



UNIVERZITET U NOVOM SADU  
MEDICINSKI FAKULTET  
JAVNO ZDRAVLJE

**POVEZANOST DEMOGRAFSKIH  
I SOCIJALNO-EKONOMSKIH DETERMINANTI  
SA NEJEDNAKOSTIMA U ZDRAVLJU ŽENA  
U VOJVODINI**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor: Prof. dr Vesna Mijatović Jovanović

Kandidat: dr Dragana Milijašević

Novi Sad, 2020. godina

Univerzitet u Novom Sadu  
Medicinski fakultet

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	Monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	Dragana Milijašević
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	dr. sci. med. Vesna Mijatović Jovanović, profesor
Naslov rada: NR	Povezanost demografskih i socijalno-ekonomskih determinanti sa nejednakostima u zdravlju žena u Vojvodini
Jezik publikacije: JP	Srpski jezik (latinica)
Jezik izvoda: JI	srp. / eng.
Zemlja publikovanja: ZP	Republika Srbija
Uže geografsko područje: UGP	AP Vojvodina
Godina: GO	2020
Izdavač: IZ	Autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Medicinski fakultet, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Fizički opis rada: FO	9 poglavlja / 142 strane / grafikon / 42 tabele / 249 referenci / 4 priloga

Naučna oblast: NO	Medicina
Naučna disciplina: ND	Socijalna medicina
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	Zdravlje žena; socioekonomski faktori; dispariteti zdravstvene zaštite; vulnerabilne populacije; pravo na zdravlje; faktori rizika; stil života; javno zdravlje
UDK	613.99:614.2(497.113)
Čuva se: ČU	Biblioteka Medicinskog fakulteta, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Važna napomena: VN	
Izvod: IZ	<p>Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju jesu važan i stalan javnozdravstveni problem u svim evropskim zemljama. Nejednakost u zdravlju u većini društava podrazumeva da žene imaju manji pristup i kontrolu nad resursima za zaštitu svog zdravlja, kao i manje mogućnosti da budu uključene u odlučivanje o sopstvenom zdravlju. Svi navedeni aspekti u značajnoj meri utiču na zdravlje žena. Cilj ovog rada bio je da se proceni vulnerabilnost u zdravlju žena, korišćenje i razlike u korišćenju zdravstvene zaštite žena, kao i da se identifikuju najznačajnije determinante povezane sa nejednakostima u zdravlju žena. Doktorska disertacija predstavlja deo Istraživanja zdravlja stanovništva Srbije iz 2013. godine koje je sprovedeno od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Istraživanjem je obuhvaćeno 1.840 žena uzrasta 20 i više godina sa područja Vojvodine. Instrument istraživanja su bili upitnici konstruisani u skladu sa upitnikom Evropskog istraživanja zdravlja, a podaci o telesnoj masi, telesnoj visini i krvnom pritisku su dobijeni merenjem.</p> <p>Rezultati istraživanja su pokazali da je su najstarije žene u strukturi uzorka, (OR=9,64; 95%CI = [5,79-16,04]; p&lt;0,001), žene nižeg nivoa obrazovanja (OR=2,96; 95%CI = [1,66-5,27]; p&lt;0,001) i materijalnog stanja (OR=2,11; 95%CI = [1,40-3,17]; p&lt;0,001) češće procenile svoje zdravlje kao loše. Kao prediktori lošeg zdravlja izdvojili su se i prisustvo depresije, hroničnih bolesti, izloženost stresu, pušenje, arterijska hipertenzija i slaba socijalna podrška. Istraživanje je potvrdilo postojanje značajnih nejednakosti u zdravlju žena u Vojvodini i identifikovalo najugroženiju kategoriju žena čime daje osnov za unapređenje postojećih i kreiranje novih javnozdravstvenih programa namenjenih ovoj vulnerabilnoj kategoriji.</p>

Datum prihvatanja teme od strane Senata: DP	09.02.2017.
Datum odbrane: DO	
Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO	predsednik: član: član:

University of Novi Sad  
Faculty of Medicine

KEY WORD DOCUMENTATION

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Dragana Milijašević
Mentor: MN	Vesna Mijatović Jovanović, MD, PhD, Proffesor
Title: TI	The association of demographic and socio-economic determinants with inequalities in women's health in Vojvodina
Language of text: LT	Serbian language (Latin)
Language of abstract: LA	eng. / srp.
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Vojvodina
Publication year: PY	2020
Publisher: PU	Author 's reprint
Publication place: PP	Faculty of Medicine, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, Novi Sad
Physical description: PD	9 chapters / 142 pages /42 tables / 1 graphs / 249 references / 4 annexes

Scientific field SF	Medicine
Scientific discipline SD	Social medicine
Subject, Key words SKW	Women's Health; Socioeconomic Factors; Healthcare Disparities; Vulnerable Populations; Right to Health; Risk Factors; Life Style; Public Health
UC	613.99:614.2(497.113)
Holding data: HD	Library of Faculty of Medicine, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Note: N	
Abstract: AB	<p>Socio-economic inequalities in health are an important and constant public health problem in all European countries. Inequality in health in most societies means that women have less access to and control over resources to protect their health, as well as fewer opportunities to be involved in deciding on their health. All of these aspects significantly affect women's health. This study aimed to assess the vulnerability in women's health, the use and differences in the use of women's health care, as well as to identify the most important determinants associated with inequalities in women's health. The doctoral dissertation is a part of the Health Survey of the Population of Serbia from 2013, which was conducted by the Ministry of Health of the Republic of Serbia. The research included 1,840 women aged 20 and over from the area of Vojvodina. The research instrument was questionnaires constructed following the European Health Research Questionnaire, and data on body weight, body height and blood pressure were obtained by measurement. The results of the research showed that the oldest women in the sample structure, (OR = 9.64; 95% CI = [5.79-16.04]; p &lt;0.001) had a lower level of education (OR = 2.96; 95% CI = [1.66-5.27]; p &lt;0.001) and material condition (OR = 2.11; 95% CI = [1.40-3.17]; p &lt;0.001) had greater odds to perceived their health as poor. The presence of depression, chronic diseases, exposure to stress, smoking, arterial hypertension and weak social support also stood out as predictors of poor self-assessment of health. The research confirmed the existence of significant inequalities in women's health in Vojvodina and identified the most vulnerable category of women, thus providing a basis for improving existing and creating new public health programs for this vulnerable category.</p>

Accepted on Senate on: AS	09.02.2017.
Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	president: member: member:

*Od srca hvala Prof. dr Vesni Mijatović Jovanović, mom mentoru, na pruženom znanju i podršci, velikoj pomoći i razumevanju koje je imala za mene tokom svih ovih godina.*

*Zahvaljujem se Doc. dr Sonji Šušnjević na svemu što me je naučila tokom prethodnih godina.*

*Želim da se zahvalim i Doc. dr Snežani Ukropini na dragocenim savetima i sugestijama i velikoj pomoći koju mi je pružila kad god je trebalo.*

*Doc. dr Zoranu Bukumiriću sa Katedre za medicinsku statistiku i informatiku Medicinskog fakulteta u Beogradu hvala na pomoći i sugestijama.*

*Veliko hvala i dragim koleginicama iz Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite na podršci i razumevanju kada mi je bila najpotrebnije.*

*Takođe se zahvaljujem svim dragim koleginicama i kolegama iz Centra za informatiku i biostatistiku u zdravstvu i Centra za promociju zdravlja Instituta za javno zdravlje Vojvodine.*

*Hvala mojoj porodici, mojim roditeljima, Gospi i Slavku, i bratu Draganu, koji su moja stalna podrška i oslonac.*

***Tatjani i Borisu***



*Žena je stvorena iz rebra muževog, ne iz njegovog stopala da se po njoj gazi, ne iz njegove glave da se njome vlada, već iz njegovog boka da mu bude **jednaka**, ispod ruke da bude zaštićena, pored srca da bude voljena.*

**Talmud**

## LISTA SKRAĆENICA

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj

EU – Evropska unija

SZO – Svetska zdravstvena organizacija

BMI – Body mass index, indeks telesne mase

PHQ-8 упитник – Patient Health Questionnaire-8

Oslo-3-skala – Oslo-3 Social Support Scale

CDC – Centers for Disease Control and Prevention, Центар за контролу и превенцију болести

SILC – Survey on income and living conditions, Anketa o prihodima i uslovima života

SSS – Strategija za smanjenje siromaštva

AŽS – Anketa o životnom standardu

COR – Ciljevi održivog razvoja

HDP – Human Development Paper, Studija o humanom razvoju

CEDAW – Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama

# SADRŽAJ

1	UVOD .....	1
1.1	Zdravlje žena .....	1
1.1.1	Zdravlje žena i nejednakosti u zdravlju .....	1
1.1.2	Vulnerabilnost i zdravlje žena.....	3
1.2	Determinante zdravlja .....	8
1.2.1	Obrazovanje .....	9
1.2.2	Materijalno stanje.....	11
1.2.3	Radni status.....	13
1.3	Zakonska regulativa .....	15
1.4	Zdravstvena zaštita i korišćenje zdravstvene zaštite .....	17
1.4.1	Zdravstvena zaštita.....	17
1.4.2	Korišćenje zdravstvene zaštite .....	19
2	CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	25
2.1	Cilj istraživanja sa naglaskom na rezultate koje se očekuju:.....	25
2.2	Očekivani rezultati su prikazani kroz sledeće hipoteze:.....	25
3	METOD ISTRAŽIVANJA .....	26
3.1	Uzorak 26	
3.2	Instrument istraživanja .....	27
3.3	Varijable 27	
3.3.1	Demografske odrednice .....	28
3.3.2	Socijalno - ekonomske odrednice .....	28
3.3.3	Pokazatelji stilova života .....	29
3.3.4	Pokazatelji zdravstvenog stanja .....	31
3.3.5	Indikatori korišćenja zdravstvene zaštite .....	33
3.4	Statističke metode obrade podataka .....	33
4	REZULTATI .....	36
4.1	Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica .....	36
4.2	Zdravlje žena .....	37
4.2.1	Samoprocena zdravlja .....	37
4.2.2	Mentalno zdravlje - depresija.....	42
4.2.3	Hronične bolesti .....	45
4.2.4	Objektivni pokazatelji zdravlja i stilovi života .....	48
	≤ 15 godina .....	58
4.3	Korišćenje zdravstvene zaštite .....	60
4.3.1	Razlike u korišćenju vanbolničke zdravstvene zaštite u odnosu na demografske i socijalno ekonomske karakteristike ispitanica .....	60
4.3.2	Preventivni pregledi .....	63
4.4	Povezanost samoprocene zdravlja sa nezavisnim činiocima.....	72
5	DISKUSIJA.....	93
5.1	Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike.....	93
5.2	Samoprocena zdravlja .....	96
5.3	Mentalno zdravlje - depresija.....	101
5.4	Hronične bolesti .....	103
5.5	Objektivni pokazatelji zdravlja i stilovi života.....	104
5.6	Korišćenje zdravstvene zaštite .....	111
5.6.1	Preventivni pregledi (mamografija i skrining na karcinom grlića materice) .....	113
5.7	Prednosti i ograničenja istraživanja.....	116

6	ZAKLJUČAK .....	118
7	PREPORUKE.....	122
8	LITERATURA.....	125
9	PRILOZI.....	141

# 1 UVOD

## 1.1 Zdravlje žena

### 1.1.1 Zdravlje žena i nejednakosti u zdravlju

Najranije definicije o zdravlju žena potiču iz 70-tih godina XX veka i usmerene su na reproduktivno zdravlje žena, dok su ove kasnije sveobuhvatnije i uzimaju u obzir sve bolesti koje pogađaju žene, kao i svest o socijalnim, ekonomskim, kulturološkim, političkim uticajima i naglašavaju jednakost prevencije i lečenja (1-4).

Sagledavanjem svih prethodno pobrojanih činjenica Nacionalna akademija za medicinsko obrazovanje o zdravlju žena formulisala je definiciju po kojoj „zdravlje žena podržava očuvanje blagostanja i prevenciju bolesti kod žena i uključuje skrininge, dijagnoze i upravljanje stanjima koja su jedinstvena za žene, češća kod žena, ozbiljnija (opasnija) ako se ispolje kod žena“. Takođe, ona prepoznaje „značaj studija zasnovanih na rodnom razlikama, prepoznaje multidisciplinarni pristup, uključuje raznovrsnost zdravstvenih potreba žena tokom životnog ciklusa i na koji način se na ove potrebe odražavaju rasne, verske, klasne, etničke, kulturne, seksualne razlike, nivo obrazovanja i osnaživanje žena za učešće u sopstvenoj zdravstvenoj zaštiti“ (5).

Zdravlje žena je od posebne važnosti, ne samo zbog velike osetljivosti ove populacione grupe, već i zbog činjenice da žene brinu o sopstvenom zdravlju, o zdravlju svoje dece, roditelja i ostalih članova porodice. Unapređivanje zdravlja i kvaliteta života žena se stoga pozitivno odražava na celu porodicu. Zdravlje žena određeno je mnogobrojnim činiocima (6). Od činilaca koji su u vezi sa samom ženom to su najčešće demografski činioci, socijalno-ekonomski i bihejvioralni činioci (7-9).

Pod porodičnim faktorima podrazumevaju se materijalno stanje porodice, kulturni nivo i odnosi unutar porodice (10-13). U činioce šireg okruženja spadaju uticaj normi, vrednosni sistem, razne vrste podsticaja (14). Navedeni faktori koriste se u brojnim istraživanjima kao značajni prediktori zdravstvenog stanja.

Položaj i uloga žena kroz istoriju se menjao, pa tako i zdravlje žena. Dugo vremena se smatralo da razlikovanje zdravlja žena i muškaraca proizilazi iz polnih bioloških različitosti

(15). Rodne uloge se uče i formiraju u okviru odrastanja u određenoj porodici, sredini, kulturi, veri i društvu. Svi ovi faktori dodeljuju ženama i muškarcima određene uloge koje se ogledaju u podeli na ženske i muške poslove i manifestuju se na različitim nivoima kroz rodnu diskriminaciju u vidu: manje plaćenih poslova, nezaposlenosti, nižeg nivoa obrazovanja, pritiska odgovornosti na porodičnom i profesionalnom planu žena (15, 16). Ženske uloge se danas u mnogim društvima posmatraju kao: produktivne (koje se odnose na proizvodnju dobara za potrošnju i zarade kroz posao van kuće), reproduktivne (odnose se na domaće i poslove u kući povezane sa stvaranjem i negovanjem dece i porodice), poslovne (odnose se na zadatke i odgovornosti koji se izvršavaju za dobrobit čitave zajednice, ali uglavnom su to poslovi organizacije i podrške, dok odlučivanje i evaluacija nisu gotovo nikada u njihovom delokrugu). Ove uloge, zajedno sa njihovim radom u zajednici, vide se kao prirodne i ne prepoznaju se i ne vrednuju kao ekonomski produktivne. Doprinos žena nacionalnoj ekonomiji i razvoju se zbog toga ne vrednuje visoko i ostaje nevidljiv (17).

Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti, čije se aktivnosti odnose na period do 2015. godine, preporučila je uvođenje nediskriminatorne terminologije i standardizaciju srpskog jezika u pogledu pravilne upotrebe roda i odgovarajućih izraza u propisima i komunikaciji (18).

Preporučeni termini su u skladu sa pojmovima koji su proistekli iz socijalnog konstrukta seksualnosti: pol, rod, rodna ravnopravnost, rodna jednakost i rodna diskriminacija (1, 19).

**a) „pol”** se odnosi na biološke karakteristike lica;

**b) „rod”** označava društveno uspostavnjene uloge, položaje i statute žena i muškaraca u javnom i privatnom životu, a iz kojih usled društvenih, kulturnih i istorijskih razlika proističe diskriminacija zasnovana na biološkoj pripadnosti određenom polu;

**c) „rodna ravnopravnost”** podrazumeva ravnopravno učešće svih lica bez obzira na rodnu pripadnost u svim oblastima društvenog i privatnog života, kao i njihov ravnopravan položaj,

**d) „rodna jednakost“** podrazumeva jednake mogućnosti za ostvarivanje svojih prava i jednaku korist od ostvarenih rezultata;

**e) „rodna diskriminacija“** podrazumeva svaku razliku, isključenost ili zabranu normi koje sprečavaju osobu da uživa pun obim prava

Diskusija se iz ovih referentnih okvira često prenese na razlikovanje pojmova „nejednakosti“ (inequality) i „nepravednosti“ (inequity). U javnom zdravlju, koncept zdravstvene neravnopravnosti (inequity) se često koristi u cilju opisivanja nejednakosti (inequality) koje se smatraju nepravednim (1). Postoji više definicija nejednakosti u zdravlju. Re i saradnici ih definišu kao razlike u zdravstvenom stanju ili distribuciji determinanti zdravlja među populacionim grupama. Po Vajthedu to su razlike u zdravlju koje su nepravedne i nepoštene i koje se mogu izbjeći, dok Grejem smatra da su nejednakosti u zdravlju sistematske razlike u zdravlju grupa ljudi ili zajednica koje imaju nejednake pozicije u društvu (20).

Pojam nejednakosti u zdravlju (engl. *health inequality*) može se smatrati deskriptivnim konceptom, jer jednostavno opisuje obrasce pokazatelja zdravlja u populaciji i ne uključuje vrednosnu procenu o tome kakvi bi ti pokazatelji trebali biti. Za razliku od toga, pojam nepravednosti u zdravlju (engl. *health inequity*) normativni je koncept koji označava nejednakosti u zdravlju koje su „politički, socijalno i ekonomski neprihvatljive“, (21), a proizilaze iz socioekonomskih nejednakosti koje se mogu sprečiti, pa je i njihovo savladavanje „etički imperativ“ (22).

Uprkos globalnom bogatstvu i tehnološkom napretku, nejednakosti u zdravlju su sve veće i veće i variraju od zemlje do zemlje. Studija koja je poredila 22 evropske zemlje pokazala je da nejednakosti postoje unutar svake od njih. Tako, na primer, u Češkoj stanovnici sa najnižim obrazovanjem imaju četiri puta veći rizik od smrti u odnosu na stanovnike sa najvišim nivoom obrazovanja. U Španiji je ova razlika dvostruka (23).

Socijalno-ekonomske nejednakosti rastu i unutar zemalja u kojima 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 (20).

### **1.1.2 Vulnerabilnost i zdravlje žena**

Jedan od osnovnih uslova za unapređenje zdravlja i smanjenja nejednakosti u zdravlju je da zemlja identifikuje visoko vulnerabilne grupe. Identifikacija najvulnerabilnijih grupa se zasniva na utvrđivanju grupa kod kojih su svi elementi vulnerabilnosti konvergentni: deprivacija

u pogledu zdravlja, obrazovanja i znanja, loše ekonomsko stanje kao posledica niskih prihoda ili nezaposlenosti (24).

Vulnerabilne grupe postoje u svim zemljama sveta. Metodologija za identifikaciju najvulnerabilnijih grupa je komplikovana i uključuje specifične indikatore, pri čemu se kriterijumi i kombinacije indikatora razlikuju za zajednice na različitom nivou razvijenosti (1). Visoka vulnerabilnost je povezana sa nezaposlenošću, nepismenošću, kao i niskim stepenom obrazovanja i drugim faktorima koji onemogućavaju uključivanje u produktivan rad. Nepismenost, takođe predstavlja veliku barijeru u sprovođenju mera za unapređenje zdravlja i kvaliteta života. Za mnoge vulnerabilne, nepismenost nije samo barijera za komunikaciju, razumevanje i znanje, nego je i uslov koji im onemogućava da vide svet izvan svoje neposredne sredine (25). Žene predstavljaju posebnu vulnerabilnu kategoriju stanovništva, čija vulnerabilnost zavisi od bioloških karakteristika, sociokulturnih faktora, navika i ponašanja. Pod vulnerabilnošću se podrazumeva svaka izloženost štetnom uticaju, a najvulnerabilnije su one grupe koje su u najvećoj meri izložene štetnim uticajima sa najmanjom šansom za preživljavanje (žene ruralnog područja, maloletne majke sa decom, nezaposleni mladi, migranti) (1).

Tokom života žena prolazi kroz periode koji su izuzetno važni posmatrano iz aspekta vulnerabilnosti. Period detinjstva često karakteriše polna diskriminacija gde zdravlje devojčica može da bude ugroženo na različite načine kroz neadekvatnu ishranu, obavljanje teških fizičkih poslova, nedostatak osnovnog obrazovanja i nedostatak odgovarajuće zaštite. U literaturi je potvrđeno da u većini zemalja u uslovima opšteg siromaštva i nerazvijenosti žene i devojčice više pate u odnosu na muški deo stanovništva zbog niskog statusa u društvu, vrednosti i odnosa društva prema ženi. U tim sredinama izražena je diskriminacija u odnosu na pol pa su dečaci više željeni što je često vezano za shvatanja da je žena slabijeg ekonomskog potencijala. Sa prethodno navedenim činjenicama su povezana i dešavanja u Srbiji u prvoj polovini dvadesetog veka, gde je žensko dete nazivano „tuđa kost“ aludirajući pritom na ranu udaju i prelazak u drugo gazdinstvo, pa je muško dete daleko više željeno, njemu se obraća sva pažnja jer ono je naslednik, tj. „glava kuće“ (26, 27).

Period adolescencije je period intenzivnog psiho - fizičkog i socijalnog sazrevanja. Ovo životno doba koje obuhvata decu starosti od 10 do 19 godina, predstavlja prelazak detinjstva u zrelost i karakteriše se dubokim promenama vezanim za biološki rast, seksualno, emotivno, psihosocijalno i kognitivno sazrevanje sa razvojem apstraktnog mišljenja (28). Ovaj period je poseban po tome što se u njemu usvajaju kako pozitivne tako i po zdravlje štetne navike i



ponašanja. Karakteristike ovog perioda su rane trudnoće, porođaji i veštački prekidi trudnoće, kao i rano sklapanje braka. U nerazvijenim zemljama sa niskim socijalno - ekonomskim standardom postoji tradicija ranog sklapanja braka i rađanja velikog broja dece. Prema podacima UNICEFa u Indiji 27% devojčica sklopi brak pre navršene 18. godine života, a čak 7% pre navršene 15. godine života (29) i Indija izraženo kroz apsolutni ima najveći broj devojčica koje rano stupaju u brak (15.509.000 devojčica) (29). U Bangladešu 59% devojčica sklopi brak pre navršene 18. godine života, a 22% pre 15. godine života, a gledano u odnosu na apsolutni broj Bangladeš se nalazi na četvrtom mestu (30). U obe ove zemlje kao razlog za rano stupanje u brak navode se tradicija, običaji, siromaštvo, shvatanja da je žena rođena za reprodukciju i da je to njena najvažnija uloga. Za ove devojčice to podrazumeva ranu reprodukciju, a time i kraj njihovog obrazovanja čime se ograničava i perspektiva za zapošljavanje. Gledano kroz srpsku istoriju najmlađa mlada bila je kraljica Simonida Nemanjić koja je postala supruga sa svojih 5 godina života i tumačeno među istoričarima predstavlja žrtvenu ulogu deteta (31).

Neželjene trudnoće koje prate period adolescencije predstavljaju veliki problem. Najveći broj neželjenih trudnoća u ovom periodu završi arteficialnim prekidom trudnoće, pri čemu su potencijalni rizici za narušavanje reproduktivnog zdravlja utoliko veći ukoliko je devojčica mlađa. Prema rezultatima multicentrične studije koja je obuhvatila 21 zemlju najviše abortusa su izvršile adolescentkinje iz Švedske (69%), Danske (67%), Francuske (61%), Norveške (56%) Engleske i Velsa (47%) (32). Kao što se iz navedenog vidi, dominiraju zemlje sa visokim socijalno-ekonomskim statusom što sa jedne strane može biti posmatrano kao mogućnost izbora u donošenju odluke, ali takođe treba imati u vidu da su ovo zemlje koje stope abortusa prate kao redovne indikatore i imaju uvid u rad privatnog zdravstvenog sektora. Manje stope abortusa u zemljama poput Bangladeša, Indije, Pakistana su rezultat toga što u ovim zemljama žene nisu u mogućnosti da budu nezavisne u donošenju odluka o ovakvom vidu planiranja porodice iz kulturoloških, verskih i ekonomskih razloga (33).

U fertilnom ili generativnom periodu (15-49 godina period kada je žena sposobna da rodi) zdravlje žene je pod uticajem njene reproduktivne i materinske uloge. U najvećem delu sveta žena provodi najveći deo svog života u trudnoćama i porođajima. Indikatori koji na najbolji način oslikavaju zdravlje žena u ovom periodu, kao i kvalitet zdravstvene zaštite su maternalni mortalitet, smrtnost odojčadi i fertilitet.

Prema podacima SZO maternalni mortalitet u svetu globalno gledano iznosi 211 na 100.000 živorođene dece, sa velikim varijacijama posmatrano po regionima i zemljama, od

zemalja koje beleže niske vrednosti ovog indikatora (4 na 100.000 živorođene dece u Španiji, Švedskoj, Danskoj) do izuzetno visokih vrednosti u nerazvijenim zemljama 1.150 u Južnom Sudanu i 1.140 na 100.000 živorođene dece u Čadu (34). Kao najčešći uzroci smrti navode se hemoragije i hipertenzija (preeklamsija i eklamsija). U Srbiji maternalni mortalitet u 2017. godini iznosio je 12/100.000 živorođene dece i posmatrano u odnosu na zemlje u okruženju beleži više vrednosti (Slovenija 7, a Hrvatska 8/100.000 živorođene dece) (35). Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku u Vojvodini su u 2018. godini umrle 3 žene usled komplikacije trudnoće, rađanja i babinja, što odgovara stopi maternalnog mortaliteta od 17,6 na 100.000 živorođenih (36). U Evropskoj uniji stopa maternalnog mortaliteta je u 2015. godini iznosila 5/100.000 živorođenih (37). S obzirom da u svetu globalno posmatrano maternalni mortalitet pokazuje i dalje visoke vrednosti, Ujedinjene Nacije su ovaj indikator uvrstile u Ciljeve održivog razvoja sa zadatkom da se do 2030. godine na globalnom nivou maternalni mortalitet smanji ispod 70 (38).

Socioekonomska tranzicija u pojedinim delovima Evrope dovela je do većih razlika u zdravlju žena između država. U zemljama istočne Evrope, pojavom siromaštva, došlo je i do smanjenja fertiliteta, povećanja maternalnog mortaliteta i abortusa, a u opadanju je očekivano trajanje života žena (39).

U Vojvodini opšte stope fertiliteta u 2017. godini iznosile su 42,9‰ i u stalnom su opadanju, specifične stope fertiliteta se pomeraju ka starijim dobnim grupama sa većom specifičnom stopom fertiliteta kod žena 30-34 godina u odnosu na žene 20-24 godina starosti (36), što zajedno sa više decenijskim niskim vrednostima stope reprodukcije doprinosi depopulaciji i izraženom starenju stanovništva (40).

Nasilje je pojava koja je zastupljena u svim kulturama i svim slojevima društva i predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem. Prema definiciji Svetske Zdravstvene Organizacije pod nasiljem se podrazumeva internacionalno korišćenje fizičke sile ili moći, preteće ili stvarne, protiv samog sebe, druge osobe, ili protiv grupe ili zajednice, koje dovodi do povreda, smrti, psihološkog povređivanja, lošeg razvoja ili siromaštva (41).

Nasilje može biti psihičko, fizičko, seksualno, ekonomsko. Bez obzira na to koja je od navedenih vrsta nasilja zastupljena, svaka u svojoj osnovi ima neravnomernu raspodelu moći između polova, pa se u literaturi najčešće i koristi termin „rodno zasnovano nasilje“, čime se naglašava subordinirajući status žena u društvu u odnosu na muškarce (42). Poseban društveni

problem predstavlja nasilje u porodici, gde su žrtve obično žene, a počinioci njihovi partneri (43, 44).

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije 35% žena u svetu je tokom svog života iskusilo fizičko ili seksualno nasilje, a u 30% slučajeva nasilje je izvršio intimni partner (45). Prva Nacionalna studija u Republici Srbiji o učestalosti nasilja nad ženama sprovedena je 2001. godine od strane Viktimološkog društva Srbije na uzorku od 700 žena starosti 18 i više godina, gde je svaka treća žena u Srbiji bila žrtva fizičkog nasilja u porodici, a čak svaka druga žrtva psihičkog nasilja, pri čemu se u najvećem broju slučajeva (74,8%), kao počinitelac nasilja navodi muž ili intimni partner (46). Slični rezultati dobijeni su i u Nacionalnoj studiji sprovedenoj u Beogradu 2003. godine na uzorku od 1456 žena fertile perioda, gde je 23,7% žena izjavilo da je u nekom periodu života doživelo iskustvo fizičkog ili seksualnog nasilja (47), a više od polovine ispitivanih žena u studiji sprovedenoj u Centralnoj Srbiji na uzorku od 2500 žena starosti 18-75 godina je u bilo kom periodu tokom života bilo izloženo nekoj vrsti nasilja, a čak 37,5% njih je nasilje pretrpelo u poslednjih 12 meseci (48). Zlostavljane žene trpe mnoge posledice koje se direktno odražavaju na njihovo zdravlje, kvalitet života i radnu sposobnost, pri čemu su prevaziđeni stereotipi o predominantnom fizičkom povređivanju. Zdravstvene posledice obuhvataju širok spektar funkcionalnih simptoma i bolesti koji utiču na fizičko, reproduktivno i mentalno zdravlje žene (49).

Najčešće posledice po mentalno zdravlje žena su depresija, anksioznost i posttraumatski stresni poremećaj što je i dokazano u studiji sprovedenoj u Velikoj Britaniji gde izloženost žena nedavnom partnerskom nasilju ima jaču povezanost sa navedenim mentalnim poremećajima nego sa drugim poznatim prediktorima: upotrebom alkohola i zloupotrebom droga (50).

Mišljenja o povezanosti nasilja nad ženama i zloupotrebe droge i alkohola su oprečna, s obzirom da je teško utvrditi uzročno-posledičnu vezu (42). Međutim Devries i saradnici su u metaanalizi pokazali da je u 9 od 12 longitudinalnih studija upotreba alkohola prethodila partnerskom nasilju (51).

Istraživanje sprovedeno u 10 različitih zemalja na 15 lokacija po metodologiji Svetske zdravstvene organizacije je pokazalo da postoji čvrsta povezanost između partnerskog nasilja i neželjene trudnoće i abortusa, pri čemu je povezanost nasilja i neželjene trudnoće značajna u 8 od 14 ispitivanih mesta, a čak u 12 ispitivanih mesta neželjena trudnoća nakon partnerskog nasilja je završila abortusom (52). Uticaj socijalno-demografskih karakteristika na pojavu nasilja nad ženama je različit i u mnogome zavisi od razvoja društva. Republika Srbija je

zadržala većinu karakteristika “patrijarhalnog” društva sa privilegovanim muškarcima u odnosu na žene što predstavlja i dalje pogodan paravan za nasilje nad ženama u porodici.

## 1.2 Determinante zdravlja

U Srbiji, kao i u mnogim zemljama u tranziciji, demografske i socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju nisu dovoljno proučene, niti im se posvećuje potrebna pažnja u javnozdravstvenim politikama (53).

Čak i sa postojanjem dovoljno resursa i uprkos primeni mnogobrojnih intervencija, one su i dalje u porastu. To nam ukazuje na neophodnost merenja i razumevanja socijalno-ekonomskih nejednakosti. Najčešće korišćeni model za objašnjenje uticaja socijalno-ekonomskih odrednica zdravlja na ishode zdravlja ljudi je model Dalgrena i Vajthedove.

Prema modelu Dalgrena i Vajthedove (1991), socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju su rezultat interakcija između različitih nivoa uzročnih stanja, od pojedinaca preko zajednice do nivoa nacionalne zdravstvene politike (20). Model naglašava značaj individualne odgovornosti za zdravstveno stanje, kako u izboru ponašanja, tako i u kolektivnim odlukama koje su doneli pojedinci, kao i da politika intervencije u okviru jednog domena može ali i ne mora imati željeni efekat zbog velikog broja drugih sektora koji su takođe uključeni (54).

Klasični Dahlgren-Whitehead prikaz determinanti zdravlja predstavljen je nizom koncentričnih krugova sačinjenih od faktora koji su nepromenljivi kao što su pol, starost, genetika, od potencijalno promenljivih rizičnih faktora izraženih kroz niz slojeva uticaja, uključujući životne navike, fizičko i socijalno okruženje i širih socioekonomskih, kulturoloških i uticaja spoljašne sredine. Prema Otavskoj povelji o unapređenju zdravlja, opšti uslovi za zdravlje su mir, adekvatno stanovanje, obrazovanje, hrana, prihodi, stabilan ekosistem, održiva eksploatacija resursa, socijalna pravda i pravičnost u zdravlju. Iz ovih činjenica proizlazi da na ljudski život i zdravlje ne utiču isključivo biološka, genetska i ponašajna obeležja pojedinca, već daleko snažniji učinak na njegovo zdravlje imaju obeležja socijalne grupe kojoj taj pojedinac pripada. Tako su nejednakosti u zdravlju zapravo posledica nejednakih životnih mogućnosti (55).

Koncepti koji govore o tome šta se sve ubraja u socijalno-ekonomske determinante zdravlja su različiti (20). Prema Marmotu to su: zaposlenost, nezaposlenost, socijalne razlike, socijalna podrška, socijalna isključenost, stres, rani period života, konzumiranje alkohola, duvana i droga, hrana i transport, dok su prema Rafaelu (Raphael, 2004) to: obrazovanje,

dohodak, socijalni status, zaposlenost, uslovi rada i sigurnost na poslu, nezaposlenost, stambeno pitanje, usluge zdravstvene zaštite, socijalna podrška, socijalna isključenost, rani period života, obezbeđenost hranom (20). Prema Ačesonovom izveštaju i siromaštvo je značajna socijalno-ekonomska determinanta zdravlja.

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije socijalno-ekonomske nejednakosti predstavljaju "razlike u prevalenciji ili učestalosti zdravstvenih problema između pojedinaca koji imaju viši ili niži društveno-ekonomski status" (56), a najčešće se povezuju sa nivoom obrazovanja, zanimanjem i prihodima (57).

Za objašnjenje nastanka socijalno-ekonomskih nejednakosti koriste se tri teorije: teorija društvene mreže, materijalna teorija i obrazovna teorija (58).

Teorija društvene mreže zasniva se na veličini društvene mreže i društvene potpore kao glavnim pokazateljima nečijeg socijalno-ekonomskog stanja. Materijalna teorija u svojoj osnovi govori da je materijalno stanje glavni pokretač i uzrok nastanka nejednakosti u zdravlju, dok obrazovna teorija u centar stavlja obrazovanje, bez obzira na materijalno stanje osobe (58).

### **1.2.1 Obrazovanje**

Najšire shvaćeno, obrazovanje obuhvata sve postupke koji doprinose sticanju iskustva i njegovog uobličavanja u saznanje, koje služi oformljivanju ličnosti (59). Kao mera intelektualnog statusa, obrazovanje je direktno povezano sa materijalnim stanjem što potvrđuju i brojna istraživanja gde više i visoko obrazovane osobe imaju veće prihode, manju stopu nezaposlenosti, manje čekaju na posao (25).

Istorijski gledano, pravo na obrazovanje je ženama širom sveta dugo uskraćivano. Opšti školski zakon u Srbiji iz 1844. godine prvi je sadržao odredbe o školovanju ženske dece. U Srbiji prve javne osnovne škole u kojima su se obrazovale samo žene potiču iz 1846. i 1847. godine i oformljene su u Paraćinu i Beogradu, ali neprosvećenost je bila široko rasprostranjena, pa je u ovim osnovnim školama bilo malo učenica. Nepismenost tog vremena u Srbiji bila je ženskog roda (60). Posebnim propisom ugarskih vlasti, 1868. godine u Vojvodini je uvedeno obavezno školovanje dece oba pola od šest do dvanaest godina. Više devojačke škole osnovane su 1874. godine u Pančevu i Novom Sadu, i 1875. godine u Somboru, međutim ugarski režim je sve više sužavao prava Srba u Vojvodini, a u Srbiji je uz razvitak društva, politike, privrede jačalo i školstvo, tako da sve veći broj univerzitetski obrazovanih osoba u Srbiji doprineo da Vojvodina polako gubi značaj koji je imala za razvitak Srbije početkom XIX veka (60).

Od 1955. godine pravo na obrazovanje u Srbiji je Ustavom zagantovano i osmogodišnje školovanje je obavezno za sve bez obzira na pol, jezik, zdravlje, socijalnu, versku, nacionalnu, kulturnu i drugu vrstu pripadnosti (25). Obrazovanje je veoma važan faktor koji utiče na zdravlje i blagostanje pojedinca, pomaže u promovisanju i održavanju zdravih stilova života i pozitivnih izbora, podržavajući i negujući ljudski razvoj, veze, lično, porodično i blagostanje zajednice (61). Obrazovanje se smatra potencijalno važnom determinantom zdravstvenog stanja, delom zbog uticaja na socijalne i ekonomske putanje u životu, ali takođe i zbog veće mogućnosti za prihvatanje zdravih stilova života (62).

Poslednjih decenija je sprovedeno mnogo istraživanja koja su ispitivala povezanost zdravlja i obrazovanja, pri čemu je dokazano da se viši stepen obrazovanja pozitivno odražava na zdravstveni status ispitanika, da utiče na smanjenje smrtnosti, povećava očekivano trajanje života (63). Mnogi istraživači ističu da je učinak obrazovanja transgeneracijski, što znači da je viši stepen obrazovanja roditelja povezan s boljim zdravljem njihove dece (64-66), kao i da se sa povećanjem stepena obrazovanja majke smanjuje šansa da njihove ćerke zatrudne u periodu adolescencije (67, 68).

Istraživanje Raševićke i saradnika je pokazalo da se u Srbiji sa povećanjem školske spreme smanjuje prosečan broj dece po ženi. U mnogim evropskim zemljama, uključujući i zemlje koje su prolazile, ili prolaze tranziciju (Poljska, Bugarska i Rumunija, odnosno Albanija i Ukrajina), zabeležene su negativne korelacije između obrazovnog nivoa žena i ostvarenog fertiliteta (69).

Uticaj obrazovanja na zdravlje ljudi se objašnjava na različite načine. Visokoobrazovane osobe na tržištu rada imaju prednost nad osobama s nižim nivoom obrazovanja jer su češće zaposlene i zadovoljne svojim poslom. imaju veće prihode i veću ukupnu ekonomsku sigurnost (70). Drugo, obrazovanje povećava osećaj kontrole nad sopstvenim životom i sposobnost suočavanja sa životnim problemima. Treće, obrazovane osobe češće usvajaju pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja, jer su tokom svog obrazovanja informisani o rizičnim oblicima ponašanja i njihovim posledicama (71).

Među milenijumskim ciljevima, osnovno obrazovanje ima poseban značaj, ne samo jer je apostrofirano kao poseban cilj, već i zato što predstavlja osnovu za realizaciju svih ostalih ciljeva. Ono je, međutim, direktno povezano sa iskorenjivanjem siromaštva i gladi (72).

## 1.2.2 Materijalno stanje

Materijalno stanje je važan pokazatelj socijalno-ekonomskog statusa i zajedno sa nivoom obrazovanja i radnim statusom predstavlja indikator životnog standarda. Materijalno stanje se može procenjivati prema visini dohotka (prihodi od rada ili imovine, socijalni transferi) i prema bogatstvu (materijalna dobra, finansijska imovina i prava) kojima neko raspolaže. Nejednakost posmatrana u ovom kontekstu se najlakše prikazuje Gini koeficijentom i kvintilnim odnosom (73).

Gini koeficijent na skali od 0 do 1 (ili 100) meri nejednakost cele populacije, pri čemu 0 predstavlja jednakost potrošnje svih pojedinaca, a 1 (ili 100) potpunu koncentraciju potrošnje na jednog pojedinca, dok kvintilni odnos označava odnos potrošnje 20% najbogatijeg i najsiromašnijeg stanovništva. Gini koeficijent u Srbiji u 2016, iznosio je 38,6 i značajno je veći od prosečnog Gini koeficijenta zemalja EU-28 (30,7) (Eurostat, 2018) (73). Na ovaj način merena nejednakost dohodka veća je u Srbiji nego u bilo kojoj od zemalja Evropske unije.

Nejednakost je „neraskidivo“ povezana sa siromaštvom i u zavisnosti od ugla posmatranja, ali i zemalja u kojima tumačimo ovu vezu, postoje dve mogućnosti za rešavanje ovog problema (70). Jedna od mogućnosti ističe činjenicu da u svakom društvu gde postoje nejednakosti, ukidanjem nejednakosti rešavamo i problem siromaštva, a druga mogućnost se odnosi na društva u kojima postoji nejednakost, ali sa jasno utvrđenom granicom siromaštva koja se nalazi ispod prosečnog primanja u svakom društvu, tako da bismo siromaštvo sprečili na način što ne bismo dopustili da niko od građana padne ispod te granične linije (70). Postoji više indikatora koji na veoma jasan i precizan način mere siromaštvo u jednoj zemlji. Posmatrano na nivou zemalja Evropske unije to su linija siromaštva, stopa siromaštva, dubina siromaštva i oštrina siromaštva.

Linija siromaštva podrazumeva minimalna sredstva koja su neophodna za preživljavanje pojedinca (elementarnu reprodukciju) i u Republici Srbiji meri koliko je dinara na mesečnom nivou po ekvivalentnom odraslom članu domaćinstva dovoljno za elementarnu reprodukciju. Stopa siromaštva meri koliko je udeo siromašnih pripadnika date populacije u celoj populaciji, a dubina siromaštva kvantifikuje intenzitet siromaštva tj. pokazuje za koliko se potrošnja nalazi ispod linije siromaštva. Oštrina siromaštva meri nejednakosti među siromašnima (74). Republika Srbija je prvi put u 2002. godini dobila podatke o siromaštvu po međunarodno priznatoj metodologiji. Proces prikupljanja statističkih podataka koji se odnose na siromaštvo započeo je sprovođenjem godišnje Ankete o životnom standardu (AŽS)

sprovedene tokom 2002. i 2003. godine, a na zahtev Vlade Republike Srbije i uz stručnu pomoć Svetske banke. Na osnovu ovih podataka napravljena je Strategija za smanjenje siromaštva. Anketa o životnom standardu uz podršku Svetske banke realizovana je poslednji put 2007. godine (75). Strategija za smanjenje siromaštva imala je za cilj da broj siromašnih do 2010. godine prepolovi otvaranjem novih radnih mesta u privatnom sektoru, sprečavanjem pojave novog siromaštva, donošenjem novih programa, mera i aktivnosti usmerenih na siromašne i socijalno ugrožene grupe po međunarodno definisanim kriterijumima (nepismene, neobrazovane osobe, nezaposlene, stare osobe, žene, višečlana domaćinstva, ruralno stanovništvo, izbegla i interno raseljena lica, Romi...) (25, 76).

Deceniju i po nakon Strategije za smanjenje siromaštva (SSS), Vlada Srbije je usvojila Ciljeve održivog razvoja - Agenda 2030, dokument koji po svojoj logici liči na SSS. Kao i prva strategija posvećena smanjivanju siromaštva ima unapred zadatu strukturu i ulogu, sadrži pregled stanja u nekoliko oblasti (ekonomija uopšte, socijalna inkluzija i zaštita životne sredine), kao i prikaz socijalnih politika koje Srbija sprovodi i planira da sprovede i deo je procesa pristupanja EU. Glavni cilj Agende 2030 je da se do kraja 2030. najmanje za polovinu smanji broj muškaraca, žena i dece svih uzrasta koji žive u bilo kom obliku siromaštva, prema nacionalnim definicijama siromaštva (77).

Studija o humanom razvoju (HDP) u Republici Srbiji za 2018. godinu bavi se potciljevima COR koji se odnose na nejednakost u potrošnji i dohotku. U Agendi do 2030, „sve izraženije nejednakosti unutar i između zemalja“, „ogromne razlike u mogućnostima, bogatstvu i moći“ i „rodna neravnopravnost“ izdvojeni su kao „ogromni globalni izazovi“ (78). Nejednakost i „borba protiv nejednakosti unutar i između zemalja“ je istaknuta kao neophodna za iskorenjivanje siromaštva, očuvanje planete, podsticanje privrednog rasta i socijalnog uključivanja. Od početka devedesetih godina prošlog do kraja prve decenije ovog veka, dohodovna nejednakost unutar zemalja je, u proseku, porasla u svim regionima u razvoju (78). Ova studija analizira položaj najsiromašnijih 40% stanovništva, budući da COR 10 prepoznaje najsiromašnijih 40% kao ciljnu populaciju od posebnog značaja za održivi razvoj, u skladu sa načelom Agende do 2030. godine „da niko ne bude izostavljen“. Međutim, Studija o humanom razvoju u Srbiji obraća posebnu pažnju i na najsiromašnijih 20% stanovništva, što se može smatrati za nacionalno specifičan indikator koji će biti obuhvaćen Studijom zbog svog velikog značaja za javne politike (78).

Prema podacima Zavoda za statistiku Republike Srbije stopa rizika od siromaštva 2018. godine iznosi 24,3%, što znači da je svaki četvrti građanin Srbije na ivici siromaštva. Relativna



linija rizika od siromaštva iznosi 16.615 dinara. Dosadašnja istraživanja pokazuju da su siromaštvom najviše pogođeni nezaposleni i nekvalifikovani građani, kao i višečlana domaćinstva (79).

Međutim, najvažniji pokazatelj ugroženosti za međunarodna poređenja je stopa rizika od siromaštva ili socijalne isključenosti. Rizik siromaštva ili socijalne isključenosti integriše sva tri faktora rizika: stopu rizika od siromaštva, nizak intenzitet rada i izrazitu materijalnu deprivaciju i njemu je izloženo čak 38,7% stanovnika Srbije u 2016. godini, za koju raspoložemo zvaničnim podacima. To je izrazito loša performansa, s obzirom da je ova stopa na nivou Evropske unije prosečno iznosila 23,5% u 2016. godini, dok je u 2017. godini smanjena za jedan procentni poen (80).

### 1.2.3 Radni status

Obrazovanje ne deluje na zdravlje kao izolovan faktor. Zajedno sa njim, radni status utiče na mnogo različitih načina. Stoga je veoma teško procenjivati njihov nezavisan uticaj.

Radni status se najčešće definiše prema statusu na tržištu rada ili prema vrsti zanimanja. Prema prvoj podeli, osoba može biti stalno zaposlena, privremeno zaposlena, zaposlena na skraćeno radno vreme, domaćica, nesposobna za posao zbog bilo kog oblika invaliditeta, nezaposlena, u procesu školovanja (studija), u penziji. Druga podela, koja radni status definiše prema vrsti zanimanja, zavisna od obrazovanja i visine prihoda bila je polazna osnova za longitudinalna istraživanja poznata pod nazivom Whitehall, sprovedena u Velikoj Britaniji od 1967. do 1970. godine (81).i od 1985. do 1988. odine (82) kojima su prikupljeni prvi empirijski dokazi o uticaju radnog statusa na zdravstvene ishode (70). Studija je pokazala 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 (20). Siromaštvo i nezaposlenost predstavljaju globalne probleme. Dugotrajna nezaposlenost često vodi u siromaštvo, a sa sobom nosi i niz drugih problema koji mogu dovesti do socijalne isključenosti pojedinca. Iako je tranzicija kroz koju je prošla naša zemlja decenijama iza nas, u Republici Srbiji je i dalje prisutan problem visoke nezaposlenosti. Analitička studija koja je obuhvatila desetogodišnji period (1997.-2007. godine) je pokazala trend rasta stope nezaposlenosti u Srbiji uz prisutne oscilacije po godinama i u 2007. godini je iznosila 18,1%

(6). Nezaposlenost u Srbiji predstavlja višedecenijski, veliki privredni i društveni problem, nasleđen i dalje produbljivan kroz procese restrukturiranja i globalne ekonomske krize (80).

Pored neusklađenosti između ponude i tražnje radne snage, tržište rada pokazuje nesklad i u starosnoj, profesionalnoj i kvalifikacionoj strukturi (80). Na osnovu podataka RZS datih u tabeli 1, negativna tendencija pada broja zaposlenih prekida se 2014. godine, a u narednim godinama dolazi do kontinuiranog povećanja ukupnog broja zaposlenih. Najveće povećanje zaposlenosti u 2018. godini zabeleženo je u starosnoj kategoriji 25–64 godine, uprkos smanjenju broja stanovnika ovog uzrasta. Stopa nezaposlenosti stanovništva radnog uzrasta, kao bazični indikator tržišta rada, u padu je od 2014. godine, tako da je u 2018. godini na nivou od 13,3%, a u 2019. godini u većini zemalja EU je ispod 10% (83).

Posmatrajući petogodišnji period vidimo da je u Srbiji i dalje veća stopa nezaposlenosti žena u odnosu na muškarce, veći je udeo žena bez ličnih prihoda, postoji niža kvalifikacija i obrazovanje, naročito starijih kategorija ženskog stanovništva, kao i dalje prisutna ekonomska deprivacija (78).

Nezaposlenost u Srbiji u 2018. godini je skoro dvostruko viša u odnosu na prosek Evropske unije (6,8%) i znatno je veća u odnosu na niz evropskih zemalja, kao što su: Rumunija (4,2%), Mađarska (3,7%) i Nemačka (3,4%), Češka (2,2%) i dr. Od zemalja iz okruženja, približno isti odnosno nešto viši nivo nezaposlenosti beleži Crna Gora (15,2%), dok je znatno viši nivo nezaposlenosti u Makedoniji (20,8%) (83).

**Tabela 1. Stopa nezaposlenosti u Srbiji, 2014-2018. godina**

		Stopa nezaposlenosti (%)														
		2014.			2015.			2016.			2017.			2018.		
St.	grupe	15+	15-24	25-64	15+	15-24	25-64	15+	15-24	25-64	15+	15-24	25-64	15+	15-24	25-64
ukupno		19,2	47,5	19,9	17,7	43,2	18,2	15,3	34,9	15,9	13,5	31,9	14,1	12,7	29,7	13,3
muško		18,3	46,1	19,1	16,8	40,1	17,4	14,6	32,2	15,3	12,8	29,2	13,5	11,9	28,3	12,5
žensko		20,3	50,0	21,0	18,8	48,2	19,3	16,1	39,5	16,7	14,3	36,3	14,8	13,7	32,0	14,2

*Izvor: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2017. godinu. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2018.*

### 1.3 Zakonska regulativa

Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju jesu važan i stalan javnozdravstveni problem u svim evropskim zemljama. Nejednakost u zdravlju u većini društava podrazumeva da žene imaju manji pristup i kontrolu nad resursima za zaštitu svog zdravlja, kao i manje mogućnosti da budu uključene u odlučivanje o sopstvenom zdravlju. Svi navedeni aspekti u značajnoj meri utiču na zdravlje žena, stoga je radi sveobuhvatne zdravstvene zaštite žena neophodno razvijanje standarda za unapređenje njihovog zdravlja, donošenje odgovarajućih dokumenata i regulisanje nacionalne politike zaštite zdravlja žena.

*Povelja Ujedinjenih nacija (1946. godine)* se sa punim pravom smatra prekretnicom u regulisanju pravnog položaja žena na univerzalnom planu. Za ovaj ustavni dokument savremene međunarodne zajednice vezuje se proglašenje ravnopravnosti žene i muškarca, jer se u njemu odbacuje bilo kakav oblik diskriminacije zasnovan na razlici između polova (84).

*Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (1966)* (85), pored potvrde principa jednakost muškaraca i žena sadržanih u dotadašnjim aktima UN predviđa i određene obaveze država potpisnica United Nations. *Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW)* je usvojena od strane Generalne skupštine Ujedinjenih nacija 1979. godine, ali je stupila na snagu kao međunarodni ugovor 1981. godine, predstavlja jedan od najšire prihvaćenih međunarodnih sporazuma o ljudskim pravima (86).

*Pekinška platforma za akciju* je dokument četvrte svetske konferencije o ženama održane u septembru 1995. godine u Pekingu, koji se smatra nacrtom za poboljšanje položaja žena i unapređenje ženskih prava, gde je ravnopravnost između muškaraca i žena definisana kao pitanje ljudskih prava i uslov za socijalnu pravdu (87).

*Milenijumska deklaracija* je rezolucija Generalne skupštine Ujedinjenih nacija, usvojena 2000. godine. Svetska banka je u 8 Milenijumskih ciljeva uvrstila i 3 rodno uslovljena parametra praćenja razvoja sa svojim podciljevima Cilj 2 postići univerzalnost osnovnog obrazovanja, Cilj 3 Promovisati jednakost među polovima i dati veća prava ženama i Cilj 5 Poboljšati zdravlje majki (88).

*Mapa puta za jednakost žena i muškaraca 2006-2010. godine* navodi šest prioriternih područja aktivnosti EU vezanih za jednakost polova za period 2006.-2010. godine i definiše prioritne oblasti i intervencije u cilju postizanja potpune jednakosti muškaraca i žena:

1. Postizanje jednake ekonomske nezavisnosti žena i muškaraca

2. Podsticanje usklađivanja poslovnog, privatnog i porodičnog života
3. Promovisanje jednakog učešća žena i muškaraca u donošenju odluka
4. Iskorenjivanje nasilja na osnovu pola i trgovine ljudima
5. Uklanjanje rodni stereotipa u društvu
6. Promovisanje jednakosti polova van EU (89).

**Strategija evropske unije za ravnopravnost između žena i muškaraca 2010-2015. godine** je strateški dokument EU koji definiše politiku aktivnog delovanja u cilju postizanja rodne ravnopravnosti. Ova Strategija propisuje konkretne aktivnosti na osnovu pet prioriternih oblasti koje su definisane u Ženevskoj povelji (90).

Pekinška deklaracija i Milenijumska deklaracija sa 8 milenijumskih ciljeva razvoja su jedni od najznačajnijih međunarodnih dokumenata koji su doprineli unapređenju zdravlja žena. Ovi dokumenti, kao i mnogi drugi poslužili su kao osnova za definisanje okvira zdravstvene politike Republike Srbije usmerene ka zdravlju žena.

Vlada Republike Srbije je 2006. godine usvojila **Nacionalne milenijumske ciljeve razvoja**, 2009. i 2010. godine **Uredbu o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine** i **Nacionalnu strategiju sa Akcionim planom za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti**, 2016. godine **Nacionalnu strategiju sa Akcionom planom za rodnu ravnopravnost za period od 2016.–2020. godine** (91-93).

Prva dva dokumenta predstavljala su važnu osnovu za uvođenje i poštovanje principa rodne ravnopravnosti u Srbiji, a treći predstavlja nastavak započetih reformi koje obezbeđuju pun obim poštovanja ljudskih prava.

Bez obzira na navedene zakonske odrednice ukupan položaj žena u Srbiji je i dalje nepovoljan. Na osnovu podataka RZS u Srbiji je i dalje veća stopa nezaposlenosti žena u odnosu na muškarce, veći je udeo žena bez ličnih prihoda, postoji niža kvalifikacija i obrazovanje, naročito starijih kategorija ženskog stanovništva, kao i dalje prisutna ekonomska deprivacija (78). S obzirom da prevelik broj žena u svetu i dalje ima neadekvatan pristup zdravstvenoj zaštiti, nezadovoljavajući nivo obrazovanja, stalno suočavanje sa nasiljem i diskriminacijom, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je u Njujorku krajem 2015. godine usvojila **Globalnu strategiju za zdravlje žena, dece i adolescenata**. Strategija ima tri velika cilja: Preživeti (stati na kraj smrtnosti koja se može prevenirati), Napredovati (osigurati zdravlje i blagostanje) i Transformisati (proširiti povoljno okruženje) (94).

Ujedinjene nacije su 2016. godine usvojile *Ciljeve održivog razvoja* još jedan veoma važan strateški dokument koji predstavlja nastavak Milenijumskih ciljeva razvoja i sa svojih 17 ciljeva šalje univerzalni poziv na delovanje za iskorenjivanje siromaštva, gladi, postizanje kvalitetnog obrazovanja, smanjenje ekonomske nejednakosti, postizanje rodne ravnopravnosti i dr. Ciljevi su međusobno povezani budući da ključ uspeha jednog cilja često leži u sagledavanju izazova koji su svojstveni nekom drugom cilju. Postizanje ciljeva održivog razvoja podrazumeva partnerstvo vlada, privatnog sektora, civilnog društva i građana kako bi se budućim generacijama obezbedilo bolje životno okruženje (38).

## **1.4 Zdravstvena zaštita i korišćenje zdravstvene zaštite**

### **1.4.1 Zdravstvena zaštita**

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena zaštita obuhvata sprovođenje mera i aktivnosti usmerenih na očuvanje i unapređenje zdravlja građana, sprečavanje, suzbijanje, i rano otkrivanje bolesti povreda i drugih poremećaja zdravlja, blagovremeno i efikasno lečenje i rehabilitaciju (95).

Ustavom Republike Srbije, po kome su pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu osnovna ljudska prava, definisano je da deca, trudnice, majke tokom porodiljskog odsustva, samohrani roditelji sa decom do sedme godine i stari ostvaruju zdravstvenu zaštitu iz javnih prihoda, ako je ne ostvaruju na drugi način, kao i da je zdravstveno osiguranje osnovni oblik na kome počiva zdravstveni sistem (96)

Zdravlje majke i deteta, posebno odojčadi i dece do pet godina, ukazuje na zdravlje cele populacije, stepen razvijenosti zdravstvene službe, kao i razvijenost društva u celini, te se pri definisanju nacionalnih ciljeva u oblasti zdravlja najčešće koriste pokazatelji njihovog zdravstvenog stanja. Stoga nam praćenje pokazatelja zdravlja najosetljivijih populacionih grupa daje najbolji presek njihovog sadašnjeg zdravstvenog stanja, i omogućava predviđanja njihovog zdravlja u budućnosti (92).

Postoje brojni problemi u praćenju zdravstvenih potreba žena i korišćenja zdravstvenih usluga. Rutinska medicinska statistika ne pruža dovoljan uvid o svim faktorima koji deluju na zdravlje. Takođe, još uvek je nedovoljno rodno senzitivnih istraživanja, statističkih podataka i rodno senzitivnog zakonodavstva. Najpotpuniju sliku o zdravlju i zdravstvenim potrebama

žena, s obzirom da zdravlje sagledavaju na sveobuhvatan način, daju Nacionalna istraživanja zdravlja (53).

Iako je poslednjih decenija urađeno dosta na formiranju jedinstvenog zdravstvenog informacionog sistema podaci rutinske zdravstvene statistike i izveštaji bazirani na njima ne pružaju još uvek potpuni uvid u zdravlje populacije i u zdravstvene rizike kojima su stanovnici izloženi. Dostupni pokazatelji oboljevanja su nepotpuni, potiču iz različitih izvora i odražavaju morbiditet samo dela populacije koji se obraća zdravstvenoj službi u državnoj svojini (bez uvida u privatni sektor) oslanjajući se pri tome samo na negativan aspekt zdravlja (97).

U proceni korišćenja zdravstvene zaštite validnost podataka je smanjena zbog toga što ne pruža dovoljne podatke o broju korisnika u pojedinim službama/delatnostima, broju poseta po korisniku jer se kroz jednu epizodu može evidentirati više pregleda, broju lica koja su koristila usluge stacionarnih zdravstvenih ustanova, dijagnostikovanim oboljenjima u specijalističko - konsultativnim službama bolnica i dr. (98).

Najpotpuniji pristup u analizi potreba i korišćenja dao je Andersen koji je u literaturi poznat kao model ponašanja u korišćenju zdravstvenih usluga ili „Andersenov model (*Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization*), koji faktore povezane sa potrebama, zahtevima i korišćenjem zdravstvene zaštite svrstava u tri grupe. Prvu grupu predstavljaju predisponirajuće karakteristike ispitanika i one uključuju socijalno-demografske karakteristike kao što su starost, pol, obrazovni nivo, bračno stanje i radnu aktivnost. Drugu grupu čine faktori koji omogućavaju korišćenje zdravstvenih usluga i predstavljaju lične, porodične i društvene resurse koji mogu da podstiču ili da predstavljaju barijeru u procesu korišćenja zdravstvene zaštite (zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici moraju biti dostupni tamo gde ljudi žive i rade) i treću grupu čine zdravstvene potrebe koje nastaju na osnovu stanja zdravlja pojedinca (samoprocena zdravlja) ili populacije (pokazatelji zdravstvenog stanja) čije se ponašanje prati i analizira (99). Model objašnjava proces uzročne povezanosti u kome su predisponirajući faktori egzogeni, omogućavajući resursi za korišćenje usluga neophodni ali ne i dovoljni uslovi, a potrebe se moraju utvrditi kako bi se korišćenje realizovalo. Vrlo je koristan u analizi podataka dobijenih nacionalnim ispitivanjima zdravlja (99).

Ekonomski razvoj zemlje se direktno odražava na zdravstvenu zaštitu. Ratovi i tranzicija kroz koju je prošla Republika Srbija doveli i do ekonomske isključenosti naše zemlje, ne razvijanja privrede, industrije i ekonomije, što je rezultiralo i smanjenjem bruto domaćeg proizvoda. Dokazano je da zemlje sa većim bruto domaćim proizvodom (BDP-om) po glavi

stanovnika troše više na zdravstvenu zaštitu od zemalja sa nižim BDP-om i imaju tendenciju da imaju veću zdravstvenu radnu snagu (100). Ovo je važan faktor koji treba uzeti u obzir prilikom ispitivanja i pokušaja primene rešenja za probleme u sistemima zdravstvene zaštite u zemljama u razvoju. Vrednost bruto domaćeg proizvoda (BDP) po glavi stanovnika u 2017. godini u Republici Srbiji iznosila je 5.226 EUR, dok je stopa realnog rasta BDP iznosila 1,9%. Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu učestvuju u relativno visokom procentu u BDP-u (povećanje sa 8,13% u 2003. godini na 8,8% BDP u 2017. godini). Učešće javnih rashoda u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu je smanjeno sa 70,9% u 2003. godini na 57,6% u 2017. godini, dok se u istom periodu učešće privatnih rashoda u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu povećalo sa 29,1% na 42,4% (101).

Prema podacima SZO o izdvajanjima za zdravstvenu zaštitu kao procenata BDP-a, Republika Srbija je iznad proseka Evropske unije. Međutim, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, Srbija izdvaja u apsolutnom iznosu mala sredstva za zdravstvenu zaštitu, što je posledica relativno niskog nivoa BDP-a Srbije. I pored visokog izdvajanja za zdravstvenu zaštitu iz BDP-a, sistem ne uspeva da obezbedi stepen zdravstvene zaštite koji odgovara tako visokom učešću u BDP-u (101). Činjenica je da stepen razvijenosti zemlje određuje karakter i kvalitet zdravstvene zaštite svake zemlje, ali efikasnost sistema je nešto sasvim drugo. Stoga, važno je pitanje kako sa raspoloživim, a oskudnim, resursima i kapacitetima postići što viši, očekivani, stepen zdravstvene zaštite (102).

#### **1.4.2 Korišćenje zdravstvene zaštite**

Zdravstvenu zaštitu u Republici Srbiji žene ostvaruju kroz usluge primarne i bolničke zdravstvene zaštite. Primarnu zdravstvenu zaštitu ženama na teritoriji Vojvodine, pružaju doktori medicine i lekari specijalisti ginekologije i akušerstva (kao izabrani lekari) i medicinske sestre-tehničari zaposleni u službama za zdravstvenu zaštitu odraslog stanovništva i žena, zatim kućnog lečenja i nege, polivalentne patronaže i ostalim specijalističkim službama u okviru domova zdravlja (ukupno 44). Obezbeđivanje primarne zdravstvene zaštite ne podrazumeva samo prvi kontakt, već i kontinuiranu odgovornost za nadzor nad zdravstvenim stanjem žena, otkrivanje oboljenja, identifikaciju, kontrolu i edukaciju o faktorima rizika koji ugrožavaju njihovo zdravlje (103). Bolničku zdravstvenu zaštitu žene ostvaruju u ustanovama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite na teritoriji Vojvodine i to u 9 opštih bolnica (Subotica, Zrenjanin, Senta, Kikinda, Vršac, Pančevo, Sombor, Sremska Mitrovica i Vrbas), 11 specijalnih bolnica (4 specijalne bolnice za rehabilitaciju: Kanjiža, Melenci, Apatin i Vrdnik,

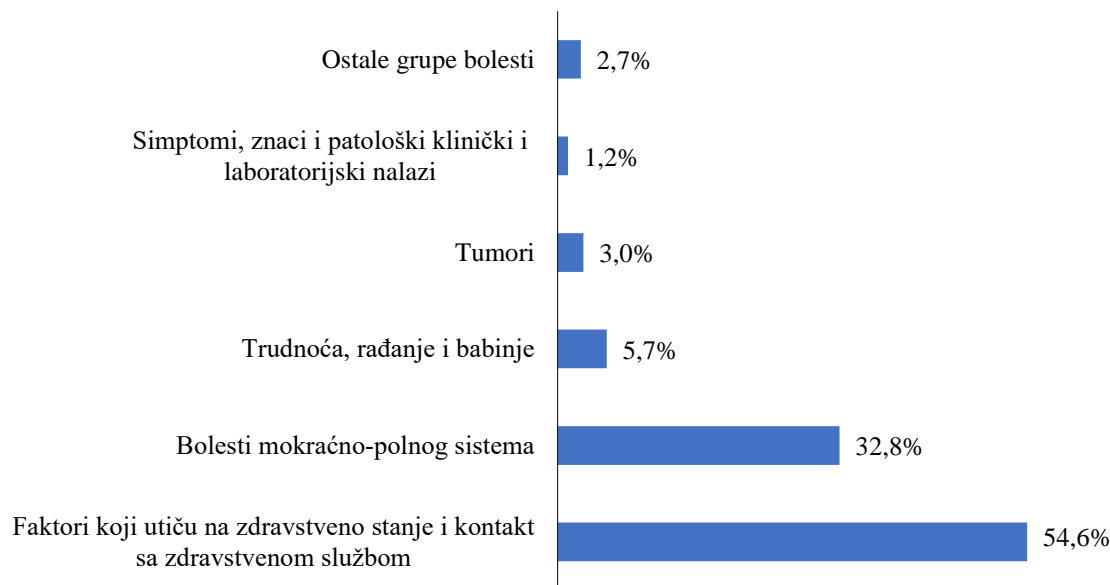
2 specijalne bolnice za plućne bolesti: Zrenjanin i Bela Crkva, 3 specijalne bolnice za lečenje psihijatrijskih bolesnika: Novi Kneževac, Vršac i Kovin, Specijalna bolnica za reumatske bolesti Novi Sad i Specijalna bolnica za neurološka i posttraumatska stanja Stari Slankamen), Vojnomedicinskom centru Novi Sad, Kliničkom centru Vojvodine i Institutima u Sremskoj Kamenici (36).

Različiti su razlozi zbog kojih žene koriste usluge zdravstvene zaštite. Većina njih se obraća lekaru da bi se izlečila od bolesti, a manji broj da bi prevenirao ili odložio neki budući zdravstveni problem. Podaci o registrovanom morbiditetu žena nisu precizni, s obzirom da u našoj zemlji morbiditetna statistika registruje oboljenje, a ne obolelo lice (62).

U Vojvodini u 2018. godini u službi za zdravstvenu zaštitu žena vodeće grupe bolesti bile su faktori koji utiču na zdravstveno stanje i kontakt sa zdravstvenom službom i bolesti mokraćno - polnog sistema koji su činile skoro 90,0% ukupno registrovanog morbiditeta (grafikon br. 6). Prva na lestvici vodećih dijagnoza u ukupnom morbiditetu je lica koja traže zdravstvene usluge radi pregleda i ispitivanja (34,8%), slede je preporođajni pregledi i druge kontrole trudnoće (9,1%) i druga zapaljenja ženskih karličnih organa (7,3%) (36).

Najčešći uzroci za bolničko lečenje žena u 2018. godini vezani su za trudnoću (hospitalizacije zbog spontanog porođaja kod jednoplodne trudnoće i porođaj carskim rezom kod jednoplodne trudnoće), zatim slede *zloćudni tumori dojke*, *druga medicinska nega* i *staračka katarakta* (36).



**Grafikon 1. Vodeće grupe bolesti u službama za zdravstvenu zaštitu žena u Vojvodini u 2018. godini**

Izvor: *Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine 2018. godine. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine; 2019.*

Vodeći zdravstveni problem stanovništva Vojvodine su hronične nezarazne bolesti, stoga je neophodna sveobuhvatna primena nacionalnih strategija, uredbi i programa za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti, uz obezbeđenje materijalnih i kadrovskih resursa. U osnovi ovih bolesti su rizična ponašanja i štetne navike (nepravilna ishrana, fizička neaktivnost, pušenje, gojaznost, hipertenzija i dr.) koji se mogu staviti pod kontrolu intenziviranjem promotivno-preventivnih mera i aktivnosti (36).

Preventivna zdravstvena zaštita u Vojvodini prati se kroz ostvarivanje preventivnih pregleda žena. Republički fond za zdravstveno osiguranje na osnovu zakonskog ovlašćenja Zakona o zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS“, broj 107/05, 109/05-ispravka, 57/11, 110/12-odluka US, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14-odluka US, 106/2015, 10/2016) za svaku kalendarsku godinu donosi *Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2018. godinu* („Sl. glasnik RS“, 8/2018), kojim se regulišu postupci i metodi dijagnostike, lečenja i rehabilitacije radi sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja i lečenja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, a koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Na osnovu preporuka

Pravilnika odabrani su parametri za evaluaciju ostvarivanja preventivne zdravstvene zaštite i analizira se ostvarivanje preventivnih usluga u odnosu na standarde date u Pravilniku (36).

U Vojvodini u 2018. godini patronažnim posetama jedan put u toku trudnoće obuhvaćeno je 64,5% trudnica. Porodilji i novorođenom detetu ostvareno je po 4,8 poseta što je nešto manje od normativa Pravilnika (5 poseta porodilji i novorođenčetu). Svaka trudnica je imala prosečno 5,6 lekarskih pregleda i 4 ultrazvučna pregleda tokom trudnoće (normativ - 5 pregleda trudnica i 4 ultrazvučna pregleda). Posle porođaja zainteresovanost žena za kontrolu zdravlja opada te je obuhvat pregledima 6 nedelja posle porođaja (33,9%), kao i 6 meseci posle porođaja (12,2%) nedovoljan. Preventivnim ginekološkim pregledom obuhvaćena je svaka deveta žena starija od 15 godina (36) (tabela 2).

Praksa i pokazatelji ovih analiza pokazuju da najveći deo žena i ne koristi zdravstvenu zaštitu u toku svog životnog veka, osim perioda trudnoće i u vezi sa porođajem, kada je i najveće korišćenje zdravstvene zaštite, u periodu reproduktivnog doba, do 50 godina ili zbog zdravstvenih problema u kasnijem periodu (104). Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović - Batut". Analiza rada vanbolničkih zdravstvenih ustanova i korišćenje primarne zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u 2017. godini. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović - Batut", 2017.

**Tabela 2. Ostvarivanje preventivne zdravstvene zaštite u Vojvodini u 2017. godini**

Naziv usluge	Grupacija stanovništva	Broj odgovarajuće grupacije stanovništva	Broj poseta po stanovniku prema sadržaju i obimu preventivnih mera u PZZ	Ostvarenje		
				Broj usluga	Broj poseta po stanovniku	Obuhvat (%)
Patronažne posete grupacijama stanovništva	trudnica	17032	1	10987	0,6	64,5
	porodilja i novorođeno dete	17259	5	83561	4,8	96,8
Preventivni pregled	trudnica	17115	5	96316	5,6	100,0
Ultrazvučni pregled	trudnica	17465	4	70696	4,0	100,0
Preventivni pregled	žena posle porođaja (nakon 6 nedelja)	16544	1	5611	0,3	33,9
	žena posle porođaja (nakon 6 meseci)	16096	1	1969	0,12	12,2
Preventivni ginekološki pregled	žena 15 i više godina	690463	1	79538	0,11	11,5

Izvor: *Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine 2018. godine. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine; 2019.*

Prema podacima mortalitetne statistike u 2018. godini u Vojvodini je skoro svaka četvrta osoba (22,9%) umrla od tumora, pri čemu su kod osoba ženskog pola najučestaliji bili maligni tumori dojke (510 žena; 18,6%) (36). Ovaj podatak je zabrinjavajuć, s obzirom da ova oboljenja spadaju u grupu preventabilnih. Kao uspešna metoda prevencije koristi se skrining - procedura ranog otkrivanja bolesti, odnosno pronalaženja potencijalno obolelih u što ranijoj fazi, koja je najčešće bez simptoma, sa ciljem blagovremenog lečenja i sprečavanja daljeg razvoja bolesti.

U okviru preventivne zdravstvene zaštite, obavljaju se skrining pregledi na: karcinom grlića materice, karcinom dojke, karcinom debelog creva, depresiju, dijabetes tip 2 i na kardiovaskularne bolesti. Prema „Pravilniku o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu“ (“Sl. glasnik RS”, br. 7/2019) predviđeno je da skriningom na karcinom grlića materice budu obuhvaćene žene starosti 25 do 64. godina, sa preporučenim obuhvatom od 33,3% žena na godišnjem nivou, a

na karcinom dojke žene starosti 50-69 godina sa obuhvatom od 50% žena godišnje. U toku 2018. godine obuhvat ovim skrining pregledima u Vojvodini je bio značajno manji u odnosu na Pravilnik (36) (tabela 3).

**Tabela 3. Obuhvat skrininga na karcinom u odnosu na planirani obuhvat, Vojvodina 2018. godina**

Naziv usluge	Grupacija stanovništva	Broj odgovarajuće grupacije stanovništva	Planirani obuhvat*	Ostvarenje		
				Broj usluga	Broj poseta po stanovniku	Ostvareni obuhvat (%)
Skrining na karcinom grlića materice	žene 25-64 godina	509080	33,30%	67400	0,13	13,2
Skrining na karcinom dojke	žene 50-69 godina	277718	50,00%	20867	0,07	7,5

\*Planirani obuhvat prema „Pravilniku o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2018. godinu“ (Sl. Glasnik RS, br. 8/2018).

Izvor: *Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine 2018. godine. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine; 2019.*

Svaka strukturna kategorija stanovništva karakteriše se specifičnim stavovima u vezi sa zdravljem i bolešću i načinom odnosa prema zdravlju i bolesti i ima specifični morbiditet i mortalitet. U tom smislu postoje i razlike i u korišćenju zdravstvene zaštite.

Govoreći o korišćenju zdravstvenih usluga, važno je osvrnuti se na aspekt jednakosti i pravičnosti koji su dugi niz godina deo agende javnog zdravlja u svetu. Iako postoje podaci u Srbiji koji se odnose na korišćenje zdravstvenih usluga, sofisticiranije analize koje uzimaju u obzir faktore koji na to mogu uticati, merenje nejednakosti kao i kontinuirano praćenje, nije do sada sprovedeno (99).

Da bi zadovoljila osnovne zdravstvene potrebe stanovništva zdravstvena zaštita mora da bude pre svega pristupačna. Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju bi trebale da imaju važne implikacije na kreatore zdravstvene politike, ne samo zato što predstavljaju socijalnu nepravdu, nego i zbog toga što se rešavanjem zdravstvenih problema nepriviligovanih grupa stanovništva može uticati pa poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva u celini. Takođe, razumevanje zdravstvenih nejednakosti u određenoj zajednici može doprineti povećanju efektivnosti i efikasnosti sistema zdravstvene zaštite, time što će adekvatne usluge i intervencije usmeriti i pružiti identifikovanim rizičnim grupama (62).

## 2 CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

### 2.1 Cilj istraživanja sa naglaskom na rezultate koje se očekuju:

1. Proceniti vulnerabilnost u zdravlju i zastupljenost bihejvioralnih faktora rizika kod žena u Vojvodini u odnosu na demografske (starost, tip naselja, bračni status) i socijalno-ekonomske determinante (nivo obrazovanja, materijalno stanje i radni status)

2. Proceniti korišćenje zdravstvene zaštite žena u Vojvodini u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante

3. Identifikovati najznačajnije determinante povezane sa nejednakostima u zdravlju žena u Vojvodini

### 2.2 Očekivani rezultati su prikazani kroz sledeće hipoteze:

1. Postoje značajne razlike u zdravlju i zastupljenosti bihejvioralnih faktora rizika kod žena u Vojvodini, pri čemu su najugroženije kategorije: starije žene ruralnog područja, žene bez partnera, sa najnižim nivoom obrazovanja, najsiromašnije žene i nezaposlene žene.

2. Žene u Vojvodini u nedovoljnom obimu posećuju lekara opšte medicine i ginekologa, a obuhvat žena preventivnim pregledima je manji od 20%. Zdravstvenu zaštitu značajno češće koriste žene sa gradskih područja, visokog nivoa obrazovanja i materijalnog stanja i zaposlene žene.

3. Nejednakosti u zdravlju žena su povezane sa godinama starosti, obrazovanjem, materijalnim stanjem i radnim statusom, pri čemu su najznačajniji prediktori dobrog zdravlja žena visoki nivo obrazovanja i materijalnog stanja, zaposlenost, postojanje partnera i socijalne podrške.

## 3 METOD ISTRAŽIVANJA

Istraživanje predstavlja deo nacionalne studije „Istraživanje zdravlja stanovništva Republike Srbije“ sprovedene 2013. godine u skladu sa preporukama Evropskog istraživanja zdravlja (EHIS wave 2, Methodological manual) Eurostat (105), a u saradnji Ministarstva zdravlja Republike Srbije i Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

Za potrebe ove disertacije posebno je izdvojena baza podataka za Vojvodinu, čije varijable su prilagođene potrebama i ciljevima ovog istraživanja. U analizu su uključene sve žene starosti 20 i više godina. Predviđeni uzorak ove starosne kategorije čini 1.840 žena sa područja Autonomne Pokrajine Vojvodine. Iz ciljane populacije su isključena lica koja žive u kolektivnim domaćinstvima i institucijama (starački domovi, socijalne ustanove, zatvori, psihijatrijske institucije).

### 3.1 Uzorak

Istraživanje je rađeno kao studija preseka na reprezentativnom uzorku odraslog stanovništva Republike Srbije. Prema protokolu studije, uzorak je izabran tako da obezbedi statistički pouzdanu procenu velikog broja indikatora koji ukazuju na zdravlje populacije, kako na nacionalnom nivou, tako i na nivou geografskih oblasti/statističkih regiona: Vojvodina, Beograd, Šumadija i Zapadna Srbija, Južna i Istočna Srbija, i na nivou gradskih i ostalih naselja/područja (106).

Slučajan uzorak domaćinstava i ispitanika dobijen je stratifikacijom i višestapnim uzorkovanjem. Za početne stratume korišćeni su populacioni podaci iz popisa stanovništva Republike Srbije za 2011. godinu i dve varijable (region i tip naselja). Ove varijable su se koristile i za stratifikaciju uzorka, pa su uzorci stratifikovani u dve dimenzije. Kao glavni stratum u uzorku izdvojena je Vojvodina i 3 ostala statistička regiona (Beograd, Šumadija i Zapadna Srbija, Južna i Istočna Srbija). Daljom podelom stratuma na gradska i ostala područja dobijeni su podstratumi. Zatim je vršeno dvoetažno uzorkovanje.

U prvoj etapi odabira uzorka, popisni krugovi su odabrani na osnovu verovatnoće proporcionalne njihovoj veličini (Probability Proportional Sampling- PPS), te je u ovoj etapi odabrano ukupno 670 popisnih krugova. U drugoj etapi iz svakog popisnog kruga je izabrano po 10 domaćinstava i 3 rezervna domaćinstva sa jednakom verovatnoćom izbora i bez

ponavljanja, pomoću linearnog metoda uzorkovanja slučajnim početkom i jednakim korakom izbora (Simple Random Sample Without Replacement-SRSWoR) (106).

### 3.2 Instrument istraživanja

Instrument istraživanja je posebno konstruisan upitnik za stanovnike starosti 15 godina i više koji pored posebnih identifikacionih podataka o domaćinstvu i ličnih podataka o odraslom ženskom članu domaćinstva sadrži podatke o: demografskim karakteristikama (starost, tip naselja, bračni status) i socijalno-ekonomskom statusu ispitanice (obrazovanju, zaposlenosti, materijalnom statusu), zdravstvenom stanju, mentalnom zdravlju, hroničnim bolestima, prisustvu socijalne podrške, hipertenzije, izloženosti stresu, preventivnim pregledima i korišćenju zdravstvene zaštite. Anonimni deo upitnika sadrži podatke o pušenju, konzumaciji psihoaktivnih supstanci, alkoholu i seksualnom životu (105).

- Upitnik za ispitanike starosti 15 i više godina (Prilog 1)
- Upitnik za samopopunjavanje (Prilog 2)
- Upitnik za domaćinstvo (Prilog 3)

Podaci koji se koriste u ovom istraživanju su dobijeni metodom intervjua „licem u lice“ od strane posebno obučениh anketara, kao i metodom samopopunjavanja za pitanja koja se odnose na određene navike i ponašanja u vezi sa zdravljem. Pitanja su uglavnom zatvorenog tipa (popunjavana su zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora) (106).

Učestvovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno. Prilikom anketiranja učesnici su bili informisani o samom istraživanju na osnovu posebno pripremljenog pisma za ispitanike sa osnovnim informacijama, a takođe se od njih tražila saglasnost za učestvovanje u istraživanju popunjavanjem obrasca informisanog pristanka.

Uz anketiranje, dodatno su rađena i antropometrijska merenja telesne mase i telesne visine, na osnovu kojih je izračunat indeks telesne mase (BMI), kao i merenje krvnog pritiska. Sva merenja su obavili medicinski radnici prethodno obučeni prema standardnoj proceduri.

### 3.3 Varijable

U istraživanju su korišćene sledeće varijable: demografske (godine života, bračni status i tip naselja), socijalno-ekonomske (stepen obrazovanja, radni status i materijalno stanje), pokazatelji stilova života (konzumiranje alkoholnih pića, upotreba psihoaktivnih supstanci,

pušenje, izloženost stresu, socijalna podrška i seksualno ponašanje), pokazatelji zdravstvenog stanja (samoprocena zdravlja, prisustvo hroničnih bolesti, stanje uhranjenosti, prevalencija hipertenzije ili potencijalne hipertenzije, prisustvo depresivnih poremećaja) i indikatori korišćenja zdravstvene zaštite (korišćenje vanbolničke zdravstvene zaštite i preventivni pregledi).

### **3.3.1 Demografske odrednice**

Razlike u odnosu na starost su posmatrane u odnosu na pet starosnih kategorija (20-34, 35-49, 50-64, 65-80 i 80+)

Prema bračnom statusu, ispitanice su svrstane u četiri kategorije:

1. osobe koje žive u braku ili vanbračnoj zajednici
2. osobe koje nikada nisu živele u braku ili vanbračnoj zajednici
3. razvedene ili rastavljene (vanbračna zajednica se završila razlazom)
4. udovice (uključuje i osobe kod kojih se vanbračna zajednica završila smrću partnera).

U odnosu na tip naselja, ispitanice su grupisane u dve kategorije: grad i ostala područja. Prema Zakonu o teritorijalnoj organizaciji Republike Srbije, grad je teritorijalna jedinica koja predstavlja ekonomski, administrativni, geografski i kulturni centar šireg područja i ima više od 100.000 stanovnika (107).

### **3.3.2 Socijalno - ekonomske odrednice**

Prema stepena obrazovanja a ispitanice su razvrstane u četiri kategorije:

1. viši/visok stepen obrazovanja (viša škola, visoka škola-osnovne studije, visoka škola - master/magistarski, visoka škola - doktorat)
2. srednje obrazovanje (završene dve, tri ili četiri godine srednje škole, specijalizacija posle srednje škole)
3. osnovna škola
4. nepotpuna osnovna škola (jedan do sedam razreda osnovne škole) i bez škole.

Prema radnom statusu ispitanice su grupisane u tri kategorije:



1. zaposlene (rade za platu ili profit, uključujući i one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i oni koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora
2. nezaposlene (ne rade za platu ili profit)
3. radno neaktivne (studenti, osobe na usavršavanju, stručnoj praksi bez plaćanja, osobe u penziji, nesposobni za rad i osobe koje obavljaju poslove u domaćinstvu (domaćice) (108).

Materijalno stanje je analizirano uz pomoć indeksa blagostanja domaćinstva (Demographic and Health Survey Wealth Index - DHS Wealth Index) (109). Za potrebe istraživanja konstruisan je indeks blagostanja domaćinstva prema kome je stanovništvo svrstano u pet socijalno - ekonomskih kategorija ili kvintila (najsiriromašniji - prvi kvintil, siromašni - drugi kvintil, srednji - treći kvintil, bogati - četvrti kvintil i najbogatiji - peti kvintil). 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 sanitacija, 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 automobile (20, 110). U analizi podataka ispitanice su svrstane u tri kategorije: bogati, srednji sloj i siromašne.

### **3.3.3 Pokazatelji stilova života**

Za procenu socijalne podrške korišćen je Skor socijalne podrške (Oslo-3 Social Support Scale) koji je formiran na osnovu tri pitanja iz upitnika i dodeljivanjem određenog broja bodova za svaki odgovor:

1. „Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?“ (broj bodova se kreće od 1 („Nijedna“) do 4 („6 ili više“)),

2. „Koliko su ljudi uistinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?“ (broj bodova se kreće od 1 („Nimalo nisu zainteresovani“) do 5 („Veoma su zainteresovani“)),

3. „Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?“ (broj bodova se kreće od 1 („Jako teško“) do 5 („Vrlo lako“)).

Nakon sabiranja bodova formiran je skor socijalne podrške čija se vrednost kreće u rasponu 3-14, pri čemu vrednost 12-14 bodova ide u prilog postojanju jake socijalne podrške, 9-11 bodova umerene i 3-8 bodova loše socijalne podrške (111).

Konsumiranje alkohola je procenjeno na osnovu učestalosti konzumacije bilo kog alkoholnog pića u poslednjih godinu dana, pri čemu su ponuđeni odgovori bili: svaki dan ili skoro svaki dan, 5-6 dana u nedelji, 3-4 dana u nedelji, 1-2 dana u nedelji, 2-3 dana mesečno, 1 mesečno, manje od 1 mesečno, ne u proteklih 12 meseci jer više ne pijem alkohol i nikada, ili nekoliko gutljaja, u svom životu. Za potrebe analize odgovori su grupisani u 3 kategorije:

1. 1-2 dana nedeljno i češće (spojeni sledeći odgovori: svaki dan ili skoro svaki dan, 5-6 dana u nedelji, 3-4 dana u nedelji, 1-2 dana u nedelji),
2. 1-3 dana mesečno i ređe (spojeni odgovori: 2-3 dana mesečno, 1 mesečno i manje od 1 mesečno),
3. Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci (spojeni odgovori: ne u proteklih 12 meseci jer više ne pijem alkohol i nikada, ili nekoliko gutljaja, u svom životu).

Upotreba psihoaktivnih supstanci je procenjena na osnovu izjave ispitanica da li su koristile neku od 12 navedenih supstanci u poslednjih godinu dana (sredstva za spavanje, sredstva za umirenje, sredstva protiv bolova, morfijum, kanabis, ekstazi, amfetamin/metamfetamin, kokain, krek, heroin, LSD, isparljive supstance). Zbog nedovoljnog broja odgovora za dalja ukrštanja formirana je nova varijabla koja je obuhvatila odgovore na pitanja o upotrebi lekova za spavanje i umirenje pa su ponuđene tri mogućnosti:

1. Ne pije lekove
2. Pije lekove za spavanje ili lekove za umirenje
3. Pije oba navedena leka

Kada je u pitanju pušenje, ispitanice su svrstane u tri kategorije: nepušači (ispitanice koje nikada nisu pušile), bivši pušači (ispitanice koje su nekada pušile svakodnevno, ali sada

ne puše) i pušači (ispitanice koje puše svakodnevno i povremeno). Da bismo formirali ovakvu varijablu morali smo da vršimo korekciju unetih odgovora u bazi.

Izloženost stresu analizirana je na osnovu podataka o izloženosti stresu u poslednje 4 nedelje pri čemu su ispitanice odgovorile sa da ili ne.

Indikatori iz oblasti seksualnog ponašanja su analizirani kroz pitanja: Da li ste stupili u seksualne odnose?, Sa koliko godina ste stupili u seksualne odnose?, Da li ste u prethodnih 12 meseci koristile neku od metoda ili navedenih sredstava za sprečavanje neželjene trudnoće (kontraceptivne pilule, intrauterina spirala, muški kondom, neplodni dani, prekinut odnos, pilula za dan posle i dr.)?, Da li ste imali namerni prekid trudnoće u poslednjih 12 meseci?

Zbog nepovoljnog broja ishoda i potencijalnih prediktora, kao i višestrukih poređenja istih podataka za dalji prikaz i analizu rizičnog seksualnog ponašanja varijable koje definišu **upotrebu kontracepcije** grupisane su u 2 kategorije: one koje koriste i ne koriste neko od navedenih sredstava i metoda za sprečavanje trudnoće (kontraceptivne pilule, intrauterina spirala, muški kondom, neplodni dani, prekinut odnos, pilula za dan posle i dr.). Pri tome je baza selektovana na seksualno aktivne ispitanice starosti 20-49 godina.

### 3.3.4 Pokazatelji zdravstvenog stanja

Samoprocena zdravlja je predstavljena petostepenom Likertovom skalom na kojoj su ispitanice svoje zdravlje procenile kao: veoma dobro, dobro, prosečno, loše i veoma loše. Za potrebu analize konstruisana je nova varijabla i samoprocena zdravlja je svrstana u tri kategorije:

1. veoma dobro i dobro
2. prosečno
3. loše i veoma loše.

Prisustvo hroničnih bolesti analizirano je na osnovu samoizveštavanja ispitanica da li im je od strane lekara otkriveno neko od navedenih 17 oboljenja:

- astma (uključujući i alergijsku astmu),
- hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem,
- infarkt miokarda (srčani udar) ili hronične posledice infarkta miokarda,
- koronarna bolest srca ili angina pectoris,
- povišeni krvni pritisak (hipertenzija),

- moždani udar (cerebralno krvarenje, cerebralna tromboza - šlog) ili hronične posledice moždanog udara,
- artroza - degenerativno oboljenje zglobova (ne uključujući artritis - zapaljenje zglobova),
- deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima,
- vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom,
- šećerna bolest (dijabetes),
- alergija kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije (ne uključuje astmu),
- ciroza jetre,
- nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija), problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike,
- bubrežni problemi
- depresija,
- rak (maligno oboljenje),
- povišena masnoća u krvi (holesterol)

Broj prisutnih bolesti je kategorisan na sledeći način: bez morbiditeta, 1 bolest i 2 ili više bolesti (multimorbiditet) (112).

Za procenu stanja uhranjenosti korišćen je indeks telesne mase na osnovu koga su ispitanice svrstane u četiri kategorije: pothranjene ( $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), normalno uhranjene ( $BMI = 18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ ), predgojazne ( $BMI = 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ ) i gojazne ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), u skladu sa preporukama Svetske zdravstvene organizacije (113). Indeks telesne mase je izračunat za 1.840 žena, pri čemu su iz svih analiza koje su uključivale BMI kao varijablu isključene trudnice ( $n=14$ ).

Za određivanje postojanja povišenog krvnog pritiska (hipertenzije) korišćeni su podaci o sistolnom i dijastolnom pritisku dobijeni merenjem, kao i podatak o tome da li osoba uzima lekove za snižavanje krvnog pritiska. Pod hipertenzijom se smatra vrednost sistolnog krvnog pritiska  $\geq 140 \text{ mmHg}$  ili dijastolnog krvnog pritiska  $\geq 90 \text{ mmHg}$  ili ukoliko osoba odgovori da uzima lekove za snižavanje krvnog pritiska (114, 115). Formirana je dihotomna varijabla koja u skladu sa navedenim parametrima svrstava ispitanice u one koje imaju i nemaju hipertenziju.

Depresivni simptomi su procenjeni primenom Upitnika o zdravlju pacijenata (PHQ-8 - The Patient Health Questionnaire). Na osnovu odgovora o prisustvu određenih simptoma u poslednje dve nedelje, koji uključuju malodušnost, depresiju, beznadežnost, probleme sa spavanjem, zamor, probleme sa apetitom, loše mišljenje o sebi, teškoće sa koncentracijom, kretanjem ili govorom izračunat je PHQ skor. Odgovor na svako pitanje se vrednuje ocenom od 0-3, bodovi se sabiraju i dobija se ukupni skor čija se vrednost kreće od 0 do 24. Vrednost skora od 0-4 ukazuje da nema simptoma depresije, skor od 5-9 označava blage depresivne simptome, a vrednost skora 10 i više ukazuje na visoku verovatnoću postojanja depresivne epizode, koja se dalje kvalifikuje kao blaga (10-14), umereno teška (15-19) i teška (20 i više). U analizi rezultata pod depresivnom epizodom se podrazumevala vrednost skora  $\geq 10$  (116).

### 3.3.5 Indikatori korišćenja zdravstvene zaštite

Analiza korišćenja zdravstvene zaštite žena uključuje podatke o tome da li ispitanice imaju svog lekara opšte medicine i ginekologa, o posetama ginekologu (starost pri prvoj poseti, period poslednje posete), kao i podatke o urađenim preventivnim pregledima (merenje krvnog pritiska, holesterola, šećera u krvi, mamografski pregled i citološki bris grlića materice), pri čemu su varijable tako transformisane da dobijemo odgovore da i ne.

Procena zdravlja ispitanica analizirana je na osnovu sledećih grupa promennjivih: samoprocene zdravstvenog stanja, postojanja socijalne podrške, prisustva depresije prisustva hroničnih bolesti, stanja uhranjenosti, vrednosti krvnog pritiska, zastupljenosti bihevioralnih faktora rizika (konzumiranje alkoholnih pića, upotreba psihoaktivnih supstanci, pušenje, izloženost stresu i seksualno ponašanje).

Razlike u zdravlju i korišćenju zdravstvene zaštite žena analizirane su u odnosu na demografske (starost, tip naselja, bračni status) i socijalno-ekonomske determinante (nivo obrazovanja, materijalno stanje i radni status).

## 3.4 Statističke metode obrade podataka

Podaci su analizirani metodom deskriptivne i inferencijalne statistike, pri čemu su numerička obeležja prikazana putem aritmetičke sredine i standardne devijacije, dok su atributivna obeležja iskazana putem frekvencija i procenata. Da bi se uporedile razlike između različitih grupa korišćen je  $\chi^2$  test, Fišerov test tačne verovatnoće i Man-Vitnijev test za neparametrijske podatke, odnosno Studentov  $t$  test za parametrijske podatke.

Za određivanje povezanosti samoprocene zdravlja sa nezavisnim činiocima korišćena je binarna logistička regresija po ulaznoj metodi (Enter), a povezanost je testirana prvo univarijantnom, a potom i multivarijantnom logističkom regresijom. U interpretaciji rezultata korišćen je unakrsni odnos šansi (*OR - Odds ratio*) zajedno sa 95% intervalom poverenja (*CI - Confidence interval*). Statistički značajnim se smatrala vrednost nivoa značajnosti  $p < 0,05$ . Za procenu slaganja modela logističke regresije sa podacima korišćeni su Hosmer-Lemeshov test (koji koristi poređenje registrovanih i očekivanih frekvencija) i Omnibus tests of model coefficients. Za ispitivanje multikolinearnosti među varijablama korišćena je linearna logistička regresija.

Analiza povezanosti samoprocene zdravlja sa determinantama zdravlja, odnosno najvažnijih prediktora zdravlja i nejednakosti u zdravlju, je urađena korišćenjem multivarijantne logističke regresije. Formirana su 3 modela na uzorku žena starosti 20 i više godina. U prvi model su uključene demografske i socijalno-ekonomske determinatne, drugi model je uključio demografske, socijalno-ekonomske determinatne, stilove života i objektivne pokazatelje zdravlja, dok je u treći model na prethodno pobrojane promenljive dodato i korišćenje zdravstvene zaštite. Kao zavisna varijabla posmatrani su odnosi ishoda u okviru samoprocene zdravlja loše naspram dobro zdravlje i prosečno naspram dobro zdravlje. Kao nezavisne varijable korišćene su promenljive za koje je univarijantnom analizom utvrđena statistički značajna povezanost (bračno stanje, tip naselja, obrazovanje, materijalno stanje, radni status, socijalna podrška, pušenje, zloupotreba alkohola, izloženost stresu, indeks telesne mase (BMI), prevalencija hipertenzije i potencijalne hipertenzije, hronične bolesti, prisustvo depresije, poseta izabranom lekaru u poslednji 12 meseci, poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci, mamografski pregled i citološki bris grlića materice). Upotreba kontracepcije nije uvršćena u modele za dalju analizu jer se odnosi na žene fertilnog perioda, a celokupan uzorak obuhvata sve žene u Vojvodini starosti 20 i više godina.

Takođe, u dalju analizu kao nezavisna promenljiva nije uvršćena upotreba psihoaktivnih supstanci zbog nedovoljnog broja odgovora iz ove oblasti, kao i zbog višestrukih poređenja istih podataka.

U daljoj analizi izvršena je stratifikacija uzorka na tri starosne kategorije (20-49 godina, 50-64 godina i 65 godina i više) i za svaku od grupa su urađena po 3 modela multivarijantne logističke regresije. U prvi model su uključene demografske i socijalno-ekonomske determinatne, drugi model je uključio demografske, socijalno-ekonomske determinatne,

stilove života i objektivne pokazatelje zdravlja, dok je u treći model na prethodno pobrojane promjenjljive dodato i korišćenje zdravstvene zaštite.

Stratifikacijom uzorka na starosne kategorije smanjen je broj ishoda i potencijalnih prediktora za određene varijable pa su one isključene iz modela, tako da u modele 1, 2 i 3 sva tri stratifikovana uzorka kao nezavisna varijabla nije uključen indeks telesne mase (BMI). Iz poslednjeg stratifikovanog uzorka koji obuhvata ispitanice starije od 65 godina, iz sva tri modela je isključena varijabla radni status, s obzirom da ovaj uzorak sačinjavaju radno neaktivne žene (penzionerke, domaćice, nesposobne za rad). Takođe, zbog nepovoljnog broja ishoda varijabla koja definiše bračni status je grupisana u dihotomnu varijablu: žive u braku/vanbračnoj zajednici i žive van braka/vanbračne zajednice.

Za statističku obradu podataka korišćen je programski paket *IBM SPSS Statistical Package for Social Sciences*. U svim analizama su korišćeni težinski faktori (ponderi) sa ciljem da se dobiju reprezentativne procene za uzorak, a prilikom opisa ispitivane populacije težinski faktor je bio isključen. Težinski faktori su izračunati na osnovu procenjenih podataka za populaciju Srbije za 2011. godinu, a procene su bazirane na podacima vitalne statistike i Popisa stanovništva Srbije (110).

## 4 REZULTATI

### 4.1 Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica

U istraživanju je učestvovalo 1.840 ispitanica starosti 20 i više godina sa teritorije Vojvodine. Prosečna starost ispitanica je bila 53,08 godina, pri čemu je najveći broj žena pripadao starosnoj kategoriji 50-64 godina (31,4%).

Većina ispitanica je živela u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (60,1%), dok je svaka peta razvedena (22,1%). U odnosu na tip naselja u kome žive, nešto više ispitanica je živelo u gradu (58,4%).

Posmatrano prema strukturi obrazovanja, najveći broj žena je imao srednje obrazovanje (47,8%), dok je 38,8% onih koje imaju osnovno obrazovanje ili manje od toga. U odnosu na materijalno stanje, svaka druga žena pripadala je kategoriji siromašnih (49,3%).

U odnosu na radni status, najviše je bilo radno neaktivnih žena 53,6% (učenice/studentkinje, domaćice, penzionerke, nesposobne za rad i dr.), dok su oko jednu četvrtinu činile zaposlene (24,5%) (tabela 4).

**Tabela 4. Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Varijable	Broj žena	
	n	%
	1.840	100,0
<b>Godine starosti (<math>\bar{x}\pm SD</math>)</b>	53,08±17,390	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>		
20-34	342	18,6
35-49	405	22,0
50-64	578	31,4
65-79	407	22,1
80+	108	5,9
<b>Bračno stanje</b>		
Nikada se nisam udavala	209	11,4
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	1.106	60,1
Razvedena	406	22,1
Udovica	119	6,5
<b>Tip naselja</b>		
Gradska naselja	1.075	58,4
Ostala naselja	765	41,6



Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Obrazovanje</b>		
Bez škole i niže	255	13,9
Osnovno	459	24,9
Srednje	880	47,8
Više i visoko	246	13,4
<b>Materijalno stanje</b>		
Siromašni	908	49,3
Srednji sloj	404	22,0
Bogati	528	28,7
<b>Radni status</b>		
Zaposlena	450	24,5
Nezaposlena	403	21,9
Radno neaktivna	987	53,6

## 4.2 Zdravlje žena

### 4.2.1 Samoprocena zdravlja

U Vojvodini 14,0% žena starosti 20 i više godina je procenilo svoje zdravlje kao veoma dobro, a gotovo podjednak broj njih smatra da je dobrog i prosečnog zdravlja (33,0% vs 31,0%). Nešto više od jedne petine ispitanica procenjuje svoje zdravlje kao loše ili veoma loše (21,0%).

Svoje zdravlje kao veoma loše ili loše procenle su u najvećem obimu najstarije žene u strukturi uzorka (80 godina i više, 46,0%), međutim značajan procenat žena starosti 65-79 godina i 50-64 godina procenjuje svoje zdravlje takođe kao veoma loše ili loše (39,8% odnosno 21,2%). Razlike koje postoje su visoko statistički značajne (tabela 5).

Posmatrano u odnosu na bračni status, žene koje se nikada nisu udavale u najmanjem procentu procenjuju svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (7,6%), dok udovice u najvećem procentu procenjuju svoje zdravlje veoma kao loše ili loše (36,8%) što je u skladu sa starosnom strukturom, jer se u ovoj kategoriji nalazi najveći procenat starih žena (tabela 2). Uočava se da je unutar grupe razvedenih žena veći procenat onih koje svoje zdravlje procenjuju kao veoma loše ili loše u odnosu na žene koje su u braku ili vanbračnoj zajednici (20,6% odnosno 15,7%).

Posmatrano u odnosu na tip naselja, prisutne razlike nisu statistički značajne (tabela 5).

Tabela 5. Samoprocena zdravlja u odnosu na demografske karakteristike ispitanica

Varijable	Samoprocena zdravlja						Ukupno		p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									
20-34	369	86,2	51	11,9	8	1,9	428	100,0	<0,001
35-49	282	61,2	129	28,0	50	10,8	461	100,0	
50-64	199	36,2	234	42,6	116	21,1	549	100,0	
65-79	81	23,2	129	37,0	139	39,8	349	100,0	
80+	28	28,0	26	26,0	46	46,0	100	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	200	80,3	30	12,0	19	7,6	249	100,0	<0,001
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	584	50,8	385	33,5	180	15,7	1149	100,0	
Udovica	107	29,4	123	33,8	134	36,8	364	100,0	
Razvedena	69	54,8	31	24,6	26	20,6	126	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	606	63,1	327	28,6	212	18,5	1145	100,0	0,078
Ostala naselja	354	47,7	241	32,5	147	19,8	742	100,0	

U odnosu na obrazovanje, broj žena koje su svoje zdravlje procenile kao veoma loše ili loše raste sa padom nivoa obrazovanja sa 8,5% među više i visoko obrazovanim do 42,5% kod onih sa nižim obrazovanjem i bez škole ( $\chi^2=196,227$ ;  $p<0,001$ ).

Procenat ispitanica koje ocenjuju svoje zdravlje kao veoma loše ili loše takođe raste sa padom materijalnog stanja, tako da je svaka deveta žena iz kategorije bogatih (11,1%) procenila svoje zdravlje kao veoma loše ili loše, što je značajno više u odnosu na siromašne (svaka četvrta žena ili 24,4%) ( $\chi^2=98,638$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 6).

Posmatrano u odnosu na radni status, uočavamo da je dvostruko više žena sa lošim zdravljem među nezaposlenima u odnosu na zaposlene (11,8% prema 5,8%), dok u najvećem broju svoje zdravlje kao loše procenjuju radno neaktivne žene (30,0%) ( $\chi^2=197,246$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 6).

**Tabela 6. Samoprocena zdravlja u odnosu na socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Varijable	Samoprocena zdravlja						Ukupno		p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	54	23,7	77	33,8	97	42,5	228	100,0	<0,001
Osnovno	169	38,1	162	36,5	113	25,5	444	100,0	
Srednje	549	58,2	269	28,5	126	13,3	944	100,0	
Više i visoko	188	69,1	61	22,4	23	8,5	272	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	369	41,4	305	34,2	218	24,4	892	100,0	<0,001
Srednji sloj	203	48,8	137	32,9	76	18,3	416	100,0	
Bogati	388	67,1	126	21,8	64	11,1	578	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	349	67,5	138	26,7	30	5,8	517	100,0	<0,001
Nezaposlena	273	60,8	123	27,4	53	11,8	449	100,0	
Radno neaktivna	338	36,7	307	33,3	276	30,0	921	100,0	

Posmatrajući samoprocenu zdravlja u odnosu na socijalnu podršku (broj bliskih osoba na koje žene mogu da računaju kada imaju ozbiljne probleme) vidimo da više od polovine ispitanica koje nemaju blisku osobu (55,6%) procenjuje svoje zdravlje kao veoma loše ili loše, dok je najmanji broj žena koje svoje zdravlje procenjuju kao veoma loše ili loše među onima koje oslonac mogu da pronađu u 6 ili više osoba (13,2%). Razlike koje postoje su statistički značajne ( $\chi^2=52,539$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 7).

Gledano u odnosu na to koliko su ljudi uistinu zainteresovani za njih, najveći broj žena koji je procenio svoje zdravlje kao veoma loše ili loše je među ženama koje smatraju da su ljudi malo ili nimalo zainteresovani za njihova dešavanja u životu (40,4%) ( $\chi^2=37,479$ ;  $p<0,001$ ).

Sa većim stepenom socijalne podrške iskazane pomoću Oslo 3-skale smanjuje se broj žena koje svoje zdravlje procenjuju kao veoma loše ili loše, tako da svaka sedma žena koja ima jaku socijalnu podršku (14,3%) procenjuje svoje zdravlje kao veoma loše ili loše ( $\chi^2=52,539$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 7).

Tabela 7. Samoprocena zdravlja u odnosu na socijalnu podršku

Varijable	Samoprocena zdravlja								p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj bliskih osoba na koje mogu da računaju kada imaju ozbiljne probleme</b>									
Nemaju osobu	5	18,5	7	25,9	15	55,6	27	100,0	<0,001
1-2 osobe	326	44,1	237	32,0	177	23,9	740	100,0	
3-5 osoba	426	53,6	245	30,8	124	15,6	795	100,0	
6 ili više osoba	202	62,2	80	24,6	43	13,2	325	100,0	
<b>Procenat žena za koje su drugi ljudi zainteresovani šta im se dešava u životu</b>									
Zainteresovani	875	52,2	511	30,5	291	17,4	1677	100,0	<0,001
Ni zainteresovani ni ne zainteresovani	47	40,2	40	34,2	30	25,6	117	100,0	
Malo/nimalo zainteresovani	38	40,4	18	19,1	38	40,4	94	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>									
Jaka	367	56,3	192	29,4	93	14,3	652	100,0	<0,001
Umerena	512	50,0	323	31,5	190	18,5	1025	100,0	
Slaba	81	38,4	54	25,6	76	36,0	211	100,0	

Između samprocene zdravlja žena i pušenja nije nađena statistički značajna razlika. Oko četvrtina žena koja ne pije alkohol (24,4%) je procenila svoje zdravlje kao veoma loše ili loše ( $\chi^2=95,123$ ;  $p<0,001$ ). Među ženama koje su koristile bilo koji vid kontracepcije je bilo manje onih koje su svoje zdravlje procenile kao veoma loše ili loše (4,3%). Svaka deveta žena koja ne pije lekove za spavanje ili umirenje (10,9%) je procenila svoje zdravlje kao veoma loše ili loše ( $\chi^2=281,288$ ;  $p<0,001$ ), dok je više od polovine ispitanica koje piju oba navedena leka (52,7%). Posmatrano u odnosu na izloženost stresu, žene koje su bile pod stresom su u značajno većem procentu procenile svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (22,7%) ( $\chi^2=53,664$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 8).

Tabela 8. Samoprocena zdravlja u odnosu na faktore rizika (pušenje, alkohol, seksualno ponašanje, psihoaktivne supstance)

Varijable	Samoprocena zdravlja								p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Pušenje</b>									
Nepušač	436	48,3	291	32,2	176	19,5	903	100,0	0,069
Bivši pušač	144	51,6	80	28,7	55	19,7	279	100,0	
Pušač	333	55,9	163	27,3	100	16,8	596	100,0	

Varijable	Samoprocena zdravlja						Ukupno		p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Upotreba alkohola</b>									
Jednom nedeljno i češće	81	60,9	35	26,3	17	12,8	133	100,0	<0,001
Dva do tri dana mesečno i ređe	337	65,7	131	25,5	45	8,8	513	100,0	
Ne konzumiraju alkohol	463	42,5	360	33,1	266	24,4	1.089	100,0	
<b>Upotreba kontracepcije</b>									
Ne koristi	726	46,4	494	31,6	344	22,0	1.564	100,0	<0,001
Koristi	234	72,4	75	23,2	14	4,3	323	100,0	
<b>Upotreba psihoaktivnih supstanci</b>									
Ne pije lekove	711	63,3	290	25,8	123	10,9	1.124	100,0	<0,001
Pije lekove za spavanje ili za umirenje	109	28,3	155	40,3	121	31,4	385	100,0	
Pije oba navedena leka	14	10,9	47	36,4	68	52,7	129	100,0	
<b>Prisustvo stresa</b>									
Da	507	44,3	377	33,0	260	22,7	1.144	100,0	<0,001
Ne	452	61,0	191	25,8	98	13,2	741	100,0	

Analizirajući prisustvo hipertenzije i potencijalne hipertenzije uočavamo da su žene koje nemaju hipertenziju u značajno većem broju procenile svoje zdravlje kao veoma dobro ili dobro (71,4%) ( $\chi^2=337,140$ ;  $p<0,001$ ), dok gledano u odnosu na indeks telesne mase (BMI) najmanje vrednosti samoprocene zdravlja kao veoma dobrog ili dobrog su među predgojaznim (43,2%) i gojaznim ženama (34,4%) (tabela 9).

Ukoliko posmatramo samoprocenu zdravlja u odnosu na zastupljenost depresije, najveći broj ispitanica koje su imale depresivnu epizodu (68,3%) su svoje zdravlje procenile kao veoma loše ili loše ( $\chi^2=375,667$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 9).

**Tabela 9. Samoprocena zdravlja u odnosu na objektivne pokazatelje zdravlja (hipertenzija, indeks telesne mase (BMI) i prisustvo depresije)**

Varijable	Samoprocena zdravlja						Ukupno		p
	Veoma dobro, dobro		Prosečno		Veoma loše, loše				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Hipertenzija</b>									
Nema hipertenziju	650	71,4	193	21,2	67	7,4	910	100,0	
Ima hipertenziju	271	29,7	360	39,5	280	30,7	911	100,0	<0,001
<b>Indeks telesne mase (BMI)</b>									
Pothranjenost	41	71,9	11	19,3	5	8,8	57	100,0	
Normalna uhranjenost	469	64,8	184	25,4	71	9,8	724	100,0	
Predgojaznost	236	43,2	194	35,5	116	21,2	546	100,0	<0,001
Gojaznost	150	34,4	158	36,2	128	29,4	436	100,0	
<b>Depresija</b>									
Bez depresije	903	58,6	460	29,9	178	11,6	1.541	100,0	
Blagi depresivni simptomi	45	21,0	77	36,0	92	43,0	214	100,0	<0,001
Depresivna epizoda	11	8,7	29	23,0	86	68,3	126	100,0	

#### 4.2.2 Mentalno zdravlje - depresija

Među ženama kod kojih je ustanovljeno prisustvo depresije (u poslednje 2 nedelje), 12,3% je imalo blage depresivne simptome, 3,7% žena je imalo blagu depresivnu epizodu, umereno tešku depresivnu epizodu je imalo 2,2% ispitanica, dok je 1,2% žena imalo tešku depresivnu epizodu (tabela 10).

**Tabela 10. Zastupljenost depresije kod žena starosti 20 godina i više u Vojvodini**

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Prisustvo depresije (PHQ8 skor)</b>		
0-4 Nema depresije	1.478	80,6
5-9 Blagi depresivni simptomi	226	12,3
10-14 Blaga depresivna epizoda	68	3,7
15-19 Umereno teška depresivna epizoda	40	2,2
20-24 Teška depresivna epizoda	22	1,2

Procenat ispitanica sa depresivnom epizodom raste sa godinama života, pri čemu su prisutne razlike visoko statistički značajne. U kategoriji ispitanica 50-64 godina starosti svaka petnaesta žena je imala depresivnu epizodu (6,8%), i skoro svaka deseta žena starosti 65-79 godina (9,5%). Najstarije žene su u najvećem procentu imale depresivnu epizodu, tako da je čak svaka 5 žena starosti 80 i više godina bila sa depresivnom epizodom ( $\chi^2=115,220$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 11).

Posmatrano u odnosu na bračni status, najviše žena sa depresivnom epizodom je bilo unutar kategorije udovica (13,1%) i razvedenih žena (11,2%), dok su žene koje su bile u braku ili vanbračnoj zajednici imale depresivnu epizodu u procentualnoj zastupljenosti od 5,1%, pri čemu su prisutne razlike visoko statistički značajne ( $\chi^2=78,837$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 11).

U odnosu na mesto stanovanja, broj slučajeva depresivnih epizoda je bio nešto viši među ženama koje žive van grada (7,7%), u odnosu na one koje su u gradu (6,0%), ali bez statistički značajne razlike (tabela 11).

**Tabela 11. Zastupljenost depresije u odnosu na demografske karakteristike ispitanica**

Varijable	Depresija								
	Bez simptoma depresije		Blagi depresivni simptomi		Depresivna epizoda		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.478	80,6	226	12,3	130	7,1	1.838	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									<b>p</b>
20-34	404	94,2	16	3,7	9	2,1	429	100,0	<0,001
35-49	392	85,4	42	9,2	25	5,4	459	100,0	
50-64	433	79,3	76	13,9	37	6,8	546	100,0	
65-79	252	72,2	64	18,3	33	9,5	349	100,0	
80+	62	62,6	15	15,2	22	22,2	99	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	232	92,8	13	5,2	5	2,0	250	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	970	84,5	119	10,4	59	5,1	1.148	100,0	<0,001
Udovica	245	68,1	68	18,9	47	13,1	360	100,0	
Razvedena	96	76,8	15	12,0	14	11,2	125	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	949	83,0	126	11,0	69	6,0	1.144	100,0	0,262
Ostala naselja	594	80,3	89	12,0	57	7,7	740	100,0	

Sa porastom obrazovanja, broj žena sa depresivnom epizodom opada, te uočavamo da je najveći broj ovih žena bio bez škole i sa nepotpunom osnovnom školom (16,5%) ( $\chi^2=99,365$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 12).

Posmatrano u odnosu na tercile blagostanja, uočavamo da se učestalost depresivne epizode smanjuje sa porastom materijalnog stanja, tako da je najviše žena sa depresivnom epizodom bilo među siromašnim ženama (10,5%) ( $\chi^2=65,024$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 12).

Visoko statistički značajnim su se pokazale i razlike posmatrane u odnosu na radni status. Najviše depresivnih epizoda imale su radno neaktivne žene (9,7%), dok je svega 1,9% zaposlenih žena imalo depresivnu epizodu ( $\chi^2=66,687$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 12).

Sa smanjenjem socijalne podrške, povećava se broj depresivnih epizoda, tako da je svaka šesta žena (15,7%) sa slabom socijalnom podrškom imala depresivnu epizodu, naspram 4,6% žena sa jakim socijalnom podrškom (4,6%). Prisutne razlike su visoko statistički značajne ( $\chi^2=49,652$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 12).

**Tabela 12. Zastupljenost depresije u odnosu na socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica i socijalnu podršku**

Varijable	Depresija						Ukupno		P
	Bez simptoma depresije		Blagi depresivni simptomi		Depresivna epizoda				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	139	62,1	48	21,4	37	16,5	224	100,0	<0,001
Osnovno	344	77,7	56	12,6	43	9,7	443	100,0	
Srednje	812	85,9	93	9,8	40	4,2	945	100,0	
Više i visoko	248	91,2	18	6,6	6	2,2	272	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	671	75,6	124	14,0	93	10,5	888	100,0	<0,001
Srednji sloj	346	83,0	52	12,5	19	4,6	417	100,0	
Bogati	525	91,0	38	6,6	14	2,4	577	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	475	91,5	34	6,6	10	1,9	519	100,0	<0,001
Nezaposlena	380	84,8	41	9,2	27	6,0	448	100,0	
Radno neaktivna	688	75,0	140	15,3	89	9,7	917	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>									
Jaka	569	87,7	50	7,7	30	4,6	649	100,0	<0,001
Umerena	829	81,0	132	12,9	63	6,2	1.024	100,0	
Slaba	145	69,0	32	15,2	33	15,7	210	100,0	



### 4.2.3 Hronične bolesti

Prevalencija hroničnih bolesti je procenjivana na osnovu liste od 17 ponuđenih bolesti/stanja.

Analizirajući prevalenciju multimorbiditeta, 43,7% ispitanica je imalo 2 ili više bolesti, a 20,5% njih je navelo da ima jednu bolest, tako da 64,2% žena starosti 20 i više godina na teritoriji Vojvodine ima neku od navedenih hroničnih bolesti/stanja (tabela 13).

Najzastupljenija od svih bolesti sa liste je povišen krvni pritisak (40,4%), slede je deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima (26,6%), kao i vratni deformitet i povišene masnoće u krvi sa približno istom procentualnom zastupljenošću (18,6% vs 18,8%). Artrozu-degenerativno oboljenje zglobova je imalo 15,6%, a od alergije je patilo 13,3% žena (tabela 13).

**Tabela 13. Prevalencija hroničnih bolesti/stanja**

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Astma (uključuje i alergijsku astmu)</b>		
Ne	1.755	95,7
Da	78	4,3
<b>Hronični bronhitis, hronična opstruktivna bolest pluća, emfizem</b>		
Ne	1.752	95,6
Da	81	4,4
<b>Infarkt miokarda ili hronične posledice infarkta miokarda</b>		
Ne	1.791	97,5
Da	46	2,5
<b>Koronarna bolest srca ili angina pektoris</b>		
Ne	1.617	88,5
Da	210	11,5
<b>Povišen krvni pritisak (hipertenzija)</b>		
Ne	1.081	59,6
Da	733	40,4
<b>Moždani udar ili hronične posledice moždanog udara</b>		
Ne	1.773	96,5
Da	65	3,5
<b>Artroza-degenerativno oboljenje zglobova</b>		
Ne	1.548	84,4
Da	287	15,6
<b>Deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima</b>		
Ne	1.343	73,4
Da	486	26,6
<b>Vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom</b>		
Ne	1.488	81,4
Da	341	18,6

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Šećerna bolest</b>		
Ne	1.654	90,5
Da	174	9,5
<b>Alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije</b>		
Ne	1.590	86,7
Da	244	13,3
<b>Ciroza jetre</b>		
Ne	1.830	99,7
Da	6	0,3
<b>Nemogućnost zadržavanja mokraće, problemi sa kontrolisanjem mokraće</b>		
Ne	1.729	94,1
Da	109	5,9
<b>Bubrežni problemi</b>		
Ne	1.683	92,0
Da	147	8,0
<b>Depresija</b>		
Ne	1.670	91,4
Da	157	8,6
<b>Maligno oboljenje</b>		
Ne	1.801	98,1
Da	34	1,9
<b>Povišena masnoća u krvi</b>		
Ne	1.434	81,2
Da	333	18,8
<b>Ukupan morbiditet</b>		
Bez morbiditeta	608	35,8
1 bolest	349	20,5
2 ili više bolesti (multimorbiditet)	743	43,7

Visoko statistički značajnim su se pokazale razlike u zastupljenosti hroničnih bolesti u odnosu na starost ispitanica. Najveći broj žena koji je bolovao od 2 ili više bolesti je iz kategorije 65-79 godina (69,8%) i 80 godina i više (62,8%), dok je svaka jedanaesta žena iz kategorije najmlađih (9,1%) imala multimorbiditet ( $\chi^2=469,399$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 14).

Analizirajući hronične bolesti i bračni status ispitanica, žene koje se nikada nisu udavale su u najmanjem procentu imale multimorbiditet (15,2%), a u najvećem udovice (66,9%). Prisutne razlike su visoko statistički značajne ( $\chi^2=199,325$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 14).

Posmatrano u odnosu na tip naselja broj žena obolelih od 2 ili više bolesti je bez velikih razlika, tako da je otprilike podjednak procenat njih zastupljen i u gradskoj i u seoskoj sredini (39,0% odnosno 41,4%) (tabela 14).

**Tabela 14. Hronične bolesti i demografske karakteristike ispitanica**

Varijable	Hronične bolesti						Ukupno		p
	Bez morbiditeta		Jedna bolest		Dve ili više bolesti				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									
20-34	307	73,8	71	17,1	38	9,1	416	100,0	<0,001
35-49	218	50,1	107	24,6	110	25,3	435	100,0	
50-64	122	24,2	101	20,0	281	55,8	504	100,0	
65-79	32	10,4	61	19,8	215	69,8	308	100,0	
80+	11	12,8	21	24,4	54	62,8	86	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	162	66,4	45	18,4	37	15,2	244	100,0	<0,001
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	444	41,3	226	21,0	405	37,7	1.075	100,0	
Udovica	44	13,8	62	19,4	214	66,9	320	100,0	
Razvedena	40	35,4	29	25,7	44	38,9	113	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	429	40,6	215	20,4	412	39,0	1.056	100,0	0,447
Ostala naselja	262	37,6	146	21,0	288	41,4	696	100,0	

Oko dve trećine žena sa nepotpunom osnovnom školom i bez škole (66,0%) je imalo multimorbiditet, dok je svaka šesta žena unutar posmatrane kategorije bila bez morbiditeta (15,7%). Sa rastom obrazovanja broj žena bez morbiditeta se povećava, tako da nešto više od polovine više i visoko obrazovanih ispitanica (56,5%) nema nijednu posmatranu bolest (tabela 15).

Sa porastom materijalnog stanja smanjuje se broj žena koje imaju 1, kao i 2 ili više bolesti. Ispitanica bez registrovanih bolesti je bilo najviše među bogatim ženama (49,7%), dok je među siromašnima bilo značajno više onih koje imaju 2 ili više bolesti (45,9%) ( $\chi^2=45,010$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 15).

Među zaposlenim ženama je veći broj žena bez morbiditeta (56,5%) u odnosu na nezaposlene (48,9%), dok je najveći broj žena koje imaju multimorbiditet među radno neaktivnim (55,8%) (tabela 15).

Među ženama sa slabom socijalnom podrškom, nešto manje od polovine žena (46,2%) je imalo multimorbiditet, a 23,6% jednu bolest. Razlike posmatrane u odnosu na socijalnu podršku nisu statistički značajne (tabela 15).

**Tabela 15. Hronične bolesti i socijalno-ekonomske karakteristike i socijalna podrška (Oslo 3-skala) ispitanica**

Varijable	Hronične bolesti						Ukupno		p
	Bez morbiditeta		Jedna bolest		Dve ili više bolesti				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	31	15,7	36	18,3	130	66,0	197	100,0	<0,001
Osnovno	112	28,1	97	24,3	190	47,6	399	100,0	
Srednje	403	44,8	185	20,6	311	34,6	899	100,0	
Više i visoko	144	56,5	43	16,9	68	26,7	255	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	261	32,1	179	22,0	374	45,9	814	100,0	<0,001
Srednji sloj	158	40,3	88	22,4	146	37,2	392	100,0	
Bogati	272	49,7	95	17,4	95	17,4	180	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	280	56,5	112	22,6	104	21,0	496	100,0	<0,001
Nezaposlena	207	48,9	86	20,3	130	30,7	423	100,0	
Radno neaktivna	204	39,4	164	19,7	465	55,8	833	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>									
Jaka	243	40,0	123	20,3	241	39,7	582	100,0	0,099
Umerena	388	40,8	193	20,3	369	38,8	925	100,0	
Slaba	59	30,3	46	23,6	90	46,2	193	100,0	

## 4.2.4 Objektivni pokazatelji zdravlja i stilovi života

### 4.2.4.1 Objektivni pokazatelji zdravlja

#### 4.2.4.1.1 Indeks telesne mase (BMI)

Analizirajući indeks telesne mase (BMI), najviše gojaznih žena je iz kategorije 65-79 godina (36,9%), a najmanje među najmlađim ispitanicama (6,4%). Značajno više gojaznih žena je među udovicama (32,2%) u odnosu na one koje se nikada nisu udavale (7,7%). Gledano u odnosu na mesto stanovanja, veći broj predgojaznih (31,3%) i gojaznih žena (27,6%) je iz bio iz van gradskih naselja. Visoko statistički značajnim su se pokazale razlike u odnosu na obrazovanje. Sa padom stepena obrazovanja, povećava se procenat gojaznih žena tako da je najviše gojaznih žena bilo u kategoriji bez škole i sa nepotpunom osnovnom školom (37,4%) ( $\chi^2=101,799$ ;  $p<0,001$ ). Gledano u odnosu na materijalno stanje i radni status ispitanica, najmanje gojaznih je bilo među bogatim (17,8%) i zaposlenim ženama (15,0%) sa razlikama koje su visoko statistički značajne ( $\chi^2=48,168$ ;  $p<0,001$  odnosno  $\chi^2=92,732$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 16).

**Tabela 16. Indeks telesne mase (BMI) u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Varijable	Indeks telesne mase (BMI)										
	Pothranjeni		Normalno uhranjeni		Predgojazni		Gojazni		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	50	2,9	664	38,7	552	32,1	451	26,3	1.717	100,0	
<b>Godine starosti</b>											<b>p</b>
20-34	34	8,7	262	67,0	70	17,9	25	6,4	391	100,0	<0,001
35-49	6	1,4	217	48,9	117	26,4	104	23,4	444	100,0	
50-64	7	1,3	148	28,4	197	37,7	170	32,6	522	100,0	
65-79	4	1,2	70	21,3	133	40,5	121	36,9	328	100,0	
80+	6	7,6	29	36,7	29	36,7	15	19,0	79	100,0	
<b>Bračno stanje</b>											
Nikada se nisam udavala	23	9,8	159	67,9	34	14,5	18	7,7	234	100,0	<0,001
Zivi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	23	2,1	425	39,4	349	32,3	282	26,1	1.079	100,0	
Udovica	7	2,1	85	25,8	131	39,8	106	32,2	329	100,0	
Razvedena	4	3,3	56	45,9	33	27,0	29	23,8	29	100,0	
<b>Tip naselja</b>											
Gradska Naselja	31	2,9	474	43,6	334	30,7	248	22,8	1.087	100,0	0,025
Ostala Naselja	26	3,8	252	37,2	212	31,3	187	27,6	677	100,0	
<b>Obrazovanje</b>											
Bez škole i niže	10	4,9	50	24,3	69	33,5	77	37,4	206	100,0	<0,001
Osnovno	8	1,9	122	29,5	149	36,1	134	32,4	413	100,0	
Srednje	26	2,9	407	46,0	267	30,2	185	20,9	885	100,0	
Više i visoko	13	5,0	148	56,5	62	23,7	39	14,9	262	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>											
Siromašni	31	3,7	291	34,9	269	32,3	242	29,1	833	100,0	<0,001
Srednji sloj	6	1,5	157	40,1	132	33,7	97	24,7	715	100,0	
Bogati	20	3,7	279	51,7	145	26,9	96	17,8	217	100,0	
<b>Radni status</b>											
Zaposlena	16	3,3	265	54,4	133	27,3	73	15,0	487	100,0	<0,001
Nezaposlena	19	4,5	196	46,4	114	27,0	93	22,0	422	100,0	
Radno neaktivna	22	2,6	265	31,0	299	35,0	269	31,5	855	100,0	

#### 4.2.4.1.2 Arterijska hipertenzija

Nešto više od polovine žena je imalo arterijsku hipertenziju (54,5%). Sa starošću broj ispitanica sa hipertenzijom se povećava, tako da je čak 88,7% žena iz kategorije najstarijih (80 godina i više) imalo arterijsku hipertenziju ( $\chi^2=643,797$ ;  $p<0,001$ ). Najveći broj žena kojima je izmeren povišen krvni pritisak i koje su uzimale lekove za pritisak, je među udovicama (83,3%), dok su u značajno manjem broju hipertenziju imale žene koje se nikada nisu udavale

(16,5%). Posmatrano u odnosu na mesto stanovanja hipertenziju su u značajno većoj meri imale žene iz van gradskih naselja (53,5%) ( $\chi^2=5,551$ ;  $p=0,018$ ). Sa padom stepena obrazovanja, raste i broj žena sa hipertenzijom, tako da je najveći broj žena koji ima hipertenziju među ispitanicama srednjeg sloja (50,6%), kao i među radno neaktivnim ženama (68,7%) ( $\chi^2=245,426$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 17).

**Tabela 17. Hipertenzija u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Hipertenzija						
Varijable	Ima hipertenziju		Nema hipertenziju		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
<b>Broj žena</b>	969	54,5	808	45,5	1.777	100,0
<b>Godine starosti</b>	<b>p</b>					
20-34	28	6,8	384	93,2	412	100,0
35-49	151	33,9	294	66,1	445	100,0
50-64	359	67,9	170	32,1	529	100,0
65-79	289	84,8	52	15,2	341	100,0
80+	86	88,7	11	11,3	97	100,0
<b>Bračno stanje</b>	<b>p</b>					
Nikada se nisam udavala	39	16,5	198	83,5	237	100,0
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	518	46,6	593	53,4	1.111	100,0
Udovica	294	83,3	59	16,7	353	100,0
Razvedena	61	50,0	61	50,0	122	100,0
<b>Tip naselja</b>	<b>p</b>					
Gradska naselja	535	47,8	584	52,2	1.119	100,0
Ostala naselja	377	53,5	377	46,5	705	100,0
<b>Obrazovanje</b>	<b>p</b>					
Bez škole i niže	171	79,9	43	20,1	214	100,0
Osnovno	277	64,0	156	36,0	433	100,0
Srednje	380	41,6	533	58,4	913	100,0
Više i visoko	85	32,2	179	67,8	264	100,0
<b>Materijalno stanje</b>	<b>p</b>					
Siromašni	366	42,3	500	57,7	866	100,0
Srednji sloj	205	50,6	200	49,4	405	100,0
Bogati	207	37,4	346	62,6	553	100,0
<b>Radni status</b>	<b>p</b>					
Zaposlena	148	29,7	350	70,3	498	100,0
Nezaposlena	152	35,1	281	64,9	433	100,0
Radno neaktivna	613	68,7	279	31,3	892	100,0

## 4.2.4.2 Stilovi života

### 4.2.4.2.1 Pušenje

Pitanja koja su nam obezbedila podatke za indikatore iz oblasti pušenja data su u tabeli 13. Na pitanje da li ste ikada pušili 47,4% žena se izjasnilo da jeste, dok je 52,6% ispitanica odgovorilo da nikada nije pušilo. Kategoriji nepušača pripada nešto više od polovine ispitanica (52,8%), oko trećina pripada pušačima (31,9%), a 15,3% žena kategoriji bivših pušača. Među svakodnevnim pušačima 20 i više cigareta na dan puši 12,5% ispitanica (tabela 18).

**Tabela 18. Navika pušenja kod žena starosti 20 i više godina na teritoriji Vojvodine**

Navika pušenja		
Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Da li ste ikada pušili?</b>		
Da	824	47,4
Ne	914	52,6
<b>Da li sada pušite?</b>		
Da, svakodnevno	471	27,2
Da, povremeno	81	4,7
Ne	1.178	68,1
<b>Trenutni status u pogledu pušenja</b>		
Nepušač	914	52,8
Bivši pušač	264	15,3
Pušač	552	31,9
<b>Broj popušanih cigareta na dan (svakodnevni pušači)</b>		
< 20 cigareta	384	87,5
≥ 20 cigareta	55	12,5
<b>Prosečan broj popušanih cigareta na dan (<math>\bar{x} \pm SD</math>)</b>		
	16,3±7,599	

Posmatrano u odnosu na starosne kategorije, najviše pušača je među ispitanicama koje pripadaju starosnoj kategoriji 35-49 godina (46,5%). Sa starošću broj pušača značajno opada, tako da je svaka osma žena iz kategorije 65-79 godina (12,3%) i svaka šesnaesta (6,3%) ispitanica iz kategorije najstarijih (80 godina i više) pušač ( $\chi^2=191,133$ ;  $p<0,001$ ). Najveći broj žena koje puše u odnosu na sve ostale kategorije je među razvedenim ženama, gde je svaka druga žena pušač (50,4%) ( $\chi^2=70,598$ ;  $p<0,001$ ). Analizirajući mesto stanovanja, uočavamo da je značajno više nepušača među ženama koje žive van grada (56,8%) u odnosu na one iz gradskih naselja (46,9%) ( $\chi^2=16,461$ ;  $p<0,001$ ). Najmanje pušača je u kategoriji žena koje su bez škole i sa nepotpunim osnovnim obrazovanjem (15,3%), a najviše kod žena sa srednjim nivoom obrazovanja (38,3%) ( $\chi^2=104,439$ ;  $p<0,001$ ). Najveći broj žena koje su pušači je iz kategorije siromašnih (44,8%) ( $\chi^2=13,756$ ;  $p=0,008$ ), kao i među zaposlenim ženama (45,7%)

( $\chi^2=124,200$ ;  $p<0,001$ ). Razlike posmatrane u odnosu na socijalnu podršku su statistički značajne, pri čemu je najviše pušača među ženama sa jakom socijalnom podrškom (35,8%) ( $\chi^2=11,343$ ;  $p=0,023$ ) (tabela 19).

**Tabela 19. Navika pušenja u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Varijable	Trenutni pušački status								
	Nepušač		Bivši pušač		Pušač		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	914	52,8	264	15,3	552	31,9	1.730	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									<b>p</b>
20-34	178	42,9	78	18,8	159	38,3	415	100,0	<0,001
35-49	161	36,0	78	17,4	208	46,5	447	100,0	
50-64	244	47,6	84	16,4	185	36,1	513	100,0	
65-79	252	77,3	34	10,4	40	12,3	326	100,0	
80+	69	86,3	6	7,5	5	6,3	80	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	126	52,3	39	16,2	76	31,5	241	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	516	47,3	182	16,7	394	36,1	1.092	100,0	<0,001
Udovica	226	68,7	35	10,6	68	20,7	329	100,0	
Razvedena	35	29,4	24	20,2	60	50,4	119	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	509	46,9	182	16,8	394	36,3	1.085	100,0	
Ostala naselja	395	56,8	97	13,9	204	29,3	696	100,0	<0,001
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	159	78,7	12	5,9	31	15,3	202	100,0	<0,001
Osnovno	233	56,4	47	11,4	133	32,2	413	100,0	
Srednje	377	41,5	183	20,2	348	38,3	908	100,0	
Više i visoko	135	52,5	37	14,4	85	33,1	257	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	455	50,3	118	42,1	268	44,8	841	100,0	0,008
Srednji sloj	210	23,2	61	21,8	130	21,7	401	100,0	
Bogati	240	26,5	101	36,1	200	33,4	598	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	180	36,1	91	18,2	228	45,7	499	100,0	<0,001
Nezaposlena	177	41,5	72	16,9	178	41,7	427	100,0	
Radno neaktivna	547	63,9	117	13,7	192	22,4	856	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>									
Jaka	280	45,8	113	18,5	219	35,8	612	100,0	0,023
Umerena	525	54,0	137	14,1	311	32,0	973	100,0	
Slaba	98	50,0	30	15,3	68	34,7	196	100,0	



#### 4.2.4.2.2 Korišćenje alkohola

Nešto više od četvrtine žena (27,7%) je konzumiralo alkoholno piće jedan do tri dana mesečno i ređe, a 7,4 % ispitanica je pilo jednom do dva puta u nedelji i češće. Žene starosti 35-49 i 20-34 godina su u najvećem procentu konzumirale alkohol, tako da jednom do dva puta u nedelji i češće je pilo 9,2% odnosno 9,0% žena, a značajno manje u odnosu na njih pile su ispitanice iz kategorije najstarijih (2,9%) ( $\chi^2=167,811$ ;  $p<0,001$ ). Značajno je više žena koje ne konzumiraju alkohol među udovicama (76,5%) u odnosu na one koje se nikada nisu udavale (34,7%) ( $\chi^2=115,211$ ;  $p<0,001$ ). Učestalost konzumacije alkohola je bila značajno veća kod žena iz grada (9,6%) ( $\chi^2=33,321$ ;  $p<0,001$ ). Sa porastom obrazovanja, raste i broj žena koje su konzumirale alkohol 1 do 2 puta u toku nedelje i češće u prethodnih 12 meseci, tako da su značajno više alkohol konzumirale žene višeg i visokog obrazovanja (12,4%) ( $\chi^2=127,308$ ;  $p<0,001$ ), kao i one iz kategorije bogatih (12,6%) ( $\chi^2=111,976$ ;  $p<0,001$ ). Posmatrano u odnosu na radni status, najviše žena koje ne konzumiraju alkohol je u kategoriji radno neaktivnih (72,0%), pri čemu su prisutne razlike visoko statistički značajne ( $\chi^2=84,678$ ;  $p<0,001$ ). Razlike gledano u odnosu na socijalnu podršku nisu statistički značajne (tabela 20).

**Tabela 20. Upotreba alkohola u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Varijable	Alkohol								
	Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci		1-3 dana mesečno i ređe		1-2 dana nedeljno i češće		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.096	64,9	467	27,7	125	7,4	1.688	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									<b>p</b>
20-34	171	41,8	201	49,1	37	9,0	409	100,0	<0,001
35-49	245	56,5	149	34,3	40	9,2	434	100,0	
50-64	354	70,9	115	23,0	30	6,0	499	100,0	
65-79	253	80,1	40	12,7	23	7,3	316	100,0	
80+	67	85,9	9	11,5	2	2,6	78	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	83	34,7	123	51,5	33	13,8	239	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	702	65,8	293	27,5	72	6,7	1.067	100,0	<0,001
Udovica	244	76,5	59	18,5	16	5,0	319	100,0	
Razvedena	60	53,6	39	34,8	13	11,6	112	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	606	57,6	345	32,8	101	9,6	1.052	100,0	

Varijable	Alkohol								
	Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci		1-3 dana mesečno i ređe		1-2 dana nedeljno i češće		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ostala naselja	484	70,6	170	24,8	32	4,7	686	100,0	<0,001
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	167	84,3	23	11,6	8	4,0	198	100,0	
Osnovno	304	76,8	69	17,4	23	5,8	396	100,0	
Srednje	511	57,1	313	35,0	71	7,9	895	100,0	
Više i visoko	108	43,4	110	44,2	31	12,4	249	100,0	<0,001
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	606	73,8	175	21,3	40	4,9	821	100,0	
Srednji sloj	244	62,6	119	35,5	27	6,9	390	100,0	<0,001
Bogati	239	45,5	220	41,9	66	12,6	525	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	240	49,5	201	41,4	44	9,1	485	100,0	
Nezaposlena	244	59,5	145	35,4	21	5,1	410	100,0	<0,001
Radno neaktivna	606	72,0	168	20,0	68	8,1	842	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>									
Jaka	363	60,8	187	31,3	47	7,9	597	100,0	
Umerena	602	63,3	277	29,1	72	7,6	951	100,0	0,717
Slaba	125	65,8	50	26,3	15	7,9	190	100,0	

#### 4.2.4.2.3 Izloženost stresu

Od ukupnog broja žena, 60,7% žena je bilo izloženo stresu. Najviše su stresu bile izložene ispitanice iz kategorije 35-49 godina starosti (67,7%), kao i žene iz kategorije 50-64 godina (64,2%). Siromašne (63,9%) i zaposlene žene (64,0%) su u značajno većoj meri bile izložene stresu ( $\chi^2=8,316$ ;  $p=0,016$  odnosno  $\chi^2=6,017$ ;  $p=0,049$ ), dok razlike u odnosu na obrazovanje nisu statistički značajne. Žene sa slabom socijalnom podrškom su u najvećoj meri bile izložene stresu u godini koja je prethodila istraživanju (70,3%) ( $\chi^2=12,706$ ;  $p=0,002$ ) (tabela 21).

**Tabela 21. Prisustvo stresa u odnosu na demografske, socijalno-ekonomske determinante i socijalnu podršku (Oslo 3-skala)**

Varijable	Izloženost stresu						p
	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.115	60,7	723	39,3	1.838	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	225	52,3	205	47,7	430	100,0	<0,001
35-49	313	67,7	149	32,3	462	100,0	
50-64	351	64,2	196	35,8	547	100,0	
65-79	205	58,7	144	41,3	349	100,0	
80+	51	50,5	50	49,5	101	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	135	54,0	115	46,0	250	100,0	0,057
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	709	61,7	440	38,3	1.149	100,0	
Udovica	218	59,9	146	40,1	364	100,0	
Razvedena	84	67,2	41	32,8	125	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	695	60,6	451	39,4	1.146	100,0	0,953
Ostala naselja	451	60,8	291	39,2	742	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	136	59,9	91	40,1	227	100,0	0,265
Osnovno	262	59,0	182	41,0	444	100,0	
Srednje	569	60,1	377	39,9	946	100,0	
Više i visoko	179	66,1	92	33,9	271	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	569	63,9	322	36,1	891	100,0	0,016
Srednji sloj	233	55,9	184	44,1	417	100,0	
Bogati	343	59,2	236	40,8	579	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	333	64,0	187	36,0	520	100,0	0,049
Nezaposlena	253	56,3	196	43,7	449	100,0	
Radno neaktivna	560	60,9	359	39,1	919	100,0	
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>							
Jaka	369	56,7	282	43,3	651	100,0	0,002
Umerena	628	61,3	397	38,7	1.025	100,0	
Slaba	149	70,3	63	29,7	212	100,0	

#### 4.2.4.2.4 Korišćenje psihoaktivnih supstanci

U godini koja je prethodila istraživanju, žene starosti 20 godina i više najviše su koristile sredstva protiv bolova (55,8%), oko četvrtina žena sredstva za umirenje (23,2%) i svaka šesta žena sredstva za spavanje (16,4%). Oko dve trećine žena (66,6%) se izjasnilo da ne pije lekove

za smirenje i spavanje, četvrtina (24,9%) pije lekove za spavanje ili lekove za umirenje, dok 8,5% pije oba navedena leka (tabela 22).

**Tabela 22. Upotreba psihoaktivnih supstanci žena starosti 20 i više godina**

Upotreba psihoaktivnih supstanci		
Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Pije lekove za spavanje</b>		
Da	261	16,4
Ne	1.329	83,6
<b>Pije lekove za umirenje</b>		
Da	408	23,2
Ne	1.353	76,8
<b>Pije lekove protiv bolova</b>		
Da	778	55,8
Ne	983	44,2

Posmatrano u odnosu na starosne kategorije, upotreba lekova raste sa starošću, tako da je najveći broj žena koje su pile oba navedena leka iz kategorije 65-79 godina (15,9%) i 80 godina i više (15,7%) ( $\chi^2=178,928$ ;  $p<0,001$ ). Udovice i razvedene žene su u najvećem procentu pile oba navedena leka u odnosu na druge kategorije, dok najveći broj više i visoko obrazovanih žena (78,0%), kao i žena iz kategorije bogatih (76,3%) ne pije navedene lekove ( $\chi^2=59,009$ ;  $p<0,001$  vs  $\chi^2=30,167$ ;  $p<0,001$ ). Nezaposlene žene su u značajno većem procentu pile oba navedena leka u odnosu na zaposlene žene (6,9% prema 1,9%) ( $\chi^2=83,601$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 23).

**Tabela 23. Upotreba psihoaktivnih supstanci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Varijable	Psihoaktivne supstance						Ukupno		p
	Ne pije lekove		Pije lekove za spavanje ili umirenje		Pije oba navedena leka				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.059	66,6	396	24,9	135	8,5	1.590	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>									
20-34	359	90,2	31	7,8	8	2,0	398	100,0	
35-49	302	74,0	78	19,1	28	6,9	408	100,0	
50-64	283	60,2	152	32,3	35	7,4	470	100,0	
65-79	148	50,2	100	33,9	47	15,9	295	100,0	<0,001
80+	34	48,6	25	35,7	11	15,7	70	100,0	
<b>Bračno stanje</b>									
Nikada se nisam udavala	195	86,3	25	11,1	6	2,7	226	100,0	<0,001

Varijable	Psihoaktivne supstance								
	Ne pije lekove		Pije lekove za spavanje ili umirenje		Pije oba navedena leka		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	711	70,2	229	22,6	73	7,2	1.013	100,0	
Udovica	152	51,4	106	35,8	38	12,8	296	100,0	
Razvedena	69	64,5	26	24,3	12	11,2	107	100,0	
<b>Tip naselja</b>									
Gradska naselja	686	69,2	235	23,7	71	7,2	992	100,0	
Ostala naselja	441	68,0	150	23,1	58	8,9	649	100,0	0,423
<b>Obrazovanje</b>									
Bez škole i niže	103	54,2	56	29,5	31	16,3	190	100,0	
Osnovno	219	60,5	102	28,2	41	11,3	362	100,0	
Srednje	617	72,8	183	21,6	48	5,7	848	100,0	<0,001
Više i visoko	188	78,0	45	18,7	8	3,3	241	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>									
Siromašni	485	63,2	203	26,4	80	10,4	768	100,0	
Srednji sloj	262	69,9	83	22,1	30	8,0	375	100,0	<0,001
Bogati	379	76,3	99	19,9	19	3,8	497	100,0	
<b>Radni status</b>									
Zaposlena	383	81,7	77	16,4	9	1,9	469	100,0	
Nezaposlena	285	72,5	81	20,6	27	6,9	393	100,0	<0,001
Radno neaktivna	459	58,8	228	29,2	93	11,9	780	100,0	

Pitanja koja su obezbedila podatke za indikatore iz oblasti seksualnog ponašanja su data u tabeli 24 i 24a. Većina ispitanica (95,7%) se izjasnila da je seksualno aktivna, a 3,1% žena je stupilo u seksualne odnose pre navršenih 15 godina života. Od navedenih sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće (kontraceptivne pilule, intrauterina spirala, muški kondom, neplodni dani, prekinut odnos, pilula za dan posle) najviše je upotrebljavan muški kondom (16,4%) i prekinut odnos (10,8%). Namerni prekid trudnoće je imalo 1,6% žena fertilnog perioda (20-49 godina) (tabela 24a).

Tabela 24. Seksualno ponašanje žena starosti 20 godina i više na teritoriji Vojvodine

Seksualno ponašanje		
Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Da li ste stupili u seksualne odnose?</b>		
Da	1.493	95,7
Ne	67	4,3
<b>Sa koliko godina ste stupili u seksualne odnose?</b>		
≤ 15 godina	47	3,1
Više od 15 godina	1.446	96,9

Tabela 24.a Upotreba kontracepcije žena starosti 20-49 godina na teritoriji Vojvodine

Upotreba kontracepcije		
Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Kontraceptivna pilula</b>		
Da	35	8,4
Ne	629	91,6
<b>Intrauterina spirala</b>		
Da	10	1,5
Ne	654	98,5
<b>Hormonska injekcija</b>		
Da	1	0,2
Ne	663	99,8
<b>Pena, gel</b>		
Da	1	0,2
Ne	663	99,8
<b>Muški kondom</b>		
Da	109	16,4
Ne	555	83,6
<b>Neplodni dani</b>		
Da	29	4,4
Ne	635	95,6
<b>Prekinut odnos</b>		
Da	72	10,8
Ne	592	89,2
<b>Pilula za dan posle</b>		
Da	12	1,8
Ne	652	98,2
<b>Da li ste imali namerni prekid trudnoće u poslednjih 12 meseci ?</b>		
Da	10	1,6
Ne	654	98,4

Uočavamo da je 42,7% ispitanica mlađeg generativnog doba (20-34 godina) koristilo neko od sredstava ili metoda za sprečavanja trudnoće (kontraceptivne pilule, intrauterina spirala, muški kondom, neplodni dani, prekinut odnos, pilula za dan posle i dr.) ( $\chi^2=13,921$ ;  $p<0,001$ ). Žene koje se nikada nisu udavale (51,7%) su u značajno većem obimu koristile kontracepciju ( $\chi^2=26,014$ ;  $p<0,001$ ). Visoko statistički značajnim su se pokazale razlike posmatrane u odnosu na obrazovanje i materijalni status ispitanica, pri čemu su najviše kontracepciju koristile više i visoko obrazovane žene (46,2%), kao i žene koje pripadaju kategoriji bogatih (42,3%) ( $\chi^2=12,496$ ;  $p=0,006$  vs  $\chi^2=17,779$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 25).

**Tabela 25. Upotreba kontracepcije u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante**

Varijable	Upotreba kontracepcije						p
	Ne		Da		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	428	64,5	236	35,5	664	100,0	
<b>Godine starosti</b>							
20-34	216	57,3	161	42,7	377	100,0	<0,001
35-49	291	70,3	123	29,7	414	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	86	48,3	92	51,7	178	100,0	<0,001
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	371	67,9	175	32,1	546	100,0	
Udovica/Razvedena	50	74,6	17	25,4	67	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	297	62,4	179	37,6	476	100,0	0,250
Ostala naselja	210	66,7	105	33,3	315	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	15	75,0	5	25,0	20	100,0	0,006
Osnovno	87	73,7	31	26,3	118	100,0	
Srednje	327	64,4	181	35,6	508	100,0	
Više i visoko	78	53,8	67	46,2	145	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	231	72,9	86	27,1	317	100,0	<0,001
Srednji sloj	108	59,0	75	41,0	183	100,0	
Bogati	168	57,7	123	42,3	291	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	227	62,9	134	37,1	361	100,0	0,093
Nezaposlena	189	68,7	86	31,3	275	100,0	
Radno neaktivna	91	58,7	64	41,3	155	100,0	

### 4.3 Korišćenje zdravstvene zaštite

Većina ispitanica (93,6%), ima svog lekara opšte medicine u državnoj zdravstvenoj ustanovi, dok oko polovina žena 20 godina starosti i više u Vojvodini ima svog izabranog ginekologa u državnoj zdravstvenoj ustanovi (48,1%). Među ispitanicama, 73,4% je posetilo lekara u periodu od 12 meseci pre istraživanja, dok je trećina žena (33,2%) poslednji put posetila svog ginekologa u istom periodu. Prosečna starost ispitanica pri prvoj poseti ginekologu iznosila je 20,59 godina (tabela 26).

**Tabela 26. Korišćenje vanbolničke zdravstvene zaštite**

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Da li imate svog izabranog lekara opšte prakse?</b>		
Da	1.721	93,6
Ne	118	6,4
<b>Poseta lekaru opšte medicine u poslednjih 12 meseci</b>		
Da	1.251	73,4
Ne	453	26,6
<b>Da li imate svog izabranog ginekologa?</b>		
Da	884	48,1
Ne	953	51,9
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>		
Da	602	34,3
Ne	1.151	65,7
<b>Prosečna starost pri prvoj poseti ginekologu (<math>\bar{x}\pm SD</math>)</b>	20,59±4,747	

#### 4.3.1 Razlike u korišćenju vanbolničke zdravstvene zaštite u odnosu na demografske i socijalno ekonomske karakteristike ispitanica

Razlike u korišćenju zdravstvene zaštite su analizirane na osnovu podataka o tome da li su ispitanice posetile svog lekara opšte medicine i lekara specijalistu ginekologije u godini koja je prethodila istraživanju.

**Tabela 27. Poseta lekaru opšte medicine u prethodnih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Varijable	Poseta lekaru opšte medicine u poslednjih 12 meseci						p
	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.251	73,4	453	26,6	1.704	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	219	58,6	155	41,4	374	100,0	<0,001
35-49	270	63,4	156	36,6	426	100,0	
50-64	412	79,8	104	20,2	516	100,0	



Poseta lekaru opšte medicine u poslednjih 12 meseci							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
65-79	282	84,7	51	15,3	333	100,0	
80+	67	72,0	26	28,0	93	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	125	60,4	82	39,6	207	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	781	72,2	300	27,8	1.081	100,0	<0,001
Udovica	275	80,2	68	19,8	343	100,0	
Razvedena	69	62,2	42	37,8	111	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska Naselja	763	72,5	290	27,5	1.053	100,0	0,425
Ostala Naselja	487	70,6	203	29,4	690	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	159	75,7	51	24,3	210	100,0	
Osnovno	310	75,4	101	24,6	411	100,0	0,075
Srednje	609	69,5	267	30,5	876	100,0	
Više i visoko	172	69,9	74	30,1	246	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	598	72,2	230	27,8	828	100,0	0,858
Srednji sloj	275	70,7	114	29,3	389	100,0	
Bogati	377	71,8	148	28,2	525	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	324	66,9	160	33,1	484	100,0	
Nezaposlena	247	63,0	145	37,0	392	100,0	<0,001
Radno neaktivna	679	78,3	188	21,7	867	100,0	

Lekara su u poslednjih 12 meseci najviše posetile žene starosti 65-79 godina (84,7%), dok najmanje najmlađe ispitanice (20-34 godina, 58,6%). ( $\chi^2=91,027$ ;  $p<0,001$ ).

Oko četiri petine udovica (80,2%) je posetilo svog izabranog lekara opšte prakse u poslednjih 12 meseci, dok je među ženama koja se nikada nisu udavale 60,4% njih obavilo ovaj pregled u posmatranom vremenu ( $\chi^2=30,369$ ;  $p<0,001$ ).

Najviše žena koje su bile kod lekara opšte prakse u poslednjih 12 meseci, je iz grupe radno neaktivnih (78,3%).

Gledano u odnosu na obrazovanje, materijalno stanje i mesto stanovanja, nije bilo značajne razlike u poseti lekaru opšte prakse u poslednjih 12 meseci (tabela 27).

**Tabela 28. Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	602	34,3	1.151	65,7	1.753	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							<b>p</b>
20-34	240	60,5	157	39,5	397	100,0	
35-49	212	46,2	247	53,8	459	100,0	
50-64	169	31,2	372	68,8	541	100,0	
65-79	42	12,9	283	87,1	325	100,0	
80+	3	3,7	78	96,3	81	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	100	47,2	112	52,8	212	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	461	40,6	674	59,4	1.135	100,0	
Udovica	52	15,7	280	84,3	332	100,0	
Razvedena	52	42,3	71	57,7	123	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	448	40,7	653	59,3	1.101	100,0	
Ostala naselja	217	31,0	484	69,0	701	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	24	12,2	173	87,8	197	100,0	
Osnovno	110	26,2	310	73,8	420	100,0	
Srednje	379	41,1	543	58,9	922	100,0	
Više i visoko	152	57,8	111	42,2	263	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	227	27,2	608	72,8	835	100,0	
Srednji sloj	156	38,8	246	61,2	402	100,0	
Bogati	282	49,9	283	50,1	565	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	272	53,1	240	46,9	512	100,0	
Nezaposlena	182	42,7	244	57,3	426	100,0	
Radno neaktivna	211	24,4	653	75,6	864	100,0	

Ginekologa su u poslednjih 12 meseci najviše posetile najmlađe ispitanice (60,5%) i žene iz kategorije 35-49 godina (46,2%). Sa starošću broj poseta ginekologu značajno opada, tako da je svega 3,7% ispitanica iz kategorije 80 godina i više posetilo ginekologa u godini koja je prethodila istraživanju ( $\chi^2=237,517$ ;  $p<0,001$ ).

Žene koje se nikada nisu udavale (47,2%) su u najvećem procentu procentu bile kod ginekologa u poslednjih 12 meseci u odnosu na sve ostale kategorije žena ( $\chi^2=82,171$ ;

$p < 0,001$ ). Žene iz gradskih naselja (40,7%) u većem procentu posetile ginekologa u poslednjih 12 meseci (tabela 28).

Sa porastom stepena obrazovanja i materijalnog stanja, raste i broj poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci, tako da je više od polovine više i visoko obrazovanih žena (57,8%) i polovina bogatih žena (49,9%) posetila ginekologa u godini koja je prethodila istraživanju.

Najviše žena koje su posetile ginekologa u poslednjih 12 meseci je iz grupe zaposlenih (53,1%) ( $\chi^2=121,869$ ;  $p < 0,001$ ) (tabela 28).

### 4.3.2 Preventivni pregledi

U oblasti preventivnih pregleda oko dve trećine (63,4%) ispitanica se izjasnilo da im je zdravstveni radnik izmerio krvni pritisak u godini koja je prethodila istraživanju, dok je u istom periodu vrednost holesterola (53,6%) i šećera u krvi (55,2%) od strane zdravstvenog radnika izmerena kod nešto više od polovine ispitanica. Najveći broj žena (68,8%) nikada nije bio na mamografskom pregledu, dok čak trećina ispitanica (32,5%) nikada nije radila citološki bris grlića materice (tabela 29).

**Tabela 29. Preventivni pregledi ispitanica**

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Merenje pritiska od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>		
Da	1.157	63,4
Ne	669	36,6
<b>Merenje holestreola od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>		
Da	978	53,6
Ne	845	46,4
<b>Merenje šećera u krvi od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>		
Da	1.008	55,2
Ne	819	44,8
<b>Kada ste poslednji put bili na mamografskom pregledu?</b>		
Tokom prethodnih 12 meseci	149	8,1
Pre 1 do manje od 3 godine	132	7,2
Pre 3 manje od 5 godina	84	4,6
Pre 5 godina i više	206	11,3
Nikada	1.259	68,8

Varijable	Broj žena	
	n	%
<b>Kada ste poslednji put uradili citološki bris grlića materice?</b>		
Tokom prethodnih 12 meseci	439	23,9
Pre 1 do manje od 3 godine	249	13,5
Pre 3 manje od 5 godina	110	6,0
Pre 5 godina i više	421	22,9
Nikada	621	33,8

Posmatrano u odnosu na starosne kategorije, procenat žena kojima je izmeren krvni pritisak u poslednjih 12 meseci se kreće od 43,7% kod najmlađe kategorije do 79,3% kod žena 65-79 godina, dok je kod kategorije 80 i više godina procenat nešto manji (66,7%) ( $\chi^2=120,798$ ;  $p<0,001$ ).

U najvećem procentu krvni pritisak je izmeren kod udovica (73,6%) ( $\chi^2=77,111$ ;  $p<0,001$ ), žena sa nizim obrazovanjem (67,6%) ( $\chi^2=20,334$ ;  $p<0,001$ ) i radno neaktivnih žena (68,8%) ( $\chi^2=40,806$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 30).

**Tabela 30. Merenje pritiska od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

<b>Merenje pritiska od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.157	63,4	669	36,6	1.826	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	185	43,7	238	56,3	423	100,0	
35-49	254	55,2	206	44,8	460	100,0	
50-64	371	67,9	175	32,1	546	100,0	<0,001
65-79	275	79,3	72	20,7	347	100,0	
80+	66	66,7	33	33,3	99	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	96	39,0	150	61,0	246	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	720	62,9	425	37,1	1.145	100,0	<0,001
Udovica	265	73,6	95	26,4	360	100,0	
Razvedena	69	56,1	54	43,9	123	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	701	61,1	435	38,9	1.136	100,0	0,096
Ostala naselja	450	60,9	289	39,4	739	100,0	

<b>Merenje pritiska od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	152	67,6	73	32,4	225	100,0	<0,001
Osnovno	303	68,6	139	31,4	442	100,0	
Srednje	538	57,4	400	42,6	938	100,0	
Više i visoko	159	58,9	111	41,1	270	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	548	61,9	338	38,1	886	100,0	0,577
Srednji sloj	261	62,7	155	37,3	416	100,0	
Bogati	342	59,7	231	41,1	573	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	282	54,3	233	45,2	515	100,0	<0,001
Nezaposlena	241	54,0	205	46,0	446	100,0	
Radno neaktivna	628	68,8	285	31,2	913	100,0	

U najvećem procentu holesterol u krvi je izmeren kod najstarijih žena u strukturi uzorka (65-79 i 80 godina i više) (66,9% vs 56,0%), udovica (63,9%) ( $\chi^2=54,990$ ;  $p<0,001$ ) i radno neaktivnih žena (58,8%) ( $\chi^2=34,057$ ;  $p<0,001$ ), dok posmatrano u odnosu na tip naselja, obrazovanje i materijalno stanje nije bilo statistički značajne razlike u merenju holesterola u poslednjih 12 meseci (tabela 31).

**Tabela 31. Merenje holesterola od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

<b>Merenje holesterola od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci</b>							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	978	53,6	845	46,4	1.823	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	163	38,4	261	61,6	424	100,0	<0,001
35-49	197	43,3	258	56,7	455	100,0	
50-64	324	59,4	221	40,6	545	100,0	
65-79	232	66,9	115	33,1	347	100,0	
80+	56	56,0	44	44,0	100	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	82	33,5	163	66,5	245	100,0	<0,001
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	599	52,5	542	47,5	1.141	100,0	

Merenje holesterola od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci						
Udovica	230	63,9	130	36,1	360	100,0
Razvedena	60	48,0	65	52,0	125	100,0
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	610	53,7	525	46,3	1.135	100,0
Ostala naselja	362	49,2	374	50,8	736	100,0
<b>Obrazovanje</b>						
Bez škole i niže	126	56,0	99	44,0	225	100,0
Osnovno	241	54,8	199	45,2	440	100,0
Srednje	464	49,5	473	50,5	937	100,0
Više i visoko	141	52,4	128	47,6	269	100,0
<b>Materijalno stanje</b>						
Siromašni	447	50,5	439	49,5	886	100,0
Srednji sloj	223	53,6	193	46,4	416	100,0
Bogati	302	53,0	268	47,0	570	100,0
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	237	46,4	274	54,6	511	100,0
Nezaposlena	197	44,3	248	55,7	445	100,0
Radno neaktivna	538	58,8	377	41,2	915	100,0

Analizirajući merenje šećera u krvi u godini koja je prethodila istraživanju uočavamo da je ovaj preventivni pregled u najvećem procentu sproveden kod žena starosti 65-79 godina (67,4%) ( $\chi^2=80,801$ ;  $p<0,001$ ), udovica (64,8%) ( $\chi^2=57,720$ ;  $p<0,001$ ), žena iz grada (55,5%) i radno neaktivnih žena (59,8%) ( $\chi^2=4,692$ ;  $p=0,030$  vs  $\chi^2=31,478$ ;  $p<0,001$ ). Nije bilo razlika u merenju šećera u krvi od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci, a gledano u odnosu na obrazovanje i materijalno stanje ispitanica (tabela 32).

**Tabela 32. Merenje šećera od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Merenje šećera u krvi od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.008	55,2	819	44,8	1.823	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	173	40,8	251	59,2	424	100,0	
35-49	206	45,1	251	54,9	457	100,0	
50-64	333	60,9	214	39,1	547	100,0	<0,001
65-79	234	67,4	113	32,6	347	100,0	
80+	59	59,0	41	41,0	100	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	84	34,0	163	66,0	247	100,0	<0,001

Merenje šećera u krvi od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	625	54,7	518	45,3	1.143	100,0	
Udovica	234	64,8	127	35,2	361	100,0	
Razvedena	61	49,6	62	50,4	123	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	633	55,6	505	44,4	1.138	100,0	0,030
Ostala naselja	372	50,4	366	49,6	738	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	127	56,4	98	43,6	225	100,0	0,205
Osnovno	251	56,8	191	43,2	442	100,0	
Srednje	481	51,3	457	48,7	938	100,0	
Više i visoko	145	53,9	124	46,1	269	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	463	52,3	423	47,7	886	100,0	0,557
Srednji sloj	230	54,9	189	45,1	419	100,0	
Bogati	312	54,6	259	45,4	571	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	245	47,8	268	52,2	519	100,0	<0,001
Nezaposlena	209	46,9	237	53,1	449	100,0	
Radno neaktivna	550	60,0	366	40,0	920	100,0	

Citološki bris grlića materice uzet je kod dve trećine žena (66,3%), pri čemu u značajno većem broju kod žena kasnog generativnog doba (35-49 godina, 79,7%) i žena starosti 50-64 godina (73,2%) zaposlenih žena (82,9%), iz gradskih naselja (72,3%) ( $\chi^2=91,470$ ;  $p<0,001$  i  $\chi^2=27,335$ ;  $p<0,001$ ) i iz kategorije razvedenih (80%) ( $\chi^2=118,349$ ;  $p<0,001$ ). Procenat žena koje su bile na ovom preventivnom pregledu raste sa stepenom obrazovanja i materijalnog stanja ( $\chi^2=220,339$ ;  $p<0,001$  vs  $\chi^2=92,816$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 33).

**Tabela 33. Citološki bris grlića materice u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

Citološki bris grlića materice							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	1.219	66,3	621	33,8	1.840	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							
20-34	299	69,5	131	30,5	430	100,0	<0,001
35-49	368	79,7	94	20,3	462	100,0	
50-64	401	73,2	147	26,8	548	100,0	

Citološki bris grlića materice						
Varijable	Da		Ne		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
65-79	185	52,9	165	47,1	350	100,0
80+	27	27,0	73	73,0	100	100,0
<b>Bračno stanje</b>						
Nikada se nisam udavala	136	54,4	114	45,6	250	100,0
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	866	75,2	285	24,8	1.151	100,0 <0,001
Udovica	177	48,8	186	51,2	363	100,0
Razvedena	100	80,0	25	20,0	125	100,0
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	829	72,3	318	27,7	1.147	100,0 <0,001
Ostala naselja	450	60,6	292	39,4	742	100,0
<b>Obrazovanje</b>						
Bez škole i niže	71	31,3	156	68,7	227	100,0
Osnovno	258	58,1	186	41,9	444	100,0 <0,001
Srednje	724	76,6	221	23,4	945	100,0
Više i visoko	226	83,1	46	16,9	272	100,0
<b>Materijalno stanje</b>						
Siromašni	513	57,4	380	42,6	893	100,0
Srednji sloj	296	70,8	122	29,2	418	100,0 <0,001
Bogati	470	81,2	109	18,8	579	100,0
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	431	82,9	89	17,1	520	100,0
Nezaposlena	310	69,0	139	31,0	449	100,0 <0,001
Radno neaktivna	538	58,4	383	41,6	921	100,0

Citološki bris grlića materice u posljednjih 12 meseci obavilo je 40,3% žena starosti 25-64 godina (populacija predviđena Nacionalnim skriningom na karcinom grlića materice). U najvećem procentu ovaj preventivni pregled je urađen kod zaposlenih žena (49,8%) ( $\chi^2=22,459$ ;  $p<0,001$ ), mlađe generativne dobi (50,2%) ( $\chi^2=28,062$ ;  $p<0,001$ ) i onih koje žive u gradu (45%) ( $\chi^2=10,167$ ;  $p<0,001$ ). Procenat žena koje su bile na ovom preventivnom pregledu raste sa stepenom obrazovanja i materijalnog stanja i prisutne razlike su visoko statistički značajne ( $\chi^2=25,407$ ;  $p<0,001$  vs  $\chi^2=22,600$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 34).



**Tabela 34. Citološki bris grlića materice u poslednjih 12 meseci u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica za ciljanu populaciju 25-64 godina**

Citološki bris grlića materice u poslednjih 12 meseci							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	375	40,3	555	59,7	930	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							<b>p</b>
25-34	121	50,2	120	49,8	241	100,0	<0,001
35-49	171	46,5	197	53,5	368	100,0	
50-64	126	31,4	275	68,6	401	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Nikada se nisam udavala	45	45,5	54	54,5	99	100,0	
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	308	41,0	444	59,0	752	100,0	0,854
Udovica	30	41,7	42	58,3	72	100,0	
Razvedena	35	40,2	52	59,8	87	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	295	45,0	360	55,0	655	100,0	0,001
Ostala naselja	122	34,5	232	65,5	354	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	6	23,1	20	76,9	26	100,0	<0,001
Osnovno	59	32,6	122	67,4	181	100,0	
Srednje	245	40,3	363	59,7	608	100,0	
Više i visoko	108	55,4	87	44,6	195	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	124	32,0	263	68,0	387	100,0	<0,001
Srednji sloj	105	46,9	119	53,1	224	100,0	
Bogati	189	47,4	210	52,6	399	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	208	49,8	210	50,2	418	100,0	<0,001
Nezaposlena	111	38,3	179	61,7	290	100,0	
Radno neaktivna	99	32,8	203	67,2	302	100,0	

Najveći broj žena koji je bio na mamografskom pregledu je iz kategorije 50-64 godina (46,8%) ( $\chi^2=175,957$ ;  $p<0,001$ ) i razvedenih (46,4%) ( $\chi^2=62,632$ ;  $p<0,001$ ). Sa porastom nivoa obrazovanja i materijalnog stanja raste i procenat žena koje su bile na mamografiji, tako da je 39% više i visoko obrazovanih žena i 35,2% bogatih bilo na mamografskom pregledu ( $\chi^2=28,287$ ;  $p<0,001$  vs  $\chi^2=12,716$ ;  $p=0,002$ ). Posmatrano u odnosu na mesto stanovanja i

radni status prisutne su visoko statistički značajne razlike ( $\chi^2=25,910$ ;  $p<0,001$  vs  $\chi^2=19,449$ ;  $p<0,001$ ) (tabela 35).

**Tabela 35. Mamografski pregled u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica**

<b>Mamografski pregled</b>						
<b>Varijable</b>	<b>Da</b>		<b>Ne</b>		<b>Ukupno</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Broj žena</b>	571	31,0	1.269	69,0	1.840	100,0
<b>Godine starosti u kategorijama</b>						<b>p</b>
20-34	42	9,8	387	90,2	429	100,0
35-49	122	26,4	340	73,6	462	100,0
50-64	256	46,8	291	53,2	547	100,0
65-79	125	35,8	224	64,2	349	100,0
80+	16	15,8	85	84,2	101	100,0
<b>Bračno stanje</b>						
Nikada se nisam udavala	27	10,8	222	89,2	249	100,0
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	371	32,2	780	67,8	1.151	100,0
Udovica	106	29,1	258	70,9	364	100,0
Razvedena	58	46,4	67	53,6	125	100,0
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	385	33,6	762	66,4	1.147	100,0
Ostala naselja	178	24,0	565	76,0	743	100,0
<b>Obrazovanje</b>						
Bez škole i niže	42	18,4	186	81,6	228	100,0
Osnovno	118	26,6	326	73,4	444	100,0
Srednje	296	31,3	650	68,7	946	100,0
Više i visoko	106	39,0	166	61,0	272	100,0
<b>Materijalno stanje</b>						
Siromašni	237	26,6	655	73,4	892	100,0
Srednji sloj	122	29,1	297	70,9	419	100,0
Bogati	204	35,2	375	64,8	579	100,0
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	152	29,3	367	70,7	519	100,0
Nezaposlena	94	20,9	355	79,1	449	100,0
Radno neaktivna	316	34,3	605	65,7	921	100,0

Mamografski pregled u posljednje 3 godine obavilo je 51,3% žena starosti 50-69 godina (populacija predviđena Nacionalnim skriningom na karcinom dojke) bez razlike u odnosu na starosne kategorije ispitanica, bračni, radni status i mesto stanovanja.

Više i visoko obrazovane žene (67,2%) i žene srednjeg sloja (60,6%) su značajno češće bile na mamografskom pregledu u odnosu na ostale kategorije žena (tabela 36).

**Tabela 36. Mamografski pregled u poslednje 3 godine u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica za ciljanu populaciju 50-69 godina**

Mamografski pregled u poslednje 3 godine							
Varijable	Da		Ne		Ukupno		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Broj žena</b>	178	51,3	169	48,7	347	100,0	
<b>Godine starosti u kategorijama</b>							<b>p</b>
50-59	91	55,5	73	44,5	164	100,0	0,185
60-69	76	48,1	82	51,9	158	100,0	
<b>Bračno stanje</b>							
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici	117	52,5	106	47,5	223	100,0	0,682
Živi van braka ili vanbračne zajednice	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
<b>Tip naselja</b>							
Gradska naselja	121	55,0	99	45,0	220	100,0	0,083
Ostala naselja	46	44,7	57	55,3	103	100,0	
<b>Obrazovanje</b>							
Bez škole i niže	6	40,0	9	60,0	15	100,0	0,054
Osnovno	37	48,7	39	51,3	76	100,0	
Srednje	82	48,5	87	51,5	169	100,0	
Više i visoko	41	67,2	20	32,8	61	100,0	
<b>Materijalno stanje</b>							
Siromašni	54	41,5	76	58,5	130	100,0	0,011
Srednji sloj	43	60,6	28	39,4	71	100,0	
Bogati	69	57,0	52	43,0	121	100,0	
<b>Radni status</b>							
Zaposlena	39	56,5	30	43,5	69	100,0	0,454
Nezaposlena	22	56,4	17	43,6	39	100,0	
Radno neaktivna	105	49,1	109	50,9	214	100,0	

## 4.4 Povezanost samoprocene zdravlja sa nezavisnim činiocima

Da bi se utvrdila povezanost samoprocene zdravlja i nezavisnih činioca, samoprocena zdravlja je transformisana u dihotomnu varijablu: loše naspram dobro zdravlje i prosečno naspram dobro zdravlje. Ispitivanje povezanosti je vršeno na celokupnom uzorku koji podrazumeva sve žene u Vojvodini koje su starije od 20 godina. Ukupni uzorak je potom podeljen na tri grupe tj. tri starosne kategorije: 20-49 godina, 50-64 godina i preko 65 godina starosti. Za svaku grupu rađena su tri modela multivarijantne logističke regresije: Model 1 koji je uključio demografske i socijalno-ekonomske varijable, model 2 demografske, socijalno-ekonomske determinante, stilove života i objektivne pokazatelje zdravlja i Model 3 koji je na prethodno navedene varijable uključio i korišćenje zdravstvene zaštite.

U modelu 1 multivarijantne logističke regresije primenjenom na žene starosti 20 godina i više, kao zavisna varijabla uzeta je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu lošeg naspram dobrog zdravlja, dok su u nezavisne varijable uvršćene demografske i socijalno ekonomske determinante. Uočavamo da su žene starosti 50-64 godina imale 4,95 puta, a žene starije od 65 godina 9,64 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na najmlađe ispitanice (OR=4,95; 95%CI = [3,27-7,49];  $p < 0,001$  vs OR=9,64; 95%CI = [5,79-16,04];  $p < 0,001$ ). Obrazovanje i materijalno stanje su se pokazali kao značajani prediktori samoprocene zdravlja, pri čemu su žene osnovnog i nižeg obrazovanja imale 2,96 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše ( $p < 0,001$ ) u odnosu na više i visokoobrazovane žene, a siromašne žene 2,11 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na bogate ( $p < 0,001$ ). Radni status se takođe izdvojio kao značajan prediktor pri čemu su radno neaktivne žene sa 2,18 puta većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na zaposlene ( $p = 0,002$ ) (tabela 37).

U modelu 2 multivarijantne logističke regresije, gde je osim povezanosti samoprocene zdravlja i demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli ispitivana i povezanost stilova života i objektivnih pokazatelja zdravlja uočavamo da se pored starosti i obrazovanja i socijalna podrška izdvojila kao prediktor samopercipiranog zdravlja kategorisanog kao loše naspram dobro, pri čemu su žene sa slabom socijalnom podrškom su imale 3,52 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na ispitanice sa jakim socijalnom podrškom (OR=3,52; 95%CI = [1,62-7,64];  $p < 0,001$ ). Prisustvo depresije se takođe pokazalo kao značajan prediktor samoprocene zdravlja. Žene sa blagim depresivnim simptomima su imale 4,28 puta, a žene sa depresivnom epizodom čak 15,06 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu

na žene koje su bile bez znakova depresije (OR=4,28; 95%CI = [2,26-8,12];  $p<0,001$  vs (OR=15,06; 95%CI = [5,30-42,82];  $p<0,001$ ). Ispitanice koje boluju od 1 hronične bolesti imaju 4,87 puta (OR=4,87; 95%CI = [2,13-11,12];  $p<0,001$ ), a žene koje boluju od dve ili više bolesti čak 25,48 puta (OR=25,48; 95%CI = [11,98-54,19];  $p<0,001$ ) veću šansu da zdravlje procene kao loše u odnosu na one koje su bez morbiditeta. Gledano u odnosu na trenutni status u pogledu pušenja, žene koje pripadaju kategoriji pušača su sa 2,31 puta većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na nepušače (OR=2,31; 95%CI = [1,30-4,10];  $p=0,004$ ). Osim navedenih, kao snažni prediktori samoprocene zdravlja kao lošeg su se izdvojili prisustvo hipertenzije (OR=2,18; 95%CI = [1,23-3,89];  $p=0,008$ ) i izloženost stresu (OR=1,79; 95%CI = [1,09-2,95];  $p=0,021$ ) (tabela 37).

U modelu 3 multivarijantne logističke regresije, gde je osim povezanosti samoprocene zdravlja i demografskih, socijalno-ekonomskih varijabli, stilova života i objektivnih pokazatelja zdravlja ispitivano i korišćenje zdravstvene zaštite pored starosti, visoku povezanost sa samoprocenom zdravlja pokazalo je prisustvo depresije. Žene sa blagim depresivnim simptomima imale 4,55 puta, a žene sa depresivnom epizodom 11,77 puta veću šansu da procene svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene bez znakova depresije (OR=4,55; 95%CI = [2,33-8,91];  $p<0,001$  vs OR=11,77; 95%CI = [4,04-34,27];  $p<0,001$ ). Kod ispitanica sa dve ili više bolesti šansa da procene svoje zdravlje kao loše je bila 18,15 puta veća u odnosu na one koje nisu bolovale (OR=18,15; 95%CI = [8,11-40,60];  $p<0,001$ ). Prisustvo hipertenzije i stresa je i u ovom modelu pokazalo značajnu povezanost sa samoprocenom zdravlja (OR=1,83; 95%CI = [1,01-3,33];  $p=0,047$  vs (OR=1,77; 95%CI = [1,05-2,99];  $p=0,033$ ), a kao pokazatelj loše samoprocene zdravlja se izdvojila i poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci pri čemu su žene koje su posetile izabranog lekara u godini koja je prethodila istraživanju imale 2,58 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na one koje nisu išle kod lekara u posmatranom periodu (OR=2,58; 95%CI = [1,21-5,51];  $p=0,014$ ). Kao i u modelu 2, kao prediktor samoprocene zdravlja kao lošeg izdvojila se i socijalna podrška, ali joj prediktivna moć u modelu 3 slabi (tabela 37).

**Tabela 37. Povezanost samoprocene zdravlja žena starosti 20 i više godina (loše naspram dobro) sa nezavisnim činiocima (multivarijantna logistička regresija)**

Varijable	Samoprocena zdravlja loše/dobro					
	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Starosne kategorije</b>						
20-49	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
50-64	<b>4,95 (3,27-7,49)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,57 (1,25-5,28)</b>	<b>0,010</b>	<b>2,83 (1,32-6,04)</b>	<b>0,007</b>
65+	<b>9,64 (5,79-16,04)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>4,22 (1,72-10,33)</b>	<b>0,002</b>	<b>4,71 (1,80-12,34)</b>	<b>0,002</b>
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
Ostala naselja	0,75 (0,54-1,04)	0,084	0,77 (0,45-1,31)	0,336	0,84 (0,48-1,44)	0,520
<b>Obrazovanje</b>						
Više i visoko	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
Srednje	<b>1,92 (1,12-3,31)</b>	<b>0,018</b>	1,78 (0,74-4,28)	0,199	1,61 (0,66-3,97)	0,297
Osnovno i niže	<b>2,96 (1,66-5,27)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,19 (1,22-8,31)</b>	<b>0,018</b>	2,47 (0,91-6,75)	0,077
<b>Materijalno stanje</b>						
Bogati	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
Srednji	<b>1,67 (1,08-2,58)</b>	<b>0,022</b>	1,61 (0,82-3,17)	0,171	1,72 (0,85-3,47)	0,128
Siromašni	<b>2,11 (1,40-3,17)</b>	<b>&lt;0,001</b>	1,78 (0,95-3,36)	0,073	1,88 (0,97-3,63)	0,061
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	
Nezaposlena	1,56 (0,93-2,61)	0,089	1,15 (0,51-2,61)	0,736	1,34 (0,57-3,13)	0,496
Radno neaktivna	<b>2,18 (1,34-3,55)</b>	<b>0,002</b>	2,09 (0,98-4,48)	0,056	2,06 (0,95-4,47)	0,067
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>						
Jaka			<b>1</b>		<b>1</b>	
Umerena			1,57 (0,94-2,63)	0,087	1,43 (0,84-2,44)	0,187
Slaba			<b>3,52 (1,62-7,64)</b>	<b>0,001</b>	<b>2,65 (1,17-6,02)</b>	<b>0,020</b>

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Pušenje</b>						
Nepušač			<b>1</b>		<b>1</b>	
Bivši pušač			1,77 (0,88-3,58)	0,109	1,82 (0,88-3,75)	0,107
Pušač			<b>2,31 (1,30-4,10)</b>	<b>0,004</b>	<b>2,14 (1,17-3,90)</b>	<b>0,013</b>
<b>Prevalencija hipertenzije</b>						
Nema hipertenziju			<b>1</b>		<b>1</b>	
Ima hipertenziju			<b>2,18 (1,23-3,89)</b>	<b>0,008</b>	<b>1,83 (1,01-3,33)</b>	<b>0,047</b>
<b>Index telesne mase (BMI)</b>						
Normalno uhranjeni			<b>1</b>		<b>1</b>	
Predgojazni			0,94 (0,51-1,73)	0,851	0,89 (0,47-1,70)	0,733
Gojazni			1,33 (0,71-2,47)	0,376	1,26 (0,66-2,42)	0,479
<b>Hronične bolesti</b>						
Bez morbiditeta			<b>1</b>		<b>1</b>	
Jedna bolest			<b>4,87 (2,13-11,12)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,23 (1,33-7,82)</b>	<b>0,009</b>
Multimorbiditet			<b>25,48 (11,98-54,19)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>18,15 (8,11-40,60)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Alkohol</b>						
1-2 dana nedeljno i češće			<b>1</b>		<b>1</b>	
2-3 dana mesečno i ređe			0,69 (0,25-1,88)	0,471	0,70 (0,24-2,01)	0,506
Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci			1,39 (0,57-3,40)	0,473	1,30 (0,50-3,40)	0,594
<b>Prisustvo stresa</b>						
Ne			<b>1</b>		<b>1</b>	
Da			<b>1,79 (1,09-2,95)</b>	<b>0,021</b>	<b>1,77 (1,05-2,99)</b>	<b>0,033</b>

Samoprocena zdravlja loše/dobro						
Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Prisustvo depresije</b>						
Bez simptoma depresije			1		1	
Blagi depresivni simptomi			4,28 (2,26-8,12)	<0,001	4,55 (2,33-8,91)	<0,001
Depresivna epizoda			15,06 (5,30-42,82)	<0,001	11,77 (4,04-34,27)	<0,001
<b>Poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					2,58 (1,21-5,51)	0,014
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					1,14 (0,64-2,03)	0,659
<b>Mamografski pregled</b>						
Ne					1	
Da					1,03 (0,59-1,80)	0,902
<b>Bris grlića materice</b>						
Ne					1	
Da					0,60 (0,33-1,08)	0,089

\*Model prilagođen za bračni status



U tabeli 38 u modelu 1 multivarijantne logističke regresije primenjenog na žene starosti 20 godina i više, a posmatrano u kontekstu prosečnog naspram dobrog zdravlja, uočavamo povezanost starosti sa prosečnom samoprocenom zdravlja, pri čemu su žene starosti 50-64 godina imale 2,03 puta, a žene starije od 65 godina 2,27 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno u odnosu na žene fertilnog perioda (OR=2,03; 95%CI = [1,37-2,99];  $p < 0,001$  vs OR=2,27; 95%CI = [1,26-4,09];  $p = 0,006$ ), kao i povezanost materijalnog stanja pri čemu siromašne žene imaju 2,04 puta, a žene srednjeg sloja 1,86 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno u odnosu na bogate žene (OR=2,04; 95%CI = [1,48-2,80];  $p < 0,001$  vs OR=1,86; 95%CI = [1,33-2,58];  $p < 0,001$ ). Za razliku od modela 1 multivarijantne logističke regresije primenjenog na žene starosti 20 godina i više, a posmatranog u kontekstu lošeg naspram dobrog zdravlja, unakrsni odnos šansi navedenih varijabli se smanjuje.

U modelu 2 multivarijantne logističke regresije, osim navednih promenljivih u modelu 1 kao snažni prediktori su se izdvojili depresija, hronične bolesti, hipertenzija i stres. Žene sa blagim depresivnim simptomima imaju 1,78 puta ( $p = 0,029$ ), a žene koje boluju od jedne bolesti i multimorbiditeta za 3,01 odnosno 6,83 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno u odnosu na one bez znakova depresije i morbiditeta ( $p < 0,001$ ), dok žene sa hipertenzijom sa 1,73 puta većom šansom svoje zdravlje procenjuju kao prosečno ( $p = 0,002$ ). Žene koje su izložene stresu imaju 1,60 puta veću šansu da procene svoje zdravlje kao prosečno u odnosu na žene bez stresa ( $p = 0,002$ ) (tabela 38).

U modelu 3 multivarijantne logističke regresije, utvrđeno je da dodavanjem korišćenja zdravstvene zaštite na model 2 povezanost samoprocene zdravlja (prosečno naspram dobro) sa starošću ispitanica i tercilima blagostanja postaje jača, dok jačina povezanosti samoprocene zdravlja sa prisustvom hroničnih bolesti, hipertenzije i stresa slabi. Depresija je i modelu 3 značajno povezana sa prosečnom samoprocenom zdravlja, pri čemu žene sa blagim depresivnim simptomima imaju 2,21 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno u odnosu na žene bez simptoma depresije (OR=2,21; 95%CI = [1,25-3,88];  $p = 0,006$ ) (tabela 38)

**Tabela 38. Povezanost samoprocene zdravlja žena starosti 20 i više godina (prosečno naspram dobro) sa nezavisnim činiocima (multivarijantna logistička regresija)**

Samoprocena zdravlja prosečno/dobro						
Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Starosne kategorije</b>						
20-49	1		1		1	
50-64	3,82 (2,87-5,10)	<0,001	2,03 (1,37-2,99)	<0,001	2,18 (1,42-3,33)	<0,001
65+	4,48 (2,93-6,84)	<0,001	2,27 (1,26-4,09)	0,006	2,82 (1,49-5,35)	0,001
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	1		1		1	
Ostala naselja	0,86 (0,67-1,11)	0,256	0,87 (0,63-1,21)	0,419	0,91 (0,65-1,28)	0,592
<b>Obrazovanje</b>						
Više i visoko	1		1		1	
Srednje	1,22 (0,85-1,75)	0,285	0,94 (0,60-1,47)	0,788	1,18 (0,73-1,91)	0,495
Osnovno i niže	1,40 (0,92-2,13)	0,117	1,16 (0,68-1,99)	0,577	1,26 (0,70-2,25)	0,443
<b>Materijalno stanje</b>						
Bogati	1		1		1	
Srednji	1,86 (1,33-2,58)	<0,001	2,05 (1,35-3,10)	0,001	2,17 (1,40-3,37)	0,001
Siromašni	2,04 (1,48-2,80)	<0,001	2,02 (1,35-3,03)	0,001	2,24 (1,46-3,44)	<0,001
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	1		1		1	
Nezaposlena	0,93 (0,67-1,28)	0,649	1,03 (0,69-1,53)	0,876	1,17 (0,77-1,78)	0,471
Radno neaktivna	0,89 (0,64-1,25)	0,509	0,79 (0,52-1,21)	0,278	0,78 (0,50-1,22)	0,271
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>						
Jaka			1		1	
Umerena			1,24 (0,91-1,69)	0,170	1,21 (0,88-1,68)	0,244
Slaba			1,24 (0,73-2,12)	0,427	1,26 (0,71-2,24)	0,427

## Samoprocena zdravlja prosečno/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Pušenje</b>						
Nepušač			1		1	
Bivši pušač			0,88 (0,57-1,39)	0,553	0,88 (0,56-1,38)	0,589
Pušač			0,91 (0,65-1,28)	0,587	0,88 (0,62-1,27)	0,520
<b>Prevalencija hipertenzije</b>						
Nema hipertenziju			1		1	
Ima hipertenziju			<b>1,73 (1,21-2,48)</b>	<b>0,002</b>	<b>1,67 (1,15-2,43)</b>	<b>0,007</b>
<b>Index telesne mase (BMI)</b>						
Normalno uhranjeni			1		1	
Predgojazni			0,90 (0,64-1,28)	0,563	0,92 (0,64-1,33)	0,668
Gojazni			0,73 (0,49-1,09)	0,127	0,74 (0,48-1,13)	0,165
<b>Hronične bolesti</b>						
Bez morbiditeta			1		1	
Jedna bolest			<b>3,01 (2,07-4,37)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,82 (1,88-4,22)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Multimorbiditet			<b>6,83 (4,67-9,98)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>6,12 (4,00-9,35)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Alkohol</b>						
1-2 dana nedeljno i češće			1		1	
1-3 dana mesečno i ređe			1,41 (0,76-2,64)	0,277	1,35 (0,69-2,62)	0,383
Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci			1,57 (0,86-2,86)	0,138	1,63 (0,86-3,09)	0,130
<b>Prisustvo stresa</b>						
Ne			1		1	
Da			<b>1,60 (1,19-2,17)</b>	<b>0,002</b>	<b>1,54 (1,11-2,12)</b>	<b>0,009</b>

## Samoprocena zdravlja prosečno/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Prisustvo depresije</b>						
Bez simptoma depresije			1		1	
Blagi depresivni simptomi			1,78 (1,06-3,00)	0,029	2,21 (1,25-3,88)	0,006
Depresivna epizoda			1,98 (0,76-5,18)	0,163	1,79 (0,64-4,95)	0,265
<b>Poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					1,40 (0,96-2,03)	0,076
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					1,39 (0,97-1,98)	0,069
<b>Mamografski pregled</b>						
Ne					1	
Da					1,09 (0,76-1,57)	0,633
<b>Bris grlića materice</b>						
Ne					1	
Da					0,90 (0,61-1,32)	0,583

\*Model prilagođen za bračni status

U modelu 1 multivarijantne logističke regresije stratifikovanog na žene starosti 20-49 godina obrazovanje i materijalno stanje su pokazali značajnu povezanost sa samoprocenom zdravlja, pri čemu su siromašne žene sa 2,67 puta većom, a žene osnovnog i nižeg obrazovanja sa 4,26 puta većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na bogate i više i visoko obrazovane žene (OR=2,67; 95%CI = [1,19-5,97]; p=0,017 vs OR=4,26; 95%CI = [1,20-15,16]; p=0,025) (tabela 39).

Dodavanjem pokazatelja stilova života i objektivnih pokazatelja zdravlja u modelu 2 su se osim navedenih varijabli iz modela 1 kao snažni prediktori samoprocene zdravlja kao lošeg izdvojili prisustvo hipertenzije, hroničnih bolesti, stresa i socijalne podrške. Žene sa hipertenzijom sa 6,04 puta, a žene izložene stresu sa 6,16 puta većom šansom procenjuju svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene bez znakova hipertenzije i stresa (p=0,001 i p=0,011), dok žene koje boluju od jedne bolesti i (p=0,021) one koje imaju multimorbiditet (p<0,001) sa 5,23 i 35,22 puta većom šansom svoje zdravlje procenjuju kao loše u odnosu na one bez morbiditeta. Žene sa umerenom socijalnom podrškom imaju 3,96 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na žene sa slabom socijalnom podrškom (p=0,046). Prisustvo depresije je takođe pokazalo snažnu povezanost sa samoprocenom zdravlja kategorisanog kao loše naspram dobro, pri čemu su žene sa blagim depresivnim simptomima imale 3,86 puta, a žene sa depresivnom epizodom čak 74,29 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na žene bez depresije (OR=3,86; 95%CI = [0,98-15,16]; p=0,053 vs OR=74,29; 95%CI = [10,96-503,71]; p<0,001) (tabela 39).

U modelu 3 multivarijantne logističke regresije, gde je osim povezanosti samoprocene zdravlja i demografskih, socijalno-ekonomskih varijabli, stilova života i objektivnih pokazatelja zdravlja ispitivano i korišćenje zdravstvene zaštite kao značajni prediktori su se takođe izdvojili socijalna podrška, prisustvo stresa, hipertenzije, depresije i hroničnih bolesti, ali je ta veza slabija u odnosu na model 2 (tabela 39)

**Tabela 39. Povezanost samoprocene zdravlja žena starosti 20-49 godina (loše naspram dobro) sa nezavisnim činiocima (multivarijantna logistička regresija)**

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Samoprocena zdravlja loše/dobro</b>						
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	1		1		1	
Ostala naselja	0,76 (0,41-1,43)	0,399	0,69 (0,24-2,01)	0,498	0,93 (0,29-2,96)	0,899
<b>Obrazovanje</b>						
Više i visoko	1		1		1	
Srednje	2,43 (0,77-7,67)	0,130	2,99 (0,39-23,00)	0,292	3,78 (0,38-38,11)	0,259
Osnovno i niže	<b>4,26 (1,20-15,16)</b>	<b>0,025</b>	7,38 (0,69-78,97)	0,098	7,38 (0,51-106,32)	0,142
<b>Materijalno stanje</b>						
Bogati	1		1		1	
Srednji	1,44 (0,59-3,49)	0,421	1,48 (0,38-5,79)	0,573	1,64 (0,36-7,48)	0,524
Siromašni	<b>2,67 (1,19-5,97)</b>	<b>0,017</b>	1,51 (0,36-6,31)	0,569	1,51 (0,35-6,39)	0,579
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	1		1		1	
Nezaposlena	1,08 (0,54-2,15)	0,831	0,74 (0,23-2,42)	0,624	0,75 (0,21-2,68)	0,655
Radno neaktivna	1,47 (0,69-3,16)	0,318	0,57 (0,15-2,26)	0,428	0,49 (0,10-2,27)	0,360
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>						
Jaka			1		1	
Umerena			<b>3,96 (1,12-14,06)</b>	<b>0,033</b>	<b>3,95 (1,04-15,02)</b>	<b>0,044</b>
Slaba			1,16 (0,18-7,47)	0,873	0,72 (0,09-5,68)	0,757
<b>Pušenje</b>						
Nepušač			1		1	
Bivši pušač			1,04 (0,26-4,22)	0,956	1,21 (0,25-5,70)	0,814
Pušač			1,34 (0,42-4,26)	0,624	1,67 (0,45-6,17)	0,440

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Prevalencija hipertenzije</b>						
Nema hipertenziju			1		1	
Ima hipertenziju			6,04 (2,16-16,90)	0,001	4,83 (1,58-14,82)	0,006
<b>Hronične bolesti</b>						
Bez morbiditeta			1		1	
Jedna bolest			5,23 (1,28-21,38)	0,021	2,17 (0,46-10,31)	0,330
Multimorbiditet			35,22 (9,40-131,88)	<0,001	24,02 (5,95-96,94)	<0,001
<b>Alkohol</b>						
1-2 puta nedeljno i češće			1		1	
2-3 dana mesečno i ređe			0,29 (0,05-1,76)	0,177	0,35 (0,05-2,32)	0,277
Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci			0,75 (0,15-3,69)	0,719	0,72 (0,13-3,86)	0,700
<b>Prisustvo stresa</b>						
Ne			1		1	
Da			6,16 (1,51-25,06)	0,011	5,65 (1,24-25,87)	0,026
<b>Prisustvo depresije</b>						
Bez simptoma depresije			1		1	
Blagi depresivni simptomi			3,86 (0,98-15,16)	0,053	4,16 (0,89-19,43)	0,070
Depresivna epizoda			74,29 (10,96-503,71)	<0,001	62,41 (8,13-479,14)	<0,001
<b>Poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					2,78 (0,52-14,93)	0,232
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					2,12 (0,62-7,28)	0,233

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Mamografski pregled</b>						
Ne					1	
Da					0,97 (0,28-3,37)	0,957
<b>Bris grlića materice</b>						
Ne					1	
Da					1,38 (0,34-5,67)	0,655

\*Model prilagođen za bračni status



U modelu 1 stratifikovanom na žene starosti 50-64 godina u odnosu na sve prethodne modele mesto stanovanja se izdvojilo kao prediktor samoprocene zdravlja, pri čemu su žene koje žive van grada sa 46% manjom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na one koje žive u gradu (OR=0,54; 95%CI = [0,30-0,96]; p=0,036). Radni status se takođe izdvojio kao statistički značajan, pri čemu su žene koje su radno neaktivne imale 3,65 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše (OR=3,65; 95%CI = [1,18-14,03]; p=0,027), kao i materijalno stanje gde su siromašne žene imale 2,30 puta, a žene srednjeg sloja 2,27 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše (OR=2,30; 95%CI = [1,16-4,57]; p=0,017 vs OR=2,27; 95%CI = [1,11-4,64]; p=0,025) (tabela 40).

U modelu 2 stratifikovanom na žene starosti 50-64 godina utvrđena je povezanost socijalne podrške i samoprocene zdravlja, pri čemu su žene sa slabom socijalnom podrškom sa 8,59 puta većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene koje imaju jaku socijalnu podršku (OR=8,59; 95%CI = [1,82-40,47]; p=0,007). Žene sa blagim depresivnim simptomima imaju za 4,34 puta veću šansu za lošu samoprocenu zdravlja u odnosu na žene bez depresije (OR=4,34; 95%CI = [1,31-14,45]; p=0,017), dok žene koje boluju od jedne bolesti sa 6,84 (OR=6,84; 95%CI = [1,05-44,59]; p=0,045) a one koje imaju multimorbiditet sa 51,42 puta većom šansom procenjuju svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene bez morbiditeta (OR=51,42; 95%CI = [8,30-318,74]; p<0,001) (tabela 40).

U modelu 3 je pokazano da žene srednjeg statusa sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na bogate žene (OR=3,66; 95%CI = [1,04-14,33]; p=0,031). Žene sa slabom socijalnom podrškom su imale 8,88 puta veću, a žene sa blagim depresivnim simptomima za 4,40 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na žene sa jakim socijalnom podrškom i bez znakova depresije (OR=8,88; 95%CI = [1,80-43,77]; p=0,007 vs OR=4,40; 95%CI = [1,28-15,08]; p=0,018) i ta povezanost je jača gledano nego u modelu 2. Kao u prethodnom modelu hronične bolesti su pokazale statistički značajnu povezanost sa lošom samoprocenom zdravlja (tabela 40).

**Tabela 40. Povezanost samoprocene zdravlja žena starosti 50-64 godina (loše naspram dobro) sa nezavisnim činiocima (multivarijantna logistička regresija)**

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Samoprocena zdravlja loše/dobro</b>						
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	1		1		1	
Ostala naselja	<b>0,54 (0,30-0,96)</b>	<b>0,036</b>	0,95 (0,36-2,48)	0,918	0,97 (0,36-2,64)	0,953
<b>Obrazovanje</b>						
Više i visoko	1		1		1	
Srednje	1,41 (0,59-3,32)	0,437	2,04 (0,47-8,76)	0,340	2,08 (0,45-9,49)	0,345
Osnovno i niže	2,23 (0,85-5,82)	0,102	3,22 (0,65-15,80)	0,150	2,91 (0,55-15,54)	0,210
<b>Materijalno stanje</b>						
Bogati	1		1		1	
Srednji	<b>2,27 (1,11-4,64)</b>	<b>0,025</b>	3,09 (0,88-10,65)	0,074	<b>3,66 (1,04-12,85)</b>	<b>0,043</b>
Siromašni	<b>2,30 (1,16-4,57)</b>	<b>0,017</b>	2,17 (0,76-6,26)	0,150	2,40 (0,81-7,15)	0,115
<b>Radni status</b>						
Zaposlena	1		1		1	
Nezaposlena	2,22 (0,92-5,40)	0,077	1,69 (0,38-7,62)	0,493	2,22 (0,45-10,97)	0,326
Radno neaktivna	<b>3,65 (1,70-7,82)</b>	<b>0,001</b>	<b>4,06 (1,18-14,03)</b>	<b>0,027</b>	<b>4,04 (1,14-14,33)</b>	<b>0,031</b>
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>						
Jaka			1		1	
Umerena			0,87 (0,36-2,06)	0,744	0,77 (0,32-1,89)	0,574
Slaba			<b>8,59 (1,82-40,47)</b>	<b>0,007</b>	<b>8,88 (1,80-43,77)</b>	<b>0,007</b>
<b>Pušenje</b>						
Nepušač			1		1	
Bivši pušač			3,04 (0,95-9,75)	0,061	2,60 (0,74-9,15)	0,138
Pušač			2,12 (0,84-4,73)	0,113	1,83 (0,71-4,72)	0,212

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Prevalencija hipertenzije</b>						
Nema hipertenziju			1		1	
Ima hipertenziju			2,32 (0,90-5,97)	0,080	2,47 (0,91-6,72)	0,077
<b>Hronične bolesti</b>						
Bez morbiditeta			1		1	
Jedna bolest			5,70 (1,09-29,84)	0,039	6,84 (1,05-44,59)	0,045
Multimorbiditet			46,08 (9,72-218,49)	<0,001	51,42 (8,30-318,74)	<0,001
<b>Alkohol</b>						
1-2 puta nedeljno i češće			1		1	
2-3 dana mesečno i ređe			1,00 (0,15-6,46)	0,999	0,72 (0,10-5,16)	0,745
Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci			1,67 (0,30-9,27)	0,559	1,14 (0,19-6,85)	0,886
<b>Prisustvo stresa</b>						
Ne			1		1	
Da			2,00 (0,84-4,73)	0,116	2,01 (0,81-5,02)	0,134
<b>Prisustvo depresije</b>						
Bez simptoma depresije			1		1	
Blagi depresivni simptomi			4,34 (1,31-14,45)	0,017	4,40 (1,28-15,08)	0,018
Depresivna epizoda			2,27 (0,52-9,84)	0,272	1,90 (0,38-9,48)	0,432
<b>Poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					2,07 (0,49-8,79)	0,323
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					1	
Da					0,83 (0,32-2,17)	0,708

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Mamografski pregled</b>						
Ne					1	
Da					1,74 (0,67-4,57)	0,258
<b>Bris grlića materice</b>						
Ne					1	
Da					0,61 (0,21-1,79)	0,369

\*Model prilagođen za bračni status

U tabeli 41 predstavljena su 3 modela multivarijantne logističke regresije na stratifikovanom uzorku žena starosti 65 i više godina gde je kao zavisna varijabla posmatrana samoprocena zdravlja u kontekstu lošeg naspram dobrog zdravlja sa nezavisnim činiocima koji uključuju socijalno-demografske pokazatelje, stilove života i objektivne pokazatelje zdravlja i korišćenje zdravstvene zaštite. U modelu 1 obrazovanje se izdvojilo kao prediktor samoprocene zdravlja kategorisanog kao loše naspram dobro zdravlje, pri čemu su žene najnižeg nivoa obrazovanja sa 3,13 puta većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na više i visoko obrazovane žene, dok u modelu 2 dodavanjem pokazatelja stilova života i objektivnih pokazatelja zdravlja obrazovanje nije više statistički značajan prediktor.

U modelima 2 i 3 kao prediktori samoprocene zdravlja (loše naspram dobro) izdvojili su se: multimorbiditet, blagi depresivni simptomi i depresivna epizoda pri čemu je povezanost multimorbiditeta sa samoprocenom zdravlja jača u modelu 2, a blagih depresivnih simptoma i depresivne epizode u modelu 3. Socijalna podrška se u modelu 2 takođe pokazala kao značajan prediktor samoprocene zdravlja, pri čemu su žene sa slabom socijalnom podrškom imale 3,82 puta veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na žene sa jakom socijalnom podrškom (OR=3,82; 95%CI = [1,07-13,63]; p=0,039) (tabela 41).

**Tabela 41. Povezanost samoprocene zdravlja žena starosti 65 godina i više (loše naspram dobro) sa nezavisnim činiocima (multivarijantna logistička regresija)**

Varijable	Samoprocena zdravlja loše/dobro					
	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Tip naselja</b>						
Gradska naselja	1		1		1	
Ostala naselja	0,91 (0,53-1,57)	0,733	0,67 (0,26-1,69)	0,395	0,47 (0,16-1,33)	0,155
<b>Obrazovanje</b>						
Više i visoko	1		1		1	
Srednje	2,31 (0,84-6,36)	0,106	0,87 (0,16-4,65)	0,872	0,85 (0,14-5,04)	0,854
Osnovno i niže	<b>3,13 (1,20-8,18)</b>	<b>0,020</b>	1,63 (0,32-8,38)	0,556	0,62 (0,10-3,74)	0,602
<b>Materijalno stanje</b>						
Bogati	1		1		1	
Srednji	1,26 (0,58-2,74)	0,552	1,82 (0,55-5,97)	0,323	1,73 (0,47-6,37)	0,411
Siromašni	1,55 (0,77-3,15)	0,222	1,61 (0,53-4,93)	0,403	1,83 (0,50-6,67)	0,361
<b>Socijalna podrška (Oslo 3-skala)</b>						
Jaka			1		1	
Umerena			1,84 (0,77-4,37)	0,168	1,44 (0,55-3,76)	0,458
Slaba			<b>3,82 (1,07-13,63)</b>	<b>0,039</b>	1,34 (0,34-5,31)	0,681
<b>Pušenje</b>						
Nepušač			1		1	
Bivši pušač			1,00 (0,29-3,41)	0,966	1,01 (0,27-3,81)	0,984
Pušač			3,93 (0,97-15,94)	0,055	3,99 (0,82-19,37)	0,086
<b>Prevalencija hipertenzije</b>						
Nema hipertenziju			1		1	
Ima hipertenziju			0,64 (0,19-2,13)	0,466	0,38 (0,11-1,39)	0,146

## Samoprocena zdravlja loše/dobro

Varijable	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Hronične bolesti</b>						
Bez morbiditeta			<b>1</b>		<b>1</b>	
Jedna bolest			3,38 (0,66-17,32)	0,144	2,05 (0,33-12,55)	0,439
Multimorbiditet			<b>20,49 (4,66-90,12)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>16,06 (3,03-85,01)</b>	<b>0,001</b>
<b>Alkohol</b>						
1-2 puta nedeljno i češće			<b>1</b>		<b>1</b>	
2-3 dana mesečno i ređe			0,67 (0,12-3,83)	0,653	0,75 (0,10-5,46)	0,777
Nikada ne konzumira ili ne u proteklih 12 meseci			1,68 (0,40-6,97)	0,475	2,32 (0,42-12,91)	0,337
<b>Prisustvo stresa</b>						
Ne			<b>1</b>		<b>1</b>	
Da			0,94 (0,41-2,14)	0,883	0,95 (0,38-2,37)	0,915
<b>Prisustvo depresije</b>						
Bez simptoma depresije			<b>1</b>		<b>1</b>	
Blagi depresivni simptomi			<b>8,23 (2,64-25,69)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>16,47 (3,80-71,33)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Depresivna epizoda			<b>37,75 (4,00-355,52)</b>	<b>0,002</b>	<b>38,59 (3,78-393,711)</b>	<b>0,002</b>
<b>Poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					<b>1</b>	
Da					1,27 (0,33-4,92)	0,730
<b>Poseta ginekologu u poslednjih 12 meseci</b>						
Ne					<b>1</b>	
Da					0,66 (0,18-2,46)	0,536
<b>Mamografski pregled</b>						
Ne					<b>1</b>	
Da					0,61 (0,22-1,64)	0,324

---

**Samoprocena zdravlja loše/dobro**

<b>Varijable</b>	<b>Model 1</b>		<b>Model 2</b>		<b>Model 3</b>	
	<b>OR (95%CI)</b>	<b>p</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>p</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>p</b>
<b>Bris grlića materice</b>						
Ne					1	
Da					0,49 (0,18-1,28)	0,146

\*Model prilagođen za bračni status



## 5 DISKUSIJA

### 5.1 Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike

Tokom vremena, istraživanja zdravlja su postala neophodna dopuna postojećim zdravstvenim informacionim sistemima. Ispitivanje zdravlja i korišćenja zdravstvene zaštite žena na bazi populacionog istraživanja na reprezentativnom uzorku omogućava sveobuhvatno sagledavanje zdravlja i determinanti koje utiču na zdravlje. Oni obezbeđuju dragocene podatke o demografskim i socijalno-ekonomskim aspektima vulnerabilnosti žena, kao i zdravstvenim rizicima koji se ne mogu dobiti iz rutinske zdravstvene statistike (1).

Rezultati istraživanja, dobijeni na ovaj način, omogućavaju sagledavanje nejednakosti u zdravlju i identifikaciju najugroženijih kategorija žena, čime daju osnov za unapređenje postojećih i kreiranje novih javnozdravstvenih programa namenjenih ovoj vulnerabilnoj kategoriji. Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju jesu važan i stalan javnozdravstveni problem u svim evropskim zemljama, a najčešće su povezane sa nivoom obrazovanja, zanimanjem, primanjima i socijalno-ekonomskim stanjem stanovništva (53, 117, 118).

U istraživanju je učestvovalo 1.840 ispitanica starosti 20 i više godina sa teritorije Vojvodine. Prosečna starost ispitanica je bila 53,08 godina, pri čemu je najveći broj žena pripadao starosnoj kategoriji 50-64 godina (31,4%). Posmatrano u strukturi uzorka, 59,4% žena je starije od 50 godina života, što odgovara realnoj demografskoj situaciji koja ukazuje na izraženo demografsko starenje stanovništva. Visoka starost stanovništva je dominantna karakteristika stanovništva Srbije već decenijama unazad. Indeks starosti žena u Vojvodini u 2018. godini je iznosio 161,27 i posmatrano u odnosu na 50-te godine prošlog veka je u značajnom porastu (33,8), što uz negativne vrednosti prirodnog priraštaja, nisku stopu nataliteta i opštu stopu fertiliteta ide u prilog starenja populacije (119). Slična situacija je i na nivou cele Republike Srbije gde se poslednjih 26 godina beleži negativan prirodni priraštaj i od ukupno 169 gradova i opština negativan prirodni priraštaj je zabeležen u čak 163 grada. Devet godina zaredom ukupan broj živorođene dece po ženi u fertilnom dobu u Srbiji je između 1,4 i 1,5 i ispod proseka je u odnosu na zemlje Evropske Unije (1,6 u 2017. godini) (120). Vrednosti pomenutih indikatora pokazuju varijacije posmatrano po regionima (119). Vojvodina, kao i Beogradski region zbog sve više prisutnih migracija, poslednjih decenija

imaju veći udeo mlađeg i radno aktivnog stanovništva, dok nasuprot njima Istočna i Južna Srbija imaju sve veći udeo starih u populaciji (119). Primeri ekstremnog demografskog urušavanja su opštine Svrljig, Rekovac, Gadžin Han i Crna Trava, sve četiri s prosečnom starošću koja je viša od 50 godina (120).

Nasuprot našoj zemlji, demografska slika pojedinih evropskih zemalja je sasvim drugačija. Opšte stope fertiliteta u Francuskoj, Švedskoj, Danskoj se kreću 1,8 - 1,9, što uz visoke vrednosti prirodnog priraštaja odgovara pozitivnom demografskom kretanju (121).

Očekivano trajanje života na rođenju kao jedan od najboljih pokazatelja zdravstvenog stanja i socijalno-ekonomskog statusa stanovništva u Vojvodini je u 2018. godini iznosio 77,6 za žene (119). Iako su vrednosti ovog indikatora u Vojvodini u konstantnom porastu već decenijama unazad, žene u Vojvodini žive u proseku 4-5 godina kraće posmatrano u odnosu na većinu evropskih zemalja gde se ovaj indikator za žene kreće od 81 do 83 godine (Švajcarska, Italija, Španija, Švedska, Velika Britanija) (122). Posmatrano na globalnom nivou prisutne su izrazite nejednakosti u pogledu očekivanog trajanja života, s obzirom da se najniže vrednosti, ukoliko posmatramo oba pola, beleže u Južnoj Africi (63,4 godinu) a najviše u Japanu (84,7 godina) (123).

U odnosu na tip naselja u kome žive, nešto više ispitanica je živelo u gradu (58,4%). Stratifikacija uzorka žena Vojvodine za potrebe ovog istraživanja na gradsko i seosko područje otežava poređenje sa rezultatima drugih istraživanja zbog neusklađenosti definicije ruralnog stanovništva (1). U našoj zemlji reč je o administrativno utvrđenoj teritoriji, dok pojedine zemlje u parametre za određivanje ruralnog karaktera stanovništva svrstavaju maksimalan broj stanovnika (<10.000), bavljenje stanovništva poljoprivredom i druge parametre.

Većina ispitanica je živela u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (60,1%), dok su ostali procenat činile žene koje pripadaju kategoriji neudata, razvedena i udovica. Gledano u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine na nivou uzorka žena u Srbiji procenat žena koje su živele u braku ili vanbračnoj zajednici je smanjen (65%) (110). Kao mogući razlog za to pojedini autori navode post-industrijski razvoj ekonomije, porast značaja obrazovanja, odnosno viših nivoa obrazovanja, rast ekonomske aktivnosti žena i visoki nivo urbanizacije (124).

Posmatrano prema strukturi obrazovanja, 24,9% žena je imalo osnovnu školu, dok je 13,9% žena starosti 20 i više godina u Vojvodini imalo nepotpunu osnovnu školu ili su bile bez škole. Ovaj veliki procenat žena sa nižim nivoom obrazovanja je posledica socijalno-

ekonomske tranzicije kroz koju je prošla naša zemlja, kao i dalje prisutne tradicije i podele poslova na muške i ženske koji se manifestuju rodnom diskriminacijom na različitim nivoima (15, 16).

Nepismenost, predstavlja veliku barijeru u sprovođenju mera za unapređenje zdravlja i kvaliteta života. Za mnoge vulnerabilne, nepismenost nije samo barijera za komunikaciju, razumevanje i znanje, nego je i uslov koji im onemogućava da vide svet izvan svoje neposredne sredine (25). Prema poslednjem popisu stanovništva iz 2011. godine (bez podataka za AP Kosovo i Metohiju) udeo nepismenih žena starosti 10 i više godina u Republici Srbiji iznosio je 3,12%, što je manje u odnosu na podatke popisa stanovništva iz 2002. godine kada je udeo nepismenih žena u Republici Srbiji iznosio 5,66%. Posmatrano između dva popisa udeo nepismenog stanovništva je smanjen za 45,28%, ali među nepismenima i dalje veće učešće imaju žene (82,1%) (125). Posmatrano po regionima postoje varijacije, pri čemu je udeo nepismenih žena veći u pasivnijim ruralnim područjima. U Vojvodini prema podacima popisa iz 2011. godine udeo nepismenih žena u ukupnoj populaciji starosti 10 godina i više iznosi 2,64%, pri čemu posmatrano u odnosu na mesto stanovanja veći udeo nepismenih žena je iz ruralnih predela naspram gradskih (3,58% odnosno 1,53%) (125). Prema podacima Eurostata većina zemalja članica E-28 je u osnovnu školu upisala preko 90% ženske dece. Poredeći sa okolnim zemljama, polazak devojčica u prvi razred je osim u Turskoj (72,6%) i Severnoj Makedoniji (46%) u svim okolnim zemljama veći nego u Srbiji (75,6%) (126).

Materijalno stanje je socijalno-ekonomska odrednica koju je najteže kvantifikovati. Za potrebe ovog istraživanja u cilju što objektivnije slike imovnog stanja korišćen je indeks blagostanja koji je uključio niz promenljivih koje se odnose na uslove stanovanja i posedovanje različitih materijalnih dobara (25, 126). Prema našim rezultatima polovina ispitanica (49,3%) prema indeksu blagostanja živi u domaćinstvima koja su kategorisana kao siromašna (prvi i drugi kvartil), a gledano u odnosu na radni status, najviše je bilo radno neaktivnih žena (penzionerke, domaćice, studentkinje, učenice) 53,6%, koje su samim tim i ekonomski zavisne. Gledano u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine na uzorku Srbije broj radno neaktivnih žena (50,9%) se povećao. Rezultat većeg procenta radno neaktivnih žena u našem istraživanju je na račun broja penzionisanih žena kojih je u Vojvodini u 2013. godini bilo 36,2% naspram 23,1% penzionisanih u 2006. godini u Srbiji, što ide u prilog napred navedenom demografskom starenju stanovništva.

Ovi rezultati se poklapaju i sa stavovima koji vladaju u literaturi, gde žene imaju veći rizik od siromaštva u odnosu na muškarce jer su češće nezaposlene, samohrani roditelji, lica bez prihoda i izdržavana lica (25).

Na osnovu izveštaja Ankete o prihodima i uslovima života - SILK, stopa rizika od siromaštva za žene u 2017. godini iznosila je 26% i u porastu je u odnosu na prethodne posmatrane godine, dok je stopa rizika od siromaštva ili socijalne isključenosti iako je u padu u odnosu na 2014. godinu i dalje visoka i iznosi 37,1% u 2017. godini (127).

U Srbiji je i dalje prisutan veći udeo žena bez ličnih prihoda, veća je stopa nezaposlenosti, žene u proseku imaju nižu zaradu od muškaraca, duže čekaju i teže nalaze posao, udeo nepismenih žena je i dalje značajno veći u odnosu na muški pol (25).

Deceniju i po nakon Strategije za smanjenje siromaštva (SSS), Vlada Srbije je usvojila *Ciljeve održivog razvoja - Agenda 2030*, dokument koji po svojoj logici liči na SSS. Kao i prva strategija posvećena smanjivanju siromaštva ima unapred zadatu strukturu i ulogu, sadrži pregled stanja u nekoliko oblasti (ekonomija uopšte, socijalna inkluzija i zaštita životne sredine), kao i prikaz socijalnih politika koje Srbija sprovodi i planira da sprovede i deo je procesa pristupanja EU. Glavni cilj Agende 2030 je da se do kraja 2030. najmanje za polovinu smanji broj muškaraca, žena i dece svih uzrasta koji žive u bilo kom obliku siromaštva, prema nacionalnim definicijama siromaštva (128).

## 5.2 Samoprocena zdravlja

Samoprocena zdravlja je široko korišćen indikator u epidemiološkim istraživanjima kao važan pokazatelj morbiditeta, budućeg mortaliteta i korišćenja zdravstvene zaštite (129). Ona predstavlja individualnu evaluaciju sopstvenog zdravlja u celini kao i svih njegovih pojedinačnih aspekata, tj. fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, kao i procenu funkcionisanja organizma i onih aspekata zdravlja koji doprinose poboljšanju kvaliteta života (130, 131). Pored toga, učestalost pozitivnih, odnosno negativnih stanja i osećanja bitno utiče na fizičke i psihološke resurse individue, a samim tim i na procenu zdravlja u celini, kao i zadovoljstvo životom (130, 132). Veliki broj istraživanja koji se bavi izučavanjem socijalno-ekonomskih nejednakosti koristi ovaj pokazatelj. U Vojvodini nešto više od jedne petine ispitanica procenjuje svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (21,0%).

Na osnovu podataka Svetske zdravstvene organizacije (Regionalne kancelarije za Evropu) za 2015. godinu, žene iz zemalja u okruženju su u približno jednakom procentu

zadovoljne svojim zdravljem, tako da 61,6% žena iz Slovenije smatra da je dobrog zdravlja, 62,3% iz Slovačke, 65,3% iz Rumunije, dok su žene iz Srbije i Hrvatske nešto manje zadovoljne svojim zdravljem u odnosu na njih (53,0% vs 55,6%) (133). Prema podacima OECD-a u skoro svim zemljama članicama, oko dve trećine žena starosti 15 godina i više procenjuje svoje zdravlje kao dobro ili veoma dobro pri čemu su u najvećem obimu svojim zdravljem zadovoljne žene iz Kanade i Novog Zelanda (87,8% vs 87,5%), a najmanje ispitanice iz Koreje (29,2%) (134). U multicentričnoj studiji Dubikaytis-a i saradnika, veći procenat žena koji je procenio svoje zdravlje kao loše je bio iz Sankt Peterburga nego iz Finske (129). Statističkom obradom podataka od strane Peterson Kaiser udruženja za 2017. godinu žene u SADu sa 19,6% procenjuju svoje zdravlje kao loše ili veoma loše (135). Slični rezultati su dobijeni i u nacionalnoj studiji žena sprovedenoj 2004. godine u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD), gde je skoro svaka peta žena (19%) svoje zdravlje procenila kao loše. Ovaj procenat raste sa godinama, dostižući 30% kod žena starosti 65 godina i više (136).

Među ženama je samopercepcija lošeg zdravstvenog stanja nešto češća nego među muškarcima i u tom disparitetu nema bitne razlike između zemalja EU-28 i Srbije. Osim što se u literaturi kao objašnjenje za lošiju samoprocenu zdravlja kod žena navodi sposobnost žena da se lakše nose sa bolom i nelagodnošću nego muškarci (137) takođe, pokazalo se da žene znaju više o svom zdravlju, svesnije su značaja koje ima zdravlje (138) i lakše priznaju svoju vulnerabilnost i traže pomoć (138, 139).

Ono što je potvrđeno brojnim istraživanjima je da su godine života povezane sa samoprocenom zdravlja, pri čemu loša samoprocena zdravlja korelira sa starijom životnom dobi (140). Naši rezultati su pokazali da su žene starosti 65-79 godina i 80 godina i više u najvećem obimu procenile svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (39,8% odnosno 46,0%). U skladu sa našim rezultatima su i rezultati Čankovićke, gde je utvrđeno da su najstarije ispitanice u strukturi uzorka u najvećem obimu procenile svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (62). Rezultati našeg istraživanja se poklapaju i sa rezultatima nacionalne studije iz 2006. godine, gde se samoprocena zdravlja kao loše povećava sa godinama života (110). Povezanost loše samoprocene zdravlja i starije životne dobi se delom objašnjava učestalijom pojavom hroničnih bolesti ili stanja u starosti što je potvrđeno u brojnim istraživanjima (141-145).

Drugi autori navode da duže očekivano trajanje života žena, uz samoću i loše socijalno-ekonomske uslove utiče na lošiju samoprocenu zdravlja (130).

Prema našim rezultatima u najvećem procentu svoje zdravlje kao veoma loše ili loše, a posmatrano u odnosu na bračni status procenjuju udovice, što je u skladu sa starosnom strukturom jer se u ovoj kategoriji nalazi najveći procenat starih žena. Brojna istraživanja su potvrdila da osobe koje žive bez partnera imaju lošije zdravstveno stanje, boluju od više hroničnih oboljenja, imaju slabu socijalnu podršku i lošije socijalno-ekonomske uslove života (146-148).

Gledano iz drugog ugla, osobe koje žive s partnerom imaju nižu stopu obolevanja, manji rizik od prevremene smrti i bolje fizičko zdravlje u odnosu na osobe koje žive bez partnera (148, 149). Smatra se da život sa partnerom povećava verovatnoću usvajanja zdravih stilova života, što se pozitivno odražava na sve ukupno zdravlje (146, 148, 150). U multivarijantnoj analizi u sva tri modela, osnovnog i stratifikovanog uzorka, bračni status nije pokazao značajnu povezanost sa samoprocenom zdravlja.

Bez obzira na brojne studije koje su potvrdile povezanost starije životne dobi i zdravlja i zdravstvenog stanja, jedan bitan nalaz koji se ne može objasniti naglim pogoršanjem zdravlja u starijim godinama života je vezan za stepen urbanizacije naselja u kojem građani žive. Naime, u Srbiji je udeo građana koji svoje zdravlje vide kao veoma loše ili loše veći nego u zemljama EU-28 i u gradovima i u seoskim područjima, ali je ta razlika daleko veća u seoskim područjima - u zemljama EU-28 ne postoji značajna razlika između gradova i sela u ovom pogledu. Povoljna okolnost je da je između 2013. i 2015. godine ova stopa u Srbiji najviše opala upravo u ruralnim oblastima (151). Rezultati multivarijantne logističke regresije, prilagođeni za demografske, socijalno-ekonomske determinante, faktore rizika, objektivne pokazatelje zdravlja i korišćenje zdravstvene zaštite nisu pokazali značajnu povezanost između samoprocene zdravlja i mesta stanovanja.

Značajan procenat žena je procenio svoje zdravlje kao loše i u baltičkoj studiji i studiji preseka Espelta i saradnika, izvedenoj u devet evropskih zemalja (152, 153), pri čemu su ispitanice sa srednjim i nižim obrazovanjem češće procenjivale svoje zdravlje kao loše od onih sa završenom visokom ili višom školom (136, 152). Janković i saradnici su utvrdili da žene starosti 20-29 godina (91,8%), one koje žive u gradu (49,3%), i žene iz kategorije visokoobrazovanih (67,3%), u većem procentu procenjuju svoje zdravlje kao dobro (154). Do istog zaključka su došli i Boner i saradnici (155).

Kao što se iz navedenog vidi, postoje nejednakosti u samoproceni zdravlja što mnogi naučnici objašnjavaju činjenicom da osobe višeg nivoa obrazovanja poseduju više veština u

suočavanju i prevazilaženju svakodnevnih životnih problema, a koji bi mogli loše da se odraze na njihovo zdravlje (156, 157).

U našim rezultatima, značajnu povezanost sa lošom samoprocenom zdravlja u modelima 1 i 2 multivarijantne analize primenjene na žene starosti 20 godina i više ima obrazovanje, pri čemu žene osnovnog i nižeg obrazovanja imaju veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše u odnosu na više i visokoobrazovane. Takođe, žene osnovnog i nižeg obrazovanja sa većom šansom procenjuju svoje zdravlje kao loše i u modelu 1 stratifikovanog uzorka na žene fertilnog perioda (20-49 godina) i žene starije od 65 godina, što nam govori da je obrazovanje snažan prediktor samoprocene zdravlja. Dodavanjem varijabli u model 3, (koji je pored demografskih, socijalno-ekonomskih varijabli, stilova života, objektivnih pokazatelja zdravlja uključio i korišćenje zdravstvene zaštite) obrazovanje gubi na značajnosti. U skladu sa našim rezultatima, u istraživanju Jankovića i saradnika, žene nižeg i srednjeg obrazovanja imaju veću šansu da svoje zdravlje precene kao prosečno i loše u odnosu na više i visoko obrazovane (154).

Procenat osoba koje su svoje zdravlje procenile kao veoma loše ili loše povećava se sa padom stepena obrazovanja, pri čemu 8,5% više i visoko obrazovanih ispitanica smatra da je veoma lošeg ili lošeg zdravlja, a 42,5% žena sa nepotpunom osnovnom školom i bez osnovne škole. Gledano u odnosu na rezultate iz Istraživanja zdravlja stanovništva Srbije za 2006. godinu, uočavamo da su u 2006. godini takođe u najvećem broju žene nižeg osnovnog obrazovanja procenile svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (110).

Indeks blagostanja je važan pokazatelj socijalno-ekonomskog statusa i zajedno sa nivoom obrazovanja i radnim statusom predstavlja indikator životnog standarda. Posmatrano u odnosu na materijalno stanje, u Vojvodini je značajno veći broj žena koji je svoje zdravlje procenio kao veoma loše ili loše među ženama koje pripadaju kategoriji siromašnih (24,4%) i srednjem sloju (18,3%) u odnosu na bogate (11,1%). Gledano u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine situacija se nije bitnije promenila, tako da je u Srbiji 2006. godine 25,8% stanovništva procenilo svoje zdravlje kao loše (110). Siromaštvo, bez obzira da li se definiše kroz dohodak, socijalno-ekonomski status, posao, uslove života ili nivo obrazovanja, predstavlja najveću pojedinačnu determinantu lošeg zdravlja i socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju (Dahlgren i Whitehead, 2006a) (20).

U modelima 1 multivarijantne analize primenjenog na žene starosti 20 godina i više gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu lošeg naspram dobrog i prosečnog naspram

dobrog zdravlja, kao i u modelima 1 stratifikovanog uzorka koji je obuhvatio žene fertile perioda (20-49 godina) i žene starosti 50-64 godina kvintili blagostanja su se izdvojili kao prediktor samoprocene zdravlja, pri čemu su siromašne žene i žene srednjeg sloja imale veću šansu da svoje zdravlje procene kao loše i prosečno u odnosu na bogate žene. U modelu 2 i 3 multivarijantne analize osnovnog uzorka gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu prosečnog naspram dobrog zdravlja, žene iz kategorije siromašnih i žene srednjeg sloja sa većom šansom procenjuju svoje zdravlje kao prosečno u odnosu na bogate žene. Rezultati brojnih istraživanja su potvrdili snažan uticaj materijalnog stanja na zdravlje (20, 25), gde siromašni imaju niže očekivano trajanje života, visoki mortalitet odojčadi, loše reproduktivno zdravlje, visoku prevalenciju hroničnih nezaraznih bolesti, visoku učestalost pušenja, upotrebe alkohola i korišćenja psihoaktivnih supstanci. Stoga, siromaštvo je značajna odrednica lošeg zdravlja i njegova potencijalna posledica.

Socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju jesu važan i stalan javnozdravstveni problem u svim evropskim zemljama. Nejednakost u zdravlju u većini društava podrazumeva da žene imaju manji pristup i kontrolu nad resursima za zaštitu svog zdravlja, kao i manje mogućnosti da budu uključene u odlučivanje o sopstvenom zdravlju. Postojanje socijalne podrške je posebno značajno u entitetu očuvanja i unapređenja zdravlja žena. Najjednostavnije rečeno ona podrazumeva pomoć u teškim životnim situacijama (158). U Vojvodini najveći broj žena koji je procenio svoje zdravlje kao veoma loše ili loše ima slabu socijalnu podršku (36,0%), nema bliske prijatelje na koje se može osloniti kada ima ozbiljne probleme (55,6%) i nema ljude oko sebe koji su uistinu zainteresovani za njih (40,4%). Brojna istraživanja su pokazala da na socijalnu podršku u velikoj meri utiču socijalno-ekonomske determinante, pri čemu dominantno nizak socijalno-ekonomski status meren obrazovanjem, materijalnim stanjem, radnim statusom podrazumeva slabu socijalnu podršku (158).

U modelima 2 i 3 multivarijantne logističke regresije, primenjene na žene starosti 20 godina i više gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu loše naspram dobro, kao i u ostalim stratifikovanim modelima (20-49 godina, 50-64 godina, 65 godina i više) socijalna podrška se izdvojila kao prediktor samoprocene zdravlja, pri čemu su žene sa slabom i umerenom socijalnom podrškom sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene koje imaju jaku socijalnu podršku. Kao i u našim rezultatima, brojnim istraživanjima je potvrđeno da godine bitno utiču na postojanje socijalne podrške, te da žene starije od 65 godina imaju slabiju socijalnu podršku u odnosu na muškarce iste životne dobi (159-161).i da češće svoje zdravlje procenjuju kao loše. Do istih saznanja došli su Dahlin i saradnici, pri čemu



je istaknuto da loša samoprocena zdravlja žena kontinuirano raste sa godinama života (162). Kao mogući razlog ovakvog rezultata navodi se demografska nejednakost, tj. iako je odnos muškog i ženskog pola na rođenju u mnogim zemljama u korist muškog pola, očekivano trajanje života žena je duže, samim tim one duže žive bez partnera, bez ekonomske i socijalne podrške, sa većim brojem hroničnih bolesti što sve zajedno utiče na kvalitet njihovog života i u krajnjem na zadovoljstvo sopstvenim zdravljem (163).

### 5.3 Mentalno zdravlje - depresija

Mentalno zdravlje predstavlja jednu od osnovnih komponenti ukupnog zdravlja individue koju je teško definisati (110). Iako postoje problemi u definisanju mentalnog zdravlja zbog nedovoljno razjašnjenog koncepta mentalnog zdravlja opšte je prihvaćena definicija SZO po kojoj je ono je definisano kao stanje blagostanja u kojem svaka osoba ostvaruje svoj potencijal, nosi se sa svakodnevnim stresom života, da može produktivno raditi i u mogućnosti je da doprinosi svojoj zajednici (164). U ovom pozitivnom smislu, mentalno zdravlje predstavlja temelj za blagostanje i efikasno funkcionisanje kako za individuu, tako i za zajednicu. Ovaj ključni koncept mentalnog zdravlja je primjenljiv za sve vrste različitih kultura (164). Mentalno zdravlje žena je od posebne važnosti, ne samo zbog vulnerabilnosti žena, već zbog činjenice da žene brinu i o zdravlju svoje dece, roditelja i ostalih članova porodice (6). Studija sprovedena na odraslom stanovništvu Kanade je dokazala da su žene u većem riziku da obole od depresivnih poremećaja u odnosu na muškarce (165), a istraživanje Bhan-a i saradnika je pokazalo da su žene koje su pružale negu u okviru porodice ili šire zajednice imale veću zastupljenost depresivnih poremećaja (166).

Depresija je najčešći poremećaj mentalnog zdravlja, i prema podacima SZO oko 300 miliona ljudi na planeti pati od ovog poremećaja, pri čemu većinu čine žene (167).

U našim rezultatima mentalno zdravlje je procenjeno na osnovu prisustva depresivnih poremećaja upotrebom PHQ-8 upitnika i formiranjem PHQ-8 skora. Iako je prevalencija depresije u našem istraživanju analizirana primenom PHQ-8 upitnika, poređenje sa istraživanjima u kojima je korišćen PHQ-9 upitnik su opravdana s obzirom da je utvrđena visoka korelacija među njima (130, 168).

Prema našim rezultatima depresivna epizoda je prisutnija kod radno neaktivnih, siromašnih žena i starijih od 65 godina života, najnižeg nivoa obrazovanja, sa slabom socijalnom podrškom i udovica. Prevalencija depresije raste kontinuirano sa godinama života,

tako da su ispitanice najmlađe starosne kategorije (20-34 godina) u najmanjem procentu imale depresivnu epizodu, dok se broj depresivnih epizoda značajno povećava u starosnoj kategoriji 65 godina i više. Rezultati na reprezentativnom uzorku stanovništva Srbije iz 2006. godine potvrđuju takođe veću učestalost mentalno negativnih stanja u Vojvodini u odnosu na celu Srbiju gde se takođe kao ugroženije kategorije izdvajaju žene starije životne dobi iz socijalno-ekonomski najugroženijih kategorija (110). Mentalno zdravlje i poremećaji mentalnog zdravlja su određeni od strane višestrukih i interaktivnih faktora, kao što su: socijalni, psihološki, biološki i faktori generalnog zdravlja i bolesti (164).

Starija životna dob sama po sebi nosi značajne promene u načinu života (odlazak u penziju, slabiji ekonomski uslovi života, slabija socijalna podrška, multimorbiditet, gubitak voljene osobe) što sve zajedno doprinosi pojavi depresije (130, 132).

Kao razlog za veću učestalost depresivnih epizoda kod starijih žena u Vojvodini se navodi i činjenica da stare žene u većem procentu žive same i bez partnera (62). Brojni literaturni podaci dokumentuju povezanost depresije i bračnog statusa, međutim rezultati su oprečni. U našim rezultatima najveći broj depresivnih epizoda su imale udovice, a najmanje žene koje se nikada nisu udavale, ili žive u bračnoj/vanbračnoj zajednici što je u skladu sa brojnim literaturnim podacima (169-173).

Konzistentni sa našim rezultatima su i rezultati drugih nacionalnih studija (174, 175) gde je nizak socijalno-ekonomski status meren obrazovanjem i radnim statusom dokazano povezan sa depresijom. Obrazovanje je važna socijalno-ekonomska odrednica zdravlja i u samoj svojoj definiciji podrazumeva proces promene ličnosti u željenom pravcu za usvajanje različitih sadržaja i veština (130). S obzirom da je u Srbiji još uvek dominantna tradicija i podela poslova i uloga na muške i ženske, mnoge žene su sputane da idu ka željenom stepenu obrazovanja, što se kroz početno nezadovoljstvo može pretvoriti u depresiju (130).

U Vojvodini je velik broj žena koji ima depresivnu epizodu procenio svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (68,3%). U skladu sa našim rezultatima su i rezultati studije sprovedene u Tajvanu gde su žene koje pate od depresivne epizode u većem obimu svoje zdravlje procenile kao loše i dokazana je snažna povezanost depresije sa samoprocenom zdravlja kategorisanog kao loše naspram dobro (176). Do istog saznanja su došli i Sue i saradnici (177).

Naši rezultati su u svim modelima multivarijantne analize pokazali da je prisustvo depresije snažan prediktor samoprocene zdravlja kategorisanog kao loše naspram dobro i prosečno naspram dobro zdravlje, gde su žene sa blagim depresivnim simptomima i

depresivnom epizodom imale veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno i loše u odnosu na žene koje su bez znakova depresije.

## 5.4 Hronične bolesti

Prisustvo hroničnih bolesti predstavlja subjektivne pokazatelje zdravstvenog stanja stanovništva i određivanje njihove prevalencije se često koristi u istraživanjima. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je u Vojvodini najviše žena koje imaju povišen krvni pritisak (40,4%), deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima (26,6%), kao i vratni deformitet i povišene masnoće u krvi sa približno istom procentualnom zastupljenošću (18,6% vs 18,8%). Svaka šesta žena ima degenerativno oboljenje zglobova (15,6%) a svaka sedma pati od alergije (13,3%).

Analizirajući podatke Nacionalne studije iz 2013. godine Jović i saradnici su pokazali da žene u Srbiji najviše pate od povišenog krvnog pritiska (72%), gojaznosti (34%), artroze i degenerativne bolesti zglobova (30,2%) i povišenih masnoća u krvi (25,5%) (178). Istraživanjem rađenom u SADu došlo se do istog zaključka da su najzastupljenije hronične bolesti kod žena povišeni krvni pritisak i povišene masnoće u krvi, a među vodećim bolestima su i inflamatorne bolesti zglobova i osteoarthritis (179). U velikom broju istraživanja broj i vrsta hroničnih bolesti koje su ponuđene kao odgovori ispitanicama se razlikuju, što otežava međusobno poređenje rezultata.

Analizirajući prevalenciju multimorbiditeta, 43,7% ispitanica u Vojvodini ima 2 ili više bolesti, a 20,5% njih je navelo da ima jednu bolest, tako da 64,2% žena starosti 20 i više godina na teritoriji Vojvodine ima neku od navedenih hroničnih bolesti/stanja. Gotovo podjednak procenat žena na nivou cele Srbije ima multimorbiditet (65%), a gledano u odnosu na nacionalne studije sprovedene 2000. godine i 2006. godine, prevalencija multimorbiditeta je u stalnom porastu (106, 110).

U literaturi je potvrđeno da nizak socijalno-ekonomski položaj znači veću prevalenciju gotovo svih bolesti. Što je niži društveni položaj, to je viši rizik od pojave multimorbiditeta (78). U razvijenim zemljama multimorbiditet je češće prisutan kod siromašnih žena sa nižim stepenom obrazovanja (180-183).

U skladu sa literaturnim podacima su i naši rezultati gde je multimorbiditet najviše prisutan kod siromašnih, radno neaktivnih, žena starosti preko 65 godina i onih sa najnižim nivoom obrazovanja. Visok procenat ukupne prevalencije među niže obrazovanim ženama je i

očekivan s obzirom da ovu kategoriju u značajnom procentu čine starije žene. Povezanost starosti sa pojavom hroničnih bolesti je potvrđena u brojnim istraživanjima gde je multimorbiditet najviše prisutan kod ispitanica starosti 65 godina i više (141-143, 145).

Kao razlog za veći morbiditet kod žena često se navodi duže očekivano trajanje života žena u odnosu na muškarce.

U modelima 2 i 3 multivarijantne analize primenjenim na uzorak žena starosti 20 godina i više gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu loše naspram dobro zdravlje i prosečno naspram dobro zdravlje, kao i u oba modela multivarijantne analize primenjene na stratifikovanim uzorcima pokazana je značajna povezanost samoprocene zdravlja i hroničnih bolesti, gde su žene obolele od jedne bolesti kao i žene sa multimorbiditetom imale veću šansu da svoje zdravlje procene kao prosečno i loše u odnosu na one bez morbiditeta. U skladu sa našim rezultatima su i rezultati istraživanja Mavaddat-a i saradnika gde se multimorbiditet izdvojio kao značajan prediktor samoprocene zdravlja pri čemu su žene sa multimorbiditetom sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na ispitanice bez morbiditeta (184).

Žene imaju prednosti zbog veće biološke otpornosti na bolesti, ali sa druge strane, i smetnje usled nižeg socijalnog statusa i manjeg pristupa društvenim bogatstvima u odnosu na muškarce (1). Zbog različitih modaliteta za nastanak bolesti, neophodno je razvijanje standarda za unapređenje zdravlja žena i regulisanje nacionalne politike sa posebnim programima usmerenim ka zaštiti zdravlja žena.

## **5.5 Objektivni pokazatelji zdravlja i stilovi života**

Prekomerna telesna težina je u modernom svetu sve veći problem koji je povezan sa raznim oboljenjima - kardiovaskularnim, cerebrovaskularnim, dijabetesom i kancerima različite etiologije. Gojaznost je bolest u kojoj dolazi do prekomernog uvećanja masnih depoa u organizmu u meri koja dovodi do narušavanja zdravlja (185, 186)

Prema podacima SZO broj gojaznih osoba se od 70 tih godina prošloga veka pa do sada utrostručio, tako da 39% odraslih osoba u svetu ima prekomernu telesnu težinu, a 13% osoba u svetu je gojazno (187). U zemljama Evrope koje su članice EU-28 najviše gojaznih žena i žena sa prekomernom telesnom težinom ima u Malti i Letoniji (188).

Naši rezultati su pokazali da je trećina žena (32,1%) u Vojvodini predgojazna, a svaka četvrta žena gojazna (26,3%). U rezultatima nacionalne studije iz 2006. godine broj predgojaznih i gojaznih žena u Srbiji je bio manji i iznosio je 29,5% odnosno 19,8% (110). Navedeni rezultati su u skladu sa prethodno pomenutim trendom rasta gojaznosti u svetu.

Procenat gojaznih žena raste kontinuirano sa godinama života i dostiže najveće vrednosti od 65-79 godina starosti, a nakon toga vrednosti BMI padaju. Razlog tome je redistribucija masnog tkiva kod žena u starosti, kao i hormonalni uticaji. U našem istraživanju gojaznost je prisutnija kod žena najnižeg nivoa obrazovanja i kod ispitanica koje prema indeksu blagostanja pripadaju kategoriji siromašnih. U skladu sa našim rezultatima su i tvrdnje Jankovića i saradnika gde je niži socijalno-ekonomski status meren obrazovanjem, materijalnim stanjem i zaposlenošću povezan sa gojaznošću (189). Ovakva veza između gojaznosti i socijalno-ekonomskog statusa poklapa se sa rezultatima sprovedenim u nekoliko zemalja sa srednjim i niskim prihodima (low and middle income countries) (190), što ukazuje na činjenicu da je tranzicija kroz koju su prošle ove zemlje imala uticaj na povezanost gojaznosti i nižeg socijalno-ekonomskog statusa.

Brojna istraživanja ukazuju da povezanost gojaznosti i socijalno-ekonomskih determinanti zavisi od stepena razvijenosti jedne zemlje, pri čemu povezanost može da bude pozitivna i negativna (185) ranije studije su više bile usmerene ka potvrđivanju povezanosti gojaznosti i višeg socijalno-ekonomskog statusa, međutim sve je više istraživanja koja dokazuju suprotno, da gojaznost nije više problem viših socijalno-ekonomskih grupa (191). Povezanost gojaznosti i obrazovanja je veoma važna jer obrazovanje spada u determinante na koje se lako može uticati i koje su podložne promenama (192). Niži nivo obrazovanja, kao i ekonomski status su u brojnim istraživanjima opisani kao uzrok gojaznosti (193), međutim često postoji i obrnuta uzročna veza gde gojazne osobe imaju niže prihode, lošije zanimanje ili su bez zanimanja i imaju lošiji socijalno-ekonomski status zbog prekomerne telesne mase (194).

U odnosu na mesto stanovanja gojaznih žena je više bilo u vangradskim naseljima u odnosu na gradsko područje (27,6%). Rezultati u Vojvodini su u skladu i sa istraživanjima sprovedenim u Australiji i Indiji koja su pokazala da je gojaznost češća kod žena iz ruralnih sredina (195, 196).

Rezultati studije sprovedene u ruralnom delu Indije, pokazuju veću prevalenciju gojaznosti u odnosu na druge studije sprovedene u ruralnim oblastima, ali su uporedivi sa

urbanim sirotinjskim naseljima (196). Ono što treba imati u vidu prilikom analiziranja rezultata je neusklađenost definicije ruralnog stanovništva, kao i metodološki problem vezan za kriterijume gojaznosti.

U Vojvodini je svaka treća gojazna i svaka peta predgojazna žena procenila svoje zdravlje kao veoma loše ili loše. U studiji sprovedenoj na odraslom stanovništvu Meksika, gojazne žene su u većem procentu procenile svoje zdravlje kao loše (197), a do istih rezultata su došli Silva i saradnici (198). U modelima multivarijantne analize index telesne mase (BMI) se nije izdvojio kao prediktor samoprocene zdravlja posmatranog u kontekstu loše naspram dobro i prosečno naspram dobro zdravlje.

Kardiovaskularne bolesti predstavljaju jedan od vodećih uzroka smrtnosti širom sveta, i prema podacima Svetske zdravstvene organizacije odgovorne su 17,9 miliona smrtnih slučajeva godišnje. Među vodećim oboljenjima i dijagnozama ove grupe bolesti je povišeni krvi pritisak (arterijska hipertenzija). Prevalencija hipertenzije i potencijalne hipertenzije kod žena u Vojvodini iznosi 54,5% i u poređenju sa rezultatima nacionalne studije iz 2006. godine je u porastu u odnosu na Srbiju (43,9%) (110).

Naši rezultati pokazuju da prevalencija hipertenzije raste kontinuirano sa godinama života, te je najizraženija kod žena starosti 65-79 godina i 80 godina (84,8% vs 88,7%). I u studiji sprovedenoj u Americi najveća zastupljenost hipertenzije je kod žena starijih od 65 godina (65-74 godine - 66% i preko 75 godina - 88%) (199). Ovaj porast arterijske hipertenzije uslovljen godinama života je donekle i opravdan jer su žene do menopauze zaštićenje estrogenima, a nakon toga se prevalencija hipertenzije među polovima izjednačava i čak postaje veća kod žena (200).

Gledano u odnosu na mesto stanovanja, hipertenziju su više imale žene iz vangradskih područja, a u odnosu na bračni status najveća prevalencija hipertenzije je bila među udovicama. Povezanost hipertenzije i bračnog statusa je prisutna i u radu Samuela Nyarka (201), gde je prevalencija takođe najveća među ženama koje su udovice/razvedene, kao i u istraživanju Ramenzankanijeve i saradnika (202). Pojedini autori smatraju da je razlog za veću prevalenciju hipertenzije među ovim ženama samoća koja dovodi do povećanog unosa hrane sa posledičnom gojaznošću koja je jedan od faktora rizika za nastanak povišenog krvnog pritiska.

Niži socijalno-ekonomski status žena u Vojvodini je povezan sa hipertenzijom. Radno neaktivne žene najnižeg stepena obrazovanja su imale veću prevalenciju hipertenzije i potencijalne hipertenzije. U poređenju sa nacionalnom studijom iz 2006. godine sa podacima

primenjenim na stanovništvo Srbije, rezultati se nisu značajnije promenili (110). Posmatrano u odnosu na indeks blagostanja najveća prevalencija hipertenzije je bila među bogatim ženama (62,6%). Konzistentni sa našim istraživanjem su rezultati studije sprovedene u Sudanu, gde su žene najvišeg imovinskog stanja u najvećem obimu imale hipertenziju (203).

U Vojvodini žene koje su obobile od hipertenzije su u najvećem obimu procenile svoje zdravlje kao prosečno (39,5%) i veoma loše ili loše (30,7%). Rezultati modela 2 i 3 multivarijantne logističke regresije primenjene na uzorak žena starosti 20 godina i više gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu lošeg naspram dobrog zdravlja i prosečnog naspram dobrog zdravlja, kao i modela 2 i 3 multivarijantne analize urađene na stratifikovanom uzorku žena 20-49 godina starosti, pokazali su značajnu povezanost samoprocene zdravlja i hipertenzije.

Uočavamo da žene generativnog doba imaju veću šansu za nastanak hipertenzije, dok se kod žena starijih od 65 godina prisustvo hipertenzije nije izdvojilo kao prediktor samoprocene zdravlja. Ako poredimo sa prevalencijom hipertenzije, situacija je obrnuta, veća prevalencija hipertenzije je među ženama starijim od 65 godina, što ukazuje na činjenicu da ukoliko su grupe homogenije po određenom obeležju, uticaj determinanti na ishod je različit.

Pušenje predstavlja jedan od osnovnih javnozdravstvenih problema i odgovorno je za smrt preko 7 miliona ljudi godišnje (204). Ova štetna navika je najvažniji pojedinačni uzrok mnogih bolesti (KVB, CVB, maligne bolesti) koje se smatraju preventabilnim. Iako su u poslednjih nekoliko decenija osmišljeni brojni programi, napisane strategije, pravilnici i zakoni usmereni ka kontroli i upotrebi duvana i duvanskih proizvoda, mortalitet od bolesti nastalih upotrebom duvana se povećava, naročito među mlađom populacijom i osobama ženskog pola (205).

Naši rezultati su pokazali da je prevalencija pušenja među ženama (trenutni pušači) u Vojvodini izuzetno visoka i iznosi 31,9%, dok svakodnevno cigarete puši 26,7% žena. Posmatrano u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine, prevalencija svakodnevnog pušenja kod žena u Srbiji je bila manja i iznosila je 23,7% (110). Podaci o prevalenciji pušenja dobijeni od strane OECDa takođe pokazuju visoku prevalenciju svakodnevnih pušača među ženama, a najviše vrednosti se beleže u Čileu, Španiji, Švajcarskoj, Velikoj Britaniji i Danskoj (206).

Posmatrano u odnosu na starosne kategorije, prevalencija pušenja je najveća među ženama starijeg generativnog doba (35-49 godina). Ova činjenica zabrinjava jer je uticaj

pušenja na trudnoću i reproduktivno zdravlje žena, višestruko štetan. Navika pušenja u Vojvodini je prema našim rezultatima pokazala istu distribuciju u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike stanovništva kao i na nivou Republike Srbije: veću zastupljenost među siromašnim ženama iz gradskog područja srednjeg nivoa obrazovanja.

U poslednje 2 decenije pušenje kao navika je više koncentrisano na niže društvene klase, o čemu svedoče i istraživanja iz SADA po kojima je svaka osma žena (12,2%) bez škole i najnižeg materijalnog stanja pušač (207).

Naši rezultati su pokazali da su u Vojvodini u najvećem procentu svoje zdravlje kao veoma loše ili loše procenili bivši pušači (19,7%). U modelu 2 i 3 multivarijantne analize urađene na uzorku žena 20 godina i više, pušenje se izdvojilo kao prediktor loše samoprocene zdravlja, pri čemu su žene pušači sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na žene ne pušače. U skladu sa našim rezultatima su i tvrdnje Dubikatysa i saradnika, Mendoze i saradnika gde su žene pušači sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše u odnosu na nepušače (129, 208).

Darviri je u svojoj studiji takođe dokazao čvrstu povezanost trenutnih i bivših pušača sa lošom samoprocenom zdravlja (209).

Upotreba alkohola je opšte poznata karakteristika društva u evropskim zemljama koja spada u vodeće faktore rizika za nastanak mnogih oboljenja i stanja. U većini evropskih zemalja konzumiranje alkohola je u stalnom porastu, a naročito je izraženo među ženama i starijom populacijom (210). Prema našim rezultatima oko dve trećine žena u Vojvodini (64,9%) se izjasnilo da nikada ne konzumira alkohol.

Posmatrano u odnosu na starosne kategorije, najmanje piju žene koje pripadaju starosnoj kategoriji preko 65 godina starosti. Upotreba alkohola raste sa porastom stepena obrazovanja i kvintila blagostanja, tako da su u Vojvodini u najvećoj meri alkohol konzumirale žene iz kategorije bogatih i one najvišeg stepena obrazovanja. U skladu sa našim rezultatima su i tvrdnje Devaksa i Sasija da žene koje su visokog nivoa obrazovanja češće konzumiraju alkohol od niže obrazovanih žena (211). Prevalencija upotrebe alkohola (konzumacija alkohola svakodnevno) utvrđena samoizveštavanjem među ženama u Srbiji, prema podacima iz istog metodološkog postupka, iznosila je 1,3%, a gledano na celu populaciju 4,7% (106), što predstavlja povećanje u odnosu na rezultate nacionalne studije sprovedene 2006. godine (3,4%) (110)**Error! Bookmark not defined..**



Multivarijantna analiza primenjena na osnovni uzorak žena (20 godina i više), kao i na stratifikovane uzorke u modelu 2 i 3 nije pokazala povezanost između alkohola i samoprocene zdravlja. Ono što treba imati u vidu prilikom analiziranja rezultata je da su odgovori na pitanja dobijeni samoizjašnjavanjem ispitanica i da stopa odgovora kod ovakvih istraživanja retko prelazi 50%. Takođe prilikom poređenja rezultata treba uzeti u obzir i socijalne obrasce pijaenja koji su rezultat kulturoloških razlika između pojedinih zemalja.

Metodologija i pristup proceni seksualnog ponašanja uključuje specifične indikatore, pri čemu se kriterijumi i kombinacije indikatora razlikuju za zajednice na različitom nivou razvijenosti. Iz problema definisanja indikatora čija bi upotreba na najbolji način procenila seksualno ponašanje, sledi i problem primene adekvatnog instrumenta istraživanja (212).

Prema literaturnim podacima kao najčešći oblici neodgovornog reproduktivnog ponašanja žena izdvajaju se nedovoljno korišćenje kontraceptivnih sredstava i korišćenje artefijelnog prekida trudnoće kao metoda planiranja porodice, kao i broj godina prilikom stupanja u seksualne odnose.

U našem istraživanju većina ispitanica (95,7%) se izjasnila da je seksualno aktivna, a 3,1% žena je stupilo u seksualne odnose pre navršenih 15 godina života. Neko od navedenih sredstava ili metoda kontracepcije (kontraceptivne pilule, intrauterina spirala, muški kondom, neplodni dani, prekinut snošaj, pilula za dan posle i dr.) koristila je svaka treća žena starosti do 49 godina (35,5%), a namerni prekid trudnoće je imalo 1,6% žena fertilnog perioda.

Ako uporedimo sa rezultatima Istraživanja iz 2006. godine, namerni prekid trudnoće na teritoriji Vojvodine izvršilo je 15,9% žena uzrasta 25-49 godina, sa većim brojem prekida trudnoća među ženama vangradskih naselja i sa nižim nivoom obrazovanja. Svaka treća žena fertilnog perioda (15-49 godina) koja je bila seksualno aktivna u godini koja je prethodila istraživanju je koristila kontracepciju, pri čemu su kontracepciju značajno manje koristile žene nižeg obrazovanja (110).

Veliki broj istraživača je dokazao da je nivo obrazovanja povezan sa korišćenjem kontracepcije (4, 13).

U prilog navedenom idu i naši rezultati, po kojima su se visoko statistički značajnim pokazale razlike posmatrane u odnosu na obrazovanje i materijalni status ispitanica, pri čemu su najmanje kontracepciju koristile žene bez škole i sa nepotpunom osnovnom školom (25,0%), kao i žene koje pripadaju kategoriji siromašnih (27,1%). Radulović i saradnici su u svom istraživanju potvrdili da je obrazovanje povezano sa upotrebom kontracepcije, i da žene sa

najnižim stepenom obrazovanja najmanje koriste kontracepciju kao vid planiranja porodice (213), pri čemu je među onima koji koriste kontracepciju tradicionalan način kontracepcije (prekinut snošaj i plodni dani) najizraženiji. Multicentrična studija sprovedena u Pakistanu, Indiji i Bangladešu je pokazala da je radni status povezan sa upotrebom kontracepcije i da kontracepciju u većoj meri koriste žene koje su zaposlene (214). Prilikom analiziranja rezultata treba uzeti u obzir da u mnogim zemljama žene nisu u mogućnosti da budu nezavisne u donošenju odluka o upotrebi kontracepcije, iz kulturoloških, verskih i ekonomskih razloga (33).

Evans i saradnici su utvrdili da je sa većom upotrebom kontracepcije povezana adekvatna komunikacija pre svega sa partnerom, a onda i sa okruženjem (13) iz čega proizilazi činjenica koliko je za upotrebu kontracepcije važan i uticaj socijalnog okruženja.

Naši rezultati su pokazali da žene koje ne koriste kontracepciju značajno više procenjuju svoje zdravlje kao loše u odnosu na one koje koriste. U skladu sa našim rezultatima su i tvrdnje Džesike Li i saradnika, gde žene koje ne koriste kontracepciju sa u većem obimu procenjuju svoje zdravlje kao loše (215).

Iako je univarijantnom analizom pokazana snažna povezanost samoprocene zdravlja i upotrebe kontracepcije, ova promenjiva nije uvršćena u modele za dalju analizu jer se odnosi na žene fertilnog perioda, a celokupan uzorak obuhvata sve žene u Vojvodini starosti 20 i više godina.

U današnjem društvu uloge žena podrazumevaju brigu o deci, roditeljima, radne, porodične obaveze kao i druge uloge. Ukoliko žene ne ispune sve ove tradicionalne i radne nametnute obaveze one imaju osećaj neuspeha, ne ispunjenih očekivanja što rezultira stresom. U godini koja je prethodila istraživanju 60,7% žena u Vojvodini je bilo izloženo stresu. Gledano u odnosu na starosne kategorije, ispitanice starijeg generativnog doba su u najvećem obimu bile pod dejstvom stresa. Ova činjenica je u skladu sa prethodno navednim ulogama žena.

Nije bilo razlike u izloženosti stresu posmatrano u odnosu na ostale demografske determinante, a od socijalno-ekonomskih karakteristika kao značajni su se izdvojili materijalni i radni status, pri čemu su pod dejstvom stresa više bile zaposlene i siromašne žene. Uticaj radnog statusa na pojavu stresa kod žena potvrđen je brojnim literaturnim navodima, pri čemu se pored uticaja radnih obaveza ističu i pridodate porodične uloge žena (216-218).

U skladu sa našim rezultatima, žene nižeg materijalnog statusa su bile pod većim dejstvom stresa i u studiji Mejora (219). U literaturi se kao jedan od mogućih razloga za veću izloženost stresu siromašnih žena navodi činjenica da one koriste manje efikasne strategije za suočavanje sa stresom (219).

U modelima 2 i 3 multivarijantne analize primenjene na sve ispitanice starosti 20 godina i više gde je samoprocena zdravlja posmatrana u kontekstu lošeg naspram dobrog i prosečnog naspram dobrog zdravlja, kao i u modelima 2 i 3 stratifikovanog uzorka na žene fertilnog perioda (20-49 godina), izloženost stresu je pokazala značajnu povezanost sa samoprocenom zdravlja, pri čemu su žene koje su bile izložene stresu sa većom šansom svoje zdravlje procenile kao loše i prosečno u odnosu na žene bez stresa. Posmatrano u odnosu na selektovane starosne kategorije, uočavamo da su to periodi života kada je vulnerabilnost žena najizraženija. Povezanost stresa i samoprocene zdravlja potvrđena je i u Američkoj studiji, u kojoj je izloženost različitoj vrsti stresa povezana sa lošom samoprocenom zdravlja (220).

## 5.6 Korišćenje zdravstvene zaštite

U našem istraživanju je ispitivano korišćenje vanbolničke zdravstvene zaštite u godini koja je prethodila istraživanju u kontekstu posete lekaru opšte medicine i ginekologu.

U Vojvodini je većina ispitanica imala svog izabranog lekara (93,6%), pri čemu je oko tri četvrtine žena posetilo lekara u poslednjih 12 meseci. U odnosu na 2006. godinu broj žena koji ima izabranog lekara se u Vojvodini povećao, a na nivou Srbije u pomenutoj godini je tek 54,8% žena imalo izabranog lekara (110). U Nacionalnoj studiji sprovedenoj u Brazilu 82% žena je posetilo lekara opšte prakse u poslednjih 12 meseci, što je nešto više nego u Vojvodini (221) dok je poseta lekaru opšte prakse na Novom Zelandu konzistentna sa našim rezultatima (78,3%) (222).

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da poseta izabranom lekaru raste sa godinama života. U skladu sa našim rezultatima su brojna istraživanja gde se kao jedno od objašnjenja navodi da sa godinama raste i broj hroničnih bolesti, pa je samim tim i potreba za posetom lekaru veća (223, 224).

Socijalno-ekonomski status meren obrazovanjem, materijalnim i radnim statusom ispitanica je takođe pokazao statistički značajnu povezanost sa posetom izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci pri čemu su siromašne, radno neaktivne žene najnižeg stepena

obrazovanja u najvećem obimu posetile lekara opšte prakse u godini koja je prethodila istraživanju.

Kao i u našim rezultatima žene nižeg socijalno-ekonomskog statusa u Španiji, Gani i Jordanu su u većem broju posetile lekara opšte prakse u poslednjih 12 meseci. Pripadnici nižeg socijalno-ekonomskog statusa ređe govore o simptomima i ređe traže pomoć u akutnoj fazi bolesti što ima za posledicu lošiju prognozu i ishod bolesti (62). U odnosu na mesto stanovanja nije bilo značajnih razlika, dok su udovice značajno više posetile lekara opšte prakse u poslednjih 12 meseci. Suprotno našim rezultatima Ajbih i saradnici su dokazali da osobe koje žive u braku češće posećuju izabranog lekara u odnosu na one koji žive sami (225).

Poseta lekaru opšte prakse u poslednjih 12 meseci se izdvojila kao prediktor samoprocene zdravlja ispitanica kategorisanog kao loše naspram dobro zdravlje u modelu 3 multivarijantne analize primenjene na sve žene starosti 20 godina i više, pri čemu su žene koje su posetile lekara sa većom šansom procenile svoje zdravlje kao loše. Istraživanje sprovedno na satrijoj populaciji u Španiji je dokumentovalo povezanost loše samoprocene zdravlja žena i posete izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci (226).

Park i saradnici su takođe dokazali povezanost samoprocene zdravlja i korišćenja primarne zdravstvene zaštite (223).

Izabranog ginekologa u Vojvodini je imalo nešto manje od polovine ispitanica (48,1%), a trećina njih je i posetila ginekologa u poslednjih 12 meseci. U odnosu na 2006. godinu nije bilo značajnih razlika u poseti izabranom ginekologu gde je 35,1% žena u Srbiji posetilo ginekologa u godini koja je prethodila istraživanju (110). Ako uzmemo u obzir i rezultate istraživanja zdravlja stanovništva Srbije iz 2000. godine, vidimo da je procenat žena koje posećuju ginekologa standardan i kreće se od 33-35% što je nedovoljno s obzirom da Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za žene starije od 15 godina života preporučuje 1 pregled kod ginekologa godišnje. Prosečna starost ispitanica pri prvoj poseti ginekologu u Vojvodini iznosi 20,59, što je otprilike na nivou rezultata iz 2006. godine, gde je prosečna starost žena pri prvoj poseti ginekologu u Srbiji iznosila 21,3 godina (110).

Ginekologa su u godini koja je prethodila istraživanju najviše posetile najmlađe ispitanice (56,3%). Zainteresovanost žena za zdravljem sa godinama kontinuirano opada tako da je tek svaka šesta žena starosti preko 65 godina posetila ginekologa u poslednjih 12 meseci. Prema podacima Kajzer fondacije u SADu je 58% žena posetilo ginekologa u poslednjih 12

meseci (227). Kao jedan od mogućih razloga za manji procenat poseta se navodi i neadekvatna dostupnost zdravstvene zaštite. Brojna su istraživanja koja dokumentuju slabu posećenost ginekologa u poslednjih 12 meseci, što se odražava direktno i na zdravlje žena. Zbog ovakve vrste neprosvećenosti, u svetu je broj žena obolelih od karcinoma grlića materice i drugih bolesti genitourinarnog trakta sve veći.

Multivarijantna analiza u modelu 3 koji je pored demografskih, socijalno-ekonomskih determinanti, stilova života, objektivnih pokazatelja zdravlja obuhvatio i korišćenje zdravstvene zaštite, a primenjena na sve žene u strukturi uzorka, kao i na uzorke stratifikovane naspram starosnih kategorija ispitanica, nije pokazala značajnu povezanost samoprocene zdravlja i poseta ginekologu u godini koja je prethodila istraživanju.

### **5.6.1 Preventivni pregledi (mamografija i skrining na karcinom grlića materice)**

Od analiziranih preventivnih pregleda u godini koja je prethodila istraživanju univarijantnom analizom značajnu povezanost sa socijalno-demografskim determinantama pokazali su skrining na karcinom grlića materice i mamografija. Među vodećim uzrocima smrti od oboljenja ženskih organa su karcinom dojke i karcinom grlića materice. U Vojvodini na prvom mestu u grupi tumora nalaze se tumori dojke, zatim pluća, debelog creva i karcinom grlića materice (228). Iako sva ova oboljenja spadaju u grupu preventabilnih, stopa obolevanja i umiranja od ovih bolesti je i dalje visoka, što je rezultat nedovoljnog i niskog obuhvata žena preventivnim pregledima (6).

Na osnovu podataka Međunarodnog fonda za istraživanje raka (američki Institut za istraživanje raka) u 2018. godini je u svetu registrovano pola miliona novoobolelih žena od karcinoma grlića materice, a zemlje koje imaju najveći procenat novih slučajeva su Svazilend, Malavi i Zambija (229). U Evropi najveću dobno standardizovanu stopu incidencije karcinoma grlića materice u kategoriji žena od 25-64 godina starosti imaju Letonija (52,5), Bosna i Hercegovina (46,4), Estonija (42,4), kao i Srbija koja je na visokoj šestoj poziciji sa dobno standardizovanom stopom incidencije od 38,8 na 100.000 žena (230) materice može sprečiti primenom preventivnih mera. Ukoliko žena i oboli, ona se može uspešno lečiti ako se bolest otkrije na vreme. Zbog toga nema opravdanja za to što svakog dana u svetu od ove bolesti umre preko sedam stotina žena (231).

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu ("Sl. glasnik RS", br. 7/2019) predviđa da

skringom na karcinom grlića materice budu obuhvaćene žene starosti 25 do 64. godina, sa preporučenim obuhvatom od 33,3% žena na godišnjem nivou (232). Primenjeno na populaciju žena preporučenu Pravilnikom, naši rezultati su pokazali da je citološki bris grlića materice u poslednjih 12 meseci obavilo 40,3% žena starosti 25-64 godina, što je u skladu sa preporukama Pravilnika. Gledano na sve žene starosti 20 godina i više, u Vojvodini se obuhvat ovim pregledom povećava i iznosi 66,8%, pri čemu se rezultati odnose na citološki bris grlića materice u poslednjih 10 godina (ili ikada). Ovaj pregled su u značajno većem broju obavile zaposlene žene fertilnog perioda, najvišeg nivoa obrazovanja, žene gradskog područja koje prema kvintilima blagostanja pripadaju kategoriji bogatih.

Rezultati našeg istraživanja su pokazali napredak u sprovođenju ovog pregleda u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine, gde je 30,2% žena starosti 20 godina i više iz Vojvodine i 30,5% žena iz Srbije uradilo Papanikolau test u poslednje 3 godine, sa većim obuhvatom najmlađih ispitanica iz gradskog područja, najvišeg nivoa obrazovanja i materijalnog stanja (110). Brojna istraživanja iz ove oblasti su pokazala isto što i naši rezultati, da su žene višeg socijalno-ekonomskog statusa merenog obrazovanjem, materijalnim stanjem i ekonomskim statusom ostvarile veći obuhvat ovim preventivnim pregledom (233-236).

Multivarijantna analiza u modelu 3 koji je pored demografskih, socijalno-ekonomskih determinanti, stilova života, objektivnih pokazatelja zdravlja obuhvatio i korišćenje zdravstvene zaštite nije pokazala značajnu povezanost citološkog brisa grlića materice i samoprocene zdravlja.

Karcinom dojke je globalni svetski problem, predstavlja najčešći tumor kod žena u svetu i prema procenama SZO do 2030. godine broj obolelih žena će se udvostručiti (237). Prema podacima Međunarodnog fonda za istraživanje raka (američki Institut za istraživanje raka) u 2018. godini je u svetu registrovano preko dva miliona novoobolelih žena od karcinoma dojke, a među vodećim zemljama po broju novih slučajeva su Belgija, Luksemburg i Holandija (238). Ova činjenica je zabrinjavajuća zato što je ovo oboljenje preventabilno. Rano otkrivanje raka dojke je ključno za poboljšanje ishoda i preživljavanje raka dojke. Mamografija predstavlja zlatni standard za rano otkrivanje karcinoma dojke i prema Pravilniku o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji 50% žena starosti 50-69 godina treba da bude obuhvaćeno ovim pregledom (232).

Mamografiju je u poslednje dve godine obavilo 51,3% žena starosti 50-69 godina, što je u skladu sa preporukama Pravilnika, dok je mamografski pregled u poslednjih 5 i više godina

uradilo 31,0% žena starijih od 20 godina. Prema podacima nacionalne studije iz 2006. godine, procenat žena kod kojih je urađena mamografija u poslednje tri godine je u 2006. godini u Vojvodini iznosio svega 8,7%, što je nešto manje u odnosu na Srbiju gde je ovu uslugu koristila svaka deseta žena. U tom periodu Pravilnikom je bilo propisano da skriningom na karcinom dojke budu obuhvaćene žene od 40-69 godina starosti, pri čemu je bilo potrebno da ovaj pregled obavi svaka žena te starosti jedanput u tri godine (110), u SADu 67,2% žena starijih od 50 godina (240), a prema podacima Eurostata najveći obuhvat žena mamografijom u Evropi je bio u Luksemburgu i Portugaliji (52%), Finskoj (49%) i Španiji (48%) (241).

Naši rezultati su pokazali da su žene iz gradskih naselja u većem obimu obavile mamografski pregled u poslednjih pet i više godina. Istraživanje sprovedeno u SAD-u je pokazalo takođe da žene iz urbanih predela češće idu na mamografiju u odnosu na žene ruralnih predela (242) pri čemu se dostupnost ove vrste pregleda ističe kao jedan od potencijalnih problema, kao i niži socijalno-ekonomski status. S obzirom da u brojnim istraživanjima postoje razlike u obavljanju ovog preventivnog pregleda, a gledano u odnosu na mesto stanovanja, stručnjaci iz *Siteman* Centra za rak su pokušali da ovaj problem reše mobilnim mamografima, uz uverenje da bi mamografski pregled trebao da bude dostupan svakoj ženi i svuda (243).

U Vojvodini je u 2019. godini sproveden pilot projekat pod nazivom „Prva mamografija” sa ciljem povećanja obuhvata mamografijom žena prevashodno iz ruralnih predela i rezultirao je visokim odazivom ispitanica, što ide u prilog problema dostupnosti kao razloga za postojanje ovih razlika (244). Suprotno našim rezultatima žene ruralnih predela Škotske i Australije su češće išle na mamografiju od žena iz urbanih krajeva ovih država (245).

Prema našim rezultatima na mamografiju u poslednjih pet i više godina su značajno više išle više i visoko obrazovane žene i one koje prema kvartilima blagostanja pripadaju kategoriji bogatih. Rezultati našeg istraživanja se nisu značajnije promenili u odnosu na rezultate nacionalne studije iz 2006. godine gde su mamografijom više bile obuhvaćene ispitanice iz gradskog područja, najvišeg nivoa obrazovanja i materijalnog stanja (110).

U literaturi je potvrđeno da je nizak socijalno-ekonomski položaj značajno povezan sa ovim preventivnim pregledom. Nacionalna studija sprovedena 2014. godine u Portugaliji je pokazala da radno neaktivne žene koje imaju najniži nivo obrazovanja nisu obavile mamografiju u poslednjih 12 meseci (246).

Starkerova i saradnici su takođe svojim istraživanjem ukazali da žene nižeg nivoa obrazovanja u manjem procentu idu na mamografske preglede (247). Iz navedenog vidimo da

što je niži društveni položaj, to je viši rizik od ne odlaska na mamografiju. U cilju rešavanja ovog problema treba sprovesti više preventivno-promotivnih programa, jačati svest žena o značaju mamografije i poboljšati pristupačnost.

Mamografski pregled u modelu 3 multivarijantne analize nije pokazao značajnu povezanost sa samoprocenom zdravlja posmatrane u kontekstu lošeg naspram dobrog zdravlja.

## 5.7 Prednosti i ograničenja istraživanja

Istraživanja zdravlja su postala tokom vremena neophodna dopuna postojećim zdravstvenim informacionim sistemima, obzirom da rutinska zdravstvena statistika ne pruža dovoljan uvid o faktorima koji deluju na zdravlje ljudi.

Ovo istraživanje je metodološki usklađeno sa Evropskim Istraživanjem zdravlja (Ehis Wave 2) pa je uporedivost rezultata sa rezultatima Istraživanja zdravlja zemalja Evropske unije visoka, što nam omogućava praćenje i poređenje određenih indikatora tokom vremena.

Istraživanje je sprovedeno na stratifikovanom dvoetapnom uzorku odraslog stanovništva Vojvodine, a način izbora uzorka prilikom analize podataka je obezbedio reprezentativnost dobijenih rezultata za populaciju Vojvodine.

Pored prednosti postoje i ograničenja ove doktorske disertacije. Pojedine oblasti istraživanja nisu maksimalno iskoristljive obzirom da je reč o oblastima koje su nedovoljne senzitivne i ne obuhvataju sve indikatore na osnovu kojih bi se procenila njihova zastupljenost i rizici po društvo (seksualno ponašanje, upotreba psihoaktivnih supstanci).

Odgovori na brojna pitanja su dobijeni samoizjašnjavanjem (morbiditet, korišćenje zdravstvene zaštite, faktori rizika, samoprocena zdravlja i dr.) te se ne može isključiti subjektivnost prilikom odgovaranja, a stopa odgovora dobijenih na ovaj način retko prelazi 50%.

Pomenuta samoprocena zdravlja, iako je dobijena samoizjašnjavanjem ispitanica smatra se važnim indikatorom koji je široko zastupljen u epidemiološkim istraživanjima i dobijena na ovaj način nam može služiti za poređenje procene zdravlja različitih socijalno - ekonomskih grupa.

Ovo istraživanje i pored prisutnih ograničenja je omogućilo sagledavanje nejednakosti u zdravlju i identifikaciju najugroženijih kategorija žena čime daje osnov za unapređenje



postojećih i kreiranje novih javnozdravstvenih programa namenjenih ovoj vulnerabilnoj kategoriji.

## 6 ZAKLJUČAK

1. Ispitivanjem vulnerabilnosti u zdravlju i zastupljenosti bihevioralnih faktora rizika kod žena u Vojvodini starosti 20 i više godina u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske determinante mogu se izvesti sledeći zaključci:
  - Prosečna starost ispitanca je bila 53,08 godina, pri čemu je većina živela u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (60,1%), dok je više od petine žena bila razvedena (22,1%). Najveći broj žena su imale srednje obrazovanje (47,8%), a čak 38,8% osnovno obrazovanje i manje od toga. Gotovo polovina ispitanica je pripadala kategoriji siromašnih (49,3%), dok je prema radnom statusu 53,6% bilo radno neaktivnih žena.
  - Nešto više od petine žena procenjuje svoje zdravlje kao veoma loše ili loše (21%), posmatrano unutar demografskih kategorija, najviše osobe starosti 80 i više godina, udovice i radno neaktivne žene, jer se u ovoj kategoriji nalazi najveći procenat starih žena. Sa porastom stepena obrazovanja opada broj žena koje su svoje zdravlje procenile kao veoma loše ili loše sa 42,5% na 8,5%, a sa porastom materijalnog stanja sa 24,4% na 11,1%. Sa nedostatkom socijalne podrške i socijalnih kontakata značajno raste broj žena koje svoje zdravlje procenjuju kao veoma loše i loše.
  - Među ženama starosti 20 godina i više 7,1% njih je imalo depresivnu epizodu, pri čemu ovaj procenat raste sa godinama života sa 2,1% na 22,2%. Posmatrano unutar socijalno-demografskih kategorija, učestalost depresije je bila najviša kod udovica, radno neaktivnih žena i žena sa slabom socijalnom podrškom. Sa padom stepena obrazovanja procenat žena koje imaju znake depresivne epizode raste sa 2,2% na 16,5%, a u odnosu na materijalno stanje sa 2,4% na 10,5%.
  - Broj žena sa multimorbiditetom (43,7%) raste sa godinama života, a najveći je među udovicama i radno neaktivnim ženama. Sa porastom stepena obrazovanja opada sa 66% na 26,7%, a materijalnog stanja sa 45,9% na 17,4%.
  - Oko trećinu žena (31,9%) su pušači, a 7,4 % žena pije alkohol 1 do 2 puta nedeljno i češće. Ove štetne navike su najviše bile zastupljene među zaposlenim ženama, starijeg generativnog doba i onim koje žive u gradu. Pušenje je najviše zastupljeno među razvedenim, siromašnim ženama, srednjeg obrazovanja, a učestala konzumacija alkohola među bogatim, više i visoko obrazovanim ženama i onim

koje se nikada nisu udavale. Svaka četvrta žena je bila gojazna (26,3%), a svaka druga je bolovala od hipertenzije (54,5%). Ove bolesti su bile najzastupljenije kod najstarijih ispitanica, onih koje žive van grada, udovica, među ženama najnižeg stepena obrazovanja i među radno neaktivnim ženama.

- U Vojvodini dejstvu stresa je bilo izloženo 60,7% žena starosti 20 godina i više, pri čemu je bila značajno veća kod zaposlenih žena, ispitanica starosti 35-49 godina i siromašnih u odnosu na ostale podkategorije žena. Lekove za umirenje i spavanje pije 8,5% žena i njihova upotreba raste sa godinama života, tako je procenat najviši među udovicama i radno neaktivnim ženama. Sa padom stepena obrazovanja upotreba lekova raste sa 3,3% na 16,3%, a materijalnog stanja sa 3,8% na 10,4%.
  - Kontracepciju (bilo koji vid) je koristilo je 35,5% žena fertilnog perioda u Vojvodini, u većem procentu žene mlađeg generativnog doba, koje se nikada nisu udavale, a pripadaju kategoriji bogatih i imaju najviši stepen obrazovanja.
2. Na osnovu procene povezanosti korišćenja zdravstvene zaštite žena starosti 20 godina i više u odnosu na demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanica mogu se izvesti sledeći zaključci:
- Većina ispitanica ima svog lekara opšte medicine u državnoj ustanovi (93,6%), a oko tri četvrtine žena (73,4%) je posetilo svog izabranog lekara u godini koja je prethodila istraživanju. Nešto više od polovine žena ima svog izabranog ginekologa (51,9%), a oko trećina njih je i posetila svog izabranog ginekologa u prethodnih 12 meseci. Lekara opšte prakse su u najvećem procentu posetile žene starosti 65-79 godina, udovice i radno neaktivne žene. Broj poseta izabranom ginekologu opada sa godinama života. Učestalost posete ginekologu u poslednjih 12 meseci raste sa porastom stepena obrazovanja sa 12,2% na 57,8% i materijalnog stanja sa 27,2% na 49,9%. Zaposlene žene i one koje žive u gradu su takođe u većem procentu posetile ginekologa u godini koja je prethodila istraživanju.
  - Kod nešto više od polovine ispitanica holesterol i šećer u krvi je izmeren od strane zdravstvenog radnika u prethodnih 12 meseci, dok je kod 63,4% žena od strane zdravstvenog radnika izmeren i krvni pritisak. Trećina žena nikada nije uradila citološki bris grlića materice, a 69,0% žena nikada nije uradilo mamografiju. Merenje krvnog pritiska, šećera i holesterola od strane zdravstvenog radnika u poslednjih 12 meseci je u najvećem procentu urađeno kod žena starosti 65-79 godina,

udovica i radno neaktivnih.

- Među ženama starosti 20 godina i više na teritoriji Vojvodine citološki bris grlića materice su u najvećem procentu obavile zaposlene žene, generativnog doba, koje žive u gradu i imaju najviši stepen obrazovanja i materijalnog stanja. Mamografski pregled u poslednjih pet godina i više od toga obavilo je 31% žena u Vojvodini starijih od 20 godina. U značajno većem procentu pregled su obavile žene iz grada, višeg i visokog obrazovanja koje pripadaju kategoriji bogatih.
3. Na osnovu analize povezanosti samoprocene zdravlja i nezavisnih činilaca primenom modela multivarijantne logističke regresije se mogu izvesti sledeći zaključci:
- U modelu 3 multivarijantne logističke regresije koji je uključio najveći broj nezavisnih činilaca (demografskih, socijalno-ekonomskih, stilova života, objektivnih pokazatelja zdravlja i korišćenje zdravstvene zaštite), posmatrano na celokupnom uzorku žena starijih od 20 godina u Vojvodini, kao značajni prediktori lošeg zdravlja posmatranog u kontekstu naspram dobrog zdravlja izdvojili su se prisustvo depresije, hroničnih bolesti, hipertenzije i stresa, postojanje socijalne podrške i poseta izabranom lekaru u poslednjih 12 meseci. Povećanjem broja nezavisnih činilaca, sociodemografske determinante (obrazovanje, materijalno stanje i radni status) koje su bile značajni prediktori lošeg zdravlja u modelu 1 i 2 su izgubili značajnost u modelu 3.
  - Posmatrajući prosečno naspram dobrog zdravlja na uzorku žena starijih od 20 godina u Vojvodini zaključujemo da u modelu 3 koji je objedinio sve posmatrane nezavisne činioce, značajnu povezanost imaju hronične bolesti, stres i hipertenzija, ali se unakrsni odnos šansi navedenih varijabli smanjuje u odnosu na model 1 i 2, dok prediktivna moć materijalnog statusa raste.
  - U modelu 3 multivarijantne logističke regresije stratifikovanom na žene starosti 20-49 godina koji je uključio najveći broj nezavisnih činilaca, kao značajni prediktori lošeg zdravlja su se izdvojili socijalna podrška, prisustvo stresa, hipertenzije, depresije i hroničnih bolesti, ali je ta veza slabija gledano u odnosu na model 2. Povećanjem broja nezavisnih činilaca, obrazovanje i materijalno stanje su izgubili statističku značajnost.

- Posmatrajući treći model stratifikovanog uzorka žena starosti 50-64 godina zaključujemo da su se kao značajni prediktori samoprocene zdravlja kao lošeg izdvojili prisustvo depresije, hroničnih bolesti i postojanje socijalne podrške. Za razliku od prethodnih modela mesto stanovanja se u ovom uzorku žena izdvojilo kao statistički značajno, ali se ta značajnost izgubila dodavanjem nezavisnih činilaca u modele 2 i 3. koje.
- Model 3 multivarijantne logističke regresije primenjen na uzorak žena starosti 65 i više godina pokazao je značajnu povezanost samoprocene zdravlja kao lošeg sa prisustvom depresije, hroničnih bolesti i socijalne podrške, dok je obrazovanje koje je bilo značajan prediktor lošeg zdravlja u modelima sa manjim brojem nezavisnih činilaca izgubilo značajnost u ovom modelu.

## 7 PREPORUKE

Ispitivanje zdravlja i korišćenja zdravstvene zaštite žena na bazi populacionog istraživanja na reprezentativnom uzorku omogućilo nam je sveobuhvatno sagledavanje zdravlja i determinanti koje utiču na zdravlje žena. Dobili smo dragocene podatke o demografskim i socijalno-ekonomskim aspektima vulnerabilnosti žena, kao i zdravstvenim rizicima koji se ne mogu dobiti iz rutinske zdravstvene statistike. Rezultati istraživanja su nam omogućili sagledavanje nejednakosti u zdravlju i identifikaciju najugroženijih kategorija žena, čime daju osnov za unapređenje postojećih i kreiranje novih javnozdravstvenih programa namenjenih ovoj vulnerabilnoj kategoriji.

Rezultati istraživanja su pokazali prisutne nejednakosti u zdravlju žena u Vojvodini. Gledano u odnosu na sociodemografske karakteristike i dalje je veća stopa nezaposlenosti žena u odnosu na muškarce, veći je udeo žena bez ličnih prihoda, postoji niža kvalifikacija i obrazovanje, naročito starijih kategorija ženskog stanovništva, kao i dalje prisutna ekonomska deprivacija (SILC) (78). Ove vrste socijalno-ekonomskih nejednakosti u zdravlju bi trebale da imaju važne implikacije na kreatore zdravstvene politike, ne samo zato što predstavljaju socijalnu nepravdu, nego i zbog toga što se rešavanjem zdravstvenih problema nepriviligovanih grupa stanovništva može uticati pa poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva u celini. Takođe, razumevanje zdravstvenih nejednakosti u određenoj zajednici može doprineti povećanju efektivnosti i efikasnosti sistema zdravstvene zaštite, time što će adekvatne usluge i intervencije usmeriti i pružiti identifikovanim rizičnim grupama (25).

U našem istraživanju prisustvo depresije i hronične bolesti su se izdvojili kao značajni prediktori loše samoprocene zdravlja žena. Prevalencija depresije je najveća kod najstarijih žena u strukturi uzorka. Blagi depresivni simptomi i depresivna epizoda zajedno sa slabom socijalnom podrškom predstavljaju značajne prediktore loše samoprocene zdravlja žena. Mentalno zdravlje je nacionalni kapital i presudno je za sveobuhvatno blagostanje osobe i društava u celini, zato zaštita mentalnog zdravlja mora predstavljati neophodan i značajan aspekt sveukupnog sistema zdravstvene zaštite, odnosno javnog zdravlja. Tako da prilikom planiranja zdravstvene zaštite stanovništva mentalno zdravlje mora da zauzima značajno mesto (248).

Podatak da dve trećine žena u Vojvodini ima multimorbiditet ukazuje da integrisana akcija društva treba da bude usmerena na faktore rizika i socijalno-ekonomske determinante

zdravlja, ali i na jačanje zdravstvenog sistema Republike Srbije, kako bi bio u stanju da odgovori na sve veće opterećenje stanovništva hroničnim nezaraznim bolestima (249).

U okviru ovog istraživanja je dokumentovano postojanje povezanosti loše samoprocene sopstvenog zdravlja i objektivnih pokazatelja zdravlja (arterijske hipertenzije i gojaznosti). Prevalencija arterijske hipertenzije je pokazala da je više od polovine žena imalo arterijsku hipertenziju, a raširenost gojaznosti da je 58,4% predgojaznih i gojaznih žena. Navedena stanja spadaju u masovne nezarazne bolesti koju su vodeći javnozdravstveni problem širom sveta. S obzirom da gojaznost vodi ka nastanku komorbiditeta, najidealnija mera protiv gojaznosti je prevencija. Navedeni rezultati ukazuju da postoji potreba za boljom kontrolom krvnog pritiska i većim skriningom na arterijsku hipertenziju na nivou primarne zdravstvene zaštite, kao i pojačan individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad o značaju prevencije ovih bolesti i posledica koje one ostavljaju po ljudski organizam.

Rezultati su takođe pokazali da je prevalencija pušenja među ženama u Vojvodini izuzetno visoka (31,9%). Iako su u poslednjih nekoliko decenija osmišljeni brojni programi, napisane strategije, pravilnici i zakoni usmereni ka kontroli i upotrebi duvana i duvanskih proizvoda, mortalitet od bolesti nastalih upotrebom duvana se povećava, naročito među mlađom populacijom i osobama ženskog pola (205). Navedeni rezultati ukazuju na neophodnost sprovođenja aktivnosti promocije zdravlja sa ciljem pružanja podrške pušačima u nameri da ostave pušenje. S obzirom da su rezultati pokazali da je navika pušenja više zastupljena među mlađim ženama u strukturi uzorka, poseban akcenat u promociji zdravlja staviti na štetnost duvana i duvanskih proizvoda na reproduktivno zdravlje žena.

Podatak da je 40,3% žena starosti 25-64 godina uradilo citološki bris grlića materice u poslednjih 12 meseci, kao i da je 51,3% žena starosti 50-69 godina uradilo mamografski pregled u poslednje 3 godine govori u prilog toga da je potrebno intenzivirati zdravstveno-vaspitni rad i aktivnosti u cilju unapređenja zdravlja ne samo ciljane populacije žena prema Pravilniku, već svih populacionih kategorija, sa akcentom na najmlađim ženama u cilju usvajanja znanja o očuvanju reproduktivnog zdravlja i pravilnom korišćenju zdravstvene zaštite.

Intervencije kojima se deluje na determinante zdravlja, kao što su ekonomski rast, nejednakosti u dohotku, siromaštvo, obrazovanje, radna sredina, nezaposlenost i dostupnost zdravstvene službe, predstavljaju glavne opcije za značajno unapređenje zdravlja. Širok opseg mera na nivou populacije zahteva uključenje, kako zdravstvenog, tako i nezdravstvenog sektora

u zajednički rad. Zdravstveni sektor treba da ukaže ostalim sektorima na značaj koji oni imaju u određivanju uslova bitnih za zdravlje i blagostanje ljudi, kao i na njihovu odgovornost za poboljšanje zdravlja populacije (249).

Dobijeni rezultati služe za adekvatnije planiranje zdravstvene zaštite žena, odnosno preduzimanje svih neophodnih aktivnosti i organizacionih rešenja u cilju unapređenja dostupnosti i efikasnosti zdravstvene zaštite žena. Takođe, dobijeni rezultati služe kao osnova za dalje ekonomske analize i unapređenje drugih sektora koji imaju implikacije na zdravlje (obrazovanja, socijalne zaštite, zapošljavanja i dr).



## 8 LITERATURA

1. Ukropina S. Zdravlje žena Južnobačkog okruga i faktori koji na njega utiču [magistarska teza]. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2006.
2. Caellegh AS. Women's health and the health of the medical curriculum. *Acad Med.* 2000;75 (11):1070.
3. Carnes M, Morrissey C, Geller SE. "Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling?." *J Womens Health.* 2008;17(9):1453-62.
4. Agyei WK, Migadde M. Demographic and sociocultural factors influencing contraceptive use in Uganda. *J Biosoc Sci.* 1995;27(1):47-60.
5. Karney P. Women's Health - An Evolving Mosaic. *J Gen Intern Med.* 2000;15(8):600-2.
6. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Zdravlje stanovnika Srbije - analitička studija 1997 - 2007. godine. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”,
7. Johnson EH, et al. What is the significance of black-white differences in risky sexual behavior?. *J Natl Med Assoc.* 1994;86(10):745-59.
8. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. The socioeconomic characteristics of risky sexual behaviour among reproductive-age women in St Petersburg. *Scand J Public Health.* 2008;36(2):143-52.
9. Shapiro D, Tambashe BO. The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire. *Studies in family planning.* 1994;25(2):96-110.
10. Maart LC, Rendall-Mkosi K, Jackson DJ. Knowledge, attitudes and practices related to healthy childbearing in the West Coast/Winelands. *Curationis.* 2008;31(2):22-9.
11. Liu H, Xie J, Yu W, Song W, Gao Z, Ma Z, et al. A study of sexual behavior among rural residents of China. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 1998;19(1):80-8.
12. Farmer MA, Meston CM. Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Arch Sex Behav.* 2006; 35(3):313-26.
13. Evans BA, Bond RA, MacRae KD. Sexual relationships, risk behaviour, and condom use in the spread of sexually transmitted infections to heterosexual men. *Genitourin Med.* 1997; 73(5):368-72.
14. Miljković S i ostali. Činioci koji određuju najznačajnije odlike reproduktivnog zdravlja. *Srp Arh Celok Lek.* 2010;138(11-12):737-45.
15. Matijašević D, Otašević S. Nasilje nad ženama i posledice po zdravlje. Beograd: Autonomni ženski centar; 2003.
16. Konvencija o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena. (citirano 20 februara, 2020). Dostupno sa [www.zenskavlada.org.rs/downloads/konvencija\\_diskriminacija.pdf](http://www.zenskavlada.org.rs/downloads/konvencija_diskriminacija.pdf).
17. Pravni fakultet Univeziteta u Nišu. Pravne studije roda (Zbornik radova). Niš: Pravni fakultet Univerziteta u Nišu, 2014.

18. Vlada Republike Srbije. Nacionalna strategija za rodnu ravnopravnost za period od 2016- 2020 sa Akcionom planom za period 2016-2018 godine. Beograd: Vlada Republike Srbije, 2016.
19. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. In: Zeidestein S, Moore K, eds. Learning about sexuality: a practical beginning. New York: The Population Council and International Women's Health Coalition; 1995.
20. Janković J. Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva [doktorska disertacija]. Beograd: Medicinski fakultet. Univerzitet u Beogradu; 2012.
21. World Health Organization. Alma Ata Declaration. Geneva: World Health Organization; 1978.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Stamenković Ž. Istraživanje socijalnoekonomskih nejednakosti i korišćenja zdravstvenih usluga među ženama i decom u Srbiji. [doktorska disertacija]. Beograd: Medicinski fakultet. Univerzitet u Beogradu; 2017.
24. Stamatović M, Jakovljević Đ, Legetić B, Martinov-Cvejin M. Zdravstvena zaštita i osiguranje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd; 1997.
25. Mijatović Jovanović V. Zdravstveni profil odraslog stanovništva Vojvodine prema demografskim i socijalno - ekonomskim karakteristikama [doktorska disertacija]. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2010.
26. Isić M. Seljaštvo u Srbiji: 1918-1941. Socijalno-ekonomski položaj seljaštva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Institut za noviju istoriju Srbije; 2001.
27. Perović L. Srbija u modernizacijskim procesima 19. i 20. veka. Položaj žene kao merilo modernizacije. Beograd: Institut za noviju istoriju Srbije; 1998.
28. Vlada Republike Srbije. Uredba o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2009.
29. India - Child Marriage Around The World. Girls Not Brides. [cited 2020 April 25]. Available from: <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/india/>
30. Bangladesh - Child Marriage Around The World. Girls Not Brides. [cited 2020 April 25]. Available from: <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/bangladesh/>
31. Mičeta L. Kralj Milutin - biografija svetog srpskog kralja. Beograd: Korisna knjiga; 2016.
32. Sedgh G et al. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. J Adolesc Health. 2015;56(2):223-30.
33. Konje J, Oladini F, Otolorin E, et al. Factors determining the choice of contraceptive methods at the family planning clinics, University College Hospital, Ibadan, Nigeria. Br J Fam Plann. 1998;24(3):107-10.
34. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Maternal mortality ratio. [cited 2020 April 29]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>.

35. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Maternal mortality ratio. [cited 2020 April 29]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>.
36. Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva Autonomne Pokrajine Vojvodine 2018. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine, 2019.
37. World Health Organization. European Health Information Gateway. [cited 2020 April 29]. Available from: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_90-1210-maternal-deaths-per-100-000-live-births](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_90-1210-maternal-deaths-per-100-000-live-births).
38. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations; 2016.
39. Vlada Republike Srbije. Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji. Beograd: Vlada Republike Srbije, 2003.
40. Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva Autonomne Pokrajine Vojvodine 2014. godine. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine, 2015.
41. World Health Organization. Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence. [cited 2020 April 29]. Available from: [www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/](http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/)
42. Djikanović B. Žrtve i zdravlje - zdravstvene posledice nasilja nad ženama. Zdravlje i žrtve: Viktimološko društvo Srbije: Beograd, septembar 2006.
43. Djikanovic B, Jansen H, Otasevic S. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:728-35.
44. Tetikcok R, Ozer E, Cakir L, Enginyurt O, Iscanli M, Cankaya S, Ozer F. Violence towards women is a public health problem. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016;44:150-7.
45. World Health Organization. Violence against women. [cited 2020 April 29]. Available on: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/).
46. Nikolić - Ristanović V. Porodično nasilje u Srbiji. Beograd: Viktimološko društvo Srbije i Prometej; 2002.
47. Ajduković D, Ajduković M. Nasilje u obitelji: što zdravstveni djelatnici mogu učiniti. *Medicina fluminensis* 2010;46(3):292-9.
48. Babović M, Ginić K, Vuković O. Mapiranje porodičnog nasilja u Srbiji. Beograd: Sekons; 2010.
49. Djikanovic B, Wong S, Jansen H, Koso S, Simic S, Otasevic S, Largo-Jansen A. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Family Practice*. 2012; 29:189-95.
50. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters T, Sardinha L, Solomon Feder G. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action*. 2016;9:29890.

51. Devries K, Child J, Bacchus L, Mak J, Falder G, Graham K, Watts C, Heise L. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*. 2013;109:379-91.
52. Pallitto C, Moreno CG, Jansen H, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;120:3-9.
53. Janković J, Simić S. Povezanost demografskih i socijalno-ekonomskih determinanti sa samoprocenom zdravlja. *Srp Arh Celok Lek*. 2012;140(1-2):77-83.
54. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
55. Kralj V, Šekerija M. Determinante zdravlja u sustavu upravljanja preventivnim aktivnostima. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2012;30(8):83-7.
56. Arcaya MC, et al. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:10.3402/gha.v8.27106.
57. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004;82(1):101-2.
58. Bartley M. *Health inequality: and introduction to theories, concepts and methods*. Polity Press: Cambridge; 2004.
59. Uzelac M. *Filozofija obrazovanja I. Filozofske osnove savremenih pedagoških teorija*. Vršac: Visoka strukovna škola za obrazovanje vaspitača; 2012.
60. Božinović N. *Žensko pitanje u Srbiji u XIX i XX veku*. Beograd: Feministička izdavačka kuća '94; 1996.
61. OECD. *Measuring the effects of education on health and civic engagement: Proceedings of the Copenhagen symposium 2006*. [cited 2020 January 17]. Available from: <https://www.oecd.org/edu/innovation-education/37437718.pdf>.
62. Čanković S. *Determinante zdravlja i korišćenja zdravstvene zaštite starih osoba na teritoriji Vojvodine*. [doktorska disertacija]. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2016.
63. Kaplan R.M. Educational Attainment and Life Expectancy. *Health and Well-Being*. 2014;1(1):189-94.
64. Glewwe P. Why does mother's schooling raise child health in developing countries? Evidence from Morocco. *J Hum Resour*. 1999;34:124-59.
65. Lam D, Duryea S. Effects of schooling on fertility, labor supply, and investments in children, with evidence from Brazil. *J Hum Resour*. 1999;34:160-92.
66. Thomas D, Strauss J, Henriques MH. How does mother's education affect child height?" *J Hum Resour*. 1991;26:183-211.
67. Hayward MD, Grady W, Billy JO. The influence of socioeconomic status on adolescent pregnancy. *Soc Sci Q*. 1992;73:750-72.
68. An CB, Haveman RH, Wolfe BL. Teen out-of-wedlock births and welfare receipt: the role of childhood events and economic circumstances. *Rev Econ Stat*. 1993;75:195-208.

69. Rašević M, Vasić P. Obrazovanje kao faktor fertiliteta i populacione politike u Srbiji. *Ser hist sociol.* 2017;27(3):599-610.
70. Vončina L. Nezaposlenost kao izravan ili neizravan čimbenik rizika za zdravlje. [doktorska disertacija]. Split: Medicinski fakultet. Sveučilište u Splitu; 2013.
71. Budrys G. *Unequal health: how inequality contributes to health or illness.* Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2003.
72. Despotović M. Socijalno-ekonomski razvojni potencijal obrazovanja odraslih. *Obrazovanje odraslih: časopis za obrazovanje odraslih i kulturu.* 2009;2:33-51.
73. Lazarević K, Dolićanin Z, Bogdanović D. Socijalno-ekonomske nejednakosti i rak želuca. *Društvene & humanističke nauke.* 2018;1(2):130-14.
74. Kuburić Z. *Sistemi socijalne sigurnosti.* Univerzitet u Novom Sadu i Filozofski fakultet. Novi Sad; 2016.
75. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. *Studija o životnom standardu. Srbija 2002-2007.* Beograd: Republički zavod za statistiku; 2008.
76. Vlada Republike Srbije. *Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji.* Beograd: Vlada Republike Srbije, 2003.
77. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.* United Nations; 2016.
78. Studija o humanom razvoju posvećena dohodovnoj nejednakosti u Republici Srbiji. Smanjenje nejednakosti kao sastavni deo Agende održivog razvoja. [cited 2020 May 17]. Available from: [https://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/Hu maniRazvoj/UNDP\\_SRB\\_Studija%20o%20humanom%20razvoju.fin.pdf](https://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/Hu maniRazvoj/UNDP_SRB_Studija%20o%20humanom%20razvoju.fin.pdf)
79. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. *Siromaštvo i socijalna nejednakost.* Beograd: Republički zavod za statistiku; 2018.
80. Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”. *Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2017. godinu.* Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”; 2018.
81. Davey Smith G, Shipley MJ, Rose G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *J Epidemiol Community Health.* 1990;44:265-70.
82. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney E. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-93.
83. Eurostat. Total unemployment rate. [cited 2020 April 19]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00203&plugin=1>
84. Povelja Ujedinjenih nacija. [citirano 2020 Maj 17]. Dostupno na: [https://www.tuzilastvorz.org.rs/upload/Regulation/Document\\_sr/2016-05/povelja\\_un\\_lat.pdf](https://www.tuzilastvorz.org.rs/upload/Regulation/Document_sr/2016-05/povelja_un_lat.pdf)
85. International Covenant on Civil and Political Rights. General Assembly resolution 2200A .1966. [cited 2020 April 19]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

86. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. [cited 2020 April 19]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
87. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action Fourth World Conference on Women. New York; 1996.
88. The World Bank. Millenuim Developmant Goals. [cited 2020 April 10]. Available from: <http://www.worldbank.org/mdgs/>
89. United Nations. Roadmap for equality between women and men (2006-2010). [cited 2020 April 10]. Available from: <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0033+0+DOC+XML+V0//EN>
90. Strategy for equality between women and men 2010-2015. Brisel, 2010. [cited 2020 April 19]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0491:FIN:EN:PDF>
91. Vlada Republike Srbije. Nacionalni Milenijumski ciljevi razvoja u Republici Srbiji. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2006.
92. Vlada Republike Srbije. Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti. Beograd: Vlada Republike Srbije, 2009.
93. Vlada Republike Srbije. Nacionalna strategija za rodnu ravnopravnost za period od 2016-2020 sa Akcionom planom za period 2016-2018 godine. Beograd: Vlada Republike Srbije;
94. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). WHO: Every woman, every child; 2015.
95. Vlada Republike Srbije. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 72/2009 – dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.
96. Ustav Republike Srbije. [cited 2020 January 16]. Available from: [http://www.parlament.gov.rs/upload/documents/Ustav\\_Srbije\\_pdf.pdf](http://www.parlament.gov.rs/upload/documents/Ustav_Srbije_pdf.pdf)
97. Martinov-Cvejic M, Perišić B, Đokić D, Stojanović O. Osnovi zdravstvenog informacionog sistema. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja; 2000.
98. Ristić J, Šaulić A, Marčetić Lj. Korišćenje rutinskih zdravstveno-statističkih podataka u proceni zahteva za vanbolničkom i bolničkom zdravstvenom zaštitom. U: Procena zdravstvenog stanja stanovništva. Beograd: Gradski zavod za zaštitu zdravlja Beograd; 1996:55.
99. Popović MN. Nezadovoljene zdravstvene potrebe kao pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite [doktorska disertacija]. Beograd: Medicinski fakultet. Univerzitet u Beogradu; 2017.
100. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. Human Resources for Health. 2004;2:13.
101. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Statistički kalendar Republike Srbije 2018. Beograd: RZS; 2018.

102. Ristanović V. Zdravstvena zaštita u Republici Srbiji. [citirano 2020 April 17]. Dostupno na: <http://www.ekonomskeanalize.com/index.php/zdravstvena-zastita-u-republici-srbiji>)
103. Stefanović D, Vuković D. Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija; 2000.
104. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović - Batut". Analiza rada vanbolničkih zdravstvenih ustanova i korišćenje primarne zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u 2017. godini. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović - Batut"; 2017.
105. European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Methodological manual, 2013 Edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
106. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013 - Protokol. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2013.
107. Zakon o teritorijalnoj organizaciji Republike Srbije. Sl. glasnik RS, br. 129/2007 i 18/2016.
108. Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of Statistical Terms [monograph on the Internet]. Paris: OECD; 2007 [cited 2020 March 15]. Available from: <https://stats.oecd.org/glossary/glossary.pdf>
109. Demographic and Health Survey Wealth Index. The DHS Program. Wealth Index. [cited 2020 March 15]. Available from: <https://dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>
110. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije 2006. godina - osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije;
111. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr. 2012;12:27.
112. Wang HH, Wang JJ, Wong S, Wong M, Li FJ, Wang PX. et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. BMC Medicine. 2014; 12:188.
113. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO technical report series number 894. Geneva: World Health Organization; 2000.
114. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of hypertension. 2003;21(6):1011-53.
115. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. J Hypertens. 1999;17(2):151-83.
116. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord. 2009;114(1-3):163-73.

- 117.18-20 World Health Organisation. HEALTH 21 - health for all in 21<sup>st</sup> century. [cited 2020 March 15]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf)
118. World Health Organisation. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. [cited 2020 March 17]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf)
119. Republički zavod za statistiku. Demografska statistika. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2019.
120. Vlada Republike Srbije. Treći nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji (Pregled i stanje socijalne isključenosti i siromaštva za period 2014–2017. godine sa prioritetima za naredni period). Beograd: Vlada Republike Srbije; 2018.
121. Eurostat. Visualise population data for your country. [cited 2020 February 17]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/RCI/#?vis=nuts2.population&lang=en>.  
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/population/overview>
122. IHME. Life Expectancy and Probability of Death. [cited 2020 March 15]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>
123. OECD data. Life expectancy at birth (years), 2017. [cited 2020 March 15]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
124. Petrović M. Promene bračnosti i porodičnih modela u 2 tranzicija? Pregledni članak. Filozofski fakultet Beograd. 2011;1:53-78.
125. Devedžić M, Stoilković Gnjatović J. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2011. u Republici Srbiji Demografski profil starog stanovništva Srbije. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2015.
126. Eurostat. Pupils aged between 5 years old and the starting age of compulsory education, by sex - as % of the population of the corresponding age group. [cited 2020 March 20]. Available from: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
127. Vlada Republike Srbije. Treći nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji. Beograd, 2018.
128. Vlada Republike Srbije. Srbija i Agenda 2030. Beograd: Vlada Republike Srbije, Republički sekretarijat za javne politike; 2018.
129. Dubikaytis et al. Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland. International journal for equity in health Volume: May 2014;13(1):13-39.
130. Harhaji S. Socijalno-medicinski aspekti depresivnih poremećaja u Vojvodini [doktorska disertacija]. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2016.
131. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. Int J Epidemiol. 1998;27(2):208-13.
132. Fredrickson BL. What good are positive emotions? Rev Gen Psychol. 1998;2(3):300-19.



- 133.WHO. Regional Office for Europe. European health information Gateway. [cited 2020 March 22]. Available from: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_419-2802-population-self-assessing-health-as-good-females/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_419-2802-population-self-assessing-health-as-good-females/)
- 134.WHO. Regional Office for Europe. European health information Gateway. [cited 2020 March 22]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2016/perceived-health\\_status\\_soc\\_glance-2016-22-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2016/perceived-health_status_soc_glance-2016-22-en)
- 135.Peterson Kaiser. Health System Tracker. Self reported health. [cited 2020 March 22]. Available from: <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/health-well-being/self-reported-health-8/>
- 136.Ranji UR., Wyn R. Women and health care: A national profile: Key findings from the Kaiser Women's Health Survey. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005.
- 137.Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep.* 1982;97(5):417-37.
- 138.Idler EL. Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist.* 2003;43(3):372-5.
- 139.Benyamini Y, Leventhal, EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med.* 2000;62(3):354-64.
- 140.Gilmore AB, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med.* 2002;55(12):2177-88.
- 141.Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000;34(6):1273-302.
- 142.de Boer AG, Wijker W, de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy.* 1997;42(2):101-15.
- 143.Aday LA, Awe WC. Health Services Utilization Models. In: *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants.*
- 144.Gochman DS, editor. New York: Plenum Press;1997.p. 153-72.
- 145.Cucić V. Izazovi socijalne medicine u XXI veku. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina.* Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2012.
- 146.Verbrugge LM. Marital status and health. *J Marriage Fam.* 1979;41(2):267-85.
- 147.Astrom AN, Ekback G, Ordell S, Unell L. Socio-behavioral predictors of changes in dentition status: a prospective analysis of the 1942 Swedish birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(4):300-10.
- 148.Čanković D. Multidimenzionalni pristup u proceni oralnog zdravlja odraslog stanovništva Srbije [doktorska disertacija]. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2016.
- 149.Murphy M, Glaser K, Grundy E. Marital status and long-term illness in Great Britain. *J Marriage Fam.* 1997;59:156-64.
- 150.Lee S, Cho E, Grodstein F, Kawachi I, Hu FB, Colditz GA. Effects of marital transitions in dietary and other behaviours in US women. *Int J Epidemiol.* 2005;34:69-78.

151. Kako građani Srbije ocenjuju sopstveno zdravlje? [citirano 2020 April 22]. Dostupno na: <http://mons.rs/kako-gradjani-srbije-ocenjuju-sopstveno-zdravlje>
152. Monden CWS. Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994-1999. *Eur J Public Health*. 2005;15(5):498-503.
153. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín MI, Benach J, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political tradition. *Int J Epidemiol*. 2008;37(5):1095-105.
154. Jankovic J, Janevic T, VD Knesebeck. Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J*. 2012;53(3):254-62.
155. Bonner WIA. Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *Int J Equity Health*. 2017;16:94.
156. Janković J, Simić S, Marinković J. Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *Eur J Public Health*. 2010;20(4):389-96.
157. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health*. 2009;54(4):241-9.
158. Niškanović J, Šiljak S. Social Support, Self-Perceived Health and Mental Status of General Population of Republic of Srpska. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(3-4):180-5.
159. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender difference in health: are things really as simple as they seem? *Soc. Sci. Med*. 1996;424:617-24.
160. Alexandre Tda S, Corona LP, Nunes DP, et al. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:431-7.
161. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005;365:493-500.
162. Dahlin J, Härkönen J. Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Soc. Sci. Med*. 2013;98:24-28.
163. Šobot A. Tri demografske posledice rodno specifičnih modela ponašanja na primeru Srbije. *Stanovništvo*. 2012;50(2):85-109.
164. WHO. Mental health: strengthening our response. [cited 2020 April 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
165. Wang J, et al. The accuracy of depression risk perception in high risk Canadians. *J Affect Disord*. 2020;265:410-15.
166. Bhan N, Rao N, Raj A. Gender Differences in the Associations between Informal Caregiving and Wellbeing in Low-and Middle-Income Countries. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020 Mar 10. doi: 10.1089/jwh.2019.7769. [Epub ahead of print].
167. World Health Organization. Depression. [cited 2020 April 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- 168.Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345-59.
- 169.ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(Suppl 420):21-7.
- 170.Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(3):182-8.
- 171.Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013;13:163.
- 172.Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). *National Comorbidity Survey Replication*. *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.
- 173.Patten SB, Wang JB, Williams JVA, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry*. 2006;51(2):84-90.
- 174.Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112.
- 175.Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:14.
- 176.MPhil IV. Poor Self-Rated Health Influences Hospital Service Use in Hospitalized Inpatients With Chronic Conditions in Taiwan. *Medicine*. 2015;94(36):e1477.
- 177.Sue CL, et al. Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health. A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231243.
- 178.Jovic D, Vukovic D, Marinkovic J. Prevalence and Patterns of Multi-Morbidity in Serbian Adults: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148646.
- 179.Butorff C, Ruder T and Bauman M. *Multiple Chronic Conditions in the United States*. RAND Corporation, Santa Monica, Calif; 2017.
- 180.Ward BW, Schiller JS. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: estimates from the National Health Interview Survey, 2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E65.
- 181.Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:201.
- 182.St John PD, Tyas SL, Menec V, Tate R. Multimorbidity, disability, and mortality in community-dwelling older adults. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):e272–80.
- 183.Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker Mv, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:111.

184. Mavaddat N, Valderas MJ, Linde van der R, Khaw TK, Kinmonth LA. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2014; 15:185.
185. Радић И. Гојазност и физичка неактивност као јавноздравствени проблеми одраслог становништва Војводине [докторска дисертација]. Нови Сад: Медицински факултет. Универзитет у Новом Саду; 2016.
186. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO technical report series number 894. Geneva: World Health Organization; 2000.
187. WHO. Obesity and overweight. [cited 2020 April 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
188. EUROSTAT. Overweight and obesity - BMI statistics. [cited 2020 April 23]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight\\_and\\_obesity\\_-\\_BMI\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics)
189. Rakić JG, Maksimović M, Janković J, Vlajinac H, Marinković J. Relationship between socioeconomic and nutritional status in the Serbian adult population: a cross-sectional study *Sao Paulo Med J*. 2018;136(4):310-18.
190. Pei L, Cheng Y, Kang Y, Yuan S, Yan H. Association of obesity with socioeconomic status among adults of ages 18 to 80 years in rural Northwest China. *BMC Public Health*. 2015;15:160.
191. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ*. 2004;82(12):940-6.
192. Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1299-304.
193. Social Inequalities in Obesity and Overweight in 11 OECD countries, M. Devaux and F. Sassi. *Eur J Public Health*. June 2013;23(3):464-9.
194. Hu F, editor. *Obesity Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2008.
195. Cleland V, Hume C, Crawford D, Timperio A, Hesketh K, Baur L, et al. Urban-rural comparison of weight status among women and children living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. *Med J Aust*. 2010;192(3):137-40.
196. Rautela SY, Reddy BV, Singh AK, Gupta A. The prevalence of obesity among adult population and its association with food outlet density in a hilly area of Uttarakhand. *J Family Med Prim Care*. 2018 Jul-Aug;7(4):809-814.
197. Ruiz-Arregui L, et al. Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults. *Salud Publica Mex*. 2007;49 Suppl 4:S482-7.
198. Silva V.H., Rocha J.S.B, Caldeira A.P. Factors associated with negative self-rated health in menopausal women. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1611-20.
199. Ahmad A, Oparil S. Hypertension in Women - Recent Advances and Lingering Questions. *Hypertension*. 2017;70:19-26.

200. National Center for Health Statistics (US). Health, United States, 2007: With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics (US); 2007.
201. Nyarko SH. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Hypertension History among Women in Reproductive Age in Ghana. *Int J Hypertens*. 2016(3):1-6.
202. Ramezankhani A et al. Associations of marital status with diabetes, hypertension, cardiovascular disease and all-cause mortality: A long term follow-up study. *PLoS One*. 2019; 14(4):e0215593.
203. Osman S, et al. Urbanization and Socioeconomic Disparities in Hypertension among Older Adult Women in Sudan *Annals of Global Health*. 2019;85(1):29.
204. World Health Organization. Tobacco. [cited 2020 April 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
205. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):351-64.
206. OECD Data. Daily smokers. [cited 2020 April 27]. Available from: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>
207. Centers for Disease Control and Prevention. Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States. [cited 2020 April 27]. Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/adult\\_data/cig\\_smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm)
208. Mendoza-Romero D, et al. Impact of smoking and physical inactivity on self-rated health in women in Colombia. *Prev Med Rep*. 2019;16:100976.
209. Darviri C, et al. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health*. 2011;11:619.
210. Geels ML, Vink MJ, Van Beek HJ, Bartels M, Willemsen G and Boomsma ID. Increases in alcohol consumption in women and elderly groups: evidence from an epidemiological study. *BMC Public Health*. 2013;13:207.
211. Devaux M, Sassi F. Social disparities in hazardous alcohol use: self-report bias may lead to incorrect estimates. *Europ J Public Health*. 2016;26(1):129-34.
212. Dinić B, Knežević G. Dimenzije seksualnog ponašanja. *Primenjena psihologija*. 2008;1(3-4):161-186.
213. Radulović O, et al. The Influence of education level on family planning. *Medicine and Biology*. 2006;13(1):58-64.
214. Hennink M, Cooper P, Diamond I. Asian women's use of family planning services. *Br J Fam Plann*. 1998;24(2):43-52.
215. Lee KJ, Parisi MS, Schwarz BE. Contraceptive Counseling and Use among Women with Poorer Health. *J Womens Health Issues Care*. 2013;2(1):103.
216. Repetti RL, Matthews KA, Waldron I. Employment and women's health. Effect of employment on women's mental and physical health. *Am. Psychol*. 1989;44:1394-1401.
217. Eagly AH, Wood W, Diekmann AB. "Social role theory of sex differences and similarities: a current appraisal," in *The Developmental Social Psychology of Gender*,

- eds T. Eckes and H. M. Trautner (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers). 2000;123-174.
- 218.Son J, Erno A, Shea DG, Femia EE, Zarit SH, Stephens MAP. The caregiver stress process and health outcomes. *J. Aging Health*. 2007;19:871–887.
- 219.Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front. Psychol*. 2015;6:779.
- 220.Ou JY, et al. Self-rated health and its association with perceived environmental hazards, the social environment, and cultural stressors in an environmental justice population. *BMC Public Health*. 2018;18(1):970.
- 221.Boccolini CS, Borges de Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15:150.
- 222.Ministry of Health NZ. New Zealand Health Survey. Tier 1 statistics 2018/19: New Zealand Health Survey. [cited 2020 April 17]. Available from: [https://minhealthnz.shinyapps.io/nz-health-survey-2018-19-annual-data-explorer/\\_w\\_fc011f0f/#!/home](https://minhealthnz.shinyapps.io/nz-health-survey-2018-19-annual-data-explorer/_w_fc011f0f/#!/home)
- 223.Park JM. The determinants of long-term care utilization and equity of access to care among older adults in Dong-Ku of Incheon Metropolitan City, South Korea. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2005;17(2):104-109.
- 224.Exavery A. Determinants of Health Care Utilisation Among The Elderly Population In Rural Ghana. Johannesburg: University of the Witwatersrand, South Africa; 2010.
- 225.Eibich P, Ziebarth NR. Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata. *Health Policy*. 2014;114(1):41-53.
- 226.Redondo-Sendino A, et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6:155.
- 227.Gomez I, et al. Women, Work, and Family Health: Key Findings from the 2017 Kaiser Women’s Health Survey. California: Kaiser Family Foundation; 2018.
- 228.Kapamadžija A. Prevencija infekcija izazvanih humanim papiloma virusima. Novi Sad: Medicinski fakultet. Univerzitet u Novom Sadu; 2015.
- 229.Cervical cancer statistics - World Cancer Research Fund. Cervical cancer statistics. [cited 2020 April 27]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/cervical-cancer-statistics>
- 230.Globocan. Cancer today. [cited 2020 April 27]. Available from: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=population&mode\\_population=countries&population=900&populations=908&key=asr&sex=2&cancer=23&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=5&ages\\_group%5B%5D=5&ages\\_group%5B%5D=12&nb\\_items=10&group\\_cancer=0&include\\_nmcs=1&include\\_nmcs\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_list=8,40,112,56,70,100,191,203,208,233,246,250,276,300,348,352,372,380,428,440,442,470,499,578,616,620,498,642,643,688,703,705,724,752,756,528,807,804,826&population\\_group\\_globocan\\_id=908#collapse-group-0-4](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=908&key=asr&sex=2&cancer=23&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=5&ages_group%5B%5D=5&ages_group%5B%5D=12&nb_items=10&group_cancer=0&include_nmcs=1&include_nmcs_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_list=8,40,112,56,70,100,191,203,208,233,246,250,276,300,348,352,372,380,428,440,442,470,499,578,616,620,498,642,643,688,703,705,724,752,756,528,807,804,826&population_group_globocan_id=908#collapse-group-0-4)
- 231.Vukićević D, i ostali. Deskriptivno-epidemiološke karakteristike karcinoma grlića materice. *Praxis medica*. 2015;44(1):67-72.

232. Službeni glasnik Republike Srbije. Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu. 7/2019.
233. Jennings-Dozier K, et al. Sociodemographic Predictors of Adherence to Annual Cervical Cancer Screening in Minority Women. *Cancer Nursing*. 2000;23(5):350-6.
234. Raychaudhuri S, Mandal S. Socio-Demographic and Behavioural Risk Factors for Cervical Cancer and Knowledge, Attitude and Practice in Rural and Urban Areas of North Bengal, India. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012;1093-6.
235. Antić Lj, et al. Do women in rural areas of Serbia rarely apply preventive measures against cervical cancer? *Vojnosanit Pregl* 2014;71(3):277–284.
236. Elit L, Krzyzanowska M, Saskin R, Barbera L, Razzaq A, Lofters A, Yeritsyan N and Bierman A. Sociodemographic factors associated with cervical cancer screening and follow-up of abnormal results. *Canadian Family Physician*. 2012;58(1):22-31.
237. World Health Organization. Breast Cancer. [cited 2020 April 27]. Available from: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
238. Breast cancer statistics - World Cancer Research Fund. Breast cancer statistics. [cited 2020 April 27]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/breast-cancer-statistics>
239. Australian Institute of Health and Welfare 2016. Australia's health 2016. Australia's health series no. 15. Cat. no. AUS 199. Canberra: AIHW.
240. CDC. National Center for Health Statistics. Use of mammography among women aged 40 and over, by selected characteristics: United States, selected years 1987–2015. [cited 2019 November 26]. Available from: [Health, United States, 2018, table 33 pdf icon\[PDF – 9.8 MB\]](#)
241. Eurostat. Breast cancer screening statistics. [cited 2019 November 26]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Breast\\_cancer\\_screening\\_statistics&oldid=379969](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Breast_cancer_screening_statistics&oldid=379969)
242. Doescher MP, Jackson EJ. Trends in Cervical and Breast Cancer Screening Practices Among Women in Rural and Urban Areas of the United States. WA: WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington; 2008.
243. Siteman Cancer Center. Mammography Van. [cited 2019 November 26]. Available from: <https://siteman.wustl.edu/prevention/mammography/mammography-van/>.
244. Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo. Prva mamografija. Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo, Autonomna Pokrajina Vojvodina, 2019.
245. Leung J, et al. Screening mammography uptake within Australia and Scotland in rural and urban populations. *Prev Med Rep*. 2015;2:559-562.
246. Chkotua S, Peleteiro B. Mammography Use in Portugal: National Health Survey 2014. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:170054.
247. Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R. Early detection of breast cancer: the utilization of mammography in Germany. *Journal of Health Monitoring*. 2017;2(4):69-75.
248. Službeni glasnik Republike Srbije. Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja. 8/2007.
249. Službeni glasnik Republike Srbije. Strategija za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti Republike Srbije. 22/2009

## 9 Prilozi

### UPITNIK za stanovništvo uzrasta 15 godina i više -intervju

**Napomena:** Dodatna dokumentacija (kartice, obrasci, itd.) sastavni je deo ovog upitnika i mora se koristiti u cilju adekvatno harmonizovane implementacije Istraživanja u skladu sa Evropskim istraživanjem zdravlja.



## MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE

### OK.1 Na teritoriji koje današnje države ste rođeni?

- u Srbiji  1
- u zemlji članici EU  2
- u zemlji koja nije članica EU?  3

### OK.2 D ržavljanstvo koje države imate?

- Srbije  1
- zemlje članice EU  2
- zemlje koja nije članica EU?  3

### OK.3 Kakav je Vaš bračni status?

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** OZNAČITI PRVI ODGOVOR KOJI ODGOVARA

- Nikad se nisam ženio/udavala niti živeo/la u vanbračnoj zajednici  1
- U braku/ vanbračnoj zajednici  2
- Udovac/ica ili se vanbračna zajednica završila smrću partnera (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu)  3
- Razveden/a ili se vanbračna zajednica završila razlazom (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu)  4

### FILTER 1

ANKETAR: AKO DOMAĆINSTVO IMA SAMO 1 ČLANA PRESKOČITE PITANJE OK.4 I PREĐITE NA PITANJE OK.5

### OK.4 Mogu li samo da proverim, da li živite sa nekim iz ovog domaćinstva kao par?

- Da, živim sa partnerom/kom  1
- Ne  2

**OK.5** Koja je najviša škola koju ste završili? Molim Vas da uključite sva stručna usavršavanja.

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Bez škole                           | <input type="radio"/> 1  |
| 1-7 razreda osnovne škole           | <input type="radio"/> 2  |
| Osnovna škola                       | <input type="radio"/> 3  |
| Srednja škola (2 godine)            | <input type="radio"/> 4  |
| Srednja škola (3 ili 4 godine)      | <input type="radio"/> 5  |
| Specijalizacija posle srednje škole | <input type="radio"/> 6  |
| Viša škola                          | <input type="radio"/> 7  |
| Visoka škola (osnovne studije)      | <input type="radio"/> 8  |
| Visoka škola (master/magistarski)   | <input type="radio"/> 9  |
| Visoka škola (doktorat)             | <input type="radio"/> 10 |

Uvod

Sada ću Vam postaviti pitanja u vezi sa Vašim trenutnim radnim angažovanjem.

**OK.6** Kako biste definisali Vaš trenutni radni status?

- |   |  |
|---|--|
| Radim za platu ili profit (uključuje one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i one koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora) | <input type="radio"/> 1 → PREĆI NAOK.8 |
| Nezaposlen  | <input type="radio"/> 2                |
| Učenik/ca, student/kinja, usavršavanje, stručna praksa bez plaćanja   | <input type="radio"/> 3                |
| U penziji ili prestao/la sa bavljenjem poslom <sup>1</sup>  | <input type="radio"/> 4                |
| Nesposoban/na za rad <sup>2</sup>   | <input type="radio"/> 5                |
| Obavljam poslove u domaćinstvu (domaćica)   | <input type="radio"/> 7                |
| Drugo, navedite: _ _ _ _ _  | <input type="radio"/> 8                |

**OK.7** Da li ste ikada radili za platu ili profit?

- |    |  |
|----|--|
| Da | <input type="radio"/> 1                    |
| Ne | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA Uvod ZS |

<sup>1</sup> Isključuje onesposobljenost ili zdravstvene razloge.

<sup>2</sup> Uključuje dugotrajne bolesti ili zdravstvene probleme.

## FILTER 2

ANKETAR: AKO JE OK.6 = 1 PITATI ZA TRENUTNI GLAVNI POSAO,  
AKO JE OK.7 = 1 PITATI ZA PREDHODNI GLAVNI POSAO.

### OK.8 Da li ste (bili):

- zaposleni ili  1  
samozaposleni ili  2 → PREĆI NA OK.10  
angažovani u okviru porodičnog posla?  3 → PREĆI NA OK.10

### OK.9 Kakvu vrstu radnog ugovora imate (ili ste imali)?

- Stalan posao/ugovor naneodređeno   
1 Privremen posao/ ugovorna određeno   
2

### OK.10 Da li na poslu radite (ili ste radili):

- puno radno vreme ili  1  
deo radnog vremena?  2

### OK.11 Koje je (bilo) Vaše zanimanje na poslu?

Naziv posla: \_\_\_\_\_

Opišite šta radite (ili ste radili) na poslu:

-----

┌┐  
└┘  
(ISCO-08 COM, 2  
mesta)

### OK.12 Koju delatnost obuhvata (ili je obuhvatao) Vaš biznis/oragnizacija u kojoj radite (ili ste radili) (npr. hemijska, ribolov, ugostiteljstvo, zdravstvena zaštita itd.)?

OPIŠITE DETALJNO – PROIZVODNJA, PRERADA, DISTRIBUCIJA, GLAVNI  
PROIZVODI, MATERIJALI KOJI SE KORISTE, VELEPRODAJA ILI PRODAJA, ITD.

-----  
-----

┌┐  
└┘  
(NACE Rev.2, 2  
mesta)

# MODUL ZDRAVSTVENO STANJE

## ZDRAVSTVENO STANJE – ZS

### Uvod ZS

Sada ćemo razgovarati o Vašem zdravlju.

#### **ZS.1 Kakvo je Vaše zdravlje u celini? Da li je...**

- veoma dobro  1
- dobro  2
- prosečno  3
- loše  4
- veoma loše?  5
  
- ne zna<sup>1</sup>  8
- odbijanje  9

#### **ZS.2 Da li imate neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem? Pod dugotrajnim se podrazumevaju bolesti ili zdravstveni problemi koji su trajali, ili za koje se očekuje da će trajati 6 meseci ili duže.**

- Da  1
- Ne  2
  
- ne zna  8
- odbijanje  9

#### **ZS.3 U poslednjih 6 meseci ili duže, u kom obimu ste zbog zdravstvenih problema bili ograničeni u obavljanju aktivnosti koje drugi obično obavljaju? Da li biste rekli da ste bili...**

- ozbiljno ograničeni  1
- ograničeni ali ne ozbiljno ili  2
- niste uopšte bili ograničeni?  3
  
- ne zna  8
- odbijanje  9

---

<sup>1</sup> U svim pitanjima odgovori kao što su "ne sećam se" i "nisam siguran" obeležavaju se kategorijom odgovora "ne zna".

**ZS.4 Kako biste procenili stanje vaših zuba i usne duplje (desni i mekih tkiva)?**

- Veoma dobro  1
- Dobro  2
- Prosečno  3
- Loše  4
- Veoma loše  5
  
- ne zna  8
- odbijanje  9

**ZS.5 Koliko zuba Vam nedostaje?**

- Nijedan (imam sve zube)  1 → PREĆI NA Uvod HB
- 1-5 zuba  2
- 6-10 zuba  3
- Više od 10, ali ne svi zubi  4
- Svi (nemam nijedan zub)  5
  
- ne zna  8
- odbijanje  9

**ZS.6 Da li imate protezu?**

- Da, imam totalnu  1
- Da, imam parcijalnu  2
- Nemam protezu  3
  
- ne zna  8
- odbijanje  9

## HRONIČNE BOLESTI I STANJA – HB

### Uvod HB

Pred Vama je lista hroničnih bolesti ili stanja.

### HB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci imali neku od navedenih bolesti ili stanja?

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 1-HB.1 SA LISTOM BOLESTI/STANJA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE BOLESTI/STANJA KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST/STANJE.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

BOLEST/STANJE	HB.1
a. Astma (uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
b. Hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
c. Infarkt miokarda (srčani udar) ili hronične posledice infarkta miokarda	<input type="checkbox"/>
d. Koronarna bolest srca ili angina pektoris	<input type="checkbox"/>
e. Povišen krvni pritisak (hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
f. Moždani udar (cerebralno kvarenje, cerebralna tromboza – šlog) ili hronične posledice moždanog udara	<input type="checkbox"/>
g. Artoza – degenerativno oboljenje zglobova (ne uključuje artritis – zapaljenje zglobova)	<input type="checkbox"/>
h. Deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima	<input type="checkbox"/>
i. Vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom	<input type="checkbox"/>
j. Šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
k. Alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije (ne uključuje alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
l. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
m. Nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija) problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike	<input type="checkbox"/>
n. Bubrežni problemi	<input type="checkbox"/>
o. Depresija	<input type="checkbox"/>
p. Rak (maligno oboljenje)	<input type="checkbox"/>
q. Povišenu masnoću u krvi (holesterol)	<input type="checkbox"/>

**HB.2 Da li Vam je lekar rekao da imate povišeni krvni pritisak?**

- Da  1  
Ne  2 → PREĆI NA PO.1  
  
ne zna  8 → PREĆI NA PO.1  
odbijanje  9 → PREĆI NA PO.1

**HB.3 Da li lečite povišeni krvni pritisak?**

- Da, samo dijetom (poseban režim ishrane)  1 → PREĆI NA PO.1  
Da, samo lekovima  2  
Da, na oba navedena načina  3  
Ne, ne lečim se  4 → PREĆI NA PO.1  
  
ne zna  8 → PREĆI NA  
PO.1  
odbijanje  9 → PREĆI NA  
PO.1

**HB.4 Da li ste u prethodne 4 nedelje uzimali lekove za lečenje povišenog krvnog pritiska?**

- Da, redovno  1  
Da, ponekad  2  
Ne  3  
  
ne zna  8  
odbijanje  9

## POVREDE – PO

### PO.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci doživeli neku od sledećih vrsta nezgoda koja je dovela do povrede?

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** POVREDE NASTALE KAO REZULTAT TROVANJA ILI KAO REZULTAT DEJSTVA ŽIVOTINJA ILI INSEKATA SE TAKOĐE UKLJUČUJU. POVREDE NASTALE KAO REZULTAT NAMERNOG DEJSTVA DRUGIH LICA I SAMOPOVREĐIVANJA SE ISKLJUČUJU.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 2-PO.1 SA VRSTAMA NEZGODA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE VRSTE NEZGODA KOJE SE ODOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU VRSTU NEZGODE.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Vrsta nezgode	PO.1
a. Drumaska saobraćajna nezgoda	<input type="checkbox"/>
b. Nezgoda u kući	<input type="checkbox"/>
c. Nezgoda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima	<input type="checkbox"/>

### FILTER 3

ANKETAR: NA PITANJE PO.2 ODGOVARAJU ISPITANICI KOJI SU IMALI NEZGODU KOJA JE REZULTIRALA POVREDOM (ŠIFRA 1 U ODGOVORIMA NA PO.1a ILI PO.1b ILI PO.1c).

### PO.2 Da li Vam je bila ukazana medicinska pomoć zbog posledica ove (ovih) nezgode(a)?

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** AKO SE DESILO VIŠE NEZGODA BILO KOJE VRSTE, PITANJE SE ODNOSI NA ONU KOJA JE BILA NAJOZBILJNIJA (ONU ZBOG KOJE JE PRUŽENO NAJSLOŽENIJE LEČENJE).

- Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu i ostao preko noći  1
- Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu ali nisam ostao preko noći  2
- Da, od strane doktora ili medicinske sestre  3
- Ne, ni konsultacija ni intervencija nije bila potrebna  4
- ne zna  8
- odbijanje  9



## ODSUSTVO S POSLA (ZBOG ZDRAVSTVENIH RAZLOGA) – OP

### FILTER 4

ANKETAR: PITANJE OP1 SE POSTAVLJA SAMO ONIM ISPITANICIMA KOJI SU TRENUTNO ZAPOSLENI (OK.6=1).

**OP.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema? Uzmite u obzir sve vrste bolesti, povreda i drugih zdravstvenih problema koje ste imali i zbog kojih ste odsustvovali sa posla.**

- Da  1
- Ne  2 → PREĆI NA Uvod FO
- ne zna  8 → PREĆI NA Uvod FO
- odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod FO

**OP.2 Koliko ste ukupno dana bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema u toku prethodnih 12 meseci?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UZIMAJU SE U OBZIR SVI KALENDARSKI DANI ODSUSTVOVANJA SA POSLA BEZ OBZIRA DA LI ISPITANIK IMA ILI NE ZVANIČNO BOLOVANJE (OVERENO OD STRANE LEKARA).

- \_\_\_\_ dana
- ne zna
- 998 odbijanje
- 999

## FIZIČKA I SENZORNA FUNKCIONALNA OŠTEĆENJA – FO

### Uvod FO

Sada ću Vam postaviti još pitanja o Vašem opštem fizičkom zdravlju. Pitanja se bave sposobnostima za obavljanje različitih osnovnih životnih aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve prolazne/privremene probleme.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** AKO JE ISPITANIK SLEP, NEMOJTE POSTAVLJATI PITANJE FO.1, OBELEŽITE ODGOVOR 3 ZA FO.1 I PREĐITE NA PITANJE FO.3. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.1

**FO.1 Da li nosite naočare ili kontaktna sočiva?**

- Da  1
- Ne  2
- Slep ili ne vidi uopšte  3 → PREĆI NA FO.3
- ne zna  8
- odbijanje  9

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** ZA PITANJA FO.2 DO FO.7 (OSIM FO.3) POKAZATI KARTICU 3-FO.2,4,5,6,7 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

**FO.2** ako je FO.1=1 → **Da li imate teškoće da vidite čak i kada nosite svoje naočare ili kontaktna sočiva? Da li biste rekli da vidite...**

ako je FO.1=2 → **Da li imate teškoća sa vidom? Da li biste rekli da vidite...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** AKO JE ISPITANIK GLUV, NEMOJTE POSTAVQATI PITANJE FO.3. OBELEŽITE ODGOVOR 3 U FO.3 I PREĐITE NA PITANJE FO.6. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.3.

**FO.3 Da li koristite slušni aparat?**

- Da  1
- Ne  2
- Gluv ili ne čuje uopšte  3 → PREĆI NA FO.6
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.4** ako je FO.3=1 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

ako je FO.3=2 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.5 ako je FO.3=1 → Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

*ako je FO.3=2* → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.6 Da li imate teškoće da pređete peške pola kilometra po ravnom (odgovara dužini 5 fudbalskih igrališta), bez bilo kakve pomoći (pomoć podrazumeva korišćenje štapa, hodalica, invalidskih kolica, proteza i sl., kao i pomoć druge osobe)? Da li biste rekli da to možete učiniti...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.7 Da li imate teškoće da se popnete uz ili siđete niz 12 stepenika? Da li biste rekli da to možete učiniti...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

## AKTIVNOSTI LIČNE NEGE – LN

### FILTER 5

ANKETAR: AKO ISPITANIK IMA 65 ILI VIŠE GODINA PREĆI NA UVOD LN.1. U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

#### Uvod LN.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim aktivnostima lične nege. Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

**UPUTSTVO ZA ANKETARÁ:** POKAZATI KARTICU **4-LN.1** SA AKTIVNOSTIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD AKTIVNOSTI LIČNE NEGE.

#### **LN.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?**

- Bez teškoća..... 1  
Manje teškoće..... 2  
Velike teškoće..... 3  
Nisam u stanju..... 4  
ne zna..... 8  
odbijanje..... 9

Aktivnosti	LN.1
a. Da jedete	<input type="checkbox"/>
b. Da legnete i ustanete iz kreveta ili da sednete i ustanete sa stolice	<input type="checkbox"/>
c. Da se oblačite i svlačite	<input type="checkbox"/>
d. Da koristite WC/klozet	<input type="checkbox"/>
e. Da se kupate ili tuširate	<input type="checkbox"/>

### FILTER 6

AKO JE LN.1 = 2, 3 ILI 4 ZA MAKAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD LN.2 U SUPROTNOM PREĆI NA KA.1.

## Uvod LN.2

Razmislite o svim aktivnostima lične nege prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

### **LN.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?**

- |                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> 1 |
| Ne                                  | <input type="radio"/> 2 |
| ne zna                              | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje                           | <input type="radio"/> 9 |

### **LN.3 ako je LN.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?**

*ako je LN.2=2 → Da li bi Vam bila potrebna pomoć?*

- |                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> 1 |
| Ne                                  | <input type="radio"/> 2 |
| ne zna                              | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje                           | <input type="radio"/> 9 |

## **KUĆNE AKTIVNOSTI – KA**

### Uvod KA.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim kućnim aktivnostima.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 5-KA.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPIŠITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD KUĆNIH AKTIVNOSTI.**

### **KA.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?**

- |   |   |
|---|---|
| Bez teškoća.....  | 1 |
| Uz manje teškoće.....   | 2 |
| Uz velike teškoće.....  | 3 |
| Nisam u stanju.....   | 4 |
| Nije primenjivo (nikad nije probao/la,<br>nema potrebe da to radi)..... | 5 |
| ne zna.....   | 8 |
| odbijanje.....  | 9 |

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** AKO JE SPONTANI ODGOVOR „BEZ TEŠKOĆA” ILI NISTE SIGURNI U VALIDNOST ODGOVORA, PITAJTE DA LI ISPITANIK/CA UOPŠTE OBAVLJA AKTIVNOST ILI NE MOŽE DA JE OBAVLJA SAMOSTALNO ZBOG NEKIH DRUGIH RAZLOGA KOJI NISU U VEZI SA ZDRAVLJEM. U TOM SLUČAJU UPIŠITE ODGOVOR „NIJE PRIMENLJIVO”.

Aktivnosti	KA.1
a. Pripremanje hrane	<input type="checkbox"/>
b. Korišćenje telefona	<input type="checkbox"/>
c. Kupovina	<input type="checkbox"/>
d. Uzimanje terapije (lekovi)	<input type="checkbox"/>
e. Lakši kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
f. Povremeni teži kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
g. Vođenje računa o finansijama, računima i druge administrativne aktivnosti	<input type="checkbox"/>

## FILTER 7

AKO JE KA.1 = 2, 3 ILI 4 ZA BAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD KA.2 U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

### Uvod KA.2

Razmislite o svim kućnim aktivnostima prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

### **KA.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1
- Ne  2
- ne zna  8
- odbijanje  9

### **KA.3 ako je KA.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?**

ako je KA.2=2 → **Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1
- Ne  2
- ne zna  8
- odbijanje  9

## BOL – BO

### Uvod BO

Sledeće pitanje se odnosi na bilo kakav fizički (telesni) bol koji ste imali u toku prethodne 4 nedelje.

#### **BO.1 Kakav ste telesni bol imali tokom prethodne 4 nedelje?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAŽITE KARTICU **6-BO.1** SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Nisam imao/la bol | <input type="radio"/> 1→ PREĆI NA Uvod MZ |
| Veoma slab        | <input type="radio"/> 2                   |
| Slab              | <input type="radio"/> 3                   |
| Umeren            | <input type="radio"/> 4                   |
| Jak               | <input type="radio"/> 5                   |
| Veoma jak         | <input type="radio"/> 6                   |
| ne zna            | <input type="radio"/> 8→ PREĆI NA Uvod MZ |
| odbijanje         | <input type="radio"/> 9→ PREĆI NA Uvod MZ |

#### **BO.2 Koliko je, tokom prethodne 4 nedelje, bol uticao na Vaše uobičajene aktivnosti (uključuje aktivnosti i obaveze van kuće i u kući)?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAŽITE KARTICU **7-BO.2** SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

- |             |                         |
|-------------|-------------------------|
| Nimalo      | <input type="radio"/> 1 |
| Malo        | <input type="radio"/> 2 |
| Umereno     | <input type="radio"/> 3 |
| Mnogo       | <input type="radio"/> 4 |
| Veoma mnogo | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna      | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje   | <input type="radio"/> 9 |

## MENTALNO ZDRAVLJE – MZ

### Uvod MZ

Sledeća pitanja se bave time kako ste se osećali tokom prethodne 2 nedelje.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 8-MZ.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD PITANJA.**

#### **MZ.1 U toku protekle 2 nedelje, koliko često Vam je smetao bilo koji od sledećih problema?**

- Nije uopšte..... 1  
Nekoliko dana .....2  
Više od 7 dana.....3  
Skoro svakog dana .....4  
ne zna.....8  
odbijanje.....9

oblemi	MZ.1
a. Slabo interesovanje ili zadovoljstvo da nešto radite	<input type="checkbox"/>
b. Malodušnost, depresija ili beznadežnost	<input type="checkbox"/>
c. Problem da zaspate, spavate u kontinuitetu ili previše spavanja	<input type="checkbox"/>
d. Osećanje zamora ili nedostatka energije	<input type="checkbox"/>
e. Loš apetit ili prejedanje	<input type="checkbox"/>
f. Loše mišljenje o sebi – ili osećaj da ste promašaj, ili da ste razočarali sebe ili svoju porodicu	<input type="checkbox"/>
g. Teškoća da se koncentrišete na stvari, kao što su čitanje novina ili gledanje televizije	<input type="checkbox"/>
h. Toliko usporeno kretanje ili govor da su drugi to mogli da primete, ili suprotno – toliko ste bili uzvrpoljeni ili nemimi da ste se kretali više nego obično	<input type="checkbox"/>

#### **MZ.2 Da li ste tokom prethodne 4 nedelje bili napeti, pod stresom/pritiskom?**

- Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi       1  
Da, više nego ostali ljudi       2  
Da, moj život je skoro nepodnošljiv       3  
Ne       4  
ne zna       8  
odbijanje       9



# MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

## KORIŠĆENJE BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KB

### Uvod KB

Sledeća grupa pitanja je o vremenu provedenom u bolnici. Sve vrste bolnica (opšte, specijalne, klinički centri, instituti, klinike, kliničko-bolnicki centri, zavodi) su uključene.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** ZA ŽENE DO 50 GODINA STAROSTI, DODATI: „IZUZIMA SE VREME PROVEDENO U BOLNICI RADI POROĐAJA.”

### **KB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili na bolničkom lečenju (ležali u bolnici preko noći ili duže)?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** IZUZIMAJU SE POSETE HITNOJ SLUŽBI/ODELJENJU HITNOG PRIJEMA (BEZ NOĆENJA) ILI POSETE SPECIJALISTIČKIM AMBULANTAMA BOLNICA.

- |           |   |
|-----------|---|
| Da        | <input type="radio"/> 1                 |
| Ne        | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA KB.3 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA KB.3 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA KB.3 |

### **KB.2 Koliko ste ukupno noći proveli u bolnici, uzimajući u obzir sve boravke u bolnici/ama?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** DOZVOLJAVA SE DA SE UKUPAN BROJ NOĆI ISKAŽE U DANIMA UKOLIKO ISPITANIK BORAVAK U JEDNOJ ILI VISE RAZLIČITIH BOLNICA ISKAŽE U DANIMA.

Broj noći

- |           |                           |
|-----------|---------------------------|
| ne zna    | <input type="radio"/> 989 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 999 |

### **KB.3 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent”, odnosno radi dijagnostike, lečenja ili pružanja druge vrste zdravstvenih usluga koji nisu zahtevali da ostanete u bolnici preko noći?**

- |           |  |
|-----------|--|
| Da        | <input type="radio"/> 1                      |
| Ne        | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod KV.1 |

**KB.4 U prethodnih 12 meseci, koliko puta ste bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent“?**

Broj prijema

ne zna  998

odbijanje  999

**KORIŠĆENJE VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KV**

Uvod KV.1

Sledeća grupa pitanja je o posetama/konsultacijama sa Vašim lekarom opšte medicine ili pedijatrom. Molimo Vas da obuhvatite posete lekaru u ordinaciji kao i njegove kućne posete i obavljene konsultacije sa njim putem telefona.

**KV.1 Da li imate svog lekara opšte medicine ili pedijatra:**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Lekar opšte medicine ili pedijatar	KV.1
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="text"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="text"/>

**FILTER 8**

AKO JE KV.1 = 1 ZA BAR JEDNU OD OPCIJA PREĆI NA KV.2 U SUPROTNOM PREĆI NA FILTER 9.

**KV.2 Kada ste Vi lično poslednji put posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?**

- Pre manje od 3 meseca  1
- Pre 3 meseca do 6 meseci  2 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 6 meseci do 12 meseci  3 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 12 meseci ili više  3 → PREĆI NA FILTER 9
- Nikada  3 → PREĆI NA FILTER 9
- 
- ne zna  8 → PREĆI NA FILTER 9
- odbijanje  9 → PREĆI NA FILTER 9

**KV.3 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?**

Lekar opšte medicine/pedijatar	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□□□
b. u privatnoj praksi	□□□

- ne zna  98
- odbijanje  99

**FILTER 9**

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. UKOLIKO JE ISPITANIK MUŠKARAC PREĆI NA UVOD KV.7

Uvod KV.4

Sledeća grupa pitanja je o posetama ginekologu.

**KV.4 Da li imate svog ginekologa?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Ginekolog	KV.4
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

### KV.5 Kada ste poslednji put Vi lično posetili ginekologa?

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** ODGOVARAJU SVE ŽENE BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG GINEKOLOGA.

- Pre manje od 12 meseci  1
- Pre 12 meseci ili više  2
- Nikada  3 →PREĆI NA Uvod KV.7
- ne zna  8
- odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod KV.7

### KV.6 Koliko godina ste imali kada ste prvi put Vi lično posetili ginekologa?

- godina
- ne zna  98
- odbijanje  99

### Uvod KV.7

Sledeća grupa pitanja je o posetama stomatologu (opštem ili nekom specijalisti stomatologije).

### KV.7 Da li imate svog stomatologa:

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIIJA.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Stomatolog	KV.7
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

**KV.8 Kada ste Vi lično (ne kao pratilac supružnika, dece, itd.) poslednji put posetili 10 stomatologa?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** ODGOVARAJU SVI ISPITANICI BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG STOMATOLOGA.

- Pre manje od 6 meseci  1
- Pre 6 do 12 meseci  2
- Pre 12 meseci ili više  3
- Nikada  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

Uvod KV.9

Sledeća pitanja su o posetama/konsultacijama sa lekarima specijalistima (specijalistima internističkih i hirurških grana medicine, izuzev specijalista opšte medicine, pedijatrije i ginekologije). Obuhvatite samo posete lekarima u specijalističko-konsultativnim ambulantama domova zdravlja, bolnica i privatne prakse ili odeljenjima hitne službe, ali ne i kontakte u toku bolničkog lečenja kao ležeci pacijent ili „dnevni pacijent”.

**KV.9 Kada ste poslednji put Vi lično posetili nekog lekara specijalistu?**

- Pre manje od 12 meseci  1
- Pre 12 meseci ili više  2 → PREĆI NA KV.11
- Nikada  3 → PREĆI NA KV.11
- ne zna  8 → PREĆI NA KV.11
- odbijanje  9 → PREĆI NA KV.11

**KV.10 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili lekara specijalistu?**

Lekar specijalista	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□□□
b. u privatnoj praksi	□□□

- ne zna  98
- odbijanje  99

### **KV.11 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci Vi lično posetili...?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD ZANIMANJA.**

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ZANIMANJE	KV.11
a. Specijalistu fizikalne medicine i rehabilitacije	<input type="checkbox"/>
b. Psihologa, psihoterapeuta ili psihijatra	<input type="checkbox"/>

### Uvod KV.12

Sledeća pitanja su o uslugama kućne nege koja pokriva širok spektar zdravstvenih i socijalnih usluga koje se pružaju ljudima sa zdravstvenim problemima u njihovom domu. Kućna nega obuhvata, na primer usluge koje pružaju medicinske sestre ili babice u kući, pomoć u kući za poslove u domaćinstvu ili brigu za stara lica, usluge prevoza. Obuhvaćene su samo usluge koje pružaju zdravstveni radnici ili radnici socijalnih službi.

### **KV.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili ili dobili bilo koji oblik kućne nege?**

Da  1

Ne  2

ne zna  8

odbijanje  9

### Uvod KV.13

Sledeće pitanje odnosi se na korišćenje usluga hitne ili neodložne pomoći. Podrazumevaju se pozivi i dolazak ekipa u Vaš dom, na posao ili na javno mesto (ulica, sportska hala, restoran...) radi rešavanja Vaseg zdravstvenog problema, kao i Vaš samoinicijativni odlazak u službu hitne ili urgentne pomoći zdravstvene ustanove.

**KV.13 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge hitne pomoći?**

- Da  1  
Ne  2  
ne zna  8  
odbijanje  9

Uvod KV.14

Sada ću Vam postaviti pitanja koja se odnose samo na korišćenje usluga privatne prakse.

**KV.14 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge privatne prakse (dijagnostika, lečenje...)**

- Da  1  
Ne  2 → PREĆI NA KV.16  
ne zna  8 → PREĆI NA KV.16  
odbijanje  9 → PREĆI NA KV.16

**KV.15 Koje su to usluge bile?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **9-KV.15**. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKOG OD LEKARA ILI OBLIKA PRIVATNE PRAKSE.

- Da .....1  
Ne .....2  
ne zna .....8  
odbijanje .....9

Usluge	KV.15
a. Laboratorije (biohemijske, hematološke, mikrobiološke, citološke)	<input type="checkbox"/>
b. Radiološke dijagnostike (rendgen, ultrazvuk, skener, magnetna rezonanca)	<input type="checkbox"/>
c. Interniste (kardiolog, endokrinolog, gastroenterolog, nefrolog, pulmolog, reumatolog)	<input type="checkbox"/>
d. Oftalmologa	<input type="checkbox"/>
e. Hirurga	<input type="checkbox"/>
f. Psihijatra	<input type="checkbox"/>
g. Nekog drugog lekara	<input type="checkbox"/>

**KV.16 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge tradicionalne  
11 medicine (akupunktura, homeopatija, fitoterapija/terapija biljem, kiropraktika)?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** PITANJE SE ODNOSI NA USLUGE KOJE SE PRUŽAJU U DRŽAVNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI I KOD PRIVATNIKA. PRIVATNIK OBUHVATA I PRIVATNU PRAKSU I NARODNE ISCELITELJE.

Da  1

Ne  2

ne zna  8

odbijanje  9

**UPOTREBA LEKOVA – UL**

Uvod UL

Sada bih Vas pitao/la o korišćenju lekova u prethodne 2 nedelje.

**UL.1 Da li ste tokom prethodne 2 nedelje koristili neke lekove koje Vam je propisao lekar?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACENCIJU”.

Da  1

Ne  2

ne zna  8

odbijanje  9

**UL.2 Da li ste u toku prethodne 2 nedelje koristili neke lekove ili biljna lekovita sredstva ili vitamine koje Vam nije propisao lekar?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACENCIJU”.

Da  1

Ne  2 → PREĆI NA Uvod PP.1

ne zna  8 → PREĆI NA Uvod PP.1

odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod PP.1





## Uvod PP.2 – PP.4

Sada bih Vam postavio/la pitanja o Vašem krvnom pritisku, holesterolu u krvi i šećeru u krvi (glikemiji).

**UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 11-PP.2-4 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ODGOVOR ZA SVAKO OD PITANJA.**

### **PP.2 Kada Vam je poslednji put krvni pritisak izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

### **PP.3 Kada Vam je poslednji put holesterol u krvi izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

### **PP.4 Kada Vam je poslednji put šećer u krvi izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

## Uvod PP.5 i PP.6

Sledeća pitanja su o testu na okultno/skriveno krvarenje u stolici i kolonoskopskom pregledu.

### **PP.5 Kada Vam je poslednji put urađen test na golim okom nevidljivu krv (okultno krvarenje) u stolici?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** MOŽETE DODATI: „CILJ TESTA JE DA SE OTKRIJE GOLIM OKOM NEVIDLJIVO KRVARENJE/GUBITAK KRVI U BILO KOM DELU GASTROINTESTINALNOG TRAKTA, OD USTA DO DEBELOG CREVA”.

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

### **PP.6 Kada ste poslednji put bili na kolonoskopskom pregledu (kolonoskopiji)?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** MOŽETE DODATI: „TO JE VIZUELNI PREGLED DEBELOG CREVA (SA KOLONOSKOPOM) OD POČETNOG DELA DEBELOG CREVA (CEKUM) DO ZAVRŠNOG DELA DEBELOG CREVA (REKTUM)”.

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 5 godina  2
- Pre 5 do manje od 10 godina  3
- Pre 10 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

## **FILTER 10**

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA – U TOM SLUČAJU PREĆI NA PP.7, U SUPROTNOM – PREĆI NA UVOD NP

## Uvod PP.7 – PP.10

Sledeća pitanja su o mamografiji i citološkom brisu grlića materice (Papanikolau test).

### **PP.7 Kada ste poslednji put bili na mamografskom pregledu (snimanje dojki X-zracima)?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4 → PREĆI NA PP.9
- Nikada  5 → PREĆI NA PP.9
- ne zna  8 → PREĆI NA PP.9
- odbija  9 → PREĆI NA PP.9

### **PP.8 Da li ste na mamografiju otišli...?**

- samoinicijativno  1
- po savetu lekara  2
- po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka dojke  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

### **PP.9 Kada ste poslednji put radili citološki bris grlića materice (Papanikolau test)?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4 → PREĆI NA Uvod NP
- Nikada  5 → PREĆI NA Uvod NP
- ne zna  8 → PREĆI NA Uvod NP
- odbija  9 → PREĆI NA Uvod NP

## PP.10 Da li ste Papanikolau test uradili...?

- samoinicijativno  1
- po savetu lekara  2
- po pozivu lekara u okviru  
organizovanog ranog otkrivanja raka  
grlića materice  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

## NEOSTVARENE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM – NP

### Uvod NP

Postoje mnogi razlozi zbog kojih se ljudima dešava da im se zdravstvena zaštita ne pruži na vreme ili je uopšte ne dobiju.

### **NP.1 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da niste na vreme dobili zdravstvenu zaštitu zbog nekog od sledećih razloga?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3 „NIJE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA”

- Da..... 1
- Ne..... 2
- Nije bila potrebna zdravstvena zaštita.... 3
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

RAZLOZI	NP.1
a. Dugo čekanje na zakazanu posetu/pregled	<input type="checkbox"/>
b. Udaljenost ili problemi sa prevozom do mesta pružanja zdravstvene zaštite	<input type="checkbox"/>

**NP.2 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da ste imali potrebu za nekim od navedenih oblika zdravstvene zaštite ali je niste mogli ostvariti zbog finansijskih razloga?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da..... 1  
 Ne.....2  
 Nije bila potrebna zdravstvena zaštita.... 3  
 ne zna..... 8  
 odbijanje.....9

Zdravstvena zaštita	NP.2
a. „Medicinska zdravstvena zaštita” - dijagnostika,lečenje, rehabilitacija	<input type="checkbox"/>
b. Stomatološka zdravstvena zaštita	<input type="checkbox"/>
c. Propisivanje lekova	<input type="checkbox"/>
d. Zaštita mentalnog zdravlja (npr. od strane psihologa ili psihijatra)	<input type="checkbox"/>

**ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM SLUŽBOM – ZA**

Uvod ZA.1

Sada bih želeo/la da Vas pitam o tome koliko ste uopšte zadovoljni zdravstvenom službom.

**ZA.1 Kakvo je u celini Vaše zadovoljstvo zdravstvenom službom?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAŽITE KARTICU 12-ZA.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA OBE ZDRAVSTVENE SLUŽBE.

- Veoma sam zadovoljan/na ..... 1  
 Zadovoljan/na sam.....2  
 Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na .....3  
 Nezadovoljan/na sam .....4  
 Veoma sam nezadovoljan/na.....5  
 ne zna.....8  
 odbijanje.....9

Zdravstvena služba	ZA.1
a. Državna	<input type="checkbox"/>
b. Privatna	<input type="checkbox"/>

# MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA

## VISINA I TEŽINA – VT

### Uvod VT

Sada ću Vas pitati o Vašoj visini i težini.

#### **VT.1 Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm]**

\_\_\_\_ cm

ne zna

998 odbijanje

999

#### **VT.2 Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg]**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ŽENE ISPOD 50 GODINA PITAJTE DA LI SU TRUDNE I ONDA IH PITAJTE ZA TEŽINU PRE TRUDNOĆE.*

\_\_\_\_ kg

ne zna

998 odbijanje

999

### Uvod IS

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

## FIZIČKA AKTIVNOST – FA

### Uvod FA

Ono što ću Vas sledeće pitati je o vremenu koje provodite baveći se različitim fizičkim aktivnostima u toku jedne tipične nedelje. Molim vas odgovorite na pitanja iako sebe ne smatrate fizički aktivnom osobom.

#### Uvod FA.1

Prvo mislite o vremenu koje provedete radeći neki posao. To može biti: plaćeni ili neplaćeni posao, rad u kući ili oko kuće, briga o porodici, studiranje ili učenje.

**FA.1 Kada kažete da radite, šta od navedenog najbolje opisuje to što radite? Vi bi ste rekli ...**

**ANKETAR:** ODGOVOR ISPITANIKA TREBA DA SE ODNOSI NA GLAVNI POSAO, ONAJ KOJI ZAHTEVA NAJVIŠE VREMENA. AKO ISPITANIK OBAVLJA VIŠE POSLOVA ISPITANIK TREBA DA UKLJUČI SVE I IZABERE SAMO JEDAN ODGOVOR.

- Uglavnom sedim ili stojim  1
- Uglavnim hodam ili se umereno fizički naprežem  2
- Uglavnom radim težak ili fizički zahtevan posao  3

**ANKETAR:** NE ČITATI ODGOVOR

- Ne obavljam nikakav posao  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

Uvod FA.2

Sledeća pitanja isključuju fizičke aktivnosti koje su vezane za obavljanje posla o kojima ste maločas govorili. Sada ću Vas pitati o načinu na koji uobičajeno idete do ili od nekog mesta; na primer do posla, škole/fakulteta, samoposluge, u kupovine, do autobuske stanice...

**FA.2 U tipičnoj nedelji, koliko dana HODATE najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

Broj dana:

- Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FA.3 Koliko obično vremena u toku dana provedete hodajući kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

- 4 – 29 minuta dnevno  1
- 30 – 59 minuta dnevno  2
- 1 do manje od 2 sata dnevno  3
- 2 do manje od 3 sata dnevno  4
- 3 sata i više dnevno  5
- ne zna  8
- odbijanje  9



**FA.4 U tipičnoj nedelji, koliko dana VOZITE BICIKL najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.6

ne zna  8

odbijanje  9

**FA.5 Koliko obično vremena u toku dana provedete vozeći bicikl kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

10 – 29 minuta dnevno  1

30 – 59 minuta dnevno  2

1 do manje od 2 sata dnevno  3

2 do manje od 3 sata dnevno  4

3 sata i više dnevno  5

ne zna  8

odbijanje  9

Uvod FA.6

Sledeća pitanja ISKLJUČUJU AKTIVNOSTI VEZANE ZA POSAO I PREVOZ o kojima ste već govorili. Sada bih Vas pitao/la O BAVLJENJU SPORTOM, FITNESSOM I REKREACIJOM U TOKU SLOBODNOG VREMENA koji makar I U NAJMANJOJ MERI DOVODE DO UBRZANOG DISANJA ILI PULSA. Na primer brzi hod, igre sa loptom (fudbal, košarka...), trčanje, vožnja bicikla ili plivanje.

**FA.6 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu)?**

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.8

ne zna  8

odbijanje  9

**FA.7 U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme?**

□□□ : □□□ nedeljno  
sati      minuti

ne zna  98

odbijanje  99

**FA.8 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite fizičkim aktivnostima posebno namenjenim jačanju Vaših mišića kao što su vežbe otpora i snage (uključuje sve aktivnosti iako ste ih ranije pomenuli.)**

Broj dana: □□

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0

ne zna  8

odbijanje  9

#### Uvod FA.9

Poslednje pitanje je o vremenu koje ste provodili u sedenju u jednom radnom danu tokom tipične nedelje. Obuhvaćeno je vreme koje provodite u sedećem položaju na poslu, u stanu/kući i tokom slobodnog vremena. Ono uključuje vreme provedeno u sedećem položaju za stolom, pri poseti prijateljima i vreme provedeno u sedećem ili ležećem položaju za vreme čitanja i gledanja televizije.

**FA.9 U proteklih sedam dana u tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?**

□□□ : □□□ dnevno  
sati      minuti

ne zna  98

odbijanje  99

## ISHRANA – IS

### IS.1 Koliko puta u toku nedelje doručujete?

- Svaki dan  1
- Ponekad  2
- Nikad  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

### IS.2 Koliko često pijete mleko i/ili mlečne proizvode (jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao)?

- Svaki dan po 2 ili više šolja  1
- Svaki dan po jednu šolju  2
- Ponekad, ne svaki dan  3
- Nikad  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

### IS.3 Koju vrstu hleba najčešće koristite u ishrani?

- Beli  1
- Polubeli  2
- Integralni  3
- Kombinovano (sve vrste)  4
- Ne jedem hleb  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

### IS.4 Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.) u Vašem domaćinstvu?

- Svinjska mast, puter  1
- Biljna mast, margarin  2
- Ulje  3
- Ne koristim masnoću  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

### IS.5 Da li dosoljavate hranu koju jedete?

- Da, skoro uvek pre nego što probam hranu  1  
Da, kada hrana nije dovoljno slana  2  
Nikad  3  
ne zna  8  
odbijanje  9

### IS.6 Koliko često jedete ribu?

- Više od 2 puta nedeljno  1  
2 puta nedeljno  2  
Manje od 2 puta nedeljno  3  
Nikad  4  
ne zna  8  
odbijanje  9

### Uvod IS 7

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

### IS.7 Koliko često jedete voće, izuzimajući sok napravljen od koncentrata voća?

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SAMO SVEŽE CEĐENI SOKOVI. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG VOĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI, SE ISKLJUČUJU. PLODOVI VOĆA MOGU BITI SVEŽI ILI SMRZNUTI, KONZERVIRANI, ILI SUŠENI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD VOĆA I PASIRANO VOĆE.*

- Jednom i više puta dnevno  1  
4 do 6 puta nedeljno  2  
1 do 3 puta nedeljno  3  
Manje od jednom nedeljno  4  
Nikada  5  
ne zna  8 → PREĆI NA IS.9  
odbijanje  9 → PREĆI NA IS.9
- } PREĆI NA IS.9

### IS.8 Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 14-IS.8.*

- Broj porcija:   
ne zna  98  
odbijanje  99

### IS.9 Koliko često jedete povrće i salate, izuzimajući krompir i sok napravljen od koncentrata povrća?

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** UKLJUČUJU SE SUPE (TOPLE I HLADNE), KAO I SVEŽE CEĐENI SOKOVI OD POVRĆA. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRÚPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG POVRĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI POVRĆA MOGU BITI SVEŽI, SMRZNUTI ILI KONZERVIRANI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD POVRĆA I PASIRANO POVRĆE. PASULJ, SOČIVO I DRUGA KUVANA JELA OD POVRĆA SE TAKOĐE UKLJUČUJU.

- |                           |  |                  |
|---------------------------|--|------------------|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> 1                  | } PREĆI NA IS.11 |
| 4 do 6 puta nedeljno      | <input type="radio"/> 2                  |                  |
| 1 do 3 puta nedeljno      | <input type="radio"/> 3                  |                  |
| Manje od jednom nedeljno  | <input type="radio"/> 4                  |                  |
| Nikada                    | <input type="radio"/> 5                  |                  |
| ne zna                    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA IS.11 |                  |
| odbijanje                 | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA IS.11 |                  |

### IS.10 Koliko porcija povrća i salate, izuzimajući sok i krompir, jedete svaki dan?

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 15-IS.10

Broj porcija:

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| ne zna    | <input type="radio"/> 98 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 99 |

### IS.11 Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Uvek      | <input type="radio"/> 1 |
| Često     | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad   | <input type="radio"/> 3 |
| Nikad     | <input type="radio"/> 4 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

## IS.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci zbog zdravstvenih razloga...

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 16-IS.12 UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU PROMENU.

AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA PROMENA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da  1  
Ne  2  
Nije bilo potrebno  3  
ne zna  8  
odbijanje  9

PROMENA	IS.12
a. smanjili unos masnoća	<input type="checkbox"/>
b. promenili vrstu masnoća u ishrani	<input type="checkbox"/>
c. smanjili unos soli	<input type="checkbox"/>
d. smanjili unos šećera	<input type="checkbox"/>
e. povećali konzumiranje voća i povrća	<input type="checkbox"/>
f. smanjili težinu (oslabili uz pomoć dijete)	<input type="checkbox"/>
g. smanjili konzumiranje alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>

## FAKTORI RIZIKA – FR

### Uvod FR

Sledeća pitanja se odnose na vaše stavove, znanja i ponašanje u vezi sa faktorima rizika po zdravlje.

### **FR.1 Da li smatrate da svojim ponašanjem rizikujete da obolite od neke od navedenih bolesti?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 17-FR.1. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST.

- Da..... 1  
Ne..... 2  
Već oboleo/la..... 3  
ne zna..... 8  
odbijanje..... 9

BOLEST	FR.1
a. Gojaznost	<input type="checkbox"/>
b. Povišeni krvni pritisak	<input type="checkbox"/>
c. Šećerna bolest	<input type="checkbox"/>
d. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog, angina pektoris)	<input type="checkbox"/>
e. Plućne bolesti (hronični bronhitis)	<input type="checkbox"/>
f. Rak	<input type="checkbox"/>
g. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
h. Polne bolesti, sida (AIDS)	<input type="checkbox"/>
i. Bolesti kao posledice povrede	<input type="checkbox"/>

## FR.2 Kakav uticaj na zdravlje po Vašem mišljenju imaju...

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **18-FR.2** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU ODREDNICU.

Veliki..... 1

Umeren..... 2

Mali..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ODREDNICA	FR.2
a. Ishrana	<input type="checkbox"/>
b. Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>
c. Pušenje	<input type="checkbox"/>
d. Konzumiranje alkohola	<input type="checkbox"/>
e. Društvene aktivnosti (druženje sa prijateljima, izlasci, izleti...)	<input type="checkbox"/>

### FR.3 Da li prilikom vožnje...

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 19-FR.3 UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU SITUACIJU.

Da ..... 1

Ne ..... 2

Ponekad..... 3

Ne vozim..... 4

ne zna ..... 8

odbijanje ..... 9

SITUACIJA	FR.3
a. rolera/skejtboarda koristite štitnike i kacigu	<input type="checkbox"/>
b. bicikla nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
c. bicikla noću koristite prednje i zadnje svetlo	<input type="checkbox"/>
d. traktora noću koristite prednja i zadnja svetla	<input type="checkbox"/>
e. motora nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
f. automobila koristite sigurnosni pojas	<input type="checkbox"/>
g. automobila vozite pod uticajem alkohola	<input type="checkbox"/>
h. automobila prekoračujete dozvoljenu brzinu	<input type="checkbox"/>
i. automobila koristite mobilni telefon	<input type="checkbox"/>

### FR.4 Da li pratite teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO SREDSTVO INFORMISANJA.

Da..... 1

Ne..... 2

Povremeno..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9



SREDSTVA INFORMISANJA	FR.4
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

## SOCIJALNA PODRŠKA – SP

### Uvod SP

Sledeća tri pitanja se odnose na Vaše socijalne odnose.

**SP.1 Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?**

- Nijedna  1
- 1 ili 2  2
- 3 do 5  3
- 6 ili više  4

**SP.2 Koliko su ljudi uistinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?**

- Veoma su zainteresovani  1
- Donekle su zainteresovani  2
- Nisu niza zainteresovani, ni nezainteresovani  3
- Malo su zainteresovani  4
- Nimalo nisu zainteresovani  5

**SP.3 Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?**

- Vrlo lako  1
- Lako  2
- Moguće  3
- Teško  4
- Jako teško  5

## NEFORMALNO STARANJE – NS

### Uvod NS

Sledeća pitanja su o pružanju nege ili pomoći ljudima sa zdravstvenim problemom.

**NS.1 Da li, najmanje jednom nedeljno, pružate negu ili pomažete jednoj ili više osoba koje pate zbog problema vezanih za starost, problema usled hroničnih bolesti/stanja ili nemoći?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** DODATI „ISKLUJUČITE PRUŽANJE BILO KOJE NEGE KOJA JE VEZANA ZA VAŠU PROFESIJU”.

- |           |                       |   |               |
|-----------|-----------------------|---|---------------|
| Da        | <input type="radio"/> | 1 | } KRAJ ANKETE |
| Ne        | <input type="radio"/> | 2 |               |
| Ne zna    | <input type="radio"/> | 8 |               |
| Odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |               |

**NS.2 Da li je ta osoba ili su te osobe neke od ovih:**

- |                                       |                       |   |
|---------------------------------------|-----------------------|---|
| Član(ovi) Vaše porodice               | <input type="radio"/> | 1 |
| Neko drugi (nije član Vaše porodice)? | <input type="radio"/> | 2 |

**ANKETAR:** DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR. UKOLIKO JE VIŠE OSOBA UKLJUČENO RECITE: „IZABERITE ONU OSOBU KOJOJ NAJVIŠE POMAŽETE”.

**NS.3 Koliko sati nedeljno pružate negu ili pomoć?**

- |   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| Manje od 10 sati nedeljno                 | <input type="radio"/> | 1 |
| Najmanje 10 ali manje od 20 sati nedeljno | <input type="radio"/> | 2 |
| 20 i više sati nedeljno                   | <input type="radio"/> | 3 |

KRAJ ANKETE

**UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE  
(ZA ISPITANIKE STAROSTI 15 GODINA I VIŠE)**

DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku:

\_\_\_\_\_

DO3. Broj reda člana domaćinstva

\_\_\_\_\_

DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu:

\_\_\_\_\_

DO4. Dan / mesec / godina anketiranja:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2013.

Ime prezime i ID anketara: \_\_\_\_\_

**DO5. Rezultat ankete rađene za samopopunjavanje**

*ANKJ Šifre se odnose na ispitanika, tj. na to da li je ispitanik pristao na anketiranje.*

1. Ispitanik pristaje da radi upitnik
2. Upitnik nije popunjen jer ispitanik odbija
3. Upitnik nije popunjen jer ispitanik nije dostupan za sve vreme trajanja terena (vojska, inostranstvo, bolnica...)
4. Upitnik nije popunjen jer ispitanik nije u stanju da popuni ovaj upitnik

Poštovani/a,

Na pitanja u ovom upitniku odgovarate samostalno. Pre davanja odgovora, veoma pažljivo pročitajte pitanje i sve ponuđene odgovore. Obeležavate samo jedan odgovor osim u slučaju kada je naznačeno da je moguće dati više odgovora!

Vaš odgovor obeležavate tako što upisujete **X** u zatvorenu kućicu  ili odgovarajući broj u otvorene kućice

Ukoliko pored odgovora koji ste obeležili **ne stoji znak "→" (strelica)**, **prelazite na sledeće pitanje.**

**Strelica "→"** pored Vašeg odgovora **upućuje na sledeće pitanje na koje treba da pređete.**

Vaši odgovori su poverljivi, stoga Vas molimo da date iskrene odgovore!

## HIGIJENSKE NAVIKE

### **HN.1 Koliko često perete ruke nakon ulaska u kuću?**

- Uvek  1
- Skoro uvek  2
- Ponekad  3
- Skoro nikad  4
- Nikad  5

### **HN.2 Koliko često perete ruke pre jela?**

- Uvek  1
- Skoro uvek  2
- Ponekad  3
- Skoro nikad  4
- Nikad  5

### **HN.3 Koliko često perete ruke posle upotrebe WC-a (nužnika)?**

- Uvek  1
- Skoro uvek  2
- Ponekad  3
- Skoro nikad  4
- Nikad  5

### **HN.4 Koliko često perete zube?**

- Više od jednom dnevno  1
- Jednom dnevno  2
- Povremeno  3
- Nikad  4
- Nemam svoje zube ni protezu  5

### **HN.5 Koliko puta ste se tokom prethodne nedelje kupali ili tuširali?**

- Svaki dan  1
- 4-6 puta  2
- 2-3 puta  3
- Jednom  4
- Nijednom  5

## PUŠENJE

### PU.1 Da li ste ikad pušili?

- Da  1  
Ne  2 → PREĐITE NA PITANJE PU.8

### PU.2 Da li ste ikad pušili svakodnevno?

- Da  1  
Ne  2

### PU.3 Da li sad a pušite?

- Da, svakodnevno  1  
Da, povremeno  2  
Ne  3 → PREĐITE NA PITANJE PU.8

### PU.4 Koju vrstu duvanskih proizvoda uglavnom koristite?

MOGUĆ JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

- Cigarete (fabrički proizvedene ili samostalno zavijene)  1 → PREĐITE NA PITANJE PU.5  
Cigare  2  
Duvan za lulu  3  
Drugo  4 } PREĐITE NA PITANJE PU.6

### PU.5 Koliko cigareta prosečno popušite u toku jednog dana?

Broj cigareta:

Ne pušim svakodnevno  0

### PU.6 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci pokušali da prestanete da pušite?

- Da  1  
Ne  2

### PU.7 Da li Vam je tokom prethodnih 12 meseci lekar ili drugi zdravstveni radnik savetovao da prestanete da pušite?

- Da  1  
Ne  2

**PU.8 Koliko često ste izloženi duvanskom dimu u zatvorenom prostoru (u kući, na poslu, u restoranima, na javnim mestima poput pozorišta, klubova...)?**

- Nikada ili skoro nikada  1  
Manje od 1 sata dnevno  2  
1 sat i više dnevno  3

**PU.9 Da li ste zabrinuti zbog štetnih posledica pušenja/izloženosti duvanskom dimu po vaše zdravlje?**

- Da, veoma  1  
Da pomalo  2  
Ne previše  3  
Ne, nimalo  4

### UPOTREBA ALKOHOLA

**AL.1 Koliko često ste tokom prethodnih 12 meseci pili alkoholna pića (pivo, vino, žestoka pića, koktele, likere, alkoholna pića iz kućne/domaće proizvodnje...)?**

- Svaki dan ili skoro svaki dan  1  
5 - 6 dana u nedelji  2  
3 - 4 dana u nedelji  3  
1 - 2 dana u nedelji  4  
2 - 3 dana mesečno  5  
Jednom mesečno  6  
AL.6  
Manje od jednom mesečno  7  
Ne u proteklih 12 meseci, jer više ne pijem alkohol  8  
Nikada, ili nekoliko gutljaja, u svom životu  9
- } PREDITE NA PITANJE  
} PREDITE NA PITANJE PS.1

**AL.2 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko dana od ta 4 dana obično pijete alkoholna pića?**

- Sva četiri dana  1  
3 od 4 dana  2  
2 od 4 dana  3  
1 od 4 dana  4  
Ni jedan od 4 dana  5 → PREDITE NA PITANJE AL.4

### AL.3 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

U OVOM DELU UPITNIKA, OD VAS SE OČEKUJE DA NAM ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠOJ UPOTREBI ALKOHOLNIH PIĆA NA OSNOVU STANDARDNIH ČAŠA, ODNOSNO ČAŠA KOJE SE KORISTE U UGOSTITELJSTVU. MOLIMO VAS DA IMATE U VIDU KOLIČINE STANDARDNIH PIĆA NAVEDENE NA SLICI KADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 16 ili više pića dnevno | <input type="radio"/> 1 |
| 10-15 pića dnevno       | <input type="radio"/> 2 |
| 6 - 9 pića dnevno       | <input type="radio"/> 3 |
| 4 - 5 pića dnevno       | <input type="radio"/> 4 |
| 3 pića dnevno           | <input type="radio"/> 5 |
| 2 pića dnevno           | <input type="radio"/> 6 |
| 1 piće dnevno           | <input type="radio"/> 7 |
| 0 pića dnevno           | <input type="radio"/> 8 |



### AL.4 Od PETKA do NEDELJE, koliko dana od ta 3 dana obično pijete alkoholna pića?

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Sva tri dana       | <input type="radio"/> 1                           |
| 2 od 3 dana        | <input type="radio"/> 2                           |
| 1 od 3 dana        | <input type="radio"/> 3                           |
| Ni jedan od 3 dana | <input type="radio"/> 4 → PREĐITE NA PITANJE AL.6 |

### AL.5 Od PETKA do NEDELJE, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

MOLIMO VAS DA KORISTITE VREDNOSTI NAVEDENE NA SLICI ISPOD PITANJA AL.3 KADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 16 ili više pića dnevno | <input type="radio"/> 1 |
| 10 - 15 pića dnevno     | <input type="radio"/> 2 |
| 6 - 9 pića dnevno       | <input type="radio"/> 3 |
| 4 - 5 pića dnevno       | <input type="radio"/> 4 |
| 3 pića dnevno           | <input type="radio"/> 5 |
| 2 pića dnevno           | <input type="radio"/> 6 |
| 1 piće dnevno           | <input type="radio"/> 7 |
| 0 pića dnevno           | <input type="radio"/> 8 |

**AL.6 Koliko često se tokom prethodnih 12 meseci dešavalo da popijete 6 ili više pića koja sadrže alkohol u toku jedne prilike (na primer, u toku zabave, uz jelo, u toku večeri provedene sa prijateljima, sami kod kuće...)?**

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| Svaki dan iliskoro svaki dan | <input type="radio"/> 1 |
| 5 - 6 dana u nedelji         | <input type="radio"/> 2 |
| 3 - 4 dana u nedelji         | <input type="radio"/> 3 |
| 1 - 2 dana u nedelji         | <input type="radio"/> 4 |
| 2 - 3 dana u mesecu          | <input type="radio"/> 5 |
| Jednom mesečno               | <input type="radio"/> 6 |
| Manje od jednom mesečno      | <input type="radio"/> 7 |
| Ne u prethodnih 12 meseci    | <input type="radio"/> 8 |
| Nikada u životu              | <input type="radio"/> 9 |

### **UPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI**

**PS.1 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci koristili neko od navedenih sredstava?**

OBELEŽITE SVAKO SREDSTVO KOJE STE KORISTILI.

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Sredstva za spavanje           | <input type="radio"/> 1  |
| Sredstva za umirenje           | <input type="radio"/> 2  |
| Sredstva protiv bolova         | <input type="radio"/> 3  |
| Morfijum                       | <input type="radio"/> 4  |
| Kanabis (marihuana ili hašiš)  | <input type="radio"/> 5  |
| Ekstazi                        | <input type="radio"/> 6  |
| Amfetamin, metamfetamin (spid) | <input type="radio"/> 7  |
| Kokain                         | <input type="radio"/> 8  |
| Krek                           | <input type="radio"/> 9  |
| Heroin                         | <input type="radio"/> 10 |
| LSD                            | <input type="radio"/> 11 |
| Isparljive supstance (lepak)   | <input type="radio"/> 12 |
| Ništa od navedenog             | <input type="radio"/> 13 |



## SEKSUALNO PONAŠANJE

### SE.1 Da li ste stupili u seksualne odnose?

POD SEKSUALNIM ODNOSOM SE PODRAZUMEVA VAGINALNI ILI PENETRATIVNI ANALNI SEKSUALNI ODNOS.

- Da  1  
Ne  2 → PREDITE NA PITANJE SE.11

### SE.2 Sa koliko godina ste prvi put stupili u seksualne odnose?

\_\_\_ godina

### SE.3 Da li ste ikada imali seksualne odnose sa osobom istog pola?

- Da, u poslednjih 12 meseci  1  
Da, pre više od 12 meseci  2  
Ne  3

### SE.4 Da li ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

- Da  1  
Ne  2 → PREDITE NA PITANJE SE.11

### SE.5 Sa koliko različitih partnera ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

POD PARTNEROM SE PODRAZUMEVA OSOBA SA KOJOM STE IMALI SEKSUALNE ODNOSBE BEZ OBZIRA NA POL. UKLJUČUJE STALNOG PARTNERA, POVREMENOG PARTNERA, KAO I KOMERCIJALNOG PARTNERA (OSOBU KOJA VAM JE PRUŽILA SEKS ZA NOVAC ILI USLUGU)

- Sa jednim partnerom  1  
Sa 2 partnera  2  
Sa 3 partnera  3  
Sa više od 3 partnera  4

### SE.6 Da li je korišćen kondom tokom Vašeg poslednjeg seksualnog odnosa?

- Da  1  
Ne  2  
Ne sećam se  3

### SE.7 Da li ste imali seksualni odnos sa povremenim partnerom tokom prethodnih 12 meseci?

- Da  1  
Ne  2  
Ne sećam se  3

**SE.8 Da li je korišćen kondom tokom Vašeg poslednjeg seksualnog odnosa sa povremenim partnerom?**

- Da  1  
Ne  2  
Ne sećam se  3

**SE.9 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi ili Vaš partner koristili neko od navedenih sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće?**

*DOZVOLJENO JE DATI VIŠE ODGOVORA. OBELEŽITE SVAKO SREDSTVO ILI METOD KOJI STE KORISTILI.*

- Pilula  1  
Intrauterina spirala  2  
Hormonska injekcija  3  
Hormonski implantat  4  
Dijafragma  5  
Pena, gel  6  
Ženski kondom  7  
Ženska sterilizacija  8  
Muški kondom  9  
Muška sterilizacija  10  
Neplodni dani  11  
Prekinut odnos  12  
Pilula za „dan posle“  13  
Ništa od navedenog  14

**SE.10 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi imali (ili je Vaša partnerka imala) namerni prekid trudnoće?**

- Da  1  
Ne  2

**SE.11 Da li ste čuli za virus koji se zove HIV i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva?**

- Da  1  
Ne  2 → PREDITE NA PITANJE NA.1

## SE.12 Šta mislite o sledećim pitanjima?

	Da	Ne	Ne znam
1. Da li upražnjavanje seksualnih odnosa samo sa jednim pouzdanim, nezaraženim partnerom može smanjiti rizik od prenosa HIV infekcije?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Da li pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa može smanjiti rizik od prenosa HIV infekcije?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Da li je moguće da osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac HIV-a?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Da li osoba može dobiti HIV ukoliko deli prostor/boravi u istom prostoru sa inficiranom osobom?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Da li osoba može dobiti HIV ako deli hranu/obrok sa inficiranom osobom?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Ako bi neki član vaše porodice oboleo od HIV-a da li biste prihvatili da njega ili nju negujete u svom domaćinstvu?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Ako biste saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac hrane ima HIV da li biste kupili sveže povrće od njega/nje?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Ako bi učiteljica/nastavnica imala virus HIV-a, ali da pritom nije obolela, da li bi joj trebalo dozvoliti da nastavi da podučava u školi?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Ako bi se član vaše porodice inficirao virusom HIV -a da li biste želeli da to ostane tajna?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

## SE.13 Da li znate mesto gde se možete savetovati i testirati na HIV?

Da  1

Ne  2

## SE.14 Da li ste se testirali na HIV?

Da, u poslednjih 12 meseci  1

Da, pre više od 12 meseci  2

Ne  3 → PREDITE NA PITANJE NA.1

## SE.15 Da li su Vam saopšteni rezultati?

*UKOLIKO STE SE TESTIRALI VIŠE PUTA, PITANJE SE ODNOSI SE NA VAŠE POSLEDNJE TESTIRANJE NA HIV.*

Da  1

Ne  2

## NASILJE

**NA.1 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju?**

- |                            | Da                      | Ne                      |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. U porodici              | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 2. U školi/na radnom mestu | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 3. Na ulici                | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

**NA.2 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom psihičkom maltretiranju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju...)?**

- |                            | Da                      | Ne                      |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. U porodici              | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 2. U školi/na radnom mestu | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 3. Na ulici                | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

**NA.3 Ukoliko ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju ili psihičkom maltretiranju da li ste se obraćali za pomoć?**

- |   | Da                      | Ne                      |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Socijalnom radniku                       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 2. Zdravstvenom radniku                     | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 3. SOS službi                               | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 4. Policiji                                 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 5. Roditelju, detetu, rođaku,<br>prijatelju | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 6. Nastavniku, profesoru                    | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

**NA.4 Da li se do sada dešavalo da Vi nekoga:**

- |  | Da                      | Ne                      |
|--|-------------------------|-------------------------|
| 1. Psihički maltretirate (vređate, ponižavate) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| 2. Tučete                                      | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

KRAJ ANKETE

**UPITNIK**  
**za domaćinstvo- intervju**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** PITANJA KOJA SLEDE POSTAVLJAJU SE GLAVNOM ISPITANIKU/NOSIOCU DOMAĆINSTVA. GLAVNI ISPITANIK/NOSILAC DOMAĆINSTVA (GLAVA DOMAĆINSTVA) JE LICE PREPOZNTALJIVO ZA SVE ČLANOVE DOMAĆINSTVA. NAJČEŠĆE JE TO LICE KOJE DONOSI ZNAČAJNE ODLUKE ILI JE ODGOVORNO ZA FINANSIJSKU SITUACIJU I BLAGOSTANJE ČLANOVA DOMAĆINSTVA.

### Uvod KD

Sledeća grupa pitanja se odnose na karakteristike domaćinstva

#### **KD.1 Koliko se prostorija u kući/stanu domaćinstva koristi za spavanje?**

\_\_\_\_\_prostorija za spavanje

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI UKUPAN BROJ PROSTORIJA ZA SPAVANJE

#### **KD.2 Od kog osnovnog materijala je napravljen pod u kući / stanu ?**

Parket/laminat/brodski pod/keramičke pločice	O1
Patos	O2
Beton	O3
Zemlja	O4
Drugo, (navesti) _____	O95

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR. ZAOKRUŽITI PŘEOVLADUJUĆI MATERIJAL.

#### **KD.3 Odkog osnovnog materijala je napravljen krov kuće/zgrade?**

Slama	O1
Trska	O2
Drvene daske	O3
Lim	O4
Crep	O5
Cementna/betonska ploča	O6
Krovná šindra	O7
Drugo, (navesti) _____	O95

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR. ZAOKRUŽITI PŘEOVLADUJUĆI MATERIJAL.

**KD.4 Od kog osnovnog materijala su sagrađen izidovi u kući/stanu  
domaćinstva?**

Naboj (trska, slama, blato)	01
Kamen i blato	02
Nepečena cigla	03
Šperploča	04
Karton	05
Polovna građa	06
Beton	07
Kamen sa cementom	08
Cigla	09
Cementni blok	010
Drvene daske/šindra	011
Drugo, (navesti)_____	095

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR. ZAOKRUŽITI  
PREOVLADUJUĆI MATERIJAL.

**KD.5 Koji zvor energije najčešće koristite za grejanje u Vašo jkući/stanu?**

Električna energija	01
Gas	02
Drvo	03
Ugalj	04
Nafta/Lož ulje/Mazut	05
Drugo, (navesti)_____	095

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.

UvodVO

Sledećapitanjaseodnosenasnabdevanjepijaćomvodomisanitaciju.

**VO.1 Koje je glavno izvorište pijaće vode za vaše domaćinstvo?**

Gradskivodovod	01
Seoski (lokalni) vodovod	02
Javna česma	03
Bušenibunar	04
Zaštićenkopanibunarilizaštićenizvor	05
Nezaštićenkopanibunarilinezaštićenizvor	06
Površinska voda (jezero, reka, potok)	07
Kišnica	08

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Flaširan a voda       | <input type="radio"/> 9  |
| Cisterna              | <input type="radio"/> 10 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 95 |

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR*

## **VO.2 Kakvu vrstu nužnika (WC-a) koristi Vaše domaćinstvo?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Nužnik na ispiranje sa priključkom na kanalizaciju              | <input type="radio"/> 01 |
| Nužnik na ispiranje sa priključkom na septičku jamu             | <input type="radio"/> 02 |
| Nužnik bez ispiranja sa vodonepropusnom jamom                   | <input type="radio"/> 03 |
| Poljski nužnik sa postoljem od betona ili dasaka i sa poklopcem | <input type="radio"/> 04 |
| Poljski nužnik bez postolja od betona ili dasaka i bez poklopca | <input type="radio"/> 05 |
| Nema nužnik   | <input type="radio"/> 6  |
| Drugo, (navesti)_____   | <input type="radio"/> 95 |

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR*

## UvodPD

Sada bi želeli da razgovaramo o prihodima Vašeg domaćinstva, kao i o socioekonomskom stanju Vašeg domaćinstva.

## **PD.1 Ova kartica prikazuje različite izvore prihoda. Da li možete reći koje izvore prihoda imate Vi i članovi vašeg domaćinstva?**

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| Prihodi od posla (zaposleni ili samozaposleni) | <input type="radio"/> 01  |
| Nadoknada za nezaposlene                       | <input type="radio"/> 02  |
| Penzija  | <input type="radio"/> 03  |
| Dodatak za kućnu negu i pomoć                  | <input type="radio"/> 04  |
| Porodični / dečji dodatak                      | <input type="radio"/> 05  |
| Izdavanje nekretnina                           | <input type="radio"/> 06  |
| Nadoknada za školovanje / stipendija           | <input type="radio"/> 07  |
| Druge nadoknade                                | <input type="radio"/> 08  |
| Bez prihoda                                    | <input type="radio"/> 09  |
| Ne zna   | <input type="radio"/> 098 |
| Odbijanje                                      | <input type="radio"/> 099 |

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *POKAŽTE KARTICU1 – DOMAĆINSTVO. BELEŽE SE SVI IZVORI PRIHODA VEZANO ZA SVE ČLANOVE DOMAĆINSTVA. DOZVOLJENO JE VIŠE ODGOVORA.*



**PD.2 Ako razmislite o svim izvorima prihoda koje ste prethodno naveli (vaših i članova vašeg domaćinstva) da li znate koliki je ukupan mesečni prihod vašeg domaćinstva (u neto iznosu)?**

- Da  1  
Ne  2 → PREĆI NA PD.4  
Odbijanje  9

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR*

**PD.3 Koliki je ukupan mesečni prihod Vašeg domaćinstva (u neto iznosu)?**

Iznos | | | | | | | (dinari) → PREĆI NA PD.5

Odbijanje  9999999

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *BRZO NAVESTI. SAMO UKOLIKO ISPITANIK NIJE SIGURAN: "MOŽETE DA KAŽETE I ODPRILIKE".*

**PD.4 Možda bi ipak mogli da kažete okviran umesto apsolutnog iznosa. Molim Vas pogledajte ovu karticu i recite u koju grupu spada Vaše domaćinstvo prema iznosu mesečnog neto prihoda.**

- Do 14000 RSD  01  
Od 14001 do 20000 RSD  02  
Od 20001 do 25000 RSD  03  
Od 25001 do 30000 RSD  04  
Od 30001 do 37500 RSD  05  
Od 37501 do 45000 RSD  06  
Od 45001 do 52500 RSD  07  
Od 52501 do 60000 RSD  08  
Od 60001 do 80000 RSD  09  
Iznad 80000 RSD  10  
Odbijanje  99

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** *POKAŽTE KARTICU 2 – DOMAĆINSTVO.*

**PD.5 Da li Vaše domaćinstvo ima:**

Zemlju	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Automobil	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Traktor	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Frižider	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Bojler	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Mašinu za pranje veša	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Mašinu za pranje sudova	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Televizor u boji	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Telefon	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Mobilni telefon	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Personalni računar	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Pristup internetu	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Kupatilo	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Centralno grejanje	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Klima uređaj	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02
Uštedevinu	Da	<input type="radio"/> 01	Ne	<input type="radio"/> 02

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** ZAOKRUŽITI ODGOVOR ZA SVAKU OD NAVEDENIH STAVKI

**PD.6 Ako razmislite o svim troškovima za zdravstvenu zaštitu koje ste imali vi i članovi vašeg domaćinstva u toku prethodnih 12 meseci da li možete da navedete ukupnu sumu?**

Iznos | | | | | | | | (dinari)

Odbijanje  09999999

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** BRZO NAVESTI .SAMO UKOLIKO ISPITANIK NIJE SIGURAN: "MOŽETE DA KAŽETE I ODPRI LIKE".



<b>IZ3</b> <b>Koliko su u toku prethodnih 12 meseci članovi Vašeg domaćinstva potrošili na:</b> [ANK] <i>Upisati u dinarima.</i>											
1. Bolničko lečenje	A državna ustanova										
	B privatna praksa										
2. Rehabilitaciju (stacionarnog tipa)											
3. Pomagala (naočare, kontaktna sočiva, slušni aparat, proteze, ortopedske cipele, invalidska kolica...)											
4. Lečenje u inostranstvu											
IZ4											
<b>IZ4</b> <b>Ako je neko od članova Vašeg domaćinstva u toku prethodnih 12 meseci direktno dao zdravstvenom osoblju određeni novčani iznos ili dao bilo kakav poklon, kolika je to bila vrednost?</b> [ANK] <i>Upisati u dinarima. Ukoliko je odgovor „Nisu zahtevali“ zaokružiti šifru 2.</i>											
Koliko ste platili zdravstvenom osoblju (natura ili gotovina) <b>na njihov zahtev?</b>											
Ukoliko je odgovor „Nisu zahtevali“ zaokružiti šifru 2.		2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali
Kolika je vrednost poklona (natura ili gotovina) koje ste <b>samoinicijativno</b> dali zdravstvenom osoblju?											
Ne želim da odgovorim ( BO) Ne čitati.		BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO
Sledeć upitnik											

KRAJ ANKETE

Поштовани/а

Позвани сте да учествујете у Истраживању здравља становништва Србије. Главни циљ истраживања је да се спровођењем анкете и мерењем одређених показатеља који су важни за здравље добију информације о здравственом стању становништва, навикама које утичу на здравље и коришћењу здравствене заштите.

Истраживање спроводи Министарство здравља Србије на узорку од 6.500 домаћинстава у свим крајевима Србије. Ваше домаћинство је изабрано методом случајног избора из регистра домаћинстава пописаних 2011. године. Сви аспекти овог Истраживања су одобрени од стране Етичког одбора Института за јавно здравље Србије. Образац који је пред Вама садржи најважније информације о истраживању и Вашем ангажовању у њему уколико на то пристанете.

Репрезентативност и корист резултата овог истраживања директно зависе од броја људи који ће у њему учествовати. Ваше учешће у истраживању је нама веома важно, али молимо Вас да имате на уму да је оно за Вас потпуно добровољно, да можете у било ком моменту прекинути учешће и да ће се сви подаци добијени у Истраживању чувати као поверљиви.

Током интервјуа одговараћете на питања о Вашем здрављу, начину живота и коришћењу здравствене заштите. Такође је планирано да Вам се изврше основна мерења (крвни притисак, висина, тежина, обим струка). Интервју и мерење заједно трају 30-45 минута.

У овом Истраживању не постоји никакав ризик по Ваше здравље.

Све информације које се добију овим истраживањем ће се сматрати поверљивим, а подаци ће се користити једино у статистичке сврхе, и то збирно без могућности да се у било ком моменту открије Ваш идентитет. Унос, обрада, анализа и чување података ће бити обављено у складу са Законом о заштити података о личности.

Да бисмо могли да Вас укључимо у истраживање, потребан нам је Ваш пристанак који потврђујете својим потписом. Молимо Вас да одлуку донесете у складу са изнетим информацијама и додатним разговором са нашим сарадницима.

**Пристанак:**

Ја, доле потписани/а, разумем све наведене информације и добровољно пристајем да учествујем у Истраживању.

Потпис: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

Шифра: \_\_\_\_\_

## План третмана података

Назив пројекта/истраживања
Повезаност демографских и социјално-економских детерминанти са неједнакостима у здрављу жена у Војводини
Назив институције/институција у оквиру којих се спроводи истраживање
а) Медицински факултет Нови Сад б) Институт за јавно здравље Војводине
Назив програма у оквиру ког се реализује истраживање
1. Опис података
<p>1.1 Врста студије</p> <p><i>Укратко описати тип студије у оквиру које се подаци прикупљају</i></p> <p>Докторска дисертација</p> <p>1.2 Врсте података</p> <p>а) <b><u>квантитативни</u></b></p> <p>б) <b><u>квалитативни</u></b></p> <p>1.3. Начин прикупљања података</p> <p>а) <b><u>анкете, упитници, тестови</u></b></p> <p>б) клиничке процене, медицински записи, електронски здравствени записи</p> <p>в) генотипови: навести врсту _____</p> <p>г) административни подаци: навести врсту _____</p> <p>д) узорци ткива: навести врсту _____</p> <p>ђ) снимци, фотографије: навести врсту _____</p> <p>е) текст, навести врсту <b>__ литература</b></p> <p>ж) мапа, навести врсту _____</p> <p>з) остало: описати _____</p> <p>1.3 Формат података, употребљене скале, количина података</p>

1.3.1 Употребљени софтвер и формат датотеке:

- a) Excel фајл, датотека **xlsx.csv**
- b) SPSS фајл, датотека **.sps**
- c) PDF фајл, датотека **.pdf**
- d) Текст фајл, датотека **.docx**
- e) JPG фајл, датотека **.jpg .png .tif**
- f) Остало, датотека \_\_\_\_\_

1.3.2. Број записа (код квантитативних података)

- a) број варијабли \_\_\_\_\_ **велик број варијабли** \_\_\_\_\_
- б) број мерења (испитаника, процена, снимака и сл.) 3\_

1.3.3. Поновљена мерења

- a) да
- б) не

Уколико је одговор да, одговорити на следећа питања:

- a) временски размак између поновљених мера је \_\_\_\_\_
- б) варијабле које се више пута мере односе се на \_\_\_\_\_
- в) нове верзије фајлова који садрже поновљена мерења су именоване као \_\_\_\_\_

Напомене: \_\_\_\_\_

*Да ли формати и софтвер омогућавају дељење и дугорочну валидност података?*

- a) Да
- б) Не

*Ако је одговор не, образложити* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Прикупљање података

### 2.1 Методологија за прикупљање/генерисање података

2.1.1. У оквиру ког истраживачког нацрта су подаци прикупљени?

а) експеримент, навести тип \_\_\_\_\_

б) корелационо истраживање, навести тип \_\_\_\_\_

ц) анализа текста, прикупљање података из лиетрауре

д) **остало**, навести шта \_ Студија пресека на реперзентативном узорку, Истраживање здравља становништва Србије

2.1.2 Навести врсте мерних инструмената или стандарде података специфичних за одређену научну дисциплину (ако постоје).

---

---

2.2 Квалитет података и стандарди

2.2.1. Третман недостајућих података

а) Да ли матрица садржи недостајуће податке? Да **Не**

Ако је одговор да, одговорити на следећа питања:

а) Колики је број недостајућих података? \_\_\_\_\_

б) Да ли се кориснику матрице препоручује замена недостајућих података? Да Не

в) Ако је одговор да, навести сугестије за третман замене недостајућих података

---

2.2.2. На који начин је контролисан квалитет података? Описати

Квалитет података је контролисан применом статистичких тестова, одбацивањем екстрема и валидацијом добијених података

2.2.3. На који начин је извршена контрола уноса података у матрицу?

Контрола уноса података у матрицу је изведена поређењем добијених података са литературним подацима

**3. Третман података и пратећа документација**



### 3.1. Третман и чување података

3.1.1. Подаци ће бити депоновани у \_ Репозиторијум докторских дисертација на Универзитету у Новом Саду .

3.1.2. URL адреса <https://cris.uns.ac.rs//searchDissertations.jsf>.\_

3.1.3. DOI \_\_\_\_\_

3.1.4. Да ли ће подаци бити у отвореном приступу?

а) Да

б) Да, али после ембарга који ће трајати до \_\_\_\_\_

в) Не

Ако је одговор не, навести разлог \_\_\_\_\_

3.1.5. Подаци неће бити депоновани у репозиторијум, али ће бити чувани.

Образложење

---

---

### 3.2 Метаподаци и документација података

3.2.1. Који стандард за метаподатке ће бити примењен? \_\_\_\_\_

3.2.1. Навести метаподатке на основу којих су подаци депоновани у репозиторијум.

---

---

Ако је потребно, навести методе које се користе за преузимање података, аналитичке и процедуралне информације, њихово кодирање, детаљне описе варијабли, записа итд.

---

---

---

---

### 3.3 Стратегија и стандарди за чување података

3.3.1. До ког периода ће подаци бити чувани у репозиторијуму? \_\_\_\_\_

3.3.2. Да ли ће подаци бити депоновани под шифром? Да Не

3.3.3. Да ли ће шифра бити доступна одређеном кругу истраживача? Да Не

3.3.4. Да ли се подаци морају уклонити из отвореног приступа после извесног времена?

Да Не

Образложити

---

---

## 4. Безбедност података и заштита поверљивих информација

Овај одељак МОРА бити попуњен ако ваши подаци укључују личне податке који се односе на учеснике у истраживању. За друга истраживања треба такође размотрити заштиту и сигурност података.

### 4.1 Формални стандарди за сигурност информација/података

Истраживачи који спроводе испитивања с људима морају да се придржавају Закона о заштити података о личности ([https://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zastiti\\_podataka\\_o\\_licnosti.html](https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html)) и одговарајућег институционалног кодекса о академском интегритету.

4.1.2. Да ли је истраживање одобрено од стране етичке комисије? Да Не

Ако је одговор Да, навести датум и назив етичке комисије која је одобрила истраживање

07.03.2016. године Етичка комисија Института за јавно здравље Војводине

4.1.2. Да ли подаци укључују личне податке учесника у истраживању? Да Не

Ако је одговор да, наведите на који начин сте осигурали поверљивост и сигурност информација везаних за испитанике:

- а) Подаци нису у отвореном приступу
- б) Подаци су анонимизирани
- ц) Остало, навести шта

---

---

## 5. Доступност података

### 5.1. Подаци ће бити

a) јавно доступни

б) доступни само уском кругу истраживача у одређеној научној области

ц) затворени

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести под којим условима могу да их користе:

---

---

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести на који начин могу приступити подацима:

---

---

### 5.4. Навести лиценцу под којом ће прикупљени подаци бити архивирани.

Ауторство-некомерцијално-делити под истим условима

## 6. Улоге и одговорност

### 6.1. Навести име и презиме и мејл адресу власника (аутора) података

Dragana Milijašević, dragana.milijasevic@mf.uns.ac.rs

### 6.2. Навести име и презиме и мејл адресу особе која одржава матрицу с подацима

Dragana Milijašević, dragana.milijasevic@mf.uns.ac.rs

### 6.3. Навести име и презиме и мејл адресу особе која омогућује приступ подацима другим истраживачима

Dragana Milijašević, dragana.milijasevic@mf.uns.ac.rs