

ЕУ за развој статистике у Србији

Истраживање здравља становништва (EHIS)

ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2019. ГОДИНЕ



**ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА
СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ
2019. ГОДИНЕ**

Београд, 2021.

Издавач:

OMNIA BGD

Уредници:

Проф. др Наташа Милић

Проф. др Дејана Станисављевић

Спец. др мед. Маја Крстић

Аутори:

Проф. др Наташа Милић

Проф. др Дејана Станисављевић

Спец. др мед. Маја Крстић

Доц. др Верица Јовановић

Др сц. мед. Јелена Брцански

Др сц. мед. Биљана Килибарда

Спец. др мед. Миљан Љубичић

Спец. др мед. Мирјана Живковић Шуловић

Др сц. мед. Катарина Боричић

Асист. др Татјана Живановић Раднић

Мр сц. Јасна Миланковић

Мирјана Огризовић Брашанац

Гордана Јордановски

Мр сц. Гордана Бјелобрк

Лектура:

Проф. др Валерија Јанићијевић

Рецензент:

Проф. др Славица Ђукић Дејановић

Дизајн корица:

Никола Милић

Графички приказ података:

Марко Савић, дипл. инж.

Штампа:

BioGraf Comp doo

Тираж:

300

ISBN-978-86-903192-0-6

The total value of the project *EU for development of statistics* is 29.750.000 euros, in which the EU participation is 20.000.000 euros.

The Project in Serbia consists in carrying out of the four “Components” that present highly important statistical surveys: 1. Population, households and dwellings Census 2021 (PC); 2. Agricultural Census 2021 (AC); 3. European Health Interview Survey (EHIS 2019); 4. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS 2019).

The implementation of the third component, European Health Interview Survey, was supported by the EU funds in the amount of 300.000 euros, which financed activities such as: field work, control of the coverage and quality of the conducted survey, data logical control, calculation of indicators, data analysis, production of statistical/press releases, and preparation of the final report on the Survey.

This publication is produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of Statistical Office of the Republic of Serbia and may in no way be taken to reflect the views of the European Union.

Укупна вредност пројекта ЕУ за развој статистике у Србији је 29.750.000 евра, у чему је учешће ЕУ 20.000.000 евра.

Пројекат се састоји од четири компоненте које представљају значајна статистичка истраживања: 1. Попис становништва, домаћинства и станова (РС 2021); 2. Попис пољопривреде (АС 2021); 3. Истраживање здравља становништва (EHIS 2019); 4. Истраживање вишеструких показатеља о положају жена и деце (MICS 2019).

Имплементацију треће компоненте, Истраживање здравља становништва, ЕУ је подржала средствима у износу од 300.000 евра, којима су финансиране активности као што су: рад на терену, контрола обухвата и квалитета спроведеног истраживања, логичка контрола података, израчунавање индикатора, анализа података, израда саопштења и припрема финалног извештаја Истраживања.

Ова публикација објављена је уз финансијску помоћ Европске уније. За садржину ове публикације искључиво је одговоран Републички завод за статистику и та садржина нипошто не изражава званичне ставове Европске уније.

Садржај

Предговор	8
Увод	11
Анкета у истраживању здравља	13
Истраживање здравља становништва у земљама Европске уније	13
Истраживање здравља становништва у Републици Србији	14
Циљеви истраживања	15
Етички и правни аспекти	16
Начин прикупљања података	17
План узорка	18
Временски период прикупљања података	22
Инструменти истраживања	22
Процес обуке и рад на терену	22
Учешће испитаника у истраживању и стопа одговора	24
Приказ резултата	24
Социјално-демографске карактеристике	27
Домаћинства	29
Становништво узраста 15 и више година	30
Деца узраста од 5 до 14 година	32
Здравствено стање	33
Самопроцена здравља – Минимални европски модул здравља	35
Орално здравље	39
Хроничне незаразне болести	41
Незгоде и повреде	48
Одсуство са посла (због здравствених разлога)	50

Бол	51
Ментално здравље	52
Детерминанте здравља	55
Ухрањеност	57
Исхрана	61
Физичка активност	65
Пушење	68
Употреба алкохола	73
Употреба дрога	77
Сексуално понашање	79
ХИВ/АИДС	81
Социјална подршка	84
Пружање неформалне неге или помоћи	85
Коришћење здравствене заштите	87
Коришћење ванболничке здравствене заштите	89
Коришћење болничке здравствене заштите	94
Коришћење приватне праксе	96
Употреба лекова	97
Превентивни прегледи	99
Неостварене потребе за здравственом заштитом	103
Здравље деце	105
Здравствено стање	107
Детерминанте здравља	111
Здравље старијих	117
Здравствено стање	119

Хроничне незаразне болести	121
Функционална ограничења	123
Способност обављања личне неге и кућних активности	125
Повреде	127
Коришћење здравствене заштите.....	127
Употреба лекова	131
Социјална подршка	132
Закључци	133
Здравствено стање	135
Детерминанте здравља	136
Коришћење здравствене заштите.....	137
Здравље деце	139
Здравље старијих.....	140

ПРЕДГОВОР

Студија под називом „Истраживање здравља становништва Србије 2019. године“, коју је израдила група аутора, представља најновији свеобухватан приказ драгоцених података о томе како грађани доживљавају своје здравље, како се брину о свом здрављу, до које мере користе здравствену заштиту и прихватају стилове здравог живота, ослањајући се на превентивне и друге здравствене услуге.

Студија се базира на резултатима Истраживања здравља становништва, које је крајем 2019. године спровео Републички завод за статистику, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарством здравља Републике Србије, али су, поређења ради, тамо где је то са методолошког аспекта било могуће, коришћени и подаци истраживања здравља из 2006. и 2013. године.

Истраживање здравља становништва Србије 2019. године спроведено је у складу са методологијом Европске анкете о здрављу (*European Health Interview Survey – EHIS wave 3*), чиме је обезбеђена упоредивост показатеља здравља нашег становништва са показатељима здравља становништва Европске уније.

Истраживање није спроведено на територији АП Косово и Метохија.

Надамо се да ће ова публикација допринети како сагледавању тренутног стања у овој области, тако и даљем развоју ефикасног и квалитетног система здравствене заштите Републике Србије.

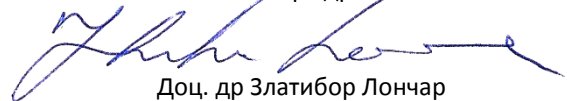
Директор

Др Миладин Ковачевић

Европска анкета о здрављу (*European Health Interview Survey – EHIS*) је свеобухватно међународно истраживање о здрављу становништва које се спроводи у циклусима у свим земљама Европске уније. Уједно представља репрезентативно истраживање за израчунавање великог броја основних показатеља здравља Европске уније, који омогућавају поређење здравља становништва међу европским земљама, како у години спровођења истраживања, тако и током времена.

Публикација „Истраживање здравља становништва Србије 2019. године“ приказује главне резултате националног истраживања здравља становништва Србије које је, по методологији Европске анкете о здрављу, уз финансијску подршку Владе Републике Србије и Европске уније, спроведено у Републици Србији током 2019. године. Истраживање је спроведено на национално репрезентативном узорку, како би се добила поуздана оцена здравственог стања становништва, коришћења здравствене заштите и процена показатеља здравља популације. Резултати овог истраживања представљају драгоцен ресурс за планирање и евалуацију активности везаних за промоцију здравља и превенцију болести, организацију здравствене заштите и рационализацију здравствене потрошње.

Министар здравља

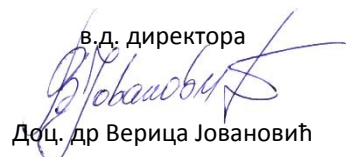


Доц. др Златибор Лончар

Четврто национално истраживање здравља становништва Србије, спроведено 2019. године, представља важан извор информација о здрављу становништва и омогућава идентификацију приоритетних здравствених проблема и планирање превентивних активности. С обзиром на периодично спровођење, истраживања здравља представљају добру полазну основу за праћење здравственог стања становништва. Примена јединствене међународне методологије даје могућност поређења националних резултата са резултатима земаља Европске уније које су у овом циклусу реализовале истраживање.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ се захваљује свим учесницима у процесу планирања и спровођења овог истраживања од националног интереса са уверењем да ће публикација „Истраживање здравља становништва Србије 2019. године“ испунити своју основну улогу – информисање стручне и шире јавности о здрављу и здравственој заштити становништва Србије.

в.д. директора



Доц. др Верица Јовановић

Увод

Анкета у истраживању здравља

Истраживање здравља коришћењем анкете представља један од важних извора информација о здрављу. Када се спроводи на репрезентативном узорку пружа увид у здравствено стање становништва, коришћење система здравствене заштите и омогућава процену показатеља здравља. Две су значајне карактеристике истраживања здравља коришћењем анкета – обезбеђивање података о здрављу на начин како га види становништво и једновремено прикупљање различитих података (здравствено стање, личне карактеристике испитаника, понашање у вези са здрављем и коришћење здравствене заштите) за исту особу. Као резултат, добија се свеукупна слика здравља популације која омогућава идентификацију приоритетних здравствених проблема и дефинисање потреба за превентивним активностима. Периодично прикупљање података, омогућава праћење промена у здрављу становништва током времена, као и ефеката здравствене политике и интервенција на здравствено стање популације. Закључци истраживања се могу користити у планирању и евалуацији активности везаних за промоцију здравља и превенцију болести, организацију здравствене заштите и рационализацију здравствене потрошње.

Истраживање здравља становништва у земљама Европске уније

Европска анкета о здрављу (*European Health Interview Survey – EHIS*) представља периодично истраживање о здрављу становништва са коришћењем широко прихваћеног стандардизованог инструмента (анкете) за прикупљање поузданих података о здравственом стању, здравственој заштити и детерминантама здравља становништва Европске уније (ЕУ). Уједно представља репрезентативно истраживање за израчунавање великог броја Основних показатеља здравља Европске уније¹ (*European Core Health Indicators*), познатих као *ECHI* показатељи, који омогућавају поређење здравља становништва међу европским земљама, како у години спровођења истраживања, тако и током времена.

¹ https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en

Први талас *EHIS* истраживања спроведен је у 17 држава чланица ЕУ у периоду од 2006. до 2009. године. Други талас *EHIS*-а спроведен је у свих 28 држава чланица ЕУ, као и на Исланду, у Норвешкој и Турској између 2013. и 2015. године. Рад на трећем таласу *EHIS*-а покренут је при Канцеларији за статистику Европске Уније (*EUROSTAT*) 2016. године. Током периода од 2016. до 2018. године организоване су детаљне дискусије и консултације од стране различитих тела Европског статистичког система (*ESS*) укључујући Оперативну групу за *EHIS*, Техничку групу за истраживање здравља, Радну групу за статистику јавног здравља и Групу директора друштвене статистике – националних статистичких института. Уредба о спровођењу трећег таласа *EHIS*-а донета је од стране Европске комисије 2018. године као Уредба Комисије за спровођење (ЕУ) бр. 255/2018.²

Истраживање здравља становништва у Републици Србији

Истраживање здравља становништва Србије 2019. године је четврто национално истраживање здравља становништва Србије са коришћењем Европске анкете о здрављу, које је спровео Републички завод за статистику (РЗС) у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије и Министарством здравља Републике Србије током 2019. године.

У Републици Србији је први пут спроведено Истраживање здравља становништва 2000. године уз финансијску и техничку подршку Светске здравствене организације и УНИЦЕФ-а. Истраживање под називом „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије“ спровео је Институт за јавно здравље Србије у сарадњи са мрежом института и завода за јавно здравље и домовима здравља, а резултати истраживања су представљали један од основа за креирање здравствене политике Србије 2002. године. Следеће истраживање је спроведено 2006. године средствима из кредита Светске банке, који је Република Србија добила за спровођење пројекта „Развој здравства Србије“. У овом истраживању протокол и анкета из 2000. године су представљали полазни материјал на коме су извршена унапређења и допуне, која нису угрозила упоредивост са налазима из претходног истраживања, али су

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018R0255&from=EN>

омогућила добијање одговора на стандардизована питања која се користе у истраживањима у земљама ЕУ, и процену показатеља здравља препоручених од стране Светске здравствене организације³ и Европске комисије⁴. Треће Истраживање здравља становништва Србије спроведено је 2013. године из средстава пројекта „Децентрализација услуга на локалном нивоу“ (*DILS*), финансираног из кредита Светске банке. Истраживање је обухватило додатну хармонизацију инструмената истраживања (методологија, упитници, упутства) са инструментима Европског истраживања здравља – други талас (*EHIS* – wave 2). Корак даље учињен је када је РЗС, у складу са процесом приступања Републике Србије ЕУ и Националним програмом за усвајање правних тековина ЕУ, уврстио статистичке податаке добијене спровођењем Европске анкете о здрављу у Програм званичне статистике у периоду од 2016. до 2020. године. У Истраживању 2019. године извршена је нова хармонизација инструмената истраживања са инструментима Европског истраживања здравља – трећи талас (*EHIS* – wave 3).⁵ Финансијску подршку су обезбедили Влада Републике Србије и Инструмент за предприступну помоћ (ИПА) 2018.

Циљеви истраживања

Главни циљ истраживања здравља је да се, спровођењем анкете о здрављу, на основу репрезентативног узорка становништва, добије оцена здравственог стања популације како на нивоу Републике, тако и на нивоу четири статистичка региона (регион Војводине, Београдски регион, регион Шумадије и Западне Србије и регион Јужне и Источне Србије). У основи истраживања стоји 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;

³ База података „Здравље за све“ СЗО (WHO Health For All database)

⁴ European Health Interview Survey (EHIS wave 2) - Methodological manual, Eurostat, 2012.

⁵ European Health Interview Survey (EHIS wave 3) - Methodological manual, Eurostat, 2018.

- процена гео-распрострањености и квантитативне 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 становништва Србије је интеграција инструмента истраживања (анкете) у процес доношења одлука приликом креирања здравствених политика.

Етички и правни аспекти

Етички стандарди у Истраживању здравља становништва Србије усаглашени су са међународном Хелсиншком декларацијом⁶ (*Declaration of Helsinki*), усвојеном на Генералној скупштини Светског медицинског удружења 1964. године, и унапређеном амандманима закључно са 2013. годином, као и законодавством Републике Србије. У циљу поштовања приватности субјеката истраживања и поверљивости информација прикупљених о њему, предузети су сви неопходни кораци у складу са Општом регулативом о заштити података о личности (*General Data Protection Regulation – GDPR*)⁷, новим европским правним оквиром који прописује начин коришћења података о личности грађана, као и са националним Законом о заштити података о личности⁸, Стратегијом заштите података о личности⁹ и Законом о званичној статистици¹⁰ уз примену начела статистичке поверљивости. Учесницима Истраживања достављен је штампани документ са информацијама о садржају и намени истраживања, обиму њихових права, укључујући телефон на који је могуће добити додатна објашњења или упутити евентуалну жалбу. Потписан информисани пристанак за учешће у истраживању добијен је од сваког

⁶<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

⁷<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1528874672298&uri=CELEX%3A32016R0679>

⁸ Сл. гласник РС, бр. 87/18

⁹ Сл. гласник РС, бр. 58/10

¹⁰ Сл. гласник РС, бр. 104/09

испитаника. У Истраживању је у највећој могућој мери избегнуто прикупљање података који идентификују испитаника (неопходни идентификатори су у складу са Законом о званичној статистици уклоњени и замењени шифром). Базе података су лоциране на серверима са посебном заштитом приступа, а резултати истраживања су објављени у агрегираном облику чиме је у потпуности обезбеђена тајност индивидуалних података.

Начин прикупљања података

У Истраживању здравља становништва Србије коришћена су три начина прикупљања података:

- 1) интервју „лицем у лице“ - прикупљање одговора на питања у току вербалне комуникације између анкетара и испитаника,
- 2) самопопуњавање упитника од стране испитаника без учешћа анкетара и
- 3) мерење основних антропометријских карактеристика (висина и телесна маса) и крвног притиска.

Интервју „лицем у лице“ са једном особом подразумевао је да анкетар попуњава структурисан и делимично структурисан инструмент истраживања (упитник) у присуству испитиване особе.

Примена самопопуњавајућег упитника је значила да испитаник добија структурисани упитник и упутство и да га сам попуњава, без помоћи анкетара. Упитник попуњен од стране испитаника је затим предат анкетару по посебној процедури.

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.

Мерење основних антропометријских карактеристика (висина и телесна маса) је обављено од стране чланова анкетног тима.

План узорка

У складу са препорукама за спровођење Истраживања здравља становништва,¹¹ дефинисан је план узорка. План узорка обухвата планирану величину узорка, оквир за избор узорка, избор домена, алокацију узорка, етапе избора узорка, стратификацију и израчунавање пондера узорка.

Циљна популација

Примарну циљну популацију чинила су сва лица старости 15 и више година која живе у приватним (неинституционалним) домаћинствима у Републици Србији, која представљају уобичајено¹² становништво. Искључена су лица у колективним домаћинствима (студентски и ђачки домови, домови за децу и омладину ометену у развоју, домови за социјално угрожену децу, домови за пензионере, старе и изнемогле, домови за одрасле инвалиде, манастири, самостани и сл.). Посебну циљну популацију чинила су деца старости од 5 до 14 година.

Домени истраживања и стратификација

Основни циљ истраживања је био да се добију статистички поуздане оцене за већину индикатора, како на националном нивоу тако и за градска и остала насеља, као и за четири региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије.

Стратификација је извршена према типу насеља (градска и остала) и на четири региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије.

¹¹ European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual

¹² У Попису 2011. године први пут је за утврђивање укупног броја становника неког подручја примењен концепт „уобичајеног становништва“. Према овом концепту, лице се сматра становником оног места у којем само (у случају самачког домаћинства) или са члановима свог домаћинства проводи највећи део свог времена, односно дневни/ноћни одмор, независно од тога где има пријављено пребивалиште. Тиме су у укупно становништво одређеног места укључена лица која су у том месту живела непрекидно најмање годину дана пре критичног момента пописа, као и лица која су у том месту живела краће од 12 месеци, али с намером да у њему остану најмање годину дана. Попис 2011. године није спроведен на територији АП Косово и Метохија.

Тип узорка

У истраживању је примењен стратификовани двоетапни узорак скупина. Случајни узорак пописних кругова (скупина домаћинстава), изабран је са вероватноћом пропорционалној величини, у првој етапи. Узорак домаћинстава у сваком пописном кругу, изабран је са једнаком вероватноћом у другој етапи.

Величина узорка и алокација узорка

Величина узорка израчуната је на основу захтева о прецизности оцена, за оцену стандардне грешке индикатора „пропорција лица која су спречене да несметано обављају свакодневне активности“ у складу са препорукама ЕУРОСТАТ-а за спровођење истраживања здравља становништва.¹³

Планирано је да се овим истраживањем добију статистички поуздане оцене на нивоу Србије као целине, затим на нивоу четири региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, као и за популацију градских и осталих насеља. Као компромис између тражене прецизности оцена и трошкова спровођења истраживања одређена је величина узорка од 6.000 домаћинстава у којима се очекивало око 15.000 чланова старости 15 и више година и око 1.500 деце старости од 5 до 14 година. При израчунавању величине узорка деца старости од 5 до 14 година нису била узета у обзир.

Одређено је да се у сваком пописном кругу изабере по 10 домаћинстава, узимајући у обзир трошкове спровођења истраживања, као и време потребно да се заврши анкетање у пописном кругу. За сваки пописни круг била су предвиђена и резервна домаћинства у случају да велики број домаћинстава у пописном кругу одбије сарадњу. Дељењем укупног броја домаћинстава бројем домаћинстава у узорку по пописном кругу, израчунато је да је потребно изабрати 600 пописних кругова.

Алокација узорка по регионима и типу насеља, пропорционална је броју лица старих 15 и више година у тим контингентима, на основу текућих демографских процена за 2018. годину. У Табели 1. приказана је алокација пописних кругова и планиран број домаћинстава по стратумима.

¹³ European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual, Precision requirements – Annex 2

Реализован је узорак од 5.114 домаћинства у којима је било евидентирано укупно 15.621 лице (Табела 2), од којих 13.589 лица старости 15 и више година и 1.493 деце старости од 5 до 14 година.

Табела 1. Алокација пописних кругова и број домаћинства по стратумима

	Број пописних кругова домаћинства			Број домаћинства		
	Укупно	Град	Остало	Укупно	Град	Остало
Београдски регион	143	116	27	1.430	1.160	270
Војводина	160	96	64	1.600	960	640
Шумадија и Западна Србија	166	80	86	1.660	800	860
Јужна и Источна Србија	131	68	63	1.310	680	630
Укупно	600	360	240	6.000	3.600	2.400

Табела 2. Распоред реализованог узорка и пописани број појединаца

	Број домаћинства			Пописани број појединаца
	Град	Остало	Укупно	
Београдски регион	960	238	1.198	3.648
Војводина	776	548	1.324	3.582
Шумадија и Западна Србија	696	807	1.503	4.892
Јужна и Источна Србија	524	565	1.089	3.499
Укупно	2.956	2.158	5.114	15.621

Оквир за избор узорка и избор узорка

Попис становништва спроведен у Републици Србији 2011. године коришћен је као оквир за избор узорка. Пописни кругови формиран за потребе спровођења пописа становништва су дефинисани као примарне јединице узорка и изабрани су из сваког стратума систематски са вероватноћом избора пропорционалном величини, а меру величине представљао је број домаћинства у сваком пописном кругу на основу Пописа 2011. године. У оквиру сваког стратума пописни кругови су сортирани према општини којој

припадају и редном броју у оквиру општине. На тај начин је, уз систематски избор, обезбеђен висок ниво имплицитне географске стратификације и осигурана ефективна дистрибуција узорка. Домаћинства у оквиру сваког пописног круга изабрана су са једнаком вероватноћом (просто случајно), из списка домаћинстава евидентираних у Попису 2011. године.

Израчунавање пондера

Да би оцене из узорка биле репрезентативне за посматрану општу популацију, сваком домаћинству и лицу из узорка придружен је пондер (фактор експанзије). Главна компонента пондера је реципрочна вредност производа вероватноћа избора у свакој етапи за сваки стратум и представља основни пондер (пондер плана узорка). Друга компонента пондера узима у обзир ниво неодговора за домаћинство. Након завршетка рада на терену израчунате су стопе одговора за сваки стратум. Оне су искоришћене за кориговање пондера плана узорка израчунатих за сваки пописни круг.

Финални пондер за лице и домаћинство израчунат је на основу коригованог пондера за домаћинство, применом методе калибрације. Кориговани пондери за домаћинства множе се калибрацијским факторима тако да су добијене популацијске оцене у сагласности са текућим демографским проценама за 2019. годину. Услови који су били задовољени приликом израчунавања калибрацијских фактора су следећи: дистрибуција становништва према полу (две групе) и по петогодишћима старости (16 група), на нивоу региона (ниво НСТЈ 2) и дистрибуција домаћинстава према броју чланова домаћинства (шест група), уз услов да домаћинство и свако лице из посматраног домаћинства имају исти финални пондер, што обезбеђује конзистентне оцене на бази домаћинстава и на бази лица.

Пондери узорка су придружени свим базама података и анализе су извршене пондерисањем података за свако домаћинство и лице.

Временски период прикупљања података

Истраживање је обављено током три месеца (октобар – децембар) 2019. године, у складу са препорукама Европског истраживања здравља – трећи талас, према којима период прикупљања података на терену мора трајати најмање три месеца, од којих бар један месец мора бити у периоду септембар – децембар, односно у јесен.¹⁴

Инструменти истраживања

У истраживању су коришћене три врсте упитника и образац за мерење:

- 1) инфопанел за домаћинство, који се користио за сакупљање информација о свим члановима домаћинства односно социјално-економским карактеристикама самог домаћинства;
- 2) упитник за сваког члана домаћинства узраста 5 и више година (коришћене су две верзије овог упитника, једна за сваког одраслог члана домаћинства старости 15 и више година, и друга за свако дете и адолесцента узраста од 5 до 14 година који живе у домаћинству); и
- 3) упитник за самопопуњавање, који је самостално попуњавао сваки члан домаћинства узраста 15 и више година. Ова врста упитника се користила због осетљивости питања која се тичу употребе алкохола, дрога, сексуалног понашања и другог, због чега нису била погодна за попуњавање методом лицем у лице.
- 4) образац за објективни налаз мерења. Мерење крвног притиска, телесне висине и телесне масе се вршило за све чланове домаћинства узраста 15 и више година. За децу узраста 5 до 14 година вршило се само мерење телесне висине и масе.

Процес обуке и рад на терену

У циљу достизања одговарајућег квалитета прикупљених података, високе стопе одговора домаћинстава и како репрезентативност узорка не би била нарушена, пре почетка рада на терену организован је избор чланова тима за теренски рад, организована је обука за анкетаре и дате су смернице за надзор

¹⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018R0255&from=EN>

и контролу рада на терену. За непосредну теренску реализацију истраживања формирано је 70 тимова. Сваки тим се састојао од два члана – једног здравственог радника, односно медицинске сестре/техничара или лекара, и једног анкетара, са искуством у спровођењу анкетних истраживања. За надзор и контролу рада на терену било је задужено 16 теренских супервизора. Сваки супервизор је у просеку био задужен за надгледање четири тима. Супервизори су директно одговарали координаторима. Осам координатора је било организовано у четири тима. Сваки тим се састојао од једног експерта, члана тима за спровођење Истраживања и једног стручњака из ИТ области. Сваки од тимова координатора био је задужен за територију једног региона и, у просеку, за четири супервизора, тј. 16 тимова анкетара.

Медијска кампања

У циљу информисања јавности и мотивисања грађана да учествују у истраживању, спроведена је медијска кампања путем оглашавања у штампаним медијима и на интернету. Непосредно пред почетак истраживања на терену, уследило је обавештавање о спровођењу истраживања у целој земљи, путем радија и телевизије, посебно на локалним радио и телевизијским станицама. У циљу информисања самих учесника о истраживању, као и обезбеђивања свих неопходних етичких предуслова за спровођење истраживања припремљена су писма за домаћинства (*prenotification of first contact*) и испитанике која су садржала основне информације у вези са истраживањем. Поред тога, припремљене су и легитимације и овлашћења која су анкетари носили током истраживања на терену. Министарство здравља је израдило и реализовало кампању која је укључила слоган и визуелни идентитет истраживања, као и промотивни филм.

Праћење и контрола процеса истраживања

Контролна процедура целог процеса истраживања, током свих његових фаза, укључивала је контролу узорковања и контролу рада на терену. Контрола узорковања подразумевала је праћење рада анкетара при процесу одабира домаћинства, односно коришћења заменских домаћинства. Контрола рада на терену подразумевала је контролу попуњених анкета и броја одговарајућих чланова домаћинства које је требало анкетирати. Такође, током периода анкетирања РЗС је спровео контролу рада путем директног контакта домаћинства на 25% укупног узорка: 15% домаћинства је контактирано

путем телефона, док је 10% контактирано путем теренске контроле, односно путем поновне посете домаћинству. Контрола је спроведена тако да обухвати бар једно домаћинство посећено од стране сваког анкетарског тима. За потребе контроле припремљен је посебан упитник, који су попуњавали супервизори. Резултати контроле су показали да је процедура прикупљања података завршена адекватно.

Учешће испитаника у истраживању и стопа одговора

У Истраживање је укупно укључено 5.114 домаћинстава и 15.621 испитаник. Од укупно 6.335 контактираних домаћинстава, њих 5.114 је пристало да учествује у истраживању, тако да стопа одговора домаћинстава износи 80,7%.

Од укупно 13.589 регистрованих чланова домаћинстава старих 15 и више година њих 13.178 је пристало или је било у могућности да буде анкетирано, што даје стопу одговора од 97,0%. Од броја особа које су пристале да буду анкетиране, њих 11.790 је прихватило да попуни упитник за самопопуњавање (стопа одговора 89,5%), док је 11.474 пристало на спровођење мерења (стопа одговора 87,1%).

Од укупно 1.493 регистрованих чланова домаћинстава узраста 5 до 14 година за 1.465 је родитељ/старатељ пристао да одговори на анкету, па је стопа одговора за узрасну групу деце 98,1%. Од укупног броја деце која су учествовала у истраживању, за њих 1.285 је дата сагласност за мерење висине и масе (стопа одговора 87,7%).

Приказ резултата

Резултати Истраживања здравља становништва Србије 2019. године приказани су кроз широки спектар здравствених показатеља распоређених у неколико главних категорија: здравствено стање, детерминанте здравља, коришћење здравствене заштите, здравље деце и здравље старијих.

Здравствено стање: За добијање укупне слике здравственог стања становништва коришћен је низ показатеља, као што су: самопроцена општег

здравља, учесталост специфичних болести и стања, присуство функционалних ограничења, повреде, бол и ментално здравље.

Детерминанте здравља: У овом делу, приказани су показатељи позитивних и негативних навика и понашања коју утичу на здравствено стање популације Србије. Укључене су навике у вези са здравом исхраном и редовном физичком активношћу, као детерминанте које имају позитиван утицај, али и злоупотреба алкохола, дувана и коришћење дрога, као детерминанте које имају негативан утицај на здравље.

Коришћење здравствене заштите: У овом поглављу, приказано је коришћење ванболничке и болничке здравствене заштите у Србији, употреба лекова и сагледане су неостварене здравствене потребе становништва. Такође, приказани су показатељи превентивне здравствене заштите, као што је скрининг за откривање присуства фактора ризика за настанак хроничних незаразних болести од највећег јавноздравственог значаја и скрининг за рано откривање рака.

Здравље деце и здравље старијих: Ова поглавља разматрају низ показатеља здравственог стања, детерминанти здравља и коришћења здравствене заштите у изабраним популационим групама, као што су деца и старије становништво. Међу старијим становницима посебно су анализирана питања социјалне подршке.

Поред резултата истраживања представљених на нивоу популације, кључни показатељи приказани су у односу на пол и старост становника Србије, затим према социјално-економским карактеристикама – образовању и приходима домаћинства. У односу на приходе домаћинства, испитаници су разврстани од најниже до највише вредности прихода домаћинства у 5 категорија (квинтила), тако да се у првом квинтилу налазе најсиромашнији, а у петом најимућнији становници. Резултати истраживања су приказани и према регионима и типу насеља у којима испитаници живе. Резултати овог истраживања су поређени, тамо где је то са методолошког аспекта било могуће, са резултатима истраживања здравља из 2006. и 2013. године.

Социјално-демографске карактеристике

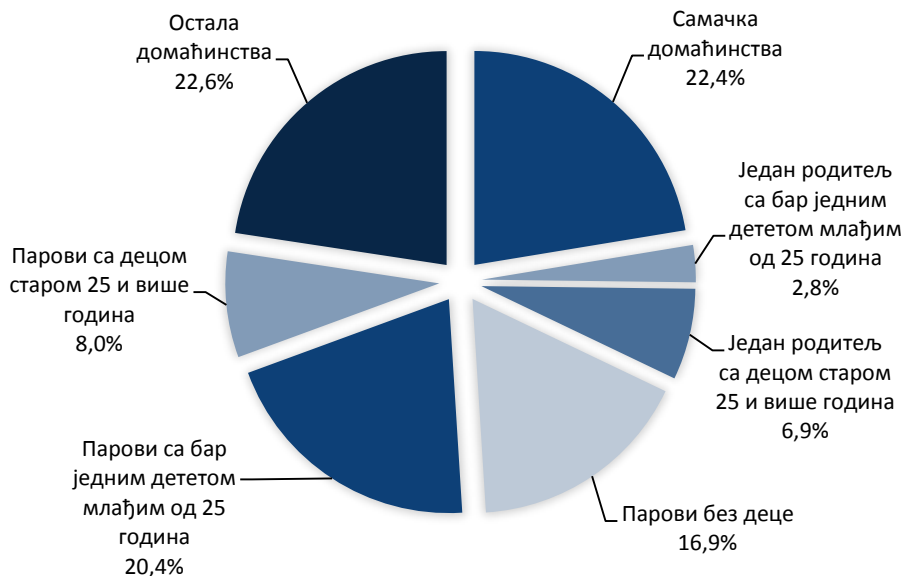
Здравље становништва је одређено индивидуалним карактеристикама појединаца (пол, старост и др.) и факторима спољне средине – социјалном, економском, животном и културолошком средином и њиховим међусобним утицајем. Тако су незапосленост или сиромаштво препознати као фактори који имају негативне ефекте 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.

Домаћинства

У Истраживање здравља становништва Србије 2019. године укључено је укупно 5.114 домаћинства, од тога из Војводине 1.324, региона Београда 1.198, Шумадије и Западне Србије 1.503 и Јужне и Источне Србије 1.089 домаћинства. Градским подручјима је припадало 2.956 домаћинства, а осталим подручјима 2.158.

У 2019. години просечно испитивано домаћинство у Србији чинила су три члана (2,9), што је једнако просечном броју чланова домаћинства из 2013. и 2006. године. Структура домаћинства у Србији у 2019. години приказана је на Графикону 1.

Графикон 1. Структура домаћинстава према породичном саставу

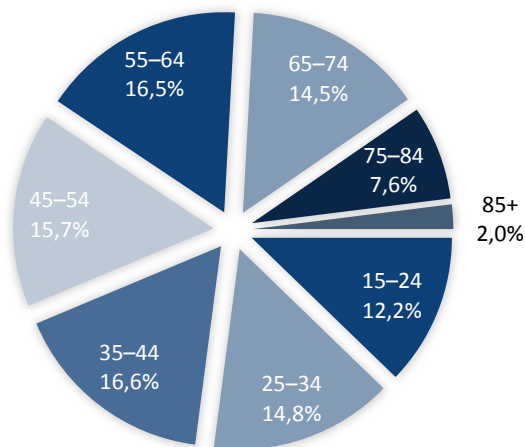


Становништво узраста 15 и више година

У Србији је укупно анкетирано 13.178 особа старих 15 и више година, од тога у Војводини 2.963, у региону Београда 3.061, Шумадији и Западној Србији 4.233 и Јужној и Источној Србији 2.921. У градским насељима је анкетирано 7.215 особа, а у осталим насељима 5.963.

Посматрано према полу, 51,2% чине особе женског пола и 48,8% особе мушког пола. Дистрибуција испитаника према старосним категоријама приказана је Графиконом 2.

Графикон 2. Старосна структура становништва



Посматрано према брачном статусу, нешто више од половине становника (57,6%) старих 15 и више година је у браку (или ванбрачној заједници), око 24% никада није ступило у брак, док 13% чине удовци, односно удовице и 5,5% је разведено.

У Србији највећи проценат становника старости 15 и више година има средње образовање (55,3%), четвртина има завршену основну школу или ниже образовање од основног (24,8%), док више и високо образовање има 19,9% одраслог становништва.

Становништво узраста 65 година и више

Од укупно 13.178 анкетираних становника узраста 15 година и више, анкетирано је 3.705 старијих особа (65 година и више), од тога у Војводини 859, у региону Београда 854, Шумадији и Западној Србији 1.106 и Јужној и Источној Србији 886. У градским насељима је анкетирано 2.002 старијих особа, а у осталим насељима 1.703.

Од укупног броја лица старијих од 65 година, 57,1% су жене, док је удео мушкараца 42,9%, претежно старости од 65 до 74 године (60,3%), затим од 75 до 84 године (31,6%), док је особа старости 85 година и више било 8,2%.

Деца узраста од 5 до 14 година

У Истраживању су путем инетрвјуа са родитељем/старатељем прикупљени подаци о здрављу за 1.465 деце узраста од 5 до 14 година, од тога у Војводини 342, у региону Београда 358, Шумадији и Западној Србији 457 и Јужној и Источној Србији 308. У градским насељима је анкетирано 799 деце, а у осталим насељима 666. Посматрано према полу незнатно је више дечака (51,5%) у односу на девојчице (48,5%). Деце узраста од 5 до 10 година било је 58,4%, док је деце узраста од 11 до 14 година било 41,6%.

Здравствено стање

Централну област истраживања представља процена здравственог стања становништва у целини и у односу на специфичне здравствене проблеме. Овај део покрива различите аспекте и димензије здравља: физичко и ментално здравље, хронични и привремени проблеми, специфична стања, као и њихов општи утицај на функционисање и ограничења у активностима свакодневног живота испитаника.

Самопроцена здравља – Минимални европски модул здравља

Самопроцена општег здравља представља субјективну оцену испитаника о сопственом здрављу и често је значајно повезана са објективним стањем здравља и квалитетом живота становништва¹⁵. Овај показатељ доприноси процени здравственог стања и здравствених потреба становништва, неједнакости у здрављу, старења и оптерећења болестима. Осим тога, представља и значајан предиктор морталитета, морбидитета, функционалних ограничења и коришћења здравствене заштите.^{16,17} Самопроцена здравља не представља замену за објективније показатеље рутинске здравствене статистике, већ их допуњује. С аспекта неједнакости у здрављу, вредности овог показатеља могу указати на потребу креирања специфичних мера и активности усмерених ка ублажавању разлика међу групама становништва различитог пола, старости, нивоа образовања, имовинског статуса, места становања или других социјалних и демографских карактеристика.

У Србији је 2019. године две трећине становништва (66,5%) проценило своје опште здравље као добро (значајно више у Београду – 72,8%) (Графикон 3), 22,8% становника је сматрало своје здравље просечним, док је сваки девети становник оценио своје здравље као лоше – 10,7% (значајно више у Јужној и Источној Србији – 13,5%). Мушкарци су имали позитивнију слику о сопственом здрављу него жене: 71,3% мушкараца оценило је своје опште здравствено стање као добро, док је међу женама тај проценат износио 62,1%. Такође,

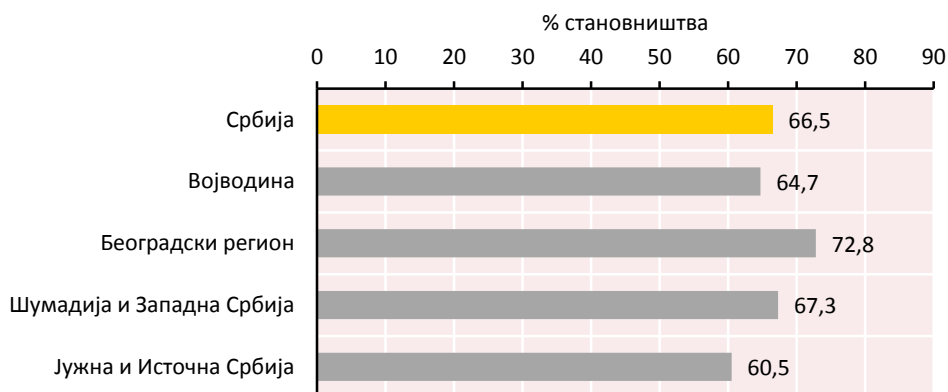
¹⁵ Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC public health. 2013;13(1):1-9.

¹⁶ Verschuuren M, Achterberg PW, Gijsen R, Harbers MM, Vijge E, Van der Wilk EA, Kramers PG. ECHI indicator development and documentation. Joint Action for ECHIM Final Report Part II. 2012.

¹⁷ 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.

пронађене су значајне разлике у самопроцени здравственог стања (као доброг) између становника градских (70,1%) и осталих насеља (60,9%), становника у категорији најимућнијих (77,7%) и најсиромашнијих (55,7%), као и између најобразованијих (80,2%) и становника нижег образовања (45,1%). У складу са очекивањима, самопроцена здравља повезана је са узрастом појединца: што је особа старија, то је склонија лошијој оцени свог здравља.

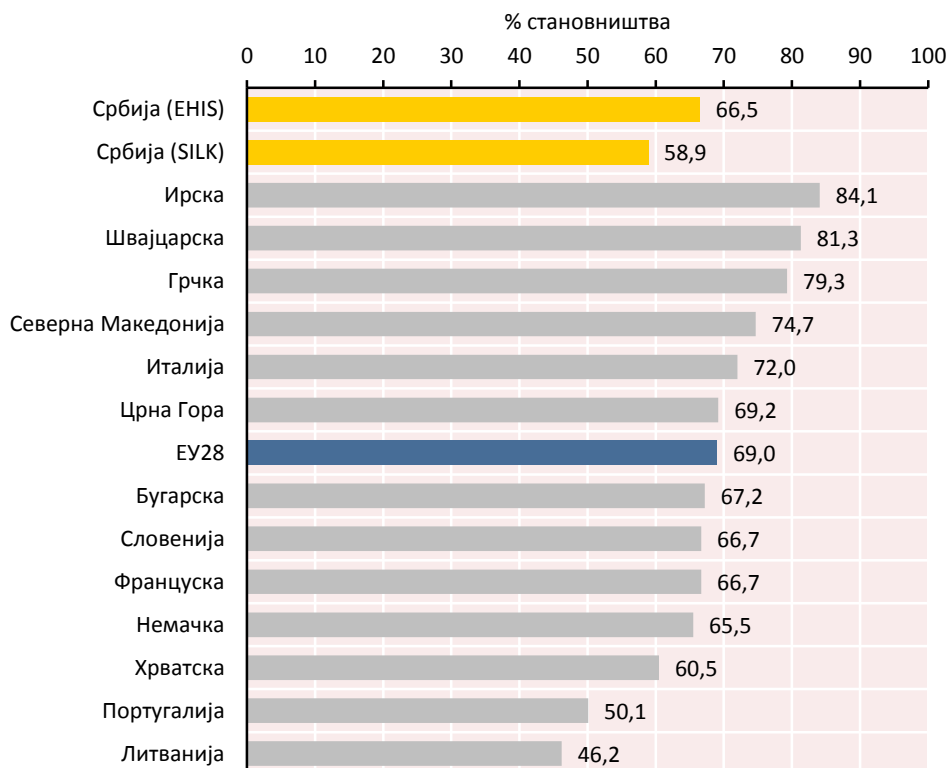
Графикон 3. Проценат становништва које сопствено здравље оцењује као добро (добро и веома добро) према регионима



У поређењу са Истраживањима спроведеним 2013. и 2006. године када је 57,8%, односно 49,8% грађана оценило своје здравље као добро, у 2019. години је забележено значајно побољшање овог показатеља. Нешто нижа вредност овог показатеља за Србију (58,9%) добијена је у СИЛК истраживању 2019. године, у коме је у просеку 69,0% становништва ЕУ своје здравље оценило као добро¹⁸, и на основу кога се може рећи да се овај показатељ приближио европском просеку (Графикон 4).

¹⁸ Eurostat [database on the Internet]. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23rd]. Available from: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Графикон 4. Проценат становништва које сопствено здравље оцењује као добро (добро и веома добро), Србија (EHIS, SILK) и земље ЕУ⁴

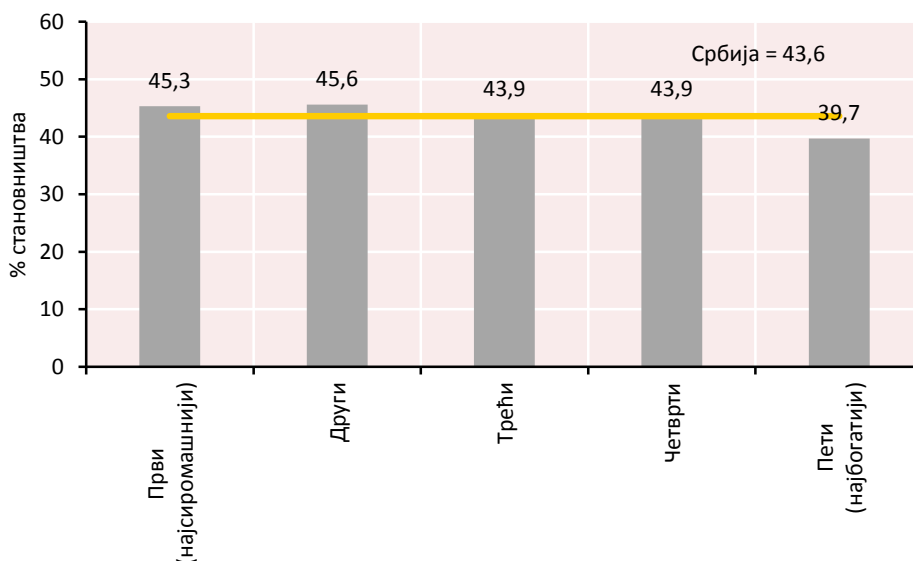


Удео становништва који пати од дуготрајне болести, односно болести или здравственог проблема који траје најмање шест месеци, представља широко коришћену меру општег здравља, која доприноси процени здравственог стања, оптерећења болестима и здравствених потреба становништва. Идентификација ове групе становништва има изузетан јавноздравствени значај, с обзиром да се ради о популационој групи која често користи здравствену службу што генерише високе трошкове лечења, односно ангажовање значајних ресурса система здравствене заштите.¹⁹

¹⁹ Verschuuren M, Achterberg PW, Gijsen R, Harbers MM, Vijge E, Van der Wilk EA, Kramers PG. ECHI indicator development and documentation. Joint Action for ECHIM Final Report Part II. 2012.

Постојање болести или здравственог проблема које траје барем 6 месеци (или за које се очекује да ће толико трајати) забележено је код 43,6% грађана Србије, нешто више него 2013. године (40,0%). Разлике које се односе на социјално-демографске карактеристике испитаника сличне су онима код самопроцене општег здравља: значајно већи проценат становника који су имали дуготрајну болест је у Војводини (46,1%), међу женама (47,4%), најнижег образовања (57,4%) и лошијег материјалног статуса (Графикон 5).

Графикон 5. Проценат становништва које према сопственом исказу има неку дуготрајну болест према квинтилима прихода домаћинства



Савремени демографски трендови, нарочито пораст очекиваног трајања живота и старење становништва, допринели су повећању броја људи са ограничењима у обављању свакодневних активности која су последица здравствених проблема. Квалитет живота повезан са здрављем је посебно значајан за становништво које је зависно од других за обављање основних активности дневног живота – старијих и особа са тешким лимитирајућим ограничењима и хроничним стањима. Постојање физичких и чулних ограничења смањује капацитет обављања дневних активности. Мерење активности свакодневног живота, према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља (ICF), представља прву основну

процену онеспособљености у популацији у погледу могућности обављања личне неге и кућних активности, као и процену обезбеђености подршке и потреба за њом.²⁰

Због здравствених проблема, у последњих 6 месеци које су претходиле истраживању или дуже, 20,3% становника у Србији је било ограничено у обављању свакодневних активности, што је значајан пад у односу на 2013. годину (29,9%). Жене су биле значајно чешће ограничене у обављању свакодневних активности (22,8%), као и становници ванградских насеља (24,4%), становници најнижег образовања (37,1%) и најлошијег материјалног статуса (28,2%), док су становници Београда у мањем проценту (16,1%) били ограничени у обављању свакодневних активности у последњих 6 месеци или дуже.

Орално здравље

Орално здравље доприноси укупном здрављу и квалитету живота појединца. Иако, у највећем броју случајева, болести уста и зуба нису опасне по живот, оне често могу проузроковати бол, поремећаје функције жвакања и говора, као и психолошке проблеме, те могу дугорочно штетно утицати на укупно здравље и благостање.²¹ Заступљеност оралних обољења у популацији је врло висока. Глобална студија оптерећења болестима из 2017. године, показала је да се преваленција оралних обољења налази испред осталих обољења и стања и то у свим узрастима и за оба пола.²² Међутим, обезбеђеност становништва стоматолошком здравственом заштитом још увек није довољна, односно значајан проценат становништва у државама чланицама Европске

²⁰Eurostat. European Health Interview Survey (Wave 3): Conceptual Guidelines and Interview Instructions. European Commission, 2018.

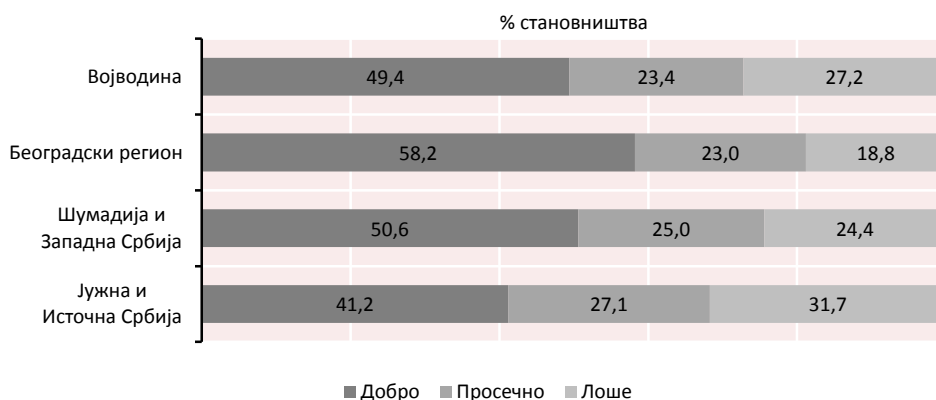
²¹ Eurostat [homepage on the Internet]. Quality of life indicators - health: European Commission [cited 2021 March 23rd]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_health&oldid=489448#Access_to_healthcare_provision

²² James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, Abdelalim A, Abdollahpour I. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858

уније и даље чешће пријављује незадовољене потребе за стоматолошким прегледима, у односу на остале медицинске услуге.²³

У 2019. години у Србији је 55,3% становништва проценило стање својих зуба и усне дупље као добро (значајно више у Београду – 58,2%) (Графикон 6). У односу на Истраживања 2013. и 2006. године када је овај проценат износио 45,6% и 27,8%, дошло је до побољшања оралног здравља становништва Србије.

Графикон 6. Проценат становништва које стање својих зуба и усне дупље оцењује као добро (добро и веома добро) према регионима



Пораст броја становника узраста 25 година и више који имају све своје зубе (са 5,6% у 2006. на 8,3% у 2013. години и 16,5% у 2019. години) може се повезати са побољшањем навика које се односе на оралну хигијену. Наиме, у 2019. години је 57,8% становника изјавило да пере зубе више од једном дневно, што је значајно више него 2013. и 2006. године када је то чинило 51,7% односно 47,1% становника. У корист даљег очувања оваквог тренда указује и податак да се највиши проценат оних који редовно перу зубе (75,1%) налази код младих узраста од 15 до 24 године.

²³ Eurostat [homepage on the Internet]. Quality of life indicators - health: European Commission [cited 2021 March 23rd]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_health&oldid=489448#Access_to_healthcare_provision

Учесталост становника без иједног природног зуба незнатно варира током година Истраживања (10,2% у 2006, 12,4% у 2013. и 11,1% у 2019. години), као и учесталост употребе денталних протеза у овој групи становништва (79% у 2006, 82,3% у 2013. и 80,1% у 2019. години). Жене које су изгубиле све своје зубе су у већем проценту користиле денталну протезу (83,8%) у односу на мушкарце (73,4%).

И даље се запажа значајан утицај социјално-економских карактеристика у вези са показатељима оралног здравља. У групи становника нижег образовног статуса и лошијег 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 је заступљеност навике редовног прања зуба.

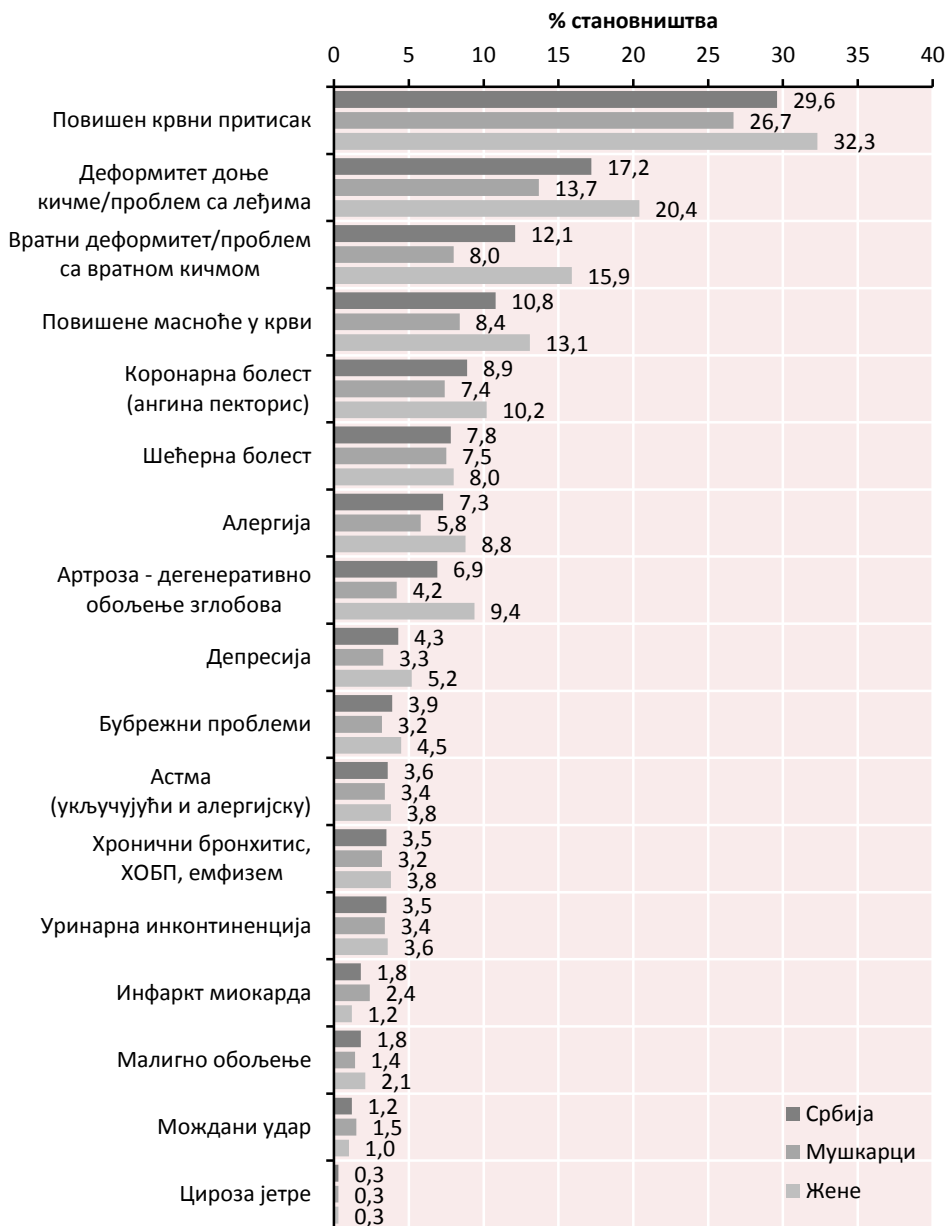
Хроничне незаразне болести

Праћење распрострањености хроничних незаразних болести од највећег јавноздравственог значаја један је од предуслова за процену општег здравственог стања становништва. Хроничне незаразне болести, чије лечење изискује значајне материјалне трошкове, су најчешћи разлог коришћења здравствене заштите, што додатно оправдава неопходност њиховог праћења. Формулисање здравствене политике и процена потреба за здравственом заштитом у значајној мери зависе од заступљености ових болести.

Према сопственом исказу нешто мање од половине (48,8%) становника Србије старијих од 15 година у 2019. години је имало бар једну од 17 хроничних болести наведених у Истраживању, значајно више у региону Јужне и Источне Србије (52,4%), као и Војводине (51,9%), жене него мушкарци (52,9% према 44,5%), особе старије од 45 година (70,2%), становници са нижим степеном образовања (63,8%) и особе које спадају у категорију најсиромашнијих (52,5%).

У години која је претходила Истраживању највећи проценат становништва је навео да има повишен крвни притисак (29,6%), затим деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (17,2%), вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом (12,1%), повишене масноће у крви (10,8%), коронарну болест срца или ангину пекторис (8,9%), дијабетес (7,8%), алергију (7,3%), дегенеративно обољење зглобова – артрозу (6,9%), депресију (4,3%) и бубрежне проблеме (3,9%) (Графикон 7).

Графикон 7. Учесталост најчешћих обољења или стања становништва према полу и укупно



Болести које су у 2019. години биле значајно чешће код жена су: повишен крвни притисак (32,3% код жена и 26,7% код мушкараца), деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (20,4% код жена и 13,7% код мушкараца), вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом (15,9% код жена и 8,0% код мушкараца), повишене масноће у крви (13,1% код жена и 8,4% код мушкараца), артроза (9,4% код жена и 4,2% код мушкараца), коронарна болест срца или ангина пекторис (10,2% код жена и 7,4% код мушкараца) и алергије (8,8% код жена и 5,8% код мушкараца). Није уочена значајна разлика у учесталости јављања међу половима за следеће хроничне болести и стања: шећерну болест, астму, уринарну инконтиненцију, хронични бронхитис и цирозу јетре. Код мушкараца су значајно чешће били заступљени инфаркт миокарда и мождани удар (Графикон 7).

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, скоро сваки трећи становник повишен крвни притисак, сваки шести хронични проблем са леђима, сваки девети повишене масноће у крви, сваки осми хронични проблем са вратном кичмом, сваки једанаести коронарну болест срца или ангину пекторис и сваки четрнаести дегенеративно обољење зглобова.

Табела 3. Учесталост обољења или стања становништва узраста 20 и више година, Србија, 2000, 2006, 2013. и 2019. година

Обољења/стања	2000.	2006.	2013.	2019.
Повишен крвни притисак	19,7	23,1	33,2	31,4
Деформитет доње кичме /хронични проблем са леђима	18,0	/	20,3	18,2
Вратни деформитет/ хронични проблем са вратном кичмом	4,6	8,0	13,9	12,8
Повишене масноће у крви	5,7	8,0	13,0	11,5
Коронарна болест срца /ангина пекторис	/	/	9,9	9,4
Шећерна болест	/	5,3	8,1	8,3
Алергија	/	5,3	8,9	7,5
Артроза (дегенеративно обољење зглобова)	5,0	/	11,0	7,3
Депресија	4,6	6,0	6,7	4,5
Бубрежни проблеми	/	/	5,9	4,1
Уринарна инконтиненција	3,6	/	4,4	3,7
Астма (укључујући алергијску)	2,2	3,3	4,1	3,7
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем	/	4,3	4,5	3,5
Инфаркт миокарда	/	3,3	2,6	1,9
Рак	1,1	1,5	1,5	1,9
Мождани удар	2,0	2,7	3,6	1,3
Цироза јетре	/	/	0,3	0,3

Ради упоредног приказа заступљености испитиваних хроничних незаразних болести у периоду од 2000. до 2019. године посебно је анализирано оболевање популације узраста 20 и више година (популација одраслих). Приликом праћења разлика учесталости оболевања треба имати у виду измену методологије у Истраживањима 2013. и 2019. године у складу са

препукама Европског истраживања здравља у којој је добијен одговор на питање: „Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених болести или стања?“, док податак из 2006. и 2000. године говори о броју становника којима је током живота дијагностикована нека од наведених болести. У односу на 2006. годину, 2013. се запажа 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 је старење популације, али и боља покривеност превентивним прегледима у циљу њиховог благовременог откривања. У 2019. години, међутим, забележено је претежно смањење учесталости већине хроничних обољења и стања у популацији одраслих у односу на 2013. годину (Табела 3).

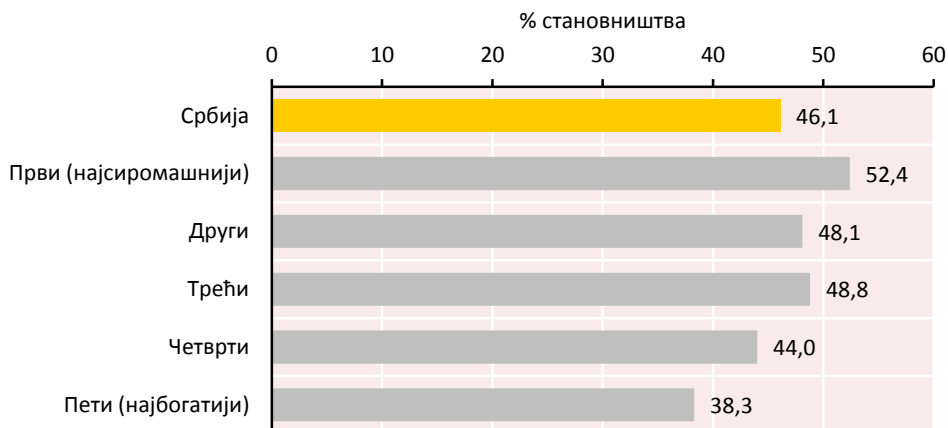
Хипертензија је водећи узрок превремене смртности широм света. Због своје распрострањености сматра се једним од приоритетних јавноздравствених проблема. Процењује се да 1,13 милијарди људи у свету има хипертензију. Због тога је један од главних циљева у области хроничних незаразних болести управо смањење преваленције хипертензије за 25% до 2025. године.²⁴

У Србији је 2019. године 46,2% одраслих становника, узраста 20 и више година, имало хипертензију или потенцијалну хипертензију (имали су на мерењу повишен систолни (≥ 140 mmHg) или дијастолни (≥ 90 mmHg) крвни притисак, или су узимали лекове за снижавање крвног притиска). У односу на резултате Истраживања из 2013. и 2006. године (47,5%, односно 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 становника старијих од 45 година (65,4%), у региону Јужне и Источне Србије (52,3%), затим код становника са нижим степеном образовања (68,0%) и код најсиромашнијих (52,4%) (Графикон 8).

²⁴ WHO [homepage on the Internet]. Hypertension: Key facts. World Health Organization [cited 2021 March 23rd]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Графикон 8. Проценат одраслог становништва са хипертензијом и потенцијалном хипертензијом према квинтилима прихода домаћинства



На мерењу је повишену вредност систолног крвног притиска имало 31,5% одраслих становника, док је повишену вредност дијастолног крвног притиска имало 19,6%. У Истраживању из 2013. године повишену вредност систолног крвног притиска имало је 30,7%, односно дијастолног 19,9%. Сваки седми одрасли становник (15,1%) је имао повишене вредности и систолног и дијастолног крвног притиска, што је такође непромењено у односу на Истраживање из 2013. године (15,5%).

Просечна вредност измереног систолног крвног притиска одраслих становника Србије износила је 134,5 mmHg, а дијастолног 81,6 mmHg. У популацији жена је измерена значајно нижа просечна вредност и систолног и дијастолног крвног притиска.

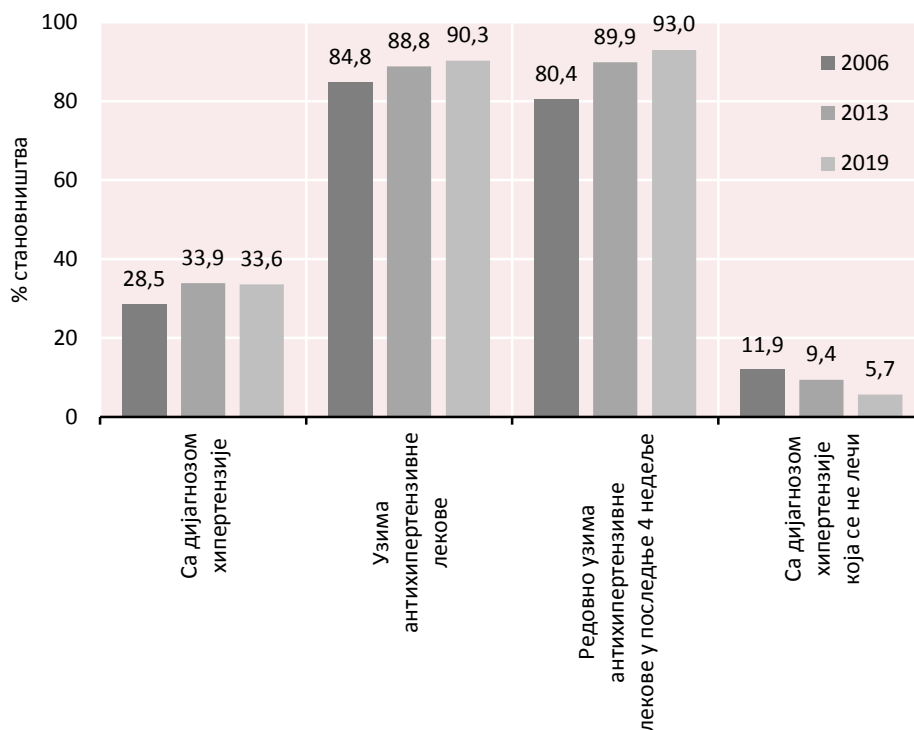
Просечне вредности измереног систолног и дијастолног крвног притиска у годинама истраживања здравственог стања одраслог становништва приказане су у Табели 4.

Сваки трећи одрасли становник Србије (33,6%) је изјавио да му је хипертензија дијагностикована од стране лекара, слично вредности истраживања из 2013. године (33,9%), а више него у 2006. години (28,5%) (Графикон 9).

Табела 4. Просечне вредности измереног систолног и дијастолног крвног притиска одраслог становништва, Србија, 2000, 2006, 2013. и 2019. година

Крвни притисак	2000.	2006.	2013.	2019.
Систолни, mmHg	133,7	134,2	134,7	134,5
Дијастолни, mmHg	82,7	82,0	81,4	81,6

Графикон 9. Учесталост и лечење хипертензије одраслог становништва, Србија, 2006, 2013. и 2019. година



У односу на 2013. годину, проценат одраслог становништва са дијагнозом хипертензије који се није лечио (није узимао лекове нити имао посебан режим исхране) значајно се смањио (са 9,4% у 2013. на 5,7% у 2019). Проценат оних који су узимали антихипертензивне лекове у 2019. је био 90,3%, према 88,8% у Истраживању 2013. године (Графикон 9).

У популацији становника који су узимали антихипертензивне лекове 93,0% је то чинило редовно у месецу који је претходио Истраживању (Графикон 9).

Проценат становништва које је у последње четири недеље редовно узимало лекове за снижавање крвног притиска и на мерењу имало нормалан крвни притисак износио је 42,3%, што је значајно више него 2013. и 2006. године (37.4%, односно 20.9%).

Незгоде и повреде

Повреде представљају значајан јавноздравствени проблем. Годишње се у земљама Европске уније догоди око 38 милиона повреда, од тога се око 0,6% заврши смртним исходом, 13% захтева болничко лечење, док се око 87% збрињава у амбулантним условима.²⁵ Две трећине свих повреда догоди се у кући и у слободно време.²⁶ Повреде представљају водећи узрок смрти становника млађих од 45 година.²⁷ Осим тога, представљају и велико оптерећење у смислу коришћења здравствених услуга и трошкова рехабилитације.

Подаци о повредама добијени у Истраживању здравља омогућавају развој мера превенције, праћење трендова, постављање приоритета здравствене политике и евалуацију успешности мера и интервенција спроведених у циљу смањења повређивања становништва.

У Србији је током 2019. године 4,9% становника имало повреду (у саобраћају, у кући или у току бављења слободним активностима), више у Јужној и Источној Србији (5,5%), а мање у Шумадији и Западној Србији (4,1%). Значајно више су се повређивали старији становници у добној групи 65 година и више (7,4%), као и особе са најнижим образовањем (7,0%) (Графикон 10). Проценат повређених је нешто нижи него 2013. године (5,2%).

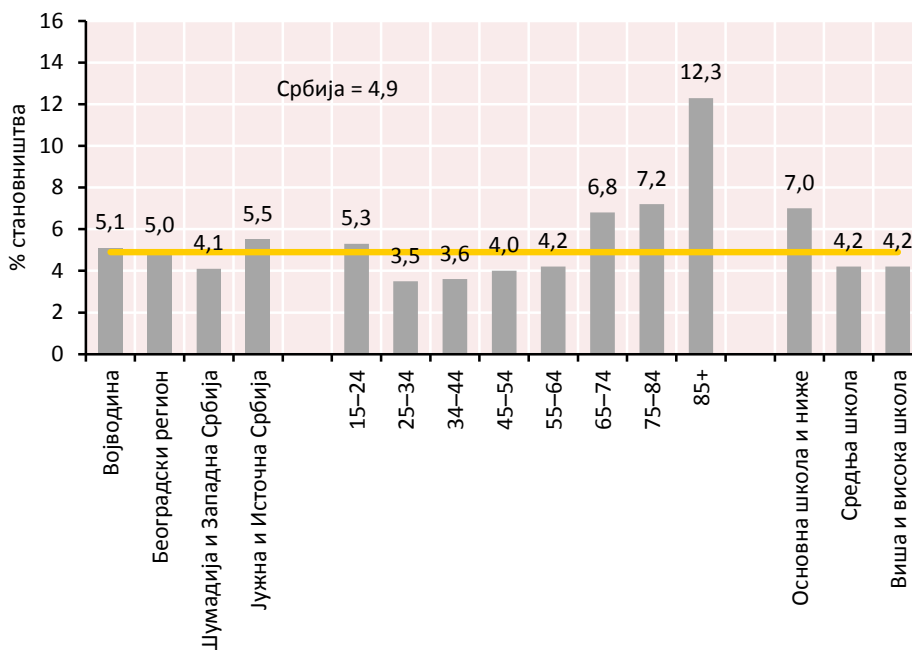
Према изјави испитаника у кући се повредило 2,3%, у току бављења слободним активностима 2,3% и у саобраћају 0,7%.

²⁵ World Health Organization. Violence and injuries in Europe: burden, prevention and priorities for action. World Health Organization, Geneva; 2020.

²⁶ Verschuuren M, Achterberg PW, Gijzen R, Harbers MM, Vijge E, Van der Wilk EA, Kramers PG. ECHI indicator development and documentation. Joint Action for ECHIM Final Report Part II. 2012.

²⁷ Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. 1. J Public Health 2000;90:523-6.

Графикон 10. Учесталост повређивања становништва према географским областима, узрасним групама и степену образовања

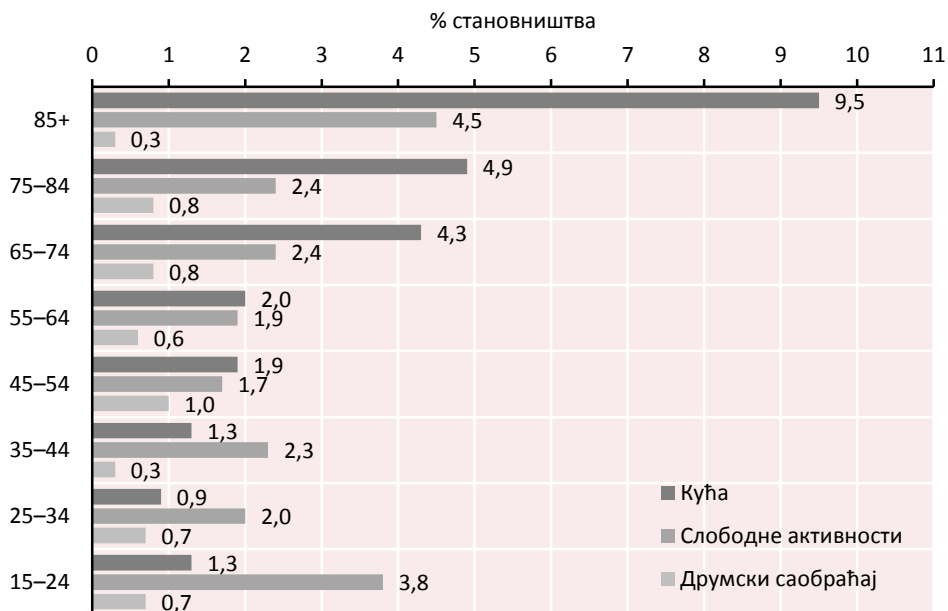


Жене су се значајно чешће повређивале у кући (2,7%), а мушкарци током бављења слободним активностима (2,7%).

Проценат повређених у кући растао је са узрастом, тако да су ове повреде биле значајно чешће након 65 година живота (4,9%). Најмлађи и најстарији становници значајно су се чешће (3,8%, односно 4,5%) повређивали током бављења слободним активностима (Графикон 11). Повреде у кући су се чешће дешавале у ванградским насељима (3,0%) а повреде у току бављења слободним активностима у градовима (2,6%).

Медицинска помоћ је била указана код 75,0% повређених.

Графикон 11. Учесталост повређивања становништва према месту повређивања и узрасним групама



Одсуство са посла (због здравствених разлога)

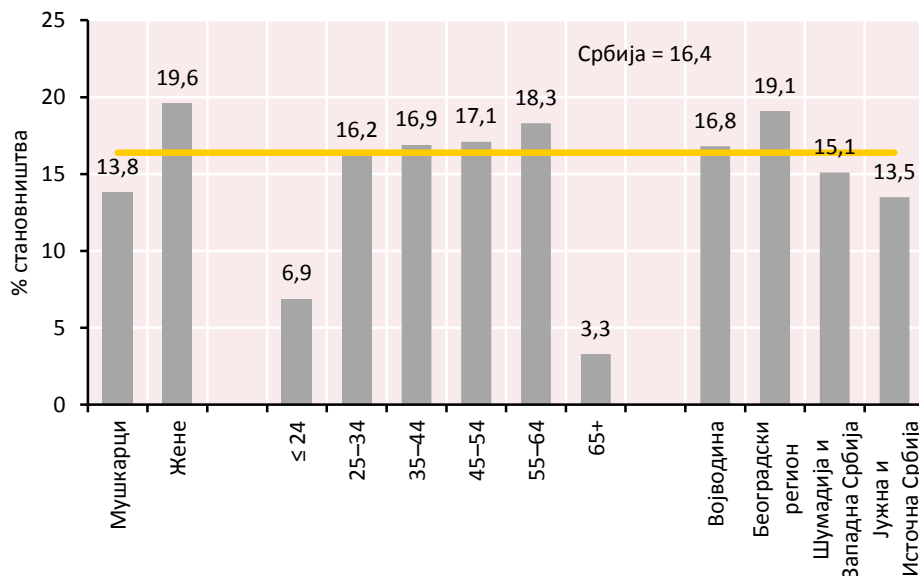
Одсуство са посла због здравствених разлога одражава слику здравља популације радно активног становништва и представља објективан показатељ оболевања ове популације. Одсуствовање са посла због болести узрокује значајне финансијске трошкове за појединца, послодавца и државу. Анализа заступљености одсуствовања са посла је важна јер се многи узроци могу успешно превенирати, а боловања значајно редуковати, уз истовремено максимално очување и унапређење здравља запослених.²⁸

У Србији је у години која је претходила Истраживању сваки шести (16,4%) становник одсуствовао са посла због здравствених проблема (Графикон 12). Са

²⁸ Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(2):124-30.

посла су значајно чешће одсуствовале жене (19,6%) у односу на мушкарце (13,8%), становници Београдског региона (19,1%), градских насеља (17,3%) и нижег степена образовања (23,6%), док су запослени узраста до 24 године то чинили у значајно мањем проценту (7,0%).

Графикон 12. Проценат становништва које је одсуствовало са посла због здравствених разлога према полу, узрастним групама и регионима



Просечно одсуствовање са посла због здравствених проблема износило је 37 дана, док је просечно одсуствовање са посла због здравствених проблема у 2013. години износило 34,5 дана што је значајно мање у односу на истраживање из 2006. године (51,3 дана). У 2019. години најдуже су са посла одсуствовали запослени нижег степена образовања (48,1 дан).

Бол

Постојање бола је субјективно осећање повезано са благостањем појединца. Интензитет и распрострањеност телесног бола значајно утиче на обављање свакодневних активности и радну способност становништва. Такође, због значајног нарушавања квалитета живота болесника, хронични бол, поред

физичких патњи, прате и соматске и психосоцијалне последице, што утиче и на болесника и оне који живе у његовом окружењу.²⁹ Присуство бола је један од најчешћих разлога коришћења здравствене заштите и одсуства са посла, представљајући значајан проблем за друштво у целини.

У Србији је 35,4% становништва у четири недеље које су претходиле Истраживању имало телесни бол, од којих је сваки шести (15,7%) имао јак бол, док је код 7,2% становништва постојање бола много утицало на уобичајене дневне активности и обавезе у кући и ван ње. Бол је био значајно чешће присутан код становника Војводине (41,3%), у популацији жена (41,7%) и становника старијих од 55 година (50,2%). Такође се запажа значајно већа учесталост бола код становника нижег образовног статуса (47,5%) и најлошијег материјалног стања (39,0%), што се делимично може објаснити врстом посла којим се баве припадници ових популационих група, и који најчешће захтева физички напор.

Ментално здравље

Ментално здравље представља једну од основних компоненти здравља појединца и има значајан удео у оптерећењу болестима. Због велике учесталости проблема из домена менталног здравља, као и значајних оптерећења које ове болести узрокују у здравственом, социјалном и економском смислу, ментално здравље треба сматрати једним од приоритета јавног здравља. Економски трошкови проузроковани присуством душевних поремећаја чине више од 4% БДП-а широм света, депресија је водећи узрок инвалидитета, а сваке године у свету се изврши више од 800.000 самоубиства.^{30,31,32}

У Истраживању здравља становништва Србије 2019. 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

²⁹ Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. Pain practice. 2001;1(2):150-61.

³⁰ OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris; 2014.

³¹ WHO, World Bank. World Report on Disability. World Health Organization, Geneva; 2011.

³² Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, Geneva; 2014.

утврђено да 2,1% становништва показује симптоме депресије (Табела 5), што је ниже у односу на 2013. годину (4,1%).

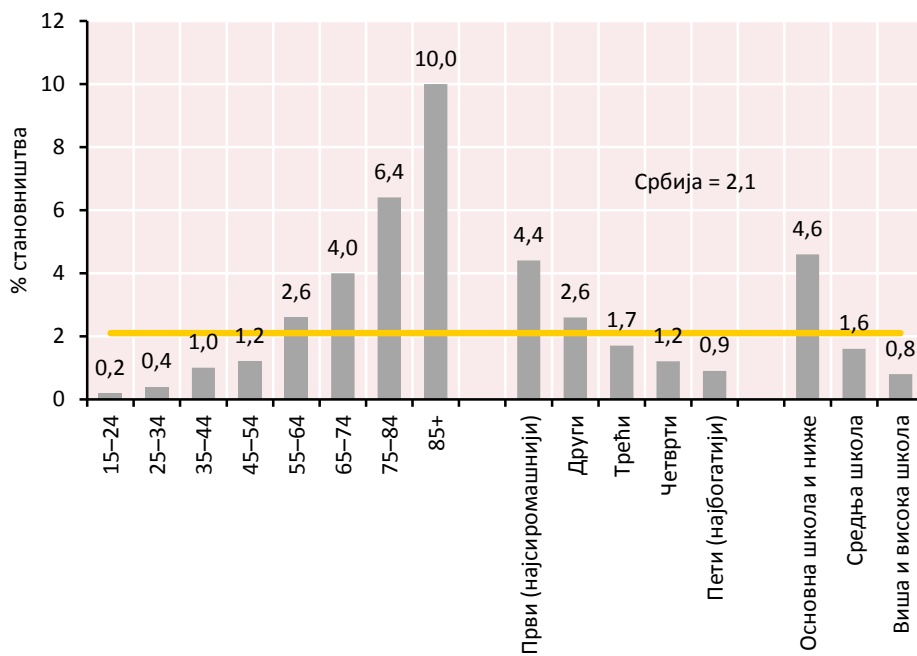
Табела 5. Категоризација становништва према симптомима депресије

Категорија депресије	Проценат становништва (%)
Без депресије (PHQ-8 скор 0-9)	97,9
Са депресијом (PHQ-8 скор 10-24)	2,1
Симптоми умерене депресије	1,4
Симптоми умерено тешке депресије	0,5
Симптоми тешке депресије	0,2

Нешто већи проценат оболелих од депресије је добијен на основу сопственог исказа испитаника (4,3%). У 2019. години СЗО³³ процењује да у земљама Европе 4,3% становника има депресију. Симптоми депресије су били присутни у значајно већем проценту код жена (2,8%) него мушкараца (1,5%), као и у популацији старијих од 75 година (7,1%), најсиромашнијих (4,4%) и најнижег степена образовања (4,6%) (Графикон 13).

³³ WHO [homepage on the Internet]. Depression. World Health Organization [cited 2021 March 23rd]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression>

Графикон 13. Проценат становништва са симптомима депресије према старосним групама, квинтилима прихода домаћинства и образовању



Детерминанте здравља

Детерминанте/одреднице здравља обухватају генетске и биолошке детерминанте, бихевиоралне (понашање, животни стил), детерминанте околине (квалитет ваздуха, воде, радна средина) и социјално-економске детерминанте (демографске карактеристике). Истраживања здравља се у овој области предоминантно баве изучавањем понашања и животних стилова који утичу на здравље. Општи фокус поглавља је на анализи заступљености одређених стилова живота или понашања који имају позитиван или негативан утицај на стање здравља. Пожељни животни стилови су главни потенцијални извор побољшања здравља становништва. За актере јавног здравља у промоцији здравља неопходно је редовно мерење учесталости и образаца специфичних понашања у вези са здрављем и њихових трендова на нивоу целокупне популације и у специфичним групама становништва. Такво мерење је неопходно за процену делотворности програма и политика усмерених ка унапређењу здравља становништва, као и за планирање интервенција које су у складу са потребама становништва Србије.

Ухрањеност

Потхрањеност и прекомерна ухрањеност и са њима повезане незаразне болести представљају не само здравствено, већ и економско и социјално оптерећење за појединце, породице, заједницу и друштво у целини.³⁴ Прекомерна ухрањеност одражава се на очекивано трајање³⁵ и квалитет живота³⁶ и повезана је са повећаним ризиком оболевања од водећих незаразних болести као што су дијабетес тип 2, болести срца и крвних судова

³⁴ WHO Regional Office Europe. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020 Available at https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf

³⁵ Grover SA, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau DC, Lowensteyn I. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(2):114-22.

³⁶ Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27:139-146.

и малигне болести^{37,38}, а пораст прекомерно ухрањених особа све је значајније јавно здравствено питање. Само у претходне две деценије, преваленција гојазности у Европи је троструко увећана. У 2016. години проценат прекомерно ухрањеног становништва старијег од 18 година је у свету износио 39%.³⁹

Процена степена ухрањености у оквиру истраживања урађена је на основу индекса телесне масе (ИТМ; BMI – енгл. скр. *Body Mass Index*) који се дефинише као телесна тежина особе у килограмима подељена са квадратом телесне висине у метрима (kg/m^2). Иако ИТМ није дијагностичко средство, сматра се веома корисним индексом за процену ухрањености на популационом нивоу. Према дефиницији Светске здравствене организације, нормално ухрањеним се сматрају особе чији се ИТМ налази у опсегу од 18,5 до 24,9 kg/m^2 , вредности ИТМ испод 18,5 kg/m^2 указују на потхрањеност, а вредности од 25 kg/m^2 и више указују на прекомерну ухрањеност и то предгојазност уколико је ИТМ од 25 до 29,9 kg/m^2 и гојазност када ИТМ износи 30 kg/m^2 или више.⁴⁰

У Србији је 2019. године, на основу измерене вредности ИТМ, било 40,5% нормално ухрањеног становништва узраста 15 и више година, док је више од половине (57,1%) било прекомерно ухрањено, односно предгојазно (36,3%) и гојазно (20,8%) (Графикон 14).

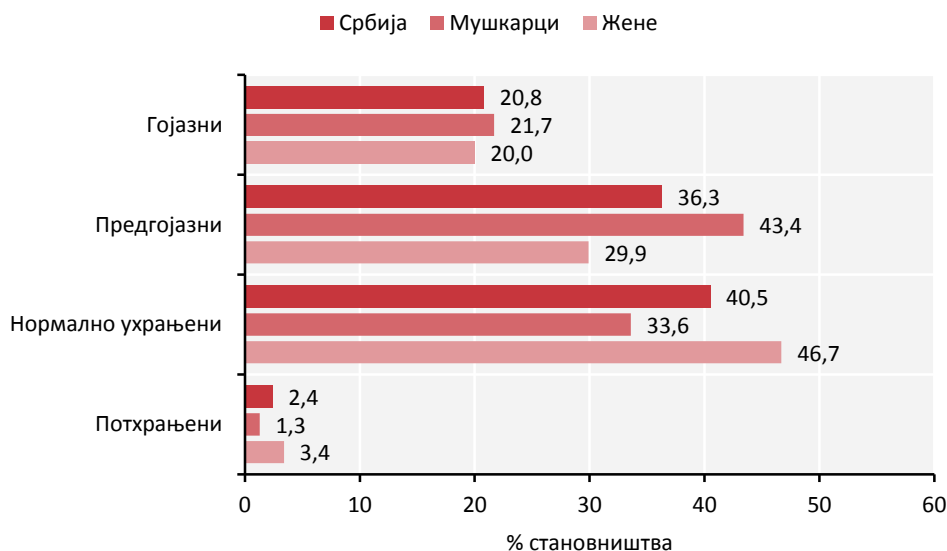
³⁷ Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2009;9:88.

³⁸ Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K; International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med. 2016;375(8):794-8.

³⁹ World Health Organization. Obesity and overweight – Key Facts. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

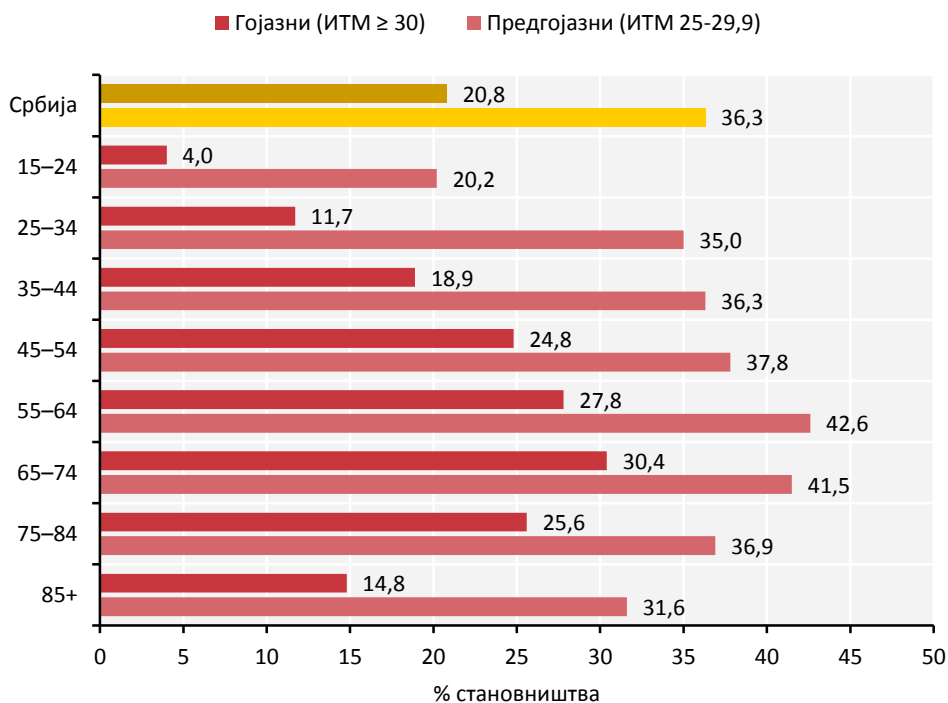
⁴⁰ World Health Organization. Body Mass Index – BMI. Available at <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Графикон 14. Становништво узраста 15 и више година према категоријама ухрањености и полу



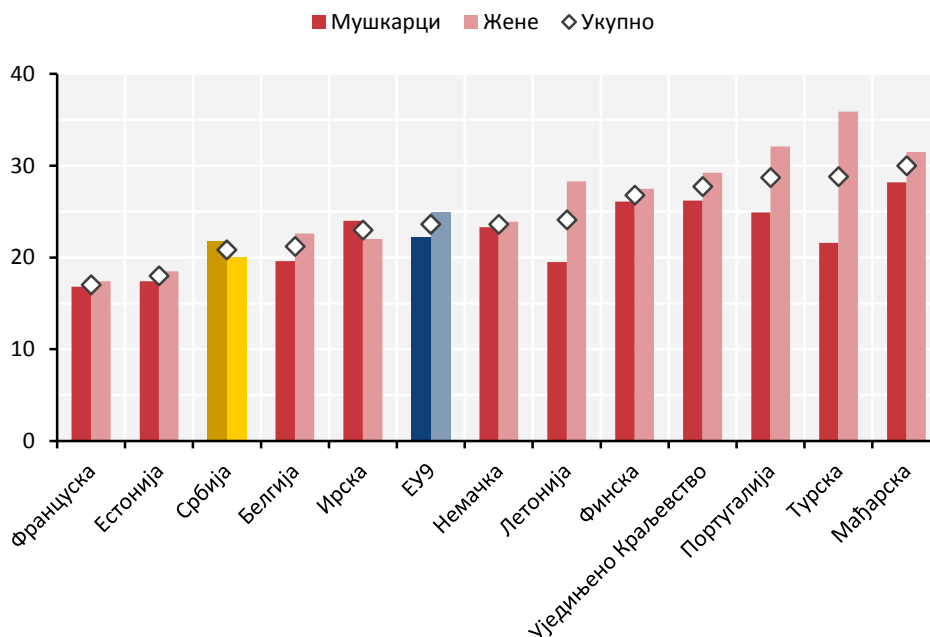
Значајно већи проценат гојазних забележен је код становника Војводине (25,4%) и Јужне и Источне Србије (23,1%), у свим добним групама од 45 до 84 године (Графикон 15), међу сиромашном популацијом (25,7%), најмање образованом (26,6%), као и оном која живи у ванградским насељима (23,6%). За разлику од гојазности која је код оба пола била приближно исто распрострањена (мушкарци 21,7%, жене 20,0%), предгојазност је била чешћа код мушкараца (43,4%), него код жена (29,9%).

Графикон 15. Прекомерно ухрањено (предгојазно и гојазно) становништво према узрасним групама



Проценат гојазних становника у 2019. години се незнатно разликује у односу на 2013. годину (21,2%), али је значајно већи у односу на 2006. годину (17,3%). Проценат гојазних становника у 2019. години у Србији према полу у односу на земље ЕУ приказан је на Графикону 16.

Графикон 16. Гојазно становништво, Србија (2019) и и изабране земље⁴¹ (2018. година или последња расположива)



Исхрана

Правилна исхрана обезбеђује унос оптималне мешавине свих хранљивих материја неопходних за добро здравље и, између осталог, подразумева свакодневан избалансиран унос свих врста намирница подељен у више obroka током дана (доручак, ручак, вечера и две ужине). Поред избора намирница, значајна је и учесталост њиховог уноса тј. obroka као и начин припремања хране. Енергетски унос треба да буде у складу са енергетском потрошњом. Неправилна исхрана спада у водеће факторе ризика за бројна

⁴¹ OECD Health Statistics 2020

обољења као што су шећерна болест, болести срца и крвних судова, малигне болести и орална обољења.^{42,43}

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

У Србији је у 2019. години навику да свакодневно доручкује имало 83,8% становника Србије. Значајно чешће су свакодневно доручковали старији од 65 година (89,3%) и становници Шумадије и Западне Србије (90,5%). Свакодневни доручак је у најмањем проценту заступљен код становника Војводине (73,9%).

Бар једну шољу млека и/или млечних производа свакодневно је конзумирало 41,8% становника што је значајно мање у односу на 2013. годину када је то чинило 51,7%. Најпеђе су то чинили најсиромашнији (35,9%), испитаници основног и нижег степена образовања (38,0%) и становници ванградских насеља (36,8%).

У Србији је у 2019. години свакодневно користило хлеб у исхрани 86,2% становника, значајно чешће мушкарци (89,4%), старији од 65 година (90,4%), становници Јужне и Источне Србије Србије (93,0%), најсиромашнији (89,2%) и најнижег степена образовања (89,9%).

Коришћење животињских масти за припремање оброка повећано је у 2019. години (39,2%) у односу на 2013. и 2006. годину (25,9%, односно 33,6%). Према резултатима Истраживања, животињске масти за припрему хране највише су коришћене у Војводини (51,3%), а најмање у Београду (26,4%) и значајно чешће у ванградским (53,9%) у односу на градска насеља (29,7%). Заступљеност ове навике је опадала са порастом степена образовања и прихода домаћинства, тако да је била најприсутнија код ниже образованог (46,2%) и сиромашног становништва (43,7%).

У Србији 2019. године је сваки једанаести становник изјавио да досољава храну пре него што је проба (9,5%), при чему се ова навика није значајно променила у односу на податке из Истраживања 2013. и 2006. године.

⁴² World Health Organization. Healthy diet – Key facts. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

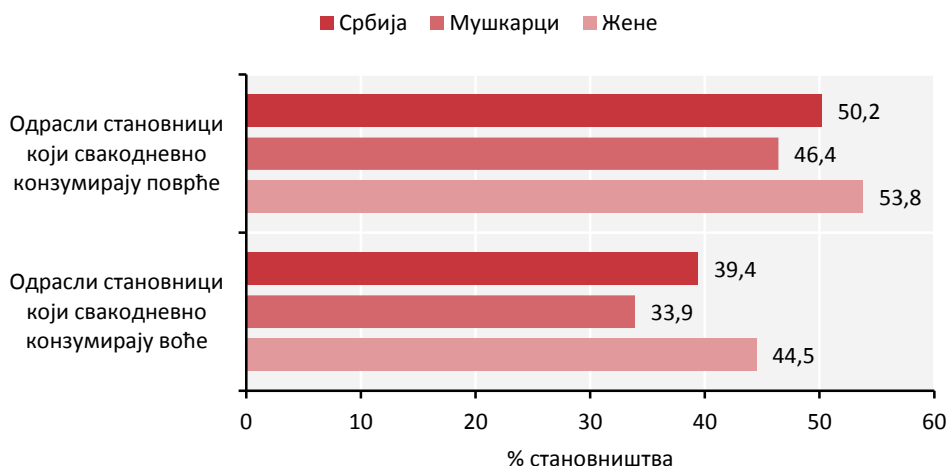
⁴³ Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003

Најмање четири пута недељно рибу је јело 6,6% становништва Србије, једном до три пута недељно је то чинило 33,3%, док 6,0% према сопственом исказу никада не једе рибу. У већем проценту то су чинили становници градских насеља, вишег и високог образовања, а употреба рибе расла је и са порастом прихода домаћинства.

Воће (свеже, смрзнуто, конзервирано, сушено, изузимајући свеже цеђене сокове) свакодневно је конзумирало 39,4% становника Србије. У најмањем проценту су свакодневно јели воће становници Шумадије и Западне Србије (27,8%) наспрот становницима Београда (51,5%). Такође, жене су чешће свакодневно конзумирале воће (44,5%), као и најобразованији (50,1%) (Графикони 17 и 18).

Поврће или салату (свеже, смрзнуто, сушено, конзервирано, изузимајући сокове од поврћа и супе) је у 2019. години свакодневно конзумирало 50,2% становника Србије. Значајно чешће су то чинили становници Београда (57,3%) у односу на становнике Шумадије и Западне Србије (41,7%). И у овом случају жене су показале здравије навике, јер чешће (53,8%) свакодневно конзумирају поврће у односу на мушкарце (46,4%). Такође се запажа да је употреба поврћа и воћа заступљенија код становништва вишег образовања (58,0%) и бољег материјалног статуса (58,9%) (Графикони 17 и 18).

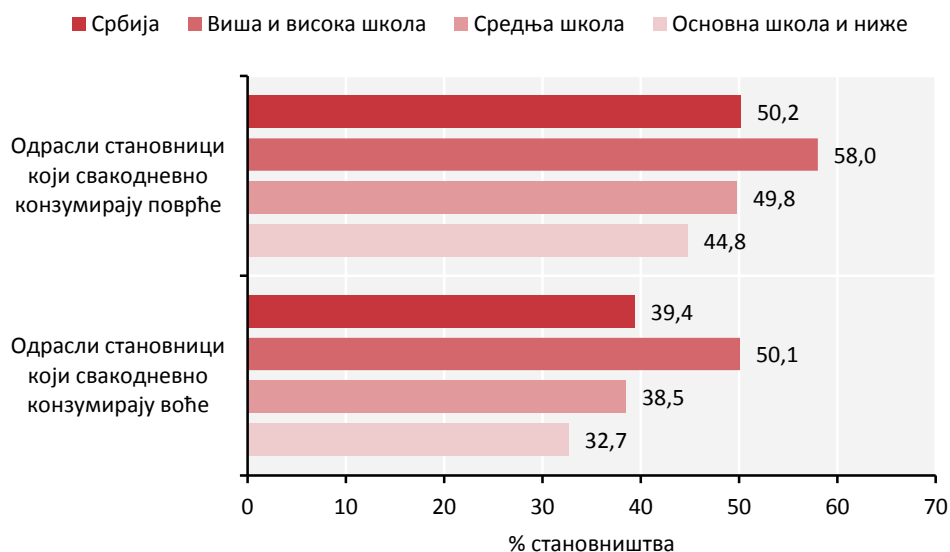
Графикон 17. Проценат становништва које свакодневно конзумира поврће и воће према полу



Сокове од 100% чистог воћа или поврћа, искључујући сокове направљене од концентрата или заслађене сокове, свакодневно је конзумирало 5,4% становника Србије. Слатка безалкохолна пића свакодневно је конзумирало 9,3% становника. Становници Београда, жене, најобразованији и најимућнији су свакодневно више конзумирали сокове од 100% чистог воћа или поврћа, а мање слатка безалкохолна пића. Слатка безалкохолна пића су свакодневно у највећем проценту користили становници узраста 15 до 24. године (18,7%).

Према подацима из 2017. године, 64,0% становника ЕУ(28) је свакодневно конзумирало воће, а 63,6% становника поврће.⁴⁴ У оба случаја проценат становништва је већи, посебно код конзумације воћа, од забележеног у Србији 2019. године.

Графикон 18. Проценат становништва које свакодневно конзумира поврће и воће према степену образовања



⁴⁴ Eurostat [database on the Internet]. European Core Health Indicators (ECHI): European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en

Физичка активност

Концепт физичке активности подразумева свако кретање тела које доводи до потрошње енергије и укључује активности у слободно време, као и физичке активности у току обављања послова у кући и на послу.⁴⁵ Физичка неактивност спада у водеће факторе ризика за хроничне незаразне болести, а особе које су недовољно физички активне имају 20–30% већи ризик од превремене смрти у поређењу са особама које су физички активне. Физичка активност доприноси бољем здрављу и смањује ризик од прекомерне ухрањености, хроничних незаразних болести као што су рак дојке и рак дебелог црева, болести срца и крвних судова, дијабетес и има позитивне ефекте на ментално здравље и квалитет живота. У свету једна од четири одрасле особе и три од четири младе особе узраста од 11 до 17 година нису довољно физички активне на основу препорука Светске здравствене организације, којима се за одрасле особе препоручује најмање 150 минута недељно физичке активности умереног интензитета (укупно током плаћеног или неплаћеног посла укључујући и рад у кући, шетњу, вожњу бицикла и неког вида рекреације укључујући и спортске активности), а за адолесценте 60 минута умерене или интензивне физичке активности дневно. Физичка неактивност је двоструко заступљенија у земљама високог прихода у поређењу са земљама ниског прихода.^{46,47}

Истраживање здравља омогућава процену физичке активности повезане са радним активностима, превозом/кретањем до посла и ону која се обавља у слободно време.

У 2019. години, највећи проценат становника Србије (46,3%) је у току својих радних активности (које обухватају плаћени и неплаћени посао, рад у кући или око куће, бригу о породици, студирање или учење) био изложен умереном физичком напору (који подразумева углавном активности које укључују умерен физички напор или ходање). У току својих радних активности 41,1% становника Србије је било изложено лакој физичком напору (који подразумева углавном седење или стајање) (Графикон 19). Тешком физичком напору (који подразумева врло тежак рад или физички захтевне активности)

⁴⁵ WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.

⁴⁶ World Health Organisation. Key facts - Physical activity. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

⁴⁷ Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

било је изложено 9,8% становника, док 2,9% становника није обављало никакву радну активност.

Значајно више становника је углавном седело или стајало током радних активности у Београдском региону (54,9%), чешће жене (45,6%), као и становници вишег образовања (57,7%), најимућнији (51,8%) и становници градских насеља (47,1%).

Обављање физичке активности која није везана за радне активности, у трајању од 10 минута у континуитету, бар једном недељно, у Истраживању 2019. пријавило је 93,8% становника Србије (ходање приликом одласка до и повратка са неког места 93,2%, вожњу бицикла приликом одласка до и повратка са неког места 23,2%, фитнес, спорт или рекреацију 13,8% и интензивну физичку активност намењену јачању мишића 7,2%).

У Србији је у 2019. години свакодневно ходало у континуитету бар 10 минута 75,2% становника. Свакодневна вожња бицикла у трајању од најмање 10 минута је била заступљена код 9,0% становника, и то значајно више у Војводини (23,5%) у односу на становнике других географских области, где се тај проценат кретао од 1,8% у Београду до 6,2% у Јужној и Источној Србији. Фитнесом, спортом или рекреацијом бар 10 минута најмање три пута недељно бавило се 8,8% становника Србије. Навика бављења спортом и рекреацијом је заступљенија код мушкараца (11,0% се рекреира бар три пута недељно), него код жена (6,9%).

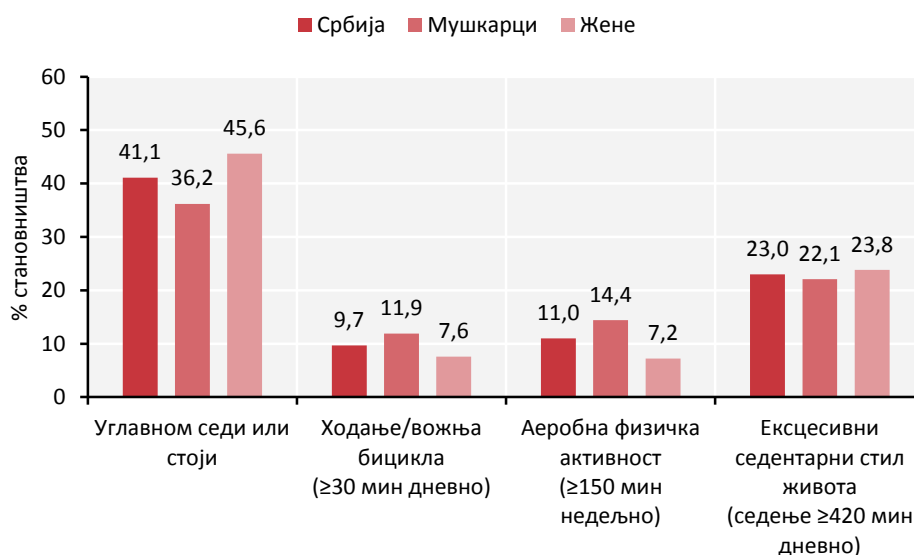
Просечно недељно време које становници Србије проведу приликом одласка до и повратка са неког места је износило 75 минута (у ходању 65 минута и вожњи бицикла 10 минута). Метаболички еквивалент (MET) потрошњи кисеоника током физичке активности која се односи на одлазак до и повратак са неког места износио је у просеку 274 MET минута недељно (за ходање 213 и за вожњу бицикла 61 MET минут недељно).

Бар 30 минута дневно у ходању или вожњи бицикла провело је 9,7% становника Србије (Графикон 19), значајно више мушкарци (11,9%), а најмање у Београдском региону (6,8%).

У извођењу аеробне физичке активности (која укључује фитнес, спорт, рекреацију или вожњу бицикла), барем 150 минута недељно, провело је 11,0% становника Србије старости од 18 до 64 године (Графикон 19), значајно више мушкарци (14,4%) и у Београдском региону (19,7%). Интензивним физичким активностима намењеним јачању мишића најмање два пута недељно се у

2019. години бавило 7,5% становника старости 18 до 64 године. Проценат становника Србије у 2019. години који испуњава препоруке Светске здравствене организације за извођење физичке активности која утиче на побољшање здравља (а која није везана за радне активности) је 4,4% – значајно више мушкарци (6,7%), у Београдском региону (7,1%), најобразованији (6,9%) и највиших прихода домаћинства (8,7%). Овај проценат се смањује линеарно са старошћу (11,2% у узрасној групи од 18 до 24, 0,6% у узрасној групи од 55 до 64).

Графикон 19. Становништво Србије према физичкој активности



У 2019. години, скоро две трећине (64,6%) становништва Србије старости од 18 до 64 године испуњава препоруке Светске здравствене организације за извођење физичке активности која утиче на побољшање здравља, која подразумева аеробну физичку активност која није везана за радне активности или бар умерену радну активност.

Становници Србије старости 15 година и више у просеку су седели 4,7 сати током типичног дана, највише становници Београдског региона (5,8 сати), градских насеља (5 сати), особе узраста 75 и више година (6,1 сати), као и они са вишим и високим образовањем (5,5 сати). Експесивном седентарном стилу живота (седење 420 и више минута током уобичајеног дана) је било изложено

23,0% становништва Србије старости 15 година и више (Графикон 19), значајно више у Београдском региону (34,9%), најмлађи (28,3%) и старији од 75 година (35,1%), становници градских насеља (26,2%), са највишим приходима (30,2%) и најобразованији (32,2%).

Пушење

Изложеност дуванском диму повезана је са осам милиона превремених смртних случајева у свету годишње.⁴⁸ У Србији, због коришћења дувана годишње преверемено умре 15.000 људи.⁴⁹ Употреба дувана повезана је са повећаним ризиком оболевања и умирања од болести органа за дисање, болести срца и крвних судова, бројних малигних и других обољења.⁵⁰ Зависност од дувана је призната као болест у Међународној класификацији болести СЗО (МКБ 10). Контрола дувана довела је до смањења учесталости пушења у многим земљама, али упркос томе у свету и даље пуши сваки пети (21%) одрасли становник.⁵¹ У претходним годинама, на тржишту су се појавили и нови дувански и никотински производи чија популарност расте. Загревани дувански производи и електронске цигарете, представљају нови изазов у глобалним напорима за заштиту становништва од последица употребе дувана и изложености дуванском диму.

У Србији је употреба дувана већ дуги низ година један од најзаступљенијих фактора ризика по здравље, што потврђују и резултати Истраживања из 2019. године.

Истраживање 2019. године је показало да је распрострањеност навике пушења дуванских производа, укључујући и загреване дуванске производе (свакодневно или повремено) у популацији узраста 15 и више година износила 31,9%. Цигарете, цигаре или дуван за лулу (свакодневно или повремено) је

⁴⁸ WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. World Health Organization: Geneva; 2019.

⁴⁹ Kilibarda B, Mitov Scekcic S, Stankovic L, Vitrai J, Bojovic A, Pusztai Z, Mauer-Stender K. Smoking-attributable number of deaths in Serbia. Abstract book ECTOH Berlin, 2020.

⁵⁰ WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. World Health Organization: Geneva; 2008.

⁵¹ Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2017. 389(10082): p. 1885-1906.

користило 30,5% становника. Цигарете је пушило 24,8% (свакодневно или повремено), цигаре 6,6%, загреване дуванске производе 0,7%, наргиле/шише 0,5%, дуван за лулу 0,3% и друге дуванске производе 0,2%. Електронске цигарете или сличне електронске уређаје (свакодневно или повремено) је користило 3,3% становника.

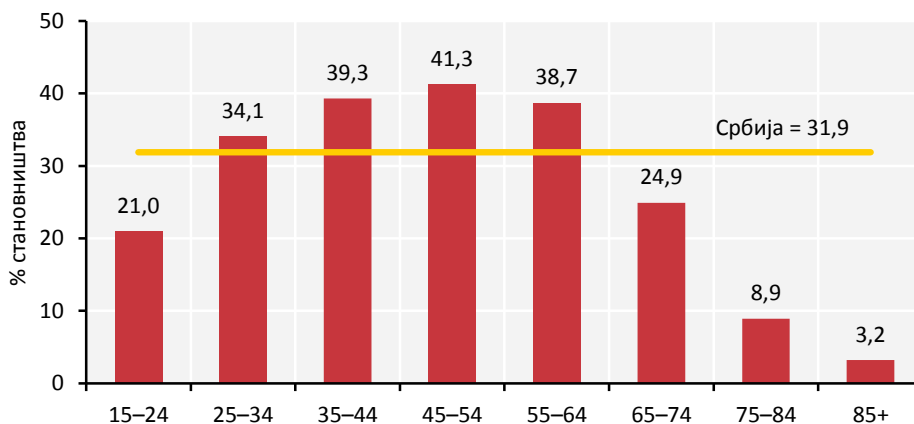
Као и до сада, већи проценат пушача дуванских производа је забележен код мушкараца (33,9%), него код жена (30,1%) (Табела 6). У погледу географске распрострањености, регион Шумадије и Западне Србије се истиче по мањем проценту свакодневних пушача (23,9%), док је у Војводини и Јужној и Источној Србији већи проценат пушача који припадају узрасној групи од 15 до 19 година (21,4%, односно 17,5%).

Табела 6. Учесталост пушења дуванских производа (свакодневно или повремено) становништва према полу и узрасту

	Пушење 15+	Пушење 15-19	Пушење 20+	Пушење 18-64
Женски пол, %	30,1	12,9	31,1	35,1
Мушки пол, %	33,9	16,1	35,0	38,8
Србија, %	31,9	14,4	32,9	36,9

Највећи проценат пушача дуванских производа је био у старосној групи од 45 до 54 године (41,3%) (Графикон 20). У популацији младих старости од 15 до 19 година сваки седми (14,4%) је изјавио да конзумира неки од дуванских производа. Такође, тај проценат је већи (35,5%) у популацији са најнижим примањима домаћинства.

Графикон 20. Учесталост пушења дуванских производа (свакодневно или повремено) према узрасним групама



Свакодневно је пушио дуванске производе сваки четврти становник Србије (27,1%). Свакодневних пушача цигарета је било 26,5%, а 15,8% је пушило 20 и више цигарета дневно (Табела 7).

Табела 7. Учесталост свакодневног пушења према полу

	Свакодневни пушачи 15+	Свакодневни пушачи цигарета 15+	Свакодневни пушачи који пуше 20 и више цигарета на дан
Женски пол, %	25,3	24,7	12,3
Мушки пол, %	29,2	28,6	19,7
Србија, %	27,1	26,5	15,8

Проценат свакодневних пушача цигарета, цигара или дувана за лулу 2019. је мањи у поређењу са 2013. годином. Учесталост свакодневног пушења цигарета, цигара или дувана за лулу по полу и током периода истраживања приказана је у Табели 8.

Табела 8. Учесталост свакодневног пушења цигарета, цигара или дувана за лулу према полу и години истраживања

	2000. (20+)	2006. (20+)	2013. (15+)	2019. (15+)
Женски пол, %	26,1	22,6	26,0	25,0
Мушки пол, %	40,6	30,7	32,6	29,4
Србија, %	33,0	26,2	29,2	27,1

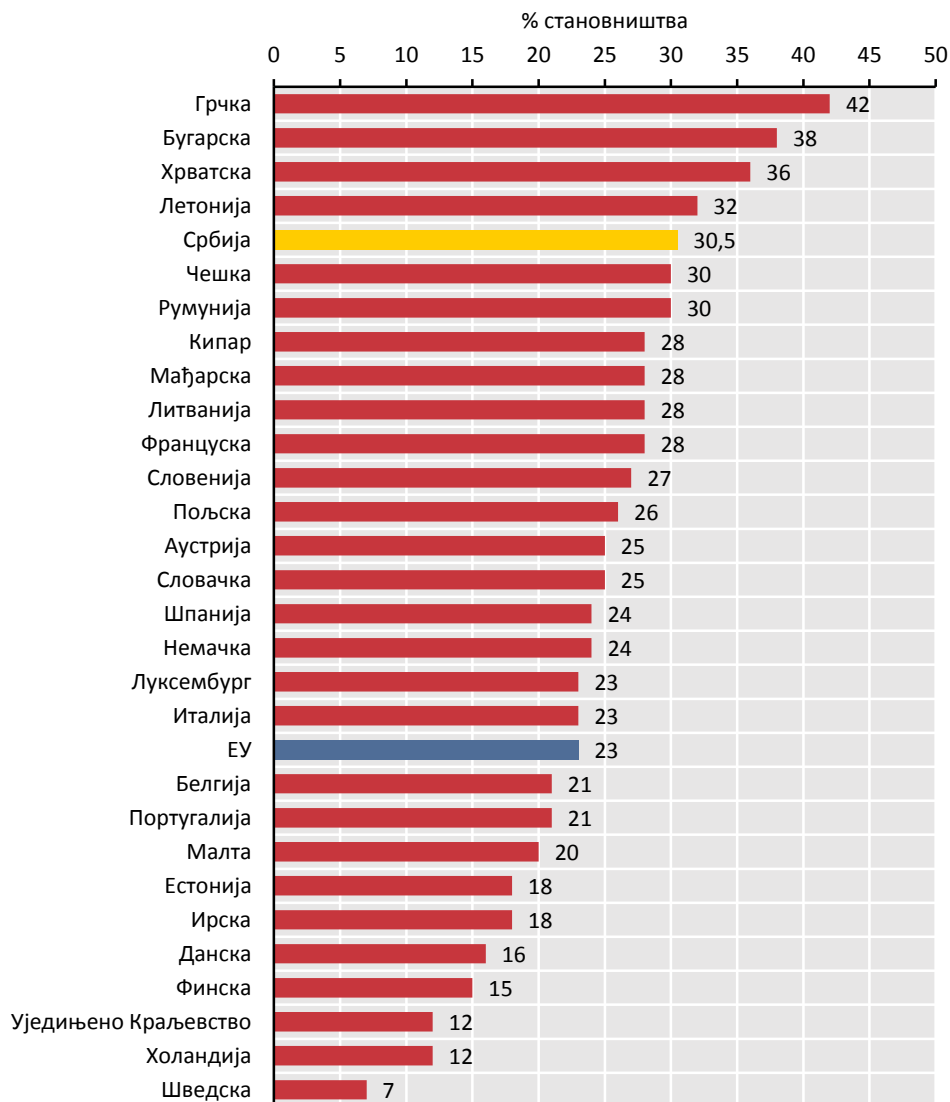
Проценат пушача (свакодневних или повремених) цигарета, цигара или дувана за лулу међу становништвом у Србији је изнад просека земаља ЕУ (Графикон 21).

Обзиром да изложеност дуванском диму изазива штетне последице и код непушача и да не постоји безбедан ниво изложености дуванском диму, у Републици Србији је 2010. године донет Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму. Овим Законом се уређују мере ограничења употребе дуванских производа ради заштите становништва од изложености дуванском диму, контрола забране пушења и надзор над спровођењем овог закона.⁵²

Резултати Истраживања 2019. године указују на потребу унапређивања законске регулативе и њене имплементације. Ово, између осталог, произилази из налаза да је скоро половина становништва (48,9%) старијег од 15 година била изложена дуванском диму у затвореном простору сваки дан, а скоро исто толико (49,1%) непушача је било забринуто због штетних последица изложености дуванском диму по сопствено здравље.

⁵² Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму, Службени гласник РС, бр. 30/2010

Графикон 21. Проценат пушача (свакодневних или повремених) цигарета, цигара или дувана за лулу, Србија и земље ЕУ,⁵³ 2019. година



⁵³ Special Eurobarometer 506 - Wave EB93.2 - Kantar Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, Report

У години која је претходила Истраживању сваки четврти пушач (24,3%) је покушао да остави пушење, док је сваки други пушач (58,6%) био забринут за сопствено здравље због штетних последица пушења. Саветовање становништва од стране здравствених радника о штетности пушења је једна од значајних мера за сузбијање употребе дувана. Податак да је у Србији у 2019. години 30,1% пушача добило савет од здравственог радника да престане да пуши указује на потребу интензивирања едукације и мотивисања здравствених радника за давање савета о штетности/престанку пушења.

Употреба алкохола

Употреба алкохола представља значајан здравствени, друштвени и економски проблем. Алкохолизам спада у најраспрострањеније болести зависности. Употреба алкохола је чест узрок саобраћајних и других несрећа, насиља, обољења јетре и других хроничних болести, а спада и у водеће факторе ризика за превремену смрт. Повезана је са три милиона смртних случајева годишње у свету, у старосној групи од 15 до 49 година узрок је 10% свих смртних случајева.⁵⁴ Употреба алкохола оставља последице не само на особе које га пију него и на људе из њиховог ужег или ширег окружења.⁵⁵ На развој и настанак болести, као последица употребе алкохола, поред учесталости конзумирања, утиче и количина попијеног алкохола. Посебан ризик представља тзв. ексцесивно пијење, односно конзумирање великих количина алкохола (више од шест алкохолних пића) у једној прилици (*binge drinking*). Проучавање учесталости и образаца употребе алкохола је значајно за планирање и евалуацију имплементираних мера.

Резултати Истраживања су показали да у Србији 50,7% становништва не конзумира алкохол (39,3% није никада пробало алкохол и 11,4% није конзумирало алкохол у претходних 12 месеци). У популацији младих од 15 до 19 година 52,7% није конзумирало алкохол, значајно више девојака (57,2%) него дечака (48,1%).

У години која је претходила Истраживању 49,3% становника је конзумирало алкохол. Свакодневно је пило 3,1% становништва што представља смањење у

⁵⁴ Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁵⁵ Laslett AM, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S, editors. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

односу на 2013. (4,7%) и 2006. годину (3,4%). Становници Јужне и Источне Србије (4,0%), као и Војводине (3,9%), значајно више свакодневно конзумирају алкохол, за разлику од становника Шумадије и Западне Србије код којих је тај проценат најмањи (2,1%). Не изненађује податак да мушкарци у Србији у већем проценту свакодневно пију, чак осам пута више у односу на жене (Табела 9). Такође, навика свакодневног конзумирања алкохола је највише заступљена међу најниже образованим (3,4%) и ванградским становништвом (3,8%).

Табела 9. Употреба алкохола становништва према узрасним групама и полу

Демографско обележје	Становништво које никада није конзумирало алкохол (%)	Становништво које је конзумирало алкохол у претходних 12 месеци (%)	Становништво које свакодневно конзумира алкохол (%)
Старосна група			
15–24	40,3	55,2	0,4
25–34	32,3	58,0	0,6
35–44	35,4	55,1	1,5
45–54	30,7	52,4	3,6
55–64	39,9	40,6	5,5
65–74	45,2	39,0	4,8
75–84	54,8	30,0	6,0
85+	50,4	23,7	7,7
Пол			
Мушки	21,8	65,0	5,7
Женски	55,1	35,2	0,7
Србија	39,3	49,3	3,1

У Истраживању 2019, дефинисани критеријум за ризичну употребу алкохола представљала је просечна дневна количина попијеног алкохола од више од 20 грама етанола за жене и више од 40 грама етанола за мушкарце, док је коришћена вредност количине етанола у стандардном пићу износила 13 грама. Према резултатима Истраживања, ову количину алкохола конзумирало је 1,1% становништва Србије узраста 15 година и више, значајно чешће мушкарци (2,0%), него жене (0,3%).

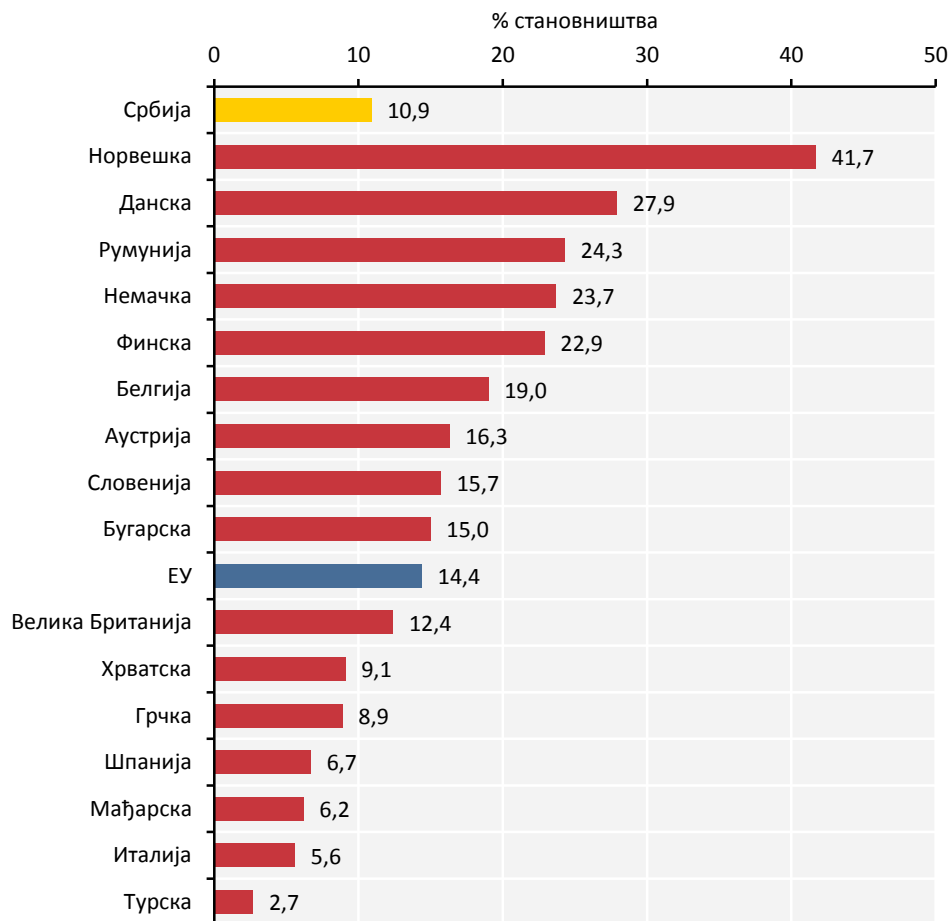
Макар једном у току недеље, у последњих 12 месеци, ексцесивно је пило (више од шест алкохолних пића у једној прилици) 1,7% становништва Србије (3,2% мушкараца и 0,3% жена). Барем једном месечно ексцесивно је пило 18,3% мушкараца и 4,5% жена, односно укупно 10,9% становништва, што је према доступним подацима нижи проценат од просека ЕУ (Графикон 22).

Забрињава податак да је сваки шести (15,1%) адолесцент узраста од 15 до 19 година најмање једном месечно конзумирао више од шест алкохолних пића током једне прилике, без разлике у односу на пол.

За утврђивање учесталости високоризичног и проблематичног пијења примењен је и РАПС4 упитник који обухвата питања која се односе на кајање/осећај гриже савести, амнезију, смањен учинак због употребе алкохола, као и потребу да се дан почне конзумирањем алкохола.⁵⁶ Према РАПС4 тесту, 10,7% конзумента алкохола током претходних 12 месеци (13,2% мушкараца и 6,3% жена) имали су бар један позитиван одговор што указује на могућу зависност од алкохола и неопходност посете лекару.

⁵⁶ Cherpitel CJ. A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen. J Stud Alcohol. 2000;61(3):447-9.

Графикон 22. Проценат становништва које је у последњих 12 месеци најмање једном месечно конзумирало 6 или више пића у току једне прилике, Србија (2019) и изабране земље⁵⁷ (2014)



⁵⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_al3i/default/table?lang=en

Употреба дрога

Злоупотреба и последице злоупотребе психоактивних супстанци погађају све друштвене слојеве у свим земљама света. Злоупотреба дрога има негативне последице по здравље и животе људи, подстиче криминал и прети одрживом развоју. У свету је у 2018. години 5,4% популације старости од 15 до 64 године најмање једанпут користило илегалну дрогу у претходних 12 месеци.⁵⁸

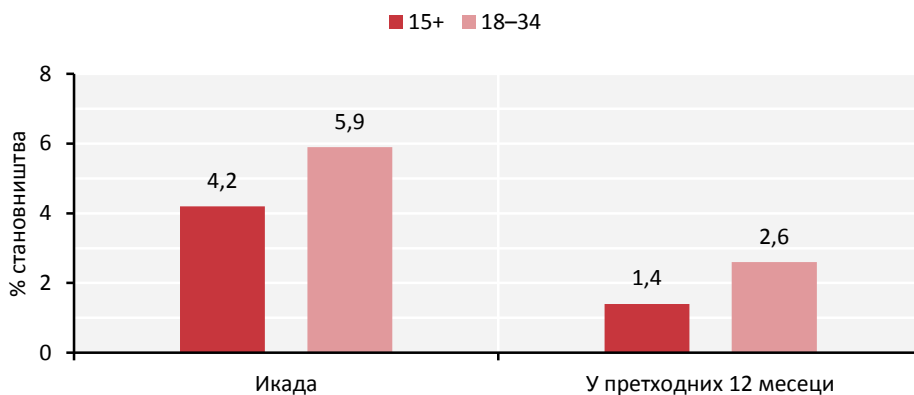
Истраживања о употреби психоактивних супстанци у општој популацији пружају значајне информације о обиму и обрасцима, као и о факторима повезаним са употребом дрога.⁵⁹ Приликом интерпретације, треба имати у виду да се резултати овог истраживања не односе на утврђивање високоризичних образаца употребе дрога који укључују комплексна и често скривена понашања за чију анализу су потребна циљана истраживања.

Према резултатима Истраживања неку од илегалних дрога обухваћених истраживањем (амфетамин/метафетамин, канабис, кокаин, екстази, хероин, лепак или друге испраљиве психоактивне супстанце) икада у животу је користило 4,2% становништва Србије, док је у претходних 12 месеци тај проценат износио 1,4% (Графикон 23). Најчешће коришћена илегална дрога је канабис коју је користило 1,2% становника у претходних годину дана. Употреба осталих илегалних дрога у претходних годину дана је од 0,1% до 0,2% (Табела 10).

⁵⁸ World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6)

⁵⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Available at https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_en

Графикон 23. Употреба илегалних дрога*, икада у животу и у последњих 12 месеци



*било која од следећих дрога: амфетамин/метафетамин, канабис, кокаин, екстази, хероин, лепак или друге испарљиве психоактивне супстанце

Табела 10. Употреба илегалних дрога према врсти дроге и временском оквиру коришћења

Илегална дрога	Икада у животу 15+	У претходних 12 месеци 15+	Икада у животу 18-34	У претходних 12 месеци 18-34
Амфетамини/метафетамин	0,4	0,2	0,7	0,4
Канабис	4,0	1,2	5,6	2,4
Кокаин	0,6	0,2	1,0	0,6
Екстази	0,7	0,2	0,9	0,3
Хероин	0,4	0,1	0,3	0,1
Лепак (испарљиве психоактивне супстанце)	0,3	0,1	0,4	0,2

Употреба канабиса у години која је претходила Истраживању је била значајно чешћа у узрасној групи од 18 до 34 године (2,4%), код мушкараца (1,6%), међу становницима градова (1,5%), становницима вишег и високог образовања (1,8%) и онима који припадају најимућнијим домаћинствима (2,1%).

Сексуално понашање

Ризична сексуална понашања су она која могу имати дуготрајне, нежељене и тешке последице по здравље, а укључују рано ступање у сексуалне односе, непримењивање позуданих метода контрацепције и некоришћење кондома ради заштите од полно преносивих инфекција. Ризично сексуално понашање може довести до нежељене трудноће, развоја сексуално преносивих болести и последица по физичко и ментално здравље. Познавање сексуалности, физиологије репродукције, метода контрацепције, последица намерног прекида трудноће и болести које се преносе сексуалним контактом значајно је за формирање правилних ставова о планирању породице и прихватање одговорности у вези са сексуалним понашањем.^{60,61,62}

Према Истраживању из 2019. године 26,8% младих у Србији узраста од 15 до 19 година је ступило у сексуалне односе, и то више дечака него девојчица (29,5% према 24,5%). У односу на 2013. годину (33,1%) забележено је смањење процента младих узраста од 15 до 19 година који су ступили у сексуалне односе.

Медијана узраста ступања у први сексуални однос међу младима од 15. до 24. године износила је 18 година, док је у Истраживању из 2013. године износила 17 година. Девојке ступају у сексуалне односе нешто касније у односу на младиће (18 према 17 година). На основу резултата Истраживања 2,9% младих је ступило у сексуалне односе пре 15. године живота.

У популацији младих узраста од 15 до 19 година који су у години која је претходила Истраживању имали сексуалне односе са повременим партнером 55,6% је приликом последњег сексуалног односа користило кондом. Дечаци су чешће навели да су користили кондом приликом последњег сексуалног односа са повременим партнером него девојчице (61,0% према 48,2%).

У популацији одраслог становништва узраста 20 и више година употреба кондома са повременим партнером опада са старошћу и била је значајно

⁶⁰ World Health Organization. Sexual health. Available at https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

⁶¹ Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021. Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: World Health Organization; 2016

⁶² Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019;97(8):548-562P.

мање заступљена код становника нижег образовног статуса и нижих прихода домаћинства. У односу на 2013. годину запажа се повећање употребе кондома приликом последњег сексуалног односа са повременим партнером (50,5% према 43,3%).

Анализа показатеља који мере напредак на пољу превенције изложености вирусу хумане имунодефицијенције (HIV) међу особама са вишеструким сексуалним партнерима⁶³ је показала да је у популацији узраста од 15 до 49 година, који су у години која је претходила Истраживању имали сексуалне односе са више партнера, тек нешто више од једне половине (60,6%) приликом последњег сексуалног односа користило кондом. Чешћа употреба кондома приликом последњег сексуалног односа особа старости од 15 до 49 година које су имале више од једног сексуалног партнера регистрована је код младих узраста од 15 до 24 године, код особа са највишим приходом домаћинства и у градовима (Графикон 24).

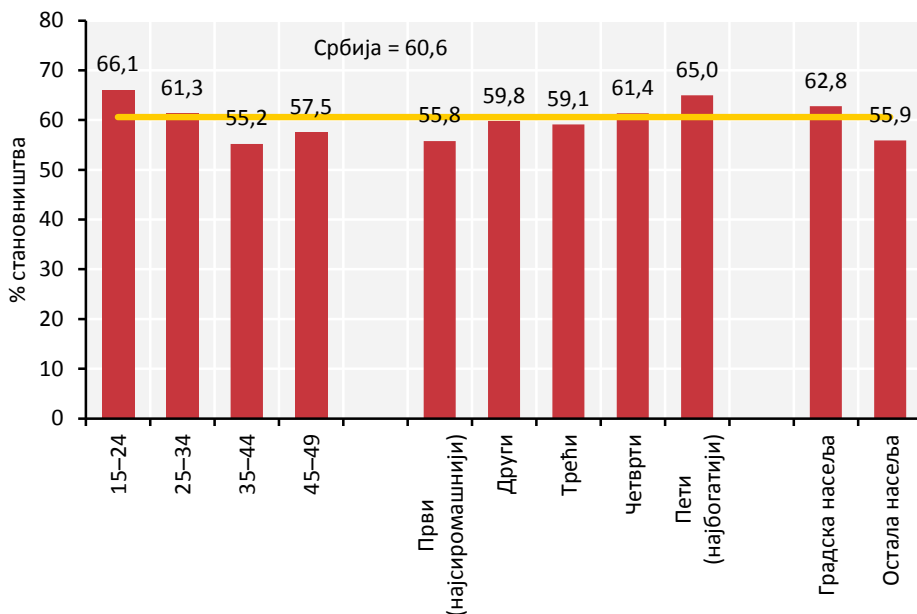
Две петине жена узраста од 15 до 49 година (40,4%) које су биле сексуално активне у посматраном периоду користила је неко од контрацептивних средстава или метода (пилула, интраутерина спирала, хормонска инјекција, хормонски имплантат, дијафрагма, пена или гел, женски или мушки кондом, женска или мушка стерилизација). Контрацепцију су значајно мање користиле жене са нижим образовањем и жене из најсиромашнијих домаћинстава (24,7%, односно 26,3%). У истој добној групи жена које су удате или живе у ванбрачној заједници проценат оних које су користиле контрацептивна средства је мањи и износио је 34,8%.

Непоуздане методе контрацепције (које подразумевају неплодне дане, прекинут однос, пилуле за „дан после“) је користило 17,1% жена узраста од 15 до 49 година. Жене узраста од 15 до 34 године су значајно ређе користиле непоуздане методе контрацепције.

Од укупног броја жена узраста од 15 до 49 година 1,1% је имало намерни прекид трудноће у години која је претходила Истраживању 2019. године (0,9% девојака узраста од 15 до 19 година). Намерни прекид трудноће је у већем проценту био заступљен код жена нижег образовања (2,0%).

⁶³ UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting 2013. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS. Available at http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

Графикон 24. Употреба кондома приликом последњег сексуалног односа (становници узраста од 15 до 49 који су имали више од једног сексуалног партнера у последњих 12 месеци) према узрасним групама, квинтилима прихода домаћинства и типу насеља



ХИВ/АИДС

Синдром стечене имунодефицијенције (СИДА, АИДС) је тешко, по живот опасно, клинички манифестно стање које изазива вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ). Уколико се не дијагностикује правовремено и не лечи, доводи до пада имунитета и неспособности организма да се бори против инфекција и болести. У 2019. години, процењен број особа које живе са ХИВ инфекцијом износио је 38 милиона.⁶⁴ Превенција и контрола ХИВ инфекције и

⁶⁴ World Health Organization. Available at HIV/AIDS Key facts. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

АИДС-а и подршка особама које живе са ХИВ-ом у Републици Србији препознати су као приоритетне активности од јавноздравственог значаја.⁶⁵

За постојање ХИВ-а, односно сиде (АИДС) у Србији је у 2019. години знало 83,3% становника узраста 15 и више година (90,7% у 2013. години и 90,8% у 2006. години) и то значајно више у градским насељима (85,8%) и у популацији млађих од 55 година (88,7%). За постојање ХИВ-а и болести коју овај вирус изазива у највећем проценту су чули становници Војводине (86,9%). Значајно мање су били информисани становници Шумадије и Западне Србије (79,1%), особе са нижим образовањем (70,4%) и они који живе у најсиромашнијим домаћинствима (79,0%).

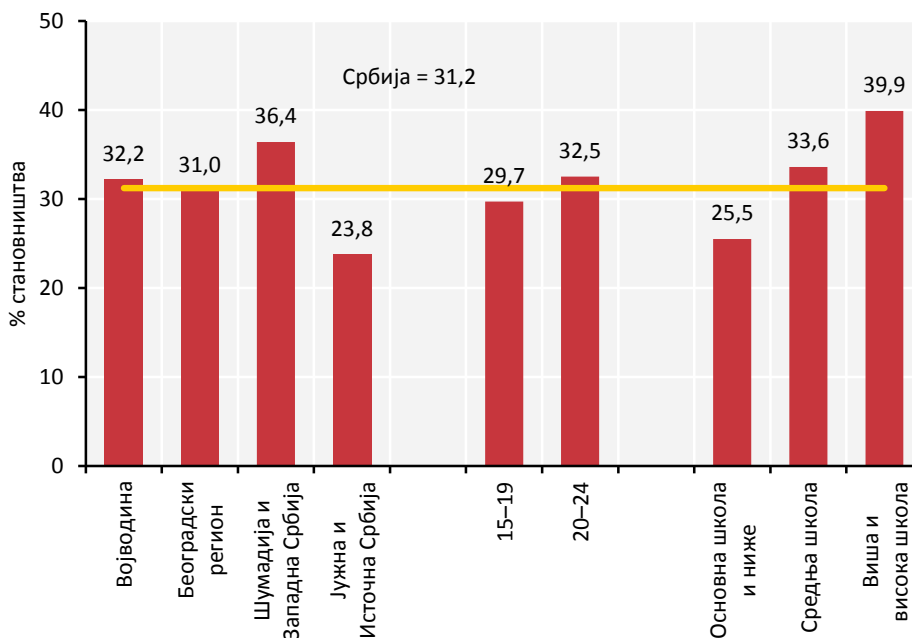
Довољно стеченог знања о ХИВ-у/АИДС-у, тако да су могли правилно да идентификују начине превенције сексуалне трансмисије ХИВ-а и истовремено препознају заблуде у вези са трансмисијом ХИВ-а, имало је 31,2% младих узраста од 15 до 24 године. У значајно мањем проценту довољно знања о ХИВ-у/АИДС-у су имали млади узраста од 15 до 19 година (29,7%), у Јужној и Источној Србији (23,8%), у ванградским насељима (26,1%) и нижег образовања (25,5%) (Графикон 25).

Нешто више од половине становника Србије узраста 15 и више година (58,5%) правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије ХИВ-а, док нешто више од трећине (37,7%) одбацује заблуде у вези са трансмисијом ХИВ-а, односно зна како се ХИВ не може пренети. Значајно већи проценат становника који правилно идентификује начине превенције сексуалне трансмисије ХИВ-а, односно одбацује заблуде у вези са трансмисијом ХИВ-а региструје се у Београду (44,7%), у групи млађих од 55 година, у градовима (37,7%), као и у групи становника са највишим образовањем (49,0%) и најбољег материјалног статуса (44,3%).

Четвртина (27,2%) становника у Србији узраста од 15 до 49 година који су чули за ХИВ и АИДС нема дискриминаторан став према особама инфицираним ХИВ-ом. Значајно мањи степен толеранције према особама инфицираним ХИВ-ом показују становници Шумадије и Западне Србије (20,4%), они који живе у ванградским насељима (21,3%), становници узраста од 15 до 19 година (22,1%), они са нижим образовањем (17,3%) и особе из најсиромашнијих слојева становништва (17,6%).

⁶⁵ Стратегија за превенцију и контролу HIV инфекције и AIDS-а у Републици Србији, 2018–2025. године. Службени гласник РС, број 61 од 8. августа 2018.

Графикон 25. Знање младих узраста од 15 до 24 године о ХИВ-у/АИДС-у према регионима, узрастним групама и степену образовања



Половина становника Србије узраста 20 и више година (47,7%) у 2019. години је знала где се може саветовати и тестирати на ХИВ: тестирало се 8,3%, док су ови показатељи у 2013. години били 50,1% односно 6,9%. Информисаност и број тестираних су значајно мањи у ванградским насељима, код старијих од 55 година, као и код мање образовних и сиромашних слојева друштва, у Шумадији и Западној Србији.

Од укупног броја становника у Србији узраста од 15 до 49 година 2,1% се тестирало на ХИВ током 12 месеци који су претходили Истраживању 2019. године и том приликом су им саопштени резултати тестирања. Значајно мање тестираних је у ванградским насељима (1,1%) и међу особама нижег образовања (0,6%), а значајно више у Војводини (3,2%), међу најимућнијима (3,5%) и у популацији од 25. до 34. године (3,9%).

Анализа различитих показатеља указује да су знање о ХИВ/АИДС-у и ставови према особама инфицираним ХИВ-ом тесно повезани са степеном образовања. Особе са вишим или високим образовањем имају боље знање о

начинима преноса и заштите од ХИВ инфекције, као и позитивнје ставове према особама инфицираним ХИВ-ом.

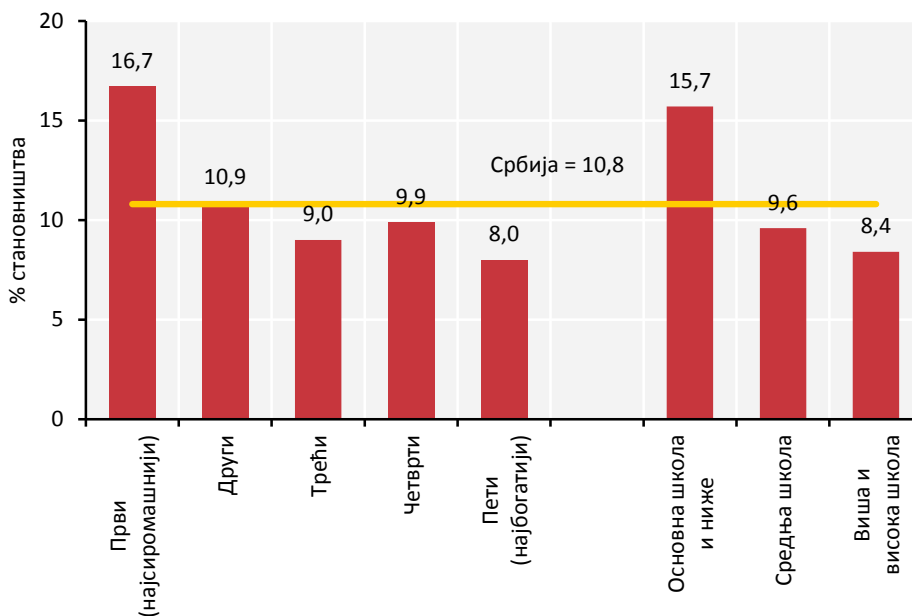
Социјална подршка

Социјална подршка подразумева да је индивидуа збринута, вољена, поштована и вреднована у друштву. Сама по себи представља садејство између индивидуалних фактора и социјалног окружења. То је стратешки концепт, у домену унапређења здравља и у превенцији настанка здравствених проблема.⁶⁶

У Србији је скоро трећина становништва (30,4%) изјавила да има јаку социјалну подршку, нешто више од половине умерену (58,7%), док је сваки девети становник оценио социјалну подршку као слабу (10,8%). Становници нижег нивоа образовања (15,7%), нижих прихода домаћинства (16,7%), који живе у ванградским насељима (11,8%) и старији су у већем проценту оценили социјалну подршку као слабу (15,4%) (Графикон 26).

⁶⁶ European Health Interview Survey (EHIS wave 3) - Methodological manual, Eurostat, 2018.

Графикон 26. Социјална подршка према нивоу образовања и квинтилима прихода домаћинства



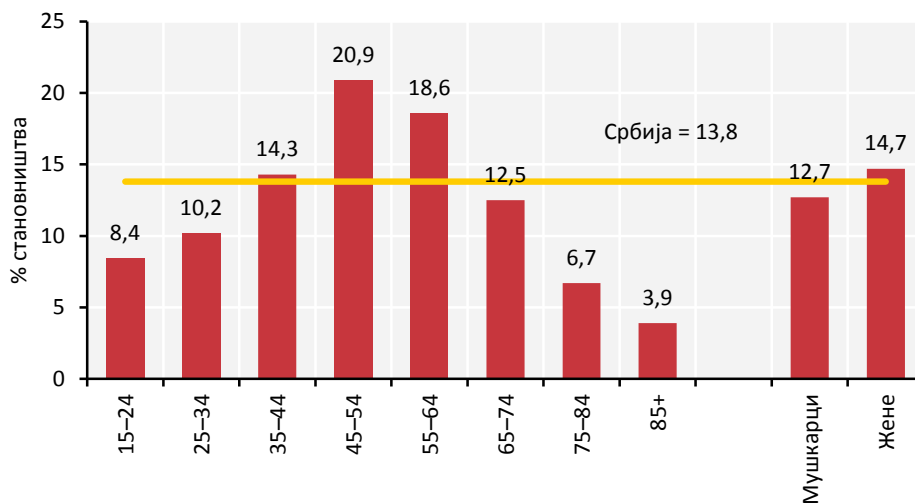
Пружање неформалне неге или помоћи

Неформална нега подразумева вођење бриге о другој, најчешће блиској особи коју без накнаде пружају чланови породице, пријатељи, комшије, а не обучени, лиценцирани здравствени и социјални радници. Неформална нега постаје све значајнија карика у решавању јавноздравствених проблема насталих због демографских промена и значајан део система пружања дуготрајне неге у условима ограничених ресурса здравствене заштите где се фаворизује пружање неге у заједници у односу на институционалну негу када је то могуће.⁶⁷

⁶⁷ Riedel, M., & Kraus, M. (2016). Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *International Journal of Social Welfare*, 25(1): 7-17.

У Србији је скоро сваки седми становник (13,8%) пружао најмање једном недељно неформалну негу или помоћ, најчешће члановима породице (10,1%). Неформалну негу или помоћ су чешће пружале жене (14,7%), становници старости од 45 до 64 године (19,7%), средњег и вишег нивоа образовања (14,7%) (Графикон 27). Највећи број становника је пружао неформалну негу или помоћ до 10 сати недељно (59,7%), 17,7% између 10 и 20 сати и нешто више од петине преко 20 сати недељно (22,5%).

Графикон 27. Пружање неформалне неге или помоћи према узрасним групама и полу



Коришћење здравствене заштите

За процену здравствених потреба становништва и планирање ресурса у систему здравствене заштите неопходне су информације о степену коришћења здравствених услуга на популационом нивоу. Рутинско прикупљање података пружа низ поузданих показатеља о коришћењу здравствене заштите, који нису нужно упоредиви између различитих земаља. Предност прикупљања података у Истраживањима здравља је у 1) обезбеђивању упоредивих података заснованих на идентичном начину прикупљања и 2) омогућавању повезивања података о коришћењу здравствене заштите са здравственим стањем, здравственим детерминантама и социјално-економским карактеристикама становништва. Све наведено омогућава анализу повезаности коришћења здравствене заштите и здравственог статуса, начина живота или социјално-демографских карактеристика, као и повезаности различитих облика здравствене заштите. Ови подаци дозвољавају упоређивање здравствених потреба и коришћења здравствене заштите чиме омогућавају истраживање концепта вертикалне и хоризонталне једнакости у здравственој заштити.

Коришћење ванболничке здравствене заштите

Ванболничка или амбулантна здравствена заштита обухвата здравствене услуге које се пружају пацијентима који нису примљени на болничко лечење. Ове услуге пружају изабрани лекари на примарном нивоу здравствене заштите (доктори опште медицине, педијатри, гинеколози, доктори стоматологије), као и специјалисти на свим нивоима здравствене заштите.

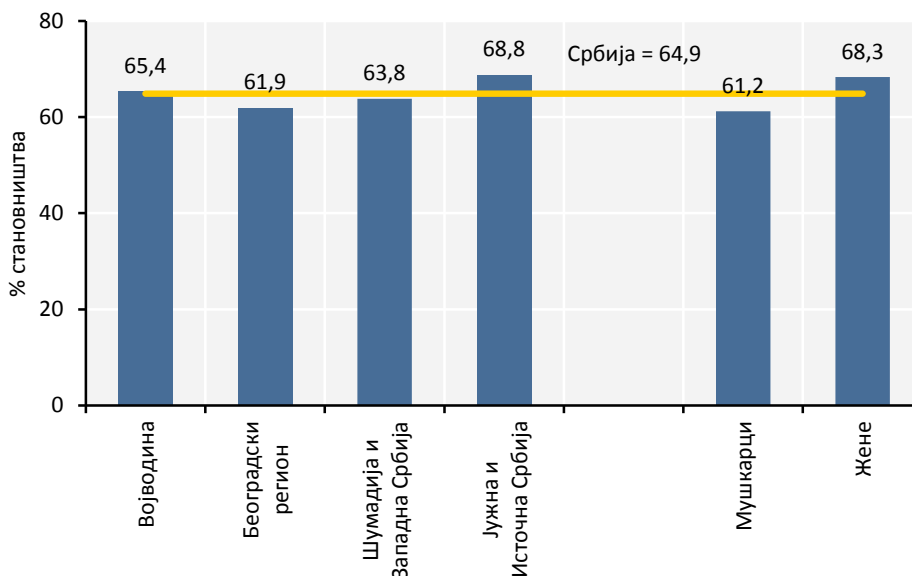
Лекар опште медицине или педијатар (изабрани лекар) је најчешће први здравствени радник са којим се становништво среће када му је потребна здравствена заштита и који спроводи све неопходне мере за решавање здравствених проблема у континуираном лечењу и праћењу пацијената. У здравственом систему који почива на ефикасности, лекар опште медицине има улогу чувара капије који регулише приступ другим деловима система. Доступност здравствене службе на нивоу примарне здравствене заштите је кључни предуслов једнакости у вези са коришћењем здравствене заштите.

Свог лекара опште медицине или педијатра изјаснило се да има 91,1% становника старијих од 15 година, непромењено у односу на 2013. годину када је 91,7% становника имало свог лекара опште медицине или педијатра. Особе женског пола су у значајно већем проценту имале свог лекара опште

медицине или педијатра (93,1%), у односу на особе мушког пола (89,0%). Највећи број становника се изјаснио да има свог лекара или педијатра у државној здравственој установи (89,3%), што је нешто нижи проценат у односу 2013. годину (91,0%). Забрињава податак да скоро сваки осми становник (12,5%) у Региону Јужне и Источне Србије наводи да нема свог лекара у државној здравственој установи. Свог лекара опште медицине или педијатра у приватној пракси се изјаснило да има 5,6% становника, највише у Београду (10,0%), у градским насељима (6,4%), затим у групи више и високо образованих (11,2%) као и у групи најимућнијих (11,0%). Ово је знатно виши проценат него 2013. године када је свог лекара опште праксе или педијатра у приватној пракси имало 2,5% становника.

Нешто мање од две трећине становника Србије (64,9%) је у години која је претходила Истраживању посетило лекара опште медицине или педијатра, значајно више жена него мушкараца (68,3%, односно 61,2%), највише у Јужној и Источној Србији (68,8%), а најмање у Београду (61,9%) (Графикон 28). Просечан број посета лекару опште медицине или педијатру у периоду од четири недеље које су претходиле Истраживању по становнику износио је 0,6 (у државној здравственој установи 0,5, а у приватној пракси 0,1 посета), непромењено у односу на Истраживање 2013. године (0,6).

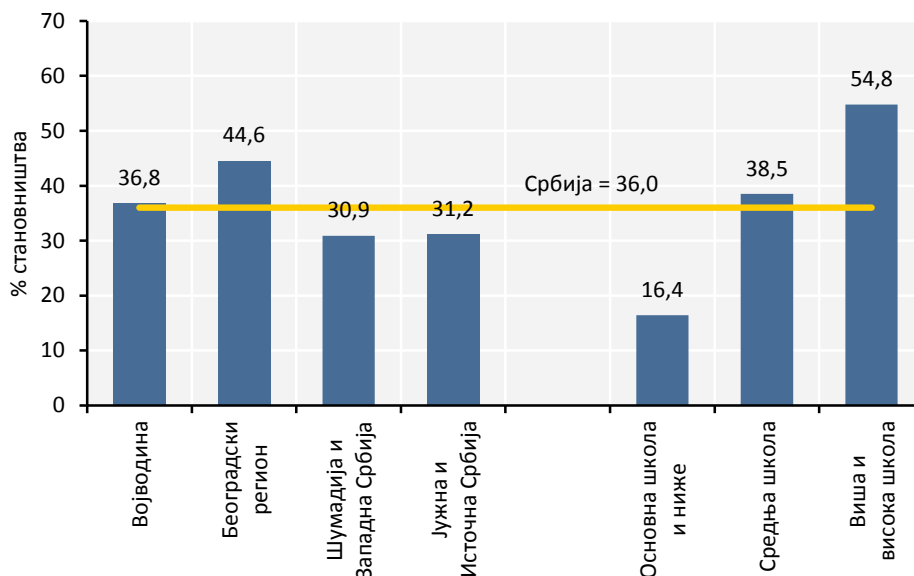
Графикон 28. Проценат становништва које је посетило лекара опште медицине или педијатра у последњих годину дана према регионима и полу



Свог гинеколога се изјаснило да има 69,3% жена (57,7% у државној здравственој установи, а 19,5% у приватној пракси), што је значајно више него 2013. године (60,9%). Значајно више жена има свог гинеколога у Београду (85,2%), у добној групи од 25 до 54 године (више од 80,0%), у групи више и високо образованих (86,3%) и у групи најимућнијих (80,8%).

Трећина жена у Србији (36,0%) је у години која је претходила Истраживању посетила гинеколога, значајно више у Београду (44,6%), градским насељима (39,6%), у групи најобразованијих (54,8%) и најимућнијих (50,2%) (Графикон 29). Овај проценат је нешто виши у односу на 2013. годину (34,9%). Половина (51,0%) жена фертилног доба (15–49 година) је у периоду од годину дана пре Истраживања посетила гинеколога, што је значајно више у односу на 2013. годину (47,5%) и 2006. годину (45,8%). Жене су у Истраживању 2019. године биле значајно млађе при првој посети гинекологу (19,8 година) у односу на 2013. (20,5 година) и 2006. годину (21,3 године).

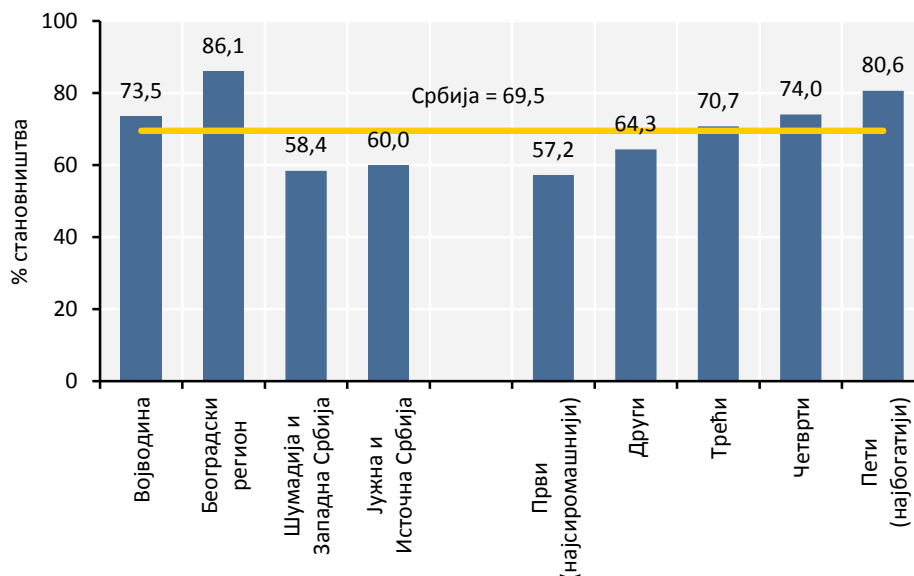
Графикон 29. Проценат жена које су посетиле гинеколога у последњих годину дана према регионима и образовању



Две трећине становника старијих од 15 година (69,5%) се изјаснило да има свог стоматолога (у државној здравственој установи 27,9% становника, а у приватној пракси 45,4%), што је значајно више у односу на 2013. годину (54,2%). Највећи број становника имао је свог стоматолога у Београду (86,1%), градским насељима (75,4%), у групи најобразованијих (86,2%) и најимућнијих (80,6) као и жене (72,2%) (Графикон 30).

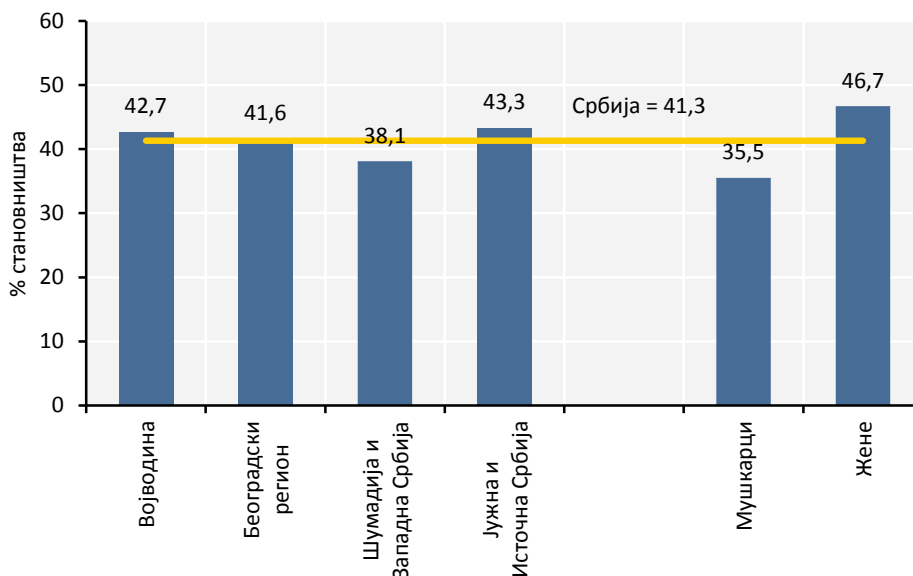
У периоду од 12 месеци који су претходили Истраживању сваки трећи становник (39,4%) је посетио стоматолога, при чему су то више чиниле жене (42,1%), становници градских насеља (43,4%), високообразовани (56,5%) и најимућнији (49,8%).

Графикон 30. Проценат становништва које је имало свог стоматолога према регионима, образовању и квинтилима прихода домаћинства



Лекара специјалисту је у периоду од годину дана који су претходили Истраживању посетило две петине становника Србије (41,3%), док је 2013. године тај проценат био 40,1%. Лекара специјалисту у већем проценту су посећивале жене (46,7%), становници Јужне и Источне Србије (43,3%), старије популационе групе, најобразованији (46,7%) и најимућнији (44,7%) (Графикон 31). У том периоду специјалисту физикалне медицине и рехабилитације посетило је 8,5% становника, док је психолога, психотерапеута или психијатра посетило 4,7% становника. Просечан број посета лекару специјалисти у периоду од четири недеље пре Истраживања по становнику износио је 0,4 од чега 0,3 у државним установама, а 0,1 у приватној пракси, нешто више него 2013. године (0,3).

Графикон 31. Проценат становништва које је посетило лекара специјалисту у последњих годину дана према регионима и полу



У 2019. години 1,9% становника Србије је изјавило да је користило услуге кућне неге и помоћи. Ове услуге највише су, што је и очекивано, користили старији становници (17,7% старијих од 85 година).

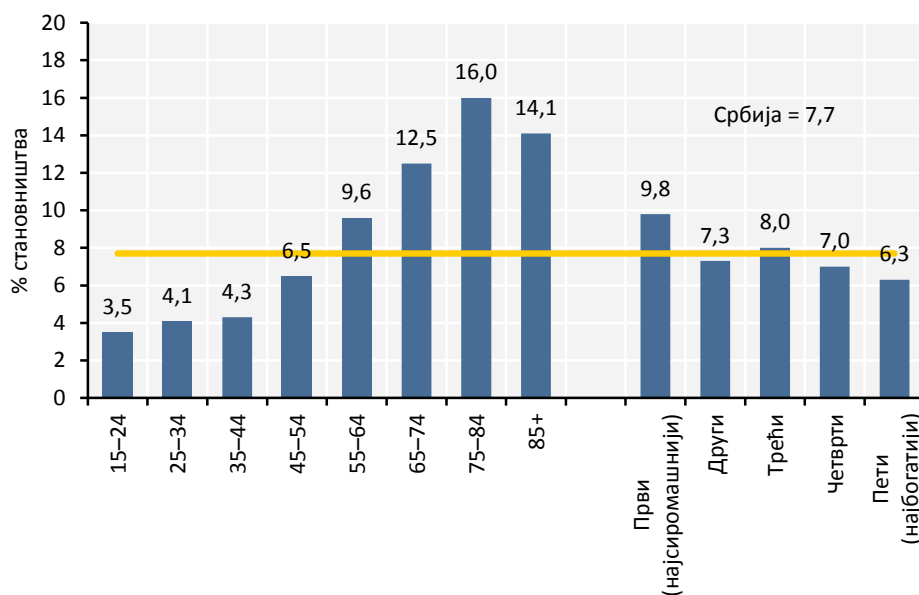
Коришћење болничке здравствене заштите

Болничка здравствена заштита представља интегрални део система здравствене заштите, а услуге које се пружају у болницама спадају у најкомплексније и најскупље здравствене услуге. Унапређење квалитета рада болница је један од приоритета при креирању здравствених политика.

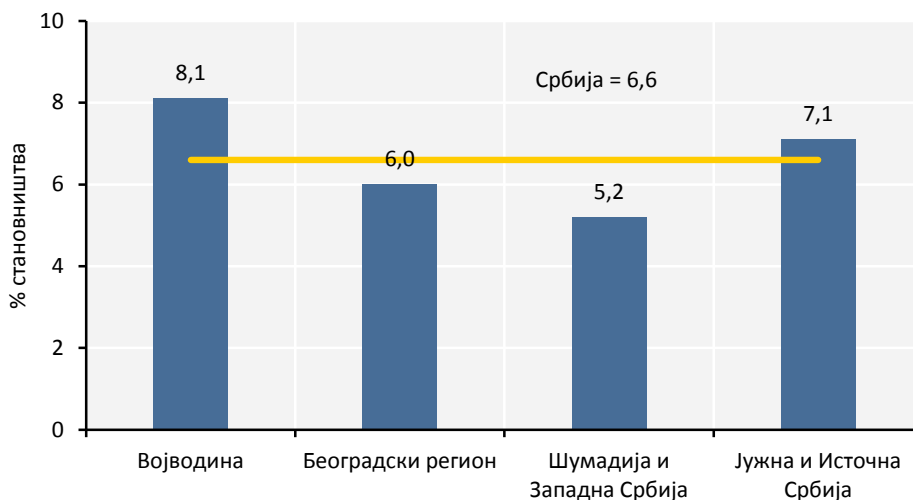
У Истраживању здравља из 2019. године 7,7% становника старијих од 15 година је изјавило да је болнички лечено у претходних 12 месеци, слично резултатима Истраживања из 2013. године (7,8%). Значајно више хоспитализованих било је у старијим добним групама (16,0% у старосној групи од 75 до 84 године), међу становништвом са најнижим степеном образовања (основно и ниже – 10,2%) и најсиромашнијима (9,8%) (Графикон 32).

У години која је претходила Истраживању у дневним болницама лечено је 6,6% становника Србије који су у просеку имали 4 боравака, што је значајно мање у односу на 2013. годину када је, према резултатима Истраживања, у дневним болницама лечено 10,4% становника Србије, са просечно 5 боравака. Значајно већи проценат је забележен у Војводини (8,1%) (Графикон 33), код старијег становништва, посебно у старосној групи 65 година и више (9,9%) и становника са најнижим степеном образовања (8,1%).

Графикон 32. Проценат становништва које је болнички лечено према узрасним групама и квинтилима прихода домаћинства



Графикон 33. Проценат становништва леченог у дневним болницама према регионима

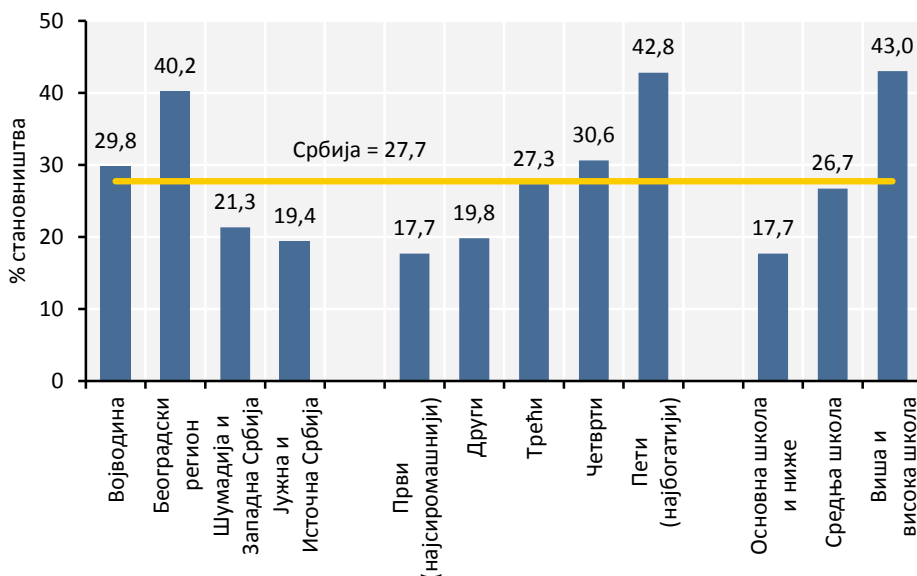


Коришћење приватне праксе

Иако је приватна пракса, према Закону о здравственој заштити, део система здравствене заштите, она још увек није у потпуности укључена у процес обавезног здравствено-статистичког извештавања. Истраживања здравља представљају један од начина добијања података о коришћењу приватне праксе.

Услуге приватне праксе у години која је претходила истраживању користило је 27,7% становника Србије. Приватну праксу су чешће користили становници највишег образовног статуса (43,0%), најимућнији (42,8%), становници Београда (40,2%) и градских насеља (31,9%) (Графикон 34). У претходних 12 месеци најчешће су коришћене услуге приватне праксе стоматолога (16,1%), лабораторијских анализа (15,5%), радиолошке дијагностике (7,0%), интернисте (6,1%), офталмолога (4,4%), а у малом проценту хирурга (0,9%) и психијатра (0,8%).

Графикон 34. Проценат становништва које је користило услуге приватне праксе у последњих годину дана према регионима, образовању и квинтилима прихода домаћинства



У популацији становништва старијег од 19 година бележи се значајан пораст (28,3%) коришћења приватне праксе у односу на 2013. и 2006. годину (15,8% односно 19,4%).

Употреба лекова

Употреба лекова и медицинских средстава је веома порасла у последњих неколико деценија, што такође може бити проблем друштва које стари, и указује на аспекте приступачности, квалитета али и повећања трошкова здравствене заштите.

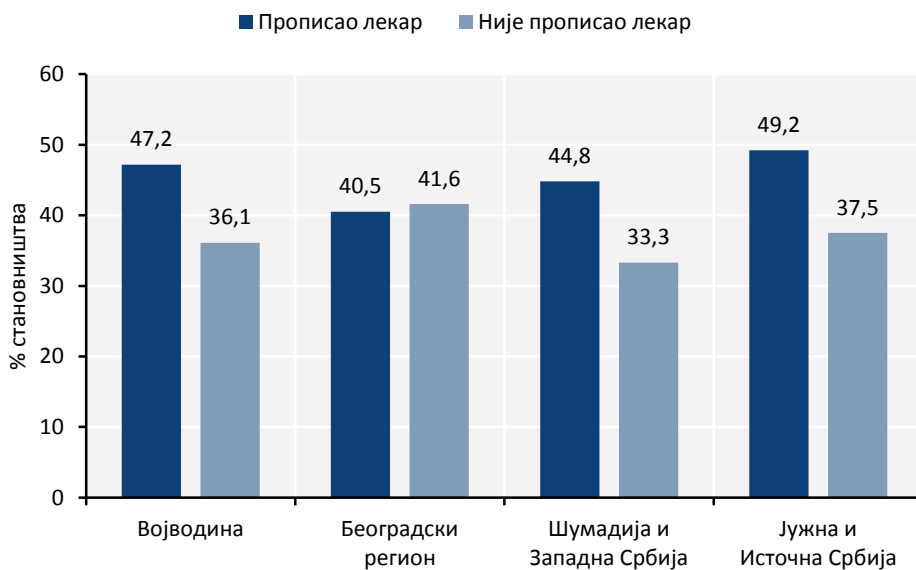
Према резултатима Истраживања спроведеног 2019. године, у Србији је 45,3% становништва користило лекове које им је прописао лекар у претходне две недеље.

Жене су у значајно већем проценту (50,9%) употребљавале прописане лекове у односу на мушкарце (39,2%). Посматрано према географским областима,

највећа употреба прописаних лекова заступљена је у Јужној и Источној Србији (49,2%), становника са нижим степеном образовања (60,8%), из групе најсиромашнијих (48,4%) и ванградских насеља (47,2%) (Графикон 35).

У Србији је у 2019. години 37,0% становништва изјавило да је у периоду од две недеље пре анкетања користило лекове, биљна средства или витамине које им није прописао лекар. Навика узимања лекова непрописаних од стране лекара је била најчешћа у Београдском региону (41,6%), међу женама (43,2%), високообразованим (44,1%) и имућнијим становништвом (44,2%), као и становницима градских насеља (39,6%).

Графикон 35. Проценат становништва које је у претходне две недеље узимало лекове које им је прописао лекар и лекове, биљна средства или витамине које им није прописао лекар по регионима

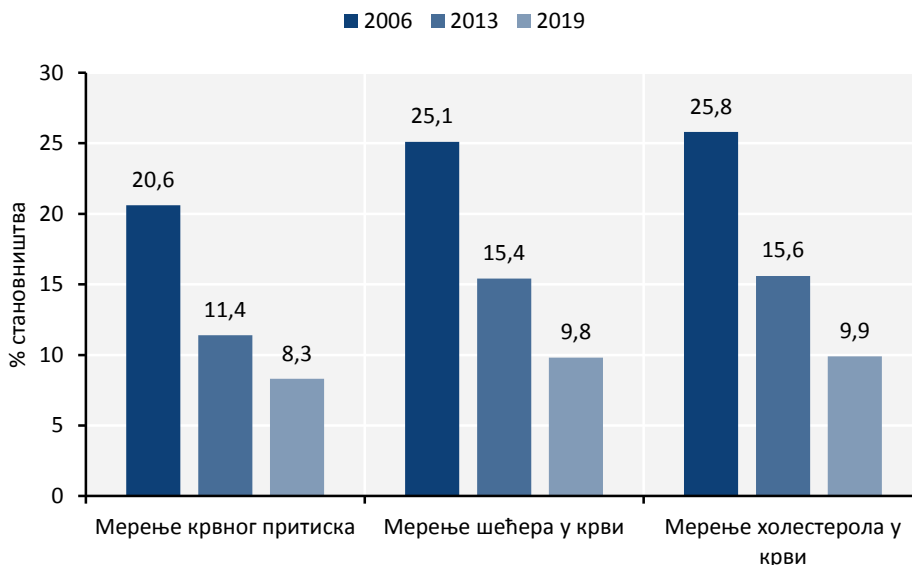


Превентивни прегледи

Превентивни прегледи су важни, како би се здравствени проблеми идентификовали у раној фази, омогућило ефикасније лечење и смањили укупни трошкови здравствене заштите.

У 2019. години, у популацији одраслог становништва, проценат оних код којих у последњих пет година нису обављени превентивни прегледи значајно је смањен у односу на 2013. и 2006. годину (Графикон 36).

Графикон 36. Проценат становништва узраста 20 година и више којем у последњих пет година није обављен превентивни преглед, Србија, 2006, 2013, и 2019. година



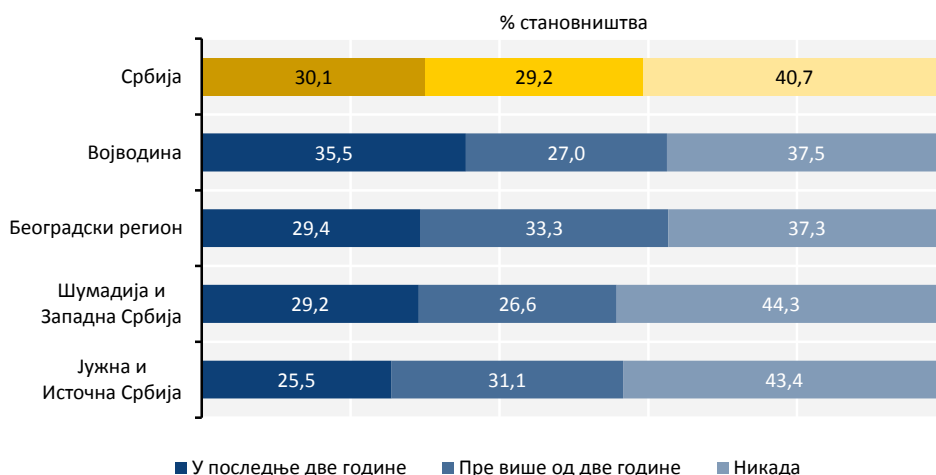
Превентивни прегледи жена за рано откривање карцинома дојке

Према резултатима Истраживања 2019. године, нешто више од једне трећине жена у Србији (34,6%) је изјавило да је у току живота обавило мамографски преглед дојки.

У циљној популацији за рано откривање рака дојке 30,1% жена старости од 50 до 69 година је урадило мамографски преглед у периоду до две године које су претходиле Истраживању, а 42,5% у у периоду до три године, што је побољшање у односу на резултате из 2013. године (22,7% односно 30,6%).

Највећи проценат жена је отишао на мамографски преглед по савету лекара (50,3%), затим самоиницијативно (34,9%) и по позиву лекара у оквиру организованог скрининга (14,7%).

Графикон 37. Проценат жена старости од 50 до 69 година код којих је урађена мамографија у последње две године, према регионима

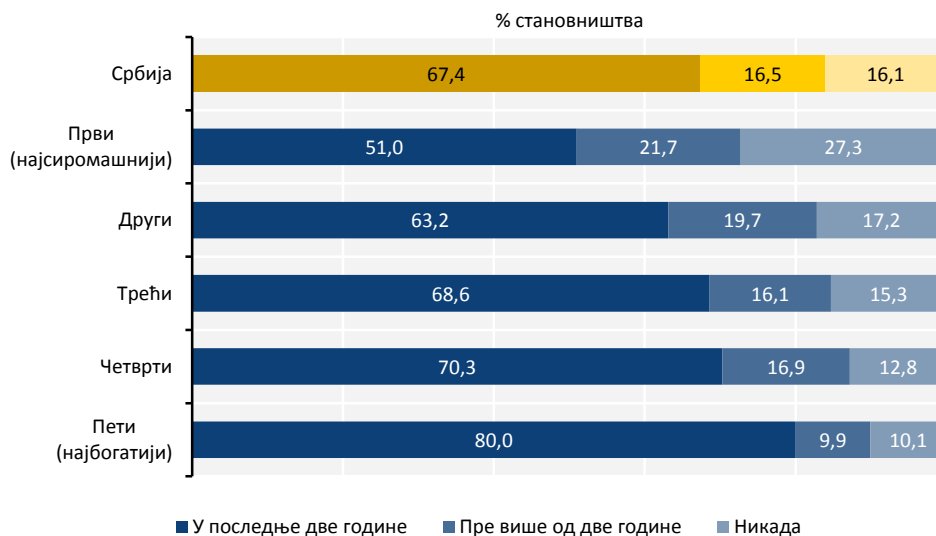


У циљној популацији жена, највећи проценат оних које су у последње две године обавиле мамографски преглед је био међу најобразованијим (39,3%) са највећим приходима домаћинства (35,3%) и у градовима (32,7%), док је значајно мањи проценат регистрован међу најмање образованим (23,4%) и у домаћинствима са најмањим приходима (22,9%). Посматрано по регионима, највећи обухват жена овим прегледом забележен је у Региону Војводине (35,5%) (Графикон 37).

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 две трећине жена (67,4%) животног доба од 25 до 64 године (циљна популација за рано откривање рака грлића материце). Највећи проценат жена код којих је урађен Папаниколау тест забележен је у Београду (80,5%), у градовима (71,8%), међу женама од 25. до 44. године живота (74,2%), становницама из најимућнијих слојева (80,0%) (Графикон 38) и код високообразованих жена (79,0%), а најмањи у Јужној и Источној Србији (58,7%). Највећи проценат жена је изјавио да је урадио Папаниколау тест самоиницијативно (49,6%) и по савету лекара (45,9%), а позив лекара у оквиру организованог скрининга наводи 4,5%.

Графикон 38. Проценат жена старости од 25 до 64 године код којих је урађен Папаниколау тест у последње три године, према квинтилима прихода домаћинства



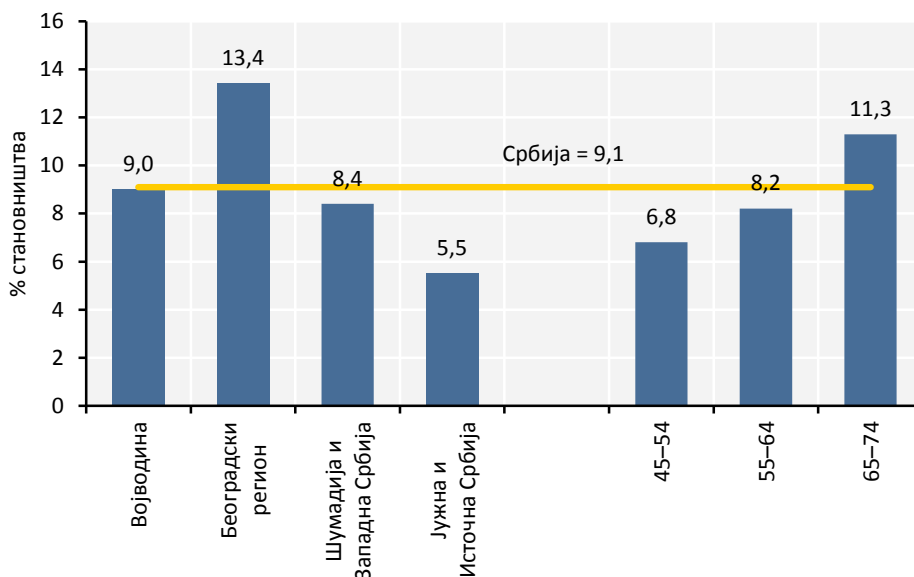
Проценат жена старости 25 до 69 година које су урадиле Папаниколау тест у периоду који је обухватио три године пре спровођења Истраживања повећао се са 38,5% у 2006. години на 57,1% у 2013. и 64,0% у 2019. години.

Превентивни прегледи за рано откривање колоректалног карцинома

У 2019. години, код 10,9% циљне популације Србије узраста од 50 до 74 године је у последње три године обављено тестирање на окултно крвављење у столицу (голим оком невидљиву крв у столицу). Значајно већи проценат тестираних становника је био у Војводини (13,5%), међу становницима највишег образовања (12,6%), као и онима који живе у градовима (12,2%).

У истој старосној групи колоноскопски преглед у последњих 10 година обавило је 9,1% становника, и то значајно мање у Јужној и Источној Србији (5,5%), код становника најнижег степена образовања (7,4%), најсиромашнијих (6,4%) и становника који живе у ванградским насељима (7,2%).

Графикон 39. Проценат становника старости од 50 до 74 године код којих је урађен колоноскопски преглед у последњих 10 година, по регионима и старосним групама



Превентивни прегледи за рано откривање карцинома колоректума (и тест на окултно крварење и колоноскопија) су равномерно заступљени код оба пола. Тест на окултно крварење и колоноскопија су у већем проценту урађени код становника добне групе од 65. до 74. године (12,5 односно 11,3%) (Графикон 39).

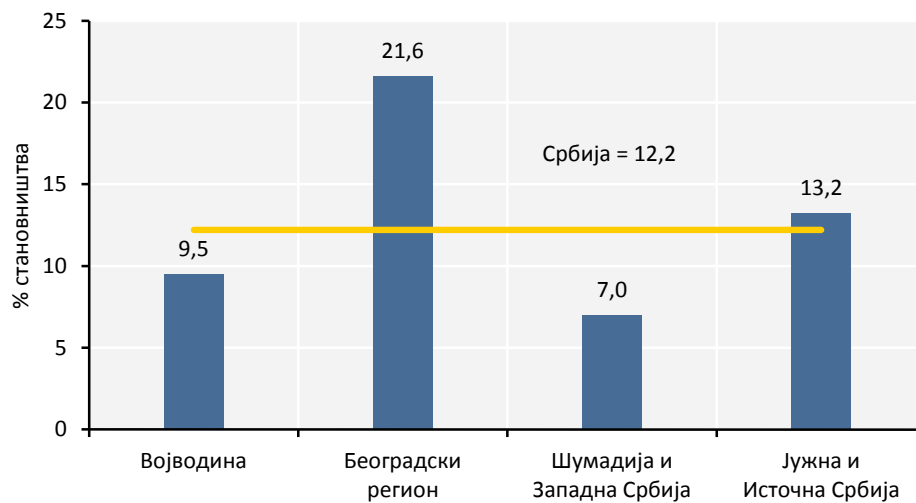
Неостварене потребе за здравственом заштитом

Једнакост у коришћењу и приступачност здравствених услуга имају висок значај у здравственим политикама свих земаља. Постоје многи разлози зашто људи доживљавају одлагање или кашњење у пружању здравствене заштите или је не добију уопште. Истраживање здравља нам помаже да сагледамо кључне факторе који утичу на неостваривање здравствених потреба.

Међу становништвом које је имало потребу за здравственом заштитом, 15,4% није остварило своје потребе због дугог чекања, због удаљености 4,1% и због финансијских разлога 31,3%. Финансије су биле разлог неостваривања потреба најчешће стоматолошке (13,9%) и медицинске (прегледи, лечење и рехабилитација) здравствене заштите (12,2%), а затим набавке прописаних лекова (9,9%) и заштите менталног здравља (4,0%).

Немогућност остваривања потреба за медицинском здравственом заштитом због финансијских разлога у Србији према регионима приказан је на Графикону 40. Највећи проценат становништва са неоствареним потребама за медицинском здравственом заштитом због финансијских разлога регистрован је у Београду (21,6%), а најмањи у Шумадији и Западној Србији (7,0%). Значајно већи проценат жена (13,6%), становника са најнижим образовним статусом (17,7%) и материјалним стањем (22,4%) није успео да оствари своје потребе за медицинском здравственом заштитом због финансијских разлога.

Графикон 40. Проценат становништва које у последњих годину дана није остварило своје потребе за медицинском заштитом због финансијских разлога по регионима



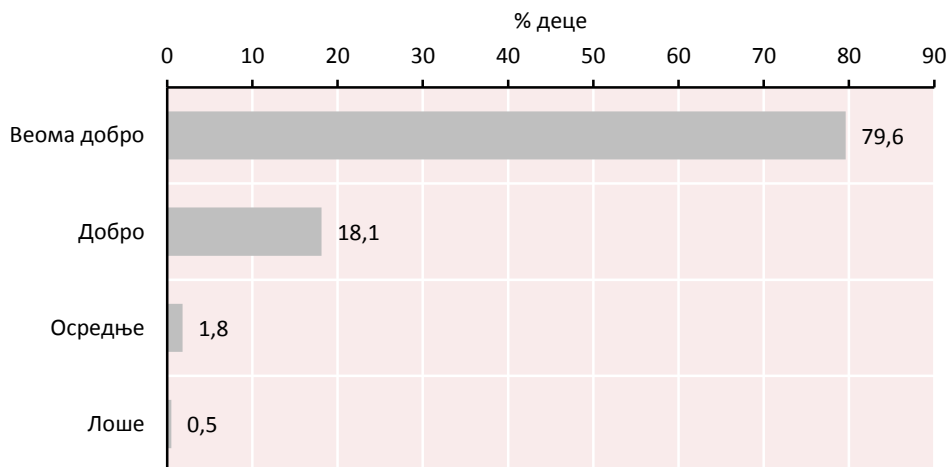
Здравље деце

Унапређење здравља и добробит деце представљају приоритете здравствених политика сваке земље. Деци је потребно омогућити стабилно окружење за раст и развој које укључује добро здравље, правилну исхрану, заштиту од опасности и обезбеђивање могућности за учење и напредак. Бројна епидемиолошка истраживања повезују здравље у детињству са здравственим исходима код одраслих, а улагање у здравље деце постаје једна од најважнијих мера које друштво може предузети како би изградило бољу будућност.⁶⁸

Здравствено стање

Већина родитеља (97,7%) је у 2019. години проценила здравље своје деце у целини као добро – веома добро и добро (Графикон 41): у популацији узраста од 7 до 14 година 97,3%, што одговара резултатима добијеним у Истраживањима из 2013. и 2006. године (96,8%, односно 95,2%).

Графикон 41. Здравље деце узраста од 5 до 14 година

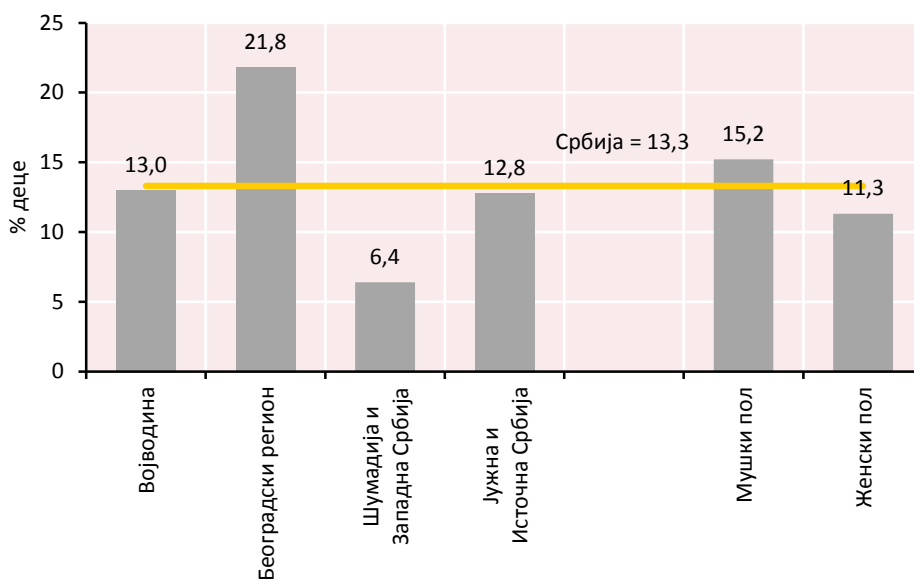


⁶⁸ <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/child-health>

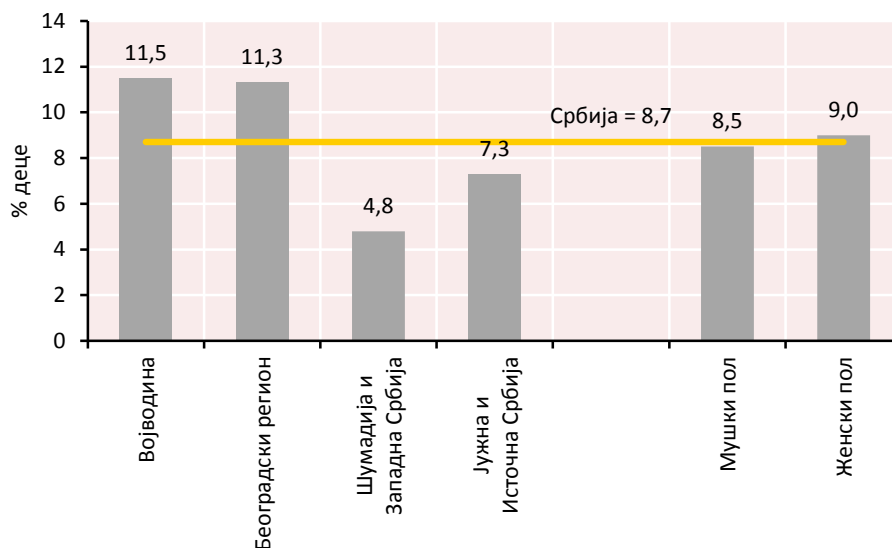
Дуготрајну болест или здравствени проблем (који је трајао или се очекује да ће трајати најамње шест месеци) имало је 7,9% деце узраста од 5 до 14 година. У последњих 6 месеци или дуже, због здравствених проблема 3,2% деце у Србији је било ограничено у активности које обично раде друга деца истог узраста.

У погледу учесталости функционалних оштећења, на претходним систематским/превентивним прегледима, највећи проценат деце је имао проблем са равним табанима (13,3%), док је 8,7% деце имало деформитет кичме. Равне табане у значајно већем проценту имала су деца у Београду (21,8%), градским насељима (15,0%) као и она која живе у имућним домаћинствима (19,4%) (Графикон 42). Деформитети кичме су значајно чешћи код деце из Београда (11,3%) и Војводине (11,5%) (Графикон 43).

Графикон 42. Учесталост проблема са равним табанима код деце узраста од 5 до 14 година по полу и регионима



Графикон 43. Учесталост деформитета кичме код деце узраста од 5 до 14 година по полу и регионима



Проблем са видом је имало 12,4% деце у Србији узраста од 5 до 14 година. Наочаре или контактна сочива је носило 10,3% деце (9,1% има коригован вид са помагалом, док 1,2% деце има тешкоће са видом уз употребу помагала за вид). Пријавило је проблеме са видом, али није користило помагала за вид 2,1% деце.

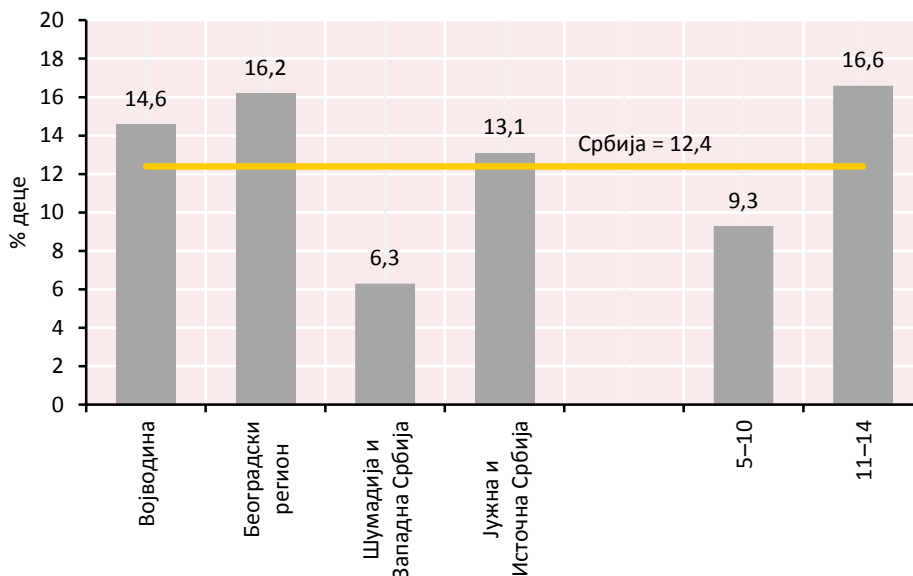
Родитељи/старатељи деце из Београда су у значајно већем проценту пријавили проблеме деце са видом (16,2%). Деца узраста од 11 до 14 година су значајно чешће имала проблем са видом (16,6%), у односу на децу старости од 5 до 10 година (9,3%) (Графикон 44).

У односу на Истраживање из 2013. године, у популацији деце узраста од 7 до 14 година региструје се пораст проблема са видом (14,0%, односно 11,5%), као и пораст коришћења помагала за вид (11,3%, према 6,6%).

Проблем са слухом је имало 1,9% деце узраста од 5 до 14 година. Слушни апарат је носило 0,7% деце (0,6% има коригован слух са помагалом, док 0,1% деце има тешкоће да чује звук уз употребу помагала). Пријавило је тешкоће да чује звук, а није користило помагало за слух 1,2% деце.

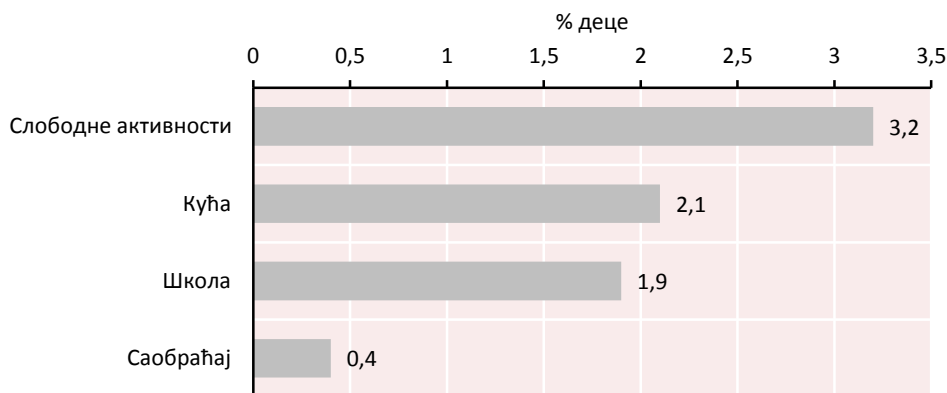
Проблем са ходом је имало 2,1% деце узраста од 5 до 14 година. Помагала за ход је користило 0,4% деце (0,4% има тешкоће да хода уз употребу помагала). Пријавило је тешкоће да пређе пешке 100 метра по равном а није користило помагало 1,7% деце (мање од 0,1% веће тешкоће).

Графикон 44. Учесталост проблема са видом код деце узраста од 5 до 14 година по регионима и узрастним групама



У години која је претходила Истраживању, деца су најчешће доживела повреде током бављења слободним активностима (3,2%), у кући (2,1%) и у школи (1,9%), док се у саобраћају повредило мање од 1% (Графикон 45). Од укупног броја повређене деце, њих скоро три четвртине (74,2%) је добило медицинску помоћ због последица повреда, а 10,3% је хоспитализовано.

Графикон 45. Проценат повређене деце узраста од 5 до 14 година према месту настанка повреде



Детерминанте здравља

Дечја гојазност повећава ризик од превремене смрти и инвалидитета у одраслој доби. Прекомерно ухрањена и гојазна деца су често гојазна и као одрасли, оболевају у ранијем узрасту од хроничних незаразних болести, попут дијабетеса и кардиоваскуларних болести, а њихов развој делом зависи од узраста у коме је гојазност настала и њеног трајања. Гојазна деца и адолесценти имају како краткорочне, тако и дугорочне последице по здравље.⁶⁹

Најзначајније последице по здравље које често не постану видљиве до одраслог доба су: кардиоваскуларне болести, дијабетес, мишићноскелетни поремећаји, неки типови малигнитета, као и психолошки проблеми.

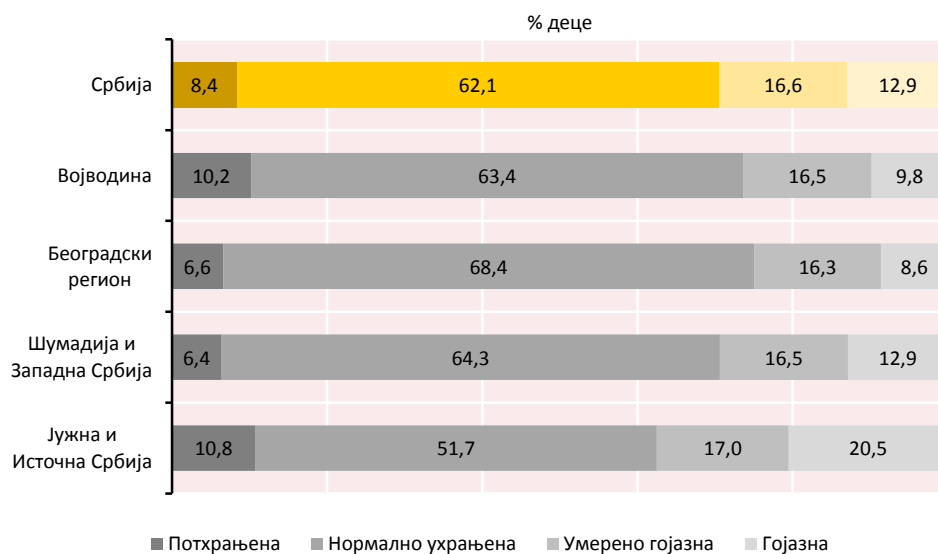
Основни циљ превенције гојазности код деце је обезбеђивање енергетске равнотеже између унетих (исхрана) и потрошених калорија (физичка активност).

⁶⁹<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>

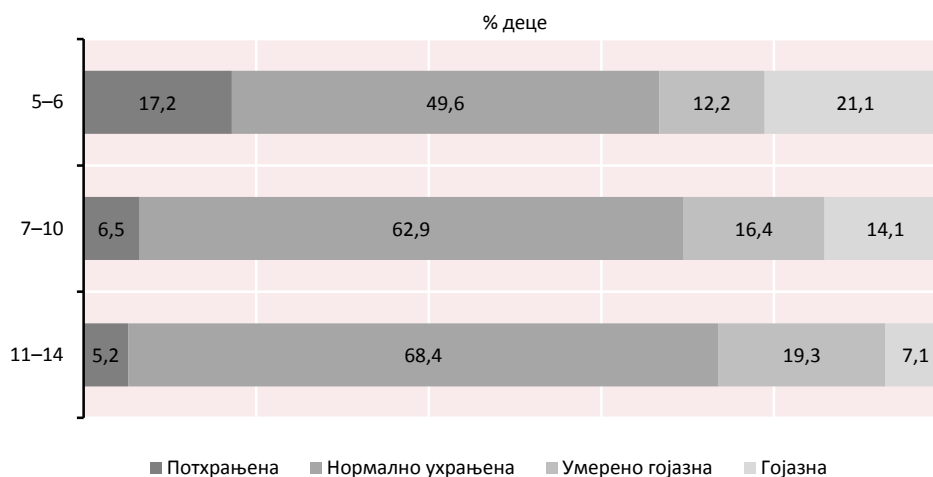
Ухрањеност

Проценат гојазне деце узраста од 5 до 14 година у 2019. години износи 12,9%, док је умерено гојазне 16,6% (Графикон 46). Важно је знати да је значајно већи проценат гојазне деце (21,1%) забележен међу децом узраста од 5 до 6 година (Графикон 47). Такође, регистрован је пораст процента гојазне деце узраста од 7 до 14 година (10,5%) у поређењу са 2013. и 2006. годином (4,9%, односно 2,6%).

Графикон 46. Ухрањеност деце узраста од 5 до 14 година по регионима



Графикон 47. Ухрањеност деце по узрасним групама

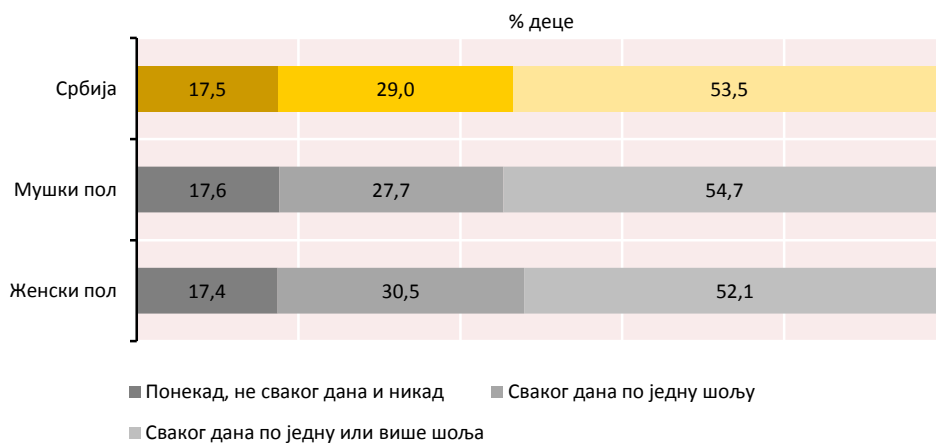


Исхрана

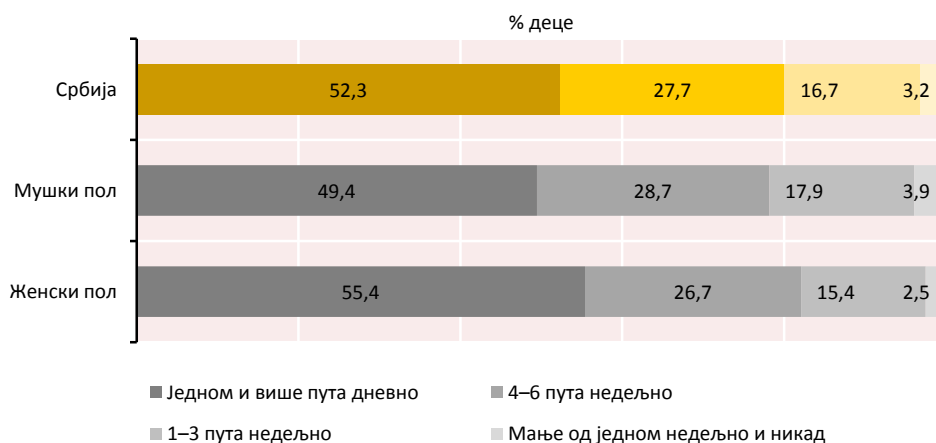
У 2019. години већина деце је имала навику да свакодневно доручкује (96,1%). Више од четири петине деце (82,5%) је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечног производа (Графикон 48). У популацији деце од 7 до 14 година 81,5% је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечног производа што је значајно више у односу на 2013. годину (74,2%). Ова намирница је најређе доступна деци која живе у најсиромашнијим домаћинствима – 72,5%.

Свако друго дете у Србији узраста од 5 до 14 година свакодневно конзумира воће (52,3%) и поврће (53,9%) (Графикон 49 и 50), док остала деца воће и поврће конзумирају недовољно или га никада не конзумирају.

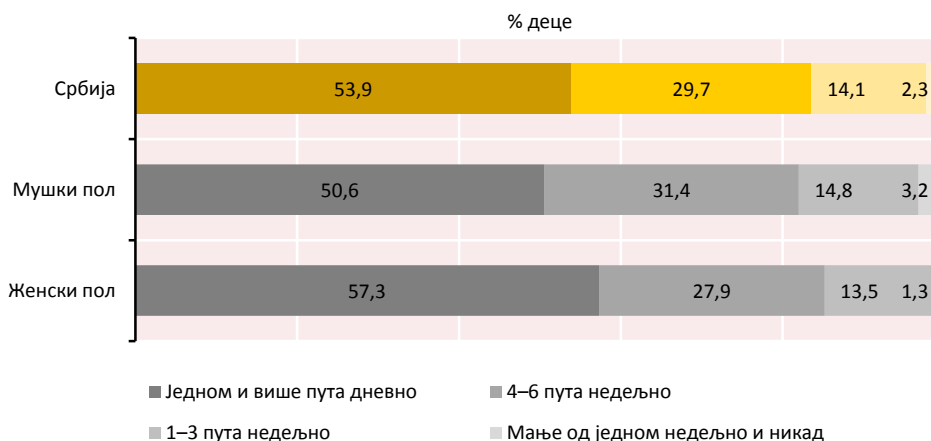
Графикон 48. Учесталост конзумирања млека и/или млечних производа код деце узраста од 5 до 14 година према полу



Графикон 49. Учесталост конзумирања воћа деце узраста од 5 до 14 година према полу



Графикон 50. Учесталост конзумирања поврћа деце узраста од 5 до 14 година према полу



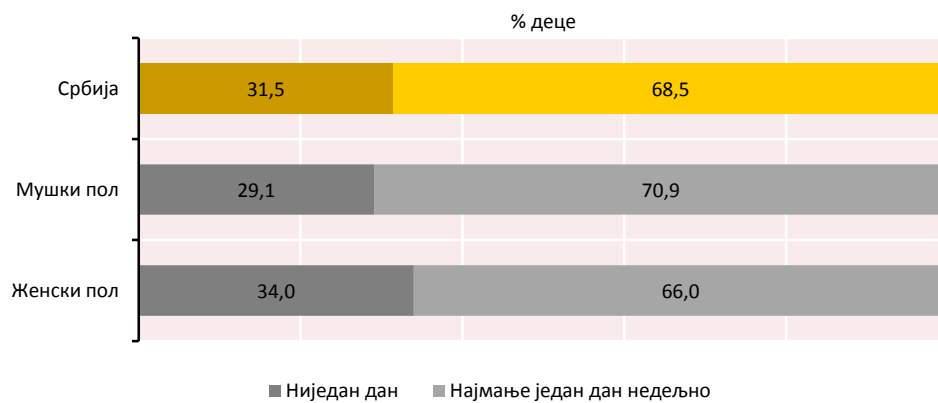
Уочавају се разлике у погледу социјално-демографских карактеристика: деца узраста од 5 до 10 година (56,6%), у Београдском региону (62,7%), као и деца из имућнијих породица (64,9%) су у већем проценту свакодневно конзумирала воће. Деца у Београдском региону (60,3%) и из имућнијих породица (71,9%) су у већем проценту свакодневно конзумирала поврће.

Скоро половина (47,7%) деце је конзумирала слатка безалкохолна пића барем 4 пута недељно, док је свакодневно конзумирало 18,5%.

Физичка активност и спорт

Нешто више од две трећине деце (68,5%) се у слободно време најмање једном недељно бавило физичким активностима (тако да се задишу или озноје), значајно више дечаки (70,9%) у односу на девојчице (66,0%), у Београдском региону (82,3%), као и деца из најимућнијих домаћинстава (87,2%) (Графикон 51). Деца су у просеку проводила 4,8 сати недељно у бављењу физичким активностима. У популацији деце узраста од 7 до 14 година забележено је смањење процента деце која се макар једном недељно баве спортом и рекреативним активностима ван школе у односу на 2013. годину (са 82,3% на 71,5%).

Графикон 51. Учесталост бављења физичким активностима деце узраста од 5 до 14 година према полу



Здравље старијих

Старење популације – настало као дугорочна последица ниског наталитета, али и повећања очекиваног трајања живота – један је од проблема са којима се суочава цео свет.

Између 2015. и 2050. године проценат старијих преко 60 година ће се удвостручити – са око 12% на 22% светске популације. Очекује се да апсолутни број људи старости 60 и више година порасте са 605 милиона на 2 милијарде у истом периоду.⁷⁰

Република Србија се са просечном старошћу становника од 41,6 година налази у групи демографски најстаријих земаља Европе. У периоду између два Пописа становништва у Републици Србији (2002–2011) просечна старост становника порасла је са 40,2 на 41,6 година, просечан животни век продужен је за 1,8 годину, а проценат особа старијих од 65 година је премашио проценат особа млађих од 15 година.⁷¹

Однос здравља и старења врло је сложен. Са процесима старења одвијају се бројне физиолошке промене и повећавају ризици од хроничних обољења. Старији не представљају хомогену категорију у погледу здравља, што условљава да службе здравственог и социјалног сектора буду што боље интегрисане и координисане како би одговориле различитим потребама у овој популационој групи.

Здравствено стање

Самопроцена здравља представља поуздан и валидан показатељ здравственог стања и добар предиктор смртности и оболевања,⁷² и може се користити као такав за процену здравља старијих.

У Србији је скоро трећина становништва старосне доби 65 година и више (31,9%) оценила сопствено здравље као врло добро и добро (значајно више мушкараца – 38,4%, добне скупине од 65 до 74 године – 37,1%, из Београда – 40,6%, и градских насеља 37,3%), нешто више од трећине становништва (41,3%) као просечно, а четвртина (26,8%) као лоше и врло лоше. Становништво Јужне и Источне Србије (30,7%), као и становништво

⁷⁰ World Health Organization. World report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.

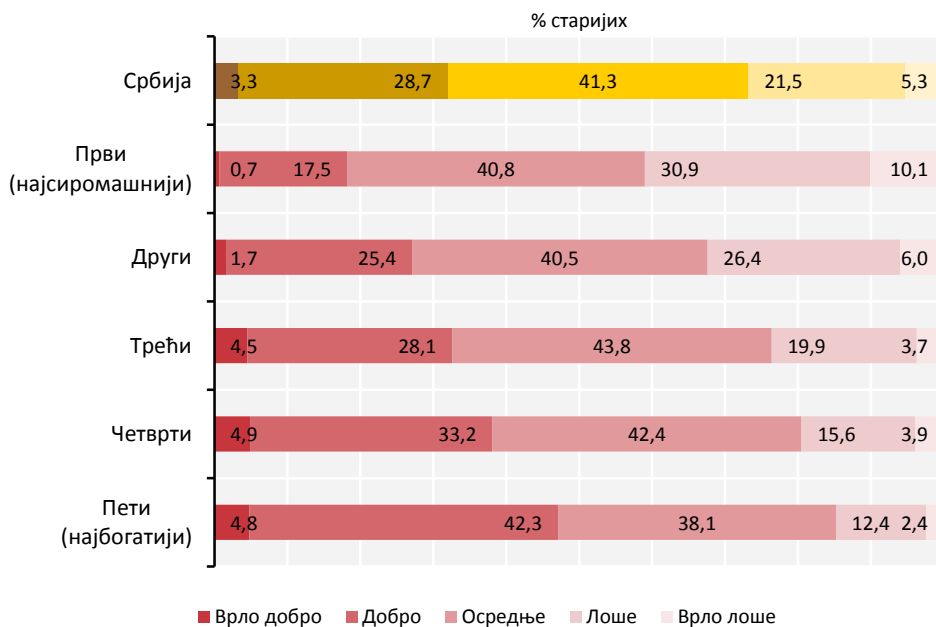
⁷¹ Републички завод за статистику. Статистички годишњак Републике Србије, 2020.

⁷² Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;359(9302):187-8.

ванградских насеља (31,4%) је у значајно већем проценту оценило своје здравље као лоше.

Становници са најнижом школском спремом (37,5%), као и они у категорији најсиромашнијих (41,0%) су значајно чешће перципирали сопствено здравље као врло лоше и лоше, док су они са највишим приходима домаћинства (47,1%) и најобразованији (46,2%) у већем проценту своје здравље оценили као добро и врло добро (Графикон 52). Сопствено здравље је оценило као врло лоше 5,3% старијег становништва, значајно више међу становницима нижег образовања (7,8%), најнижих прихода (10,1%) и старијих од 75 година (6,8%).

Графикон 52. Самопроцена општег здравља старог становништва према квинтилима прихода домаћинства



Упркос запаженом побољшању показатеља општег здравља у односу на 2013. годину када је петина старијег становништва (22,4%) проценила своје здравље као добро и врло добро, Србија се и даље налази испод просека земаља ЕУ. Подаци Европске заједнице (EUROSTAT) говоре да је више од трећине

становника (28 земаља Европске уније) старости 65 и више година (42,4%) проценило сопствено здравље као врло добро и добро у 2019. години, а 14,4% као лоше.⁷³ Компаративна анализа 34 земље чланице Организације за економски развој и сарадњу (OECD) приказала је да се опсег вредности показатеља доброг здравља у овој популацији кретао од 8,2% у Литванији до 86,6% на Новом Зеланду.⁷⁴

Преко четири петине старијих становника Србије (85,7%) је изјавило да има неку дуготрајну болест или здравствени проблем, нешто више него 2013. године (75,8%). Дуготрајну болест или здравствени проблем су чешће имале жене (87,8%) него мушкарци.

Хроничне незаразне болести

Хроничне незаразне болести су примарни разлог коришћења здравствене заштите у популацији старијих особа.⁷⁵

Најучесталије обољење, у години која је претходила Истраживању, међу старијим становништвом Србије је био повишен крвни притисак (63,8%), а следе болни поремећај у доњем делу леђа (32,2%), коронарна болест (24,7%), болни поремећај у вратном делу кичме (23,3%), повишене масноће (21,0%), шећерна болест (18,6%), артроза (18,0%) и уринарна инконтиненција (10,4%), док су остале заступљене са мање од 10%.

Посматрано према демографским и социјално-економским карактеристикама уочено је да је учесталост:

- повишеног крвног притиска значајно виша код становника Јужне и Источне Србије (69,5%), жена (67,3%) и становника са нижим образовањем (66,7%) и старости 75 и више година (66,4%);

⁷³ Eurostat [database on the Internet]. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁷⁴ OECD [database on the Internet]. Health Status: Perceived health status by age and gender. [cited 2021 March 23th]. Available from: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117>

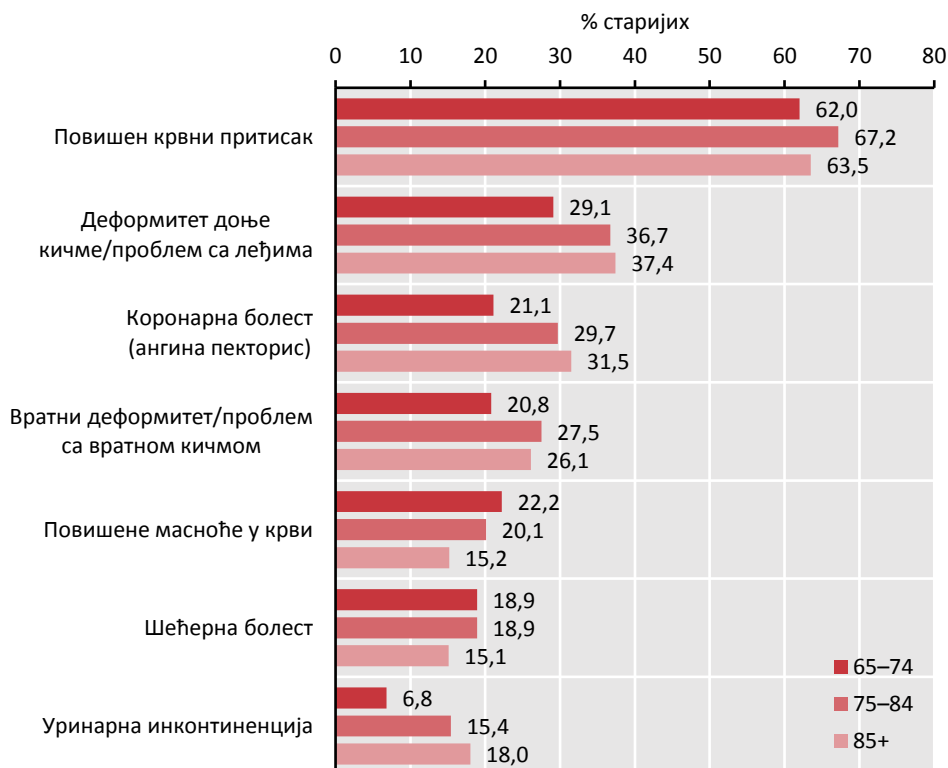
⁷⁵ Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. Int J Equity Health. 2005;4(1):2.

- болног поремећаја у доњем делу леђа значајно виша код жена (36,8%), најсиромашнијих (37,6%), нижег образовања (37,0%) и старости 75 и више година (36,8%);
- коронарне болести значајно виша код становништва нижег образовања (28,9%) и старости 75 и више година (30,1%);
- болног поремећаја у вратном делу кичме значајно виша код жена (28,4%), становника са нижим образовањем (27,1%), најсиромашнијих (28,0%) и старости 75 и више година (27,2%);
- повишених масноћа у крви значајно виша код жена (24,9%), међу становништвом Војводине (25,1%) и Београда (23,6%) и становништвом старости од 65 до 74 године (22,2%) у односу на старије старосне категорије;
- шећерне болести значајно виша код градског становништва (20,1%) у односу на остала насеља (16,7%);
- док је уринарна инконтиненција је значајно била чешћа међу становништвом нижег образовања (13,4%) и старости 75 и више година (15,9%), а значајно ређа код становништва са вишим приходом домаћинства (7,5%).

Најучесталије обољење у Србији је био повишен крвни притисак у све три добне групе старије популације (Графикон 53). Повишен крвни притисак је било најучесталије обољење и у другим европским земљама међу становништвом 65 и више година. Вредност овог параметра се кретала од 29,5% у Норвешкој до 68,4% у Мађарској у добној групи од 65 до 74, док је у добној групи 75 и више година најмањи проценат забележен такође у Норвешкој (33,7%) а највећи у Бугарској (72,6%).⁷⁶

⁷⁶ Eurostat [database on the Internet]. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E__custom_751458/default/table?lang=en

Графикон 53. Проценат старијег становништва које је имало неко од наведених обољења према узрасним групама



Функционална ограничења

Физичка и чулна функционална ограничења представљају основу процене здравственог стања становништва у погледу капацитета за свакодневно функционисање без обзира на разлоге ограничења (урођена ограничења, настала због болести, несреће, старења итд.). Као резултат Будимпештанске иницијативе развијен је анкетни модул за мерење здравственог стања који

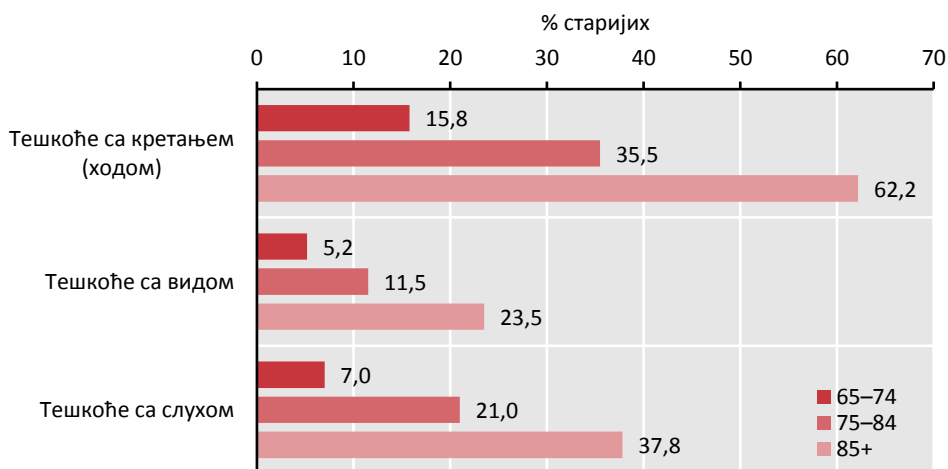
укључује главна физичка, чулна и когнитивна функционална ограничења (вид, слух, кретање и умна способност).⁷⁷

Функционално ограничење хода имала је скоро половина старије популације (44,8%), функционално ограничење вида 40,7% и слуха 45,9%.

Сваки четврти старији становник (25,8%) је изјавио да је у 2019. години имао велике тешкоће са ходом, 8,7% велике тешкоће са видом, а 13,9% велике тешкоће са слухом. Посматрано по демографским и социјално-економским карактеристикама значајно чешће су наведене тешкоће имале жене (са ходом 30,0% и видом 10,6%), становници ванградских насеља (са ходом 30,1%, са видом 10,2%), најнижег образовања и сиромашнији, као и старији од 75 година (са ходом 41,0%, са видом 14,0% и са слухом 24,5%) (Графикон 54).

У односу на Истраживање 2013, када је сваки трећи старији становник (37,1%) имао тешкоће са ходом, сваки девети (10,7%) са видом, а скоро сваки четврти (23,6%) са слухом дошло је до смањења заступљености функционалних ограничења у старијој популацији.

Графикон 54. Проценат старијег становништва са физичким и сензорним оштећењима према узрасним групама



⁷⁷https://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/BI_Report_to_CES_2012_-_BI-M2_Final_Version__10_with_cover.pdf

Способност обављања личне неге и кућних активности

Постојање физичких и чулних функционалних ограничења смањује капацитет обављања дневних активности, а самим тим утиче и на квалитет живота старијих особа.⁷⁸

Нешто мање од трећине старијих у Србији (31,5%) је изјавило да има озбиљне тешкоће у обављању свакодневних кућних активности (припремање хране, лакши и тежи кућни послови, куповина и сл), а скоро сваки десети становник (9,5%) у обављању активности личне неге (облачење, свлачење, коришћење тоалета, купање, туширање и сл), што је непромењено у односу на Истраживање 2013. 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. Очекивано, са старошћу 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 кућних активности.

Према показатељима који се односе на проценат становништва који има потешкоће при самосталном обављању кућних активности и активности личне неге, Србија се налази нешто изнад просека земаља Европске уније у свим добним групама (Табела 11).

У популацији старијих особа са потешкоћама при обављању кућних активности 29,7% нема потребу за помоћи, 33,3% добија довољно помоћи, док је неостварену потребу за помоћи имало више од трећине (37,0%). Неостварену потребу за помоћи приликом обављања кућних активности значајно чешће су имали становници Јужне и Источне Србије (49,1%), најсиромашнији (46,8%), нижег образовања (42,0%) и старости 75 и више година (44,0%).

У популацији старијих особа са потешкоћама при обављању личне неге, 30,7% нема потребу за помоћи, 24,5% добија довољно помоћи, док је неостварену потребу за помоћи имала скоро половина (44,8%). Неостварену потребу за

⁷⁸ Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age - a scoping review. BMC Public Health. 2019;19(1):1431.

помоћи приликом обављања личне неге значајно чешће су имали становници који припадају категорији најсиромашнијих (48,5%), нижег образовања (48,6%) и старости 75 и више година (49,9%).

Заступљеност неостварених потреба за помоћи приликом обављања кућних активности, као и личне неге није се значајно променила у односу на Истраживање 2013. године (37,1% односно 51,9%).

Табела 11. Проценат старијег становништва који има озбиљне потешкоће при самосталном обављању кућних активности⁷⁹ и активности личне неге,⁸⁰ Србија (2019) и одабране земље (2014)

Потешкоће при обављању	Минимум (%)	Максимум (%)	ЕУ просек (%)	Србија (%)
Кућне активности				
65+	11,6 Шведска	51,6 Турска	25,8	31,5
65–74	4,3 Норвешка	42,2 Турска	13,9	19,7
75+	19,9 Шведска	69,4 Турска	39,2	49,3
Лична нега				
65+	2,5 Норвешка	16,7 Белгија	8,8	9,5
65–74	1,1 Малта	7,0 Мађарска	3,4	4,7
75+	3,9 Норвешка	26,4 Белгија	14,9	16,8

⁷⁹ Eurostat [database on the Internet]. Difficulties in household activities by sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_HA1E__custom_761419/default/table?lang=en

⁸⁰ Eurostat [database on the Internet]. Difficulties in personal care by sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PC1E__custom_761431/default/table?lang=en

Повреде

Повреде представљају значајан јавноздравствени проблем, нарочито у старијој популацији. Запажене су веће стопе смртности узроковане повредама у овој старосној групи, при чему падови представљају водећи узрок смрти.⁸¹

У Србији је 7,4% старијег становништва доживело неку врсту повреде у току 2019. године. Према месту повређивања то је најчешће било у кући (4,9%), без значајне промене у односу на 2013. годину (4,4%). Од укупног броја повређених четири петине (80,4%) је добило медицинску помоћ.

Коришћење здравствене заштите

Примарну здравствену заштиту у дому здравља старије особе остварују преко свог изабраног лекара, који је: доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, доктор медицине специјалиста гинекологије и доктор стоматологије. Такође, могу користити и услуге специјалистичко-консултативне делатности, која није у вези са болничким лечењем. Коришћење болничких услуга остварује се као наставак дијагностике, лечења и рехабилитације започете на примарном нивоу.⁸²

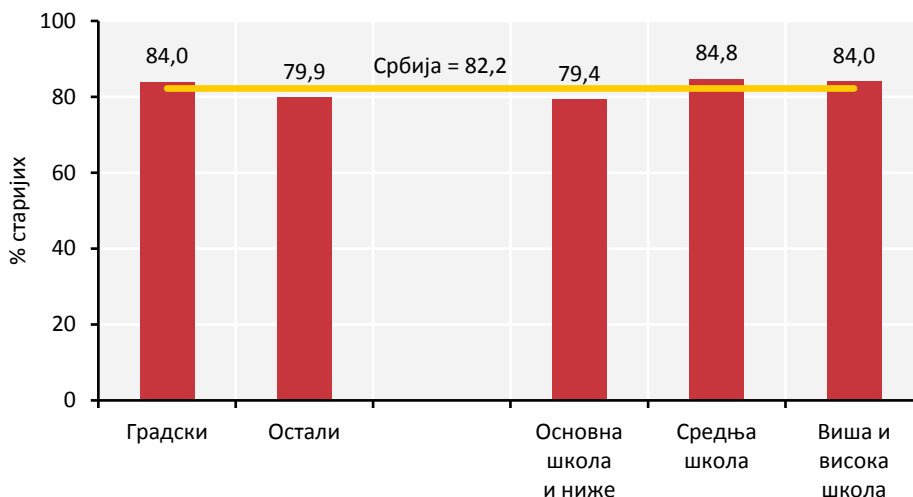
У складу са повећањем удела старијих особа у општој популацији повећана је потреба за пружањем услуга кућног лечења и неге и интегративни приступ у збрињавању старих.

Према резултатима Истраживања, свог лекара опште медицине у 2019. години је имало 95,9% старијег становништва, што је непромењено у односу на Истраживање 2013. У години која је претходила Истраживању лекара опште медицине је посетило четири петине старијих (82,2%), значајно чешће градско и образованије становништво (Графикон 55). У истом периоду лекара специјалисту је посетило 55,6% старијих. Сваки становник је у просеку једном у току месеца посетио било лекара опште медицине било лекара специјалисту, што је непромењено у односу на Истраживање 2013. године.

⁸¹ Violence and injuries in Europe: burden, prevention and priorities for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.

⁸² Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС, бр. 25/2019

Графикон 55. Проценат старијег становништва које је посетило лекара опште медицине према типу насеља и степену образовања



Значајан показатељ унапређења квалитета на нивоу примарне здравствене заштите старијих представља проценат вакцинисаних против сезонског грипа.

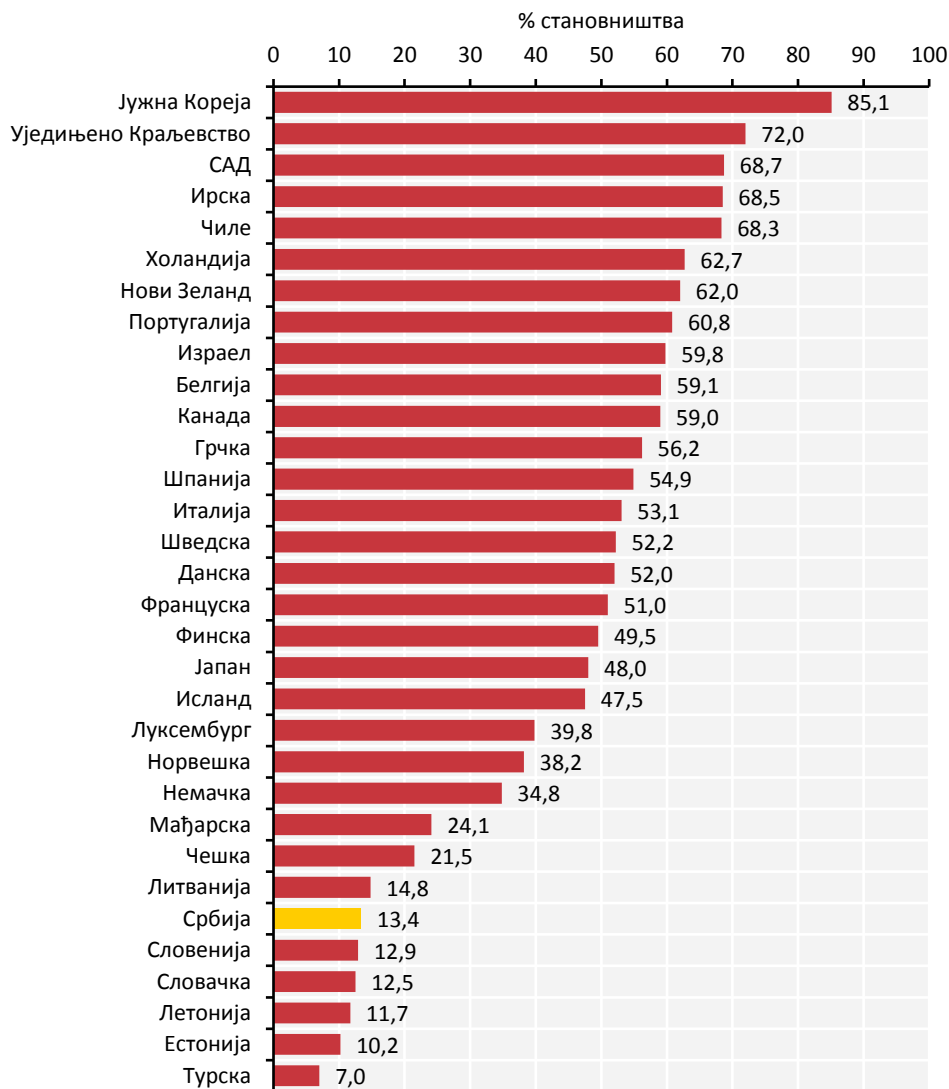
Према подацима Истраживања 2019. године 13,4% старијег становништва је изјавило да је примило вакцину против сезонског грипа у години која му је претходила. Тај проценат је значајно већи код становништва узрасне категорије 75 година и више (16,3%) и оних са вишим и високим образовањем (18,4%).

Иако је забележено побољшање у односу на 2013. годину када је 8,7% старијих примило вакцину против сезонског грипа, на основу овог показатеља Србија се налази међу земљама ЕУ у којима је регистрован најмањи проценат старијих особа које су примиле вакцину против сезонског грипа. Опсег вредности овог показатеља, према подацима EUROSTAT-а у 2014. години, кретао се од 1,5 % у Естонији до 78,6 у Великој Британији.⁸³ Такође, компаративни подаци 37 земаља чланица Организације за економски развој и сарадњу (OECD) показали су да је просечна стопа вакцинације особа старијих од 65 година била преко 50% у 2019. години⁸⁴ (Графикон 56).

⁸³ EUROSTAT Health Statistics. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>

⁸⁴ OECD Health Statistics 2020. Available at: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Графикон 56. Проценат старијег становништва које је вакцинисано против сезонског грипа, Србија и одабране земље,⁸⁵ 2019. година или последња расположива



⁸⁵ <https://data.oecd.org/healthcare/influenza-vaccination-rates.htm>

Сваки други старији становник (53,0%) је изјавио да има свог стоматолога, што је побољшање у односу на 2013. годину када је сваки трећи (31,5%) имао свог стоматолога. Становници узрасне категорије од 65 до 74 године (58,5%), који живе у градским насељима (60,7%), у Београдском региону (75,0%), вишег и високог образовања (74,4%), и који припадају групи најимућнијих (67,7%) значајно чешће су имали свог стоматолога. Стоматолога је последњих 12 месеци посетило 19,4% старих.

Свака друга старија жена (47,9%) је имала свог гинеколога, што је побољшање у односу на 2013. годину када је свака четврта (25,5%) имала свог гинеколога. Значајно чешће свог гинеколога су имале жене старости од 65 до 74 године (55,6%), оне које живе у градским насељима (52,2%), Београду (69,8%), које су вишег и високог образовања (63,0%), као и оне које припадају групи најимућнијих (59,7%). У последњих годину дана свог гинеколога је посетила свака десета старија жена (12,1%).

Услуге приватне праксе у последњих годину дана користио је сваки четврти старији становник (24,6%), што је значајно већи проценат у односу на 2013. годину, када је услуге приватне праксе користио сваки седми старији становник. Становништво из градских насеља (29,5%), Београда (37,3%), вишег и високог (45,7%) образовања, са највишим приходима домаћинства (43,3%) и старости од 65 до 74 године (27,7%) значајно чешће је користило услуге приватне праксе. У 2019. години свог лекара опште медицине у приватној пракси је имало 4,8% старијих, 25,6% је изабрало приватног стоматолога, док је 5,5% жена у приватној пракси имало изабраног гинеколога.

У Србији је, у години која је претходила Истраживању, болнички лечено 13,7% старијег становништва. Значајно чешће су болнички лечени мушкарци (15,5%) и особе доби 75 година и више (15,6%). Око 10% популације старијих је користило услуге дневних болница. У односу на Истраживање 2013. године, повећано је коришћење болничког лечења, а смањено коришћење услуга дневних болница у популацији старијих (подаци из Истраживања 2013: болничко лечење 7,8% и услуге дневних болница 15,0%).

Услуге кућне неге и помоћи, које пружају здравствени радници или радници социјалних служби, користило је 5,2% старијих што је значајно мање од процента старијих који су изјавили да имају потребу за помоћи, и непромењено у односу на 2013. годину када је то чинило 4,6% старијег становништва. Ове услуге су значајно чешће користиле жене (6,2%), особе

најнижег нивоа образовања (7,5%), становници старости од 75 до 84 године (7,5%) и 85 година и више (17,7%).

Употреба лекова

Употреба лекова и медицинских средстава је порасла у последњих неколико деценија, што може бити проблем друштва које стари, и указује на аспекте приступачности, квалитета али и повећања трошкова здравствене заштите.⁸⁶

У периоду од две недеље које су претходиле Истраживању, лекове које им је прописао лекар користило је 85,3% старијих у Србији, значајно чешће жене (88,5%) и становници старости 75 година и више (89,1%), што је непромењено у односу на Истраживање 2013. године.

Према подацима EUROSTAT-а у Србији је регистрован нешто већи проценат коришћења лекова у популацији старијих од просека Европске уније (Табела 12).

Табела 12. Проценат старијег становништва које је користило прописане лекове према узрасним групама, Србија (2019) и одабране земље (2014)⁸⁷

Добне групе	Минимум (%)	Максимум (%)	ЕУ Просек (%)	Србија (%)
65+	61,1 Румунија	92,1 Чешка	82,2	85,3
65–74	55,2 Румунија	89,4 Чешка	78,1	83,0
75+	68,0 Румунија	96,3 Чешка	87,1	89,1

Скоро сваки други старији становник у Србији (45,0%) је током две недеље пре Истраживања самоиницијативно узимао лекове, биљна средства или

⁸⁶ Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. J Int Oral Health. 2014;6(6):i-ii.

⁸⁷Eurostat [database on the Internet]. Self-reported use of prescribed medicines by sex, age and educational attainment level: European Commission [cited 2021 March 23th]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_MD1E__custom_761378/default/table?lang=en

витамине (које му није прописао лекар), значајно више жене, становници Београда, градских насеља, најобразованији и најимућнији.

Социјална подршка

У Србији је четвртина старијег становништва (24,4%) изјавила да има јаку социјалну подршку, више од половине умерену (60,3%), док је скоро сваки седми старији становник оценио социјалну подршку као слабу (15,4%).

Старији становници нижег нивоа образовања (18,0%), нижих прихода домаћинства (22,6%), који живе у ванградским насељима (15,9%) и старији од 75 година (16,3%) у већем проценту су оценили социјалну подршку као слабу.

Закључци

Здравствено стање

Проценат становништва које своје опште здравствено стање процењује као добро (66,5%) је порастао у односу на 2013. и 2006. годину (57,8% и 49,8%), чиме се приближио просечној вредности овог показатеља у земљама Европске уније.

Постојање болести или здравственог проблема које траје барем 6 месеци забележено је код 43,6% грађана Србије, нешто више него 2013. године (40,0%).

Због здравствених проблема, у последњих 6 месеци које су претходиле истраживању или дуже, 20,3% становника у Србији је било ограничено у обављању свакодневних активности, што је значајан пад у односу на 2013. годину (29,9%).

Проценат становништва које своје орално здравље процењује као добро (55,3%) је порастао у односу на 2013. и 2006. годину. Побољшање навика које се односе на оралну хигијену може се повезати са порастом процента становништва које има све своје зубе.

У односу на 2013. годину, забележено је претежно смањење учесталости већине испитиваних хроничних обољења и стања у популацији одраслих. Највећи проценат становништва је навео да има повишен крвни притисак (29,6%), затим деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (17,2%), вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом (12,1%), повишене масноће у крви (10,8%), коронарну болест срца или ангину пекторис (8,9%), дијабетес (7,8%), алергију (7,3%), дегенеративно обољење зглобова – артрозу (6,9%), депресију (4,3%) и бубрежне проблеме (3,9%).

Учесталост повишеног крвног притиска у односу на 2013. и 2006. годину је непромењена, како на основу исказа испитаника, тако и на основу резултата мерења крвног притиска у популацији одраслих. Међутим, проценат одраслог становништва са дијагнозом хипертензије који се не лечи значајно је смањен (са 9,4% у 2013. на 5,7% у 2019. години).

Током године која је претходила истраживању 4,9% становника је имало повреду (у саобраћају, у кући или у току бављења слободним активностима), што је нешто нижи проценат у односу на 2013. годину (5,2%). Медицинска помоћ је била указана код 75,0% повређених.

У години која је претходила Истраживању сваки шести становник Србије је одсуствовао са посла због здравствених проблема, просечно 37 дана, што је нешто више у односу на Истраживање 2013. године када је сваки шести становник одсуствовао са посла у просеку 34,5 дана.

Симптоме депресије имало је 2,1% становништва, што је ниже у односу на 2013. годину (4,1%). Највише становника са симптомима депресије забележено је у популацији старијих од 75 година и више.

Детерминанте здравља

Више од половине становништва Србије је прекомерно ухрањено (предгојазно и гојазно). Проценат гојазних 2019. године (20,8%) незнатно се разликује у односу на 2013. годину, али је значајно већи у односу на 2006. годину.

Воће и поврће је свакодневно конзумирало 39,4%, односно 50,2% становника Србије, што је у оба случаја испод просека земаља ЕУ (58,6%, односно 61,0%).

У 2019. години, скоро две трећине (64,6%) становништва Србије старости од 18 до 64 године испуњава препоруке Светске здравствене организације за извођење физичке активности која утиче на побољшање здравља. Екскесивном седентарном стилу живота је било изложено 23,0% становништва Србије старости 15 година и више.

Скоро сваки трећи становник Србије пуши (свакодневно или повремено), што је изнад просека земаља ЕУ. Готово половина становништва старијег од 15 година у Србији је изложено дуванском диму. Савет да престане да пуши је од здравственог радника добило мање од трећине пушача. Имплементација постојеће законске регулативе, као и даље усвајање мера за контролу дувана у складу са Оквирном конвенцијом о контроли дувана Светске здравствене организације остају приоритети здравствене политике Републике Србије.

У години која је претходила Истраживању, половина становника Србије је конзумирала алкохол. Свакодневно је пило 3,1% становништва, а навика свакодневног конзумирања алкохола је била чешће заступљена међу мушкарцима. Ризичној дневној количини алкохола било је изложено 1,1% становништва, значајно чешће мушкарци (2,0%) него жене (0,3%). Барем једном месечно екскесивно је пило 10,9% становништва, што је ниже од европског просека. Сваки шести адолесцент узраста од 15 до 19 година је најмање једном месечно екскесивно пио. Имплементација и спровођење свих

активности дефинисаних Националним програмом превенције штетне употребе алкохола и алкохомом узрокованих поремећаја такође остају приоритети здравствене политике у Републици Србији.

Неку од илегалних дрога је у години која је претходила Истраживању користило 1,4% становника, најчешће канабис у узрасној групи од 15 до 24 године (2,9%).

У популацији одраслог становништва региструје се повећање употребе кондома са повременим партнером у односу на Истраживање 2013. године (50,5% према 43,3%).

Две петине жена узраста од 15 до 49 година које су биле сексуално активне у години која је претходила Истраживању користило је неко контрацептивно средство или метод, при чему су жене са нижим образовањем и жене из најсиромашнијих домаћинстава значајно мање користиле контрацепцију.

Само трећина младих узраста од 15 до 24 године је имала довољно стеченог знања о ХИВ/АИДС-у. У популацији становника узраста од 15 до 49 година 2,1% се тестирало на ХИВ током 12 месеци који су претходили Истраживању.

У Србији је скоро трећина становништва изјавила да има јаку социјалну подршку, нешто више од половине умерену, док је сваки девети становник оценио социјалну подршку као слабу.

У Србији сваки седми становник пружа најмање једном недељно неформалну негу или помоћ, најчешће члановима породице.

Коришћење здравствене заштите

Свог лекара опште медицине или педијатра имало је 91,1% становника Србије узраста 15 и више година. Нешто мање од две трећине становника Србије је у години која је претходила Истраживању посетило лекара опште медицине или педијатра. Свог гинеколога имало је две трећине жена, а трећина жена је у години која је претходила Истраживању посетила гинеколога. Две трећине становника имало је свог стоматолога, а скоро половина становника имала је свог стоматолога у приватној пракси. Током године која је претходила Истраживању сваки трећи становник Србије је посетио стоматолога. Лекара специјалисту је у истом периоду посетило две петине становника Србије (41,3%).

У Србији је 7,7% становника старијих од 15 година било на болничком лечењу у години која је претходила Истраживању, слично резултатима Истраживања из 2013. године (7,8%). Током године која је претходила Истраживању у дневним болницама је лечено 6,6% становника Србије који су у просеку имали 4 боравака, што је знатно мање него 2013. године, када је, према резултатима Истраживања, у дневним болницама лечено 10,4% становника Србије, са просечно 5 боравака.

Услуге приватне праксе у години која је претходила Истраживању користило је 27,7% становника Србије, што представља значајно повећање у односу на 15,1% у 2013. години.

У Србији је, у периоду од две недеље пре Истраживања, 45,3% становништва користило лекове које им је прописао лекар, а 37,0% лекове, биљна средства или витамине које им није прописао лекар.

У популацији одраслог становништва, проценат оних код којих су обављени превентивни прегледи значајно је повећан у односу на 2013. и 2006. годину. У последњих пет година превентивни прегледи који се односе на мерење крвног притиска, шећера у крви и холестерола су обављени код преко 90% становника Србије. У циљној популацији жена за рано откривање рака дојке, 30,1% је урадило мамографски преглед у периоду до две године које су претходиле Истраживању, док је превентивни преглед за рано откривање карцинома грлића материце у периоду до три године које су претходиле Истраживању урадило две трећине жена у циљној популацији. Тестирање на окултно крвављење у столици у последње три године урадио је сваки девети становник циљне популације, док је колоноскопски преглед у последњих 10 година урадио сваки једанаести становник циљне популације.

Међу становништвом које је имало потребу за здравственом заштитом, 15,4% није остварило своје потребе због другог чекања, због удаљености 4,1% и због финансијских разлога 31,3%. Финансије су биле разлог неостваривања потреба најчешће стоматолошке (13,9%) и медицинске здравствене заштите (12,2%), а затим набавке прописаних лекова (9,9%) и заштите менталног здравља (4,0%).

Здравље деце

Већина родитеља (97,7%) је у 2019. години проценила здравље своје деце у целини као добро (веома добро и добро), што одговара резултатима добијеним у Истраживањима из 2013. и 2006. године.

Дуготрајну болест или здравствени проблем имало је 7,9% деце узраста од 5 до 14 година. У последњих 6 месеци или дуже због здравствених проблема 3,2% деце у Србији је било ограничено у активностима које обично обављају друга деца истог узраста.

У погледу учесталости функционалних оштећења, на претходним систематским/превентивним прегледима највећи проценат деце је имао проблем са равним табанима (13,3%), док је 8,7% деце имало деформитет кичме.

Свако осмо дете (12,4%) је имало проблем са видом, док је наочаре или контактна сочива носило 10,3% деце. Проблем са слухом је имало 1,9%, а слушни апарат је носило 0,7% деце.

Проблем са ходом је имало 2,1% деце узраста од 5 до 14 година. Помагала за ход је користило 0,4% деце.

Проценат гојазне деце узраста од 5 до 14 година у 2019. години износио је 12,9%, док је умерено гојазне деце било 16,6%. Значајно већи проценат гојазних се налази у категорији деце предшколског узраста. У 2019. години регистрован је пораст процента гојазне деце школског узраста у поређењу са 2013. годином.

Четири петине деце (82,5%) је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечних производа, што је више него 2013. и 2006. године (74,2%, односно 60,4%). Свако друго дете је свакодневно конзумирало воће (52,3%) и поврће (53,9%).

Две трећине (68,5%) деце се према Истраживању 2019. у слободно време бавило физичким активностима. Забележено је смањење физичке активности у популацији школске деце у односу на 2013. годину.

Здравље старијих

Трећина старијег становништва у Србији је оценила сопствено здравље као врло добро и добро (31,9%), што је побољшање у односу на 2013. годину, када је петина старијег становништва (22,4%) на исти начин оценила сопствено здравље. Упркос запаженом побољшању, Србија се у односу на овај показатељ и даље налази испод просека земаља Европске уније.

Преко четири петине старијих (85,7%) је изјавило да има неку дуготрајну болест или здравствени проблем, нешто више него 2013. године (75,8%).

Најучесталије обољење међу старијим становништвом Србије је било повишен крвни притисак, а следе болни поремећај у доњем делу леђа, коронарна болест, болни поремећај у вратном делу кичме, повишене масноће, шећерна болест, артроза и уринарна инконтиненција.

Сваки четврти старији становник је имао велике тешкоће са ходом, сваки једанаести са видом, и сваки седми са слухом, што је побољшање у односу на 2013. годину када је сваки трећи старији становник имао тешкоће са ходом, сваки девети са видом, а скоро сваки четврти са слухом.

Нешто мање од трећине старијих у Србији је имало озбиљне тешкоће у обављању свакодневних кућних активности, а скоро сваки десети становник у обављању активности личне неге, што је непромењено у односу на 2013. годину. У популацији старијих особа са потешкоћама при обављању кућних активности, неостварену потребу за помоћи имало је више од трећине (37,0%). У популацији старијих особа са потешкоћама при обављању личне неге, неостварену потребу за помоћи имала је скоро половина (44,8%).

Неку врсту повреде, у години која је претходила Истраживању, доживело је 7,4% старијег становништва, најчешће у кући (4,9%), што је непромењено у односу на 2013. годину (4,4%).

Сваки старији становник је у просеку једном у току месеца посетио лекара опште медицине или лекара специјалисту. Према подацима Истраживања 13,4% старијег становништва је примило вакцину против сезонског грипа у години која му је претходила, што је побољшање у односу на 2013, али се на основу овог показатеља Србија и даље налази међу земљама Европске уније у којима је регистрован најмањи проценат старијих особа које су примиле поменућу вакцину. У популацији старијих, забележен је низак степен коришћења стоматолошке здравствене заштите. Свака друга старија жена је

имала свог гинеколога, што је побољшање у односу на 2013. годину када је свака четврта старија жена имала свог гинеколога.

Услуге приватне праксе је користио сваки четврти старији становник, значајно више у односу на 2013. годину када је услуге приватне праксе користио сваки седми старији становник.

Услуге кућне неге и помоћи, које пружају здравствени радници или радници социјалних служби, користило је 5,2% старијих, непромењено у односу на 2013. годину (4,6%).

У Истраживању је регистрован нешто већи проценат коришћења лекова у популацији старијих (85,3%) од просека Европске уније (82,2%).

Четвртина старијег становништва је изјавила да има јаку социјалну подршку, више од половине умерену, док је сваки седми старији становник оценио социјалну подршку као слабу.

CIP - Каталогизација у публикацији - Народна библиотека Србије, Београд

314:61(497.1)"2019"(047)

614(497.1)"2019"(047)

ИСТРАЖИВАЊЕ здравља становништва Србије 2019. године / [аутори Наташа Милић ... [и др.]]. - Београд : OMNIA BGD, 2021 (Београд : BioGraf Comr). - 142 стр. : граф. прикази ; 24 cm

Подаци о ауторима преузети из колофона. - Тираж 300. - Стр. 8-9: Предговор / Миладин Ковачевић, Златибор Лончар, Верица Јовановић. - Напомене и библиографске референце уз текст.

ISBN 978-86-903192-0-6

1. Милић, Наташа, 1974- [аутор]

а) Здравље - Србија - Становништво - 2019 - Извештаји б) Здравствена заштита - Србија - 2019 - Извештаји

COBISS.SR-ID 36146185

ISBN 978-86-903192-0-6

