

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Janko V. Janković

**Procena povezanosti socijalno-ekonomskih
nejednakosti i obolevanja stanovništva**

Doktorska disertacija

Beograd, 2012

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE

Janko V. Janković

**Assessment of the association between
socioeconomic inequalities and morbidity of
the population**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2012

Mentor: Prof. dr Snežana Simić, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Komentor: Prof. dr Jelena Marinković, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi komisije:

1. Prof. dr Dejana Vuković, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
2. Doc. dr Goran Trajković, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
3. Prof. dr Vera Grujić, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

Datum odbrane doktorske disertacije:

*Zahvaljujem se svojoj mentorici, prof. dr. Snežani Simić
i komentorki prof. Jeleni Marinković
na pomoći i podršci tokom izrade rada.*

Ognjenu i Maji s ljubavlju

Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva

SAŽETAK

Uvod: Najveći doprinos nejednakostima u zdravlju, koje postoje kako unutar, tako i između zemalja širom sveta, pripisuje se socijalno-ekonomskim determinantama zdravlja. Što je socijalno-ekonomsko stanje ljudi gore, to je veća verovatnoća da sopstveno zdravlje procenjuju kao lošije uz češće prisustvo zdravstvenih simptoma i hroničnih stanja. Cilj ove disertacije bio je da se ispita povezanost demografskih i socijalno-ekonomskih determinanti sa obolevanjem stanovništva, da se konstruišu indeksi obolevanja uz procenu njihove pouzdanosti i validnosti, i da se izvrši analiza i poređenje socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju u 2000. i 2006. godini.

Metod: U ovoj studiji korišćeni su podaci iz dva nacionalna ispitivanja zdravstvenog stanja stanovnika Republike Srbije, sprovedenih 2000. i 2006. godine po tipu studije preseka na reprezentativnom uzorku odraslih osoba uzrasta 20 i više godina (9921 u prvom i 14.522 u drugom ispitivanju). Kao instrument ispitivanja zdravlja stanovnika korišćeni su upitnici.

Rezultati: Kao najučestaliji prediktori obolevanja stanovništva izdvojile su se sledeće varijable: pol, godine starosti, obrazovanje, radni status i materijalno stanje domaćinstva. Ispitanici sa nižim obrazovanjem (UO=2,69 u 2000. godini; UO=3,08 u 2006. godini), nezaposleni (UO=1,24 u 2000. godini; UO=1,53 u 2006. godini), neaktivno stanovništvo (UO=1,58 u 2000. godini; UO=1,96 u 2006. godini) i oni sa lošijim materijalnim stanjem domaćinstva (UO=4,34 u 2000. godini; UO=5,03 u 2006. godini) češće procenjuju svoje zdravlje kao loše. Vrednosti korišćenih indeksa obolevanja su veće u istraživanju iz 2000. godine, što ukazuje na bolje zdravstveno stanje stanovništva u 2006. godini.

Zaključak: Žene, stariji ispitanici, oni koji žive u gradu, ispitanici sa nižim obrazovanjem, nezaposleno i neaktivno stanovništvo i ispitanici koji svoje materijalno stanje procenjuju kao loše imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, tj. bolesniji su i češće

procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše. U ispitivanom šestogodišnjem periodu došlo je do smanjenja socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju i poboljšanja zdravstvenog stanja stanovnika Republike Srbije.

Ključne reči: Ispitivanje zdravlja; merenje zdravstvenog stanja; nejednakosti u zdravlju; obolevanje; socijalno-ekonomske determinante; Srbija

Assessment of the association between socioeconomic inequalities and morbidity of the population

ABSTRACT

Introduction: The greatest contribution to inequalities in health both within and between countries is attributable to the socioeconomic determinants of health. The lower the socioeconomic status, the higher the probability of reporting a poor self-perceived health and the higher the prevalence of health problems and chronic conditions. The aim of this doctoral dissertation was to examine the associations between demographic, socioeconomic determinants and morbidity of the population, to construct morbidity indices with assessment of their reliability and validity, and to analyze and compare socioeconomic inequalities in health between 2000 and 2006.

Methods: Data from the 2000 and the 2006 National Health Surveys for Serbia were used, conducted as cross-sectional studies on a representative sample of adults aged 20 years and over (9921 in the first survey and 14,522 in the second survey). The information on population health was obtained from the questionnaires.

Results: The most frequent predictors of morbidity of the population are: gender, age, education, employment status and financial situation of the household. Respondents with lower education (OR=2,69 in year 2000; OR=3,08 in year 2006), unemployed (OR=1,24 in year 2000; OR=1,53 in year 2006), inactive (OR=1,58 in year 2000; OR=1,96 in year 2006) and those with worse financial situation of the household (OR=4,34 in year 2000; OR=5,03 in year 2006) were more likely to report poor self-perceived health. The values of used morbidity indices were higher in 2000 National Health Survey, which implies better health status of the population in 2006.

Conclusion: Women, elderly people, urban residents, those with low educational attainment, unemployed, inactive and respondents who assessed their financial situation as poor had higher scores of morbidity indices, i.e. they were sicker and more frequently assessed their health as average or poor. The study suggests that socioeconomic inequalities

in health decreased over a six year period and that health status of the Serbian population improved.

Key words: health survey; health status measurement; inequalities in health, morbidity, socio-economic determinants; Serbia

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Nejednakosti u zdravlju	1
1.2. Socijalno-ekonomske determinante zdravlja	3
1.2.1. Siromaštvo	4
1.2.2. Radni status	6
1.2.3. Obrazovanje	7
1.2.4. Primanja	8
1.2.5. Socijalno-ekonomsko stanje	9
1.2.6. Rizični stilovi života	11
1.3. Nejednakosti u zdravlju kao rezultat interakcija između determinanti zdravlja	12
1.4. Merenje zdravstvenog stanja stanovništva	14
1.4.1. Samoprocena zdravlja	15
1.4.2. Prevalencija hroničnih bolesti	16
2. CILJEVI RADA I HIPOTEZE	18
3. METOD	19
3.1. Izvor podataka i tip studije	19
3.2. Uzorak	19
3.3. Instrumenti ispitivanja	20
3.4. Varijable	23
3.5. Konstrukcija indeksa obolevanja ...	30
3.6. Statističke metode obrade podataka	33
4. REZULTATI	36
4.1. Osnovne karakteristike populacije	36
4.1.1. Demografske karakteristike ispitanika	36
4.1.2. Socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika	37
4.1.3. Životni stilovi ispitanika	39
4.2. Rezultati faktorskih analiza za odabrane indekse obolevanja	41
4.2.1. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2000. god. ...	41
4.2.2. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2006. god. ...	43
4.2.3. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2000. godinu	45
4.2.4. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2006. godinu	47
4.2.5. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2000. godinu	49
4.2.6. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2006. godinu	52
4.2.7. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2000. godinu	55

4.2.8. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2006. godinu	58
4.3. Analiza osobina indeksa obolevanja.....	61
4.3.1. Karakteristike indeksa obolevanja i njihovih tercila za 2000. godinu	61
4.3.2. Karakteristike indeksa obolevanja i njihovih tercila za 2006. godinu	61
4.3.3. Razlike indeksa obolevanja između dva istraživanja.....	65
4.4. Ispitivanje povezanosti pokazatelja morbiditeta sa determinantama zdravlja.....	66
4.4.1. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu	66
4.4.2. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	67
4.4.3. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu	71
4.4.4. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	75
4.4.5. Povezanost tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2000. godinu	78
4.4.6. Povezanost tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	81
4.4.7. Povezanost tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu	84
4.4.8. Povezanost tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	87
4.4.9. Povezanost tercila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu	90
4.4.10. Povezanost tercila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	94
4.4.11. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu.....	97
4.4.12. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu	101
4.5. Razlike između dva istraživanja u značajnosti povezanosti pokazatelja morbiditeta i determinanti zdravlja.....	105
4.5.1. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja.....	105
4.5.2. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja.....	105
4.5.3. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja	110
4.5.4. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja	110
4.5.5. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja	115
4.6. Razlike indeksa i tercila prilagođenih na determinante zdravlja u dva vremenska perioda.....	118
5. DISKUSIJA.....	123
5.1. Povezanost demografskih karakteristika ispitanika i obolevanja	123
5.2. Povezanost socijalno-ekonomskih karakteristika ispitanika i obolevanja.....	126
5.3. Povezanost životnih stilova ispitanika i obolevanja	134
5.4. Prednosti i nedostaci istraživanja	136
5.5. Doprinosi istraživanja i implikacije na javno zdravlje i buduća istraživanja.....	139

6. PREPORUKE ZA SMANJENJE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU.....	141
7. ZAKLJUČCI.....	146
8. LITERATURA	149
9. PRILOZI.....	160
9.1. Upitnik za domaćinstvo 2000	
9.2. Upitnik za odrasle osobe starosti 20 i više godina 2000	
9.3. Upitnik za samopunjavanje za odrasle 2000	
9.4. Upitnik za domaćinstvo 2006	
9.5. Upitnik za odrasle osobe starosti 20 i više godina 2006	
9.6. Upitnik za samopunjavanje za odrasle 2006	

1. UVOD

1.1. Nejednakosti u zdravlju

Postoji više definicija nejednakosti u zdravlju. Re i saradnici (Rae i sar., 2007) ih definišu kao razlike u zdravstvenom stanju ili distribuciji determinanti zdravlja među populacionim grupama. Po Vajthedu (Whitehead, 1990) to su razlike u zdravlju koje su nepravedne i nepoštene i koje se mogu izbeći, dok Grejem (Graham, 2004) smatra da su nejednakosti u zdravlju sistematske razlike u zdravlju grupa ljudi ili zajednica koje imaju nejednake pozicije u društvu.

Reči „nejednakost“ (*inequality*) i „nepravednost“ (*inequity*) se često mešaju, stoga je važno definisati i nepravednost u zdravlju. Neke nejednakosti u zdravlju nastaju kao posledica bioloških razlika (npr. razlika u prosečnom očekivanom trajanju života između žena i muškaraca) ili slobodnog izbora ponašanja koje je štetno za zdravlje (npr. bavljenje ekstremnim sportovima), dok druge nastaju kao proizvod sredinskih i socijalno-ekonomskih determinanti koje su izvan kontrole pojedinca (npr. razlike u smrtnosti od određenih bolesti između pripadnika različitih socijalno-ekonomskih klasa u društvu). U prvom slučaju, bilo bi etički i ideološki neprihvatljivo da utičemo na determinante zdravlja i to je razlog što nejednakosti u zdravlju koje nastaju kao posledica bioloških razlika ili kao posledica slobodnog izbora ne možemo smatrati nepoštenim, niti se one mogu sprečiti ili otkloniti. U drugom slučaju, nejednakosti u zdravlju su nepravedne i nepoštene, vode ka nepravednosti u zdravlju i mogu se izbeći. Stoga nepravednost predstavlja neuspeh u izbegavanju ili savladavanju nejednakosti u zdravlju čime se ugrožavaju ljudska prava i može se definisati kao moralna kategorija duboko usađena u političku stvarnost, kao i pregovaranje o odnosima socijalne moći (WHO, 2005; WHO, 2012a).

Uprkos globalnom bogatstvu i tehnološkom napretku, nejednakosti u zdravlju su sve veće i veće (Mackenbach i sar., 2003). One i dalje rastu unutar zemalja, čak i kada je više resursa na raspolaganju i uprkos primeni najboljih intervencija zasnovanih na dokazima. Suočeni sa ovim izazovom, donosioci zdravstvenih odluka traže načine za prelazak sa rešenja usmerenih na bolest na ona usmerena na ljude, uzimajući u obzir

realnost svakodnevnog života i društva u kojima oni žive. Takav pristup zahteva uključivanje pravednosti u zdravlju u sve zdravstvene politike (WHO, 2006a).

Prema definiciji radne grupe tima za jednakost Svetske zdravstvene organizacije (WHO, 2005) pravednost u zdravlju se može definisati kao odsustvo nepoštenih razlika, kao i razlika koje se mogu izbeći ili otkloniti, kako među stanovništvom, tako i u socijalnim grupama koje su određene socijalno, ekonomski, demografski i geografski. Pravednost u zdravlju po Dalgrenu i Vajthedu (Dahlgren i Whitehead, 2006a) znači da sve osobe imaju jednaku šansu da postignu najbolje moguće zdravstveno stanje, bez obzira na njihovo socijalno-ekonomsko stanje.

Jedna od reakcija na nejednakosti u zdravlju bila bi ulaganje više napora u prevenciju i suzbijanje vodećih hroničnih nezaraznih bolesti (tzv. bolesti ubica) i unapređenje zdravstvenih sistema. Međutim, unapređena zdravstvena zaštita nije dovoljna za suočavanje sa najvećim zdravstvenim pretnjama današnjice, kao ni za prevazilaženje nejednakosti u zdravlju. Druga zakasnela reakcija bi bila suočavanje sa siromaštvom. Ovaj problem je tendencija prvog milenijumskog cilja razvoja (UN, 2012; Vlada Republike Srbije, 2006) koji predstavlja izazov za svetsku zajednicu da eliminiše bedu u najsiromašnijim zemljama sveta. Da bismo smanjili nejednakosti u zdravlju u svetu, neophodan je i rad na socijalno-ekonomskim determinantama zdravlja koji je komplementaran sa razvojem zdravstvenih sistema i oslobađanjem od bede (Marmot, 2005).

Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju mogu se ilustrovati kratkom vožnjom vašingtonskom podzemnom železnicom od centra Vašingtona do predgrađa u Merilendu. Razlika u očekivanom trajanju života između siromašnih crnaca na početku putovanja i bogatih belaca na kraju putovanja iznosi 20 godina (Marmot, 2007a). Muškarci iz Japana imaju najduže očekivano trajanje života na svetu koje iznosi 77 godina, dok je očekivano trajanje života muškaraca iz Kazahstana za 20 godina kraće (Marmot, 2007a). Odgovor na pitanje: „Šta je to što dovodi do ovih nejednakosti u zdravlju?“ mogao bi se potražiti u razlikama socijalno-ekonomskih determinanti zdravlja.

1.2. Socijalno-ekonomske determinante zdravlja

Najveći doprinos nejednakostima u zdravlju, koje postoje kako unutar, tako i između zemalja širom sveta, pripisuje se uslovima u kojima ljudi žive, odrastaju, rade i stare, to jest, socijalno-ekonomskim determinantama zdravlja (Marmot, 2005 i 2007a).

Socijalno-ekonomske determinante zdravlja predstavljaju socijalno-ekonomsko stanje u kojem ljudi žive i rade (WHO, 2005). Po Tarlovu se mogu definisati kao socijalne karakteristike od posebnog značaja za život i zdravlje ljudi (Tarlov, 1996).

Socijalno-ekonomske determinante zdravlja utiču na zdravlje pojedinaca i zajednice tokom života i određuju stepen do kojeg osoba poseduje fizičke, socijalne i lične resurse za identifikaciju i postizanje ličnih aspiracija, zadovoljavanje potreba i suočavanje sa sredinom (Raphael, 2004).

Još sredinom devetnaestog veka u Velikoj Britaniji, Edvin Čedvik je u svom izveštaju ukazao na poseban značaj socijalno-ekonomskih determinanti na zdravlje ljudi (Flinn, 1965). Po njemu bolest je direktno povezana sa uslovima života.

Blekov izveštaj predstavlja još jedan značajan dokument koji je u Velikoj Britaniji objavila istraživačka radna grupa na čelu sa Daglasom Blekom (Department of Health and Social Security, 1980). Rezultati ovog izveštaja govore da je pripadnost socijalnoj klasi značajna za zdravlje i smrtnost od određenih bolesti.

Ačesonov izveštaj iz 1998. godine je kao i Blekov izveštaj pokazao da u Velikoj Britaniji postoje nejednakosti u zdravlju i da je siromaštvo značajna socijalno-ekonomska determinanta zdravlja (1998).

Postoji mnogo različitih koncepata koji govore o tome šta se sve ubraja u socijalno-ekonomske determinante zdravlja (Regidor, 2006). Prema Vilkinsonu i Marmotu (Wilkinson i Marmot, 2003) u socijalno-ekonomske determinante zdravlja spadaju: socijalne razlike, stres, rani period života, socijalna isključenost, zaposlenost, nezaposlenost, socijalna podrška, konzumiranje alkohola, duvana i droga, hrana i transport. Sa druge strane prema Rafaelu (Raphael, 2004) socijalno-ekonomske determinante zdravlja su: obrazovanje, dohodak, socijalni status, zaposlenost, uslovi rada i sigurnost na poslu, nezaposlenost, stambeno pitanje, usluge zdravstvene zaštite, socijalna podrška, socijalna isključenost, rani period života i obezbeđenost hranom.

Socijalno-ekonomske determinante zdravlja su od velikog značaja za istraživanja nejednakosti u zdravlju. Njihov uticaj na obolevanje je izučavan u mnogim evropskim zemljama, a rezultati istraživanja su pokazali jasnu povezanost između socijalno-ekonomskih determinanti i zdravstvenog stanja ispitanika (Dalstra i sar., 2005; Cavelaars i sar., 1998; Meckenbach i sar., 1997; Siegrist i Marmot, 2006; Kunst i sar., 2005; Kaikkonen i sar., 2009). Što je socijalno-ekonomsko stanje ljudi gore, to je veća verovatnoća da sopstveno zdravlje procenjuju kao lošije uz češće prisustvo zdravstvenih simptoma i hroničnih stanja (Domínguez-Berjón i sar., 2006; Reijneveld, 1998; Van Lenthe i sar., 2004). Takođe je veća verovatnoća da osobe nižeg obrazovanja, sa nižim primanjima, nezaposlene osobe i ljudi koji se bave lošije plaćenim zanimanjima procenjuju svoje zdravlje kao lošije (McFadden, 2008; Louckx, 2001; Broom, 2006).

Izveštaj Britanske istraživačke radne grupe na čelu sa Daglasom Blekom (Black, 1980) je pre nešto više od trideset godina pokrenuo pitanje socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju, da bi ubrzo posle toga ove nejednakosti postale glavna javnozdravstvena tema. Rezultati Blekovog izveštaja ukazuju na značaj koji pripadnost socijalnoj klasi ima za obolevanje, prvenstveno od hroničnih nezaraznih bolesti. Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju predstavljaju važan i stalan javnozdravstveni problem u svim evropskim zemljama i veliki su izazov za donošenje i primenu zdravstvenih politika (Acheson, 1998; Sigriest, 2004; Ministry of health, 2000). Dakle, nijedna zemlja koja se nalazi u evropskom regionu SZO, bez obzira na njeno bogatstvo, nije imuna na socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju. One dovode do povećane vulnerabilnosti u populaciji, kao i do sve većih razlika u ponašanju i ishodima po zdravlje između pojedinih populacionih grupa. Mere se različitim pokazateljima zdravlja kao što su: očekivano trajanje života, smrtnost, obolevanje od različitih bolesti i samoprocena zdravlja. Najčešće su povezane sa siromaštvom, nivoom obrazovanja stanovništva, vrstom zanimanja, nezaposlenošću, primanjima i socijalno-ekonomskim statusom stanovništva (WHO, 2010).

1.2.1. Siromaštvo

Siromaštvo i loše zdravlje čine začaran krug. Siromaštvo je ujedno i značajna odrednica lošeg zdravlja i njegova potencijalna posledica. Bez obzira da li se definiše kroz

dohodak, socijalno-ekonomski status, posao, uslove života ili nivo obrazovanja, siromaštvo je najveća pojedinačna determinanta lošeg zdravlja i socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju, kao i najveća opasnost za zdrav i dugovečan život (Dahlgren i Whitehead, 2006a). Stoga se može reći da je siromaštvo multidimenzionalni fenomen koji pored nedovoljnih prihoda za zadovoljenje osnovnih životnih potreba, podrazumeva nemogućnost zaposlenja, neodgovarajuće stambene uslove i neadekvatan pristup socijalnoj zaštiti, zdravstvenim i obrazovnim uslugama, posebno kada je reč o ugroženim i nedovoljno socijalno uključenim grupama (deca, stari, osobe sa invaliditetom, izbeglice, Romi, ruralno siromašno stanovništvo, neobrazovani). Siromašni imaju niže očekivano trajanje života, visoki mortalitet odojčadi, loše reproduktivno zdravlje, visok rizik za infektivne bolesti, visoku prevalenciju hroničnih nezaraznih bolesti, visoku učestalost pušenja, upotrebe alkohola i korišćenja droga. Kod njih su učestali depresija, samoubistava, antisocijalno ponašanje i nasilje, i u većoj meri su izloženi rizicima sredine. Pored direktnih efekata siromaštva, zdravlje, takođe, može biti pogoršano indirektnim putem (nezaposlenost, loš kvalitet života i loš pristup zdravstvenim uslugama). Sve Evropske zemlje su pogođene siromaštvom, bilo u apsolutnom ili relativnom smislu (WHO, 2002).

Apsolutno siromaštvo predstavlja nemogućnost zadovoljavanja osnovnih životnih potreba i javlja se čak i u najbogatijim zemljama Evrope (Citro i Michael, 1995). Nezaposleni, neobrazovani, raseljena lica, seosko stanovništvo, stari (65 i više godina), deca od 7 do 14 godina, neke etničke manjine, invalidi, izbeglice i beskućnici su pod posebnim rizikom. Siromaštvo se ne može razumeti bez uvida u socijalno-ekonomski kontekst. Uključivanjem ovog konteksta došlo se do koncepta relativnog siromaštva koje ukazuje na ekonomski status pojedinca u odnosu na zajednicu u kojoj on živi (Stambolović i sar., 2006). Često se definiše kao život sa manje od 50% prosečnog dohotka (Citro i Michael, 1995). Ono onemogućava ljudima pristup pristojnom smeštaju, obrazovanju, transportu i drugim faktorima značajnim za kvalitetan život. U nekim zemljama Istočne Evrope relativnim siromaštvom je zahvaćeno i do 50% stanovništva, dok je u nekim zemljama Zapadne Evrope taj procenat iznad 10% (WHO, 2002). Apsolutno siromaštvo predstavlja glavnu determinantu zdravlja u zemljama sa niskim nacionalnim dohotkom, dok

je relativno siromaštvo glavni uzrok lošeg zdravlja u zemljama sa srednjim i visokim nacionalnim dohotkom (WHO, 2002).

Oko 1,4 milijarde ljudi u svetu živi ispod internacionalne linije siromaštva sa manje od 1,25 dolara dnevno. Siromaštvo dovodi do lošijeg zdravlja jer su ljudi prinuđeni da žive u sredinama koje ih čine bolesnim, bez pristojnog smeštaja, čiste vode i adekvatnih sanitarnih uređaja (UNDP, 2012).

1.2.2. Radni status

Nezaposlenost ima štetne efekte po zdravlje i efekat je veći u oblastima gde je nezaposlenost rasprostranjena pojava. Podaci iz mnogih zemalja pokazuju da nezaposleni i njihove porodice imaju lošije zdravlje i znatno veći rizik od prevremene smrtnosti nego zaposleni (Wilkinson i Marmot, 2003). Nezaposlenost nosi sa sobom psihičke, fizičke kao i finansijske posledice. Iznenadni gubitak posla predstavlja glavni uzrok stresa, kardiovaskularnih i mentalnih problema, kao i smrtnog ishoda (Ziglio i sar., 2002). Efekti na zdravlje počinju čak i pre nego što ljudi ostanu bez posla, odnosno kada se oseće ugroženim na poslu. Nesiguran položaj zaposlenih, nizak nivo kontrole i veliki zahtevi na poslu, takođe, utiču na zdravlje, posebno na mentalno (zabrinutost i depresija), ali i na fizičko zdravlje (bolesti srca). Kvalitet posla je, takođe, važan jer bilo kakav posao nije garancija za očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja. Nesigurnost na poslu predstavlja hronični stresor čiji efekti rastu sa dužinom izlaganja. Ona povećava apsentizam i korišćenje usluga zdravstvene zaštite. Stalni porast nezaposlenosti u većini zemalja Evrope izaziva ozbiljnu zabrinutost za jednakost u zdravlju (Wilkinson i Marmot, 2003; WHO, 2002).

Između vrste zaposlenja (bolje i lošije plaćeni posao) sa jedne, i mortaliteta i morbiditeta sa druge strane, postoji negativna korelacija (Wilkinson i Marmot, 2003). Blek (Black, 1980) je svrstao stanovnike Engleske i Velsa starosti od 15 do 64 godine prema zanimanju glave domaćinstva u pet socijalno-ekonomskih klasa: prvu klasu su činili profesionalci (lekari, advokati), drugu menadžerska i tehnička zanimanja (menadžeri, učitelji, medicinske sestre), treća je bila podeljena na nemanuelne (prodavači, trgovački pomoćnici) i manuelne radnike (stolari, vodoinstalateri), u četvrtoj su bili delimično

obučeni, a u petoj neobučeni radnici. Stope smrtnosti za muškarce u neobučenoj klasi su bile dva i po puta veće nego u klasi koju čine profesionalci. Ono što je još zanimljivije je da je isti odnos u stopama smrtnosti nađen i među ženama svrstanim u socijalne klase prema zanimanju supružnika. Longitudinalna studija koju su sproveli Drever i Vajthed (1997) u periodu od 1970 do 1990 godine, takođe u Velikoj Britaniji, pokazala je da ljudi koji pripadaju višoj društvenoj klasi (u koju su svrstani prema vrsti zanimanja) imaju duži životni vek. Iako se zdravlje u pomenutom periodu u svim klasama poboljšalo, tj. očekivano trajanje života se produžilo, razlika između najviše i najniže društvene klase je porasla sa 5,5 na 9,5 godina. Ovi činjenice potvrđuju da se socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju povećavaju. Jedna od retkih studija o socijalno-ekonomskim nejednakostima u zdravlju koja je sprovedena u bivšoj Jugoslaviji (Mastilica, 1990) potvrdila je postojanje nejednakosti u obolevanju prema vrsti zanimanja. Najveći broj dijagnoza bolesti među muškarcima je nađen kod poljoprivrednika i neobučenih radnika, dok su kod žena to domaćice i poljoprivrednice. Sa druge strane najmanji broj dijagnoza bolesti imaju intelektualci oba pola.

1.2.3. Obrazovanje

Obrazovanje je vrlo važna socijalno-ekonomska determinata zdravlja i ima veliki uticaj na zaposlenje i lični dohodak. Ljudi sa višim nivoom obrazovanja imaju veću verovatnoću da budu zaposleni, da nađu posao sa višim socijalnim statusom i stabilnijim primanjima, i da budu zdraviji. Obrazovanje, takođe, omogućava ljudima da steknu potrebne veštine za identifikovanje i rešavanje, kako individualnih, tako i grupnih problema. Nivo obrazovanja utiče na obolevanje i umiranje od mnogih bolesti (WHO, 2002). Studija u Švedskoj je pokazala (Erikson, 2001) da muškarci sa osnovnim obrazovanjem imaju dvostruko višu stopu smrtnosti od muškaraca sa doktoratom. Taj podatak ne iznenađuje. Međutim, ono što je privuklo pažnju je da su muškarci sa doktoratom imali dva puta manju smrtnost od onih sa tercijarnim obrazovanjem (npr. doktori, advokati). Moglo bi se zaključiti da su nejednakosti u zdravstvenom stanju prisutne između ljudi svih nivoa obrazovanja, a ne samo između onih sa osnovnim i visokim

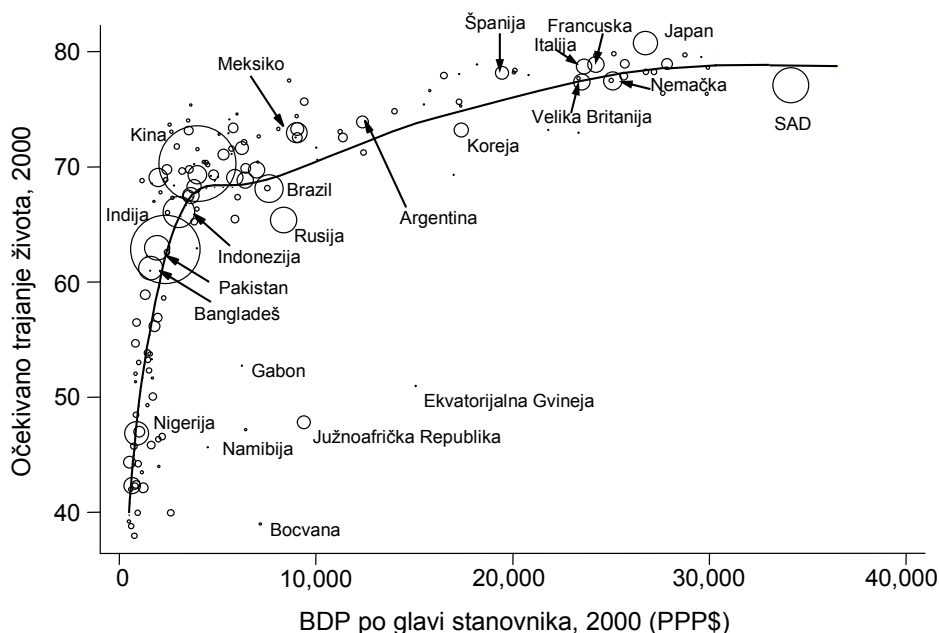
obrazovanjem. Studija koja je sprovedena u 22 evropske zemlje (Mackenbach i sar., 2008), takođe je pokazala da je mortalitet veći kod ljudi sa nižim obrazovanjem.

1.2.4. Primanja

Dohodak je, kao i obrazovanje, jedna od važnih karakteristika socijalno-ekonomskog stanja. Postoji povezanost između ekonomskih sredstava i lošeg zdravlja. Kada je dohodak veći onda je stopa smrtnosti manja, dok su standard života i pristupačnost zdravstvenoj službi veći (Quick i Wilkinson, 1991). Studija koja je sprovedena u SAD-u (McDonough i sar., 1997) jasno pokazuje da, što je prihod domaćinstva viši, to je stopa smrtnosti niža. Stanovnici iz najsiromašnijih domaćinstva izloženi su četverostruko većem riziku od umiranja od onih iz najbogatijih. Međutim, nisu uočene samo razlike između najsiromašnijih i najbogatijih domaćinstva, već i da veza između prihoda i zdravlja predstavlja svojevrsni gradijent, tj. da ljudi koji pripadaju kategoriji domaćinstva koja se po primanjima nalaze na drugom mestu imaju višu smrtnost od onih najbogatijih, dok oni koji pripadaju trećoj kategoriji imaju gore zdravlje od onih iz druge kategorije domaćinstva. Takođe je dokazano da postoji korelacija između prihoda i obrazovanja. U kategoriji domaćinstva sa višim primanjima ima više obrazovanih ljudi nego u kategorijama sa nižim primanjima. Ovo istraživanje je pokazalo da su i prihod i obrazovanje jaki prediktori zdravlja, ali je teško reći koji je od ova dva socijalno-ekonomska pokazatelja odgovorniji za nastale razlike u stopama smrtnosti (McDonough i sar., 1997).

Odnos između dohotka i zdravlja se može posmatrati kroz razlike u vrednostima bruto domaćeg proizvoda (BDP) kao makroekonomskog pokazatelja, kao i kroz razlike u očekivanom trajanju života između bogatijih i siromašnijih zemalja kao zdravstvenom pokazatelju. Najefikasniji način poboljšanja zdravlja je ujednačavanje dohodaka što je moguće više (Quick i Wilkinson, 1991). Američki sociolog Samjuel Preston je 1975. godine uz pomoć grafikona, koji je po njemu nazvan „Prestonova kriva“, objasnio krivoliniaran odnos između dohotka i zdravlja (Preston, 1975). Na slici 1 je predstavljena „milenijumska Prestonova kriva“ (Deaton, 2003) koja pokazuje da postoji jak pozitivan odnos između vrednosti BDP po glavi stanovnika i očekivanog trajanja života u siromašnijim zemljama (npr. Nigerija, Pakistan, Indija), tj. da povećanje dohotka doprinosi

dužem životnom veku ljudi. Međutim, u bogatijim zemljama (npr. Velika Britanija, Japan, SAD) očekivano trajanje života je manje osjetljivo na promene vrednosti bruto domaćeg proizvoda.



Slika 1: Milenijumska Prestonova kriva: odnos bruto domaćeg proizvoda po glavi stanovnika i očekivanog trajanja života

Izvor: Deaton A.. *Health, Inequality, and Economic Development. Journal of Economic Literature* 2003;41:113-158.

BDP – Bruto domaći proizvod; PPP – Purchasing Power Parity (Paritet kupovne moći).

1.2.5. Socijalno-ekonomsko stanje

Kada govorimo o socijalnim razlikama važno je istaći da loši socijalno-ekonomski uslovi utiču na zdravlje tokom čitavog života. Što je niža socijalno-ekonomska pozicija to je lošije zdravlje, odnosno veća je stopa smrtnosti. Ljudi koji se nalaze na dnu socijalne lestvice imaju oko dva puta veći rizik da obole od teških bolesti ili da prevremeno umru. Međutim ovi efekti nisu vezani samo za siromašne, jer socijalne razlike prožimaju sve slojeve društva (Wilkinson i Marmot, 2003). Ma gde se nalazili u društvenoj hijerarhiji, naše zdravlje će najverovatnije biti bolje od zdravlja onih ispod nas i lošije od zdravlja onih

iznad nas. Vajthol studija (Ferrie, 2004) je pokazala da pripadnost socijalnoj klasi ima uticaja na zdravlje, čak i kada se radi o ljudima sa stalnim zaposlenjem koji ne pripadaju sloju siromašnih. Ljudi sa lošije plaćenim poslom imali su tri puta veću verovatnoću od prevremene smrti nego oni sa bolje plaćenim poslom.

Marmot je povezanost između zdravlja i socijalno-ekonomske pozicije u društvu, tj. društvene hijerarhije nazvao „sindromom statusa“. Autonomija odnosno kontrola koju imate nad svojim životom i mogućnost uključivanja i učestvovanja u društvenim aktivnostima ključni su za zdravlje, osećaj blagostanja i dugovečnost. Oni predstavljaju temelj sindroma statusa. Ovo saznanje nas navodi na razmišljanje da su uslovi života i rada ti koji određuju stepen ograničenja slobode i autonomije. Loša socijalno-ekonomska pozicija u društvu znači nedostatak prilike, moći i sigurnosti (Marmot, 2007a).

Dva kanadska istraživača (Redelmeier i Singh, 2001) su sproveda zanimljivo istraživanje koje govori u prilog tome da je kontrola koju pojedinac ima nad svojim životom bitna za zdravlje. Zapanjujuće je otkriće da su glumci i glumice koji su bili dobitnici oskara, tj. nagrade Akademije za igrane filmove, živeli u proseku četiri godine duže od glumaca koji su glumili sa njima, kao i od glumaca koji su bili nominovani, a nisu dobili oskar. Razlog bi mogao da bude to što su dobitnici oskara, samim dobijanjem ove prestižne nagrade, stekli više samopouzdanja i viši položaj u društvu (osetili su se „važnijim“ u društvu). Kao i u Vajthol studiji, rezultati istraživanja potvrđuju da se nejednakosti u zdravlju javljaju i među najprivilegovanim ljudima koji žive u najvećem bogatstvu i da se povezanost visokog društvenog statusa sa dužim životnim vekom donekle može objasniti faktorima koji su povezani sa uspehom.

Još jedna zanimljiva studija koju je sproveo Vejn Hol (Hall, 1986) govori o povezanosti socijalne klase u društvu i stopa preživljavanja. On je utvrdio da su šanse putnika za preživljavanje potonuća čuvenog broda Titanika 1912. godine u Severno Atlantskom okeanu povezane sa njihovim socijalnim stanjem koje je mereno putničkom klasom u kojoj su se nalazili. Stope preživljavanja su opadale linearno počev od prve do treće putničke klase. U prvoj putničkoj klasi preživelo je 97,3% žena i dece, u drugoj 88,8% i u trećoj 42,2%, dok su kod muškaraca ti procenti bili statistički značajno niži. Žene i deca su imali veće izgleda da prežive od muškaraca. Razlog za to je politika evakuacije

putnika koju je primenila posada broda prema kojoj je, zbog ograničenog broja čamaca za spasavanje, prednost davana ženama i deci. Takođe je važno istaći činjenicu da su putnici treće klase bili smešteni duboko u potpalublju broda i da im je bio otežan pristup čamcima za spasavanje lociranim na palubi broda, u nivou prve i druge putničke klase. Moglo bi se zaključiti da je u „vrednost“ ili „cenu“ karte koju su platili putnici prve klase bila uključena i veća stopa preživljavanja brodoloma Titanika.

1.2.6. Rizični stilovi života

Rizični stilovi života predstavljaju važnu determinantu koja posreduje u odnosu između socijalno-ekonomskog stanja i zdravlja, tj. donekle objašnjava socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju. O njihovoj važnosti se raspravlja među istraživačima. Dok jedni smatraju da je uloga rizičnih stilova života ključna u stvaranju nejednakosti u zdravlju, drugi misle da su oni doprinoseći faktori koji nastaju kao rezultat drugih, važnijih faktora, kao na primer, obrazovanja ili da su pod uticajem šire socijalne sredine, odnosno loših socijalno-ekonomskih uslova u kojima ljudi žive. Pušenje, konzumiranje alkohola, fizička neaktivnost i nepravilna ishrana se češće javljaju među ljudima koji pripadaju nižim socijalno-ekonomskim klasama. Pomenuti faktori rizika su štetni za zdravlje, ali su često odgovor na socijalni slom kao i važna odrednica nejednakosti u zdravlju. Oni omogućavaju korisnicima bekstvo od stresnih situacija, ali sa druge strane čine njihove probleme gorim (Wilkinson i Marmot, 2003).

U mnogim zemljama je došlo do porasta smrtnosti od poremećaja zdravlja povezanih sa konzumiranjem alkohola kao što su: saobraćajne nesreće, nasilje, trovanja, povrede i samoubistva. Sa jedne strane, ljudi piju alkohol da bi suzbili bol koji sa sobom nosi teška socijalno-ekonomska situacija, dok sa druge strane upotreba alkohola dovodi do socijalnih poremećaja.

Bez obzira da li je ispoljeno lošim uslovima stanovanja, niskim dohotkom ili nezaposlenošću, siromaštvo je povezano sa visokom učestalošću pušenja i niskom učestalošću ostavljanja duvana (Wilkinson i Marmot, 2003). Ljudi sa osnovnim i srednjim obrazovanjem imaju više od dva puta veću incidenciju pušenja od osoba sa univerzitetskim obrazovanjem. Veći broj pušača je, takođe, nađen i među radnicima u transportnom i

industrijskom sektoru, kao i među pripadnicima nižih socijalno-ekonomskih klasa. Siromašni su u manjoj meri informisani o štetnim efektima pušenja. Veliki deo novčanih sredstava siromašnih se izdvaja za pušenje i ono je jedan od glavnih uzroka lošeg zdravlja i prevremene smrtnosti (Norwegian Directorate for health and social affairs, 2005).

Upotreba alkohola i duvana je ubrzana agresivnom marketinškom kampanjom velikih transnacionalnih kompanija, kao i organizovanim kriminalom. Njihove aktivnosti predstavljaju glavnu prepreku inicijatorima politike za smanjivanje upotrebe ovih sredstava (Wilkinson i Marmot, 2003).

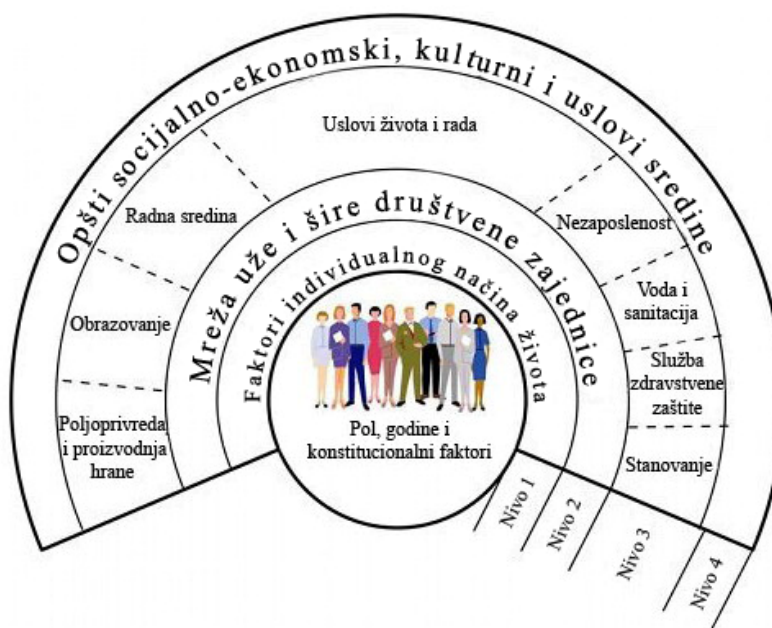
Nepravilna ishrana predstavlja faktor rizika za različite hronične nezarazne bolesti i stanja kao što su kardiovaskularne bolesti, metabolički sindrom, dijabetes tip 2 i kolorektalni rak (WHO, 2003a), dok redovno bavljenje fizičkom aktivnošću, kao protektivni faktor za mnoge nezarazne bolesti, jača mišićno-koštani sistem, održava fizičke, mentalne i funkcionalne sposobnosti tela, smanjuje stres i pojačava samopouzdanje (WHO, 2007). Nepravilna ishrana i fizička neaktivnost se češće javljaju kod ljudi sa nižim obrazovanjem i nižim socijalno-ekonomskim stanjem (WHO, 2007; Mackenbach, 2006; Mackenbach i sar., 2008).

1.3. Nejednakosti u zdravlju kao rezultat interakcija između determinati zdravlja

Postoji više modela koji prikazuju mehanizme pomoću kojih socijalno-ekonomske determinante zdravlja utiču na ishode po zdravlje ljudi. Ti modeli, takođe, govore o vezama između različitih vrsta determinanti zdravlja i lociraju strateške tačke za političko reagovanje. Najčešće korišćeni model je model Dalgrena i Vajtheda.

Prema modelu Dalgrena i Vajtheda (1991), socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju su rezultat interakcija između različitih nivoa uzročnih stanja, od pojedinaca preko zajednice do nivoa nacionalne zdravstvene politike (slika 2). Ovaj model ilustruje neke od važnih determinanti zdravlja koje mogu biti na individualnom nivou, na nivou uže i šire društvene zajednice, na stukturalnom nivou, kao i na nivou koji se odnosi na neadekvatan pristup zdravstvenim uslugama. Takođe, postoje determinante koje se tiču opštih socijalno-ekonomskih, kulturalnih i uslova sredine. U centru kruga se nalaze pojedinci raspoređeni po polu, uzrastu i genetskim karakteristikama koje nesumnjivo imaju uticaja na krajnji ishod

po njihovo zdravlje. Kako idemo dalje od centra, sledeći nivo (nivo 1) predstavlja faktore individualnog načina života (stilovi života). Siromašniji su izloženi većoj prevalenciji pušenja i lošijoj ishrani i suočavaju se sa većim finansijskim barijerama prilikom odabira zdravijeg stila života. Nivo 2 je predstavljen mrežom uže i šire društvene zajednice. Interakcije u zajednici utiču na faktore individualnog načina života, u pozitivnom ili negativnom smislu. Na sledećem nivou (nivo 3), su faktori koji predstavljaju uslove života i rada, snabdevanje hranom i pristup osnovnim potrebama, kao i zdravstvenim uslugama. Oni govore o tome da lošiji uslovi stanovanja, izlaganje opasnijim i stresnijim uslovima rada kao i lošiji pristup uslugama zdravstvene zaštite, stvaraju znatan rizik za siromašne ljude. Poslednji nivo (nivo 4), koji obuhvata sve prethodno pomenuto, se sastoji od opštih socijalno-ekonomskih, kulturalnih i uslova sredine. Ovi uslovi, kao što su ekonomsko stanje zemlje i uslovi na tržištu rada, imaju uticaj na nivoe ispod njega. Standard života u društvu, na primer, ima uticaja na izbor pojedinca vezan za stanovanje, posao, interakcije u društvu, kao i navike u ishrani. Takođe, kulturološka verovanja o položaju žena u društvu ili stavovi o etničkim manjinama mogu imati uticaj na standard života i socijalno-ekonomsku poziciju.



Slika 2: Osnovne odrednice zdravlja po Dahlgrenu i Vajthedu

Izvor: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

1.4. Merenje zdravstvenog stanja stanovništva

Koncept zdravlja je multidimenzionalan i po definiciji Svetske zdravstvene organizacije, zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti (WHO, 2003b).

Ne postoji „standardna” mera za procenu zdravstvenog stanja pojedinca ili populacionih grupa. Uobičajeno je da zdravstveno stanje pojedinca utvrđuje lekar na osnovu fizikalnog pregleda i potrebnih ispitivanja, a moguće ga je proceniti i postavljanjem pitanja pojedincu o njegovom fizičkom funkcionisanju, emocionalnom stanju, prisustvu ili odsustvu bola i nelagodnosti, i samoproceni opšteg zdravlja. Mada je teoretski moguće da se zdravlje proceni na osnovu kombinacije objektivne komponente za koju je odgovoran lekar i subjektivnog utiska pojedinca, takva mera do sada nije razvijena.

Zdravstveno stanje populacije se utvrđuje prikupljanjem podataka o zdravlju pojedinca koje je lakše definisati (na skali od optimalnog zdravlja do smrtnog ishoda) od zdravlja populacije.

U odsustvu sveobuhvatne mere za procenu zdravlja populacije, kao pokazatelji zdravstvenog stanja koriste se prosečno očekivano trajanje života, obolevanje od hroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti, stope smrtnosti, dostupnost zdravstvene službe i korišćenje zdravstvenih usluga i dr. Sud o stepenu zdravlja jedne populacije obično se donosi na osnovu poređenja te populacije sa nekom drugom, ili izučavanjem trendova pokazatelja zdravstvenog stanja unutar te populacije tokom vremena (Bhopal, 2002).

Uobičajene mere zdravstvenog stanja populacije su pokazatelji umiranja ili mortaliteta (stope mortaliteta) i pokazatelji obolevanja ili morbiditeta (stopa incidencije i prevalencija) (Bhopal, 2002).

Podaci o mortalitetu stanovništva nam govore vrlo malo o zdravlju opšte populacije, naročito kada je u pitanju zdravlje mlađih uzrasnih grupa. Na osnovu mortaliteta nemoguće je sagledati opterećenje društva bolestima i nesposobnostima koje ih prate, pa je zato prikladnija primena zbirnih mera zdravlja stanovništva, bilo da mere očekivano trajanje života ili zdravstveni jaz, tj. razliku između stvarnog stanja zdravlja populacije i neke određene norme (Murray i Lopez, 1996).

U drugoj polovini prošlog veka uvedena su ispitivanja zdravstvenog stanja stanovništva u mnogim zemljama sveta koja se i danas sprovode na svakih nekoliko godina (od dve do pet, šest godina u zavisnosti od materijalnih mogućnosti svake zemlje). Primena iste ili slične metodologije pruža mogućnost poređenja zdravstvenog stanja stanovništva između pojedinih zemalja, kao i unutar jedne zemlje u različitim vremenskim periodima. Glavne karakteristike tih istraživanja su da se sprovode na reprezentativnom uzorku stanovništva i da se zasnivaju na anketiranju pojedinaca o sopstvenom zdravstvenom stanju.

Za merenje zdravstvenog stanja ispitanika u istraživanjima koja se sprovode anketiranjem koristi se više različitih pokazatelja (samoprocena zdravlja, broj dana u postelji, broj noći provedenih u bolnici, broj poseta lekaru, ukupan broj akutnih i hroničnih bolesti, učestalost zdravstvenih simptoma, stepen nesposobnosti, tj. ograničena dnevna aktivnost i neophodna pomoć za ličnu negu) od kojih nijedan ne odražava ukupni morbiditet ispitanika. Najčešće korišćen pokazatelj zdravstvenog stanja ispitanika je samoprocena zdravstvenog stanja, dok se kompozitni morbiditetni indeks koristi najređe (Norris i sar., 2003; Kenneth i Farmer, 1999).

1.4.1. Samoprocena zdravlja

Samoprocena zdravlja je veoma dobar izvor informacija o subjektivnom zdravstvenom stanju ispitanika koji obuhvata fizički i mentalni aspekt zdravlja (Norris i sar., 2003). U upotrebi je još od 1950-ih godina u zdravstvenim i gerontološkim istraživanjima (Jylha i sar., 1998). Do sada se pokazao kao veoma pouzdan i validan pokazatelj zdravstvenog stanja, tj. kao dobar prediktor smrtnosti i obolevanja (Idler i Benyamini, 1997; Benjamins i sar., 2004). Ovaj pokazatelj koji se najčešće zasniva na prostom pitanju: „Kako biste ocenili svoje zdravlje u celini?“, preporučen je od strane SZO i Komisije EU kao globalni pokazatelj zdravstvenog stanja stanovnika (De Bruin i sar., 1996; European commission 2004). Ispitanici biraju jedan od više ponuđenih odgovora, najčešće na petostepenoj ili trostepenoj skali na kojima se samoprocena zdravlja rangira od vrlo dobre do vrlo loše. Pre više od jedne decenije Karlson (Carlson, 1998) je ustanovio da se nejednakosti koje postoje u stopama mortaliteta između evropskih zemalja, takozvani

„evropski zdravstveni jaz u mortalitetu“, javljaju i u samoproceni zdravlja. Mackenbach i saradnici (2008) koji su poredili veličinu nejednakosti u samoproceni zdravlja između 22 evropske zemlje, pronašli su da su u skoro svim zemljama stope lošije samoprocene zdravlja značajno više među ljudima sa gorim socijalno-ekonomskim stanjem. Takođe su pronašli da je veličina nejednakosti u samoproceni zdravlja između ljudi sa boljim i gorim socijalno-ekonomskim stanjem različita. U proseku, ljudi iz Istočne Evrope ocenjuju svoje zdravlje gore nego ljudi iz Zapadne Evrope (Carlson, 1998; Mackenbach, 2008). Praktikovanje nezdravih životnih stilova, udruženih sa nedostatkom informacija o zdravlju i zdravom ponašanju, mogu da doprinesu lošem zdravstvenom stanju u Istočnoj Evropi (Steptoe i Wardle, 2001). Razlike u zdravstvenom stanju između Istoka i Zapada bi se mogle donekle objasniti razlikama u ponašanju vezanom za zdravlje (pušenje i konzumiranje alkohola) i psihološkim faktorima (Laaksonen i sar., 2001).

1.4.2. Prevalencija hroničnih bolesti

Prisustvo hroničnih bolesti i zdravstvenih simptoma predstavljaju subjektivne poklazelje zdravstvenog stanja stanovništva i često se koriste u istraživanjima koja se sprovode putem upitnika.

Nizak socijalno-ekonomski položaj znači veću prevalenciju gotovo svih bolesti. Što je niži društveni položaj, to je viši rizik od srčanih bolesti, moždanog udara, plućnih bolesti, bolesti digestivnog trakta, bubrega, bolesti povezanih sa HIV-om, tuberkuloze itd. (Marmot, 2007b). Čuvena Vajthol studija (Ferrie, 2004) koja je sprovedena među državnim službenicima u Velikoj Britaniji pokazala je da su socijalno-ekonomske nejednakosti prisutne kod različitih bolesti, kao što su srčane bolesti, neki oblici malignih bolesti, hronična bolest pluća, gastrointestinalne bolesti, depresija, samoubistva i bol u leđima. Ljudi sa lošije plaćenim poslom, odnosno oni koji su imali manji stepen kontrole na poslu imali su veće stope srčanih i mentalnih bolesti i bola u leđima. Incidencija za koronarnu srčanu bolest je bila više od dva puta veća među državnim službenicima koji su imali nizak stepen kontrole na poslu. Loši uslovi i manjak socijalne podrške na poslu predstavljaju glavne razloge visoke prevalencije depresivnih simptoma i angine pektoris među ispitanicima koji rade na lošije plaćenim poslovima (Ferrie, 2004).

U Srbiji, kao i u mnogim zemljama u tranziciji, socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju nisu dovoljno proučavane, niti im se posvećuje potrebna pažnja u javnozdravstvenim politikama, uprkos činjenici da je proteklih godina sprovedeno nekoliko istraživanja zdravstvenog stanja stanovništva (Institut za zaštitu zdravlja Srbije, 2002; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007; Vukmirović i Govoni, 2008). Nedavno publikovane studije potvrdile su značaj socijalno-ekonomskih nejednakosti u prevalenciji hroničnih bolesti (Vuković i sar., 2008), obolevanju (Janković i sar., 2011), samoproceni zdravlja (Janković i Simić, 2012; Janković i sar. 2012), kao i u pušačkim navikama (Djikanovic i sar., 2011).

2. CILJEVI RADA I HIPOTEZE

Ciljevi rada su:

- 1) Ispitivanje povezanosti i vrste povezanosti demografskih (pol, starost, bračno stanje, tip naselja) i socijalno-ekonomskih determinanti (obrazovanje, radni status, materijalno stanje domaćinstva, indeks blagostanja) sa obolevanjem stanovništva.
- 2) Konstruisanje indeksa obolevanja (kompozitna mera ukupnog opterećenja bolestima po ispitaniku koja omogućava procenu zdravstvenog stanja ispitanika) i procenjivanje njegove pouzdanosti i validnosti. Indeks, kao i ostale pokazatelje morbiditeta, potom primeniti na podatke iz nacionalnih ispitivanja zdravstvenog stanja stanovništva sprovedenih 2000, i 2006. godine u Srbiji.
- 3) Analiza i poređenje socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju u 2000. i 2006. godini.

U skladu sa ciljevima, postavljene su sledeće radne hipoteze:

- 1) Starije osobe, osobe sa nižim nivoom obrazovanja, nezaposlene osobe, osobe koje materijalno stanje svog domaćinstva procenjuju kao lošije i koje pripadaju nižoj socijalno-ekonomskoj klasi, imaju lošije zdravstveno stanje (mereno pokazateljima morbiditeta).
- 2) Različiti pokazatelji morbiditeta korišćeni za procenu zdravstvenog stanja ispitanika imaju različitu senzitivnost, pouzdanost i validnost.
- 3) Poboljšanje standarda stanovništva i preduzete reforme u zdravstvenom sistemu posle 2000. godine dovele su do smanjenja socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju i poboljšanja zdravstvenog stanja stanovnika u 2006. godini.

3. METOD

3.1. Izvor podataka i tip studije

U ovoj studiji korišćeni su podaci iz dva nacionalna ispitivanja zdravstvenog stanja stanovnika Republike Srbije, sprovedenih juna-jula 2000. i septembra-oktobra 2006. godine. Oba ispitivanja urađena su po tipu studije preseka na teritoriji Republike Srbije i njima nije obuhvaćena populacija koja živi u AP Kosovo i Metohija. Istraživanje iz 2006. godine predstavlja ponovljeno istraživanje zdravlja stanovnika iz 2000. godine, rađeno po sličnoj metodologiji. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” je sproveo oba istraživanja, uz podršku Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Regionalne kancelarije Svetske zdravstvene organizacije za Evropu (Kancelarija za Srbiju), UNICEF-a (Kancelarija u Beogradu 2000. godina) i Svetske banke (2006. godina).

Jedinice posmatranja bile su: domaćinstva, odraslo stanovništvo starosti 20 i više godina i deca i omladina uzrasta od 7 do 19 godina.

3.2. Uzorak

Za istraživanje „Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije” iz 2000. godine korišćen je stratifikovani dvoetafni uzorak domaćinstva u Beogradu, centralnoj Srbiji i Vojvodini. U prvoj etapi vršena je stratifikacija opština prema okruzima, tako da je svaki okrug predstavljao poseban stratum. U drugoj etapi je svaki okrug stratifikovan na gradska i ostala područja. Jedinice prve etape su bile mesne zajednice, a jedinice druge etape domaćinstva. U svakoj mesnoj zajednici anketirana je grupa od 15 susednih domaćinstava. Dva puta je pokušavano sa anketiranjem istog domaćinstva i ukoliko bi ostalo neanketirano uzimala se zamena.

Uzorak za istraživanje iz 2006. godine su činila sva domaćinstva popisana u svim popisnim krugovima u popisu stanovništva iz 2002. godine. Mehanizam korišćen za dobijanje slučajnog uzorka domaćinstva i ispitanika je kombinacija dve tehnike uzorkovanja: stratifikacije i višetafnog uzorkovanja. Stratifikovani dvoetafni uzorak stanovnika Republike Srbije je izabran na takav način da obezbedi statistički pouzdanu

procenu pokazatelja koji ukazuju na zdravlje populacije na nacionalnom nivou i na nivou 6 geografskih oblasti (Vojvodina, Beograd, zapadna Srbija, centralna Srbija, istočna Srbija i jugoistočna Srbija) koje su identifikovane kao glavni stratumi u uzorku. Njihovom daljom podelom na gradska i ostala područja dobijeno je ukupno 12 stratuma. Jedinice prve etape čine ukupno 675 popisnih krugova odabranih na osnovu verovatnoće proporcionalne njihovoj veličini. Jedinice druge etape su domaćinstva. Unutar svakog popisnog kruga izabrano je 10 adresa (+ 3 rezervne adrese) na kojima žive domaćinstva koja treba anketirati. Domaćinstva su izabrana uz pomoć linearne metode slučajnog početka i jednakog koraka izbora. Na taj način domaćinstva su odabrana sa jednakom verovatnoćom izbora i bez ponavljanja.

Za potrebe izrade ove disertacije korišćeni su podaci o domaćinstvima i odraslom stanovništvu starosti 20 i više godina. Istraživanjima su obuhvaćena slučajno izabrana domaćinstva (6554 u prvom, od kojih je anketirano 5497 i 7673 u drugom, od kojih je anketirano 6156). Broj odraslih anketiranih osoba iznosio je 9921 u prvom i 14.522 u drugom istraživanju (ukupno je identifikovano 11.741 odraslih osoba u prvom i 15.563 u drugom istraživanju).

Za istraživanje iz 2000. godine uzorkovanje je radio Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, dok je istraživačka agencija „Strateški marketing“ radila uzorkovanje u 2006. godini.

3.3. Instrumenti ispitivanja

Podaci su prikupljeni pomoću tri upitnika: upitnika za domaćinstvo, upitnika za odrasle osobe starosti 20 i više godina i upitnika koji su odrasli samostalno popunjavali. Anketiranje je sprovedeno metodom „licem u lice”.

Upitnici odgovaraju standardnim upitnicima koji su korišćeni u sličnim populacionim istraživanjima: WHO Health Survey 2002, SF-36, Finbalt 2000. i 2004, CINDI, Eurostat HIS/HES i specifičnim potrebama naše zemlje.

Pomenutim upitnicima sakupljene su informacije o:

1. karakteristikama porodice i domaćinstva,
2. demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama ispitanika,

3. sopstvenoj proceni zdravlja,
4. karakteristikama mentalnog zdravlja,
5. karakteristikama socijalne interakcije,
6. mogućnostima obavljanja aktivnosti svakodnevnog života,
7. karakteristikama navika u ponašanju,
8. oboljenjima, povredama, trovanjima,
9. korišćenju zdravstvene službe i zadovoljstvu korisnika zdravstvenom zaštitom,
10. plaćanju za zdravstvenu zaštitu iz džepa korisnika i
11. objektivnom zdravstvenom stanju (antropometrijska merenja i merenje arterijskog krvnog pritiska).

Upitnik za domaćinsto se sastoji iz dva dela: prvi deo popunjava anketar (opšti podaci o anketiranju i članovima domaćinstva), dok se drugi deo odnosi na karakteristike domaćinstva, snabdevanje pijaćom vodom i uklanjanje otpadnih materija, socijalno-ekonomsko stanje domaćinstva, jodnu profilaksu (samo u 2000. godini) i izdatke za zdravstvenu zaštitu iz sopstvenog džepa (samo u 2006. godini). Pitanja su zatvorenog (dihotomna i višestruki izbor) i otvorenog tipa. Od ukupno 26 pitanja iz istraživanja u 2000. godini korišćeno je 8 pitanja (prilog 9.1), dok je od ukupno 38 pitanja iz istraživanja u 2006. godini korišćeno 12 pitanja (prilog 9.4).

Upitnik za odrasle osobe stare 20 i više godina se sastoji od dela koji popunjava anketar (informacioni panel), dela koji zajedno popunjavaju anketar i ispitanik i koji je podeljen na 12 modula: demografske karakteristike i socijalno-ekonomski status; higijenske navike; ishrana; slobodno vreme, fizička aktivnost i sport; ponašanje u saobraćaju; povrede; ostali rizici i znanja o zdravlju; procena zdravlja i zadovoljstvo životom; mentalno zdravlje; mogućnost obavljanja aktivnosti u svakodnevnom životu; korišćenje zdravstvene službe i zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom i lekovi, kao i dela koji je predstavljen objektivnim nalazom (merene su telesna visina i težina i arterijski krvni pitisak). U istraživanju iz 2000. godine na manjem uzorku ispitanika rađene su i biohemijske analize krvi (hemoglobin). Od ukupno 171. pitanja u 2000. godini i 116 pitanja u 2006. godini, za potrebe ove disertacije korišćeno je po 19 pitanja iz svakog istraživanja (prilozi 9.2 i 9.5).

Upitnik za samopopunjavanje za odrasle se sastoji iz dela koji popunjava anketar, probnog dela koji zajedno popunjavaju anketar i ispitanik i dela koji samostalno popunjava svaki član domaćinstva uzrasta 20 i više godina. Prva grupa pitanja se odnosi na pušenje, druga na upotrebu alkohola, treća na upotrebu psihoaktivnih supstanci, četvrta na seksualno ponašanje i peta na nasilje. U istraživanju iz 2000. godine ovaj upitnik predstavlja deo upitnika za odrasle osobe stare 20 i više godina, dok je u 2006. godini konstruisan kao poseban upitnik. Čine ga ukupno 43 pitanja u 2000. godini i 38 pitanja u 2006. godini, od kojih su korišćena po 3 pitanja iz svakog istraživanja (prilozi 9.3 i 9.6).

U pripremi i sprovođenju istraživanja iz 2000. godine učestvovao je istraživački tim Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” i okružnih instituta i zavoda za javno zdravlje. Anketni tim se sastojao od dva do tri anketara i svaki je imao u svom sastavu minimalno jednog lekara i jednu patronažnu sestru. Obučeni instruktori su sproveli obuku anketara neposredno pre početka anketiranja.

Timovi anketara istraživačke agencije „Strateški marketing“ iz Beograda sastavljeni od po dva anketara i jednog zdravstvenog radnika (zbog merenja telesne mase, visine i krvnog pritiska) bili su zaduženi za sprovođenje istraživanja iz 2006. godine. Anketiranje je sprovedeno metodom „licem u lice“. Ukoliko član domaćinstva nije bio dostupan u toku prve posete obaveza tima je bila da uradi najmanje 3 ponovne posete kako bi svi ispitanici bili obuhvaćeni istraživanjem. Prosečno vreme potrebno za popunjavanje jednog upitnika iznosilo je 22 minuta. Pre početka rada na terenu sprovedena je obuka anketara u formi radionice u kojoj je učestvovao i autor ove disertacije. Radionica je trajala dva dana. Obuka je uključivala predavanja o tehnikama anketiranja i o sadržaju upitnika, kao i sprovođenje ankete između anketara, radi sticanja prakse pri postavljanju pitanja. Tokom obuke sa članovima tima uvežbavana je standardna procedura za antropometrijska merenja i merenje krvnog pritiska. Autor je, takođe, volonterski učestvovao u kreiranju tabela i grafikona i pisanju prve verzije dela izveštaja (korišćenje zdravstvene službe dece i omladine uzrasta 7-19 godina), na čemu mu se istraživački tim pismeno zahvalio.

Za oba istraživanja je vršena kontrola rada na terenu. Motivisanost anketara i kontrolora bile su od ključnog značaja za kvalitetno sprovođenje istraživanja.

3.4. Varijable

U istraživanju su korišćene sledeće varijable: demografske (pol, godine starosti, bračno stanje i tip naselja), socijalno-ekonomske varijable (obrazovanje, radni status, materijalno stanje domaćinstva i indeks blagostanja) i životni stilovi (pušenje, alkohol i fizička aktivnost). One su izabrane na osnovu dokaza iz literature, kao i mišljenja istraživača o njihovoj značajnosti. Za procenu zdravstvenog stanja ispitanika korišćeni su različiti pokazatelji morbiditeta, kao što su: indeksi obolevanja i njihovi tercili (napravljeni za potrebe ovog istraživanja), kao i samoprocena zdravstvenog stanja.

Transformisane varijable koje su korišćene u istraživanju zajedno sa skalama, kategorijama i kodovima, prikazane su u tabeli 1.

Varijable koje su dihotomizovane u oba istraživanja su: bračno stanje; „Da li ste pušač?“, „Da li pijete alkohol?“, „Da li ste i koliko puta u toku prethodnih 12 meseci bili kod lekara opšte medicine/medicine rada?“, „Da li ste i koliko puta u prethodnih 12 meseci bili kod zubnog lekara (stomatologa)?“, „Da li ste u toku poslednjih godinu dana koristili usluge hitne pomoći?“, „Da li ste u toku poslednjih godinu dana bili kod lekara specijaliste u domu zdravlja?“ i „Da li ste i koliko puta u toku prethodnih 12 meseci bili na bolničkom lečenju?“.

Varijable koje su dihotomizovane u istraživanju iz 2000. godine su: „Da li ste u toku poslednjih godinu dana koristili usluge privatnog lekara?“ i „Da li Vam je tokom poslednje godine, od strane lekara, otkriveno neko od sledećih stanja/oboljenja?“.

Varijabla iz istraživanja 2006. godine „Da li Vam je tokom poslednje godine, od strane lekara, otkriveno neko od sledećih stanja/oboljenja?“ je transformisana u 19 novih varijabli i izvršena je binarizacija* svake od njih.

Varijabla „radni status“ je transformisana prema aktivnosti ispitanika na aktivno (zaposleno i nezaposleno) i neaktivno stanovništvo (domaćica, student, penzioner i nespособan za rad).

* Prevođenje varijable sa n modaliteta (značenja) u varijablu sa dva modaliteta (1-ne i 2-da)

Tabela 1. Transformisane varijable, skale, kategorije i kodovi korišćeni u istraživanju

Redni broj varijable	Varijabla/Pitanje	Skala	Kategorije	Kodovi
1.	Pol	nominalna	Muškarci Žene	1 2
2.	Godine starosti	ordinalna	20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70+	1 2 3 4 5 6
3.	Bračno stanje	nominalna	Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	1 2
4.	Tip naselja	nominalna	Urbana Ruralna	1 2
5.	Obrazovanje	ordinalna	Viša i visoka škola Srednja škola Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna	1 2 3
6.	Radni status	ordinalna	Zaposlen Nezaposlen Neaktivan	1 2 3
7.	Kako procenjujete materijalno stanje domaćinstva?	ordinalna	Dobro Prosečno Loše	1 2 3
8.	Indeks blagostanja	omerna		Vrednost indeksa blagostanja
9.	Kvintili blagostanja	ordinalna	Najbogatiji Bogati Srednji sloj Siromašni Najsiromašniji	1 2 3 4 5
10.	Da li ste pušač?	nominalna	Ne Da	1 2
11.	Da li pijete alkohol?	nominalna	Ne Da	1 2
12.	Koliko često se, u slobodno vreme, bavite fizičkim vežbama bar 30 min. tako da se bar malo zaduvate ili oznojite?	ordinalna	Svaki dan 4-6 puta nedeljno 2-3 puta nedeljno 1 nedeljno 2-3 puta mesečno Nekoliko puta godišnje/nikad	1 2 3 4 5 6

Tabela 1. Transformisane varijable, skale, kategorije i kodovi korišćeni u istraživanju (nastavak)

13.	Kako biste ocenili vaše zdravlje?	ordinalna	Dobro Prosečno Loše	1 2 3
14.	Da li Vam je tokom poslednje godine, od strane lekara, otkriveno neko od sledećih stanja/oboljenja?	nominalna	Varijable u oba istraživanja 14.1. Tuberkuloza 14.2. Infarkt miokarda (srčani udar) 14.3. Povišen krvni pritisak 14.4. Hronični bronhitis, emfizem 14.5. Astma 14.6. Reumatska oboljenja zglobova 14.7. Šećerna bolest 14.8. Povišene masnoće u krvi 14.9. Oboljenje bubrega 14.10. Čir dvanaestopalačnog creva, želuca 14.11. Oboljenje žučne kese 14.12. Maligno oboljenje (rak) 14.13. Anemija Varijable u 2000. godini 14.14. Srčana slabost 14.15. Angina pectoris 14.16. Psihički poremećaji /Nervne bolesti 14.17. Bol u leđima 14.18. Ostalo Varijable u 2006. godini 14.19. Moždani udar (šlog) 14.20. Alergija (bez astme) 14.21. Katarakta 14.22. Osteoporoza 14.23. Hronična anksioznost ili depresija 14.24. Migrena	Ne 1 Da 2
15.	Indeks telesne mase (BMI)	ordinalna	Pothranjeni (<18,49) Normalno uhranjeni (18,5-24,99) Predgojazno stanje (25-29,99) Gojazni (>30)	1 2 3 4
16.	Krvni pritisak	nominalna	Normalan (<140/<90) Hipertenzija (≥140/≥90)	1 2
17.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana bili kod lekara opšte prakse/lekara medicine rada?	nominalna	Ne Da	1 2

Tabela 1. Transformisane varijable, skale, kategorije i kodovi korišćeni u istraživanju (nastavak)

18.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana bili kod stomatologa?	nominalna	Ne Da	1 2
19.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana koristili usluge hitne pomoći?	nominalna	Ne Da	1 2
20.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana bili kod lekara specijaliste u domu zdravlja?	nominalna	Ne Da	1 2
21.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana koristili usluge privatnog lekara?	nominalna	Ne Da	1 2
22.	Da li ste u toku poslednjih godinu dana bili na bolničkom lečenju?	nominalna	Ne Da	1 2
23.	Kakve su vam mogućnosti kretanja?	ordinalna	Krećete se samostalno Krećete se uz pomoć pomagala U invalidskim kolicima Vezani ste za krevet	1 2 3 4
24.	Da li imate neko telesno oštećenje i da li vam ono pravi smetnje u obavljanju svakodnevni aktivnosti?	nominalna	Ne Da	1 2
25.	Svi indeksi obolevanja	omerna		Vrednosti indeksa obolevanja
26.	Tercili obolevanja	ordinalna	Dobro Prosečno Loše	1 2 3
27.	Godina istraživanja	nominalna	2000 2006	1 2

Klasifikacija indeksa telesne mase (*Body mass index, BMI*) je izvršena prema internacionalnoj klasifikaciji SZO (WHO, 2006b), dok je klasifikacija krvnog pritiska izvršena prema Evropskom udruženju za hipertenziju i Evropskom udruženju za kardiologiju (European Society of Hipertension, 2003) i prema smernicama za hipertenziju SZO (WHO, 1999).

Sve varijable korišćene u ovom istraživanju su kodirane u istom smeru, što znači da se najmanja vrednost koda uvek odnosila na najpozitivniji aspekt zdravlja ili socijalno-ekonomskog statusa, a najveća na najnegativni aspekt.

Za potrebe istraživanja konstruisan je indeks blagostanja domaćinstva prema kome je stanovništvo Srbije svrstano u pet socijalno-ekonomskih kategorija ili kvintila (najbogatiji, bogati, srednji sloj, siromašni i najsiromašniji). Konstrukcija indeksa blagostanja sastojala se iz sledećih koraka: određivanje promenljivih, dihotomizacija, izračunavanje pondera i vrednosti indeksa, i izračunavanje presečnih tačaka intervala. Sve promenljive koje su uključene u računanje indeksa blagostanja bile su kodirane u istom smeru, što znači da se najmanja vrednost koda uvek odnosila na pozitivan aspekt socijalno-ekonomskog statusa, a najveća na negativni aspekt socijalno-ekonomskog statusa. Promenljive su se odnosile na posedovanje različitih trajnih dobara. Korišćen je svaki aspekt (predmet) koji je mogao da da sliku ekonomskog statusa, kao što su: broj spavaćih soba po članu domaćinstva, materijal od koga je napravljen pod, krov i zidovi stambenog prostora, vrsta vodosnabdevanja i sanitarija, 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 dodeljivanje pondera promenljivim korišćene su faktorska analiza i metoda glavnih komponenta, uz pomoć „Varimax” ortogonalne rotacije. Ova procedura prvo standardizuje promenljive, zatim se računaju faktorski skorovi i na kraju se za svakog ispitanika sabiraju faktorski skorovi (regresioni faktori dobijeni u faktorskoj analizi) pomnoženi sa procentom njihove varijanse. Na taj način je dobijena vrednost indeksa blagostanja domaćinstva, tj. standardizovani skor. Kriterijum za ekstrakciju faktora je bio baziran na karakterističnim vrednostima većim od 1, dok su za ispitanike koji nisu odgovorili na neka od pitanja koja se tiču socijalno-ekonomskog statusa i od kojih je konstruisan indeks blagostanja, nedostajuće vrednosti skora zamenjene sa srednjom vrednošću skora (*replace mean*) za sve ispitanike.

Sledeća jednačina je korišćena za dobijanje indeksa blagostanja (IB):

$$IB = (\%varijanse_faktora1*skor_faktora1)/100 + (\%varijanse_faktora2*skor_faktora2)/100 + \dots + (\%varijanse_faktora_n*skor_faktora_n)/100$$

n – ukupan broj faktora

Ukupno su konstruisana tri indeksa blagostanja: indeks blagostanja za 2000. godinu, indeks blagostanja za 2006. godinu i indeks blagostanja za 2006. godinu koji je napravljen od istih varijabli od kojih je napravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu.

Da bismo ispitali da li postoje socijalno-ekonomske nejednakosti po indeksu blagostanja između dve godine istraživanja poredili smo prvi i treći indeks blagostanja.

Validnost oba indeksa blagostanja iz 2006. godine procenjivana je njihovom korelacijom sa indeksom blagostanja koji je korišćen u nacionalnom istraživanju zdravlja stanovnika Srbije 2006 (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007) (tabela 2).

Tabela 2. Povezanost između tri indeksa blagostanja za 2006. godinu

Varijable		Indeks blagostanja 2006	Indeks blagostanja 2006. sa promenljivima iz 2000.	Indeks blagostanja iz istraživanja za 2006.
Indeks blagostanja 2006	r	1	0,953	-0,862
	p		0,000	0,000
Indeks blagostanja 2006. sa promenljivima iz 2000.	r	0,953	1	-0,833
	p	0,000		0,000
Indeks blagostanja iz istraživanja za 2006.	r	-0,862	-0,833	1
	p	0,000	0,000	

r – Pirsonov koeficijent korelacije

Svi indeksi su translirani* na skale od 0 do 100. Manje vrednosti indeksa označavaju bolji, a više vrednosti indeksa lošiji socijalno-ekonomski status ispitanika.

Za tabelarni prikaz indeksa blagostanja korišćeni su kvintili materijalnog stanja domaćinstva (kvintili blagostanja). Oni su zasnovani na rasporedu populacije domaćinstva. Granične tačke intervala indeksa blagostanja koje određuju kvintile računaju se pomoću ponderisane frekvencije distribucije domaćinstva. Na taj način distribucija predstavlja nacionalnu populaciju domaćinstava, gde se svakom članu domaćinstva dodeljuje iznos indeksa blagostanja njegovog domaćinstva. Osobe se zatim ređaju po skor u indeksa blagostanja, a raspodela se vrši na pet kategorija od po 20%. Na kraju se skor domaćinstva prekodira u kvintil varijablu, tako da svaki član domaćinstva dobija i kvintil kategoriju svog domaćinstva.

Ukupno su konstruisana tri kvintila blagostanja: kvintili blagostanja za 2000. godinu, kvintili blagostanja za 2006. godinu i kvintili blagostanja za 2006. godinu koji su napravljeni od istih varijabli od kojih je napravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu. Razlika između oba kvintila blagostanja za 2006. godinu je visoko statistički značajna ($p=0,000$), dok vrednost kapa indeksa ($k=0,682$) govori da postoji saglasnost između varijabli, tj. da mere istu stvar (tabela 3).

Tabela 3. Povezanost između kvintila blagostanja za 2006. godinu i kvintila blagostanja za 2006. godinu napravljenog od istih varijabli od kojih je napravljen indeks blagostanja za 2000. godinu.

Varijable		Kvintili blagostanja za 2006. godinu					Ukupno
		Najbogatiji	Bogati	Srednji	Siro- mašni	Najsiro- mašniji	
Kvintili blagostanja za 2006. godinu sa varijablama iz 2000. godine	Najbogatiji	2266	733	5	0	0	3004
	Bogati	595	1677	493	34	0	2799
	Srednji	41	482	1986	399	5	2913
	Siromašni	2	16	418	2245	242	2923
	Najsiromašniji	0	0	8	220	2655	2883
Ukupno		2904	2908	2910	2898	2902	14522

$p=0,000$; $k=0,682$

* Prevođenje vrednosti indeksa sa skale određenog opsega na skalu opsega od 0 do 100 radi međusobnog poređenja indeksa

Da bismo ispitali da li postoje socijalno-ekonomske nejednakosti po kvintilima blagostanja između dve godine istraživanja, kvintili blagostanja za 2006. godinu su napravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000. godinu, i potom je ispitana povezanost sa kvintilima blagostanja za 2000. godinu uz pomoć bivarijantne logističke regresije.

3.5. Konstrukcija indeksa obolevanja

Konstrukcija indeksa obolevanja sastojala se iz sledećih koraka: određivanje promenljivih, dihotomizacija, izračunavanje pondera i vrednosti indeksa, i izračunavanje presečnih tačaka intervala. Za dodeljivanje pondera promenljivim rađena su faktorska analiza i metoda glavnih komponenta, uz pomoć „Varimax” ortogonalne rotacije. Ova procedura prvo standardizuje promenljive, zatim se računaju faktorski skorovi i na kraju se za svakog ispitanika sabiraju faktorski skorovi pomnoženi sa procentom njihove varijanse. Na taj način je dobijena „vrednost ukupnog opterećenja bolešću po ispitaniku“ – indeks obolevanja, tj. standardizovani skor. Za neke indekse obolevanja kriterijum za ekstrakciju faktora je bio baziran na karakterističnim vrednostima većim od 1, dok je za druge bio baziran na unapred određenom broju faktora.

Sledeća jednačina je korišćena za dobijanje indeksa obolevanja (IO):

$$IO = (\%varijanse_faktora1*skor_faktora1)/100 + (\%varijanse_faktora2*skor_faktora2)/100 + \dots + (\%varijanse_faktora_n*skor_faktora_n)/100$$

n – ukupan broj faktora

Svi indeksi su translirani* na skale od 0 do 100 prema sledećoj jednačini:

$$IO (0-100) = ((100*IO)/\max \text{ vrednost IO})$$

* Prevođenje vrednosti indeksa sa skale određenog opsega na skalu opsega od 0 do 100 radi poređenja indeksa među sobom, kao i sa indeksima iz drugih istraživanjima

Manje vrednosti indeksa označavaju bolje, a više vrednosti indeksa lošije zdravstveno stanje ispitanika. Indeks obolevanja je u analizi korišćen kao kontinuirana i kao kategorijalna varijabla (varijabla transformisana u tri kategorije, tzv. tercile, sa jednakim brojem ispitanika u svakoj). Granične tačke intervala indeksa koje određuju tercile izračunate su pomoću ponderisane frekvencije distribucije ispitanika.

Ukupno je konstruisano 22 indeksa obolevanja (11 za 2000. godinu i 11 za 2006. godinu) koji su prema definisanim kriterijumima prihvatani za dalju analizu (tabela 4). Kriterijumi su bili: pouzdanost indeksa, validnost indeksa, prisutnost varijabli iz različitih domena u jednom faktoru, istosmernost kodova varijabli koje ulaze u formiranje indeksa, saglasnost u konstruisanju indeksa između dve godine istraživanja, kao i primeri konstrukcije indeksa korišćenih u drugim istraživanjima.

Što je indeks bio pouzdaniji i validniji, tj. što su vrednosti Kronbahovog koeficijenta alfa (*Cronbach's Alpha*) i Pirsonovog koeficijenta bile veće, to je i indeks bio bolji. Takođe je bilo poželjno prisustvo varijabli iz različitih domena u jednom faktoru (varijable koje se odnose na subjektivne i objektivne mere zdravstvenog stanja, korišćenje usluga zdravstvene službe, nesposobnost). Sve varijable koje su korišćene za konstrukciju indeksa obolevanja bile su kodirane u istom smeru, što znači da se najmanja vrednost koda uvek odnosila na pozitivan aspekt zdravlja, a najveća na negativni aspekt zdravlja.

Saglasnost u konstruisanju indeksa između dve godine istraživanja je sledeći kriterijum. Što je razlika između ukupnog broja varijabli od kojih su napravljeni indeksi obolevanja u 2006. i 2000. godini bila manja, to je i indeks smatran boljim.

Za dalju analizu izabrana su po 4 ista indeksa obolevanja iz svake godine istraživanja koja su u najvišem stepenu ispunjavala pomenute kriterijume. To su: indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe. Varijable od kojih su napravljeni pomenuti indeksi obolevanja date su u rezultatima faktorskih analiza (podpoglavlje 4.2).

Tabela 4. Kriterijumi za prihvatanje indeksa obolevanja u ovom istraživanju.

Redni broj	Varijable	Godina	Pouzdanost indeksa (Cronbach's Alpha)	Validnost indeksa (Pearson korelacija)	Prisutnost varijabli iz različitih domena u jednom faktoru	Istosmernost kodova varijabli koje ulaze u formiranje indeksa	Saglasnost u konstruisanju indeksa 2000 i 2006*
1.	Indeks morbiditeta	2000	0,822	Ref.	+	+	32
		2006	0,845	Ref.	+	+	35
2.	Indeks objektivne procene zdravlja	2000	0,453	0,248	/	+	2
		2006	0,396	0,269	/	+	2
3.	Indeks korišćenja zdravstvene službe	2000	0,463	0,264	/	+	6
		2006	0,534	0,325	/	+	6
4.	Indeks nesposobnosti	2000	0,814	0,259	/	+	7
		2006	0,880	0,130	/	+	10
5.	Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	2000	0,811	0,990	+	+	34
		2006	0,832	0,994	+	+	37
6.	Indeka morbiditeta i korišćenja	2000	0,812	0,939	+	+	38
		2006	0,844	0,924	+	+	41
7.	Indeks morbiditeta i nesposobnosti	2000	0,838	0,839	-	+	39
		2006	0,856	0,648	+	+	45
8.	Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	2000	0,804	0,933	+	+	40
		2006	0,834	0,941	+	+	43
9.	Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja, korišćenja i nesposobnosti	2000	0,822	0,833	-	+	47
		2006	0,847	0,658	+	+	53
10.	Indeks morbiditeta, nesposobnosti i objektivne procene zdravlja	2000	0,828	0,775	-	+	41
		2006	0,846	0,654	+	+	47
11.	Indeks morbiditeta, nesposobnosti i korišćenja	2000	0,830	0,816	-	+	45
		2006	0,856	0,646	+	+	51

*Zasniva se na prisutnosti istih varijabli od kojih su napravljeni indeksi tj. da li su bila ista pitanja u 2000 i 2006. godini. U tabeli je dat ukupan broj varijabli. Razlika između ukupnog broja varijabli u 2006 i 2000 godini predstavlja broj varijabli koje nisu bile iste u pomenutim istraživanjima.

3.6. Statističke metode obrade podataka

U statističkoj analizi podataka od deskriptivnih statističkih metoda korišćene su: aritmetička sredina, standardna devijacija, 95% interval poverenja, distribucija frekvencija i procenti. Za ispitivanje razlika između zavisnih i nezavisnih varijabli rađeni su χ^2 test, t test za dva nezavisna uzorka, kao i ANOVA za dva nezavisna uzorka.

Kao glavna statistička metoda za konstrukciju svih indeksa obolevanja i napred pomenutog indeksa blagostanja rađena je faktorska analiza sa metodom glavnih komponenata kao metodom njihovog izdvajanja. Faktorska analiza se koristi za analizu odnosa između velikog broja varijabli i zasniva se na modelu koji podrazumeva da se korelacije između parova mernih varijabli mogu objasniti povezanošću tih varijabli sa malim brojem nemejljivih (latentnih), ali značajnih varijabli koje se nazivaju faktorima. Ciljevi faktorske analize su smanjenje broja varijabli, kao i njihova klasifikacija. Ova analiza se često koristi u ispitivanjima kako bi se ispitalo da li se dugi nizovi pitanja mogu grupisati u kraće nizove pitanja od kojih svaki objašnjava jedan aspekt ili faktor pojave koja se ispituje (Kirch, 2008). Izdvajanje faktora izvršeno je metodom glavnih komponenata, baziranoj na korelacionoj matrici svih slučajno promenljivih. Za objašnjenje faktorske strukture korišćena je „Varimax“ ortogonalna rotacija.

Za ispitivanje povezanosti između indeksa obolevanja korišćena je bivarijantna analiza (Pirsonov koeficijent korelacije i linearna regresija), dok je za poređenje prosečnih vrednosti indeksa obolevanja korišćena analiza varijanse (ANOVA) za ponovljena merenja.

Povezanost između tercila obolevanja ispitivana je χ^2 testom, dok je za poređenje prosečnih vrednosti tercila obolevanja korišćen neparametarski Fridmanov test (*Friedman*).

Pouzdanost indeksa obolevanja je validirana izračunavanjem Kronbahovog koeficijenta alfa (*Cronbach alpha*) kojim se ocenjuje interna konzistentnost, tj. meri korelacija između ukupnog zbira skale indeksa morbiditeta i zbira neke druge uporedive skale. Validnost indeksa obolevanja je procenjivana njegovom korelacijom sa drugim merama morbiditeta korišćenim u ovoj disertaciji i izračunavanjem Pirsonovog koeficijenta korelacije.

Povezanost između niza zavisnih i niza nezavisnih varijabli ispitivana je odgovarajućom bivarijantnom, kao i multivarijantnom linearnom i logističkom regresijom.

Sve nezavisne promenljive, bez obzira na statističku značajnost u bivarijantnim regresijama, obuhvaćene su daljom analizom.

Kada je zavisna promenljiva bila kontinuiranog karaktera, tj. neki od 4 indeksa obolevanja (indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja), tada je za utvrđivanje povezanosti između zavisne i niza nezavisnih promenljivih rađena linearna regresija po ulaznoj metodi (*enter*). Sve promenljive čiji se koeficijent regresije (b) značajno razlikovao od nule ($p < 0,05$) označene su kao prediktori zavisne promenljive.

Kada je zavisna promenljiva bila dihotomnog karaktera, za utvrđivanje povezanosti između zavisne i jedne ili više nezavisnih promenljivih rađene su bivarijantna i multivarijantna logistička regresija po ulaznoj metodi (*enter*). Ukoliko se parcijalni koeficijent logističke regresije (b) značajno razlikovao od nule ($p < 0,05$), onda je takva nezavisna promenljiva označavana kao prediktor zavisne promenljive. Takođe su određivani unakrsni odnos (UO) i 95% interval poverenja. Za potrebe logističkih regresionih analiza, svaki tercil obolevanja, kao i samoprocena zdravstvenog stanja transformisani su u tri dihotomne varijable: prosečno naspram dobrog zdravlja, loše naspram dobrog zdravlja i loše naspram prosečnog zdravlja.

Za svaku zavisnu varijablu rađena su po tri modela multivarijantnih linearnih ili logističkih regresija. U prvi model su od nezavisnih varijabli ušle sve demografske varijable (model 1), u drugi model su demografskim priključene i socijalno-ekonomske varijable (model 2), dok su u poslednji model pored pomenutih ušle i varijable koje predstavljaju stilove života (model 3).

Da bismo uporedili socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju u istraživanjima sprovedenim 2000. i 2006. godine, napravljena je nova baza koju čine 24.443 ispitanika i koja je dobijena tako što su baze iz 2000. i 2006. godine spojene po redovima, tj. ispitanicima (*merge cases*).

Za ispitivanje značajnosti razlika indeksa obolevanja, njihovih tercila i samoprocene zdravlja između dva istraživanja korišćene su bivarijantna i multivarijantna logistička regresija. Zavisna promenljiva, tj. godina istraživanja, je bila dihotomnog karaktera.

Ukupno je rađeno pet modela logističkih regresija:

- U modelu A je rađena bivarijantna logistička regresija u kojoj su prikazani UO i 95%IP za izabrani indeks ili tercil.
- Model B je predstavljen multivarijantnom logističkom regresijom sa samo jednim indeksom ili tercilom prilagođenom na demografske, socijalno-ekonomske varijable i stilove života (prikazani UO i 95%IP za pojedinačni indeks ili tercil).
- U model C su ušli svi indeksi ili svi tercili obolevanja (prikazani UO i 95%IP za sve indekse ili sve tercile).
- U model D je modelu C pridodata samoprocena zdravlja (prikazani UO i 95%IP za sve indekse i samoprocenu zdravlja ili sve tercile i samoprocenu zdravlja).
- U modelu E je rađena multivarijantna logistička regresija sa svim indeksima i samoprocenom zdravlja ili svim tercilima i samoprocenom zdravlja prilagođena na demografske, socijalno-ekonomske varijable i stilove života (prikazani UO i 95%IP za sve indekse i samoprocenu zdravlja ili sve tercile i samoprocenu zdravlja).

Za poređenje prosečnih vrednosti indeksa obolevanja između dva istraživanja korišćena je ANOVA za ponovljena merenja, dok je neparametarski Kruskal Valisov (*Kruskal Wallis*) test korišćen za poređenje prosečnih vrednosti tercila obolevanja.

Nivo statističke značajnosti u svim testovima je $p < 0,05$, a statistička obrada prikupljenih podataka urađena je uz pomoć programa IBM SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences, 2010).

4. REZULTATI

Analiza rezultata se sastoji iz šest delova. U prvom delu su prikazane osnovne karakteristike populacija obuhvaćenih istraživanjima, odnosno tri grupe nezavisnih varijabli (demografske varijable, socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika i stilovi života), kao i njihove razlike između dva istraživanja; u drugom delu su rezultati faktorskih analiza za odabrane indekse obolevanja; u trećem analiza osobina indeksa i tercila za svaku godinu ponaosob, kao i njihove razlike između dva istraživanja; u četvrtom ispitivanje povezanosti pokazatelja morbiditeta i determinanti zdravlja; u petom razlike između istraživanja u značajnosti povezanosti pokazatelja morbiditeta i determinanti zdravlja, a u poslednjem delu su prikazane razlike indeksa i tercila prilagođenih na determinante zdravlja u dva vremenska perioda.

4.1. Osnovne karakteristike populacije

4.1.1. Demografske karakteristike ispitanika

Istraživanjem iz 2000. godine anketirano je ukupno 9921 odrasla osoba uzrasta 20 i više godina, dok su 14522 ispitanika iste uzrasne grupe anketirana u 2006. godini (tabela 5).

U oba istraživanja je identifikovano nešto više žena (54,9% u 2000. godini; 52,8% u 2006. godini) nego muškaraca (45,1% u 2000. godini; 47,2% u 2006. godini). Najveći procenat ispitanika u 2000. godini pripada starosnoj grupi od 40 do 49 godina, dok je u 2006. godini najviše ispitanika starosti od 50 do 59 godina. Nešto više od dve trećine muškaraca u 2000. godini živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (69,6%), dok je u 2006. godini taj procenat neznatno manji i iznosi 68,3%. Najveći procenat ispitanika u oba istraživanja živi u gradu. Kod svih demografskih varijabli kada se analiziraju po godinama istraživanja postoje statistički značajne razlike (tabela 5). Istraživanjem u 2006. godini u odnosu na 2000. godinu je obuhvaćeno značajno manje žena nego muškarca, dok je značajno veći broj odraslih osoba uzrasta 20 i više godina, neoženjenih, razvedenih, udovaca/ica, kao i ispitanika koji žive u ruralnoj sredini.

Tabela 5. Distribucija demografskih varijabli i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja

Varijable	2000		2006		2006/2000	
	n	%	n	%	p	UO (95%IP)
Ukupno	9921	100,0	14522	100,0		
Pol					0,001 ^a	
Muškarci	4447	45,1	6858	47,2		1 ^b
Žene	5447	54,9	7664	52,8		0,92 (0,87-0,97)
Godine starosti ($\bar{x} \pm SD$)	47,08 \pm 16,995		50,24 \pm 17,333		0,001 ^c	1,01 (1,01-1,01)
Godine starosti					0,000 ^a	
20-29	1870	18,8	2180	15,0		1 ^b
30-39	1918	19,3	2307	15,9		1,03 (0,95-1,13)
40-49	1932	19,5	2513	17,3		1,12 (1,02-1,22)
50-59	1466	14,8	2877	19,8		1,68 (1,54-1,84)
60-69	1521	15,3	2210	15,2		1,25 (1,14-1,36)
70+	1214	12,2	2435	16,8		1,72 (1,57-1,89)
Bračno stanje					0,000 ^a	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	6904	69,6	9914	68,3		1 ^b
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	2661	26,8	4553	31,4		1,19 (1,13-1,26)
Bez odgovora	356	3,6	55	0,4		
Tip naselja					0,000 ^a	
Urbana	6043	60,9	7528	51,8		1 ^b
Ruralna	3878	39,1	6994	48,2		1,45 (1,38-1,53)

^a: χ^2 test

^b: Referentna kategorija

^c: Studentov t-test

4.1.2. Socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika

Distribucija socijalno-ekonomskih karakteristika ispitanika i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja prikazane su u tabeli 6.

Tabela 6. Distribucija socijalno-ekonomskih varijabli i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja.

Varijable	2000		2006		2006/2000	
	n	%	n	%	p	UO (95%IP)
Ukupno	9921	100,0	14522	100,0		
Obrazovanje					0,000 ^a	
Viša i visoka škola	1996	20,1	1835	12,6		1 ^b
Srednja škola	4420	44,6	6935	47,8		1,71 (1,59-1,84)
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna	3147	31,7	5752	39,6		1,99 (1,84-2,15)
Radni status					0,000 ^a	
Zaposlen	5197	52,4	5250	36,2		1 ^b
Nezaposlen	618	6,2	2670	18,4		4,28 (3,89-4,71)
Neaktivan	3751	37,8	6585	45,3		1,74 (1,64-1,84)
Materijalno stanje domaćinstva					0,000 ^a	
Dobro	959	9,7	2286	15,7		1 ^b
Prosečno	5049	50,9	7120	49,0		0,59 (0,54-0,64)
Loše	3785	38,2	5059	34,8		0,56 (0,51-0,61)
Indeks blagostanja ($\bar{x} \pm SD$)	22,81±16,68		35,01±15,20 ^c 20,63±16,82 ^d		0,000 ^e	1,06 (1,05-1,06)
Kvintili blagostanja^f					0,000 ^a	
Najbogatiji	1980	20,0	4237	29,2		1 ^b
Bogati	1983	20,0	2085	14,4		0,49 (0,45-0,53)
Srednji sloj	1989	20,0	2816	19,4		0,66 (0,61-0,72)
Siromašni	1983	20,0	2825	19,5		0,67 (0,62-0,72)
Najsiromašniji	1986	20,0	2559	17,6		0,60 (0,56-0,65)

^a: χ^2 test

^b: Referentna kategorija

^c: Indeks blagostanja pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja iz istraživanja zdravlja stanovništva 2006

^d: Indeks blagostanja pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu

^e: Studentov t-test

^f: Za 2006 godinu kvintili blagostanja su pravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu (najbogatiji 0-10,95/ bogati 10,95-15,53/ srednji sloj 15,53-22,22/ siromašni 22,22-32,39/ najsiromašniji 32,39-100).

Najveći procenat ispitanika ima srednje obrazovanje (44,6% u 2000. godini; 47,8% u 2006. godini), dok je najmanje onih koji imaju završenu višu ili visoku školu. Takođe, u oba istraživanja zdravlja stanovnika republike Srbije najveći broj stanovnika na prvom mestu svoje materijalno stanje domaćinstva procenjuje kao prosečno, a zatim kao loše. Kada govorimo o radnom statusu, najveći broj ispitanika u 2000. godini je bio zaposlen, dok je 6 godina kasnije najveći procenat bio onih koji su pripadali neaktivnom stanovništvu. Tabela 6 pokazuje da postoje značajne socijalno-ekonomske razlike po godinama istraživanja. U 2006. godini je značajno više ljudi sa srednjim (UO=1,71) i osnovnim obrazovanjem (UO=1,99), veći je broj nezaposlenog (UO=4,28) i neaktivnog stanovništva, veći je broj onih koji pripadaju siromašnoj klasi prema indeksu blagostanja (UO=1,06), dok je manji broj onih koji svoje materijalno stanje domaćinstva procenjuje kao prosečno (UO=0,59) ili loše (UO=0,56).

4.1.3. Životni stilovi ispitanika

Distribucija životnih stilova ispitanika i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja prikazane su u tabeli 7. Procenat pušača, kao i procenat ispitanika koji piju alkohol je manji u 2006. godini. Isti obrazac je zapažen i kada je reč o fizičkoj aktivnosti, tj. u 2006. godini je manje ispitanika koji se bave fizičkom aktivnošću 1 nedeljno ili ređe u odnosu na one koji su svakodnevno fizički aktivni. U prilog tome govore visoko statistički značajne razlike po godinama istraživanja za sve ispitivane stilove života.

Tabela 7. Distribucija životnih stilova i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja

Varijable	2000		2006		2006/2000	
	n	%	n	%	p ^a	UO (95%IP)
Ukupno	9921	100,0	14522	100,0		
Pušenje					0,000	
Ne	5586	56,3	7837	54,0		1 ^b
Da	3786	38,2	4435	30,5		0,84 (0,79-0,88)
Bez odgovora	549	5,5	2250	15,5		

Tabela 7. Distribucija životnih stilova i njihove razlike u odnosu na godine istraživanja (nastavak)

Alkohol					0,001	
Ne	4932	49,7	6618	45,6		1 ^b
Da	4388	44,2	5367	37,0		0,91 (0,86-0,96)
Bez odgovora	601	6,1	2537	17,5		
Fizička aktivnost					0,000	
Svaki dan	947	9,5	2676	18,4		1 ^b
4-6 puta nedeljno	364	3,7	1018	7,0		0,99 (0,86-1,14)
2-3 puta nedeljno	913	9,2	2336	16,1		0,91 (0,81-1,01)
1 nedeljno	1000	10,1	1545	10,6		0,55 (0,49-0,61)
2-3 puta mesečno	659	6,6	1088	7,5		0,58 (0,52-0,66)
Nekoliko puta godišnje/nikad	5579	56,2	5754	39,6		0,37 (0,34-0,40)
Bez odgovora	459	4,6	105	0,7		

^a: χ^2 test

^b: Referentna kategorija

4.2. Rezultati faktorskih analiza za odabrane indekse obolevanja

Za svaku godinu istraživanja izabrana su po 4 ista indeksa obolevanja (indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe) koja su u najvišem stepenu ispunjavala kriterijume definisane u metodu rada. Ukupno je urađeno 8 faktorskih analiza.

4.2.1. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2000. godinu

Faktorskom analizom varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2000. godinu izdvojeno je šest faktora (muskulo-skeletne bolesti; srčane bolesti, krvni pritisak i samoprocena zdravlja; depresija, psihičke tegobe i poremećaji; hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti; cirkulatorni i digestivni poremećaji i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza) koji objašnjavaju 36,9% ukupne varijanse (tabela 8). Kao prvi faktor sa najvećim procentom varijanse (8,8%) izdvojile su se muskulo-skeletne bolesti u koje spadaju varijable koje se odnose na bol u leđima u poslednjih mesec dana, kao i godinu dana pre sprovođenja istraživanja, zatim bol u zglobovima, bol u vratu/ramenima i reumatska oboljenja zglobova. Povezanost između ovih varijabli je jasno uočljiva i logična.

Drugi faktor objašnjava 7,0% varijanse i povezanost između njegovih varijabli (angina pektoris, srčana slabost, infarkt miokarda, povišen pritisak, bol u grudima tokom naprežanja i samoprocena zdravlja) je očigledna. Povišen krvni pritisak je faktor rizika za srčane bolesti, a kao posledica srčanih bolesti ispitanici procenjuju svoje zdravlje lošije.

Trećim faktorom objašnjeno je 6,4% varijanse. Depresija, psihičke tegobe i poremećaji se često udruženo javljaju i između njih postoji pozitivna povezanost.

Preostala tri faktora su zajedno doprinela sa 14,7% kumulativne varijanse (hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti; cirkulatorni i digestivni poremećaji i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza).

Tabela 8. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2000. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti (1)	Srčane bolesti, krvni pritisak i samoprocena zdravlja (2)	Depresija, psihičke tegobe i poremećaji (3)	Hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti (4)	Cirkulatorni i digestivni poremećaji (5)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (6)
Bol u leđima (mesec dana)	0,736					
Bol u zglobovima	0,664					
Bol u vratu/ramenima	0,653					
Bol u leđima (godinu dana)	0,624					
Reumatska obolenja zglobova	0,584					
Angina pektoris		0,676				
Srčana slabost		0,658				
Infarkt miokarda		0,563				
Povišen pritisak		0,498				
Bol u grudima tokom naprezanja		0,488				
Samoprocena zdravlja		0,473				
Depresija (potištenost)			0,672			
Nesanica			0,641			
Glavobolja			0,574			
Bolovi u celom telu			0,388			
Zubobolja			0,388			
Psihički poremećaji/Nervne bolesti			0,322			
Povišene masnoće				0,504		
Oboljenje bubrega				0,485		
Dijabetes				0,440		
Oboljenje žučne kese				0,424		
Čir dvanaestopalačnog creva, želuca				0,356		
Rak				0,314		
Anemija				0,289		
Ostala stanja/oboljenja				0,246		

Proširene vene					0,628	
Oticanje stopala					0,596	
Ekcem					0,432	
Zatvor					0,383	
Astma						0,780
Hronični bronhitis, emfizem						0,692
Tuberkuloza						0,234
Procenat varijanse	8,776	7,026	6,431	5,756	4,795	4,186
Kumulativni procenat	8,776	15,802	22,233	27,989	32,784	36,970

4.2.2. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2006. godinu

Faktorskom analizom varijabli koje se odnose na indeks morbiditeta za 2006. godinu izdvojeno je takođe šest faktora (muskulo-skeletne bolesti i bol u grudima; depresija i psihičke tegobe; hronične nezarazne bolesti i samoprocena zdravlja; anemija, migrena, osteoporoza i druge bolesti; cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza) koji objašnjavaju 35,2% ukupne varijanse (tabela 9).

Najveći procenat varijanse (8,1%) objašnjen je prvim faktorom – muskulo-skeletnim bolestima (bol u leđima, bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova) i bolom u grudima. Uočena je pozitivna korelacija između svih pomenutih varijabli koje su predstavljene prvim faktorom.

Depresija i psihičke tegobe izdvojili su se kao drugi faktor kojim je objašnjeno 6,8% varijanse, dok su na trećem mestu hronične nezarazne bolesti i samoprocena zdravlja (6,4% varijanse). Uočena je pozitivna korelacija između hroničnih nezaraznih bolesti i samoprocene zdravlja, tj. što je veća prevalencija hroničnih nezaraznih bolesti među ispitanicima, to je i njihova samoprocena zdravlja lošija.

Preostala tri faktora su zajedno doprinela sa 13,9% kumulativne varijanse (anemija, migrena, osteoporoza i druge bolesti; cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza).

Tabela 9. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta za 2006. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti i bol u grudima (1)	Depresija i psihičke tegobe (2)	Hronične nezarazne bolesti i samoprocena zdravlja (3)	Anemija, migrena, osteoporoza i druge bolesti (4)	Cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji (5)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (6)
Bol u leđima	0,767					
Bol u vratu/ramenima	0,746					
Bol u zglobovima	0,731					
Reumatska obolenja zglobova	0,518					
Bol u grudima	0,368					
Potištenost		0,664				
Nesanica		0,603				
Glavobolja		0,556				
Nesvestica		0,479				
Hronična anksioznost/Depresija		0,451				
Bolovi u celom telu		0,409				
Zubobolja		0,349				
Povišen pritisak			0,588			
Dijabetes			0,541			
Samoprocena zdravlja			0,528			
Infarkt miokarda			0,476			
Šlog			0,435			
Povišene masnoće			0,431			
Katarakta			0,275			
Rak			0,146			
Anemija				0,457		
Migrena				0,447		
Oboljenje žučne kese				0,421		
Osteoporoza				0,411		
Oboljenje bubrega				0,410		
Alergija (bez alergijske astme)				0,383		
Čir dvanaestopalačnog creva				0,318		
Proširene vene					0,543	

Ekcem					0,496	
Oticanje stopala					0,477	
Zatvor/hemoroidi					0,384	
Učestalo mokrenje					0,334	
Astma						0,759
Hronični bronhitis, emfizem						0,707
Tuberkuloza						0,260
Procenat varijanse	8,121	6,806	6,446	5,333	4,620	3,903
Kumulativni procenat	8,121	14,927	21,374	26,707	31,327	35,230

4.2.3. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2000. godinu

Faktorskom analizom varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2000. godinu izdvojeno je šest faktora (muskulo-skeletne bolesti; depresija, psihičke tegobe, cirkulatorni i digestivni poremećaji; srčane bolesti, krvni pritisak, samoprocena zdravlja i psihički poremećaji; hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti; objektivna procena zdravlja i proširene vene i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza) koji objašnjavaju 36,2% ukupne varijanse (tabela 10).

Kao prvi faktor sa najvećim procentom varijanse (8,0%) izdvojile su se muskulo-skeletne bolesti u koje spadaju varijable koje se odnose na bol u leđima u poslednjih mesec dana, kao i godinu dana pre sprovođenja istraživanja, zatim bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova. Uočena je pozitivna povezanost između ovih varijabli.

Drugim faktorom objašnjeno je 7,4% varijanse. Depresija, psihičke tegobe, cirkulatorni i digestivni poremećaji se često udruženo javljaju i između njih postoji pozitivna povezanost.

Treći faktor objašnjava 6,0% varijanse i povezanost između njegovih varijabli (srčane bolesti, krvni pritisak, samoprocena zdravlja i psihički poremećaji) je očigledna. Povišen krvni pritisak je faktor rizika za srčane bolesti, a kao posledica srčanih bolesti psihičko stanje ispitanika se pogoršava i oni procenjuju svoje zdravlje lošije.

Preostala tri faktora su zajedno doprinela sa 14,9% kumulativne varijanse (hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti; objektivna procena zdravlja i proširene vene i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza).

Tabela 10. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2000. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti (1)	Depresija, psihičke tegobe, cirkulatorni i digestivni poremećaji (2)	Srčane bolesti, povišeni pritisak, samoprocena zdravlja i psihički poremećaji (3)	Hronične nezarazne bolesti, anemija, i druge bolesti (4)	Objektivna procena zdravlja i proširene vene (5)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (6)
Bol u leđima (mesec dana)	0.738					
Bol u leđima (godinu dana)	0.655					
Bol u vratu/ramenima	0.649					
Bol u zglobovima	0.625					
Reumatska obolenja zglobova	0.596					
Depresija (potištenost)		0.656				
Nesanica		0.602				
Glavobolja		0.495				
Bolovi u celom telu		0.472				
Zatvor		0.428				
Oticanje stopala		0.387				
Ekcem		0.321				
Zubobolja		0.317				
Angina pektoris			0.658			
Srčana slabost			0.633			
Infarkt miokarda			0.559			
Povišen pritisak			0.439			
Bol u grudima tokom naprežanja			0.437			
Samoprocena zdravlja			0.352			
Psihički poremećaji/Nervne bolesti			0.226			
Povišene masnoće				0.519		

Oboljenje bubrega				0.484		
Dijabetes				0.459		
Oboljenje žučne kese				0.431		
Čir dvanaestopalačnog creva, želuca				0.357		
Rak				0.317		
Anemija				0.298		
Ostala stanja/oboljenja				0.266		
BMI					0.693	
Krvni pritisak					0.678	
Proširene vene					0.402	
Astma						0.758
Hronični bronhitis, emfizem						0.680
Tuberkuloza						0.237
Procenat varijanse	7.998	7.363	5.973	5.520	5.381	3.991
Kumulativni procenat	7.998	15.362	21.335	26.855	32.236	36.227

4.2.4. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2006. godinu

Faktorskom analizom varijabli koje se odnose na indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2006. godinu izdvojeno je takođe šest faktora (muskulo-skeletne bolesti; psihičke tegobe, urinarni poremećaji i bol u grudima; hronične nezarazne bolesti, subjektivna i objektivna procena zdravlja; anemija, migrena, depresija, osteoporozna i druge bolesti; cirkulatorni, digestivni poremećaji i alergija i hronične respiratorne bolesti, tuberkuloza i rak) koji objašnjavaju 34,5% ukupne varijanse (tabela 11).

Najveći procenat varijanse (7,1%) objašnjen je prvim faktorom – muskulo-skeletnim bolestima (bol u leđima, bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova). Uočena je pozitivna korelacija između svih pomenutih varijabli koje su predstavljene prvim faktorom.

Psihičke tegobe, urinarni poremećaji i bol u grudima izdvojili su se kao drugi faktor kojim je objašnjeno 7,1% varijanse, dok su na trećem mestu hronične nezarazne bolesti, subjektivna i objektivna procena zdravlja (6,9% varijanse). Uočena je pozitivna korelacija između hroničnih nezaraznih bolesti i subjektivne i objektivne procene zdravlja, tj. što je veća prevalencija hroničnih nezaraznih bolesti među ispitanicima, to je njihova

samoprocena zdravlja lošija, kao i objektivno stanje mereno krvnim pritiskom i indeksom telesne mase (BMI).

Preostala tri faktora su zajedno doprinela sa 13,4% kumulativne varijanse (anemija, migrena, depresija, osteoporoza i druge bolesti; cirkulatorni, digestivni poremećaji i alergija i hronične respiratorne bolesti, tuberkuloza i rak).

Tabela 11. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2006. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti (1)	Psihičke tegobe, urinarni poremećaji i bol u grudima (2)	Hronične nezarazne bolesti, subjektivna i objektivna procena zdravlja (3)	Anemija, migrena, depresija, osteoporoza i druge bolesti (4)	Cirkulatorni, digestivni poremećaji i alergija (5)	Hronične respiratorne bolesti, tuberkuloza i rak (6)
Bol u leđima	0.765					
Bol u vratu/ramenima	0.744					
Bol u zglobovima	0.707					
Reumatska obolenja zglobova	0.485					
Potištenost		0.654				
Nesanica		0.607				
Nesvestica		0.515				
Glavobolja		0.515				
Bolovi u celom telu		0.444				
Bol u grudima		0.402				
Učestalo mokrenje		0.362				
Zubobolja		0.343				
Povišen pritisak			0.687			
Krvni pritisak			0.637			
BMI			0.503			
Samoprocena zdravlja			0.496			
Dijabetes			0.473			
Povišene masnoće			0.406			
Infarkt miokarda			0.352			
Šlog			0.289			
Osteoporoza				0.453		
Anemija				0.452		

Migrena				0.434		
Hronična anksioznost/Depresija				0.432		
Obolenje bubrega				0.413		
Oboljenje žučne kese				0.389		
Čir dvanaestopalačnog creva				0.332		
Katarakta				0.241		
Proširene vene					0.518	
Ekcem					0.494	
Oticanje stopala					0.466	
Alergija (bez alergijske astme)					0.400	
Zatvor/hemoroidi					0.340	
Astma						0.730
Hronični bronhitis, emfizem						0.651
Tuberkuloza						0.282
Rak						0.144
Procenat varijanse	7.138	7.097	6.852	5.197	4.316	3.863
Kumulativni procenat	7.138	14.235	21.087	26.284	30.600	34.464

4.2.5. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2000. godinu

Faktorskom analizom varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja za 2000. godinu izdvojeno je sedam faktora (muskulo-skeletne bolesti, samoprocena zdravlja i cirkulatorni poremećaji; depresija, psihičke tegobe i poremećaji i digestivni poremećaji; srčane bolesti i povišen pritisak, hronične nezarazne bolesti i anemija; korišćenje usluga državne zdravstvene službe i druge bolesti; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza) koji objašnjavaju 36,6% ukupne varijanse (tabela 12).

Kao prvi faktor sa najvećim procentom varijanse (8,4%) izdvojile su se muskulo-skeletne bolesti (bol u leđima u poslednjih mesec dana, kao i godinu dana pre sprovođenja istraživanja, zatim bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima, reumatska oboljenja zglobova), zatim samoprocena zdravlja i cirkulatorni poremećaji (oticanje stopala i proširene vene). Uočena je pozitivna povezanost između pomenutih varijabli.

Drugim faktorom objašnjeno je 5,8% varijanse. Depresija, psihičke tegobe i poremećaji i digestivni poremećaji se često udruženo javljaju i između njih postoji pozitivna povezanost.

Treći faktor objašnjava 5,3% varijanse i povezanost između njegovih varijabli (srčane bolesti i povišen pritisak) je očigledna. Povišen krvni pritisak je faktor rizika za srčane bolesti

Preostala četiri faktora su zajedno doprinela sa 17,1% kumulativne varijanse (hronične nezarazne bolesti i anemija; korišćenje usluga državne zdravstvene službe i druge bolesti; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza).

Tabela 12. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2000. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti, samoprocena zdravlja i cirkulatorni poremećaji (1)	Depresija, psihičke tegobe i poremećaji i digestivni poremećaji (2)	Srčane bolesti i povišen pritisak (3)	Hronične nezarazne bolesti i anemija (4)	Korišćenje usluga državne zdravstvene službe i druge bolesti (5)	Korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa (6)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (7)
Bol u leđima (mesec dana)	0,757						
Bol u vratu/ramenima	0,701						
Bol u zglobovima	0,697						
Bol u leđima (godinu dana)	0,571						
Reumatska obolenja zglobova	0,536						
Oticanje stopala	0,390						
Samoprocena zdravlja	0,329						
Proširene vene	0,303						
Depresija (potištenost)		0,666					
Nesanica		0,612					

Glavobolja		0,457					
Bolovi u celom telu		0,427					
Zatvor		0,426					
Zubobolja		0,344					
Ekcem		0,316					
Psihički poremećaji/Nervne bolesti		0,237					
Angina pektoris			0,695				
Srčana slabost			0,619				
Infarkt miokarda			0,573				
Povišen pritisak			0,454				
Bol u grudima tokom naprezanja			0,433				
Povišene masnoće				0,517			
Oboljenje bubrega				0,487			
Oboljenje žučne kese				0,435			
Dijabetes				0,424			
Čir dvanaestopalačnog creva, želuca				0,352			
Rak				0,269			
Anemija				0,266			
Specijalista					0,673		
Bolničko lečenje					0,613		
Lekar opšte prakse					0,590		
Hitna pomoć					0,487		
Ostala stanja/oboljenja					0,323		
Stomatolog						0,772	
Privatnik						0,653	
Astma							0,759
Hronični bronhitis/emfizem							0,673
Tuberkuloza							0,306
Procenat varijanse	8,398	5,759	5,307	5,248	4,758	3,682	3,468
Kumulativni procenat	8,398	14,157	19,464	24,713	29,471	33,153	36,621

4.2.6. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2006. godinu

Faktorskom analizom varijabli koje se odnose na indeks morbiditeta i korišćenja za 2006. godinu izdvojeno je takođe sedam faktora (muskulo-skeletne bolesti i bol u grudima; hronične nezarazne bolesti i korišćenje usluga državne zdravstvene službe; psihičke tegobe; depresija, migrena, osteoporoza i ostale bolesti; cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza) koji objašnjavaju 35,9% ukupne varijanse (tabela 13).

Najveći procenat varijanse (7,0%) objašnjen je prvim faktorom – muskulo-skeletnim bolestima (bol u leđima, bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova) i bolom u grudima. Uočena je pozitivna korelacija između svih pomenutih varijabli koje su predstavljene prvim faktorom.

Hronične nezarazne bolesti i korišćenje usluga državne zdravstvene službe izdvojili su se kao drugi faktor kojim je objašnjeno 6,4% varijanse, dok su na trećem mestu psihičke tegobe (5,7% varijanse). Uočena je pozitivna korelacija između hroničnih nezaraznih bolesti i korišćenja usluga državne zdravstvene službe, tj. što je bila veća prevalencija hroničnih nezaraznih bolesti među ispitanicima, to je i korišćenje usluga državne zdravstvene službe bilo veće, kako na primarnom tako i na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite (lekar opšte prakse, specijalista, hitna pomoć i bolničko lečenje).

Preostala četiri faktora su zajedno doprinela sa 16,8% kumulativne varijanse (depresija, migrena, osteoporoza i ostale bolesti; cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa i hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza).

Tabela 13. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2006. godinu

Varijabla	Muskulo-skeletne bolesti i bol u grudima (1)	Hronične nezarazne bolesti i korišćenje usluga državne zdravstvene službe (2)	Psihičke tegobe (3)	Depresija, migrena, osteoporoza i ostale bolesti (4)	Cirkulatorni, urinarni i digestivni poremećaji (5)	Korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa (6)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (7)
Bol u leđima	0,763						
Bol u vratu/ramenima	0,743						
Bol u zglobovima	0,719						
Reumatska obolenja zglobova	0,499						
Bol u grudima	0,372						
Specijalista		0,642					
Lekar opšte prakse		0,604					
Bolničko lečenje		0,511					
Povišen pritisak		0,502					
Samoprocena zdravlja		0,487					
Infarkt miokarda		0,403					
Dijabetes		0,393					
Hitna pomoć		0,386					
Šlog		0,348					
Rak		0,200					
Potištenost			0,656				
Nesanica			0,589				
Glavobolja			0,530				
Nesvestica			0,479				
Bolovi u celom telu			0,414				
Zubobolja			0,340				
Migrena				0,461			
Hronična anksioznost/Depresija				0,445			
Osteoporoza				0,440			
Povišene masnoće				0,421			
Oboljenje žučne kese				0,408			
Obolenje bubrega				0,400			

Anemija				0,389			
Alergija (bez alergijske astme)				0,306			
Čir dvanaestopalačnog creva				0,287			
Katarakta				0,241			
Proširene vene					0,576		
Oticanje stopala					0,530		
Ekcem					0,447		
Učestalo mokrenje					0,402		
Zatvor/hemoroidi					0,371		
Stomatolog						0,709	
Privatnik						0,649	
Astma							0,684
Hronični bronhitis/emfizem							0,642
Tuberkuloza							0,250
Procenat varijanse	7,045	6,372	5,720	5,116	4,447	3,878	3,275
Kumulativni procenat	7,045	13,417	19,137	24,253	28,700	32,578	35,854

4.2.7. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2000. godinu

Faktorskom analizom varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja za 2000. godinu izdvojeno je deset faktora (muskulo-skeletne bolesti; depresija i psihičke tegobe; srčane bolesti; objektivna procena zdravlja i povišen pritisak; korišćenje usluga državne zdravstvene službe i samoprocena zdravlja; hronične nezarazne bolesti; cirkulatorni i digestivni poremećaji; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i stomatologa; hronične respiratorne bolesti i psihički poremećaji, anemija, tuberkuloza i druge bolesti) koji objašnjavaju 44,1% ukupne varijanse (tabela 14).

Kao prvi faktor sa najvećim procentom varijanse (7,1%) izdvojile su se muskulo-skeletne bolesti (bol u leđima u poslednjih mesec dana, kao i godinu dana pre sprovođenja istraživanja, zatim bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova). Uočena je pozitivna povezanost između pomenutih varijabli.

Drugim faktorom objašnjeno je 5,3% varijanse. Depresija i psihičke tegobe se često udruženo javljaju i između njih postoji pozitivna povezanost.

Treći faktor objašnjava 4,7% (srčane bolesti), a četvrti 4,6% varijanse (krvni pritisak i BMI).

Korišćenje usluga državne zdravstvene službe i samoprocena zdravlja (peti faktor) nosi 4,5% varijanse. Ispitanici koji češće koriste usluge na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite svoje zdravstveno stanje procenjuju kao lošije.

Na šestom mestu su se izdvojile hronične nezarazne bolesti sa 4,3% varijanse.

Preostala četiri faktora su zajedno doprinela sa 13,6% kumulativne varijanse (cirkulatorni i digestivni poremećaji; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i stomatologa; hronične respiratorne bolesti i psihički poremećaji, anemija, tuberkuloza i druge bolesti).

Tabela 14. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja za 2000. godinu

Varijabla	Muskulo- skeletne bolesti (1)	Depresija i psihičke tegobe (2)	Srčane bolesti (3)	Objektivna procena zdravlja i povišen pritisak (4)	Korišćenje usluga državne zdravstvene službe i samoproce- na zdravlja (5)	Hronične nezarazne bolesti (6)	Cirkula- torni i digestivni poremećaji (7)	Korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i državnog stomatologa (8)	Hronične respira- torne bolesti (9)	Psihički poremećaji, anemija, tuberkuloza i druge bolesti (10)
Bol u leđima (mesec dana)	0,756									
Bol u vratu/ramenima	0,676									
Bol u zglobovima	0,646									
Bol u leđima (godinu dana)	0,630									
Reumatska obolenja zglobova	0,569									
Nesanica		0,674								
Depresija (potištenost)		0,658								
Glavobolja		0,579								
Zubobolja		0,431								
Bolovi u celom telu		0,427								
Angina pektoris			0,728							
Infarkt miokarda			0,645							
Srčana slabost			0,611							
Bol u grudima tokom naprezanja			0,447							
Krvni pritisak				0,713						
BMI				0,649						
Povišen pritisak				0,579						
Specijalista					0,656					
Bolničko lečenje					0,632					

Lekar opšte prakse					0,568					
Hitna pomoć					0,499					
Samoprocena zdravlja					0,321					
Povišene masnoće						0,550				
Dijabetes						0,535				
Oboljenje bubrega						0,525				
Oboljenje žučne kese						0,467				
Čir dvanaestopalačnog creva, želuca						0,367				
Rak						0,299				
Proširene vene							0,607			
Oticanje stopala							0,573			
Ekcem							0,491			
Zatvor							0,395			
Stomatolog								0,768		
Privatnik								0,626		
Astma									0,783	
Hronični bronhitis, emfizem									0,702	
Psihički poremećaji/Nervne bolesti										0,505
Anemija										0,486
Ostala stanja/oboljenja										0,337
Tuberkuloza										-0,322
Procenat varijanse	7,077	5,258	4,652	4,623	4,492	4,349	3,753	3,506	3,351	3,012
Kumulativni procenat	7,077	12,335	16,987	21,610	26,102	30,451	34,204	37,709	41,060	44,072

4.2.8. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe za 2006. godinu

Faktorskom analizom varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja za 2006. godinu izdvojeno je takođe deset faktora (depresija i psihičke tegobe; muskulo-skeletne bolesti; subjektivna, objektivna samoprocena zdravlja i poseta lekaru opšte prakse; anemija, osteoporota i druge bolesti; korišćenje usluga državne zdravstvene službe i rak; korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i stomatologa; cirkulatorni i urinarni poremećaji; hronične nezarazne bolesti; hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza i digestivni poremećaji, alergija i ekcem) koji objašnjavaju 42,4% ukupne varijanse (tabela 15).

Kao prvi faktor sa najvećim procentom varijanse (6,3%) izdvojila se depresija i psihičke tegobe između kojih je uočena pozitivna povezanost. Muskulo-skeletne bolesti (bol u leđima u poslednjih mesec dana, kao i godinu dana pre sprovođenja istraživanja, zatim bol u vratu/ramenima, bol u zglobovima i reumatska oboljenja zglobova) su se izdvojile kao drugi faktor sa 6,2% varijanse.

Trećim faktorom objašnjeno je 5,4% varijanse. Ispitanici kojima je zdravstveno stanje lošije prema sopstvenoj samoproceni, češće posećuju lekara opšte prakse i njihovo objektivno stanje mereno krvnim pritiskom i indeksom telesne mase je lošije.

Četvrti faktor objašnjava 4,1% (anemija, osteoporota i druge bolesti), a peti 3,7% varijanse (korišćenje usluga državne zdravstvene službe i rak).

Na šestom mestu je korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i stomatologa sa 3,5% varijanse.

Preostala četiri faktora su zajedno doprinela sa 13,2% kumulativne varijanse (cirkulatorni i urinarni poremećaji; hronične nezarazne bolesti; hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza i digestivni poremećaji, alergija i ekcem).

Tabela 15. Faktorska analiza varijabli od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja za 2006. godinu

Varijabla	Depresija i psihičke tegobe (1)	Muskulo-skeletne bolesti (2)	Subjektivna objektivna procena zdravlja i lekar opšte prakse (3)	Anemija, osteoporoza i druge bolesti (4)	Korišćenje usluga državne zdravstvene službe i rak (5)	Korišćenje usluga privatne zdravstvene službe i stomatologa (6)	Cirkulatorni i urinarni poremećaji (7)	Hronične nezarazne bolesti (8)	Hronične respiratorne bolesti i tuberkuloza (9)	Digestivni poremećaji, alergija i ekcem (10)
Potištenost	0,692									
Nesanica	0,639									
Glavobolja	0,554									
Hronična anksioznost/Depresija	0,490									
Nesvestica	0,483									
Bolovi u celom telu	0,422									
Bol u grudima	0,393									
Zubobolja	0,348									
Migrena	0,334									
Bol u leđima		0,778								
Bol u vratu/ramenima		0,759								
Bol u zglobovima		0,695								
Reumatska obolenja zglobova		0,460								
Povišen pritisak			0,703							
Krvni pritisak			0,683							
BMI			0,596							
Povišene masnoće			0,406							
Samoprocena zdravlja			0,394							
Lekar opšte prakse			0,393							

Osteoporoza				0,527						
Oboljenje žučne kese				0,419						
Oboljenje bubrega				0,419						
Anemija				0,408						
Čir dvanaestopalačnog creva				0,283						
Bolničko lečenje					0,667					
Hitna pomoć					0,476					
Rak					0,463					
Specijalista					0,470					
Stomatolog						0,745				
Privatnik						0,717				
Proširene vene							0,548			
Oticanje stopala							0,524			
Učestalo mokrenje							0,364			
Šlog								0,558		
Infarkt miokarda								0,523		
Dijabetes								0,376		
Katarakta								0,328		
Astma									0,780	
Hronični brohitis/emfizem									0,735	
Tuberkuloza									0,178	
Ekcem										0,689
Alergija (bez alergijske astme)										0,542
Zatvor/hemoroidi										0,381
Procenat varijanse	6,269	6,217	5,403	4,145	3,693	3,541	3,511	3,499	3,098	3,057
Kumulativni procenat	6,269	12,486	17,890	22,034	25,727	29,269	32,780	36,279	39,377	42,434

4.3. Analiza osobina indeksa obolevanja

4.3.1. Karakteristike indeksa obolevanja i njihovih tercila za 2000. godinu

Od svih indeksa obolevanja koji su pravljene za potrebe ovog istraživanja samo četiri su izabrana za dalju analizu prema kriterijumima koji su definisani u metodu rada. To su: indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe. Na tabeli 16 su predstavljene karakteristike odabranih indeksa obolevanja za 2000. godinu, kao i granice njihovih tercila. Što je broj varijabli koji je ulazio u konstrukciju indeksa obolevanja bio veći, tj. što je bilo više pitanja iz istraživanja koja su se odnosila na morbiditet stanovništva, to je i broj ispitanika koji je davao odgovore na pomenuta pitanja bio manji. Kao rezultat toga najmanji broj ispitanika (8310) odgovorio je na pitanja koja su se odnosila na varijable od kojih je napravljen indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja, dok je najveći broj ispitanika (9467) odgovorio na pitanja o nesposobnosti (tabela 16). Od četiri indeksa koja su odabrana za dalju analizu najveća prosečna vrednost je za indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja (23,05), što znači da on najbolje objašnjava opterećenje bolešću. Takođe je i najveći procenat ukupne varijanse objašnjen indeksom morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja i iznosi 44,1%. Od svih indeksa povezanih sa obolevanjem pravljene su tri jednake kategorije ili tercila sa istim brojem ispitanika u svakom tercilu. Granice svake od tri kategorije, kao i ukupan broj faktora od kojih su napravljeni indeksi povezanih sa obolevanjem dati su u tabeli 16.

4.3.2. Karakteristike indeksa obolevanja i njihovih tercila za 2006. godinu

Kao i u istraživanju iz 2000. godine od svih indeksa obolevanja samo četiri su izabrana za dalju analizu prema kriterijumima koji su definisani u metodu rada. To su: indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe. Karakteristike odabranih indeksa obolevanja za 2006. godinu, kao i granice njihovih tercila predstavljene su na tabeli 17. Na pitanja iz istraživanja 2006. godine koja su se odnosila na pravljenje indeksa morbiditeta i nesposobnosti odgovorio je najmanji broj ispitanika (13023), dok je najviše njih

odgovorilo na pitanja koja su uzimana u obzir prilikom pravljenja indeksa morbiditeta (tabela 17). Od četiri indeksa koja su odabrana za dalju analizu najmanja prosečna vrednost indeksa je za indeks morbiditeta i iznosi 15,04, dok je najveća prosečna vrednost za indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja (20,84). Ukupni procenat objašnjene varijanse koji je dobijen faktorskom analizom za svaki indeks obolevanja stanovništva, granice njihovih tercila, kao i ukupan broj faktora od kojih su napravljene indeksi obolevanja takođe su detaljno prikazani u tabeli 17.

Tabela 16. Indeksi obolevanja i njihove karakteristike (skor od 0 do 100) za 2000. godinu

Varijabla	Broj ispitanika	$\bar{x} \pm SD$	95% IP	Granice tercila	Ukupan broj faktora od kojih je napravljen indeks	Kumulativni procenat objašnjene varijanse
Indeks morbiditeta	9028	15,84±15,38	15,52 – 16,16	0 – 6,12 6,12 – 18,69 18,69 – 100	6 ^b	36,970
Indeks objektivne procene zdravlja	9413	49,25±27,67	48,69 – 49,80	0 – 21,59 21,59 – 56,81 56,81 – 100	1 ^a	66,424
Indeks korišćenja zdravstvene službe	8956	26,27±20,90	25,83 – 26,70	0 – 15,62 15,62 – 32,52 32,52 – 100	2 ^a	49,748
Indeks nesposobnosti	9467	2,59±9,78	2,39 – 2,79	0 – 0 0 – 0 0 – 100	1 ^a	60,374
Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	8854	18,03±15,45	17,71 – 18,35	0 – 8,36 8,36 – 21,04 21,04 – 100	6 ^b	36,227
Indeka morbiditeta i korišćenja	8467	20,19±15,41	19,86 – 20,52	0 – 11,54 11,54 – 23,78 23,78 – 100	7 ^b	36,621
Indeks morbiditeta i nesposobnosti	8947	8,75±9,91	8,54 – 8,95	0 – 3,09 3,09 – 9,25 9,25 – 100	6 ^b	38,809
Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	8310	23,05±15,94	22,71 – 23,39	0 – 14,09 14,09 – 26,89 26,89 – 100	10 ^b	44,072

^a: Kriterijum za ekstrakciju faktora je baziran na karakterističnim vrednostima većim od 1

^b: Kriterijum za ekstrakciju faktora je baziran na unapred određenom broju faktora

Tabela 17. Indeksi obolevanja i njihove karakteristike (skor od 0 do 100) za 2006. godinu

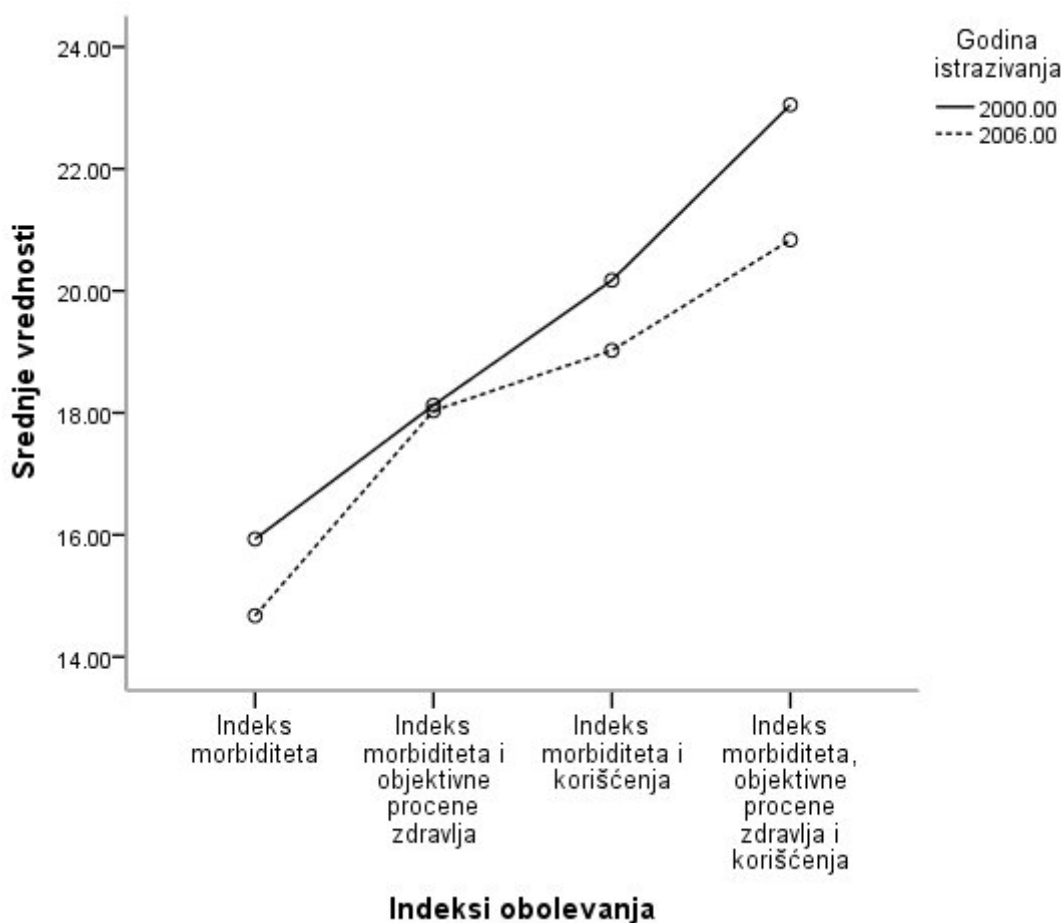
Varijabla	Broj ispitanika	$\bar{x} \pm SD$	95% IP	Granice tercila	Ukupan broj faktora od kojih je napravljen indeks	Kumulativni procenat objašnjene varijanse
Indeks morbiditeta	14174	15,04±13,91	14,81 – 15,27	0 – 6,32 6,32 – 17,89 17,89 – 100	6 ^b	35,230
Indeks objektivne procene zdravlja	13780	52,53±27,52	52,07 – 52,99	0 – 43,45 43,45 – 65,18 65,18 – 100	1 ^a	63,749
Indeks korišćenja zdravstvene službe	14147	24,39±22,17	24,02 – 24,75	0 – 13,89 13,89 – 35,66 35,66 – 100	2 ^a	53,301
Indeks nesposobnosti	13328	4,98±12,21	4,77 – 5,18	0 – 0 0 – 3,71 3,71 – 100	2 ^a	79,486
Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	13477	18,07±15,47	17,81 – 18,33	0 – 8,34 8,34 – 21,32 21,32 – 100	6 ^b	34,464
Indeka morbiditeta i korišćenja	13847	19,28±14,62	19,05 – 19,53	0 – 10,76 10,76 – 23,59 23,59 – 100	7 ^b	35,854
Indeks morbiditeta i nesposobnosti	13023	10,51±11,60	10,31 – 10,70	0 – 3,83 3,83 – 11,69 11,69 – 100	6 ^b	40,961
Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	13165	20,84±15,27	20,58 – 21,10	0 – 11,74 11,74 – 24,93 24,93 – 100	10 ^b	42,434

^a: Kriterijum za ekstrakciju faktora je baziran na karakterističnim vrednostima većim od 1

^b: Kriterijum za ekstrakciju faktora je baziran na unapred određenom broju faktora

4.3.3. Razlike indeksa obolevanja između dva istraživanja

Na slici 2 prikazana su četiri indeksa obolevanja (indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene službe, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene službe) sa svojim prosečnim vrednostima, kao i njihove razlike između istraživanja sprovedenih 2000 i 2006. godine. Prosečne vrednosti za sve indekse obolevanja osim za indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja su u 2006. godini bile manje nego u istraživanju iz 2000. godine, što znači da je zdravstveno stanje stanovništva mereno indeksima obolevanja u 2006. godini bilo bolje.



Slika 3. Razlike u prosečnim vrednostima indeksa obolevanja između dva istraživanja

4.4. Ispitivanje povezanosti pokazatelja morbiditeta sa determinantama zdravlja

U ovoj studiji korišćeni su različiti pokazatelji morbiditeta kao zavisne varijable (indeksi obolevanja i njihovi tercili, kao i samoprocena zdravstvenog stanja).

Kao nezavisne varijable korišćene su sledeće determinante zdravlja: demografske (pol, godine starosti, bračno stanje i tip naselja), socijalno-ekonomske varijable (obrazovanje, radni status, materijalno stanje domaćinstva i indeks blagostanja) i životni stilovi (pušenje, alkohol i fizička aktivnost).

4.4.1. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati multivarijantnih linearnih regresija za izabrane indekse obolevanja (indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja) iz istraživanja koje je sprovedeno 2000. godine prikazani su na tabeli 18.

Pol, godine starosti i tip naselja su jedine nezavisne varijable koje su značajno statistički povezane sa svim indeksima obolevanja i to u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija. Time je pokazano da su ove tri demografske varijable veoma jaki prediktori zdravstvenog stanja stanovništva merenog indeksima obolevanja. Pol i godine starosti su pozitivno povezani sa indeksima obolevanja. Što su ispitanici stariji, imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, tj. bolesniji su. Takođe je zdravstveno stanje žena lošije od muškaraca. Kod tipa naselja je za razliku od pola i godina starosti nađena obrnuta korelacija sa indeksima obolevanja. Ispitanici koji žive u urbanoj sredini tj. gradu su bolesniji od onih koji žive na selu.

Kada je u pitanju bračno stanje nađena je statistički značajna povezanost jedino kod modela 1 i 3 indeksa morbiditeta, kao i kod modela 1 indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice imaju veće vrednosti indeksa morbiditeta i indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja, odnosno njihovo zdravstveno stanje je lošije od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici.

Veće vrednosti indeksa obolevanja se javljaju kod ispitanika sa nižim obrazovanjem pri čemu je nađena statistički značajna povezanost samo kod indeksa morbiditeta i indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja i to u oba modela multivarijantne linearne regresije. Kada govorimo o radnom statusu, nezaposleno i

neaktivno stanovništvo češće ima lošije zdravstveno stanje od zaposlenog stanovništva. Statistički značajna pozitivna povezanost je prisutna samo u 3 modelu kada je zavisna varijabla indeks morbiditeta ili indeks morbiditeta i korišćenja. Skoro svi modeli multivarijantnih linearnih regresija su pokazali da ispitanici koje svoje materijalno stanje procenjuju kao loše imaju lošije zdravstveno stanje. Jedino je kod indeksa blagostanja od svih socijalno-ekonomskih varijabli nađena obrnuta korelacija sa indeksima obolevanja, tj. ispitanici koji pripadaju bogatoj klasi prema indeksu blagostanja bolesniji su od siromašnih.

Od varijabli koje predstavljaju stilove života ispitanika jedino je alkohol statistički značajno povezan sa sva četiri indeksa obolevanja, dok su pušenje i fizička aktivnost značajno povezani samo sa indeksom morbiditeta i indeksom morbiditeta i objektivne procene zdravlja. Tabela 18 pokazuje da ispitanici koji piju, puše ili se ređe bave fizičkom aktivnošću imaju lošije zdravstveno stanje mereno indeksima obolevanja.

4.4.2. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Na tabeli 19 su prikazani rezultati multivarijantnih linearnih regresija za izabrane indekse obolevanja (indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja) iz istraživanja koje je sprovedeno 2006. godine.

Od demografskih varijabli jedino su pol i godine starosti značajno statistički povezane sa svim indeksima obolevanja i to u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija. Ove dve varijable su se pokazale kao jaki prediktori zdravstvenog stanja stanovništva merenog indeksima obolevanja i pozitivno su povezane sa indeksima obolevanja. Stariji ispitanici i žene imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, tj. bolesniji su u poređenju sa mlađim ispitanicima i muškarcima.

Tip naselja i bračno stanje su u obrnutoj korelaciji sa indeksima obolevanja. Ispitanici koji žive u urbanoj sredini i koji su u bračnoj ili vanbračnoj zajednici bolesniji su od onih koji žive na selu i od onih koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice.

Kada su u pitanju socijalno-ekonomske varijable jedino je radni status i materijalno stanje domaćinstva statistički značajno povezano sa svim indeksima obolevanja i to u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija. Nezaposleno i

neaktivno stanovništvo, kao i ispitanici koje svoje materijalno stanje procenjuju kao loše imaju lošije zdravstveno stanje.

Obrazovanje je statistički značajno povezano sa svim indeksima obolevanja osim sa indeksom morbiditeta i korišćenja. Veće vrednosti indeksa obolevanja se javljaju kod ispitanika sa nižim obrazovanjem. Kod indeksa blagostanja je nađena obrnuta korelacija sa indeksima obolevanja tj. ispitanici koji pripadaju bogatoj klasi prema indeksu blagostanja bolesniji su od siromašnih.

Kada govorimo o stilovima života ispitanika, pušenje i fizička aktivnost su statistički značajno povezane sa sva četiri indeksa obolevanja, dok je alkohol značajno povezan samo sa indeksom morbiditeta i objektivne procene zdravlja. Ispitanici koji puše, koji se svakodnevno bave fizičkom aktivnošću i koji ne piju imaju lošije zdravstveno stanje mereno indeksima obolevanja.

Tabela 18. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Indeks morbiditeta			Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja			Indeks morbiditeta i korišćenja			Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja		
	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c
	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)
Pol^e	6.036 (<0.001)	5.698 (<0.001)	6.001 (<0.001)	5.881 (<0.001)	5.506 (<0.001)	5.700 (<0.001)	6.107 (<0.001)	5.990 (<0.001)	6.446 (<0.001)	6.500 (<0.001)	6.349 (<0.001)	6.702 (<0.001)
Godine starosti	0.332 (<0.001)	0.306 (<0.001)	0.314 (<0.001)	0.384 (<0.001)	0.356 (<0.001)	0.360 (<0.001)	0.247 (<0.001)	0.242 (<0.001)	0.250 (<0.001)	0.304 (<0.001)	0.298 (<0.001)	0.301 (<0.001)
Bračno stanje^f	0.811 (0.014)	0.481 (0.153)	0.679 (0.050)	0.665 (0.042)	0.350 (0.293)	0.536 (0.118)	0.668 (0.059)	0.523 (0.148)	0.672 (0.070)	0.592 (0.103)	0.475 (0.200)	0.621 (0.103)
Tip naselja^g	-1.605 (<0.001)	-1.453 (<0.001)	-1.233 (0.001)	-1.444 (<0.001)	-1.341 (<0.001)	-1.150 (0.001)	-2.665 (<0.001)	-1.549 (<0.001)	-1.376 (<0.001)	-2.718 (<0.001)	-1.564 (<0.001)	-1.413 (<0.001)
Obrazovanje^h		1.039 (<0.001)	1.011 (<0.001)		1.318 (<0.001)	1.284 (<0.001)		-0.029 (0.910)	0.018 (0.946)		0.213 (0.423)	0.256 (0.346)
Radni statusⁱ		0.285 (0.104)	0.385 (0.032)		0.241 (0.164)	0.323 (0.069)		0.297 (0.114)	0.404 (0.036)		0.242 (0.208)	0.348 (0.078)
Materijalno stanje domaćinstva^j		2.477 (<0.001)	2.457 (0.192)		2.435 (<0.001)	2.401 (<0.001)		2.071 (<0.001)	2.047 (<0.001)		2.150 (<0.001)	2.144 (<0.001)
Indeks blagostanja^k		-0.015 (0.153)	-0.015 (<0.001)		-0.020 (0.064)	-0.019 (0.079)		-0.048 (<0.001)	-0.046 (<0.001)		-0.057 (<0.001)	-0.055 (<0.001)
Pušenje^l			0.985 (0.002)			0.619 (0.054)			0.472 (0.177)			-0.017 (0.961)
Alkohol^m			0.833 (0.013)			0.716 (0.030)			1.049 (0.003)			0.978 (0.008)
Fizička aktivnostⁿ			0.202 (0.028)			0.226 (0.012)			-0.013 (0.899)			-0.011 (0.915)

^aDemografske varijable; ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable; ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života;

^dNestandardizovani regresioni koeficijent; ^eMuškarci kao referentna vrednost; ^fBračna ili vanbračna zajednica kao referentna vrednost; ^gUrbana sredina kao referentna vrednost; ^hViše i visoko obrazovanje kao referentna vrednost; ⁱZaposleni kao referentna vrednost; ^jDobro materijalno stanje kao referentna vrednost; ^kNajbogatiji kao referentna vrednost; ^lNepušači kao referentna vrednost; ^mIspitanici koji ne piju kao referentna vrednost; ⁿIspitanici koji se svakodnevno bave fizičkom aktivnošću kao referentna vrednost

Tabela 19. Povezanost indeksa obolevanja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Indeks morbiditeta			Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja			Indeks morbiditeta i korišćenja			Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja		
	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c
	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)	B ^d (p)
Pol^e	5.701 (<0.001)	5.220 (<0.001)	5.301 (<0.001)	6.063 (<0.001)	5.502 (<0.001)	5.447 (<0.001)	6.397 (<0.001)	6.043 (<0.001)	6.277 (<0.001)	6.519 (<0.001)	6.069 (<0.001)	6.040 (<0.001)
Godine starosti	0.361 (<0.001)	0.323 (<0.001)	0.326 (<0.001)	0.435 (<0.001)	0.392 (<0.001)	0.398 (<0.001)	0.298 (<0.001)	0.280 (<0.001)	0.293 (<0.001)	0.363 (<0.001)	0.341 (<0.001)	0.352 (<0.001)
Bračno stanje^f	0.135 (0.538)	-0.438 (0.047)	-0.408 (0.091)	-0.139 (0.576)	-0.756 (0.002)	-0.739 (0.006)	-0.340 (0.162)	-0.638 (0.010)	-0.450 (0.101)	-0.497 (0.052)	-0.827 (0.001)	-0.652 (0.022)
Tip naselja^g	-0.172 (0.397)	-0.806 (<0.001)	-0.372 (0.117)	-0.161 (0.482)	-0.925 (<0.001)	-0.543 (0.042)	-1.516 (<0.001)	-1.302 (<0.001)	-0.894 (0.001)	-1.480 (<0.001)	-1.349 (<0.001)	-0.999 (<0.001)
Obrazovanje^h		1.273 (<0.001)	1.371 (<0.001)		1.582 (<0.001)	1.681 (<0.001)		0.188 (0.357)	0.337 (0.123)		0.490 (0.021)	0.609 (0.007)
Radni statusⁱ		0.679 (<0.001)	0.638 (<0.001)		0.758 (<0.001)	0.740 (<0.001)		0.732 (<0.001)	0.655 (<0.001)		0.853 (<0.001)	0.767 (<0.001)
Materijalno stanje domaćinstva^j		2.765 (<0.001)	2.681 (<0.001)		2.978 (<0.001)	2.916 (<0.001)		2.827 (<0.001)	2.755 (<0.001)		2.823 (<0.001)	-0.075 (<0.001)
Indeks blagostanja^k		-0.010 (0.241)	-0.028 (0.003)		-0.013 (0.168)	-0.029 (0.007)		-0.052 (<0.001)	-0.076 (<0.001)		-0.059 (<0.001)	-0.055 (<0.001)
Pušenje^l			1.258 (<0.001)			1.163 (<0.001)			1.232 (<0.001)			0.838 (0.002)
Alkohol^m			-0.446 (0.062)			-0.567 (0.035)			-0.262 (0.337)			-0.497 (0.078)
Fizička aktivnostⁿ			-0.126 (0.029)			-0.145 (0.025)			-0.151 (0.021)			-0.162 (0.017)

^aDemografske varijable; ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable; ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života;

^dNestandardizovani regresioni koeficijent; ^eMuškarci kao referentna vrednost; ^fBračna ili vanbračna zajednica kao referentna vrednost; ^gUrbana sredina kao referentna vrednost; ^hViše i visoko obrazovanje kao referentna vrednost; ⁱZaposleni kao referentna vrednost; ^jDobro materijalno stanje kao referentna vrednost; ^kNajbogatiji kao referentna vrednost; ^lNepušači kao referentna vrednost; ^mIspitanici koji ne piju kao referentna vrednost; ⁿIspitanici koji se svakodnevno bave fizičkom aktivnošću kao referentna vrednost

4.4.3. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati povezanosti samoprocene zdravlja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2000. godine prikazani su na tabeli 20.

Nejednakosti u samoproceni zdravlja po polu i godinama starosti su jasno izražene u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Žene i stariji ispitanici češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše. Statistički značajna povezanost je nađena kod bračnog stanja samo kada je zavisna varijabla bila prosečno naspram dobro zdravlje, dok je tip naselja statistički značajno povezan samo u prvim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro, dok oni koji žive u ruralnoj sredini češće kao prosečno ili loše.

Od socijalno-ekonomskih varijabli jedino je obrazovanje i materijalno stanje domaćinstva značajno statistički povezano sa samoprocenom zdravlja u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Što su ispitanici nižeg obrazovnog statusa i što lošije ocenjuju svoje materijalno stanje domaćinstva, to su goreg zdravstvenog stanja merenog prema samoproceni zdravlja. Nejednakosti su izraženije kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje, pa tako ispitanici koji su bez škole, imaju završenu osnovnu ili nepotpunu osnovnu školu više od dva i po puta procenjuju svoje zdravlje kao loše od onih sa višim i visokim obrazovanjem ($UO=2,69$ kod modela 2), dok ispitanici koji svoje materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše to čine više od četiri puta od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva ($UO=4,25$ kod modela 2 i $UO=4,34$ kod modela 3). Kada govorimo o radnom statusu, neaktivno stanovništvo procenjuje svoje zdravstveno stanje bolje od zaposlenog stanovništva u modelima prosečne naspram dobre samoprocene zdravlja. Obrnuta je povezanost u modelima loše naspram dobre samoprocene zdravlja u kojima neaktivno stanovništvo ima lošije zdravstveno stanje od onih koji su zaposleni. Između kvintila blagostanja i samoprocene zdravlja nije nađena statistički značajna povezanost.

U modelu prosečne naspram dobre samoprocene zdravlja, nađena je statistički značajna nezavisna povezanost između alkohola, fizičke aktivnosti i samoprocene zdravlja. Ispitanici koji piju, češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro, dok oni koji se 1 nedeljno ili ređe bave fizičkom aktivnošću, češće procenjuju svoje zdravlje kao

prosečno. Kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje rezultati pokazuju da ispitanici koji puše, piju i koji upražnjavaju fizičku aktivnost nekoliko puta godišnje ili nikad imaju lošije zdravstveno stanje mereno subjektivnim pokazateljem zdravstvenog stanja, tj. samoprocenom zdravlja.

Tabela 20. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Samoprocena zdravlja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.73 (1.57-1.91)	0,000	1.67 (1.51-1.85)	0,000	1.55 (1.38-1.73)	0,000	2.12 (1.83-2.45)	0,000	1.71 (1.46-2.01)	0,000	1.37 (1.15-1.64)	0,001
Godine starosti	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.08 (1.08-1.09)	0,000	1.06 (1.06-1.07)	0,000	1.06 (1.06-1.07)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.78 (0.70-0.88)	0,000	0.76 (0.67-0.85)	0,000	0.79 (0.70-0.89)	0,000	1.04 (0.89-1.22)	0,639	0.91 (0.76-1.08)	0,276	0.92 (0.77-1.10)	0,340
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	1.13 (1.03-1.25)	0,014	1.03 (0.91-1.16)	0,644	1.04 (0.92-1.18)	0,547	1.21 (1.05-1.40)	0,008	1.07 (0.89-1.28)	0,491	1.04 (0.86-1.27)	0,676
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			1.40 (1.23-1.59)	0,000	1.38 (1.20-1.57)	0,000			1.45 (1.16-1.82)	0,001	1.29 (1.02-1.63)	0,037
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.92 (1.64-2.24)	0,000	1.82 (1.55-2.14)	0,000			2.69 (2.11-3.43)	0,000	2.27 (1.76-2.92)	0,000
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			1.00 (0.81-1.23)	0,989	0.97 (0.79-1.20)	0,777			1.24 (0.87-1.78)	0,232	1.21 (0.83-1.75)	0,327
Neaktivan			0.89 (0.79-0.99)	0,041	0.88 (0.78-0.99)	0,043			1.58 (1.33-1.88)	0,000	1.45 (1.21-1.74)	0,000

Materijalno stanje domaćinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.42 (1.20-1.69)	0,000	1.43 (1.20-1.70)	0,000			1.67 (1.22-2.28)	0,001	1.69 (1.22-2.34)	0,002
Loše			1.87 (1.57-2.24)	0,000	1.90 (1.58-2.28)	0,000			4.25 (3.10-5.83)	0,000	4.34 (3.12-6.04)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			1.03 (0.88-1.19)	0,744	1.03 (0.88-1.20)	0,707			1.02 (0.79-1.31)	0,875	0.94 (0.72-1.22)	0,631
Srednji sloj			1.09 (0.93-1.28)	0,272	1.06 (0.91-1.25)	0,453			1.08 (0.83-1.39)	0,569	0.96 (0.73-1.25)	0,749
Siromašni			0.98 (0.82-1.16)	0,779	0.94 (0.79-1.12)	0,480			1.03 (0.78-1.35)	0,848	0.91 (0.68-1.21)	0,503
Najsiromašniji			1.02 (0.85-1.23)	0,819	1.00 (0.83-1.21)	0,997			1.18 (0.89-1.56)	0,255	1.05 (0.78-1.41)	0,747
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.10 (0.99-1.23)	0,073					1.25 (1.05-1.49)	0,011
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					0.89 (0.80-0.99)	0,037					1.56 (1.47-0.66)	0,000
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					1.07 (0.79-1.46)	0,647					0.88 (0.49-1.58)	0,663
2-3 puta nedeljno					1.06 (0.85-1.33)	0,599					0.81 (0.52-1.25)	0,339
1 nedeljno					1.47 (1.19-1.82)	0,000					1.16 (0.77-1.74)	0,480
2-3 puta mesečno					1.30 (1.02-1.65)	0,035					1.08 (0.68-1.72)	0,731
Nekoliko puta godišnje/nikad					1.54 (1.29-1.832)	0,000					1.95 (1.47-2.58)	0,000

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.4. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Rezultati povezanosti samoprocene zdravlja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2006. godine prikazani su na tabeli 21.

Od demografskih varijabli jedino su pol i godine starosti statistički značajno povezani sa samoprocenom zdravlja u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Žene i stariji ispitanici češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše za razliku od muškaraca i mladih ispitanika. Kao i u istraživanju iz 2000. godine ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro, dok oni koji žive u ruralnoj sredini češće kao loše. Tip naselja je statistički značajno povezan samo u prvom modelu multivarijantne logističke regresije kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje.

Socijalno-ekonomske nejednakosti u samoproceni zdravlja su najizraženije kod obrazovanja i materijalnog stanja domaćinstva, posebno u modelima lošeg naspram dobrog zdravlja. Ispitanici koji su bez škole, imaju završenu osnovnu ili nepotpunu osnovnu školu više od tri puta procenjuju svoje zdravlje kao loše od onih sa višim i visokim obrazovanjem (UO=3,08 kod modela 2), dok ispitanici koji svoje materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše to čine više od pet puta od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva (UO=5,03 kod modela 3). Statistički značajna nezavisna povezanost je nađena i između radnog statusa, kvintila blagostanja i samoprocene zdravlja. Nezaposleno (UO=1,53 kod modela 2) i neaktivno stanovništvo (UO=1,96 kod modela 2) češće procenjuje svoje zdravlje kao loše od zaposlenog stanovništva. Ispitanici koji pripadaju siromašnijim slojevima stanovništva prema kvintilu blagostanja češće svoje zdravlje procenjuju kao prosečno ili loše.

Kada govorimo o stilovima života ispitanici koji puše (UO=1,33) i koji se bave fizičkom aktivnošću nekoliko puta godišnje ili nikad (UO=1,77) češće procenjuju svoje zdravlje kao loše, dok oni koji piju (UO=0,89 kod prosečnog naspram dobrog zdravlja i UO=0,51 kod lošeg naspram dobrog zdravlja) i koji upražnjavaju fizičku aktivnost 1 (UO=0,85) ili 2-3 puta nedeljno (UO=0,86) češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro.

Tabela 21. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Samoprocena zdravlja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.68 (1.55-1.81)	0,000	1.71 (1.58-1.86)	0,000	1.69 (1.53-1.86)	0,000	2.11 (1.88-2.37)	0,000	1.73 (1.52-1.97)	0,000	1.50 (1.27-1.78)	0,000
Godine starosti	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.06)	0,000	1.09 (1.08-1.09)	0,000	1.07 (1.06-1.07)	0,000	1.07 (1.06-1.08)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.75 (0.68-0.82)	0,000	0.72 (0.66-0.79)	0,000	0.76 (0.68-0.84)	0,000	1.04 (0.92-1.18)	0,533	0.89 (0.78-1.01)	0,078	0.82 (0.69-0.97)	0,020
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	1.03 (0.95-1.11)	0,534	0.93 (0.86-1.02)	0,126	0.98 (0.89-1.08)	0,655	1.36 (1.21-1.52)	0,000	0.94 (0.82-1.07)	0,335	1.00 (0.85-1.17)	0,992
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			1.41 (1.25-1.60)	0,000	1.40 (1.23-1.60)	0,000			1.87 (1.46-2.38)	0,000	1.64 (1.25-2.17)	0,000
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.48 (1.29-1.71)	0,000	1.45 (1.25-1.70)	0,000			3.08 (2.41-3.95)	0,000	2.67 (2.01-3.56)	0,000
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			1.09 (0.97-1.21)	0,140	1.04 (0.92-1.17)	0,539			1.53 (1.26-1.87)	0,000	1.34 (1.07-1.68)	0,010
Neaktivan			0.90 (0.81-1.00)	0,053	0.87 (0.77-0.98)	0,021			1.96 (1.64-2.34)	0,000	1.52 (1.23-1.88)	0,000

Materijalno stanje domaćinstva			1		1				1		1	
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.70 (1.52-1.91)	0,000	1.75 (1.55-1.98)	0,000			1.81 (1.48-2.22)	0,000	2.03 (1.59-2.61)	0,000
Loše			2.21 (1.94-2.51)	0,000	2.35 (2.04-2.71)	0,000			4.37 (3.53-5.41)	0,000	5.03 (3.88-6.53)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			1.18 (1.04-1.33)	0,009	1.23 (1.08-1.40)	0,002			1.26 (1.01-1.58)	0,044	1.34 (1.03-1.75)	0,032
Srednji sloj			1.14 (1.00-1.29)	0,045	1.17 (1.02-1.34)	0,028			1.45 (1.16-1.81)	0,001	1.46 (1.12-1.90)	0,005
Siromašni			1.18 (1.04-1.35)	0,014	1.16 (1.00-1.34)	0,047			1.56 (1.25-1.94)	0,000	1.54 (1.18-2.00)	0,002
Najsiromašnji			1.00 (0.86-1.17)	0,991	0.93 (0.79-1.11)	0,433			1.55 (1.22-1.95)	0,000	1.35 (1.02-1.79)	0,038
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.13 (1.03-1.24)	0,011					1.33 (1.12-1.57)	0,001
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					0.89 (0.81-0.98)	0,013					0.51 (0.43-0.60)	0,000
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					0.96 (0.80-1.15)	0,650					1.04 (0.74-1.45)	0,838
2-3 puta nedeljno					0.86 (0.75-0.99)	0,032					0.81 (0.62-1.06)	0,118
1 nedeljno					0.85 (0.73-0.99)	0,041					0.87 (0.65-1.17)	0,350
2-3 puta mesečno					0.87 (0.73-1.04)	0,138					0.85 (0.60-1.20)	0,345
Nekoliko puta godišnje/nikad					1.01 (0.89-1.14)	0,879					1.77 (1.44-2.17)	0,000

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.5. Povezanost tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati povezanosti tercila morbiditeta sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2000. godine prikazani su na tabeli 22.

Nejednakosti u tercilima morbiditeta su evidentne po polu, godinama starosti i tipu naselja. Jasno su izražene u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše. Kod žena je zdravstveno stanje čak tri i po puta lošije (UO=3,50 kod modela 3) nego kod muškaraca. Ispitanici koji žive u ruralnim naseljima su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u gradovima. Statistički značajna povezanost je nađena kod bračnog stanja samo kada je zavisna varijabla bila prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici.

Od socijalno-ekonomskih varijabli jedino između radnog statusa i tercila morbiditeta nije nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji su nižeg obrazovnog statusa (UO=1,32) i koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao prosečno (UO=1,43) ili loše (UO=2,17), imaju lošije zdravstveno stanje od onih sa visokim obrazovanjem i dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Između kvintila blagostanja i tercila morbiditeta je nađena statistički značajna povezanost samo kod pripadnika siromašne klase u oba modela lošeg naspram dobrog zdravlja. Ispitanici koji su svrstani u siromašnu klasu stanovništva prema kvintilima blagostanja boljeg su zdravstvenog stanja (UO=0,78 u oba modela) od pripadnika najbogatijeg sloja stanovništva.

Uzimajući u obzir stilove života ispitanici koji puše (UO=1,21) i piju (UO=1,29) imaju lošije zdravstveno stanje od onih koji to ne čine. U modelu prosečne naspram dobre samoprocene zdravlja nije nađena statistički značajna povezanost između pušenja i tercila morbiditeta. Ispitanici koji se 2-3 mesečno (UO=1,38) bave fizičkom aktivnošću, imaju lošije zdravstveno stanje od onih koji to čine svakodnevno.

Tabela 22. Povezanost tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.73 (1.57-1.91)	0,000	1.73 (1.55-1.93)	0,000	1.93 (1.70-2.18)	0,000	3.12 (2.77-3.52)	0,000	3.07 (2.71-3.48)	0,000	3.50 (3.04-4.03)	0,000
Godine starosti	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.06 (1.06-1.06)	0,000	1.06 (1.05-1.06)	0,000	1.06 (1.06-1.07)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.84 (0.75-0.95)	0,006	0.82 (0.72-0.93)	0,002	0.83 (0.73-0.95)	0,006	0.99 (0.87-1.14)	0,902	0.96 (0.84-1.10)	0,574	1.00 (0.86-1.15)	0,982
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.81 (0.73-0.91)	0,000	0.84 (0.74-0.96)	0,009	0.87 (0.76-0.99)	0,046	0.73 (0.65-0.83)	0,000	0.76 (0.66-0.88)	0,000	0.81 (0.69-0.94)	0,005
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.84 (0.73-0.96)	0,011	0.86 (0.74-0.98)	0,029			1.04 (0.89-1.22)	0,617	1.04 (0.88-1.22)	0,672
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.03 (0.86-1.23)	0,747	1.07 (0.90-1.29)	0,442			1.29 (1.07-1.57)	0,009	1.32 (1.08-1.61)	0,007
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.98 (0.79-1.20)	0,822	1.02 (0.82-1.26)	0,876			0.96 (0.75-1.24)	0,773	1.03 (0.79-1.33)	0,852
Neaktivan			1.01 (0.89-1.15)	0,844	1.03 (0.91-1.18)	0,624			0.90 (0.79-1.04)	0,155	0.94 (0.81-1.08)	0,381

Materijalno stanje domaćinstva			1		1				1		1	
Dobro			0.99 (0.83-1.18)	0,917	1.01 (0.84-1.20)	0,951			1.42 (1.14-1.76)	0,002	1.43 (1.15-1.79)	0,001
Loše			1.13 (0.94-1.37)	0,188	1.15 (0.95-1.39)	0,159			2.15 (1.72-2.69)	0,000	2.17 (1.73-2.74)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.94 (0.79-1.10)	0,421	0.95 (0.81-1.13)	0,582			0.83 (0.69-1.01)	0,057	0.84 (0.69-1.02)	0,077
Srednji sloj			0.91 (0.77-1.08)	0,283	0.91 (0.77-1.09)	0,307			0.92 (0.76-1.11)	0,372	0.94 (0.77-1.14)	0,517
Siromašni			0.88 (0.73-1.05)	0,157	0.88 (0.73-1.06)	0,173			0.78 (0.63-0.97)	0,022	0.78 (0.63-0.97)	0,023
Najsiromašniji			0.94 (0.77-1.14)	0,507	0.95 (0.77-1.16)	0,605			0.86 (0.68-1.07)	0,170	0.86 (0.68-1.08)	0,186
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.08 (0.96-1.21)	0,192					1.21 (1.06-1.37)	0,005
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.26 (1.11-1.42)	0,000					1.29 (1.13-1.48)	0,000
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					1.20 (0.88-1.62)	0,244					1.07 (0.73-1.58)	0,718
2-3 puta nedeljno					1.06 (0.84-1.34)	0,616					1.15 (0.87-1.52)	0,317
1 nedeljno					1.05 (0.84-1.31)	0,684					0.97 (0.74-1.27)	0,799
2-3 puta mesečno					1.15 (0.89-1.48)	0,278					1.38 (1.02-1.85)	0,034
Nekoliko puta godišnje/nikad					0.98 (0.82-1.18)	0,826					1.11 (0.90-1.37)	0,344

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.6. Povezanost terčila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Na tabeli 23 su prikazani rezultati povezanosti terčila morbiditeta sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2006. godine.

Od demografskih varijabli pol, godine starosti i bračno stanje su statistički značajno povezani sa tercilima morbiditeta u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše za razliku od muškaraca i mladih ispitanika. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice i oni koji žive u ruralnoj sredini češće su dobrog zdravstvenog stanja.

Obrazovanje i radni status su statistički značajno povezani samo u modelima multivarijantne logističke regresije kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje. Ispitanici sa nižim obrazovanjem (UO=1,43 kod modela 2; UO=1,38 kod modela 3) i neaktivni ispitanici (UO=1,25 kod oba modela) imaju loše zdravstveno stanje u poređenju sa onima koji imaju završenu višu ili visoku školu ili su zaposleni. Socijalno-ekonomske nejednakosti u obolevanju merene tercilima morbiditeta su najizraženije kod materijalnog stanja domaćinstva. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše češće su prosečnog (UO=1,71 kod modela 2; UO=1,70 kod modela 3) ili lošeg zdravstvenog stanja (UO=3,41 kod modela 2; UO=3,45 kod modela 3) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Statistički značajna povezanost je nađena i između kvintila blagostanja i terčila morbiditeta. Ispitanici koji pripadaju siromašnom sloju stanovništva češće su dobrog zdravstvenog stanja (UO=0,84 kod modela 2; UO=0,83 kod modela 3) od onih najbogatijih. Kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje statistički značajna povezanost je nađena samo kod najsiromašnijeg sloja stanovništva (UO=0,79 kod modela 3). Oni su boljeg zdravstvenog stanja od ispitanika koji pripadaju najbogatijem sloju stanovništva.

Kada govorimo o stilovima života ispitanici koji puše češće su prosečnog (UO=1,32) ili lošeg (UO=1,43) zdravstvenog stanja od onih koji nisu pušači. Alkohol je statistički značajno povezan samo kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje (UO=1,19). Kod fizičke aktivnosti je obrnuta situacija tj. statistički značajna povezanost je nađena samo kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje. Oni koji se bave fizičkom aktivnošću 2-3 puta nedeljno (UO=0,80) ili ređe (UO=0,66 kod kategorije 1 nedeljno; UO=0,70 kod kategorije 2-3 puta mesečno) boljeg su zdravstvenog stanja od ispitanika koji svakodnevno upražnjavaju fizičku aktivnost.

Tabela 23. Povezanost tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.63 (1.50-1.78)	0,000	1.68 (1.53-1.84)	0,000	1.88 (1.68-2.09)	0,000	3.44 (3.10-3.81)	0,000	3.26 (2.92-3.64)	0,000	3.56 (3.12-4.06)	0,000
Godine starosti	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.05)	0,000	1.08 (1.08-1.09)	0,000	1.08 (1.07-1.08)	0,000	1.08 (1.08-1.09)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.82 (0.74-0.90)	0,000	0.81 (0.74-0.90)	0,000	0.81 (0.73-0.91)	0,000	0.78 (0.70-0.88)	0,000	0.71 (0.63-0.80)	0,000	0.72 (0.63-0.83)	0,000
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.84 (0.77-0.92)	0,000	0.85 (0.78-0.94)	0,001	0.87 (0.79-0.97)	0,012	0.95 (0.86-1.05)	0,318	0.87 (0.77-0.97)	0,013	0.92 (0.81-1.05)	0,226
Obrazovanje												
Viša I visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			1.11 (0.98-1.26)	0,112	1.06 (0.92-1.21)	0,445			1.24 (1.05-1.46)	0,010	1.17 (0.98-1.40)	0,088
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.13 (0.96-1.32)	0,136	1.10 (0.93-1.31)	0,258			1.43 (1.19-1.72)	0,000	1.38 (1.13-1.69)	0,002
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.91 (0.81-1.02)	0,096	0.96 (0.85-1.09)	0,515			1.09 (0.95-1.27)	0,230	1.07 (0.91-1.25)	0,428
Neaktivan			0.92 (0.81-1.03)	0,141	1.00 (0.88-1.13)	0,949			1.25 (1.09-1.44)	0,001	1.25 (1.07-1.46)	0,005

Materijalno stanje domaćinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.34 (1.19-1.51)	0,000	1.32 (1.16-1.50)	0,000			1.80 (1.55-2.10)	0,000	1.80 (1.51-2.12)	0,000
Loše			1.71 (1.49-1.96)	0,000	1.70 (1.47-1.98)	0,000			3.41 (2.87-4.04)	0,000	3.45 (2.86-4.17)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.94 (0.83-1.07)	0,374	0.91 (0.80-1.05)	0,201			0.98 (0.83-1.15)	0,764	0.95 (0.79-1.14)	0,572
Srednji sloj			0.90 (0.78-1.03)	0,133	0.89 (0.77-1.03)	0,122			1.00 (0.85-1.19)	0,975	0.96 (0.80-1.16)	0,698
Siromašni			0.84 (0.72-0.97)	0,019	0.83 (0.71-0.97)	0,021			0.92 (0.77-1.10)	0,343	0.88 (0.72-1.06)	0,181
Najsiromašniji			0.86 (0.72-1.02)	0,082	0.86 (0.71-1.04)	0,115			0.89 (0.73-1.08)	0,237	0.79 (0.63-0.99)	0,039
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.32 (1.19-1.46)	0,000					1.43 (1.26-1.61)	0,000
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.19 (1.07-1.32)	0,001					1.02 (0.90-1.16)	0,732
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					0.99 (0.81-1.20)	0,879					0.90 (0.70-1.15)	0,392
2-3 puta nedeljno					0.96 (0.83-1.12)	0,619					0.80 (0.66-0.97)	0,023
1 nedeljno					1.01 (0.85-1.19)	0,924					0.66 (0.53-0.81)	0,000
2-3 puta mesečno					0.92 (0.76-1.11)	0,366					0.70 (0.55-0.90)	0,004
Nekoliko puta godišnje/nikad					0.95 (0.83-1.09)	0,446					0.87 (0.74-1.02)	0,085

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.7. Povezanost tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati povezanosti tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2000. godine prikazani su na tabeli 24.

Nejednakosti u zdravstvenom stanju (tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja) po polu, godinama starosti i tipu naselja jasno su izražene u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše. Kod žena je zdravstveno stanje više od tri i po puta lošije (UO=3,22 kod modela 3) nego kod muškaraca. Ispitanici koji žive u ruralnim naseljima su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u gradovima. Kada je u pitanju bračno stanje statistički značajna povezanost je nađena samo kada je zavisna varijabla bila prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (UO=0,88 kod modela 1; UO=0,86 kod modela 2).

Od socijalno-ekonomskih varijabli jedino između radnog statusa i tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja nije nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji su nižeg obrazovnog statusa (UO=1,50 u oba modela) i koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao loše (UO=2,41 kod modela 2; UO=2,43 kod modela 3) imaju lošije zdravstveno stanje od onih sa visokim obrazovanjem. Isti obrazac nejednakosti je prisutan i kod onih ispitanika koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao prosečno. Između kvintila blagostanja i tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja je nađena statistički značajna povezanost samo kod pripadnika siromašne klase u oba modela prosečnog naspram dobrog zdravlja. Siromašni ispitanici su boljeg zdravstvenog stanja (UO=0,82 kod modela 2; UO=0,81 kod modela 3) od pripadnika najbogatijeg sloja stanovništva.

Uzimajući u obzir stilove života jedino je između alkohola i tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji piju alkohol, češće su prosečnog (UO=1,22) ili lošeg zdravstvenog stanja (UO=1,24) od onih koji to ne čine.

Tabela 24. Povezanost tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.65 (1.48-1.83)	0,000	1.61 (1.44-1.81)	0,000	1.76 (1.55-2.00)	0,000	3.05 (2.68-3.46)	0,000	2.95 (2.58-3.37)	0,000	3.22 (2.77-3.73)	0,000
Godine starosti	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.03-1.04)	0,000	1.04 (1.03-1.04)	0,000	1.08 (1.07-1.08)	0,000	1.07 (1.07-1.08)	0,000	1.08 (1.07-1.08)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.88 (0.78-0.99)	0,044	0.86 (0.76-0.98)	0,023	0.89 (0.78-1.02)	0,082	0.92 (0.79-1.06)	0,249	0.88 (0.76-1.03)	0,105	0.91 (0.78-1.06)	0,228
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.79 (0.71-0.88)	0,000	0.83 (0.73-0.95)	0,007	0.86 (0.75-0.99)	0,038	0.74 (0.65-0.84)	0,000	0.75 (0.64-0.88)	0,000	0.79 (0.68-0.93)	0,004
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.97 (0.84-1.11)	0,645	0.98 (0.85-1.13)	0,742			1.15 (0.97-1.36)	0,110	1.14 (0.96-1.36)	0,128
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.16 (0.97-1.39)	0,116	1.17 (0.97-1.41)	0,093			1.50 (1.22-1.84)	0,000	1.50 (1.21-1.85)	0,000
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.84 (0.68-1.05)	0,121	0.87 (0.70-1.09)	0,229			0.82 (0.62-1.07)	0,136	0.87 (0.66-1.15)	0,327
Neaktivan			1.01 (0.89-1.16)	0,839	1.03 (0.90-1.18)	0,633			0.94 (0.81-1.09)	0,404	0.96 (0.83-1.12)	0,636

Materijalno stanje domačinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.10 (0.92-1.32)	0,280	1.12 (0.94-1.34)	0,217			1.58 (1.26-1.98)	0,000	1.61 (1.27-2.03)	0,000
Loše			1.27 (1.05-1.54)	0,013	1.28 (1.06-1.56)	0,012			2.41 (1.90-3.06)	0,000	2.43 (1.90-3.10)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.97 (0.82-1.15)	0,758	0.97 (0.82-1.15)	0,712			0.95 (0.78-1.16)	0,618	0.92 (0.75-1.13)	0,417
Srednji sloj			0.94 (0.78-1.12)	0,453	0.93 (0.77-1.11)	0,402			1.01 (0.82-1.24)	0,930	1.02 (0.83-1.26)	0,865
Siromašni			0.82 (0.68-0.99)	0,043	0.81 (0.67-0.98)	0,030			0.83 (0.66-1.03)	0,092	0.81 (0.65-1.02)	0,068
Najsiromašnji			0.88 (0.72-1.08)	0,228	0.86 (0.70-1.05)	0,142			0.89 (0.70-1.13)	0,341	0.86 (0.68-1.10)	0,222
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.09 (0.97-1.23)	0,150					1.09 (0.95-1.25)	0,219
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.22 (1.08-1.38)	0,002					1.24 (1.07-1.43)	0,004
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					0.95 (0.70-1.30)	0,760					0.95 (0.63-1.41)	0,780
2-3 puta nedeljno					1.06 (0.84-1.34)	0,611					1.01 (0.75-1.35)	0,970
1 nedeljno					1.02 (0.82-1.29)	0,837					0.87 (0.66-1.16)	0,347
2-3 puta mesečno					1.18 (0.92-1.52)	0,202					1.34 (0.99-1.83)	0,059
Nekoliko puta godišnje/nikad					1.02 (0.84-1.22)	0,871					1.07 (0.86-1.34)	0,528

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.8. Povezanost terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Na tabeli 25 su prikazani rezultati povezanosti terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2006. godine.

Sve demografske varijable osim tipa naselja su statistički značajno povezane sa tercilima morbiditeta i objektivne procene zdravlja u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše za razliku od muškaraca i mlađih ispitanika. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice i oni koji žive u ruralnoj sredini češće su dobrog zdravstvenog stanja.

Obrazovanje i radni status su statistički značajno povezani samo u modelima multivarijantne logističke regresije kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje. Ispitanici sa nižim obrazovanjem (UO=1,47 kod modela 2; UO=1,48 kod modela 3) i neaktivni ispitanici (UO=1,22 kod oba modela) imaju loše zdravstveno stanje u poređenju sa onima koji imaju završenu višu ili visoku školu ili su zaposleni. Socijalno-ekonomske nejednakosti u obolevanju merene tercilima morbiditeta i objektivne procene zdravlja su najizraženije kod materijalnog stanja domaćinstva. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše češće su prosečnog (UO=1,79 kod modela 2; UO=1,78 kod modela 3) ili lošeg zdravstvenog stanja (UO=3,48 kod modela 2; UO=3,57 kod modela 3) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Između kvintila blagostanja i terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja nije nađena statistički značajna povezanost.

Pušači su češće prosečnog (UO=1,22) ili lošeg (UO=1,35) zdravstvenog stanja od nepušača. Alkohol je statistički značajno povezan samo kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji piju alkohol češće imaju prosečno zdravstveno stanje (UO=1,18) od onih koji ne piju. Kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje nađena je statistički značajna povezanost između fizičke aktivnosti i terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja. Oni koji se bave fizičkom aktivnošću 2-3 puta nedeljno (UO=0,76) ili ređe (UO=0,62 kod kategorije 1 nedeljno; UO=0,65 kod kategorije 2-3 puta mesečno; UO=0,82 kod kategorije nekoliko puta godišnje/nikad) boljeg su zdravstvenog stanja od ispitanika koji svakodnevno upražnjavaju fizičku aktivnost. Kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje statistički značajna povezanost je prisutna samo kod ispitanika koji 2-3 puta mesečno upražnjavaju fizičku aktivnost (UO=0,80).

Tabela 25. Povezanost tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.52 (1.39-1.66)	0,000	1.56 (1.42-1.71)	0,000	1.72 (1.54-1.93)	0,000	3.25 (2.92-3.63)	0,000	3.08 (2.74-3.46)	0,000	3.28 (2.86-3.77)	0,000
Godine starosti	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.06)	0,000	1.10 (1.09-1.10)	0,000	1.09 (1.09-1.10)	0,000	1.09 (1.09-1.10)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.84 (0.76-0.93)	0,000	0.83 (0.75-0.92)	0,000	0.83 (0.74-0.93)	0,002	0.78 (0.69-0.87)	0,000	0.71 (0.63-0.81)	0,000	0.73 (0.63-0.84)	0,000
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.87 (0.80-0.95)	0,002	0.87 (0.79-0.96)	0,007	0.88 (0.79-0.98)	0,022	0.95 (0.85-1.05)	0,319	0.86 (0.76-0.97)	0,015	0.92 (0.80-1.05)	0,215
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			1.09 (0.96-1.25)	0,199	1.04 (0.91-1.20)	0,565			1.23 (1.04-1.46)	0,018	1.21 (1.01-1.46)	0,046
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			1.05 (0.89-1.23)	0,587	1.05 (0.88-1.26)	0,571			1.47 (1.21-1.79)	0,000	1.48 (1.19-1.83)	0,000
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.96 (0.85-1.08)	0,446	1.03 (0.90-1.17)	0,694			1.00 (0.86-1.17)	0,957	1.00 (0.85-1.18)	0,971
Neaktivan			0.95 (0.84-1.07)	0,403	1.01 (0.88-1.15)	0,940			1.22 (1.05-1.41)	0,008	1.22 (1.04-1.43)	0,015

Materijalno stanje domaćinstva			1		1				1		1	
Dobro			1.38 (1.22-1.56)	0,000	1.37 (1.20-1.57)	0,000			1.78 (1.52-2.09)	0,000	1.79 (1.50-2.14)	0,000
Prosečno			1.79 (1.55-2.06)	0,000	1.78 (1.53-2.08)	0,000			3.48 (2.91-4.16)	0,000	3.57 (2.93-4.36)	0,000
Loše												
Kvintili blagostanja			1		1				1		1	
Najbogatiji			1.07 (0.94-1.23)	0,302	1.05 (0.91-1.21)	0,515			1.04 (0.88-1.24)	0,640	1.03 (0.86-1.24)	0,740
Bogati			1.03 (0.89-1.18)	0,715	1.03 (0.88-1.20)	0,720			1.06 (0.89-1.27)	0,524	1.01 (0.83-1.23)	0,913
Srednji sloj			0.93 (0.80-1.08)	0,333	0.92 (0.78-1.08)	0,302			0.94 (0.78-1.13)	0,504	0.88 (0.72-1.08)	0,221
Siromašni			0.94 (0.79-1.13)	0,519	0.95 (0.78-1.16)	0,612			0.89 (0.72-1.11)	0,300	0.81 (0.64-1.03)	0,080
Najsiromašnji												
Pušenje					1						1	
Ne					1.22 (1.10-1.35)	0,000					1.35 (1.18-1.53)	0,000
Da												
Alkohol					1						1	
Ne					1.18 (1.06-1.32)	0,003					1.01 (0.89-1.16)	0,862
Da												
Fizička aktivnost					1						1	
Svaki dan					0.92 (0.75-1.13)	0,421					0.90 (0.70-1.17)	0,431
4-6 puta nedeljno					0.94 (0.81-1.10)	0,443					0.76 (0.63-0.93)	0,007
2-3 puta nedeljno					0.95 (0.80-1.13)	0,577					0.62 (0.50-0.78)	0,000
1 nedeljno					0.80 (0.66-0.98)	0,029					0.65 (0.51-0.84)	0,001
2-3 puta mesečno					0.91 (0.78-1.04)	0,168					0.82 (0.70-0.97)	0,024
Nekoliko puta godišnje/nikad												

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.9. Povezanost terčila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati povezanosti terčila morbiditeta i korišćenja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2000. godine prikazani su na tabeli 26.

Nejednakosti u zdravstvenom stanju po polu, godinama starosti i tipu naselja jasno su izražene u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše. Kod žena je zdravstveno stanje više od tri puta lošije ($UO=3,12$ kod modela 3) nego kod muškaraca. Ispitanici koji žive u ruralnim naseljima su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u gradovima. Statistički značajna povezanost između bračnog stanja i terčila morbiditeta i korišćenja nije nađena.

Od socijalno-ekonomskih varijabli jedino između radnog statusa i terčila morbiditeta i korišćenja nije nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji su nižeg obrazovnog statusa imaju bolje zdravstveno stanje od onih sa visokim obrazovanjem ($UO=0,73$ kod modela 2 i $UO=0,76$ kod modela 3 prosečnog naspram dobrog zdravlja, i $UO=0,81$ kod modela 2 lošeg naspram dobrog zdravlja). Kada govorimo o materijalnom stanju domaćinstva statistički značajna povezanost je uočena samo u modelima lošeg naspram dobrog zdravlja. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao loše imaju gore zdravlje ($UO=1,82$ kod modela 2; $UO=1,80$ kod modela 3) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Isti obrazac nejednakosti je prisutan i kod onih ispitanika koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao prosečno ($UO=1,32$ u oba modela). Između kvintila blagostanja i prosečnog naspram dobrog zdravlja terčila morbiditeta i korišćenja nađena je statistički značajna povezanost samo kod pripadnika bogate klase ($UO=0,84$ u oba modela). Takođe je kod pripadnika bogate ($UO=0,83$ kod modela 2), siromašne ($UO=0,69$ kod modela 2; $UO=0,70$ kod modela 3) i najsiromašnije klase ($UO=0,68$ kod modela 2; $UO=0,70$ kod modela 3) lošeg naspram dobrog zdravlja nađena statistički značajna obrnuta povezanost. Svi pripadnici pomenutih klasa su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji pripadaju najbogatijem sloju stanovništva.

Uzimajući u obzir stilove života jedino između pušenja i terčila morbiditeta i korišćenja nije nađena statistički značajna povezanost. Sa druge strane ispitanici koji

piju alkohol (UO=1,25 u oba modela) i koji se bave fizičkom aktivnošću 2-3 puta nedeljno (UO=1,33) ili 2-3 puta mesečno (UO=1,40) češće su lošeg zdravstvenog stanja od onih koji ne piju alkohol i koji se bave fizičkom aktivnošću svakodnevno.

Tabela 26. Povezanost tercila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta i korišćenja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.67 (1.50-1.86)	0,000	1.69 (1.51-1.89)	0,000	1.87 (1.65-2.12)	0,000	2.79 (2.48-3.13)	0,000	2.84 (2.52-3.21)	0,000	3.12 (2.72-3.57)	0,000
Godine starosti	1.01 (1.01-1.02)	0,000	1.01 (1.01-1.02)	0,000	1.02 (1.01-1.02)	0,000	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.04)	0,000	1.04 (1.04-1.05)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	1.00 (0.88-1.13)	0,988	0.98 (0.86-1.11)	0,749	1.00 (0.88-1.14)	0,968	1.06 (0.93-1.21)	0,348	1.06 (0.92-1.21)	0,436	1.08 (0.94-1.24)	0,301
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.71 (0.64-0.79)	0,000	0.81 (0.71-0.92)	0,002	0.83 (0.73-0.95)	0,008	0.62 (0.55-0.70)	0,000	0.78 (0.67-0.89)	0,000	0.81 (0.70-0.93)	0,004
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.76 (0.66-0.88)	0,000	0.78 (0.67-0.90)	0,001			0.38 (0.71-0.97)	0,020	0.83 (0.71-0.98)	0,026
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			0.73 (0.61-0.87)	0,001	0.76 (0.63-0.92)	0,004			0.81 (0.67-0.98)	0,027	0.84 (0.69-1.03)	0,090
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.89 (0.72-1.11)	0,306	0.94 (0.75-1.17)	0,565			0.80 (0.62-1.03)	0,079	0.84 (0.65-1.09)	0,198
Neaktivan			1.04 (0.91-1.18)	0,558	1.06 (0.92-1.21)	0,424			0.99 (0.86-1.13)	0,836	1.02 (0.89-1.18)	0,751

Materijalno stanje domačinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			0,97 (0.81-1.16)	0,715	0,97 (0.81-1.17)	0,764			1,32 (1.07-1.62)	0,010	1,32 (1.06-1.63)	0,011
Loše			1,13 (0.93-1.36)	0,230	1,13 (0.93-1.38)	0,211			1,82 (1.46-2.26)	0,000	1,80 (1.44-2.26)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0,84 (0.70-0.99)	0,043	0,84 (0.70-0.99)	0,047			0,83 (0.69-0.99)	0,046	0,84 (0.69-1.01)	0,069
Srednji sloj			0,90 (0.75-1.07)	0,228	0,91 (0.76-1.09)	0,303			0,90 (0.74-1.09)	0,271	0,93 (0.77-1.13)	0,477
Siromašni			0,85 (0.70-1.02)	0,083	0,84 (0.69-1.01)	0,068			0,69 (0.56-0.85)	0,001	0,70 (0.56-0.86)	0,001
Najsiromašnji			0,82 (0.67-1.00)	0,050	0,82 (0.67-1.01)	0,060			0,68 (0.54-0.84)	0,001	0,70 (0.56-0.88)	0,002
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1,01 (0.90-1.14)	0,858					1,10 (0.97-1.25)	0,143
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1,25 (1.10-1.41)	0,000					1,25 (1.10-1.43)	0,001
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					1,04 (0.76-1.43)	0,802					1,20 (0.83-1.73)	0,326
2-3 puta nedeljno					1,08 (0.85-1.38)	0,520					1,33 (1.01-1.74)	0,041
1 nedeljno					1,13 (0.90-1.43)	0,292					1,19 (0.91-1.55)	0,204
2-3 puta mesečno					1,15 (0.89-1.50)	0,292					1,40 (1.02-1.84)	0,036
Nekoliko puta godišnje/nikad					0,99 (0.82-1.20)	0,938					1,14 (0.92-1.40)	0,234

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.10. Povezanost terčila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Na tabeli 27 su prikazani rezultati povezanosti terčila morbiditeta i korišćenja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2006. godine.

Sve demografske varijable osim bračnog stanja su statistički značajno povezane sa tercilima morbiditeta i korišćenja u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše za razliku od muškaraca i mlađih ispitanika. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice i oni koji žive u ruralnoj sredini češće su dobrog zdravstvenog stanja.

Obrazovanje je jedina socijalno-ekonomska varijabla koja nije statistički značajno povezana sa tercilima morbiditeta i korišćenja. Kada govorimo o radnom statusu neaktivni ispitanici su češće lošijeg zdravstvenog stanja od zaposlenih (UO=1,24 kod modela 2; UO=1,23 kod modela 3). Socijalno-ekonomske nejednakosti u obolevanju su najizraženije kod materijalnog stanja domaćinstva. Statistički značajna povezanost sa tercilima morbiditeta i korišćenja je prisutna u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše češće su prosečnog (UO=1,76 kod modela 2; UO=1,71 kod modela 3) ili lošeg zdravstvenog stanja (UO=2,81 kod oba modela) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Obrnuta statistički značajna povezanost je nađena između kvintila blagostanja i terčila morbiditeta i korišćenja tj. ispitanici koji pripadaju srednjem ili siromašnijim slojevima stanovništva češće su boljeg zdravstvenog stanja od najbogatijeg sloja stanovništva.

Pušači su češće prosečnog (UO=1,15) ili lošeg (UO=1,27) zdravstvenog stanja od nepušača. Alkohol je statistički značajno povezan samo kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji piju alkohol češće imaju prosečno zdravstveno stanje (UO=1,24) od onih koji ne piju. Statistički značajna povezanost između fizičke aktivnosti i terčila morbiditeta i korišćenja nađena je samo u kategoriji nekoliko puta godišnje/nikad i 2-3 puta mesečno. Oni koji se bave fizičkom aktivnošću nekoliko puta godišnje/nikad (UO=0,86 kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje) ili 2-3 puta mesečno (UO=0,68 kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje) boljeg su zdravstvenog stanja od ispitanika koji svakodnevno upražnjavaju fizičku aktivnost.

Tabela 27. Povezanost tercila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta i korišćenja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.72 (1.58-1.88)	0,000	1.73 (1.58-1.89)	0,000	1.94 (1.75-2.16)	0,000	3.30 (3.00-3.62)	0,000	3.21 (2.90-3.55)	0,000	3.51 (3.11-3.97)	0,000
Godine starosti	1.02 (1.02-1.03)	0,000	1.02 (1.02-1.03)	0,000	1.02 (1.02-1.03)	0,000	1.06 (1.05-1.06)	0,000	1.06 (1.05-1.06)	0,000	1.06 (1.05-1.06)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.93 (0.85-1.02)	0,102	0.92 (0.84-1.02)	0,102	0.90 (0.81-1.00)	0,050	0.84 (0.76-0.94)	0,002	0.82 (0.73-0.91)	0,000	0.84 (0.74-0.95)	0,005
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.80 (0.73-0.87)	0,000	0.87 (0.79-0.96)	0,003	0.86 (0.78-0.96)	0,005	0.75 (0.68-0.82)	0,000	0.80 (0.72-0.89)	0,000	0.84 (0.75-0.94)	0,003
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.90 (0.79-1.03)	0,127	0.89 (0.77-1.02)	0,101			0.99 (0.85-1.15)	0,859	0.97 (0.82-1.15)	0,721
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			0.87 (0.75-1.02)	0,080	0.92 (0.77-1.09)	0,317			0.93 (0.78-1.11)	0,430	0.96 (0.79-1.16)	0,679
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.88 (0.78-0.99)	0,032	0.91 (0.81-1.03)	0,151			0.96 (0.84-1.10)	0,570	0.96 (0.83-1.11)	0,594
Neaktivan			1.05 (0.94-1.18)	0,413	1.12 (0.99-1.27)	0,081			1.24 (1.09-1.41)	0,001	1.23 (1.06-1.42)	0,006

Materijalno stanje domačinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.38 (1.23-1.56)	0,000	1.34 (1.18-1.52)	0,000			1.58 (1.38-1.82)	0,000	1.57 (1.35-1.84)	0,000
Loše			1.76 (1.53-2.02)	0,000	1.71 (1.48-1.99)	0,000			2.81 (2.41-3.29)	0,000	2.81 (2.36-3.34)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.86 (0.75-0.98)	0,020	0.81 (0.70-0.93)	0,003			0.91 (0.78-1.06)	0,203	0.90 (0.76-1.06)	0,195
Srednji sloj			0.77 (0.67-0.89)	0,000	0.77 (0.66-0.89)	0,000			0.88 (0.75-1.03)	0,103	0.87 (0.73-1.03)	0,107
Siromašni			0.74 (0.64-0.86)	0,000	0.74 (0.63-0.87)	0,000			0.80 (0.68-0.95)	0,009	0.77 (0.64-0.92)	0,005
Najsiromašnji			0.71 (0.60-0.84)	0,000	0.71 (0.59-0.85)	0,000			0.65 (0.54-0.78)	0,000	0.58 (0.47-0.72)	0,000
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.15 (1.04-1.27)	0,008					1.27 (1.13-1.43)	0,000
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.24 (1.12-1.37)	0,000					1.09 (0.97-1.23)	0,139
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					0.97 (0.80-1.18)	0,767					0.96 (0.76-1.21)	0,744
2-3 puta nedeljno					1.00 (0.86-1.16)	0,967					0.97 (0.81-1.16)	0,718
1 nedeljno					1.00 (0.84-1.18)	0,978					0.84 (0.69-1.03)	0,092
2-3 puta mesečno					0.87 (0.72-1.05)	0,134					0.68 (0.54-0.85)	0,001
Nekoliko puta godišnje/nikad					0.86 (0.75-0.99)	0,030					0.91 (0.78-1.06)	0,205

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.11. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu

Rezultati povezanosti tercila morbiditeta objektivne procene zdravlja i korišćenja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2000. godine prikazani su na tabeli 28.

Nejednakosti u zdravstvenom stanju po polu, godinama starosti i tipu naselja jasno su izražene u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše. Kod žena je zdravstveno stanje više od tri puta lošije (UO=3,09 kod modela 3) nego kod muškaraca. Ispitanici koji žive u ruralnim naseljima su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u gradovima. Statistički značajna povezanost između bračnog stanja i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja nije nađena.

Od socijalno-ekonomskih varijabli jedino između radnog statusa i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja nije nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji su nižeg obrazovnog statusa imaju bolje zdravstveno stanje od onih sa visokim obrazovanjem (UO=0,80 kod modela 2 i UO=0,81 kod modela 3 prosečnog naspram dobrog zdravlja, i UO=0,82 kod modela 2 lošeg naspram dobrog zdravlja). Kada govorimo o materijalnom stanju domaćinstva statistički značajna povezanost je uočena samo u modelima lošeg naspram dobrog zdravlja. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao loše imaju gore zdravlje (UO=1,85 kod modela 2; UO=1,87 kod modela 3) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Isti obrazac nejednakosti je prisutan i kod onih ispitanika koji materijalno stanje domaćinstva ocenjuju kao prosečno (UO=1,33 kod modela 2; UO=1,35 kod modela 3). Između kvintila blagostanja i prosečnog naspram dobrog zdravlja tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja nađena je statistički značajna povezanost samo kod pripadnika najsiromašnije klase (UO=0,80 kod modela 2; UO=0,79 kod modela 3). Takođe je kod siromašne (UO=0,75 kod modela 2; UO=0,74 kod modela 3) i najsiromašnije klase (UO=0,71 kod modela 2; UO=0,72 kod modela 3) lošeg naspram dobrog zdravlja nađena statistički značajna obrnuta povezanost. Pripadnici pomenutih klasa su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji pripadaju najbogatijem sloju stanovništva.

Uzimajući u obzir stilove života jedino je između alkohola i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja nađena statistički značajna povezanost. Ispitanici koji piju alkohol (UO=1,20 kod modela 2; UO=1,22 kod modela 3) češće su prosečnog ili lošeg zdravstvenog stanja od onih koji ne piju alkohol.

Tabela 28. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2000. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.76 (1.58-1.96)	0,000	1.76 (1.57-1.98)	0,000	1.91 (1.68-2.17)	0,000	2.84 (2.52-3.20)	0,000	2.88 (2.54-3.27)	0,000	3.09 (2.69-3.55)	0,000
Godine starosti	1.02 (1.01-1.02)	0,000	1.02 (1.01-1.02)	0,000	1.02 (1.01-1.02)	0,000	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.05)	0,000	1.05 (1.05-1.06)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	1.00 (0.88-1.13)	0,947	0.98 (0.86-1.11)	0,724	1.00 (0.88-1.14)	0,976	1.01 (0.88-1.15)	0,924	1.00 (0.87-1.15)	0,960	1.02 (0.88-1.18)	0,788
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.72 (0.64-0.80)	0,000	0.80 (0.70-0.92)	0,001	0.82 (0.71-0.94)	0,004	0.62 (0.55-0.70)	0,000	0.76 (0.66-0.88)	0,000	0.79 (0.68-0.91)	0,002
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.80 (0.69-0.92)	0,002	0.80 (0.69-0.93)	0,003			0.84 (0.71-0.99)	0,032	0.84 (0.71-0.99)	0,033
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			0.80 (0.66-0.96)	0,014	0.81 (0.67-0.97)	0,025			0.82 (0.67-0.99)	0,047	0.84 (0.69-1.03)	0,094
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.89 (0.71-1.11)	0,285	0.93 (0.75-1.17)	0,540			0.81 (0.62-1.06)	0,119	0.85 (0.65-1.11)	0,232
Neaktivan			1.06 (0.93-1.20)	0,407	1.07 (0.93-1.22)	0,338			0.98 (0.85-1.13)	0,783	1.00 (0.87-1.16)	0,999

Materijalno stanje domačinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.02 (0.85-1.23)	0,818	1.05 (0.87-1.26)	0,639			1.33 (1.07-1.65)	0,010	1.35 (1.09-1.68)	0,007
Loše			1.11 (0.91-1.34)	0,309	1.12 (0.92-1.37)	0,258			1.85 (1.47-2.32)	0,000	1.87 (1.49-2.35)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.86 (0.72-1.03)	0,098	0.87 (0.73-1.04)	0,126			0.86 (0.72-1.05)	0,135	0.85 (0.70-1.04)	0,112
Srednji sloj			0.97 (0.81-1.17)	0,760	0.99 (0.83-1.20)	0,951			0.94 (0.78-1.15)	0,571	0.97 (0.79-1.19)	0,760
Siromašni			0.86 (0.71-1.04)	0,128	0.86 (0.71-1.05)	0,144			0.75 (0.60-0.92)	0,007	0.74 (0.60-0.92)	0,007
Najsiromašnji			0.80 (0.65-0.99)	0,037	0.79 (0.64-0.98)	0,032			0.71 (0.57-0.89)	0,003	0.72 (0.57-0.90)	0,005
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					0.97 (0.86-1.09)	0,598					0.98 (0.86-1.12)	0,807
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.20 (1.06-1.36)	0,005					1.22 (1.07-1.40)	0,004
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					0.98 (0.71-1.35)	0,905					1.18 (0.82-1.71)	0,379
2-3 puta nedeljno					1.04 (0.82-1.32)	0,762					1.18 (0.90-1.57)	0,237
1 nedeljno					1.08 (0.85-1.36)	0,524					1.07 (0.81-1.40)	0,640
2-3 puta mesečno					1.01 (0.78-1.32)	0,935					1.25 (0.93-1.68)	0,144
Nekoliko puta godišnje/nikad					0.99 (0.82-1.20)	0,914					1.11 (0.89-1.37)	0,359

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.4.12. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu

Na tabeli 29 su prikazani rezultati povezanosti tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa demografskim, socijalno-ekonomskim varijablama i stilovima života prema modelima multivarijantne logističke regresije za istraživanje iz 2006. godine.

Od demografskih varijabli jedino je kod pola i godina starosti uočena statistički značajna povezanost u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Zdravstveno stanje žena i starijih ispitanika je češće prosečno ili loše za razliku od muškaraca i mlađih ispitanika. Kada je u pitanju bračno stanje statistički značajna povezanost je nađena samo kada je zavisna varijabla bila loše naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice su boljeg zdravstvenog stanja od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (UO=0,75 kod modela 1; UO=0,73 kod modela 2 i UO=0,74 kod modela 3). Statistički značajna obrnuta povezanost je takođe prisutna i kod tipa naselja.

Obrazovanje je statistički značajno povezano sa tercilima morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja jedino u modelu 2 prosečnog naspram dobrog zdravlja (UO=0,84). Kada govorimo o radnom statusu neaktivni ispitanici su češće lošijeg zdravstvenog stanja od zaposlenih (UO=1,25 kod modela 2; UO=1,20 kod modela 3). Socijalno-ekonomske nejednakosti u obolevanju su najizraženije kod materijalnog stanja domaćinstva. Statistički značajna povezanost sa tercilima morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja je prisutna u svim modelima multivarijantnih logističkih regresija. Ispitanici koji materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao loše češće su prosečnog (UO=1,78 kod modela 2; UO=1,69 kod modela 3) ili lošeg zdravstvenog stanja (UO=2,77 kod modela 2; UO=2,78 kod modela 3) od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. Obrnuta statistički značajna povezanost je nađena između kvintila blagostanja i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja tj. ispitanici koji pripadaju srednjem ili siromašnijim slojevima stanovništva češće su boljeg zdravstvenog stanja od najbogatijeg sloja stanovništva.

Pušači su češće prosečnog (UO=1,11) ili lošeg (UO=1,17) zdravstvenog stanja od nepušača. Alkohol je statistički značajno povezan samo kada je zavisna varijabla

prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitanici koji piju alkohol češće imaju prosečno zdravstveno stanje ($UO=1,32$) od onih koji ne piju. Oni koji se bave fizičkom aktivnošću jednom nedeljno ili ređe boljeg su zdravstvenog stanja od ispitanika koji svakodnevno upražnjavaju fizičku aktivnost.

Tabela 29. Povezanost tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja za 2006. godinu – modeli multivarijantne logističke regresije

Varijable	Tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja											
	Prosečno naspram dobro zdravlje						Loše naspram dobro zdravlje					
	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c		Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Pol												
Muškarci	1		1		1		1		1		1	
Žene	1.62 (1.49-1.77)	0,000	1.63 (1.49-1.79)	0,000	1.87 (1.68-2.08)	0,000	3.38 (3.05-3.74)	0,000	3.24 (2.90-3.60)	0,000	3.44 (3.03-3.92)	0,000
Godine starosti	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.03 (1.02-1.03)	0,000	1.07 (1.07-1.08)	0,000	1.07 (1.07-1.08)	0,000	1.07 (1.07-1.08)	0,000
Bračno stanje												
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1		1		1		1		1		1	
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	0.95 (0.86-1.04)	0,266	0.95 (0.86-1.04)	0,254	0.93 (0.84-1.04)	0,206	0.75 (0.67-0.85)	0,000	0.73 (0.64-0.82)	0,000	0.74 (0.64-0.84)	0,000
Tip naselja												
Urbana	1		1		1		1		1		1	
Ruralna	0.81 (0.74-0.88)	0,000	0.89 (0.81-0.98)	0,020	0.91 (0.82-1.01)	0,078	0.73 (0.66-0.81)	0,000	0.77 (0.69-0.86)	0,000	0.81 (0.72-0.92)	0,001
Obrazovanje												
Viša i visoka škola			1		1				1		1	
Srednja škola			0.90 (0.79-1.03)	0,135	0.91 (0.79-1.05)	0,181			0.99 (0.84-1.16)	0,860	0.97 (0.82-1.16)	0,754
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna			0.84 (0.72-0.99)	0,035	0.90 (0.75-1.06)	0,194			0.97 (0.80-1.16)	0,711	0.98 (0.80-1.19)	0,816
Radni status												
Zaposlen			1		1				1		1	
Nezaposlen			0.87 (0.77-0.98)	0,019	0.94 (0.83-1.06)	0,295			0.96 (0.83-1.11)	0,545	0.95 (0.81-1.11)	0,535
Neaktivan			1.04 (0.93-1.18)	0,473	1.10 (0.96-1.25)	0,167			1.25 (1.09-1.43)	0,002	1.20 (1.03-1.40)	0,017

Materijalno stanje domačinstva												
Dobro			1		1				1		1	
Prosečno			1.36 (1.21-1.54)	0,000	1.30 (1.14-1.48)	0,000			1.51 (1.30-1.75)	0,000	1.52 (1.29-1.79)	0,000
Loše			1.78 (1.55-2.05)	0,000	1.69 (1.45-1.96)	0,000			2.77 (2.35-3.27)	0,000	2.78 (2.32-3.34)	0,000
Kvintili blagostanja												
Najbogatiji			1		1				1		1	
Bogati			0.91 (0.80-1.04)	0,181	0.87 (0.76-1.01)	0,059			0.89 (0.76-1.05)	0,169	0.91 (0.76-1.08)	0,263
Srednji sloj			0.80 (0.69-0.92)	0,002	0.78 (0.67-0.91)	0,001			0.88 (0.74-1.04)	0,121	0.89 (0.74-1.06)	0,186
Siromašni			0.76 (0.65-0.88)	0,000	0.76 (0.64-0.89)	0,001			0.80 (0.67-0.95)	0,013	0.78 (0.64-0.95)	0,011
Najsiromašnji			0.74 (0.62-0.87)	0,000	0.71 (0.59-0.86)	0,000			0.67 (0.55-0.81)	0,000	0.63 (0.50-0.79)	0,000
Pušenje												
Ne					1						1	
Da					1.11 (1.00-1.22)	0,053					1.17 (1.04-1.32)	0,011
Alkohol												
Ne					1						1	
Da					1.32 (1.18-1.46)	0,000					1.03 (0.91-1.17)	0,623
Fizička aktivnost												
Svaki dan					1						1	
4-6 puta nedeljno					1.02 (0.84-1.25)	0,833					0.91 (0.71-1.16)	0,441
2-3 puta nedeljno					1.03 (0.88-1.20)	0,728					0.92 (0.76-1.11)	0,375
1 nedeljno					1.05 (0.88-1.24)	0,611					0.78 (0.63-0.96)	0,019
2-3 puta mesečno					0.89 (0.73-1.07)	0,217					0.65 (0.52-0.83)	0,000
Nekoliko puta godišnje/nikad					0.89 (0.77-1.02)	0,088					0.85 (0.73-0.99)	0,048

^aDemografske varijable, ^bDemografske i socijalno-ekonomske varijable, ^cDemografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života

4.5. Razlike između dva istraživanja u značajnosti povezanosti pokazatelja morbiditeta i determinanti zdravlja

4.5.1. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja

Na tabeli 30 su prikazane razlike u povezanosti samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja između istraživanja iz 2000. i 2006. godine.

Od demografskih varijabli jedino su razlike između dva istraživanja uočene u povezanosti između bračnog stanja i lošeg naspram dobrog zdravlja. U 2006. godini je nađena statistički značajna povezanost za razliku od 2000. godine.

Kada govorimo o socijalno-ekonomskim varijablama najveće razlike su uočene za kvintile blagostanja. U modelima lošeg naspram dobrog i lošeg naspram prosečnog zdravlja za srednje i niže slojeve stanovništva u 2006. godini je nađena statistički značajna povezanost. Ona nije bila prisutna u 2000. godini. Ista razlika je uočena i kod nezaposlenih ispitanika.

Kod varijabli koje odslikavaju stilove života neznatne razlike su uočene u modelu prosečne naspram dobre samoprocene zdravlja.

4.5.2. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja

Razlike u povezanosti indeksa morbiditeta sa determinantama zdravlja uočene su kod bračnog stanja, tipa naselja, materijalnog stanja domaćinstva i alkohola (tabela 31). Značajna nezavisna povezanost koja je bila prisutna 2000. godine između indeksa morbiditeta i bračnog stanja, tipa naselja i alkohola postala je statistički beznačajna u istraživanju iz 2006. godine. Sa materijalnim stanjem domaćinstva je obrnuta situacija.

Kada su u pitanju tercili morbiditeta najveće razlike su nađene kod ispitanika koji imaju srednje obrazovanje, kod materijalnog stanja domaćinstva i fizičke aktivnosti. Povezanost između srednjeg obrazovanja i prosečnog naspram dobrog zdravlja koja je bila značajna 2000. godine, postala je beznačajna šest godina kasnije. Situacija je obrnuta kod modela lošeg naspram dobrog zdravlja.

Povezanost između materijalnog stanja domaćinstva i prosečnog naspram dobrog zdravlja koja nije bila statistički značajna 2000. godine, postala je značajna 2006. godine. Ista je situacija sa fizičkom aktivnošću samo kada je zavisna varijabla loše naspram dobro zdravlje.

Tabela 30. Povezanost samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja (modeli multivarijantne logističke regresije)

Varijable	Samoprocena zdravlja					
	2000			2006		
	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Loše naspram prosečno	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Loše naspram prosečno
Pol						
Muškarci	1	1	1	1	1	1
Žene	+	+	-	+	+	-
Godine starosti	+	+	+	+	+	+
Bračno stanje						
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1	1	1	1	1	1
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a	+	-	-	+	+	-
Tip naselja						
Urbana	1	1	1	1	1	1
Ruralna	-	-	-	-	-	-
Obrazovanje						
Viša I visoka škola	1	1	1	1	1	1
Srednja škola	+	+	-	+	+	-
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna	+	+	-	+	+	+
Radni status						
Zaposlen	1	1	1	1	1	1
Nezaposlen	-	-	-	-	+	+
Neaktivan	+	+	+	+	+	+

Materijalno stanje domaćinstva						
Dobro	1	1	1	1	1	1
Prosečno	+	+	-	+	+	-
Loše	+	+	+	+	+	+
Kvintili blagostanja^a						
Najbogatiji	1	1	1	1	1	1
Bogati	-	-	-	-	-	-
Srednji sloj	-	-	-	-	+	+
Siromašni	-	-	-	-	+	+
Najsiromašniji	-	-	-	+	+	+
Pušenje						
Ne	1	1	1	1	1	1
Da	-	+	+	+	+	+
Alkohol						
Ne	1	1	1	1	1	1
Da	+	+	+	+	+	+
Fizička aktivnost						
Svaki dan	1	1	1	1	1	1
4-6 puta nedeljno	-	-	-	-	-	-
2-3 puta nedeljno	-	-	-	+	-	-
1 nedeljno	+	-	-	+	-	-
2-3 puta mesečno	+	-	-	-	-	-
Nekoliko puta godišnje/nikad	+	+	-	-	+	+

+ Povezanost je statistički značajna ($p \leq 0,05$), - Povezanost nije statistički značajna ($p > 0,05$)

1 – Referentna vrednost

^aZa 2006 godinu indeks blagostanja je pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu, dok su kvintili blagostanja pravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu

Tabela 31. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja (modeli multivarijantne linearne i logističke regresije)

Varijable	Indeksi i tercili morbiditeta					
	2000			2006		
	Indeks morbiditeta	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Indeks morbiditeta	Prosečno naspram dobro zdravlje ^a	Loše naspram dobro zdravlje ^a
Pol	+			+		
Muškarci		1	1		1	1
Žene		+	+		+	+
Godine starosti	+	+	+	+	+	+
Bračno stanje	+			-		
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici		1	1		1	1
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a		+	-		+	+
Tip naselja	+			-		
Urbana		1	1		1	1
Ruralna		+	+		+	-
Obrazovanje	+			+		
Viša I visoka škola		1	1		1	1
Srednja škola		+	-		-	+
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna		-	+		-	+
Radni status	+			+		
Zaposlen		1	1		1	1
Nezaposlen		-	-		-	-
Neaktivan		-	-		-	+

Materijalno stanje domaćinstva	-			+		
Dobro		1	1		1	1
Prosečno		-	+		+	+
Loše		-	+		+	+
Kvintili blagostanja^b	+			+		
Najbogatiji		1	1		1	1
Bogati		-	-		-	-
Srednji sloj		-	-		-	-
Siromašni		-	+		-	-
Najsiromašniji		-	-		-	+
Pušenje	+			+		
Ne		1	1		1	1
Da		-	+		+	+
Alkohol	+			-		
Ne		1	1		1	1
Da		+	+		+	-
Fizička aktivnost	+			+		
Svaki dan		1	1		1	1
4-6 puta nedeljno		-	-		-	-
2-3 puta nedeljno		-	-		-	+
1 nedeljno		-	-		-	+
2-3 puta mesečno		-	+		-	+
Nekoliko puta godišnje/nikad		-	-		-	+

+ Povezanost je statistički značajna ($p \leq 0,05$), - Povezanost nije statistički značajna ($p > 0,05$)

1 – Referentna vrednost

^aModeli tercila morbiditeta pravljene su prema graničnim vrednostima tercila morbiditeta za 2000 godinu

^bZa 2006 godinu indeks blagostanja je pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu, dok su kvintili blagostanja pravljene prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu

4.5.3. Povezanost indeksa i terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja

Na tabeli 32 su prikazane razlike u povezanosti indeksa i terčila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja između dva istraživanja.

Razlike u povezanosti indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja uočene su kod bračnog stanja, radnog statusa, kvintila blagostanja i pušenja. U istraživanju iz 2000. godine pomenute varijable nisu bile značajno statistički povezane, međutim povezanost je postala statistički značajna u istraživanju koje je sprovedeno šest godina kasnije.

Kada su u pitanju terčili morbiditeta i objektivne procene zdravlja najveće razlike su nađene kod bračnog stanja, pušenja i fizičke aktivnosti. Između pojedinačno modela prosečnog naspram dobrog i lošeg naspram dobrog zdravlja i bračnog stanja i pušenja nije nađena statistički značajna povezanost u 2000. godini. Ona je bila prisutna u 2006. godini. Isto važi i za povezanost fizičke aktivnosti sa modelima lošeg naspram dobrog zdravlja.

4.5.4. Povezanost indeksa i terčila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja

Razlike u povezanosti indeksa morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja uočene su jedino kod stilova života (tabela 33). Kod pušenja i fizičke aktivnosti je u 2006. godini nađena statistički značajna povezanost za razliku od 2000. godine. Sa alkoholom je obrnuta situacija.

Uzimajući u obzir tercile morbiditeta i korišćenja najveće razlike su uočene za socijalno-ekonomske varijable i pušenje. Povezanost između oba modela terčila morbiditeta i korišćenja i kategorija obrazovanja koja je bila statistički značajna 2000. godine više nije u 2006. godini. Obrnuta je situacija sa materijalnim stanjem domaćinstva i kvintilima blagostanja kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje.

U 2006 je uočena statistički značajna povezanost između pušenja i oba modela terčila morbiditeta i korišćenja.

Tabela 32. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja (modeli multivarijantne linearne i logističke regresije)

Varijable	Indeksi i tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja					
	2000			2006		
	Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	Prosečno naspram dobro zdravlje ^a	Loše naspram dobro zdravlje ^a
Pol	+			+		
Muškarci		1	1		1	1
Žene		+	+		+	+
Godine starosti	+	+	+	+	+	+
Bračno stanje	-			+		
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici		1	1		1	1
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a		-	-		+	+
Tip naselja	+			+		
Urbana		1	1		1	1
Ruralna		+	+		+	-
Obrazovanje	+			+		
Viša i visoka škola		1	1		1	1
Srednja škola		-	-		-	+
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna		-	+		-	+
Radni status	-			+		
Zaposlen		1	1		1	1
Nezaposlen		-	-		-	-
Neaktivan		-	-		-	+

Materijalno stanje domaćinstva	+			+		
Dobro		1	1		1	1
Prosečno		-	+		+	+
Loše		+	+		+	+
Kvintili blagostanja^b	-			+		
Najbogatiji		1	1		1	1
Bogati		-	-		-	-
Srednji sloj		-	-		-	-
Siromašni		+	-		-	-
Najsiromašniji		-	-		-	+
Pušenje	-			+		
Ne		1	1		1	1
Da		-	-		+	+
Alkohol	+			+		
Ne		1	1		1	1
Da		+	+		+	-
Fizička aktivnost	+			+		
Svaki dan		1	1		1	1
4-6 puta nedeljno		-	-		-	-
2-3 puta nedeljno		-	-		-	+
1 nedeljno		-	-		-	+
2-3 puta mesečno		-	-		+	+
Nekoliko puta godišnje/nikad		-	-		-	+

+ Povezanost je statistički značajna ($p \leq 0,05$), - Povezanost nije statistički značajna ($p > 0,05$)

1 – Referentna vrednost

^aModeli tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja pravljeni su prema graničnim vrednostima tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja za 2000 godinu

^bZa 2006 godinu indeks blagostanja je pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu, dok su kvintili blagostanja pravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu

Tabela 33. Povezanost indeksa i terčila morbiditeta i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja (modeli multivarijantne linearne i logističke regresije)

Varijable	Indeksi i terčili morbiditeta i korišćenja					
	2000			2006		
	Indeks morbiditeta i korišćenja	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Indeks morbiditeta i korišćenja	Prosečno naspram dobro zdravlje ^a	Loše naspram dobro zdravlje ^a
Pol	+			+		
Muškarci		1	1		1	1
Žene		+	+		+	+
Godine starosti	+	+	+	+	+	+
Bračno stanje	-			-		
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici		1	1		1	1
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a		-	-		-	+
Tip naselja	+			+		
Urbana		1	1		1	1
Ruralna		+	+		+	+
Obrazovanje	-			-		
Viša i visoka škola		1	1		1	1
Srednja škola		+	+		-	-
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna		+	-		-	-
Radni status	+			+		
Zaposlen		1	1		1	1
Nezaposlen		-	-		-	-
Neaktivan		-	-		-	+

Materijalno stanje domaćinstva	+			+		
Dobro		1	1		1	1
Prosečno		-	+		+	+
Loše		-	+		+	+
Kvintili blagostanja^b	+			+		
Najbogatiji		1	1		1	1
Bogati		+	-		-	-
Srednji sloj		-	-		+	+
Siromašni		-	+		+	+
Najsiromašniji		-	+		+	+
Pušenje	-			+		
Ne		1	1		1	1
Da		-	-		+	+
Alkohol	+			-		
Ne		1	1		1	1
Da		+	+		+	-
Fizička aktivnost	-			+		
Svaki dan		1	1		1	1
4-6 puta nedeljno		-	-		-	-
2-3 puta nedeljno		-	+		-	-
1 nedeljno		-	-		-	+
2-3 puta mesečno		-	+		-	+
Nekoliko puta godišnje/nikad		-	-		+	-

+ Povezanost je statistički značajna ($p \leq 0,05$), - Povezanost nije statistički značajna ($p > 0,05$)

1 – Referentna vrednost

^aModeli tercila morbiditeta i korišćenja pravljeni su prema graničnim vrednostima tercila morbiditeta i korišćenja za 2000 godinu

^bZa 2006 godinu indeks blagostanja je pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu, dok su kvintili blagostanja pravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu

4.5.5. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja

Na tabeli 34 su prikazane razlike u povezanosti indeksa i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja između dva istraživanja.

Razlike u povezanosti indeksa morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja uočene su kod bračnog stanja, obrazovanja, radnog statusa i stilova života. U istraživanju iz 2000. godine alkohol je bio značajno statistički povezan, dok ta povezanost nije bila prisutna u istraživanju koje je sprovedeno šest godina kasnije. Kod ostalih pomenutih varijabli je obrnuta situacija, tj. u 2000. godini nije postojala statistički značajna povezanost dok je u 2006. godini postojala.

Kada govorimo o tercilima morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja najveće razlike su nađene kod obrazovanja, radnog statusa, materijalnog stanja domaćinstva i pušenja. Povezanost između oba modela tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja i kategorija obrazovanja koja je bila statistički značajna 2000. godine više nije u 2006. godini. Obrnuta je situacija sa neaktivnim ispitanicima, i pušačima u oba modela tercila, kao i sa materijalnim stanjem domaćinstva kada je zavisna varijabla prosečno naspram dobro zdravlje.

Tabela 34. Povezanost indeksa i tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja sa determinantama zdravlja – razlike između istraživanja (modeli multivarijantne linearne i logističke regresije)

Varijable	Indeksi i tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja					
	2000			2006		
	Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	Prosečno naspram dobro zdravlje	Loše naspram dobro zdravlje	Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	Prosečno naspram dobro zdravlje ^a	Loše naspram dobro zdravlje ^a
Pol	+			+		
Muškarci		1	1		1	1
Žene		+	+		+	+
Godine starosti	+	+	+	+	+	+
Bračno stanje	-			+		
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici		1	1		1	1
Neoženjen/a, razveden/a, udovac/a		-	-		-	+
Tip naselja	+			+		
Urbana		1	1		1	1
Ruralna		+	+		-	+
Obrazovanje	-			+		
Viša i visoka škola		1	1		1	1
Srednja škola		+	+		-	-
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna		+	-		-	-
Radni status	-			+		
Zaposlen		1	1		1	1
Nezaposlen		-	-		-	-
Neaktivan		-	-		+	+

Materijalno stanje domaćinstva	+			+		
Dobro		1	1		1	1
Prosečno		-	+		+	+
Loše		-	+		+	+
Kvintili blagostanja^b	+			+		
Najbogatiji		1	1		1	1
Bogati		-	-		-	-
Srednji sloj		-	-		+	-
Siromašni		-	+		+	+
Najsiromašniji		+	+		+	+
Pušenje	-			+		
Ne		1	1		1	1
Da		-	-		+	+
Alkohol	+			-		
Ne		1	1		1	1
Da		+	+		+	-
Fizička aktivnost	-			+		
Svaki dan		1	1		1	1
4-6 puta nedeljno		-	-		-	-
2-3 puta nedeljno		-	-		-	-
1 nedeljno		-	-		-	+
2-3 puta mesečno		-	-		+	+
Nekoliko puta godišnje/nikad		-	-		+	-

+ Povezanost je statistički značajna ($p \leq 0,05$), - Povezanost nije statistički značajna ($p > 0,05$)

1 – Referentna vrednost

^aModeli tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja pravljeni su prema graničnim vrednostima tercila morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja za 2000 godinu

^bZa 2006 godinu indeks blagostanja je pravljen od istih varijabli od kojih je pravljen i indeks blagostanja za 2000. godinu, dok su kvintili blagostanja pravljeni prema graničnim vrednostima kvintila blagostanja za 2000 godinu

4.6. Razlike indeksa i tercila prilagođenih na determinante zdravlja u dva vremenska perioda

Na tabeli 35 prikazana je značajnost razlika indeksa obolevanja, njihovih tercila i samoprocene zdravlja u odnosu na godine istraživanja.

Rezultati multivarijantnih logističkih regresija pokazuju da je za sva četiri indeksa obolevanja nađena visoko statistički značajna povezanost sa godinama istraživanja. Vrednosti indeksa morbiditeta, indeksa morbiditeta i korišćenja i indeksa morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja su veće u istraživanju iz 2000. godine naspram 2006. godine, što znači da je zdravstveno stanje stanovništva mereno sa pomenuta tri indeksa obolevanja u 2006. godini bilo bolje. Jedino je kod indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja nađena obrnuta situacija, tj. ispitanici su imali veće vrednosti indeksa u 2006. godini.

Kada govorimo o tercilima obolevanja statistički značajna povezanost jedino nije nađena kod ispitanika koji su prosečnog zdravstvenog stanja prema tercilima morbiditeta ($p=0,161$) i tercilima morbiditeta i objektivne procene zdravlja ($p=0,260$). Sve ostale kategorije tercila su značajno statistički povezane sa godinama istraživanja što znači da su ispitanici bili češće prosečnog ili lošeg zdravlja u 2000. godini u odnosu na 2006. godinu, tj. po sopstvenom iskazu bili su bolesniji.

U 2006. godini ispitanici su češće procenjivali svoje zdravlje kao prosečno ($UO=1,29$). Između loše samoprocene zdravlja i godina istraživanja nije nađena statistički značajna povezanost ($p=0,067$).

Kada su u model C multivarijantne logističke regresije ubačena sva četiri indeksa obolevanja zajedno (tabela 36) rezultati su pokazali visoko statistički značajnu povezanost sa godinama istraživanja. Ispitanici su prema indeksu morbiditeta ($UO=0,31$) i indeksu morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja ($UO=0,41$) bili bolesniji u 2000. godini, dok su prema indeksu morbiditeta i objektivne procene zdravlja ($UO=3,25$) i prema indeksu morbiditeta i korišćenja ($UO=2,35$) bili bolesniji u 2006. godini. Isti rezultati su dobijeni i u modelima D i E (tabela 36).

Ispitanici su češće procenjivali svoje zdravlje kao loše u 2000. godini ($UO=0,81$ kod modela D), dok su ga u 2006. godini češće procenjivali kao prosečno ($UO=1,13$ kod modela E).

Tabela 35. Značajnost razlika indeksa obolevanja, njihovih tercila i samoprocene zdravlja u odnosu na godine istraživanja

Varijable	2006/2000			
	Model A ^a		Model B ^b	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Indeks morbiditeta	1.00 (0.99-1.00)	0,000	0.99 (0.99-0.99)	0,000
Tercili morbiditeta				
Dobro zdravlje	1		1	
Prosečno zdravlje	1.11 (1.04-1.18)	0,002	1.06 (0.98-1.14)	0,161
Loše zdravlje	0.98 (0.91-1.04)	0,461	0.81 (0.74-0.88)	0,000
Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	1.00 (1.00-1.00)	0,849	1.00 (0.99-1.00)	0,001
Tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja				
Dobro zdravlje	1		1	
Prosečno zdravlje	0.98 (0.91-1.04)	0,480	0.96 (0.88-1.03)	0,260
Loše zdravlje	1.02 (0.95-1.09)	0,621	0.90 (0.82-0.98)	0,016
Indeks morbiditeta i korišćenja	1.00 (0.99-1.00)	0,000	0.99 (0.99-0.99)	0,000
Tercili morbiditeta i korišćenja				
Dobro zdravlje	1		1	
Prosečno zdravlje	0.89 (0.83-0.95)	0,000	0.87 (0.80-0.94)	0,000
Loše zdravlje	0.93 (0.87-0.99)	0,027	0.84 (0.77-0.91)	0,000
Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	0.99 (0.99-0.99)	0,000	0.99 (0.98-0.99)	0,000
Tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja				
Dobro zdravlje	1		1	
Prosečno zdravlje	0.74 (0.70-0.80)	0,000	0.70 (0.65-0.76)	0,000
Loše zdravlje	0.73 (0.69-0.78)	0,000	0.63 (0.58-0.68)	0,000
Samoprocena zdravlja				
Dobro zdravlje	1		1	
Prosečno zdravlje	1.27 (1.20-1.34)	0,000	1.29 (1.20-1.39)	0,000
Loše zdravlje	1.33 (1.24-1.44)	0,000	1.10 (0.99-1.22)	0,067

^aBivarijantna logistička regresija

^bMultivarijantna logistička regresija za svaku varijablu ponaosob prilagođenu na demografske, socijalno-ekonomske varijable i životne stilove

Tabela 36. Značajnost razlika indeksa obolevanja i samoprocene zdravlja u odnosu na godine istraživanja – modeli multivarijantnih logističkih regresija

Varijable	Godina istraživanja 2006/2000					
	Model C ^a		Model D ^b		Model E ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Indeks morbiditeta	0.31 (0.30-0.32)	0,000	0.31 (0.30-0.32)	0,000	0.31 (0.29-0.32)	0,000
Indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja	3.25 (3.14-3.37)	0,000	3.27 (3.15-3.39)	0,000	3.28 (3.14-3.42)	0,000
Indeks morbiditeta i korišćenja	2.35 (2.29-2.42)	0,000	2.35 (2.29-2.42)	0,000	2.35 (2.28-2.42)	0,000
Indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja	0.41 (0.40-0.42)	0,000	0.41 (0.40-0.42)	0,000	0.41 (0.39-0.42)	0,000
Samoprocena zdravlja						
Dobro zdravlje			1		1	
Prosečno zdravlje			0.96 (0.89-1.05)	0,374	1.13 (1.02-1.24)	0,017
Loše zdravlje			0.81 (0.70-0.94)	0,005	0.94 (0.79-1.11)	0,454

^aMultivarijantna logistička regresija za sve indekse obolevanja

^bMultivarijantna logistička regresija za sve indekse obolevanja i samoprocenu zdravlja

^cMultivarijantna logistička regresija za sve indekse obolevanja i samoprocenu zdravlja prilagođena na demografske, socijalno-ekonomske varijable i životne stilove

Kada su u model C multivarijantne logističke regresije ubačena sva četiri tercila obolevanja zajedno (tabela 37) rezultati su pokazali visoko statistički značajnu povezanost sa godinama istraživanja. Ispitanici su prema tercilima morbiditeta (UO=0,50) i tercilima morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja (UO=0,15) bili lošijeg zdravstvenog stanja u 2000. godini, dok su prema tercilima morbiditeta i objektivne procene zdravlja (UO=3,42) i prema tercilima morbiditeta i korišćenja (UO=3,52) bili lošijeg zdravstvenog stanja u 2006. godini. Povezanost između kategorije prosečnog zdravlja tercila morbiditeta i objektivne procene zdravlja i godina istraživanja nije bila statistički značajna u modelima D i E (tabela 37). Isto važi i za kategoriju prosečnog zdravlja tercila morbiditeta u modelu E.

Ispitanici su češće procenjivali svoje zdravlje kao prosečno (UO=1,44 kod modela D, UO=1,47 kod modela E) i loše (UO=1,51 kod modela D, UO=1,37 kod modela E) u 2006. godini.

Tabela 37. Značajnost razlika tercila obolevanja i samoprocene zdravlja u odnosu na godine istraživanja – modeli multivarijantnih logističkih regresija

Varijable	Godina istraživanja 2006/2000					
	Model C ^a		Model D ^b		Model E ^c	
	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p	UO (95%IP)	p
Tercili morbiditeta						
Dobro zdravlje	1		1		1	
Prosečno zdravlje	1.21 (1.06-1.38)	0,004	1.19 (1.04-1.36)	0,011	1.15 (0.99-1.33)	0,076
Loše zdravlje	0.50 (0.40-0.62)	0,000	0.48 (0.39-0.60)	0,000	0.46 (0.36-0.58)	0,000
Tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja						
Dobro zdravlje	1		1		1	
Prosečno zdravlje	1.15 (1.01-1.31)	0,035	1.03 (0.90-1.18)	0,650	1.02 (0.87-1.19)	0,822
Loše zdravlje	3.42 (2.78-4.20)	0,000	2.76 (2.23-3.41)	0,000	2.48 (1.94-3.17)	0,000
Tercili morbiditeta i korišćenja						
Dobro zdravlje	1		1		1	
Prosečno zdravlje	1.87 (1.63-2.14)	0,000	1.91 (1.67-2.19)	0,000	2.02 (1.73-2.35)	0,000
Loše zdravlje	3.52 (2.90-4.26)	0,000	3.65 (3.02-4.43)	0,000	4.28 (3.42-5.35)	0,000
Tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja						
Dobro zdravlje	1		1		1	
Prosečno zdravlje	0.32 (0.28-0.37)	0,000	0.31 (0.27-0.35)	0,000	0.30 (0.25-0.35)	0,000
Loše zdravlje	0.15 (0.12-0.18)	0,000	0.14 (0.11-0.17)	0,000	0.13 (0.10-0.16)	0,000
Samoprocena zdravlja						
Dobro zdravlje			1		1	
Prosečno zdravlje			1.44 (1.34-1.54)	0,000	1.47 (1.36-1.60)	0,000
Loše zdravlje			1.51 (1.37-1.67)	0,000	1.37 (1.21-1.55)	0,000

^aMultivarijantna logistička regresija za sve tercile obolevanja

^bMultivarijantna logistička regresija za sve tercile obolevanja i samoprocenu zdravlja

^cMultivarijantna logistička regresija za sve tercile obolevanja i samoprocenu zdravlja prilagođena na demografske, socijalno-ekonomske varijable i životne stilove

5. DISKUSIJA

5.1. Povezanost demografskih karakteristika ispitanika i obolevanja

U istraživanju zdravlja stanovnika Republike Srbije iz 2000. godine anketirano je ukupno 9921 odrasla osoba uzrasta 20 i više godina, dok je 14522 ispitanika iste uzrasne grupe anketirano u 2006. godini. U oba istraživanja je identifikovano nešto više žena (54,9% u 2000. godini; 52,8% u 2006. godini) nego muškaraca (45,1% u 2000. godini; 47,2% u 2006. godini), što je i očekivano, budući da se radi o dugoročnom demografskom procesu postupnog povećanja zastupljenosti žena u društvu. Situacija je slična u mnogim evropskim zemljama i povezana je sa dužim očekivanim trajanjem života žena u odnosu na muškarce (Vukmirović i Govoni, 2008). Poređenjem oba istraživanja pokazano je da je statistički značajno manje žena, u 2006. u odnosu na 2000. godinu.

Statistički značajne razlike po godinama istraživanja su uočene i za ostale demografske varijable koje su korišćene u ovom istraživanju. U 2006. godini je u odnosu na 2000. godinu značajno veći broj odraslih osoba uzrasta 20 i više godina, kao i odraslih osoba koje pripadaju starosnoj grupi 40-49 godina i višim starosnim grupama, što ide u prilog starenju stanovništva Srbije. Skoro trećinu ispitanika u istraživanju iz 2006. godine čine osobe uzrasta 60 i više godina (32%). Rezultati su u skladu sa studijom ispitivanja zdravlja stanovnika Srbije za period 1997–2007 (Grozdanov, 2008) koja je pokazala da je prosečna starost stanovništva porasla sa 39,2 godine u 1997. godini na 40,9 godina u 2007. godini. Visoka starost stanovništva je dominantna karakteristika stanovništva Srbije, koje spada u red najstarijih evropskih populacija (Devedžić, 2007). Prema podacima SZO (WHO, 2012b) u skoro svim zemljama sveta procenat ljudi koji pripadaju starosnoj grupi 60 i više godina raste brže nego u bilo kojoj drugoj starosnoj grupi, kao rezultat dužeg očekivanog trajanja života i pada stopa fertiliteta.

U 2006. godini je značajno veći broj neoženjenih, razvedenih, udovaca/ica nego u 2000. godini, što je u skladu sa dinamikom promena koje su zapažene 90-ih godina prošlog veka. Naime, u tom periodu uočen je porast neoženjenih/neudatih, smanjenje broja sklopljenih brakova, kao i sve veći broja razvoda (Vukmirović i Govoni, 2008).

Rezultati oba istraživanja zdravlja (2000. i 2006. godine) su pokazali da veći procenat ispitanika živi u urbanoj sredini. To bi se moglo objasniti činjenicom da posle Drugog svetskog rata, usled ubrzanog ekonomskog i privrednog razvoja, dolazi do masovnih migracija na relaciji selo – grad, dok su 90-te godine, zbog izbijanja ratnih sukoba na prostoru bivše SFRJ, ostale upamćene po prinudnim migracijama izbeglica i raseljenih lica uz veće naseljavanje urbanih nego ruralnih sredina. Rezultat da u 2006. godini, u odnosu na 2000. godinu, značajno veći procenat stanovnika živi u ruralnim naseljima treba uzeti sa rezervom, s obzirom da se podela naselja na urbana i ruralna, koja se koristila u popisima stanovništva od 1981. do 2002. godine, bazirala na opštinskim odlukama da se naseljima koja imaju generalni urbanistički plan dodeljuje status gradova. Sva naselja koja nisu proglašena gradskim svrstavana su u ostala naselja, pa su se po automatizmu smatrala ruralnim. Statistička definicija ruralnih naselja u Srbiji praktično ne postoji, što predstavlja metodološko ograničenje koje je teško prevazići u istraživanjima (Bogdanov, 2007).

Jedan od ciljeva ove disertacije je bio da se ispita povezanost između demografskih determinanti i zdravstvenog stanja stanovništva koje je mereno indeksima i tercilima obolevanja i samoprocenom zdravlja. Demografske karakteristike ispitanika, kao što su pol i uzrast, predstavljaju važne prediktore zdravlja. One su jedine nezavisne varijable koje su značajno statistički povezane u obe godine istraživanja sa svim indeksima i tercilima obolevanja, kao i sa samoprocenom zdravlja. Postoji pozitivna povezanost između godina starosti i zdravstvenog stanja stanovništva. Što su ispitanici stariji, imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, tj. bolesniji su i češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše. Žene su značajno češće procenjivale svoje zdravstveno stanje kao lošije nego muškarci (Janković i Simić, 2012), čak i do tri i po puta. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima drugih autora koji, takođe, govore o lošijem zdravstvenom stanju žena i starijih osoba (Duetz, 2003; Szwarcwald i sar., 2005; Pappa i sar., 2009; Mijatović Jovanović, 2010). U Baltičkoj studiji (Monden, 2005), kao i u studiji preseka u 9 Evropskih zemalja koju su sprovedli Espelt i saradnici (2008), žene procenjuju svoje zdravlje kao loše značajno češće nego muškarci. Ovakvi nalazi mogli bi se objasniti činjenicom da žene, zbog višeg nivoa svesti o zdravstvenim problemima i simptomima bolesti u odnosu na muškarce (Hulka i

Wheat, 1985) i viših očekivanja kada je zdravlje u pitanju (Iburg i sar., 2001), češće procenjuju svoje zdravlje kao lošije. Takođe je uočena jaka veza između zdravlja žena i visine njihovih primanja, obrazovanja, vrste zanimanja i socijalne podrške, dok je zdravlje muškaraca više povezano sa rizičnim stilovima života (Denton i Walters, 1999). Kada je u pitanju uzrast, godine predstavljaju faktor koji je obrnuto povezan sa zdravljem. Poznato je da je prevalencija hroničnih bolesti veća u poznijim godinama života (Saarni, 2007).

Kada je u pitanju tip naselja, uočena je značajna povezanost sa indeksima i tercilima obolevanja u obe godine istraživanja. Ispitanici koji žive u urbanoj sredini su bolesniji od onih koji žive na selu, tj. imali su veće vrednosti indeksa obolevanja i češće su bili prosečnog ili lošeg zdravlja (Janković i sar., 2011), što je u skladu sa rezultatima studija u Litvaniji (Monden, 2005) i Engleskoj (Riva i sar., 2009). U Estoniji (Monden, 2005) i Hrvatskoj (Šućur i Zrinščak, 2007), međutim, situacija je obrnuta. Razlozi za ovakve oprečne nalaze mogli bi da budu različiti nivoi sredinskih faktora rizika uključujući zagađenje vazduha, kao i stresne životne situacije (Haynes i Gale, 1999). Razlike bi se, takođe, mogle objasniti proporcijom ljudi koji rade u poljoprivredi naspram drugih grana privrede, kao i značenjem koje život ima u urbanom i ruralnom tipu naselja.

Nalaz u ovom istraživanju, po kome ispitanici koji žive u ruralnoj sredini češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše, u suprotnosti je sa dobijenim nalazom kada su korišćeni indeksi i tercili morbiditeta.

Kada je u pitanju bračno stanje u 2000. godini je nađena statistički značajna povezanost jedino u modelu 1 (samo demografske varijable) i modelu 3 (demografske, socijalno-ekonomske varijable i stilovi života) indeksa morbiditeta, kao i u modelu 1 indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja (samo demografske varijable). Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice imaju veće vrednosti indeksa morbiditeta i indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja, tj. njihovo zdravstveno stanje je lošije od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici. U grčkoj studiji (Pappa i sar., 2009) bračno stanje je imalo veliki uticaj na kvalitet života povezan sa zdravljem. Udovci/ice su najčešće procenjivali svoje zdravlje kao loše, dok su osobe koje su bile u braku generalno bile boljeg zdravstvenog stanja. Ovakvi nalazi bi se mogli objasniti pomoću dve teorije koje govore u prilog boljeg zdravlja odraslih koji su u bračnoj zajednici: teorije o zaštitnoj ulozi

braka i teorije o selektivnoj ulozi braka (Schoenborn, 2004). Teorija o zaštitnoj ulozi braka se zasniva na pretpostavci da osobe koje su u braku imaju prednost u pogledu finansijskih sredstava, socijalne i psihološke podrške, kao i podrške u izboru zdravog životnog stila, dok teorija o selektivnoj ulozi braka govori u prilog tome da zdraviji ljudi stupaju u brak i ostaju u bračnim vodama (Schoenborn, 2004).

Za razliku od 2000. godine, u 2006. godini bračno stanje je u obrnutoj korelaciji sa indeksima obolevanja. Ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice zdraviji su od onih koji su u bračnoj ili vanbračnoj zajednici. Rezultati oba istraživanja su pokazali da neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro i da su boljeg zdravstvenog stanja (merenog tercilima obolevanja) od osoba u bračnoj i vanbračnoj zajednici.

Pošto su u ovoj disertaciji korišćene iste varijable i kao kontinuirane (indeksi obolevanja) i kao kategorijske (tercili obolevanja), moglo bi se zaključiti da su razlozi za oprečne rezultate:

1. Statističke prirode (tip distribucije indeksa i tercila obolevanja je različit sa različitim pretpostavkama; povezanost između zavisnih i nezavisnih varijabli je nelinearna; skoro sve nezavisne varijable su kategorijske), i

2. Populacione prirode (u opštoj populaciji ima malo bolesnih osoba, tako da je prirodno da raspodele indeksa obolevanja nisu normalne, što ima za posledicu da veći značaj imaju rezultati kada je zavisna varijabla predstavljena tercilima obolevanja).

Rezultati istraživanja iz 2006. godine ukazuju na mogućnost posredovanja socijalno-ekonomskih determinanti (na primer, nivoa obrazovanja) u vezi između bračnog stanja i lošeg zdravlja (Janković i sar., 2011).

5.2. Povezanost socijalno-ekonomskih karakteristika ispitanika i obolevanja

Značajan i kontinuiran ekonomski rast u Srbiji od 2000. godine, obeležila su pozitivna kretanja niza socijalno-ekonomskih pokazatelja, poput stabilnog rasta bruto domaćeg proizvoda (\$3226 u 2000. godini; \$5458 u 2007. godini), relativne monetarne stabilnosti i rasta rashoda za zdravstvenu zaštitu po stanovniku (\$158 u 2000. godini; \$336 u 2007. godini). Realan rast zarada (prosečna neto zarada u 2000. godini je bila \$97, dok je

u 2007. godini iznosila \$477), zatim rast penzija i drugih socijalnih transfera, kao i ostalih primanja stanovništva, takođe su uticali na značajan pad siromaštva u Srbiji u periodu 2002–2007. Međutim, nizak nivo bruto domaćeg proizvoda i visoka stopa nezaposlenosti su zasigurno smanjili uticaj koji je ekonomski rast mogao da ima na smanjenje siromaštva i na podizanje standarda stanovništva Srbije na zadovoljavajući nivo (Grozdanov, 2008; Vukmirović i Govoni, 2008).

Obrazovanje je mera intelektualnog nivoa i važan pokazatelj socijalno-ekonomskog statusa. Najveći procenat ispitanika u oba istraživanja ima završenu srednju školu (44,6% u 2000. godini; 47,8% u 2006. godini), dok je najmanje onih koji imaju visoko obrazovanje. U 2006. godini je značajno veći procenat ljudi sa srednjim i osnovnim obrazovanjem. U odnosu na 2000. godinu (20,1%) u 2006. godini zabeležen je značajan pad procenta ispitanika sa višom ili visokom stručnom spremom (12,6%), što bi se moglo objasniti velikim „odlivom mozgova“ između dva istraživanja. Procenat populacije starosti od 15 do 64 godine sa visokim nivoom obrazovanja u 27 zemalja EU u 2006. godini iznosio je 20,1% (European Commission, 2012a), što je znatno više nego u Srbiji.

U oba istraživanja zdravlja stanovnika Republike Srbije najveći procenat stanovnika procenjuje materijalno stanje svog domaćinstva kao prosečno (50,9% u 2000. godini; 49,0% u 2006. godini), a zatim kao loše (38,2% u 2000. godini; 34,8% u 2006. godini). U 2006. godini je značajno manji procenat onih koji materijalno stanje domaćinstva procenjuju kao prosečno ili loše, što ide u prilog poboljšanju standarda stanovništva u proteklih nekoliko godina (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007). Posmatrajući kvintile blagostanja najviše je onih koji pripadaju najsiromašnijem (22,3%) i siromašnom kvintilu (21,4%) (Janković, 2008). Evropska komisija je u oktobru i novembru 2008. godine sprovedla istraživanje „eurobarometar“ prema kome 34% ispitanika iz 30 Evropskih zemalja (27 zemalja članica EU i 3 koje su se kandidovale za ulazak u EU) procenjuje materijalno stanje svog domaćinstva kao loše, što je u skladu sa rezultatima našeg istraživanja iz 2006. godine (European Commission, 2008).

Prema analizi radnog statusa u Srbiji, najveći procenat ispitanika u 2000. godini je bio zaposlen, dok je šest godina kasnije zabeležen najveći procenat u grupi neaktivnog stanovništva. U 2006. godini je značajno veći procenat nezaposlenog i neaktivnog

stanovništva u odnosu na 2000. godinu. Stopa nezaposlenosti u 2006. godini iznosi 18,4%, što je iznad evropskog proseka. Nezaposlenost u Evropi je visoka i kreće se od 3% do 16% i više (Duffy, 1998). U zemljama EU u 2006. godini, prosečna stopa nezaposlenosti iznosila je 7,3%. Najveće stope nezaposlenosti u Evropi su u zemljama centralne i istočne Evrope (Poljska 13,9%, Slovačka 13,5%, Nemačka 10,3%, Bugarska 9%, Grčka 8,9%), dok su najmanje u Danskoj (3,9%), Holandiji (4,4%) i Irskoj (4,5%) (European Commission, 2012b). Visoka stopa nezaposlenosti predstavlja jedan od najvećih ekonomskih i socijalnih problema u svakoj zemlji, jer je poznato da je nezaposlenost povezana sa siromaštvom i niskim životnim standardom (Wilkinson i Marmot, 2003; Vukmirović i Govoni, 2008). Međunarodni trend rasta nivoa nezaposlenosti u poslednje tri decenije govori o tome da je nezaposlenost bila velika briga za mnoge vlade evropskih zemalja. Skoro polovina stanovnika (49%) 27 zemalja EU, kao i 2 zemlje koje su se kandidovale za ulazak u EU (Turska i Hrvatska) navode da je nezaposlenost glavni problem sa kojim se suočavaju njihove zemlje (European Commission, 2006). Grupe pod posebnim rizikom su neobučeni radnici, ljudi sa svega nekoliko godina obrazovanja, porodice sa niskim dohotkom, samohrane majke, etničke manjine i imigranti (Duffy, 1998). Veliki problem je visoka stopa nezaposlenosti mladih između 26 i 30 godina, ali i stanovnika starijih od 50 godina (World Bank, 2006). U Srbiji je problem velike nezaposlenosti, prenet iz predtranzicionog perioda, još više eskalirao proteklih godina zbog procesa svojinske transformacije (privatizacija velikog broja društvenih preduzeća) i restrukturiranja preduzeća. Veliki je broj radnika čije su firme otišle u stečaj ili likvidaciju, kao i radnika koji su proglašeni tehnološkim viškom. Došlo je do još veće neusklađenosti između ponude i potražnje radne snage koja se, pre svega, ogleda u prekomernoj ponudi, s jedne, i skromnoj potražnji s druge strane. Povećan broj neaktivnog stanovništva u 2006. godini prvenstveno je rezultat tranzicije koja neminovno zahteva redukovanje broja zaposlenih (Vukmirović i Govoni, 2008). Treba imati u vidu da u populaciji neaktivnog stanovništva najugroženiju grupu čine stara, bolesna i nesposobna lica.

Kada govorimo o indeksu i kvintilima blagostanja uočeno je da postoje značajne razlike po godinama istraživanja. U 2006. godini je značajno veći procenat onih koji prema indeksu blagostanja pripadaju siromašnoj klasi. Rezultat je obrnut kada su u pitanju kvintili

blagostanja i u skladu je sa rezultatima studije o životnom standardu, prema kojoj je došlo do značajnog pada siromaštva u Srbiji u periodu 2002–2007. godina. U 2002. godini u Srbiji je bilo oko 800.000 siromašnih, jer je njihova potrošnja bila manja od \$2,4 dnevno, što je utvrđeno kao nacionalna linija siromaštva. U 2007. godini taj broj je znatno manji, i iznosi 490.000 siromašnih (Vukmirović i Govoni, 2008). Zbog velikih problema koje siromaštvo nosi sa sobom, kao i u cilju realizacije Milenijumskih ciljeva razvoja mnoge zemlje sveta, uključujući i našu zemlju, su donele strategije za smanjenje siromaštva (engl. *Poverty Reduction Strategy Papers – PRSP*) koje opisuju makroekonomsku, strukturalnu i socijalnu politiku, kao i programe za unapređenje ekonomije i za smanjenje siromaštva (Vlada Republike Srbije, 2012). Osnovni cilj koji je Vlada Srbije 2003. godine postavila u Strategiji za smanjenje siromaštva, da se siromaštvo u Srbiji prepolovi do 2010. godine, ostvaren je već u 2007. godini. Na značajan pad siromaštva u Srbiji uticali su ekonomski rast od 2000. godine, uz realan rast plata, zatim rast penzija i drugih socijalnih transfera, kao i ostalih primanja stanovništva, a posebno rast doznaka iz inostranstva (Vukmirović i Govoni, 2008).

U ovom istraživanju je ispitana povezanost između socijalno-ekonomskih determinanti i zdravstvenog stanja stanovništva merenog indeksima, tercilima obolevanja i samoprocenom zdravlja.

Veće vrednosti indeksa obolevanja se javljaju kod ispitanika sa nižim obrazovanjem, pri čemu je nađena statistički značajna povezanost u 2000. godini samo kod indeksa morbiditeta i indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja i to u oba modela multivarijantne linearne regresije. U 2006. godini, pored dva pomenuta indeksa, obrazovanje je statistički značajno povezano i sa indeksom morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene zaštite.

Kada je zdravstveno stanje mereno tercilima obolevanja dobijeni su oprečni rezultati. Ispitanici nižeg obrazovnog statusa lošijeg su zdravstvenog stanja od onih sa visokim obrazovanjem kada se posmatraju tercili morbiditeta i tercili morbiditeta i objektivne procene zdravlja, dok je obrnuta situacija kada su u pitanju tercili morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene zaštite i tercili morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene zaštite. Očigledno je da su varijable koje ulaze u sastav

tercila korišćenja usluga zdravstvene zaštite te koje menjaju smer povezanosti između obrazovanja i obolevanja i koje posreduju u pomenutom odnosu. U Srbiji ljudi sa nižim obrazovanjem u manjoj meri koriste usluge zdravstvene zaštite, pa se samim tim kod njih u manjoj meri dijagnostikuju određena stanja i bolesti nego kod obrazovanih (Janković i sar., 2010). Studije sprovedene širom Evrope pokazale su da postoji jaka veza između obrazovanja i zdravlja: što je niži stepen obrazovanja to je i zdravstveno stanje odraslih lošije i obrnuto (Cavelaars i sar., 1998; Mackenbach i sar., 2008).

U istraživanju iz 2006. pronašli smo značajne obrazovne nejednakosti u zdravlju, merene kako indeksom, tako i tercilima obolevanja (Janković i sar., 2011). Ispitanici sa srednjim i niskim nivoom obrazovanja su imali veće vrednosti indeksa obolevanja i češće su bili lošijeg zdravstvenog stanja nego oni sa visokim obrazovanjem. Što su ispitanici nižeg obrazovnog statusa, to su prema samoproceni zdravlja lošijeg zdravstvenog stanja. Nejednakosti su izraženije kada je zavisna varijabla kategorisana kao loše naspram dobro zdravlje, tako da ispitanici bez škole, sa završenom osnovnom ili nepotpunom osnovnom školom u poređenju sa ispitanicima sa višim i visokim obrazovanjem, više od dva i po puta u 2000. godini, i više od tri puta u 2006. godini, procenjuju svoje zdravlje kao loše. U istraživanju sprovedenom u 2006. godini (Janković i Simić, 2012) proporcija ispitanika sa završenom osnovnom školom ili nižim obrazovanjem koji procenjuju svoje zdravlje kao loše (30,7%) skoro pet puta je veća nego kod ispitanika sa visokim obrazovanjem (6,2%). U Baltičkim (Monden, 2005), kao i u mnogim drugim Evropskim zemljama (Pappa i sar., 2009; Espelt i sar., 2008; Kaleta i sar., 2009; Farkas, 2011) ljudi sa višim nivoom obrazovanja u većem procentu ocenjuju svoje zdravlje kao dobro u poređenju sa onima sa nižim nivoima obrazovanja. Von dem Knesebeck i Geyer (2007) ispitivali su povezanost obrazovanja i samoprocene zdravlja u 22 evropske zemlje i pronašli su da muškarci i žene sa visokim obrazovanjem u većoj meri procenjuju svoje zdravlje kao dobro ili vrlo dobro. Estonci sa osnovnim obrazovanjem svoje zdravlje procenjuju kao loše dva i više puta češće od sunarodnika sa visokim obrazovanjem. U Litvaniji i Letoniji je ova razlika još veća. U istraživanju iz 2006. godine (Janković i Simić, 2012) ta razlika je izraženija kod žena (više od pet puta) nego kod muškaraca (skoro tri i po puta). Ove nejednakosti u samoproceni zdravlja mogle bi da se objasne činjenicom da osobe sa višim nivoom obrazovanja

poseduju više veština u suočavanju sa svakodnevnim životnim problemima koji bi mogli negativno da se odraze na njihovo zdravlje, kao i u njihovom prevazilaženju (Pappa i sar., 2009). Stepen obrazovanja može imati mnogo veći uticaj na zdravlje od prihoda i zanimanja, jer se preko zdravstvene informisanosti i pismenosti može delovati na promenu načina ponašanja koje se odnosi na zdravlje (Acheson, 1998). Izraelska studija (Daoud i sar., 2009) je pokazala da dohodak ima značajnu ulogu u objašnjenju obrazovnih nejednakosti u zdravlju. Što je više obrazovanje, to je i veća šansa da se nađe posao sa većom zaradom i da se smanje socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju. Prema Dalgrenu i Vajthedu (Dahlgren i Whitehead, 2006a), veza između obrazovanja i zdravlja može biti direktna, u smislu da obrazovaniji imaju veće znanje o zdravlju koje im pomaže u unapređenju njihovog sopstvenog zdravlja i izbegavanju rizičnih stilova života. Takođe, postoji i indirektna veza između obrazovanja i zdravlja. Obrazovaniji mogu da pronađu bolji posao, da imaju viša primanja i da kao rezultat njihove privilegovane pozicije u društvu budu pod manjim stresom. Prema Mekenbahu i saradnicima (Mackenbach i sar., 2008) u svim evropskim zemljama obuhvaćenim istraživanjem (22 zemlje) razlike u samoproceni zdravlja kao lošeg u zavisnosti od nivoa obrazovanja su manje od razlika koje postoje u pogledu mortaliteta, što se može objasniti činjenicom da nejednakosti u prevalenciji lošeg zdravlja postoje, ne samo zbog razlika u incidenciji poremećaja zdravlja, već i zbog nižih stopa preživljavanja među manje obrazovanim osobama.

Kada je u pitanju radni status, nezaposleno i neaktivno stanovništvo češće ima lošije zdravstveno stanje mereno indeksima obolevanja od zaposlenog stanovništva. Statistički značajna pozitivna povezanost je prisutna u obe godine istraživanja.

Između radnog statusa i tercila obolevanja u 2000. godini nije nađena statistički značajna povezanost, dok je u 2006. godini radni status statistički značajno povezan samo u modelima multivarijantne logističke regresije kada je zavisna varijabla loše naspram dobrog zdravlja. Neaktivni ispitanici češće imaju loše zdravstveno stanje u poređenju sa onima koji su zaposleni.

Statistički značajna povezanost je nađena i između radnog statusa i samoprocene zdravlja. Nezaposleno i neaktivno stanovništvo u 2006. godini značajno češće procenjuje svoje zdravlje kao prosečno i loše u poređenju sa zaposlenim stanovništvom (Janković i

sar., 2012). Postoje dva osnovna načina putem kojih nezaposlenost utiče na zdravlje: preko niskog dohotka i sledstvene nemogućnosti zadovoljavanja svakodnevnih potreba, kao i putem emocionalnog stanja koje je uzrokovano važnošću koju posao nosi sa sobom, nesigurnom budućnošću, nedostatkom samopoštovanja i identiteta (Giatti i sar., 2010). Studija koja je sprovedena u Švedskoj (Molarius i sar., 2007) pokazala je da osobe koje ranije odu u penziju i koje su nezaposlene češće procenjuju svoje zdravlje kao loše nego zaposlene osobe. Ekonomska situacija u velikoj meri utiče na pomenute grupe ljudi. Takođe, u Estoniji i Finskoj (Parna i Ringmets, 2010) je zdravlje samoprocenjeno kao loše češće među nezaposlenima. Važno je napomenuti da u Srbiji najviše nezaposlenih ispitanika pripada najsiromašnijem (25,8%) i siromašnom (23,6%) kvintilu, a da je najmanje onih koji pripadaju najbogatijem kvintilu (12%). Nezaposleni u manjoj meri koriste zdravstvenu službu, odnosno ređe idu kod lekara opšte medicine/medicine rada i na bolničko lečenje (Janković, 2008). U Hrvatskoj su nezaposlene osobe u manjem procentu koristile usluge preventivne zdravstvene zaštite nego zaposlene osobe (Voncina i sar., 2007).

Suprotno očekivanjima, indeks i kvintili blagostanja u ovom istraživanju su u obrnutoj korelaciji sa indeksima i tercilima obolevanja, tj. pripadnici siromašnog sloja stanovništva imaju manje vrednosti indeksa obolevanja i češće su boljeg zdravstvenog stanja od pripadnika najbogatijeg sloja stanovništva. Kada smo koristili indeks blagostanja iz istraživanja 2006. godine (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007) dobili smo oprečne rezultate po kojima su ispitanici koji se nalaze na dnu socijalne hijerarhije bolesniji od onih koji su na samom vrhu (Janković i sar., 2011). Međutim, kada su u pitanju pripadnici srednje klase koji su u poređenju sa najbogatijima češće prosečnog zdravstvenog stanja nema razlike. Nedavno publikovane studije potvrdile su da indeks blagostanja predstavlja dobar pokazatelj socijalno-ekonomskog stanja ispitanika u Srbiji (Vuković i sar., 2008; Janković i sar., 2010), i da je povezan sa prevalencijom hroničnih bolesti (Vuković i sar., 2008).

Rezultati istraživanja iz 2006. godine pokazuju da ispitanici koji prema kvintilu blagostanja pripadaju siromašnijim slojevima stanovništva, češće svoje zdravlje procenjuju kao prosečno ili loše. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima studije o životnom standardu

sprovedenoj u Srbiji 2007. godine (Vukmirović i Govoni, 2008) prema kojoj skoro svaki treći stanovnik najsiromašnijeg kvintila (32%), i tek svaki deveti stanovnik najbogatijeg kvintila (12%) svoje zdravlje ocenjuju kao loše. Sa boljim ekonomskim statusom raste procenat stanovnika koji svoje zdravlje procenjuju kao dobro, a opada procenat stanovnika koji svoje zdravlje procenjuju kao loše. Nejednakosti su prisutne i kada je pol u pitanju. Žene koje se nalaze na samom dnu socijalno-ekonomske lestvice, tj. koje pripadaju siromašnoj klasi češće svoje zdravlje procenjuju kao loše u poređenju sa ženama koje pripadaju bogatoj klasi stanovništva. Isti obrazac je uočen i kod muškaraca, s tim da je kod žena razlika u samoproceni zdravlja veća (1,9 puta) nego kod muškaraca (1,7 puta) (Janković i Simić, 2012).

Socijalno-ekonomske nejednakosti u samoproceni zdravlja prisutne su i u mnogim evropskim zemljama u kojima ljudi koji se nalaze na višoj socijalno-ekonomskoj poziciji bolje procenjuju svoje zdravlje od onih sa nižim socijalno-ekonomskim stanjem (Bauer i sar., 2009; Mackenbach i sar., 2008). Rizik od samoprocene zdravlja kao lošeg je 1,5 do 2,5 puta veći kod siromašnih nego kod bogatih (Mackenbach, 2002). Moguće objašnjenje za ovakve nalaze je da siromašne osobe imaju manje finansijskih sredstava i socijalnih resursa za rešavanje svojih zdravstvenih problema. Oni u manjoj meri koriste usluge zdravstvene zaštite kao što je poseta lekaru opšte prakse, stomatologu, privatnom lekaru i ređe odlaze na bolničko lečenje (Gwatkin i sar., 2003; Janković i sar., 2010).

U cilju procene materijalnog stanja domaćinstva pored indeksa blagostanja u ovom istraživanju je korišćena i subjektivna procena materijalnog stanja. Ispitanici koji svoje materijalno stanje procenjuju kao loše imaju lošije zdravstveno stanje mereno indeksima i tercilima obolevanja i više nego pet puta češće procenjuju svoje zdravlje kao loše od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva. U studiji sprovedenoj 2006. godine (Janković, 2008) vrlo dobro i dobro samoprocenjeno zdravlje odnosi se na bolje materijalno stanje domaćinstva što je u skladu sa studijom sprovedenom u bivšoj Jugoslaviji (Mastilica, 1990). Takođe su Wang i saradnici (2005) uočili jaku povezanost između materijalnog stanja domaćinstva i samoprocenjenog prosečnog ili lošeg zdravlja, tj. da sa lošijim materijalnim stanjem domaćinstva raste procenat muškaraca koji procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše. Nacionalno istraživanje zdravlja u Hrvatskoj 2005. godine pokazalo

je da su ispitanici sa najvećim mesečnim prihodima bili zadovoljniji svojim ukupnim životom i zdravljem, od onih sa manjim mesečnim prihodima (Lipovčanin i sar., 2007).

5.3. Povezanost životnih stilova ispitanika i obolevanja

Procenat pušača, kao i procenat ispitanika koji piju alkohol je manji u 2006. u odnosu na 2000. godinu. Isti obrazac je zapažen i kada je reč o fizičkoj aktivnosti, tj. u 2006. godini je manji procenat ispitanika koji upražnjavaju fizičku aktivnost jedanput nedeljno ili ređe. U prilog tome govore statistički visoko značajne razlike po godinama istraživanja za sve ispitivane stilove života. U Srbiji je procenat odraslog stanovništva koje puši u 2006. godini za 6,9% manji nego u 2000. godini i iznosi 33,6% (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007). Prevalencija pušenja u Sloveniji (Buzeti i sar., 2011) za odrasle osobe starosti 20 i više godina je značajno manja i iznosi 25,5%. Najniža prevalencija pušenja u Evropi (WHO, 2003c) zabeležena je u Finskoj (23%), Islandu (24,1%), i Velikoj Britaniji (27%), a najviša u Albaniji (39%), Grčkoj (37,6%) i Španiji (31,6%). Ovo bi se moglo objasniti razlikama u samodisciplini i temperamentu ljudi koji žive u Severnoj i Južnoj Evropi.

Mnogobrojne promotivne, edukativne i legislativne aktivnosti dovele su do smanjenja broja pušača u Srbiji i to više među muškarcima nego među ženama. Poslednjih nekoliko godina intenzivirane su aktivnosti na kontroli duvana, kao što je formiranje Komisije za prevenciju pušenja, potpisana je i ratifikovana Okvirna konvencija o kontroli duvana SZO, formirana je kancelarija za kontrolu duvana i usvojena strategija za kontrolu duvana sa akcionim planom. Sprovedena su mnogobrojna istraživanja i doneto je nekoliko zakona u vezi sa kontrolom duvana, kao što su zabrana pušenja na javnim/radnim mestima, zabrana reklamiranja duvanskih proizvoda, zabrana prodaje duvana maloletnim licima, obaveza upozorenja o štetnosti po zdravlje na paklicama cigareta i dr.

Kada govorimo o konzumiranju alkohola rezultati naše studije su u skladu sa rezultatima studije zdravlja stanovnika Srbije (Grozdanov, 2008) prema kojoj se u 2007. u odnosu na 2003. godinu beleži pad potrošnje alkoholnih pića po stanovniku.

Rizični stilovi života, kao što su pušenje, konzumiranje alkohola i fizička neaktivnost predstavljaju važne determinante koje posreduju u odnosu između socijalno-

ekonomskog stanja i zdravlja i donekle objašnjavaju socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju. Češće se javljaju među ljudima koji pripadaju nižim socijalno-ekonomskim klasama.

Siromaštvo je povezano sa visokom učestalošću pušenja i niskom učestalošću ostavljanja duvana (Wilkinson i Marmot, 2003), bez obzira da li je ispoljeno lošim uslovima stanovanja, niskim dohotkom ili nezaposlenošću. Obrazovanje, takođe, predstavlja značajan prediktor pušenja u Evropi. Prevalencija pušenja je češća među manje obrazovanim Evropljanima (Huisman i sar., 2005). Prema studiji sprovedenoj u Srbiji (Djikanovic i sar., 2011) prevalencija pušenja kod osoba oba pola počev od 2002. godine opada, ali je i dalje učestalija u nižim socijalno-ekonomskim slojevima stanovništva, tj. najčešća je među najsiromašnijim ženama i najmanje obrazovanim muškarcima. Ovi nalazi ukazuju da Srbiju po modelu Kunst-a i Mackenbach-a (2004) možemo svrstati u 4. nivo zemalja zajedno sa Danskom, Finskom i Irskom, što je veliki uspeh za zemlju tradicionalno smatranu zemljom „teških pušača“. Uzimajući u obzir fizičku aktivnost, najbogatiji u najmanjem procentu ocenjuju svoju fizičku aktivnost kao lošu, dok pozitivan stav o bavljenju sportom i rekreacijom značajno opada sa smanjenjem stepena obrazovanja, tako da je među osobama bez obrazovanja najmanji procenat onih koji smatraju da su sport i rekreacija dobri za zdravlje (Grujić, 2002).

U 2000. godini ispitanici koji piju, puše ili se ređe bave fizičkom aktivnošću imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, lošije zdravstveno stanje mereno tercilima obolevanja i češće procenjuju svoje zdravlje kao loše. Praktikovanje nezdravih životnih stilova, udruženih sa nedostatkom informacija o zdravlju i zdravom ponašanju, mogu da doprinesu lošem zdravstvenom stanju stanovništva u zemljama Istočne Evrope (Steptoe, 2001). U istraživanju iz 2006. godine dobijeni su uglavnom oprečni rezultati za alkohol i fizičku aktivnost. Oni koji piju češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro. Bobak i saradnici (1998) smatraju da bi „pristrasnost izbora“ mogao da bude jedan od razloga za ovakve rezultate. Osobe koje su dobrog zdravlja piju, dok one lošijeg zdravlja ne piju. Prema ruskoj studiji (Perlman i Bobak, 2008) ispitanici koji svakodnevno piju alkohol u poređenju sa osobama koje ga povremeno piju, značajno češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro. Osobe koje piju alkohol u umerenim količinama, takođe, imaju bolje zdravlje od apstinenata.

Objašnjenje bi moglo da bude da su neki od apstinenata prethodno bili teški alkoholičari koji su sada isuviše bolesni da bi mogli da piju (Green i Polen, 2001). Mnoge studije su pokazale da umereno konzumiranje alkohola deluje protektivno na nastanak kardiovaskularnih oboljenja (Rehm i sar., 1997; Rimm i sar., 1996), jer se smatra da alkohol povećava vrednosti HDL holesterola i redukuje stvaranje plakova u arterijama. U istraživanju efekta konzumiranja piva na rizik nastanka infarkta miokarda u Češkoj (Bobak i sar., 2000) nađeno je da muškarci koji redovno piju pivo (svakog dana ili skoro svakog dana) i koji piju 4-9 l piva nedeljno imaju najniži rizik za nastanak infarkta miokarda (referentnu grupu su činili muškarci koji ne piju). Kod onih koji su pili dva puta na dan i više nije pronađen protektivni efekat.

U oba istraživanja u Srbiji ispitanici koji nisu fizički aktivni ocenjuju svoje zdravlje kao lošije, što je u skladu sa rezultatima drugih studija (Tervo i sar., 2011; Sodergren i sar., 2008). Kaleta i saradnici (2006) su potvrdili da je rizik za samoprocenu zdravlja kao lošijeg značajno niži u grupi muškaraca koji se bave fizičkom aktivnošću u slobodno vreme i troše 1000 kcal/nedeljno nego među muškarcima koji nisu fizički aktivni.

5.4. Prednosti i nedostaci istraživanja

U ovoj disertaciji su korišćeni podaci iz dva nacionalna istraživanja zdravstvenog stanja stanovnika Srbije (2000. i 2006. godine), urađena po tipu studije preseka ili prevalencije, studije koja se karakteriše ispitivanjem odnosa između zdravlja i drugih varijabli od interesa u datom trenutku (Last, 2007). Istraživanja ovog tipa usmerena su ka obezbeđenju informacija o zdravstvenom stanju populacije i aktuelnim potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom i stoga se njihovi rezultati najčešće koriste za javnozdravstvena planiranja preventivnih i terapijskih aktivnosti.

Prednosti studija preseka nad drugim studijama sastoje se u relativnoj lakoći i brzini izvođenja, relativno malom utrošku sredstava u odnosu na druge studije i mogućnosti zaključivanja o populaciji u celini pošto se najčešće zasnivaju na ispitivanju cele populacije ili njenog reprezentativnog uzorka (Radovanović, 2008). Njihova dobra strana je i što pružaju mogućnost poređenja većeg broja različitih varijabli u isto vreme. Mada se zbog izloženih prednosti ponovljene studije preseka sve češće koriste za procenu trendova u

stanovništvu tokom vremena, za razliku od longitudinalnih studija praćenja (kohortnih i panel studija) uzorci populacije su različiti u različitim periodima.

Pri tumačenju rezultata studija preseka treba imati na umu i njihova ograničenja.

Teškoća utvrđivanja smera uzročno-posledične veze predstavlja osnovnu manu studije preseka (na primer, mi nemamo mogućnost da saznamo da li je višak kilograma doveo do opterećenja koštano-zglobnog sistema i diskopatije, ili je bol u leđima kod osoba sa diskopatijom imao za posledicu smanjenu fizičku aktivnost i povećanje težine).

Drugi nedostatak ovog metodskog pristupa je nedostatak informacije o ekspoziciji u prošlosti.

Treći nedostatak vezan je za problem efekta lečenja. Na primer, moguće je da osobe koje dosoljavaju hranu imaju nižu učestalost hipertenzije od osoba koje je umereno sole, jer uzimaju lekove za snižavanje krvnog pritiska.

Sem pomenutih nedostataka samog metodskog pristupa naše istraživanje ima i druge nedostateke. Prvi nedostatak se odnosi na konzistentnost i tačnost pokazatelja obolevanja koji su korišćeni u ovom istraživanju, jer su skoro sve varijable (izuzetak su krvni pritisak i indeks telesne mase) od kojih su konstruisani indeksi obolevanja dobijene anketiranjem ispitanika i stoga mogu biti predmet greške nastale usled lošijeg pamćenja ili selektivnog izveštavanja ispitanika.

Subjektivnost je prisutna i kada je u pitanju samoprocena zdravlja, pokazatelj zdravstvenog stanja koji se najčešće koristi u ispitivanjima zdravstvenog stanja stanovništva i koji je korišćen i u ovom radu. Tačnost odgovora na pitanje: „Kako procenjujete svoje zdravlje?“ ne zavisi samo od zdravstvenog stanja anketirane osobe, već i od njenog subjektivnog shvatanja zdravlja. Jedna francuska studija (D’Houtaud i Field, 1984) je otkrila da se zdravlje različito koncipira među socijalno-ekonomskim grupama, tj. da ispitanici srednje klase češće zdravlje posmatraju kao „blagostanje“, dok ga pripadnici radničke klase češće posmatraju kao „odsustvo bolesti“.

U ovom istraživanju je analizirana povezanost između determinanti zdravlja i pokazatelja obolevanja. Kako su upoređivane varijable merene na isti način, tj. dobijene anketiranjem ispitanika karakteriše ih visok nivo subjektivnosti, tako da nije isključena

mogućnost pogrešnog zaključivanja nastalog kao posledica greške merenja (Kristensen, 1992; VanderWeele i Hernan, 2012)

Korišćenjem većeg broja objektivnih pokazatelja pri konstruisanju indeksa obolevanja smanjila bi se mogućnost grešaka nastalih kao posledica subjektivnosti.

Drugi nedostatak bi mogao da bude mali broj socijalno-ekonomskih varijabli koje su analizirane. Međutim, ni u drugim radovima koji su se bavili ovom problematikom nije posmatran veliki broj socijalno-ekonomskih varijabli, a jedan od razloga je što bi visoka korelacija između pojedinih varijabli mogla da utiče na validnost rezultata istraživanja. Treba napomenuti da pored životnih stilova postoji i veliki broj drugih faktora za koje se zna ili pretpostavlja da posreduju u odnosu između socijalno-ekonomskih determinanti i obolevanja i oni bi mogli da budu predmet ispitivanja u nekim budućim istraživanjima. To su psihološki faktori (stresni događaji, kognitivna percepcija stresnih događaja, psihosocijalna stanja), faktori koji se odnose na zajednicu (odnosi među ljudima, socijalna podrška, socijalni kapital, poverenje itd.) i rani period života.

Takođe je važno napomenuti neke prednosti i nedostatke indeksa i tercila obolevanja koji su korišćeni u ovom radu. Raspodela indeksa obolevanja, što je generalno slučaj i sa ostalim podacima dobijenim anketiranjem ispitanika u istraživanjima ovog tipa (npr. podaci za konstruisanje indeksa blagostanja) nije normalna jer je istraživanjem obuhvaćen reprezentativni uzorak opšte populacije Srbije sa malo bolesnih osoba. Indeksi obolevanja su kontinuirane varijable i njihova povezanost sa nezavisnim, uglavnom kategorijskim varijablama, je nelinearna. Suprotno tome, tercili obolevanja kao kategorijske varijable, predstavljaju pouzdanije pokazatelje obolevanja u istraživanjima opšte populacije u kojoj su, uglavnom, zdrave osobe. Problem u konstruisanju pouzdanog pokazatelja obolevanja u istraživanjima zdravlja stanovnika je što su varijable koje se odnose na obolevanje najčešće dobijene anketiranjem ispitanika, tj. njihovom samoprocenom, i što su one u većini slučajeva kategorijske. Kada se kategorijski podaci koriste kao baza za pravljenje kontinuiranih pokazatelja obolevanja, problem njihovog poređenja unutar ili između populacija nastaje zbog razlika u načinima kako istraživači koriste kategorijsku skalu, tj. kako definišu tačke preseka između odgovora. Štaviše, primenom različitih tipova (kontinuiranog i kategorijskog) jednog istog pokazatelja obolevanja u nekim slučajevima

smo dobili suprotne rezultate, što govori u prilog tome da rezultati zavise od izbora pokazatelja obolevanja. Turner i saradnici (2010) su u nedavno publikovanom sistematskom pregledu 58 studija koje su koristile kategorizaciju za kontinuirane varijable ukazali na prednosti i nedostatke kategorizacije i dali preporuke za njihovu primenu: adekvatan izbor grupisanja i statističke analize, kao i validno zaključivanje. U ovoj studiji su ispoštovane navedene preporuke dobre prakse kada je u pitanju kategorizacija kontinuiranih varijabli.

Uprkos svim prethodno navedenim nedostacima, rezultati ove disertacije ukazuju na postojanje značajnih socijalno-ekonomskih nejednakosti u obolevanju stanovnika Srbije u posmatranim istraživanjima (2000. i 2006. godine).

5.5. Doprinos istraživanja i implikacije na javno zdravlje i buduća istraživanja

Doprinos ove disertacije se ogleda, pre svega, u identifikaciji najznačajnijih prediktora obolevanja i grupa sa najvećim rizikom za visoki morbiditet na nivou zemlje, tj. onih kojima je pomoć najpotrebnija.

Kako ne postoji zlatni standard za merenje morbiditeta u istraživanjima zdravstvenog stanja stanovništva, konstruisani indeksi obolevanja bi mogli da se koriste kao mere morbiditeta u svim budućim istraživanjima.

U ovom istraživanju dobijeni su različiti nalazi kada je u pitanju veza između socijalno-ekonomskih determinanti zdravlja i zdravstvenog stanja stanovnika u zavisnosti od toga koji su pokazatelji korišćeni, što ukazuje na potrebu dodatnog istraživačkog rada na usavršavanju, kako pokazatelja zdravstvenog stanja, tako i pokazatelja socijalno-ekonomskog stanja. Prikupljanje većeg broja objektivnih pokazatelja zdravstvenog stanja ispitanika, kao što su nivo holesterola, šećera i triglicerida u krvi, omogućilo bi konstruisanje senzitivnijih indeksa morbiditeta.

Rezultati istraživanja mogli bi da se iskoriste za procenu efekata rada na reformi i razvoju zdravstvenog sistema Srbije i očuvanju i unapređenju zdravlja stanovnika, kao i u kreiranju zdravstvenih politika čija bi implementacija doprinela smanjenju nejednakosti u obolevanju stanovnika Srbije.

I pored navedenih nedostataka metodskog pristupa, u nedostatku boljih, ali daleko skupljih studijskih dizajna, ponovljena ispitivanja sa istim metodskim pristupom na svakih nekoliko godina, mogla bi da posluže za procenu trendova obolevanja i njihove povezanosti sa determinantama zdravlja. Zato je važno zagovarati da se u Srbiji u dogledno vreme ponovi slično ispitivanje zdravstvenog stanja stanovništva.

Prema našem saznanju, slično istraživanje u pogledu metodskog pristupa do sada nije rađeno u našoj zemlji, kao ni u drugim zemljama u tranziciji, što ga čini još značajnijim.

6. PREPORUKE ZA SMANJENJE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU

Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju su važan, rasprostranjen i stalan javnozdravstveni problem i veliki su izazov za donošenje i primenu zdravstvenih politika u mnogim evropskim zemljama (Acheson, 1998; Sigriest, 2004). One su u porastu, čak i kada je više resursa na raspolaganju i uprkos primeni najboljih intervencija zasnovanih na dokazima (WHO, 2006a). Kako bismo smanjili nejednakosti u zdravlju, neophodne su sveobuhvatne javnozdravstvene politike, strategije i intervencije sa prvenstvenim fokusom na najugroženije socijalno-ekonomske grupe (deca, stari, osobe sa invaliditetom, siromašni i dr.), kao i na uslove u kojima oni žive i rade.

U martu 2011. godine Evropski parlament je usvojio rezoluciju „Smanjenje nejednakosti u zdravlju u Evropskoj uniji“ (European Parliament, 2011) koja naglašava potrebu za:

- pravičnijom raspodelom zdravlja kao jednim od globalnih ciljeva za postizanje socijalnog i ekonomskog razvoja;
- poboljšanjem baza podataka i naučnih baza (uključujući merenje, nadgledanje, evaluaciju i izveštavanje);
- jačanjem angažovanja u zajednici na smanjenju nejednakosti u zdravlju,
- rešavanjem problema socijalno ranjivih grupa; i
- razvojem doprinosa politike EU na smanjenju nejednakosti u zdravlju.

Najnovija strategija EU – „Evropa 2020“ koja je doneta u junu 2010. godine jasno naglašava potrebu za smanjenjem nejednakosti u zdravlju kao preduslovom za prosperitetom i konkurentnošću (European Commission, 2010). Takođe, jedan od glavnih ciljeva javnozdravstvenog programa EU – „Zajedno za zdravlje 2008-2013“ (European Commission, 2007) je promovisanje zdravlja, uključujući smanjenje nejednakosti u zdravlju.

Analogno strategiji „Evropa 2020“, SZO je 2011. godine (WHO, 2011) pokrenula proces usvajanja nove evropske politike za zdravlje – „Zdravlje 2020“ u kojoj je jedan od glavnih ciljeva poboljšanje zdravlja uz smanjivanje nejednakosti u zdravlju.

Strategija „Zdravlje u svim politikama“ (Ståhl i sar., 2006), koja predstavlja strateški pristup u 21 veku za sagledavanje povezanosti između zdravlja i socijalno-ekonomskog razvoja, ukazuje na to da poboljšanje zdravlja i smanjenje nejednakosti u zdravlju mora da bude zajednički cilj svih sektora u društvu (vladinog i nevladinih sektora, organizacija i institucija na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou) koji je jedino ostvariv kroz zajedničke integrisane politike, strategije i programe.

Iako zdravstvene usluge imaju važnu ulogu u produžavanju života i ublažavanju patnje ljudi, bez akcija koje se odnose na socijalno-ekonomske determinante, Srbija, ne samo da neće dostići milenijumske ciljeve razvoja, nego neće ni ispuniti globalne ciljeve za smanjenje obolevanja od kardiovaskularnih bolesti, raka i dijabetesa. Stoga su intervencije usmerene na poboljšanje kvaliteta života ljudi uspešne samo kada se adekvatno uzmu u obzir socijalno-ekonomske determinante zdravlja, kao što su dohodak, zaposlenost, obrazovanje i stambeno pitanje (WHO, 2006a). Da bi se razumelo kako socijalno-ekonomske determinante zdravlja funkcionišu i kako se mogu menjati, da bi se poboljšalo zdravlje i smanjile nejednakosti u zdravlju, Svetska zdravstvena organizacija je 2005. godine formirala nezavisnu Komisiju za socijalne odrednice zdravlja (WHO, 2006a) čiji je mandat trajao pune tri godine. Ona je težila ka javnoj politici baziranoj na viziji sveta u kojoj su ljudi važni, i u kojoj je društvena pravda osnov svega (Marmot, 2005) i prepoznala zdravlje kao društveni cilj i odgovornost čitavog društva. Prema finalnom izveštaju „Smanjivanje generacijskog jaza: jednakost u zdravlju delovanjem na socijalne odrednice zdravlja“ (WHO, 2008) koji je Komisija publikovala 2008. godine postoje tri glavne preporuke za smanjenje nejednakosti u zdravlju:

- poboljšanje uslova svakodnevnog života;
- smanjenje nepravedne raspodele moći, novca i drugih resursa, kako na globalnom, tako i na nacionalnom i lokalnom nivou, tako što će donosioci odluka preraspodeliti sredstva shodno potrebama građana; i
- merenje i razumevanje socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju, kao i procena uticaja preduzetih akcija za njihovo smanjenje.

Poboljšanje uslova svakodnevnog života podrazumeva poboljšanje zdravlja devojaka i žena i uslova u kojima se njihova deca rađaju, sa posebnim naglaskom na rani razvoj i obrazovanje dece, poboljšanje uslova života i rada, stvaranje politike socijalne zaštite koju svi podržavaju i sprovode, kao i uslova za dostojanstven život starijih. Da bi se ovi ciljevi ispunili, u kreiranje politike moraju biti uključeni civilno društvo, vladine i globalne institucije.

Da bi se smanjile nejednakosti u zdravlju kao i nepravedni uslovi svakodnevnog života, neophodno je sagledati nejednakosti u društvenom kontekstu (kao što su, na primer, nejednakosti između muškaraca i žena), što zahteva jak javni sektor koji je predan poslu, sposoban i adekvatno finansiran. Potrebno je da se jednakost u zdravlju prepozna u svim praktičnim javnozdravstvenim politikama, sistemima i programima i da se obezbedi pravično finansiranje akcija koje se odnose na socijalno-ekonomske determinante zdravlja.

Saznanje da postoji problem, i da se nejednakosti u zdravlju neprestano mere kako unutar, tako i između zemalja, predstavlja osnovu za preduzimanje akcije. Vlade zemalja i međunarodne organizacije trebalo bi da razviju sisteme za rutinsko praćenje nejednakosti u zdravlju, kao i socijalno-ekonomskih determinanti zdravlja. Takođe je važno osposobljavanje donosioca odluka i zdravstvenih profesionalaca da efektivno reaguju na nejednakosti u zdravlju, kao i javnosti da bolje razume socijalno-ekonomske determinante zdravlja.

Tri glavne preporuke za smanjenje nejednakosti u zdravlju po Ačesonu (Acheson, 1998) su:

1. Sve politike čiji je cilj uticaj na zdravlje trebalo bi evaluirati u smislu njihovog uticaja na nejednakosti u zdravlju i formulirati na način koji će, kad god je to moguće, umanjiti te nejednakosti stavljajući u prvi plan siromašnije društvene slojeve.
2. Prioritet treba dati politikama čiji je cilj poboljšanje zdravlja i smanjenje nejednakosti u zdravlju žena u reproduktivnom periodu, trudnica i male dece.
3. Treba uvesti politike koje će poboljšati životni standard siromašnih.

Ačeson smatra da je najbolja akcija za smanjenje nejednakosti u zdravlju rešavanje onih zdravstvenih problema siromašnih koji se mogu uspešno prevenirati i lečiti (Acheson, 1998).

Neophodno je sprovesti javnozdravstvena istraživanja koja se odnose na mehanizme putem kojih socijalno-ekonomske determinante zdravlja dovode do nejednakosti u zdravlju.

Takođe, važno je poboljšati zdravstveni informacioni sistem koji će omogućiti uvid u nejednakosti u zdravlju i njihovo bolje razumevanje, kao i poređenje situacije u našoj zemlji sa drugim zemljama.

U literaturi se navode tri pristupa koja se koriste za smanjenje nejednakosti u zdravlju (Buzeti i sar., 2011; Dahlgren i Whitehead, 2006b): populacioni pristup koji smanjuje nejednakosti u zdravlju između svih socijalno-ekonomskih grupa tako što poboljšava zdravstveno stanje svih građana, zatim pristup koji se zasniva na smanjenju razlika između najsiromašnije i najbogatije grupe ljudi u društvu, i pristup usmeren ka socijalno ranjivim grupama stanovništva.

Mnogi javnozdravstveni profesionalci i donosioci zdravstvenih politika zapazili su da od javnozdravstvenih intervencija usmerenih na celokupnu populaciju u većoj meri imaju korist ljudi sa nižim rizikom od obolevanja, što može da poveća nejednakosti u zdravlju (Allebeck, 2008). Frohlich i Potvin (2008), uz uvažavanje značaja populacionog pristupa u unapređenju zdravlja čitave populacije, navode da on može dovesti do povećanja nejednakosti između različitih socijalno-ekonomskih grupa implicirajući naziv „paradoks nejednakosti“ za Rose-ov „preventivni paradoks“. Svoj kritički osvrt potkrepili su primerima iz prakse, kao što su masovni skrining za rak grlića materice sproveden u Ontariu (Kanada) i SAD kome se odazvalo više žena sa višim primanjima, i sveobuhvatna zdravstveno-informativna kampanja za borbu protiv pušenja u Italiji koja je bila najefektivnija za pojedince sa višim nivoom obrazovanja (Frohlich i Potvin, 2008).

Nacionalne javnozdravstvene politike moraju biti tako formirane i sprovedene da istovremeno ispunjavaju dva cilja, a to su: poboljšanje zdravlja celokupne populacije i smanjivanje nejednakosti u zdravlju. Stoga ako želimo da smanjimo socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju neophodno je da pored javnozdravstvenih intervencija usmerenih na celokupnu populaciju istovremeno sprovodimo i intervencije usmerene na socijalno

ranjive grupe stanovništva. One moraju imati intersektorski pristup i biti participatorne. To znači da zdravlje socijalno ranjivih grupa ne možemo poboljšati samo pružanjem zdravstvenih usluga, već moramo delovati i na ostale determinante zdravlja koje su prisutne u njihovim svakodnevnim životima. Takođe je potrebno uključiti članove socijalno ranjivih grupa u formiranje i sprovođenje javnozdravstvenih intervencija (Frohlich i Potvin, 2008).

Jedini pravičan način za smanjenje razlika u zdravlju je da unapređujemo zdravlje siromašnih grupa ljudi do nivoa zdravlja bogatih. Kada zdravlje siromašne klase unapređujemo brže od zdravlja srednje ili bogate klase, onda je to validan pokazatelj da su socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju smanjene u celokupnoj populaciji (Dahlgren i Whitehead, 2006b).

7. ZAKLJUČCI

1. Ispitivanjem povezanosti i tipa povezanosti između demografskih (pol, starost, bračno stanje, tip naselja), socijalno-ekonomskih determinanti (obrazovanje, radni status, materijalno stanje domaćinstva, indeks blagostanja), životnih stilova (pušenje, alkohol i fizička aktivnost) i obolevanja stanovništva merenog indeksima i tercilima obolevanja i samoprocenom zdravlja može se zaključiti:

- Demografske karakteristike ispitanika, kao što su pol i uzrast, predstavljaju važne prediktore zdravlja. Između njih i obolevanja stanovništva u obe godine istraživanja postoji pozitivna povezanost. Što su ispitanici stariji, imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, tj. bolesniji su i češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše. Zdravstveno stanje žena lošije je od zdravstvenog stanja muškaraca.
- Ispitanici koji žive u gradu su bolesniji od onih koji žive na selu, tj. imaju veće vrednosti indeksa obolevanja i češće su bili prosečnog ili lošeg zdravlja prema tercilima obolevanja. Međutim, kada je korišćena samoprocena zdravlja kao pokazatelj obolevanja, nađeno je da ispitanici koji žive u ruralnoj sredini češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše.
- U 2000. godini ispitanici koji su neoženjeni, razvedeni ili udovci/ice imaju veće vrednosti indeksa morbiditeta i indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja, tj. njihovo zdravstveno stanje je lošije od onih koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici. U 2006. godini rezultati su suprotni. Kada su kao pokazatelji zdravstvenog stanja korišćeni tercili obolevanja rezultati oba istraživanja su pokazali da su neoženjeni, razvedeni i udovci/ice boljeg zdravstvenog stanja i da češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro.
- U obe godine istraživanja veće vrednosti indeksa obolevanja su nađene kod ispitanika sa nižim obrazovanjem za razliku od onih sa visokim obrazovanjem. Ispitanici koji su bez škole ili imaju završenu osnovnu ili nepotpunu osnovnu školu češće od dva i po puta u 2000. godini i češće od tri puta u 2006. godini procenjuju svoje zdravlje kao loše od onih sa višim i visokim obrazovanjem. Obrnuta je

- Nezaposleno i neaktivno stanovništvo češće ima veće vrednosti indeksa obolevanja i češće procenjuje svoje zdravlje kao loše u poređenju sa zaposlenim stanovništvom. Između radnog statusa i tercila obolevanja u 2000. godini nije nađena statistički značajna povezanost, dok u 2006. godini neaktivni ispitanici imaju lošije zdravstveno stanje u poređenju sa onima koji su zaposleni.
- Suprotno očekivanjima ovog istraživanja, indeks i kvintili blagostanja su u obrnutoj korelaciji sa indeksima i tercilima obolevanja, tj. pripadnici siromašnog sloja stanovništva imaju niže vrednosti indeksa obolevanja i češće su boljeg zdravstvenog stanja od pripadnika najbogatijeg sloja stanovništva. Nasuprot tome rezultati istraživanja iz 2006. godine pokazuju da ispitanici koji na osnovu kvintila blagostanja pripadaju siromašnijim slojevima stanovništva češće svoje zdravlje procenjuju kao prosečno ili loše.
- Ispitanici koji svoje materijalno stanje procenjuju kao loše imaju lošije zdravstveno stanje mereno indeksima i tercilima obolevanja i više nego pet puta češće procenjuju svoje zdravlje kao loše od onih sa dobrim materijalnim stanjem domaćinstva.
- U 2000. godini ispitanici koji piju, puše ili se ređe bave fizičkom aktivnošću imaju veće vrednosti indeksa obolevanja, lošije zdravstveno stanje mereno tercilima obolevanja i češće procenjuju svoje zdravlje kao loše. U istraživanju iz 2006. godine dobijeni su uglavnom oprečni rezultati za alkohol i fizičku aktivnost. Oni koji piju češće procenjuju svoje zdravlje kao dobro. U oba istraživanja ispitanici koji nisu fizički aktivni lošije ocenjuju svoje zdravlje

2. Od svih indeksa obolevanja koji su konstruisani za potrebe ove doktorske disertacije, četiri su izabrana za dalju analizu i to su: indeks morbiditeta, indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja, indeks morbiditeta i korišćenja usluga zdravstvene zaštite, i indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja usluga zdravstvene zaštite.

- U obe godine istraživanja najmanja prosečna vrednost indeksa je za indeks morbiditeta, dok je najveća prosečna vrednost za indeks morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja.
 - Prosečne vrednosti za sve indekse obolevanja osim za indeks morbiditeta i objektivne procene zdravlja su u 2006. godini bile manje nego u istraživanju iz 2000. godine.
3. U ispitivanom šestogodišnjem periodu došlo je do smanjenja socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju i poboljšanja zdravstvenog stanja stanovnika Republike Srbije.
- Za sva četiri indeksa obolevanja nađena je visoko statistički značajna povezanost sa godinama istraživanja. Vrednosti indeksa morbiditeta, indeksa morbiditeta i korišćenja i indeksa morbiditeta, objektivne procene zdravlja i korišćenja su veće u istraživanju iz 2000. godine naspram 2006. godine, što znači da je zdravstveno stanje stanovništva mereno sa pomenuta tri indeksa obolevanja u 2006. godini bilo bolje. Jedino je kod indeksa morbiditeta i objektivne procene zdravlja nađena obrnuta situacija, tj. ispitanici su imali veće vrednosti indeksa u 2006. godini, tj. lošije zdravstveno stanje.
 - Tercili su značajno statistički povezani sa godinama istraživanja, što znači da su ispitanici bili češće prosečnog ili lošeg zdravlja u 2000. godini u odnosu na 2006. godinu, tj. po sopstvenom iskazu bili su bolesniji.
 - U 2006. godini ispitanici su češće procenjivali svoje zdravlje kao prosečno. Između loše samoprocene zdravlja i godina istraživanja nije nađena statistički značajna povezanost.

8. LITERATURA

Acheson D (1998). *Inequalities in Health: Report of an independent inquiry*, London: HMSO.

Allebeck P (2008). The prevention paradox or the inequality paradox? *Eur J Public Health*, 18(3):215.

Bauer GF, Huber CA, Jenny GJ, Müller F, Hämmig O (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *Int J Public Health*, 54(1):23-30.

Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB (2004). Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*, 59:1297–1306.

Bhopal RS (2002). *Concepts in Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.

Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M (1998). Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med*, 47:269-79.

Bobak M, Skodova Z, Marmot M (2000). Effect of beer drinking on risk of myocardial infarction: population based case-control study. *BMJ*, 320(7246):1378-9.

Bogdanov N (2007). *Small Rural Households in Serbia and Rural Non Farm Economy*. Belgrade:UNDP.

Broom DH, D'Souza RM, Strazdins L, Butterworth P, Parslow R, Rodgers B (2006). The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Soc Sci Med*, 63:575–586.

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Kek B, eds. (2011). *Health inequalities in Slovenia*. Ljubljana: National Institute of Public Health.

Carlson P (1998). Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Soc Sci Med*, 46:1355–66.

Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmer U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A, Mizrahi A, Rasmussen NK, Regidor E, Spuhler T, Mackenbach JP (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health*, 52:219–27.

Citro CF, Michael RT (Eds.) (1995). *Measuring Poverty: A new approach*. Washington: National Academy Press, p. 31.

D'Houtaud A, Field M (1984). The image of health: variations in perceptions by social class in a French population. *Sociol Health Illn*. 6(1):30-60.

- Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006a). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006b). Ten principles for policy action. In: Dahlgren G, Whitehead M, eds. Levelling up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 13-21.
- Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJM, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T and Mackenbach JP (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol*, 34:316–326.
- Daoud N, Soskolne V, Manor O (2009). Educational inequalities in self-rated health within the Arab minority in Israel: explanatory factors. *Eur J Public Health*, 19(5):477-83.
- De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (1996). Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Reg Publ Eur Ser, 58:1–161.
- Deaton A (2003). Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Denton M, Walters V (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med*, 48:1221–35.
- Department of Health and Social Security (1980). Inequalities in health: report of a research working group (Black report). London: DHSS.
- Devedžić M (2007). Demografske karakteristike starog stanovništva Beograda. Glasnik srpskog geografskog društva. LXXXVII, 2.
- Djikanovic B, Marinkovic J, Jankovic J, Vujanac V, Simic S (2011). Gender differences in smoking experience and cessation: do wealth and education matter equally for women and men in Serbia? *J Public Health (Oxf)*, 33:31–38.
- Domínguez-Berjón F, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pastor V (2006). The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in Southern Europe. *Eur J Public Health*, 16(1):54–61.
- Drever F, Whitehead M (1997). Health Inequalities: Decennial Supplement. Series DS No. 15. London: The Stationery Office, Office for National Statistics, 1–257.
- Duetz MS, Abel T, Niemann S (2003). Health measures: differentiating associations with gender and socio-economic status. *Eur J Public Health*, 13:313–19.

Duffy K (1998). Opportunity and Risk: Trends of Social Exclusion in Europe. Council of Europe project on Human Dignity and Social Exclusion (HDSE). Strasbourg: Council of Europe.

Erikson R (2001). Why do graduates live longer? In: Jonsson JO, Mills C (Eds). Cradle to grave: life-course change in modern Sweden. Durham: Sociology Press.

Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín MI, Benach J, Schaap M, Kunst AE, Navarro V (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political tradition. *Int J Epidemiol*, 37(5):1095-105.

European Commission (2004). Health & consumer protection directorate-general. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the “Short List”. Luxembourg: European commission (cited 2012, June 4). Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf

European Commission (2006). Standard Eurobarometer 65. First results. Public opinion in the European Union. Brussels: TNS Opinion & Social.

European Commission (2007). Health Programme 2008-2013. Together for health. Brussels, European Commission (cited 2012, July 17). Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_booklet_en.pdf

European Commission (2008). Standard Eurobarometer 70. First results. Public opinion in the European Union. Brussels: TNS Opinion & Social.

European Commission (2010). EUROPE 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels, European Commission (cited 2012, July 17). Available from: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>

European Commission (2012a). Eurostat. Statistics database. Population and social conditions. Education and training. Persons with tertiary education attainment by age and sex (cited 2012, June 18). Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=edat_ifse_07&lang=en

European Commission (2012b). Eurostat. Statistics database. Macroeconomic Imbalance Procedure Scoreboard. Unemployment. Additional indicators. Unemployment rate-annual data (cited 2012, July 4). Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=ti_sun20

European Parliament (2011). Reducing health inequalities. European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI)). Strasbourg, European Parliament (cited 2012, July 17). Available from: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//EN>

European Society of Hipertension (2003). European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. *J Hypertens*, 21:1011-1053.

Farkas J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L (2011). Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study. *Int J Public Health*, 56:45-54.

Ferrie JE (Ed.) (2004). Work, stress and health: the Whitehall II study. London: Council of Civil Service Unions (cited 2012, June 4). Available from: http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/Whitehallbooklet_1_.pdf

Flinn MW (1965), Chadwick E. Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain. 1842 Ed. & Intro, Edinburgh: University Press.

Frohlich KL, Potvin L (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*, 98:216–221.

Giatti L, Barreto SM, César CC (2010). Unemployment and self-rated health: neighborhood influence. *Soc Sci Med*, 71:815-23.

Graham H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*, 82(1):101–102.

Green CA, Polen MR (2001). The health and health behaviors of people who do not drink alcohol. *Am J Prev Med*, 21:298-305.

Grozdanov J, urednik (2008). Zdravlje stanovnika Srbije. Analitička studija 1997-2007. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

Grujić V (2002). Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva u Republici Srbiji. Glasnik Instituta za zaštitu zdravlja Srbije. No 1-2.

Gwatkin DR, Rustein S, Johnson K, Suliman EA, Wagstaff A (2003). Initial country-level information about socio-economic differentials in health, nutrition and population, Vols. I and II. Washington DC: World Bank, Health, Population and Nutrition.

Hall W (1986). Social class and survival on the S.S. Titanic. *Soc Sci Med*, 22 (6):687–690.

Haynes R, Gale S (1999). Mortality, long-term illness and deprivation in rural and metropolitan wards of England and Wales. *Health Place*, 5(4):301-12.

Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med*, 40(6):756-64.

Hulka B, Wheat J (1985). Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*, 23:438–60.

Iburg K, Salomon JA, Tandon A, Murray CJL (2001). Crosspopulation comparability of physician-assessed and self-reported measures of health. Global Programme on Evidence for Health Policy, Discussion Paper No. 14. Geneva: World Health Organization.

Idler EL and Benyamini Y (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven communities studies. *J Health Soc Behav*, 38:21–37.

Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (2002). Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva u Republici Srbiji. *Glas Inst Zašt Zdr Srb*, 76(1-2):1-173.

Janković J (2008). Analiza socijalno-ekonomskih odrednica nejednakosti u zdravlju na osnovu ispitivanja zdravstvenog stanja stanovništva. Magistarska teza. Univezitet u Beogradu. Medicinski fakultet. Beograd.

Janković J, Janević T, von dem Knesebeck O (2012). Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J*, 53(3):254-62.

Janković J, Marinković J, Simić S (2011). Utility of data from a national health survey: Do socioeconomic inequalities in morbidity exist in Serbia? *Scand J Public Health*, 39(3):230–238.

Janković J, Simić S, Marinković J (2010). Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *Eur J Public Health*, 20(4):389–396.

Janković J, Simić S (2012). Povezanost demografskih i socijalno-ekonomskih determinanti sa samoprocenom zdravlja. *Srp Arh Celok Lek*, 140(1-2):77–83.

Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53(3):S144–152.

Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T, Lahelma E (2009). Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*, 19:458–463.

Kaleta D, Makowiec-Dabrowska T, Dzionkowska-Zaborszczyk E, Jegier A (2006). Physical activity and self-perceived health status. *Int J Occup Med Environ Health*, 19(1):61-9.

Kaleta D, Polańska K, Dzionkowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health*, 17(3):122-7.

Kenneth FF, Farmer MM (1999). Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for Measuring Morbidity? *Amer Sociol Review*, 64,2:303–315.

Kirch W (Ed.) (2008). Factor Analysis. *Encyclopedia of Public Health*. Heidelberg: Springer Verlag, p. 427.

Kristensen P (1992). Bias from nondifferential but dependent misclassification of exposure and outcome. *Epidemiology*, 3(3):210-5.

Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JA, Geurts JJ, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*, 34:295–305.

Laaksonen M, McAlister AL, Laatikainen T, Drygas W, Morava E, Nüssel E, Oganov R, Pardell H, Uhanov M, Puska P (2001). Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European east-west gap in health status? *Eur J Public Health*, 11(1):65–73.

Last JM, ed. (2007). A dictionary of public health. Oxford: Oxford University Press.

Last JM, Radovanović Z, urednici. (2001). Epidemiološki rečnik, 2. izdanje. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Lipovčan LjK, Brkljačić T, Šakić V (2007). Monthly Income and Subjective Well-Being of Croatian Citizens. *Croat Med J*, 48(5):727-733.

Louckx F, Vanroelen C, Beck M (2001). Socio-economic differences in health and access to health care. *Archives of Public Health*, 59:239–263.

Mackenbach J, Kunst A (2004). Tackling Socioeconomic Inequalities in Smoking in the European Union. Rotterdam: Erasmus MC, University of Rotterdam.

Mackenbach JP (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge, 3-24.

Mackenbach JP (2006). The origins of human disease: a short story on “where diseases come from”. *J Epidemiol Community Health*, 60:81–86.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M Costa G, Harding S, Reid A, Hemström O, Valkonen T, Kunst AE (2003). Widening socio economic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*, 32:830–837.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhouf F, Geurts JJM, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, 349:659–74.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*, 358:2468–2481.

Marmot M (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365:1099–1104.

Marmot M (2006). Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease (Lecture). Presented at: Royal College of Physicians Harveian Oration. London.

Marmot M (2007a). Uvod. U: Miličić I (ur.). Sindrom statusa: kako društveni položaj utječe na naše zdravlje i dugovječnost. Zagreb: Algoritam, str. 9–21.

- Marmot M (2007b). Neki su jednakiji od drugih. U: Miličić I (ur.). Sindrom statusa: kako društveni položaj utječe na naše zdravlje i dugovječnost. Zagreb: Algoritam, str. 23–48.
- Mastilica M (1990). Health and social inequities in Yugoslavia. *Soc Sci Med*, 31(3):405-12.
- McDonough P, Duncan GJ, Williams D, and House J (1997). Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *Am J Pub Health*, 87: 1476–1483.
- McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT (2008). Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8:230.
- Mijatović Jovanović V (2010). Zdravstveni profil odraslog stanovništva Vojvodine prema demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama. Doktorska teza. Univezitet u Novom Sadu. Medicinski fakultet. Novi Sad.
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (2007). Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godina. Osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Ministry of Health and Social Affairs (2000). Hälsa pa lika villkor: nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av nationella folkhälsokommittén (Health on equal terms: final proposal on national targets for public health). Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, SOU 2000:91.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, Feldman (2007). Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*, 17:125-33.
- Monden CWS (2005). Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994–1999. *Eur J Public Health*, 15(5):498-503.
- Murray CJL, Lopez, AD, eds. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge: Harvard University Press.
- Norris JC, van der Laan MJ, Lane S, Anderson JN, Block G (2003). Nonlinearity in demographic and behavioral determinants of morbidity. *Health Serv Res*, 38(6 Pt 2):1791–1818.
- Norwegian Directorate for Health and Social Affairs. Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health (2005). The challenge of the gradient. Oslo: Directorate for health and social affairs.
- Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health*, 54(4):241–249.
- Parna K, Ringmets I (2010). Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland. *Scand J Public Health*, 38:129-34.

- Perlman F, Bobak M (2008). Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same? *Int J Equity Health*,7:19.
- Preston SH (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*, 29:231-248.
- Quick A, Wilkinson R (1991). *Income and Health*. London: Socialist Health Association.
- Radovanović Z, urednik (2008). *Epidemiologija*. 2. izmenjeno izdanje. Novi Sad: Medicinski fakultet, str. 167-168.
- Rae M, Korkodilos M, Lovitt C, Anderson R (2007). *Readdressing the balance: The NHS and Health Inequalities*. Version 1.12.
- Raphael D (Ed.) (2004). *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Redelmeier DA, Singh SM (2001). Survival in Academy Award-Winning Actors and Actresses. *Ann Intern Med*, 134(10):955–962.
- Regidor E (2006). Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *J Epidemiol Community Health*, 60:896–901.
- Rehm JT, Bondy SJ, Sempos CT, Vuong CV (1997). Alcohol consumption and coronary heart disease morbidity and mortality. *Am J Epidemiol*, 146(6):495-501.
- Reijneveld SA (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol*, 27:33–40.
- Rimm EB, Klatsky A, Grobbee D, Stampfer MJ (1996). Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine or spirits? *BMJ*, 312(7033):731-736.
- Riva M, Curtis S, Gauvin L, Fagg J (2009). Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: evidence from a national sample in England. *Soc Sci Med*, 68:654–63.
- Rutstein SO, Johnson K (2004). *The DHS Wealth Index*. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Saarni SI, Suvisaari J, Sitntonen H, Koskinen S, Harkanen T, Lonnqvist J (2007). The health related quality of life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol*, 60(12):1288-97.
- Schoenborn CA (2004). Marital status and health: United States, 1999–2002. *Adv Data*, 351:1–32.
- Siegrist J, Marmot M (Eds.) (2006). *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: University Press.

Sigriest J (2004). Social variations in health expectancy in Europe. In: An ESF Scientific Programme 1999–2003 – Final Report. Duesseldorf: University of Duesseldorf: Medical Faculty.

Sodergren M, Sundquist J, Johansson SE, Sundquist K (2008). Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*, 8:352.

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, eds. (2006). Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies.

Stambolović V, Bjegović V, Vuković D (2006). Deca i siromaštvo. Beograd: Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Statistical Package for Social Sciences (2010). IBM SPSS Statistics 19.0 (SPSS ID 729140), SPSS Inc., an IBM Company, Chicago, IL, USA.

Steptoe A, Wardle J (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med*, 53(12):1621–1630.

Šućur Z, Zrinščak S (2007). Differences that hurt: self-perceived health inequalities in Croatia and European Union. *Croat Med J*, 48(5):653-66.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F (2005). Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*, 21:S54-S64.

Tarlov AR (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge, p. 71–93.

Tervo T, Nordström P, Nordström A (2011). Association between Self-Perceived Health, Physical Activity, and BMD in Aging Men and Women. *The Open Bone Journal*, 3:6-10.

Turner EL, Dobson JE, Pocock SJ (2010). Categorisation of continuous risk factors in epidemiological publications: a survey of current practice. *Epidemiol Perspect Innov*, 7:9. Available from: <http://www.epi-perspectives.com/content/7/1/9>

UNDP (2012). Millenium Development Goals. Eradicate extreme hunger and poverty (cited 2012, September 2). Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg1/

UN (2012). Millenium development goals (cited 2012, April 24). Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Van Lenthe FJ, Schrijvers CT, Droomers M, Joung IM, Louwman MJ, Mackenbach JP (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: the Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health*, 14(1):63–70.

- VanderWeele TJ, Hernan MA (2012). Results on differential and dependent measurement error of the exposure and the outcome using signed directed acyclic graphs. *Am J Epidemiol*, 175(12): 1303-10.
- Vlada Republike Srbije (2006). Nacionalni milenijumski ciljevi razvoja u Republici Srbiji. Beograd: Vlada Republike Srbije.
- Vlada Republike Srbije (2012). Strategija za smanjenje siromaštva (cited 2012, July 4). Available from: <http://www.prsp.gov.rs/strateski.jsp>
- Von dem Knesebeck O, Geyer S (2007). Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7:272.
- Voncina L, Pristas I, Mastilica M, Polasek O, Sosić Z, Stevanović R (2007). Use of preventive health care services among the unemployed in Croatia. *Croat Med J*, 48(5):667-74.
- Vukmirović D, Govoni RS, urednici (2008). Studija o životnom standardu: Srbija 2002–2007. Beograd: Republički zavod za statistiku Srbije.
- Vuković D, Bjegović V, Vuković G (2008). Prevalence of chronic diseases according to socioeconomic status measured by wealth index: health survey in Serbia. *Croat Med J*. 49(6):832–841.
- Wang N, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L, Sasazawa Y, Suzuki S, Koyama H, Sakamaki T (2005). Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol*, 15(5):155-162.
- Whitehead M (1990). The Concepts and Principles of Equity in Health. Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734r), p. 29.
- WHO (1999). World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee. *J Hypertens*, 17:151–183.
- WHO (2002). The European health report 2002. Part two – The major determinants of health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO (2003a). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization (Technical report series 916).
- WHO (2003b). Basic Documents. Forty-fourth edition. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003c). European Country Profiles on Tobacco Control, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2005). Commission on social determinants of health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the CSDH, DRAFT.

- WHO (2006a). Commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization (cited 2012, April 24). Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_brochure.pdf
- WHO (2006b). Global Database on Body Mass Index. BMI classification (cited 2012, May 28). Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- WHO (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health Final Report (cited 2012, July 17). Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf
- WHO (2010). Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2011). The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: Regional committee for Europe (EUR/RC61/9) (cited 2012, August 24). Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/148946/RC61_InfDoc4.pdf
- WHO (2012a). Programmes and projects. Health impact assessment (HIA). Glossary of terms used. Health inequality and inequity (cited 2012, April 24). Available from: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- WHO (2012b). Health topics. Ageing (cited 2012, June 15). Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- Wilkinson R, Marmot M (2003). Social determinants of health: the solid facts (Second edition). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, (cited 2012, June 4). Available from: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>
- World Bank (2006). Serbia Labour Market Assessment. Report No. 36576-YU. Belgrade.
- Ziglio E, Levin L, Levi L, Bath E (Eds.) (2002). Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

9. PRILOZI

9.1. Upitnik za domaćinstvo 2000

9.2. Upitnik za odrasle osobe starosti 20 i više godina 2000

9.3. Upitnik za samopopunjavanje za odrasle 2000

9.4. Upitnik za domaćinstvo 2006

9.5. Upitnik za odrasle osobe starosti 20 i više godina 2006

9.6. Upitnik za samopopunjavanje za odrasle 2006

УПИТНИК ЗА ДОМАЋИНСТВО

Кластер број Домаћинство број Презиме и име лица на
које се води домаћинство _____

Анкетар број <input type="text"/>	Датум анкетања <input type="text"/> дан <input type="text"/> месец <input type="text"/> година	Ако је потребно поновити посету, уписати кад и у које време <input type="text"/> датум <input type="text"/> час
Контролор број <input type="text"/>	Сви предвиђени обрасци попуњени Да 1 Не 2	Ако нису, зашто? Одбили да одговоре 1 Нису били код куће 2 Остали разлози 3

СПИСАК ЧЛАНОВА КОЈИ ЖИВЕ У ДОМАЋИНСТВУ

Ред. бр.	Презиме и име	Пол		Датум рођења			Навршене године живота
		Женско	Мушко	дан	месец	година	
1		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15		1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ЈОДНА ПРОФИЛАКСА

Резултат теста контроле јодираниости соли:	Нејодирана.....	1
	Недовољно јодирана.....	2
	Добро јодирана.....	3
	Прејодирана.....	4
	Нема соли у кући.....	5
	Није извршен тест.....	6

I. КАРАКТЕРИСТИКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКО СТАЊЕ ДОМАЋИНСТВА

1.	Ко је власник стана /куће?	Сопствена кућа/стан.....	1	⇒ 2	
		Друштвена кућа/стан.....	2		
		Родитељ.....	3		
		Подстанар/закупац.....	4		
		Друго (навести).....	5		
		Не знам.....	6		
2.	Колика је површина Ваше куће/стана?	_____ | _____ | _____ | _____ m ²		⇒ 3	
3.	Колико имате соба у кући/стану?	_____ | _____ | _____		⇒ 4	
4.	Који материјал је коришћен за под у Вашој кући/стану?	Паркет/керамичке плочице.....	1	⇒ 5	
		Патос/бетон.....	2		
		Земља.....	3		
		Друго.....	4		
5.	Да ли у Вашем стану/кући имате електричну енергију (струју)?	Не.....	1	⇒ 6	
		Да.....	2		
6.	Који је главни извор новчаних прихода у Вашој породици?	Плата у државној служби.....	1	⇒ 7	
		Плата код приватника.....	2		
		Сопствени посао.....	3		
		Пољопривреда.....	4		
		Трговина.....	5		
		Пензија.....	6		
		Социјална помоћ.....	7		
		Нема новчаних примања.....	8		
		Друго.....	9		
Не желим да одговорим.....	10				
7.	На који начин обезбеђујете храну за домаћинство?	Не	Да	⇒ 8	
		Куповином	1		2
		Сопственом производњом	1		2
		Добијањем помоћи од рођака/пријатеља/комшија	1		2
		Из хуманитарних пакета	1		2
		Храним/о се у народној кухињи	1		2
		Друго.....	1		2
8.	Процените расходе Вашег домаћинства за трошкове исхране у току претходног месеца?	Мање од 30%.....	1	⇒ 9	
		Од 30 до 50%.....	2		
		Од 50 до 70%.....	3		
		Преко 70%.....	4		
		Не знам.....	5		
	Да ли су приходи Вашег домаћинства у току претходног месеца били довољни за трошкове:	Не	Да	⇒ 10	
		Исхране	1		2
		Личне хигијене	1		2
		Хигијене домаћинства	1		2
		Одећу, обућу	1		2
		Режијске трошкове	1		2
		Здравствену заштиту (прегледе, лекове)	1		2
		Рекреацију Изласке (у позориште, биоскоп, кафану...)	1		2
10.	Да ли је неко од чланова Вашег домаћинства у току последњих годину дана био на летовању/зимовању?	Не.....	1	⇒ 11	
		Да.....	2		

11.	Да ли Ваше домаћинство има:		Не	Да	⇒ 12
		Земљу	1	2	
		Аутомобил	1	2	
		Трактор	1	2	
		Фрижидер	1	2	
		Машину за прање веша	1	2	
		Телевизор у боји	1	2	
		Телефон	1	2	
		Персонални рачунар	1	2	
		Купатило	1	2	
Централно грејање	1	2			
12.	Како процњујете материјално стање Вашег домаћинства?	Веома је лоше.....		1	⇒ 13
		Лоше.....		2	
		Средње.....		3	
		Добро.....		4	
		Веома добро.....		5	
		Не знам.....		6	
13.	Да ли у Вашем домаћинству има избеглих, прогнаних или привремено расељених лица?	Не.....		1	⇒ 14
		Да.....		2	
14.	Наведите место одакле су дошли, које године и број лица:	Словенија	|_|_|_|_| год.	|_|_|_|	⇒ 15
		Хрватска	|_|_|_|_| год.	|_|_|_|	
		БиХ	|_|_|_|_| год.	|_|_|_|	
		Македонија	|_|_|_|_| год.	|_|_|_|	
		Косово и Метохија	|_|_|_|_| год.	|_|_|_|	
15.	Да ли је неко из Вашег домаћинства у току претходног месеца добијао нешто од следећег у виду хуманитарне помоћи?		Не	Да	⇒ 16
		Пакет са храном	1	2	
		Хигијенски пакет	1	2	
		Бесплатан оброк у школи	1	2	
		Одећу/обућу	1	2	
		Постељину/ћебад	1	2	
		Гориво за грејање/кување	1	2	
		Финансијску помоћ	1	2	
		Психо-социјалну подршку (саветовање)	1	2	
		Лекове	1	2	
Друго.....	1	2			
16.	Да ли Вам је нешто од хуманитарне помоћи сада потребно?		Не	Да	⇒ 17
		Пакет са храном	1	2	
		Хигијенски пакет	1	2	
		Бесплатан оброк у школи	1	2	
		Одећа/обућа	1	2	
		Постељина/ћебад	1	2	
		Гориво за грејање/кување	1	2	
		Финансијска помоћ	1	2	
		Психо-социјална подршка (саветовање)	1	2	
		Лекови	1	2	
Друго.....	1	2			
17.	Колико је од Ваше куће/стана удаљена (ходом или расположивим превозним средством) најближа:	Амбуланта	|_|_|_| min.	|_|_|_| km	⇒ 18
		Дом здравља	|_|_|_| min.	|_|_|_| km	
		Болница	|_|_|_| min.	|_|_|_| km	
		Апотека	|_|_|_| min.	|_|_|_| km	

II. СНАБДЕВАЊЕ ПИЈАЊОМ ВОДОМ И УКЛАЊАЊЕ ОТПАДНИХ МАТЕРИЈА

18.	На који начин се Ваше домаћинство снабдева водом за пиће?	Градски водовод	1	⇒ 19
		Сеошки (локални) водовод	2	
		Јавна чесма	3	
		Бушени бунар	4	
		Покривен копани бунар или уређен извор	5	
		Непокривен копани бунар или неуређен извор ..	6	
		Језеро, река, поток	7	
		Цистерна	8	
		Друго	9	
19.	Да ли постоје прекиди у снабдевању водом?	Не	1	⇒ 20
		Да, повремено	2	
		Да, свакодневно	3	
		Да, у току лета	4	
20.	Колико је удаљен извор воде за пиће од Вашег домаћинства?	У кући/стану	1	⇒ 21
		У дворишту	2	
		Мање од 100 m	3	
		Од 100 до 500 m	4	
		Од 500 м до 1 km	5	
		Више од 1 km	6	
		Не знам	7	
21.	Колико је времена потребно да бисте дошли до воде?	| | | | минута		⇒ 22
22.	Какву врсту пужника користи Ваше домаћинство?	Нужник на испирање са прикључком на канализацију	1	⇒ 23
		Нужник на испирање са прикључком на септичку јаму	2	
		Нужник без испирања са водонепропусном јамом ..	3	
		Пољски пужник	4	
		Нема пужник	5	
23.	Колико је удаљен пужник од Вашег домаћинства?	У кући	1	⇒ 24
		Мање од 50 m	2	
		Више од 50 m	3	
		Не знам	4	
24.	Шта радите са столицом и мокраћом Вашег детета када не користи пужник?	Деца увек користе пужник (WC)	1	⇒ 25
		Бацате их у пужник (WC)	2	
		Избацујете их у непосредну околину	3	
		Закопавате их у дворишту	4	
		Не уклањате већ их остављате на земљи	5	
		Избацујете их на место за уклањање смећа и ђубрета	6	
		Друго	7	
		Нема мале деце у домаћинству	8	
25.	Шта радите са отпадним материјама (ђубретом) из Вашег домаћинства?	Односи се организовано на нивоу општине/насеља	1	⇒ 26
		Одлажете их на место предвиђено за то у насељу где живите	2	
		Бацате их на „дивље” депоније	3	
		Спаљујете их	4	
		Закопавате их	5	
		Стављате их на гомила у близини куће	6	
		Бацате их у реку	7	
		Неконтролисано их избацујете у непосредну околину	8	
		Друго	9	

Кластер број | | | |

Домаћинство број | | |

Члан домаћинства број | | |

УПИТНИК ЗА ОДРАСЛЕ ОСОБЕ СТАРИЈЕ ОД 19 ГОДИНА ЖИВОТА

I. ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКИ СТАТУС

1.	Колико сте се укупно година редовно школовали до сада? .....	| | |	2
2.	Заокружите Ваше брачно стање:		
	Ожењен/удата/ у вапбрачној заједници.....	1	
	Неожењен/неудата.....	2	3
	Разведен/а, раздвојен/а	3	
	Удовац/удовица.....	4	
3.	Колико деце имате? .....	| | |	4
4.	С ким живите у заједничком домаћинству?		
	Само са брачним другом/партнером	1	
	Са брачним другом и децом	2	
	Само са децом.....	3	
	Само са родитељима	4	
	Са децом и родитељима.....	5	
	Са брачним другом, децом и родитељима	6	5
	Са рођацима (брат/сестра и други рођаци).....	7	
	Са пријатељем/пријатељицом	8	
	Живим сам/а, укупно | | | год.....	9	
	Остало	10	
5.	Којом врстом посла се бавите током већег дела године?		
	Пољопривреда	1	
	Индустрија, рударство, грађевина и сл.....	2	
	Трговина.....	3	
	Управни, административни или сродни послови	4	
	Послови друштвене заштите.....	5	
	Стручњак, уметник	6	6
	Домаћица.....	7	
	Студент.....	8	
	Пензионисан/а.....	9	
	Незапослен/а.....	10	
	Неспособан/на за рад.....	11	
6.	Када сте дошли у садашње место боравка?		
	Пре 1991. год.....	1	9
	После 1991. год.....	2	7
	Одвек живим овде	3	9
7.	Наведите одакле сте дошли:		
	Из централне Србије.....	1	
	Из Војводине.....	2	
	Са Косова и Метохије	3	
	Из Хрватске	4	
	Из Словеније.....	5	8
	Из БиХ.....	6	
	Из неког другог места (наведите).....	7	
8.	Наведите разлог доласка:		
	Због последица рата.....	1	
	Због промене посла.....	2	
	Из породичних разлога.....	3	9
	Због школовања.....	4	
	Друго	5	

II. ХИГИЈЕНСКЕ НАВИКЕ

9. Да ли перете руке:				10
	Скоро никад	Како-кад	Увек	
Пре јела	1	2	3	
Пре употребе WC -а (нужника)	1	2	3	
После употребе WC-а (нужника)	1	2	3	
По уласку у кућу	1	2	3	
10. Да ли перете зубе?	Не			1
	Поврсно.....			2
	Само ујутру.....			3
	Само увече.....			4
	Ујутру и увече.....			5
	Више пута дневно.....			6
11. Колико пута сте се током прошле недеље купали или тушили?	Ниједном.....			1
	Једном.....			2
	2 до 3 пута.....			3
	4 до 6 пута.....			4
	Сваки дан.....			5

III. НСХРАНА

12. Колико пута недељно:				
	Никад	Понекад	Сваки дан	
Доручкујете	1	2	3	
Узимате ужину пре подне	1	2	3	13
Ручате	1	2	3	
Узимате ужину после подне	1	2	3	
Вечерате	1	2	3	
13. Да ли пијете млеко, јогурт, кисело млеко, белу кафу или какао?	Никад.....			1
	Понекад.....			2
	Сваки дан по једну шољу.....			3
	Сваки дан по 2 или више шоља.....			4
14. Колико често сте током прошле недеље јели (или пили):				
	Ниједном	1—2 пута	3—5 пута	6—7 пута
Куван кромпир	1	2	3	4
Пржен кромпир	1	2	3	4
Пиринач/тестенине	1	2	3	4
Сир	1	2	3	4
Пилетину	1	2	3	4
Рибу	1	2	3	4
Свињско месо	1	2	3	4
Јунеће месо	1	2	3	4
Месне прерађевине	1	2	3	4
Свеже поврће	1	2	3	4
Свеже воће	1	2	3	4
Слатко пециво (колаче, кекс)	1	2	3	4
Слаткише (бомбоне, чоколаде)	1	2	3	4
Слатка безалкохолна пића (кока-колу, спрајт, швепс, топлу чоколаду)	1	2	3	4
Јаја	1	2	3	4
15. Коју врсту хлеба најчешће користите у исхрани?	Бели			1
	Полубели.....			2
	Црни, ражани и сличне врсте.....			3
	Комбиновано.....			4
	Не једем хлеб.....			5
16. Коју врсту масноће најчешће користите за припремање хране?	Свињску маст, путер.....			1
	Биљну маст, маргарин.....			2
	Уље.....			3
	Не користим масноћу.....			4
	Не знам.....			5

17. Коју врсту масноће најчешће користите као намаз на хлеб?	Маргарин.....	1	18
	Маслац.....	2	
	Мајонез.....	3	
	Маст.....	4	
	Кајмак.....	5	
	Не користим никакав намаз.....	6	
18. Да ли досољавате храну коју једете?	Никад.....	1	19
	Када храна није довољно слана.....	2	
	Скоро увек пре него што пробате храну.....	3	
19. Колико кафе или чаја пијете дневно?	Шољница кафе.....		20
	Шоља чаја.....		
20. Колико шећера користите за једну шољницу кафе или чаја?	1 | 1 | 1 кашичица (коцки) у једну шољницу кафе.....		21
	1 | 1 | 1 кашичица (коцки) у једну шољу чаја.....		
21. Да ли при избору начина исхране размишљате о свом здрављу?	Никад.....	1	22
	Понекад.....	2	
	Често.....	3	
	Увек.....	4	

IV. СЛОБОДНО ВРЕМЕ, ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ И СПОРТ

22. Како проводите слободно време?		Никад или скоро никад	Понекад	Често	
Гледам телевизију, видео-касету		1	2	3	23
Проводим време са децом		1	2	3	
Проводим време са пријатељима		1	2	3	
Радим у кући и око ње		1	2	3	
Радим у пољу, на њиви		1	2	3	
Идем у биоскоп, позориште		1	2	3	
Бавим се спортом, рекреацијом		1	2	3	
Читам		1	2	3	
Имам активности везане за додатну зараду		1	2	3	
Радим нешто друго (навести).....		1	2	3	
23. Колико минута дневно проводите ходајући односно возећи бицикл од куће до посла и назад? (Уколико се користити градски превоз, рачуна се време хода до и од станице)	Нисам запослен/радим код куће.....	1	24		
	На посао одлазим колима.....	2			
	Мање од 15 мин. дневно.....	3			
	15—30 мин. дневно.....	4			
	30—60 мин. дневно.....	5			
	Више од 1 h дневно.....	6			
24. Колико често се, у слободно време, бавите физичким вежбама бар 30 мин. тако да се бар мало задувате или ознојите?	Сваки дан.....	1	25		
	4—6 пута недељно.....	2			
	2—3 пута недељно.....	3			
	Једном недељно.....	4			
	2—3 пута месечно.....	5			
	Неколико пута годишње/никад.....	6			
25. Колико дуго ноћу спавате радним даном?	Не могу да вежбам због болести/инвалидности.....	7	26		
	3—4 сата.....	1			
	5—6 сати.....	2			
	7—8 сати.....	3			
26. Колико је физички напоран посао којим се бавите? (Одговарају само запослена лица, земљорадници и сл.)	9 и више сати.....	4	27		
	Веома лак (углавном седење).....	1			
	Лак (углавном ходање).....	2			
	Средње тежак (подизање, ношење лаких терета).....	3			
	Тежак физички посао (ношење тешких ствари, пењање).....	4			

27. Какав став или мишљење имате о бављењу спортом и рекреацијом?	Немам мишљење	Не слажем се	Слажем се	
	о томе			
Забавно је	1	2	3	28
Стичу се нови пријатељи	1	2	3	
Чува се здравље	1	2	3	
Стиче се популарност	1	2	3	
Стиче се добар изглед	1	2	3	
Стиче се добра кондиција	1	2	3	
Утиче да се добро осећате, опушта Вас	1	2	3	
Одузима сувише времена	1	2	3	
Досадно је	1	2	3	
Мрзи ме	1	2	3	

V. ПОНАШАЊЕ У САОБРАЋАЈУ

28. Да ли возите:		Не	Да	29		
	Бицикл	1	2			
	Ролере/„скејтборд”	1	2			
	Мотор	1	2			
	Ауто	1	2			
	Камион/аутобус	1	2			
Трактор	1	2				
29. Ако возите (или сте сувозач), да ли приликом вожње користите мере заштите?	Не	Понекад	Да	Не возим	30	
	1	2	3	4		
	Бицикл (предње и задње светло)	1	2	3		4
	Ролери/„скејтборд” (штитници, кацига)	1	2	3		4
	Мотор (кацига)	1	2	3		4
	Ауто (појас)	1	2	3		4
Трактор (светло)	1	2	3	4		
30. Имате ли положен возачки испит?	Не			1	31
	Да			2	
31. Да ли сте као возач имали саобраћајни удес Вашом кривицом?	Не			1	33
	Да			2	32
32. Да ли је до удеса дошло због:			Не	Да	33	
	Брзе вожње		1	2		
	Непоштовања саобраћајних прописа		1	2		
	Вожње под утицајем алкохола		1	2		
	Неповољне временске ситуације (магла, лед, киша)		1	2		
	Вожње под утицајем лекова		1	2		
	Умора		1	2		

VI. ПОВРЕДЕ И ТРОВАЊА

33. Да ли сте се у току последњих годину дана повређивали?	Не	1	35
	Да	.....	2
34. Где је то било? (Ако сте се више пута повредили, наведиите место последње повреде).	У саобраћају	1	35
	У кући	.....	2
	На послу	.....	3
	У школи	.....	4
	На улици	.....	5
	У пољу/на њиви	.....	6
	На спорском терену (затвореном или отвореном)	.....	7
	На другом месту (наведите)	.....	8
35. Да ли сте у току последњих годину дана имали тровање?	Не	1	37
	Да	2	

36.	Чиме је било изазвано?	Храном.....	1	37
		Хемикалијама.....	2	
		Лековима.....	3	
		Гасовима (издувни гасови, плин итд.).....	4	
		Друго (наведите).....	5	
37.	Ако сте током последњих годину дана имали повреду или тровање, где вам је прво пружена помоћ? (Ако је је било више повређивања/тровања, одредите се за последње)	У болници.....	1	38
		У дому здравља/амбуланти.....	2	
		Код приватног лекара.....	3	
		Код народног исцелитеља.....	4	
		Нисам се обратио/ла за помоћ.....	5	
38.	Ако сте током последњих годину дана имали повреду или тровање, какав је био исход? (Ако је је било више повређивања/тровања, одредите се за последње)	Излечење.....	1	39
		Побољшање.....	2	
		Трајна неспособност.....	3	
		Друго.....	4	
		Нисам имао/ла повреду ни тровање.....	5	

VII. ОСТАЛИ РИЗИЦИ И ЗНАЊА О ЗДРАВЉУ

39.	Да ли сматрате да у Вашем месту постоје ризици по здравље:	Не	Да	Не знам	40		
		Бука	1	2		3	
		Загађен ваздух	1	2		3	
		Загађење воде	1	2		3	
		Отпадне материје	1	2		3	
		Радиоактивно зрачење	1	2		3	
		Насиље, криминал Остало (наведите).....	1	2		3	
40.	Да ли својим понашањем ризикујете да оболите од неке од наведених болести?	Не	Да	Не знам	41		
		Полне болести, сиде	1	2		3	
		Болести срца и крвних судова (инфаркт, шлог)	1	2		3	
		Шећерне болести	1	2		3	
		Плућне болести (хронични бронхитис, рак)	1	2		3	
		Болести као последице повреде	1	2		3	
		Повишеног крвног притиска	1	2		3	
		Цирозе јетре	1	2		3	
		Гојазности	1	2		3	
		41.	Да ли Вам је током последње године, од стране лекара, откривено неко од следећих стања/обољења?	Не		Откривено, али није лечено	Откривено и лечено	Дани привремене неспособности	42
Туберкулоза	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Срчана слабост	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Инфаркт миокарда (срчани удар)	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Angina pectoris (бол у грудима током напрезања)	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Повишен крвни притисак	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Хронични бронхитис, емфизем	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Бронхијална астма	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Психички поремећаји, нервне болести	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Реуматолошка обољења зглобова	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Бол у леђима	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Повишен шећер у крви	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Повишене масноће у крви	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Обољење бубрега	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Чир дванаестопалачног црева, желуца	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Обољење жучне кесе	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Малигно обољење (рак)	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Анемија	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Остало (наведите).....	1			2	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

42.	Да ли сте у току последњих месец дана имали следеће симптоме/проблеме?		Не	Да					
		Бол у грудима током напрезања	1	2					
		Бол у зглобовима	1	2					
		Бол у леђима	1	2					
		Бол у врату/раменима	1	2					
		Отицање стопала	1	2					
		Проширене вене	1	2	43				
		Екцем	1	2					
		Затвор	1	2					
		Главобољу	1	2					
		Несаницу	1	2					
		Депресију (потиштеност)	1	2					
Зубобољу	1	2							
Болове у целом телу	1	2							
43.	Када Вам је последњи пут у некој од служби дома здравља пружена нека од наведених услуга:	Никад	Пре више од 5 година	Пре 1—5 година	Током протекле године				
		Мерење крвног притиска	1	2	3	4			
		Одређивање шећера у крви	1	2	3	4	44		
		Одређивање масноћа у крви	1	2	3	4			
		Одређивање хемоглобина у крви	1	2	3	4			
		Анализа мокраће	1	2	3	4			
		Мерење телесне масе	1	2	3	4			
		Контрола вида	1	2	3	4			
		Контрола слуха	1	2	3	4			
		44.	Да ли Вам је лекар рекао да имате повишен притисак?	Не.....				1	48
Да.....							2	45	
45.	Да ли лечите повишени притисак?	Да, само дијетом.....					1	48	
		Да, само лековима.....						2	47
		Да, на оба наведена начина.....						3	47
		Не, не лечим се.....						4	46
46.	Наведите разлог:	Нема потребе.....					1		
		Нема лекова.....						2	48
		Немам новца.....						3	
		Друго.....						4	
47.	Да ли сте у току последњих месец дана узимали лекове за лечење високог притиска?	Не.....					1		
		Да, редовно.....						2	48
		Да, понекад.....						3	
48.	Да ли Вам је током последњих годину дана нека од наведених особа саветовала да:	Лекар	Други здравствени радник	Члан породице	Нико ме није питао ни саветовао	Није било потребно			
		Мање једете масно	1	2	3	4	5		
		Мање користите со	1	2	3	4	5	49	
		Узимате мање шећера	1	2	3	4	5		
		Једете више воћа и поврћа	1	2	3	4	5		
		Пијете мање алкохолних пића	1	2	3	4	5		
		Престанете да пушите	1	2	3	4	5		
		Смањите тежину (ослабите)	1	2	3	4	5		
		Повећате физичку активност	1	2	3	4	5		
		Више да се одмарате	1	2	3	4	5		
49.	Да ли пратите теме о здрављу у средствима јавног информисања (радио, ТВ, новине, часописи итд.)?	Не.....					1		
		Да.....						2	50
		Повремено.....						3	

50.	Да ли сте у последњих годину дана:	Да	Не	Није било потребно	
	Престали да пушите	1	2	3	
	Смањили тежину (ослабили)	1	2	3	
	Смањили количину узимања соли	1	2	3	
	Смањили количину узимања шећера	1	2	3	
	Смањили количину узимања масноћа	1	2	3	51
	Променили врсту масноћа у исхрани	1	2	3	
	Смањили узимање алкохолних пића	1	2	3	
	Повећали количину узимања воћа и поврћа	1	2	3	
	Повећали физичку активност	1	2	3	
51.	Ако сте променили нешто у свом понашању у току последњих годину дана, који је био најважнији разлог?	Здравствени (због болести).....			1
		Због лепоте/изгледа.....			2
		Због здравијег начина живота.....			3
		Остало (наведите)			4
		Нисам променио/ла ништа			5
52.	Шта је по Вашем мишљењу најважнији разлог за високу стопу оболевања одраслих код нас? (Заокружите до 3 одговора).	Погрешна исхрана			1
		Стрес			2
		Тешки животни услови			3
		Напоран рад			4
		Пушење			5
		Недовољно бављење физичким активностима			6
		Недовољно узимање витамина, минерала.....			7
		Гојазност			8
		Генетски (последни) фактори			9
		Алкохол.....			10
		Недовољна здравствена заштита			11
		Друго (наведите)			12

VIII. ЗДРАВСТВЕНИ ПРОФИЛ

53.	Означите степен Вашег слагања са сваком од наведених тврдњи:	Не односи се на мене	Делимично се односи на мене	Потпуно се односи на мене	
	Волим себе таквог/у какав/а сам	1	2	3	
	Нисам особа која се лако слаже са другима	1	2	3	54
	Ја сам у основи здрава особа	1	2	3	
	Сувише лако одустајем	1	2	3	
	Тешко се концентришем	1	2	3	
	Задовољап/а сам својим породичним односима	1	2	3	
	Пријатно ми је када сам окружен/а људима	1	2	3	
54.	Да ли сада имате тешкоћа:	Много	Мало	Нимало	
	Да се попнете уз степениште	1	2	3	55
	Да претрчите дужину фудбалског игралишта	1	2	3	
55.	Да ли сте током протекле недеље:	Много	Мало	Нимало	
	Имали проблема са спавањем	1	2	3	
	Имали болове или непријатност у било ком делу тела	1	2	3	56
	Лако се умарали	1	2	3	
	Били депресивни (тужни)	1	2	3	
	Били нервозни	1	2	3	
56.	Колико често сте се током протекле недеље:	Никад	Понекад	Често или скоро сваки дан	
	Дружили (посетили пријатеље или родбину или разговарали са њима)	1	2	3	57
	Учествовали у друштвеним и рекреативним активностима (биоскоп, журка, спорт, кафићи итд.)	1	2	3	

57.	Колико дана сте, током протекле недеље, провели код куће или у болници због болести, повреде или другог здравственог проблема?	Ниједан дан	1	58
		1—4 дана	2	
		5—7 дана	3	

IX. ОПШТА ПРОЦЕНА И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ

58.	Како бисте оценили Ваше здравље?	Лоше је	1	59	
		Прилично лоше	2		
		Просечно	3		
		Релативно добро	4		
		Добро	5		
59.	Какво је, према Вашој процени, Ваше садашње здравље у односу на оно пре годину дана?	Лошије је	1	60	
		Исто	2		
		Боље је	3		
		Не могу да оценим	4		
60.	Како процењујете своју тежину?	Мршав/а сам	1	61	
		Нисам ни дебео/ла ни мршав/а	2		
		Дебео/ла сам	3		
		Не могу да оценим	4		
61.	Како процењујете своју физичку активност:	Лоша је	1	62	
		Добра	2		
		Одлична	3		
62.	Какав је Ваш став у вези са сопственим здрављем?	Не слажем се	Нисам сигуран/а	Слажем се	63
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
63.	Поређајте по значају колико су следеће ствари важне за Вас дајући оцене од 1 до 9 и упишите их у кућице (1) најзначајније; (2) мање значајно, (9) најмање значајно.	Срећа у љубави			64
		Пуно пара			
		Добро здравље			
		Занимљив посао			
		Бављење политиком			
		Бизнис (уносан посао)			
		Живот у миру			
		Слобода			
64.	Пред Вама се налази лествица. Дно означава најгори живот који се може имати, а врх најбољи живот који се може имати. Означите на скали како процењујете задовољство својим садашњим животом тако што ћете заокружити један од бројева са лествице.	9 Најбољи живот који се може имати		65	
		8			
		7			
		6			
		5			
		4			
		3			
		2			
		1 Најгори живот који се може имати			
65.	Ако нисте у потпуности задовољни својим садашњим животом, којим делом сте најмање задовољни? (Заокружите највише до три одговора).	Брачним партнером	1	66	
		Децом	2		
		Родитељима	3		
		Пријатељима/комшијама	4		
		Рођацима	5		
		Колегама на послу	6		
		Сексуалним животом	7		
		Приходима	8		
		Својим здрављем	9		
		Самоћом	10		
		Самим собом	11		
		Нечим другим (наведите)	12		
		У потпуности сам задовољан	13		

X. ОДНОСИ СА ДРУГИМА

66.	Да ли сте задовољни односом са:	Не	Делимично	Да	Немам такву особу	
	Брачним другом/партнером	1	2	3	4	67
	Децом	1	2	3	4	
	Родитељима	1	2	3	4	
	Браћом, сестрама	1	2	3	4	
	Рођацима	1	2	3	4	
	Пријатељима	1	2	3	4	
	Комшијама	1	2	3	4	
	Колегама на послу	1	2	3	4	
67.	Да ли постоји неко на кога можете рачунати у свакој ситуацији (у случају развода, болести и др.)?	Не.....	Да.....	Не знам.....	1 2 3	68

XI. НАСИЉЕ

68.	Да ли сте у току последњих годину дана били изложени неком физичком насиљу:	Не	Да	
	У породици.....	1	2	69
	У школи/на радном месту.....	1	2	
	На улици.....	1	2	
	Друго (наведите).....	1	2	
69.	Да ли сте у току последњих годину дана били изложени неком психичком малтретирању:	Не	Да	
	У породици.....	1	2	70
	У школи/на радном месту.....	1	2	
	На улици.....	1	2	
	Друго (наведите).....	1	2	
70.	Да ли Вам се до сада дешавало да некога:	Не	Да	
	Психички малтретирате	1	2	71
	Тучете	1	2	

XII. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

71.	Да ли сте били напети, под стресом/притиском током последњег месеца?	Не.....	Да, понекад, али не више него остали људи.....	2	72			
		Да, више него остали људи.....	Да, мој живот је скоро неподношљив.....	3 4				
72.	Да ли сте током последњих месец дана имали емоционалне проблеме (туга, нерасположење, забринутост, потиштеност)?	Не.....	Да.....	1 2		75 73		
73.	Ако је одговор „да“:	Не	Да					
	Проблеми су били такви да сте једно време морали да скратите дужину рада или неку другу активност	1	2	74				
	Мање сте урадили него што сте желели.....	1	2					
	Нисте радили свој посао или било коју другу активност пажљиво као обично	1	2					
74.	Да ли су наведени емоционални проблеми утицали на Ваше односе у породици, са пријатељима, комшијама или друштвом:	Нису нимало.....	Незнатно.....	Умерено.....	Веома.....	Изузетно су утицали.....	1 2 3 4 5	75

75. Заокружите одговор који најбоље описује како сте се осећали у току последњих месец дана:

	Стално	Понекад	Никад	
Били сте пуни полста	1	2	3	
Били сте веома нервозни	1	2	3	
Осећали сте се потиштено и ништа није могло да Вас орасположи	1	2	3	76
Осећали сте се смирено	1	2	3	
Били сте тужни	1	2	3	
Били сте исцрпљени	1	2	3	
Били сте срећни	1	2	3	
Осећали сте се уморно	1	2	3	

XIII. МОГУЋНОСТ ОБАВЉАЊА АКТИВНОСТИ У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ

76.	Да ли имате неко телесно оштећење (везано за кретање, вид, слух)?	Не 1	Да 2	78	
77.	Да ли Вам то прави сметње у обављању свакодневних активности?	Не 1	Да 2	78	
78.	Која је највећа даљина коју можете сами прећи без заустављања и већег замарања?	Ниједан корак 1	Само неколико корака 2	79	
		Више од неколико корака али мање од 200 м 3	Више од 200 м 4		
79.	Да ли можете самостално:	Без тешкоћа	Са одређеним тешкоћама	Само уз туђу помоћ	
	Устати, лећи у кревет односно сести и устати са столице?	1	2	3	80
	Облачити се, свлачити односно обувати и изувати?	1	2	3	
	Хранити се?	1	2	3	
	Умити се, опрати руке?	1	2	3	
	Користити WC (ужник)?	1	2	3	
80.	Да ли чујете добро тако да можете, са или без слушног апарата, пратити ТВ/радио програм јачином коју други сматрају прихватљивом?	Да 1	Не, морам да појачам тон толико да је за друге прегласан 2	Не чујем ни кад појачам 3	81
81.	Да ли без иаочара или контактних сочива (или са њима) видите тако да можете препознати особу на даљини од 4 м?	Не 1	Да 2		82
82.	Да ли можете препознати особу на 1 м даљине?	Не 1	Да 2		83
83.	Какве су Вам могућности кретања?	Везани сте за кревет 1	У инвалидским колицима 2	Крећете се уз помоћ помагала (штап, штаке, апарати, протезе) 3	84
		Крећете се самостално 4			
84.	Ако постоји телесна/физичка инвалидност, да ли је то последица:			Не	Да
	Шлога	1	2		
	Тешких реуматских обољења	1	2		
	Оштећења мозга услед болести/повреде	1	2		
	Оштећења кичмене мождине (квадриплегија, параплегија)	1	2		85
	Политрауме, тешких трауматских оштећења	1	2		
	Оштећења периферних нерава са одузетошћу мишића	1	2		
	Ампутације	1	2		
	Урођене болести	1	2		
	Друго	1	2		

85.	Да ли сте током последње године били на рехабилитацији?	Не	1	86
		Да	2	
86.	Да ли примате инвалидску пензију?	Не	1	87
		Да	2	

XIV. КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ

87.	Коме се првом обраћате кад имате здравствени проблем?	Лекару опште медицине, медицине рада	1	88		
		Специјалисти	2			
		Приватном лекару.....	3			
		Народном исцелитељу (травару, биоенергетичару)	4			
		Неком другом лицу (родитељима, рођацима, пријатељима, познаницима)	5			
		Никоме, лечим се сам/а	6			
88.	Да ли имате свог лекара?	Не	1	89		
		Да	2			
89.	Да ли сте и колико пута у току последњих годину дана били код лекара опште праксе/ лекара медицине рада?	Да.....	1	90		
		Био/ла сам пре више од годину дана	2	90		
		Никад нисам био/ла у животу	3	95		
90.	Који је био главни разлог Ваше последње посете лекару?	Контрола здравља (када сте без тегоба), систематски преглед	1	91		
		Болест, повреда.....	2			
		Само да ми пропише лекове.....	3			
		Добијање потврде	4			
		Добијање упута за специјалисту, лабораторију и сл.	5			
		Нешто друго	6			
91.	Који је главни разлог што у току последњих годину дана нисте чешће одлазили код лекара?	Био/ла сам здрав/а.....	1	92		
		Нисам имао/ла времена	2			
		Гужва/дуго чекање	3			
		Услуге лекара се плаћају	4			
		Немам поверења у лекаре	5			
		Далеко ми је	6			
92.	Да ли сте приликом последње посете лекару (изузимајући услуге приватног лекара) платили:	Не	Да	Нисам користио	93	
		Преглед	1	2		3
		Лабораторијске анализе	1	2		3
		Рендген-снимке	1	2		3
		Санитетски материјал	1	2		3
		Хируршки материјал	1	2		3
		Лекове	1	2		3
		Превоз	1	2		3
		Нешто друго (навести).....	1	2		3
		93.	Да ли сте приликом последње посете платили (или дали поклон) директно лекару/медицинском особљу (изузев приватном лекару) за пружене услуге?	Не.....		1	94
Да.....	2					
94.	Да ли је при пружању услуга тражено да сами набавите:	Не	Да	Нисам користио	95	
		Рендген-филмове	1	2		3
		Реагенсе	1	2		3
		Лекове	1	2		3
		Санитетски материјал	1	2		3
		Хируршки материјал	1	2		3
		Нешто друго (навести).....	1	2		3
95.	Да ли имате свог зубног лекара (стоматолога)?	Не.....	1	96		
		Да.....	2			

96.	Да ли сте и колико пута у последњих годину дана били код зубног лекара (стоматолога)?	Да.....	1								
		Био/ла сам пре више од годину дана.....	2							97	
		Никад нисам био/ла у животу.....	3								
97.	Колико зуба Вам недостаје?	Ниједан.....	1								
		1—5 зуба недостаје.....	2								
		6—10 зуба недостаје.....	3								
		Више од 10 зуба, али не целих.....	4							98	
		Имам парцијалну протезу.....	5								
		Имам тоталну протезу.....	6								
		Немам ниједан зуб ни протезу.....	7								
98.	Који је главни разлог Ваше последње посете зубном лекару (стоматологу)?	Контрола/систематски преглед.....	1								
		Поправљање зуба.....	2								
		Вађење зуба.....	3								
		Због протезе.....	4							99	
		Због проблема са деснима (парадентопатија) ..	5								
		Полирање зуба и чишћење каменца.....	6								
		Због нечег другог (наведите).....	7								
		Не идем код стоматолога.....	8								
99.	Да ли бисте желели да један исти лекар брине о здрављу свих чланова Ваше породице?	Не.....	1								
		Да.....	2							100	
		Не знам.....	3								
100.	Да ли сте задовољни Вашим лекаром опште медицине/медицине рада?	Не.....	1								
		Делимично.....	2								
		Да.....	3							101	
		Немам лекара.....	4								
101.	Колико сте у последњих годину дана чекали на услуге у дому здравља?										
	Прегледи	Одмах сам примљен /а	До недељу дана	До месец дана	Више од месец дана	Нисам користио/ла услугу				102	
	Лабораторијски преглед	1	2	3	4	5					
	Рендген-прегледе	1	2	3	4	5					
	ЕКГ	1	2	3	4	5					
102.	Да ли сте и колико пута у току последњих годину дана користили услуге хитне помоћи?	Да.....	1							103	
		Користио/ла сам пре више од годину дана.....	2							103	
		Никад нисам користио/ла у животу.....	3							104	
103.	Уколико сте користили услуге хитне помоћи, наведите колико сте последњи пут чекали на помоћ од тренутка позива:				|_|_| минута						104
104.	Да ли сте и колико пута у последњих годину дана били код лекара специјалисте (осим гинеколога и педијатра) у дому здравља?	Да.....	1								105
		Био/ла сам пре више од годину дана.....	2								106
		Никад нисам користио/ла у животу.....	3								106
105.	Колико сте приликом последњег одласка лекару чекали да будете примљени?										
	Специјалиста	Исти дан	До недељу дана	До месец дана	Преко месец дана	Нисам био					
	Интернаста-кардиолог	1	2	3	4	5					
	Гинеколог	1	2	3	4	5					
	Хирург	1	2	3	4	5					
	Реуматолог	1	2	3	4	5					106
	Уролог	1	2	3	4	5					
	Очни лекар	1	2	3	4	5					
	Ушни лекар	1	2	3	4	5					
	Неуропсихијатар	1	2	3	4	5					
	Физијатар	1	2	3	4	5					
	Други.....	1	2	3	4						

106.	Да ли сте током последње године користили услуге приватног лекара?		Не	Да	107	
		Лекара опште медицине, педијатра	1	2		
		Стоматолога.....	1	2		
		Гинеколога.....	1	2		
107.	Ако је одговор на претходно питање „да” наведите најзначајнији разлог (заокружите највише три одговора):	Лекара неке друге специјалности	1	2	108	
		Квалитетније ради.....		1		
		Нема чекања.....		2		
		Љубазнији је.....		3		
		Стрпљивији је.....		4		
Принуђен/а сам јер одређене прегледе могу да обавим само код приватног лекара		5				
Остало (навести).....		6				
108.	Да ли сте и колико пута у току последњих годину дана били на болничком лечењу? (Изузима се пратилац детета и болнички третман везан за порођај).	Да.....		1	109	
		Био/ла сам пре више од годину дана		2		
		Никад нисам био/ла у животу		3		
109.	Наведите разлог (ако сте били више пута наведите разлог за последњи пријем):	Због болести.....		1	110	
		Због повреде.....		2		
		Због тровања.....		3		
		Због испитивања		4		
110.	Колико сте дуго чекали на пријем у болницу од тренутка када сте добили упут? (Ако сте били више пута, оцените последњи пријем).	Одмах сам био примљен/а.....		1	111	
		До недељу дана.....		2		
		До месец дана.....		3		
		Преко месец дана.....		4		
111.	Молимо Вас да оцените боравак у болници заокруживањем броја за свако питање испод одговора: Предмет оцењивања	Добро	Осредње	Лоше	112	
		Чистоћа болничких просторија,				
		постељине	1	2		3
		Чистоћа трпезарије	1	2		3
		Чистоћа тоалета	1	2		3
		Квалитет хране	1	2		3
		Однос лекара	1	2		3
		Однос медицинске сестре	1	2		3
Однос осталог особља	1	2	3			
112.	Да ли сте били задовољни болничким лечењем? (Ако сте били више пута, оцените последњи пријем).	Не.....		1	113	
		Делимично.....		2		
		Да.....		3		
113.	Како се лечење завршило? (Ако сте били више пута, оцените последње болничко лечење).	Оздравио/ла сам.....		1	114ж 124м	
		Стање се побољшало.....		2		
		Стање је остало непромењено.....		3		
		Стање се погоршало.....		4		
		Не могу да оциеним.....		5		
114.	Да ли сте и колико пута у току последњих годину дана били код гинеколога?	Да.....		1	115	
		Била сам пре више од годину дана		2		
		Никад нисам била у животу.....		3		
115.	Колико година сте имали када сте први пут били код гинеколога?	|_|_|			116	
116.	Код гинеколога најчешће идете због:	Тегоба.....		1	117	
		Контрацепције.....		2		
		Контроле здравља (систематски преглед).....		3		
		Трудноће.....		4		
		Абортуса.....		5		
		Стерилитета.....		6		
		Не идем.....		7		
		Нешто друго (навести).....		8		

117.	Колико често идете на гинеколошке прегледе, иако се осећате здрави?	Једанпут годишње	1	118	
		Једанпут у 2 године.....	2		
		Ређе.....	3		
		Не идем.....	4		
118.	Да ли сте до сада били трудни?	Не.....	1	122	
		Да.....	2	119	
119.	Какав је био исход Ваше последње трудноће?	Живорођено дете/ца.....	1	120	
		Мртворођено дете/ца.....	2		
		Спонтани побачај.....	3		
		Намерни побачај.....	4		
		Трудноћа у току.....	5		
120.	Ако сте рађали у последњих годину дана, да ли Вас је у првој недељи после последњег порођаја, након изласка из породилишта, посетио у кући неко од следећих особа:		Не	Да	121
		Доктор.....	1	2	
		Медицинска сестра....	1	2	
		Бабица.....	1	2	
121.	Наведите укупан број намерних прекида трудноћа:				122
122.	Да ли бар једном у шест месеци обављате самопреглед дојки?	Не.....	1	123	
		Да, на то ме упутио лекар.....	2		
		Да, самоиницијативно.....	3		
123.	Да ли Вам је у току последње две године рађен Папаниколауов тест?	Не, није ми ни саветован.....	1	124	
		Не, мада ми је саветован.....	2		
		Да.....	3		
		Не знам.....	4		

XV. ЛЕКОВИ

124.	Како најчешће узимате лекове?	По савету лекара.....	1	126	
		Самоиницијативно.....	2	125	
		По савету лекара и самоиницијативно.....	3	125	
		Не узимам их.....	4	128	
125.	Ако самоиницијативно узимате лекове (без консултације, савета лекара) наведите разлоге:		Не	Да	126
		Због несанице.....	1	2	
		За смирење.....	1	2	
		Против болова.....	1	2	
		Против главобоље.....	1	2	
		За јачање организма (витамине)	1	2	
		Против затвора.....	1	2	
		За варење.....	1	2	
		За лечење одређених болести (антибиотике, лекове за притисак).....	1	2	
		За јачање организма и лечење болести (биљне препарате).....	1	2	
		Против зачџа (контрацептивна средства).....	1	2	
Остало (наведите).....	1	2			
126.	Да ли сте током последње недеље узимали неке таблете, пилуле или друге облике лекова?		Не	Да	127
		Лекове за регулисање крвног притиска.....	1	2	
		Лекове за регулисање нивоа холестерола.....	1	2	
		Лекове против главобоље.....	1	2	
		Лекове против других болова.....	1	2	
		Лекове против кашља.....	1	2	
		Антибиотике.....	1	2	
		Седативе.....	1	2	
Витамине, минерале и сл.	1	2			
Контрацептивна средства.....	1	2			

127.	Како најчешће долазите до лекова?	Преко рецепта.....	1	128
		Купујем их у приватној апотеци.....	2	
		Купујем их на пијаци.....	3	
		Из хуманитарне апотеке.....	4	
		Добијам их од других (родитеља, деце).....	5	
		Не могу да их набавим јер их нема.....	6	
		Не могу да их набавим јер су скупи.....	7	
		Остало (наведите).....	8	

XVI. ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА

128.	Да ли Вам родитељи болују или су боловали од следећих болести или стања?	Не	Да	Не знам	Умро/ла (у којој години живота?)	129
Отац						
	Инфаркт срца и друга срчана обољења	1	2	3		
	Повишен крвни притисак	1	2	3		
	Мождани удар (шлог)	1	2	3		
	Шећерна болест	1	2	3		
	Повишене масноће у крви	1	2	3		
	Малигна обољења	1	2	3		
	Гојазност	1	2	3		
	Душевне болести	1	2	3		
	Друге болести	1	2	3		
Мајка						
	Инфаркт срца и друга срчана обољења	1	2	3		
	Повишен крвни притисак	1	2	3		
	Мождани удар (шлог)	1	2	3		
	Шећерна болест	1	2	3		
	Повишене масноће у крви	1	2	3		
	Малигна обољења	1	2	3		
	Гојазност	1	2	3		
	Душевне болести	1	2	3		
	Друге болести	1	2	3		

Анкету попунио:

- Истичаник 1
- Анкејар 2
- Комбиновано 3
- Члан домаћинстава 4

ПРИМЕДБЕ АНКЕТАРА

Датум

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ АНКЕТАРА

XVIII. УПОТРЕБА АЛКОХОЛА

141.	Која од наведених изјава се односи на Вас?	Никада нисам пио/ла алкохол	1	147					
		Пробао/ла сам да пијем једном или два пута	2	147					
		Пио/ла сам, али више не	3	147					
		Пијем алкохол повремено	4	143					
		Пијем алкохол свакодневно	5	142					
142.	Ако свакодневно пијете алкохолна пића, наведите колико дуго пијете?	| | | година			143				
143.	Колико често сада пијете алкохолна пића (под овим се подразумева и кад попијете сасвим мало):	Никада	Неколико пута годишње	2—3 пута месечно	Једанпут недељно	2—3 пута недељно	Сваки дан	144	
		Пиво	1	2	3	4	5		6
		Вино	1	2	3	4	5		6
		Жестока пића	1	2	3	4	5		6
		Ликер	1	2	3	4	5		6
144.	Колико сте чаша или флаша следећих пића попили током последње недеље?	Флаша пива - 0,5 l					145	
		Чаша вина - 0,2 l						
		Чашница жестоких пића - 0,03 l						
145.	Колико често се дешава да попијете 6 или више алкохолних пића у току једне прилике?	Никад					1	146
		Мање од једном месечно					2	
		Једном месечно					3	
		Једном недељно					4	
		Дневно или скоро сваки дан					5	
146.	Да ли пијете алкохол на неком од наведених места?			Не	Да			147	
		Код куће		1	2				
		На послу, факултету		1	2				
		Код пријатеља или рођака		1	2				
		У кафићу, дискотеци или на журу		1	2				
		У ресторану или кафани		1	2				
		На улици		1	2				
На неком другом месту (наведите)		1	2						
147.	Да ли неко од Вама блиских особа свакодневно пије алкохол?		Не	Да	Више не пије	Немам такву особу	148		
		Супруг/а	1	2	3	4			
		Отац/мајка	1	2	3	4			
		Брат/сестра	1	2	3	4			
		Син/ћерка	1	2	3	4			
		Пријатељ	1	2	3	4			
148.	Какав је Ваш став о алкохолу?	Не слажем се	Слажем се	Не знам	149				
		Смањује напетост и опушта	1	2		3			
		Улива храброст, смањује страх	1	2		3			
		Поправља расположење	1	2		3			
		Пиће се у друштву не одбија	1	2		3			
		Мале количине не шкоде здрављу	1	2		3			
		Лековит је	1	2		3			
		Штети здрављу	1	2		3			

XIX. УПОТРЕБА ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

149.	Да ли сте чули за следећа средства и шта мислите о њима? (У сваком реду заокружите један од понуђених одговора).					
		Никад чуо/ла	Чуо/ла, али ништа не знам о њима	Безопасна су ако се користе правилно	Увек су штетна	
	Амфетамин (спид)	1	2	3	4	
	Барбитурати (средства за спавање)	1	2	3	4	
	Канабис (маријуана, трава)	1	2	3	4	
	Екстази	1	2	3	4	
	Кокаин (коку)	1	2	3	4	
	Халуциногене дроге (ЛСД)	1	2	3	4	
	Хероин	1	2	3	4	
	Морфијум	1	2	3	4	
	Крек	1	2	3	4	
	Растварачи (лепак)	1	2	3	4	
	Средства за смирење (нпр. бенседин, либријум)	1	2	3	4	
Средства против болова (нпр. тродон)	1	2	3	4		
Комбинација (нпр. тродон и алкохол или нека друга)	1	2	3	4		
150.	Ако Вам је било када понуђена дрога, ко Вам је понудио?					
				Не	Да	
	Најбољи пријатељ/пријатељица			1	2	
	Неко из друштва			1	2	
	Неко непознат кога је један од другова довео у друштво			1	2	
	Пришао ми је неко непознат и понудио			1	2	
Није ми понуђена дрога			1	2		
151.	Упишите да ли неко од Ваших пријатеља из друштва:					
				Не	Да	Не знам
	„Дува” лепак			1	2	3
	Пуши „траву”			1	2	3
	Узима „теже” дроге (хероин, кокаин и сл.)			1	2	3
Узима таблете (бенседин, валијум, амфетамин итд.)			1	2	3	
152.	Да ли сте пробали или узимате неке од наведених супстанци? (Ако никад нисте пробали ниједно од наведених средстава пређите на питање број 155).					
		Никад	Пробало 1 до 2 пута	Узимао пре, сада не	Узимам повремено	Узимам свакодневно
	Лепак	1	2	3	4	5
	Таблете (бенседин, валијум, амфетамин и др.)	1	2	3	4	5
	Маријуану	1	2	3	4	5
	Хашиш	1	2	3	4	5
	Кокаин	1	2	3	4	5
	Екстази	1	2	3	4	5
	Хероин	1	2	3	4	5

153.	Колико сте имали година када сте први пут пробали:	Лепак							
		Таблете							
		Марихуану							154
		Хашшиш							
		Кокаин							
		Хероин							
		Екстази							
154.	Где сте први пут пробали неку од претходно наведених дрога?	На журци, у дискотеци, кафићу	1						
		На улици	2						155
		У школи	3						
		У стану свога друга/рице или свом стану	4						
		Друго (наведите где)	5						
155.	Какав је Ваш став о дрогама?			Не слажем се	Слажем се	Не знам			
		Смањују напетост и опуштају	1	2	3				
		Поправљају расположење	1	2	3				
		Марихуана не изазива зависност	1	2	3				156
		Мале количине не шкоде здрављу	1	2	3				
		Дроге подстичу креативност	1	2	3				
		Боље је и не пробати их	1	2	3				
		Треба легализовати продају „лаких” дрога (марихуана)	1	2	3				
		Штетне су по здравље	1	2	3				
156.	Да ли сматрате да у нашој средини малолетницима законом треба ограничити продају:	Дувана	1	2	3	Не	Да	Не знам	
		Алкохола	1	2	3				157
		Лекова	1	2	3				
		„Лаких” дрога (марихуана)	1	2	3				

XX. СЕКСУАЛНИ ЖИВОТ

157.	Да ли имате сексуалне односе?	Не	1						158
		Да	2						159
158.	Наведите разлог:	Немам партнера	1						
		Из здравствених разлога	2						165
		Старост	3						
		Друго (навести)	4						
159.	Да ли ступате у сексуални однос са особом коју први пут у животу срећете?	Не	1						
		Да	2						160
		Понекад	3						
160.	Да ли при првом сексуалном контакту са неком особом захтевате употребу кондома?	Не	1						
		Да	2						161
		Понекад	3						
161.	Да ли одржавате сексуалне односе са:	Једним партнером	1						163
		Два или више партнера	2						162
		Не желим да одговорим	3						163
162.	Да ли користите заштитно средство (кондом, презерватив)?	Никад	1						
		Понекад	2						163
		Увек	3						
163.	Да ли при сексуалном односу користите контрацептивна средства (средства за спречавање трудноће)?	Не	1						
		Да	2						164
		Немам потребе	3						

164.	Да ли Ви и Ваш партнер/ка користите неко од контрацептивних средстава (средстава за спречавање трудноће) при сексуалном односу?				165
		Не	Да	Понекад	
	Пилулу	1	2	3	
	Интраутеринску спиралу	1	2	3	
	Локална хемијска средства (пену, АБ филм)	1	2	3	
	Кондом (презерватив-гумицу)	1	2	3	
	Дијафрагму	1	2	3	
	Неплодне дане	1	2	3	
	Прекинут однос	1	2	3	
	Ништа	1	2	3	
	Друго (наведите)	1	2	3	
165.	Да ли сте чули за вирус који се зове ХИВ и за болест сиду (АИДС) ?	Не.....	Да	1	166
166.	Шта мислите о следећим изјавама?				
		Тачно	Нетачно	Не знам	
	Постоји начин да се избегне инфекција ХИВ-ом.	1	2	3	
	Људи се могу заштитити од инфицирања ХИВ-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и нема друге партнере.	1	2	3	
	Људи се могу заштитити од инфицирања ХИВ-ом правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа.	1	2	3	
	Људи се могу заштитити од инфицирања ХИВ-ом ако уопште немају сексуалне односе.	1	2	3	
	Сиде се може добити уједом комарца.	1	2	3	
	Особа која изгледа здрава може бити носилац вируса сиде.	1	2	3	167
	Вирус сиде се може пренети са мајке на дете.	1	2	3	
	Вирус сиде се може пренети са мајке на дете током трудноће.	1	2	3	
	Вирус сиде се може пренети са мајке на дете приликом порођаја.	1	2	3	
	Вирус сиде се може пренети са мајке на дете преко млека приликом дојења.	1	2	3	
	Наставнику који има овај вирус, а још није оболео од сиде, треба дозволити да и даље ради у школи.	1	2	3	
	И даље треба куповати храну код продавца за кога сте сазнали да има сиду или вирус сиде.	1	2	3	
167.	Да ли сте се тестирали на ХИВ, вирус који изазива сиду?	Не.....	Да	1	169
168.	Да ли су Вам саопштени резултати?	Не.....	Да	2	168
		Не.....	Да	2	169
169.	Да ли знате место где можете да се тестирате на ХИВ вирус?	Не.....	Да	1	
		Не.....	Да	2	

Добро јутро/дан/вече, моје име је _____. Ми смо из Истраживачке агенције Стратешки Маркетинг. Радимо на пројекту Министарства здравља Републике Србије који се бави истраживањем здравља становништва. Били бисмо Вам веома захвални уколико узмете учешће у нашој анкети. Све добијене информације ће се третирати као строго поверљиве и никада се неће открити њихов извор. Нисте обавезни да одговорите на питање на које не желите и у сваком тренутку можете прекинути разговор.

УПИТНИК ЗА ДОМАЋИНСТВО

ДЕО ДМ - ИНФОРМАЦИОНИ ПАНЕЛ ЗА ДОМАЋИНСТВО	
ДМ1. Редни број пописног круга у узорку: _____	ДМ2. Редни број домаћинства у пописном кругу: _____
ДМ3. Име и презиме анкетара: _____ Шифра анкетара: _____	ДМ4. Име и презиме контролора: _____ Шифра контролора: _____
ДМ5. Дан / месец / година анкетирања: _____ / _____ / 2 0 0 6	
ДМ6. Адреса домаћинства: _____	ДМ7. Телефон домаћинства: _____ <i>[АНК] Није обавезно уписати број телелефона домаћинства</i>
Пошто су попуњени сви упитници за ово домаћинство, унети следеће податке:	
ДМ8. Резултат попуњавања Упитника за домаћинство: Упитник за домаћинство је попуњен.....1 Нико није код куће.....2 Одбили да сарађују.....3 Домаћинство није пронађено.....4 Друго (навести) _____ 95	ДМ9. Име главног испитаника: Име: _____ <i>[АНК] Није обавезно уписати име главног испитаника</i>
	ДМ10. Укупан број чланова домаћинства: _____
ДМ11. Број одраслих особа - 20 година и више: _____	ДМ12. Број попуњених Упитника за одрасле особе 20+ : _____
	ДМ13. Број урађених Упитника за самопопуњавање за одрасле особе 20+ : _____
ДМ14. Број деце од 7 до 19 година: _____	ДМ15. Број попуњених Упитника за децу од 7 до 19 г. : _____
ДМ16. Број деце од 12 до 19 година: _____	ДМ17. Број урађених Упитника за самопопуњавање за децу од 12 до 19 година: _____
<i>Напомена за анкетара / контролора: Уписати напомене у вези са анкетирањем чланова домаћинства, као што су број поновљених посета, непотпуни појединачни формулари, број покушаја поновљене посете и слично.</i>	
ДМ18. Шифра лица које врши унос података: _____	

ДЕО СД – СПИСАК ЧЛАНОВА ДОМАЋИНСТВА

У ред 01 уписана је шифра 1. Главни испитаник. Даље редом уписивати шифре сродства са главним испитаником свих чланова домаћинства (колона СД2).

Затим питати: **Да ли је још неко члан домаћинства, иако тренутно не живи овде?** Уколико је одговор потврдан, допунити списак осталим члановима домаћинства. Затим прећи на део КД – Карактеристике домаћинства.

Број реда члана домаћинства:	СД1. Име:	СД2. Сродство са главним испитаником:	СД3. Пол:		СД4. Датум рођења:	СД5. Навршене године живота:	СД6. Важи за упитник:		
		2. Супруга/Супруг 3. Ђерка/Син 4. Мајка/Отац 5. Сестра/Брат 6. Унука/Унук 7. Баба/Деда 8. Други рођаци 9. Нису у сродству, али живе у истом домаћинству	Женски	Мушки	Дан/Месец/Година		За одраслу особу 20+	За дете од 7 до 19	За дете од 12 до 19
01		1. Главни испитаник	1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		01	01	01
02			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		02	02	02
03			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		03	03	03
04			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		04	04	04
05			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		05	05	05
06			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		06	06	06
07			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		07	07	07
08			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		08	08	08
09			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		09	09	09
10			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		10	10	10
11			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		11	11	11
12			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		12	12	12
13			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		13	13	13
14			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		14	14	14
15			1	2	□□□ / □□□ / □□□□□		15	15	15
							Одрасла особа	Дете 7-19	Дете 12-19
Укупно							□□□	□□□	□□□

[АНК] Сада би требало припремити посебне упитнике за сваку одраслу особу старости 20 и више година која живи у овом домаћинству: Упитник за одраслу особу 20+ и Упитник за самопопуњавање за одраслу особу 20+.

За свако дете узраста 7 до 19 година припремити Упитник за дете од 7 до 19 година.

За свако дете узраста 12 до 19 година припремити Упитник за самопопуњавање за дете од 12 до 19 година.

НАСТАВИТИ СА ПОПУЊАВАЊЕМ УПИТНИКА ЗА ДОМАЋИНСТВО.

ДЕО КД – КАРАКТЕРИСТИКЕ ДОМАЋИНСТВА			
КД1	Које је врсте стамбени објекат у коме живите?	1. Кућа 2. Стан у кући 3. Стан у згради са мање од 15 станова 4. Стан у згради са више од 15 станова 95. Друго, (навести) _____	КД2
КД2	Ко је власник куће/стана?	1. Један од чланова домаћинства 2. Држава/Предузеће 3. Родитељ 4. Станодавац 95. Друго, (навести) _____ НЗ (Не зна)	КД3
КД3	Колика је површина Ваше куће/стана?	_____ м ²	КД4
КД4	Колико имате соба у кући/стану? [АНК] Рачунају се све собе укључујући и дневну собу.	_____ соба	КД4А
КД4А	Колико се просторија у кући/стану домаћинства користи за спавање?	_____ просторија за спавање	КД5
КД5	Од ког <u>основног</u> материјала је направљен под у кући/стану? [АНК] Један одговор. Заокружити преовлађујући материјал.	1. Паркет/ламинат/бродски под/керамичке плочице 2. Патос/бетон 3. Земља 95. Друго, (навести) _____	КД5А
КД5А	Од ког <u>основног</u> материјала је направљен кров куће/зграде? [АНК] Један одговор. Заокружити преовлађујући материјал.	1. Слама 2. Трска 3. Дрвене даске 4. Лим 5. Цреп 6. Цементна/бетонска плоча 7. Кровна шиндра 95. Друго, (навести) _____	КД5Б
КД5Б	Од ког <u>основног</u> материјала су саграђени зидови у кући/стану домаћинства? [АНК] Један одговор. Заокружити преовлађујући материјал.	1. Набој (трска, слама, блато) 2. Камен и блато 3. Непечена цигла 4. Шперплоча 5. Картон 6. Половна грађа 7. Бетон 8. Камен са цементом 9. Цигла 10. Цементни блок 11. Дрвене даске/шиндра 95. Друго, (навести) _____	КД6
КД6	Да ли у Вашој кући/стану имате електричну енергију (струју)?	1. Не 2. Да	КД7
КД7	Који извор енергије <u>најчешће</u> користите за грејање у Вашој кући/стану? [АНК] Један одговор	1. Електрична енергија 2. Гас 3. Дрво 4. Угаљ 5. Нафта/Пож уље/Мазут 95. Друго, (навести) _____	КД8
КД8	Како процењујете услове Вашег становања? [АНК] Један одговор	1. Врло лоши 2. Лоши 3. Просечни 4. Добри 5. Врло добри НЗ (Не зна)	ДЕО ВО

ДЕО ВО - СНАБДЕВАЊЕ ПИЈАЋОМ ВОДОМ И УКЛАЊАЊЕ ОТПАДНИХ МАТЕРИЈА			
ВО1	Да ли имате извор воде/прикључак за воду у кући/стану?	1. Не 2. Да	ВО2 ВО4
ВО2	Колико је удаљен извор воде за пиће од Вашег домаћинства? [АНК] Један одговор	1. У дворишту 2. Мање од 100 м 3. Од 100 до 199 м 4. Од 200 до 499 м 5. Од 500 м до 1 км 6. Више од 1 км НЗ (Не зна)	ВО3
ВО3	Колико је времена потребно да бисте дошли до воде за пиће? [АНК] Рачуна се само у једном правцу	_____ минута	ВО4
ВО4	Који је главни извор пијаће воде за чланове Вашег домаћинства? [АНК] Један одговор	1. Градски водовод 2. Сеоски (локални) водовод 3. Јавна чесма 4. Бушени бунар 5. Покривен копани бунар или уређен извор 6. Непокривен копани бунар или неуређен извор 7. Језеро, река, поток 8. Кишница 9. Флаширана вода 10. Цистерна 95. Друго, (навести) _____	ВО5 ВО4А ВО5
ВО4А	Који је главни извор воде који Ваше домаћинство користи за остале потребе, као што је кување или прање руку? [АНК] Један одговор	1. Градски водовод 2. Сеоски (локални) водовод 3. Јавна чесма 4. Бушени бунар 5. Покривен копани бунар или уређен извор 6. Непокривен копани бунар или неуређен извор 7. Језеро, река, поток 8. Кишница 9. Цистерна 95. Друго, (навести) _____	ВО5
ВО5	Да ли постоје прекиди у снабдевању водом?	1. Не 2. Да, повремено 3. Да, свакодневно 4. Да, у току лета	ВО6
ВО6	Да ли имате нужник (WC) у кући/стану?	1. Не 2. Да	ВО7 ВО8
ВО7	Колико је удаљен нужник (WC) од Вашег домаћинства?	1. Мање од 50 м 2. Више од 50 м НЗ (Не зна)	ВО8
ВО8	Какву врсту нужника (WC-а) користи Ваше домаћинство? [АНК] Један одговор	1. Нужник на испирање са прикључком на канализацију 2. Нужник на испирање са прикључком на септичку јаму 3. Нужник без испирања са водонепропусном јамом 4. Пољски нужник 5. Нема нужник	ВО9
ВО9	Да ли поред Вашег домаћинства, нужник (WC) користи и неко друго домаћинство?	1. Не 2. Да, 1—2 домаћинства 3. Да, 3—5 домаћинстава 4. Да, више од 5 домаћинстава	ВО10
ВО10	Како уклањате отпадне материје (ђубре) из Вашег домаћинства? [АНК] Један одговор	1. Односи се организовано на нивоу општине/насеља 2. Одлажете их на место предвиђено за то у насељу где живите 3. Бацате их на "дивље" депоније 4. Спаљујете их 5. Закопавате их 6. Стављате их на гомилу у близини куће 7. Бацате их у реку 8. Избацујете у непосредну околину 95. Друго, (навести) _____	ДЕО СЕ

ДЕО СЕ - СОЦИОЕКОНОМСКО СТАЊЕ ДОМАЋИНСТВА				
СЕ1	Колико укупно извора прихода има Ваше домаћинство?	_____	СЕ2	
СЕ2	Који је главни извор новчаних прихода у Вашем домаћинству? [АНК] Један одговор.	1. Плата у државној служби 2. Плата код приватника 3. Пензија 4. Сопствени посао 5. Пољопривреда 6. Издавање некретнина 7. Социјална помоћ 8. Нема новчаних примања 95. Друго (навести) _____ БО (Одбија да одговори)	СЕ3	
СЕ3	На који начин обезбеђујете храну за домаћинство?		Не Да	
	1. Куповином	1	2	
	2. Сопственом производњом	1	2	
	3. Добијањем помоћи од рођака/пријатеља/	1	2	
	4. Храним/о се у народној кухињи	1	2	
	95. Друго (навести) _____	1	2	
СЕ4	Процените расходе Вашег домаћинства за трошкове исхране у току претходног месеца:	1. Мање од 30% 2. Од 30 до 50% 3. Од 51 до 70% 4. Преко 70% НЗ (Не зна)	СЕ5	
СЕ5	Да ли су приходи Вашег домаћинства у току претходног месеца били довољни за трошкове: [АНК] Шифру 3 – Не користи могуће је заокружити искључиво за категорије одговора 6, 7 и 8.		Не Да Не користи	
	1. Исхране	1	2	
	2. Личне хигијене	1	2	
	3. Хигијене домаћинства	1	2	
	4. Одећу, обућу	1	2	
	5. Режијске трошкове	1	2	
	6. Здравствену заштиту (прегледе,	1	2	3
	7. Рекреацију	1	2	3
	8. Изласке (у позориште, биоскоп,	1	2	3
СЕ6	Да ли је неко од чланова Вашег домаћинства у току претходних 12 месеци био на летевању/зимовању?	1. Не 2. Да	СЕ7	
СЕ7	Да ли Ваше домаћинство има:		Не Да	
	1. Земљу	1	2	
	2. Аутомобил	1	2	
	3. Трактор	1	2	
	4. Фрижидер	1	2	
	5. Бојлер	1	2	
	6. Машину за прање веша	1	2	
	7. Машину за прање судова	1	2	
	8. Телевизор у боји	1	2	
	9. Телефон	1	2	
	10. Мобилни телефон	1	2	
	11. Персонални рачунар	1	2	
	12. Приступ интернету	1	2	
	13. Купатило	1	2	
	14. Централно грејање	1	2	
	15. Клима уређај	1	2	
	16. Уштеђевину	1	2	
СЕ8	Како процењујете материјално стање Вашег домаћинства? [АНК] Један одговор	1. Врло лоше 2. Лоше 3. Просечно 4. Добро 5. Врло добро НЗ (Не зна)	СЕ9	

CE9	Колики је укупан приход Вашег ДОМАЋИНСТВА у претходном месецу? Сума у динарима.	_____ динара		CE10	
CE10	Колико новца је, по Вашем мишљењу, месечно потребно Вашем домаћинству да би могло нормално да живи? Сума у динарима. <i>[АНК]</i> Сума у питању CE 10 не сме бити мања од суме из питања CE 11.	_____ динара		CE11	
CE11	Који је по Вашем мишљењу апсолутно минималан износ месечно потребан да би Ваше домаћинство било у стању да покрије најосновније животне потребе? Сума у динарима. <i>[АНК]</i> Сума у питању CE11 не сме бити већа од суме дате у питању CE10. Под најосновнијим животним потребама се подразумевају опције од 1 до 6 из питања CE5.	_____ динара		CE12	
CE12	Колико је од Ваше куће/стана удаљена најближа: <i>[АНК]</i> Када је у питању удаљеност у изражена у минутима, подразумева се време које је потребно да се стигне до одређене здравствене установе превозним средством које се најчешће користи .	1. Амбуланта	а _____ мин	б _____ км.	ДЕО ИЗ
		2. Дом здравља	а _____ мин	б _____ км.	
		3. Болница	а _____ мин	б _____ км.	
		4. Апотека	а _____ мин	б _____ км.	

Ми смо из Истраживачке агенције Стратешки Маркетинг. Радимо на пројекту Министарства здравља Републике Србије који се бави истраживањем здравља становништва. Желео(ла) бих да о томе поразговарам са Вама. Овај разговор ће трајати око 30 минута. Све добијене информације ће се третирати као строго поверљиве и никада се неће открити њихов извор. Нисте обавезни да одговорите на питање на које не желите и у сваком тренутку можете прекинути разговор.

УПИТНИК ЗА ОДРАСЛЕ ОСОБЕ СТАРЕ 20 ГОДИНА И ВИШЕ

ДЕО ДО- ИНФОРМАЦИОНИ ПАНЕЛ УПИТНИК ЗА ОДРАСЛЕ ОСОБЕ СТАРЕ 20 ГОДИНА И ВИШЕ

Потребно је попунити посебан упитник за сваког члана домаћинства који испуњава услов, а који живи у том домаћинству. Уписати редни број пописног круга у узорку и редни број домаћинства у пописном кругу, као и име и број реда испитаника. Уписати име и шифру анкетара и датум анкетирања.

ДО1. Редни број пописног круга у узорку:

ДО2. Редни број домаћинства у пописном кругу:

ДО3. Име члана домаћинства:

ДО4. Број реда члана домаћинства:

ДО5. Име и презиме анкетара:

ДО6. Дан / месец / година анкетирања:

Шифра анкетара:

 / /

ДО7. Резултат анкете рађене за одрасле особе старе 20 година и више:

[АНК] Шифре се односе на члана домаћинства који би требало да одговара на упитник, тј. на ситуацију да ли је тај члан домаћинства пристао/ла на анкетирање.

1. Упитник је попуњен
2. Испитаник није код куће
3. Испитаник одбија разговор
4. Упитник је делимично попуњен
95. Друго, навести: _____

Поновити уводни поздрав уколико то већ није учињено:

Поштовани,

Овом приликом желимо да Вам се најсрдачније захвалимо у име истраживачке агенције Strategic Marketing Research што сте издвојили своје време и учествовали у овој анкети.

Strategic Marketing Research гарантује и штити вашу анонимност. Подаци прикупљени на овај начин посматрају се само групно и користе се једино у сврху овог истраживања. Не постоји начин да се било који Ваш одговор из ове анкете повеже са подацима о Вашем идентитету.

У случају питања молимо Вас контактирајте нас на број 011 328 49 87, Наталија Билишков.

Хвала Вам на сарадњи!

Можемо ли да почнемо?

По добијању пристанка, почети са разговором. Ако испитаник не жели да настави, треба му / јој се захвалити, код питања ДО7 заокружити одговарајућу шифру и прећи на следећи упитник. Консултујте се са контролором о исходу и следећој посети..

ДЕО ДК – ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКИ СТАТУС			
ДК1	Који је највиши степен образовања који сте стекли до сада? [АНК] Показати картицу ДК1. Један одговор	1. Без школе 2. Непотпуна основна школа 3. Основна школа 4. Средња школа (3 или 4 године) 5. Виша школа 6. Висока школа	ДК2
ДК2	Које је Ваше брачно стање?	1. Ожењен/удата 2. Живим у ванбрачној заједници 3. Неожењен/неудата 4. Разведен/а, раздвојен/а 5. Удовац/удовица	ДК3
ДК3	Колико деце имате?	_____	ДК4
ДК4	Да ли Ваше домаћинство има више од једног члана?	1. Да, _____ чланова ----- 2. Не, живим сам/а	ДК6 ДК5
ДК5	Колико дуго живите сами?	_____ година	ДК6
ДК6	Какав је Ваш радни статус? [АНК] Показати картицу ДК6. Један одговор	1. Запослен/а 2. Самосталан/самозапослен/а ----- 3. Пензионисан/а 4. Домаћица 5. Студент, ученик 6. Незапослен/а 7. Неспособан/на за рад	ДК7 ДЕО ХН
ДК7	Којој категорији занимања припадате? [АНК] Показати картицу ДК7. Један одговор	1. Законодавци, функционери и руководиоци 2. Стручњаци 3. Стручни сарадници и техничари 4. Службеници 5. Услужни радници и трговци 6. Радници у пољопривреди, рибарству и шумарству 7. Занатлије и сродни радници 8. Руковаоци машинама и уређајима 9. Основна - једноставна занимања 10. Војна лица	ДЕО ХН

ДЕО ХН – ХИГИЈЕНСКЕ НАВИКЕ					
ХН1	Да ли перете руке:			ХН2	
		Скоро никад	Како – кад		Увек
	1. По уласку у кућу	1	2		3
	2. Пре јела	1	2		3
	3. После употребе WC-а (нужника)	1	2	3	
ХН2	Колико често перете зубе? [АНК] Показати картицу ХН2. Један одговор	1. Никад 2. Повремено 3. Једном дневно 4. Више од једном дневно 5. Немам своје зубе ни протезу	ХН3		
ХН3	Колико пута сте се током прошле недеље купали или туширали? [АНК] Односи се на број дана у недељи. Показати картицу ХН3. Један одговор	1. Ниједном 2. Једном 3. 2 до 3 пута 4. 4 до 6 пута 5. Сваки дан	ДЕО ИС		

ДЕО ИС - ИСХРАНА					
ИС1	Колико пута недељно:			ИС2	
		Никад	Понекад		Сваки дан
	1. Доручкујете	1	2		3
	2. Ужинате пре подне	1	2		3
	3. Ручате	1	2		3
	4. Ужинате после подне	1	2		3
	5. Вечерате	1	2	3	

ИС2	Колико чаша воде у просеку попијете у току једног дана? [АНК] Упишите тачан број, не пишете интервале. Мисли се на обичне чаше од 2дл обичне, минералне, газиране или негазиране воде.	_____ чаша			ИС3	
ИС3	Да ли пијете млеко, јогурт, кисело млеко, белу кафу или какао? [АНК] Показати картицу ИС3. Један одговор.	1. Никад				ИС5
		2. Понекад				
ИС4	Колики проценат масноће има млеко које обично конзумирате? [АНК] Показати картицу ИС4. Један одговор.	3. Сваки дан по једну шољу				ИС4
		4. Сваки дан по 2 или више шоља				
ИС5	Колики проценат масноће има млеко које обично конзумирате? [АНК] Показати картицу ИС4. Један одговор.	1. Не обраћам пажњу на садржај масти				ИС5
		2. Мање од 0.5% масти (обрано)				
ИС5	Колико често сте током прошле недеље јели или пили: [АНК] Односи се на број дана у недељи. Показати картицу ИС5.		Ниједном	1 до 2 пута	3 до 5 пута	6 до 7 пута
		1. Куван кромпир	1	2	3	4
		2. Пржен кромпир	1	2	3	4
		3. Пиринач/тестенине	1	2	3	4
		4. Житарице (кувано жито, мекиње, овсене, кукурузне и друге)	1	2	3	4
		5. Сир	1	2	3	4
		6. Рибу	1	2	3	4
		7. Пилетину и остала живинска меса	1	2	3	4
		8. Месо (јунеће, свињско, јагњеће)	1	2	3	4
		9. Месне прерађевине	1	2	3	4
		10. Јаја	1	2	3	4
		11. Пасуљ, грашак, сочиво и слично	1	2	3	4
		12. Свеже поврће, салату	1	2	3	4
		13. Друго поврће (јела од поврћа, смрзнуто, конзервирано)	1	2	3	4
		14. Свеже воће	1	2	3	4
		15. Друго воће (смрзнуто, конзервирано)	1	2	3	4
		16. Колаче, кекс	1	2	3	4
		17. Слаткише (бомбоне, чоколаде)	1	2	3	4
		18. Слатка безалкохолна пића (газиране/негазиране сокове, топлу чоколаду)	1	2	3	4
		19. Сендвич	1	2	3	4
		20. Чипс и друге грицкалице	1	2	3	4
21. Храну купљену у пекари (паштете, погачице, бурек, пица и сл.), киоску, ресторану брзе хране	1	2	3	4	ИС6	
ИС6	Коју врсту хлеба најчешће користите у исхрани? [АНК] Један одговор	1. Бели				ИС7
		2. Полубели				
ИС7	Коју врсту масних намаза најчешће мажете на хлеб? [АНК] Један одговор	3. Црни, ражани и сличне врсте				ИС8
		4. Комбиновано				
		5. Не једем хлеб				
ИС8	Која врста масноће се <u>НАЈЧЕШЋЕ</u> користи за припремање хране (кување, печење, припрема колача и др.) у Вашем домаћинству? [АНК] Један одговор	1. Маргарин				ИС8
		2. Путер				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	3. Мајонез				ИС9
		4. Маст				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	5. Кајмак/крем сир/павлаку и слично				ИС9
		6. Паштету				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	7. Не користим никакав намаз				ИС9
		1. Свињска маст, путер				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	2. Билна маст, маргарин				ИС9
		3. Уље				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	4. Не користим масноћу НЗ (Не зна)				ИС9
		1. Никад				
ИС9	Да ли досољавате храну коју једете? [АНК] Један одговор	2. Када храна није довољно слана				ИС10
		3. Скоро увек пре него што пробам храну				

ИС10	Да ли при избору начина исхране размишљате о свом здрављу? [АНК] Један одговор	1. Никад 2. Понекад 3. Често 4. Увек	ДЕО СВ
------	---	---	-----------

ДЕО СВ - СЛОБОДНО ВРЕМЕ, ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ И СПОРТ

СВ1	Како проводите слободно време?	Никад или скоро никад	Понекад	Често	СВ2
	1. Гледам телевизију, ДВД, видео-касете	1	2	3	
	2. Проводим време за компјутером	1	2	3	
	3. Проводим време са децом	1	2	3	
	4. Проводим време са пријатељима	1	2	3	
	5. Бринем о кућном љубимцу	1	2	3	
	6. Радим у кући и око ње	1	2	3	
	7. Радим у пољу, на њиви	1	2	3	
	8. Идем у биоскоп, позориште, на концерте	1	2	3	
	9. Бавим се индивидуалним спортом (теретана, трчање, тенис...)	1	2	3	
	10. Бавим се тимским спортом (фудбал, кошарка, одбојка...)	1	2	3	
	11. Читам књигу	1	2	3	
	12. Читам новине, часописе, решавам укрштенице	1	2	3	
	13. Играм друштвене игре (шах, домино, карте, јамб...)	1	2	3	
	14. Имам активности везане за додатну зараду	1	2	3	
95. Друго, навести: _____	1	2	3		
СВ2	Колико сте физички активни у Вашем слободном времену? [АНК] Један одговор. Показати картицу СВ2. Уколико испитаник наводи више од једног одговора, треба заокружити онај који се односи на најинтензивнију активност, односно на активност која захтева највећи физички напор.	1. Читам, гледам телевизију, седим, лешкарим или слично 2. Углавном ходам, возим бицикл или слично (шетање, пецање, лов) најмање 4 сата недељно 3. Бавим се физичким активностима ради одржавања физичке кондиције (трчањем, пливањем, скијањем, играма лоптом, тежим радом у башти и сл.) најмање 4 сата недељно 4. Тренирам редовно, неколико пута недељно	СВ3		
СВ3	Колико често се, у слободно време, бавите физичким активностима бар 30 минута тако да се бар мало задувате или ознојите? [АНК] Један одговор. Уколико је испитаник старија особа и одговори да не може да вежба јер је исувише стара заокружити шифру 7.	1. Сваки дан 2. 4 - 6 пута недељно 3. 2 - 3 пута недељно 4. Једном недељно 5. 2 - 3 пута месечно 6. Неколико пута годишње/никад 7. Не могу да вежбам због болести/инвалидности	СВ4		
СВ4	Колико је физички напоран посао којим се бавите? [АНК] Одговарају само запослена лица и лица која самостално обављају неку делатност (укључује и земљораднике).	1. Углавном седим 2. Углавном стојим/ходам, али не носим тежак терет 3. Пуно ходам, пењем се уз степенице и/или подижем терет 4. Тешко физички радим, носим/подижем тежак терет	СВ5		
Размислите о активностима које захтевају велики физички напор , а којима сте се бавили у последњих недељу дана. Напорне физичке активности су оне при којима дишете знатно теже него обично и укључују подизање терета, копање, аеробик или брзу вожњу бицикла. Узмите у обзир само оне физичке активности које су трајале најмање 10 минута у континуитету.					
СВ5	СВ5а. Колико сте се у последњих недељу дана бавили напорним физичким активностима? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 дана.	1. Уписати број дана: _____ дана БО (Одбија да одговори) НЗ (Не зна)	СВ56		
	СВ5б. Колико сте обично времена у току једног дана провели бавећи се напорним физичким активностима? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 сати и 0 минута.	1. Уписати број сати _____ и _____ минута	СВ6а		

Размислите о активностима које захтевају **умерен физички напор**, а којима сте се бавили у последњих недељу дана. **Умерене физичке активности** су оне при којима се мало задувате и укључују ношење лакших терета, возњу бицикла умереном брзином и сл. Немојте укључивати ходање. Узмите у обзир само оне физичке активности које су трајале најмање 10 минута у континуитету.

CB6	CB6a. Колико сте се у последњих недељу дана бавили умереним физичким активностима? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 дана.	1. Уписати број дана: _____ дана БО (Одбија да одговори) НЗ (Не зна)	CB6б
	CB6б. Колико сте обично времена у току једног дана провели бавећи се умереним физичким активностима? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 сати и 0 минута.	1. Уписати број сати _____ и _____ минута	CB7а

Сада размислите о томе колико сте времена у последњих недељу дана провели **ходајући**. Ово укључује ходање до посла и назад, ходање од једног до другог места, као и оно које сте предузели само због рекреације, спорта, вежбања или разоноде.

CB7	CB7а. У последњих недељу дана, током колико дана сте ходали најмање 10 минута у континуитету? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 дана.	1. Уписати број дана: _____ дана БО (Одбија да одговори) НЗ (Не зна)	CB7б
	CB7б. Колико сте обично времена у току једног дана провели ходајући? [АНК] Уколико је одговор "Ниједан" уписати 0 сати и 0 минута.	1. Уписати број сати _____ и _____ минута	CB8

Сада размислите о томе колико сте времена провели **седећи** током радних дана у последној недељи, укључујући време које сте провели на послу/факултету и код куће. Ово подразумева седење за столом, седење и лежање приликом гледања телевизије/читања, посете пријатељима, путовање колима/аутобусом.

CB8	У последњих недељу дана, колико сте укупно времена обично провели седећи у току једног РАДНОГ ДАНА?	1. Уписати број сати _____ и _____ минута	ДЕО ПС
-----	---	---	-----------

ДЕО ПС - ПОНАШАЊЕ У САОБРАЋАЈУ

ПС1	Ако возите да ли приликом возње:				
		Не	Понекад	Да	Не возим
	1. ролера/скејтборда користите штитнике и кацигу	1	2	3	4
	2. бицикла носите заштитну кацигу	1	2	3	4
	3. бицикла ноћу користите предње и задње светло	1	2	3	4
	4. трактора ноћу користите предња и задња светла	1	2	3	4
	5. мотора носите заштитну кацигу	1	2	3	4
	6. аутомобила користите сигурносни појас	1	2	3	4
	7. аутомобила возите под утицајем алкохола	1	2	3	4
	8. аутомобила прекорачујете дозвољену брзину	1	2	3	4
9. аутомобила користите мобилни телефон	1	2	3	4	ПС2
ПС2	Да ли прелазите улицу ван пешачког прелаза или на црвено светло семафора за пешаке?	1. Не 2. Да, понекад 3. Да, често			ПС3
ПС3	Да ли као сувозач користите:				
		Не	Понекад	Да	Не возим се
	1. у аутомобилу сигурносни појас	1	2	3	4	ДЕО ПО
2. на мотору заштитну кацигу	1	2	3	4	

ДЕО ПО - ПОВРЕДЕ

ПО1	Да ли сте се у току претходних 12 месеци повређивали?	1. Не	ДЕО ОР
-----	---	-------	-----------

		2. Да	ПО2
ПО2	Где се догодило последње повређивање?	1. У саобраћају 2. У кући 3. На послу 4. У школи 5. На улици 6. У пољу/на њиви 7. На спортском терену 95. Друго, навести: _____	ПО3

ПО3	Где Вам је том приликом прво пружена помоћ?	1. На лицу места - хитна помоћ 2. У болници 3. У дому здравља/амбуланти 4. Код приватног лекара 5. Код народног исцелитеља 95. Друго, навести: _____ 6. Нисам се обратио/ла за помоћ	ДЕО ОР
-----	---	--	-----------

ДЕО ОР – ОСТАЛИ РИЗИЦИ И ЗНАЊА О ЗДРАВЉУ

ОР1	Да ли сматрате да у Вашем месту постоје ризици по здравље:			
		Не	Да	Не знам
	1. Бука	1	2	НЗ
	2. Загађење ваздуха	1	2	НЗ
	3. Загађење воде	1	2	НЗ
	4. Отпадне материје	1	2	НЗ
	5. Радиоактивно зрачење	1	2	НЗ
	6. Ултразвучно (УВ) / сунчево зрачење	1	2	НЗ
	7. Насилје, криминал	1	2	НЗ
95. Друго, навести: _____	1	2	НЗ	

ОР2

ОР2	Да ли сматрате да својим понашањем ризикујете да оболите од неке од наведених болести?				
		Не	Да	Већ	Не знам
	1. Гојазности	1	2	3	НЗ
	2. Повишеног крвног притиска	1	2	3	НЗ
	3. Шећерне болести	1	2	3	НЗ
	4. Болести срца и крвних судова (инфаркт, шлог, ангина)	1	2	3	НЗ
	5. Плућних болести (хронични бронхитис)	1	2	3	НЗ
	6. Рака	1	2	3	НЗ
	7. Цирозе јетре	1	2	3	НЗ
	8. Полних болести, сиде (АИДС)	1	2	3	НЗ
9. Болести као последице повреде	1	2	3	НЗ	
95. Друго, навести: _____	1	2	3	НЗ	

ОР3

ОР3	Да ли Вам је, од стране лекара, откривено неко од следећих стања/обољења?							ОР4	
		Откривено у току претходних 12 месеци			Откривено раније				Дани одсуства са посла (боловања) у претходних 12 месеци Одговарају само запослена лица
	<i>Само лица код којих стање/обољење није откривено у претходних 12 месеци одговарају и на опцију "откривено раније".</i>	Не	Да, лечено	Да, није лечено	Не	Да, лечено	Да, није лечено		
	1. Туберкулоза	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	2. Инфаркт миокарда (срчани удар)	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	3. Мождани удар (шлог)	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	4. Повишен крвни притисак	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	5. Хронични бронхитис, емфизем	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	6. Астма	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	7. Малигно обољење (рак)	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	8. Шећерна болест	1	2	3	4	5	6		_____ дана
	9. Повишене масноће у крви	1	2	3	4	5	6		_____ дана
10. Мигрена	1	2	3	4	5	6	_____ дана		
11. Хронична анксиозност или депресија	1	2	3	4	5	6	_____ дана		

12. Обољење бубрега	1	2	3	4	5	6	_____ дана
13. Чир дванаестопалачног	1	2	3	4	5	6	_____ дана
14. Обољење жучне кесе	1	2	3	4	5	6	_____ дана
15. Реуматска обољења зглобова	1	2	3	4	5	6	_____ дана
16. Остеопороза	1	2	3	4	5	6	_____ дана
17. Алергија (без астме)	1	2	3	4	5	6	_____ дана
18. Катаракта	1	2	3	4	5	6	_____ дана
19. Анемија	1	2	3	4	5	6	_____ дана

ОР4	Да ли сте у току претходне 4 недеље имали следеће симптоме/проблеме? [АНК] Читајте испитанику симптом по симптом.		Не	Да	ОР5
		1. Бол у грудима током напрезања	1	2	
		2. Бол у зглобовима	1	2	
		3. Бол у леђима	1	2	
		4. Бол у врату/раменима	1	2	
		5. Отицање стопала	1	2	
		6. Проширене вене	1	2	
		7. Екцем	1	2	
		8. Затвор/Хемориди	1	2	
		9. Главобољу	1	2	
		10. Несаницу	1	2	
		11. Потиштеност	1	2	
		12. Зубобољу	1	2	
		13. Болове у целом телу	1	2	
		14. Несвестицу	1	2	
		15. Учестало мокрење	1	2	

ОР5	Када Вам је последњи пут у некој од служби дома здравља пружена нека од наведених услуга: [АНК] Читајте испитанику услугу по услугу. Показати картицу ОР5.					ОР6
		Никад	Пре више од 5 година	Пре 1 - 5 година	Током претходних 12 месеци	
	1. Мерење крвног притиска	1	2	3	4	
	2. Одређивање шећера у крви	1	2	3	4	
	3. Одређивање масноћа у крви	1	2	3	4	
	4. Одређивање хемоглобина у крви	1	2	3	4	
	5. Анализа мокраће	1	2	3	4	
	6. Мерење телесне масе	1	2	3	4	
	7. Контрола вида	1	2	3	4	
8. Контрола слуха	1	2	3	4		

ОР6	Да ли Вам је лекар рекао да имате повишен крвни притисак?	1. Не	ОР10
		2. Да	

ОР7	Да ли лечите повишени крвни притисак?	1. Да, само дијетом	ОР10	
		2. Да, само лековима		
		3. Да, на оба наведена начина		ОР9
		4. Не, не лечим се		ОР8

ОР8	Наведите разлог:	1. Нема потребе 2. Нема лекова 3. Немам новца 95. Друго, навести: _____	ОР10
-----	-------------------------	--	------

ОР9	Да ли сте у току претходне 4 недеље узимали лекове за лечење високог крвног притиска?	1. Не 2. Да, понекад 3. Да, редовно	ОР10
-----	--	---	------

ОР10	Да ли Вам је током претходних 12 месеци нека од наведених особа саветовала да:					ОР11
		Лекар, други здравствени радник	Члан породице	Нико ме није саветовао	Није било потребно	
	1. Мање једете масно	1	2	3	4	
	2. Мање користите со	1	2	3	4	
3. Узимате мање шећера	1	2	3	4		

4. Једете више воћа и поврћа	1	2	3	4
5. Смањите тежину (ослабите)	1	2	3	4
6. Повећате физичку активност	1	2	3	4
7. Престанете да пушите	1	2	3	4
8. Пијете мање алкохолних пића	1	2	3	4

ОР11	Да ли пратите теме о здрављу путем следећих средстава јавног информисања?		Не	Повремено	Да	ОР12
		1. ТВ	1	2	3	
		2. Радио	1	2	3	
		3. Штампa	1	2	3	
		4. Интернет	1	2	3	

ОР12	Какав утицај на здравље по Вашем мишљењу имају:		Велики	Умерен	Мали	Не знам/ немам мишљење	ОР13
		1. Исхрана	1	2	3	НЗ	
		2. Физичка активност	1	2	3	НЗ	
		3. Пушење	1	2	3	НЗ	
		4. Конзумирање алкохола	1	2	3	НЗ	
		5. Друштвене активности (дружење са пријатељима,	1	2	3	НЗ	

ОР13	Да ли сте у претходних 12 месеци:		Не	Да	Није било потребно	ОР14
		1. Смањили унос масноћа	1	2	3	
		2. Променили врсту масноћа у исхрани	1	2	3	
		3. Смањили унос соли	1	2	3	
		4. Смањили унос шећера	1	2	3	
		5. Повећали конзумирање воћа и	1	2	3	
		6. Смањили тежину (ослабили)	1	2	3	
		7. Повећали физичку активност	1	2	3	
		8. Престали да пушите	1	2	3	
		9. Смањили конзумирање алкохолних	1	2	3	

ОР14	Ако сте променили нешто у свом понашању у току претходних 12 месеци, који је био најважнији разлог?	1. Здравствени (због болести)	ОР15
		2. Због лепоте/изгледа	
		3. Због здравијег начина живота	
		95. Друго, навести: _____	
		4. Нисам променио/ла ништа	

ОР15	Шта су по Вашем мишљењу три најважнија разлога оболевања становништва у нашој земљи? [АНК] Показати картицу ОР15 и дозвољено три одговора	-1- Погрешна исхрана	ДЕО3 3
		-2- Стрес	
		-3- Тешки услови живота	
		-4- Напоран рад	
		-5- Пушење	
		-6- Недовољно бављење физичким активностима	
		-7- Недовољно узимање витамина, минерала	
		-8- Гојазност	
		-9- Генетски (наследни) фактори	
		-10- Алкохол	
		-11- Недовољна здравствена заштита	
-95- Друго, навести: _____			

ДЕО 33 - ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ

331	Како бисте оценили своје здравље у целини? [АНК] Један одговор	1. Врло лоше	332
		2. Лоше	
		3. Просечно	
		4. Добро	
		5. Врло добро	
332	Какво је, према Вашој процени, Ваше садашње здравље у односу на оно пре 12 месеци? [АНК] Један одговор	1. Много лошије	333
		2. Нешто лошије	
		3. Углавном исто	
		4. Нешто боље	
		5. Много боље	

333	Како процењујете своју тежину? [АНК] Један одговор	1. Мршав/а сам 2. Нисам ни дебео/ла ни мршав/а	3. Дебео/ла сам 4. Не могу да оценим	334
334	Како процењујете своју физичку активност? [АНК] Један одговор	1. Врло лоша 2. Лоша 3. Просечна 4. Добра 5. Врло добра		335

335	Како процењујете стање својих зуба? [АНК] Један одговор	1. Врло лоше 2. Лоше 3. Просечно 4. Добро 5. Врло добро		336
-----	--	---	--	-----

336	Какав је Ваш став у вези са сопственим здрављем?	Не слажем се	Нисам сигуран/а	Слажем се	
	1. Ја сам одговоран/на за своје здравље	1	2	3	
	2. Ако будем бринуо/ла о себи бићу здрав/а	1	2	3	
	3. Чак ако и будем водио/ла рачуна о себи, лако ћу се разболети	1	2	3	
	4. Ако сам здрав/а, то је чиста срећа	1	2	3	337

337	Поређајте наведене животне вредности од првог до деветог места према важности које оне имају за Вас: (1 - најзначајније, 2 - мање значајно, .....5,6,... 9 - најмање значајно) [АНК] Дајте испитанику картице са атрибутима и замолиите га да на десну страну издвоји најзначајнији атрибут, а на леву страну најмање значајан атрибут за њега. Потом нека између њих поређа остале атрибуте по значајности.	1. Срећа у љубави 2. Пуно пара 3. Добро здравље 4. Занимљив посао 5. Бављење политиком 6. Бизнис (уносан посао) 7. Живот у миру 8. Слобода 9. Религија			338
-----	---	--	--	--	-----

338	Молим Вас да на скали од 0 до 10 оцените задовољство својим садашњим животом, где 0 значи најгори живот, а 10 значи најбољи живот. Можете користити све бројеве од 0 до 10. [АНК] Показати картицу 338. Један одговор.	Најгори живот										Најбољи живот	339
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

339	Ако нисте у потпуности задовољни својим садашњим животом, којим делом сте најмање задовољни? [АНК] Заокружите највише до три одговора. Показите картицу 339.	-1- Брачним партнером -2- Децом -3- Родитељима -4- Пријатељима/комшијама -5- Рођацима -6- Колегама на послу -7- Сексуалним животом -8- Приходима -9- Својим здрављем -10- Самоћом -11- Самим собом -12- Послом -13- Политичком ситуацијом -95 - Друго, навести: _____ 14. У потпуности сам задовољан			3310
-----	---	--	--	--	------

3310	Да ли постоји нека особа на коју сигурно можете рачунати у свакој ситуацији (у случају развода, болести и др.)?	1. Не 2. Да НЗ (Не зна)		ДЕО М3
------	---	-------------------------------	--	--------

ДЕО М3 - МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ				
М31	Да ли сте били напети, под стресом/притиском током претходне 4 недеље?	1. Не 2. Да, понекад, али не више него остали људи 3. Да, више него остали људи 4. Да, мој живот је скоро неподношљив		М32

M32	Да ли сте током претходне 4 недеље имали емоционалне проблеме (туга, нерасположење, забринутост, потиштеност)?	1. Не			M3 5
		2. Да			M3 3
M33	Ако је одговор „да“:		Не	Да	M3 4
		1. Проблеми су били такви да сам једно време морао/ла да скратим дужину рада или неку другу	1	2	
		2. Мање сам урадио/ла него што сам желео/ла	1	2	
		3. Нисам радио/ла свој посао или било коју другу активност пажљиво као обично	1	2	

M34	Да ли су наведени емоционални проблеми утицали на Ваше односе у породици, са пријатељима, комшијама или друштвом?	1. Нису нимало 2. Незнатно 3. Умерено 4. Веома 5. Изузетно су утицали					M3 5
M35	Колико дуго сте се у току претходне 4 недеље осећали на описан начин: [АНК] Показати картицу са скалом M35. Пунати за све описе из табеле.						
		Стално	Највећи део времена	Добар део времена	Неко време	Врло мало времена	Никад
	1. Био/ла сам пун/а полета	1	2	3	4	5	6
	2. Био/ла сам веома нервозан/а	1	2	3	4	5	6
	3. Осећао/ла сам се тако потиштено да ништа није могло да ме	1	2	3	4	5	6
	4. Осећао/ла сам се спокојно и смирено	1	2	3	4	5	6
	5. Осећао/ла сам да имам пуно енергије	1	2	3	4	5	6
	6. Био/ла сам тужан/а	1	2	3	4	5	6
	7. Био/ла сам исцрпљен/а	1	2	3	4	5	6
	8. Био/ла сам срећан/а	1	2	3	4	5	6
9. Осећао/ла сам се уморно	1	2	3	4	5	6	

ДЕО
ОА

ДЕО ОА - МОГУЋНОСТ ОБАВЉАЊА АКТИВНОСТИ У СВАКОДНЕВНОМ ЖИВОТУ

ОА1	Да ли болујете од неке дуготрајне болести или имате неких дуготрајних здравствених проблема?	1. Не 2. Да			ОА2	
ОА2	Да ли сте због здравствених разлога, последњих 6 месеци или дуже, ограничени у обављању уобичајених активности (активности које већина људи обично обавља)?	1. Не 2. Да 3. Да, веома			ОА3	
ОА3	Да ли можете самостално: [АНК] Читати једну по једну тврдњу и за сваку заокружити један одговор.					
		Да, без тешкоћа	Да, али са одређеним тешкоћама	Да, али само уз туђу помоћ		
	1. Сести и устати са столице?	1	2	3		
	2. Лећи и устати из кревета?	1	2	3		
	3. Облачити се, свлачити односно обувати и	1	2	3		
	4. Хранити се и сећи храну у тањиру?	1	2	3		
	5. Умити се, опрати руке?	1	2	3		
	6. Користити WЦ (нужник) ?	1	2	3		
7. Купати се, туширати?	1	2	3			
ОА4	Каква је Ваша могућност кретања? [АНК] Један одговор	1. Везани сте за кревет 2. Крећете се уз помоћ инвалидских колиџа 3. Крећете се уз помоћ помагала (штап, штаке, апарати, протезе) 4. Крећете се самостално			ОА 8 ОА 5	
ОА5	Да ли можете да пређете раздаљину од 500м? [АНК] Један одговор	1. Да, без тешкоћа 2. Да, али уз мање тешкоће			ОА 7	
		3. Да, али уз велике тешкоће 4. Не, нисам у стању			ОА 6	
ОА6	Која је највећа даљина коју можете сами прећи без заустављања и већег замарања? [АНК] Један одговор	1. Ниједан корак 2. Само неколико корака 3. Више од неколико корака, али мање од 200 м 4. Више од 200 м, али мање од 500 м			ОА 7	
ОА7	Да ли можете да подигнете и носите 5 килограма, на пример пуну торбу намирница? [АНК] Један одговор	1. Да, без тешкоћа 2. Да, али уз мање тешкоће	3. Да, али уз велике тешкоће			ОА 8

				4. Не, нисам у стању		
ОА8	Да ли можете да:	Да, без тешкоћа	Да, али уз мање тешкоће	Да, али уз велике тешкоће	Не, нисам у стању	
	1. Са или без наочара/контактних сочива, препознате особу на даљини од 4м?	1	2	3	4	
	2. Са или без наочара/контактних сочива, читате обичан текст у новинама?	1	2	3	4	
	3. Са или без слушног апарата, чујете тако да можете водити разговор са једном особом?	1	2	3	4	
	4. Говорите?	1	2	3	4	
	5. Гризете и жваћете чврсту храну (нпр. јабуку)?	1	2	3	4	ОА 9

ОА9	Да ли примате инвалидску пензију?	1. Не 2. Да		ДЕО ЗС
------------	--	----------------	--	-----------

ДЕО ЗС - КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И ЗАДОВОЉСТВО ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ

ЗС1	Ко ме се првом обраћате кад имате здравствени проблем? [АНК] Један одговор	1. Лекару опште медицине, медицине рада 2. Специјалисти 3. Приватном лекару 4. Народном исцелитељу (травару, биоенергетичару) 5. Неком другом (родитељима, рођацима, пријатељима, деци) 6. Нико ме, лечим се сам/а					ЗС 2	
ЗС2	Да ли имате свог лекара (опште медицине/медицине рада)?	1. Не 2. Да					ЗС 4 ЗС 3	
ЗС3	Да ли сте задовољни Вашим лекаром? [АНК] Један одговор. Показати картицу ЗС3.	1. Веома сам незадовољан/на 2. Незадовољан/на сам 3. Нисам ни незадовољан/на ни задовољан/на 4. Задовољан/на сам 5. Веома сам задовољан/на					ЗС 4	
ЗС4	Да ли сте и колико пута у току претходних 12 месеци били код ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ/ МЕДИЦИНЕ РАДА?	1. Да, _____ пута 2. Био/ла сам пре више од годину дана 3. Никад нисам био/ла у животу					ЗС 5 ЗС 10	
ЗС5	Који је био главни разлог Ваше последње посете лекару ? [АНК] Један одговор	1. Контрола здравља (када сте без тегоба), систематски преглед 2. Болест, повреда 3. Само да ми пропише лекове 4. Добијање потврде 5. Добијање упута за специјалисту, лабораторију и слично 95. Друго, навести: _____					ЗС 6	
ЗС6	Колико сте приликом последњег одласка у претходних 12 месеци са упутом лекара чекали на следеће услуге у дому здравља?	Прегледи	Одмах сам примљен/а	До недељу дана	До месец дана	Више од месец дана	Нисам користио/ла услугу	
		1. Лабораторијски	1	2	3	4	5	
		2. Рендген-прегледе	1	2	3	4	5	
		3. ЕКГ	1	2	3	4	5	
		4. Ултразвук	1	2	3	4	5	ЗС 7
ЗС7	Да ли сте и колико пута у претходних 12 месеци били код ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ (изузимајући посете гинекологу) у дому здравља?	1. Да, _____ пута 2. Био/ла сам пре више од годину дана 3. Никад нисам био/ла у животу					ЗС 8 ЗС 10	
ЗС8	Колико сте приликом последњег одласка у претходних 12 месеци са упутом за преглед специјалисте чекали да budete примљени?	Специјалиста	Примљен/а сам исти дан	До недељу дана	До месец дана	Више од месец дана	Нисам био/ла	ЗС 9
		1. Интерниста-кардиолог	1	2	3	4	5	

2. Хирург	1	2	3	4	5
3. Реуматолог	1	2	3	4	5
4. Уролог	1	2	3	4	5
5. Очни лекар	1	2	3	4	5
6. Ушни лекар	1	2	3	4	5
7. Неуропсихијатар	1	2	3	4	5
8. Физијатар	1	2	3	4	5
95. Друго, навести: _____	1	2	3	4	5

3C9	Да ли Вам је при пружању услуга тражено да сами набавите:				3C 10
		Не	Да	Нисам користио/ла	
	1. Рендген-филмове	1	2	3	
	2. Реагенсе	1	2	3	
	3. Лекове	1	2	3	
	4. Санитетски материјал	1	2	3	
	95. Друго, навести: _____	1	2	3	
3C10	Који је главни разлог што нисте чешће одлазили код лекара? <i>[АНК] Један одговор</i>	1. Био/ла сам здрав/а 2. Нисам имао/ла времена 3. Гужва/дуго чекање 4. Услуге лекара се плаћају 5. Немам поверења у лекаре 6. Далеко ми је 7. Одлазим често 95. Друго, навести: _____			3C 11
3C11	Да ли имате свог зубног лекара (стоматолога)?	1. Не 2. Да			3C 12
3C12	Да ли сте и колико пута у претходних 12 месеци били код зубног лекара (стоматолога)?	1. Да, _____ пута 2. Био/ла сам пре више од годину дана			3C 13
		3. Никад нисам био/ла у животу			3C 14
3C13	Који је главни разлог Ваше последње посете зубном лекару (стоматологу)?	1. Контрола/савет/систематски преглед. 2. Полирање зуба и чишћење каменца 3. Проблеми са деснима/пародонтопатија 4. Пломбирање зуба 5. Вађење зуба 6. Због протезе 95. Друго, навести: _____			3C 14
3C14	Колико зуба Вам недостаје?	1. Ниједан			3C 16
		2. 1 - 5 зуба 3. 6 - 10 зуба 4. Више од 10 зуба, али не сви 5. Немам ниједан зуб			3C 15
3C15	Да ли имате протезу?	1. Да, имам тоталну 2. Да, имам парцијалну 3. Немам протезу			3C 16
3C16	Уколико сте у току претходних 12 месеци користили услуге хитне помоћи, наведите колико сте последњи пут чекали на помоћ од тренутка позива:	1. Чекао/ла сам _____ минута 2. Не сећам се 3. Нисам користио/ла услуге хитне помоћи			3C 17
3C17	Да ли сте током претходних 12 месеци користили услуге приватног лекара?	1. Не			3C 20
		2. Да			3C 18
3C18	Које специјалности је био приватни лекар чије сте услуге користили?	Не	Да	3C 19	
		1. Лекар опште медицине	1		2
		2. Стоматолог	1		2
		3. Гинеколог	1		2
		4. Интерниста	1		2
		5. Офталмолог	1		2
		6. Хирург	1		2

		7. Психијатар	1	2	
		8. Лекар неке друге специјалности	1	2	
3C19	Наведите најзначајније разлоге због којих сте користили услуге приватног лекара: [АНК] Заокружити највише три одговора	-1- Квалитетније ради -2- Нема чекања -3- Љубазнији је -4- Стрпљивији је -5- принуђен/а сам јер одређене прегледе могу да обавим само код приватног лекара -95- Друго, навести: _____			3C 20

3C20	Да ли сте и колико пута у току претходних 12 месеци били на болничком лечењу? Изузима се пратилац детета и болнички третман везан за порођај	1. Да, ____ пута 2. Био/ла сам пре више од годину дана 3. Никад нисам био/ла у животу			3C 21 3C20a
------	--	---	--	--	----------------

3C20a.

Испитаник је женско. ⇒ Прећи на питање 3C25.

Испитаник је мушко. ⇒ Прећи на питање 3C38.

3C21	Колико сте дуго чекали на пријем у болницу од тренутка када сте добили упут? [АНК] Ако сте били више пута, оцените последњи пријем.	1. Одмах сам био примљен/а 2. До недељу дана 3. До месец дана 4. Више од месец дана			3C 22
------	--	--	--	--	-------

3C22	Молимо Вас да оцените боравак у болници :				
	Предмет оцењивања	Лоше	Осредње	Добро	
	1. Чистоћа болничких соба, постељине	1	2	3	
	2. Чистоћа трпезарије	1	2	3	
	3. Чистоћа тоалета	1	2	3	
	4. Квалитет хране	1	2	3	
	5. Однос лекара	1	2	3	
	6. Однос медицинских сестара/техничара	1	2	3	
	7. Однос осталог особља	1	2	3	3C 23

3C23	Да ли сте били задовољни болничким лечењем? [АНК] Ако је било више болничких лечења, нека испитаник оцени последње болничко лечење. Један одговор	1. Веома сам незадовољан/на 2. Незадовољан/на сам 3. Нисам ни незадовољан/на ни задовољан/на 4. Задовољан/на сам 5. Веома сам задовољан/на			3C 24
------	--	--	--	--	-------

3C24	Како се лечење завршило? [АНК] Ако је било више болничких лечења, нека испитаник оцени последње болничко лечење. Један одговор	1. Оздравио/ла сам 2. Стање се побољшало 3. Стање је остало непромењено 4. Стање се погоршало 5. Не могу да оценим			3C24a
------	---	--	--	--	-------

3C24a.

Испитаник је женско. ⇒ Прећи на питање 3C25.

Испитаник је мушко. ⇒ Прећи на питање 3C38.

НА СЛЕДЕЋИХ 13 ПИТАЊА ОДГОВАРАЈУ САМО ОСОБЕ ЖЕНСКОГ ПОЛА.

3C25	Да ли сте и колико пута у току претходних 12 месеци били код гинеколога?	1. Да, ____ пута 2. Била сам пре више од годину дана 3. Никад нисам била у животу			3C 26 3C 29
------	--	---	--	--	----------------

3C26	Колико година сте имали када сте први пут били код гинеколога?	_____ година			3C 27
------	--	--------------	--	--	-------

3C27	Који је најчешћи разлог Ваших посета гинекологу? [АНК] Један одговор	1. Тегобе 2. Контрацепција 3. Контрола здравља (када сте без тегоба), систематски преглед 4. Трудноћа 5. Абортус 6. Стерилитет			3C 28
------	---	---	--	--	-------

		95. Друго, навести: _____	
3C28	Колико често идете на гинеколошке прегледе, иако се осећате здрави?	1. Једанпут годишње 2. Једанпут у 2 године 3. Ређе 4. Не идем	3C 29
3C29	Да ли сте до сада били трудни?	1. Не 2. Да	3C 33 3C 30

3C30	Какав је био исход Ваше последње трудноће?	1. Живорођено дете/ца 2. Мртворођено дете/ца 3. Спонтани побачај 4. Намерни побачај 5. Трудноћа у току	3C 30а.									
3C30а.	Да ли је сте рађали у току претходних 12 месеци?	1. Не 2. Да	3C32 3C31									
3C31	После Вашег последњег порођаја, да ли Вас је у првој недељи након изласка из породилишта посетила у кући нека од следећих особа:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Не</th> <th>Да</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Доктор</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Медицинска/патронажна</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Не	Да	1. Доктор	1	2	2. Медицинска/патронажна	1	2	3C 32
	Не	Да										
1. Доктор	1	2										
2. Медицинска/патронажна	1	2										
3C32	Наведите укупан број намерних прекида трудноћа:	_____	3C 33									
3C33	Да ли бар једном у току месеца обављате самопреглед дојки?	1. Не 2. Да, на то ме упутио лекар 3. Да, самоиницијативно	3C 34									
3C34	Када Вам је последњи пут урађено радиографско снимање дојки (мамографија)?	1. У току претходних 12 месеци 2. Пре 1 до 3 године 3. Пре више од 3 године 4. Пре више од 5 година 5. Не сећам се 6. Никад 7. Не знам какав је то преглед	3C 35 3C 36									
3C35	Да ли сте на мамографију отишли:	1. Самоиницијативно 2. По савету свог лекара 3. По савету лекара у оквиру организованог раног откривања рака дојке	3C 36									
3C36	Када Вам је последњи пут урађен Папаниколау тест (тест за процену ризика од рака грлића материце)?	1. У току претходних 12 месеци 2. Пре 1 до 3 године 3. Пре више од 3 године 4. Пре више од 5 година 5. Не сећам се 6. Никад 7. Не знам какав је то тест	3C 37 3C 38									
3C37	Да ли сте Папаниколау тест урадили:	1. Самоиницијативно 2. По савету свог лекара 3. По савету лекара у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце	3C 38									
3C38	Какво је у целини Ваше задовољство здравственом службом?	1. Веома сам незадовољан/на 2. Незадовољан/на сам 3. Нисам ни незадовољан/на ни задовољан/на 4. Задовољан/на сам 5. Веома сам задовољан/на	ДЕО ЛЕ									

ДЕО ЛЕ - ЛЕКОВИ

ЛЕ 1	Како узимате лекове?	1. По савету лекара 2. Самоиницијативно 3. По савету лекара и самоиницијативно 4. Не узимам их	ЛЕ3 ЛЕ2 Крај												
ЛЕ2	Које лекове узимате самоиницијативно без консултације, савета лекара?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Не</th> <th>Да</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Витамине, минерале (за јачање организма)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Биљне препарате (за јачање организма и лечење болести)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Против болова (главобоље, зубобоље и сл.)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Не	Да	1. Витамине, минерале (за јачање организма)	1	2	2. Биљне препарате (за јачање организма и лечење болести)	1	2	3. Против болова (главобоље, зубобоље и сл.)	1	2	ЛЕ3
	Не	Да													
1. Витамине, минерале (за јачање организма)	1	2													
2. Биљне препарате (за јачање организма и лечење болести)	1	2													
3. Против болова (главобоље, зубобоље и сл.)	1	2													

	4. За лечење одређених болести (антибиотици, лекови за притисак)	1	2
	5. За смирење	1	2
	6. Због несанице	1	2
	7. За варење	1	2
	8. Против затвора	1	2
	9. Против зачећа (контрацептивна средства)	1	2
	95. Друго, навести: _____	1	2

ЛЕ3	Да ли сте током прошле недеље узимали неке таблете, пилуле или друге облике лекова?	Не	Да
	1. Лекови за регулисање крвног притиска	1	2
	2. Лекови за регулисање нивоа холестерола	1	2
	3. Лекови за регулисање нивоа шећера	1	2
	4. Лекови против главобоље и других болова	1	2
	5. Лекови против кашља	1	2
	6. Лекови за срце	1	2
	7. Антибиотици	1	2
	8. Седативе	1	2
	9. Витамине, минерале и слично	1	2
	10. Контрацептивна средства	1	2

ЛЕ4	Како најчешће набављате лекове?		
	[АНК] Један одговор	1. Преко рецепта 2. Купујем их у државној апотеци 3. Купујем их у приватној апотеци 4. Купујем их на пијаци 5. Добијам их од других (пријатеља, рођака, родитеља, деце) 6. Не могу да их набавим јер их нема 7. Не могу да их набавим јер су скупи 95. Друго, навести: _____	

ЛЕ4

Крај

ДЕО ОН - ОБЈЕКТИВНИ НАЛАЗ

ОН1. ТМ (ТЕЛЕСНА МАСА):	_____	
ОН2. ТВ (ТЕЛЕСНА ВИСИНА):	Висина у стојећем положају (цм) _____	
ОН3. Идентификациона шифра сарадника на мерењу	Шифра сарадника мерења _____	
ОН4. Резултат мерења:	1. Измерено 2. Одсутно 3. Одбило мерење 4. Није било могуће извршити мерење 95. Друго, навести _____	
ПРИМЕДБЕ: _____ _____ _____		
ОН5. Мерење крвног притиска:	1. Систолни крвни притисак	2. Дијастолни крвни притисак
<i>[АНК] Време између мерења је 1 минут. Особа којој се мери притисак не сме да мења положај.</i>		
ОН5_1. Мерење 1 време првог мерења: __: __ (чч/мм)	_____ mm Hg	_____ mm Hg
ОН5_2. Мерење 2	_____ mm Hg	_____ mm Hg
ОН5_3. Мерење 3	_____ mm Hg	_____ mm Hg
ОН6. Резултат мерења:	1. Измерено 2. Одсутно 3. Одбило мерење 4. Није било могуће извршити мерење 95. Друго, навести _____	
ПРИМЕДБЕ: _____ _____ _____		

Датум

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА

Анкету попунио:	1. Испитаник 2. Анкетар 3. Комбиновано 4. Члан домаћинства
ПРИМЕДБЕ АНКЕТАРА	
_____ _____ _____	
Датум	
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ АНКЕТАРА	

УПИТНИК ЗА САМОПОПУЊАВАЊЕ ЗА ОДРАСЛЕ

ДЕО ДО - ИНФОРМАЦИОНИ ПАНЕЛ УПИТНИК ЗА САМОПОПУЊАВАЊЕ ЗА ОДРАСЛЕ

A Овај упитник попуњава сваки члан домаћинства старости 20 година и више.
 B Овај упитник испитаници попуњавају самостално и сви подаци су анонимни.
 C Потребно је да се попуни посебан упитник за сваког члана домаћинства старости 20 година и више, који живи у том домаћинству.
 Уписати редни број пописног круга у узорку и редни број домаћинства у пописном кругу, као и број реда испитаника. Уписати име и шифру анкетара и датум анкетирања.
 Попунити заједно са испитаником питања из секције П – Пробни део, а затим испитаник наставља сам са попуњавањем упитника.

ДО1. Редни број пописног круга у узорку:	<input type="text"/>	ДО2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

ДО3. Број реда члана домаћинства:	<input type="text"/>	ДО4. Дан / месец / година анкетирања:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2 | 0 | 0 | 6 |
-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

ДО5. Резултат анкете рађене за самопопуњавање: <i>[АНК] Шифре се односе на испитаника, тј. на то да ли је испитаник пристао на анкетирање.</i>	1. Упитник је попуњен 2. Испитаник није код куће 3. Испитаник одбија разговор 4. Упитник је делимично попуњен 5. Испитаник није у стању да одговара 95. Друго, навести: _____
---	--

Поновити уводни поздрав уколико то већ није учињено:

Поштовани,

Овом приликом желимо да Вам се најсрдачније захвалимо у име истраживачке агенције Strategic Marketing Research што сте издвојили своје време и учествовали у овој анкети.

Strategic Marketing Research гарантује и штити вашу анонимност. Подаци прикупљени на овај начин посматрају се само групно и користиће се једино у сврху овог истраживања. Не постоји начин да се било који Ваш одговор из ове анкете повеже са подацима о Вашем идентитету.

У случају питања молимо Вас контактирајте нас на број 011 328 49 87, Наталија Билишков.

Хвала Вам на сарадњи!

П ПРОБНИ ДЕО – овај део попунити заједно са испитаником

П1	Да ли лично познајете особе које пију кафу?	1. да 2. не	П2
П2	Да ли сте ви лично икада пили кафу?	1. да → пређите на питање П3 и даље редом	П3
		2. не → пређите на следећу секцију	Следећа секција
П3	У којој години живота сте први пут пробали кафу?	Упишите годину живота у којој сте први пут пили кафу - у _____ години	П4
П4	Да ли сте пили кафу током последњих 12 месеци?	1. да 2. не	П5
П5	Да ли сте пили кафу током последњих 30 дана?	1. да 2. не	П6
П6	Колико сте дана у протеклих 30 дана пили кафу?	Упишите број дана, _____ дана	Следећа секција

ДЕО ПУ - ПУШЕЊЕ			
ПУ1	Да ли Ви или неко од чланова Вашег домаћинства пуши у кући?	1. Не, нико 2. Да, неко	ПУ2
ПУ2	Колико сте сати дневно изложени дуванском диму на Вашем радном месту? нумерација	3. Више од 5 х 4. 1- 5 х 5. Мање од 1 х 6. Нисам изложен/а 7. Не радим ван куће	ПУ3
ПУ3	Да ли сте икад пушили?	1. Не →пређите на питање ПУ12 2. Да	ПУ12 ПУ4
ПУ4	Да ли сте током живота попушили бар 100 цигарета?	1. Не 2. Да	ПУ5
ПУ5	Да ли сте икад пушили свакодневно (сваки дан у току бар једне године)? Колико година укупно?	1. Не 2. Да, укупно _____ година	ПУ6
ПУ6	Да ли сада пушите?	1. Не 2. Да, повремено 3. Да, свакодневно →пређите на питање ПУ8	ПУ7 ПУ8
ПУ7	Када сте последњи пут пушили свакодневно?	1. Пре мање од 1 месец 2. Пре 1 до 6 месеци 3. Пре 6 до 12 месеци 4. Пре 1 до 5 година 5. Пре 5 до 10 година 6. Пре више од 10 година 7. Никад нисам пушио/ла свакодневно →пређите на питање ПУ9	ПУ8 ПУ9
ПУ8	Колико просечно пушите у току једног дана, или сте пушили пре него што сте престали да пушите свакодневно?	-1- Фабрички произведених цигарета _____ дневно -2- Самостално завијене цигарете _____ дневно -3- Лула дувана _____ дневно -4- Цигаре/цигарилоси _____ дневно	ПУ9
ПУ9	Да ли желите да престанете да пушите?	1. Не 2. Да 3. Нисам сигуран/на 4. Престао/ла сам	ПУ10
ПУ10	Да ли сте икад озбиљно покушали да престанете да пушите и нисте пушили најмање 24 сата? Ако је тако, када последњи пут?	1. Током прошлог месеца 2. Пре 1 до 6 месеци 3. Пре 6 до 12 месеци 4. Пре више од 12 месеци 5. Никад	ПУ11
ПУ11	Да ли сте се обраћали за помоћ саветовалишту за одвикавање од пушења?	1. Не 2. Не, нисам знао/ла да постоји 3. Да	ПУ12
ПУ12	Да ли сте забринути због штетних последица пушења/дуванског дима по Ваше здравље?	1. Не, нимало 2. Не превише 3. Да, помало 4. Да, веома	ДЕО УА

ДЕО УА - УПОТРЕБА АЛКОХОЛА								
УА1	Која се од наведених изјава односи на Вас? (ИЗАБЕРИТЕ ЈЕДАН ОД ПОНУЂЕНИХ ОДГОВОРА).	1. Никада нисам пио/ла алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле и сл.) →пређите на ДЕО УП 2. Пробао/ла сам да пијем једном или два пута →пређите на ДЕО УП 3. Пио/ла сам, али више не →пређите на ДЕО УП 4. Пијем алкохолна пића повремено 5. Пијем алкохолна пића свакодневно					ДЕО УП	
УА2	Колико често сада пијете алкохолна пића (ПОД ОВИМ СЕ ПОДРАЗУМЕВА И КАД ПОПИЈЕТЕ САСВИМ МАЛО):							УА2
УА3		Никад	Неколико пута годишње	2 – 3 пута месечно	Једанпут недељно	2 – 3 пута недељно	Сваки дан	УА3
	1. Пиво	1	2	3	4	5	6	
	2. Вино	1	2	3	4	5	6	
	3. Жестока	1	2	3	4	5	6	
	4. Ликере	1	2	3	4	5	6	

	5. Коктеле	1	2	3	4	5	6	
УАЗ	Колико сте чаша или флаша следећих пића попили током прошле недеље?							УА4
УА4	Колико често се дешава да попијете 6 или више алкохолних пића у току једне прилике?							ДЕО УП

ДЕО УП - УПОТРЕБА ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

УП1	Да ли сте чули за следећа средства и шта мислите о њима? (У СВАКОМ РЕДУ ЗАОКРУЖИТЕ ЈЕДАН ОД ПОНУЂЕНИХ ОДГОВОРА)					
		Никад чуо/ла	Чуо/ла, али ништа не знам о њима	Безопасна су ако се користе правилно	Увек су штетна	
	1. Амфетамин (спид)	1	2	3	4	
	2. Барбитурати (средства за спавање)	1	2	3	4	
	3. Канабис (марихуана, хашиш)	1	2	3	4	
	4. Екстази	1	2	3	4	
	5. Кокаин (кока)	1	2	3	4	
	6. Халуциногене дроге (ЛСД)	1	2	3	4	
	7. Хероин	1	2	3	4	
	8. Морфијум	1	2	3	4	
	9. Крек	1	2	3	4	
	10. Растварачи (лепак)	1	2	3	4	
	11. Средства за умирење (нпр. бенседин,	1	2	3	4	
	12. Средства против болова (нпр. тродон)	1	2	3	4	
	13. Комбинација (нпр. тродон и алкохол или нека	1	2	3	4	УП2

УП2	Да ли сте пробали или узимате неко од наведених средстава?					
		Никад	Пробао/ла 1 до 2 пута	Узимао/ла пре, сада не	Узимам повремено	Узимам свакодневно
	1. Лепак	1	2	3	4	5
	2. Таблете (бенседин, тродон, амфетамин	1	2	3	4	5
	3. Марихуану	1	2	3	4	5
	4. Хашиш	1	2	3	4	5
	5. Екстази	1	2	3	4	5
	6. Кокаин	1	2	3	4	5
	7. Хероин	1	2	3	4	5

УКОЛИКО НИСТЕ НИКАДА ПРОБАЛИ НИЈЕДНО ОД НАВЕДЕНИХ СРЕДСТАВА У ПРЕТХОДНОМ ПИТАЊУ ПРЕСКОЧИТЕ ПИТАЊА УП3. И УП4. И ПРЕЋИТЕ НА ДЕО СП – СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ

УП3	Колико сте имали година када сте први пут пробали:					
						УП4

УП4	Где сте први пут пробали неко од претходно наведених средстава?					
						ДЕО СП

ДЕО СП - СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ					
СП1	Да ли сте ступили у сексуалне односе?	1. Не →пређите на питање СП10	СП10		
		2. Да	СП2		
СП2	Са колико година сте први пут ступили у сексуалне односе?	_____ година			СП3
СП3	Да ли сте имали/имате сексуалне односе са особом истог пола?	1. Не	СП4		
		2. Да	СП4		
СП4	Да ли сте у претходних 12 месеци имали сексуалне односе?	1. Не →пређите на питање СП10	СП10		
		2. Да	СП5		
СП5	Да ли имате сталног партнера (особу са којом сте у брачној/ванбрачној вези)?	1. Не →пређите на питање СП7	СП7		
		2. Да	СП6		
СП6	Да ли Ви и Ваш стални партнер/ка користите при сексуалном односу неко од средстава или метода за спречавање трудноће (контрацепцију)?				СП7
		Не	Да, понекад	Да, стално	
	1. Пилулу	1	2	3	
	2. Интраутерину спиралу	1	2	3	
	3. Локална хемијска средства (пену, АБ филм)	1	2	3	
	4. Кондом (презерватив-гумицу)	1	2	3	
	5. Дијафрагму	1	2	3	
	6. Неплодне дане	1	2	3	
	7. Прекинут однос	1	2	3	
95. Друго навести шта _____	1	2	3		
СП7	Да ли сте у претходних 12 месеци имали сексуалне односе са особом која није Ваш стални партнер? (ИСКЉУЧУЈЕ СЕКС ЗА НОВАЦ/УСЛУГУ)	1. Не →пређите на питање СП10	СП10		
		2. Да	СП8		
СП8	Колико таквих партнера сте имали у претходних 12 месеци?	_____			СП9
СП9	Да ли је коришћен кондом приликом последњег сексуалног односа са таквим партнером?	1. Не	СП10		
		2. Да	СП10		
СП10	Да ли сте чули за вирус који се зове ХИВ и за болест СИДУ (АИДС) коју он изазива ?	1. Не →пређите на ДЕО НА	ДЕО НА		
		2. Да	СП11		
СП11	Шта мислите о следећим изјавама?				СП12
		Тачно	Нетачно	Не знам	
	1. Људи се могу заштитити од инфицирања ХИВ-ом ако имају само једног сексуалног партнера који није заражен и немају друге партнере.	1	2	НЗ	
	2. Људи се могу заштитити од инфицирања ХИВ-ом правилном употребом кондома приликом сваког сексуалног односа.	1	2	НЗ	
	3. Сиде се може добити уједом комарца.	1	2	НЗ	
	4. Особа која изгледа здрава може бити носилац ХИВ-а.	1	2	НЗ	
	5. Особа се може инфицирати ХИВ-ом ако дели храну са инфицираном особом.	1	2	НЗ	
	6. ХИВ се може пренети са мајке на дете током трудноће.	1	2	НЗ	
	7. ХИВ се може пренети са мајке на дете приликом порођаја.	1	2	НЗ	
	8. ХИВ се може пренети са мајке на дете преко млека приликом дојења.	1	2	НЗ	
	9. Наставнику који има вирус, а још није оболео од сиде, треба дозволити да и даље ради у школи.	1	2	НЗ	
10. И даље треба куповати храну код продавца за кога сте сазнали да има сиду или вирус сиде.	1	2	НЗ		
СП12	Да ли сте се тестирали на ХИВ?	1. Не →пређите на питање СП14	СП14		
		2. Да	СП13		
СП13	Да ли су Вам саопштени резултати?	1. Не	СП14		
		2. Да	СП14		
СП14	Да ли знате место где можете да се тестирате на ХИВ?	1. Не	ДЕО НА		
		2. Да	ДЕО НА		

ДЕО НА - НАСИЉЕ					
НА1	Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени неком физичком насиљу?		Не	Да	НА2
		1. У породици	1	2	
		2. У школи/на радном месту	1	2	
		3. На улици	1	2	
		95. Друго, навести _____	1	2	
НА2	Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени неком психичком малтретирању (вређању, понижавању, омаловажавању, исмевању, уцењивању...)?		Не	Да	НА3
		1. У породици	1	2	
		2. У школи/на радном месту	1	2	
		3. На улици	1	2	
		95. Друго, навести _____	1	2	
НА3	Уколико сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу или психичком малтретирању, да ли сте се обраћали за помоћ?		Не	Да	НА4
		1. Социјалном раднику	1	2	
		2. Здравственом раднику	1	2	
		3. СОС служби	1	2	
		4. Полицији	1	2	
		5. Родитељу, рођаку, пријатељу	1	2	
		6. Наставнику, професору	1	2	
		95. Друго, навести _____	1	2	
		НА4	Да ли се до сада дешавало да Ви некога :			Не	Да	Крај
1. Психички малтретирате (вређате, понижавате..)	1			2	
2. Тучете	1			2	

BIOGRAFIJA

- Janko Janković je rođen 19. 12. 1978. godine u Beogradu.
- Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu upisao je 1997. godine, a diplomirao 15. 10. 2004. godine, sa prosečnom ocenom 9,34.
- Za asistenta pripravnika Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, za užu naučnu oblast socijalna medicina, izabran je jula 2005. godine.
- U zvanje asistenta izabran je jula 2009. godine, a reizabran jula 2012. godine.
- Stručno se usavršavao na Erasmus Univerzitetu u Roterdamu, Holandija, gde je pohađao edukaciju za istraživače u oblasti javnog zdravlja; zatim na Tehnološkom Univerzitetu u Minhenu, Nemačka, gde je pohađao DAAD-ov program; u Nacionalnoj školi javnog zdravlja u Renu, Francuska, gde je pohađao Eurofamili program „Kako rukovoditi transnacionalnim javnozdravstvenim problemima u Evropi“; u Krakovu, Poljska, gde je završio letnju školu „Epidemiološke metode i analize“; u Rimu, Italija, u okviru Tempus projekta gde je završio kurs iz zdravstvenog menadžmenta, i na Univerzitetu Hamburg Ependorf, Nemačka, na odeljenju za medicinsku sociologiju i zdravstvenu ekonomiku.
- Decembra 2008. godine odbranio je magistarski rad „Analiza socijalno-ekonomskih odrednica nejednakosti u zdravlju na osnovu ispitivanja zdravstvenog stanja stanovništva“.
- Jula 2010 položio je specijalistički ispit iz socijalne medicine sa odličnim odbranivši rad na temu: „Povezanost demografskih i socijalno-ekonomskih determinanti sa samoprocenom zdravlja“.
- Aktivno je učestvovao u realizaciji 6 naučnoistraživačkih projekata, od kojih su 2 evropska, a sada učestvuje u radu 2 projekta (nacionalnog i evropskog).
- Do sada je objavio 29 radova od kojih je 11 u časopisima indeksiranim u Current Contents-u (CC) ili Science Citation Index-u (SCI), a 8 sa SCI-E liste.
- Recenzent je časopisa: European Journal of Public Health, International Journal of Public Health, Scandinavian Journal of Public Health, BMC Health Services Research i Journal of Public Health.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Јанко Јанковић

број уписа _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Процена повезаности социјално-економских неједнакости
и оболевања становништва

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

Потпис докторанда

У Београду, 05. 09. 2012.

Јанко Јанковић

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Јанко Јанковић

Број уписа _____

Студијски програм _____

Наслов рада Процена повезаности социјално-економских неједнакости и
оболевања становништва

Ментор Проф. др Снежана Симић

Потписани Јанко Јанковић

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

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

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

Потпис докторанда

У Београду, 05. 09. 2012.

Јанко Јанковић

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

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

Процена повезаности социјално-економских неједнакости и оболевања становништва

која је моје ауторско дело.

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

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

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

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

Потпис докторанда

У Београду, 05. 09. 2012.

Јанко Јанковић