u zemljama Istočne Evrope. Najnižu stopu korišćenja marihuane imala je Rumunija sa 3%, a najvišu Kanada sa 34%. Skorašnje uzimanje predstavljeno je kroz prporciju mladih uzrasta 15 godina koji su uzeli marihuanu najmanje jednom u poslednjih trideset dana. Ona iznosi 6% ukupno za HBSC istraživanje i značajno je češće među mladićima u oko polovine zemalja. Najveće stope imaju Kanada (16%), Španija (15%) i SAD (14%), a najmanje Rumunija (0,5%). Ne postoji snažna povezanost između materijalnog stanja porodice i skorašnjeg uzimanja marihuane u većini zemalja obuhvaćenih istraživanjem (125).

HBSC istraživanje u Hrvatskoj pokazalo je da je prosečni uzrast prvog uzimanja bilo koje psihoaktivne supstance 16 godina, a prosečan uzrast prvog uzimanja marihuane 16,4 godina, kao i u našem istraživanju. Bar jednom u životu marihuanu je uzelo 17% mladića i 11% devojaka uzrasta 15 godina, a u poslednjih 12 meseci 13% mladića i 9% devojaka (124).

Američki izveštaj o ključnim indikatorima blagostanja dece 2011. godine, navodi kao indikator procenat mladih uzrasta 14, 16 i 18 godina koji su u poslednjih trideset dana koristili nelegalne droge. U izveštaju se navodi da je ovaj procenat u 2010. godini bio 10% kod četrnaestogodišnjaka, 19% kod šesnaestogodišnjaka i 24% osamnaestogodišnjak. Razlike u odnosu na pol postoje, u uzrastu od četrnaest godina u poslednjih trideset dana nelegalne droge je koristilo 10% muških i 9% ženskih, u uzrastu od šesnaest godina 22% muških i 15% ženskih, a sa osamnaest godina 28% mladića i 20% devojaka (164). Poređenje sa našim istraživanjem nije bilo moguće obzirom da je kod nas samo dat procenat onih koji su probali neku od psihoaktivnih supstanci.

U Federaciji BiH najčešći oblici zavisničkog ponašanja kod mladih su pušenje, konzumacija alkohola, droga i psihoaktivnih supstanci. Prema podacima istraživanja, u 2008. godini je evidentirano 6% ispitanika među školskom decom i mladima starosti 13-15 godina, čak 61% mladih koji su pohađali prvi razred srednjih škola koji su izjavili da su probali marihuanu do 16. godine života (148).

Istraživanje navika i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata u Hrvatskoj pokazalo je da mladi uzrasta 19 godina najčešće od psihoaktivnih supstanci koriste marihuanu, te je 32% studenata i 23% studentkinja navelo da je bar jednom u životu uzelo marihuanu, a učestalije uzimanje navodi svaki osmi student i svaka četrnaesta studentkinja. Od ostalih droga je među studentima najzastupljenija kombinacija alkohola i tableta (5,5% studenata i 5,8% studentkinja bar jednom u životu). Kao i u našem istraživanju, uzrast prvog eksperimentisanja sa marihuanom je između 15 i 16 godine (214).

6.17 SEKSUALNO PONAŠANJE I ZNANJE O HIV/AIDS

Pravovremeno usvajanje znanja o polnom zdravlju, odgovorno i bezbedno seksualno ponašanje je izuzetno važno za očuvanje i unapređenje reproduktivnog zdravlja mladih. Rano stupanje u seksualne odnose i rizično seksualno ponašanje dovode do negativnih posledica kao što su neželjene trudnoće, polno prenosive bolesti i niza psihičkih, porodičnih, socijalnih i materijalnih implikacija.

Seksualno zdravlje može biti opisano kao pozitivna integracija fizičkog, emocionalnog, intelektualnog i socijalnog aspekta seksualnosti. Razvoj seksualnosti u adolescenciji uključuje fizičke promene, povezane sa pubertetom, psihološke promene i interpersonalne odnose. Međunarodna poređenja pokazala su da se trend sve ranijeg stupanja u seksualne odnose usporava, posebno u industrijalizovanim zemljama, ali da je razlika među polovima sve manja, jer se i devojke sve ranije upuštaju u prvi seksualni odnos. Međutim, rana seksualna aktivnost, posebno kada je povezana sa nedoslednom ili nekorišćenjem kontracepcije, ima ozbiljne kratkoročne i dugoročne posledice koje ugrožavaju zdravlje, obzirom da se to dešava pre nego što su mladi ljudi razvojno spremni da se nose sa tim posledicama (266).

Unapređenje znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju mladih i ulaganje u razvoj službi koje odgovaraju specifičnim potrebama adolescenata izuzetno su važni iz nekoliko razloga. Prvo, adolescenti sve ranije stupaju u seksualne odnose. UNICEF-ov izveštaj o stanju zdravlja dece u svetu 2011. godine ukazuje da u uzrastu 15 do 19 godina 11% devojaka i 6% mladića navode da su imali seksualni odnos pre svoje petnaeste godine. Drugi razlog tiče se konzistentne razlike u ponašanju i znanju u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem među

adolescentima muškog i ženskog pola. Adolescenti su u većoj verovatnoći da stupaju u rizične seksualne odnose nego adolescentkinje. Ovaj izveštaj navodi podatke iz 19 razvijenih zemalja po kojima su u uzrastu 15 do 19 godina mladići u većem procentu imali visokorizične seksualne odnose sa partnerkama koje nisu stalne u poslednjih dvanaest meseci. Podaci takođe ukazuju da mladići više nego devojke koriste kondom kada se upuštaju u takve seksualne odnose, uprkos činjenici da su devojke u većem riziku od seksualno prenosivih infekcija, uključujući HIV. Ovakvi nalazi ukazuju na važnost postojanja službi za reproduktivno i seksualno zdravlje mladih i obezbeđenje edukacije u ranijem uzrastu. Treći izazov predstavlja edukacija adolescentkinja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u svetlu problema ranih trudnoća. Rano stupanje u seksualne odnose i konsekvantno rane trudnoće dovode do povećanog rizika od maternalnog mortaliteta. Nadalje, ozbiljan rizik predstavljaju nelegalni abortusi koji doprinose smrtnosti adolescentkinja i dovode do ozbiljnih posledica (251, 267). Izveštaj Svetske zdravstvene organizacije iz 2003. godine procenjuje da je 14% svih nelegalnih abortusa koji su se dogodili u zemljama u razvoju – što iznosi 2,5 miliona - obavljeno kod adolescentkinja mlađih od 20 godina. Od svih nelegalno obavljenih abortusa kod adolescentkinja većina je izvedena od strane nestručnih lica, često u opasnim okolnostima i nehygienjskim uslovima (268).

U istraživanju u Vojvodini blizu 40% mladih uzrasta 15 do 19 godina imalo je seksualne odnose, češće mladići nego devojke, a kao razlog stupanja u prvi seksualni odnos najčešće su navodili ljubav prema partneru i radoznalost. Oni koji nisu imali seksualne odnose u dve trećine su kao razlog naveli da je rano, a petina da nemaju partnera. Mladi su se najčešće upustili u prvi seksualni odnos sa 16 godina, mladići ranije nego devojke. Mladi najčešće kao metodu kontracepcije koriste kondom, dok nepouzidane metode kontracepcije, „neplodne dane“ koristi petina a „prekinut odnos“ trećina mladih. Većina anketiranih mladih u Vojvodini dobro je informisana o načinima prenošenja HIV/AIDS-a.

Sličan polni obrazac kao i u našem istraživanju po kome je veći procenat mladića nego devojaka imalo seksualne odnose dobijen je i u većini zemalja obuhvaćenih HBSC istraživanjem. Ovo istraživanje prikazuje podatke za petnaestogodišnjake, ukupno 27% njih navodi da je imalo seksualne odnose. Rezultati su pokazali da procenat mladih koji su stupili u seksualne odnose značajno varira od 12% u Slovačkoj do 61% na Grenlandu. Od zemalja u našem okruženju, 34% mladića i 5% devojaka starosti 15 godina u Makedoniji imalo je seksualne odnose, u Hrvatskoj 17% devojaka i 29% mladića, a u Mađarskoj 21% devojaka i 25% mladića. Pojedine zemlje

imale su obrnut polni obrazac i to su zemlje Severne Evrope, na Grenlandu je 66% devojaka i 55% mladića starosti 15 godina imalo seksualni odnos, u Danskoj 40% devojaka i 37% mladića, a na Islandu 36% devojaka i 29% mladića. Iako u našem istraživanju nije nađena značajna razlika u procentu mladih koji su stupili u seksualne odnose prema materijalnom stanju domaćinstva, rezultati HBSC istraživanja pokazali su u trećini zemalja povezanost boljeg materijalnog stanja porodice sa većim procentom mladića koji su stupili u seksualne odnose (Austrija, Hrvatska, Makedonija, Mađarska), a lošijeg materijalnog stanja porodice sa većim procentom devojaka koje su stupile u seksualne odnose (Grčka, Luksemburg, Kanada). Obe povezanosti nađene su u Španiji i Litvaniji. Korišćenje kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa navodi 77% mladih uzrasta 15 godina, više dečaci nego devojke, sa značajnom razlikom u oko polovine zemalja obuhvaćenih istraživanjem. Procenat mladih koji su koristili kondom kretao se od 65% u Švedskoj do 89% u Španiji. Nije pokazana značajna povezanost između korišćenja kondoma i boljeg materijalnog stanja porodice (125).

U HBSC istraživanju u Hrvatskoj kondom je prilikom poslednjeg seksualnog odnosa koristilo 76% dečaka i 77% devojčica (slično našem istraživanju gde je kondom stalno koristilo 63% a povremeno oko 23% mladih uzrasta 15 do 19 godina). Rizične metode kontracepcije kao što su računanje plodnih dana ili prekinuti snošaj koristilo je 14%, odnosno 20% mladih ukupno, što je nešto manji procenat nego u našem istraživanju (22% neplodne dane i 32% prekinut odnos). Slično našem istraživanju oralna kontraceptivna sredstva koristilo je 8% devojaka i 7% mladića (124).

Istraživanje sprovedeno u Hrvatskoj 2007-2009. godine po ESPAD metodologiji (Evropsko istraživanje o pušenju, alkoholu i drogama među učenicima - *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) na 2.384 studenta Zagrebačkog i Riječkog Univerziteta, prikazalo je proporciju mladih uzrasta 19 godina koji su imali seksualne odnose, prosečnu starost prilikom prvog seksualnog odnosa i korišćenje kontraceptivnih sredstava, posebno kondoma, ali i nepouzdanih metoda kontracepcije. Rezultati su pokazali da je 66% mladića i 61% devojaka uzrasta 19 godina imalo seksualne odnose, statistički značajno više mladići. Prosečna starost prilikom prvog seksualnog odnosa bila je 17,3 godine za devojke i 16,9 godina za mladiće. Najčešće korišćeno sredstvo kontracepcije među studentima je kondom, a udeo onih koji su ga koristili pri poslednjem seksualnom odnosu je 77% mladića i 70% devojaka. Slično našem istraživanju nepouzdate metode kontracepcije (prekinut snošaj i „sigurni dani“)

koristilo je 13,9% studenata i 24,8% studentkinja. Skoro polovina studenata (49%) izjavilo je da kondom koriste uvek ili gotovo uvek (26,2%), što odgovara i našim nalazima (64% uvek i 23% ponekad) (214).

U američkom izveštaju o ključnim indikatorima blagostanja prikazana je proporcija učenika 15 do 18 godina koji su imali seksualni odnos i ona iznosi 46% ukupno u 2009. godini, što predstavlja značajno smanjenje u odnosu na 1991. godinu (54%). Ovaj procenat je nešto viši nego u našem istraživanju (40% mladih uzrasta 15 do 19 godina). U ovoj izveštaju navodi se da procenat mladih koji su imali seksualne odnose raste sa uzrastom, od 32% u uzrastu od petnaest godina do 62% u uzrastu od osamnaest godina. Ukupno proporcija mladih koji imali seksualni odnos ne razlikuje se značajno u odnosu na pol. Takođe, u izveštaju se navodi da je 20% mladih koji su imali seksualne odnose u poslednja tri meseca koristilo pilule za kontracepciju, a 61% je koristilo kondom (164).

Ispitivanje reproduktivnog zdravlja mladih sprovedeno 2007. godine u Hrvatskoj među 595 učenika drugih razreda srednjih škola u Rijeci pokazalo je da je ukupno 29,6% šesnaestogodišnjaka imalo seksualni odnos, više mladića 33,4% nego devojaka 26,6%. Najčešći uzrast prvog seksualnog odnosa je 16 godina. Najčešće upotrebljavana metoda kontracepcije je kondom u 69,2% slučajeva, hormonalna kontraceptivna sredstva 10,5%, a gotovo 25% seksualno aktivnih adolescenata ne koristi nikakvu metodu zaštite, što je slično našim nalazima o korišćenju nepouzdanih metoda kontracepcije. Kada je u pitanju znanje o AIDS-u 95,3% učenika tačno je odgovorilo da se AIDS ne može preneti zagrljajem, ali 12,3% učenika još uvek misli da se virus HIV-a može preneti ubodom komarca (269).

6.18 KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Korišćenje zdravstvene službe predmet je izveštaja rutinske statistike koja beleži tzv. „ostvarene“ posete, dok nedostaju podaci o izraženim i neizraženim potrebama za uslugama zdravstvene službe. Primarna zdravstvena zaštita predstavlja prvi kontakt sa zdravstvenim sistemom koji deca i omladina ostvaruju preko izabranog pedijatra ili lekara opšte medicine. Izuzetno je važno i korišćenje stomatološke zdravstvene zaštite, posebno dostupnost preventivnih programa i pristupačnost ortodontskih usluga. Podaci o korišćenju bolničke zdravstvene zaštite

doprinosu boljem planiranju i organizaciji bolničke zdravstvene zaštite dece i omladine. Dostupnost i pravilno korišćenje zdravstvene službe u vezi sa reproduktivnim zdravljem značajno doprinose ranom otkrivanju polno prenosivih infekcija, malignih tumora, sprečavanju neželjene trudnoće i pravilnom korišćenju kontracepcije i izuzetno su važni za očuvanje reproduktivne sposobnosti žena. Podaci o korišćenju lekova u populaciji dece i omladine od značaja su u smislu racionalnog korišćenja, evidencije pojave neželjenih efekata i informacija o uzimanju lekova bez preporuke lekara.

Adolescenti se danas suočavaju sa zdravstvenim pretnjama koje pedijatri ili lekari opšte medicine često nisu dovoljno osposobljeni da rešavaju. Rapidni fizički i emocionalni rast i razvoj, uz često konfliktne uticaje kulturnih poruka iz okruženja, sveukupno čini jedinstvenu prirodu njihovih zdravstvenih problema. Bez odgovarajuće edukacije i podrške, adolescenti nemaju dovoljno znanja i samopouzdanja da bi donosili informisane odluke o svom zdravlju i bezbednosti – odluke koje mogu imati posledice za ceo život. Kako bi se zaštitilo zdravlje mladih od različitih zdravstvenih pretnji kao što su seksualno prenosive infekcije, rana i neželjena trudnoća, HIV transmisija i zloupotreba alkohola i droga, zajednice moraju odgovoriti na njihove specifične potrebe i donosioci odluka moraju investirati u ustanovljavanje zdravstvenih službi koje su prilagođene adolescentima. Studije su pokazale da adolescenti često izbegavaju korišćenje zdravstvenih službi i nemaju dovoljno poverenja u njihovo osoblje. Često ih odbija dugo čekanje, udaljenost od zdravstvenih ustanova, „hladan doček“ u službama, ili nedostatak novčanih sredstava. Kreiranje prijatne atmosfere koja poštuje privatnost u kojoj su adolescenti u mogućnosti da dobiju savetovanja i lečenje, od ključnog je značaja za ostvarenje njihovih prava na adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Takve službe koje su prilagođene potrebama adolescenata (u stranoj literaturi „adolescent – friendly health services“) treba da su fizički dostupne, sa prilagođenim radnim vremenom, upućivanjem u druge relevantne službe, bez zakazivanja i besplatne. Pored toga potrebno je prevazilaženje kulturalnih, generacijskih i rodno specifičnih barijera kako bi se obezbedio otvoren dijalog između adolescenata i obučenog osoblja koje može obezbediti efektivni tretman i savetovanje (270).

U našem istraživanju anketirana deca i omladina u Vojvodini, kada imaju zdravstveni problem, najpre se obraćaju roditeljima i lekarima primarne zdravstvene zaštite, više od 40% ima svog lekara, a skoro dve trećine navodi da je u poslednjih godinu dana posetilo lekara primarne zdravstvene zaštite i ostvarilo u proseku 3 posete godišnje. Najčešći razlog poslednje posete

lekaru bila je bolest/povreda, a zatim kontrola zdravlja. Skoro polovina anketiranih ima svog stomatologa, značajno češće mlađi uzrast i deca iz bogatijih porodica. Usluge stomatologa u poslednjih godinu dana koristilo je 62% anketirane dece i omladine, značajno više devojčice i oni iz bogatijih porodica. Najčešći razlog poslednje posete stomatologu bila je kontrola oralnog zdravlja, a zatim plombiranje zuba. Skoro 4% dece nikada nije koristilo usluge stomatologa, značajno više mlađi uzrast i deca iz siromašnijih porodica. Na bolničkom lečenju u poslednjih godinu dana bilo je 4% dece. Lekove deca najčešće uzimaju po savetu lekara, dok ih svako deseto dete uzima samoinicijativno, najčešće lekove protiv bolova, preparate za jačanje organizma i biljne preparate.

U Izveštaju Odeljenja za javno zdravlje Los Anđelesa (SAD) o ključnim indikatorima zdravlja 2009. godine dati su podaci o korišćenju zdravstvene službe. U okrugu Los Anđelesa procenat dece uzrasta 0 do 17 godina koja nisu zdravstveno osigurana bio je 7%, a procenat dece koja nisu imala stomatološke usluge pokriveno zdravstvenim osiguranjem bio je 27,2%. Pored toga, procenat dece koja nisu imala svog lekara bio je 7,4%, dok je procenat dece koja su imala teškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti 14,7%. Stomatologa u poslednjih godinu dana nije posetilo 13,7% dece uzrasta 0 do 17 godina (146).

Federalni međuagencijski forum o statistici dece i porodice Sjedinjenih Američkih Država u svom izveštaju „Deca Amerike: ključni nacionalni indikatori blagostanja, 2011“ u poglavlju o zdravstvenoj zaštiti kao ključne pokazatelje navodi pokrivenost zdravstvenim osiguranjem, uobičajeni izvor zdravstvene zaštite (određena osoba ili mesto na koje se dete obraća u slučaju bolesti ili preventivnih usluga), pokrivenost imunizacijom, proporciju dece koja su posetila stomatologa i dece sa nelečenim karijesom. U 2009. godini u SAD 90% dece uzrasta 0 do 17 godina bilo je pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Uobičajeni izvor zdravstvene zaštite nije imalo 6% dece uzrasta 0 do 17 godina, češće deca iz porodica sa niskim primanjima i siromašna. Pokrivenost imunizacijom bila je 70% za decu uzrasta 19 do 35 meseci, manja kod dece iz siromašne grupe, a 56% za adolescente uzrasta 13 do 17 godina. Kada je u pitanju oralno zdravlje, izveštaj navodi da je u 2009. godini 84% dece uzrasta 5 do 17 godina posetilo stomatologa u prethodnoj godini, više nego u našem istraživanju (62%). Kao i u našem istraživanju, deca iz bogatijih porodica u većem procentu su posetila stomatologa, 89% dece boljeg materijalnog statusa u odnosu na 74% siromašne dece uzrasta 12 do 17 godina. U periodu 2005-2008. godine procenat dece uzrasta 5 do 17 godina koja su imala nelečeni karijes prilikom

pregleda kod stomatologa bio je 16%, više mlađi uzrast (20% dece 5 do 11 godina) u odnosu na stariji uzrast (12% dece 12 do 17 godina). Takođe, navodi se da je procenat dece sa nelečenim karijesom dvostruko veći u siromašnim porodicama u odnosu na bogatije. Pored navedenih indikatora u izveštaju se navodi potreba za uvođenjem dodatnih pokazatelja, kao što su karakteristike zdravstvenog osiguranja dece (da li pokriva zdravstvene potrebe dece) i kvalitet i sadržaj zdravstvene zaštite (164).

6.19 REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE ADOLESCENTKINJA

Briga o reproduktivnom zdravlju adolescentkinja podrazumeva, između ostalog, pravovremeni odlazak i redovne preglede kod ginekologa. Dostupnost i pravilno korišćenje zdravstvene službe u vezi sa reproduktivnim zdravljem značajno doprinose ranom otkrivanju polno prenosivih infekcija, malignih tumora, sprečavanju neželjene trudnoće i sprečavanje steriliteta i pravilnom korišćenju kontracepcije i izuzetno su važni za očuvanje reproduktivne sposobnosti žena.

Da bi se očuvalo i unapredilo reproduktivno zdravlje mladih, što predstavlja delikatan i složen problem, zahteva se specifičan pristup zdravstvenih radnika. U velikom broju zemalja zato su osnovane zdravstvene ustanove koje se isključivo bave zaštitom reproduktivnog zdravlja seksualno aktivnih adolescenata. Smatra se da su poverenje u lekara kao i sigurnost da roditelji o poseti lekaru neće ništa saznati veoma važni preduslovi za dolazak adolescenata u ovakvo savetovalište. U većini razvijenih zemalja klinike za mlade obezbeđuju i dodatno informisanje i razgovor o seksualnosti, interpersonalnim odnosima, kontracepciji i bolestima koje se prenose seksualnim kontaktom (271).

U našem istraživanju svaka šesta adolescentkinja uzrasta 15 do 19 godina u poslednjih godinu dana posetila je ginekologa. Najčešći razlog posete ginekologu je kontrola zdravlja (sistematski pregled) u polovini slučajeva, zatim tegobe (u četvrtini), trudnoća u 10% i kontracepcija u 6,7% slučajeva. Prosečan uzrast u kome su devojke prvi put posetile ginekologe je 16,1 godina.

Ispitivanje reproduktivnog zdravlja mladih sprovedeno 2007. godine u Hrvatskoj među 595 učenika drugih razreda srednjih škola u Rijeci, između ostalog, prikazalo je podatke o radu savetovališta za mlade u okviru koga radi i ginekološka ambulanta. Najčešći razlozi dolaska u savetovalište bili su savetovanje o kontracepciji (32%), poremećaj menstrualnog ciklusa (18%) i simptomi polno prenosivih bolesti u 23,5% (269).

Istraživanje seksualnog i reproduktivnog zdravlja mladih u Bosni i Hercegovini sprovedeno na uzorku na 5.382 mladih uzrasta 14 do 25 godina iz 20 gradova BIH objavljeno 2011. godine pokazalo je da 21% devojaka imalo ginekološki pregled, a prosečan uzrast prvog ginekološkog pregleda bio je 18 godina. Najčešće navedeni preduslovi za ginekološki pregled su prijateljska naklonjenost i poverljivost lekara (272).

Istraživanje reproduktivnog zdravlja na uzorku od 300 devojaka uzrasta 19 godina koje su posetile savetovalište za mlade Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije u Beogradu pokazalo je da se 31% devojaka prvi put ginekologu obrati 1 do 3 godine nakon prvog seksualnog odnosa, a 43,3% u prvih šest meseci. Najčešći razlozi prve posete ginekologu su sumnja na polno prenosivu infekciju (22%), strah od trudnoće (22%), tegobe kao što su bolovi, krvarenje, zapaljenje unutrašnjih genitalnih organa (18,3%), a ređe redovni ginekološki pregled (19,4%) i želja da se koristi kontracepcija (18,3%). Pored toga, neželjena trudnoća tokom adolescencije dogodila se svakoj šestoj ispitanici (16%). S jednim namernim prekidom trudnoće bilo je 14,4%, a 1,6% ispitanica je imalo dva ili više prekida trudnoće (273).

Unapređenje znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju mladih i ulaganje u razvoj službi koje odgovaraju specifičnim potrebama adolescenata izuzetno su važni u prevenciji polno prenosivih infekcija, neželjenih trudnoća i zaštiti reproduktivnog zdravlja, a time i opšteg zdravlja. Osnovne aktivnosti u zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih su kontinuirani zdravstveno-vaspitni rad, savetovališni rad, redovni preventivni i ginekološki pregledi. Zbog specifičnosti adolescentnog uzrasta potrebne su aktivnosti i usluge prilagođene potrebama mladih, kao što su specijalizovana savetovališta za mlade i savremeni programi edukacije.

7. ZAKLJUČAK

Zdravstveno stanje školske dece i omladine Vojvodine predstavlja studiju preseka na reprezentativnom uzorku od 672 deteta starosti od 7 do 19 godina. Kao instrument istraživanja korišćeni su upitnici kojima su dobijeni podaci o demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama, samoproceni zdravlja, zadovoljstvu životom, higijenskim navikama, navikama o ishrani, fizičkoj aktivnosti i slobodnom vremenu, mentalnom zdravlju, zastupljenosti rizika po zdravlje i korišćenju zdravstvene službe. Objektivni nalaz dobijen je merenjem telesne mase i visine, određivanjem indeksa telesne mase i merenjem krvnog pritiska.

Na osnovu dobijenih rezultata mogu se izvesti sledeći zaključci:

1. U strukturu ispitanika po polu podjednak je broj dečaka i devojčica, četvrtinu čine deca uzrasta 7 do 10 godina i po nešto više od trećine deca uzrasta 11 do 14 godina i 15 do 19 godina.
2. Deca i omladina u Vojvodini u 40,2% žive u domaćinstvima koja su prema indeksu blagostanja kategorisana kao siromašna, a prema drugom pokazatelju koji razvrstava domaćinstva iznad i ispod 60% medijane prihoda, više od 36% dece i omladine živi u domaćinstvima koja su ispod linije siromaštva. Svako šesto dete živi u domaćinstvima koja pripadaju grupi najsiromašnijih.
3. Nešto više od 60% anketirane dece i omladine u Vojvodini pohađa osnovnu školu, oko četvrtine srednju školu, 3,7% pohađa višu školu ili fakultet, a skoro desetina ne ide u školu. Značajno je veći procenat adolescenata i dece iz najsiromašnijih porodica koja ne idu u školu.
4. Više od polovine ispitivane deca osnovnoškolskog uzrasta u Vojvodini prethodni razred je završilo sa odličnim uspehom, a skoro trećina sa vrlodobrim uspehom. U srednjoj školi blizu 40% je vrlodobrih i blizu 30% odličnih. Ukupno gledano devojčice su značajno češće imale odličan uspeh od dečaka, bolji uspeh u prethodnom razredu pokazala su deca u najmlađoj starosnoj grupi i deca iz grupe najbogatijih u odnosu na decu iz grupe najsiromašnijih.
5. Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u proseku imaju jednog brata ili sestru. Iako većina dece živi sa oba roditelja (88%), skoro svako deseto dete živi sa jednim roditeljem.

Dve trećine anketiranih navodi da ima svoju sobu. Procenat dece bez nedeljnog džeparca je relativno mali pri čemu je više onih koji su mlađi i iz siromašnijih porodica.

6. Ispitivana deca i omladina u Vojvodini u svim ispitivanim aspektima održavanja higijene (redovnom pranju ruku, zuba, kupanju/tuširanju i menjanju donjeg veša) uglavnom su redovni, devojčice, stariji uzrast i oni koji pripadaju bogatijima prema indeksu blagostanja u značajnom procentu više. Tek nešto više od polovine ispitanih održava oralnu higijenu redovno, u značajno većem procentu devojčice, stariji uzrast i oni boljeg materijalnog stanja. Redovno se kupaju i tuširaju 80% ispitanih, značajno češće ženski pol, stariji uzrast i oni iz bogatijih domaćinstava. Ove socijalno demografske razlike postoje i u odgovorima na pitanje o redovnosti menjanja donjeg veša.
7. U Vojvodini tri četvrtine ispitivane dece svakodnevno uzima sva tri glavna obroka, a skoro svako peto dete ne doručkuje redovno. Samo polovina uzima bar jednu šolju mleka i mlečnih proizvoda svaki dan, nešto manje od polovine uzima sveže voće, a tek nešto više od trećine uzima sveže povrće skoro svakog dana. Riba je veoma malo zastupljena u ishrani ispitivane dece, dok su slatkiši, grickalice i slatka bezalkoholna pića učestalo na jelovniku većine dece. Više od tri četvrtine dece najčešće konzumira beli hleb, kao namaz najčešće koriste margarin, a više od trećine njih navodi svinjsku mast kao masnoću na kojoj se priprema hrana u kući. Većina dece uglavnom ne razmišlja o zdravlju prilikom izbora načina ishrane.
 - Razlike u odnosu na pol zastupljene su kada je u pitanju redovan unos voća i povrća, koje češće uzimaju devojčice i kod uzimanja slatkih bezalkoholnih pića, koje češće piju dečaci.
 - Razlike u odnosu na uzrast postoje kada su u pitanju redovnost uzimanja doručka i sva tri glavna obroka, uzimanje svežeg voća i povrća, gde su mlađi zastupljeni u većem procentu, kao i kod uzimanja slatkiša i slanih grickalica.
 - Razlike u odnosu na materijalno stanje domaćinstva pokazuju da deca iz siromašnijih grupa u manjem procentu piju mleko i mlečne proizvode, uzimaju sveže voće i povrće, slatkiše i slatka bezalkoholna pića. Deca iz najsiromašnijih porodica značajno češće jedu polubeli hleb, koriste margarin kao namaz i navode da se u njihovoj kući hrana priprema na životinjskoj masti.
8. Na osnovu indeksa telesne mase svako osmo dete u Vojvodinu ima prekomernu telesnu masu, a svako dvadeseto je gojazno, značajno češće mlađi uzrast. Gojazna deca ne

procenjuju svoju telesnu masu realno, odnosno značajan deo gojazne dece, više od polovine, smatra da su normalno uhranjeni. Takođe, značajno manje gojazne dece, tek četvrtina, smatra da svojim ponašanjem rizikuje da oboli od gojaznosti.

9. Prosečne vrednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska ispitivane dece i omladine u Vojvodini nalaze se u granicama normale.
10. Većina ispitivane dece i omladine se u slobodno vreme bavi sedenternim aktivnostima kao što su gledanje televizije, slušanje muzike i igranje na kompjuteru. Časove fizičkog vaspitanja u školi redovno pohađa velika većina dece, mada se redovnost smanjuje sa starošću, kao i bavljenje fizičkim aktivnostima u slobodno vreme koje nisu dovoljno zastupljene. Dečaci i mlađi uzrast su značajno fizički aktivniji. Kasniji odlazak na spavanje i nedovoljan broj sati sna noću tokom radnih dana je kod starijeg uzrasta značajno zastupljeniji.
11. Deca i omladina u Vojvodini većinom se kao učesnici u saobraćaju ponašaju rizično, bilo da su pešaci, vozači rolera, skejtborda i bicikla, vozači/suvozači motora i automobila, odnosno prelaze ulicu van pešačkog prelaza i dok je na semaforu crveno svetlo (češće stariji uzrast i siromašniji), ne koriste osvetljenje, zaštitne kacige i sigurnosne pojaseve (češće mlađi uzrast).
12. Skoro svako sedmo dete uzrasta 7 do 19 godina navodi da je imalo povredu u protekloj godini, i to više dečaci nego devojčice. Poslednja povreda se u većini slučajeva dogodila na ulici/u saobraćaju i na sportskim terenima. Pomoć nakon povrede najčešće je pružila zdravstvena služba - domovi zdravlja i bolnice, a u manjem procentu hitna pomoć na licu mesta.
13. Skoro svaka peta mlada osoba bila je izložena nekom obliku fizičkog ili psihičkog nasilja u godini koja je prethodila ispitivanju, više dečaci i siromašniji, svaka deseta mlada osoba navodi da je nekoga psihički maltretirala, a 13% da je nekoga tukla. Fizičko nasilje doživela je svaka deseta mlada osoba, najčešće na ulici i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Psihičko nasilje doživela je svaka sedma mlada osoba, najčešće u porodici i u školi/na radnom mestu, češće dečaci nego devojčice. Trećina mladih izložena fizičkom ili psihičkom nasilju obratila se za pomoć.
14. Svako peto dete ocenjuje higijenu i mogućnost rekreacije u školi kao loše, a svako deseto ocenjuje bezbednost u školi kao lošu. Deca iz bogatijih porodica u značajno većem procentu ocenjuju higijenu u školi kao lošu. Informacije o zdravlju najviše dobijaju od

- roditelja, značajno češće mlađi nego stariji, a znatno manje od zdravstvenih radnika i nastavnika, koji se kao izvor informacija o zdravlju češće javljaju kod starijih.
15. Svako deseto dete ocenjuje svoje ukupno zdravlje kao prosečno, loše ili vrlo loše, češće stariji uzrast. Dve trećine dece ocenjuje svoju telesnu masu kao normalnu, a svako deseto dete smatra da je gojazno. Od dece koja su normalno uhranjena (na osnovu BMI), svako peto dete ne može objektivno da oceni svoju telesnu masu (oko 6% misli da je gojazno, a 14% da je mršavo). Tri četvrtine dece ocenjuje svoju fizičku aktivnost kao vrlodobru i dobru, češće dečaci i mlađi uzrast. Više od polovine fizički neaktivne dece ipak ocenjuju svoju fizičku aktivnost kao dobru, češće dečaci i mlađi uzrast. Većina dece zadovoljna je svojim celokupnim izgledom, više dečaci i mlađi uzrast. Većina svoje oralno zdravlje ocenjuje kao dobro, češće bogatiji. Svega petina dece ima ispravan, odnosno poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje, značajno češće stariji uzrast.
16. Na skali životnih vrednosti deca na prvo mesto stavljaju zdravlje, zatim sreću u ljubavi i na treće mesto „puno para“. Slede život u miru, sloboda, zanimljiv posao, unosan posao, religija i na poslednjem mestu bavljenje politikom. Zdravlje i sreću u ljubavi značajno više rangiraju devojčice nego dečaci, dok je „puno para“ značajno važnije za dečake. Stariji značajno viši rang daju zdravlju nego mlađi, dok je obrnuta situacija za kategoriju „puno para“, koju mlađi značajno više rangiraju. Deca iz bogatijih grupa značajno više rangiraju zdravlje, a deca iz siromašnijih grupa kategoriju „puno para“.
17. Zadovoljstvo svojim sadašnjim životom deca ocenjuju sa prosečnom ocenom 8,23 na skali od 1 do 10, a mlađi i bogatiji su zadovoljniji. Oni koji nisu u potpunosti zadovoljni kao razloge navode novčanu situaciju, zatim školu ili posao i ljubavni život. Stariji i siromašnija deca su značajno češće nezadovoljni novčanom situacijom. Stariji uzrast je takođe nezadovoljniji školom i ljubavnim životom u odnosu na mlađe.
18. Većina dece ima dobru komunikaciju sa majkom, a tri četvrtine i sa ocem, značajno više mlađi uzrast, dok dečaci značajno bolju komunikaciju imaju sa ocem. Deca iz najsiromašnijih porodica u značajno manjem procentu navode dobru komunikaciju i sa majkom i sa ocem.
19. Tri četvrtine dece zadovoljno je svojom školom, značajno više mlađi nego stariji, a dve petine oseća stalni pritisak obaveza u školi, značajno više stariji uzrast.
20. Oko petine dece imalo je osećaj napetosti i stresa i emocionalne probleme, češće stariji uzrast. Lošije vrednosti na skali psihološkog distresa imala je svaka šesta mlada osoba, a na skali vitalnosti skoro polovina mladih, češće siromašniji. Povoljnije vrednosti na skali

psihološkog distresa imala je trećina mladih, značajno više bogatiji i muški pol. Povoljnije vrednosti na skali vitalnosti imala je trećina mladih, češće bogatiji. Na skali od 0 do 100 prosečna vrednost na skali psihološkog distresa bila je 71,9, dok je prosečna vrednost na skali vitalnosti bila 64,8.

21. Svako petnaesto dete ima neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem, dok 3,8% njih navodi da su zbog zdravstvenih razloga ograničeni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.
22. Tri četvrtine mladih navodi da je izloženo duvanskom dimu u svojoj kući i zatvorenom prostoru. Skoro dve trećine mladih nikada nisu pušili. Povremeno i svakodnevno puši petina mladih, bez značajne razlike u odnosu na pol i materijalno stanje domaćinstva. Tek svaki peti pušač želi da prestane da puši, a 42% njih nikada nisu pokušali da prestanu sa pušenjem. Samo polovina mladih navodi da je zabrinuta zbog štetnih posledica pušenja po njihovo zdravlje. Većina mladih u svom okruženju ima neku osobu koja puši, najčešće su to neko iz društva, najbolji drug/drugarica, otac i majka. Poželjan stav o pušenju ima tek 40% mladih, značajno više mladi iz najbogatije grupe.
23. Dve petine mladih uzrasta 15 do 19 godina konzumira alkohol povremeno i svakodnevno, češće mladići, a tek svaka peta osoba nikada nije pila alkoholna pića. Prosečna starost mladih prilikom prvog konzumiranja alkohola je 14,8 godina. Mladi koji uzimaju alkohol, nedeljno u proseku popiju 5,3 doza alkoholnih pića, a petina mladih se opija. Skoro polovina anketiranih navodi da neko iz njihovog okruženja pije alkoholna pića, najčešće neko iz društva i otac.
24. Anketirani mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini u 42% u potpunosti tačno identifikuju štetno delovanje psihoaktivnih supstanci, skoro četvrtini je ponuđena, a svaka deseta mlada osoba probala je ili uzima neku drogu, što se najčešće dešava prilikom izlaska. Skoro četvrtina mladih ima nekog iz društva za koga zna da uzima psihoaktivne supstance. Ukupan poželjan stav o psihoaktivnim supstancama ima preko 70% ispitivanih mladih.
25. Mladi uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini obuhvaćeni istraživanjem u skoro 40% navode da su imali seksualne odnose, češće mladići nego devojke, najčešći razlog za stupanje u seksualne odnose je ljubav i radoznalost, a u prvi seksualni odnos najčešće stupaju sa 16 godina. Od kontraceptivnih metoda mladi najčešće koriste kondom, ali nije zanemarljiv procenat onih koji primenjuju nepouzđane metode kontracepcije (više od petine neplodne dane a trećina prekinut odnos). Velika većina mladih zna za HIV/AIDS, pri čemu manje

od petine u potpunosti tačno identifikuje načine prevencije HIV/AIDS-a i zablude u vezi sa prenosom virusa.

26. Kada imaju neki zdravstveni problem deca se najpre obraćaju roditeljima i u 29% lekarima primarne zdravstvene zaštite, kojima se češće obraćaju dečaci i stariji uzrast. Dve petine dece ima svog lekara, značajno manje siromašnija deca. Skoro dve trećine dece navodi da su u poslednjoj godini posetili svog lekara, značajno manje siromašnija deca. Prosečno su ostvarene 3 posete godišnje, a razlozi posete su najčešće bolest/povreda i sistematski pregled. Skoro polovina dece navodi da ima svog stomatologa, češće mlađi i bogatiji, a manje od dve trećine su ga posetili u poslednjih godinu dana, značajno više devojčice i deca iz bogatijih porodica. Ostvarene su prosečno tri posete godišnje, a razlozi posete su najčešće sistematski pregled i bolest. Oko 4% dece bilo je na bolničkom lečenju u protekloj godini i ostvareno je prosečno 1,4 hospitalizacija. Svako deseto dete navodi da lekove uzima samoinicijativno i po savetu lekara, najčešće lekove protiv bolova, vitaminske i biljne preparate, a 30% i antibiotike.

27. Skoro svaka šesta ispitivana devojka uzrasta 15 do 19 godina u Vojvodini posetila je ginekologa u poslednjih godinu dana, značajno više nego 2000. godine, a najčešći razlog posete bila je kontrola zdravlja.

28. U odnosu na 2000. godinu :

- značajno je manji procenat dece uzrasta 7 do 15 godina koja ne idu u školu;
- značajno je manje dece i mladih uzrasta 7 do 19 godina koja nemaju nedeljni džeparac;
- higijenske navike ispitivane dece značajno su bolje kada je u pitanju pranje ruku, a značajno lošije kada je u pitanju redovnost pranja zuba;
- ispitivana deca i omladina značajno redovnije imaju sva tri glavna obroka;
- značajno manje dece i omladine uzima mleko i mlečne proizvode;
- u značajno većem procentu mladi jedu beli hleb, ali i crni, ražani;
- značajno više uzimaju sveže voće i ribu;
- značajno češće jedu bombone i čokoladu;
- značajno više piju slatka bezalkoholna pića;
- značajno manje navode da se hrana u kući priprema na mastima životinjskog porekla;

- značajno više dece navodi da prilikom izbora načina ishrane ne razmišlja o svom zdravlju;
- značajno je veći procenat dece sa prekomernom telesnom masom i gojaznih;
- značajno više dece navodi da često gledaju televiziju i igraju se na kompjuteru;
- značajno redovnije deca i omladina pohađaju časove fizičkog vaspitanja u školi;
- značajno manje dece je povređeno, a povrede su češće bile u školi i saobraćaju;
- značajno veći procenat povređene dece zbrinut je od strane zdravstvene službe;
- značajno više dece i omladine navodi zdravstvene radnike kao izvor informacija o zdravlju;
- značajno više dece i omladine svoje zdravlje ocenjuje kao dobro, ali manje njih kao vrlo dobro;
- značajno manje dece i omladine ima poželjan stav o odgovornosti za sopstveno zdravlje;
- prosečna ocena zadovoljstva sadašnjim životom značajno je viša;
- značajno je manje nezadovoljnih novčanom situacijom;
- značajno više dece navodi da lako komunicira sa majkom i sa ocem;
- značajno veći procenat ispitivane dece i omladine imalo je emocionalne probleme i osećaj napetosti i stresa u mesecu koji je prethodio ispitivanju;
- značajno više mladih navodi da su zbog zdravstvenih razloga ograničeni u obavljanju uobičajenih aktivnosti;
- značajno manje mladih izloženo je duvanskom dimu u kući;
- značajno manje dece navodi da su od osoba iz njihovog okruženja baba/deda pušači, ali značajno više mladih navodi nekoga iz društva kao pušača;
- značajno više mladih navodi da pije alkohol povremeno, u manjem procentu navode da imaju blisku osobu iz okruženja koja pije, i značajno manje imaju poželjan stav o alkoholu;
- značajno više mladih poznaje štetne efekte psihoaktivnih supstanci, a značajno manji procenat njih navodi da im je ponuđena droga;
- više mladih je stupilo u seksualne odnose i značajno više njih koristi kondom;
- značajno manje dece je navelo da se prilikom zdravstvenog problema obraćaju lekaru;

- značajno manje dece je navelo kontrolnu zdravlja, odnosno sistematski pregled kao razlog poslednje posete lekaru;
- značajno manji broj dece navodi da nikada nisu bili kod stomatologa;
- značajno više dece je bilo na bolničkom lečenju;
- značajno više devojaka je posetilo ginekologa.

Ispitivanje zdravstvenog stanja dece i omladine putem posebnih istraživanja obezbeđuje vredene podatke korišćenjem holističkog pristupa, obuhvatajući indikatore „pozitivnog“ i „negativnog“ zdravlja, čime se omogućava sveobuhvatno sagledavanje zdravlja i faktora koji utiču na zdravlje. Ove podatke nije moguće dobiti iz rutinske zdravstvene statistike, što ukazuje na potrebu ponavljanja ovih istraživanja u odgovarajućim vremenskim razmacima. Rezultati poslednjih istraživanja omogućavaju da se sagleda razlika u zdravlju i faktorima rizika u odnosu na socio-ekonomske i demografske karakteristike, indentifikuju posebno osetljive grupe, izdvoje prioritete i predlože programi i mere unapređenja zdravlja.

LITERATURA

1. WHO Europe. Health 21 - health for all in the 21st century. European Health for All Series; No. 5 1998. www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf
2. Cucić V. Socijalna medicina. Savremena administracija. Beograd. 2000.
3. Jakovljević Đ, Grujić V. Socijalna medicina, 2. izdanje, Novi Sad, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet 1995: 76.
4. Hanlow J. An ecological view of public health. American Journal of Public Health 1969;59(1)48-53
5. Miller J.G. Living systems. McGraw-Hill Company; 1978.
6. Abelin T. Approaches to health promotion and disease prevention. In: WHO. Measurement of health promotion and protection. WHO European Series 1987;22:29-47
7. WHO. Preamble of the constitution of World Health Organization. Geneva: WHO; 1948.
8. Mićović P. Glosar: definicija termina za planiranje, organizaciju, upravljanje i rukovođenje zdravstvenim sistemom. Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ Beograd, 1998.
9. Dubos R. Man adapting. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1975.
10. Last MJ (1988). A Dictionary of Epidemiology. IEA, Oxford University Press.
11. Vithoulkas G. Novi put do zdravlja. ADVAITA, 2004.
12. Gidens E. Sociologija. Ekonomski fakultet Beograd. 2003. str. 170
13. Naisbitt J. Megatrendovi, deset novih smjerova razvoja koji mijenjaju naš život. Globus, Zagreb. 1985;144-5
14. Trifunović S. Prilog sociološkom promišljanju nove paradigme zdravlja. Festival kvaliteta 2007. 2. Nacionalna konferencija o kvalitetu života, Kragujevac, maj 2007.
15. Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. In “Holand WW, Detels R, Knox G, editors. Oxford Textbook of Public Health. Volume 1. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1991.
16. Mitchell T, Beattie-Huggan P. Determinants of Health Approaches: The Circle of Health as a Synthesis Tool. International Journal of Health Promotion and Education. 2006;44 (2):78-82
17. Syme L. Social Determinants of Disease. In: Maxcy-Rosenay-Last: Public Health and Preventive Medicine, 13th ed. Norwalk, Connecticut: Ispleton and Lange; 1992.
18. Our Healthier Nation – A contract for health. Department of Health. London. 1998.

19. Stamatović M, Jakovljević Đ, Legetić B, Martinov-Cvejin M. Zdravstvena zaštita i osiguranje, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1996.
20. WHO and International Epidemiological Association. Measurement in health promotion and protection, WHO regional publications, 1987, European series No 22
21. UNICEF, Konvencija o pravima deteta, 1990.
22. Banićević M, Rajin G, Sokal-Jovanović Lj, Lozanović Miladinović D. Društveno istorijski i mediko-legalni aspekti zaštite zdravlja dece i omladine; Zdravstvena zaštita studentske i srednjoškolske omladine u savremenim uslovima života, Zbornik sažetaka. Zlatibor. 1997.
23. Gavrilović A. Sistem društvene brige o deci u Srbiji: razvoj i perspektiva. Službeni glasnik, Beograd. 1998.
24. Nacionalni plan akcije za decu Republike Srbije. Beograd, 2004.
25. Zdravlje stanovnika Srbije. Analitička studija 1997-2007. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2008.
26. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Available from: <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/stanovnistvo/izbor.html#>
27. Republički zavod za statistiku. Statistički godišnjak Srbije 2004. Beograd. 2004.
28. UNICEF. Stanje dece u Srbiji. Siromaštvo i socijalna uključenost dece. Beograd: UNICEF Beograd, 2005.
29. Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine 2009. godine. Novi Sad. Institut za javno zdravlje Vojvodine. 2010.
30. UNICEF. The state of the the world’s children 2008 Executive summary. UNICEF [Internet] 2007. [cited 2010 Mar 17]. Available from: http://www.unicef.org/publications/index_42625.html
31. WHO statistical Information System [cited 2011, May 17] Available from: <http://www.who.int/whosis/en>
32. The European health report 2009: health and health systems. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2009.
33. Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije 2006. Institut za javno zdravlje Srbije, Beograd, 2007.
34. Baza podataka „Zdravlje za sve“, SZO. Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>
35. SZO, UNICEF; Program promocije, podrške i zaštite dojenja i stvaranja zdravstvenih ustanova prijatelja novorođenčadi i majki, 1988.
36. UNICEF. Istraživanje višestrukih pokazatelja stanja dece i žena Srbije, 2005.
37. Dom zdravlja „Novi Sad“ Novi Sad. [cited 2011 Mar 17]. Available from: <http://www.dzns.rs/>

38. Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd. 2003.
39. United Nations. The Millenium Development Goals Report 2007. New York: United Nations, 2007. UNSD_MDG_Report_2007. [cited 2010 March 17]. Available from: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/>
40. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, Službeni glasnik Republike Srbije, br. 43/06
41. Jugoslovenski plan akcije za decu do 2000 (i dalje). Beograd, Vlada SRJ. 1997.
42. Zdravstveno stanje stanovništva Srbije od 1986-1996. analitička studija. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 1997.
43. Živković M, ed. Zdravlje školske dece. Monografija. Beograd: Medicinski fakultet Beograd. Instituta za socijalnu medicinu, statistiku i istraživanja u zdravstvu, 1995.
44. Đokić D, Jakovljević Đ, Mićović P, Grujić V. Razvoj zdravstvene zaštite u Srbiji 1986-1996. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. 1997.
45. Grujić V. Uloga menadžmenta u podizanju zdravstvenog potencijala dece i omladine. Med Pregl 2001; LIV (11-12): 511-516. Novi Sad
46. Cresson G, Pitrou A (1991). The role of the family in creating and maintaining healthy lifestyles. In Health promotion research - towards a new social epidemiology, Bernhard Badura, Ilona Kickbusch. WHO Regional Publications, European Series No. 37:213-27.
47. A dicussion document on the concepts and principles of health promotion. Health promotion, 1986;1(1):73-76
48. Alberman E, Pharoah P. Children. In: Oxford textbook of Public Health (third edition) Volume 3 - The Practice of Public Health, edited by Detels, Walter, Holland, McEwen and Omenn; Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 1997.
49. EURO European Centre for Health Policy, ECHP, Brussels, 1999.
50. WHO. Seventh Report of a WHO Committee on Health Statistics, WHO Technical Report Series No. 218. 1961.
51. Glossary of Terms used in the “HFA” Series No 1-8, WHO, Geneva 1984.
52. Simić S. Procena zdravstvenog stanja stanovništva u: Cucić V. Socijalna medicina. Savremena administracija. Beograd. 2000.
53. John M. Last. A Dictionary of Public Health. Oxford University Press. 2006.
54. Jenkinson C, M. Gee H. Health Status Measurement. A brief but critical introduction. Radcliffe Medical Press Ltd. 1998.

55. Streiner D. L, Geoffrey R. N. Health Measurement scales: A Practical Guide to their Development and Use. Oxford; Oxford University Press, 1991.
56. Mićović P. Merenje zdravstvenog stanja stanovništva, doktorska disertacija, Beograd, maj 1974.
57. Milosavljević N. Opšta, demografska i zdravstvena statistika. Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, 1984.
58. Culyer AJ (Editor). Health Indicators: An International Study for the European Science Foundation, Oxford: Martin Robertson & Company Ltd; 1983;1-23
59. Shap CP. Public Health and Preventive Medicine in Canada. Second edition, Toronto: University of Toronto Press; 1990;29-52
60. Hansluwka HE. Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations. SocSci Med 1985; 20(12):1207-24
61. Simić S. Dimitrijević Z. Anđelski H. Metode procene zdravstvenog stanja stanovništva, u Procena zdravstvenog stanja stanovništva, Gradski zavod za zaštitu zdravlja, Dani zavoda '96 XV stručna konferencija Beograd, 1996.
62. Measurement of health status. [cited 2011 Mar 17]. Available from: <http://www.rice.edu/projects/HispanicHealth/HealthStatus/HealthStat.html>
63. Erić-Marinković J, Dotlić R, Janošević S, Kocev N, Gajić M, Ille T, Stanisavljević D, Babić D. Statistika za istraživače u oblasti medicinskih nauka. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Beograd. 2008.
64. WHO. Managerial Process for National Health Development. Health for All Series, No 5. WHO. Geneva. 1981. p.53
65. Guyatt GH, Kirshner B, Jaeschke R. Measuring health status: What are the necessary measurement properties? Journal of clinical epidemiology, 45:1212, 1341-1345 [Internet] 1992 [cited 2011, Feb 17] Available from: <http://jclinepi.com/retrieve/pii/089543569290194R>
66. Bowling A. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia, 1991.
67. Stamatović M, Jakovljević Đ, Martinov Cvejin M, Zdravstvena zaštita, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva 1995.
68. Ian McDowel. Measuring Health. Oxford University Press. 2006;1:10-46
69. WHO. Measurement of Levels of Health. Report of a Study Group. Technical Report Series No 137, WHO, Geneva, 1957.
70. Shonfield A and Shaw S. Health Indicators. In Social Indicators for Social Policy. Heinemann, London, 1972, pp 94-118
71. Deliege D. Indicators of Physical, Mental and Social Wellbeing. World Health Statistics Quarterly 1983; Vol 36 (3/4):349-393

72. OECD. Health Outcome Indicators. Working Party on Social Policy, Ninth Meeting, 26th to 29th Nov 1990. OECD. Paris. 1990.
73. Shah CP. Public Health and Preventive Medicine in Canada. Second Edition. University of Toronto Press. Toronto, 1990.
74. Bowling A. Measuring Disease: A Review of Disease – specific Quality of Life Measurement Scales. Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 1995.
75. WHO. Health 21 – The Health for All Policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21st century. Regional Committee for Europe. 48. session, Copenhagen, 14-18 September 1998.
76. Evropska Unija, Generalna direkcija za zdravlje i potrošače. Program novog javnog zdravlja 2003-2008. [cited 2011, May 17] Available from: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme
77. Bardehle D. Zdravstveni pokazatelji i zdravstveno izveštavanje. U: Bjegović V, Grujić V. ur. Vodič ka novom javnom zdravlju, izabrani tekstovi za master programe javnog zdravlja. Centar - Škola javnog zdravlja. Beograd, 2007:7-22
78. SZO, Regionalna kancelarija za Evropu. Ispitivanje zdravstvenim intervjuom. Prema međunarodnoj harmonizaciji metoda i instrumenata. Kopenhagen: SZO; Regionalna kancelarija za Evropu; 1996.
79. Eurostat HIS/HES (European Health Interview & Health Examination Surveys Database [cited 2011 Aug 21] Available from: <http://www.hishes.iph.fgov.be/index.php?hishes=home>
80. Evropska zajednica. Dizajn za skup zdravstvenih pokazatelja evropskog društva (ECHI). Finalni izveštaj ECHI projekta. Brisel. Evropska komisija, 2001.
81. SZO, Regionalna kancelarija za Evropu. WHO HFA Pokazatelji nove zdravstvene politike za Evropu. Hag. Holandija, 2-3 Mart 2000. Kopenhagen: SZO; Regionalna kancelarija za Evropu; 2000. Eur/00/501872
82. Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000, WHO Health for all series, No 4, 1981.
83. UN. Handbook of vitalis statistics methods. Statistical Office of the United Nations. Studies in methods, Series F, No 7, New York: OUN; 1955.
84. Radovanović Z. Epidemiološki rečnik. Medicinski fakultet Beograd. 2001.
85. Pirc B, Milat D, Osnove istraživanja u zdravstvu, 2. izdanje, Zagreb, Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu 1975.
86. Magnani, R. Sampling Guide. Washington D.C.: Food and Nutrition Technical Assistance Project [Internet] 1997. [cited 2010 Apr 17]. Available from: <http://free-books-online.net/sampling-pdf>
87. SMART. SMART Assessment Manual Draft 1.0 [Internet] 2006 [cited 2011, Mar 17]. Available from: http://www.smartindicators.org/SMART_Methodology_08-07-2006.pdf

88. UNICEF. MICS Manual. UNICEF [Internet] 1999 [cited 2011, May 8]. Available at URL:
http://www.unicef.org/evaldatabase/Global_1999_Multiple_Indicator_Cluster.pdf
89. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godina. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd, 2007.
90. Van Oyen H., Tafforeau J. Health Interview Survez. Arch Public Health 1994;52:79-82
91. Van Oyen H, Tafforeau J, Hermans H, Quataert P, Schiettecatte E, Lebrun L. et al. The Belgian Health Interview Survez. Arch Public Health 1997;55:1-13
92. Nuyens Y. Setting priorities for health research: lessons from low and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization [Internet] April 2007;85(4) [cited 2011, Aug 1] Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-032375.pdf>
93. World Health Organization. Health statistics and health information systems. World Health Survey [cited 2011 Dec 10] Available from:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/en>
94. SF-36.org. A community for measuring health outcomes using SF tools. SF Surveys [cited 2011 Dec 10] Available from: <http://www.sf-36.org>
95. KTL (National Public Health Institute). FINBALT [cited 2011 Dec 10] Available from: <http://www.ktl.fi/portal/287>
96. World Health Organization . WHO Regional Office for Europe. Programmes and projects. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) programme [cited 2011 Dec 10] Available from: <http://www.euro.who.int/CINDI>
97. Rustein Shea O, Johnson K. The DHS Wealth Indeks. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro [Internet] 2004 [cited 2011 Mar 10] Available from: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=470
98. OECD i EU definicija. ECHI-2. [cited 2011 Mar 12] Available from:
http://europa.eu.int.comm/health/ph_information/indicators/docs/shortlist_en.pdf
99. Meltezer H. Development of a common instrument for mental health in: EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. A. Nosikov and C. Gudex (Eds.) IOS Press, 2003:p.35
100. Medical Outcomes Trust. How to Score the SF-36 Health Survey. Boston, 1994.
101. European Commission: Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys. Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
102. ECHM Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys [Internet] 2002 [cited 2011 Mar 20]. Available from:
http://www.ktl.fi/publications/ehrm/product2/part_iii3.htm

103. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Arterijska hipertenzija, Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 2005.
104. CDC Growth Charts: USA. [cited 2011, Mar 20] Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/datafiles.htm>
105. BMIAGE. [cited 2011 Mar 19]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/growthcharts/zscore/bmiagerev.xls>
106. CDC Growth Charts 2000. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition and Physical Activity. Maternal and Child Nutrition Brunch [Internet] June 2002 [cited 2011 Apr 5] Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/resources/index.htm#interpretation>
107. Guidelines Committee 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens, 2003;21:1011-53
108. Guidelines subcommittee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. J Hypertens, 1999;17:151-83
109. Writing group. 2003 World Health Organization - International Society of Hypertension statement on management of hypertension. J Hypertens, 2003 Nov; 21(11):1983-92
110. Finbalt 2000, 2004; (93) (KTL (National Public Health Institute). FINBALT [cited 2008 Dec 10] Available from: <http://www.ktl.fi/portal/287>
111. Yassin K, Galan A. Case Study: Inequalities in Health as Assessed by the Burden of Disease Method. In: Health Systems and Their Evidence Based Development. Editors: Bjegović V, Donev D. Stability Pact for South Eastern Europe. PH-SEE, Beograd: 2004; 164-169.
112. Jakovljević Đ, Grujić V. Socioekonomske nejednakosti u zdravlju i metodologija njihovog merenja. Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Beograd, 1996.
113. Krstić G. Profil siromaštva u Srbiji u periodu 2001-2007. U: Studija o životnom standardu. Srbija 2002-2007. Republički zavod za statistiku Srbije. Beograd, 2008;9-26.
114. WHO. WHO sites. Poverty and health [cited 2011 May 12] Available from URL: <http://www.who.int/hdp/poverty/en/>
115. The Millennium Development Goals Report 2008. United Nations. New York. [Internet] 2008 [cited 2011 Aug 3]. Available from: http://www.mp.gov.rs/resursi/dokumenti/dok151-eng-UN_Millennim_Development_Goals_Report_2008.pdf
116. Nacionalni milenijumski ciljevi razvoja u Republici Srbiji. Vlada Republike Srbije. Beograd [Internet] 2006. [cited 2011 Aug 5]. Available from: http://www.mp.gov.rs/resursi/dokumenti/dok46-srp-SR_nacionalni_milenijumski.pdf

117. Raskinuti lanac isključenosti: romska deca u Jugoistočnoj Evropi. Beogradska kancelarija UNICEF-a. Beograd. 2007.
118. Strategija za smanjenje siromaštva. Vlada Republike Srbije. Beograd, 2003.
119. Vukmirović D, Govoni R.S. eds. Studija o životnom standardu: Srbija 2002-2007. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Beograd [Internet] 2008. [cited 2011 Feb 7]. Available from: <http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/G2008/Pdf/G20086023.pdf>
120. Stanje dece u Srbiji 2006 Siromaštvo i socijalna isključenost dece. UNICEF Beograd. 2007.
121. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. America's Children: Key National Indicators of Well-Being [Internet] 2011. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. [cited 2011 Jul 10]. Available from: <http://childstats.gov>
122. Istraživanje višestrukih pokazatelja u Srbiji za 2005. godinu Praćenje stanja i položaja dece i žena MICS. UNICEF. Beograd. 2007.
123. The state of the world's children 2011. United Nations Children's Fund UNICEF. New York. February [Internet] 2011 [cited 2011, Jul 10] Available from: http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
124. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006 Djeca i mladi u društvenom okruženju Rezultati istraživanja (The Health Behaviour in School-aged Children). Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. 2008.
125. Inequalities in young people's health Health behaviour in school-aged children HBSC International report from the 2005/2006 survey. World Health Organization. 2008..
126. Ackard DM et al. Parent-child connectedness and behavioural and emotional health among adolescents. American Journal of Preventive Medicine. 2006, 30(1):59-66
127. Currie C.E, Elton R.A, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. Health education research. 1997;12(3):385-97
128. Priftis K. N, Panagiotakos D. B, Anthracopoulos M. B, Papadimitriou A, Nicolaidou P. Aims, methods and preliminary findings of the Physical Activity, Nutrition and Allergies in Children Examined in Athens (PANACEA) epidemiological study. BMC Public Health [Internet] 2007;7:140 [cited 2011 May 15] Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/140>
129. Vindigni S.M, Riley P.L, Jhung M. Systematic review: handwashing behaviour in low-to middle-income countries: outcome measures and behaviour maintenance. Tropical Medicine and International Health, 2011;16(4):466-77
130. Stanton B.F, Clemens J.D, Aziz K.M.A, Rahman M. Twenty-four-hour, knowledge-attitude-practice questionnaires, and direct observations of sanitary practices: a comparative study. Bulletin of the World Health Organization, 1987;65(2):217-22

131. Center for Disease Control and Prevention. Clean Hands Save Lives! [Internet] [cited 2011 May 15]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/cleanhands>
132. Lopez-Quintero C, Freeman P, Neumark Y. Hand Washing Among School Children in Bogota, Colombia. *Am J Public Health*. 2009;99:94-101
133. Vivas A, Gelaye B, Aboset N, Kumie A, Behane Y, Williams M. A. Knowledge Attitudes, and Practices (KAP) of Hygiene among Schol Children in Angolela, Ethiopia. *J. Prev. Med. Hyg*. 2010;51(2):73-9
134. Guinan M.E, McGuckin-Gulnan M, Severeid A. Who eashes hands after using the bathroom? *Am J Infect Control* 1997;25:424-5
135. Early E, Battle K, Cantwell E, English J, Lavin J. E, Larson E. Effect of several interventions on the frequency of handwashing among elementary public school children. *Am J Infect Control* 1998;26:263-9
136. Bowen A, Ma H, Ou J, Billhimer W, Long T, Mintz E, Hoekstra R.M, Luby S. A Cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of a handwashing-promotion program in Chinese primary schools. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2007;76(6):1166-73
137. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dentistry Journal*, 2000;50:129-39
138. Maes L. et al. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal*, 2006;56:159-67
139. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series no. 894. Geneva, World Health Organization, 2004
140. British Medical Association, Board of Science. Preventing Childhood Obesity. British Library, 2005.
141. Thomas J. Food choices and preferences of schoolchildren. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1990;50:49-57
142. Keski-Rahkonen A. et al. Genetic and environmental factors in breakfast eating patterns. *Behavioural Genetics*, 2004;34:503-14
143. Nicklas T.A. et al. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *Journal of the American Dietetic Association*, 1993;93:886-91
144. Sampson A.E. et al. The nutritional impact of breakfast consumption on the diets of inner-city African-American elementary school children. *Journal of the American National Medical Association*, 1995;87:195-202
145. International Obesity Task Force. EU Platform on diet, physical activity and health. Brussels, International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, 2005.
146. Los Angeles County Department of Public Health, Office of Health Assessment and Epidemiology. Key Indicators of Health by Service Planning Area [Internet] June 2009 [cited 2011 Dec 23] Available from: www.publichealth.lacounty.gov/ha

147. Istraživanje zdravstvenog ponašanja školske djece u FBiH. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Sarajevo. 2002.
148. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdrastveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine 2008. godine. Sarajevo, 2009.
149. Jureša V, Musil V, Majer M, Petrović D. Prehrana i tjelesna aktivnost kao čimbenici rizika od srčanožilnih bolesti u školske djece i mladih. U: MEDICUS. Zagreb. 2010; 19(1):35-9
150. EFSA. Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. EFSA Journal [Internet] 2010; 8(3):1459. [cited 2012 Apr 2] Available from: www.efsa.europa.eu
151. European Hydration Institute. Hydration and Children. [cited 2012 Apr 2] Available from: www.europeanhydrationinstitute.org/faq.html
152. Kant AK, Graubard BI. Contributors of water intake in US children and adolescents: associations with dietary and meal characteristics – National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. Am J Clin Nutr [Internet] 2010 Oct [cited 2012 Apr 2] 92(4):887-96 Available from: [www.
http://apps.who.int/whois/whois.proxy.kobson.nb.rs](http://apps.who.int/whois/whois.proxy.kobson.nb.rs)
153. Kayapinar FC. Body Mass Index, Dietary Habits, and Nutrition Knowledge among Primary School Students. Egı̇t Arast [Internet]. 2011 Win [cited 2012 Apr 2];11(42):135-52 Available from: <http://apps.who.int/whois/whois.proxy.kobson.nb.rs>
154. Van Sluijs EMF, Skidmore PML, Mwanza K, Jones AP, Callaghan AM, Ekelund U. et al. Physical activity and dietary behaviour in a population-based sample of British 10-year old children: the SPEEDY study (Sport, Physical activity and Eating behaviour: Environmental Determinants in Young people). BMC Public Health [Internet] 2008 [cited 2011, Dec 23]; 8:388. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/388>
155. Van Duyn M. A. Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. Journal of the American Dietetic Association, 2000;100:1511-21
156. Groot RHM, Ouwehand C, Jolles J. Eating the right amount of fish: Inverted U-shape association between fish consumption and cognitive performance and academic achievement in Dutch adolescents. Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids [Internet] 2011 Mar [cited 2012 Apr 2];86(3):113-7 Available from: <http://apps.who.int/whois/whois.proxy.kobson.nb.rs>
157. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010
158. St Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. American Journal of Clinical Nutrition, 2003;79:537-53

159. Mrđenović G, Levitsky DA. Nutritional and energetic consequences of sweetened drink consumption. *Journal of Pediatrics*, 2003;142:604-10
160. Frary CD, Johnson RK, Wang MQ. Children and adolescents' choices of food and beverages high in added sugars are associated with intakes of key nutrients and food groups. *Journal of Adolescent Health*, 2004;34:56-63
161. Doyle W, Jenkins S, Crawford MA, Puvandendran. National status of schoolchildren in an inter city area. *Arch Dis Child* [Internet] 1994. [cited 2012 Feb 7] 70:376-81 Available from: <http://www.adc.bmj.com/content/70/5/376>
162. World Health Organization. WHO Child Growth Standards [Internet] 2006. [cited 2010 May 19] Available from: http://www.who.int/childgrowth/1_what.pdf
163. Pavlović M. ed. al. Ishranjenost dece. Zavod za zaštitu zdravlja Subotica. Subotica. 2000:42-43.
164. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. *America's Children: Key National Indicators of Well-Being*, 2011. Washington, DC: U.S. Government Printing Office
165. International Obesity Task Force. *Obesity in Europe: The case for action*. London, International Obesity Task Force, 2002.
166. Currie C. et al. (eds) *Young people's health context: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, *Health policy for children and adolescents*, No. 4
167. Maldivsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. *Health in the European Union Trends and analysis*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
168. Los Angeles County Department of Public Health, *Childhood Obesity: Tipping the Balance Toward Healthy Active Children*, LA Health; July 2008.
169. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P, Popkin BM. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*. Feb 2006;117:417-24
170. Los Angeles County Department of Public Health, Office of Health Assessment and Epidemiology. *Preventing Childhood Obesity: the need to create healthy places. A Cities and Communities Report*. October 2007.
171. *Designed for Disease: The Link Between Local Food Environments and Obesity and Diabetes*. California Center for Public Health Advocacy, PolicyLink, and the UCLA Center for Health Policy Research. April 2008.
172. Lumeng JC, Appugliese D, Cabral HJ, Bradley RH, Zuckerman B. Neighborhood safety and overweight status in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:25-31.
173. Ogden CL, Lamb MM, Carroll MD, Flegal KM. *Obesity and Socioeconomic Status in Children and Adolescents: United States, 2005-2008*. NCHS data brief no 51. Hyattsville, MD. National Center for Health Statistics [Internet] 2010. [cited 2012 Feb 7] Available from: <http://www.cdc.gov/nchs>

174. (Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics* 2004;113(3):475-82
175. (Nacional High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004;114(2):555-76)
176. Gregory B, Luma MD, Spiotta RT. Hypertension in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*, [Internet] 2006 May;73(9):1558-68 [cited 2012 Apr 2] Available from: <http://www.aafp.org.aafp/2006/0501/p1558.html>)
177. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005;18:189-93
178. Parfitt G, Eston RG. The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatrica*, 2005;94:1791-7
179. Nelson MD, Gordon-Larsen P. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviours. *Pediatrics*, 2006;117:1281-90.
180. Kelder SH et al. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *Journal of Public Health*, 1994;84:1121-26
181. Gidding SS. Preventive pediatric cardiology. Tobacco, Cholesterol, Obesity, and Physical Activity. *Pediatric Cardiology* 1999;46:2:253-62.
182. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood: The Bogalusa Heart study. *Pediatrics* 2001;108(3):712-8.
183. Promoting better health for young people through physical activity and sports: a report to the President. Washington DC, Center for Disease Control and Health Promotion, US Government Printing Office, 2004.
184. Chief Medical Officer. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London, Department of Health, 2004.
185. Strong WB et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 2005, 146(6):732-7.
186. Global recommendations on physical activity for health. Geneva. World Health Organization, 2010.
187. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2001;155:554-59
188. Barriers to children walking to or from school in United States, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54:942-52.

189. Nelson MC, Neumark-Stzainer D, Hannan PJ, Sirard JR, Stoory M. Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics* 2006;118:1627-34.
190. Eisenmann J C, Bartee R T, Qi Wang M. Physical Activity, TV Viewing, and Weight in U.S. Youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey; 2002.
191. Rideout VJ, Roberts DF, Foehr UG. *Generation M: Media in the lives of 8-18 year olds*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005.
192. DeBell M, Chapman C. *Computer and Internet Use by Children and Adolescents in 2001, Statistical Analysis Report*; National Center for Education Statistics 2003
193. CDC; *Participation in High School Physical Education - United States 1991-2003*; 2004.
194. Australian Bureau of Statistics (ABS); 4901.0 - *Children's Participation in Cultural and Leisure Activities*, Australia, Apr 2006.
195. Russo PM, Bruni O, Lucidi F, Ferri R, Violani C. Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research* [Internet] 2007;16(2):163-9 [cited 2012 Apr 2] Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2007.00584.x/full>
196. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics* 2003;111(2):302-7
197. Smaldone A, Honig JC, Byrne MW. *Sleepless in America: Inadequate Sleep and Relationship to Health and Well-being of Our Nation's Children*. *Pediatrics* 2007;119(1):29-37
198. (Russo PM, Bruni O, Lucidi F, Ferri R, Violani C. Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research* [Internet] 2007;16(2):163-9 [cited 2012 Apr 2] Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2007.00584.x/full>)
199. (World Health Organization. *First United Nations Global Road Safety Week*. WHO. Geneva, 2009.
200. World Health Organization. *Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020*. WHO. Geneva [Internet] 2010 [cited 2012 Apr 2] Available from: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/index.html
201. *Global status report on road safety: time for action*. Geneva, World Health Organization, [Internet] 2009 Available from: www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009
202. Liu B et al. *Helmets for preventing injury in motorcycle riders*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. issue 4
203. *Motor vehicle occupant protection fact 2006*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, [Internet] 2008 [cited 2011 Apr 23] Available from:

<http://www.nhtsa.gov/staticfiles/DOT/NHTSA/Traffic%20Injury%20Control/Articles/Associated520Files/810654.pdf>

204. WHO. UNICEF. World report on child injury prevention. World Health Organization, 2008:20
205. Pickett W et al. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 2005;11:213-8
206. Valent F, Little A, Bertollini R, Nemer LE, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *The Lancet*, 2004;363(9426):2032-9
207. Australian Institute of Health and Welfare 2010. Australia's health 2010. Australia's health series no. 12. Cat. no. AUS 122. Canberra: AIHW.
208. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2
209. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R eds. World report on violence and health. WHO. Geneva. 2002;5:5-7
210. Nansel TR et al. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003;157:348-53
211. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2003;15(3):235-44
212. Pepler D, Craig W. Making a difference in bullying. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
213. Due P. et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 2005;15(2):128-32
214. Kuzman M, Pejnović-Franelić I, Pavić Šimetin I, Mayer D, Rojnić Palavra I, Pejak M. Navike i ponašanja u vezi sa zdravljem studenata prve godine studija Sveučilišta u Zagrebu i Rijeci. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2011.
215. The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
216. Burstroem B, Fredlund P. Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 2001;55:836-40
217. Gaspar de Matros M et al. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese national Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 2003;18(1):3-14
218. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine*, 2004;59:1-12

219. Schnor C, Volmer-Larsen Niclasen B. Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2006;65(4):305-12
220. Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 2000;20:129-49
221. Gr X et al. Pubertal transitions, perceptions of being overweight and adolescents' psychological maladjustment: gender and ethnic differences. *Social Psychology Quarterly*, 2001; 64:363-75
222. Strauss RS. Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents. National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*, 1999;153:741-47.
223. Siegal JM. Body image change and adolescent depressive symptoms. *Journal of Adolescent Research*, 2002;17:27-41.
224. Piko B. Health-Related Predictors of Self-Perceived Health in a Student Population: The Importance of Physical Activity. *Journal of Community Health* [Internet] 2000;25(2):125-37 [cited 2012 Feb 7] Available from: <http://www.springerlink.com/content>
225. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995;68:653-62
226. Zullig KJ et al. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2001;29:279-88) i učešće u fizičkim aktivnostima
227. Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 2004;5:337-51
228. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. School and health, In: Curie C et al, eds. *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
229. Laursen B. Conflict and social interaction in adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 1995;5(1):55-70
230. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: finding from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278:823-32
231. Zambon A et al. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *European Journal of Public Health*, 2006; 16(6):627-32
232. Berndt TJ. Transitions in friendship and friends' influence. In: Graber JA, Brook Gunn J, Petersen AC, eds. *Transition through adolescence: Interpersonal domains and context*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1996:57-84

233. Samdal O et al. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998;13(3):383-97
234. Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour in School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 2005;15(3):200-4
235. Nutbeam D et al. Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1993;29(Suppl.1):25-30
236. Rasmussen M et al. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 2005;15(6):607-12
237. Maes L, Lievens J. Can school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 2003;56:517-29
238. Vieno A et al. School setting, school climate and wellbeing in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, 2004;2(1-2):219-38
239. Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescent Research*, 2001;16(3):293-303
240. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001;24:701-13
241. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization [Internet] 2005 [cited 2012 Jan 22] Available from URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf
242. Patel W, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008; 49(3):313-34
243. Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [Internet] 2008 [cited 2012 Jan 22] Available from URL: <http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>
244. Herman H et al. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Geneva, World Health Organization [Internet] 2004 [cited 2012 Jan 22] Available from URL: <http://aihi.unimelb.edu.au/pdf/publications/promotingMentalHealth.pdf>
245. Rao M. Promoting children's emotional well-being review. *Journal of Public Health Medicine*, 2001;23(22):168)
246. World Health Organization. Regional Office for Europe. A Snapshot of the Health of Young People in Europe. A Report prepared for the European Commission Conference on Youth Health, Brussels, Belgium, 2009.

247. Ware EJ. SF-36 Health Survey Update. [cited 2011 Jun 6] Available from URL: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.html>
248. European Commission. Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003
249. Ravens-Sieberer U et al. and the European KIDSCREEN Group. Mental Health of European Children - the KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychiatry*. 2008;15:154-63
250. Hetland J, Torsheim T, Aaro LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(3):223-30)
251. UNICEF. The state of the World's Children 2011. Adolescence: An Age of Opportunity. UNICEF [Internet] 2012 [cited 2012 May 15] Available from URL: http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWS-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
252. Warren W.C, Jones R.N, Peruga A, Chauvin J, Baptiste J.P, Costa de Silva V, El Awa F, Tsouros A, Rahman K, Fishburn B, Bettcher W.B, Asma S. Global Youth Tobacco Surveillance, 2000—2007. *MMWR, Surveillance Summary*. [Internet] January 25, 2008; 57(01):1-21. [cited 2012 May 16] Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5701a1.html>)
253. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health Human Services, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
254. Vega WA, Chen KW, Williams J. Smoking, drugs, and other behavioural health problems among multiethnic in the NHSDA. *Addictive Behaviors*, 2006; 32(9):1949-56)
255. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2006.
256. Warren CW et al. Global Youth Tobacco Surveillance, 2000-2007. *Center for Disease Control. Surveillance Summaries*, Atlanta, USA [Internet] Jan 2008; 57(1):1-21 [cited 2011 Apr 23] Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5701a1.html>
257. Stojiljkovic Dj et al. Prevalence of Tobacco Use Among Students Aged 13-15 Years in the South-Eastern Europe Health Network. *American Journal of Health Behavior* [Internet] July 2008; 32(4):438-45 [cited 2011 Apr 23] Available from: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.32.4.11>
258. Commission of the European Communities. EU Youth Report – Commission Staff Working Document. (Brisel 2009.)
259. Flash Eurobarometer 233 – The Gallup organization. Young people and drugs, Analytical report. European Commission. May 2008.

260. Johnson PB, Richter L. The relationship between smoking, drinking and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2002;30:175-83
261. Schmid H et al. Drunkenness among young people: a cross-national comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003;64(5):650-61
262. National Institute on Drug Abuse. NIDA InfoFact: Crack and cocaine [Internet] 2006 [cited 2012 Jan 22] Available from: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/cocaine.html>
263. National Institute on Drug Abuse. (2004). Marijuana: Facts parents need to know (NIH Publication No. 04-4036). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services)
264. UNODC, World Drug Report 2010. United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13
265. ter Bogt T et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid adolescents in 31 countries. *Addiction*, 2006;101(2):241-51
266. Wellings K. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368:1706-28
267. World Health Organization. Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections. 2006-2015. Geneva: WHO, 2006.
268. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortions and associated mortality. 5th ed. WHO Geneva, 2003
269. Dabo J, Malatestinić Đ, Janković S, Bofil Malović M, Kosanović V. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih – modeli prevencije. *Medicina* 2008;44(1):72-9 [cited 2011 Jan 16] Available from: <http://www.hrcaak.srce.hr/medicina>
270. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2011. Adolescence, An Age of Opportunity. New York, USA [Internet] 2011 Feb [cited 2012 Apr 12] Available from: <http://www.unicef.org/publications>
271. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchil R, Sanci LA. Youth-friendly primary care services, how are we doing and what more needs to be done. *Lancet*, 2007;369:1565-73)
272. Čosić V. Base-line istraživanje seksualnog i reproduktivnog zdravlja mladih u Bosni i Hercegovini u 20 opština: Glavni nalaz i preporuke. *Bosna i Hercegovina* [Internet] 2011. [cited 2012 Apr 5] Available from: <http://pm.rs.ba/index.php?option=com>
273. Sedlecki K. Ponašanje i stavovi adolescenata relevantni za reproduktivno zdravlje. *Stanovništvo* [Internet] 2001;39(1-4):91-117 [cited 2011 May 15] Available from: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0038-982X/2001/0038-982X0101091S.pdf>

PRILOZI

Prilog 1 Upitnik za decu i omladinu uzrasta od 7 do 19 godina

Prilog 2 Upitnik za samopopunjavanje za decu i omladinu uzrasta od 12 do 19 godina



Mi smo iz Istraživačke agencije Strateški Marketing. Radimo na projektu Ministarstva zdravlja Republike Srbije koji se bavi istraživanjem zdravlja stanovništva. Želeo(la) bih da o tome porazgovaram sa Vama. Ovaj razgovor će trajati oko 30 minuta. Sve dobijene informacije će se tretirati kao strogo poverljive i nikada se neće otkriti njihov izvor. Niste obavezni da odgovorite na pitanje na koje ne želite i u svakom trenutku možete prekinuti razgovor.

UPITNIK ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 7 DO 19 GODINA

DEO DO- INFORMACIONI PANEL UPITNIK ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 7 DO 19 GODINA

Potrebno je popuniti poseban upitnik za svakog člana domaćinstva koji ispunjava uslov, a koji živi u tom domaćinstvu. Upisati redni broj popisnog kruga u uzorku i redni broj domaćinstva u popisnom krugu, kao i ime i broj reda ispitanika. Upisati ime i šifru anketara i datum anketiranja.

DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku:

DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu:

DO3. Ime člana domaćinstva od 7 do 19 godina: _____

DO4. Broj reda člana domaćinstva od 7 do 19 godina:

DO5. Ime i prezime anketara: _____

DO6. Dan / mesec / godina anketiranja: _____

Šifra anketara:

/ /

DO7. Rezultat ankete rađene za decu i omladinu uzrasta od 7 do 19 godina:

1. Upitnik je popunjen
2. Ispitanik nije kod kuće
3. Ispitanik odbija razgovor
4. Upitnik je delimično popunjen
95. Drugo, navesti: _____

[ANK] Šifre se odnose na člana domaćinstva od 7 do 19 godina, tj. na situaciju da li je taj član pristao/la na anketiranje.

Ponoviti uvodni pozdrav ukoliko to već nije učinjeno:

Poštovani,

Ovom prilikom želimo da Vam se najsrdačnije zahvalimo u ime istraživačke agencije Strategic Marketing Research što ste izdvojili svoje vreme i učestvovali u ovoj anketi.

Strategic Marketing Research garantuje i štiti vašu anonimnost. Podaci prikupljeni na ovaj način posmatraju se samo grupno i koristiće se jedino u svrhu ovog istraživanja. Ne postoji način da se bilo koji Vaš odgovor iz ove ankete poveže sa podacima o Vašem identitetu.

U slučaju pitanja molimo Vas kontaktirajte nas na broj 011 328 49 87, Natalija Biliškov.

Hvala Vam na saradnji!

Možemo li da počnemo?

Po dobijanju pristanka, početi sa razgovorom. Ako ispitanik ne želi da nastavi, treba mu / joj se zahvaliti, kod pitanja DO7 zaokružiti odgovarajuću šifru i preći na sledeći upitnik. Konsultujte se sa kontrolorom o ishodu i sledećoj poseti.

DEO DK - DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I SOCIOEKONOMSKI STATUS

DK1	U koji razred ideš?	1. Osnovna škola	1	2	3	4	5	6	7	8	DK2	
		2. Srednja škola	1	2	3	4						
		3. Pohađam višu školu/fakultet										DK3
		4. Ne idem u školu										
DK2	Sa kakvim uspehom si završio/la prethodni razred?	1. Odličan 2. Vrlo dobar 3. Dobar 4. Dovoljan 5. Ponavljao/la 6. Nisam išao/la u školu									DK3	
DK3	Koliko imaš braće i sestara?	Upisati broj _____ braće/sestara									DK4	
DK4	Sa kim živiš?	1. Sa oba roditelja 2. Samo sa majkom 3. Samo sa ocem 4. Sa majkom i očuhom 5. Sa ocem i maćehom 6. Samo sa babom i/ili dedom 7. Sa staraocima 8. Sam 95. Drugo _____									DK5	
DK5	Da li imaš svoju sobu?	1. Ne 2. Da									DK6	
DK6	Koliko novca, po tvojoj proceni, imaš za džeparac nedeljno?	1. Nemam džeparac 2. Do 100 dinara 3. Od 101 do 300 dinara 4. Od 301 do 500 dinara 5. Preko 500 dinara									DEO HN	

DEO HN – HIGIJENSKE NAVIKE

HN1	Da li pereš ruke? [ANK] Pokazati karticu HN1		Skoro nikad	Kako - kad	Uvek	HN2
		1. Po ulasku u kuću	1	2	3	
		2. Pre jela	1	2	3	
		3. Posle upotrebe WC-a (nužnika)	1	2	3	
HN2	Koliko često pereš zube?	1. Nikad 2. Povremeno 3. Jednom dnevno 4. Više od jednom dnevno				HN3
HN3	Koliko puta si se tokom prošle nedelje kupao/la ili tuširao/la? [ANK] Odnosi se na broj dana u nedelji.	1. Nijednom 2. Jednom 3. 2 do 3 puta 4. 4 do 6 puta 5. Svaki dan				HN4
HN4	Koliko često menjaš donji veš?	1. Jednom nedeljno ili ređe 2. Svaka 3 do 4 dana 3. Svaki drugi dan 4. Svaki dan				DEO IS

DEO IS – ISHRANA

IS1	Koliko puta nedeljno:		Nikad	Ponekad	Svaki dan	IS2
		1. Doručkuješ	1	2	3	
		2. Užinaš pre podne	1	2	3	
		3. Ručaš	1	2	3	
		4. Užinaš posle podne	1	2	3	
		5. Večeraš	1	2	3	
IS2	Koliko čaša vode prosečno dnevno popiješ? [ANK] Nemojte upisivati intervale, upišite tačan broj čaša. Misli se na obične čaše od 2dl obične, mineralne, gazirane ili negazirane vode.	_____ čaša				IS3

IS3	Da li piješ mleko, jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao?	1. Nikad				IS5
		2. Ponekad				
		3. Svaki dan po jednu šolju				
		4. Svaki dan po 2 ili više šolja				IS4
IS4	Koliki procenat masnoće ima mleko koje obično konzumiraš?	1. Ne obraćam pažnju na sadržaj masti				IS5
		2. Manje od 0.5% masti (obrano)				
		3. 0.5% do 3.2% masti (delimično obrano)				
		4. Više od 3.2% masti (punomasno)				
		5. Ne pijem mleko				
IS5	Koliko često si tokom prošle nedelje jeo/la ili pio/la? [ANK] Odnosi se na broj dana u nedelji. [ANK] Pokazati karticu IS5					IS6
		Nijednom	1 do 2 puta	3 do 5 puta	6 do 7 puta	
	1. Kuvan krompir	1	2	3	4	
	2. Pržen krompir	1	2	3	4	
	3. Pirinač/testenine	1	2	3	4	
	4. Žitarice (kuvano žito, mekinje, ovsene, kukuruzne i druge pahuljice, palenta/kačamak)	1	2	3	4	
	5. Sir	1	2	3	4	
	6. Ribu	1	2	3	4	
	7. Piletinu i ostala živinska mesa	1	2	3	4	
	8. Meso (juneće, svinjsko, jagnjeće)	1	2	3	4	
	9. Mesne prerađevine	1	2	3	4	
	10. Jaja	1	2	3	4	
	11. Pasulj, grašak, sočivo i slično	1	2	3	4	
	12. Sveže povrće, salatu	1	2	3	4	
	13. Drugo povrće (jela od povrća, smrznuto, konzervirano)	1	2	3	4	
	14. Sveže voće	1	2	3	4	
	15. Drugo voće (smrznuto, konzervirano)	1	2	3	4	
	16. Kolače, keks	1	2	3	4	
	17. Slatkiše (bombone, čokolade)	1	2	3	4	
	18. Slatka bezalkoholna pića (gazirane/negazirane sokove, toplu čokoladu)	1	2	3	4	
	19. Sendvič	1	2	3	4	
	20. Čips i druge grickalice	1	2	3	4	
	21. Hranu kupljenu u pekari (paštete, pogačice, burek, pica i sl.), kiosku, restoranu brze hrane	1	2	3	4	
IS6	Koju vrstu hleba najčešće koristiš u ishrani? [ANK] Jedan odgovor	1. Beli				IS7
		2. Polubeli				
		3. Crni, ražani i slične vrste				
		4. Kombinovano				
		5. Ne jedem hleb				IS8
IS7	Koju vrstu masnih namaza najčešće mažeš na hleb? [ANK] Jedan odgovor	1. Margarin				IS8
		2. Puter				
		3. Majonez				
		4. Mast				
		5. Kajmak/krem sir/pavlaku i slično				
		6. Paštetu				
		7. Ne koristim nikakav namaz				
IS8	Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane u tvojoj kući (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.)? [ANK] Jedan odgovor	1. Svinjska mast, puter				IS9
		2. Biljna mast, margarin				
		3. Ulje				
		4. Ne koristi se masnoća NZ (Ne zna)				
IS9	Da li si na dijeti za mršavljenje?	1. Ne				IS10
		2. Da				
IS10	Da li pri izboru načina ishrane razmišljaš o svom zdravlju?	1. Nikad				DEO SV
		2. Ponekad				
		3. Često				
		4. Uvek				

DEO SV - SLOBODNO VREME, FIZIČKA AKTIVNOST I SPORT

SV1	Kako provodiš slobodno vreme?	Nikad ili skoro nikad	Ponekad	Često	
	1. Gledam televiziju, DVD, video-kasete	1	2	3	
	2. Provodim vreme igrajući se na kompjuteru	1	2	3	
	3. Slušam muziku (radio, CD, ploče)	1	2	3	
	4. Sviram neki instrument	1	2	3	
	5. Čitam knjigu	1	2	3	
	6. Crtam i pišem iz zabave	1	2	3	
	7. Idem na folklor, u plesnu školu	1	2	3	
	8. Idem na hor, čas stranog jezika, sekciju	1	2	3	
	9. Igram se ili šetam kućnog ljubimca	1	2	3	
	10. Bavim se individualnim sportom (karate, tenis, klizanje...)	1	2	3	
	11. Bavim se timskim sportom (fudbal, košarka, odbojka...)	1	2	3	
	12. Pomažem u kući ili oko kuće	1	2	3	
	13. Radim u polju, na njivi	1	2	3	
	14. Čuvam, hranim stoku/živinu	1	2	3	
	15. Idem u bioskop, pozorište, na koncerte	1	2	3	
	16. Provodim vreme sa društvom u kafiću	1	2	3	
	17. Provodim vreme sa društvom u diskoteci	1	2	3	
	95. Drugo, navesti: _____	1	2	3	SV2
SV2	Koliko vremena prosečno dnevno provodiš gledajući televiziju u toku školske godine?	1. Do 1 sat 2. Od 1 do 2 sata 3. Više od 2 sata			SV3
SV3	Koliko vremena prosečno dnevno provodiš u izradi domaćih zadataka/učenju?	1. Do 1 sat 2. Od 1 do 2 sata 3. Više od 2 sata			SV4
SV4	Da li redovno radiš fizičko vaspitanje u školi?	1. Izbegavam kad god mogu 2. Oslobođen/a sam 3. Da, radim redovno 4. Nema uslova			SV5
SV5	Koliko se često, u slobodno vreme, baviš fizičkim vežbama tako da se zaduvaž ili oznojiš?	1. Skoro svaki dan 2. 3 puta nedeljno 3. Jednom do dva puta nedeljno 4. 2 do 3 puta mesečno 5. Nekoliko puta godišnje/nikad 6. Ne mogu da vežbam zbog bolesti/invalidnosti			SV6 SV7
SV6	Koliko se sati nedeljno van škole baviš fizičkim vežbama tako da se zaduvaž ili oznojiš?	1. Do 1 sat 2. Od 2 do 3 sata 3. Od 4 do 6 sati 4. 7 sati i više			SV7
SV7	Kada ideš na spavanje radnim danom?	1. Pre 22:00 h 2. Od 22:00 do 22:59 h 3. Od 23:00 do 23:59 h (ponoći) 4. Od 00:00 do 00:59 h 5. Posle 01:00h			SV8
SV8	Koliko dugo noću spavaš radnim danom?	1. 3 do 4 sata 2. 5 do 6 sati 3. 7 do 8 sati 4. 9 i više sati			SV9a

[ANK] Na sledeća 4 pitanja odgovaraju samo mladi koji imaju 15 godina i više.

Razmisli o aktivnostima koje zahtevaju **veliki fizički napor**, a kojima si se bavio/la u poslednjih nedelju dana. Naporne fizičke aktivnosti su one pri kojima dišeš znatno teže nego obično i uključuju podizanje tereta, kopanje, aerobik ili brzu vožnju bicikla. Uzmi u obzir samo one fizičke aktivnosti koje su trajale najmanje 10 minuta u kontinuitetu.

SV9	SV9a Koliko si se u poslednjih nedelju dana bavio/la napornim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV9b SV10a
	SV9b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la baveći se napornim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV10a

Razmisli o aktivnostima koje zahtevaju **umeren fizički napor**, a kojima si se bavio/la u poslednjih nedelju dana. Umerene fizičke aktivnosti su one pri kojima se malo zaduvaž i uključuju nošenje lakših tereta, vožnju bicikla umerenom brzinom i sl. Nemoj uključivati hodanje. Uzmi u obzir samo one fizičke aktivnosti koje su trajale najmanje 10 minuta u kontinuitetu.

SV10	SV10a Koliko si se u poslednjih nedelju dana bavio/la umerenim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV10b SV11a
	SV10b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la baveći se umerenim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV11a

Sada razmisli o tome koliko si vremena u poslednjih nedelju dana proveo/la **hodajući**. Ovo uključuje hodanje do škole/posla i nazad, hodanje od jednog do drugog mesta, kao i ono koje si preduzeo/la samo zbog rekreacije, sporta, vežbanja ili razonode.

SV11	SV11a U poslednjih nedelju dana, tokom koliko dana si hodao/la najmanje 10 minuta u kontinuitetu? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV11b SV12
	SV11b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la hodajući? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV12

Sada razmisli o tome koliko si vremena proveo/la **sedeći** tokom radnih dana u poslednjem nedelji, uključujući vreme koji si proveo/la u školi/na poslu i kod kuće. Ovo podrazumeva sedenje za stolom, sedenje/ležanje prilikom učenja, gledanja televizije, čitanja, posete prijateljima, putovanje kolima, autobusom.

SV12	U poslednjih nedelju dana, koliko si ukupno vremena obično proveo/la sedeći u toku jednog RADNOG DANA?	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	DEO PS
------	--	---	-----------

DEO PS – PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU

PS1	Da li koristiš neko osvetljenje (baterijsku lampu, mačije oči na školskoj torbi, patike koje svetle i dr.) kada ideš po mraku neosvetljenom ulicom ili putem?	1. Skoro uvek 2. Ponekad 3. Nikad 4. Ne idem po mraku	PS2			
PS2	Ako voziš, da li prilikom vožnje:	Ne	Ponekad	Da	Ne vozim	PS3
	1. rolera/skejtboarda koristiš štitnike i kacigu	1	2	3	4	
	2. bicikla koristiš zaštitnu kacigu	1	2	3	4	
	3. bicikla noću koristiš prednje i zadnje svetlo	1	2	3	4	
	4. traktora noću koristiš prednja i zadnja svetla	1	2	3	4	
	5. motora koristiš zaštitnu kacigu	1	2	3	4	
	6. automobila koristiš sigurnosni pojas	1	2	3	4	
	7. automobila voziš pod uticajem alkohola	1	2	3	4	
	8. automobila prekoračuješ dozvoljenu brzinu	1	2	3	4	
9. automobila koristiš mobilni telefon	1	2	3	4		
PS3	Da li prelaziš ulicu van pešačkog prelaza ili na crveno svetlo semafora za pešake?	1. Ne 2. Da, ponekad 3. Da, često	PS4			
PS4	Da li kao suvozač koristiš :	Ne	Ponekad	Da	Ne vozim se	DEO PO
	1. u automobilu sigurnosni pojas	1	2	3	4	
	2. na motoru zaštitnu kacigu	1	2	3	4	

DEO PO - POVREDE

PO1	Da li si se u toku prethodnih 12 meseci povređivao/la?	1. Ne	DEO
		2. Da	OR
PO2	Gde se dogodilo poslednje povređivanje?	1. U saobraćaju	PO3
		2. U kući	
PO3	Gde ti je tom prilikom prvo pružena pomoć?	3. Na poslu	DEO
		4. U školi	
		5. Na ulici	OR
		6. U polju/na njivi	
		7. Na sportskom terenu	
		95. Drugo, navesti: _____	
		1. Na licu mesta – hitna pomoć	
		2. U bolnici	
		3. U domu zdravlja/ambulanti	
		4. Kod privatnog lekara	
		5. Kod narodnog iscelitelja	
		95. Drugo, navesti: _____	
		6. Nisam se obratio/la za pomoć	

DEO OR - OSTALI RIZICI I ZNANJA O ZDRAVLJU

OR1	Da li smatraš da u tvom mestu postoje sledeći rizici po zdravlje?				OR2	
		Ne	Da	Ne znam		
	1. Buka	1	2	NZ		
	2. Zagađenje vazduha	1	2	NZ		
	3. Zagađenje vode	1	2	NZ		
	4. Otpadne materije	1	2	NZ		
	5. Radioaktivno zračenje	1	2	NZ		
	6. Ultraljubičasto (UV) / sunčevo zračenje	1	2	NZ		
	7. Nasilje, kriminal	1	2	NZ		
95. Drugo, navesti: _____	1	2	NZ			
OR2	Kako procenjuješ svoju školu u odnosu na higijenu, bezbednost i mogućnost rekreacije?				OR3	
		Loša	Dobra	Odlična		
	1. Higijena	1	2	3		
	2. Bezbednost	1	2	3		
OR3	Da li smatraš da svojim ponašanjem rizikuješ da oboliš od neke od navedenih bolesti				OR4	
		Ne	Da	Već oboleo/la		Ne znam
	1. Gojaznosti	1	2	3		NZ
	2. Povišenog krvnog pritiska	1	2	3		NZ
	3. Šećerne bolesti	1	2	3		NZ
	4. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog)	1	2	3		NZ
	5. Plućnih bolesti (hronični bronhitis)	1	2	3		NZ
	6. Raka	1	2	3		NZ
	7. Polnih bolesti, side (AIDS)	1	2	3		NZ
	8. Bolesti kao posledice povrede	1	2	3		NZ
95. Drugo, navesti: _____	1	2	3	NZ		

OR4	Da li ti je tokom prethodnih 12 meseci neka od navedenih osoba savetovala da:						OR5
	[ANK] Pokazati karticu OR4	Lekar, drugi zdravstveni radnik	Učitelj, nastavnik, profesor	Član porodice	Niko me nije savetovao	Nije bilo potrebno	
	1. Manje jedeš masno	1	2	3	4	5	
	2. Uzimaš manje slatkiša	1	2	3	4	5	
	3. Jedeš više voća i povrća	1	2	3	4	5	
	4. Smanjiš težinu (oslabiš)	1	2	3	4	5	
	5. Povećaš težinu (ugojiš se)	1	2	3	4	5	
	6. Povećaš fizičku aktivnost	1	2	3	4	5	
	7. Prestaneš da pušiš	1	2	3	4	5	
8. Piješ manje alkoholnih pića	1	2	3	4	5		
OR5	Od koga najčešće saznaješ ono što te interesuje o zdravlju, rizicima po zdravlje i bolestima? [ANK] Jedan odgovor		1. Roditelja 2. Rođaka 3. Nastavnika/pedagoga 4. Druga/dругarice 5. Lekara/medicinske sestre 6. Ni od koga			OR6	
OR6	Da li pratiš teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?						OR7
		Ne	Povremeno	Da			
	1. TV	1	2	3			
	2. Radio	1	2	3			
	3. Štampa	1	2	3			
4. Internet	1	2	3				
OR7	Da li si do sada učestvovao/la u nekoj akciji koja je vezana za unapređenje zdravlja (kviz-takmičenja, akcije Crvenog krsta, držanje predavanja, pisanje literarnih ili seminarskih radova, likovne izložbe itd.)?		1. Ne 2. Da			OR8	
OR8	Da li si u prethodnih 12 meseci:						OR9
		Ne	Da	Nije bilo potrebno			
	1. Smanjio/la unos masnoća	1	2	3			
	2. Smanjio/la unos slatkiša	1	2	3			
	3. Povećao/la konzumiranje voća i povrća	1	2	3			
	4. Smanjio/la težinu (oslabio/la)	1	2	3			
	5. Povećao/la težinu	1	2	3			
	6. Povećao/la fizičku aktivnost	1	2	3			
	7. Prestao/la da pušiš	1	2	3			
8. Smanjio/la konzumiranje alkoholnih	1	2	3				
OR9	Ako si promenio/la nešto u svom ponašanju u toku prethodnih 12 meseci, koji je bio glavni razlog?		1. Zdravstveni (zbog bolesti) 2. Zbog lepote/izgleda 3. Zbog zdravijeg načina života 95. Drugo, navesti: _____ 4. Nisam promenio/la ništa			OR10	
OR10	Šta su po tvom mišljenju tri najvažnija razloga obolevanja stanovništva u našoj zemlji? [ANK] Pokazati karticu OR10 i dozvoljeno tri odgovora		-1- Pogrešna ishrana -2- Stres -3- Teški uslovi života -4- Naporan rad -5- Pušenje -6- Nedovoljno bavljenje fizičkim aktivnostima -7- Nedovoljno uzimanje vitamina, minerala -8- Gojaznost -9- Nasledni faktori -10- Alkohol -11- Nedovoljna zdravstvena zaštita - 95 - Drugo, navesti: _____			DEO ZZ	

DEO ZZ - PROCENA ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM

ZZ1	Kako bi ocenio/la svoje zdravlje u celini? <i>[ANK] Jedan odgovor.</i>	1. Vrlo loše 2. Loše 3. Prosečno 4. Dobro 5. Vrlo dobro	ZZ2																								
ZZ2	Kako procenjuješ svoju težinu? <i>[ANK] Jedan odgovor.</i>	1. Mršav/a sam 2. Nisam ni debeo/la ni mršav/a 3. Debeo/la sam 4. Ne mogu da ocenim	ZZ3																								
ZZ3	Da li si zadovoljan/na svojim celokupnim izgledom?	1. Veoma sam nezadovoljan/na 2. Nezadovoljan/na sam 3. Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na 4. Zadovoljan/na sam 5. Veoma sam zadovoljan/na	ZZ4																								
ZZ4	Kako procenjuješ svoju fizičku aktivnost? <i>[ANK] Jedan odgovor</i>	1. Vrlo loša 2. Loša 3. Prosečna 4. Dobra 5. Vrlo dobra	ZZ5																								
ZZ5	Kako procenjuješ stanje svojih zuba? <i>[ANK] Jedan odgovor</i>	1. Vrlo loše 2. Loše 3. Prosečno 4. Dobro 5. Vrlo dobro	ZZ6																								
ZZ6	Kakav je tvoj stav u vezi sa sopstvenim zdravljem?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%;">Ne slažem se</th> <th style="width: 15%;">Nisam siguran/a</th> <th style="width: 15%;">Slažem se</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ja sam odgovoran/na za svoje zdravlje</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>2. Ako budem brinuo/la o sebi biću zdrav/a</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>3. Čak ako i budem vodio/la računa o sebi, lako ću se razboleti</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>4. Ako sam zdrav/a, to je čista sreća</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		Ne slažem se	Nisam siguran/a	Slažem se	1. Ja sam odgovoran/na za svoje zdravlje	1	2	3	2. Ako budem brinuo/la o sebi biću zdrav/a	1	2	3	3. Čak ako i budem vodio/la računa o sebi, lako ću se razboleti	1	2	3	4. Ako sam zdrav/a, to je čista sreća	1	2	3	ZZ7				
	Ne slažem se	Nisam siguran/a	Slažem se																								
1. Ja sam odgovoran/na za svoje zdravlje	1	2	3																								
2. Ako budem brinuo/la o sebi biću zdrav/a	1	2	3																								
3. Čak ako i budem vodio/la računa o sebi, lako ću se razboleti	1	2	3																								
4. Ako sam zdrav/a, to je čista sreća	1	2	3																								
ZZ7	Rangiraj navedene životne vrednosti od prvog do devetog mesta prema važnosti koje one imaju za tebe: <i>(1 - najznačajnije, 2 - manje značajno,5,6,... 9 - najmanje značajno)</i> <i>[ANK] Dajte ispitaniku kartice sa atributima i zamolite ga da na desnu stranu izdvoji najznačajniji atribut, a na levu stranu najmanje značajan atribut za njega. Potom neka između njih poreda ostale attribute po značajnosti.</i>	1. Sreća u ljubavi 2. Puno para 3. Dobro zdravlje 4. Zanimljiv posao 5. Bavljenje politikom 6. Biznis (unosan posao) 7. Život u miru 8. Sloboda 9. Religija	ZZ8																								
ZZ8	Molim te da na skali od 0 do 10 oceniš zadovoljstvo svojim sadašnjim životom, gde 0 znači najgori život, a 10 znači najbolji život. Možeš koristiti sve brojeve od 0 do 10. <i>[ANK] Pokazati karticu ZZ8. Jedan odgovor.</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Najgori život</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Najbolji život</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Najgori život											Najbolji život	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		ZZ9
Najgori život											Najbolji život																
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
ZZ9	Ako nisi u potpunosti zadovoljan/na svojim sadašnjim životom, kojim delom si najmanje zadovoljan/na? <i>[ANK] Zaokružite najviše do tri odgovora</i>	-1- Porodicom -2- Školom/poslom -3- Drugovima/drugaricama -4- Ljubavnim životom -5- Novčanom situacijom -6- Političkom situacijom -7- Samim sobom -95 - Drugo, navesti: _____ 8. U potpunosti sam zadovoljan	DEO OD																								

DEO OD – ODNOSI SA DRUGIMA

OD1	Da li možeš lako da razgovaraš sa sledećim osobama o svojim problemima?				OD2	
		Takvu osobu nemam ili je ne viđam	Teško	Lako		
	1. Majka	1	2	3		
	2. Otac	1	2	3		
	3. Brat ili sestra	1	2	3		
	4. Baba ili deda	1	2	3		
	5. Rođak	1	2	3		
	6. Drug/drugarica	1	2	3		
	7. Nastavnik/pedagog	1	2	3		
8. Lekar/medicinska sestra	1	2	3			
OD2	Da li postoji neko na koga možeš računati u svakoj situaciji (problemi u školi, van škole, u porodici, ljubavni problemi i drugo)?	1. Ne 2. Da NZ (Ne zna)			OD3	
OD3	Kakav je tvoj život u školi? [ANK] Oni koji ne idu u školu, ne odgovaraju na ovo i sledeće pitanje, pređite na DEO MZ.		Ne	Da	OD4	
		1. Do sada sam imao/la samo loša iskustva u školi	1	2		
		2. U školi mi je jako dosadno	1	2		
		3. U školi se osećam nesigurno	1	2		
		4. Pod stalnim sam pritiskom obaveza u školi	1	2		
		5. Moja škola je prijatno mesto za boravak	1	2		
		6. Školski drugovi/drugarice me prihvataju takvog/vu kakav/va sam	1	2		
		7. Učenici iz moje škole vole da se druže samnom	1	2		
OD4	Kad završiš svoje sadašnje školovanje da li želiš da:		Ne	Da	Ne znam	DEO MZ
		1. Pronadeš posao što pre možeš	1	2	NZ	
		2. Nastaviš sa školovanjem	1	2	NZ	
		3. Završiš neki zanat	1	2	NZ	
		4. Obogatiš se što pre	1	2	NZ	
		5. Odvojiš se od kuće/roditelja	1	2	NZ	
		6. Osnuješ porodicu	1	2	NZ	
		7. Odeš da živiš u inostranstvu	1	2	NZ	

DEO MZ - MENTALNO ZDRAVLJE

MZ1	Da li si bio/la napet/a, pod stresom/pritiskom, tokom prethodne 4 nedelje?	1. Ne 2. Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi 3. Da, više nego ostali ljudi 4. Da, moj život je skoro nepodnošljiv					MZ2	
MZ2	Da li si tokom prethodne 4 nedelje imao/la emocionalne probleme (tuga, neraspoloženje, zabrinutost, potištenost)?	1. Ne 2. Da					MZ3	
MZ3	Koliko dugo si se u toku prethodne 4 nedelje osećao/la na opisan način: [ANK] Pokazati karticu sa skalom MZ3. Pitati za sve opise iz tabele.						DEO OA	
		Stalno	Najveći deo vremena	Dobar deo vremena	Neko vreme	Vrlo malo vremena		Nikad
	1. Bio/la sam pun/a poleta	1	2	3	4	5		6
	2. Bio/la sam veoma nervozan/a	1	2	3	4	5		6
	3. Osećao/la sam se tako potišteno da ništa nije moglo da me oraspoloži	1	2	3	4	5		6
	4. Osećao/la sam se spokojno i smireno	1	2	3	4	5		6
	5. Osećao/la sam da imam puno energije	1	2	3	4	5		6
	6. Bio/la sam tužan/a	1	2	3	4	5		6
	7. Bio/la sam iscrpljen/a	1	2	3	4	5		6
	8. Bio/la sam srećan/a	1	2	3	4	5		6
9. Osećao/la sam se umorno	1	2	3	4	5	6		

DEO OA - MOGUĆNOST OBAVLJANJA AKTIVNOSTI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

OA1	Da li boluješ od neke dugotrajne bolesti ili imaš nekih dugotrajnih zdravstvenih problema?	1. Ne 2. Da	OA2
OA2	Da li si zbog zdravstvenih razloga, poslednjih 6 meseci ili duže, ograničen u obavljanju uobičajenih aktivnosti (aktivnosti koje većina tvojih vršnjaka obično obavlja)?	1. Ne 2. Da 3. Da, veoma	DEO ZS

DEO ZS – KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM

ZS1	Kome se prvom obraćaš kad imaš zdravstveni problem? [ANK] Jedan odgovor	1. Lekaru opšte medicine/medicine rada/školskom lekaru/pedijatru 2. Specijalisti 3. Privatnom lekaru 4. Nikome, lečim se sam/a 5. Nekom drugom (roditeljima, rođacima, prijateljima)	ZS2
ZS2	Da li imaš svog lekara (opšte medicine ili pedijatra ili medicine rada) ?	1. Ne 2. Da	ZS3
ZS3	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la kod LEKARA OPŠTE PRAKSE, ŠKOLSKOG LEKARA/PEDIJATRA ILI LEKARA MEDICINE RADA?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana 3. Nikad nisam bio/la u životu	ZS4 ZS5
ZS4	Koji je bio glavni razlog tvoje poslednje posete lekaru ? [ANK] Jedan odgovor	1. Kontrola zdravlja (kada si bez tegoba), sistematski pregled 2. Bolest, povreda 3. Samo da mi propiše lekove 4. Dobijanje potvrde/opravljanja 5. Dobijanje uputa za specijalistu, laboratoriju i slično 95. Drugo, navesti: _____	ZS5
ZS5	Da li imaš svog zubnog lekara (stomatologa)?	1. Ne 2. Da	ZS6
ZS6	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la kod zubnog lekara (stomatologa)?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana 3. Nikad nisam bio/la u životu	ZS7 ZS8
ZS7	Koji je glavni razlog tvoje poslednje posete zubnom lekaru (stomatologu) ?	1. Kontrola/savet/sistematski pregled 2. Poliranje zuba i čišćenje kamenca 3. Problemi sa desnama/parodontopatija 4. Plombiranje zuba 5. Vađenje zuba 6. Zbog proteze 95. Drugo, navesti: _____	ZS8
ZS8	Koliko stalnih zuba ti nedostaje?	1. Nijedan 2. 1 - 5 zuba 3. 6 - 10 zuba 4. Više od 10 zuba, ali ne svi 5. Nemam zube/imam veštačke zube	ZS9
ZS9	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la na bolničkom lečenju?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana 3. Nikad nisam bio/la u životu	DEO LE

DEO LE - LEKOVI

LE 1	Kako uzimaš lekove?	1. Po savetu lekara 2. Samoinicijativno 3. Po savetu lekara i samoinicijativno 4. Ne uzimam ih	Kraj LE2 Kraj																								
LE2	Koje lekove uzimaš samoinicijativno bez konsultacije, saveta lekara?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ne</th> <th>Da</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Vitamine, minerale (za jačanje organizma)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Biljne preparate (za jačanje organizma i lečenje bolesti)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Antibiotike</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Za smirenje, spavanje</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. Protiv začeca (kontraceptivna sredstva)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>95. Drugo, navesti: _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ne	Da	1. Vitamine, minerale (za jačanje organizma)	1	2	2. Biljne preparate (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	1	2	3. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	1	2	4. Antibiotike	1	2	5. Za smirenje, spavanje	1	2	6. Protiv začeca (kontraceptivna sredstva)	1	2	95. Drugo, navesti: _____	1	2	Kraj
	Ne	Da																									
1. Vitamine, minerale (za jačanje organizma)	1	2																									
2. Biljne preparate (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	1	2																									
3. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	1	2																									
4. Antibiotike	1	2																									
5. Za smirenje, spavanje	1	2																									
6. Protiv začeca (kontraceptivna sredstva)	1	2																									
95. Drugo, navesti: _____	1	2																									

DEO ON - OBJEKTIVNI NALAZ		
ON1. TM (TELESNA MASA):	_ _ _ _ _ _ _	
ON2. TV (TELESNA VISINA):	Visina u stojećem položaju (cm) _ _ _ _ _ _ _	
ON3. Identifikaciona šifra saradnika na merenju	Šifra saradnika merenja _ _ _ _ _ _ _	
ON4. Rezultat merenja:	1. Izmereno 2. Odsutno 3. Odbilo merenje 4. Nije bilo moguće izvršiti merenje 95. <i>Drugo, navesti</i>	
PRIMEDBE: _____ _____ _____ _____		
ON5. Merenje krvnog pritiska:	1. Sistolni krvni pritisak	2. Dijastolni krvni pritisak
<i>[ANK] Vreme između merenja je 1 minut. Osoba kojoj se meri pritisak ne sme da menja položaj.</i>		
ON5_1. Merenje 1 vreme prvog merenja: _:_(čč/mm)	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON5_2. Merenje 2	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON5_3. Merenje 3	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON6. Rezultat merenja:	1. Izmereno 2. Odsutno 3. Odbilo merenje 4. Nije bilo moguće izvršiti merenje 95. <i>Drugo, navesti</i>	
PRIMEDBE: _____ _____ _____ _____		

Datum

IME I PREZIME ZDRAVSTVENOG RADNIKA

<i>Anketu popunio:</i>	1. Ispitanik. 2. Anketar 3. Kombinovano 4. Član domaćinstva	
PRIMEDBE ANKETARA		
_____ _____ _____ _____		
<i>Datum</i>		
IME I PREZIME ANKETARA		

UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 12 DO 19 GODINA

DEO DO- INFORMACIONI PANEL UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 12 DO 19 GODINA

A Ovaj upitnik popunjavaju deca i omladina uzrasta od 12 do 19 godina..
 B Ovaj upitnik popunjavaju sami ispitanici i svi podaci su anonimni.
 C Potrebno je da se popuni poseban upitnik za svakog člana domaćinstva uzrasta 12 do 19 godina, koji živi u tom domaćinstvu.
 Upisati redni broj popisnog kruga u uzorku i redni broj domaćinstva u popisnom krugu, kao i broj reda ispitanika.
 Upisati ime i šifru anketara i datum anketiranja.
 Popuniti zajedno sa ispitanikom pitanja iz sekcije P – Probni deo, a zatim ispitanik nastavlja sam sa popunjavanjem upitnika.

DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku:

DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu:

DO3. Broj reda člana domaćinstva:

DO4. Dan / mesec / godina anketiranja: / /

DO5. Rezultat ankete rađene za samopopunjavanje:

[ANK] Šifre se odnose na ispitanika, tj. na to da li je ispitanik pristao na anketiranje.

1. Upitnik je popunjen
2. Ispitanik nije kod kuće
3. Ispitanik odbija razgovor
4. Upitnik je delimično popunjen
5. Ispitanik nije u stanju da odgovara
95. Drugo, navesti: _____

Ponoviti uvodni pozdrav ukoliko to već nije učinjeno:

Poštovani,

Ovom prilikom želimo da Vam se najsrdahnije zahvalimo u ime istraživačke agencije Strategic Marketing Research što ste izdvojili svoje vreme i učestvovali u ovoj anketi.

Strategic Marketing Research garantuje i štiti vašu anonimnost. Podaci prikupljeni na ovaj način posmatraju se samo grupno i koristeće se jedino u svrhu ovog istraživanja. Ne postoji način da se bilo koji Vaš odgovor iz ove ankete poveže sa podacima o Vašem identitetu.

U slučaju pitanja molimo Vas kontaktirajte nas na broj 011 328 49 87, Natalija Biliškov.

Hvala Vam na saradnji!

P PROBNI DEO – ovaj deo popuniti zajedno sa ispitanikom

P1	Da li lično poznajete osobe koje piju kafu?	1. da 2. ne	P2
P2	Da li ste vi lično ikada pili kafu?	1. da → pređi na pitanje P3 i dalje redom	P3
		2. ne → pređi na sledeću sekciju	Sledeća sekcija
P3	U kojoj godini života ste prvi put probali kafu?	Upišite godinu života u kojoj ste prvi put pili kafu - u _____ godini	P4
P4	Da li ste pili kafu tokom poslednjih 12 meseci?	1. da 2. ne	P5
P5	Da li ste pili kafu tokom poslednjih 30 dana?	1. da 2. ne	P6
P6	Koliko ste dana u proteklih 30 dana pili kafu?	Upišite broj dana, _____ dana	Sledeća sekcija

DEO PU – PUŠENJE				
PU 1	Da li ti ili neko od članova tvog domaćinstva puši u kući?	1. Ne, niko 2. Da, neko	PU2	
PU2	Koliko si sati dnevno u proseku izložen/a duvanskom dimu u zatvorenom prostoru?	1. Više od 5 h 2. Od 1 do 5 h 3. Manje od 1 h 4. Nisam izložen/a	PU3	
PU3	Da li si ikad pušio/la?	1. Ne →pređi na pitanje PU11	PU11	
		2. Da	PU4	
PU4	Da li si tokom života popušio/la bar 100 cigareta?	1. Ne 2. Da	PU5	
PU5	Da li si ikad pušio/la svakodnevno (svaki dan u toku bar jedne godine)? Koliko godina ukupno?	1. Ne 2. Da, ukupno _____ godina	PU6	
PU6	Da li sad pušiš?	1. Ne	PU7	
		2. Da, povremeno	PU8	
		3. Da, svakodnevno →pređi na pitanje PU8	PU8	
PU7	Kada si poslednji put pušio/la svakodnevno?	1. Pre manje od 1 mesec 2. Pre 1 do 6 meseci 3. Pre 6 do 12 meseci 4. Pre 1 do 5 godina 5. Pre 5 do 10 godina 6. Pre više od 10 godina	PU8	
		7. Nikad nisam pušio/la svakodnevno →pređi na pitanje PU9	PU9	
PU8	Koliko prosečno pušiš u toku jednog dana, ili si pušio/la pre nego što si prestao/la svakodnevno da pušiš?	-1- Fabrički proizvedenih cigareta _____ dnevno -2- Samostalno zavijene cigarete _____ dnevno -3- Lula duvana _____ dnevno -4- Cigare/cigarilosi _____ dnevno	PU9	
PU9	Da li želiš da prestaneš da pušiš?	1. Ne 2. Da 3. Nisam siguran/na 4. Ne pušim	PU10	
PU10	Da li si ikad ozbiljno pokušao/la da prestaneš sa pušenjem i nisi pušio/la najmanje 24 h?	1. Tokom prošlog meseca 2. Pre 1 do 6 meseci 3. Pre 6 do 12 meseci 4. Pre više od 12 meseci 5. Nikad	PU11	
PU11	Da li si zabrinut/a zbog štetnih posledica pušenja/duvanskog dima po tvoje zdravlje?	1. Ne, nimalo 2. Ne previše 3. Da, pomalo 4. Da, veoma	PU12	
PU12	Da li neko od sledećih osoba iz tvoje okoline puši?			
		Ne	Da	Nemam takvu osobu
	1. Majka	1	2	3
	2. Otac	1	2	3
	3. Brat/sestra	1	2	3
	4. Baba/deda	1	2	3
	5. Najbolji drug ili drugarica	1	2	3
6. Neko iz tvog društva	1	2	3	PU13

PU13	Kakav je tvoj stav o pušenju?			
		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam
1.	Zabavno je	1	2	NZ
2.	Smiruje nerve	1	2	NZ
3.	Mnogi puše da bi bili važni	1	2	NZ
4.	Olakšava kontakt sa drugima	1	2	NZ
5.	Poboljšava koncentraciju	1	2	NZ
6.	Pomaže mršavljenju	1	2	NZ
7.	Štetno je po zdravlje	1	2	NZ
8.	Onaj ko puši neprijatno miriše	1	2	NZ
9.	Pušenje je rasipanje para	1	2	NZ

DEO
UA

DEO UA - UPOTREBA ALKOHOLA

UA1	Koja od navedenih izjava se odnosi na tebe? (IZABERI JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA).	1. Nikada nisam pio/la alkoholna pića (pivo, vino, žestoka pića, koktele i sl.) →pređi na pitanje UA9					UA9		
		2. Probao/la sam da pijem jednom ili dva puta →pređi na pitanje UA8					UA8		
		3. Pio/la sam, ali više ne →pređi na pitanje UA8					UA8		
		4. Pijem alkoholna pića povremeno					UA2		
		5. Pijem alkoholna pića svakodnevno					UA2		
UA2	Koliko si imao/la godina kada si prvi put popio/la neko alkoholno piće? (NE UKLJUČUJE SE GUTLJAJ IZ TUĐE ČAŠE).	_____godina				UA3			
UA3	Koliko često piješ sledeća alkoholna pića? (POD OVIM SE PODRAZUMEVA I KAD POPIJEŠ SASVIM MALO)		Nikad	Nekoliko puta godišnje	2–3 puta mesečno	Jedanput nedeljno	2–3 puta nedeljno	Svaki dan	UA4
		1. Pivo	1	2	3	4	5	6	
		2. Vino	1	2	3	4	5	6	
		3. Žestoka pića	1	2	3	4	5	6	
		4. Likere	1	2	3	4	5	6	
		5. Koktele	1	2	3	4	5	6	
UA4	Koliko si čaša ili flaša sledećih pića popio/la tokom prošle nedelje?	1. Flaša piva - 0,5 l	_					UA5	
2. Čaša vina - 0,2 l	_								
3. Čašica žestokog pića - 0,03 l	_								
4. Čašica likera - 0,03 l	_								
UA5	Koliko često se dešava da popiješ 6 ili više alkoholnih pića u toku jedne prilike?	1. Nikad 2. Nekoliko puta godišnje 3. Jednom mesečno 4. Jednom nedeljno 5. Dnevno ili skoro svaki dan							UA6
UA6	Da li kupuješ alkoholna pića na nekom od sledećih mesta?		Ne	Da					
		1. U radnji/samoposluzi	1	2					
		2. U restoranu, kafiću, diskoteci	1	2					
		3. Privatno/na pijaci	1	2					
		95. Drugo, navesti _____	1	2					
UA7	Da li piješ alkoholna pića na nekom od navedenih mesta?		Ne	Da					
		1. Kod kuće	1	2					
		2. Na poslu, u školi	1	2					
		3. Kod druga ili rođaka	1	2					
		4. U kafiću, diskoteci ili na žurci	1	2					
		5. U restoranu ili kafani	1	2					
		6. Na ulici	1	2					
		95. Drugo, navesti _____	1	2					

UA7

UA8

UA8	Da li si se ikada napio/la?	1. Nijednom 2. Jednom 3. Dva ili više puta			UA9	
UA9	Da li neko od tebi bliskih osoba svakodnevno pije alkoholna pića ?		Ne	Da	Nemam takvu osobu	UA10
	1. Majka	1	2	3		
	2. Otac	1	2	3		
	3. Brat/sestra	1	2	3		
	4. Baba/deda	1	2	3		
	5. Najbolji drug ili drugarica	1	2	3		
	6. Neko iz tvog društva	1	2	3		
UA10	Kakav je tvoj stav o alkoholu?		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam	DEO UP
	1. Smanjuje napetost i opušta	1	2	NZ		
	2. Uliva hrabrost, smanjuje strah	1	2	NZ		
	3. Popravlja raspoloženje	1	2	NZ		
	4. Piće se u društvu ne odbija	1	2	NZ		
	5. Male količine ne škode zdravlju	1	2	NZ		
	6. Lekovit je	1	2	NZ		
	7. Šteti zdravlju	1	2	NZ		

DEO UP - UPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

UP1	Da li si čuo/la za sledeća sredstva i šta misliš o njima? (U SVAKOM REDU ZAOKRUŽI JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA)		Nikad čuo/la	Čuo/la, ali ništa ne znam o njima	Bezopasna su ako se koriste pravilno	Uvek su štetna	UP2
	1. Amfetamin (spid)	1	2	3	4		
	2. Barbiturati (sredstva za spavanje)	1	2	3	4		
	3. Kanabis (marihuana, hašiš)	1	2	3	4		
	4. Ekstazi	1	2	3	4		
	5. Kokain (koka)	1	2	3	4		
	6. Halucinogene droge (LSD)	1	2	3	4		
	7. Heroin	1	2	3	4		
	8. Morfijum	1	2	3	4		
	9. Krek	1	2	3	4		
	10. Rastvarači (lepak)	1	2	3	4		
	11. Sredstva za umirenje (npr. bensedin, librijum)	1	2	3	4		
	12. Sredstva protiv bolova (npr. trodon)	1	2	3	4		
	13. Kombinacija (npr. trodon i alkohol ili neka druga)	1	2	3	4		
UP2	Da li ti je ikad ponuđeno neko od navedenih sredstava?	1. Ne → predi na pitanje UP4				UP4	
		2. Da				UP3	
UP3	Ako ti je bilo kada ponuđeno nešto od navedenih sredstava, ko ti je ponudio?		Ne	Da		UP4	
	1. Najbolji drug/dugarica	1	2				
	2. Neko iz društva	1	2				
	3. Neko nepoznat koga je jedan od drugova doveo u društvo	1	2				
UP4	Upiši da li neko od tvojih prijatelja iz društva:		Ne	Da	Ne znam	UP5	
	1. „Duva” lepak	1	2	NZ			
	2. Puši „travu”	1	2	NZ			
	3. Uzima heroin, kokain i slično	1	2	NZ			
	4. Uzima tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)	1	2	NZ			

UP5	Da li si probao/la ili uzimaš neko od navedenih sredstava?		Ne	Da	UP6
		1. Lepak	1	2	
		2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)	1	2	
		3. Marihuanu	1	2	
		4. Hašiš	1	2	
		5. Ekstazi	1	2	
		6. Kokain	1	2	
		7. Heroin	1	2	

AKO NIKAD NISI PROBAO/LA NEKO OD NAVEDENIH SREDSTAVA U PRETHODNOM PITANJU PREDI NA PITANJE UP9.

UP6	Koliko si imao/la godina kada si prvi put probao/la:	1. Lepak godina	2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.) godina	3. Marihuanu..... godina	4. Hašiš..... godina	5. Ekstazi..... godina	6. Kokain..... godina	7. Heroin..... godina	UP7
-----	--	-----------------------	---	--------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----

UP7	Gde si prvi put probao/la neko od prethodno navedenih sredstava?	1. Na žurci, u diskoteci, kafiću	2. Na ulici	3. U školi	4. U stanu svoga druga/rice ili svom stanu	95. Drugo, navesti _____	UP8
-----	--	----------------------------------	-------------	------------	--	--------------------------	-----

UP8	Da li si neko od navedenih sredstava koristio/la u prethodne 4 nedelje?		Ne	Da	UP9
		1. Lepak	1	2	
		2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)	1	2	
		3. Marihuanu	1	2	
		4. Hašiš	1	2	
		5. Ekstazi	1	2	
		6. Kokain	1	2	
		7. Heroin	1	2	

UP9	Kakav je tvoj stav o drogama?		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam	DEO SP
	1.Smanjuju napetost i opuštaju	1	2	NZ		
	2.Popravljaju raspoloženje	1	2	NZ		
	3.Marihuana ne izaziva zavisnost	1	2	NZ		
	4.Male količine ne škode zdravlju	1	2	NZ		
	5.Droge podstiču kreativnost	1	2	NZ		
	6.Bolje je i ne probati ih	1	2	NZ		
	7.Treba legalizovati prodaju marihuane	1	2	NZ		
	8.Štetne su po zdravlje	1	2	NZ		

DEO SP – SEKSUALNO PONAŠANJE

SP1	Da li si stupio/la u seksualne odnose?	1. Ne	SP2
		2. Da →pređi na pitanje SP3	SP3
SP2	Navedi razlog:	1. Nemam partnera	SP11
		2. Iz zdravstvenih razloga	
		3. Rano je za to	
		95. Drugo, navesti _____	
SP3	Koliko si imao/la godina kada si prvi put stupio/la u seksualne odnose?	_____ godina	SP4
SP4	Koji je bio tvoj glavni razlog za stupanje u prvi seksualni odnos? (JEDAN ODGOVOR)	1. Zato što je većina iz mog društva to već iskusila	SP5
		2. Insistiranje partnera	
		3. Radoznalost	
		4. Bio/la sam pod dejstvom alkohola/droge	
		5. Strast	
		6. Ljubav prema partneru	
		7. Zato što sam mislio/la da je vreme za to	
		8. Zbog poklona	

SP5	Da li si u prethodnih 12 meseci imao/la seksualne odnose?	1. Ne →pređi na pitanje SP11				SP11
		2. Da				SP6
SP6	Da li imaš stalnog partnera/ku (momka/devojku, osobu sa kojom si u bračnoj/vanbračnoj vezi)?	1. Ne →pređi na pitanje SP8				SP8
		2. Da				SP7
SP7	Da li ti i tvoj stalni partner/ka koristite pri seksualnom odnosu neko od sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće (kontracepciju)?		Ne	Da, ponekad	Da, stalno	SP8
		1. Pilulu	1	2	3	
		2. Intrauterinu spiralu	1	2	3	
		3. Lokalna hemijska sredstva (penu, AB film)	1	2	3	
		4. Kondom (prezervativ-gumicu)	1	2	3	
		5. Dijafragmu	1	2	3	
		6. Neplodne dane	1	2	3	
		7. Prekinut odnos	1	2	3	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	3	
SP8	Da li si u prethodnih 12 meseci imao/la seksualne odnose sa osobom koja nije tvoj stalni partner? (ISKLUČUJE SEKS ZA NOVAC/USLUGU)	1. Ne →pređi na pitanje SP11				SP11
		2. Da				SP9
SP9	Koliko takvih partnera si imao/la u prethodnih 12 meseci?	_____				SP10
SP10	Da li je korišćen kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa takvim partnerom?	1. Ne				SP11
		2. Da				
SP11	Da li si čuo/la za virus koji se zove HIV i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva ?	1. Ne →pređi na DEO NA				DEO NA
		2. Da				SP12
SP12	Šta misliš o sledećim izjavama?		Tačno	Netačno	Ne znam	SP13
		1. Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om ako imaju samo jednog seksualnog partnera koji nije zaražen i nema druge partnere.	1	2	NZ	
		2. Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om pravilnom upotrebom kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa.	1	2	NZ	
		3. Sida se može dobiti ujedom komarca.	1	2	NZ	
		4. Osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac HIV-a.	1	2	NZ	
		5. Osoba se može inficirati HIV-om ako deli hranu sa inficiranom osobom.	1	2	NZ	
		6. HIV se može preneti sa majke na dete tokom trudnoće.	1	2	NZ	
		7. HIV se može preneti sa majke na dete prilikom porođaja.	1	2	NZ	
		8. HIV se može preneti sa majke na dete preko mleka prilikom dojenja.	1	2	NZ	
		9. Nastavniku koji ima virus, a još nije oboleo od side, treba dozvoliti da i dalje radi u školi.	1	2	NZ	
		10. I dalje treba kupovati hranu kod prodavca za koga si saznao da ima sidu ili virus side.	1	2	NZ	
SP13	Da li si se testirao/la na HIV?	1. Ne →pređi na pitanje SP15				SP15
		2. Da				SP14
SP14	Da li su ti saopšteni rezultati?	1. Ne				SP15
		2. Da				
SP15	Da li znaš mesto gde možeš da se testiraš na HIV?	1. Ne				DEO NA
		2. Da				

DEO NA - NASILJE

NA1	Da li si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen nekom fizičkom nasilju?		Ne	Da	NA2
		1. U porodici	1	2	
		2. U školi/na radnom mestu	1	2	
		3. Na ulici	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA2	Da li si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen nekom psihičkom maltretiranju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju...)?		Ne	Da	NA3
		1. U porodici	1	2	
		2. U školi/na radnom mestu	1	2	
		3. Na ulici	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA3	Ukoliko si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen fizičkom nasilju ili psihičkom maltretiranju, da li si se obraćao/la za pomoć?		Ne	Da	NA4
		1. Socijalnom radniku	1	2	
		2. Zdravstvenom radniku	1	2	
		3. SOS službi	1	2	
		4. Policiji	1	2	
		5. Roditelju, rođaku, prijatelju	1	2	
		6. Učitelju, nastavniku, profesoru	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA4	Da li se do sada dešavalo da ti nekoga:		Ne	Da	NA4a
		1. Psihički maltretiraš (vređaš, ponižavaš...)	1	2	
		2. Tučeš	1	2	
NA4a <input type="checkbox"/> <i>Ispitanik je žensko. ⇒ Pređi na deo RZ.</i> <input type="checkbox"/> <i>Ispitanik je muško. ⇒ Završio si sa popunjavanjem.</i>					

RZ - REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE

RZ1	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bila kod ginekologa?	1. Da, ____ puta	RZ2	
		2. Bila sam pre više od godinu dana		
		3. Nikad nisam bila → pređi na pitanje RZ5		RZ5
RZ2	Koliko godina si imala kada si prvi put bila kod ginekologa?	_____ godina	RZ3	
RZ3	Kod ginekologa najčešće ideš zbog: (JEDAN ODGOVOR)	1. Tegoba	RZ4	
		2. Kontracepcije		
3. Kontrole zdravlja (sistematski pregled)				
4. Trudnoće				
5. Abortusa				
95. Drugo, navesti _____				
RZ4	Koliko često ideš na ginekološke preglede, iako se osećaš zdrava?	1. Jedanput godišnje 2. Jedanput u 2 godine 3. Ređe 4. Ne idem	RZ5	
RZ5	Da li si do sada bila trudna?	1. Ne → završila si sa popunjavanjem	KRAJ	
		2. Da	RZ6	
RZ6	Kakav je bio ishod tvoje poslednje trudnoće?	1. Živorodeno dete/ca 2. Mrtvorodeno dete/ca 3. Spontani pobačaj 4. Namerni pobačaj 5. Trudnoća u toku	RZ7	
RZ7.	Da li si radala u toku prethodnih 12 meseci?	1. Ne	RZ9	
		2. Da	RZ8	
RZ8	Posle tvog poslednjeg porođaja, da li te je u prvoj nedelji nakon izlaska iz porodilišta posetila u kući neka od sledećih osoba:		Ne	Da
		1. Doktor	1	2
		2. Medicinska/patronažna sestra	1	2
RZ9	Navedi ukupan broj namernih prekida trudnoća koje si imala:	_____	KRAJ	