



Република Србија  
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Багут”

# РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2013. ГОДИНА



Београд, 2014.

- ◆ Истраживање здравља становништва Србије у 2013. години је треће национално истраживање здравља становништва које је спровело и финансирало Министарство здравља Републике Србије.

Анализу репрезентативних и најзначајнијих резултата урадио је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Батут“  
Др Суботића 5, Београд  
www.batut.org.rs

## **РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ, 2013. ГОДИНА**

### **Главни и одговорни уредник**

Прим др сц. мед. Драган Илић

### **Уредништво**

Др сц. мед. Јасмина Грозданов  
Др Маја Крстић

### **Аутори**

Др Катарина Боричић  
Др сц. мед. Милена Васић  
Др сц. мед. Јасмина Грозданов  
Мр сц. мед. Јелена Гудељ Ракић  
Др Мирјана Живковић Шуловић  
Мр фарм. Наташа Јаћовић Кнежевић  
Прим. др Верица Јовановић  
Др Биљана Килибарда  
Прим. др сц. мед. Тања Кнежевић  
Др Маја Крстић  
Мр сц. мед. Драган Миљуш  
Мр сц. мед. Наташа Мицковски Каталина  
Др Данијела Симић

### **Припрема података**

Ипсос стратешки маркетинг (Ipsos Stategic Marketing)

### **Лектура и коректура**

Мр Тамара Груден

### **Рецензент**

Проф. др Снежана Симић  
Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду

### **Графичка припрема и штампа**

Службени гласник, Београд

### **Тираж**

400

Анализа и публикавање резултата су финансирани средствима за послове од Општег интереса у здравственој заштити у 2014. години за програмску активност „Јавно здравље у функцији Института за јавно здравље Републике Србије Др Милан Јовановић Батут“.



Република Србија

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ

„Др Милан Јовановић Батут“

---

# РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШВА СРБИЈЕ 2013. ГОДИНА

Београд, 2014.

CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

314:61(497.1)\*2013\*(047)  
614(497.1)\*2013\*(047)

РЕЗУЛТАТИ истраживања здравља становништва Србије : 2013. година / [аутори  
Катарина Боричић ... и др.]. – Београд : Институт за јавно здравље Србије  
„Др Милан Јовановић Батут“, 2014 (Београд : Службени гласник). – 100 стр. :  
илустр. ; 24 cm

На врху насл. стр.: Република Србија, Министарство здравља. – Подаци  
о ауторима преузети из колофона. – Тираж 400.

ISBN 978-86-7358-060-9

1. Боричић, Катарина, 1973– [аутор]  
а) Здравље – Србија – Становништво – 2013 – Извештаји  
б) Здравствена заштита – Србија – 2013 – Извештаји

COBISS.SR-ID 210675212

# САДРЖАЈ

---

Предговор .....	7
-----------------	---

## I Истраживање здравља становништва Србије: преглед

1.1. Увод.....	10
1.2. Циљеви и области истраживања .....	10
1.3. Опис узорка .....	11
<i>Циљна популација</i> .....	11
<i>Врста узорачког оквира</i> .....	11
<i>Дизајн узорка и технике узорковања</i> .....	12
<i>Нивои тачности</i> .....	13
<i>Величина узорка</i> .....	13
1.4. Инструменти истраживања .....	14
1.5. Прикупљање података .....	15
1.6. Етички аспекти, учешће испитаника у истраживању и стопа одговора .....	16
1.7. Приказ резултата .....	17

## II Опис популације

2.1. Опис домаћинства .....	20
2.2. Опис испитиваног становништва узраста 15 и више година .....	24
2.3. Опис испитиване деце узраста 7 до 14 година .....	24

## III Здравствено стање

3.1. Самопроцена здравља .....	28
3.2. Ментално здравље .....	30
3.3. Бол .....	31
3.4. Орално здравље .....	32
3.5. Хроничне болести .....	33
3.6. Повреде .....	36
3.7. Одсуство са посла због здравствених разлога .....	38
3.8. Хипертензија као фактор ризика одраслог становништва .....	38

## IV Детерминанте здравља

4.1. Физичка активност .....	42
4.2. Навике у исхрани .....	43
4.3. Ухрањеност .....	46
4.4. Употреба дувана .....	47
4.5. Употреба алкохола .....	50
4.6. Коришћење психоактивних супстанци .....	53
4.7. Сексуално понашање .....	54
4.8. HIV/AIDS .....	57

## V Коришћење здравствене заштите

5.1. Коришћење здравствене заштите у здравственим установама и приватној пракси ....	60
<i>Коришћење болничке здравствене заштите</i> .....	60
<i>Коришћење примарне здравствене заштите</i> .....	61
<i>Коришћење секундарне здравствене заштите</i> .....	63
<i>Коришћење приватне праксе</i> .....	64
5.2. Неостварене потребе за здравственом заштитом .....	65
5.3. Задовољство здравственом службом .....	66
5.4. Издаци за здравствену заштиту .....	67
<i>Издаци за ванболничко лечење</i> .....	68
<i>Издаци за болничко лечење</i> .....	70
<i>Издаци за директно плаћање здравственом особљу</i> .....	70
5.5. Превентивни прегледи .....	71
<i>Превентивни прегледи жена за рано откривање карцинома дојке</i> .....	72
<i>Превентивни прегледи жена за рано откривање карцинома грлића материце</i> .....	73
<i>Превентивни прегледи за рано откривање колоректалног карцинома</i> .....	74
5.6. Употреба лекова .....	74

## VI Здравље деце

6.1. Здравствено стање .....	78
<i>Процена сопственог здравља и оболевање од одређених болести</i> .....	78
<i>Ухрањеност</i> .....	80
6.2. Коришћење здравствене заштите .....	81
6.3. Стил живота .....	81
<i>Хигијенске навике</i> .....	82
<i>Исхрана</i> .....	82
<i>Физичка активност и спорти</i> .....	82
<i>Понашање у саобраћају</i> .....	83
<i>Пружање помоћи и социјална подршка</i> .....	83

## VII Здравље старих

7.1. Здравствено стање .....	86
<i>Самопроцена здравља</i> .....	86
<i>Хроничне болести</i> .....	87
<i>Физичка и сензорна функционална оштећења и моћност</i> <i>обављања активности у свакодневном животу</i> .....	88
<i>Повреде</i> .....	90
7.2. Коришћење здравствене заштите .....	90
7.3. Употреба лекова .....	92

## VIII Закључци

<i>Домаћинства</i> .....	96
<i>Здравствено стање становништва</i> .....	96
<i>Детерминанте здравља</i> .....	97
<i>Коришћење здравствене заштите</i> .....	98
<i>Здравље деце</i> .....	99
<i>Здравље старих</i> .....	100

## ПРЕДГОВОР

---

Публикација „Резултати Истраживања здравља становништва Србије у 2013. години“ обезбеђује вредне информације о здравственом стању становништва и факторима који на њега утичу. Настала је на основу анализе резултата трећег по реду националног истраживања здравља (2000, 2006, 2013) које је спровело Министарство здравља Републике Србије.

Подаци о социјално-економским одредницама здравља, здравственом стању, животним стиливима, функционалним способностима, коришћењу здравствене службе и трошковима за здравствену заштиту прикупљени су систематски, путем интервјуа и мерења, на репрезентативном узорку становништва.

Ради упоредивости показатеља здравља са земљама Европске уније, Истраживање је спроведено у складу са методологијом и инструментима Европског истраживања здравља – други талас (*EHIS-wave 2*). Истовремено, где год је то било могуће, поштована је методологија Истраживања здравља становништва Србије из 2006. године, ради праћења тренда одабраних националних показатеља здравља.

Резултати добијени Истраживањем су значајни јер представљају документациону основу за процес рационалног доношења одлука у областима промоције здравља и превенције болести и за планирање ефикасне и квалитетне здравствене заштите у циљу постизања што дужег и квалитетнијег живота становништва Србије.

МИНИСТАР ЗДРАВЉА



Асс. др Златибор Лончар





I

Истраживање здравља  
становништва Србије:  
преглед



## 1.1. Увод

---

Истраживање здравља становништва Србије у 2013. години (без података за Косово и Метохију) је треће национално истраживање здравља становништва које је спровело Министарство здравља Републике Србије, док је анализу добијених резултата урадио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Прво овакво истраживање је обављено 2000. године, а друго 2006. године. У трећем Истраживању извршена је хармонизација инструмената истраживања (методологија, упитници, упутства) са инструментима Европског истраживања здравља други талас (*EHIS wave 2*) (1, 2) у циљу постизања највишег степена упоредивости резултата истраживања са резултатима у земљама Европске уније, а према дефинисаним, међународно усвојеним индикаторима (ЕCНI, ОМС, WНО, UNGASS, MDG...). Истраживање здравља становништва Србије је обављено путем интервјуа, антропометријских мерења и мерења крвног притиска.

## 1.2. Циљеви и области истраживања

---

**Главни циљ** истраживања здравља је да се спровођењем анкете становништва Србије добије опис здравственог стања популације како на нивоу Републике тако и четири статистичка региона (Војводина, Београд, Шумадија и Западна Србија, Лужна и Источна Србија). У основи истраживања је потреба да се добију информације о томе како људи доживљавају своје здравље, до које мере користе здравствену заштиту и како се брину о свом здрављу прихватајући одређене стилове живота или ослањајући се на превентивне и друге здравствене услуге.

Ради достизања главног циља истраживања дефинисани су следећи **специфични циљеви**:

- Идентификација главних здравствених проблема;
- Опис здравственог стања и здравствених потреба популације;
- Процена распрострањености и дистрибуције показатеља здравља;
- Анализа социјалних (не)једнакости у здрављу и доступности здравствених услуга;
- Проучавање степена коришћења здравствене заштите и његових одредница (детерминанти);
- Предвиђање могућих трендова здравственог стања популације.

**Ултимативни циљ** истраживања здравља је да представља инструмент интегрисан у доношење одлука у процесу креирања адекватне здравствене политике.

Истраживање здравља становништва Србије укључило је шест главних области истраживања:

- карактеристике домаћинства,
- основне (социјално-демографске) карактеристике,
- здравствено стање (самопроцена здравља, хроничне незаразне болести, незгоде и повреде, физичка и чулна функционална ограничења, способност за обављање свакодневних активности, бол, ментално здравље),
- коришћење здравствене заштите (коришћење ванболничке и болничке здравствене заштите, употреба лекова, превентивни прегледи, неостварене потребе за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом),
- детерминанте здравља (исхрана, физичка активност, фактори ризика, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, употреба алкохола, употреба психоактивних супстанци, сексуално понашање, насиље, социјална подршка),
- основна антрополошка мерења (висина, телесна маса, обим струка) и мерење крвног притиска.

### 1.3. Опис узорка

---

#### **Циљна популација**

Циљна популација у Истраживању здравља Србије су биле особе са 15 и више година старости које су живеле у приватним домаћинствима и бориле на територији Републике Србије у време прикупљања података.

Посебну циљну популациону групу чинила су деца узраста од 7 до 14 година.

Следеће категорије лица које су укључене у циљну популацију нису укључене у популацију у истраживању:

- лица која живе у колективним домаћинствима и институцијама
- лица која живе на територији Аутономне покрајине Косово и Метохија која је под ингеренцијом UNMIK-а (*UN Mission in Kosovo*).

Приликом проширивања популације у истраживању становништвом узраста 7 до 14 година ови испитаници нису узети у обзир при израчунавању величине узорка.

#### **Врста узорачког оквира**

У истраживању здравља је коришћен најкомплетнији популациони регистар у нашој земљи који укључује узорачке јединице дефинисане у оквиру циљне популације – Попис становништва, домаћинстава и станова у Републици Србији 2011, односно листа свих домаћинстава у свим пописним круговима Пописа.

## Дизајн узорка и технике узорковања

У складу са препорукама за спровођење истраживања здравља становништва EUROSTAT-а, Европско истраживање здравља други талас – Методолошко упутство (*EHIS wave 2, Methodological manual*) (1, 2) коришћен је национално репрезентативан случајни узорак (енгл. *National representative probability sample*) – **стратификовани двоетапни узорак** са унапред познатом вероватноћом избора јединица узорка у свакој етапи узорковања.

Узорак је изабран тако да обезбеди статистички поуздану процену великог броја индикатора који указују на здравље популације, како на националном нивоу, тако и на нивоу географских области/статистичких региона (у даљем тексту регион): Војводина, Београд, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија, и на нивоу градских и осталих насеља/подручја.

Механизми који су били коришћени за добијање случајног узорка домаћинства и испитаника представљају комбинацију две технике узорковања: стратификације и вишеетапног узорковања.

*Стратификација* – Популациони подаци за Србију (Попис 2011. године) коришћени су како би се направили почетни стратуми. Такође, коришћене су две варијабле како би се направили стратуми и проценила њихова величина и процентуална заступљеност у узорку – регион (4 територијална стратума према NUTS2) и тип насеља, односно подела насеља на градска и остала насеља. Варијабле регион и тип насеља су се истовремено користиле како за стратификацију популације, тако и за стратификацију узорка и стога су узорци стратификовани у две димензије. Као главни стратуми у узорку идентификована су 4 статистичка региона: Војводина, Београд, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија. Даљом поделом 4 стратума на градска и остала подручја добило се укупно 8 стратума у Србији.

*Двоетапно узорковање* – Јединице прве етапе су пописни кругови одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини (*Probability Proportional Sampling – PPS*). У првој етапи одабрано је укупно 670 пописних кругова. Јединице друге етапе су домаћинства. Спискови домаћинства у свим одабраним пописним круговима су ажурирани пре одабира домаћинства. Након обављеног ажурирања унутар сваког изабраног пописног круга одабрано је по 10 домаћинства и 3 резервна домаћинства са списка домаћинства. Домаћинства су бирана уз помоћ линеарног метода узорковања случајним почетком и једнаким кораком избора (*Simple Random Sample Without Replacement – SRSWOR*). На тај начин домаћинства су одабрана са једнаком вероватноћом избора и без понављања.

Основне информације о етапама узорка укратко су приказане у табели:

#### **Примарне узорачке јединице – Пописни кругови**

**Дефиниција:** Пописни круг је просторна јединица дефинисана у складу са бројем стамбених јединица и становника, у сврхе пописа и других статистичких испитивања.

**Тип узорковања примарне узорачке јединице:** Узорковање са вероватноћама пропорционалним величини (PPS).

**Метод селекције:** *Lachirie* (кумулятивно).

#### **Секундарне узорачке јединице – Домаћинства**

**Дефиниција:** Домаћинство је свака породична или друга заједница лица која заједно станују и заједнички троше своје приходе за подмиривање основних животних потреба (становање, исхрана и др).

**Тип узорковања секундарне узорачке јединице:** Прост случајни узорак без могућности понављања (*SRSWOR*).

**Метод селекције:** Систематски узорак са случајним избором почетне тачке и једнаким узорачким интервалом (једнаким кораком избора).

### **Нивои тачности**

Узорак је изабран тако да пружи статистички поуздане оцене за ниво целе Србије, затим за ниво појединачних региона (Београд, Војводина, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија), као и за ниво појединачног типа насеља (урбано, рурално). У овој скупини, најнижи ниво оцењивања би био регион Београда, где се из тог разлога добија највећа грешка оцене. Она, у овом случају, за обележје са учесталошћу од 50%, на популацији одраслих износи +/- 1,9%, док за обележје са учесталошћу од 10% износи +/- 1,2%.

### **Величина узорка**

Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена, а у складу са препорукама за спровођење истраживања здравља становништва (3, 4), планиран је број испитаника који би обезбедио потребну величину узорка по стратумима. Планиран је узорак од 6700 домаћинстава у којима се очекивало 19.284 чланова (табела 1). Реализован је узорак од 6500 домаћинстава у којима је било пописано 19.079 чланова.

**Табела 1. Распоред планираног узорка према циљној популацији и очекивани број појединаца**

	Број пописних кругова (кластера)			Број домаћинстава			Очекивани број појединаца
	Градски	Остали	Укупно	Градски	Остали	Укупно	Укупно
Београд	135	27	162	1350	270	1620	4450
Војводина	113	74	187	1130	740	1870	5180
Шумадија и Западна Србија	86	93	179	860	930	1790	5462
Јужна и Источна Србија	74	68	142	740	680	1420	4192
Укупно	408	262	670	4080	2620	6700	19.284

**Табела 2. Распоред реализованог узорка и пописани број појединаца**

	Број домаћинстава			Пописани број појединаца
	Градски	Остали	Укупно	Укупно
Београд	1221	255	1476	4179
Војводина	1101	729	1830	4915
Шумадија и Западна Србија	858	929	1787	5637
Јужна и Источна Србија	729	678	1407	4348
Укупно	3909	2591	6500	19.079

## 1.4. Инструменти истраживања

У Истраживању здравља становништва Србије коришћене су три врсте упитника:

- 1) Упитник за домаћинство – за сакупљање информација о свим члановима домаћинства, о карактеристикама самог домаћинства, као и о карактеристикама пребивалишта домаћинства. Упитник се попуњава у току вербалне комуникације између анкетара и испитаника који представља главну особу у домаћинству за одговоре на питања од интереса.
- 2) Упитник лицем у лице, који се попуњава са сваким чланом домаћинства (коришћене су две верзије овог упитника, једна за сваког члана домаћинства старости 15 и више година, и друга за свако дете узраста од 7 до 14 година које живи у домаћинству).
- 3) Упитник за самопопуњавање, који самостално попуњава сваки члан домаћинства узраста 15 и више година без учешћа анкетара. Ова врста упитника

се користила стога што је процењено да су питања осетљива јер се тичу употребе алкохола, сексуалног понашања и другог и зато нису погодна за попуњавање методом лицем у лице.

За попуњавање упитника коришћен је поступак компјутерски асистираниог интервјуисања (*computer-assisted personal interviewing, CAPI*) и поступак анкетирања путем „папира и оловке“ (*paper-and-pencil procedures, PAPI*) за самостално попуњавање упитника.

## 1.5. Прикупљање података

---

Рад на терену се одвијао у периоду од 7. октобра до 30. децембра 2013. године чиме је поштована легислатива која се односи на Европско истраживање здравља – други циклус, да прикупљање података на терену траје најмање 3 месеца од којих бар 1 месец мора бити у периоду септембар-децембар, односно у јесен (5).

Да би се достигао висок ниво квалитета прикупљених података, да би стопа одговора домаћинстава била на високом нивоу и како репрезентативност узорка не би била нарушена, пре почетка рада на терену организован је избор чланова тима који ће спровести рад на терену, и организована је обука за анкетаре, дате су смернице за надзор и контролу рада на терену.

За извођење рада на терену формирано је 68 тимова са укупно 204 анкетара. Сваки тим састојао се од три члана, од којих је један здравствени радник, односно лекар или медицинска сестра-техничар. За надзор и контролу рада на терену било је задужено 13 теренских супервизора. Контролна процедура целог процеса истраживања, током свих његових фаза, укључивала је контролу узорковања и контролу рада на терену.

Обављена је и суперконтрола на крају фазе рада на терену. У ту сврху, 10% пописних кругова је било случајно одабрано из укупног узорка. Резултати суперконтроле су показали да је процедура прикупљања података прошла добро, што значи да су и анкетари и супервизори пратили инструкције из упутства добијене током обуке.

Од самог почетка рада на терену, у циљу да се информисе јавност и подстакну грађани да учествују у Истраживању, спроведена је интензивна медијска кампања под називом „Здраво, како сте?“ (која је обухватила оглашавање у штампаним медијима, на Интернету, билбордима, радио и телевизијским станицама), као и PR кампања (радни доручак министарке са представницима медија, конференција за штампу пред почетак истраживања, гостовања чланова истраживачког тима у средствима информисања и сл).



## 1.6. Етички аспекти, учешће испитаника у истраживању и стопа одговора

Етички стандарди у Истраживању здравља су усаглашени са међународном (Хелсиншка декларација, *World Medical Association Declaration of Helsinki*, коју је усвојила 18. Генерална скупштина Светског медицинског удружења 1964. године, унапређена амандманима закључно са 2008. годином на 59. Генералној скупштини) (6) и специфичном легислативом наше земље.

У циљу поштовања приватности субјекта истраживања и поверљивости информација прикупљених о њему предузети су сви неопходни кораци у складу са Законом о заштити података о личности („Сл. гласник РС”, бр. 97/08, 104/09), Законом о званичној статистици („Сл. гласник РС”, бр. 104/09) и Директивом Европског парламента о заштити личности у вези са личним подацима (*Directive 95/46/EC*).

Теренски истраживачи су били у обавези да учесницима Истраживања дају штампани документ који их је информисао о Истраживању (Обавештење о Истраживању потписано од стране министра здравља) и одобрењу Етичког одбора о његовом спровођењу, о правима испитаника, као и о томе где и како могу да доставе жалбе/примедбе ако процене да су им права на било који начин угрожена. Такође, анкетари су морали да добију и потписани информативни пристанак сваког од испитаника за прихватање учешћа у Истраживању.

У Истраживању је у највећој могућој мери избегнуто прикупљање података који идентификују испитаника (неопходни идентификатори су уклоњени у најранијој фази статистичке анализе и замењени шифром), а резултати истраживања су објављени у агрегираном облику чиме је у потпуности обезбеђена тајност индивидуалних података.

У Истраживању је укупно анкетирано 6500 домаћинстава и 15.999 испитаника.

Од укупно 10.089 контактираних домаћинстава, њих 6500 је пристало да учествује у истраживању, тако да стопа одговора домаћинстава износи 64,4%. Од укупно 16.474 регистрованих чланова домаћинства старих 15 и више година њих 14.623 пристало је или је било у могућности да буде анкетирано, што даје стопу одговора од 88,9%. Од тог броја особа које су пристале да буду анкетиране, њих 13.756 је прихватило да попуни упитник за самопопуњавање (стопа одговора 94,1%). Сва мерења су урађена на 13.908 испитаника старих 15 и више година (стопа одговора 95,1%), а делимична мерења на још 534 испитаника. У финални узорак ушло је и 1376 испитаника старих 7–14 година, од укупно 1488 особа тог узраста које су пописане у панелу домаћинстава, па је стопа одговора за ову узрасну групу 92,5%. Од укупног броја испитаника узраста 7–14 година који су узели учешће у истраживању, њих 1354 је пристало на мерење висине и тежине (стопа одговора 98,4%), а на још 12 њих су извршена делимична мерења.

## 1.7. Приказ резултата

---

Приказ репрезентативних и значајних резултата Истраживања здравља становништва Србије 2013. године представља широк спектар здравствених показатеља категорисан у пет главних делова:

- **Здравствено стање**

У овом делу коришћен је низ показатеља за добијање укупне слике здравственог стања становништва, укључујући и оне који одражавају самопроцену општег здравља, као и учесталост специфичних болести и стања и присуства и степена функционалних ограничења.

- **Детерминанте здравља**

Позитиван утицај одређених навика и понашања на здравствено стање је до сада добро документовано. Ово укључује навике везане за здраву исхрану и редовну физичку активност, али и оне за које је утврђено да негативно утичу на здравље, као што је злоупотреба алкохола, дувана и коришћење дрога. Обрасци ових понашања у популацији Србије дати су у овом делу.

- **Коришћење здравствене заштите и здравствена потрошња**

Поред коришћења примарне и болничке здравствене заштите, сагледавања неостварених здравствених потреба становништва, превентивних активности, као што су скрининг за рано откривање рака или фактора ризика за настанак хроничних незаразних болести од највећег јавноздравственог значаја, употребе лекова, описани су и трошкови за здравствену заштиту.

- **Здравље деце и здравље старих**

Ова поглавља разматрају низ показатеља здравственог стања, детерминанти здравља и коришћења здравствене заштите у посматраним популационим групама. Међу старим становништвом посебно су разматрана питања социјалне подршке.

У публикацији су резултати истраживања представљени у односу на пол и старост испитиваних становника, према социјално-економским карактеристикама – образовању, приходима домаћинства и индексу благостања. Извршена је расподела испитаника од најниже до највише вредности индекса благостања домаћинства на 5 категорија (квинтила), тако да су у првом квинтилу груписани најсиромашнији, а у петом најбогатији становници. Резултати су приказани и према регионима и врсти насеља у којима испитивани становници живе. Такође, резултати овог истраживања су поређени, тамо где је то са методолошког аспекта било могуће, са резултатима истраживања здравља из 2006. године.

### *Литература*

European Health Interview Survey wave 2 - Conceptual Guidelines and Instructions, Eurostat, 2012.  
European Health Interview Survey, Task Force II. Report on guidelines and quality criteria for population health survey design and methods. Eurostat, 2009.

Survey sampling reference guidelines, Introduction to sample design and estimation techniques, 2008 edition. Eurostat, 2008.

Minimum Effective Sample Sizes for EHIS – Wave II (a background document presented at TG EHIS 2012 meeting). Eurostat, 2011.

Commission Regulation (EU) No 141/2013 of 19 February 2013 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics based on the European Health Interview Survey. Доступно на: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:047:0020:0048:EN:PDF>

Helsinki Declaration. World Medical Assembly. Доступно на: <http://www.onlineethics.org/cms/10929.aspx>



# Опис популације

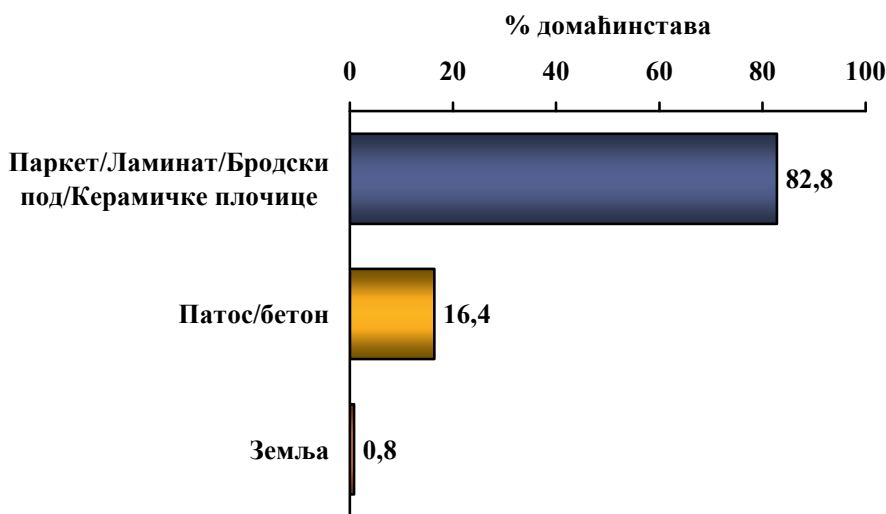


Здравље становништва је одређено индивидуалним карактеристикама појединаца (пол, старост и др) и факторима спољне средине – социјалном, економском, животном и културолошком средином и њиховим међусобним утицајем. Тако су лоши услови становања или сиромаштво препознати као фактори који имају негативне ефекте на здравље, а образовање као фактор који има значајну улогу у развијању вештина и знања потребних за позитивне промене стилова живота. Истраживања здравља омогућавају да се уоче разлике у здрављу и здравственим потребама популације које су повезане са социјално-демографским карактеристикама и идентификују најугроженије категорије становништва. Стога се приликом проучавања утицаја друштвених фактора на здравље велика пажња поклања управо демографским и социјално-економским детерминантама здравља. Овим се омогућава идентификација најугроженијих категорија становништва, као и разлика у здрављу и здравственим потребама као основе за доношење одлука у здравственој заштити на свим нивоима државе и друштва.

## 2.1. Опис домаћинства

У Истраживању здравља становништва Србије у 2013. години укупно је анкетирано 6500 домаћинства, од тога у Војводини 1830, Београду 1476, Шумадији и Западној Србији 1787 и Јужној и Источној Србији 1407. Градским подручјима је припадало 3909 домаћинства, а осталим подручјима 2591.

Графикон 1. Домаћинства према основном материјалу пода у кући или стану, Србија, 2013. година



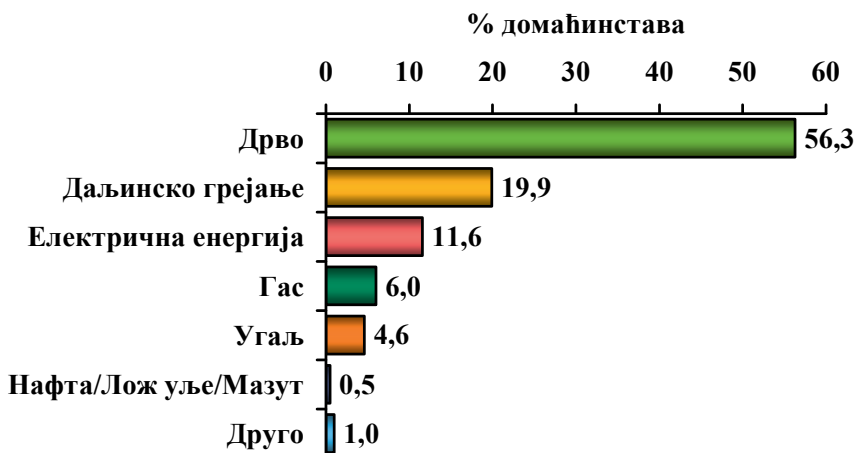
У 2013. години просечно домаћинство у Србији чинила су три члана (2,9), што је једнако просечном броју чланова домаћинства из 2006. године.

Просечан број соба за спавање износио је 2,2, а број особа по просторији за спавање 1,4 као и 2006. године.

У Србији је у 2013. години забележен мањи пораст употребе квалитетнијих грађевинских материјала за изградњу стамбеног објекта домаћинства – бележи се раст процента домаћинства са зидовима од цементних блокова (14,2%) у односу на 2006. годину када их је било 10,9%, као и раст домаћинства са подовима од паркета/ламината/бродских подова или керамичких плочица – са 63,9% у 2006. години на 82,8% у 2013. години (графикон 1), док је упола мањи проценат домаћинства са подовима од бетона /патоса – са 32,6% (2006. година) на 16,4% (2013. година).

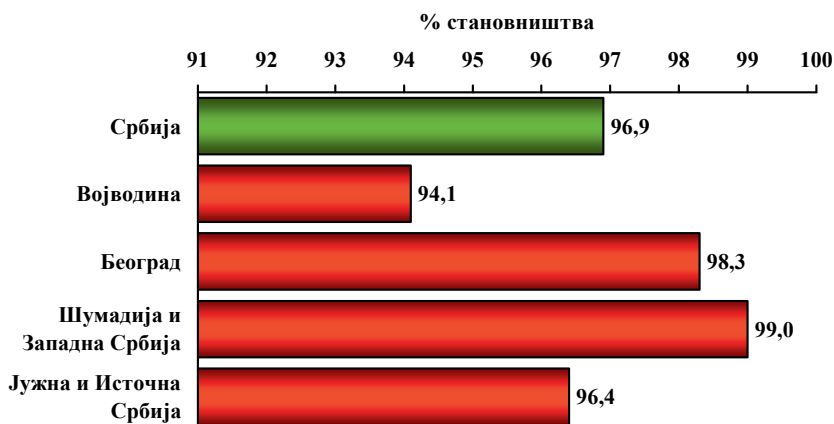
Највише домаћинства у Србији у 2013. години је користило дрво као енергент за грејање простора (56,3%), исто као и 2006. године (53,6%). Петина домаћинства се грејала на даљинско, односно, централно грејање (19,9%), а још 11,6% путем електричне енергије (графикон 2).

Графикон 2. Домаћинства према најчешћем извору енергије за грејање, Србија, 2013. година

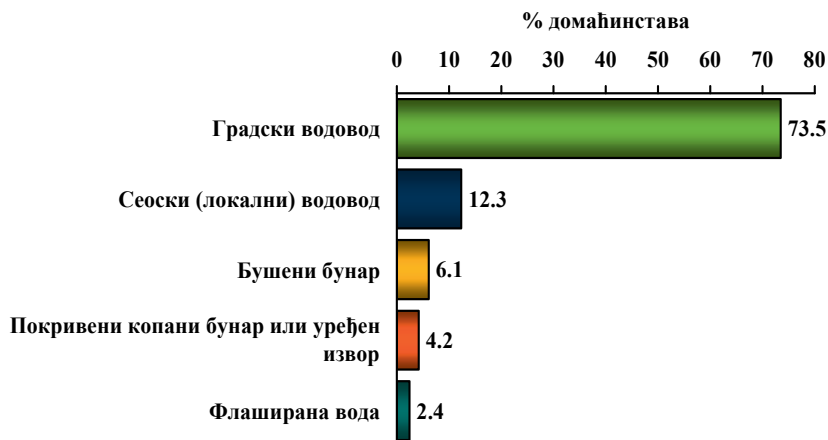


У Србији је у 2013. години 96,9% становника имало приступ унапређеним извориштима воде за пиће, односно толико становника је користио за водоснабдевање јавни водовод или водни објекат (графикон 3), што је значајно више у поређењу са 2006. годином (92,6%). Такође, више је било домаћинства која су прикључена на градски водовод – 73,5% у 2013. години (графикон 4) у поређењу са 62,7% 2006. године.

**Графикон 3.** Процент становништва које живи у домаћинствима која за водо-снабдевање користе јавне водоводе и водне објекте према регионима, Србија, 2013. година



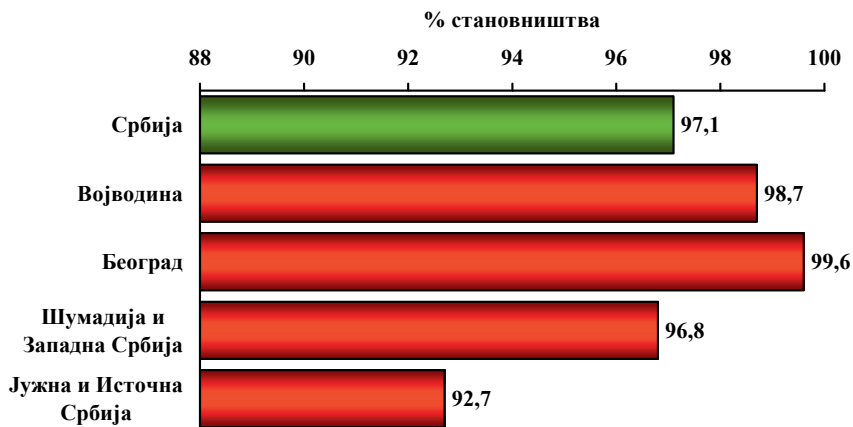
**Графикон 4.** Домаћинства према главном извору воде за пиће, Србија, 2013. година



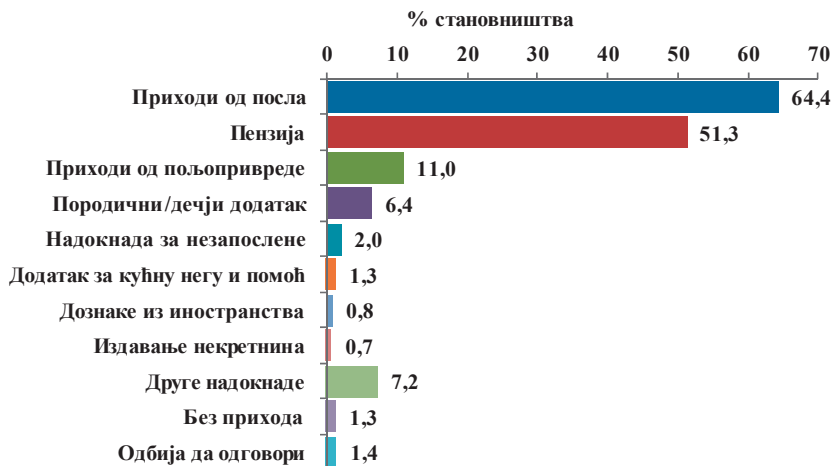
Значајно мањи проценат становништва који се снабдевао водом за пиће из јавног водовода или водног објекта је забележен у Војводини (94,1%). У односу на насеља и имовински статус, нису регистроване значајне разлике у проценту становништва које је имало приступ унапређеним извориштима воде за пиће.

Процент становништва које је имало приступ и користило унапређене санитације у Србији 2013. године износио је 97,1%, што је нешто ниже у односу на 2006. годину (98%). Јужна и Источна Србија су се издвојиле као регион у

**Графикон 5.** Процент становништва које живи у домаћинствима која имају приступ и користе унапређене санитације према регионима, Србија, 2013. година



**Графикон 6.** Процент становништва према изворима новчаних прихода домаћинства, Србија, 2013. година



којем становништво знатно ређе користи унапређене санитације – 92,7% (графикон 5), ванградска насеља као место становања, и домаћинстава у којима живе најсиромашнији становници. Забележен је пораст је процента становништва које живи у домаћинствима са нужником прикљученим на канализацију – 62,2% у 2013. години, у односу на 2006. годину када их је било 56%.

У 2013. години у Србији је највише становника, 64,4%, навело као један од извора прихода њиховог домаћинства приходе од посла, а затим пензије – 51% (графикон 6).

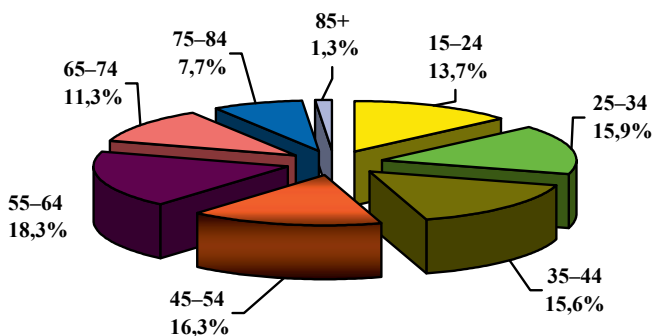


## 2.2. Опис испитиваног становништва узраста 15 и више година

У Србији је укупно анкетирано 14.623 особа старих 15 и више година, од тога у Војводини 3926, Београду 3386, Шумадији и Западној Србији 4113 и Јужној и Источној Србији 3198. У градским насељима је анкетирано 8669 особа, а у осталим насељима 5954.

- У истраживању је учествовало 7570 (51,8%) особа женског пола и 7053 (48,2%) особа мушког пола.
- Учешће особа у истраживању према добним групама је приказано у графикаону 7.
- Највећи проценат становништва у Србији живи у домаћинствима са 5 и више чланова (28%), а најмањи у једночланим домаћинствима (8,5%) (графикон 8).
- У Србији 33,7% становника старих 15 и више година ради за плату или профит, статус пензионера има 26,7%, док је незапослених 23,5% (графикон 9).
- У Србији највише становништва старог 15 и више година има средње образовање (53,9%), нешто мање од трећине има основну школу и ниже образовање од основног (29,8%), док је са вишим и високим степеном образовања 16,4% одраслог становништва.

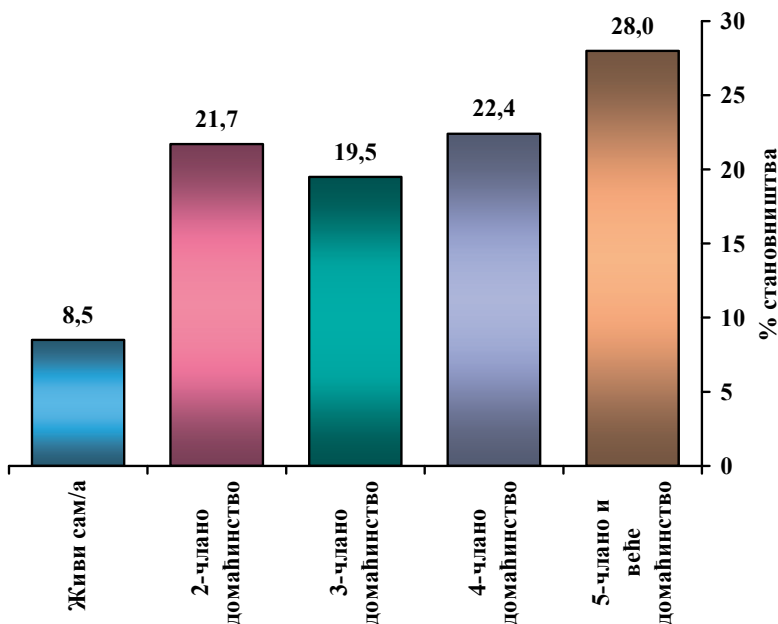
Графикон 7. Процент становништва према узрасним групама, Србија, 2013. година



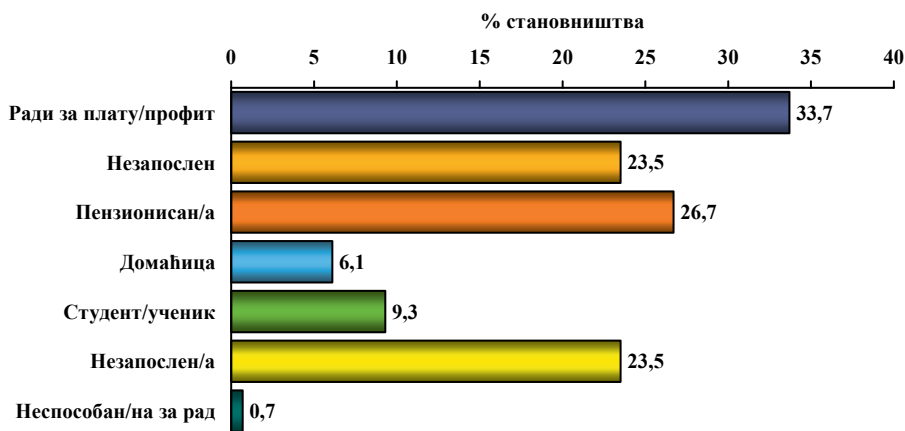
## 2.3. Опис испитиване деце узраста 7 до 14 година

У Србији је укупно анкетирано 1376 особа из категорије деце узраста од 7 до 14 година, од тога у Војводини 373, Београду 296, Шумадији и Западној Србији 407 и Јужној и Источној Србији 301. У градским насељима је анкетирано

**Графикон 8.** Процент становништва према броју чланова домаћинства у којем живе, Србија, 2013. година



**Графикон 9.** Процент становништва према радном статусу, Србија, 2013. година



815 деце, а у осталим насељима 561. У истраживању је учествовало 669 девојчица и 707 дечака. Највећи проценат деце у Србији живи у домаћинствима у којима просечан приход по члану домаћинства износи до 9000 динара.

**Табела 3. Процент деце узраста 7–14 година у односу на демографске карактеристике**

<b>Демографска карактеристика</b>	<b>Обележје</b>	<b>Процент становништва (%)</b>
Географска област	Војводина	27,1
	Београд	21,5
	Шумадија и Западна Србија	29,5
	Јужна и Источна Србија	21,9
Тип насиља	Градско	59,3
	Остало	40,7
Пол	Женско	48,6
	Мушко	51,4
Добне групе	7–10	50,7
	11–14	49,8
Приход по члану домаћинства	До 9000 динара	34,2
	Од 9001 до 14.000 динара	22,4
	Од 14.001 до 20.000 динара	16,8
	Од 20.001 до 29.000 динара	7,7
	Изнад 29.000 динара	2,4
Материјално стање домаћинства према квинтилима индекса благостања	Одбија да одговори	16,5
	Први (најсиромашнији)	15,8
	Други	19,0
	Трећи	21,2
	Четврти	22,7
	Пети (најбогатији)	21,4



# Здравствено стање



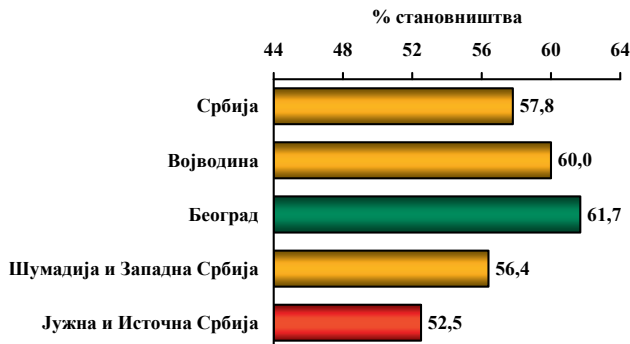
### 3.1. Самопроцена здравља

Субјективно мерење, односно самопроцена здравља је показатељ који доприноси евалуацији здравствених проблема, оптерећења болестима и здравствених потреба на националном нивоу. Самопроцена здравља не представља замену за објективније показатеље чији је извор података рутинска здравствена статистика, већ представља њихову допуну. Перцепција здравља укључује индивидуалну евалуацију различитих димензија здравља – физичке, емотивне и социјалне функционалности, а не само оцену тренутног здравственог стања у ужем смислу. Такође, утврђено је да самопроцена здравља представља један од значајних предиктора морталитета (1), морбидитета, функционалних ограничења и коришћења здравствене заштите у популацији (2).

У поређењу са мерењима обављеним 2006. године када је у Србији 49,8% грађана оценило своје здравље као добро, у 2013. години је забележено значајно побољшање овог показатеља. Наиме, у Србији 2013. године више од половине становништва (57,8%) је сматрало да је доброг здравља (значајно више у Београду – 61,7%) (графикон 10), 26,6% просечног, док 15,6% становништва оцењује своје здравље као лоше (значајно више у Јужној и Источној Србији – 18,3%). Мушкарци су имали позитивнију слику о сопственом здрављу него жене: док је 64,4% мушкараца оценило своје здравствено стање као добро, то је учинило 51,5% жена. Иста појава се бележи уколико разматрамо самопроцену здравља као добро код становника градских (61,3%) и становника осталих насеља (52,5%), као и код грађана у категорији најбогатијих (73,0%) и оних у категорији најсиромашнијих (43,6%). У складу са очекивањима, самопроцена здравља повезана је са узрастом појединца: што је особа старија, то је склонија да сопствено здравље оцени као лоше или веома лоше.

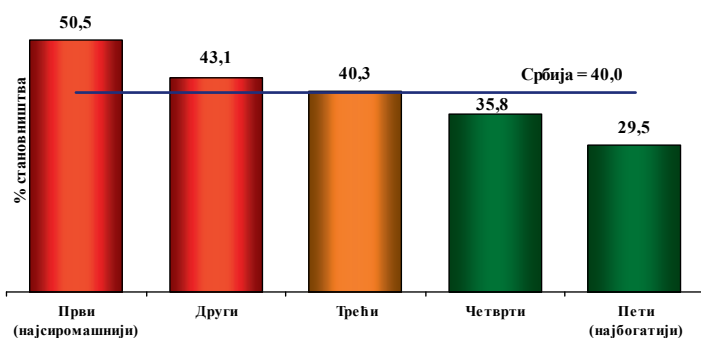
У односу на земље Европске уније, где је у 2012. години у просеку 68,9% становништва своје здравље оценило као добро (3), у нашој земљи овај показатељ и даље има знатно нижу вредност.

**Графикон 10.** Процент становништва које сопствено здравље оцењује као добро (добро и веома добро) према регионима, Србија, 2013. година

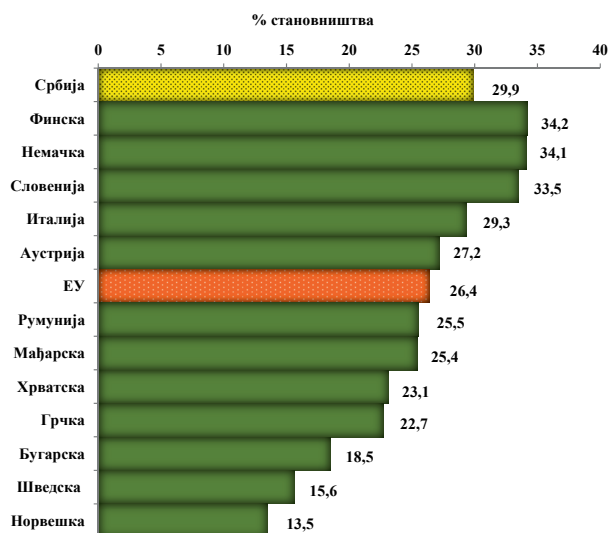


О постојању неке болести (или здравственог проблема) која је трајала или за коју се очекује да ће трајати 6 месеци или дуже известило је 40% грађана Србије. Разлике које се односе на социјално-демографске карактеристике испитаника су идентичне као код самопроцене општег здравља: значајно већи проценат становника који су имали дуготрајну болест је у групи оних који живе у насељима која нису градска (42,8%), у Јужној и Источној Србији (43,6%), као и код жена (45,1%), становника најнижег образовања (53,5%) и најлошијег материјалног статуса (50,5%) (графикон 11).

**Графикон 11.** Процент становништва које према сопственом исказу има неку дуготрајну болест према индексу благостања, Србија, 2013. година



**Графикон 12.** Процент становништва које је у последњих 6 месеци због здравствених проблема било ограничено у обављању свакодневних активности, Србија<sup>1</sup> и изабране земље, 2012. година



<sup>1</sup> За Србију је приказан податак за 2013. годину.

Извор података: база података „Здравље за све“, СЗО, <http://data.euro.who.int/hfad>

Доступни подаци показују да, посматрајући земље Европске уније, једино становници Финске (46,8%) и Естоније (43,6%) у већем проценту пријављују неко дуготрајно обољење или здравствени проблем (3).

Потенцијалне последице дуготрајних болести или здравствених проблема на функционалне способности појединца могу бити веома озбиљне (на пример, уколико је особа због болести везана за кревет) или релативно умерене (на пример, уколико особа не може самостално обављати све свакодневне активности) (4). У Србији је 29,9% становништва изјавило да је у последњих 6 месеци или дуже због здравствених проблема било ограничено у обављању свакодневних активности (графикон 12), више него просечно у земљама Европске уније (3). Овај показатељ је у широкој употреби као показатељ општег здравственог стања, оптерећења болестима и здравствених потреба на популационом нивоу.

## 3.2. Ментално здравље

Проблеми менталног здравља представљају све већи јавноздравствени проблем и идентификација група становништва које су у ризику је важна за креирање превентивних програма. Европски регион СЗО, у оквиру политике „21 циљ за XXI век“, као посебан циљ дефинише унапређење менталног здравља, истичући, између осталог, да распрострањеност менталних здравствених проблема треба да буде значајно смањена, а људи треба да поседују повећану способност да се носе са стресовима свакодневног живота (5). Према подацима СЗО, депресија је четврти најчешћи узрок „година живота измењених због инвалидности“, а процењује се да ће до 2020. године бити на другом месту.

У Истраживању здравља становништва Србије је за категоризацију становништва са депресивним симптомима (од минималних до симптома тешке депресије) коришћен Упитник о здрављу пацијента – упитник самопроцене од 8 питања (*The Patient Health Questionnaire – PHQ-8*) којим је утврђено да 4,1%

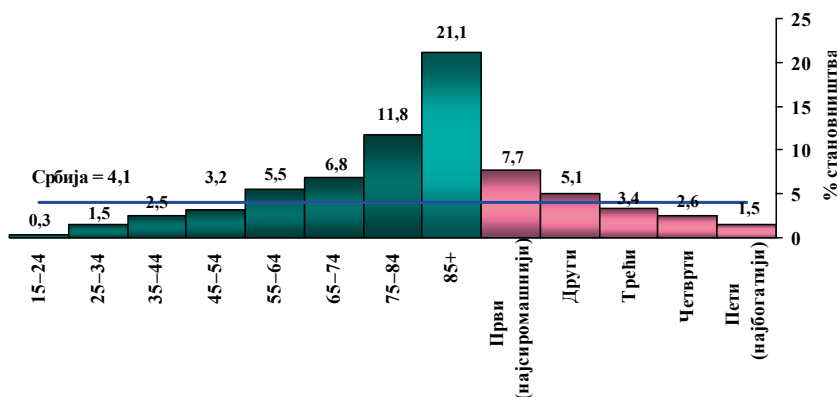
Табела 4. Категоризација становништва према симптомима депресије, Србија, 2013. година

Категорија депресије	Процент становништва (%)
<b>Без депресије (PHQ-8 скор 0–9)</b>	95,9
<b>Са депресијом (PHQ-8 скор 10–24)</b>	4,1
• Симптоми благе депресије	2,4
• Симптоми умерено тешке депресије	1,1
• Симптоми тешке депресије	0,6

становништва показује симптоме депресије (табела 4). Нешто већи проценат оболелих од депресије је добијен на основу самопроцене, односно сопственог исказа испитаника (6,3%). Светска здравствена организација процењује (6) да у земљама Европе сваки 15. становник има симптоме депресије (6,7%).

Симптоми депресије су били присутни у значајно већем проценту код жена (5,3%) него код мушкараца (2,9%), као и у популацији старих и најсиромашнијих (графикон 13). Забрињава податак да је чак 21,1% становништва старих 85 година или више имало симптоме депресије (4,5% са симптомима тешке депресије), али их они нису препознали као такве (само 8,6% је изјавило да је у последњих 12 месеци имало депресију).

**Графикон 13.** Процент становништва са симптомима депресије према узрасним групама и индексу благостања, Србија, 2013. година



Изложеност стресу пријавио је сваки други испитаник (56,6%), што је значајно више него 2006. године (43,1%). Највише су биле изложене стресу жене (61,5%), становници узраста од 35 до 64 године, и становници Јужне и Источне Србије (62,9%).

### 3.3. Бол

Постојање бола је субјективно осећање са великим утицајем на благостање појединца. Представља један од најчешћих разлога за посету здравственој служби и за одсуство са посла, и самим тим значајан проблем за друштво у целини.

У Србији је 45,5% становништва у четири недеље које су претходиле Истраживању имало телесни бол, сваки осми становник (12,9%) је имао јак бол, док је код 10% становништва постојање бола много утицало на уобичајене дневне активности и обавезе у кући и ван ње. Бол је био значајно чешће



присутан код становника Јужне и Источне Србије, у популацији жена и становника старијих од 55 година. Такође се запажа већа учесталост бола код становника нижег образовног статуса и најлошијег материјалног стања, што се делимично може објаснити врстом посла којим се баве припадници ових популационих група и која најчешће захтева физички напор.

### 3.4. Орално здравље

---

У последњих десет година све је више научних доказа да је лоше орално здравље повезано са развојем многобројних здравствених проблема, укључујући кардиоваскуларне болести, превремени порођај и респираторне болести (4). Иако анкете о здрављу не могу обезбедити директне показатеље оралног здравља, ипак могу послужити за његову општу процену на нивоу популације.

У Србији је 45,6% становништва проценило стање својих зуба и усне дупље као добро, чак 14% више него 2006. године, што би могло говорити у прилог побољшања оралног здравља становништва Србије.

Пораст броја становника који имају све своје зубе узраста 25 година и више (са 5,6% у 2006. на 8,3% у 2013. години) може се довести у корелацију са побољшањем навика у вези са оралном хигијеном. Наиме, у 2013. години је 51,7% становника изјавило да пере зубе више од једном дневно, што је значајно више него 2006. године када је то чинило 47,1%. У корист даљег очувања оваквог тренда промена указује и податак да се највиши проценат оних који редовно перу зубе (72,9%) налази код младих узраста 15–24 године.

Иако је дошло и до пораста броја безубих (са 10,2% у 2006. на 12,4% у 2013. години), охрабрује чињеница да је порасла учесталост употребе денталних протеза у овој групи становништва (са 79% у 2006. на 82,3% у 2013. години). Ово се посебно односи на жене које су изгубиле све своје зубе, а које у већем проценту користе денталну протезу (85,7%) него мушкарци (75,2%).

И даље се запажа значајан утицај социјално-економских карактеристика у вези са свим показатељима оралног здравља. У групи становника нижег образовног статуса и лошег материјалног стања значајно је већи проценат оних који своје орално здравље процењују као лоше, који су изгубили све своје зубе и који користе тоталну протезу, а мања заступљеност навике редовног прања зуба.

#### *Литература*

Mütters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U. Subjective health as predictor for mortality. *Gesundheitswesen*. 2005 Feb;67(2):129-36. German.

Patrick D. L., Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care, Evaluation and Resource Allocating Resources*. Oxford University Press, 1993.

Eurostat. Health Care Database. Dostupno na: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)

Peeters J. Highlights of the Belgian Health Interview Survey 2008. Scientific Institute of Public Health, 2012, Brussels.

Meltzer H. Development of a common instrument for mental health in; EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. A. Nosikov and C. Gudex (Eds.) IOS Press, 2003:p.35.

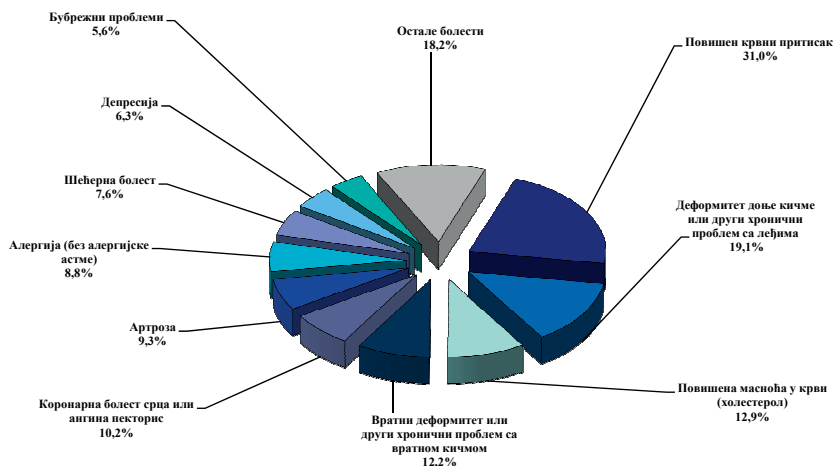
WHO. Mental health – data and statistics. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

### 3.5. Хроничне болести

Оптерећење друштва незаразним болестима представља велики јавни здравствени изазов широм света (1). Иако значајно превентабилне, незаразне болести данас су водећи узроци оболевања, апсентизма, инвалидности и превременог умирања у свим земљама Европе (2). У истраживањима здравља самоизвештавање о болестима даје информације о распрострањености незаразних обољења у популацији која укључује и особе које ретко или никада не користе здравствену заштиту (3).

Према сопственом исказу више од половине (53,5%) становника Србије старијих од 15 година у 2013. години имало је бар једну од 17 у истраживању наведених хроничних болести, значајно више жене него мушкарци (58,7% према 47,9%), особе старије од 45 година (59,6–90,3%), становници са основним и нижим степеном образовања (64,5%) и особе које према индексу благостања спадају у категорију најсиромашнијих (62%). Код становника Шумадије и Западне Србије је забележена значајно нижа вредност овог показатеља (50,6%).

Графикон 14. Учесталост најчешћих обољења или стања становништва, Србија, 2013. година



У години која је претходила Истраживању највећи проценат становништва је навео да има повишен крвни притисак (31%), затим деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (19,1%), повишену масноћу у крви (12,9%), вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом (12,2%), коронарну болест срца или ангину пекторис (10,2%), дегенеративно обољење зглобова – артрозу (9,3%), алергију (8,8%), дијабетес (7,6%), депресију (6,3%) и бубрежне проблеме (5,6%) (графикон 14).

Најучесталији здравствени проблеми са којима су се у 2013. години суочавали становници оба пола узраста од 15 и више година, били су повишен крвни притисак (35,2% код жена и 26,6% код мушкараца), деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (22,9% код жена и 15,0% код мушкараца), вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом (16,4% код жена и 7,6% код мушкараца), повишене масноће у крви (15,2% код жена и 10,5% код мушкараца), артроза (12,8% код жена и 5,4% код мушкараца), коронарна болест срца или ангина пекторис (12,2% код жена и 8,1% код мушкараца) и алергије изузев астме (11,2% код жена и 6,3% код мушкараца). Иако је забележена већа учесталост хроничних болести и стања код жена, важно је истаћи да она није значајна за оболевање од шећерне болести, астме, можданог удара и уринарне инконтиненције. Једина болест код које је забележена већа распрострањеност код мушкараца је инфаркт миокарда (графикон 15).

**Графикон 15.** Учесталост обољења или стања становништва према полу, Србија, 2013. година



Резултати Истраживања су показали да је учесталост свих обољења расла са узрастом и да је приближно свака друга особа у Србији имала неко хронично обољење, а скоро сваки трећи становник повишен крвни притисак, сваки пети хронични проблем са леђима, сваки осми повишену масноћу у крви или хронични проблем са вратном кичмом, сваки десети коронарну болест срца или ангину пекторис и дегенеративно обољење зглобова.

Ради упоредног приказа промена распрострањености појединих обољења и стања у периоду од 2000. до 2013. године посебно је анализирано обољевање популације узраста 20 и више година (популација одраслих). Важно је истаћи да приликом сагледавања разлика учесталости обољења треба имати у виду измену методологије у Истраживању 2013. године у складу са препорукама Европског истраживања здравља. Наиме, податак из 2013. године представља одговор на питање *Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених болести или стања?*, док податак из 2006. године говори о

**Табела 5. Учесталост обољења или стања становништва узраста 20 и више година, Србија, 2000, 2006. и 2013. година**

Обољења/стања	2000	2006	2013
	%	%	%
Повишен крвни притисак (хипертензија)	19,7	23,1	33,2
Деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (бол у леђима)	18,0	-	20,3
Вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом	4,6	8,0	13,9
Повишена масноћа у крви (холестерол)	5,7	8,0	13,0
Артроза – дегенеративно обољење зглобова (без артритиса – запаљење зглобова)	5,0		11,0
Коронарна болест срца или ангина пекторис	-	-	9,9
Алергија (без алергијске астме)	-	5,3	8,9
Шећерна болест (дијабетес)	-	5,3	8,1
Депресија (или хронична анксиозност)	4,6	6,0	6,7
Бубрежни проблеми	-	-	5,9
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем	-	4,3	4,5
Немогућност задржавања мокраће, проблеми са контролисањем мокраћне бешике	3,6		4,4
Астма (укључује и алергијску астму)	2,2	3,3	4,1
Мождани удар или хроничне последице можданог удара	2,0	2,7	3,6
Инфаркт миокарда (срчани удар) или хроничне последице инфаркта миокарда	-	3,3	2,6
Рак (малигно обољење)	1,1	1,5	1,5
Цирроза јетре	-	-	0,3

броју становника којима је током живота од стране лекара дијагностикована нека од наведених болести.

У односу на 2006. годину запажа се повећање учесталости већине обољења и стања у популацији одраслих, посебно хипертензије, депресије, шећерне болести, повишених масноћа у крви и алергија (табела 5). Један од разлога за повећање учесталости наведених болести сигурно представља старење популације, али на њега утиче и све боља покривеност превентивним прегледима (видети поглавље VII) у циљу њиховог благовременог откривања.

## Лиџераџура

Gaining health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization. Regional Office for Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006

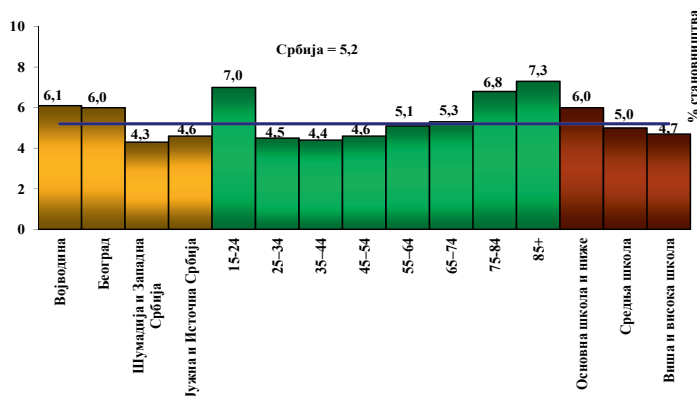
World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2013

World Health Organization. A Comprehensive Global Monitoring Framework, Including Indicators, and a Set of Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases World Health Organization, Revised WHO Discussion Paper 2012

## 3.6. Повреде

У свету свака осма изгубљена година живота због неспособности и сваки десети смртни исход су последица повреда (1). Повреде су водећи узрок смртности у узрасту до 29 година и трећи водећи узрок превременог умирања и инвалидности у Србији. Ненамерне повреде у којима доминирају повреде настале у саобраћају, чине половину смртних исхода узрокованих овим оштећењима здравља (2).

Графикон 16. Учесталост повређивања становништва према географским областима, узрастним групама и степену образовања, Србија, 2013. година



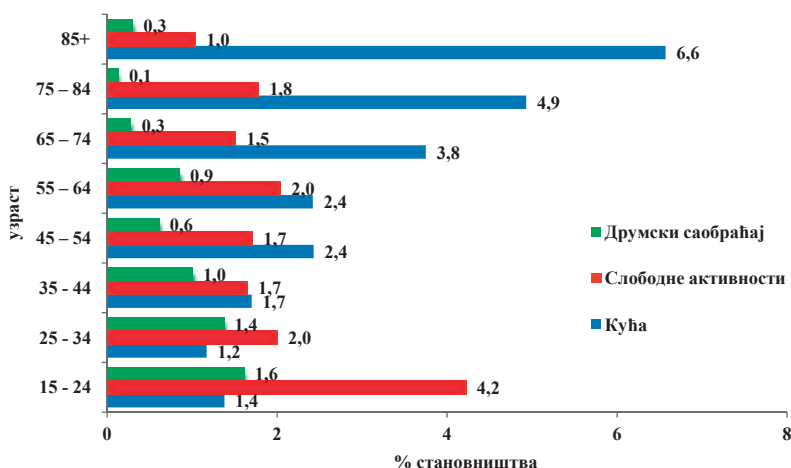
У Србији је током 2013. године 5,2% становника имало повреду (у саобраћају, у кући или у току бављења слободним активностима), значајно више у Војводини (6,1%) и Београду (6%), а мање у Шумадији и Западној Србији (4,3%). Значајно више од просека су се повређивали млади узраста 15–24 година (7,0%), старији становници у доброј групи од 75 до 84 године (6,8%), као и особе са најнижим образовањем (6%) (графикон 16).

Према изјави испитаника у кући се повредило 2,4%, у току бављења слободним активностима 2,1 и у саобраћају 0,9%.

Жене су се чешће повређивале у кући (2,8%), а мушкарци у току бављења слободним активностима (2,8%) и у саобраћају (1,2%).

Процент повређених у кући растао је са узрастом, тако да су ове повреде биле значајно ређе у узрасту до 45 година, а значајно чешће након 65 година живота. У друмском саобраћају било је значајно више повређених особа у узрасту до 35 година. Најмлађи становници узраста 15–24 године значајно чешће (4,2%) су се повређивали током бављења слободним активностима (графикон 17).

**Графикон 17.** Учесталост повређивања становништва према месту повређивања и узрастним групама, Србија, 2013. година



Медицинска помоћ била је указана код 66,7% повређених.

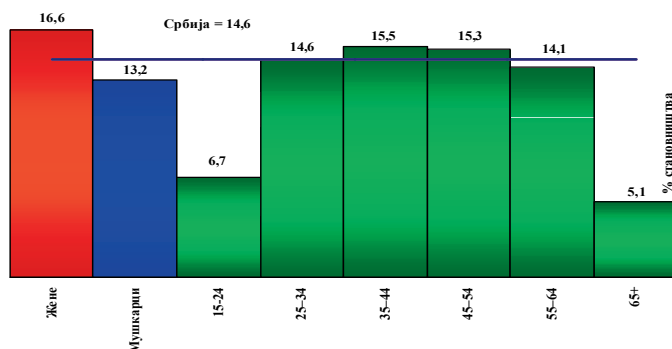
## Лиџерајџура

World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneva, Switzerland: WHO; 2010  
 Institut za javno zdravlje Srbije. Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2012, Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2013. Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”, Beograd, 2014.

### 3.7. Одсуство са посла због здравствених разлога

У Србији је у години која је претходила Истраживању готово сваки седми (14,6%) становник одсуствовао са посла због здравствених проблема (графикон 18). Са посла су значајно чешће одсуствовале жене (16,6%) у односу на мушкарце (13,2%), док су запослени узраста до 24 године то чинили у значајно мањем проценту (6,7%).

Графикон 18. Процент становништва које је одсуствовало са посла због здравствених разлога према полу и узрастним групама, Србија, 2013. година



Просечно одсуствовање са посла због здравствених проблема износило је 34,5 дана, што је значајно мање у односу на истраживање из 2006. године (51,3 дана). У 2013. години најмање су са посла одсуствовали запослени са вишим и високим образовањем (28 дана).

### 3.8. Хипертензија као фактор ризика одраслог становништва

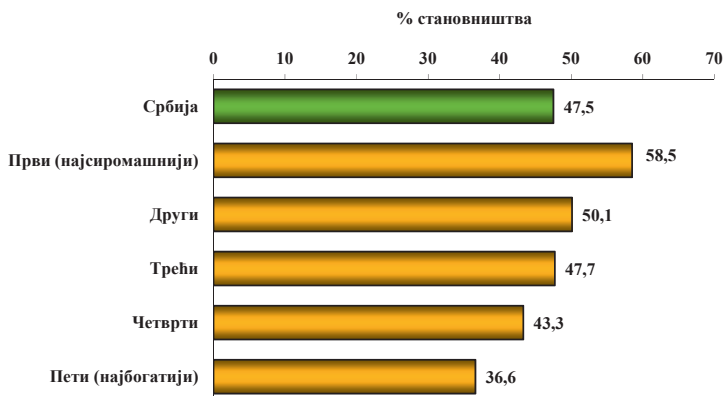
Начин исхране, стање ухрањености и присутност шећерне болести имају велики утицај на висину крвног притиска који је утврђени чинилац ризика за настанак кардиоваскуларних и цереброваскуларних болести, компликација на бубрезима и крвним судовима очног дна. Код особа са шећерном болешћу артеријска хипертензија и кардиоваскуларне болести су најчешће компликације и водећи узрок преране смрти. Мерење крвног притиска и сагледавање ситуације чини основу за разраду популационих стратегија усмерених на здраве стилове живота и креирање социјалног окружења које подржава здравље, као и стратегија усмерених на смањење ризика кроз превентивне мере на индивидуалном нивоу.

У Србији је 2013. године 47,5% одраслог становништва (узраст 20 и више година) имало хипертензију или потенцијалну хипертензију [имало на мерењу

повишен систолни ( $\geq 140$  mmHg) или дијастолни ( $\geq 90$  mmHg) крвни притисак, или су узимали лекове за снижавање крвног притиска]. У односу на резултате Истраживања из 2006. године (46,5%) није регистрована значајна промена што говори о томе да је учесталост повишеног крвног притиска у популацији одраслих остала иста.

Повишени крвни притисак је био присутнији код мушкараца (48,5%), становника старијих од 45 година, особа које не живе у градском типу насеља (51,7%), у региону Војводине (49,0%), затим код становника са нижим степеном образовања (66,5%), најсиромашнијих (58,5%) и сиромашних (50,1%) (графикон 19).

**Графикон 19.** Процент одраслог становништва са хипертензијом и потенцијалном хипертензијом према индексу благостања, Србија, 2013. година



На мерењу, повишену вредност систолног крвног притиска је имало 30,7% одраслих становника – значајно мање него 2006. године (34,2%) као и у случају измереног повишеног дијастолног крвног притиска (19,9% према 26,5%). Скоро сваки седми одрасли становник (15,5%) је имао повишене вредности и систолног и дијастолног крвног притиска, што је такође значајно мање него у 2006. години (20,8%).

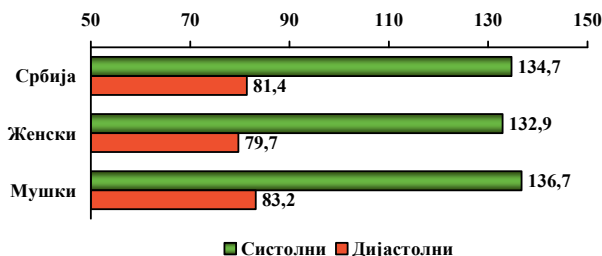
Просечна вредност измереног систолног крвног притиска одраслих становника Србије износила је 134,7 mmHg, а дијастолног 83,2 mmHg. У популацији жена је измерена значајно нижа просечна вредност како систолног тако и дијастолног крвног притиска (графикон 20).

Просечне вредности измереног систолног и дијастолног крвног притиска у годинама истраживања здравственог стања одраслог становништва приказане су у табели 7.

Сваки трећи одрасли становник Србије (33,9%) је изјавио да му је хипертензија дијагностикована од стране лекара, што је за 5,4% више него у 2006. години (28,5%) (графикон 3).



**Графикон 20.** Просечне вредности измереног систолног и дијастолног крвног притиска код одраслог становништва према полу, Србија, 2013. година



**Табела 7.** Просечне вредности измереног систолног и дијастолног крвног притиска одраслог становништва, Србија, 2000, 2006. и 2013. година

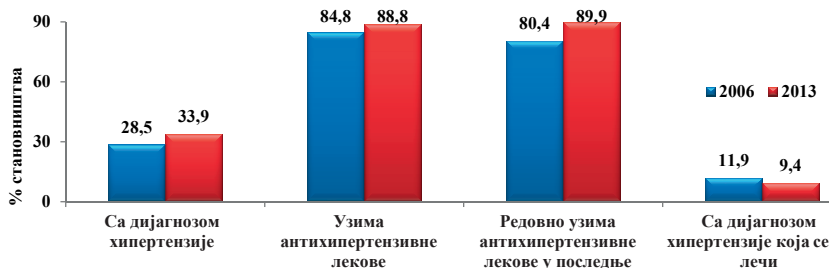
Крвни притисак	2000.	2006.	2013.
	mmHg	mmHg	mmHg
Систолни	133,7	134,2	134,7
Дијастолни	82,7	82,0	81,4

У односу на 2006. годину, проценат одраслог становништва са дијагнозом хипертензије који се није лечио (није узимао лекове нити имао посебан режим исхране) значајно се смањио (са 11,9% у 2006. на 9,4% у 2013), док је проценат оних који су узимали антихипертензивне лекове остао на приближно истом нивоу (88,8%).

У популацији становника који су узимали антихипертензивне лекове, 89,9% је то чинило редовно у месецу који претходио Истраживању (графикон 21).

Процент становништва које је у последње четири недеље редовно узимало лекове за снижавање крвног притиска и на мерењу имало нормалан крвни притисак, износио је 37,4%, што је значајно више него 2006. године (20,9%).

**Графикон 21.** Учесталост и лечење хипертензије одраслог становништва, Србија, 2006. и 2013. година



# IV

## Детерминанте здравља



## 4.1. Физичка активност

Физичка активност је један од критеријума за оцену здравља, а физичка неактивност идентификована је као четврти водећи фактор ризика општег морталитета који глобално доводи до 3,2 милиона смртних случајева годишње (1). Редовна физичка активност је кључна детерминанта енергетске потрошње и од фундаменталне је важности за енергетски баланс и контролу телесне масе. Такође, смањује ризик оболевања од кардио и цереброваскуларних болести, дијабетеса, рака дојке и дебелог црева, депресије. Стога Светска здравствена организација препоручује свакодневно 30 минута физичке активности умереног интензитета.

У оквиру Истраживања здравља испитивана је учесталост и трајање физичке активности у току рада, свакодневног кретања и слободног времена. Резултати су показали да су жене у Србији склоније седентарном стилу живота од мушкараца, који са друге стране више времена проводе бавећи се физичким активностима (графикон 22).

У 2013. години 43,6% становника у Србији је у току свог рада (обухвата плаћени и неплаћени посао, рад у кући или око куће, бригу о породици, студирање или учење) седело или стајало и то значајно више у Београду (61,2%) у односу на Шумадију и Западну Србију (36,4%), односно Јужну и Источну Србију (37,2%). Жене су значајно чешће него мушкарци током обављања посла време проводиле седећи или стојећи (48,3% према 38,7%).

Становници Србије у просеку седе 5 сати дневно, највише становници Београда (5,8 сати), градских насеља (5,3 сати), особе узраста 15–24 године (5,5 сати), као и они са вишим и високом образовањем (5,8 сати).

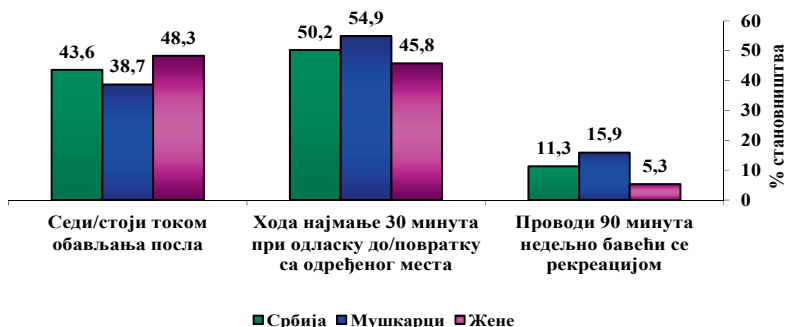
У Србији је у 2013. години свакодневно ходало у континуитету бар 10 минута 72,9% становника. Сваки други становник Србије (50,2%) приликом одласка до и повратка са неког места обично проводи најмање 30 минута. У значајно већем проценту препоручених 30 минута у ходању су проводили мушкарци (54,9%) у односу на жене (45,8%).

Према резултатима Истраживања свакодневна вожња бицикла у трајању од најмање 10 минута је била заступљена код 10,4% становника, и то значајно више у Војводини (24,4%) у односу на становнике других географских области где се тај проценат кретао од 2,2% у Београду до 8,5% у Јужној и Источној Србији.

Фитнесом, спортом или рекреацијом најмање три пута недељно бавило се 8,8% становника Србије, док је сваки девети становник Србије (11,3%) у току слободног времена недељно провео у таквим активностима најмање 90 минута. Навика бављења спортом и рекреацијом је заступљенија код мушкараца (12,1% се рекреира три пута недељно а 15,9% недељно у рекреацији проводи најмање 90 минута) него код жена (5,7% се рекреира три пута недељно а 5,3% недељно у рекреацији проводи најмање 90 минута).

Интензивним физичким активностима намењеним јачању мишића најмање три пута недељно се у 2013. години бавило 4,8% становника Србије.

**Графикон 22.** Физичка активност у току рада, свакодневног кретања и слободног времена становништва према полу, Србија, 2013. година



## Лиџерајџура

WHO, Global recommendations on physical activity for health, 2010.

## 4.2. Навике у исхрани

Избор врсте намирница које се користе у исхрани, учесталост и заступљеност obroka током дана и начин припреме хране, једном речју навике у исхрани зависе од више различитих фактора као што су култура и обичаји, утицај породице и социјалног окружења, расположивост и доступност намирница. Навике у исхрани значајно доприносе ризику за настанак прекомерне ухрањености и гојазности, а сем тога, подаци о навикама у исхрани имају велики значај за процену нутритивних фактора ризика за настанак различитих поремећаја здравља.

У оквиру Истраживања здравља становништва испитиване су навике у исхрани као свакодневни унос воћа и поврћа, млека и/или млечних производа, хлеба, врсте масноћа које се користе у исхрани/за припрему хране, заступљеност доручка, заступљеност рибе, навика досољавања хране.

У Србији је у 2013. години навику да свакодневно доручкује имало 78,1% становника Србије. Значајно чешће су свакодневно доручковали становници ванградских насеља (80,5%) у односу на градска (76,5%), стари (више од 86%) и становници Шумадије и Западне Србије (85,3%). Свакодневни доручак је у најмањем проценту заступљен код становника Војводине (69,3%).

Бар једну шољу млека и/или млечних производа свакодневно је конзумирао 51,7% становника што је значајно повећање у односу на 2006. годину када

је то чинило 43,5%. Најређе су то чинили најсиромашнији, испитаници основног и нижег степена образовања и испитаници узраста 45–55 година.

У исхрани се и даље претежно користо бели хлеб (60,1%), и то најчешће у Шумадији и Западној Србији (70,5%), особе мушког пола и становништво са основним и нижим нивоом образовања. За разлику од 2006. године када је 14,3% одраслих становника Србије конзумирало интегралне врсте хлеба, у 2013. години то је чинило свега 8,2% становника. Чешће су то чиниле жене, испитаници из градских насеља, вишег и високог нивоа образовања, као и становници Београда.

Коришћење животињских масти за припремање obroka смањено је у 2013. години (25,9%) у односу на 2006. годину (33,6%). Према резултатима Истраживања, животињске масти за припрему хране највише су коришћене у Војводини (30,9%), а најмање у Београду (14,1%) и значајно чешће у осталим (40,8%) у односу на градска насеља (15,6%). Заступљеност ове навике је опадала са порастом степена образовања и индекса благостања становништва, тако да је била најприсутнија код ниже образованог (33,2%) и сиромашног становништва (42%).

У Србији 2013. године је сваки једанаести становник изјавио да досољава храну пре него што је проба (9,1%), при чему се ова навика није значајно променила у односу на податке из Истраживања 2006. године.

Најмање два пута недељно рибу је на менију имало 12,5% становништва Србије. У већем проценту то су чинили становници градских насеља, вишег и високог образовања, а употреба рибе расла је и са порастом индекса благостања. Да никада не једе рибу изјавило је 5,4% становништва.

Исхрана богата воћем и поврћем као део укупне здраве исхране може довести до смањења ризика за настанак многих хроничних незаразних болести попут кардиоваскуларних, дијабетеса и појединих врста малигних болести. Воће и поврће обезбеђују хранљиве материје од виталног значаја за здравље. Светска здравствена организација препоручује свакодневни унос воћа и поврћа у количини од најмање 400 грама (1).

Сваки други становник Србије недовољно или никада не конзумира воће (54,4%).

Воће (свеже, смрзнуто, конзервирано, сушено или свеже цеђене сокове) свакодневно је конзумирало 45,6% становника Србије. У најмањем проценту су свакодневно јели воће становници Војводине (43%) наспрот становницима Шумадије и Западне Србије (48,2%). Такође, жене су чешће конзумирале воће (50,7%) као и испитаници узраста 65–74 године (53%) (графикон 23).

Поврће (свеже, смрзнуто, конзервирано, супе или цеђене сокове) је у 2013. години свакодневно конзумирало 57,1% становника Србије. Значајно чешће су то чинили становници Шумадије и Западне Србије (61,7%), као и становници Јужне и Источне Србије (61,3%) у односу на грађане Београда (54,6%) и Војводине (51%). И у овом случају жене су показале здравије навике, јер чешће (60,2%) свакодневно конзумирају поврће у односу на мушкарце (53,8%) (графикон 23). Такође се запажа да је употреба поврћа, као и воћа

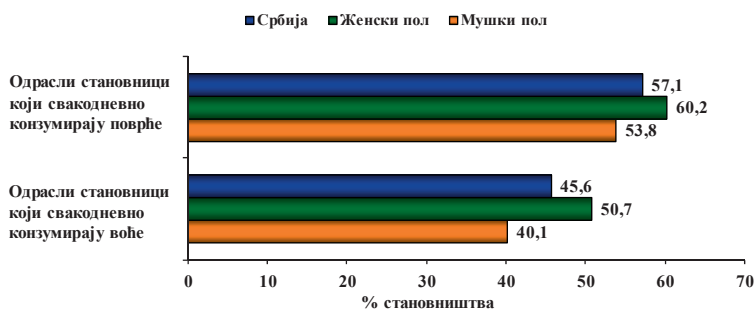
заступљенија код становништва вишег образовања (графикон 24) и бољег материјалног статуса.

Према подацима Европског истраживања здравља из 2008. године, 62,2% становника Европске заједнице је свакодневно конзумирало воће, а 63% становника поврће (2). У оба случаја проценат становништва је већи, посебно код конзумације воћа, од забележеног у Србији 2013. године.

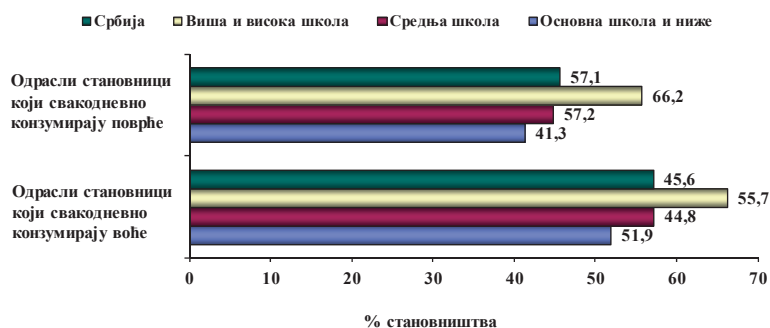
Сваки пети одрасли становник Србије (19,7%) не размишља о здрављу приликом избора начина исхране. О повезаности исхране и здравља у мањем проценту размишљају становници Војводине (23,8%), ванградских насеља (22,8%), мушкарци (26,3%), као и ниже образовани (23,6%) и најсиромашнији становници (25,7%).

Ипак охрабрује податак да је скоро половина становника Србије (49,1%) због здравствених разлога променила бар нешто у начину исхране у години која је претходила Истраживању. Тако је сваки пети становник (21,1%) смањило унос масноћа, 14,1% је променило врсту масноћа које су користили у исхрани, 15,7% је смањило унос соли, 15,1% унос шећера, а 8,2% је смањило телесну тежину уз помоћ дијете.

**Графикон 23.** Процент становништва које свакодневно конзумира поврће и воће према полу, Србија, 2013. година



**Графикон 24.** Процент становништва које свакодневно конзумира поврће и воће према степену образовања, Србија, 2013. година



## Лиџераџура

World Health Organization (2006). Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. WHO: Copenhagen, Denmark.

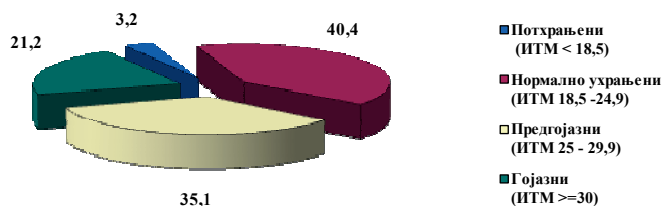
ECHI-European Core Health Indicators 2008. Доступно на: [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm)

### 4.3. Ухрањеност

Индекс телесне масе (ИТМ; енгл. скр. BMI – *Body Mass Index*) је широко прихваћен индекс за процену степена ухрањености који се израчунава као телесна тежина у килограмима подељена са квадратом телесне висине. ИТМ представља средство за рано откривање (скрининг) особа које су потхрањене или прекомерно ухрањене, али није дијагностичко средство потхрањености или гојазности јер постављање ових дијагноза захтева додатна мерења и испитивања (1). Према класификацији Светске здравствене организације (СЗО) нормална ухрањеност подразумева индекс телесне масе у опсегу од 18,5 до 24,9 kg/m<sup>2</sup>, све вредности индекса преко 25 сматрају се прекомерном ухрањеношћу (преко 30 гојазношћу), док све вредности индекса испод 18,5 представљају недовољну ухрањеност односно потхрањеност (2).

У Србији је 2013. године, на основу измерене вредности ИТМ, било 40,4% нормално ухрањеног становништва, док је више од половине (56,3%) било прекомерно ухрањено, односно предгојазно (35,1%) и гојазно (21,2%) (графикон 25).

Графикон 25. Становништво узраста 15 и више година према категоријама ухрањености, Србија, 2013. године



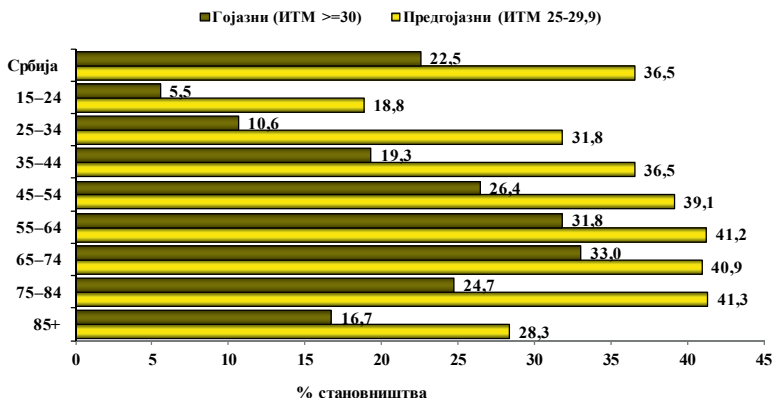
Значајно већи проценат гојазних становника забележен је у свим добним групама од 45 до 84 године (графикон 26), као и међу сиромашном, најмање образованом популацијом и оном која живи у ванградским насељима. За разлику од гојазности која је код оба пола била приближно исто распрострањена (мушкарци 20,1% жене 22,2%), предгојазност је била чешћа код мушкараца (41,4%) него код жена (29,1%).

Између два истраживања, у 2006. и 2013. години, дошло је до значајног повећања процента гојазног становништва (са 17,3% на 21,2%).

Иако су резултати мерења показали да је сваки пети становник гојазан, приликом самопроцене ухрањености себе је перципирало као гојазну особу

свега 16,9% становника. Регистрован проценат предгојазних на мерењу је близак проценту оних који сматрају да припадају тој категорији (34).

**Графикон 26. Предгојазно и гојазно становништво према узрасним групама, Србија, 2013. година**



Као алтернативни антропометријски индекс за процену абдоминалне гојазности и процену повезаних здравствених ризика користи се обим струка (ОС). Са порастом вредности обима струка за мушкарце изнад 94 цм, а за жене изнад 80 цм, расте и здравствени ризик за настанак кардиоваскуларних болести и дијабетеса тип 2 (2). На основу измерених вредности обима струка, код 67,9% жена и 56,6% мушкараца била је регистрована абдоминална гојазност.

## Лиџераиџура

Гојазност – Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси. Министарство здравља Републике Србије, новембар 2004.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

Managing Overweight and Obesity in Adults: systematic evidence review from the Obesity Expert Panel, 2013. Доступно на: [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_home.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm)

## 4.4. Употреба дувана

Штетност употребе дувана и дуванских производа је добро документована кроз истраживања која се спровode још од половине двадесетог века као повећан ризик од срчаног удара, обољења периферних крвних судова и повишеног крвног притиска, шлога, рака плућа, гркљана и уста. Поред тога,



употреба дувана је и фактор ризика за болести дисајног система као што је хронична опструктивна болест плућа, а пушење у трудноћи може довести до мале телесне тежине на рођењу и оболевања одојчади. У земљама Европског региона Светске здравствене организације (СЗО) 16% свих смртних случајева међу одраслима старијим од 30 година изазвано је употребом дувана (1).

Коришћење дувана и дуванских производа има своје специфичности, а фактори који утичу на заступљеност и обрасце коришћења ових производа су бројни. Податак о распрострањености пушења (2) у популацији (процент особа које повремено или свакодневно пуше) неопходан је за сагледавање здравствених и економских последица пушења по друштво, као и за доносиоце одлука како би могли да предузму одговарајуће мере за сузбијање употребе дувана.

У Србији је употреба дувана већ дуги низ година један од најзаступљенијих фактора ризика по здравље што потврђују и резултати Истраживања из 2013. године према којима је више од половине становништва пушило некада током свог живота (51,8%). Већина становника који су некада током свог живота пушили су били свакодневни пушачи (81,7%).

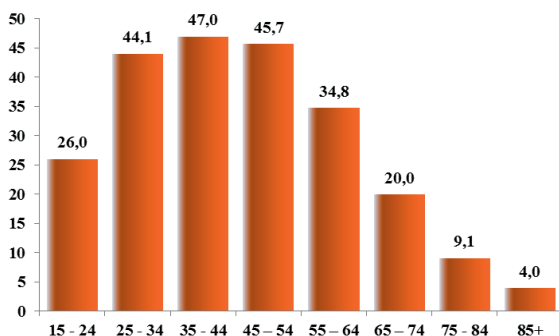
Истраживање је показало да распрострањеност пушења у популацији узраста 15 и више година износи 34,7%. Свакодневних пушача цигарета је било 29,2%, а међу њима 17,4% показује јаку зависност према употреби дувана (пуше више од 20 цигарета дневно). Као и до сада, већи проценат пушача је забележен код мушкараца (табела 8). У погледу географске распрострањености регион Шумадије и Западне Србије се истиче по значајно мањем проценту како свакодневних пушача (27,1%) тако и оних који пуше а припадају узрасној групи 15–19 година (13,4%).

**Табела 8. Учесталост пушења (свакодневно или повремено) и пушачки статус становништва према полу, Србија, 2013. година**

	Учесталост пушења 15+	Учесталост пушења 15-19	Учесталост пушења 20+	Учесталост пушења 18-64	Свакодневни пушачи 15+	Свакодневни пушачи који пуше 20 и више цигарета на дан
	%					
Женски	31,6	19,5	32,4	38,8	25,9	12,3
Мушки	37,9	19,0	39,4	43,6	32,6	22,8
<b>Србија</b>	34,7	19,2	35,8	41,2	29,2	17,4

Процент пушача је био већи међу становништвом старости 18–64 године (41,2%) у поређењу са целокупном популацијом. Највећи проценат пушача је у старосној групи 35–44 године и износи 47%, а најмањи у старосној групи 75–84 (9,1%) и међу старијима од 85 година (4%) (графикон 27).

Процент пушача у градовима је статистички значајно већи у поређењу са становницима осталих насеља (36,4% наспрам 32,2%). Такође, тај проценат је

**Графикон 27. Учесталост пушења (свакодневно или повремено) према узрасним групама, Србија, 2013. година**

већи (38,2%) у популацији са најнижим примањима (испод 9000 динара месечно по члану домаћинства).

Иако је проценат свакодневних пушача 2013. године мањи у поређењу са 2000. годином, запажа се значајно повећање у односу на 2006. годину. Нарочито је значајна промена у броју свакодневних пушача женског пола у односу на 2006. годину (табела 9).

**Табела 9. Учесталост свакодневног пушења становништва према полу, Србија, 2000–2013. година**

	2000	2006	2013 <sup>1</sup>
	%		
Женски	26,1	22,6	26,0
Мушки	40,6	30,7	32,6
<b>Србија</b>	<b>33,0</b>	<b>26,2</b>	<b>29,2</b>
<b>ЕУ</b>	<b>29,1</b>	<b>24,8</b>	<b>23,9</b>

Полазећи од чињенице да је изложеност дуванском диму подједнако штетна као и само пушење, у Републици Србији је 2010. године донет Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму (3) којим се уређују мере ограничења употребе дуванских производа ради заштите становништва од излагања дуванском диму, контрола забране пушења и надзор над спровођењем овог закона.

Резултати Истраживања из 2013. године указују на потребу да се унапреди имплементација постојеће законске регулативе, као и на потребу да се она иновира увођењем забране пушења у свим угоститељским објектима. Ово, између осталог, произилази из налаза да је више од половине становништва (54,4%) старијег од 15 година било изложено дуванском диму у затвореном

<sup>1</sup> За ЕУ је приказан податак за 2009. годину

Извор података: база података „Здравље за све“, СЗО, <http://data.euro.who.int/hfad/>

простору, а скоро исто толико (47,1%) непушача је било забринуто због штетних последица дуванског дима по сопствено здравље.

У години која је претходила Истраживању сваки трећи пушач (33%) је покушао да остави пушење, док је сваки други (58%) био забринут за сопствено здравље због последица изложености дуванском диму.

Саветовање становништва од стране здравственог радника о штетности пушења је једна од мера за сузбијање употребе дувана. Податак да је у Србији у 2013. години само 35,2% процената пушача добило савет да престане да пуши указује на потребу интензивирања едукације и мотивисања здравствених радника за давање савета о штетности/престанку пушења, посебно у популацији младих.

## Литература

WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization 2012; [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/) (accessed 9 September 2014)

WHO, WHO FCTC Indicator Compendium, 2013. Доступно на: [http://www.who.int/fctc/reporting/who\\_fctc\\_indicator\\_compendium\\_first\\_edition.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/who_fctc_indicator_compendium_first_edition.pdf)

Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму, „Службени гласник РС”, бр. 30/2010.

## 4.5. Употреба алкохола

---

Употреба алкохола је опште позната карактеристика друштава у европским земљама која, поред употребе дувана и високог крвног притиска, спада у водеће факторе ризика за настанак многих обољења и стања. Висок унос алкохола је посебно повезан са повећаним ризиком за настанак болести срца и крвних судова, можданог удара и цирозе јетре, као и појединих врста малигних обољења (1). Штетна употреба (злоупотреба) алкохола без знакова зависности представља значајан здравствени, али и економски и социјални проблем због последица као што су несреће, саобраћајни удеси, насиље и проблеми у породици, али и дуготрајно лечење, одсуствовање с посла, незапосленост, смањена продуктивност и криминал.

Обрасци конзумирања алкохола се разликују међу земљама у свету и у Европи. Познавање стручних термина је неопходно за анализирање образаца заступљености употребе алкохола у популацији.

Термин употреба алкохола односи се на било какво уношење алкохола у организам. Злоупотреба алкохола је општи термин за било коју врсту друштвено неприхватљивог пијења, од ризичног, преко штетног до зависности од алкохола. Штетна употреба алкохола се дефинише као образац пијења који је довео до физичког или менталног оштећења здравља, без зависности од алкохола. Ризична употреба алкохола подразумева образац пијења код кога актуелно не

постоје последице нити зависност од алкохола, али је велика вероватноћа да ће се у будућности развити проблеми повезани са алкохолом, тј. подразумева свако пијење преко граница нискоризичног пијења. Свако пијење алкохола код особа млађих од 18 година представља злоупотребу алкохола. Синдром зависности од алкохола (алкохолизам) је болест која се карактерише групом симптома, уз јасно дефинисане критеријуме за постављање ове дијагнозе и стога се овим Истраживањем не добијају подаци о броју зависника од алкохола.

Пијење алкохолних пића у Србији је друштвено прихватљиво понашање, а актуелну ситуацију на овом пољу карактерише висока учесталост конзумирања алкохола, посебно међу младима, која је између осталог последица тога што се употреба алкохола често третира као део традиције, обичаја и културе.

Резултати Истраживања су показали да у 2013. години у Србији 46,1% становништва није конзумирало алкохол (није никада пробало или није конзумирало алкохол у претходних 12 месеци). У популацији младих 15–19 година 47% није конзумирало алкохол, значајно више девојака (54%) него дечака (41,1%).

Свакодневно је пило 4,7% становништва што представља повећање у односу на 2006. годину (3,4%). Становници Војводине значајно више свакодневно конзумирају алкохол (5,7%), за разлику од становника Шумадије и Западне Србије код којих је тај проценат најмањи (3,6%). Не изненађује податак да мушкарци у Србији традиционално у већем проценту свакодневно пију, чак шест пута више у односу на жене (табела 10). Такође, навика свакодневног конзумирања алкохола је највише заступљена међу најсиромашнијом популацијом (6,9%).

**Табела 10.** Употреба алкохола становништва према узрасним групама и полу, Србија, 2013. година

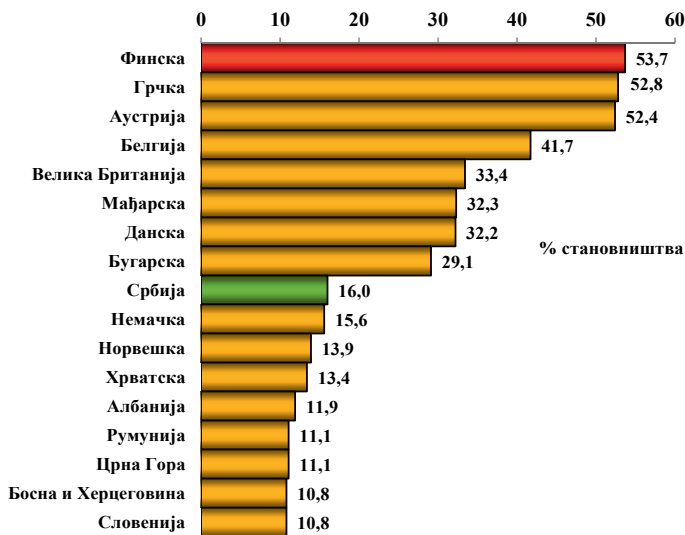
Демографско обележје	Становништво које не конзумира алкохол	Становништво које свакодневно конзумира алкохол
	%	%
<b>Добна група</b>		
15–24	39,0	0,6
25–34	34,0	1,9
35–44	39,0	3,6
45–54	41,8	5,3
55–64	51,3	7,4
65–74	59,6	8,2
75–84	69,5	7,6
85+	78,0	3,5
<b>Пол</b>		
Мушки	28,6	8,3
Женски	62,3	1,3
<b>Србија</b>	<b>46,1</b>	<b>4,7</b>

Поред учесталости конзумирања алкохола на настанак дуготрајних болести и стања, као последица његове употребе, утиче и количина попијеног алкохола. Тако, дефинисани критеријум за средњи ризик за настанак болести у односу на дневну количину попијеног алкохола за жене износи 20 грама етанола, а за мушкарце 40 грама етанола.

Као и у већини европских земаља и у нашој земљи се запажа образац повећане употребе алкохола током викенда (од петка до недеље) када је према резултатима Истраживања, средњем ризику било изложено 1,4% жена и 6,2% мушкараца. Највећи проценат жена у средњем ризику се налазило у добној групи 15–24 године (4,6%), а мушкараца у добној групи 25–34 године (8,9%).

Посебан ризик представља ексцесивно пијење тј. пијење великих количина алкохола (више од шест алкохолних пића) у једној прилици (*binge drinking*) што је забележено и у Србији, како међу општом популацијом тако и међу адолесцентима. Овакву навику, макар једном у току недеље, имало је 4,3% становништва Србије (7,8% мушкараца и 1% жена), са највећом учесталошћу у старосној групи 25–34 године (5,4%). Најмање једном месечно ексцесивно је пило 27% мушкараца и 6% жена, односно укупно 16% становништва, што је према доступним подацима СЗО већи проценат него у већини земаља у окружењу (графикон 28).

**Графикон 28.** Процент становништва које је у последњих 12 месеци најмање једном месечно конзумирало 6 или више пића у току једне прилике, Србија<sup>1</sup> и изабране земље, 2010. година



<sup>1</sup> За Србију је приказан податак за 2013. годину.  
Извор података: База података опсерваторије глобалног здравља, СЗО, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1047?lang=en&showonly=GISAH>

Нарочито забрињава податак да је скоро сваки пети (17%) адолесцент узраста 15–19 година најмање једном месечно конзумирао више од шест алкохолних пића током једне прилике (22,7% младића и 10,6% девојака).

## Литература

WHO Europe, Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches, WHO, Copenhagen.2012.

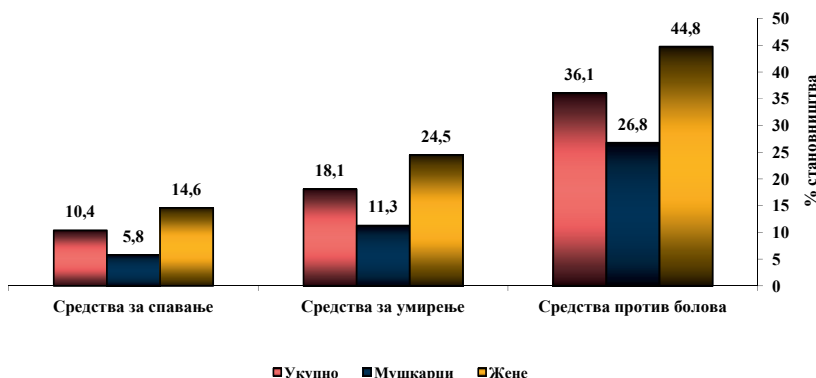
## 4.6. Коришћење психоактивних супстанци

По дефиницији психоактивна супстанца је свака супстанца која унесена у организам може да модификује једну или више функција. То могу бити супстанце или смеше супстанци које делују на централни нервни систем (ЦНС) и изазивају промене у доживљавању и понашању (1). Употреба психоактивних супстанци (дрога) дефинише се као нездраво понашање и посебан социјално-патолошки феномен појединца, које има за последицу појаву болести зависности. Болести зависности истовремено представљају болести понашања и део су социјалне патологије са изузетно тешким последицама по здравље.

У Истраживању су прикупљени подаци о коришћењу различитих врста психоактивних супстанци у последњих 12 месеци.

Велики проценат становништва је изјавио да је у претходних годину дана употребљавао средства против болова (36,1%). Средства за умирење је користило 18,1%, а средства за спавање 10,4%. Жене су значајно чешће користиле било које од наведених средстава (графикон 29).

Графикон 29. Употреба одређених психоактивних супстанци у претходних 12 месеци према полу, Србија, 2013. година



Такође, употреба лекова за смирење, спавање и против болова била је чешћа међу популацијом старијом од 55 година (табела 11).

**Табела 11.** Процент становништва које је користило одређене психоактивне супстанце у претходних 12 месеци према узрасним групама, Србија, 2013. година

Старосна група	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64
	%	%	%	%	%
Средства за спавање	2,3	3,0	5,6	8,1	13,9
Средства за умирење	2,5	8,0	13,1	18,8	25,4
Средства против болова	21,8	36,6	37,5	37,2	38,8

Према резултатима Истраживања илегалне дроге је у посматраном периоду користило мање од 1% становништва Србије. Најчешће коришћена илегална дрога је канабис коју је користило 0,4% становника у претходних годину дана. Употреба осталих илегалних дрога је испод 0,1%. Употреба канабиса је значајно већа међу становницима градова у поређењу са становницима осталих подручја (0,6% према 0,1%), међу становницима вишег и високог образовања (0,9), као и међу онима који припадају најбогатијој категорији становништва (1%). Насупрот употреби лекова, корисници илегалних дрога су у већем проценту становници Србије млађи од 35 година.

При сагледавању учесталости коришћења илегалних дрога треба узети у обзир одређена ограничења истраживања здравља у општој популацији, јер злоупотреба дрога као друштвено неприхватљиво понашање доводи у питање искреност испитаника приликом давања одговора на питања о њиховој употреби. Такође, требало би имати у виду да је веома тешко постићи репрезентативан обухват корисника дрога у истраживањима овог типа због њиховог специфичног стила живота.

### Литература

Substance abuse. Terminology and classification. (cited, 2014, September 05). Доступно на: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/index.html)

## 4.7. Сексуално понашање

Ризична сексуална понашања укључују пре свега рано ступање у сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, некоришћење поузданих метода контрацепције и некоришћење кондома као ефикасне заштите од полно преносивих инфекција. Као исход незнања, непотпуне или нетачне информисаности

или олаког схватања очувања репродуктивног здравља јављају се нежељена трудноћа која најчешће завршава абортусом или полно преносиве инфекције које пак могу имати дуготрајне и тешке последице не само по физичко, већ понекада и по психичко здравље.

Знање о сексуалности, физиологији репродукције, контрацепцији, последицама намерног прекида трудноће и инфекција које се преносе незаштићеним сексуалним контактом, али и стицање одговарајућих вештина и образаца понашања пре започињања сексуалног живота нужно је за формирање правилних ставова везаних за планирање породице и преузимање одговорности у сексуалном понашању у циљу заштите здравља. Такође, контроле здравља код гинеколога барем једанпут годишње, промоција безбеднијег сексуалног понашања, доступност квалитетних кондома по прихватљивој цени, као и служби за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на HIV и друге полно преносиве инфекције и укључивање шире друштвене заједнице у превенцију неопходне су за очување репродуктивног здравља како појединаца, тако и друштва у целини.

Према Истраживању из 2013. године 33,1% младих у Србији узраста 15–19 година је ступило у сексуалне односе, и то значајно више дечака него девојчица (39,9% према 25,7%). У односу на 2006. годину забележено је повећање процента младих узраста 15–19 година који су ступили у сексуалне односе за 4,1%.

Медијана узраста ступања у први сексуални однос међу младима узраста од 15 до 24 године је непромењена у односу на 2006. годину и износи 17 година. Девојке ступају у сексуалне односе нешто касније у односу на младиће (18 према 17 година). Ипак, ако се одвојено посматрају добне групе 15–19 и 20–24 године запажа се да се граница ступања у сексуалне односе помера наниже (са 18 на 16 година). Према резултатима Истраживања из 2013. и даље око 2% младих ступа у сексуалне односе пре 15. године живота.

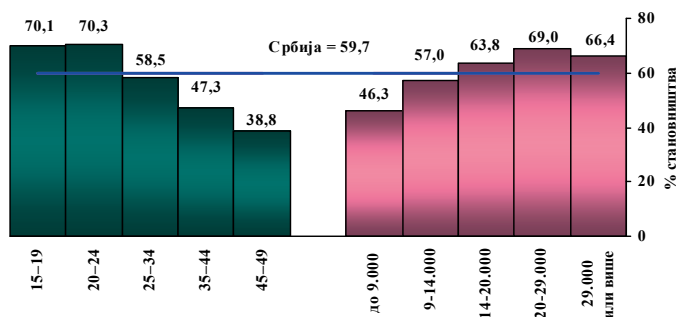
Од укупног броја младих узраста 15–19 година који су у години која је претходила Истраживању имали сексуалне односе са повременим партнером 73,8% је приликом последњег сексуалног односа користило кондом. Дечаки значајно чешће имају сексуалне односе са повременим партнером него девојчице (19,7% према 3,4%), али и значајно чешће користе кондом (76,4% према 58%).

У популацији одраслог становништва узраста 20 и више година 14,6% је имало сексуалне односе са повременим партнером, што је за 7% више него 2006. године. Сексуалне односе са повременим партнером значајно чешће су имали мушкарци у односу на жене (21,5% према 8%) и млади доби 20–24 године (29,2%). Употреба кондома са повременим партнером опада са старошћу и значајно је мање заступљена код жена и особа нижег образовног статуса. У односу на 2006. годину запажа се смањење употребе кондома приликом последњег сексуалног односа са повременим партнером (43,3% према 51,6%).



Анализа показатеља који мери напредак на пољу превенције изложености вирусу хумане имунодефицијенције (HIV) међу особама са вишеструким сексуалним партнерима (1) је показала да је у популацији узраста 15–49 година који су у години која је претходила Истраживању имали сексуалне односе са више партнера (13,3% становника), тек нешто више од једне половине (59,7%) приликом последњег сексуалног односа користило кондом. Значајно већа употреба кондома регистрована је код младих узраста 20–24 године (70,3%), док су значајно мање кондом користиле особе са најнижим приходом по члану домаћинства (46,3%) (графикон 30).

**Графикон 30.** Употреба кондома приликом последњег сексуалног односа (становници узраста 15–49 који су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци) према узрасним групама и приходу по члану домаћинства (у динарима), Србија, 2013. година



Тек свака пета жена узраста 15–49 година (21,5%) која је била сексуално активна у посматраном периоду користила је неко од контрацептивних средстава или метода (пилула, интраутерина спирала, хормонска инјекција, хормонски имплантат, дијафрагма, пена или гел, женски или мушки кондом, женска или мушка стерилизација). Значајно мање контрацепцију су користиле жене са нижим образовањем и жене из најсиромашнијих домаћинстава (10,1%, односно 12,2%). У истој доброј групи жена које су удате или живе у ванбрачној заједници, проценат оних које користе контрацептивна средства је мањи и износио је 18,3%.

Што се тиче коришћења неке од непоузданих метода контрацепције (неплодни дани, прекинут однос, пилула за „дан после“), оно је било распрострањено међу 13,3% жена узраста 15–49 година. Непоуздане методе контрацепције у значајно мањем проценту су користиле млађе жене узраста од 15 до 24 године (7,2%).

Од укупног броја жена узраста 15–49 година 1,5% наводи да је имало намерни прекид трудноће у години која је претходила Истраживању 2013. године (1% девојака узраста од 15 до 19 година). Намерни прекид трудноће је у значајно већем проценту био заступљен код жена из насеља која нису градска (2,3%) и код оних са нижим образовањем (2,7%).

## 4.8. HIV/AIDS

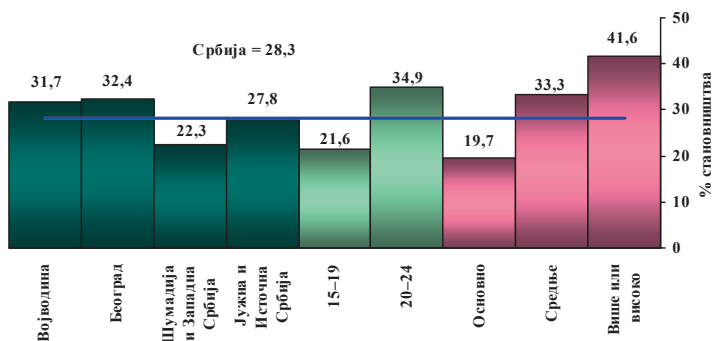
Синдром стечене имунодефицијенције (AIDS) је тешко, по живот опасно, клинички манифестно стање. То је последњи клинички стадијум инфекције узроковане вирусом хумане имунодефицијенције (HIV) која уколико се не дијагностикује правовремено и не лечи високо ефикасном комбинацијом антиретровирусних лекова, најчешће доводи до прогресивног оштећења имунолошког система и других органа, укључујући и централни нервни систем.

Примарна превенција, која је кључна за контролу епидемије HIV инфекције, мора се заснивати на поузданим и скорашњим подацима о инциденцији и морталитету, епидемиолошким карактеристикама пацијената, учесталости инфекције у кључним популацијама под повећаним ризиком од HIV-а, као и о знању, ставовима и понашању у вези ризика за HIV/AIDS, који се обезбеђују рутинским свеобухватним епидемиолошким надзором и периодичним биолошко-бихејвиоралним истраживањима међу кључним популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и истраживањем здравља становништва.

За постојање HIV-а, односно сиде (AIDS) у Србији је у 2013. години знало 90,7% становника узраста 15 и више година (90,8% у 2006. години) и то значајно више у градским насељима и у популацији млађих од 55 година. Информисаност о HIV-у и AIDS-у је била највећа у Београду (94,9%). Значајно мање били су информисани становници у Јужној и Источној Србији (86,2%), особе са нижим образовањем (76%) и они који живе у најсиромашнијим домаћинствима (78,4%).

Довољно стеченог знања о HIV-у/AIDS-у, тако да су могли правилно да идентификују начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а и истовремено препознају заблуде у вези са трансмисијом HIV-а, имало је 28,3% младих узраста од 15 до 24 године. Млади узраста 15–19 година су у значајно мањем проценту имали довољно знања о HIV-у/AIDS-у, млади који живе у Шумадији и Западној Србији, као и они са нижим степеном образовања (графикон 31).

**Графикон 31.** Знање младих узраста 15–24 године о HIV-у/AIDS-у према регионима, узрастним групама и степеном образовања, Србија, 2013. година



Сваки други становник Србије узраста 15 и више година (50,2%) правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а, али тек сваки шести (16,1%) одбацује заблуде у вези са трансмисијом HIV-а, односно зна како се HIV не може пренети. Значајно мањи проценат становника који правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије HIV-а, односно одбацује заблуде у вези са трансмисијом HIV-а региструје се у Шумадији и Западној Србији, у групи старијих од 50 година, у насељима која нису градска, као и у групи становника са нижим образовањем и лошег материјалног статуса.

Само 7,7% становника у Србији узраста од 15 до 49 година који су чули за HIV и AIDS нема дискриминаторан став према особама инфицираним HIV-ом. Значајно мањи степен толеранције према особама инфицираним HIV-ом показују становници у Шумадији и Западној Србији (5,4%), они који живе у осталим насељима (5,6%), становници узраста од 15 до 19 година (3,1%), они са нижим образовањем (3,4%) и особе из најсиромашнијих слојева становништва (4,8%).

Половина становника Србије узраста 20 и више година (50,1%) у 2013. години је знала где се може саветовати и тестирати на HIV, док их се тестирало 6,9%. Оба показатеља показују значајан пораст у односу на 2006. годину (37,9% информисаних и 4,2% тестираних). И информисаност и број тестираних су значајно мањи у популацији која не живи у градским насељима, код старијих од 50 година, као и код мање образовних и сиромашних слојева друштва. Значајно мањи проценат информисаних о месту саветовања и тестирања је забележено у Војводини (46%), а број тестираних у Шумадији и Западној Србији (4,2%).

Од укупног броја становника у Србији узраста од 15 до 49 година 2,5% се тестирало на HIV током 12 месеци који су претходили Истраживању из 2013. године и том приликом су им саопштени резултати тестирања. Значајно мање таквих регистровано је међу становништвом у Шумадији и Западној Србији (1,6%), особама које живе у осталим насељима (1,4%), младима узраста 15–19 година (0,7%), особама са нижим образовањем (0,7%) и међу најсиромашнијима (1,1%).

Анализа различитих показатеља указује да су знање о HIV/AIDS-у и ставови према особама инфицираним HIV-ом тесно повезани са степеном образовања. Особе са вишим или високим образовањем имају боље знање о начинима преноса и заштите од HIV инфекције, као и више позитивних ставова према особама инфицираним HIV-ом. Такође, особе са вишим степеном образовања се чешће тестирају на HIV.

## Литература

UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting 2013. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS. Доступно на [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR\\_2013\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf)

# V

## Коришћење здравствене заштите



## 5.1. Коришћење здравствене заштите у здравственим установама и приватној пракси

Смањење разлика у здрављу и здравственој заштити представља битну претпоставку даљег развоја система здравствене заштите и њених институција. Важан фактор у организацији и функционисању здравствене службе је и степен интегрисаности система (повезаности примарног, секундарног и терцијарног нивоа), али и његова територијално-административна децентрализација (мрежа и финансирање), као и синхроно деловање државног и приватног сектора.

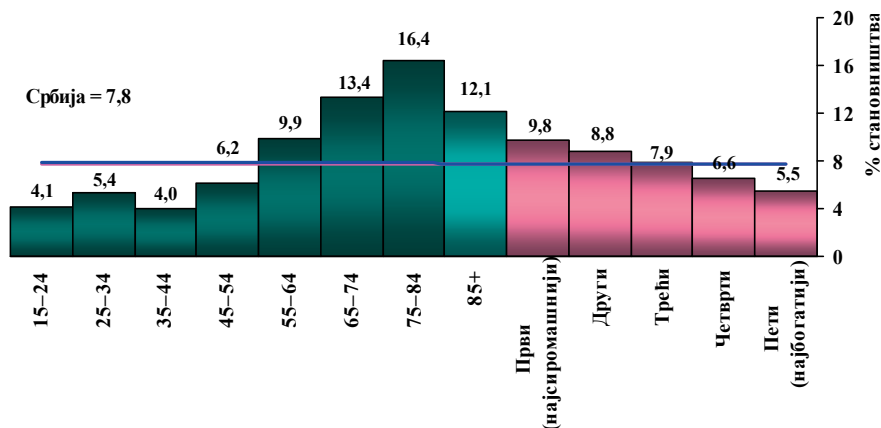
Показатељи о коришћењу здравствене заштите су неопходни за сагледавање потреба корисника и једновремено су одраз обезбеђености и развијености здравствене службе и квалитета здравствене заштите.

### Коришћење болничке здравствене заштите

Болничка здравствена заштита један је од најважнијих и истовремено најскупљи део система здравствене заштите. Због тога се повећање ефикасности и унапређење квалитета рада болница налази међу приоритетима развоја здравствене заштите у Србији.

У Истраживању здравља из 2013. године 7,8% становника старијих од 15 година је изјавило да је болнички лечено, што је значајно више у односу на 2006. годину (6,5%). Значајно више хоспитализованих било је у старијим добним

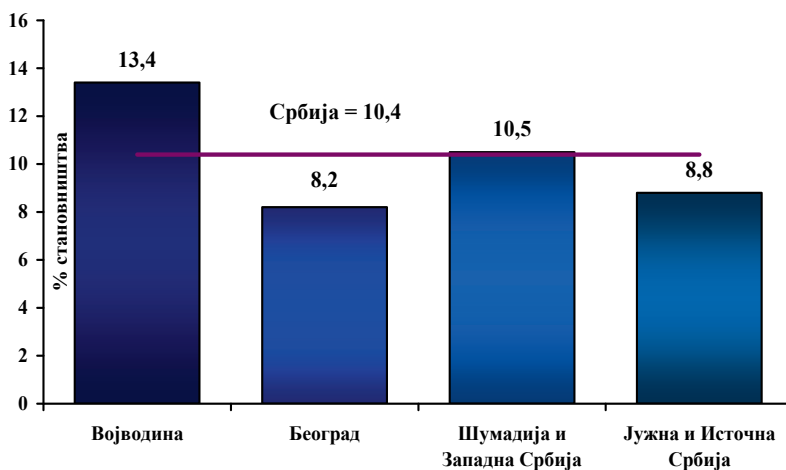
Графикон 32. Процент становништва које је болнички лечено према узрасним групама и индексу благостања, Србија, 2013. година



групама (16,4% у старосној групи 75–84 године), међу становништвом са најнижим степеном образовања (основно и ниже – 10,8%) и најсиромашнијима (графикон 32).

У години која је претходила Истраживању у дневним болницама лечен је сваки десети становник Србије (10,4%) који је у просеку забележио 5 боравака. Значајно већи проценат је забележен код жена (12%), становника Војводине (13,4%) (графикон 33), старијег становништва, посебно у старосној групи 75–84 године (15,8%) и становника са најнижим степеном образовања (12,3%).

**Графикон 33.** Процент становништва леченог у дневним болницама према регионима, Србија, 2013. година

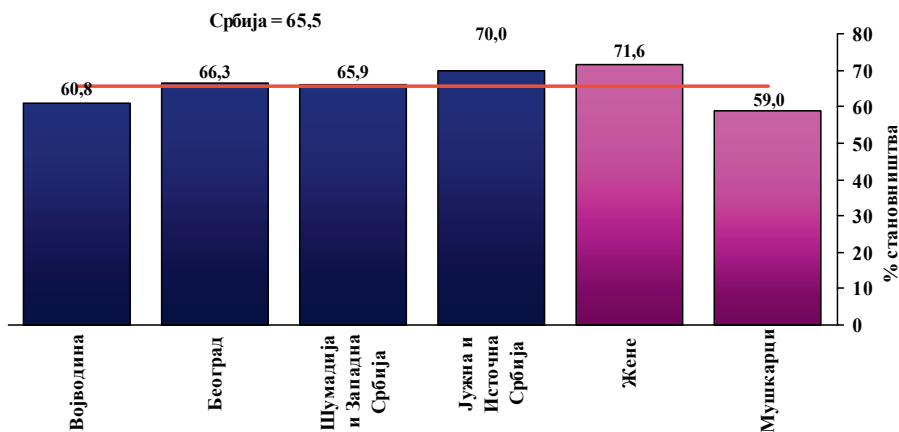


### Коришћење примарне здравствене заштите

Примарну здравствену заштиту у дому здравља грађани остварују преко изабраног лекара. Лекар опште медицине или педијатар је најчешће први здравствени радник са којим се становништво среће када му је потребна здравствена заштита.

Свог лекара опште медицине или педијатра имало је 91,7% становника старијих од 15 година. У популацији старих 20 и више година сопственог лекара опште медицине имало је 91,6% становника, што је значајно повећање у односу на 2006. годину, када је свог лекара имало 50,6% становника. Највећи број становника имао је изабраног лекара или педијатра у државној здравственој установи (91%). Особе женског пола у већем проценту имају свог лекара опште медицине или педијатра (93,8%) у односу на особе мушког пола (89,5%). Изабраног лекара опште медицине или педијатра у приватној

**Графикон 34.** Процент становништва које је посетило свог лекара опште медицине или педијатра у последњих годину дана према регионима и полу, Србија, 2013. година



пракси имало је 2,5% становника, највише у Београду, градским насељима (по 3,1%), у групи више и високо образованих (5,3%) и у групи најбогатијих (5%).

Две трећине становника Србије (65,5%) је у години која је претходила Истраживању посетило лекара опште медицине или педијатра, значајно више жена (71,6%) него мушкараца (59%), највише у Јужној и Источној Србији, а најмање у Војводини (графикон 34).

Просечан број посета лекару опште медицине или педијатру у периоду од четири недеље које су претходиле Истраживању износио је 1,5 (у државној здравственој установи 1,0, а у приватној пракси 0,5 посета). Највећи број посета забележен је у Јужној и Источној Србији (2,0), у групи старости 15–24 године (2,3) и код становника са основним и нижим образовањем (1,8).

Свог гинеколога имало је 60,9% жена старијих од 15 година (54,9% у државној здравственој установи, а 10,5% у приватној пракси), највише у Београду (74,3%), у добној групи од 25 до 34 године (87,3%), у групи више и високо образованих (82,8%) и у групи најбогатијих (78,8%).

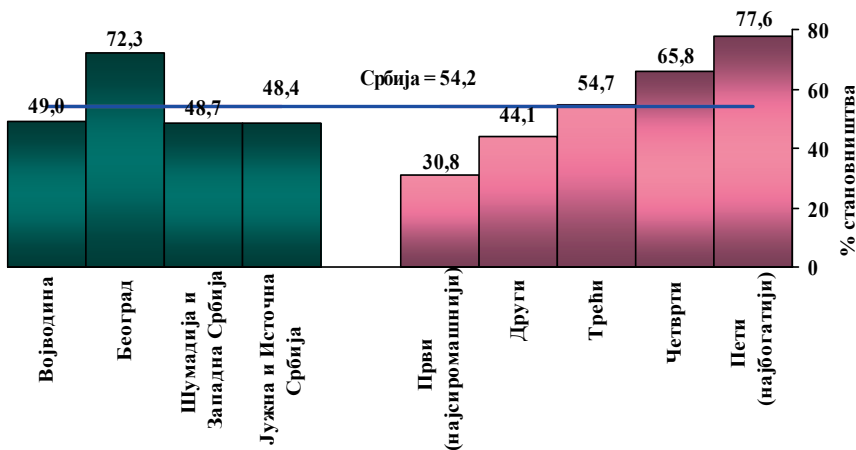
Трећина жена у Србији старијих од 15 година (34,9%) је у години која је претходила Истраживању посетила гинеколога, значајно више у Београду, градским насељима, у групи најобразованијих и најбогатијих. Овај проценат је нешто виши у односу на 2006. годину (33,8%), али та разлика није статистички значајна. Готово половина (47,5%) жена фертилног доба (15–49 година) је у периоду од годину дана пре Истраживања посетила гинеколога, што је незнатно више у односу на 2006. годину (46,2%). Жене су у 2013. години биле значајно млађе при првој посети гинекологу (20,5 година) у односу на 2006. годину (22,0 године).

## Коришћење стоматолошке здравствене заштите

Стоматолошка здравствена заштита има своје специфично место у систему здравствене заштите. Право на стоматолошку здравствену заштиту која се финансира из средстава обавезног здравственог осигурања дефинисано је Законом о здравственом осигурању. У последњој декади дошло је до значајних измена законске регулативе што је у великој мери утицало на обезбеђеност и коришћење стоматолошке здравствене заштите.

Нешто више од половине становника старијих од 15 година (54,2%) имало је свог стоматолога, у државној здравственој установи 26,9% становника, а у приватној пракси 31%. Највећи број становника имао је изабраног стоматолога у Београду (72,3%), градским насељима (61,9%), у групи најобразованијих (76,4%) и најбогатијих (77,6%) (графикон 35).

Графикон 35. Процент становништва које је имало свог стоматолога према регионима и индексом благостања, Србија, 2013. година



У периоду од шест месеци који су претходили Истраживању сваки пети становник (20,5%) је посетио стоматолога, при чему су то више чиниле жене (22,5%), становници градских насеља (23,4%), високообразовани (29,9%) и најбогатији (27,9%).

Лекара специјалисту је у периоду од годину дана који су претходили Истраживању посетило две петине становника Србије (40,1%). Лекара специјалисту у већем проценту су посећивале жене (46,3%), становници Београда (46,6%), старије популационе групе, најобразованији (46,8%) и најбогатији (42,4%). У том периоду специјалисту физикалне медицине и рехабилитације посетило је 8,5% становника, док је психолога, психотерапеута или психијатра



посетило 4,4% становника. Просечан број посета лекару специјалисти по становнику у периоду од четири недеље пре Истраживања износио је 0,8, од чега 0,7 у државним установама, а 0,1 у приватној пракси.

У 2013. години 1,4% становника Србије је изјавило да је користило услуге кућне неге и помоћи. Ове услуге највише су, што је и очекивано, користили најстарији (11,4% старијих од 85 година), најмање образовани (2,5%) и најсиромашнији (1,9%).

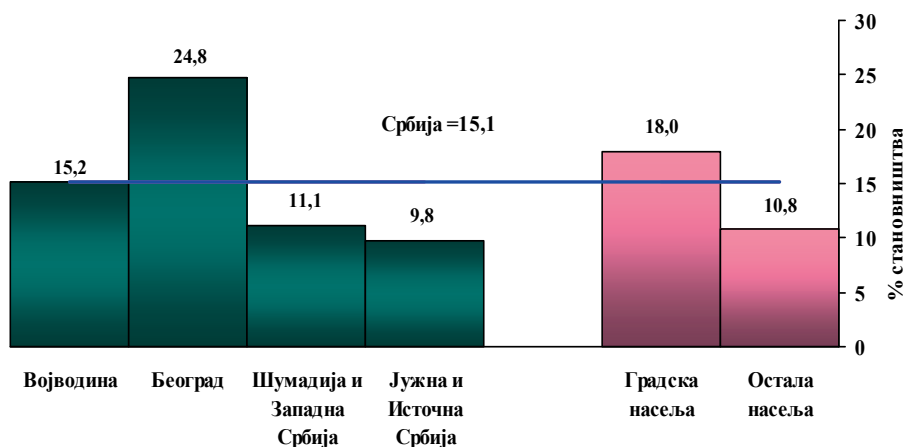
Услуге хитне помоћи користило је 6% становника Србије, што је значајно више у односу на коришћење хитне помоћи у 2006. години (5%). Ове услуге више су користили старији становници (13,4% у групи 75–84 и 13,8% старијих од 85 година), становници најнижег образовног статуса (8,5%) и жене (6,8%).

### Коришћење приватне праксе

Од деведесетих година прошлог века, приватна пракса је према Закону о здравственој заштити изједначена са државном здравственом службом у Србији. Међутим, приватна пракса још увек није интегрисана у систем здравствене заштите, као ни у процес обавезног здравствено-статистичког извештавања. То је разлог да се још увек једино путем популационих истраживања могу добити подаци од значаја за сагледавање коришћења приватне праксе.

У 2013. години услуге приватне праксе користило је 15,1% становника Србије. Приватну праксу су више од осталих користили становници највишег образовног статуса (27,9%), најбогатији (24,8%), становници Београда и градских насеља (графикон 36).

Графикон 36. Процент становништва које је користило услуге приватне праксе у последњих годину дана према регионима и типу насеља, Србија, 2013. година



У популацији становништва старијег од 19 година бележи се значајан пад коришћења приватне праксе у односу на 2006. годину (15,8% према 19,4%).

Услуге традиционалне медицине као што су акупунктура, хомеопатија и кiroprактика у години која је претходила Истраживању користило је 3,8% становника Србије. Ове услуге су више користиле жене (4,7%), најобразованији (7,3%) и најбогатији део популације (7,2%).

## 5.2. Неостварене потребе за здравственом заштитом

---

Доступност здравствених услуга зависи од многобројних фактора који се односе како на здравствени систем тако и на самог пацијента. Фактори здравственог система који могу утицати на доступност су покривеност здравственим осигурањем, обезбеђеност кадром, простором, опремом и финансијским средствима, систем упућивања, заказивања, начин на који се појединци третирају у оквиру система (континуитет здравствене заштите) и квалитет пружених услуга. Карактеристике пацијената, као што су старост, социоекономски статус, претходна искуства са здравственом службом, њихова перцепција квалитета здравствене заштите и ниво здравствене писмености такође могу утицати на њихове одлуке да траже здравствену заштиту (1).

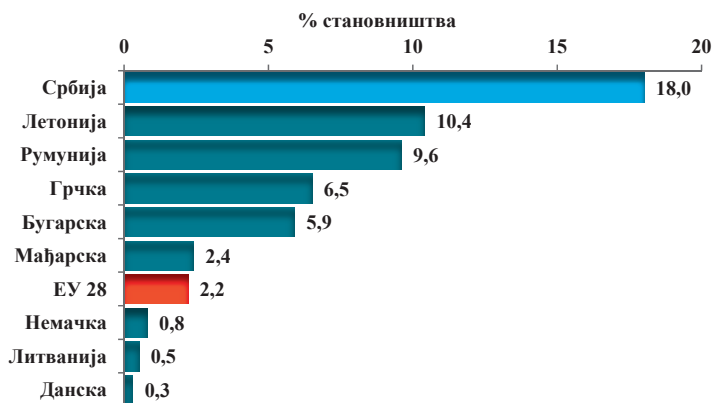
Концепт неостварених потреба се односи на разлику између здравствених услуга које се сматрају неопходним за лечење одређених здравствених проблема и услуга које су заиста добијене. Лице које је препознало потребу да добије медицинску услугу а које ову услугу није добило има неостварене потребе за здравственом заштитом (2).

Своје потребе за здравственом заштитом због дугог чекања, удаљености или финансијских разлога, у години која је претходила Истраживању није остварио сваки трећи становник Србије (30,7%). Највећи проценат становништва са неоствареним потребама регистрован је у Војводини (39,5%), а најмањи у Шумадији и Западној Србији (20,3%). Ниво образовања, материјални статус и пол такође су утицали на остваривање потреба за здравственом заштитом. Наиме, значајно већи проценат жена (33,1%), становника са најнижим образовним статусом (35,9%) и материјалним стањем (40,1%) није успео да оствари своје потребе за здравственом заштитом. Највећу препреку за остваривање потреба за здравственом заштитом чинили су финансијски разлози. Сваки четврти становник Србије (24,8%) изјавио је да је недостатак финансијских средстава разлог некоришћења здравствене заштите. Најтеже се долазило до стоматолошке (19,3%) и медицинске

здравствене заштите (18%), а затим следе прописани лекови (14,2%) и заштита менталног здравља (4,8%).

Немогућност остваривања потреба за медицинском здравственом заштитом због финансијских разлога у Србији је израженија (графикон 37) него у земљама Европске уније (3).

**Графикон 37.** Процент становништва које у последњих годину дана није остварило своје потребе за медицинском заштитом због финансијских разлога, Србија<sup>1</sup> и изабране земље, 2012. година



## Литература

Sara Allin and Cristina Masseria. Unmet need as an indicator of health care access, The London School of Economics and Political Science Research Note, 2009. Dostupno na: [http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Allin\\_Unmet\\_need.pdf](http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Allin_Unmet_need.pdf)

J.-F. Levesque, R. Pineault, L. Robert, M. Hamel, D. Roberge, C. Kapetanakis, B. Simard, A. Laugraud. Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary care services? Accessibilité et continuité des services de santé - Une étude sur la première ligne au Québec, 2008. Dostupno na: <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/728-UnmetHealthCareNeeds.pdf>

Eurostat. Health Care Database. Dostupno na: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)

## 5.3. Задовољство здравственом службом

Задовољство корисника представља један од кључних аспеката сталног унапређења квалитета. Има велики значај не само у евалуацији, већ и у планирању и организацији здравствене заштите.

<sup>1</sup> Податак за Србију је за 2013. годину.

Више од половине становника Србије (53,8%) изјавило је да је задовољно (задовољни и веома задовољни) државном здравственом службом (табела 12), док је задовољних приватном здравственом службом било нешто мање од две трећине (64,6%).

**Табела 12. Задовољство здравственом службом, Србија, 2013. година**

Задовољство здравственом службом	Веома задовољан	Задовољан	Ни задовољан ни незадовољан	Незадовољан	Веома незадовољан
	%	%	%	%	%
Државна	9,3	44,5	27,2	12,0	7,0
Приватна	14,8	49,8	26,8	5,8	2,8

Државном здравственом службом највише су били задовољни становници Шумадије и Западне Србије (58,7%), најмање образовани (61,5%) и најсиромашнији (58,7%), као и становници који су живели у ванградским насељима (56,3%). Најмање задовољство државном здравственом службом забележено је код становника Војводине (49,5%), међу најобразованијима и најбогатијима који припадају петом квинтилу индекса благостања (по 47,5%) и међу становницима градских насеља (52%).

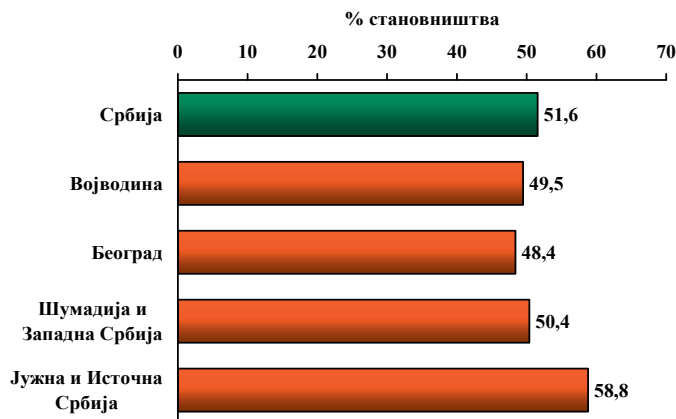
Када је реч о задовољству приватном здравственом службом, најзадовољнији су били становници Београда (68,6%), а најмање задовољни становници Војводине (60,1%). У односу на материјално стање, најзадовољнији су били најбогатији становници Србије (70%), а најмање задовољни најсиромашнији (57%). Жене су биле значајно задовољније (68,2%) у односу на мушкарце (60,4%), а више и високообразовани (68,4%) у односу на становнике са основним и нижим образовање (62,2%). Најмлађе становништво (15–24 године) је у највећем проценту било задовољно приватном здравственом службом (69,9%), док су насупрот томе најстарији (85+ година) били најмање задовољни (49,4%).

## 5.4. Издаци за здравствену заштиту

У Истраживању здравља испитивани су директни издаци за здравствену заштиту односно „потрошња из џепа” становништва. Ова потрошња је један од начина финансирања здравствене заштите и најчешће се примењује за плаћање услуга или дела услуга које нису покривене здравственим осигурањем. Издаци за здравствену заштиту су посматрани у односу на све чланове домаћинства од 0 и више година.

У 12 месеци који су претходили Истраживању у Србији је више од половине становништва (51,6%) имало издатке за здравствену заштиту, значајно више него 2006. године (44,1%). Највећи проценат становника који је плаћао из сопственог џепа забележен је у Јужној и Источној Србији, а најмањи у Београду (графикон 38).

**Графикон 38.** Процент становништва које је имало издатке за здравствену заштиту према регионима, Србија, 2013. година



Просечан годишњи износ укупних издатака „из џепа“ за здравствену заштиту по глави становника износио је 31.255 динара. Највећи издаци регистровани су код становника Београда и Војводине (38.617, односно 38.526 динара), а најмањи у Јужној и Источној Србији (22.598 динара).

### **Издаци за ванболничко лечење**

Резултати Истраживања су показали да је проценат становништва који је имао издатке „из џепа“ за здравствене услуге у државним здравственим установама значајно мањи него у 2006. години, док је порастао процент становника који су имали издатке за лекове и дијагностичке процедуре (лабораторијски тестови, рентген, ултразвук, скенер, магнетна резонанца) у приватним здравственим установама.

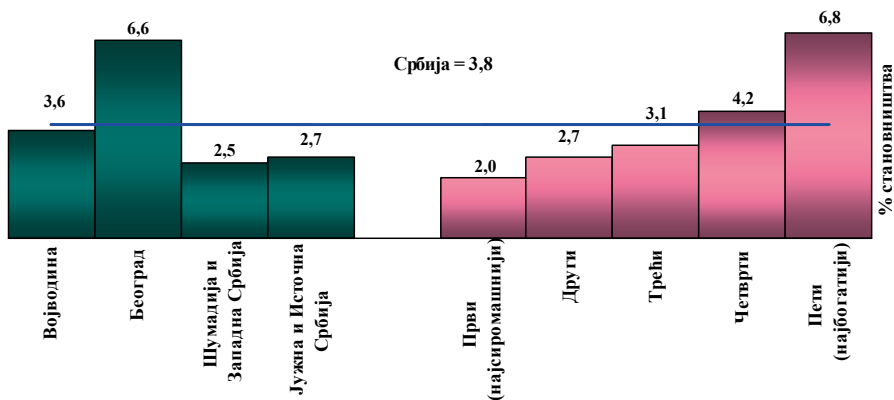
Издатке за ванболничко лечење – посету ординацији лекара у државној здравственој установи у четири недеље које су претходиле Истраживању имало је 2,4% становника Србије, што је значајно мање у односу на 7,4% становника који су ову врсту издатака имали 2006. године. Постоји значајна разлика у односу на географске области, при чему је највећи проценат популације са издацима био у Београду (4,1%), а најмањи у Јужној и Источној Србији (1,8%).

Када су у питању издаци за ванболничко лечење – посета ординацији лекара у приватној пракси, они су износили 1,3%, што је значајно ниже него 2006. године (2,3%). Као и у претходном случају и овде је највећи проценат популације са издацима регистрован у Београду, а најмањи у Јужној и Источној Србији (1,9% према 0,8%).

Издатке за дијагностичке услуге у државној здравственој установи имало је 2% становника, значајно више у Војводини (2,7%) и градским насељима (2,2%). Процент становника који је у 2013. години имао издатке за дијагностичке услуге у државној здравственој установи значајно је нижи у односу на 2006. годину, када је износио 3,6%.

За разлику од државних здравствених установа, проценат становника који су у 2013. години имали издатке за дијагностичке услуге у приватној пракси (3,8%), значајно је већи него 2006. године (2,3%). Уочене су велике разлике у односу на географске области и материјални статус становника (графикон 39).

**Графикон 39.** Процент становништва које је имало издатке за дијагностичке услуге у приватној пракси према регионима и индексу благостања, Србија, 2013. година



Издатке за посету стоматологу у државној здравственој установи у четири недеље које су претходиле Истраживању имало је 1,1% становника Србије, што је значајно мање него 2006. године (1,7%).

За разлику од „државног стоматолога“, издатке за посету стоматологу у приватној пракси имало је 3,6% становника Србије, што је нешто више него 2006. године (3,2%). Постоје значајне разлике у односу на географске области, тип насеља и материјални статус становника. Највеће издатке имали су становници Београда (5,2%), градских насеља (4,2%) и петог квинтила индекса благостања – најбогатији (6,9%), док су најмањи издаци, што је и логично,

забележени код најсиромашнијих становника (1,3%), становника Јужне и Источне Србије (3,1%) и осталих насеља (2,7%).

Више од две петине (41,6%) становника Србије имало је издатке за лекове у току четири недеље које су претходиле Истраживању, што је значајно више него 2006. године (32,9%). Значајно веће издатке за лекове су имали становници Јужне и Источне Србије (50,2%) и најсиромашнији (49,7%) у односу на становнике Београда (33,8%) и најбогатије (30,7%).

### **Издаци за болничко лечење**

Издатке за болничко лечење у државној здравственој установи имало је у току 12 месеци који су претходили Истраживању 1,2% становника Србије (значајно мање у односу на 2,6% из 2006. године), а издатке за болничко лечење у приватној пракси 0,6%, што је више него 2006. године (0,4%). Издаци за болничко лечење у државној здравственој установи заступљенији су код најсиромашнијег становништва (1,5%) и у ванградским насељима (1,4%), док су у приватној пракси више заступљени у Београду (1,1%) и међу најбогатијима (1%).

Издатке за рехабилитацију имало је 0,6% становника Србије, што је мање него 2006. године (0,7%), а трошкове за медицинска помагала имало је 4,6% становника, што је више у односу на резултате из 2006. године (3,7%). Издатке за лечење у иностранству имао је веома мали број становника Србије (0,1%).

### **Издаци за директно плаћање здравственом особљу**

У току 12 месеци који су претходили Истраживању здравственом особљу је за здравствене услуге на њихов захтев платило 0,1% становника Србије који су имали трошкове за здравствену заштиту, док је самоиницијативно здравственом особљу платило 0,7% становника.

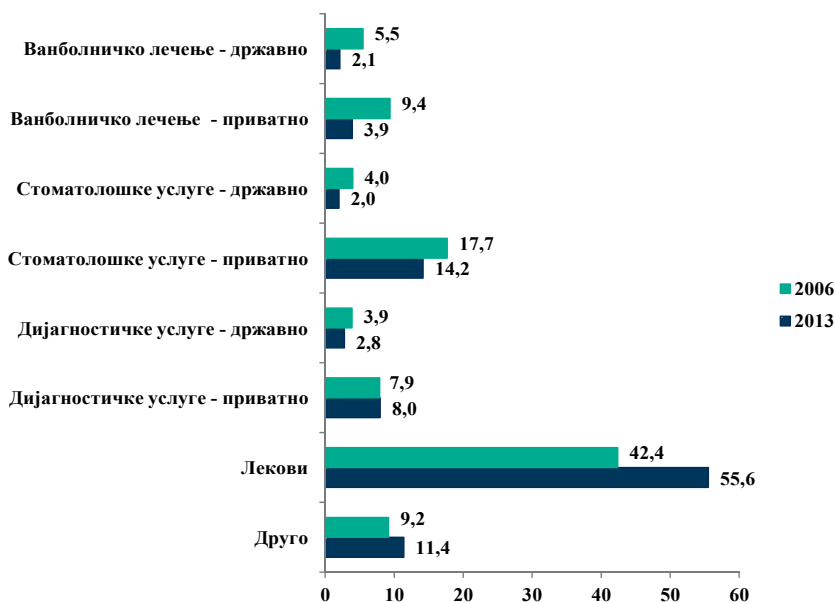
С обзиром на то да је на питања о директном плаћању здравственим радницима за здравствене услуге одговорио веома мали број испитаника, податак о просечном директном годишњем плаћању здравственим радницима посматран на укупну популацију није релевантан. Стога је рачунат на становнике који су изјавили да су директно платили здравственим радницима за здравствене услуге. Само 19 испитаника је изјавило да је платило здравствену услугу на захтев здравствених радника, а просечан износ који су платили био је 44.732 динара. Самоиницијативно је директно платило здравственим радницима 147 испитаника, просечно 8436 динара.

Веома је занимљив податак да је више од трећине (34,5%) становника Србије одбило да плати здравствену услугу на захтев здравственог особља, са

значајно већим учешћем у Јужној и Источној Србији (50,9%) у односу на Војводину и Београд (25,5%, односно 25,1%).

Издаци за лекове чинили су више од половине укупних издатака за здравствену заштиту, што је знатно више него 2006. године (42,4%). Следе издаци за приватне стоматолошке и приватне дијагностичке услуге (графикон 40).

**Графикон 40.** Учешће појединачних издатака у укупним издацима за здравствену заштиту, Србија, 2006. и 2013. година



## 5.5. Превентивни прегледи

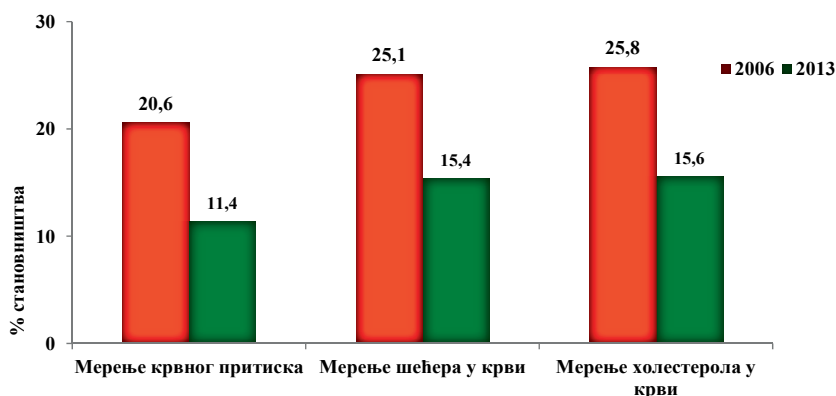
Истраживање здравља становништва Србије омогућило је мерење покривености превентивним прегледима за рано откривање фактора ризика одговорних за настанак кардиоваскуларних болести и дијабетеса (мерење крвног притиска, холестерола и шећера у крви), за рано откривање малигних болести (карцинома дојке, карцинома грлића материце и карцинома дебелог црева/колоректалног карцинома), као и успешности спровођења одговарајућих националних програма за превенцију од наведених болести.

У којој мери је препознат значај превентивних прегледа (мерење крвног притиска, холестерола и шећера у крви) код становништва говори податак о проценту становништва коме су наведени прегледи обављени од стране здравствених радника у периоду до пет година.



У 2013. години, у популацији одраслог становништва, проценат оних код којих у последњих пет година нису обављени превентивни прегледи значајно је смањен у односу на 2006. годину, за око 10% (графикон 41).

**Графикон 41.** Процент становништва узраста 20 година и више којем у последњих пет година није обављен превентивни преглед, Србија, 2006. и 2013. година

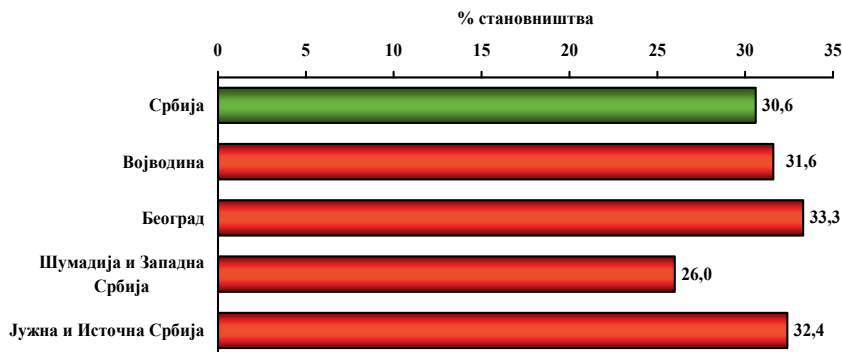


### Превентивни прегледи жена за рано откривање карцинома дојке

Према резултатима Истраживања у 2013. години, нешто више од једне четвртине жена у Србији (26,5%) је изјавило да је у току живота обавило мамографски преглед дојки.

У циљној популацији за рано откривање рака дојке, 30,6% жена старости од 50 до 69 година је урадило мамографски преглед у периоду од три године

**Графикон 42.** Процент жена старости од 50 до 69 година код којих је урађена мамографија у последње три године, према регионима, Србија, 2013. година



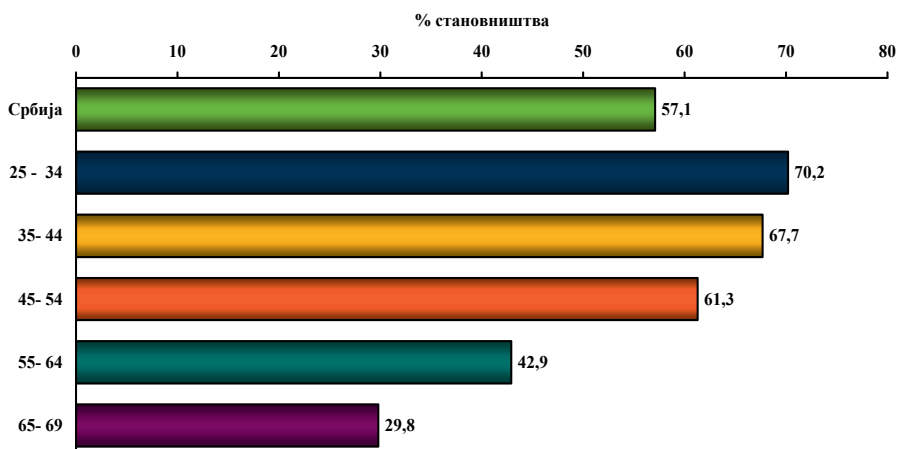
које су претходиле Истраживању, што је чак три пута више него 2006. године када је то остварила тек свака десета жена (10%). Највећи проценат жена је отишао на мамографски преглед по савету лекара (47,7%), затим самоиницијативно (40,9%) и по позиву лекара у оквиру организованог скрининга (11,4%).

У овој популацији жена, највећи проценат оних које су у последње три године обавиле мамографски преглед је био међу најобразованијим (40,7%) и онима које живе у домаћинствима са највећим приходима (41,7%), док је значајно мањи проценат регистрован међу најмање образованим (22,9%), женама у домаћинствима са најмањим приходима (19,8%), као и становницама Шумадије и Западне Србије (26%) (графикон 42).

### Превентивни прегледи жена за рано откривање карцинома грлића материце

Превентивни преглед за рано откривање карцинома грлића материце (Папаниколау тест) у три године које су претходиле Истраживању урадило је 57,1% жена животног доба од 25 до 69 година (циљна популација за рано откривање рака грлића материце). Највећи проценат жена код којих је примењен Папаниколау тест забележен је у Београду (72,5%), у градовима (62,3%), међу женама од 25 до 34 године живота (70,2%) (графикон 43), становницама из најбогатијих слојева (75,9%) и код високообразованих жена (74%), а најмањи у међу становницама Шумадије и Западне Србије (48,9%). Највећи проценат жена је изјавио да је урадио Папаниколау тест по савету лекара (50,6%), а позив лекара у оквиру организованог скрининга наводи 2,6%.

Графикон 43. Процент жена старости од 25 до 69 година код којих је урађен Папаниколау тест у последње три године, према узрасним групама, Србија, 2013. година



Процент жена које су урадиле Папаниколау тест у периоду који обухватио три године пре спровођења Истраживања повећао се са 38,5% у 2006. години на 57,1% у 2013. години.

### **Превентивни прегледи за рано откривање колоректалног карцинома**

У 2013. години, код 7,6% циљне популације Србије узраста од 50 до 74 године је у последње три године обављено тестирање на голим оком невидљиву крв у столицу (окултно крвавање у столицу). Значајно већи проценат тестираних становника је био у Војводини (9,6%), међу становницима највишег образовања (10,2%), као и онима који живе у домаћинствима са највишим приходима (11,6%).

У истој старосној групи колоноскопски преглед у последњих 10 година обавило је 7,4% становника, значајно мање становника у Јужној и Источној Србији (5,4%) и становника који живе у ванградским насељима (6,2%).

Превентивни прегледи за рано откривање карцинома колоректума (и тест на окултно крварење и колоноскопија) су равномерно заступљени код оба пола. Колоноскопије су у већем проценту обављене код становника добне групе 65 до 74 године (8,8%).

## **5.6. Употреба лекова**

---

Лек је производ који се ставља у промет у одређеној јачини, облику и паковању. Иако доприноси побољшању здравственог стања и квалитета живота становништва, има и своје негативне аспекте, попут секундарних нежељених ефеката примене (посебно изазваних нестручном применом), као и великог финансијског оптерећења за појединца и државу. Рационално коришћење лекова је од пресудне важности за здравље становништва (1). Информације о нивоу коришћења су од значаја за фармацеутску здравствену заштиту, односно здравствену заштиту становништва, а то подразумева и идентификацију популације која користи лекове, као и оних група код којих постоје проблеми везани за њихово коришћење.

Према резултатима Истраживања спроведеног 2013. године, у Србији је 43,4% становништва користило лекове које им је прописао лекар у претходне две недеље.

Жене су у значајно већем проценту (50,3%) употребљавале прописане лекове у односу на мушкарце (36%). Посматрано према географским областима, највећа употреба прописаних лекова заступљена је у Јужној и Источној Србији (47,8%), као и код оних са нижим степеном образовања (55,8%), из групе најсиромашнијих (51%) и из насеља која нису градска (45,2%).

Под самолечењем се подразумева употреба лекова, других лековитих средстава и помагала без препоруке лекара. Истраживање здравља 2013. године је допринело сагледавању величине појаве самолечења, у каквом је односу са полном, старосном и образовном структуром становника, као и да се утврде главни разлози. Најчешћи разлог за самолечење је доступност лекова и лековитих средстава без рецепта у свим апотекама, а потом велике гужве код изабраних лекара (2).

У Србији је у 2013. години 27,1% становништва изјавило да је у периоду од две недеље пре анкетирања користило лекове, биљна средства или витамине које им није прописао лекар. Навика узимања лекова непрописаних од стране лекара је најчешћа међу становницима Београда, Јужне и Источне Србије, међу женама, високообразованим и богатијим становништвом. Најчешће су без препоруке лекара коришћени лекови против болова, витамини и минерали и биљни препарати. Иако заступљена у мањем проценту, и даље забрињава навика самоиницијативног узимања антибиотика, лекова за смирење и несаницу посебно стога што су ово лекови за чије је издавање неопходан рецепт (графикон 44).

**Графикон 44.** Најчешће коришћени лекови и производи без лекарске препоруке у популацији која је користила лекове без препоруке лекара, Србија, 2013. година



Подаци о самоиницијативној употреби антибиотика посебно су значајни због пораста антимикробне резистенције (3). Пацијенти са инфекцијом која је узрокована резистентним микроорганизмима не реагују на стандардну терапију, што доводи до продужења болести, већег ризика од смртог исхода и повећања укупних здравствених трошкова за лечење.

Посматрано на укупну популацију, антибиотике које није прописао лекар у Србији је користило 2,5% становништва. Непрописане лекове за смирење и/или несаницу користило је 4% становника Србије.

## Литература

- Livre V, Consommation de Soins. Enquet de Sante par Interview Belgique 2004. IPH/EPI Reports nn 2006. (cited, 2007, March 07). Available at URL: <http://www.iph.fgov.be/epidemo/epifr/crospfr/hisfr/table04.htm>
- Петров-Киурски, М., Трифуновић-Балановић, Д., Димитријевић, З., Акулов, Д., Радосављевић, Н., Кондић-Јовановић, Н., Јанковић, С., Протић, М., Михајловић, Р., Ћорђевић, С., Цимбаљевић, Б., Аљети, Б., Стојић, С., Прванов, Д. и Петров-Савић, Г. 2010, „Студија о самолечењу пацијената у амбулантама опште медицине у Србији”, Општа медицина, vol. 16, no. 1–2, pp. 9–20.
- Gregoryan L., Haaijer-Ruskamp F. M., Burgerhof J. G. M. et al. Self-medication with Antimicrobial Drugs in Europe. *Emerging Infections Diseases* 2006; 12: 452–459.

**VI**

Здравље деце



У оквиру Истраживања здравља становништва Србије које према методологији Европског истраживања здравља укључује само популацију са 15 и више година спроведено је и Истраживање здравља деце узраста 7–14 година тзв. категорија школске деце. Овај период карактеришу процеси раста и психофизичког сазревања, социјализације, васпитања и школовања. Здравствено стање и квалитет живота у овом периоду условљени су факторима породичне средине, непосредног окружења и важним чиниоцима везаним за процес школовања. Санитарно-хигијенско стање школских објеката, услови за физичку активност и рекреацију, доступност школског објекта, микроклиматски услови и адекватан школски намештај представљају важне чиниоце за здравље школске деце (1).

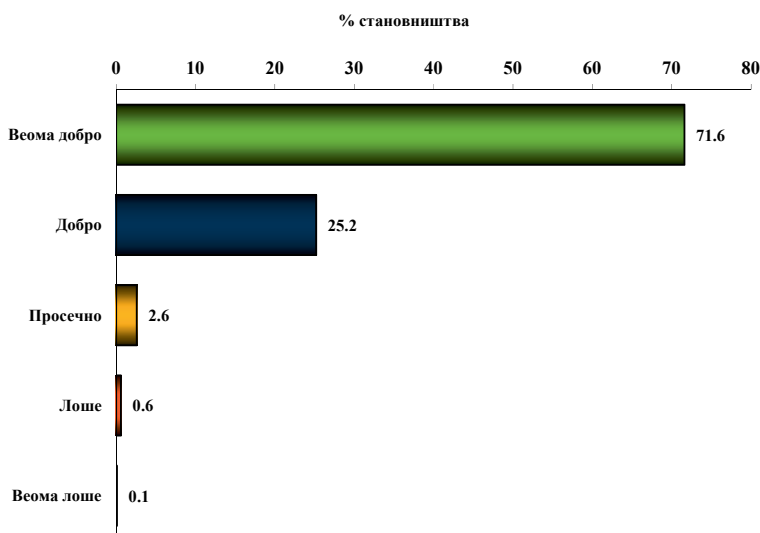
У Републици Србији у 2013. години школска деца (7–14) су била заступљена са 7,9% у укупној популацији (укупно 562.626) (2).

## 6.1. Здравствено стање

### *Процена сопствене здравља и оболевање од одређених болести*

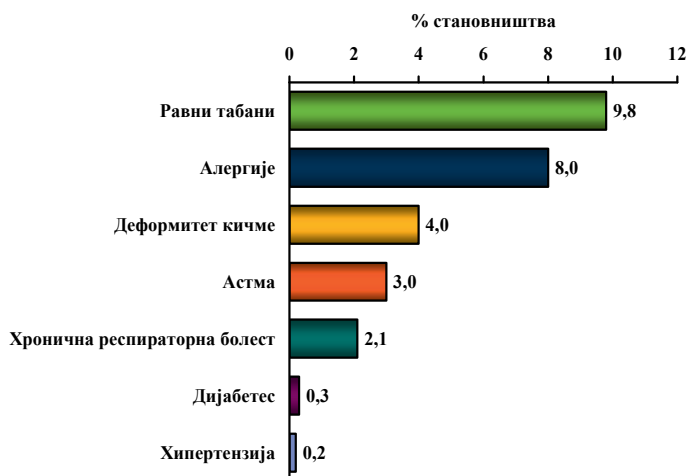
Већина деце (96,8%) је у 2013. години оценила своје здравље у целини као добро (веома добро и добро) (графикон 45), што одговара резултату добијеном у Истраживању из 2006. године (95,2%).

Графикон 45. Самопроцена здравља деце узраста 7–14 година, Србија, 2013. година



У погледу учесталости одређених болести и стања, највећи проценат деце је навео да има проблем са равним табанима (9,8%), затим са алергијама (8%), деформитетом кичме (4%), астмом (3%) и хроничном респираторном болешћу (2,1%) (графикон 46). Равне табане у значајно већем проценту имала су деца у Београду (13,3%), као и она која живе у богатим домаћинствима (око 13%). Једина значајна разлика у односу на социјално демографске карактеристике се односила на хроничне респираторне болести од којих је боловало значајно више дечака (3,3%). Важно је истаћи да нису забележене значајне разлике у распрострањености других посматраних обољења и стања међу децом у односу на пол, узраст, географску област у којој живе, тип насеља и друга обележја испитаника.

**Графикон 46.** Учесталост појединих обољења и стања код деце узраста 7–14 година, Србија, 2013. година

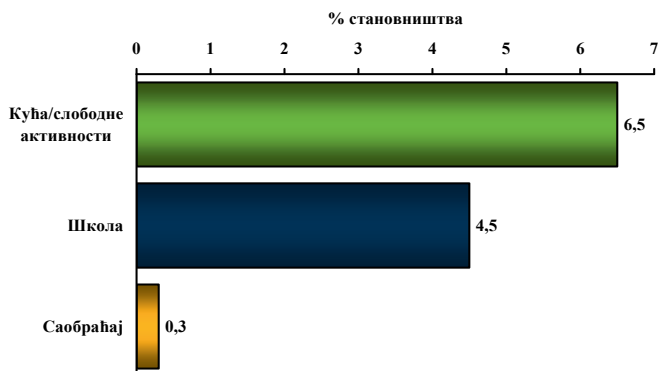


Свако девето дете (11,5%) је навело да има проблема са видом, док је наочаре или контактна сочива носило 6,6%. Проблем са слухом је имало 2,5%, а слушни апарат је носило 0,2% деце узраста 7–14 година. Деца из Војводине су у значајном већем проценту пријавила проблеме са видом (15,6%) и слухом (6,4%). Деца узраста 7–10 година су значајно чешће имала проблем са слухом (3,4%) у односу на децу старости 11–14 година (1,7%).

Према резултатима Истраживања деца су у години која му је претходила најчешће доживела повреде у кући и/или у току бављења слободним активностима (6,5%) и у школи (4,5%), док се у саобраћају повредило мање од 1% (графикон 47). Од укупног броја повређене деце, њих скоро три четвртине (73,4%) је добило медицинску помоћ због последица повреда.



**Графикон 47.** Процент повређене деце према месту настанка повреде, Србија, 2013. година

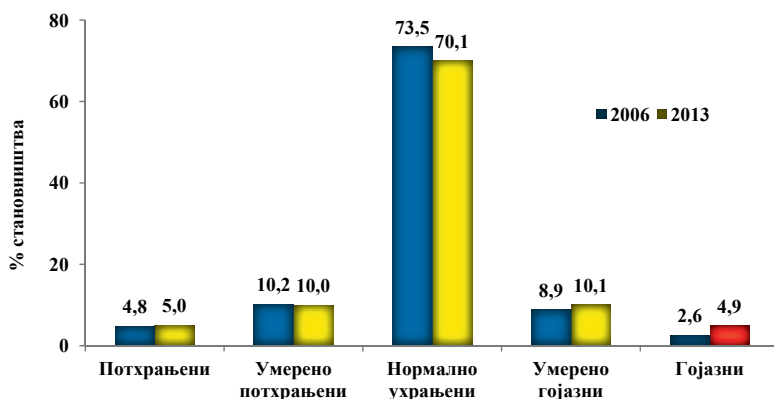


Услед здравствених проблема, у шест месеци који су претходили Истраживању, свако четврто дете (27,5%) је одсуствовало из школе и то у просеку 7 дана. Значајно чешће су услед здравствених проблема одсуствовала деца у региону Војводине, свако треће дете (33,4%), а ређе деца из Шумадије и Западне Србије (22,3%).

### Ухрањеност

Према резултатима мерења, просечна тежина деце узраста 7–14 година је износила 42,4 кг, а висина 147,5 цм. У најсиромашнијим домаћинствима просечна тежина деце (40 кг) и висина деце (145,2 цм) су биле значајно ниже. Према категоријама ухрањености, у 2013. години је регистрован пораст процента гојазне деце (4,9%) у поређењу са 2006. годином (2,6%) (графикон 48).

**Графикон 48.** Ухрањеност деце и младих узраста 7–14 година, Србија, 2006. и 2013. година



Важно је знати да је значајно већи проценат умерено гојазне (13,2%) и гојазне (7,5%) деце забележен међу децом узраста 11–14 година, а потхрањене (8,6%) и умерено потхрањене (15,7%) међу децом узраста 7–10 година.

## 6.2. Коришћење здравствене заштите

---

Здравствену заштиту школске деце на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту школске деце при домовима здравља, док се стоматолошка здравствена заштита поред домова здравља, пружа и у амбулантама просторно смештеним у школама. Свог изабраног педијатра имају готово сва деца у Србији (97%), што је значајни пораст у односу на 2006. годину када је тек половина деце узраста 7–14 година имала свог педијатра (49,2%). Поредџи међусобно четири региона, већи проценат деце која имају свог педијатра је забележен у Шумадији и Западној Србији (99%) и Београду (97,8%) него у Јужној и Источној Србији (93,4%). У последњих шест месеци педијатра је посетило готово две трећине деце (63,7%) и то значајно више у Београду (70,8%) у односу на децу у Војводини (59,7%) и Шумадији и Западној Србији (60,4%).

Исти број деце (63,1%) је у последњих шест месеци посетио стоматолога. Стоматолога су чешће посетиле девојчице (66,8%) у односу на дечаке (60,5%), деца узраста 7–10 година (66,8%) у односу на децу 11–14 година (59,4%) и деца која живе у градској средини (65,6%) у односу на децу из ванградских насеља (59,4%).

У вези са саветом за здравље, саветовалиште за младе или школски диспансер је посетило свако осмо дете узраста 7–14 година (13,1%). Саветовалиште су значајно чешће посетила деца у Београду (19,5%) и деца из најбогатијих домаћинстава (20,8%), за разлику од деце која живе у ванградским насељима где је то учинило свега 9,1%.

Услуге хитне помоћи у последњих годину дана је користило 1,1% деце узраста 7–14 година, а на болничком лечењу је било 4,3% што је непромењено у односу на 2006. годину (4%).

## 6.3. Стилoви живота

---

Школска деца се према показатељима здравља могу сматрати најздравијом од свих старосних категорија. Међутим, због многих специфичности које обележавају овај животни период (сексуални и психосоцијални развој) и опасности за формирање ризичних понашања која могу да угрозе здравље,

неопходно је да се у току школовања предузимају адекватне здравствене интервенције како би се промовисало здраво понашање и стилови живота (3).

### **Хигијенске навике**

Хигијенске навике деце у Србији су се значајно промениле у односу на 2006. годину. Негативан налаз представља податак да је у 2013. години редовно прало руке 61,8% деце, значајно мање у односу на 2006. годину када је то чинило 72,6%. Девојчице су у значајно већем проценту (70,8%) редовно прале руке од дечака (53,3%). Позитивна промена је забележена у редовности прања зуба и туширању. Више од једном дневно зубе је прало 58,4% деце, значајно више у односу на 2006. (50,9%). Девојчице (65,8%) и зубе перу у значајно већем проценту од дечака (51,4%). Навика редовног прања зуба је у најмањем проценту заступљена код деце из Јужне и Источне Србије (48,7%) и из најсиромашнијих домаћинстава (46,8%). Две трећине деце се туширало више од три пута недељно (66,2%), што је такође значајно већи проценат него 2006. године (54%). Навику редовног туширања чешће су имала деца из Војводине (87,6%), градских насеља (72%) и из материјално добростојећих домаћинстава (85,5%).

### **Исхрана**

У 2013. години, као и 2006. године, већина деце је имала навику да свакодневно доручкује (93,8%). Три четвртине деце (74,2%) је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечног производа, што је значајно више него што је забележено 2006. године (60,4%). Ова намирница је најређе доступна деци која живе у најсиромашнијим домаћинствима – 58,4%. Процент деце која су конзумирала интегралне врсте хлеба је био нижи него у 2006. години (3,5% према 6,1%), а чешће су га конзумирала деца у граду (4,4%) и из најбогатијих домаћинстава (6,4%).

Свако друго дете је свакодневно конзумирало воће (51%) и поврће (56,6%). Једине уочене разлике у погледу социјално демографских карактеристика су да су деца у Шумадији и Западној Србији у већем проценту свакодневно конзумирала воће (58,7%), а да су деца из Војводине најређе свакодневно јела поврће (48,4%). Навику досољавања хране пре него што је уопште пробају имало је 3,6% деце, значајно више у Војводини (6,2%).

### **Физичка активност и сјорџ**

Висок проценат (82,3%) деце је изјавио да су се у слободно време најмање једном до два пута недељно бавила физичким активностима (тако да се задувају и озноје), значајно више дечаки (86,7%) у односу на девојчице (77,8%), деца из Шумадије и Западне Србије (90,9%), као и деца из најбогатијих

домаћинстава (87,9%). Готово су сва деца редовно похађала наставу физичког васпитања (97,6%). У погледу физичке активности деце нису забележене значајне разлике у односу на Истраживање из 2006. године.

### Понашање у саобраћају

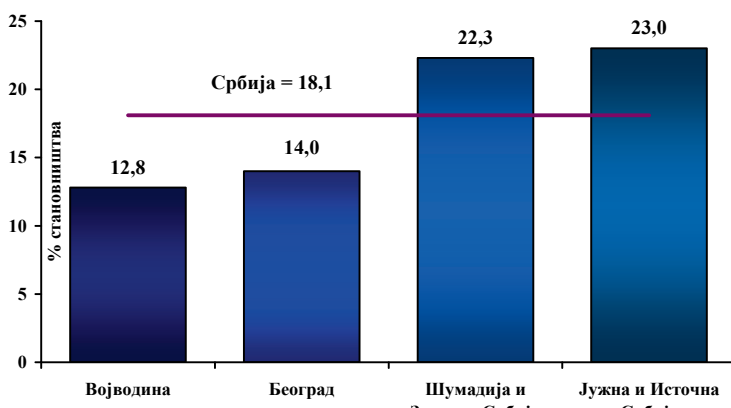
Током вожње у аутомобилу или неком другом возилу половина (50,3%) деце је навела да увек користи сигурносни појас, што је значајно мање у односу на 2006. годину (56,4%). Сигурносни појас су чешће носила деца у добној групи 11–14 година (60,8%) у односу на децу 7–10 година (39,9%). Свако друго дете (52,5%) је изјавило да прелази улицу ван пешачког прелаза што такође указује да је значајно повећан проценат деце са ризичним понашањем у саобраћају у односу на 2006. годину (41,9%). У срединама где је најразвијенији саобраћај деца ређе прелазе улицу ван пешачког прелаза (у Београду 38,3% и градским насељима 47,7%). Процент деце која носе кациге и/или штитнике приликом вожње ролера је 15%, приликом вожње бицикла 6,1%, а скејтборда 15,4%.

### Пружање помоћи и социјална подршка

Скоро свако пето дете у Србији (18,1%) је најмање једном недељно помагало људима који су стари или имају здравствене проблеме. Деца из Војводине су најређе пружала помоћ старима или особама са здравственим проблемима (графикон 49). Највећи проценат деце је помагао члановима своје породице (84,3%).

Према резултатима Истраживања 2013. године сва деца су навела да имају блиску особу на коју могу рачунати када имају озбиљне проблеме за разлику од 2006. године када је то изјавило 96% деце.

Графикон 49. Процент деце узраста 7–14 година која пружају негу или помоћ људима који су стари или имају здравствене проблеме према регионима, Србија, 2013. година



## ***Литература***

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Здравље становника Србије, аналитичка студија 1997–2007; Београд 2008; 125–129.

Републички завод за статистику. Процена становништва по старости и полу (30.6.3013). Доступно на: <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=162>. Accessed September 29, 2014.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Република Србија, Одабрани здравствени показатељи за 2012. годину; Београд 2013; 49–52. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Odabrani%20zdravstveni%20pokazatelji%202012.pdf>.

# VII

## Здравље старих



Један од највећих успеха човечанства али и један од највећих изазова у 21. веку је продужење животног века. Удео особа старијих од 60 година је у порасту у светској популацији и тај тренд се наставља са једне стране услед опадајуће стопе наталитета, а са друге стране услед продужетка животног века (1).

Процењује се да ће у свету број особа старијих од 65 година премашити број деце млађе од 5 година у наредних пет година, а до 2050. године и број деце млађе од 14 година.

Према последњем Попису становништва Србије, стари чине 16,8% укупног становништва. Република Србија, са просечном старошћу становника од 41,6 година, једна је од најстаријих земаља и то не само у европским већ и у светским оквирима. Процент особа преко 65 година ће износити најмање 22% до 2030. године, што је сваки пети становник (2).

Већина старих људи губи способност да самостално живи због ограничене покретљивости, психолошке слабости или других физичких проблема. Многима је потребан неки облик дугорочне неге, што укључује негу у старачком дому, геронтодомаћице, помоћ у кући, бригу локалне заједнице и дужи боравак у болници. Посебно је значајно да службе здравственог и социјалног сектора буду што боље интегрисане и координисане (1).

## 7.1. Здравствено стање

---

### *Самојпроцена здравља*

Процена сопственог здравља је један од веома значајних показатеља здравственог стања и квалитета живота, која није савршени одраз клинички мереног здравственог стања, али се најчешће подударе са клиничким налазом. Овај показатељ је у истраживањима здравља у употреби још од 1950-их година и до сада се показао као веома поуздан и валидан показатељ здравственог стања, тј. као добар предиктор смртности и оболевања (3, 4, 5).

Стандардно питање „Како бисте оценили своје здравље у целини?“ је препоручено од стране СЗО и Комисије ЕУ као глобални показатељ здравственог стања становника (6, 7).

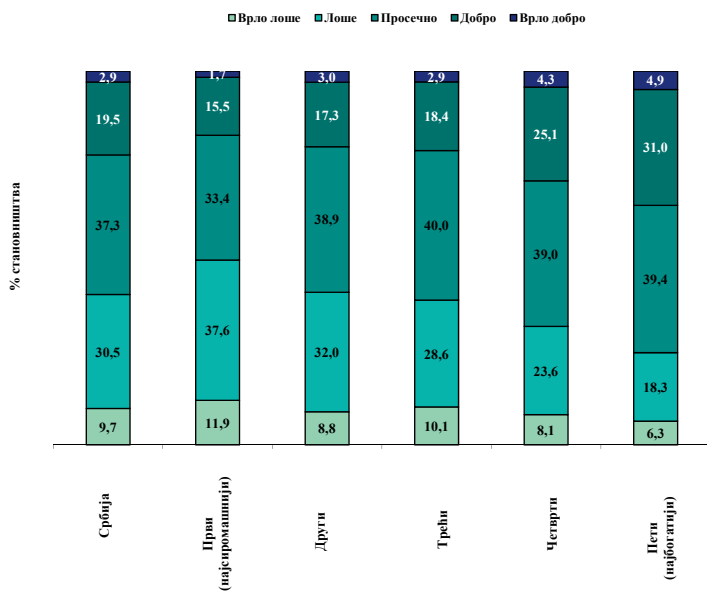
У Србији је петина старог становништва (22,4%) оценила сопствено здравље као врло добро и добро (значајно више мушкараца – 30%, добне скупине 65–74 година – 25%, из Војводине – 28,6% и Београда – 26,8%, градских насеља – 26,7%), нешто више од трећине становништва (37,3%) као просечно, а чак 40,2% као лоше и врло лоше. Међу становништвом које је оценило сопствено здравље као врло лоше, учача се значајно више жена – 11,6% и особа старијих од 75 година – 27,9%. Становништво Шумадије и Западне Србије

(34,3%), као и становништво ванградских насеља (36,4%) је у значајно већем проценту оценило своје здравље као лоше.

Подаци Статистичке канцеларије Европске заједнице (EUROSTAT) говоре да је нешто више од трећине становника (28 земаља Европске уније) старости 65 година и више – 36,1% проценило сопствено здравље као врло добро и добро у 2012. години (што је за 12,6% више него становништво Србије), а скоро четвртина њих – 23,5% као врло лоше и лоше (што је скоро два пута мање него становништво Србије) (8). Такође, компаративни подаци 34 земље чланице Организације за економски развој и сарадњу (OECD) показали су да се опсег вредности показатеља доброг здравља у овој популацији кретао од 12,4% у Мађарској до 84,1% на Новом Зеланду (9).

Становници са најнижом школском спремом, као и они у категорији најсиромашнијих су значајно чешће перципирали сопствено здравље као врло лоше и лоше, док су они са највишим приходима по члану домаћинства и најбогатији у већем проценту своје здравље оценили као добро и врло добро (графикон 50).

**Графикон 50.** Самопроцена општег здравља старог становништва према индексу благостања, Србија, 2013. година



## Хроничне болесѝи

Хроничне незаразне болести представљају један од главних разлога коришћења здравствене заштите посебно старијих особа код којих су оне, у односу на општу популацију, увек заступљеније.

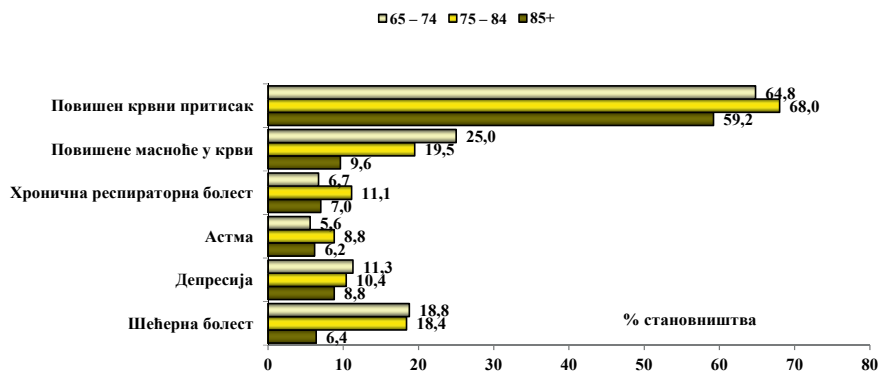


Најчесталије обољење у претходних годину дана од тренутка истраживања међу старим становништвом Србије (према изјави) је било повишен крвни притисак (65,6%), а следе повишене масноће у крви (22%), шећерна болест (17,8%), депресија (10,8%), хронична респираторна болест (8,4%) и астма (6,8%). Посматрано према демографским и социјално-економским карактеристикама уочено је да је учесталост:

- шећерне болести значајно нижа код становника старијих од 85 година (6,4%),
- депресије значајно виша код жена (13,8%), а нижа код становника са вишим и високим образовањем (6,5%),
- астме, као и хроничне болести плућа значајно виша међу становништвом 75–84 година (8,8%, односно 11,1%) у односу на млађу старосну категорију,
- повишених масноћа у крви значајно виша код жена (26%), међу становништвом Београда (26%) и становништвом 65–74 година (25%) у односу на старије старосне категорије, а значајно нижа код становника који припадају категорији најсиромашнијих (17,8%),
- повишеног крвног притиска значајно виша код жена (72,7%) у односу на мушкарце.

Учесталост оболевања се не разликује се од учесталости у другим европским земљама. Наиме, најчесталије обољење у Србији је било повишен крвни притисак у све три добне групе (графикон 51). Вредност овог параметра се кретала од 71,0% – Словачка до 31,5% – Француска у добној групи 65–74 година, од 72,6% – Словачка до 32,3% – Француска у добној групи 75–84 година, од 73,8% – Словачка до 28,1% – Француска у добној групи 85 и више година.

**Графикон 51.** Процент старог становништва које је имало неко од наведених обољења према узрастним групама, Србија, 2013. година



### **Физичка и сензорна функционална ошћења и могућности обављања активности у свакодневном животној**

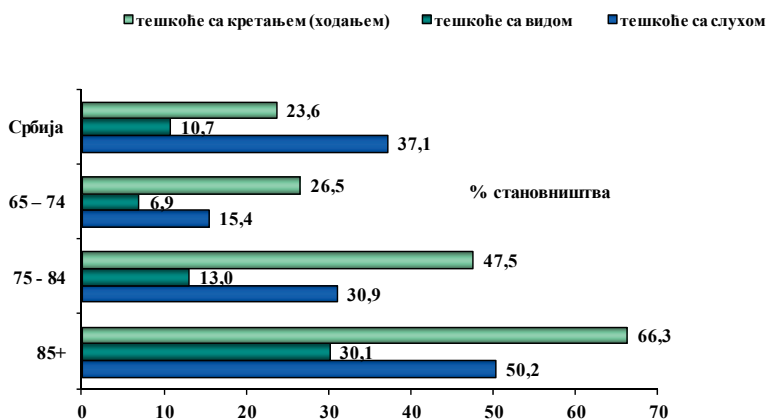
Постојање ограничења у локомоцији, трансферу, могућности за самозбрињавање, кретање и других физичких и чулних ограничења која смањују капацитет

извођења дневних активности и задатака, посебно је значајно за популацију старијег становништва.

Три четвртине старих становника Србије (75,8%) је изјавило да има неку дуго-трајну болест или здравствени проблем и то чешће жене (80%) него мушкарци.

Сваки трећи старији становник (37,1%) је изјавио да је у 2013. години имао тешкоће са ходом, сваки девети (10,7%) – тешкоће са видом, а скоро сваки четврти (23,6%) – тешкоће са слухом. Посматрано по демографским и социјално-економским карактеристикама значајно чешће су наведене тешкоће имале жене – са ходом (44,2%) и видом (12,3%), старији од 75 година – са ходом, видом и слухом (графикон 52), као и становници ванградских насеља, најнижег образовања и најсиромашнији – тешкоће са ходом (45,9%), видом (14,3%) и слухом (27,8%).

**Графикон 52.** Процент старог становништва са физичким и сензорним оштећењима према узрастним групама, Србија, 2013. година



Нешто више од трећине старих у Србији (37,6%) је изјавило да има озбиљне тешкоће у обављању свакодневних кућних активности (припремање хране, лакши и тежи кућни послови, куповина и сл), а скоро сваки девети становник (11,1%) у обављању активности личне неге (облачење, свлачење, коришћење тоалета, купање, туширање и сл). Запажене демографске и социјално-економске разлике у вези са овим активностима су исте као оне које се односе на физичка и сензорна функционална оштећења. Наиме, значајно чешће су у обављању свакодневних кућних активности и активности личне неге биле лимитиране жене, старији од 75 година, становници ванградских насеља, најнижег образовања, као и најсиромашнији. Са старосћу расте проценат особа које не могу да обављају свакодневне кућне активности и активности личне неге. Старији становници Шумадије и Западне Србије значајно чешће су имали потешкоће у обављању активности личне неге.

Према показатељу који се односи на проценат старог становништва који има потешкоће при обављању свакодневних кућних активности Србија има скоро идентичан проценат као Румунија (добна skupина 64–75 година), Грчка (добна skupина 74–84 година) и Шпанија (добна skupина 85 година и више). Када се упореде подаци према показатељу који се односи на проценат становништва који има потешкоће при самосталном обављању активности личне неге, Србија се налази међу земљама Европске уније са најнижим процентом у свим добним групама (8).

Сваки трећи становник Србије, старости 65 година и више је у 2013. години користио нечију помоћ при обављању свакодневних кућних активности (33%) и сваки седми при обављању активности личне неге (14,9%). Помоћ приликом обављања кућних активности чешће су имале жене (39,4%), становници Јужне и Источне Србије (38,7%), ванградских насеља (37,7%) и најсиромашнији (36,5%). Неостварену потребу за помоћи при обављању свакодневних кућних активности имао је сваки пети (20,8%), а при обављању активности личне неге сваки седми (13,4%) старији становник Србије.

### **Повреде**

Повреде представљају значајан јавноздравствени проблем, нарочито у старој популацији. Процене СЗО су више од 5 милиона смрти годишње у свету, односно 9% свих узрока смрти. Процењено је да на сваку смрт услед повреде долази 30 пријема у болницу и 300 посета ургентним службама. Велики број преживелих се суочава са привременим или трајним инвалидитетом (10).

У Србији 6% старог становништва је доживело неку врсту повреде у току 2013. године. Према месту повређивања, као и у истраживањима из претходних година, најчешће је то било у кући (4,4%), без значајне промене у 2000. години (5,7%) и 2006. години (4,8%).

Од укупног броја повређених две трећине (67,3%) је добило медицинску помоћ.

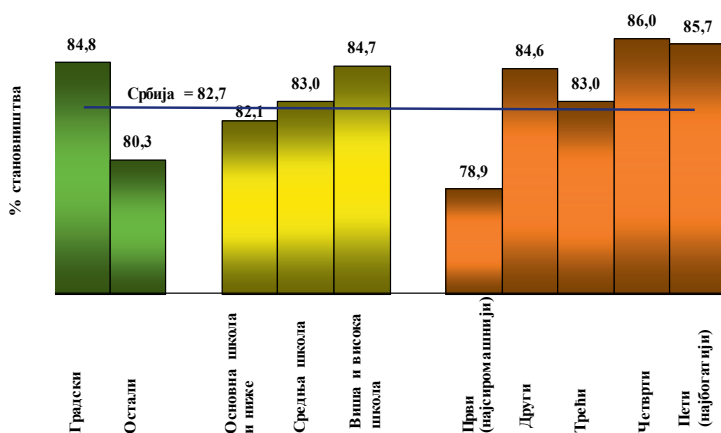
## **7.2. Коришћење здравствене заштите**

Примарну здравствену заштиту у дому здравља старији грађани остварују преко изабраног лекара, који је: доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада, доктор медицине специјалиста гинекологије и доктор стоматологије. Такође, могу користити и услуге специјалистичко-консултативне делатности, која није у вези са болничким лечењем.

Према резултатима Истраживања, свог лекара опште медицине у 2013. години је имало 95,1% старог становништва. У години која је претходила Истраживању

свог изабраног лекара опште медицине је посетило чак четири петине (82,7%) старих, значајно чешће градско, образованије и богатије становништво (графикон 53). У истом периоду лекара специјалисту је посетило 56,7% старих. Сваки становник је у просеку једном у току месеца посетио било лекара опште медицине било лекара специјалисту.

**Графикон 53.** Процент старог становништва које је посетило свог лекара опште медицине према типу насеља, степену образовања и индексу благостања, Србија, 2013. година



Значајан показатељ унапређења квалитета на нивоу примарне здравствене заштите представља проценат старих вакцинисан против сезонског грипа.

Према подацима Истраживања само 8,7% старог становништва је изјавило да је примило вакцину против сезонског грипа у години која му је претходила. Тај проценат је значајно мањи у Јужној и Источној Србији (5,5%), а значајно већи код становништва узрасне категорије 74–85 година (11,6%) и оних са вишим и високим образовањем (16,3%).

Опсег вредности овог показатеља према подацима EUROSTAT-а у 2012. години, кретао се од 75,5% у Великој Британији до 0,9% у Естонији (8). Такође, компаративни подаци 34 земље чланице Организације за економски развој и сарадњу (OECD) показали су да је просечна стопа вакцинације особа старијих од 65 година била преко 50% (9).

Скоро сваки трећи старији становник (31,5%) је изјавио да има свог стоматолога. Становници узрасне категорије 65–74 година (36,7%), који живе у градским насељима (41,3%), Београда (51,7%), средњег (38,7%), вишег и високог образовања (61,4%), са највишим приходом по члану домаћинства (51,2%) и који припадају групи богатих (44,8%) и најбогатијих (61,2%) значајно чешће су имали свог стоматолога. Стоматолога је последњих 6 месеци посетило 8,9% старих.

Тек свака четврта старија жена (25,5%) је имала свог изабраног гинеколога. Значајно чешће свог гинеколога су имале жене старости 65–74 година (35,5%), оне које живе у градским насељима (32,1%), Београду (42,2%), које су вишег и високог образовања (46,6%), као и оне које припадају групи богатих (36%), посебно најбогатијих (50,3%). У последњих годину дана свог гинеколога је посетила свака десета старија жена (10,3%).

Услуге приватне праксе у последњих годину дана користио је сваки седми стари становник (15,5%). Становништво из градских насеља (20,2%), Београда (25,4%), вишег и високог (29,9%) образовања, са највишим приходом по члану домаћинства (27,3%) односно које припада групи најбогатијих (28,1%) значајно чешће је користило услуге приватне праксе. У 2013. години свог лекара опште медицине у приватној пракси је имало 2,7% старих, док је скоро сваки осми (13,4%) имао свог приватног стоматолога, а свега 1,7% жена изабраног гинеколога у приватној пракси.

У Србији је, у години која је претходила Истраживању, болнички лечено 7,8% становништва. У складу са очекивањима, учесталост хоспитализације је расла са годинама старости: док је међу становништвом од 15 до 24 година била 4,1%, међу старијим становништвом тај проценат је био значајно виши и износио је 13,4% (65–74 година), 16,4% (75–84 година) и 12,1% (85 година и више). Око 15% популације старих је користило услуге дневних болница.

Услуге кућне неге и помоћи, које пружају здравствени радници или радници социјалних служби, користило је 4,6% старих што је три пута мање од процента старих који су изјавили да имају потребу за помоћи за обављање личне неге. Ове услуге су значајно чешће користили становници старости 75–84 година (6,3%) и 85 година и више (11,4%).

Услуге традиционалне медицине (акупунктура, хомеопатија, фитотерапија) користило је 3,3% старих.

У погледу задовољства старих здравственом службом у целини, забележен је готово идентичан проценат задовољних како државном (66,7%) тако и приватном здравственом службом (65,9%).

### 7.3. Употреба лекова

Лекови одговарајућег квалитета, по најмањој цени за пацијента и друштво, морају бити доступни и приступачни. Ово је посебно важно због посебног режима коришћења лекова у популацији старих који најчешће припадају групи становништва са ниским примањима.

Више од 80% старих у Србији је у претходне две недеље користило лекове које им је прописао лекар и то значајно чешће жене.

Према подацима EUROSTAT-а (8) Србија се налази међу земљама Европске уније у којима је регистрован највиши проценат коришћења лекова у популацији старих (табела 13).

**Табела 13.** Процент старог становништва које је у претходне две недеље користило прописане лекове према узрасним групама, Србија, 2013. година

Добне групе	Опсег вредности показатеља		Србија
	Минимум	Максимум	
	%	%	
<b>65–74 године</b>	55,8 Турска	87,1 Словачка	81,6
<b>75–84 године</b>	52,7 Турска	94,0 Белгија	86,6
<b>85+</b>	52,1 Турска	95,0 Белгија	80,9

Скоро сваки четврти старији становник у Србији (24%) је током две недеље пре Истраживања самоиницијативно узимао лекове, биљна средства или витамине (које му није прописао лекар). Лекове за смирење и/или несаницу самоиницијативно је узимало 5,6%, а антибиотике 2,3% становништва. Најчешће су самоиницијативно конзумирали лекове, биљна средства или витамине жене (26,9%), становници Београда (28,3%), са вишим и високим образовањем (30,9%), као и они са највишим приходом по члану домаћинства (32,4%). Становништво Јужне и Источне Србије је у значајно већем проценту у односу на становништво других области употребљавало лекове за смирење и/или несаницу и антибиотике. И у популацији старих жене значајно чешће (6,8%) користе лекове за смирење/несаницу него мушкарци (3,8%).

### Литература

- WHO. Ageing and Life Course. Geneva, WHO, 2012. Available at: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>. Accessed July 28, 2014.
- Републички завод за статистику. Статистички годишњак Републике Србије, 2012. Available at: <http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PublicationView.aspx?pKey=41&pubType=1>. Accessed July 28, 2014.
- Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*1998;53(3):S144–152.
- Idler EL and Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twentyseven communities studies. *J Health Soc Behav.*1997; 38:21–37.
- Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med.*2004; 59:1297–1306.
- De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser.*1996; 58:1–161.
- European Commission. Health & consumer protection directorate-general. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the “Short List”. Luxembourg: European commission, 2004. Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/ev20040705\\_rd09\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf). Accessed July 28, 2014.

Eurostat. Statistics Databases. Available at:[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database). Accessed July 28, 2014.

OECD. Health Promotion, Prevention and Primary Health Care.<http://www.oecd.org/els/health-policiesanddata/hcqihealthpromotionpreventionandprimarycare.htm>

Holder Y. et al. Injury surveillance guidelines. Geneva, WHO, 2001. Available at: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/surveillance/surveillance\\_guidelines/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/). Accessed July 28, 2014.

# VIII

## Закључци





## **Домаћинсџва**

У Србији је у 2013. години 96,9% становника имало приступ унапређеним извориштима воде за пиће што је значајно више у поређењу са 2006. годином (92,6%). Најмањи проценат становништва који се снабдевао водом за пиће из јавног водовода или водног објекта забележен је у Војводини (94,1%). Процент становништва које је имало приступ и користило унапређене санитације у Србији 2013. године износио је 97,1%. Јужна и Источна Србија су се издвојиле као регион у којем становништво знатно ређе користи унапређене санитације – 92,7%, као ванградска насеља и домаћинства која припадају категорији најсиромашнијих.

## **Здравствено стање становништва**

Процент становништва које своје здравствено стање процењује као добро је порастао у односу на 2006. годину (57,8% према 49,8%), али још увек одступа од просечне вредности овог показатеља за земље Европске уније (68,9%).

Симптоме депресије је имало 4,1% становништва, највише у популацији старијих 85 година и више. У односу на 2006. годину, значајно је повећан број становника који је био изложен стресу (56,6% према 43,1%).

У односу на 2006. годину запажа се повећање учесталости већине обољења и стања у популацији одраслих, посебно хипертензије, депресије, шећерне болести, повишених масноћа у крви и алергија. Један од разлога за повећање учесталости наведених болести сигурно представља старење популације, али на њега утиче и све боља покривеност превентивним прегледима у циљу њиховог благовременог откривања.

Повреду (у саобраћају, у кући или у току бављења слободним активностима) имало је 5,2% становника Србије. Медицинска помоћ била је указана код 66,7% повређених.

У Србији је у претходних 12 месеци готово сваки седми становник одсуствовао са посла због здравствених проблема, просечно 34,5 дана, значајно мање него 2006. године (51,3 дана).

Скоро свака друга одрасла особа (47,5%) у Србији је имала хипертензију или потенцијалну хипертензију. Сваки трећи одрасли становник (33,9%) Србије је изјавио да му је хипертензија дијагностикована од стране лекара.

Стање својих зуба и усне дупље као добро проценило је 45,6% становништва, чак 14% више него 2006. године. Пораст броја становника узраста 25 година и више који имају све своје зубе се може довести у корелацију са побољшањем навика у вези са оралном хигијеном.

## Детерминанте здравља

У Србији 44,6% становништва у току свог рада седи или стоји. Жене су склоније седентарном начину живота у односу на мушкарце који више времена проводе бавећи се физичким активностима. Фитнесом, спортом или рекреацијом најмање три пута недељно бави се 8,8% становника.

Сваки други становник Србије недовољно или никада не конзумира воће (54,4%). Док сваки пети становник Србије (19,7%) не размишља о здрављу приликом избора начина исхране, скоро половина становника Србије (49,1%) је због здравствених разлога променила нешто у начину исхране у години која је претходила Истраживању.

Више од половине становништва Србије (56,3%) је прекомерно ухрањено (предгојазно и гојазно). Између два истраживања дошло је до значајног повећања процента гојазног становништва (са 17,3% на 21,2%).

Учесталост пушења међу становништвом у Србији је изнад европског просека. Више од половине становништва старијег од 15 година је изложено дуванском диму.

У односу на 2006. годину, повећан је проценат становника који свакодневно пију, а навика свакодневног конзумирања алкохола је највише заступљена међу најсиромашнијом популацијом. Скоро сваки пети адолесцент узраста 15–19 година се најмање једном месечно опијао.

Сваки трећи становник Србије је у претходних годину дана користио средства против болова, сваки пети средства за умирење и сваки десети средства за спавање.

У односу на 2006. годину региструје се двоструко више становника Србије узраста 20 и више година који су имали сексуалне односе са повременим партнером у претходних 12 месеци (14,6% према 7,6%), а истовремено смањење употребе кондома приликом последњег сексуалног односа са повременим партнером (43,3% према 51,6%).

Тек свака пета жена узраста 15–49 година која је била сексуално активна у претходних 12 месеци навела је употребу неког од контрацептивних средстава или метода, при чему су жене са нижим образовањем и жене из најсиромашнијих домаћинстава значајно мање користиле контрацепцију.

Само нешто више од четвртине младих узраста од 15 до 24 године је имало довољно стеченог знања о HIV-у и AIDS-у. У односу на 2006. годину значајно је већи проценат становништва које зна место где се може саветовати и тестирати на HIV, као и проценат становништва које се тестирало на HIV (50,1% према 37,9% информисаних и 6,9% према 4,2% тестираних).

## Коришћење здравствене заштите

Изабраног лекара опште медицине имало је девет од десет становника Србије узраста 20 и више година, што је значајно повећање у односу на 2006. годину, када је свог лекара имала половина становника. Такође је повећан проценат становништва код којег су у последњих пет година обављени превентивни прегледи (мерење крвног притиска, шећера у крви и холестерола) за око 10%. Код 7,6% циљне популације (50–74 године) је у последње три године обављено тестирање на окултно крвављење у столицама. У истој старосној групи колоноскопски преглед у последњих 10 година обавило је 7,4% становника.

Изабраног гинеколога имало је три петине жена старијих од 15 година, а трећина жена је у години која је претходила Истраживању посетила гинеколога. Превентивни преглед за рано откривање карцинома грлића материце у периоду од три године које су претходиле Истраживању урадило је 57,1% жена животног доба од 25 до 69 година што је значајан пораст у односу на 2006. годину (38,5%). У циљној популацији жена за рано откривање рака дојке (50–69 година) 30,6% је урадило мамографски преглед у периоду од три године које су претходиле Истраживању, што је чак три пута више него 2006. године.

Преко половине становника имало је изабраног стоматолога, скоро трећина у приватној пракси, а једна четвртина у државној здравственој установи. У периоду од шест месеци који су претходили Истраживању сваки пети становник Србије је посетио стоматолога.

У 2013. години услуге приватне праксе користило је 15,8% становника Србије старих 20 и више година, што представља значајно смањење у односу на 19,4% у 2006. години.

У Србији је, у периоду од две недеље пре Истраживања, 43,4% становништва користило лекове које им је прописао лекар, а 27,1% лекове, биљна средства или витамине које им није прописао лекар. Жене су употребљавале више лекова него мушкарци, како прописане (50,3%), тако и непрописане (33,3%). Употреба лекова непрописаних од стране лекара највише је заступљена код најбогатијих становника као и оних са високим образовањем. Непрописане антибиотике је користило 2,5% становништва, а лекове за смирење и/или несаницу 4%.

Трећина становника Србије није остварила своје потребе за здравственом заштитом због дугог чекања, удаљености или финансијских разлога. Недостатак финансијских средстава је разлог неостварених потреба за здравственом заштитом сваког четвртог становника Србије.

Нешто више од половине становништва Србије имало је личне издатке за здравствену заштиту, што је значајно више него 2006. године. Просечан годишњи

износ укупних издатака „из џепа“ за здравствену заштиту по глави становника износио је 31.255 динара. У структури расхода за здравствену заштиту, издаци за лекове чинили су више од половине укупних издатака, а затим следе издаци за приватне стоматолошке и приватне дијагностичке услуге. Процент становништва који је имао издатке „из џепа“ за здравствене услуге у државним здравственим установама је значајно мањи него у 2006. години, док је порастао проценат оних који су имали издатке у приватним здравственим установама.

Сваки трећи становник Србије одбио је да плати здравствену услугу на захтев здравственог особља.

Државном здравственом службом било је у 2013. години задовољно више од половине становника Србије. У исто време приватном здравственом службом било је задовољно нешто мање од две трећине популације.

## **Здравље деце**

Свака девето дете (11,5%) је навело да има проблема са видом, затим са равним табанима (9,8%), алергијама (8%), деформитетом кичме (4%), астмом (3%), слухом (2,5%) и хроничном респираторном болешћу (2,1%). Услед здравствених проблема свако четврто дете (27,5%) је одсуствовало из школе и то у просеку 7 дана.

Регистрован је пораст процента гојазне деце (4,9%) у поређењу са 2006. годином (2,6%).

Свог изабраног педијатра имају готова сва деца у Србији (97%), што је значајни пораст у односу на 2006. годину (49,2%). У последњих шест месеци педијатра (63,7%) и стоматолога (63,1%) је посетило готово две трећине деце.

Истраживање 2013. је забележило унапређење хигијенских навика у погледу редовног прања зуба и туширања у односу на 2006. годину (58,4% према 50,9% и 66,2% према 54%), што се не може рећи за навик у редовног прања руку (61,8% према 72,6%).

Три четвртине деце (74,2%) је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечног производа, што је значајно више него 2006. године (60,4%). Свако друго дете је свакодневно конзумирало воће (51%) и поврће (56,6%).

Четири петине (82,3%) деце се у слободно време бавило физичким активностима. Готово су сва деца редовно похађала наставу физичког васпитања (97,6%).

Током вожње у аутомобилу или неком другом возилу половина (50,3%) деце је навела да увек користи сигурносни појас, што је значајно мање у односу на 2006. годину (56,4%). Свако друго дете (52,5%) је изјавило да прелази улицу ван пешачког прелаза што такође указује да је значајно повећан проценат деце са ризичним понашањем у саобраћају у односу на 2006. годину (41,9%).

## Здравље старијих

Само петина старог становништва је оценила сопствено здравље као врло добро и добро, што је испод просека земаља Европске уније.

Учесталост оболевања старијег становништва Србије се не разликује се од учесталости у другим европским земљама. Три четвртине је изјавило да има неку дуготрајну болест или здравствени проблем. Старији становници Србије, претежно жене, најчешће су патили од повишеног крвног притиска.

Сваки трећи старији становник је изјавио да је имао тешкоће са ходом, сваки девети – са видом, а скоро сваки четврти – са слухом. Нешто више од трећине старих у Србији је изјавило да има озбиљне тешкоће у обављању свакодневних кућних активности, а скоро сваки девети становник у обављању активности личне неге. Потреба за услугама кућне неге и лечења је три пута чешћа него учесталост пружања ових услуга.

Старије становништво Србије у највећој мери прати утврђене обрасце коришћења примарне здравствене заштите. Значајан показатељ унапређења квалитета на нивоу примарне здравствене заштите представља проценат старих вакцинисан против сезонског грипа. На основу овог показатеља, Србија се налази међу земљама Европске уније у којима је регистрован најмањи проценат старијих особа које су примиле вакцину против сезонског грипа. Такође, изразито је низак степен коришћења стоматолошке здравствене заштите. Тек свака четврта старија жена је имала свог изабраног гинеколога.

Узимање лекова прати старење популације, што се одражава већим коришћењем лекова за лечење хроничних болести у популацији старијој од 65 година. На основу овог показатеља, Србија се налази међу земљама Европске уније у којима је регистрован највиши проценат коришћења лекова у популацији старијих особа.

Услуге приватне праксе (најчешће стоматолошке заштите) је користио сваки седми старији становник, претежно они које живе у граду, из Београда, најобразованији и најимућнији. Две трећине старијих особа је изјавило да је задовољно здравственом службом у целини, како државном тако и приватном.



ISBN 978-86-7358-060-9

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милаи Јовановић Батут“

**РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА**  
**ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ | 2013. ГОДИНА**

[www.batut.org.rs](http://www.batut.org.rs)