

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Катарина А. Боричић

ИСТРАЖИВАЊЕ ПОВЕЗАНОСТИ
ОДРЕДНИЦА ЗДРАВЉА СА
ЗДРАВСТВЕНИМ ПОНАШАЊЕМ
АДОЛЕСЦЕНАТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Докторска дисертација

Београд, 2017

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF MEDICINE

Katarina A. Boričić

ASSESSMENT OF THE ASSOCIATION
BETWEEN DETERMINANTS OF HEALTH
AND THE HEALTH BEHAVIOR AMONG
ADOLESCENTS IN SERBIA

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2017

Ментор: Проф. др Снежана Симић, професорка социјалне медицине, Медицински факултет Универзитета у Београду

Коментор: Проф. др Јелена Маринковић Ерић, професорка статистике, Медицински факултет Универзитета у Београду

Чланови комисије:

1. Проф. др Дејана Вуковић, професорка социјалне медицине, Медицински факултет Универзитета у Београду
2. Проф. др Дејана Станисављевић, професорка статистике, Медицински факултет Универзитета у Београду
3. Проф. др Ержебет Ач Николић, професорка социјалне медицине, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду

Датум одбране докторске дисертације:

*Захваљујем се својој менторки, проф. др Снежани Симић
и коменторки проф. Јелени Маринковић Ерић
на помоћи и подршци током израде рада*

Истраживање повезаности одредница здравља са здравственим понашањем адолесцената у Републици Србији

РЕЗИМЕ

Увод: Стање здравља адолесцената у Републици Србији не разликује се значајно у односу на здравље адолесцената у свету, али постоје, ипак, одређене специфичности, које су условљене друштвеним, политичким и економским променама последњих тридесет година. Циљ ове дисертације, био је да се испита повезаност демографских карактеристика и социјално-економских одредница са показатељима здравственог стања и понашања у вези са здрављем адолесцената у 2013. години и да се изврши анализа и поређење неједнакости у здрављу у 2000. 2006. и 2013. години.

Метод: У овом истраживању спроведена је секундарна анализа података из три национална испитивања здравственог стања становника Републике Србије, спроведених 2000., 2006. и 2013. године, по типу студије пресека, на репрезентативном узорку адолесцената старости 10 до 19 година (1421 у првом, 2194 у другом и 1693 у трећем испитивању). Упитници су коришћени као инструмент истраживања.

Резултати: Младићи ($OR=3.474$) имају већу шансу да се ризично понашају и имају лошије здравствено стање за разлику од девојака ($OR=.273$) које се чешће протективно понашају. Што су адолесценти старији имају веће шансе да се протективно ($OR=.832$) и ризично понашају ($OR=.527$), за разлику од млађих адолесцената који имају лошије здравствено стање. Адолесценти који живе у најбогатијим домаћинствима ($OR=.405$) и домаћинствима средњег квинтила благостања ($OR=.514$) имају већи шансу да се протективно понашају, док адолесценти из урбане средине ($OR=.543$) и они који живе у југоисточној и источној Србији ($OR=2.328$), имају већу шансу да се ризично понашају. Када се анализира образовање родитеља, уочава се да адолесценти чији очеви имају виши

ниво образовања ($B = -1.968$) имају веће шансе да се протективно понашају, док они чије мајке имају нижи ниво образовања ($B = 3.209$) имају већу шансу да се ризично понашају. Адолесценти из руралне средине имају већи ризик да су прекомерно ухрањени ($OR = .635$) или гојазни ($OR = .359$), као и адолесценти који живе у најбогатијим домаћинствима ($OR = 2.009$) и домаћинствима средњег квинтила благостања ($OR = 2.095$), док адолесценти чије мајке имају нижи ниво образовања ($OR = .273$) имају већи ризик да су прекомерно ухрањени. Насупрот очекивањима, адолесценти чије мајке имају виши ниво образовања имају шест пута већу шансу да се повредe него они чије су мајке нижег нивоа образовања. Што се тиче самопроцене здравља, адолесценти који живе у урбаној средини шест пута чешће, а адолесценти који живе у комплетној породици пет пута чешће процењују своје здравље као добро него лоше. У испитиваном периоду, дошло је до пораста величине односа шансе испољавања лошег протективног понашања, прекомерне ухрањености и гојазности, самопроцене здравља као добро, а опадања величине односа шансе неповређивања и испољавања малог ризика у понашању.

Закључак: Као важни предиктори здравственог стања и понашања адолесцената издвојили су се: године старости, пол, тип средине, географска област, структура породице, материјално стање домаћинства, образовање оца и мајке. У испитиваном периоду, дошло је до погоршања здравља и понашања у вези са здрављем адолесцената са једне стране али је са друге стране дошло до боље процене њиховог сопственог здравља.

Кључне речи: испитивање здравља, одреднице здравља, здравствено стање, понашање у вези са здрављем, адолесценти, ризично понашање, протективно понашање.

Научна област: Медицина

Ужа научна област: Јавно здравље

УДК БР.

Assessment of the association between determinants of health and the health behavior among adolescents in Serbia

SUMMARY

Introduction: The state of health of adolescents in the Republic of Serbia does not differ significantly in relation to the health of adolescents in the world, but there are, however, certain specifics, conditioned by the social, political and economic changes in the last thirty years. The aim of this doctoral dissertation was to examine the association between demographic characteristics and socio-economic determinants and the health status indicators and behaviors related to health among adolescents in 2013 and to analyze and compare the inequalities in health between 2000, 2006 and 2013.

Methods: Data from the 2000, the 2006 and the 2013 National Health Surveys for Serbia were used, conducted as cross-sectional studies on a representative sample of adolescents aged 10 to 19 (1421 in the first survey, 2194 in the second survey and the 1693 in the third survey). The information on population health was obtained from the questionnaires.

Results: Boys ($OR=3.474$) were more likely to engage in risky behaviors and to have poorer health status than girls ($OR=.273$), which are engage in protective behaviors significantly more often. As older, adolescents are more likely to engage in protective ($OR = .832$) and risky behaviors ($OR=.527$), unlike younger ones who have poor health. Adolescents from the richest ($OR=.405$) and the middle-class ($OR=.514$) have a higher chance to engage in protective behaviors, while adolescents from urban areas ($OR=.543$), and those who live in Southeast and East Serbia ($OR = 2.328$), are more likely to engage in risky behaviors. Parental educational level is an important predictor of adolescent's behaviors, so it has been found that adolescents whose fathers have a higher education level ($B=-1.968$) are more likely to engage in protective behaviors, while those whose mothers have a lower educational level ($B=3.209$) are more likely to engage in risky behaviors. Adolescents from rural areas were more likely

to be overweight ($OR=.635$) or obese ($OR=.359$), as adolescents from the richest ($OR=2.009$) and from the middle class ($OR = 2.095$), while those whose mothers have a lower educational level ($OR=.273$) were more likely to be overweight. Contrary to expectations, adolescents whose mothers have a higher educational level were six times more likely to get hurt than those whose mothers have lower levels of education. Adolescents who live in urban areas and the adolescents who live in a complete family are six or five times more likely to assess their health as good than bad. In the study period, there was an increase in the odds ratio of the expression of poor protective behaviors, overweight/obesity, self-perceived health as good, and there was a decline in the size of the odds ratio of the expression of non-injury and poor risky behavior.

Conclusion: The most frequent predictors of health status and behaviors of adolescents are: age, gender, type of environment, geographical area, family structure, household financial status and education of parents. The study suggests that health status and behaviors in relation to adolescent health deteriorated over a thirteen year period, while on the contrary there was an increase in the frequency of assessment of their own health as good.

Key words: health survey; determinants of health, health status, health behavior, adolescents, risky behavior, protective behavior

Scientific field: Medicine

Narrow scientific field: Public Health

UDK BR.

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1. 1. Период адолесценције	1
1.2. Демографске карактеристике адолесцената.....	2
1.3. Одреднице здравља.....	3
1.3.1. Индивидуалне карактеристике адолесцента	4
1.3.1.1. Пол	4
1.3.1.2. Године старости.....	6
1.3.2. Социјалне детерминанте	7
1.3.2.1. Породица	8
1.3.2.2. Вршњаци	8
1.3.2.3. Школско окружење	9
1.3.2.4. Околина	9
1.3.3. Животни стилови адолесцената.....	10
1.3.4. Економске детерминанте здравља.....	13
1.4. Здравље адолесцената	15
2. ЦИЉЕВИ РАДА	19
3. МЕТОД РАДА	20
3.1. Извор података и врста студије	20
3.2. Узорак	20
3.3. Инструменти прикупљања података.....	22
3.4. Варијабле коришћене у истраживању	23
3.5. Конструкција индекса ризичног и индекса протективног понашања	34
3.6. Статистичке методе обраде података	36
4. РЕЗУЛТАТИ	43
4.1. Основне демографске и социјално-економске карактеристике испитаника	43
4.2. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања	48
4.2.1. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања – дистрибуција категорија варијабли	48

4.2.2. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања – факторска анализа	49
4.2.3. Карактеристике индекса ризичног и индекса протективног понашања	52
4.3. Анализа повезаности показатеља здравственог понашања и здравственог стања са детерминантама здравља	52
4.3.1. Анализа повезаности индекса протективног и индекса ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години.....	53
4.3.2. Анализа повезаности терцила протективног понашања са детерминантама здравља у 2013. години	55
4.3.3. Анализа повезаности терцила ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години.....	60
4.3.4. Анализа повезаности степена ухрањености адолесцената са детерминантама здравља у 2013. години.....	65
4.3.5. Анализа повезаности самопроцене здравствља са детерминантама здравља у 2013. години.....	69
4.3.6. Повезаност повређивања са детерминантама здравља у 2013. години..	71
4.3.7. Повезаност индекса протективног и индекса ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања са детерминантама здравља – различити модели регресије	74
4.4. Анализа трендова индекса протективног и индекса ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања по годинама истраживања.....	79
5. ДИСКУСИЈА	86
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	127
7. ЛИТЕРАТУРА	131

1. УВОД

1. 1. Период адолесценције

Адолесценција (од латинске речи *adolescere* = расти, развијати се, сазревати) је период живота за који постоји онолико дефиниција колико је и аутора који се њоме баве. Ипак, најчешће се одређује као прелазни период између детињства и одраслог доба, период у коме долази до интензивног раста и сазревања, како физичког тако и психичког¹. Светска здравствена организација (СЗО) дефинише адолесценте као младе људе старости од 10 до 19 година². Овај период се најчешће дели у три фазе: рану (10–13 година), средњу (14–16 година) и касну (17–19 година) адолесценцију³.

У неким културама постоји „обред иницијације“ којим се јавно обележава прелазак из периода детињства у период одрасле особе, тако да у тим културама период адолесценције је веома кратак и траје колико и припрема за тај обред и сам свечани чин. Међутим, у западној култури, где такав обред не постоји веома је тешко одредити почетак и крај адолесценције. Најчешће се промене у биолошком развоју организма које су резултат промене хормонског статуса узимају за почетак адолесценције док социјална зрелост, промена дотадашње улоге у друштву као и очекивања које друштво има од људи одређеног узраста за одређивање краја овог периода¹.

Уочавају се и велике разлике у дужини трајања овог периода између различитих земаља и култура. Пубертет започиње све раније у многим земљама, мада уопштено гледано, време добијања прве менструације у високо развијеним земљама не осцилира и креће се око 12, 13 године. Прелазак у одрасло доба се све више одлаже пре свега због вишегодишњег образовања, промена у очекивању младих везаних за оснивање породице и остављања потомства, као и контроли рађања коришћењем савремених контрацептивних метода¹.

Без обзира на неслагања када је у питању одређивање почетка и краја адолесценције, већина аутора се слаже у томе да је ово период који се одликује

специфичним потребама и правима у вези са развојем особе⁴. Такође, у овом периоду млада особа мора да стекне знање и развије вештине које се тичу прихватања родном условљене социјалне улоге, управљања емоцијама и грађењу хармоничних односа са другим особама оба пола, усвајање система вредности, идеологије и ставова и усвајање социјално одговорног понашања, што је изузетно значајно за њен даљи развој^{5,6}.

Овај период карактерише склоност испробавања разних облика понашања у циљу стицања искуства и вештина, које им могу помоћи у дефинисању нових друштвених улога. Међутим, тежња ка испробавању нових животних могућности не мора увек да буде праћена понашањима која имају адаптивну функцију. Период адолесценције је и од суштинске важности за успостављање понашања у вези са здрављем касније у животу¹.

1.2. Демографске карактеристике адолесцената

Постоји око 1,2 билиона адолесцената што чини 18% светске популације. Посматрано међу земљама, удео адолесцената у општој популацији се креће од око 23% у неразвијеним до 12% у високоразвијеним земљама. Удео адолесцената у светској популацији је већ достигао свој врхунац 1980. године, а сада је у опадању у готово свим земљама. Процењује се да ће се тренд опадања наставити и даље, док ће са друге стране апсолутни број адолесцената расти до 2050⁷.

Упадљиве разлике које постоје међу земљама, су резултат чињенице да се земље налазе у различитим фазама демографске транзиције. Наиме, у неразвијеним земљама је дошло до пада стопе морталитета, постоји велика разлика између стопе морталитета и наталитета, што је довело до последичне експлозије становништва са високим уделом младих, док је у високоразвијеним земљама ситуација таква да је дошло до пада стопе и морталитета и наталитета, а популација је испод нивоа за просту замену⁷.

Према последњем Попису становништва из 2011. године, адолесцената је као популационе групе узраста од 10 до навршене 19 године, било у Републици Србији (без података за АП Косово и Метохију) 748 863, са уделом од 10.4 % у укупном броју становника, што је за 2.1% мање него 2002. године. Такође,

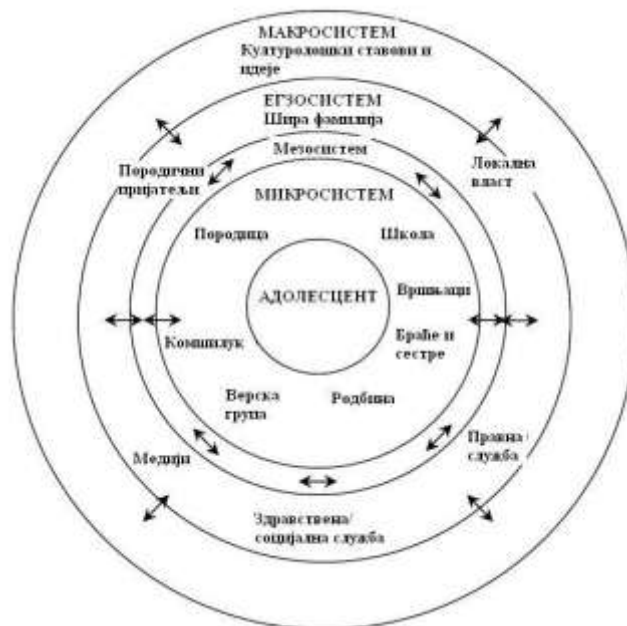
забрињава чињеница да је у периоду између два последња пописа дошло до пада укупног броја становника за 4.1%, да је порасла просечна старост становништва (повећала се за две године), а број старијих особа премашио број младих. Поменути показатељи сврставају Србију међу демографски најстарије земље на свету⁸.

1.3. Одреднице здравља

Одреднице (детерминанте) здравља јесу лични, социјални, економски и околински фактори који одређују здравствено стање појединаца или популација⁹.

Један од модела који најбоље објашњава како већина одредница здравља утиче на исходе по здравље током периода адолесценције је еколошки модел. Овај модел који је настао педесетих година двадесетог века, наглашава спектар различитих детерминанти здравља, њихов међусобан однос и утицај на здравље адолесцената и њихов развој. Јури Бронфенбренер је у својој књизи „Екологија људског развоја“ из 1979. године, изнео теорију физичког, когнитивног и емоционално-социјалног развоја детета и касније младог човека¹⁰.

Наиме, у Бронфенбренеровом моделу, средина у којој дете живи представљена је као низ концентричних кругова, при чему се сваки круг садржи у следећем при чему они заједно чине еколошке системе. Дете односно млада особа је представљена у центру круга. Најближи круг „микросистем“ чини непосредно окружење адолесцената и њега чине породица, наставници, вршњаци. Следећи слој „мезосистем“ чине међусобни односи између елемената система, на пример однос родитељ наставник, као и однос браће и сестара са вршњацима. Следећи слој „мезосистем“ чине међусобни односи између елемената система, на пример однос родитељ наставник, као и однос браће и сестара са вршњацима. Социјално окружење које чини локална власт, масовни медији, пружаоци услуга чине „егзосистем“, док последњи и најшири „макросистем“ обухвата културу и субкултуру средине у којој адолесцент живи¹⁰.



Слика 1: Бронфенбренеров еколошки модел

Извор: Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1979.

Детерминанте које утичу на здравље адолесцената могу деловати на нивоу појединца или на нивоу окружења у коме адолесцент живи.

1.3.1. Индивидуалне карактеристике адолесцента

Индивидуалне карактеристике адолесцента могу бити како фактори ризика тако и протективни фактори и оне укључују пол, године старости, успех у школи, уверења и самопоуздање.

1.3.1.1. Пол

Политичке и економске могућности које се пружају особама женског пола у једној земљи, заједно са културним и религиозним нормама понашања везаним

за пол, у значајној мери имају утицај на изложености младих људи како ризичним тако и заштитним факторима по здравље.

Неједнакости условљене полом су присутне у многим аспектима здравља код одраслих особа у високоразвијеним земљама. У периоду адолесценције, подаци истраживања у Европи, као и Канади и САД показали су неједнакости по полу од раног периода адолесценције: девојке константо показују лошије вредности показатеља здравља и благостања, као што је самопроцена сопственог здравља, психосоматске симптоме и тегобе, задовољство животом. Разлике по полу у оцени сопственог здравља, задовољство сопственим животом и преваленцији вишеструких здравствених тегоба се могу објаснити већим очекивањима код девојака или пак ограничењима у мерењу здравственог стања. Наиме, питања о присутним тегобама више су усмерена на тегобе које се испољавају као реакција на стрес код девојка него што је то случај код младића¹¹.

Иако су младићи чешће прекомерно ухрањени или гојазни, девојке чешће имају лошију перцепцију сопственог тела и чешће примењују понашања у вези са редукцијом телесне масе. Разлике по полу у доживљају сопственог тела се објашњавају физичким променама у току адолесценције као и присутним друштвеним нормама о идеалном изгледу жена и мушкараца. Физичке промене које се дешавају у периоду адолесценције код младића су у складу и са њиховим очекивањима као и са опште прихваћеним друштвеним нормама, што није случај код девојака¹².

Што се тиче протективног понашања, девојке чешће воде рачуна о исхрани и хигијени, док су за разлику од њих младићи физички активнији. Младићи чешће раније започињу експериментисање са ризичним понашањем, али је запажено да разлика у ризичном понашању постепено нестаје међу половима, што се нарочито види у повећаној учесталости девојака које пуше^{13,14}, односно конзумирају алкохол^{15,16} у неким земљама и регионима. Објашњење лежи у томе што су младићи и девојке заменили своју улогу у друштву као и родни идентитет, тако да се на пример конзумирање јаких алкохолних пића више не повезује са доминантном мушком фигуром, чиме таква врста пића постаје прихватљива за жене¹⁷. Младићи чешће ступају у сексуалне односе него девојке, а разлика према

полу је највећа у источноевропским земљама. Разлике које постоје међу различитим земљама, указују да друштвене норме које се тичу сексуалности могу утицати на време ступања у сексуални однос¹⁸.

Учешће у тучи, насиљу и повређивање је чешће код младића, што се објашњава идентификовањем са њиховом родном улогом¹⁹. Виша преваленција повређивања међу младићима се може објаснити њиховим чешћим учешћем у спортским активностима²⁰ за разлику од девојака.

1.3.1.2. Године старости

Понашање младих у вези са здрављем се мења током периода адолесценције и обрасци понашања који се успоставеју у овом периоду често постају трајни касније у животу¹.

Уопштено гледано уочава се пораст преваленције адолесцената који се ризично понашају и имају негативне исходе по здравље са годинама старости, док опада учесталост оних који се протективно понашају.

Запажају се и варијације између земаља и региона, што се може објаснити разликама у културном и економском контексту, као и различитим законским регулативама у одређеним областима, што све са своје стране може моделовати улогу родитеља и вршњака на формирање одређених понашања код младих¹².

Утицај социјалних детерминанти може да објасни варијације у понашању које настају са годинама старости. Наиме, родитељи имају јачи утицај него вршњаци у најмлађој старосној групи у креирању дневних obroка и провођењу слободног времена. Касније, са годинама долази до сазревања, слабљења утицаја родитеља и пораста утицаја понашања у вршњачкој групи које може да подстиче експериментисање са ризичним понашањем или пак протективно понашање. Улазак у адолесценцију значи повећану аутономију код куће, са вршњацима и у школи. Иако, већина адолесцената ужива у повећаној аутономији и слободи, то са друге стране може довести до доживљаја већег стреса. Пријатељи могу да имају улогу повереника, нарочито у стресним ситуацијама, фрустрацијама и несигурностима проузрокованим конфликтним ситуацијама⁹.

1.3.2. Социјалне детерминанте

Социјалне детерминанте, односно услови у којима адолесценти живе, расту и развијају се утичу на здравље адолесцената на комплексан и интерактиван начин, и то како у садашњости са непосредним ефектима тако и дугорочно гледано и у будућности при чему је ефекат кумулативан. Веома је важно истаћи да социјалне детерминанте делују током читавог животног циклуса²¹.

Многи теоријски модели објашњавају утицај социјалних детерминанти, почев од проксималног нивоа, који чине породица, вршњаци, преко заједнице, до детерминанти који чине најудаљенији слој, као што су економске могућности једне земље. Најчешће се као модел користи концептуални оквир Комисије СЗО о социјалним детерминантама здравља у коме можемо идентификовати два главна нивоа на којима делују детерминанте здравља: структурни и проксимални. Ови нивои се подударају са слојевима еколошког модела који делују на развој младе особе⁹.

Структурне детерминанте чине основу структуре једне државе, доводе до друштвеног раслојавања и чине их: политички и економски систем, систем социјалне заштите, здравствени и образовни систем једне земље. У ове детерминанте спадају и појава миграција, сиромаштво, појава бескућника, постојање сексуалних или родних норми, етничких група, као и детерминанте попут ратних сукоба и климатских промена⁹.

Проксималне или интермедијарне детерминанте чине околности свакодневног живота адолесцента. Ове детерминанте обухватају квалитет породичног окружења и вршњачких односа, затим доступност хране, становања, и рекреације, као и приступ образовању и здравственим услугама. Проксималне детерминанте настају као резултат друштвеног раслојавања, али и као резултат културолошких, верских и других фактора заједнице. Проксималне детерминанте успостављају индивидуалне разлике и рањивост младе особе како на ризичне тако и на заштитне факторе у вези са здрављем⁹.

Докази из литературе у последњих неколико деценија показале су повезаност социјалних детерминанти са исходима по здравље и понашањем у вези здравља²²⁻⁵⁷.

1.3.2.1. Породица

Породични чиниоци су детерминанте здравља које делују током целокупног животног циклуса и они имају примарни утицај на развој детета а касније и младог човека. Током периода адолесценције, утицај породичних фактора слаби, док уместо њих примат добијају фактори вршњачке групе. Ипак, објављени радови показали су утицај протективних фактора из породичне средине на развој образаца понашања адолесцената, пре свега понашање родитеља у вези са здрављем⁵⁸.

Фактори породичне средине који делују као заштитни фактори на развој ризичних понашања у периоду адолесценције односе се на добре социјалне везе унутар породице²², комуникацију и подршку од стране родитеља²³⁻²⁵, активно учествовање родитеља у праћењу активности своје деце²⁶⁻²⁹, стил понашања родитеља^{30,31} и породичне норме и ставови^{32,33}. Сопствено понашање родитеља може директно утицати на исходе по здравље и понашање адолесцената³¹, кроз обликовање како протективног понашања³⁰, или пак моделовање ризичног понашања^{32,34,35}.

На породичне факторе утичу други фактори и то пре свега структурне детерминанте, које се односе на начин како породица развија своје економске и социјалне ресурсе. Потреба да се оствари приход, заједно са лошим здрављем родитеља, може да лимитира способност родитеља да пружи подршку и заштите младе људе⁹.

1.3.2.2. Вршњаци

Развој добрих односа са вршњацима су кључни фактор у помагању младима да формирају сопствени идентитет, развију социјане вештине, самопоштовање и успоставе аутономију¹².

Утицај вршњака делује у оквиру ширег друштвеног контекста и представља природни наставак односа са родитељима током периода адолесценције. Ипак, урбанизација и економски развој урушили су традиционалну улогу породице и

повећали утицај вршњачке групе, нарочито код младих дислоцираних из својих средина као и код младих из маргинализованих група⁹.

Слично факторима породичне средине и вршњачке групе и норме, могу да протективно делују на настанак ризичног понашања³⁶. Ипак, фактори везани за вршњачку групу могу и да повећају ризик за настанак ризичног понашања³⁷.

Постојање друштвених мрежа обезбеђује нове могућности да фактори вршњачке групе утичу на здравље адолесцената³⁸⁻⁴².

1.3.2.3. Школско окружење

Перцепција школе је од изузетног значаја за развој самопоштовања и самоперцепције и понашања у вези са здрављем⁹.

Што се тиче доживљаја школе, успеха у школи и притиска од стране школских обавеза, подаци из међународне студије „Понашање у вези са здрављем школске деце“ из 2013/2014 године показују да су девојке, нарочито млађе, чешће задовољније школом и имају бољи успех у школи, доживљавају мањи притисак школских обавеза него младићи, док са годинама старости ситуација постаје обрнута. Без обзира што не постоји конзистентна веза материјалног стања са доживљајем школе и притиска од стране школских обавеза, адолесценти бољег материјалног стања чешће доживљавају школу као позитивно искуство¹².

. Према подацима из литературе, перцепција подржавајуће школске средине утиче на успостављање протективног понашања и бољих исхода по здравље, бољу оцену сопственог здравља и задовољство животом, мање испољавања здравствених тегоба⁴³⁻⁴⁵ и нижу преваленцију ризичних понашања^{46,47}.

1.3.2.4. Околина

Промене које се дешавају у околини адолесцента подједнако утичу на унутрашње промене које се одвијају у младој особи и обрнуто. Ови спољни утицаји, који се разликују међу разним културама и друштвима све више добијају

на значају управо због процеса урбанизације, глобализације и приступа дигиталним медијима и друштвеним мрежама⁵⁹. Окружење са високим нивоом социјалног капитала креира боље исходе по здравље, протективна понашања, мање заступљена ризична понашања, бољу перцепцију здравља^{48,49} и веће могућности за рекреацију⁶⁰.

Иако су исходи по здравље бољи у урбаној него руралној средини, у неразвијеним и земљама у развоју, процес урбанизације је резултирао експлозијом сиромашних приградских насеља у коме сада живи половина светске популације укључујући велики број адолесцената који се суочавају са озбиљним ризицима по здравље захваљујући недостатку јавне инфраструктуре, лошим условима становања и високом нивоу насиља⁶¹.

Постоје докази о повезаности мултиетничког окружења са здрављем адолесцената, и то у високоразвијеним земљама и са исходима које се односе на ухрањеност⁵⁰, злоупотребу супстанци⁵¹, ментално здравље⁵² и ризично сексуално здравље⁵³. Ове повезаности нису условљене у потпуности структурним детерминантама, већ и различитим културним, религиозним нормама, дискриминацијом, као и индивидуалним разликама у начину усвајања друштвених норми земље домаћина⁹.

1.3.3. Животни стилови адолесцената

Понашања у вези са здрављем успостављена у периоду адолесценције обликују здравље како током периода адолесценције, тако и у каснијој животној доби. Нека од ових понашања су главни узрок морталитета и морбидитета код адолесцената, као што су покушаји самоубиства, повреде, разни ризици код незаштићеног сексуалног односа, неухрањеност или проблеми настали услед недостатака одређених нутријената у исхрани. Са друге стране, ризична понашања као што су конзумирање цигарета и алкохола, прекомерни унос хране и физичка неактивност успостављена у периоду адолесценције могу допринети развоју хроничних незаразних болести касније у одраслом добу. Насупрот томе, многа понашања успостављена у овом периоду могу да буду и протективна а

односе се на правилну исхрану, адекватну физичку активност или пак употребу кондома².

Навике повезане са правилном исхраном као што су навика свакодневног доручковања⁶²⁻⁶⁴, навика конзумирања воћа и поврћа⁶⁵⁻⁶⁷ и редови оброци у породичном окружењу⁶⁸⁻⁷⁰, најчешће су се повезивале са позитивним исходима по здравље, са јаким доказима о смањењу ризика од настанка хроничних незаразних болести. Ови обрасци понашања који су успостављени у периоду адолесценције се одржавају и у популацији одраслих⁷¹⁻⁷³. Свакодневно доручковање је ређе код девојака, старијих адолесцената и оних лошијег материјалног стања, док је унос воћа и поврћа чешћи код девојака, бољег материјалног стања и млађих адолесцентима. Већа аутономија која постоји код старијих адолесцената чини их независним у избору хране што се објашњава смањеним утицајем родитеља на овај образац понашања у периоду адолесценције, док разлике према материјалном стању могу да рефлектују доступност и избор хране у различитим социјално-економским групама¹².

Навика оралне хигијене је начин да се превенирају хроничне незаразне болести као што су кардиоваскуларне болести, хипертензија, шећерна болест и метаболички синдром, затим перидонталне болести и дентални каријес^{73,74}. Учесталост прања зуба се повећала међу школском децом у многим земљама али још увек није достигнута препоручена учесталост, нарочито међу младићима. Уочено је да девојчице перу зубе чешће него младићи у свим старосним групама и свим земљама и регионима, а да је материјално стање директно повезано са навиком прања зуба¹².

Предности од упражњавања физичке активности на физичко, ментално и социјално здравље и успех у школи је добро документовано⁷⁵⁻⁷⁷. Уопштено речено, ниво физичке активности је био стабилан током прошле декаде али је мали проценат младих упражњавао препоручену физичку активност⁷⁸. Уочено је да учесталост упражњавања физичке активности опада током периода адолесценције, при чему расте учесталост упражњавања седентарних активности испред екрана. Девојке су мање активне него младићи у већини земаља и региона. Студије су показале да је време проведено гледањем телевизора опало у

претходној декади, али је са друге стране порасла учесталост младих који време проводе уз смарт телефоне, таблете и компјутере¹².

Ризично понашање се дефинише као добровољно понашање које прати постојање одређеног објективног и/или субјективног степена ризика. Ирвин је утврдио да ове облике понашања би требало назвати “понашање преузимања ризика,” јер се ради о адолесцентима који свесно и вољно учествују у ситуацијама у којима је ризик је сигуран, а исход непознат, али са великом вероватноћом да буде негативан по здравље⁷⁹.

Алкохол је једна од најшире доступних и најчешћих психоактивних супстанција у популацији младих¹². Млади људи користе алкохол да задовоље своје личне и социјалне потребе, успоставе друштвене контакте. Злоупотреба алкохола смањује самоконтролу и повећава шансу за ризичним понашањем код младих, као што је ризично сексуално понашање, ризична возња и насиље². Упркос стално високим стопама преваленције конзумирања алкохола, промене трендова у последње две деценије указују да је дошло до пада конзумирања алкохола у популацији младих. Нажалост, промене у преваленцији екцесивног пијења су биле мање изражене и то у популацији младића⁸⁰.

Пушење је најчешћи узрок превременог губитка здравља који доводи до скоро 6 милиона смртних случајева годишње⁸¹. Свакодневно пушење испољава непосредне штетне последице по здравље адолесцената укључујући зависност, смањење функције плућа и астму⁸². Опадајући тренд преваленције пушења је последица имплементираних мера у области контроле дувана током последње две декаде⁸³. Уочава се опадајући тренд преваленције пушења међу младима, као и смањење разлике у преваленцији пушења посматрано према полу, мада је преваленција свакодневног пушења и раног започињања пушења и даље виша код младића⁸⁰.

Марихуана је илегална дрога која се најчешће користи међу школском децом широм Европе са просечна преваленцијом од 7% адолесцената који су користили марихуану у последњих 30 дана. Између 1995. и 2015. године, тренд у употреби марихуане указују на пораст како у пробању марихуане, тако и њеној употреби у последњих 30 дана. Преваленција је достигла врхунац у 2003. години,

да би након тога незнатно опала⁸⁰. Докази из литературе указују на то да је коришћење марихуане опасно и штетно по здравље, нарочито за младе уколико је користе редовно⁸⁴.

Сексуална активност започиње у периоду адолесценције. Младе особе су под већим ризиком од негативних исхода по здравље него што су то одрасле особе управо због своје физичке, емотивне и когнитивне незрелости и тенденције ка ризичном понашању^{85,86}. Младићи чешће ступају у сексуалне односе у већини земаља, мада се разлика по полу смањује. Више од половине сексуално активних адолесцената у већини земаља је користио кондом при последњем односу, али значајно мањи број то није. Коришћење контрацептивних пилула је ређе него кондома у земљама западне и северне Европе, а објашњење лежи у мањој доступности¹².

Укљученост у малтретирање, било као вршилац насиља или као жртва имају негативне последице по здравље адолесцената као што је присутност психосоматских симптома, дугорочне проблеме у понашању и проблем злоупотребе психоактивних супстанција⁸⁷⁻⁸⁹. Велике варијације у преваленцији малтретирања су уочене међу земљама, што се објашњава чињеницом да на ту појаву утичу културне норме, социјално-економски фактори и успешност програма имплементираних у школској средини. Док младићи значајно чешће врше малтретирање у свим земљама и скоро у свим старосним категоријама, разлика по полу је мање изражена у случају трпљења малтретирања и у случају малтретирања путем друштвених мрежа¹².

Уопштено гледано, поједина ризична понашања имају тенденцију да се групишу у кластере и међусобно корелирају, увећавајући претњу по здравље адолесцената и препреку за развој превентивних програма⁹⁰⁻⁹⁴, а код неких адолесцената њихово груписање и степен корелације је толико јак да се развија „синдром ризичног понашања“⁹⁵.

1.3.4. Економске детерминанте здравља

Материјално стање је важан предиктор здравља младих људи. Уопштено говорећи, социјално-економске детерминанте могу да ограниче усвајање

протективних понашања⁹⁶⁻⁹⁹, што све доводи до лошијих исхода по здравље. Многе од ових неједнакости постоје и повећавају се током времена^{100,101}. Материјално благостање једне земље повезано је са исходима по здравље адолесцената⁵⁴. Такође, и дистрибуција материјалног благостања унутар земаља такође значајно утиче на здравље младих. Уопштено говорећи младе особе које живе у оваквим срединама имају лошије исходе по здравље независно од материјалног стања њихових породица⁵⁵⁻⁵⁷.

Интересовање за истраживања о неједнакостима у здрављу пре свега социјално-економским неједнакостима међу адолесцентима порасло је последњих неколико деценија али углавном у развијеним земљама Европе и северне Америке, док је интересовање било мало у земљама у развоју. Разлог лежи у недостатку одговарајуће и опште прихваћене мере социјално-економског статуса адолесцената, неконзистентне повезаности социо-економских детерминанти са исходима по здравље, разликама у циљној групи и разликама услед недостатка општеприхваћених показатеља здравља адолесцената¹².

Традиционално, епидемиолошке студије су користиле ниво образовања, врсту занимања, радни статус и примања као мере социјално-економског статуса.

Комисија СЗО за социјалне детерминанте здравља истакла је доказе о повезаности образовања и успеха у школи у раном периоду живота са исходима по здрављу касније у животу. Одређен број студија на националном нивоу показао је да је завршетак средње школе повезан са бољим здравственим стањем адолесцената⁹.

У популацији адолесцената, најчешће се као мера социјално-економског статуса користи социјално-економски статус оца, мајке или главе породице¹⁰⁰. У рутинској статистици, подаци о занимању родитеља се прикупљају од њих самих, док у истраживањима где се подаци о социјално-економском статусу родитеља прикупљају од стране адолесцената, методолошки проблем представља велики број недостајућих података, јер адолесценти или не знају или не желе да пруже такве информације¹⁰⁰.

Све горе поменуто је довело до пораста интересовања за истраживање других мера социјално-економског статуса¹⁰¹⁻¹⁰³. У оквиру велике међународне

студије СЗО „Понашање у вези са здрављем школске деце“, која се понављала на сваке четири године на национално репрезентативном узорку деце старости 11, 13 и 15 године у земљама учесницима Европе и Северне Америке¹⁰⁰, развијена је породична имовинска скала (ФАС - *the Family Affluence Scale*) која је у својој првобитној форми употребљена у истраживању из 1990. године у Шкотској, да би се дошло до модификације скале у наредним циклусима истраживања. Поузданост ове скале је процењена упоређивањем података добијених о социјално-економском статусу од стране родитеља и адолесцената. Ипак, ова скала има и ограничења што захтева њено даље усавршавање. Ова скала се као мера социјално-економског стања адолесцената користила и у другим студијама¹⁰⁴⁻¹⁰⁷, а у модификованом облику укључена је у индекс дечијег благостања у Европској унији¹⁰⁸, као и у индекс дечијег материјалног благостања УНИЦЕФ-а¹⁰⁹.

Уопштено гледано, адолесценти бољег материјалног стања имају боље односе у породици и са вршњацима, остварују бољи успех у школи, имају боље исходе по здравље и чешће се протективно понашају. Међутим, мање конзистентна веза постоји између породичног материјалног стања и неких ризичних понашања. Наиме, лошије материјално стање је повезано са свакодневним пушењем, али не и са годинама почетка пушења, пробања алкохола и марихуане. Млади лошијег материјалног стања имају веће шансе да буду жртве малтретирања, али није утврђена конзистентна повезаност са учешћем у тучи, малтретирању других и малтретирању путем друштвених мрежа¹².

1.4. Здравље адолесцената

Упркос томе што се адолесценти сматрају здравом популационом групом, о чему говоре и ниске стопе смртности и оболевања у овом узрасту у поређењу са другим популационим групама, и даље су оне значајне. Наиме, уочава се лагани тренд опадања глобалне стопе морталитета од око 12% у последњих 50 година и то у свим регионима у свим старосним групама, осим код младића старости од 15 до 19 година који живе у источном Медитерану и Сједињеним Америчким Државама. Стопа смртности је и даље највећа у Африци, где се уочава тренд

пораста стопе морталитета са 34% на 43% глобалне смртности адолесцената старости од 10 до 19 година у периоду између 2000. и 2012. године. Водећи узроци умирања међу адолесцентима биле су саобраћајне повреде, инфекција вирусом хумане имунодефицијенције, самоубиство, инфекције доњих респираторних путева и вршњачко насиље¹¹⁰.

Када говоримо о оболевању, најбољи показатељ су изгубљене године живота услед неспособности (*YLD - the Years Lost due to Disability*) којим се квантификује терет морбидитета и олакшава поређење различитих обољења и стања¹¹¹. Првих пет ранжираних узрока изгубљених година живота услед неспособности код адолесцената старости 10 до 14 година је анемија, болести коже и подкожног ткива, униполарни депресивни поремећај, поремећај понашања, бол у леђима и врату, и анксиозност. Слично је и код адолесцената узрасне категорије од 15 до 19 година старости, осим што су болести коже и подкожног ткива на првом а анемија на петом месту. Депресивни поремећаји су водећи узрок изгубљених година живота услед неспособности код девојака старије узрасне категорије. Поменути поремећаји и стања су одговорни за скоро 50% изгубљених година живота услед неспособности код адолесцената¹¹¹.

Здравље адолесцената се најчешће анализира у односу на различите врсте исхода по здравље који се односе на здравствене проблеме или пак понашања у вези са здрављем, како ризична тако и протективна.

Најчешће се у популацији адолесцената користе следећи показатељи општег здравља: самопроцена здравља, задовољство животом, присуство здравствених тегоба, повређивање и ухрањеност¹².

Самопроцена здравља је веома добар извор информација о субјективном здравственом стању испитаника и обухвата физички и ментални аспект здравља¹¹². Самопроцена здравља је субјективни показатељ општег здравља. У периоду адолесценције, не односи се на присуство или одсуство хроничних болести или неспособности, већ уопштено на разумевање себе. Овај показатељ је независан предиктор морбидитета и морталитета касније у животу и то након контролисања других фактора¹¹³.

Постоји значајна разлика у преваленцији субјективних исхода по здравље, пре свега самопроцене здравља посматрано према годинама старости, полу и социјално-економским детерминантама. Преваленција лоших субјективних здравствених исхода расте са годинама и погађа девојке више од дечака, стим да се та разлика по полу повећава са годинама старости. Константан налаз у литератури је повезаност између лошег материјалног стања и лоше перцепције сопственог здравља¹².

Повређивање је приоритетни јавноздравствени проблем у адолесценцији и један од водећих узрока смрти међу младим људима широм света¹¹⁴. Повређивање је у корелацији да другим ризичним понашањем као што је злоупотреба супстанција¹¹⁵⁻¹³¹, учешће у насиљу¹³², неношење кациге¹³³, коришћење безалкохолних пића¹³⁴, зависност од интернета¹³⁵, као и протективних понашања као што је ношења кациге, заштитне опреме, везивања појаса^{136,137}, увођења законских прописа¹³⁸ и едукације о безбедности у кући и коришћењу заштитне опреме^{139,140}, као и програм вежбања¹⁴¹. Младићи се више повређују него девојке, преваленција повређивања опада током периода адолесценције и учесталост је већа код младих бољег материјалног стања. Тренд повређивања се није мењао током времена, упркос постигнутом напретку у превенцији повреда. Разлике које су уочене према полу и материјалном стању могу да се објасне већим учешћем младића и младих бољег материјалног стања у спорту као и већој доступношћу здравственим услугама¹².

Прекомерна телесна маса, укључујући гојазност, је мултифакторско обољење, које као глобална пандемија представља озбиљну опасност како за садашње тако и за будуће здравље младих¹⁴². Фактори ризика из литературе који су одговорни за појаву гојазности код деце и адолесцената су наследни и развојни фактори, социјални и културални фактори у окружењу, навике у исхрани, начину провођења слободног времена, и бављења физичком активношћу¹⁴³.

Девојке су чешће незадовољне сопственим телом и предузимају акције како да би редуковале сопствену телесну масу чешће него што то чине младићи, иако су младићи чешће прекомерно ухрањени. Висока преваленција прекомерне телесне масе је повезана са лошијим материјалним стањем у неким земљама али

се ови резултати морају узети са резервом због давања података од стране адолесцената¹².

У свакодневној пракси, ниво ухрањености се процењује на основу телесне тежине и висине и израчунавања индекса телесне масе (ИТМ), који је најпогоднији начин за мерење релативне гојазности може се лако израчунати, релативно је јефтин, веома је прихватљива од учесника, што је посебно важно за младе који нерадо прихватају мерење, и у корелацији је са процентом масти у организму. Вредности ИТМ су специфичне за пол и године старости, у популацији деце и омладине узраста од 2 до 20 година. Три међународна референце се широко користе за процену прекомерне телесне масе и гојазност код деце и адолесцената: критеријуми Међународне радне групе за гојазност, таблице раста Центра за контролу и превенцију болести и критеријуми Светске здравствене организације. Међутим, не постоји јасан консензус који систем класификације треба користити за дијагнозу прекомерне тежине и гојазност¹⁴⁴.

Стање здравља адолесцената у Републици Србији не разликује значајно у односу на то адолесцената у свету, али постоје, ипак, одређене специфичности. Наиме, последња деценија 20. века у Србији је обележена ратовима, економским санкцијама међународне заједнице са свим негативним последицама које су довеле до распада свих сегмената друштва, укључујући и породицу и школско окружење, као и систем здравствене заштите. Период након 2000. године, обележила су позитивна кретања низа социјално-економских показатеља, замах економских и структурних реформи и започињање процеса прикључивања Европској унији¹⁴⁵.

У Републици Србији, испитивање повезаности демографских и социјално-економских детерминанти са здравственим стањем и понашањем адолесцената, није у довољној мери проучавано, упркос томе што је неколико истраживања о здравственом стању и понашању младих спроведено, као што су: Глобално истраживање употребе дувана код младих (2003., 2008. и 2013.), Европско школско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима (2008. и 2011.) и Истраживање здравља становништва (2000., 2006. и 2013.).

2. ЦИЉЕВИ РАДА

Циљеви овог рада су:

- 1) Испитивање повезаности демографских карактеристика (пол, старост, тип насеља, регион) и социјално-економских одредница здравља (похађање школе, структура породице, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке, материјално стање домаћинства, социјална подршка) са показатељима здравственог стања и понашања у вези са здрављем адолесцената у 2013. години.
- 2) Анализа и поређење социјално-економских неједнакости у здрављу адолесцената 2000. 2006. и 2013. године, на основу података из истраживања здравља становника Републике Србије.

3. МЕТОД РАДА

3.1. Извор података и врста студије

Ово истраживање представља студију пресека на узорку адолесцената из националног испитивања здравственог стања становника Републике Србије спроведеног 2013. године и панел студију трендова кретања социјално-економских неједнакости у здрављу адолесцената у периоду од 2000. до 2013. године. Спроведена је секундарна анализа података из три национална испитивања здравственог стања становника Републике Србије, реализованих јуна – јула 2000., септембра – октобра 2006. и октобра – децембра 2013. године. Ова испитивања урађена су по типу студије пресека на територији Републике Србије (без података за Косово и Метохију). Сва три истраживања је спроводио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” са мрежом института и завода за јавно здравље, уз подршку Министарства здравља РС, Регионалне канцеларије Светске здравствене организације за Европу (Канцеларија за Србију 2000, 2006), УНИЦЕФ-а (Канцеларија у Београду 2000.) и Светске банке (2006., 2013.)¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

Јединице посматрања у сва три истраживања биле су: домаћинства, одрасло становништво старости 20 и више година (2000., 2006.) односно старости 15 и више година (2013.) и деца и омладина узраста од 7 до 19 година (2000., 2006.) односно 7 до 14 година (2013. године). Разлике су настале зато што је Испитивање здравственог стања становника Републике Србије 2013. године усклађено са захтевима европске базе података (*the Statistical Office of the European Union -EUROSTAT*)¹⁴⁸.

3.2. Узорак

У сва три истраживања коришћен је стратификовани двоетапни узорак домаћинства који је обезбедио статистички поуздану процену показатеља здравља популације на националном нивоу и на нивоу 3 географске области (Војводина,

централна Србија, Београд) – 2000. године, на нивоу 6 географских области (Војводина, Београд, западна Србија, централна Србија, источна Србија и југоисточна Србија) – 2006. године, односно на нивоу четири географске области (Војводина, Београд, Шумадија и западна Србија, јужна и источна Србија) – 2013. године¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

У истраживању из 2000. године у првој етапи извршена је стратификација општина према окрузима, тако да је сваки округ представљао посебан стратум. У другој етапи је сваки округ стратификован на градска и остала подручја. Јединице прве етапе су биле месне заједнице, а јединице друге етапе домаћинства. У свакој месној заједници анкетирана је група од 15 суседних домаћинстава. У истраживању из 2006. и 2013. године, узорачки оквир чинила су сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у попису становништва из 2002. године и 2011. године. Поделом главних стратума који су чиниле изабране географске области на градска и остала подручја добијено је укупно 12 стратума а јединице прве етапе били су пописни кругови одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини. Јединице друге етапе су била домаћинства. Домаћинства су изабрана уз помоћ линеарне методе случајног почетка и једнаког корака избора. На тај начин домаћинства су одабрана са једнаком вероватноћом избора и без понављања. У табели 1 представљена је стопа одговора случајно изабраних домаћинства у сва три истраживања. Број анкетираних особа износио је 1376 старости 7-14 година и 14623 старости 15 година и више (2013. године); 2721 старости 7-19 година (2006. године); и 1894 старости 7 – 19 година (2000. године)¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

Табела 1. Стопа одговора – резултати анкетања домаћинства у истраживању здравља становништва Србије 2000., 2006. и 2013.

Година истраживања	2000.	2006.	2013.
Број домаћинстава изабраних у узорку	6554	7673	10089
Број анкетираних домаћинстава	5497	6156	6500
Стопа одговора домаћинства	83.9	80.2	64.4

За потребе израде ове дисертације коришћени су подаци о домаћинствима и о адолесцентима старости 10 до 19 година из све три базе података. Број анкетираних адолесцената износио је 1421 из 1041 домаћинства у првом (2000.), 2194 адолесцената из 1489 домаћинства у другом (2006.) и 1693 адолесцента из 1219 домаћинства у трећем истраживању (2013.).

Сва истраживачка документација (протоколи, упитници, упуства за мерење и сл.) је прошла кроз контролу Стручног саветодавног тела и након тога одобрена је од стране Етичког одбора Института за јавно здравље Србије. Како би се обезбедила адекватна заштита права учесника у истраживању, било неопходно обезбедити њихов информисани пристанак. Родитељи односно старатељи су давали сагласност за учешће деце у истраживању. У случају да су се међу члановима домаћинства, нашле озбиљно болесне, дементне особе или особе са посебним потребама, било је неопходно идентификовати особу у домаћинству која ће донети одлуку о учешћу, или сагласност затражити од старатеља. Обавештење о истраживању је обухватило писмо-позив носиоцу домаћинства, односно одговарајућој особи у домаћинству (главном испитанику) са потписом министра здравља и најаву у медијима¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

3.3. Инструменти прикупљања података

За прикупљање података о карактеристикама домаћинства, демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника, здравственом стању и понашању у вези са здрављем коришћене су три врсте упитника: упитник за домаћинство (2000., 2006., 2013.), упитник за особе старости 15 и више година (2013.), упитник за самопопуњавање за особе старости 15 и више (2013.) односно за особе старости од 12 до 19 година (2006.) и упитник за децу и омладину узраста 7–14 година (2013.) односно узраста 7-19 година (2000., 2006.) (прилог 9.1.-9.9).

Подаци су прикупљани на два начина: анкетирењем путем интервјуа „лицем у лице” и самопопуњавањем упитника од стране испитаника без учешћа анкетара. Упитници одговарају стандардним упитницима који су коришћени у сличним популационим истраживањима прилагођени специфичним потребама наше земље¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

Процес сакупљања података био је стандардизован како би се осигурао квалитет података. Пре почетка анкетања организована је обука анкетара у форми радионица, током којих су анкетари упознати са техникама анкетања, мерења и садржајем упитника. За сва три истраживања је вршена контрола узорковања и контрола рада на терену. Контрола узорковања је подразумевала праћење рада анкетара при процесу одабира домаћинства, док је контрола рада на терену подразумевала контролу попуњених анкета и броја одговарајућих чланова домаћинства које би требало анкетирати¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

3.4. Варијабле коришћене у истраживању

Подаци о демографским карактеристикама и социјално-економском статусу испитаника издвојени су као независне варијабле из базе података и укључују: године старости, пол, тип насеља, географска област, похађање школе, структура породице, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке, карактеристике домаћинства (поседовање аутомобила, рачунара, мобилног телефона), индекс благостања домаћинства и социјална подршка (табела 2).

Зависне варијабле укључене у анализу односиле су се на показатеље о самопроцени здравља адолесцената, незгодама и повредама, ухрањености, физичкој активности, навикама у исхрани, хигијенским навикама, пушењу, конзумирању алкохола, конзумирању психоактивних супстанци, ризичном сексуалном понашању, насиљу и понашању у саобраћају (табела 3, 4, 5).

Варијабле које су дихотомизоване у сва три истраживања су:

- Да ли си се у претходних 12 месеци повређивао/ла?,
- Да ли си био изложен/а насиљу у последњих годину дана?,
- Да ли ти се до сада дешавало да се насилно понашаш?,
- Да ли постоји неко на кога можеш рачунати у свакој ситуацији?,
- Да ли си икада пушио/ла?, Да ли Ваше домаћинство има аутомобил?,
- Да ли Ваше домаћинство има мобилни телефон?,
- Да ли Ваше домаћинство има персонални рачунар?

Варијабла „Географска област“ из истраживања 2000. и 2006. године констру-исана је на основу шифре округа у којима је извршено анкетирање.

Варијабла „Структура породице“ из истраживања 2000. и 2006. је трансфор-мисана у комплетну (живот са оба биолошка родитеља, са једним биолошким родитељем и очухом/маћехом или са стараоцима) и некомплетна (са једним биолошким родитељем, сам или са бабом и дедом), док је та иста варијабла из 2013. године формирана од варијабле „Релација, однос са главом домаћинства?“.

Табела 2. Трансформисане демографске и социјално-економске варијабле, скале, категорије и кодови коришћени у истраживању

Варијабла	Скала	Категорија / Кодови
Пол	Номинална	Женски (1); Мушки (2)
Године старости	Омерна	вредност година старости
Тип насеља	Номинална	Урбана (1); Рурална (2)
Географска област	Номинална	Београд (1); Војводина (2); Шумадија и западна Србија (3); Југоисточна и источна Србија (4)
Структура породице	Номинална	Комплетна (1); Некомплетна(2)
Образовање	Ординална	Виша/висока школа (1); Средња школа (2); Основна школа (3);
Образовање оца/мајке	Ординална	Виша/висока школа (1); Средња школа (2); Основна школа (3); Без школе/непотпуна основна школа(4)
Радни статус оца/мајке	Ординална	Радим за плату профит (1); Пензионисан (2); Домаћин (3); Студент/ученик (4); Незапослен (5); Неспособан за рад (6)
Индекс благостања	Омерна	Вредност индекса благостања
Квинтили благостања	Ординална	Најбогатији (1); Богати (2); Средњи слој (3); Сиромашни (4); Најсиромашнији (5)
Аутомобил	Номинална	Поседује (1); Не поседује (2)
Мобилни телефон	Номинална	Поседује (1); Не поседује (2)
Персонални рачунар	Номинална	Поседује (1); Не поседује (2)
Социјална подршка	Номинална	Да (1); Не (2)

Варијабла „Радни статус оца и мајке“ из истраживања 2000. и 2006. године је трансформисана у шест категорија: радим за плату/профит (пољопривреда, индустрија, рударство, грађевина, трговина, друштвена заштита, управа, администрација, стручњак, уметник), односно радим за плату/профит (запослен, самосталан/самозапослен), пензионисан, домаћица, студент/ученик, незапослен и неспособан за рад.

Варијабла „Колико често переш зубе?“ из истраживања из 2000. године је трансформисана у четири категорије: никад, повремено, једном дневно (само ујутру, само увече) и више од једном дневно (ујутру и увече, више пута дневно).

Варијабла „Да ли переш руке - пре јела?“ из истраживања 2000. и 2006. је трансформисана у две категорије: не (скоро никад, како кад) и да, док је иста варијабла из 2013. трансформисана на следећи начин: не (никад, скоро никад, понекад) и да (скоро увек, увек).

Табела 3. Трансформисане варијабле протективног понашања, скале, категорије и кодови коришћени у истраживању

Варијабла	Скала	Категорија / Кодови
Прање руку пре јела	Номинална	Не (1); Да (2)
Туширање/купање током претходне недеље	Ординална	Ниједном (1); Једном (2); 2 - 3 пута (3); 4- 6 пута (4); Сваки дан (5)
Прање зуба	Ординална	Никад (1); Повремено (2); Једном дневно (3); Више од једном дневно (4)
Физичке вежбе (задуваш или ознојиш)	Ординална	Ретко или никад (1); 1-3 пута недељно (2); Скоро сваки дан (3)
Доручак - недељно	Ординална	Никад (1); Понекад (2); Сваки дан (3)
Свеже поврће, салата – током прошле недеље	Ординална	Ниједном (1); 1 до 2 пута (2); 3 до 5 пута (3); 6 до 7 пута (4)
Свеже воће – током прошле недеље	Ординална	Ниједном (1); 1 до 2 пута (2); 3 до 5 пута (3); 6 до 7 пута (4)
Врста хлеба	Ординална	Бели (1); Полубели (2); Црни, ражани и сл. (3); Комбиновано (4); Не једем хлеб (5)
Ролери/скејтборд – штитници/кацига	Ординална	Не (1); Да (2); Не возим (3)
Бицикл - предње и задње светло	Ординална	Не (1); Понекад (2); Да (3); Не возим (4);

Варијабла „Колико често се у слободно време бавиш физичким вежбама тако да се задуваш или ознојиш?“ из 2000. године је трансформисана у три категорије: ретко или никад (2-3 пута месечно, неколико пута годишње/никад, не могу да вежбам због болести/инвалидности), 1-3 пута недељно (2-3 пута недељно, једном недељно) и скоро сваки дан (сваки дан, 4-6 пута недељно), а иста варијабла из 2006. је трансформисана: ретко или никад (2-3 пута месечно, неколико пута годишње/никад, не могу да вежбам због болести/инвалидности), 1-3 пута недељно (3 пута недељно, 1-2 пута недељно) и скоро сваки дан.

Варијабла „Колико често сте током претходних 12 месеци пили било коју врсту алкохолног пића?“ из истраживања из 2013. године је трансформисана у шест категорија: никад (не у протеклих 12 месеци, јер више не пијем алкохол, никада, или неколико гутљаја, у свом животу), неколико пута годишње (мање од једном месечно, једном месечно), 2-3 пута месечно, 1 пут недељно, 2-3 пута недељно и сваки дан (сваки дан или скоро сваки дан, 5-6 дана у недељи).

Варијабла „Колико често се дешава да попијете 6 или више алкохолних пића?“ из истраживања из 2013. године је трансформисана у пет категорија: никад (никад или неколико гутљаја у свом животу, не у протеклих 12 месеци јер више не пијем алкохол), мање од једном месечно, једном месечно, једном недељно, и дневно или скоро сваки дан (сваки дан или скоро сваки дан, 5-6 дана у недељи, 3-4 дана у недељи).

Варијабла „Да ли си пробао/ла или узимаш марихуану?“ из истраживања из 2000. године је трансформисана у две категорије: не и да (пробао/ла 1 до 2 пута, узимао/ла пре, сада не, узимам повремено, узимам свакодневно).

Варијабла „Да ли си у претходних 12 месеци имао/ла сексуалне односе са особом која није твој стални партнер?“ из истраживања из 2000. године је трансформисана у две категорије: не и да (да-понекад, да-стално) као и варијабла „Да ли користите кондом са таквим партнером?“ у две категорије: не (не, понекад) и да.

Табела 4. Трансформисане варијабле ризичног понашања, скале, категорије и кодови коришћени у истраживању

Варијабла	Скала	Категорија / Кодови
Изложеност насиљу	Номинална	Не (1); Да (2)
Насилно понашање	Номинална	Не (1); Да (2)
Пробање марихуане	Номинална	Не (1); Да (2)
Алкохолно пића - претходних 12 месеци	Ординална	Никад (1); Неколико пута годишње (2); 2-3 пута месечно (3); 1 пут недељно (4); 2-3 пута недељно (5); Сваки дан (6)
6 или више алкохолних пића	Ординална	Никад (1); Мање од једном месечно (2); Једном месечно (3); Једном недељно (4); Дневно или скоро сваки дан (5)
Пушио/ла - икада	Номинална	Не (1); Да (2)
Пушиш - сада	Ординална	Не (1); Да, повремено (2); Да, свакодневно (3)
Цигарете - дневно	Ординална	1) не пуши мање од 5 цигарета (2); 5 и више цигарета (3); 10 и више цигарета (4); 20 и више цигарета (5)
Коришћење кондома	Ординална	Да (1); Понекад (2); Не (3);
Сексуални однос са повременим партнером - претходних 12 месеци	Номинална	Не (1); Да (2)
Кондома са повременим партнером	Номинална	Да (1); Не (2)

Класификација индекса телесне масе (*Body mass index, BMI*) је извршена према интернационалној класификацији СЗО према годинама старости за узраст од 5 до 19 година из 2007 године на четири категорије: потхрањен <15th перцентила, нормално ухрањен (15th – 85th перцентила), прекомерно ухрањен >85th перцентила и гојазан >97th перцентила¹⁴⁹.

Варијабле које се односе на демографске карактеристике као и варијабле социјално-економског статуса, ризичног понашања (сексуално понашање, коришћење психоактивних супстанција, насиље), самопроцене здравља, ухрањености и повређивање су кодиране у истом смеру и то на тај начин да се најмања вредност кода увек односила на најпозитивнији аспект, а највећа на најнегативнији аспект, док су варијабле протективног понашања (хигијенске

навике, безбедност у саобраћају, начин исхране, физичка активност) кодирани у супротном смеру и то на тај начин да се најмања вредност односила на најнегативнији аспект а највећа на најпозитивнији аспект здравља (табела 2,3,4,5).

Табела 5. Трансформисане варијабле – степен ухрањености, повређивање, самопроцена здравља и године истраживања, скале, категорије и кодови коришћени у истраживању

Варијабла	Скала	Категорија / Кодови
Степен ухрањености	Ординална	Потхрањен (1); Нормално ухрањен (2); Прекомерно ухрањен (3); Гојазан (4)
Повређивање – претходних 12 месеци	Номинална	Не (1); Да (2)
Самопроцена здравља	Ординална	Врло добро (1); Добро (2); Просечно (3); Лоше (4); Врло лоше (5)
Година истраживања	Номинална	2000 (1); 2006 (2); 2013 (3)

Социјално-економски статус домаћинства адолесцената мерен је индексом благостања домаћинства који је израчунат на основу одговора на питања која се односе на поседовање различитих трајних добара (број спаваћих соба по члану домаћинства; материјал од ког је направљен под, кров и зидови стамбеног простора; врста водоснабдевања и санитарија; врста горива за грејање; поседовање телевизора у боји, мобилног телефона, фрижидера, машине за прање веша, машине за прање судова, компјутера, клима уређаја, централног грејања и аутомобила).

Конструкција индекса благостања састојала се из неколико корака: одређивање варијабли које су укључене у рачунање индекса, дихотомизација, израчунавање пондера и вредности индекса и израчунавање пресечних тачака интервала¹⁵⁰.

За додељивање пондера варијаблама коришћене су: факторска анализа и метода главних компонената, уз помоћ „Варимах” ортогоналне ротације. Прво су израчунати факторски скорови, а потом се за сваког испитаника сабирају факторски скорови (регресиони фактори добијени у факторској анализи)

помножени са процентом њихове варијансе. На тај начин је добијена вредност индекса благостања домаћинства, тј. скор.

Критеријум за екстракцију фактора је био базиран на карактеристичним вредностима већим од 1, док су за испитанике који нису одговорили на нека од питања која се тичу социјално-економског статуса и од којих је конструисан индекс благостања, недостајуће вредности скорa замењене са средњом вредношћу скорa (*replace mean*) за све испитанике.

За представљање индекса благостања коришћени су квинтили, који су засновани на распореду популације домаћинства, а граничне тачке интервала индекса благостања које одређују квинтиле израчунати су помоћу пондерисане фреквенције дистрибуције домаћинства. Затим се особе ређају по скору индекса благостања, а расподела се врши на пет једнаких категорија од по 20%. У последњем кораку скор домаћинства се прекодира у квинтил варијабли, тако да сваки члан домаћинства добија и квинтил категорију свог домаћинства.

Следећа једначина је коришћена за добијање индекса благостања (ИБ):

$$\text{ИБ} = (\% \text{ варијансе фактора}_1 \times \text{скор_фактора}_1) / 100 + (\% \text{ варијансе_ фактора}_2 \times \text{скор_фактора}_2) / 100 + \dots + (\% \text{ варијансе_ фактора}_n \times \text{скор_фактора}_n) / 100$$

где је n – укупан број фактора.

Сви индекси су транслирани на скале од 0 до 100 да би се добили поредиви скорови. Мање вредности индекса означавају бољи, а више вредности индекса лошији социјално-економски статус испитаника.

Конструисано је укупно пет квинтила благостања: квинтили благостања за 2000. годину, квинтили благостања за 2006. и 2013. годину и квинтили благостања за 2006. и 2013. годину који су направљени од истих варијабли од којих је направљен и индекс благостања за 2000. годину. Квинтили благостања за 2006. и 2013. годину су направљени према граничним вредностима квинтила благостања за 2000. годину, и додељени сваком адолесценту у домаћинству.

У табели 6 представљени су резултати повезаности између демографски варијабли у 2013. години. Уочава се да је повезаност између демографских варијабли мала и позитивна док је повезаност негативна између варијабли „године старости” и „географска област”.

Табела 6. Повезаност демографских варијабли у 2013. години

Варијабле		Пол	Године старости	Тип насеља	Географска област
Пол	<i>r</i>	1	,008	,032	,073
	<i>p</i>		,756	,187	,003
Године старости	<i>r</i>	,008	1	,016	-,021
	<i>p</i>	,756		,508	,393
Тип насеља	<i>r</i>	,032	,016	1	,074
	<i>p</i>	,187	,508		,002
Географска област	<i>r</i>	,073	-,021	,074	1
	<i>p</i>	,003	,393	,002	

r – Пирсонов коефицијент корелације; *p* – ниво вероватноће

У табели 7 представљени су резултати повезаности социјално-економских варијабли у 2013. години. Уочава се високо статистички значајна и позитивна повезаност између следећих варијабли:

- „квинтили благостања” и „поседовање аутомобила” ($r=0.791$, $p<0.000$), „поседовање мобилног телефона” ($r=0.317$, $p<0.000$), „поседовање персоналног рачунара” ($r=0.835$, $p<0.000$), „образовање оца” ($r=0.446$, $p<0.000$), „образовање мајке” ($r=0.478$, $p<0.000$), „радни статус оца” ($r=0.300$, $p<0.000$) и варијабле „радни статус мајке” ($r=0.332$, $p<0.000$);
- „поседовање аутомобила” и „поседовање мобилног телефона” ($r=0.474$, $p<0.000$), „поседовање персоналног рачунара” ($r=0.744$, $p<0.000$), „образовање оца” ($r=0.381$, $p<0.000$), „образовање мајке” ($r=0.414$, $p<0.000$), „радни статус оца” ($r=0.294$, $p<0.000$) и варијабле „радни статус мајке” ($r=0.302$, $p<0.000$);
- „поседовање мобилног телефона” и „поседовање персоналног рачунара” ($r=0.377$, $p<0.000$);
- „поседовање персоналног рачунара” и „образовање оца” ($r=0.360$,

Табела 7. Повезаност социјално-економских варијабли у 2013. години

Варијабле	Школа	Породица	Квинтили благостања	Аутомобил	Мобилни телефон	Персонални рачунар	Образовање оца	Образовање мајке	Радни статус оца	Радни статус мајке	Подршка	
Школа	<i>r</i>	1	.004	-.015	.041	.020	.002	.006	-.011	.002	.005	-.052
	<i>p</i>		.859	.529	.090	.414	.936	.831	.670	.946	.846	.031
Породица	<i>r</i>	.004	1	-.025	-.090	-.083	-.051	.065	-.007	.018	-.093	.012
	<i>p</i>	.859		.314	.000	.001	.038	.017	.797	.519	.000	.630
Квинтили благостања	<i>r</i>	-.015	-.025	1	.791	.317	.835	.446	.478	.300	.332	.012
	<i>p</i>	.529	.314		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.634
Аутомобил	<i>r</i>	.041	-.090	.791	1	.474	.744	.381	.414	.294	.302	-.023
	<i>p</i>	.090	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.337
Мобилни телефон	<i>r</i>	.020	-.083	.317	.474	1	.377	.132	.106	.121	.120	.036
	<i>p</i>	.414	.001	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.142
Персонални рачунар	<i>r</i>	.002	-.051	.835	.744	.377	1	.360	.385	.259	.278	.006
	<i>p</i>	.936	.038	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.807
Образовање оца	<i>r</i>	.006	.065	.446	.381	.132	.360	1	.545	.327	.243	-.005
	<i>p</i>	.831	.017	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.846
Образовање мајке	<i>r</i>	-.011	-.007	.478	.414	.106	.385	.545	1	.272	.337	.012
	<i>p</i>	.670	.797	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.647
Радни статус оца	<i>r</i>	.002	.018	.300	.294	.121	.259	.327	.272	1	.210	-.034
	<i>p</i>	.946	.519	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.214
Радни статус мајке	<i>r</i>	.005	-.093	.332	.302	.120	.278	.243	.337	.210	1	-.035
	<i>p</i>	.846	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.172
Подршка	<i>r</i>	-.052	.012	.012	-.023	.036	.006	-.005	.012	-.034	-.035	1
	<i>p</i>	.031	.630	.634	.337	.142	.807	.846	.647	.214	.172	

r – Пирсонов коефицијент корелације; *p* – ниво вероватноће

- $p < 0.000$), „образовање мајке” ($r = 0.385$, $p < 0.000$), „радни статус оца” ($r = 0.259$, $p < 0.000$), „радни статус мајке” ($r = 0.278$, $p < 0.000$);
- „образовање оца” и „образовање мајке” ($r = 0.545$, $p < 0.000$), „радни статус оца” ($r = 0.327$, $p < 0.000$);
- „образовање мајке” и „радни статус оца” ($r = 0.272$, $p < 0.000$), и „радни статус мајке” ($r = 0.337$, $p < 0.000$);

Повезаност је значајна али негативна између варијабли “подршка” и “школа” ($r = -0.052$, $p < 0.05$).

За даљу анализу нису коришћене варијабле чији Пирсонов коефицијент корелације износи изнад 0.7.

У табели 8 представљени су резултати повезаности између варијабли протективног понашања у 2013. години. Високо статистички значајна и позитивна корелација пронађена је између следећих варијабли:

- „туширање недељно” и “прање зуба” ($r = 0.308$, $p < 0.000$);
- „конзумирање поврћа” и “конзумирање воћа” ($r = 0.469$, $p < 0.000$).

Негативна веза је уочена између варијабле „физичка активност/дани” и варијабле „коришћење светла на бициклу” ($r = -0.499$, $p < 0.000$).

Табела 8. Повезаност варијабли протективног понашања у 2013. години

Варијабле		Прање руку	Туширање	Прање зуба	Физичка активност	Доручак	Поврће	Воће	Хлеб	Ролери	Бицикл
Прање руку	<i>r</i>	1	.206	.219	.047	.123	.081	.126	.026	-.069	-.028
	<i>p</i>		.000	.000	.068	.000	.001	.000	.293	.005	.262
Туширање	<i>r</i>	.206	1	.308	-.013	-.059	.043	.071	.125	-.077	.035
	<i>p</i>	.000		.000	.615	.017	.080	.004	.000	.002	.149
Прање зуба	<i>r</i>	.219	.308	1	-.038	-.003	.064	.122	.042	-.108	.041
	<i>p</i>	.000	.000		.141	.901	.009	.000	.089	.000	.095
Физичка активност	<i>r</i>	.047	-.013	-.038	1	.102	.097	.114	-.010	-.106	-.499
	<i>p</i>	.068	.615	.141		.000	.000	.000	.697	.000	.000
Доручак	<i>r</i>	.123	-.059	-.003	.102	1	.134	.106	-.055	-.043	-.093
	<i>p</i>	.000	.017	.901	.000		.000	.000	.023	.078	.000
Поврће	<i>r</i>	.081	.043	.064	.097	.134	1	.469	-.006	-.066	-.069
	<i>p</i>	.001	.080	.009	.000	.000		.000	.800	.006	.004
Воће	<i>r</i>	.126	.071	.122	.114	.106	.469	1	.024	-.095	-.109
	<i>p</i>	.000	.004	.000	.000	.000	.000		.326	.000	.000
Хлеб	<i>r</i>	.026	.125	.042	-.010	-.055	-.006	.024	1	-.102	.012
	<i>p</i>	.293	.000	.089	.697	.023	.800	.326		.000	.635
Ролери	<i>r</i>	-.069	-.077	-.108	-.106	-.043	-.066	-.095	-.102	1	.219
	<i>p</i>	.005	.002	.000	.000	.078	.006	.000	.000		.000
Бицикл	<i>r</i>	-.028	.035	.041	-.499	-.093	-.069	-.109	.012	.219	1
	<i>p</i>	.262	.149	.095	.000	.000	.004	.000	.635	.000	

r – Пирсонов коефицијент корелације

p – ниво вероватноће

a – вредност не може да се израчуна јер је једна од варијабли константна

У табели 9 представљени су резултати повезаности између варијабли ризичног понашања за адолесценте старости 15 година и више у 2013. години. Високо статистички значајна и позитивна повезаност уочена је између следећих варијабли:

- „изложен насиљу” и “насилно понашање” ($r=0.403, p<0.000$)
- „пробање марихуане” и коришћење кондома са сталним партнером“ ($r=0.303, p<0.000$);
- „конзумирање алкохола задњих 12 месеци” и ”напијање” ($r=0.521, p<0.000$). и варијабле „икада пушио/ла” ($r=0.321, p<0.000$);
- „сада пуши” и „број попушених цигарета дневно” ($r=0.446, p<0.000$).

Такође, између варијабле „ступио у сексуалне односе са привременим партнером” и варијабле „употреба кондома са привременим партнером” ($p=-0.531, p<0.000$) уочен је негативни смер повезаности.

3.5. Конструкција индекса ризичног и индекса протективног понашања

Индекс протективног (за адолесценти старости од 10 до 19 година за 2013. годину) и индекс ризичног понашања (за адолесценте старости од 15 до 19 година за 2013. годину) су конструисани на два начина.

Први начин је подразумевао избор варијабли и њихово груписање у четири (индекс протективног понашања) односно пет категорија (индекс ризичног понашања), кодирање варијабли, израчунавање скорa за сваку категорију и транслација свих категорија на скалу од 0 до 25 (индекс протективног понашања), односно на скалу од 0 до 20 (индекс ризичног понашања), да би се на крају сабирањем категорија добили горе поменуте индексе.

Варијабле од којих је направљен поменут индекс протективног понашања груписане су у четири категорије: хигијенске навике (варијабла „прање руку”, варијабла „туширање недељно”, варијабла „прање зуба”), физичка активност (варијабла „физичка активност - дани”), навике у исхрани (варијабле „доручак”, варијабла „конзумирање воћа”, варијабла „конзумирање поврћа” и варијабла

„врста хлеба”) и безбедност у саобраћају (варијабла „ролери – кацига, штитници” и варијабла „бицикл – светло”).

Такође, варијабле од којих је направљен поменут индекс ризичног понашања груписане су у пет категорија: насиље (варијабла „изложен насиљу” и варијабла „наси-лник”), дроге (варијабла „марихуана”), алкохол (варијабла „конзумирање алкохола” и варијабла „напијање”), пушење (варијабла „икада пушио”, варијабла „сада пуши” и варијабла „број цигарета/дневно”) и сексуално понашање (варијабла „коришћење кондома”, варијабла „привремени партнер” и варијабла „коришћење кондома са привременим партнером”).

Након избора варијабли, понуђени одговори сваке варијабле која је чинила саставни део индекса су кодирани на тај начин да је код 0 значио најлошије, а код 1 најбоље понашање повезано са здрављем тј. протективно понашање а код ризичног понашања код 0 је означавао најбоље а код 1 најлошије здравствено понашање тј. најризичније. Затим је израчунат скор за сваку категорију варијабли која је чинила протективно/ризично понашање, те су затим све категорије транслиране на скалу од 0 до 25 (у случају 4 категорија) и од 0 до 20 (у случају 5 категорија) да би на крају сабирањем категорија добили горе поменуте индексе.

Други начин је подразумевао конструкцију индекса протективног и индекса ризичног понашања на основу резултата факторске анализе.

Конструкција индекса ризичног и протективног понашања састојала се из неколико корака: одређивање варијабли које ће ући у индекс, дихотомизација, израчунавање пондера и вредности индекса, и на крају израчунавање пресечних тачака интервала. За додељивање пондера променљивим рађена су факторска анализа и метода главних компонената, уз помоћ „Варимах” ортогоналне ротације. Прво се рачунају факторски скорови и на крају се за сваког испитаника сабирају факторски скорови помножени са процентом њихове варијансе. На тај начин је добијен индекс ризичног и протективног понашања, тј. скор. Критеријум за екстракцију фактора је био базиран на карактеристичним вредностима већим од 1.

Следећа једначина је коришћена за добијање индекса ризичног и протективног понашања (ИР/ИП):

$$\text{ИР/ИП} = (\% \text{ варијансе_фактора1} \times \text{скор_фактора1}) / 100 + \% \text{ варијансе_фактора2} \times \text{скор_фактора2} / 100 + \dots + (\% \text{ варијансе_фактора}_n \times \text{скор_фактора}_n) / 100$$

n – укупан број фактора

Сви индекси су транслирани на скале од 0 до 100 према следећој једначини:

$$\text{ИР/ИП (0-100)} = ((100 * \text{ИР/ИП}) / \text{мах вредност ИР/ИП}).$$

Мање вредности индекса означавају боље, а више вредности индекса лошије здравствено стање испитаника уколико се ради о индексу ризичног понашања а уколико се ради о индексу протективног понашања мање вредности индекса означавају лошије, а више вредности индекса боље здравствено стање испитаника. Индекс ризичног и протективног понашања је у анализи коришћен као континуирана и као категоријална варијабла. Категоријална варијабла је трансформисана у три категорије. тзв. терциле, са једнаким бројем испитаника у свакој, а граничне тачке интервала индекса које одређују терциле израчунате су помоћу пондерисане фреквенције дистрибуције испитаника.

3.6. Статистичке методе обраде података

У статистичкој анализи података од дескриптивних статистичких метода коришћене су: аритметичка средина, стандардна девијација, 95% интервал поверења, дистрибуција фреквенција и проценти. За испитивање разлика између независних варијабли у односу на зависне варијабле испитивани су χ^2 тест, као и једнофакторском АНОВА - ом.

Конструкција индекса ризичног и протективног понашања као и индекса благостања рађена је помоћу факторске анализе. Издвајање фактора извршено је методом главних компонената. У анализи методом главних компонената, првобитне промењиве се трансформишу у мањи скуп линеарних комбинација, уз коришћење свих варијанси у промењивима. Након анализе главних компонената. извршена је „varimax” ортогонална ротација.

Табела 9. Повезаност варијабли ризичног понашања за адолесценте старости 15 година и више у 2013. години

Варијабле		Изложен насиљу	Насилник	Марихуана	Алкохол	Напијање	Икада пушио/ла	Сада пуши	Цигарете/ дневно	Кондом	Привремени партнер	Кондом/ привремени партнер
Изложен насиљу	<i>r</i>	1	.403	.028	.201	.055	.167	-.099	-.151	-.038	.117	-.024
	<i>p</i>		.000	.445	.000	.295	.000	.176	.127	.306	.110	.768
Насилник	<i>r</i>	.403	1	.207	.232	.229	.136	.050	.029	-.072	.204	-.067
	<i>p</i>	.000		.000	.000	.000	.000	.495	.774	.055	.005	.417
Марихуана	<i>r</i>	.028	.207	1	.167	.198	.211	.080	.142	-.303	.205	-.146
	<i>p</i>	.445	.000		.000	.000	.000	.286	.153	.000	.006	.080
Акохол	<i>r</i>	.201	.232	.167	1	.521	.321	.128	.034	-.228	.181	-.023
	<i>p</i>	.000	.000	.000		.000	.000	.079	.732	.000	.013	.784
Напијање	<i>r</i>	.055	.229	.198	.521	1	.244	.068	.019	-.157	.257	-.104
	<i>p</i>	.295	.000	.000	.000		.000	.431	.870	.003	.002	.286
Икада пушио/ла	<i>r</i>	.167	.136	.211	.321	.244	1	^a	^a	-.275	-.004	.026
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.961	.756
Сада пуши	<i>r</i>	-.099	.050	.080	.128	.068	^a	1	.446	.003	.228	-.131
	<i>p</i>	.176	.495	.286	.079	.431	.000		.000	.965	.032	.270
Цигарете дневно	<i>r</i>	-.151	.029	.142	.034	.019	^a	.446	1	-.140	.153	.076
	<i>p</i>	.127	.774	.153	.732	.870	.000	.000		.179	.275	.610
Кондом	<i>r</i>	-.038	-.072	-.303	-.228	-.157	-.275	.003	-.140	1	-.053	.294
	<i>p</i>	.306	.055	.000	.000	.003	.000	.965	.179		.475	.000
Привремени партнер	<i>r</i>	.117	.204	.205	.181	.257	-.004	.228	.153	-.053	1	-.531
	<i>p</i>	.110	.005	.006	.013	.002	.961	.032	.275	.475		.000
Кондом/ привремени партнер	<i>r</i>	-.024	-.067	-.146	-.023	-.104	.026	-.131	.076	.294	-.531	1
	<i>p</i>	.768	.417	.080	.784	.286	.756	.270	.610	.000	.000	

r – Пирсонов коефицијент корелације

p – ниво вероватноће

a – вредност не може да се израчуна јер је једна од варијабли константна

Основни циљ факторске анализе је сажети информације садржане у великом броју изворних варијабли у мањи број заједничких фактора уз минималан губитак информација. чиме се постиже боље разумевање односа међу варијаблама¹⁵¹.

Повезаност између зависних и независних варијабли испитивана је униваријантном, мултиваријантном линеарном и логистичком регресијом, као и мултиномијалном логистичком регресијом. Све независне променљиве, без обзира на статистичку значајност у униваријантним регресијама, обухваћене су даљом анализом.

Уколико је зависна варијабла била континуираног карактера, за испитивање повезаности, рађена је линеарна регресија по улазној методи (ентер). Уколико се коефицијент регресије (b) значајно разликовао од нуле ($p < 0.05$), таква независна променљива означавана је као предиктор зависне променљиве.

Уколико је зависна променљива била дихотомног карактера, за испитивање повезаности, рађена је логистичка регресија по улазној методи (ентер). Уколико се парцијални коефицијент логистичке регресије (b) значајно разликовао од нуле ($p < 0.05$). онда је таква независна променљива означавана као предиктор зависне променљиве. Такође су одређивани унакрсни однос (OR) и 95% интервал поверења.

За потребе логистичких регресионих анализа, зависна варијабла која је представљена у виду терцила је трансформисана на следећи начин и то:

- индекс протективног понашања као две дихотомне варијабле: добро наспрам умереном протективном понашању и добро наспрам лошем протективном понашању
- индекс ризичног понашања као две дихотомне варијабле: велики према умерен ризик у понашању и велики наспрам мали ризик у понашању;

Варијабла „степен ухрањености” је најпре трансформисана и то тако што је категорија потхрањен и нормално ухрањен трансформисана у категорију нормална телесна маса, тако да су варијаблу чиниле три категорије: нормална телесна маса, прекомерна телесна маса и гојазност. Ова зависна варијабла

(терцили) је затим трансформисана у две дихотомне варијабле: прекомерна телесна маса наспрам нормалне телесне масе и гојазност наспрам нормалне телесне масе.

Варијабла „самопроцена здравља” је најпре трансформисана и то тако што је категорија врло добро и добро трансформисана у категорију добро здравствено стање а категорија лоше и врло лоше трансформисана у категорију лоше здравствено стање, тако да су ову зависну варијаблу чиниле три категорије: добро, просечно и лоше здравствено стање. Ова зависна варијабла (терцила) је затим трансформисана као две дихотомне варијабле: лоше према просечном здравственом стању и лоше према добром здравственом стању.

Уколико је зависна променљива била категоријска, за испитивање повезаности. рађена је мултиномијална логистичка регресија. Уколико се парцијални коефицијент логистичке регресије (b) значајно разликовао од нуле ($p < 0.05$), онда је таква независна променљива означавана као предиктор зависне променљиве. Такође су одређивани унакрсни однос (OR) и 95% интервал поверења.

За зависне варијабле „степен ухрањености”, „самопроцена здравља” рађена су по три модела мултиномијалних логистичких регресија. У први модел су од независних варијабли ушле све демографске и социјално-економске варијабле (модел 1). у другом моделу је поред поменутих варијабли укључен и индекс протективног понашања (модел 2), док је у последњи модел поред демографских и социјално-економске варијабли укључен индекс ризичног понашања (модел 3).

За зависну варијаблу „повређивање” рађена су три модела бинарне логистичке регресије. У први модел су од независних варијабли ушле све демографске и социјално-економске варијабле (модел 1), у другом моделу је поред поменутих варијабли укључен и индекс протективног понашања (модел 2), док је у последњи модел поред демографских и социјално-економске варијабли укључен индекс ризичног понашања (модел 3).

Испитивање промене тренда индекса протективног и индекса ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања током 2013. године рађено је применом анализе тренда.

Анализа тренда индекса протективног понашања укључила је мултиномијалну логистичку регресију, при чему је формирано три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел са показатељем протективног понашања у вези са здрављем као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом;
- модел 2 - мултиномијални регресиони модел са показатељем протективног понашања у вези са здрављем као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол и године старости;
- модел 3 - мултиномијални регресиони модел са показатељем протективног понашања у вези са здрављем као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке и социјалну подршку.

Анализа тренда индекса ризичног понашања укључила је мултиномијалну логистичку регресију, при чему је формирано три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел са показатељем ризичног понашања као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом;
- модел 2 - мултиномијални регресиони модел са показатељем ризичног понашања као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол и године старости;
- модел 3 - мултиномијални регресиони модел са показатељем ризичног понашања као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке и социјалну подршку.

Анализа тренда ухрањености укључила је мултиномијалну логистичку регресију, при чему је формирано три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел са показатељем ухрањености као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом;
- модел 2 - мултиномијални регресиони модел са показатељем ухрањености као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол и године старости;
- модел 3 - мултиномијални регресиони модел са показатељем ухрањености као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, образовање оца/мајке.

Анализа тренда показатеља самопроцене здравља укључила је мултиномијалну логистичку регресију, при чему је формирано три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел са показатељем самопроцене здравља као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом;
- модел 2 - мултиномијални регресиони модел са показатељем самопроцене здравља као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол и године старости;
- модел 3 - мултиномијални регресиони модел са показатељем самопроцене здравља као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област и структуру породице.

Анализа тренда повређивања укључила је мултиномијалну логистичку регресију, при чему је формирано три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел са показатељем повређивања као категоријском варијаблом а годином истраживања као

независном варијаблом;

- модел 2 - мултиномијални регресиони модел са показатељем повређивања као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол и године старости;
- модел 3 - мултиномијални регресиони модел са показатељем повређивања као категоријском варијаблом а годином истраживања као независном варијаблом, усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке, радни статус мајке и социјалну подршку.

Референтна вредност је била 2000. година за модел 1. 2. и 3.

Ниво статистичке значајности у свим тестовима биће $p < 0.05$. а статистичка обрада прикупљених података урађена је уз помоћ програма IBM SPSS 15.0 (*IBM Statistical Package for Social Science*).

4. РЕЗУЛТАТИ

Анализа резултата се састоји из три дела. У првом делу су приказане основне карактеристике популације адолесцената обухваћене истраживањем, односно дистрибуција демографских и социјално-економских карактеристика испитаника, као и њихове разлике између три истраживања; у другом делу је приказана дистрибуција категорија варијабли које чине индекс протективног понашања и индекс ризичног понашања и резултати факторских анализа за индекс протективног и индекс ризичног понашања у 2013. години; а у трећем делу испитивање повезаности показатеља здравственог понашања и здравственог стања са детерминантама здравља у 2013. години.

4.1. Основне демографске и социјално-економске карактеристике испитаника

Истраживањем из 2000. године анкетирано је укупно 1421 адолесцената старости од 10 до 19 година, док је 2006. године анкетирано 2194 испитаника исте узрасне групе, а 1693 испитаника у 2013. години. Посматрано према полу, у истраживању из 2000. године идентификовано је нешто више девојака (51.9%) него младића (48.1%), док је у 2006. години било нешто више младића него девојака (50.1% према 49.9%), а у 2013. години, подједнак број младића и девојака. Просечна старост испитаника је приближно иста у сва три истраживања док је највећи проценат испитаника живео у граду. Највећи проценат испитаника живео је у Војводини (2000. године) и у Шумадији и западној Србији (2006. и 2013. године) (табела 10).

Када демографске карактеристике анализирамо према годинама истраживања постоје статистички значајне разлике према структури породице, типу насеља и географској области у којој испитаници живе. Истраживањем у 2006. години у односу на 2000. годину, исто као и истраживањем у 2013. години у односу на 2000. годину обухваћен је значајно већи број адолесцената који је

Табела 10. Дистрибуција демографских карактеристика према годинама истраживања

Варијабле	Године истраживања							Разлике према годинама истраживања			
	2000		2006		2013		<i>p</i>	2006/2000		2013/2000	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>
Укупно	1421	100.0	2194	100.0	1693	100.0					
Пол											
Женски	737	51.9	1094	49.9	847	50.0	0.458 ^a	1 ^b		1 ^b	
Мушки	684	48.1	1100	50.1	846	50.0		1.08 (0.95 – 1.24)	0.254 ^a	1.08 (0.94 – 1.24)	0.31
Године старости (<i>x ±SD</i>)	14.30 ± 2.77		14.43 ± 2.78		14.49 ± 2.85		0.154 ^c	1.02 (0.993 – 1.04)	0.175	1.02 (1.00 – 1.05)	0.06
Породица											
Комплетна	1086	76.4	1923	87.6	1423	84.1	0.002 ^a	1 ^b		1 ^b	
Некомплетна	167	11.8	208	9.5	209	12.3		0.70 (0.57 – 0.88)	0.002 ^a	0.96 (0.77 – 1.19)	0.721 ^a
Без одговора	168	11.8	63	2.9	61	3.6					
Тип насеља											
Урбана	865	60.9	1183	53.9	941	55.6	0.000 ^a	1 ^b		1 ^b	
Рурална	565	39.1	1011	46.1	751	44.4		1.33 (1.16 – 1.52)	0.000 ^a	1.24 (1.08 – 1.43)	0.003 ^a
Географска област											
Београд	355	25.0	385	17.5	409	24.2	0.000 ^a		1 ^b		1 ^b
Војводина	471	33.1	552	25.2	344	20.3		1.08 (0.89 – 1.31)	0.442 ^a	0.63 (0.52 – 0.77)	0.000 ^a
Шумадија и западна Србија	334	23.5	721	32.9	508	30.0		1.41 (1.28 – 1.56)	0.000 ^a	1.15 (1.04 – 1.27)	0.006 ^a
Југоисточна и источна Србија	261	18.4	536	24.4	431	25.5		1.24 (1.16 – 1.32)	0.000 ^a	1.13 (1.05 – 1.21)	0.001 ^a

a: χ^2 тест; b: Референтна категорија; c: Једнофакторска АНОВА

живео у руралној него урбаној средини, Шумадији и западној Србији као и у Источној и југоисточној Србији у односу на Београд, а статистички значајно мање је било оних који су живели у некомплетним него комплетним породицама (истраживање 2006. године у односу на 2000. годину) и у Војводини него у Београду (истраживање 2013. године у односу на 2000. годину) (табела 10).

Највећи проценат испитаника је похађао основну школу (56.8% у 2000. години; 56.4% у 2006. години и 65.9% у 2013. години), док је најмање оних који су имали завршену вишу или високу школу. Када говоримо о образовању и радном статусу родитеља, највећи број испитаника имао је очеве (56.0% у 2000. години, 61.1% у 2006. години и 54.3% у 2013. години) и мајке (54.8% у 2000. години, 55.3% у 2006. години и 58.5% у 2013. години) који имају завршену средњу школу, и раде за плату односно профит (69.6% очеве; 62.1% мајке у 2000. години, 57.2% очеве; 40.0% мајке у 2006. години и 50.7% очеве; 43.4% мајке у 2013. години).

Највећи број испитаника живео је у домаћинству које има свој аутомобил, мобилни телефон али не поседује персонални рачунар. Када говоримо о индексу благостања, просечан индекс благостања је приближно исти у сва три истраживања а највећи број домаћинстава припадао је класи најбогатијих. Преко 95% испитаника је имао особу на коју може да рачуна у свакој ситуацији (табела 11).

Када социјално-економске карактеристике анализирамо према годинама истраживања постоје значајне социјално-економске разлике према годинама истраживања у односу на референтно истраживање у 2000. години. Када посматрамо образовање испитаника, значајно више адолесцената је похађало основну школу ($OR=1.12$, 2006. и $OR = 1.47$, 2013. године) и средњу школу ($OR=1.78$, 2006.) него високу или вишу школу. Статистички значајно више адолесцената је имало очеве и мајке који су имали завршену средњу (отац $OR=1.94$, мајка $OR=1.80$, 2006.; отац $OR=1.99$, мајка $OR=1.68$, 2013.), основну школу (отац $OR=1.62$, мајка $OR=1.61$, 2006.; отац $OR=2.00$, мајка $OR=1.38$ 2013.) и нису имали завршену школу (отац $OR=1.18$, мајка $OR=1.33$ у 2006.). Када се посматра радни статус родитеља, статистички значајно чешће су обухваћени адолесценти чији су родитељи били пензионери (отац $OR= 2.13$, мајка $OR= 3.86$ у

Табела 11. Дистрибуција социјално-економских варијабли према годинама истраживања

Варијабле	Године истраживања							Разлика према годинама истраживања			
	2000		2006		2013		<i>p</i>	2006/2000		2013/2000	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>
Укупно	1421	100.0	2194	100.0	1693	100.0					
Школа испитаника											
Виша/висока школа	0	0.0	106	5.5	1	0.1	0.000 ^a	1 ^b		1 ^b	
Средња школа	583	43.2	740	38.1	574	34.0		1.78 (1.70 – 1.88)	0.000 ^a	2.02 (1.90–2.14)	0.994 ^a
Основна школа	767	56.8	1095	56.4	1112	65.9		1.12 (0.98 – 1.28)	0.106 ^a	1.47 (1.27 – 1.71)	0.000 ^a
Без одговора	71	3.2	253	11.1	5	0.03					
Образовање оца											
Виша/висока школа	278	24.5	267	13.8	202	11.9	0.000 ^a	1 ^b		1 ^b	
Средња школа	636	56.0	1185	61.1	919	54.3		1.94 (1.60 – 2.35)	0.000 ^a	1.99 (1.62-2.45)	0.000 ^a
Основна школа	143	12.6	362	18.7	208	12.3		1.62 (1.43 – 1.48)	0.000 ^a	2.00 (1.51 – 2.65)	0.000 ^a
Без школе/ непотпуна	78	6.9	124	6.4	36	2.1		1.18 (1.06 – 1.32)	0.003 ^a	0.64 (0.41 – 0.98)	0.051 ^a
Без одговора	286	20.1	256	11.7	328	19.4					
Образовање мајке											
Виша/висока школа	287	22.7	244	12.8	245	14.5	0.000 ^a	1 ^b		1 ^b	
Средња школа	691	54.8	1058	55.3	991	58.5		1.80 (1.48 – 2.19)	0.000 ^a	1.68 (1.38-2.04)	0.000 ^a
Основна школа	215	17.0	479	24.9	253	14.9		1.61 (1.43 –1.81)	0.000 ^a	1.38 (1.07 – 1.77)	0.014 ^a
Без школе/ непотпуна	69	5.5	138	7.2	66	3.9		1.33 (1.19 – 1.49)	0.000 ^a	1.12 (0.77 – 1.64)	0.622 ^a
Без одговора	159	11.2	283	12.9	138	8.2					
Радни статус оца							0.000 ^a				
Радим за плату/профит	989	69.6	1254	57.2	858	50.7		1 ^b		1 ^b	
Пензионер	79	5.6	213	9.7	140	8.3		2.13 (1.62 – 2.79)	0.000 ^a	2.04 (1.53-2.73)	0.000 ^a
Домаћин	7	.5	5	0.2	4	0.2		0.56 (0.18 –1.78)	0.484 ^a	0.66 (0.19-2.26)	0.714 ^a
Студент/ученик	0	0	8	0.4	0	0		0.56 (0.54 –0.58)	0.031 ^a	-	-
Незапослен	54	3.8	445	20.3	352	20.8		6.50 (4.84 – 8.72)	0.000 ^a	7.51 (5.56-10.15)	0.000 ^a
Неспособан за рад	6	0.4	11	0.5	5	0.3		1.45 (0.53-3.92)	0.629 ^a	0.96 (0.29-3.16)	1.000 ^a
Без одговора	286	20.1	258	11.8	334	19.7					

Радни статус мајке							0.000 ^a				
Радим за плату/профит	882	62.1	878	40.0	734	43.4		1 ^b		1 ^b	
Пензионерка	32	2.3	123	5.6	55	3.2		3.86 (2.59-5.76)	0.000 ^a	2.06 (1.32-3.23)	0.002 ^a
Домаћица	283	19.9	439	20.0	207	12.2		1.56 (1.31-1.86)	0.000 ^a	0.88 (0.72-1.08)	0.235 ^a
Студенткиња/ученица	0	0	8	.4	8	.5		0.50 (0.48-0.52)	0.013 ^a	0.45 (0.43-0.48)	0.006 ^a
Незапослена	63	4.4	453	20.6	549	32.4		7.22 (5.46-9.55)	0.000 ^a	10.47 (7.93-13.83)	0.000 ^a
Неспособана за рад	2	.1	9	.4	0	0		4.52 (0.97-20.98)	0.070 ^a	0.55 (0.52-0.57)	0.563 ^a
Без одговора	159	11.2	284	12.9	140	8.3					
Индекс благостања ($\bar{x} \pm SD$)	20.72 ± 14.58		18.53 ± 15.77		19.35 ± 13.50		0.000 ^c	0.99 (0.99 – 0.99)	0.000 ^a	0.99 (0.99 – 1.00)	0.006 ^a
Квинтили благостања^f							0.000 ^a				
Најбогатији	380	26.7	828	37.7	620	36.6		1 ^b		1 ^b	
Богати	265	18.6	417	19.0	172	10.2		0.72 (0.59-0.87)	0.001 ^a	0.40 (0.31-0.50)	0.000 ^a
Средњи	302	21.3	272	12.4	281	16.6		0.41 (0.34-0.51)	0.000 ^a	0.57 (0.46-0.70)	0.000 ^a
Сиромашни	252	17.7	396	18.0	418	24.7		0.72 (0.59-0.88)	0.001 ^a	1.01 (0.83-1.24)	0.934 ^a
Најсиромашнији	222	15.6	281	12.8	202	11.9		0.58 (0.47-0.72)	0.000 ^a	0.56 (0.44-0.70)	0.000 ^a
Аутомобил							0.000 ^a				
Поседује	857	60.4	1467	66.9	996	62.6		1 ^b		1 ^b	
Непоседује	562	39.6	725	33.1	697	41.2		0.75 (0.66 – 0.87)	0.000 ^a	1.07 (0.92 – 1.23)	0.376 ^a
Без одговора	2	0.1	2	0.1	-	0.0					
Мобилни телефон							0.000 ^a				
Поседује	1180	83.2	1982	90.4	1424	84.1		1 ^b		1 ^b	
Непоседује	239	16.8	210	9.6	269	15.9		0.52 (0.43 – 0.64)	0.000 ^a	0.99 (0.77 – 1.128)	0.473 ^a
Без одговора	2	0.1	2	0.1	-	-					
Персонални рачунар							0.000 ^a				
Поседује	567	40.0	1070	48.8	769	45.4		1 ^b		1 ^b	
Непоседује	851	60.0	1121	51.2	924	54.6		0.68 (0.61 – 0.80)	0.000	0.80 (0.69 – 0.92)	0.002 ^a
Без одговора	3	0.2	3	0.1	-	-					
Социјална подршка							0.000 ^a				
Да	1272	95.6	2032	95.7	1681	99.7		1 ^b		1 ^b	
Не	58	4.4	92	4.3	5	0.3		0.99 (0.71 – 1.39)	0.967 ^a	0.06 (0.03 – 0.16)	0.000 ^a
Без одговора	91	6.4	70	3.2	7	0.4					

a: χ^2 тест; b: Референтна категорија; c: Једнофакторска АНОВА;

f: за 2006 и 2013. годину квинтили благостања су прављени према граничним вредностима квинтила благостања за 2000 годину (најбогатији 0-12.60/ богати 12.60-17.59/ средњи слој 17.59-22.92/ сиромашни 22.92-32.66/ најсиромашнији 32.66-100)

2006.; отац $OR=2.04$, мајка $OR=2.06$ у 2013.), или су били незапослени (отац $OR=6.50$, мајка $OR=7.22$ у 2006.; отац $OR=7.51$, мајка $OR=10.47$ у 2013.), или је мајка била домаћица ($OR=1.56$ у 2006.), док мањи број њих је имало родитеље који студирају (отац $OR=0.56$, у 2006., мајка $OR=0.50$ у 2006. и $OR=0.45$ у 2013.). Статистички значајно мањи број адолесцената је живео у домаћинству које не поседује аутомобил ($OR=0.754$ у 2006. години), мобилни телефон ($OR=0.523$ у 2006.) и персонални рачунар ($OR=0.698$ у 2006., $OR=0.801$ у 2013. години), или је живело у домаћинству које припада класи богатих ($OR=0.72$ у 2006., $OR=0.40$ у 2013. години), средњој класи ($OR=0.41$ у 2006., $OR=0.57$ у 2013. години), класи сиромашних ($OR=0.72$ у 2006.) и најсиромашнијих ($OR=0.58$ у 2006., $OR=0.56$ у 2013. години) него класи најбогатијих. Статистички значајно мањи број њих није имало особу на коју може да рачуна у свакој ситуацији ($OR=0.06$ у 2013. години) (табела 11).

4.2. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања

Индекс протективног и индекс ризичног понашања су конструисани на два начина. Први начин је подразумевао одређивање варијабли које ће ући у индекс, њихово груписање у четири (индекс протективног понашања) односно пет категорија (индекс ризичног понашања), кодирање варијабли, израчунавање скорa за сваку категорију и транслација свих категорија на скалу од 0 до 25 (индекс протективног понашања), односно на скалу од 0 до 20 (индекс ризичног понашања), да би се на крају сабирањем категорија добили горе поменуте индексе. Други начин је подразумевао конструкцију индекса протективног и индекса ризичног понашања на основу резултата факторске анализе.

4.2.1. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања – дистрибуција категорија варијабли

Дистрибуција категорија варијабли које чине индекс протективног понашања и индекс ризичног понашања приказана је у табели 12.

Протективном понашању највише доприноси категорија варијабли „хигијенске навике“ (18.0 ± 6.7), затим категорија „физичка активност“ (17.6 ± 9.0), а скоро подједнако су заступљене категорије „навика у исхрани“ и „безбедност у саобраћају“.

Ризичном понашању адолесцената највише доприноси категорија варијабли „понашање у вези са ризичним сексуалним понашањем“ (4.1 ± 6.6), док категорија „понашање у вези са конзумирањем дрога“ најмање.

Табела 12. Дистрибуција категорија варијабли од којих је конструисан индекс протективног и индекс ризичног понашања у 2013. години

Индекс	Категорије варијабли	<i>N</i>	<i>Min–Max</i>	$\bar{x} \pm SD$
Индекс протективног понашања	Хигијенске навике	1655	.00 – 25.00	18.05 ± 6.65
	Физичка активност	1560	.00 – 25.00	17.59 ± 8.98
	Навике у исхрани	1692	.00 – 25.00	14.59 ± 4.79
	Безбедност у саобраћају	1692	.00 – 25.00	14.26 ± 8.67
	Скор група протективних варијабли	1523	19.20–100.00	64.63 ± 13.16
Индекс ризичног понашања	Насиље	792	.00 - 20.00	2.68 ± 5.70
	Дроге	777	.00 – 20.00	1.29 ± 4.917
	Алкохол	763	.00 – 20.00	3.01 ± 4.06
	Пушење	730	.00 – 20.00	2.81 ± 6.51
	Сексуално понашање	729	.00 – 20.00	4.12 ± 6.59
	Скор група варијабли ризичног понашања	584	.00 – 96.33	13.00 ± 17.56

4.2.2. Анализа индекса протективног и индекса ризичног понашања – факторска анализа

Урађене су две факторске анализе и то, варијабли од којих је конструисан индекс протективног и варијабли од којих је конструисан индекс ризичног

понашања, како би се информације садржане у великом броју изворних варијабли из различитих домена сажеле у мањи број заједничких фактора уз минималан губитак информација.

Факторском анализом варијабли од којих је конструисан индекс протективног понашања издвојено је четири фактора који објашњавају 57.6% укупне варијансе. Први фактор објашњен са највећим процентом варијансе (16.0%), чине следеће варијабле: „физичка активност у слободно време”, „коришћење штитника/кациге при вожњи ролера“ и „коришћење светла при вожњи бицикла ноћу“. Други фактор објашњава 15.3% варијансе, а обухвата следеће три варијабле: „прање руку”, „туширање“ и „прање зуба“. Трећи фактор објашњава 14.9% варијансе и обухвата варијабле: „конзумирање воћа” и „конзумирање поврћа”, док четврти, чине варијабле: „доручковање” и „врста хлеба“ са објашњеном варијансом од 11.3% (табела 13).

Табела 13. Факторска анализа варијабли од којих је конструисан индекс протективног понашања у 2013. години

Варијабле	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Безбедност – Бицикл	.842			
Физичка активност - дани	-.784			
Безбедност – Ролери/скејтборд	.469			
Хигијена - Зуби		.725		
Хигијена - Тело		.696		
Хигијена - Руке		.666		
Исхрана – Свеже поврће. салата			.857	
Исхрана – Свеже воће			.834	
Исхрана - Хлеб				-.710
Исхрана - Доручак				.596
Процент објашњене варијансе	15.957	15.303	14.958	11.335
Кумулативни проценат варијансе	15.957	31.261	46.218	57.554

Факторском анализом варијабли од којих је конструисан индекс ризичног понашања издвојено је четири фактора који објашњавају 78.55% укупне варијансе. Први фактор објашњен са највећим процентом варијансе (25.80%) чине следеће варијабле: „употреба марихуане“, „коришћење кондома са сталним партнером“, „сексуални однос са привременим партнером“ и „коришћење кондома са привременим партнером“. Други фактор објашњава 24.49% варијансе и чине га варијабле: „употреба дувана“, „тренутно пушење цигарета“ и „број цигарета која се пуши дневно“, док трећи фактор објашњен са 15.42% варијансе, обухвата варијабле „конзумирање алкохола“ и „напијање“, док две варијабле „насилно понашање“ и „изложен насиљу“ чине четврти фактор објашњен са 12.84% варијансе (табела 14).

Табела 14. Факторска анализа варијабли од којих је конструисан индекс ризичног понашања у 2013. години, деца старости 15 година и више година

Варијабле	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Кондом/привремени партнер	.923			
Кондом/стални партнер	.904			
Привремени партнер	.895			
Марихуана	.453			
Пушење сада		.960		
Пушење у животу		.909		
Цигарете/дневно		.902		
Напијање			.886	
Алкохол/годину дана			.880	
Изложеност насиљу				.831
Насилно понашање				.812
Процент објашњене варијансе	25.799	24.487	15.419	12.843
Кумулативни проценат варијансе	25.799	50.286	65.705	78.548

4.2.3. Карактеристике индекса ризичног и индекса протективног понашања

Карактеристике индекса ризичног и протективног понашања у 2013. години представљене су у табели 15.

Мањи број испитаника је одговорио на питања која су се односила на варијабле од којих је конструисан индекс ризичног ($N=859$) него на индекс протективног понашања. Просечна вредност индекса протективног понашања ($=55.41$) већа него просечна вредност индекса ризичног понашања, што се може објаснити чињеницом да се индексом протективног понашања најбоље објашњава понашање у вези са здрављем. Укупан број фактора од којих су направљени индекси се није разликовао за оба индекса, док је кумулативни проценат објашњене варијансе био већи за индекс ризичног (78.55) него за индекс протективног понашања. Дистрибуција испитаника у оквиру индекса ризичног и индекса протективног понашања је представљена у виду три једнаке категорије тј. терцила. Границе терцила су детаљније представљене у табели 15.

Табела 15. Параметри индекса ризичног и индекса протективног понашања у 2013. години

Индекс	N	$\bar{x} \pm SD$	95% CI	Границе терцила	Укупан број фактора	Кумулативни проценат објашњене варијансе
Протективно понашање	1693	56.41 \pm 17.26	55.59–57.23	0– 48.60 48.60– 63.6 63.60 – 100	4	57.55
Ризично понашање	859	17.01 \pm 19.09	15.73-18.29	0– 3.30 3.30– 20.45 20.45– 100	4	78.55

4.3. Анализа повезаности показатеља здравственог понашања и здравственог стања са детерминантама здравља

Показатељи здравственог понашања и здравственог стања адолесцената који су коришћени у овој студији као зависне варијабле односили су се на: индекс протективног и индекс ризичног понашања, ухрањеност, самопроцену здравља и повређивање адолесцената.

Као независне варијабле коришћене су следеће детерминанте здравља: демографске (године старости, пол, тип насеља, географска област) и социјално-економске (похађање школе, структура породице, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке, мобилни телефон, индекс благостања домаћинства и социјална подршка).

Анализа повезаности између показатеља здравственог понашања и здравственог стања са детермантама здравља испитивана је:

- униваријантном и мултиваријантном линеарном регресијом, у случају да је зависна варијабла била континуираног карактера (табела 16),
- униваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом, у случају да је зависна варијабла била дихотомног карактера (табела 17, табела 19),
- мултиномијалном логистичком регресијом, у случају да је зависна варијабла била категоријска тј. у виду терцила (табела 18, табела 20)

4.3.1. Анализа повезаности индекса протективног и индекса ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности индекса протективног и индекса ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години испитивана је на основу униваријантне и мултиваријантне линеарне регресије јер су зависне варијабле „индекс протективног понашања“ и „индекс ризичног понашања“ биле континуираног карактера (табела 16).

Пол, године старости, тип насеља, ниво образовање адолесцента, квинтили благостања, ниво образовања оца и мајке и радни статус мајке су варијабле које су статистички значајно повезане са протективним понашањем адолесцената у моделу униваријантне линеарне регресије, а пол, године старости, квинтили благостања и ниво образовања оца у моделу мултиваријантне линеарне регресије. Девојке ($B=-9.618$), старији адолесценти ($B=1.249$), из домаћинства бољег материјалног стања ($B =-1.026$) и адолесценти чији очеви имају виши ниво образовања ($B =-1.968$) се чешће протективно понашају.

Табела 16. Повезаност индекса протективног и индекса ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години – униваријантна линеарна регресија

Независне варијабле	Индекс протективног понашања						Индекс ризичног понашања					
	Униваријантна			Мултиваријантна			Униваријантна			Мултиваријантна		
	<i>B</i> (95%CI за <i>B</i>)	β	<i>p</i>	<i>B</i> (95%CI за <i>B</i>)	β	<i>p</i>	<i>B</i> (95%CI за <i>B</i>)	β	<i>p</i>	<i>B</i> (95%CI за <i>B</i>)	β	<i>p</i>
Пол	-8.938 (-10.528 -7.349)	-.259	.000	-9.618 (-11.391. -7.845)	-.280	.000	5.582 (3.050. 8.113)	.146	.000	7.782 (4.980. 10.585)	.205	.000
Године старости	1.478 (1.197. 1.758)	.244	.000	1.249 (.871. 1.628)	.205	.000	4.588 (3.721. 5.454)	.335	.000	4.728 (3.665. 5.791)	.345	.000
Тип насеља	-2.566 (-4.219. -.914)	-.074	.002	-.280 (-2.416. 1.856)	-.008	.797	-2.626 (-5.190. -.061)	-.069	.045	-3.584 (-6.989. -.180)	-.095	.039
Географска област	.319 (-.421. 1.059)	.021	.398	.188 (-.626. 1.002)	.012	.651	-.822 (-1.967. .323)	-.048	.159	-.595 (-1.871. .680)	-.035	.360
Школовање	-5.791 (-7.503. -4.079)	-.160	.000	-1.619 (-3.854. .615)	-.045	.155	4.415 (1.739. 7.090)	.110	.001	-1.029 (-4.200. 2.141)	-.025	.524
Структура породица	.910 (-1.575. 3.396)	.018	.473	1.075 (-3.607. 5.756)	.012	.653	1.718 (-2.100. 5.536)	.031	.377	.844 (-6.091. 7.780)	.009	.811
Квинтили благостања	-1.514 (-2.105. -.922)	-.121	.000	-1.026 (-1.925. -.127)	-.082	.025	.136 (-.787. 1.058)	.010	.773	.528 (-.914. 1.971)	.038	.472
Поседовање мобилног телефона	-1.934 (-4.184. .315)	-.041	.092	1.258 (-1.204. 3.719)	.028	.316	-2.706 (-6.354. .942)	-.050	.146	-1.470 (-5.605. 2.664)	-.028	.485
Образовање оца	-3.461 (-4.897. -2.025)	-.127	.000	-1.968 (-3.726. -.210)	-.072	.028	2.793 (.480. 5.106)	.090	.018	.216 (-2.566. 2.998)	.007	.879
Образовање мајке	-2.471 (-3.703. -1.239)	-.099	.000	-1.366 (-3.007. .276)	-.054	.103	2.724 (.746. 4.703)	.098	.007	3.209 (.595. 5.824)	.112	.016
Радни статус оца	-.436 (-.965. .093)	-.044	.106	.415 (-.142. .973)	.042	.144	-.297 (-1.150. .556)	-.026	.494	-.817 (-1.698. .065)	-.072	.069
Радни статус мајке	-.621 (-1.095. -.146)	-.065	.010	-.318 (-.857. .220)	-.033	.246	.056 (-.707. .819)	.005	.885	-.319 (-1.177. .539)	-.030	.465
Подршка	12.055 (-3.069. 27.179)	.038	.118	10.050 (-5.593. 25.692)	.033	.208	14.651 (-4.127. 33.428)	.052	.126	18.268 (.942. 35.594)	.078	.039

Пол, године старости, тип насеља, ниво образовања, ниво образовања оца и мајке су варијабле које су статистички значајно повезане са ризичним понашањем адолесцената у моделу униваријантне линеарне регресије, а пол, године старости, тип насеља и ниво образовања мајке у моделу мултиваријантне линеарне регресије. Наиме. младићи ($B=7.782$), старији адолесценти ($B=4.728$), адолесценти из урбане средине ($B=-3.584$) и адолесценти чије мајке имају нижи ниво образовања ($B=3.209$) се чешће ризично понашају него девојке, млађи адолесценти, адолесценти из руралне средине и они чије мајке имају виши ниво образовања.

Статистички значајна повезаност варијабле која се односи на подршку околине са ризичним понашањем која се јавила у моделу мултиваријантне линеарне регресије, а није постојала у моделу униваријантне регресије можемо објаснити корелацијом између варијабле „школовање“ и варијабле „социјална подршка“ што је приказано у табели 7.

4.3.2. Анализа повезаности терцила протективног понашања са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности индекса протективног понашања са детерминантама здравља у 2013. години испитивана је униваријантном, мултиваријантном и мултиномијалном логистичком регресијом (табела 17 и табела 18).

За потребе униваријантних и мултиваријантних логистичких регресионих анализа, зависна варијабла „индекс протективног понашања“, представљена у виду терцила, је трансформисана је у две дихотомне варијабле: добро наспрам умереном протективном понашању и добро наспрам лошем протективном понашању

Значајни предиктори протективног понашања који су се издвојили на основу резултата униваријантне анализе су:

- пол, године старости и квинтили благостања (у случају зависне варијабле „добро наспрам умереном протективном понашању“ и „добро наспрам лошем протективном понашању“),

Табела 17. Повезаност терцила протективног понашања са детерминантама здравља у 2013. години – униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија

Независне варијабле	Индекс протективног понашања – као категорије											
	Униваријантна анализа						Мултиваријантна анализа					
	Добро према умереном протективном понашању			Добро према лошем протективном понашању			Добро према умереном протективном понашању			Добро према лошем протективном понашању		
	<i>OR</i>	<i>95%CI за OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI за OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI за OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95%CI за OR</i>	<i>p</i>
Године старости	1.123	1.076-1.171	.000	1.197	1.147-1.250	.000	1.117	1.059-1.177	.000	1.197	1.131-1.266	.000
Пол												
женски	1.545	1.219-1.959	.000	2.875	2.259-3.660	.000	1.984	1.488-2.645	.000	3.497	2.564-4.770	.000
мушки	1			1			1			1		
Тип насеља												
урбано	1.118	.883-1.417	.354	1.408	1.113-1.781	.004	.996	.697-1.425	.984	.993	.679-1.452	.970
рурално	1			1			1			1		
Географска област												
Београд	.817	.579-1.152	.248	.916	.658-1.275	.604	.927	.601-1.429	.732	1.119	.721-1.736	.617
Војводина	1.281	.905-1.814	.163	1.753	1.242-2.473	.001	1.268	.799-2.011	.314	1.230	.763-1.984	.395
Шумадија и западна Србија	.906	.660-1.244	.541	1.408	1.027-1.931	.033	.837	.571-1.227	.363	1.278	.853-1.916	.234
Југоисточна и источна Србија	1			1			1			1		
Структура породице												
Комплетна	.865	.605-1.236	.425	.968	.682-1.375	.858	.711	.325-1.557	.394	.750	.337-1.669	.482
Некомплетна	1			1			1			1		
Квинтили благостања												
Најбогатији	1.778	1.201-2.632	.004	2.883	1.945-4.273	.000	2.435	1.268-4.676	.008	2.473	1.255-4.874	.009
Богати	1.080	.728-1.604	.702	1.481	1.006-2.181	.047	1.747	.977-3.125	.060	1.571	.871-2.834	.134
Средњи	1.322	.889-1.967	.168	1.769	1.200-2.608	.004	1.752	1.023-2.999	.041	2.100	1.211-3.642	.008
Сиромашни	1.622	1.080-2.436	.020	1.754	1.189-2.587	.005	1.919	1.013-3.635	.046	1.851	.980-3.498	.058
Најсиромашнији	1			1			1			1		

Мобилни телефон												
Поседовање	.987	.712-1.368	.937	1.193	.870-1.636	.273	1.080	.613-1.900	.791	1.047	.594-1.843	.875
Не поседовање	1			1			1			1		
Образовање оца												
Виша/висока школа	1.150	.380-3.477	.804	4.774	1.808-12.606	.002	.972	.230-4.105	.970	2.333	.649-8.391	.195
Средња школа	1.377	.472-4.015	.558	3.863	1.545-9.659	.004	1.228	.312-4.828	.769	2.270	.694-7.424	.175
Основна школа	1.376	.451-4.196	.574	2.862	1.096-7.475	.032	1.120	.287-4.364	.871	2.253	.700-7.248	.173
Без школе/ непотпуна школа	1			1			1			1		
Образовање мајке												
Виша/висока школа	1.079	.497-2.345	.847	3.122	1.560-6.248	.001	.874	.295-2.595	.809	1.997	.721-5.533	.183
Средња школа	1.084	.521-2.255	.830	2.711	1.435-5.123	.002	.821	.306-2.202	.695	1.825	.751-4.431	.184
Основна школа	1.638	.744-3.607	.220	2.067	1.048-4.077	.036	1.276	.470-3.469	.633	1.409	.578-3.437	.451
Без школе/ непотпуна школа	1			1			1			1		
Радни статус оца												
Радим за плату	.946	.132-6.759	.956				1.058	.123-9.074	.959			
Пензионер	1.104	.150-8.146	.923				1.161	.129-10.448	.894			
Домаћин	3.000	.150-59.890	.472				3.573	.132-96.389	.449			
Студент	1.036	.143-7.487	.972				1.445	.165-12.693	.740			
Незапослен	1						1					
Радни статус мајка							1					
Ради за плату	.934	.711-1.228	.626	1.392	1.061-1.826	.017	.851	.597-1.213	.372	1.332	.908-1.954	.143
Пензионерка	.751	.385-1.463	.399	1.258	.617-2.563	.528	.630	.278-1.427	.268	1.103	.429-2.836	.839
Домаћица	1.127	.744-1.708	.572	.895	.612-1.309	.567	1.041	.638-1.698	.872	1.012	.628-1.629	.962
Студенткиња	.971	.193-4.880	.972	1.776	.293-10.749	.532	1.046	.130-8.401	.966	1.032	.128-8.344	.964
Незапослена	1			1			1			1		
Социјална подршка												
Постоји	1			1			1					
Не постоји	.675	.112-4.055	.675	.675	.112-4.055		.439	.042-4.556	.491			

- тип насеља, географска област, ниво образовања оца и мајке, као и радни статус мајке (у случају зависне варијабле „добро наспрам лошем протективном понашању”).

Статистичка значајност која је постојала у униваријантној анализи а која се односила на варијабле „тип насеља“, „географску област“, „ниво образовања оца и мајке“, као и „радни статус мајке“, изгубила је своју значајност у моделу мултиваријантне анализе.

Резултати мултиваријантне анализе су показали да девојке, старији адолесценти, као и адолесценти из најбогатијих домаћинстава, домаћинстава средње класе чешће предузимају добро него умерено односно лоше протективно понашање, у односу на младиће, млађе адолесценте и оне из најсиромашнијих домаћинстава. Наиме, девојке 2.0 пута, односно 3.5 пута чешће предузимају добро него умерено односно лоше протективно понашање, у односу на младиће. Старији адолесценти 1.1 пута, односно 1.2 пута чешће предузимају добро него умерено односно лоше протективно понашање, у односу на млађе адолесценте. Посматрано према квинтилима благостања, адолесценти из најбогатијих домаћинстава 2.4 пута, односно 2.5 пута, као и адолесценти средње класе 1.8 пута, односно 2.1 пута чешће предузимају добро него умерено односно лоше протективно понашање, у односу на најсиромашније. Адолесценти који живе у сиромашним домаћинствима 1.9 пута чешће предузимају добро него умерено протективно понашање, у односу на најсиромашније адолесценте. Уколико је зависна променљива „индекс протективног понашања“ представљена у виду терцила, за испитивање повезаности, рађена је мултиномијална логистичка регресија (табела 18).

На основу резултата мултиномијалне анализе, уочава се да су године старости, пол и квинтили благостања варијабле које су статистички значајно повезане са индексом протективног понашања. Старији адолесценти ($OR=.896$, односно $OR=.832$) и девојке ($OR=.502$, односно $OR=.273$), чешће предузимају добро него умерено односно лоше протективно понашање у односу на млађе адолесценте и младиће. Адолесценти који живе у најбогатијим домаћинствима ($OR=.426$), домаћинствима средњег квинтила благостања ($OR=.577$) и

сиромашним домаћинствима ($OR=.522$) чешће предузимају до-бро него умерено протективно понашање, као што и адолесценти који живе у најбогатијим домаћинствима ($OR=.405$) и домаћинствима средњег квинтила благостања ($OR=.514$) чешће предузимају добро него лоше протективно понашање у односу на адолесцените из најсиромашнијих домаћинстава.

Табела 18. Повезаност терцила протективног понашања са детерминантама здравља у 2013. години – мултиномијална логистичка регресија

Независне варијабле	Индекс протективног понашања – као категорије			
	Добро према умереном протективном понашању		Добро према лошем протективном понашању	
	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>
Године старости	.896 (.850-.944)	.000	.832 (.788-.879)	.000
Пол				
Женски	.502 (.377-.668)	.000	.273 (.201-.370)	.000
Мушки	1		1	
Тип насеља				
Урбано	.980 (.692-1.389)	.910	.991 (.690-1.423)	.961
Рурално	1		1	
Географска област				
Београд	1.142 (.744-1.752)	.544	.923 (.601-1.418)	.715
Војводина	.821 (.520-1.295)	.397	.743 (.466-1.186)	.213
Шумадија и западна Србија	1.260 (.864-1.839)	.230	.699 (.471-1.036)	.075
Југоисточна и источна Србија	1		1	
Структура породице				
Комплетна	1.308 (.610-2.808)	.490	1.206 (.557-2.610)	.634
Некомплетна	1		1	
Квинтили благостања				
Најбогатији	.426 (.226-.802)	.008	.405 (.209-.785)	.007
Богати	.589 (.336-1.031)	.064	.693 (.391-1.228)	.209
Средњи	.577 (.344-.968)	.037	.514 (.301-.878)	.015
Сиромашни	.522 (.279-.975)	.041	.596 (.320-1.110)	.103
Најсиромашнији	1		1	
Мобилни телефон				
Поседовање	.925 (.530-1.613)	.783	.988 (.567-1.724)	.967
Непоседовање	1		1	
Образовање оца				
Виша/висока школа	1.145 (.285-4.594)	.849	.387 (.111-1.352)	.137
Средња школа	.865 (.230-3.252)	.830	.407 (.128-1.297)	.128
Основна школа	.941 (.252-3.509)	.928	.413 (.132-1.293)	.129
Без школе/непотпуна школа	1		1	

Образовање мајке				
Виша/висока школа	1.004 (.348-2.894)	.994	.553 (.204-1.504)	.246
Средња школа	1.102 (.421-2.879)	.844	.587 (.246-1.401)	.230
Основна школа	.777 (.292-2.065)	.613	.742 (.310-1.774)	.502
Без школе/непотпуна школа	1		1	
Радни статус отац				
Радим за плату	.968 (.118-7.955)	.976	1.187 (.085-16.607)	.899
Пензионер	.867 (.101-7.423)	.896	.950 (.065-13.807)	.970
Домаћин	.280 (.011-7.362)	.446		
Студент	.724 (.086-6.062)	.766	.745 (.052-10.602)	.828
Незапослен	1		1	
Радни статус мајка				
Ради за плату	1.194 (.842-1.694)	.319	.756 (.522-1.094)	.138
Пензионерка	1.655 (.741-3.697)	.219	.873 (.351-2.173)	.771
Домаћица	.953 (.590-1.540)	.844	1.072 (.675-1.702)	.770
Студенткиња	1.152 (.151-8.816)	.892	.916 (.115-7.322)	.934
Незапослена	1		1	
Социјална подршка				
Постоји	2.197 (.212-22.763)	.509		
Не постоји	1			

4.3.3. Анализа повезаности терцила ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности индекса ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години испитивана је униваријантном, мултиваријантном и мултиномијалном логистичком регресијом (табела 19 и табела 20).

За потребе униваријантних и мултиваријантних логистичких регресионих анализа, зависна варијабла „индекс ризичног понашања“, представљена у виду терцила, је трансформисана је у две дихотомне варијабле: ризик велики према умерен и ризик велики према мали.

Значајни предиктори ризичног понашања који су се издвојили на основу резултата уни и мултиваријантне анализе су: пол и године старости (у случају зависне варијабле „ризик велики према умерен“ и варијабле „ризик велики према мали“), географска област (у случају зависне варијабле „ризик велики према умерен“), тип насеља и ниво образовања мајке (у случају зависне варијабле „ризик велики према мали“).

Табела 19. Повезаност терцила ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години - униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија

Независне варијабле	Индекс ризичног понашања-као категорије							
	Униваријантна анализа				Мултиваријантна анализа			
	Ризик велики према умерени		Ризик велики према мали		Ризик велики према умерени		Ризик велики према мали	
	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>
Године старости	1.351 (1.192-1.531)	.000	1.921 (1.674-2.204)	.000	1.350 (1.151-1.583)	.000	1.902 (1.602-2.258)	.000
Пол								
Женски	1		1		1		1	
Мушки	1.723 (1.236-2.401)	.001	2.303 (1.649-3.218)	.000	2.528 (1.618-3.950)	.000	3.702 (2.304-5.946)	.000
Тип насеља								
Урбано	1		1		1		1	
Рурално	.870 (.625-1.213)	.412	.629 (.452-.876)	.006	.698 (.403-1.208)	.199	.566 (.327-.979)	.042
Географска област								
Београд	.804 (.498-1.300)	.374	1.540 (.895-2.408)	.058	.736 (.392-1.382)	.340	1.734 (.932-3.227)	.082
Војводина	.568 (.343-.942)	.028	1.283 (.789-2.087)	.315	.515 (.254-1.043)	.065	1.500 (.726-3.101)	.274
Шумадија и западна Србија	.454 (.285-.724)	.001	1.026 (.662-1.592)	.908	.396 (.216-.726)	.003	1.028 (.570-1.854)	.928
Југоисточна и источна Србија	1		1		1		1	
Структура породице								
Комплетна	1		1		1		1	
Некомплетна	.974 (.601-1.580)	.916	1.280 (.776-2.111)	.333	.967 (.351-2.661)	.948	1.181 (.395-3.532)	.765
Квинтили благостања								
Најбогатији	1		1		1		1	
Богати	1.195 (.725-1.969)	.484	.801 (.479-1.339)	.398	.833 (.410-1.691)	.613	.624 (.290-1.344)	.228
Средњи	1.082 (.648-1.806)	.763	.699 (.414-1.181)	.181	.974 (.467-2.031)	.943	.627 (.283-1.385)	.248
Сиромашни	1.064 (.641-1.767)	.809	.828 (.487-1.407)	.486	1.819 (.594-5.572)	.295	.931 (.307-2.825)	.900
Најсиромашнији	1.269 (.748-2.155)	.377	.814 (.475-1.394)	.453	1.390 (.538-3.594)	.497	.720 (.275-1.884)	.503

Мобилни телефон								
Има	1		1		1		1	
Нема	.807 (.504-1.294)	.374	.856 (.532-1.378)	.523	.408 (.150-1.107)	.078	.713 (.278-1.825)	.480
Образовање оца								
Виша/висока школа	1		1		1		1	
Средња школа	1.634 (.930-2.869)	.088	1.477 (.845-2.580)	.171	1.108 (.542-2.264)	.779	1.002 (.490-2.049)	.995
Основна школа	1.500 (.756-2.975)	.246	1.831 (.912-3.674)	.089	.835 (.324-2.153)	.709	.948 (.349-2.571)	.916
Без школе/непотпуна школа	2.400 (.701-8.219)	.163	4.111 (.991-17.057)	.051	.600 (.110-3.265)	.554	.329 (.041-2.636)	.295
Образовање мајке								
Виша/висока школа	.545 (.208-1.429)	.217	.293 (.102-.843)	.023	.537 (.136-2.129)	.377	.150 (.033-.677)	.014
Средња школа	.566 (.240-1.332)	.193	.339 (.128-.895)	.029	.649 (.208-2.028)	.458	.258 (.069-.963)	.044
Основна школа	.612 (.245-1.529)	.294	.488 (.174-1.370)	.173	.761 (.242-2.390)	.640	.480 (.127-1.822)	.281
Без школе/непотпуна школа	1		1		1		1	
Радни статус мајке								
Радим за плату	1				1			
Пензионерка	.943 (.392-2.272)	.897		.762	.674 (.201-2.261)	.523		
Домаћица	1.132 (.686-1.869)	.628		.577	1.342 (.698-2.582)	.378		
Незапослена	1.296 (.866-1.940)	.208		.678	.968 (.563-1.664)	.906		
Социјална подршка								
Постоји	1		1		1		1	
Не постоји	1.979 (.178-21.948)	.578	1.993 (.180-22.103)	.574	2.070 (.157-27.215)	.580	6.323 (.377-105.991)	.200

Резултати мултиваријантне анализе су показали да младићи и старији адолесценти чешће имају велики ризик у понашању и то 2.5 пута (младићи) односно 1.3 пута (старији адолесценти) чешће него што имају умерен ризик, а такође и 3.7 пута (младићи) односно 1.9 пута (старији адолесценти) чешће у односу на мали ризик у понашању, када се пореде са девојкама и млађим адолесцентима. Адолесценти који живе у Југоисточној и источној Србији ($OR=.396$), значајно чешће имају велики ризик у понашању у односу на умерен, када се пореде са својим вршњацима који живе у Шумадији и западној Србији (табела 19).

Када се посматра тип средине као значајан предиктор ризичног понашања, запажа се да адолесценти из градске средине ($OR=.566$), чешће имају велики него мали ризик у понашању у односу на оне који живе у руралној средини. Слично се понашају и адолесценти чије мајке немају завршену основну школу у односу на своје вршњаке чије мајке имају високо или више образовање ($OR=.150$), односно средње ($OR=.258$) образовање (табела 19).

Уколико је зависна променљива „индекс ризичног понашања“ представљена у виду терцила, за испитивање повезаности, рађена је мултиномијална логистичка регресија (табела 20).

На основу резултата мултиномијалне логистичке регресије, уочава се да су године старости, пол, тип насеља и географска област демографске варијабле које су статистички значајно повезане са индексом ризичног понашања. Старији адолесценти ($OR=.723$, односно $OR=.527$) и младићи ($OR=2.536$, односно $OR=3.474$) чешће имају велики ризик у понашању него умерени и мали у односу на млађе адолесценте и девојке. Адолесценти који живе у урбаној средини ($OR=.543$) чешће имају велики него мали ризик у понашању, у односу на оне који живе у руралној средини.

С друге стране, адолесценти који живе у Шумадији и западној Србији чешће имају умерен него велики ризик у понашању у односу на своје вршњаке који живе у југоисточној и источној Србији. Адолесценти чије мајке имају високо/више образовање односно средњу школу чешће имају мали него велики

ризик у понашању него што то чине адолесценти мајки које немају школу или имају непотпуну основну школу.

Табела 20. Повезаност терцила ризичног понашања са детерминантама здравља у 2013. години - мултиномијална логистичка регресија

Независне варијабле	Индекс ризичног понашања-као категорије			
	Ризик умерени према велики		Ризик мали према велики	
	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI за OR)</i>	<i>p</i>
Године старости	.723 (.619-.845)	.000	.527 (.447-.620)	.000
Пол				
женски	2.536 (1.639-3.924)	.000	3.474 (2.226-5.423)	.000
мушки	1		1	
Тип насеља				
урбано	.715 (.424-1.205)	.208	.543 (.320-.920)	.023
рурално	1		1	
Географска област				
Београд	1.222 (.661-2.259)	.522	.633 (.349-1.148)	.132
Војводина	1.689 (.846-3.370)	.137	.712 (.355-1.426)	.337
Шумадија и западна Србија	2.328 (1.304-4.155)	.004	.902 (.514-1.585)	.721
Југоисточна источна Србија	1		1	
Структура породице				
Комплетна	.889 (.332-2.375)	.814	1.393 (.489-3.971)	.535
Некомплетна	1		1	
Квинтили благостања				
Најбогатији	1.415 (.568-3.525)	.456	.723 (.288-1.813)	.489
Богати	1.620 (.725-3.621)	.239	1.142 (.523-2.492)	.740
Средњи	1.507 (.720-3.155)	.277	1.068 (.521-2.188)	.858
Сиромашни	.873 (.352-2.164)	.769	.699 (.284-1.725)	.438
Најсиромашнији	1		1	
Мобилни телефон				
Има	.475 (.189-1.190)	.112	.777 (.306-1.978)	.597
Нема	1		1	
Образовање оца				
Виша/висока школа	.530 (.098-2.866)	.461	.707 (.103-4.840)	.724
Средња школа	.482 (.103-2.261)	.355	.686 (.113-4.148)	.681
Основна школа	.587 (.129-2.665)	.490	.695 (.118-4.094)	.687
Без школе/непотпуна школа	1		1	
Образовање мајке				
Виша/висока школа	1.974 (.516-7.552)	.321	5.508 (1.314-23.092)	.020
Средња школа	1.558 (.501-5.032)	.432	3.489 (1.000-12.176)	.050
Основна школа	1.348 (.421-4.320)	.615	1.998 (.562-7.103)	.285
Без школе/непотпуна школа	1		1	
Социјална подршка				
Постоји	2.683 (.210-34.311)	.448	5.104 (.352-74.007)	.232
Не постоји	1		1	

4.3.4. Анализа повезаности степена ухрањености адолесцената са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности степена ухрањености са детерминантама здравља у 2013. години као резултат мултиномијалне логистичке регресије приказана је у табели 21.

Варијабла „степен ухрањености” је најпре трансформисана и то тако што је категорија потхрањен и нормално ухрањен трансформисана у категорију нормална телесна маса, тако да су на крају, варијаблу „степен ухрањености” чиниле три категорије: нормална телесна маса, прекомерна телесна маса и гојазност.

Мултиномијална анализа је зависна варијаблу „степен ухрањености“, представљену у виду терцила, трансформисала у две дихотомне варијабле: прекомерна телесна маса наспрам нормалне телесне масе и гојазност наспрам нормалне телесне масе, а за сваку дихотомну варијаблу укључена су три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске и социјално-економске варијабле,
- модел 2 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс протективног понашања, и
- модел 3 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања.

Године старости, пол, тип насеља, квинтила благостања и образовање мајке се као предиктори здравственог стања представљеног степеном ухрањености јављају код свих модела мултиномијалне логистичке регресије.

Наиме, млађи адолесценти су чешће под ризиком да су прекомерно ухрањени ($OR=.923$, модел 1 и $OR=.930$, модел 2) или гојазни ($OR=.802$ модел 1, $OR=.789$ модел 2 и $OR=.702$ модел 3) него нормално ухрањени у односу на старије адолесценате. Младићи имају већи ризик да су прекомерно ухрањени ($OR=.726$, модел 1) или гојазни ($OR=.409$ модел 1, $OR=.363$ модел 2 и $OR=.295$ модел 3) од

девојака. Адолесценти из руралних средина чешће су прекомерно ухрањени ($OR=.635$ модел 1 и $OR=.635$ модел 2) или гојазни ($OR=.359$ модел 1 и $OR=.357$ модел 2) у односу на адолесценце који живе у урбаној средини према резултатима овог истраживања. Адолесценти који живе у најбогатијим породицама ($OR=2.009$, модел 1 и $OR=2.048$, модел 2) као и у породицама средњег квинтила благостања ($OR=2.095$, модел 1 и $OR=2.130$, модел 2 и $OR=2.585$ модел 3) имају већи ризик да су прекомерно него нормално ухрањени у односу на адолесценце из најсиромашнијих породица. Адолесценти чије мајке имају непотпуну школу или незавршену основну школу ($OR=.273$ модел 1 и $OR=.273$ модел 2) имају већи ризик од прекомерне него нормалне ухрањености у односу на адолесценце чије мајке имају завршену основну школу.

Шанса да су адолесценти прекомерно ухрањени је порасла укључивањем у анализу индекса протективног понашања, и то код млађих адолесцената за 0.8% у односу на старије, код адолесцената који живе у породицама средњег квинтила благостања за 23.4% у односу на најсиромашније, као и адолесцената чије мајке имају непотпуну школу или су без школе у односу на адолесценце чије мајке имају основну школу, док је вредност остала непромењена код адолесцената из руралних средина. Уочава се пораст односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени укључивањем у анализу индекса ризичног понашања, и то код адолесцената који живе у најбогатијим породицама за 1.9%, као и породицама средњег квинтила благостања за 1.7%, у односу на најсиромашније.

Шанса да су адолесценти гојазни је опала када се у анализу уврсти индекс протективног понашања, и то код млађих адолесцената за 1.6% у односу на старије, и младића за 11.2% у односу на девојке, адолесцената из руралних средина за 0.6% у односу на адолесценце из урбаних средина. Уочава се пад односа шанси да су адолесценти гојазни, укључивањем индекса ризичног понашања, и то код млађих адолесцената за 12.5% у односу на старије, и младића за 27.9% у односу на девојке.

Табела 21. Повезаност ухрањености са детерминантама здравља у 2013. години - мултиномијална логистичка регресија

Независне варијабле	Прекомерна телесна маса у односу на нормалну масу						Гојазност у односу на нормалну телесну масу					
	Модел 1 ^а		Модел 2 ^б		Модел 3 ^с		Модел 1 ^а		Модел 2 ^б		Модел 3 ^с	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Године старости	.923 (.876-.972)	.002	.930 (.882-.980)	.007	.938 (.795-1.107)	.452	.802 (.742-.867)	.000	.789 (.729-.854)	.000	.702 (.531-.929)	.013
Пол												
Женски	.726 (.542-.971)	.031	.766 (.567-1.035)	.082	.640 (.406-1.007)	.054	.409 (.267-.627)	.000	.363 (.234-.564)	.000	.295 (.133-.657)	.003
Мушки	1		1		1		1		1		1	
Тип насеља												
Урбано	.635 (.448-.899)	.011	.635 (.448-.899)	.010	.726 (.429-1.228)	.232	.359 (.219-.588)	.000	.357 (.217-.588)	.000	.488 (.206-1.158)	.104
Рурално	1		1		1		1		1		1	
Географска област												
Београд	1.052 (.685-1.615)	.818	1.068 (.694-1.641)	.766	1.202 (.647-2.232)	.561	1.312 (.749-2.297)	.343	1.262 (.719-2.214)	.418	2.445 (.908-6.585)	.077
Војводина	.994 (.625-1.581)	.979	1.008 (.633-1.605)	.974	.964 (.469-1.982)	.921	1.213 (.652-2.254)	.542	1.149 (.615-2.144)	.663	1.307 (.374-4.570)	.675
Шумадија и западна Србија	1.161 (.797-1.692)	.437	1.197 (.819-1.750)	.352	1.200 (.684-2.107)	.524	.731 (.420-1.273)	.268	.686 (.392-1.201)	.187	1.793 (.688-4.673)	.232
Југоисточна и источна Србија	1		1		1		1		1		1	
Структура породице												
Комплетна	.708 (.339-1.478)	.357	.694 (.333-1.447)	.330	.957 (.302-3.034)	.941	.477 (.193-1.178)	.109	.486 (.196-1.203)	.119	.513 (.130-2.029)	.342
Некомплетна	1		1		1		1		1		1	
Квинтили благостања												
Најбогатији	2.009 (1.063-3.797)	.032	2.048 (1.083-3.872)	.027	1.719 (.639-4.626)	.283	2.094 (.920-4.769)	.078	1.979 (.861-4.550)	.108	.869 (.200-3.774)	.851
Богати	1.683 (.956-2.963)	.071	1.685 (.958-2.965)	.070	2.339 (.997-5.487)	.051	1.239 (.595-2.580)	.567	1.210 (.576-2.544)	.614	1.116 (.351-3.545)	.853
Средњи	2.095 (1.238-3.544)	.006	2.130 (1.259-3.603)	.005	2.585 (1.170-5.711)	.019	1.370 (.706-2.657)	.352	1.323 (.677-2.582)	.413	.744 (.247-2.243)	.600
Сиромашни	1.295 (.683-2.453)	.428	1.305 (.688-2.475)	.416	.729 (.236-2.250)	.582	.561 (.241-1.305)	.180	.520 (.222-1.217)	.132	.445 (.109-1.806)	.257
Најсиромашнији	1		1		1		1		1		1	

Мобилни телефон												
Има	1.036 (.595-1.805)	.900	1.034 (.594-1.802)	.905	.342 (.112-1.043)	.059	.809 (.388-1.688)	.573	.780 (.374-1.630)	.510	.545 (.133-2.238)	.399
Нема	1		1		1		1		1		1	
Образовање оца												
Виша/висока школа	1.115 (.338-3.683)	.858	1.188 (.359-3.926)	.778	.700 (.092-5.311)	.730	2.621 (.411-16.704)	.308	2.448 (.376-15.921)	.349	.941 (.063-14.002)	.965
Средња школа	1.903 (.627-5.776)	.256	1.996 (.658-6.057)	.223	1.644 (.252-10.738)	.604	3.876 (.681-22.062)	.127	3.670 (.634-21.257)	.147	1.149 (.102-12.944)	.911
Основна школа	1.541 (.521-4.556)	.434	1.608 (.544-4.752)	.390	1.381 (.220-8.692)	.731	3.079 (.569-16.659)	.192	2.963 (.537-16.350)	.213	1.167 (.107-12.7739)	.899
Без школе/непотпуна школа	1		1		1		1		1		1	
Образовање мајке												
Виша/висока школа	.631 (.256-1.553)	.316	.654 (.265-1.614)	.357	1.178 (.296-4.683)	.816	.480 (.129-1.786)	.274	.475 (.127-1.786)	.271	1.111 (.112-10.999)	.928
Средња школа	.447 (.200-1.000)	.050	.460 (.205-1.032)	.060	.561 (.166-1.896)	.352	.588 (.189-1.829)	.359	.580 (.185-1.822)	.351	1.137 (.182-7.118)	.891
Основна школа	.273 (.115-.646)	.003	.273 (.115-.648)	.003	.306 (.082-1.142)	.078	.602 (.189-1.922)	.392	.600 (.186-1.937)	.393	.975 (.147-6.455)	.979
Без школе/ непотпуна школа	1		1		1		1		1		1	
Индекс протективног понашања												
Лоше понашање			1.299 (.892-1.891)	.173					.515 (.304-.870)	.130		
Умерено понашање			1.017 (.701-1.475)	.930					.763 (.466-1.251)	.284		
Добро понашање			1						1			
Индекс ризичног понашања												
Мали ризик					.783 (.442-1.389)	.404					.925 (.392-2.181)	.858
Умерен ризик					.926 (.537-1.596)	.781					.590 (.230-1.514)	.272
Велики ризик					1						1	

^aДемографске и социјално-економске варијабле, ^bДемографске и социјално-економске варијабле демографске и индекс протективног понашања,

^cДемографске и социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања

4.3.5. Анализа повезаности самопроцене здравствља са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности самопроцене здравља са детерминантама здравља у 2013. години као резултат мултиномијалне логистичке регресије приказана је у табели 22.

Варијабла „самопроцена здравља” је најпре трансформисана и то тако што је категорија врло добро и добро трансформисана у категорију добро здравствено стање а категорија лоше и врло лоше трансформисана у категорију лоше здравствено стање, тако да су крају, ову зависну варијаблу чиниле три категорије: добро, просечно и лоше здравствено стање.

Мултиномијална анализа је зависна варијаблу „самопроцена здравља“, представљену у виду терцила, трансформисала у две дихотомне варијабле: лоше према просечном здравственом стању и лоше према добром здравственом стању, а за сваку дихотомну варијаблу укључена су три модела:

- модел 1 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске и социјално-економске варијабле,
- модел 2 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс протективног понашања
- модел 3 – мултиномијални регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања.

Структура породице и тип насеља се као предиктори самопроцене здравља јављају код свих модела мултиномијалне логистичке регресије.

Адолесценти који живе у урбаној средини ($OR=6.279$ модел 1, $OR=6.388$ модел 2) статистички значајно чешће процењује своје здравље као добро него као лоше у односу на адолесценте који живе у руралној средини, а адолесценти који живе у комплетној породици ($OR=5.927$ модел 1, $OR=6.349$ модел 2) статистички значајно чешће процењују своје здравље као просечно ($OR=5.927$ модел 1, $OR=6.349$ модел 2), односно као добро ($OR=5.117$ модел 1, $OR=5.368$ модел 2) него лоше у односу на адолесценте који живе у некомплетној породици.

Табела 22. Повезаност самопроцене здравља са детерминантама здравља у 2013. години, мултиномијална регресија

Независне варијабле	Лоше према просечном здравственом стању						Лоше према добром здравственом стању					
	Модел 1 ^a		Модел 2 ^b		Модел 3 ^c		Модел 1 ^a		Модел 2 ^b		Модел 3 ^c	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Године старости	.915 (.705-1.188)	.506	.903 (.691-1.181)	.456	.766 (.346-1.696)	.512	.888 (.699-1.128)	.332	.871 (.681-1.114)	.271	.814 (.393-1.688)	.581
Пол												
Женски	1.406 (.344-5.752)	.636	1.305 (.303-5.619)	.721	2.208 (.287-17.012)	.447	1.411 (.391-5.083)	.599	1.233 (.326-4.668)	.758	1.306 (.205-8.335)	.777
Мушки	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.
Тип насеља												
Урбано	5.331 (.957-29.712)	.056	5.557 (.979-31.548)	.053	5.799 (.513-65.538)	.155	6.279 (1.256-31.377)	.025	6.388 (1.255-32.526)	.026	5.731 (.589-55.759)	.133
Рурално	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.
Географска област												
Београд	2.691 (.463-15.628)	.270	2.792 (.480-16.248)	.253	4.222 (.281-63.505)	.298	1.158 (.253-5.291)	.850	1.194 (.261-5.472)	.819	2.574 (.256-25.876)	.422
Војводина	1.860 (.249-13.877)	.545	1.791 (.235-13.625)	.574	3.494 (.230-53.191)	.368	.976 (.168-5.680)	.979	.925 (.156-5.497)	.932	1.356 (.130-14.135)	.799
Шумадија и западна Србија	6.104 (.558-66.745)	.138	6.094 (.553-67.115)	.140	.	.	4.223 (.465-38.380)	.201	4.070 (.444-37.267)	.214	.	.
Југоисточна и источна Србија	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.
Структура породице												
Комплетна	5.927 (1.194-29.427)	.029	6.349 (1.269-31.754)	.024	5.056 (.547-46.766)	.153	5.117 (1.385-18.914)	.014	5.368 (1.440-20.009)	.012	4.738 (.739-30.386)	.101
Некомплетна	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.
Индекс протективног понашања												
Лоше понашање			.801 (.146-4.399)	.798					.626 (.133-2.942)	.553		
Умерено понашање			1.210 (.166-8.811)	.851					1.648 (.265-10.235)	.592		
Добро понашање			1	.					1	.		
Индекс ризичног понашања												
Мали ризик					.677 (.065-7.024)	.744					1.540 (.196-12.112)	.682
Велики ризик					1	.					1	.

Однос шанси да процене своје здравље као добро је порастао укључивањем у анализу индекса протективног понашања. и то код адолесцената који живе у урбаној средини за 1.7% а код адолесцената који живе у комплетној породици за 4.9% док је однос шанси да процене своје здравље као просечно порастао за 7.1% код адолесцената који живе у комплетној породици.

4.3.6. Повезаност повређивања са детерминантама здравља у 2013. години

Анализа повезаности повређивања са детерминантама здравља у 2013. години на основу резултата бинарне логистичке регресије приказана је у табели 23.

Бинарна логистичка анализа укључила је три модела:

- модел 1 – бинарни регресиони модел у који су ушле све демографске и социјално-економске варијабле
- модел 2 – бинарни регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс протективног понашања
- модел 3 – бинарни регресиони модел у који су ушле све демографске, социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања.

Младићи ($OR=2.212$ модел 1, $OR=2.079$ модел 2, $OR=3.388$ модел 3), млађи адолесценти ($OR=.922$ модел 1), као и адолесценти чије мајке имају високу или вишу школу ($OR=6.546$ модел 1, $OR= 6.681$ модел 2) као и средњу школу ($OR=4.287$ модел 1, $OR=4.450$ модел 2) чешће су се повређивали у последњих годину дана у односу на девојке, старије адолесценте и оне адолесценте чије мајке немају или имају незавршену основну школу.

Однос шанси да дође до повређивања је порастао укључивањем у анализу индекса протективног понашања. и то код адолесцената чије мајке имају високу или вишу школу за 0.1% као и средњу школу за 0.2% и код млађих адолесцената за 0.01% док је опао код младих за 0.1%.

Табела 23. Повезаност повређивања са детерминантама здравља у 2013. години - бинарна логистичка регресија

Независне варијабле	Адолесценти који су нису имали повреду према адолесцентима који су имали повреду					
	Модел 1 ^а		Модел 2 ^б		Модел 3 ^с	
	<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>	<i>OR (95%CI)</i>	<i>p</i>
Године старости	.922 (.861-.989)	.023	.931 (.868-1.000)	.050	.955 (.750-1.217)	.712
Пол						
• Женски	1		1		1	
• Мушки	2.212 (1.473-3.324)	.000	2.079 (1.366-3.165)	.001	3.388 (1.580-7.267)	.002
Тип насеља						
• Урбано	1.151 (.718-1.844)	.559	1.146 (.715-1.837)	.571	1.288 (.581-2.855)	.533
• Рурално	1					
Географска област						
• Београд	.657 (.369-1.170)	.154	.674 (.378-1.201)	.181	.884 (.368-2.121)	.782
• Војводина	1.154 (.651-2.046)	.625	1.172 (.660-2.083)	.588	2.566 (.963-6.837)	.060
• Шумадија и • западна Србија	.722 (.437-1.191)	.202	.763 (.460-1.265)	.294	.930 (.368-2.345)	.877
• Југоисточна и • источна Србија	1		1		1	
Структура породице						
• Комплетна	.831 (.308-2.246)	.716	.823 (.304-2.227)	.701	.751 (.170-3.322)	.706
• Некомплетна	1		1		1	
Квинтили благостања						
• Најбогатији	.663 (.290-1.515)	.330	.685 (.299-1.566)	.369	.350 (.083-1.482)	.154
• Богати	.746 (.361-1.541)	.429	.755 (.365-1.561)	.449	.613 (.182-2.057)	.428
• Средњи	.696 (.350-1.382)	.300	.715 (.359-1.424)	.340	.656 (.209-2.062)	.471
• Сиромашни	.529 (.229-1.223)	.136	.535 (.230-1.245)	.147	1.031 (.283-3.750)	.963
• Најсиромашнији	1		1		1	
Мобилни телефон						
• Има	.538 (.265-1.095)	.087	.533 (.262-1.086)	.083	.480 (.139-1.656)	.246
• Нема	1		1		1	

Образовање оца						
• Виша/висока школа	.462 (.100-2.134)	.323	.522 (.112-2.430)	.408	.371 (.035-3.907)	.409
• Средња школа	.598 (.144-2.495)	.481	.650 (.155-2.723)	.555	.401 (.050-3.220)	.390
• Основна школа	.943 (.226-3.941)	.936	1.033 (.246-4.338)	.965	.569 (.071-4.565)	.596
• Без школе/ непотпуна школа	1		1		1	
Образовање мајке						
• Виша/висока школа	6.546 (1.473-29.085)	.014	6.681 (1.508-29.604)	.012	2.207 (.256-19.051)	.471
• Средња школа	4.287 (1.082-16.976)	.038	4.450 (1.128-17.5579)	.033	2.306 (.375-14.166)	.367
• Основна школа	1.510 (.350-6.514)	.581	1.529 (.356-6.571)	.568	.869 (.122-6.184)	.889
• Без школе/ непотпуна школа	1		1		1	
Радни статус мајке						
• Радим за плату	1.079 (.668-1.745)	.755	1.112 (.686-1.802)	.666	1.361 (.615-3.011)	.446
• Пензионерка	.767 (.219-2.683)	.678	.799 (.228-2.808)	.727	.812 (.095-6.968)	.849
• Домаћица	1.355 (.737-2.491)	.328	1.328 (.721-2.447)	.362	1.245 (.486-3.191)	.648
• Незапослена	1.537 (.159-14.828)	.710	1.528 (.156-14.999)	.716		
• Неспособна за рад	1		1		1	
Индекс протективног понашања						
• Лоше понашање			1.373 (.839-2.248)	.207		
• Умерено понашање			.867 (.519-1.450)	.587		
• Добро понашање			1			
Индекс ризичног понашања						
• Мали ризик					1	
• Умерен ризик					.647 (.273-1.538)	.325
• Велики ризик					1.238 (.556-2.755)	.602

^aДемографске и социјално-економске варијабле, ^bДемографске и социјално-економске варијабле демографске и индекс протективног понашања, ^cДемографске и социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања

4.3.7. Повезаност индекса протективног и индекса ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања са детерминантама здравља – различити модели регресије

Повезаност детерминанти здравља са индексом протективног и ризичног понашања, степеном ухрањености, самопроценом здравља и повређивањем, представљена је у табели 24.

Ако посматрамо пол као варијаблу, уочава се да се девојке статистички значајно чешће протективно понашају (сви модели регресије), док се младићи статистички значајно чешће ризично понашају (сви модели регресије), значајно чешће имају прекомерну телесну масу (модел 1 мултиномијална регресија) односно гојазни су (модел 1, 2, 3 мултиномијална регресија) и чешће су се повређивали (модел 1, 2, 3 бинарне логистичке регресије) за разлику од девојака.

Старији адолесценти се статистички значајно чешће протективно (сви модели регресије) и ризично понашају (сви модели регресије), док су млађи адолесценти чешће прекомерно ухрањени (модел 1, 2 мултиномијална регресија) односно гојазни су (модел 1, 2, 3 мултиномијална регресија) и чешће су се повређивали (модел 1 бинарне логистичке регресије) за разлику од старијих адолесцената.

Када се посматра средина у којој адолесценти живе, уочава се да су адолесценти из урбане средине статистички значајно чешће имају протективно (униваријантна линеарна регресија и униваријантна логистичка регресија у случају дихотомне варијабле „добро наспрам лошем протективном понашању) и ризично понашање (униваријантна и мултиваријантна линеарна регресија, као и униваријантна, мултиваријантна логистичка регресија у случају дихотомне варијабле „велики ризик насупротив малом ризику“ у понашању) и оцењују своје здравље као добро (модел 1, 2 мултиномијална регресија) док су адолесценти из руралне средине статистички значајно чешће прекомерно ухрањени (модел 1, 2 мултиномијална регресија) односно гојазни су (модел 1, 2 мултиномијална регресија) за разлику од адолесцената из урбане средине.

Адолесценти из Војводине, Шумадије и западне Србије се статистички значајно чешће протективно понашали у односу на адолесценте из југоисточне и

источне Србије (универијантна логистичка регресија у случају дихотомне варијабле „добро наспрам лошем протективном понашању“), док адолесценти из југоисточне и источне Србије чешће имају велики него умерен ризик у понашању у односу на адолесцените из Војводине (универијантна логистичка регресија) и адолесцените Шумадије и западне Србије (универијантна и мултиваријантна логистичка регресија и мултиномијална логистичка регресија).

Ако се посматра ниво образовања адолесцената, запажа се да је виши ниво образовања статистички значајно чешће повезан са протективним понашањем (универијантна линеарна регресија) а нижи ниво са ризичним понашањем (универијантна линеарна регресија).

Структура породице је такође статистички значајно повезана са самопроценом сопственог здравља. Наиме, адолесценти који живе у комплетној породици (модел 1, 2 мултиномијална логистичка регресија) чешће своје здравље процењују као просечно и добро него као лоше за разлику од адолесцената који живе у некомплетним породицама.

Адолесценти из домаћинства вишег квинтила благостања статистички значајно чешће имају протективно понашање (универијантна и мултиваријантна линеарна регресија), односно адолесценти из најбогатијих и сиромашних домаћинстава (универијантна логистичка регресија), као и адолесценти из најбогатијих домаћинстава, средњег слоја и сиромашних домаћинстава (мултиваријантна логистичка регресија и мултиномијална логистичка регресија) чешће имају добро наспрам умереном протективном понашању у односу на адолесцените из најсиромашнијих домаћинстава. Адолесценти који живе у свим слојевима домаћинстава (универијантна логистичка регресија), као и адолесценти из најбогатијих домаћинстава и средњег слоја домаћинстава (мултиваријантна и мултиномијална логистичка регресија) значајно чешће имају добро наспрам лошем протективном понашању у односу на најсиромашније адолесцените из најсиромашнијих домаћинстава.

Када се разматра ухрањеност, адолесценти из најбогатијих домаћинстава (модел 1, 2 мултиномијална логистичка регресија) и средњег слоја домаћинстава (модел 1, 2, 3 мултиномијална логистичка регресија) чешће су нормално него

прекомерно ухрањени за разлику од адолесцената из најсиромашнијих домаћинстава.

Образовање оца и мајке су варијабле повезане са здрављем. Наиме, виши ниво образовања оца (униваријантна и мултиваријантна линеарна регресија) и мајке (униваријантна линеарна регресија), као и све категорије образовања оца и мајке: висока/виша, средња и основна школа (униваријантна логистичка регресија у случају дихотомне варијабле „добро наспрам лошем протективном понашању“) статистички значајно чешће су повезане са протективним понашањем њихове

Табела 24. Повезаност индекса протективног и индекс ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања са детерминантама здравље – различити модели регресије

Модели регресије	Индекс протективног понашања		Индекс ризичног понашања		Ухрањеност		Самопроцена здравља		Повреда
	добро/ умерено	добро/ лоше	велики/ умерен ризик	велики/ мали ризик	прекомерно/ нормално ухрањени	гојазни/ нормално ухрањени	лоше/ просечно	лоше/ добро	
Униваријантна линеарна регресија	девојке, старији, урбана средина, виши ниво образовања адолесцената, богатији, виши ниво образовања родитеља, редован извор прихода мајке	девојке, старији, урбана средина, виши ниво образовања адолесцената, богатији, виши ниво образовања родитеља, редован извор прихода мајке	младићи, старији, урбана средина, нижи ниво образовања адолесцената, нижи ниво образовања родитеља	младићи, старији, урбана средина, нижи ниво образовања адолесцената, нижи ниво образовања родитеља					
Мултиваријантна линеарна регресија	девојке, старији, виши ниво образовања оца	девојке, старији, виши ниво образовања оца	младићи, старији, урбана средина, нижи ниво образовања мајке, нема социјалну подршку	младићи, старији, урбана средина, нижи ниво образовања мајке, нема социјалну подршку					
Униваријантна логистичка регресија	девојке, старији, најбогатији, сиромашни/ најсиромашнији	девојке, старији, урбана средина, Војводина, Шумади ја и западна Србија/ Југоисточна и источна Србија, сви слојеви/ најсиромашнији, све категије образовања родитеља/нема, непотпуна школа, радни за плату мајка/незапослена	младићи, старији, Југоисточна и источна Србија/ Војводина Шумадија и западна Србије	младићи, старији, урбана средина, нема, непотпуна школа мајке / висока, виша школа или средња школа					

Мултиваријантна логистичка регресија	девојке, старији, најбогатији, средњи, сиромашни слој/ најсиромашнији	девојке, старији, најбогатији, средњи слој/ најсиромашнији	младићи, старији, Југоисточна и источна Србија/ Шумадија и западна Србија	младићи, старији, урбана средина, нема, непотпуна школа мајке/ висока, виша или средња школа					
Бинарна логистичка регресија									младићи ^{a,b,c} млађи ^a висока, виша школа или средња школа мајке/ нема, непотпуна школа ^{a,b}
Мултиномијална регресија	девојке, старији, најбогатији, средњи и сиромашни/ најсиромашније	девојке, старији, најбогатији, средњи слој/ најсиромашније	младићи, старији, Југоисточна и источна Србија/ Шумадија и западна Србија	младићи, старији, нема, непотпуна школа мајке /висока, виша школа или средња школа	младићи ^a , млађи ^{a,b} , рурална средина ^{a,b} , најбогатији, средњи/ најсиромашнији ^{a,b} , средњи/ најсиромашнији ^c нема, непотпуна школа/основна школа ^{a,b}	младићи ^{a,b,c} , млађи ^{a,b,c} , рурална средина ^{a,b}	комплетна породица ^{a,b}	урбана средина, комплетна породица ^{a,b}	

^a Демографске и социјално-економске варијабле, ^b Демографске и социјално-економске варијабле демографске и индекс протективног понашања,

^c Демографске и социјално-економске варијабле и индекс ризичног понашања

деце, док адолесценати чији очеви (униваријантна линеарна регресија) имају нижи ниво образовања односно мајке (униваријантна и мултиваријантна линеарна регресија) имају нижи ниво образовања или пак (униваријантна, мултиваријантна логистичка и мултиномијална логистичка регресија) имају незавршену основну школу/немају школу чешће имају велики него мали ризик у понашању у односу на адолесценте родитеља вишег нивоа образовања. Ако се посматра ухрањеност, адолесценти чије мајке имају незавршену основну школу/немају школу (модел 1, 2 мултиномијалне логистичке регресије) статистички значајно чешће имају прекомерну него нормалну телесну масу за разлику од адолесцената чије мајке имају завршену основну школу. Такође, адолесценти чије мајке имају високу/вишу или средњу школу школу (модел 1, 2 бинарне логистичке регресије), чешће су се повређивали у последњих годину дана за разлику од адолесцената чије мајке имају непотпуну или незавршену основну школу.

Ако посматрамо радни статус мајке, уочава се да адолесценти чије мајке имају редован извор прихода односно раде за плату (униваријантна линеарна и униваријантна логистичка регресија) статистички значајно чешће имају добро наспрам лошем протективном понашању за разлику од деце чије су мајке незапослене односно немају редован извор прихода.

Адолесценти који нису имали социјалну подршку (мултиваријантна линеарна регресија) се значајно чешће ризичније понашају за разлику од адолесцената који су је имали.

4.4. Анализа трендова индекса протективног и индекса ризичног понашања, степена ухрањености, самопроцене здравља и повређивања по годинама истраживања

У посматраном тринаестогодишњем периоду од 2000. до 2013. године, учесталост адолесцената који су се умерено или пак лоше протективно понашали, није се статистички значајно мењала и износила је у просеку 33.3% (табела 25).

Промена тренда индекса протективног понашања постаје статистички значајна када се у модел укључе пол и године старости (модел 2), односно поред њих и друге демографске и социјално-економске варијабле које се односе на тип

насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке и социјалну подршку (модел 3). Адолесценти су имали статистички значајно чешће умерено ($OR=1.002$ модел 2), него добро протективно понашање у 2006. години у односу на 2000. годину, али су насупрот томе чешће имали добро ($OR=.992$ модел 2) него умерено протективно понашање у 2013. години у односу на референтну годину и то у моделу усклађеном на пол и године старости. Ситуација је потпуно обрнута када се посматра однос шанси да адолесценти имају лоше него добро протективно понашање. Када је модел усклађен поред демографских варијабли и на социјално-економске варијабле, адолесценти су значајно чешће имали умерено односно лоше протективно понашање него добро протективно понашање како у 2006. тако и у 2013. години у односу на референту годину (табела 25).

Табела 25. Анализа тренда индекса протективног понашања по годинама истраживања

Година истраживања	2000 ¹	2006	2013	<i>p</i> за тренд
Сви испитаници	1421	2194	1693	
Категоријска варијабла	Адолесценти који имају умерено у односу на добро протективно понашање			
Адолесценти који имају умерено протективно понашање, <i>n</i> (%)	474 (33.4%)	734 (33.5%)	561 (33.2%)	.976
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.002 (.851-1.180); .981	.986 (.829-1.171); .869	1.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.002 (.850-1.181); .983	.992 (.834-1.181); .932	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.259 (1.010-1.569) .041	1.292(1.021-1.634) .033	.000
Категоријска варијабла	Адолесценти који имају лоше у односу на добро протективно понашање			
Адолесценти који имају лоше протективно понашање, <i>n</i> (%)	474 (33.4%)	729 (33.2%)	564 (33.3%)	.995
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	.995 (.845-1.172); .954	.991 (.834-1.178); .917	1.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	.997 (.843-1.180); .973	1.004 (.840-1.199); .969	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> <i>95%CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.004 (.802-1.257) .969	1.049 (.826-1.333) .695	.000

¹Истраживање из 2000. године је референтна категорија; ²Модел 2 је усклађен на пол и године старости; ³Модел 3 је усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке, социјалну подршку

Величина односа шанси адолесцената који се умерено односно лоше протективно понашају у односу на адолесценате који се добро протективно понашање расте у оба усклађена модела у односу на неусклађен модел, као што расте и величина односа шанси током посматраног периода (табела 25).

У посматраном тринаестогодишњем периоду, учесталост адолесцената који су имали умерен ризик опала за 4.0% а оних који су имали мали ризик порасла за 3.8% (табела 26).

Промена тренда индекса ризичног понашања постаје статистички значајна када се у модел укључе пол и године старости (модел 2), односно поред њих и варијабле које се односе на тип насеља, географску област, структуру породице, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, образовање оца/мајке и социјалну подршку (модел 3). Адолесценти су имали статистички значајно чешће умерен ($OR=1.024$ модел 2), него велики ризик у понашању у 2006. години у односу на 2000. годину, али су насупрот томе чешће имали велики ($OR=.978$ модел 2) него умерен ризик у понашању у 2013. години у односу на 2000. годину и то у моделу усклађеном на пол и године старости. Ситуација је потпуно иста када се посматра однос шанси да адолесценти имају умерен него велики ризик у понашању ако се модел усклади на друге демографске и социјално-економске варијабле. Што се тиче односа шанси да адолесценти имају мали него велики ризик у понашању, уочава се да су адолесценти значајно чешће имали мали ($OR=1.244$ модел 2, $OR=1.283$ модел 3) него велики ризик у понашању у 2006 години у односу на 2000. годину, као што су значајно чешће имали мали ($OR=1.283$ модел 2, $OR=1.186$ модел 3) него велики ризик у понашању у 2013. години у односу на референту годину (табела 26).

Величина односа шанси адолесцената који имају умерен односно мали ризик у понашању према онима који имају велики ризик расте у оба усклађена модела у односу на неусклађен модел, док величина односа шанси опада у посматраном периоду (табела 26).

Табела 26. Анализа тренда индекса ризичног понашања по годинама истраживања

Година истраживања	2000 ¹	2006	2013	<i>p</i> за тренд
Сви испитаници	1421	2194	1693	
Категоријска варијабла	Адолесценти који имају умерен ризик у односу на велики ризик у понашању			
Адолесценти који имају умерен ризик у понашању, <i>n</i> (%)	257 (37.2%)	370 (34.8%)	285 (33.2%)	.615
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	.933 (.741-1.174); .553	.886 (.695-1.128); .325	.477
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.024 (.808-1.298); .842	.978 (.763-1.255); .863	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.154 (.839-1.587) .379	.967 (.690-1.355) .845	.000
Категоријска варијабла	Адолесценти који имају мали ризик у односу на велики ризик у понашању			
Адолесценти који имају мали ризик у понашању, <i>n</i> (%)	204 (29.5%)	337 (31.7%)	286 (33.3%)	.674
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.070 (.842-1.361); .580	1.120 (.872-1.437); .375	.477
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.244 (.961-1.610); .097	1.325(1.013-1.732); .040	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.283 (.911-1.807) .154	1.186 (.831-1.694) .347	.000

¹ Истраживање из 2000. године је референтна категорија; ² Модел 2 је усклађен на пол и године старости; ³ Модел 3 је усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, образовање оца/мајке, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона, социјалну подршку

Уочава се пораст преваленције прекомерно ухрањених адолесцената за 5.9%, а гојазних адолесцената за 5.5% у посматраном тринаестогодишњем периоду. Наиме, статистички значајни тренд кретања овог показатеља уочава се у свим моделима. Адолесценти су статистички значајно чешће прекомерно ухрањени него што су нормално ухрањени, како у 2013 години (*OR*=1.616 модел 1, *OR*=1.692 модел 2, *OR*=1.649 модел 3) тако и у 2006 години (*OR*=1.233 модел 1, *OR*=1.264 модел 2, *OR*=1.274 модел 3) у односу на 2000. годину, односно адолесценти су значајно чешће гојазни него што су нормално ухрањени, како у 2013 години (*OR*=2.283 модел 1, *OR*=2.460 модел 2, *OR*=2.319 модел 3) тако и у 2006. години (*OR*=1.546 модел 1, *OR*=1.617 модел 2, *OR*=1.409 модел 3) у односу на 2000. годину (табела 27).

Величина односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени или гојазни него што су нормално ухрањени расте у оба усклађена модела у односу на неусклађен модел, изузев величине односа шанси да су адолесценти гојазни него што су нормално ухрањени која опада у моделу усклађеном на демографске и социјално-економске варијабле (модел 3) у односу на неусклађен модел 1 у 2006. години у односу на референту годину. Такође, се уочава пораст величине односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени или гојазни него што су нормално ухрањени током времена (табела 27).

Табела 27 Анализа тренда ухрањености по годинама истраживања

Година истраживања	2000 ¹	2006	2013	<i>p</i> за тренд
Сви испитаници	1373	2140	1660	
Категоријска варијабла	Прекомерно ухрањени према нормално ухрањенима			
Прекомерно ухрањени, <i>n</i> (%)	197 (14.3%)	358 (16.7%)	336 (20.2%)	.000
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.233 (1.020-1.491); .030	1.616 (1.331-1.962); .000	.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.264 (1.043-1.532); .017	1.692 (1.390-2.060); .000	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.274 (1.003-1.619) .047	1.649 (1.292-2.104) .000	.000
Категоријска варијабла	Гојазни према нормално ухрањенима			
Гојазни, <i>n</i> (%)	61 (4.4%)	139 (6.5%)	147 (8.9%)	.000
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.546 (1.134-2.109); .006	2.283 (1.675-3.111); .000	.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ; <i>p</i>	1.00	1.617 (1.181-2.216); .003	2.460 (1.796-3.369); .000	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95% <i>CI</i> за <i>OR</i> ;	1.00	1.409 (.970-2.048) .072	2.319 (1.596-3.370) .000	.000

¹Истраживање из 2000. године је референтна категорија; ²Модел 2 је усклађен на пол и године старости; ³ Модел 3 је усклађен на пол, године старости, тип насеља, географска област, структуру породице, образовање оца/мајке, квинтиле благостања

Процент адолесцената који своје здравствено стање процењују као просечно је најпре порастао за 1.2% у периоду од 2000. до 2006. године, да би затим опао за 4.9% у наредних седам година. Ако се посматра учесталост адолесцената који своје здравље процењује као добро, уочава се да је тај проценат

најпре опао за 1.4% у периоду од првих шест година, да би затим порастао за 5.3% у следећих седам година (табела 28).

Статистички значајна промена тренда самопроцене здравља уочава се у свим моделима. Наиме, адолесценти статистички значајно чешће процењују своје здравље као просечно него лоше ($OR=1.193$ модел 1, $OR=1.200$ модел 2 и $OR=1.494$ модел 3) у 2006 години у односу на 2000. годину. Насупрот томе, адолесценти значајно чешће процењују своје здравље као лоше него просечно ($OR=.636$ модел 1, $OR=.639$ модел 2, $OR=.807$ модел 3) у 2013. години у односу на референту годину. Адолесценти значајно чешће процењују сопствено здравље као лоше него добро ($OR=.971$ модел 1, $OR=.981$ модел 2) у 2006. години у односу на 2000. годину, а ситуација је потпуно обрнута ако се посматра однос шанси у 2013. години у односу на референту годину.

Табела 28. Анализа тренда самопроцене здравља по годинама истраживања

Година истраживања	2000 ¹	2006	2013	<i>p</i> за тренд
Сви испитаници	1333	2188	1692	
Категоријска варијабла	Просечно према лошем здравственом стању			
Адолесценти који здравље процењују као просечно, <i>n</i> (%)	83 (6.2%)	165 (7.4%)	44 (2.6%)	.428
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>; <i>p</i>	1.00	1.193 (.556-2.557); .652	.636 (.255-1.589); .333	.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>; <i>p</i>	1.00	1.200 (.559-2.573); .640	.639 (.256-1.598); .338	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>;	1.00	1.494 (.676-3.301); .321	.807 (.317-2.059) .654	.000
Категоријска варијабла	Добро према лошем здравственом стању			
Адолесценти који здравље процењују као добро, <i>n</i> (%)	1238 (92.9%)	2003 (91.5%)	1683 (96.8%)	.273
- Модел 1: Неусклађен <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>; <i>p</i>	1.00	.971 (.473-1.993); .936	1.588(.684-3.687); .282	.000
- Модел 2: Усклађен ² <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>; <i>p</i>	1.00	.981 (.478-2.014); .958	1.618 (.696-3.760); .263	.000
- Модел 3: усклађен ³ <i>OR</i> 95%CI за <i>OR</i>;	1.00	1.197 (.568-2.525) .636	1.892 (.800-4.476) .147	.000

¹Истраживање из 2000. године је референтна категорија; ²Модел 2 је усклађен пол и године старости; ³Модел 3 је усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице

Када се у анализу укључе демографске и социјално-економске варијабле, уочава се да адолесценти значајно чешће процењују сопствено здравље као добро

него лоше, како у 2006. години ($OR=1.197$ модел 3) тако и у 2013. години ($OR=1.892$ модел 3) у односу на референту годину.

Величина односа шанси да адолесценти чешће процењују сопствено здравље као просечно односно добро него лоше, расте у оба усклађена модела у односу на неусклађен модел. Такође, величина односа шансе да адолесценти чешће процењују сопствено здравље као просечно него лоше опада током времена, док величина односа шансе да адолесценти процењују сопствено здравље као добро него лоше расте. (табела 28).

Учесталост адолесцената који су имали повреду у последњих годину дана опала је за 16.3% у посматраном тринаестогодишњем периоду. Наиме, статистички значајни тренд кретања овог показатеља уочава се у свим моделима. Адолесценти статистички значајно чешће се нису повређивали него што јесу у последњих годину дана, како у 2006 години, тако и у 2013 години у односу на референтну годину (табела 29).

Величина односа шанси да адолесценти нису имали повреду према адолесцентима који су се повредили у последњих годину дана, опада у оба усклађена модела у односу на неусклађен модел, као што је и опала током времена (табела 29).

Табела 29. Анализа тренда повређивања према годинама истраживања

Година истраживања	2000 ¹	2006	2013	<i>p</i> за тренд
Сви испитаници	1421	2193	1962	.000
Категоријска варијабла	Адолесценти који су имали повреду према адолесцентима који нису имали повреду			
Адолесценти који су имали повреду, <i>n</i> (%)	368 (25.9)	290 (13.2)	163 (9.6)	
- Модел 1: Неусклађен OR 95%CI за OR ; <i>p</i>	1.00	.436 (.367-.518) .000	.305 (.250-.373) .000	.000
- Модел 2: Усклађен ² OR 95%CI за OR ; <i>p</i>	1.00	.427 (.359-.508) .000	.298 (.244-.365) .000	.000
- Модел 3: Усклађен ³ OR 95%CI за OR ;	1.00	.385 (.310-.477) .000	.269 (.210-.345) .000	.000

¹Истраживање из 2000. године је референтна категорија; ²Модел 2 је усклађен на пол и године старости; ³Модел 3 је усклађен на пол, године старости, тип насеља, географску област, структуру породице, образовање оца/мајке, радни статус мајке, квинтиле благостања, поседовање мобилног телефона

5. ДИСКУСИЈА

Дискусија се састоји из десет целина. Прве две целине дискусије се односе на повезаност појединачних и удружених протективних и ризичних понашања адолесцената са детерминантама здравља, следеће три целине на повезаност показатеља здравственог стања са детерминантама здравља, док последњих пет целина дискусије се односе на трендове показатеља здравственог понашања и здравственог стања адолесцената.

Један од циљева ове дисертације је био да се испита повезаност између демографских и социјално-економских варијабли и здравственог понашања које је представљено индексом протективног понашања.

Досадашња истраживања била су више усмерена ка испитивању повезаности демографских и социјално-економских варијабли са варијаблама представљеним као појединачна протективна понашања, него што се испитивала повезаност са удруженим варијаблама понашања у вези са здрављем.

Најчешће се проучавала повезаност са следећим варијаблама појединачних протективних понашања: упражњавањем физичке активности^{99,152-177}, хигијенских навика¹⁷⁸⁻²⁰¹, навика у исхрани²⁰²⁻²³⁰, као и са навикама безбедног понашања у саобраћају²³¹⁻²⁴⁸. Ако се посматра дизајн студија, најчешће наилазимо на студије пресека: физичка активност^{153,155,158,159,162-166,169-172,174,176}; хигијенске навике^{178,180-197,199-201} навике у исхрани^{202,203,206-209,212,213,215-217,220-226,228-230}; безбедно понашање у саобраћају^{231-238,242,243,245-247}, а знатно ређе на лонгитудиналне студије: физичка активност^{154,156,173,177}; навике у исхрани^{205,211,227}; безбедно понашање у саобраћају^{236,239}, кохортне студије: упражњавање физичке активности⁹⁹, проспективне студије (навике у исхрани^{204,230}; безбедно понашање у саобраћају^{240,241,244}), ретроспективне студије (безбедно понашање у саобраћају²⁴⁸), панел студије (хигијенске навике^{179,198,201}; навике у исхрани²¹⁰), прегледне студије (физичка активност^{152,157,160,161,168}; навике у исхрани^{214,218,219}).

Младићи имају већу шансу да упражњавају препоручену физичку активност него што то чине девојке и то у већини студија^{12,152,156,163,173,176,177}. Када је у питању упражњавање хигијенских навика, већина студија је показала да девојке имају већу шансу да упражњавају препоручене хигијенске навике^{12,182,183,186,189-191,194-196,198,200,201} у већини земаља и у свим старосним групама, док две студије^{184,192} нису пронашле повезаност према полу. Већина студија је показала да младићи имају већу шансу да упражњавају свакодневно доручковање него девојке у већини земаља и у свим старосним групама^{12,202,203,208,209,213}, док је ситуација обрнута када се ради о навици конзумирања воћа и поврћа^{12,218,220,221,224,228}. Резултати су различити, ако се разматра повезаност пола и упражњавање навике безбедног понашања у саобраћају. Наиме, неколико студија^{232,246,249} је показало да младићи имају већу шансу да упражњавају ову навику него девојке, а на супрот томе, неколико студија^{234-240,243,244,247} је показало да су девојке одговорније у саобраћају, док је студија Делингер-а и сарадника²³³, показала да пол није повезан са навиком ношења кациге.

Упражњавање препоручене физичке активности опада са годинама старости код оба пола^{12,156,158,163,175,176} а значајно смањење у периоду између 11 и 15 године је запажено међу младићима у 33 земље, а у 35 земље код девојака¹². Када се анализира повезаност година старости и упражњавања препоручене учесталости прања зуба, она расте са годинама старости међу девојкама^{12,179,185}, а опада код младића¹², док је значајно смањење између 11 и 15 године запажено код оба пола у око половине земаља¹². Већина студија је показала да су године старости и навика свакодневног доручковања^{12,202,203,208} као и конзумирање воћа и поврћа^{12,212,218,220} индиректно повезани. Када је у питању навика безбедног понашања у саобраћају тј. ношења кациге^{232,233,238,246,248,249}, односно коришћење појаса²³⁸, учесталост упражњавања ове навике опада са годинама старости у већини земаља, док је неколико студија^{237,242,245} показало супротно.

Повезаност материјалног стања са упражњавањем физичке активности, је доказана у већини студија као позитивна^{12,99,152,157,161,163-166,167,173}. Наиме, адолесценти бољег материјалног стања чешће упражњавају физичку активности него они који су лошијег материјалног стања. Сталсберг и сарадници¹⁵⁷ су у прегледној студији показали позитивну везу у већини студија, док 42% студија

није нашло повезаност или је нашло негативну повезаност. Када се анализира повезаност материјалног стања са упражњавањем хигијенских навика везаних за орално здравље^{12,178-181,189,191,199}, као и хигијену руку¹⁹⁶, повезаност је позитивна. Већина студија је доказала, позитивну повезаност материјалног стања и навике свакодневног доручковања^{12,202-205,209,210,222,223} као и конзумирања воћа и поврћа^{212,220,222,223,228-230}, или само поврћа²²⁶ или само воћа¹². Наиме, адолесценти бољег материјалног стања чешће имају правилне навике у исхрани него они који су лошијег материјалног стања. Насупрот горе поменутих резултатима, Халстром и сарадници²⁰⁶ су показали да младићи лошијег материјалног стања имају већу шансу да свакодневно доручкују него они који су богатији. Повезаност материјалног стања и упражњавање навике безбедног понашања у саобраћају, као што је ношење кациге^{231-233,235,240,241,246-248} и заштитног одела²³¹, је позитивна у већини студија.

Резултати су различити када се посматра тип насеља као демографска варијабла. Један број студија је показао да су адолесценти из руралних средина физички активнији^{169,171}, док су друге студије показале сасвим супротан смер повезаности¹⁷², или нису доказали повезаност¹⁷⁰. Живот у урбаној средини повезан је и са већом шансом упражњавања хигијенских навика^{186-188,193}, док је живот у руралној средини позитивно повезан са правилним навикама у исхрани²¹⁵, а негативно повезан са безбедним понашањем у саобраћају^{235,247}. За разлику од претходних студија, Давидсон и сарадници²⁴⁶ нису доказали разлику у учесталости ношења кациге према типу средине.

Постоји позитивна веза између образовања родитеља и упражњавања физичке активности у већини студија^{99,152}, док је један број студија показао супротан смер повезаности¹⁷⁴. Већина студија је показала и позитивну повезаност између образовања родитеља и хигијенских навика^{180,185,192,195,197}, између образовања оба родитеља^{206,207,211,214,217,219,226,227} или образовања само мајке^{206,212,216,222,225}, редовних прихода оба родитеља^{207,214,219}, или само мајке^{206,212} и навика правилне исхране, као и између редовних прихода оба родитеља и протективног понашања у саобраћају²⁴³.

Студије које су проучавале повезаност демографских и социјално-економских варијабли и удружених варијабли понашања у вези са здрављем, у највећем броју случајева су биле студије пресека²⁵⁰⁻²⁵⁴, а знатно ређе лонгитудиналне студије²⁵⁵, мешовите студије^{256,257} и прегледне студије²⁵⁸ у којима су коришћене кластер анализа²⁵⁰⁻²⁵⁷ и латентна кластер анализа²⁵⁸.

Спенглер и сарадници²⁵⁰, су у својој студији идентификовали четири типична кластера понашања у вези са здрављем кога су чиниле следеће варијабле: физичка активност, коришћење медија и навике у исхрани, а затим су испитивали њихову корелацију са социјално-демографским варијаблама као и повезаност са прекомерном телесном масом. Показало се да су младићи и богати адолесценти најзаступљенији у кластеру који је имао највиши скор варијабли које су чиниле протективно понашање односно висок ниво физичке активност, просечан ниво коришћења медија и навика у исхрани, док је у кластеру два – висок ниво правилне исхране, биле најзаступљеније девојке и богати адолесценти, затим у кластеру три – висок ниво коришћења медија и кластеру четири – најмањи скор протективног понашања најзаступљенији су били младићи, старији адолесценти и они нижег социјално-економског статуса. Отевере и сарадници²⁵¹ су на узорку адолесцената из осам европских градова, груписали варијабле које су се односиле на физичку активност, седетарне навике и навике у исхрани у пет кластера и дошли су до сличних резултата. Наиме, у обе студије су девојке чешће заступљене у кластеру са „високим нивоом правилне исхране“, а младићи у кластеру са „високим нивоом физичке активности“, док је у оба ова кластера, била висока учесталост адолесцената чији су родитељи били са високим нивоом образовања.

Лич и сарадници²⁵⁸, су у својој прегледној студији користећи кластер анализу и латентну кластер анализу, идентификовали кластере груписањем варијабли које су се односиле на понашање у вези са начином исхране, физичком активношћу и седетарном активношћу, а затим испитивали њихову повезаност са социјално-демографским варијаблама и прекомерном телесном масом међу децом и адолесцентима старости 5 до 18 година. Од 18 студија које су задовољиле критеријум да буду укључене у прегледну студију, њих осам је обухватило груписање варијабли у кластере. Варијабле су се груписале на протективан,

односно ризичан начин. Ипак, већина адолесцената је била мешовита категорија у којој је једно или два понашања било протективно а остала ризична. Ова прегледна студија је показала као константан налаз да се девојчице, старији адолесценти и они из сиромашнијих слојева се налазе у кластеру са „ниским нивоом физичке активности“, док се младићи чешће налазе у кластеру „неправилне исхране“ а сиромашни адолесценти у кластеру са „високим нивоом седентарних активности“ али је то је био неконстантан налаз због малог броја студија. До сличних резултата се дошло и у другим студијама²⁵²⁻²⁵⁷ у којима је коришћена кластер анализа варијабли које су чиниле протективно понашање.

У овом истраживању је коришћен индекс протективног понашања који је по први пут конструисан од варијабли које се односе на упражњавање хигијенских навика, физике активности, навике у исхрани и безбедност у саобраћају, што представља допринос даљим истраживањима у овој области. Резултати су показали статистички значајну повезаност пола, година старости, квинтила благостања са индексом протективног понашања. Наиме, девојке, старији адолесценти и адолесценти из најбогатијих домаћинстава, домаћинстава средње класе и сиромашних домаћинстава чешће имају добро него умерено односно лоше протективно понашање, у односу на младиће, млађе адолесценте и адолесценте из најсиромашнијих домаћинстава. Такође, и адолесценти који живе у најбогатијим домаћинствима, и домаћинствима средњег квинтила благостања чешће имају добро него лоше протективно понашање у односу на адолесценте из најсиромашнијих домаћинстава.

Повезаност типа насеља, нивоа образовања родитеља и радног статуса мајке са протективним понашањем адолесцената пронађена је само у униваријантим регреси-оним моделима. Наиме, адолесценти који живе у урбаној средини и чији очеви и мајке имају виши ниво образовања, а мајке редован извор прихода се чешће протективно понашају, за разлику од својих вршњака који живе у руралној средини и чији родитељи имају нижи ниво образовања а мајке немају редован извор прихода.

Повезаност како удружених тако и појединачних ризичних понашања са демографским и социјално-економским показатељима била су предмет

проучавања бројних студија, и то најчешће студија пресека^{13,14,90-94,226,259-295,319}, а у знатно мањем броју лонгитудиналних²⁹⁶⁻³⁰⁴, кохортних³⁰⁵⁻³⁰⁷, проспективних студија³⁰⁸, панел студија³⁰⁹ и прегледних студија^{161,310-318}.

Када је у питању повезаност демографских и социјално-економских детерминанти здравља са појединачним ризичним понашањима, најчешће се испитивала повезаност са пушењем^{14,13,161,269,271-273,294,295,297,308}, конзумирањем алкохола^{161,226,265,269,274-277,281,299-301,310,312,313}, марихуане^{161,274,278,279,307}, других илегалних психоактивних супстанција^{265,269,298,300,301,310}, насиљем^{269,282,,284-287,289,290,309,314,315,318}, ризичним сексуалним понашањем^{269,275,280,281,291,292,303,304,310,316,317}, неправилном исхраном^{161,226,276,299}, физичком неактивношћу^{161,276,299} и седентарним начином живота²²⁶.

Повезаност демографских и социјално-економских детерминанти здравља са удруженим ризичним понашањима најчешће се односила на повезаност са следећим варијаблама: различитим психоактивним супстанцијама^{14,277,279,302,312,319}, психоактивним супстанцијама и ризичним сексуалним понашањем^{93,259,260,262,293,296,305,310}, психоактивним супстанцијама, насиљем и ризичним сексуалним понашањем^{261,266,270}, пушењем, алкохолом, физичком неактивношћу, седентарним активностима и неправилном исхраном^{90,308}, психоактивним супстанцијама, физичком неактивношћу, насиљем, ризичним сексуалним понашањем и поремећајем менталног здравља²⁶³, ризичним сексуалним понашањем, насиљем, ризичним понашањем у саобраћају⁹¹, пушењем, алкохолом, поремећајем менталног здравља⁹², психоактивним супстанцијама, физичком неактивношћу, неправилном исхраном²⁹⁷, ризичним сексуалним понашањем, употребом психоактивних супстанција, физичком неактивношћу, седентарним начином живота, криминалним понашањем²⁶⁴, ризичним сексуалним понашањем, психоактивним супстанцијама, самоповређивањем, физичком неактивношћу, криминалним понашањем, ризичним понашањем у саобраћају³⁰⁶. Удружена ризична понашања представљена су груписањем појединачних ризичних понашања у виду категорија^{14,259,260,261,263,266,268,270,277,279,296,297,298,302,305,306,312,319}, скорова^{262,264,293}, или

пак применом кластер анализе⁹⁰⁻⁹⁴, факторске анализе³⁰⁸ и анализе латентних класа⁹².

Подаци из литературе су показали различите резултате, када се испитује повезаност демографских и социјално-економских варијабли са појединачним ризичним понашањем, посматрано према полу. Наиме, у одређеном броју студија, показано је да младићи имају већи шансу да пуше^{12,273}, да се опијају^{12,14,274,302}, конзумирају алкохол¹², марихуану^{12,278,302}, буду насилни или су пак жртве насиља^{314,288} и ризично се сексуално понашају^{12,291,302,317}, док је један број студија показао да девојке имају већу шансу него младићи да пуше¹²⁻¹⁴, да се опијају¹², рано ступају у сексуални однос¹² и да буду жртве насиља²⁸⁸. Посматрано према годинама старости, старији адолесценти имају већу шансу да пуше¹², да се опијају²⁷⁷, пију барем једном недељно¹² и буду насилни¹², док је млађи узраст повезан са већом шансом да буду жртве насиља^{12,288,314,290}.

Већина студија је показала да младићи^{94,259,261,263,264,268,308} и старији адолесценти^{90,91,259,260,263,264} чешће предузимају удружена ризична понашања него девојке и млађи адолесценти. Међутим, повезаност према полу зависи и од комбинације удружених понашања. Наиме, једна шпанска студија⁹¹ је показала да је женски пол повезан са истовременом навиком конзумирања алкохола и илегалних психоактивних супстанција, док је мушки пол повезан са комбинацијом различитих ризичних понашања у саобраћају. Грин и сарадници⁹² нису показали везу између пола и удруженог ризичног понашања (раног започињања пушења и тешког степена конзумирања алкохола), мада је пронађена већа учесталост девојка у тој категорији удружених ризичних понашања. МекАлони и сарадници⁹³ су доказали да је учесталост младића већа него девојака у кластеру кога чине злоупотреба илегалних психоактивних супстанција, алкохола и пушења.

У овом истраживању је коришћен индекс ризичног понашања који је конструисан од варијабли које се односе на насиље, злоупотребу психоактивних супстанција и ризично сексуално понашање. Резултати су показали да младићи и старији адолесценти имају више шансе да се ризично понашају него девојке и

млађи адолесценти. Наиме, они чешће имају велики ризик него умерен односно мали ризик у понашању, у односу на девојке и млађе адолесценте.

Када је у питању тип насеља у коме живе, већу шансу да пуше²⁹⁹ или пак екцесивно пију²⁸¹ показују адолесценти који живе у урбаној средини, док је одређен број студија показао супротан смер повезаности^{273,275,281}, односно није пронашао поменути повезаност²⁹⁹. Посматрано према полу, младићи из урбане средине се чешће опијају а из руралне средине пуше, док девојке из урбане средине чешће и пуше и пију¹⁴. Мазур и сарадници²⁶¹ су на основу података међународне студије „Понашање у вези са здрављем међу школском децом“ из 2002. године, показали да адолесценти лошијег материјалног стања и лошијег успеха у школи имају више шансе за учешће у удруженим ризичним понашањима нарочито ако су из сиромашних приградских насеља. Удружена ризична понашања су у овој студије представљена као индекс који је конструисан сумирањем шест појединачних ризичних понашања као што су: свакодневно пушење, учестале епизоде опијања, злоупотреба психоактивних супстанција, рано започињање сексуалне активности и учестало учешће у насиљу и тучама.

Резултати ове студије су показали да адолесценти из урбане средине имају више шансе да се ризично понашају него адолесценти из руралне средине. Наиме, они чешће имају велики ризик него мали ризик у понашању у односу на оне који живе у руралној средини.

Негативну повезаност нивоа образовања адолесцената и појаве ризичних понашања код оба пола, пронађена је једној студији²⁶⁰, што су и резултати овог истраживања показали али само у моделу униваријантне линеарне регресије.

Адолесценти који живе у некомплетној породици имају већу шанску да се ризично понашају, било да се ради о појединачном ризичном понашању^{295,271,272,282,288,302-304,307,316,317} или удруженом ризичном понашању²⁶⁷ за разлику од адолесцената који живе у комплетној породици, док у овом истраживању није пронађена повезаност.

Подаци из литературе су показали различите резултате када је у питању повезаност материјалног стања са појединачним ризичним понашањем. Наиме, у већини студија је пронађена негативна повезаност материјалног стања са

пушењем^{12,161,295} и искуством трпљења насиља^{12,283,288,289,318} а у свега неколико студија и са конзумирањем алкохола^{12,312}, док је позитивна веза пронађена у већини студија са конзумирањем алкохола и опијањем^{12,,226,300,302}, а у свега неколико студија и са пушењем^{12,295}. Није пронађена јасна и константна повезаност материјалног стања са конзумирањем марихуане^{12,161,276,278,279,300,302}, ризичним сексуалним понашањем^{12,302} и вршењем насиља^{12,318,289}. Насупрот претходним студијама, у одређеном броју студија није пронађена веза са навиком свакодневног пушења²²⁶ и конзумирања алкохола^{161,276}, као и учешћем у насиљу било као жртва или у истовреме и као жртва и као насилник²⁸⁵⁻²⁸⁷. Повезаност варијабле „образовање родитеља“ као једне од социјално-економских варијабли са ризичним понашањима често је била и предмет проучавања. Ако се посматрају појединачна ризична понашања, већу шансу да пуше²²⁶, опијају се³⁰², конзумирају марихуану²⁷⁸, жртве су насиља и насилници су²⁸⁴, ризично се сексуално понашају³⁰² показују адолесценти чији родитељи имају нижи ниво образовања, али та веза са конзумирањем алкохола^{226,301} и марихуане^{301,302} у одређеном броју студија није пронађена.

Повезаност удружених ризичних понашања и социјално-економског статуса представљеног у виду образовања мајке, прихода по члану домаћинства и социјалне класе родитеља била је предмет испитивања једне енглеске студије³⁰⁶. Пронађена је негативна повезаност све три мере социјално-економског статуса и удружених ризичних понашања (понашање у вези са кршењем закона, ризично понашање у саобраћају, гледања телевизора, раног ступања у сексуални однос и пушења). Није пронађено довољно доказа о постојању повезаности са ризичним понашањима која су се односила на физичку неактивност, вожњу без кациге и коришћење илегалних психоактивних супстанција, док је слаба неконстантна повезаност за све три мере социјално-економског стања пронађена за ризична понашања која су се односила на навикку опијања, самоповређивање, конзумирање марихуане и упражњавање незаштићеног сексуалног односа. Једна америчка студије³⁰⁸ је испитивала повезаност образовања родитеља са удруженим ризичним понашањем на узорку 8360 средњошколаца из Калифорније у два циклуса истраживања 2010. и 2011. Формиране су две групе адолесцената у зависности од врсте ризичних понашања која су се удружено јављала, тако што су једни

припадали групи „конзумирање психоактивних супстанција“, а други групи „неправилна исхране и седентарне активности“. У првом циклусу истраживања уочила се разлика међу младима у групи „конзумирање психоактивних супстанција“ посматрано према образовању родитеља што није био случај у другом циклусу нити за другу групу испитаника. Слично претходним студијама, негативну повезаност материјалног стања и удруженог ризичног понашања су показали и други аутори^{90,91,268,297,298}. Супротан смер повезаности су доказали Боричић и сарадници²⁵⁹, на национално репрезентативном узорку од 683 адолесцената старости 15 до 19 година који похађају средњу школу у Републици Србији, да младићи из богатијих породица као и девојке из некомплетних породица имају већи ризик да учествују у удруженим ризичним понашањима (пушење, алкохол, узимање таблета без рецепта, ризично сексуално понашање и насиље над другима), као и Хадсон и сарадници³¹⁹ и Павић-Симентин и сарадници²⁷⁰. Насупрот претходно поменутих студијама, две студије^{305,311} нису доказали постојање везе између материјалног стања и појаве удружених ризичних понашања, што је у складу са резултатима овог истраживања, али је ова студија показала негативну повезаност уколико се узме у обзир образовање мајке као социјално-економска варијабла, док веза са радним статусом родитеља није пронађена.

У већини студија је показана негативна повезаност социјалне подршке од стране породице, школе и заједнице и појединачних^{278,280,291,292,293,295,304,313,315}, односно удружених ризичних понашања^{262,266,310}, док у овом истраживању није пронађена повезаност.

Епидемија гојазности у периоду детињства и касније адолесценције представља озбиљну опасност за садашње и будуће здравље младих људи. Доказано је да ће деца са високим индексом телесне масе постати гојазне особе касније у животу, а такође су под већим ризиком за развој кардиоваскуларних, ендокриних, респираторних, мускуло-скелетних и гастроинтестиналних компликација, депресије и поремећаја у исхрани^{320,321}.

Етиологија прекомерне телесне масе је врло комплексна и објашњава се интеракцијом генетске предиспозиције са факторима околине укључујући

демографске, социјално-економске, исто као и потенцијално промењиве бихејвиоралне детерминанте од којих су најчешће проучаване навике у исхрани, физичка активност, седентарне активности и ризична понашања као што је пушење и конзумирање алкохола. Највећи број студија је истраживао повезаност прекомерне телесне масе и ових фактора било као појединачних^{62,322} или у комбинацији са другим детерминантама³²³⁻³²⁸. Најчешће се проучавала повезаност следећих демографских детерминанти: пола, година старости, типа насеља и структуре породице и ухрањености.

Подаци велике међународне студије „Понашање у вези са здрављем школске деце“ из 41 земље учеснице, су показали да у већини земаља преваленција гојазности статистички значајно већа међу младићима него девојкама. Међу младићима, преваленција прекомерне телесне масе расте са годинама старости у осам земаља, а опада у пет земаља учесница. Позитивна веза између прекомерне телесне масе и година старости и то међу младићима, уочена у централним и северноевропским земљама, а негативна повезаност у источноевропским земљама. Међу девојкама, негативна веза је уочена у 18 земаља, и то пре свега у земљама источне и западне Европе⁶². Боричић и сарадници³²⁸ су показали статистички значајну повезаност учесталости прекомерне телесне масе укључујући гојазност са полом и годинама старости. Наиме, млађи адолесценти, као и младићи су под већим ризиком да буду прекомерно ухрањени односно гојазни него што су то старији адолесценти и девојке. Већина студија је потврдила ту тврдњу^{324,328-331}. Резултати овог истраживања су показали да су младићи и млађи адолесценти чешће под ризиком да су прекомерно ухрањени или гојазни него нормално ухрањени у односу на старије адолесценте и девојке.

Када је у питању тип насеља, студија Брунера и сарадника³³², која је била саставни део међународне студије „Понашање у вези са здрављем међу школском децом“ показала је повезаност између прекомерне телесне масе укључујући гојазност и руралног типа средине. До сличних резултата је дошао и одређен број студија³³³⁻³³⁵, док су насупротив њима, Хочкин и сарадници¹⁷⁰ показали повезаност живота у урбаној средини и прекомерне телесне масе, док Тарасенко и сарадници³³⁶ нису доказали повезаност. Резултати овог истраживања су показали

да адолесценти из руралних средина имају већу шансу да су прекомерно ухрањени или гојазни у односу на адолесцените који живе у урбаној средини.

Повезаност структуре породице и појаве прекомерне телесне масе међу адолесцентима била је ретко предмет истраживања и резултати су били неконзистентни^{328,337}. Резултати овог истраживања нису доказали повезаност.

Када је у питању повезаност материјалног стања адолесцената и прекомерне телесне масе, углавном су резултати различити. Наиме, прегледна студија Собал-а и Станкард-а³³⁸ која је обухватила студије из развијених земаља као и земаља у развоју је показала негативну везу у 40 студија, док је позитивна веза доказана у 25 студија а није било повезаности у 35 студија. Још једна студија³³⁹ рађена на узорку од 11994 деце и адолесцената из осам европских земаља показала је мешовите резултате. Наиме, у пет земаља пронађен је негативна веза, а у три земље није пронађена веза. Досадашње студије су показале негативну повезаност у високоразвијеним земљама^{340,341}, а позитивну повезаност у неразвијеним земљама^{340,342}. То потврђује и велика међународна студија „Понашање у вези са здрављем школске деце“ из 41 земље учеснице која је показала да је повећање преваленције повезано са ниским материјалним стањем међу младићима у скоро половини земаља, а међу девојкама у око две трећине земаља¹². Резултати овог истраживања су показали да адолесценти који живе у најбогатијим породицама као и у породицама средњег квинтила благостања имају већи ризик да су прекомерно него нормално ухрањени у односу на адолесцените из најсиромашнијих породица.

Образовање родитеља је једна од социјално-економских детерминанти која се доводила у везу са ухрањеношћу адолесцената. Наиме, Шревсбир и Вардл³⁴⁰ су у својој прегледној студији која је обухватила 45 студија из развијених земаља публикованих после 1989. године, доказали негативну везу између гојазности и образовања родитеља у 75% укључених студија. То су потврдиле и друге студије³⁴³⁻³⁴⁹, као и резултати овог истраживања.

Понашање у вези са здрављем како протективно тако и ризично понашање је повезано са ухрањеношћу међу адолесцентима. Предмет истраживања су најчешће биле варијабле које су се односиле на: физичка активност, седетарне

активности, навике у исхрани, хигијенске навике, психоактивне супстанције као и ризично сексуално понашање.

Када је у питању повезаност физичке активности и ухрањености, три прегледне студије су показале негативну везу физичке активности и ухрањености у већини студија^{350,351} а позитивну везу са седетарним навикама³⁵². Ове резултате су потврдиле и друге студије^{62,323,350-352}.

Навика прескакања доручка је повезана са повећаном вероватноћом за појавом прекомерне телесне масе^{62,64,353}. Када се разматра повезаност уноса воћа и поврћа са појавом прекомерне телесне масе, резултати су различити^{323,326,354-356}.

Повезаност ухрањености и хигијенских навика су биле предмет проучавања неколико студија. Једна од њих је студија, Франчинија и сарадника³⁵⁷, који је показао да адолесценти који су прекомерно ухрањени или гојазни имају лошије навике у вези са оралном хигијеном за разлику од нормално ухрањених адолесцената. Овакав смер повезаности су потврдиле и друге студије^{358,359}, док друге нису пронашле везу^{360,361}.

Резултати овог истраживања не показују повезаност варијабли протективног понашања и ухрањености адолесцената али су показали да је шанса да су адолесценти прекомерно ухрањени порасла укључивањем у анализу индекса протективног понашања и то код млађих адолесцената, адолесцената који живе у породицама средњег квинтила благостања и адолесцената чије мајке имају непотпуну школу или немају школу, док је шанса да су адолесценти гојазни опала код млађих адолесцената, из руралне средине и младића. Објашњење лежи у чињеници да су варијабле укључене у конструкцију индекса протективног понашања медијатори у вези између ухрањености и демографских и социјално-економских варијабли, што намеће потребу за детаљнијим испитивањем природе поменутих односа.

Неколико студија су испитивале повезаност различитих ризичних понашања, пре свега пушења и конзумирања алкохола са прекомерном телесном масом код адолесцената^{325,362-364}, при чему је у већини студија пронађена позитивна веза, док одређен број студија није пронашао никакву везу³⁶⁵. Код насиља, позитивна веза је пронађена како са трпљењем насиља³⁶⁶, тако и са

насилним понашањем, поготову ако имамо удружену појаву насиља са конзумирањем психоактивних супстанција³⁶⁷. Позитивна веза појаве прекомерне телесне масе и ризичног сексуалног понашања доказана је како код оба пола³⁶⁸, односно само међу девојкама^{367,369,370}. Одређен број студија је проучавао удружену појаву ризичних понашања са појавом прекомерне телесне масе и то пре свега конзумирање психоактивних супстанција³⁷¹⁻³⁷³, учешћа у насиљу³⁷² и ризичног сексуалног понашања³⁷³. Подаци студије „Истраживање ризичних понашања младих“ из 2007. године³⁷³, показали су да екстремно гојазни адолесценти чешће пријавили да су запалили цигарету бар једном у животу у односу на своје вршњаке, гојазне девојке су имале мање шанси да су ступиле у сексуални однос, али су имале већу шансу да су конзумирале алкохол или користили илегалне супстанце пре последњег сексуалног односа и да тренутно пуше, док су младићи под већим ризиком да су запалили цигарету пре 13 године.

Резултати овог истраживања не показују повезаност варијабли ризичног понашања и ухрањености адолесцената али су показали пораст односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени укључивањем у анализу индекса ризичног понашања, и то код адолесцената који живе у најбогатијим породицама и породицама средњег квинтила благостања, док је уочен пад односа шанси да су адолесценти гојазни код млађих адолесцената и младића. Овакви резултати се могу објаснити чињеницом да варијабле укључене у конструкцију индекса ризичног понашања, медијатори у вези између ухрањености и демографских и социјално-економских варијабли, што намеће потребу за детаљнијим испитивањем природе поменутих односа.

Самопроцена здравственог стања је субјективни показатељ здравља. У периоду адолесценције, овај показатељ не зависи само од присуства хроничних болести и неспособности, већ такође и од разумевања себе, а досадашње студије су показале повезаност овог показатеља са бројним детерминантама здравља, укључујући и демографске и социјано-економске детерминанте^{374,375}.

Најновији подаци међународне студије пресека „Понашање у вези са здрављем школске деце“ из 2013/2014 године, показали су статистички значајну повезаност пола, година старости и социјално-економског стања адолесцената са

показатељем који се односи на самопроцену здравственог стања¹². Наиме, старији адолесценти чешће процењују сопствено здравље као лоше или врло лоше и та веза је јаче испољена међу девојкама. Уочава се статистички значајна разлика по полу само у неколико земаља и региона међу адолесцентима старости 11 година, док је она присутна у скоро свим земљама међу адолесцентима старости 15 година¹². Тврдњу да девојке статистички значајније чешће процењују своје здравље као лоше или врло лоше за разлику од младића су потврдиле и друге студије³⁷⁶⁻³⁸¹. Подаци овог истраживања нису показали статистички значајну повезаност пола и година старости са показатељем самопроцене здравља.

Када се разматра повезаност материјалног стања адолесцената и самопроцене здравља, већина истраживања је била усмерена на популацију одраслих, док су истраживања међу адолесцентима показала да је лошије материјално стање повезано са лошијом самопроценом здравља код адолесцената^{12,56,376,382-387}, односно боље материјално стање са бољим здравственим стањем^{377,388}. Међутим, неке студије нису потврдиле ту везу³⁸⁹, што је у складу са резултатима овог истраживања.

Структура породице је један од веома значајаних предиктора самопроцене здравља. Наиме, досадашње студије су показале позитивну везу између живота у некомплетној породици и лоше процене сопственог здравља како међу адолесцентима оба пола³⁹⁰⁻³⁹³, тако и само међу девојкама³⁹⁴, односно младићима³⁷⁴. Насупрот горе поменутих студијама, резултати студије на национално репрезентативном узорку канадских адолесцената старости од 12 до 19 година³⁹⁵, показали су да адолесценти који живе или сами или само са једним родитељем имају више шансе да оцењују своје здравље као врло добро или одлично за разлику од оних који живе са оба родитеља. Подаци ове студије су показали да адолесценти који живе у комплетној породици статистички значајније чешће процењују своје здравље као просечно односно добро него лоше у односу на адолесценте који живе у некомплетној породици.

Образовање^{387,394,396,397} и радни статус оба родитеља^{387,396-399}, односно само мајке³⁹⁶ или оца⁴⁰⁰ су социјално-економске детерминанте које се помињу у литератури као значајни предиктори самопроцене здравља адолесцената. Пико и

сарадници³⁹⁶ су показали да је нижи ниво образовања мајке и нередован извор прихода статистички значајно повезан са лошијом самопроценом здравља адолесцената. Слескова и сарадници¹⁰⁴, су у својој студији добили сличне резултате. Наиме, незапосленост оба родитеља, а нарочито оца, је негативно повезана са самопроценом здравља словачких адолесцената. Друга студија истог аутора³⁹⁹ која је имала за циљ да испита повезаност радног статуса мајке и оца са неколико показатеља здравственог стања међу којима је била и самопроцена здравља међу словачким и данским адолесцентима, закључила је да иако постоји негативна повезаност она варира међу земљама тако да будућа истраживања морају узети у обзир и културолошке разлике које постоје међу земљама.

Када је у питању повезаности типа насеља са самопроценом здравља код адолесцената, резултати досадашњих студија показали су да адолесценти који живе у руралној средини имају већи ризик да своје здравље процене као лоше или врло лоше у односу на оне који живе у урбаној средини³⁸⁰, што је у складу са резултатима овог истраживања.

Иако је студија Слескове и сарадника⁴⁰¹ као и Грека и сарадника³⁹³ пронашле позитивну везу између подршке родитеља и бројних аспекта здравља адолесцената међу којим је самопроцена здравља, резултати овог истраживања такву везу нису потврдили.

Посматрајући везу протективног понашања у вези са здрављем и самопроцене здравља, две студије су показале позитивну везу. Наиме, висок ниво физичке активности је повезан са добром самопроценом здравља код финских⁴⁰² и шпанских⁴⁰³ адолесцената. Насупрот овим студијама, једна канадска студија је пронашла негативну везу између нивоа физичке активности и самопроцене здравља³⁹⁵, што се може објаснити већом учесталашћу повреда и бригом за здравље уколико су адолесценти активнији.

Повезаности показатеља ризичног понашања и самопроцене здравља, она је доказана у две студије Рихтер-а и сарадника^{390,404}. Наиме, уочено је да су показатељи ризичног понашања статистички значајно повезани са самопроценом здравља адолесцената у 33 европске и северноамеричке државе и то највише са навиком пушења, физичком неактивношћу и навиком конзумирања доручка.

Студија пресека³⁷⁷ на узорку од 12715 канадских адолесцената старости од 12 до 17 година је такође потврдила да адолесценти који свакодневно пуше, имају епизоде екцесивног пијења, физички су неактивни и конзумирају мање од два пута недељно воће и поврће, имају нижи ризик за процену сопственог здравља као доброг или одличног него они који не упражњавају такве активности. Докази који говоре у прилог повезности лошије самопроцене здравља са навиком пушења^{374,391,405-407,408} и физичком неактивношћу^{402,409} су константни, док су резултати различити у случају конзумирања алкохола^{405-407,374}.

Подаци овог истраживања нису показали статистички значајну повезаност самопроцене здравља адолесцената и индекса протективног и индекса ризичног понашања, али оно што смо уочили је да је однос шанси да процене своје здравље као добро порастао укључивањем у анализу индекса протективног понашања, и то међу адолесцентима који живе у урбаној средини и у комплетној породици, као што је порастао и однос шанси да процене своје здравље као просечно, међу адолесцентима који живе у комплетној породици, што говори у прилог томе да су протективна понашања (хигијенске навике, безбедност у саобраћају, физичка активност и навике у исхрани) од којих је конструисан индекс протективног понашања медијатори у вези између самопроцене здравља и типа насеља и структуре породице.

Повређивање код адолесцената значајан је узрок оболевања и смртности. Ненамерне повреде, као што су повреде у саобраћају, утапање, опекотине и падови, су водећи узрок смрти за адолесценте старости 10-19 година¹¹⁴.

Подаци велике међународне студије „Понашање у вези са здрављем школске деце“¹²² из 41 земље учеснице су показали да се младићи чешће повређују у свим узрастима и у готово свим земљама и регионима у односу на девојке. Објашњење за разлику према полу, лежи у чињеници да су младићи физички активнији, чешће упражњавају спортске активности и ризичније се понашају у односу на девојке. Када се разматра повезаност пола и намерних повреда, младићи имају већу преваленцу за све намерне повреде, изузев самоповређивања где је преваленција већа међу девојкама^{410,411}. Ипак, једна америчка студија⁴¹² је на основу података „Истраживања о ризичним понашањима

код младих“ из 2005., 2009., 2011. и 2013., нашла повезаност између врста повреда при самоповређивању и пола, односно указала је да је самоповређивање настало као последица удараца и физичког агресивног понашања типично за мушки пол што је у складу са чињеницом да младићи за разлику од девојка чешће наносе себи теже повреде и то осетљивих делова тела спаљивањем или ударањем. Везу између мушког пола и повређивања, потврдиле су бројне студије^{117,120,133,231,413-421}, као и резултати овог истраживања.

Преваленција повређивања је негативно повезана са годинама старости код оба пола^{12,414} што су потврдили и резултати овог истраживања, док је супротан смер повезаности пронађен у свега неколико студија^{416,417,421}.

Када се разматра повезаност других демографских и социјално-економских детерминанти као што су: социјално-економски статус, образовање родитеља, године старости мајке и структура породице у којој адолесцент живи са настанком повреда код адолесцената, запажено је да смер повезаности између горе поменутих варијабли варира у зависности од узрока повређивања, типа и озбиљности повреде, при чему се као константни резултат јавља чињеница да је боље материјално стање повезано са повредама у вези са спортом и рекреацијом, а лошије са повредама насталим у тучи које су по својој природи озбиљније. Објашњење, лежи у чињеници да адолесценти из богатијих породица имају веће могућности за бављење спортом и рекреацијом, док адолесценти лошијег материјалног стања се чешће ризичније понашају и живе у небезбедном окружењу^{12,121,420,422-431}. Са друге стране, одређен број студије није потврдио повезаност социјално-економског статуса и повређивања^{122,231,417,432-438}, што је у складу са резултатима овог истраживања.

Ниже образовање родитеља као и нередовна месечна примања, су повезана са већим ризиком за повређивањем међу децом и адолесцентима^{415,430,439-444}. Лаурсен и сарадници⁴²³ су на основу података о повредама 173504 деце која су медицински збринута у јединицама хитне помоћи у периоду од 1998. до 2003. године у Данској, запазили да је ризик за повређивањем већи међу децом чије мајке имају основно образовање у поређењу са мајкама које имају највиши ниво образовања. Једна ретроспективна студија пресека⁴⁴⁵ је на основу података о

хоспитализацији 51225 деце, дошла до закључка да деца и адолесценти из породица које примају социјалну помоћ, живе са једним родитеља и чије мајке имају низак ново образовања имају већи ризик за повређивањем које захтева хоспитализацију. Насупрот наведеним студијама, студија Кури и сарадника⁴⁴⁶, је показала да деца и адолесценти чије су мајке образованије се чешће повређују за разлику од њихових вршњака чије су мајке мање образоване. У прилог томе, говоре резултати студије Лафте и сарадника⁴⁴⁷ који су показали да постоји статистички значајна и то негативна повезаност између образовања мајки и знања о превенцији повреда у кући. Једно од објашњења лежи у чињеници да образованије мајке чешће траже медицинску помоћ кад се дете повреди него мајке које су мање образоване, тако да имамо грешку при регистрацији повреда. Друго објашњење је да су образованије мајке често запослене и одсутне од куће па су њихова деца под већим ризиком од повређивања. Резултати овог истраживања су показали да адолесценти чије су мајке образованије имају већу шансу да се повреде у односу на оне адолесценте чије мајке су мање образоване.

Структура породице је значајан предиктор повређивања адолесцената. Наиме, подаци из литературе показују да је ризик већи уколико особа живи у некомплетној породици^{118,410,445,448,449}. Насупрот томе, једна енглеска студија пресека⁴¹⁷ на узорку од 5913 деце старости од 4 до 15 година, није доказала везу између структуре породице и повређивања, што је у складу са резултатима овог истраживања.

Живот у руралној средини је повезан са већим ризиком за настанак ненамерних повреда озбиљније природе, које захтевају медицинску интервенцију^{421,450} док је живот у урбаној средини повезан са већим ризиком од намерних повреда¹¹⁸. Међутим, резултати других студија су различити и варирају зависно од типа повреде^{411,420,451-457} и старости испитаника⁴⁵⁸. Резултати овог истраживања нису показали везу између типа средине и повређивања.

Када се анализира повезаност протективног понашања и повређивања, најчешће се испитивао ефекат ношења кациге, заштитне опреме, везивања појаса^{136,137,460}, увођења законских прописа^{138,459} и едукације о безбедности у кући

и коришћењу заштитне опреме^{139,140}, као и програм вежбања¹⁴¹ на смањење ризика од повређивања.

Резултати овог истраживања су показали, да је шанса да дође до повређивања порасла укључивањем у анализу индекса протективног понашања, и то код млађих адолесцената и адолесцената чије мајке су мајке образованије, док је опао код младића. Објашњење лежи у чињеници да су варијабле укључене у конструкцију индекса протективног понашања делују опречно када говоримо о превенцији повређивања. Наиме, безбедно понашање у саобраћају је повезано са једне стране са смањеном шансом за повређивањем, док са друге стране повећана физичка активност повећава шансу за повређивањем.

Постојање ризичних понашања су важни предиктори повређивања међу адолесцентима, било да се јављају појединачно, као што је конзумирање алкохола^{461,462}, искуство насиља¹³², неношење кациге¹³³, коришћење безалкохолних пића¹³⁴, зависност од интернета¹³⁵, или пак удружено, као што је пушење и конзумирање алкохола¹¹⁵⁻¹³¹. Удружена ризична понашања су се проучавала кроз дефинисане групе „кластере“ Наиме, Расел и сарадници⁴⁶³ су на основу података из међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ из 2009. године, испитивали везу између ризика за повређивањем и појаве удруженог ризичног понашања у различитим срединама. Идентификована су четири кластера на основу 25 различитих ризичних понашања, а доказано је да је кластер са највећим скором ризичних понашања повезан са већом шансом за настанак повреда у спољашњој средини, док кластер са највишим скором физичке активности је повезан са већим ризиком за настанак повреда у вези са спортом и у школској средини. До сличних резултата су дошли и Пикет и сарадници, на основу података међународне студије „Понашање у вези са здрављем међу школском децом“ из 12 земаља. Они су закључили да млади који показују највише ризичних понашања (5 или више) имаје 2.5 пута већу шансу да се повреди него они који се не понашају ризично, и таква веза је показана у свих 12 земаља и у свим демографским субгрупама. а нарочито се односила на повреде које су биле озбиљне и настале у тучи⁴⁶⁴. Насупрот претходним студијама, Јансен и сарадници⁴⁶⁵ су на узорку канадских адолесцената који су учествовали у међународној студији „Понашање у вези са здрављем међу

школском децом“ из 2001./02., нису показали константну повезаност удружених ризичних понашања и повређивања, што је у складу са нашим истраживањем.

Настанак повређивања се објашњава као интеракција више детерминанти. Једна од њих је социјална подршка, која ако је подржавајућа може да смањи тежњу адолесцента да се ризично понаша и може да делује протективно на настанак повреда. Неколико студија је показало да адолесценти који имају подршку од стране родитеља и подршку у школи су под мањим ризиком да ће се ризично понашати и да ће се повредити^{128,466,449}. Насупрот томе, резултати овог истраживања нису показали повезаност између социјалне подршке и настанка повређивања.

Тренд протективног понашања код адолесцената било као појединачних или пак удружених понашања био је предмет интересовања бројних аутора. Када се разматрају појединачне варијабле, најчешће је испитиван тренд физичке активности^{78,99,449,467-471,481}, навика конзумирања доручка^{210,472}, воћа и поврћа⁴⁷³⁻⁴⁷⁶, упражњавање хигијенских навика^{179,201}, као и безбедно понашање у саобраћају^{138,233,477,478}.

На основу података четири циклуса међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ из 2000/1, 2006/7, 2009/10 и 2013/14, уочен је тренд пораста преваленције упражњавања физичке активности код адолесцената Европе и северне Америке у посматраном периоду и то статистички значајно међу младићима у 16 земаља, а међу девојкама у 10 земаља, док је пад тренда уочен у 9 земаља међу младићима и у 8 земаља међу девојкама. Девојке су показивале мањи пораст градијента физичке активности него младићи⁷⁸. Тренд смањења преваленције упражњавања физичке активности је потврђен од стране више студија^{467,471,479}, што није подржано резултатима једне прегледне студије⁴⁸⁰ која се фокусира на различите начине мерења физичке активности. Када се разматрају социјално-економских неједнакости у преваленцији физичке активности међу адолесцентима, уочава се пораст социјално-економских неједнакости у периоду од 2002. до 2010. године, на основу три циклуса међународног истраживања „Понашање у вези здравља међу школском децом“⁹⁹.

Лазер и сарадници²¹⁰ су испитивали промену тренда преваленције упражњавања навике доручковања у 31 земаља учесница међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ у периоду између 2002. и 2010. године, и показали статистички значајно повећање упражњавања ове навике у 6 земаља у посматраном периоду, док је до статистички значајног смањења дошло у 11 земаља а у пет земаља није дошло до значајне промене. У већини земаља, свакодневно упражњавање навике доручковања било је повезано са материјалним стањем домаћинства. Поред социјално-економских неједнакости у преваленцији доручковања, Левин и сарадници⁴⁷² су показали и разлику у преваленцији посматрано према структури породице. Наиме преваленција упражњавања навике доручковања је порасла међу адолесцентима који живе са оба родитеља, док је опала међу адолесцентима који живе са једним родитељем, нарочито уколико се ради о оцу.

Користећи податке из међународног истраживања „Понашање у вези здравља међу школском децом“, Варикен и сарадници⁴⁷³ су показали пораст тренда учесталости конзумирања воћа и поврћа у већини земаља учесница у периоду од 2002. до 2010. године. Још једна међународна студија⁴⁷⁶ је проучавала учесталост конзумирања воћа и поврћа међу европским адолесцентима, при чему су варијабле конзумирања и воћа и поврћа чиниле саставни део индекса правилне исхране. Повећање дневног уноса воћа и поврћа у периоду између 2002. и 2010. је уочено у већини земаља за оба пола и у свим старосним категоријама, док је смањење учесталости уочено у пет земаља за воће и у пет земаља за поврће. Статистички значајна промена преваленције конзумирања воћа није уочена у 6 земаља, а у 10 земаља за поврће. Ипак и поред повећања преваленције дневног уноса ових намирница, већина деце и адолесцената не испуњавају критеријуме СЗО за њихов препоручен дневни унос. У још једној студији је анализиран тренд конзумирања воћа и поврћа али међу нордијским земљама на основу података три циклуса међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“⁴⁷⁵ у периоду од 2002., до 2010. године. Повећање преваленције конзумирања воћа и поврћа је запажен у Данској и Норвешкој а стабилан тренд преваленције у Шведској и Финској. Социјално-економске неједнакости у преваленцији конзумирања ових намирница уочене су у свим земљама, без разлике међу

земљама и променама у току времена. Разлике у преваленцији конзумирања воћа и поврћа уочавају и према полу и према врсти намирница⁴⁷⁴. Конзумирање различитих врста воћа и поврћа расте са повећањем материјалног стања. Промене у социјалним варијаблама довеле су до промене у преваленцији дневног конзумирања воћа међу младићима за 22.5% и за 34.0% међу девојкама, док је је њихов утицај на преваленцију дневног конзумирања поврћа и других врста намирница био занемарљив.

Тренд упражњавања навике одржавања оралне хигијене, међу 20 земаља учесница у међународној студији „Понашање у вези здравља међу школском децом“ у периоду од 1994. до 2010. године, проучавао је Хонкал и сарадници²⁰¹. Уочено је да је преваленција препоручене хигијене прања зуба порасла у свим земљама изузев скадинавских земаља, у којима је достигнут висок ниво оралне хигијене међу младима још 1994. године. Повећање преваленције је било најизраженије међу младићима и млађим адолесцентима. Једна шкотска студија¹⁷⁹ је показала да социјално-економске неједнакости у преваленцији прања зуба су значајне за оба пола у свим старосним групама.

Досадашња истраживања кретања преваленције упражњавања навике ношења кациге међу младима^{124,477,478,233} указују на пораста преваленције током времена, нарочито након увођења законских прописа у овој области.

Како варијабле понашања у вези са здрављем имају тежњу да корелирају и да се удружено јављају, неколико аутора је показало интересовање за испитивање тренда преваленције удружених варијабли како протективног тако и ризичног понашања. Једна од таквих студија је и студија Гадала и сарадника⁴⁸² која је на основу секундарне анализе података из „Истраживања здравља становништва у Канади“ 2000/01. и 2007/08. на узорку адолесцената 12–17 година, показала да се преваленција адолесцената који упражњавају навике које могу да угрозе здравље смањила у посматраном периоду пре свега међу млађим адолесцентима оба пола, док је међу старијим адолесцентима уочено благо повећање преваленције у посматраном периоду. Преваленција адолесцената који се правилно хране је порасла у посматраном периоду при чему и даље око 50% њих није конзумирало препоручену количину воћа и поврћа. Приходи по члану домаћинства, ниво

образовања и пол адолесцената су били значајно повезани са понашањем у вези са здрављем међу адолесцентима старости 12–14 година, док повезаност са нивоом прихода по члану домаћинства није пронађена међу старијим адолесцентима. Поред претходне студије и једна америчка студија⁴⁸³ је на узорку адолесцената старости 11–16 година у два циклуса истраживања 2005/06. и 2009/10. показала статистички значајно повећање тренда преваленције упражњавања препоручене физичке активности и навика правилне исхране, док је тренд преваленције упражњавања седантерних активности и навике неправилне исхране опао током истог периода. Материјално стање адолесцената је статистички значајно повезано и то индиректно са физичком активношћу и са конзумирањем воћа и поврћа у већини земаља. Социјално-економске неједнакости у преваленцији ових протективних понашања су остале углавном стабилне током времена у већини земаља⁴⁸⁴.

Ова студија је показала да се учесталост адолесцената који су се умерено или пак лоше протективно понашали није статистички значајно мењала у периоду од 2000. до 2013. године. Промена тренда индекса протективног понашања постаје статистички значајна када се у модел укључе демографске и социјално-економске варијабле, што указује на њихову улогу медијатора у интеракцији поменутих варијабли и протективног понашања. Наиме, адолесценти су имали статистички значајно чешће умерено него добро протективно понашање у 2006. години у односу на 2000. годину, али су на супрот томе чешће имали добро него умерено протективно понашање у 2013. години у односу на 2000. годину и то у моделу усклађеном на пол и године старости. Ситуација је потпуно обрнута када се посматра однос шанси да адолесценти имају лоше него добро протективно понашање. Када је модел усклађен поред демографских варијабли и на социјално-економске варијабле, адолесценти значајно чешће имају умерено односно лоше протективно понашање него добро понашање како у 2006. тако и у 2013. години у односу на референту годину.

Одређен број студија је проучавао промену тренда преваленције ризичних понашања међу адолесцентима, било да се радило о појединачним^{15,16,485-492} или пак удруженим ризичним понашањима⁴⁹³⁻²⁹⁵.

Студија Симонс-Мортонa и сарадника¹⁶ је на основу података међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ из 1998., 2002, и 2006. године, у којој је учествовало 20 европских земаља, Руска федерација, Израел, Сједињене Америчке Државе и Канада, пратила тренд преваленције месечног конзумирања алкохола и опијања међу адолесцентима. Преваленција је у посматраном периоду опала у већини земаља и то израженије код младића у односу на девојке, док је у мањем броју земаља преваленција порасла а у одређеном броју земаља није дошло до промене. Слично претходној студији, Кунтш и сарадници¹⁵ су анализирали тренд преваленције опијања међу адолесцентима старости 15 година у 23 земље Европе и северне Америке у периоду од 1998. године до 2006. године. Уочено је статистички значајно повећање за око 40% учесталости опијања у 7 источноевропских земаља, што је евидентно код оба пола али је било најконстантније међу девојкама, док је у 13 од 16 западноевропских земаља, уочен пад учесталости опијања у просеку за 25%, нарочито међу младићима у северној Америци, Скадинавији, Великој Британији и Ирској. Још једна студија и то студија Луза и сарадника⁴⁸⁵ је на основу података горе поменуте међународне студије која је реализована у периоду од 2002. до 2010. године у 28 европске и северноамеричке земље, показала да је преваленција конзумирања алкохола барем једном током недеље опала у 20 од 28 земаља.

Студија Хублета и сарадника⁴⁸⁷, је на основу четири циклуса међународног истраживања „Понашање у вези здравља међу школском децом“ у периоду од 1989/90. до 2001/02., закључила да је у земљама које су припадале групи А (Финска и Шведска) дошло до опадања или до стагнације (Аустрија, Норвешка и Мађарска) преваленције пушења у посматраном периоду, док је у групи Б (Белгија, Канада, Велика Британија) дошло је до повећања преваленције у периоду од 1994. до 1998. године а затим значајног смањења у наредне четири године, а у групи Ц у којој су биле источноевропске земље и Швајцарска, запажен је тренд повећања преваленције од 1990. који је стагнирао у последњем циклусу истраживања. Пад или стабилизација преваленције пушења уочена је код младића, а код девојака пораст или стабилизација тренда. Још једна студија⁴⁸⁸ је анализирала тренд преваленције пушења међу земљама на основу података три циклуса „Европског истраживања о психоактивним супстанцијама“ у периоду од

2003. до 2011. године а које је спроведено у 13 европских земаља међу адолесцентима старости 15 и 16 година. Запажен је опадајући тренд преваленције у земљама западне Европе, и пораст социјално-економских неједанакости у преваленцији пушења међу европским земљама током времена.

Промена тренда употребе марихуане се кретала слично тренду преваленције алкохола и пушења. Богт и сарадници⁴⁹¹ су испитивали тренд преваленције употребе марихуане бар једном у животу међу адолесцентима старости 15 година, у 30 земаља у Европи и Северној Америци, на основу података три циклуса међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ у периоду од 2002. до 2010. године, и показали да је преваленција опала током времена код адолесцената у земљама учесницама, нарочито у богатим земљама западне и јужне Европе као и Северне Америке и то код оба пола. С друге стране, стабилизација или пак повећање преваленције употребе марихуане, уочена је у земљама у развоју. Посматрано према полу, употреба марихуане је порасла код младића у три од дванаест бивших комунистичких земаља у источној, централној и јужној Европи (БЈР Македонија, Летонија, Литванија), док је у Русији порасла међу девојкама. У преосталих девет земаља, употреба марихуане је остала стабилна током времена. Разлог што девојке чешће употребљавају марихуану у неким европским земљама, девојке⁴⁹², лежи у друштвеним променама која су се одиграле у тим земљама. Наиме, са порастом стандарда и еманципацијом жена, јединствен стил живота младих пре свега изласци, ноћни живот и одређена врста забаве праћена употребом психоактивних супстанција, постаје доступна и девојкама¹⁵.

Ризично сексуално понашање је било предмет истраживања неколико студија. Рамиро и сарадници⁴⁸⁶ нису, на основу података три циклуса међународног истраживања „Понашање у вези здравља међу школском децом“ у којем су учествовале 20 европске земаље у периоду од 2002. до 2010. године, показали значајану промену тренда преваленције ступања у сексуални однос међу 15 годишњацима у већини земаља, изузев у Мађарској, Латви и Шведској у којима је дошло до пораста преваленције, а тренд опадања је уочен у Македонији, Енглеској, Шкотској и Финској. Посматрано према полу, није постојала статистички значајна промена тренда преваленције раног ступања у сексуални

однос код младића, али је постојао значајан тренд пораста преваленције код девојака у земљама источног и јужноевропског региона, док је запажен значајни пораст преваленције коришћења кондома код оба пола у посматраном периоду.

Промена тренда учешћа у насиљу се слично кретала као промена тренда код других ризичних понашања међу адолесцентима. Наиме, Молхо и сарадници⁴⁸⁹ су на основу података четири циклуса међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“, уочили константно смањење преваленције учешћа у насиљу било као жртва или насилник међу адолесцентима старости 11–15 година у већини земаља, пре свега у земљама западне Европе и већини земаља источне Европе у периоду од 1994. до 2006. године. С друге стране, повећање или стагнација преваленције учешћа у насиљу запажена је у скоро свим земљама енглеског говорног подручја (Енглеска, Шкотска, Велс и Канада, али не и у Сједињеним Америчким Државама). Честер и сарадници⁴⁹⁰ су на основу података исте студије у периоду од 2001. до 2010. година, уочили статистички значајно смањење преваленције адолесцената који су пријавили повремено или стално искуство као жртве насиља у посматраном периоду код оба пола и то у једној трећини земаља учесница, док је у фламанској регији Белгије, Канади, Финској, Пољској, Шпанији и Швајцарској дошло најпре до значајног смањења преваленције хроничног искуства трпљења насиља код оба пола у периоду од 2001/02 до 2005/06, па затим до значајног повећања у следећих четири године. Забележене су разлике у преваленцији посматрано према полу у већини земаља.

Промена тренда преваленције адолесцената који су имали удружена ризична понашања у 28 земаља из Европе и северне Америке, груписаних у шест региона према материјалном стању, била предмет испитивања студије Хублета и сарадника⁴⁹³. У овој студији, адолесценти старости 15 година су подељени у четири групе: „неконзументи психоактивних супстанција“, „конзументи марихуане и дувана“, „конзументи дувана“ и „конзументи марихуане“. Значајно смањење преваленције адолесцената из групе корисника марихуане и дувана је запажено у свим регионима у периоду од 2002. до 2010. године и кретало се од 1% у источноевропским земљама до 6% у англосаксонским земљама. Пронађена је статистички значајна разлика у преваленцији посматрано према полу током

времена у северноамеричким државама. Наиме, након изразитог пада преваленције између 2002. и 2006. године са 14.1 на 5.4% дошло је до повећања до 7.6% у 2010. години међу младићима, док је код девојака након пада преваленције у периоду између 2002. и 2006. године са 10.3 на 7.6%, дошло до стабилизације на вредност од 7.8% у 2010. години.

Хал и сарадници су на основу истраживања „Пушење, конзумирање алкохола и илегалних супстанција међу младима у Енглеској“⁴⁹⁵ на узорку адолесцената старости од 11 до 15 година у периоду 1998.-2009. године, показали да је преваленција удруженог коришћења више психоактивних супстанци значајно смањена током времена у складу са смањењем преваленције употребе појединачних супстанција. У поменутој студији, коришћење психоактивних супстанција је груписано у пет категорија, насталих или као комбинација употребе две или три супстанције.

Опадајући тренд преваленције удружене употребе психоактивних супстанција је показан и у шкотском истраживању о стилу живота и коришћењу психоактивних супстанција⁴⁹⁴ међу адолесцентима. Наиме, уочава се опадање преваленције употребе две и више психоактивне супстанције током времена и то са 5% у 1998. на 1% у 2013. години међу адолесцентима старости 13 година, као и са 23% на 8% међу адолесцентима старости 15 година.

Ово истраживање је показало да је учесталост адолесцената који су имали велики ризик у понашању била без промена у периоду од 2000. до 2013. године, док је учесталост адолесцената који су имали умерен ризик опала за 4.0% а оних који су имали мали ризик порасла за 3.8%. Промена тренда индекса ризичног понашања постаје статистички значајна када се у модел укључе демографске и социјално-економске варијабле, што указује на њихову улогу медијатора у интеракцији поменутих варијабли и ризичног понашања. Адолесценти су имали статистички значајно чешће умерен, него велики ризик у понашању у 2006. години у односу на 2000. годину, али су насупрот томе чешће имали велики него умерен ризик у понашању у 2013. години у односу на референтну годину. Када се разматра однос шанси да адолесценти имају мали него велики ризик у

понашању, уочава се да су адолесценти значајно чешће имали мали него велики ризик у понашању у 2006. и у 2013. години у односу на референтну годину.

Ванг и Лобстејн су на основу прегледа литературе о промени тренда преваленције прекомерне телесне масе и гојазности код деце и омладине у периоду између јануара 1980. године и октобра 2005. године, запазили да је преваленција гојазности драматично порасла у економски развијеним земљама и међу урбаном популацијом становништва. Овакав тренд није уочен међу школском децом у Русији и Пољској, као и међу предшколском децом и одојчадима у неким неразвијеним земљама⁴⁹⁶. Подаци ове студије, потврђују резултате горе поменутих студија. Наиме, уочава се статистички значајан пораст преваленције како прекомерно ухрањених за 5.9% тако и гојазних адолесцената за 5.5% у периоду од 2000. до 2013. године.

Насупрот томе, неколико недавно објављених студија⁴⁹⁷⁻⁵⁰⁰ показале су да није дошло до статистички значајне промене у преваленцији прекомерне телесне масе и гојазности током времена, док је један број студија показао смањење преваленције⁵⁰¹⁻⁵⁰³. Наиме, једна швајцарска студија показала да је дошло до смањења преваленције⁵⁰¹ на узорку деце узраста од 6 до 13 година у периоду између 2002. и 2007. године у Швајцарској, а до сличног закључка се дошло и пратећи тренд преваленције гојазности међу израелским адолесцентима, старости од 6 до 18 година у периоду 2005/07. и 2010/12⁵⁰².

Одређен број студије је проучавао промену тренда прекомерне телесне масе и гојазности међу децом и омладином посматрано према полу и годинама старости. Једна од таквих студија била је немачка студија⁵⁰⁴ која је показала статистички значајно повећање преваленције гојазности које је израженије било међу младићима него девојкама у периоду између 1999. и 2006. године. Огден и сарадници⁴⁹⁹ су показали да је дошло до статистички значајног повећања индекса телесне масе међу младићима узраста 12 до 19 година, што није било запажено међу другим узрасним групама и као ни међу девојкама. Слично претходој студији, исти аутори су показали да је дошло до статистички значајног повећања гојазности међу дечацама и младићима али не и међу девојчицама и девојкама у периоду 1999/00. и 2009/10⁵⁰⁵. Насупрот томе, резултати једне шведске студије⁵⁰⁶

говоре у прилог чињеници да је преваленција прекомерне телесне масе смањена међу девојкама а да је остала на истом нивоу код младића у периоду између 2000/01 и 2004/05, док је панел студија у којој су се користили подаци из три циклуса истраживања међународне студије „Глобално истраживање здравља школске деце“ на репрезентативном узорку адолесцената са Филипина⁵⁰⁷ показала тренд смањења прекомерне телесне масе међу младићима али не и међу девојкама у периоду од 2003. до 2011. године.

Поред пола и година старости, често је испитивана промена тренда прекомерне телесне масе посматрано према типу насеља. Једна кинеска студија је на подацима четири циклуса истраживања о здрављу школске деце у Шандонг провинцији у Кини⁵⁰⁸ уочила пораст преваленције прекомерне телесне масе код школске деце и у урбаној и у руралној средини у периоду од 1985. до 2014. године, али је преваленција била значајно виша у руралној него урбаној средини до 2005. године да би се касније ситуација преокренула. Студија из јужне Кореје, је показала статистички значајно повећање преваленције гојазности међу адолесцентима оба пола који живе у руралној средини⁵⁰⁹. Такође, Сонг и сарадници⁵¹⁰ су показали да иако је преваленција гојазности статистички значајно виша међу адолесцентима у урбаној него руралној средини у свим старосним групама, промена тренда преваленције је била више изражена у руралној него урбаној средини у периоду између 1995. – 2010. године.

Када се разматра промена тренда преваленције прекомерне телесне масе и гојазности код адолесцената посматрано према социјално-економском статусу, студије су показале различите резултате. У прегледној студији Чунга и сарадника⁵¹¹, показано је да у више од половине студија постоји тренд повећања преваленције међу адолесцентима лошијег материјалног стања, а у трећини студија међу адолесцентима бољег материјалног стања у периоду од 1990. године. Међутим, ако се посматра период након 2000. године, већина студија је показала да није дошло до промене преваленције или пак се уочава опадајући тренд у обе социјално-економске групе. Ватс и сарадници⁵¹² су показали у десетогодишњој лонгитудиналној студији статистички значајно повећање преваленције прекомерне телесне масе које је било најизраженије међу адолесцентима ниског социјално-економског статуса за разлику од оних који су били вишег социјално-

економског статуса. Фредерик и сарадници су у својој студији показали да је преваленција гојазности међу адолесцентима доброг материјалног статуса показала тренд опадања, док је тренд наставио да расте међу адолесцентима лошијег материјалног статуса⁵¹³. Насупрот горе поменутих студијама, финска студија⁵¹⁴ није пронашла статистички значајне социјално-економске неједнакости у тренду преваленције прекомерне телесне масе.

У неколико студија су испитиване разлике у промени тренда преваленције прекомерне телесне масе посматрано према нивоу образовања родитеља. Тако је једна шпанска студија⁵¹⁵ показала пораст преваленције прекомерне телесне масе међу адолесцентима старости од 10 до 15 година у периоду од 1987. до 2007. године, што је нарочито било изражено међу адолесцентима чији су родитељи нижег нивоа образовања или пак ако живе у економски неразвијеним срединама, што је потврдила и једна ирска студија⁵¹⁶.

Подаци ове студије су показали да величина односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени или гојазни него што су нормално ухрањени расте када се модел усклади на демографске као и на демографске и социјално-економске варијабле, изузев величине односа шанси да су адолесценти гојазни него што су нормално ухрањени која опада у моделу усклађеном на демографске и социјално-економске варијабле у 2006. години у односу на референту годину. Горе поменути резултати указују на улогу ових варијабли као медијатора у интеракцији поменутих варијабли и степена ухрањености.

Уочено је на основу три таласа међународне студије „Понашање у вези са здрављем школске деце” у периоду од 2002. до 2010. године на основу података из 32 земље учеснице⁵¹⁷, статистички значајно побољшање у самопроцени здравља адолесцената у периоду од 2002. до 2006. године у већини земаља, а у мањем броју земаља и у каснијем периоду. Запажен је константан тренд лошијег рангирања здравља међу девојкама и старијим адолесцентима. До сличних резултата се дошло и у четворогодишњој лонгитудиналној студији⁵¹⁸ рађеној у Норвешкој на узорку од 2800 адолесцената старости 13 до 19 година, која је показала да су девојке чешће лошије рангирале сопствено здравље него младићи. Присутна неспособност, начин коришћења здравствене службе и присутна

ризична понашања су били статистички значајни предиктори разлике у рангирању, док пол и године старости нису показали статистичку значајност. Још једна студија из Немачке⁵¹⁹ имала је за циљ да покаже промене у социјално-економским разликама у самопроцени здравља између 2002. и 2010. године на узорку адолесцената који су учествовали у три циклуса међународне студије „Понашање у вези са здрављем школске деце”. Учесталост адолесцената која је проценила сопствено здравље као одлично је занемарљиво порасла и то за 1.8% у посматраном периоду, али су упркос том напредку уочене социјално-економске неједнакости у самопроцени здравственог стања.

Подаци ове студије су показали да је проценат адолесцената који своје здравствено стање процењују као просечно најпре порастао за 1.2% у периоду од 2000. до 2006. године, да би затим опао за 4.9% у наредних седам година, док је учесталост адолесцената који своје здравље процењују као добро најпре опао за 1.4% у периоду од 2000. до 2006. године, да би затим порастао за 5.3% у следећих седам година. Величина односа шанси да адолесценти чешће процењују сопствено здравље као просечно односно добро него лоше, порастао је када су се у анализу укључе демографске и као и демографске и социјално-економске варијабле.

Тренд повређивања током времена се пратио код различитих врста повреда, у различитим земљама и временским периодима а уочене разлике су посматране у односу на различите демографске и социјално-економске детерминанте.

Ако се посматра тренд ненамерних повреда које су захтевале медицински третман, студије су показале мешовите резултате. Молхо и сарадници¹²⁴ су пратили тренд вишеструког повређивања у последњих годину дана, на основу података међународне студије „Понашање у вези здравља међу школском децом“ из 30 земаља Европе и северне Америке у периоду од 2002. до 2010. године. Резултати су показали да је преваленција повређивања била виша међу младићима него девојкама у свим државама и регионима. Уочило се да је преваленција повређивања опала или остала непромењена у шест држава, а повећала се у три државе међу државама које су прве приступиле Европској унији. Међу државама

које су нове чланице Европске уније, преваленција повређивања је порасла или остала непромењена у четири државе, док је у државама које чине Заједницу независних држава тренд повређивања остао стабилан, а у другим државама тренд је опао у четири а остао непромењен у једној држави.

Студија Сиварајасингама и сарадника⁵²⁰ је показала на основу података из 151 одељења ургентне медицине широм Енглеске и Велса, за период јануар 2010.– децембар 2014. године, да је тренд повређивања опао за 13.8% током 5 година, код оба пола и у свим старосним групама, а нарочито у популацији деце и адолесцената, у скоро свим регионима. Слично претходној студији, Бровнел и сарадници⁵²¹ су на основу података болничког регистра отпуста у периоду од 1986/87. до 2005/06. на узорку младих млађих од 20 година, закључили да је дошло до пада стопе хоспитализације у посматраном периоду и пораста социјално-економске неједнакости у повређивању услед вожње мотора и самоповређивања. Статистички значајно опадање преваленције повређивања у периоду од 2006. до 2010. године, како укупне преваленције тако и посматрано према полу, показала је једна мароканска студија⁵²². До сличних резултата се дошло и у другим студијама⁵²³⁻⁵²⁵.

За разлику од претходних студија, једна немачка студија⁵²⁶ која је пратила је тренд ненамерних повреда међу децом и младима млађим од 17 година, а на основу података два истраживања о здрављу деце и адолесцената 2003/06. и 2009/12., дошла је до закључка да није дошло до промена како укупне преваленције ненамерних повреда, тако ни преваленције повређивања у моделима усклађеним на пол и године старости.

Пораст тренда повређивања углавном се односио на тренд повређивања у спорту⁵²⁷⁻⁵³¹ или током вожње скејтборда⁵³², мопеда, скутера⁵³³ и бицикла⁵²⁹. Ипак, неколико студија које су проучавале тренд повређивања у саобраћају дошле су и до другачијих резултата. Наиме, једна вијетнамска студија⁵³⁴ анализираше је тренд повређивања у саобраћају међу младима старости од 14 до 25 година, на основу података истраживања о здрављу младих у Вијетнаму у периоду од 2004. до 2009. године и закључили да је учесталост повреда опала код оба пола између ова два истраживања, али је тренд опадања био већи код младића него девојака,

док је тренд порастао међу адолесцентима из руралних средина. Још једна кинеска студија⁵³⁵, пратила је тренд трауматских повреда мозга деце младих млађих од 17 година хоспитализованих у великом педијатријском центру у Кини у периоду од 2002. до 2011. године, и показала пораст преваленције повређивања у периоду до 2008. године, да би затим сваке године постепено опадао.

Када су у питању намерне повреде, Бел и сарадници⁵³⁶ су на основу података националног електронског система надзора повреда у периоду од 2009. до 2013. године, уочили да се тренд нефаталних повреда као последице насиља међу адолесцентима старости од 10 до 19 година, није значајније мењао током времена, за разлику од повреда насталих самоповређивањем које су се статистички значајно повећале међу девојкама и млађим адолесцентима. Слично претходној студији, Катлер и сарадници⁵³⁷, су запазили да се тренд самоповређивања повећао у периоду од 2009. до 2012. године, док је тренд самоповређивања из ватреног оружја опао. Већу шансу да себи нанесу повреду самоповређивањем имале су девојке, старији адолесценти и адолесцената са хроничним обољењима.

Подаци овог истраживања су показали да је тренд повређивања адолесцената статистички значајно је опао у периоду од 2000. до 2013. године. Величина односа шанси да се адолесценти нису повређивали према адолесцентима који су се повредили у последњих годину дана, опада у оба усклађена модела усклађена на демографске и као и на демографске и социјално-економске варијабле.

Ово истраживање представља студију пресека на узорку адолесцената из националног испитивања здравственог стања становника Републике Србије, које је спроведено 2013. године и панел студију трендова кретања показатеља здравственог стања и понашања у вези са здрављем адолесцената у периоду од 2000. до 2013. године.

Предност студија пресека над другим студијама лежи у чињеници да су ове студије релативно јефтине, лако се и брзо изводе и омогућавају доношење закључка о популацији у целини. Управо због наведених предности, поновљене студије пресека се често користе за анализу трендова показатеља здравља током

времена. За разлику од лонгитудиналних студија, анализа се обавља на различитим узорцима популације у различитим временским периодима⁵³⁸.

Када се разматра ограничење студије пресека, највећи недостатак је немогућност утврђивања узрочно-последичне везе (фактор ризика – болест), на пример утврђено је да од дископатије обично оболевају гојазне особе, али је веома тешко утврдити да ли је гојазност довела до дископатије, или је дископатија и последична смањена физичка активност довела до гојазности⁵³⁸.

Иако, се овим типом студије релативно лако одређује преваленција болести у испитиваној популацији и преваленција фактора ризика, тешко је утврдити дужину експонираности факторима ризика, као и тренутак када је дошло до експонираности, на пример, постоји могућност да оболела особа први пут буде експонирана фактору ризика тек након појаве болести (особа је почела да пуши након што је добила хипертензију)⁵³⁸.

Други недостаци овог истраживања се односе на тачност добијених података као и могућност погрешног закључивања, јер су подаци о детерминантама и показатељима здравственог стања и понашања добијени на основу упитника и карактерише их висок ниво субјективности. Начин постављања питања и регистровања добијених одговора од стране анкетара, као и могућа пристрасност условљена сећањем самих испитаника приликом давања одговора, вероватно уносе додатна ограничења у добијене резултате. Пристрасност у давању података може бити условљена са једне стране полом испитаника (младићи теже да преувеличавају своја искуства, док девојке теже да их умање), са друге стране осетљивошћу особе због преживљених негативних искустава у прошлости. Коришћење што више показатеља добијених објективним мерењем, смањили би се ови недостаци⁵³⁹.

Требало би напоменути да овим истраживањем нису обухваћене све демографске и социјално-економске одреднице здравља као ни сви показатељи здравственог стања и понашања, специфични за истраживања здравља ове популационе групе. Наиме, најчешће се као показатељ материјалног стања у истраживањима здравственог стања младих користи породична имовинска скала. Такође, истраживањем нису обухваћени ни бројни фактори за које је доказано да

посредују у односу између демографских и социјално-економских варијабли и показатеља здравља и понашања. Ту се пре свега мисли на факторе средине и психолошке факторе што је генерално ограничење које се приписује истраживањима здравља.

Допринос овог истраживања лежи у чињеници да се резултати истраживања могу искористити за процену рада на реформи и развоју здравствене заштите деце и омладине у Републици Србији, очувању и унапређењу њиховог здравља, као и креирању јавноздравствених политика чија би имплементација допринела смањењу неједнакости у здрављу у овој популационој групи.

Идентификовани предиктори удружених ризичних понашања у популацији адолесцената, могу послужити при креирању превентивних програма и активности у популацији младих под ризиком.

Будући да не постоји међународни стандард у процени понашања у вези са здрављем у популацији младих, конструисани индекси протективног и ризичног понашања, могли би да се искористе у будућим истраживањима.

Будући да слично истраживање у погледу методолошког приступа није до сада рађено у нашој земљи, поновљена испитивања са истим методолошким приступом на сваких неколико година, могла би да послуже за процену трендова здравственог стања и понашања адолесцената и њихове повезаности са демографским и социјално-економским одредницама здравља.

Република Србија је препознала младе и њихову важну улогу у друштву у својим стратешким документима, тако да брига о здрављу ове популационе групе представља јавноздравствени приоритет.

Влада РС је 2006. године је донела Стратегију за развој и здравље младих, са циљем мобилизације не само здравственог сектора већ свих чинилаца друштва у очувању здравља младих, превенцији ризичних понашања и промоцији здравих стилова живота⁵⁴⁰. Посебно место у области здравствене заштите младих, свакако заузима Национални програм здравствене заштите жена, деце и омладине са пратећим стручно-методолошким упуством⁵⁴¹.

Регионална канцеларија за Европу је у септембру 2014. године донела, Европску стратегију за здравље и развој деце и адолесцената 2015.-2020., која се заснива на начелима праћења животног циклуса, јавноздравствених интервенција заснованих на доказима, партнерства за здравље, интерсекторске сарадње и заштите људских права. Доношењу стратегије су претходиле промене у окружењу у коме млади људи живе, а који се пре свега односи на убрзан развој информационих технологија, који са једне стране захтева промену у методологији и садржају здравствено-васпитног рада, а са друге стране доноси нове ризике по здравље адолесцената као што је малтретирање путем друштвених мрежа, интернет зависност, излагање порнографским садржајима и маркетиншки притисак⁵⁴².

Светска здравствена организација је 2005. године формирала Комисију за социјалне одреднице здравља, како би се утврдили механизми како социјално-економске детерминанте здравља функционишу и како се могу мењати, да би се унапредило здравље и смањиле неједнакости у здрављу⁵⁴³. Препоруке за смањење неједнакости у здрављу односе се на²¹: побољшање услова свакодневног живота, смањење неправдне расподеле моћи, новца и других ресурса на глобалном, националном и локалном нивоу, мерење и разумевање социјално-економских неједнакости у здрављу и евалуација предузетих јавноздравствених интервенција. У циљу смањења неједнакости у здрављу, неопходно је предузети јавноздравствене интервенције усмерене на целокупну популацију младих, интервенције за смањење разлика између најсиромашнијих и најбогатијих и интервенције усмерене на социјално рањиве групе као што су сиромашни адолесценти, ромска популација, адолесценти са инвалидитетом, адолесценти под ризиком и са развојним тешкоћама, злостављани и занемаривани адолесценти, адолесценти без родитељског старања, адолесценти из сеоских средина, адолесценти који су напустили школу, избегла и интерно расељена лица, као и малолетне мајке које не могу да брину о себи и свом потомству²¹. Такође, се један од главних циљева међународних стратешких докумената (Европа 2020⁵⁴⁴, Здравље 2020⁵⁴⁵, Здравље у свим политикама⁵⁴⁶, Европске стратегије за здравље и развој деце и адолесцената 2015-2020⁵⁴²) односи на побољшање здравља уз смањење неједнакости у здрављу.

Недостаци који су уочени у вези са постојећом законском регулативом у нашој земљи, односе се на нејасну поделу одговорности између различитих сектора, као и између различитих нивоа здравствене заштите, начин финансирања, и активно учешће младих при креирању стратешких докумената.

Препоруке за унапређење законске регулативе обухватају⁵⁴⁰:

- праћење међународних смерница и препорука у области здравља и здравствене заштите младих,
- заговарање за доношење иновираних стратешких докумената, кроз мобилизацију и сарадњу различитих сектора друштва, заједничку политичку вољу и стратешко партнерство,
- обезбеђивање одрживог финансирања предвиђених активности, праћење њиховог спровођења и увођење корективних мера.

Области које још нису у довољној мери регулисане односе се на законску регулативу у погледу здравствене безбедности намирница и њиховог квалитета, рекламирања и прецизнијег означавања састава индустријски произведене хране а која представља ризик по здравље, забране рекламирања и продаје брзе хране у школским продавницама и у близини школа, забране продаје, дистрибуције и рекламирања алкохолних пића и дуванских производа као и регулисање области безбедности у саобраћају, заштите становништва од дуванског дима и приређивање игара на срећу и слично.

Здравствена заштита адолесцената чини интегрални део здравствене заштите која се обезбеђује читавом становништву и више је усмерена ка лечењу, него ка превенцији ризичних понашања и промоцији здравих стилова живота. Здравствене услуге пружају здравствени радници, који у већини случајева немају довољно специфичних знања и вештина за рад са адолесцентима. Поред тога, велики проблем представља неодговарајућа инфраструктура, застарела опрема и скучен простор.

У циљу унапређења система здравствене заштите да одговори потребама адолесцената неопходно је⁵⁴⁰:

- Оснажити све нивое здравствене заштите укључене у пружање превентивних услуга деци и адолесцентима а пре свега примарног нивоа (број и профил кадрова, организација рада, обим и садржај активности, инфраструктура и опрема);
- Обезбедити едукацију здравствених радника и сарадника кроз иновирани акредитоване програме с циљем стицања знања и вештина за рано откривање особа под ризиком, превенцију како појединачног тако и удруженог ризичног понашања, промоцију здравих стилова живота и спровођење здравствено васпитног рада коришћењем савремених информационих технологија, кроз приступ наклоњен младима и прилагођен специфичним потребама младих;
- Креирати програме промоције здравља адолесцената, усмерене на све адолесценте, а посебно на осетљиве групе и на родитеље, просветне раднике и ширу јавност, који подразумевају адекватну методологију и садржај здравствено-васпитног рада;
- Имплементирати програме превенције, раног откривања, лечења и адекватне подршке адолесцентима са поремећајима здравља у обавезне садржаје рада здравственог, васпитног и образовног система;
- Организовање и применити родно сензитивних програма за смањење штете код адолесцената зависних од психоактивних супстанци како би се умањиле индивидуалне последице и последице по заједницу;
- Развити механизме за унапређење квалитета служби које пружају здравствену заштиту младима (увођење система квалитета, акредитација здравствених установа, лиценцирање здравствених радника);
- Организовати саветовалишни рад са адолесцентима у свим домовима здравља а не само у домовима здравља који обезбеђују здравствену заштиту у заједницама у којим има преко 7000 адолесцената узраста од 10 до 18 година;
- Основати специјализоване установе – центре са мултидисциплинарним, родно сензитивним тимовима оспособљених за програме лечења поремећаја у исхрани, болести зависности,

проблемима менталног здравља, као и удружених ризичних понашања код деце и адолесцената.

Пилот пројекат „Унапређење здравља младих на Балкану“, који је финансиран средствима Владе Канаде преко Канадске агенције за међународни развој, а имплементиран у партнерству са Министарством здравља и Министарством за омладину и спорт, институцијама јавног здравља, домовима здравља и омладинских невладиним организацијама, имао је за циљ пружање подршке националном систему у области прикупљања података о здравственом стању и понашању у вези са здрављем младих, надзора и праћења здравствених показатеља. Препоруке које су из њега произашле, подразумевале су неопходност⁵⁴⁷:

- Праћења здравственог стања, и здравственог понашања младих, као и коришћења услуга, односно служби намењених младима, дефинисањем скупа основних показатеља за праћење и евалуацију, применом методологије СЗО и израду стручно-методолошког упуства. Доношењем новог Закона о здравственој документацији и евиденцији у области здравства и увођење интегрисаног информационог система, као и интегрисање приватног сектора у обавезно извештавање, допринеће отклањању досадашњих недостатака у овој области;
- Формирања базе података која се односи на показатеље здравственог стања и понашања у вези са здрављем, и коришћења превентивних услуга деце и адолесцената (здравствено информациони систем);
- Израду водича добре праксе за рад са овом осетљивом популационом групом намењених како здравственим радницима, тако и васпитачима, просветним радницима, родитељима и широј друштвеној заједници;
- Израду специфичних препорука за исхрану школске деце, бављење физичком активношћу, смањењем маркетиншког притиска на децу и развоја безбедног и подржавајућег окружења;
- Организовање периодичних истраживања на националном нивоу о здравственом стању и понашању ове популационе групе. Нека од ових истраживања су рађена и у Србији, као што су: Глобално истраживање употребе дувана код младих (2003., 2008. и 2013.)⁵⁴⁸⁻⁵⁵⁰, Европско

школско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима (2008. и 2011.)^{551,552} и Истраживање здравља становништва (2000., 2006. и 2013.)¹⁴⁶⁻¹⁴⁸. Неопходно је обезбедити одрживост спровођења ових истраживања, како би се генерисали подаци који би се користили при доношењу стратешки одлука и креирању јавноздравствених приоритета у овој области.

Веома битну улогу за очување и унапређење здравља младих имају интервенције на нивоу заједнице. Наиме, ове интервенције су усмерене на јачање капацитета младих у циљу преузимања одговорности за сопствено здравље и развој социјалних мрежа и партнерстава за креирање услова и окружења која промовишу здравље и подржавају здраве стилове живота. Ове активности се могу реализовати кроз⁵⁴⁰:

- Координисану сарадњу међу носиоцима активности и доносиоцима одлука оријентисаним на здравље младих, односно развијена „партнерства за здравље“ на нивоу локалне заједнице;
- Пружање подршке свим организованим активностима посебно оним које се односе на васпитање за здравље кроз животне вештине, препознавање фактора ризика за поремећај здравља, вршњачку едукацију уз акредитовање програма и сертификацију вршњачких едукатора, програме за посебно осетљиве, социјално угрожене и маргинализоване групе као и програме осетљиве на родну једнакост;
- Пружање подршке формирањем организација цивилног сектора које се искључиво баве превенцијом ризичног понашања, промоцијом здравих стилова живота и пружањем подршке адолесцентима са поремећајем здравља и понашања и финансирање њихових пројеката и истраживања;
- Унапређење информисаности, нивоа знања и развијање неопходних вештина становништва у целини и посебних популационих група кроз организовање кампања, јавних манифестација, предавања и радионица, трибина, квизова знања, саветовалишни рад и медијску промоцију.

6. ЗАКЉУЧЦИ

1. Испитивањем повезаности демографских карактеристика (пол, старост, тип насеља, географски регион) и социјално-економских одредница здравља (похађање школе, структура породице, образовање оца/мајке, радни статус оца/мајке, материјално стање домаћинства, социјална подршка) са показатељима здравственог стања (ухраћеност, самопроцена здравља и повређивање) и понашања у вези са здрављем адолесцената мереног индексом протективног и индексом ризичног понашања у 2013. години, може се закључити:

- Демографске карактеристике испитаника, као што су пол и године старости представљају важне предикторе здравственог стања и понашања у вези са здрављем у популацији адолесцената. Младићи се чешће ризично понашају и имају лошије здравствено стање за разлику од девојака које се чешће протективно понашају. Што су адолесценти старији имају веће вредности индекса протективног и индекса ризичног понашања, док су млађи адолесценти чешће прекомерно ухрањени односно гојазни су и чешће су се повређивали за разлику од својих старијих вршњака.
- Адолесценти који живе у урбаној средини чешће се ризично понашају, али упркос томе, они шест пута чешће процењују своје здравље као добро него лоше у односу на адолесценате из руралне средине. Адолесценти из руралне средине чешће су прекомерно ухрањени односно гојазни су за разлику од својих вршњака из урбане средине.
- Адолесценти из југоисточне и источне Србије чешће се ризично понашају у односу на адолесценате Шумадије и западне Србије.
- Структура породице је важан предиктор самопроцене здравља. Наиме, адолесценти који живе у комплетној породици чешће своје здравље процењују као просечно и добро него као лоше за разлику од адолесцената који живе у некомплетној породици.

- Што су адолесенти из домаћинства вишег квинтила благостања, они чешће протективно понашају за разлику од својих вршњака који живе у домаћинству нижег квинтила благостања. Наиме, адолесенти из најбогатијих домаћинстава, средњег слоја и сиромашних домаћинстава чешће имају добро наспрам умерено протективно понашање, односно адолесенти из најбогатијих домаћинстава и средњег слоја домаћинстава чешће имају добро наспрам лоше протективно понашање у односу на адолесценте из најсиромашнијих домаћинстава. Када се као показатељ здравственог стања посматра ухрањеност, адолесенти из најбогатијих домаћинстава и средњег слоја домаћинстава чешће су нормално него прекомерно ухрањени за разлику од адолесцената из најсиромашнијих домаћинстава.
- Образовање оца и мајке су социјално-економске одреднице повезане са здрављем адолесцената. Наиме, виши ниво образовања оца чешће је повезан са протективним понашањем своје деце, а нижи ниво образовања мајке са ризичним понашањем адолесцената. Када се као показатељ здравственог стања посматра ухрањеност, адолесенти чије мајке имају незавршену основну школу или немају школу статистички значајно чешће имају прекомерну него нормалну телесну масу за разлику од адолесцената чије мајке имају завршену основну школу. Супротно очекивањима овог истраживања, адолесенти чије мајке имају високу/вишу или средњу школу школу, чешће су се повређивали у последњих годину дана за разлику од адолесцената чије мајке имају непотпуну или незавршену основну школу.

2. У посматраном тринаестогодишњем периоду од 2000. до 2013. године, промена трендова показатеља понашања у вези са здрављем и показатеља здравственог стања кретала се на следећи начин:

- Учесталост адолесцената који су се умерено или пак лоше протективно понашали, била је без промена и износила је у просеку 33.3%, док је учесталост адолесцената који су имали умерен ризик у понашању опала за 4.0% а оних који су имали мали ризик порасла за 3.8%.

- Адолесценти су значајно чешће имали лоше протективно понашање него добро протективно понашање, као што су чешће имали мали него велики ризик у понашању, како у 2006. тако и у 2013. години у односу на 2000. годину. Величине односа шанси да адолесценти имају лоше протективно понашање него добро протективно понашање је порасла, за разлику од величине односа да адолесценти имају мали ризик него велики ризик у понашању која је опала, што наводи на закључак да су неједнакости у испољавању лошег протективног понашања порасле, а у испољавању малог ризика у понашању опале током времена посматрано према демографским и социјално-економским одредницама здравља.
- Преваленција прекомерно ухрањених адолесцената порасла је за 5.9%, а гојазних адолесцената за 5.5% у посматраном периоду.
- Адолесценти су статистички значајно чешће прекомерно ухрањени и гојазни него што су нормално ухрањени, како у 2006. години тако и у 2013. години у односу на 2000. годину. Дошло је до пораста величине односа шанси да су адолесценти прекомерно ухрањени и гојазни него нормално ухрањени, што наводи на закључак да су неједнакости у стању ухрањености адолесцената порасле током времена посматрано према демографским и социјално-економским одредницама здравља.
- Учесталост адолесцената који своје здравствено стање процењују као просечно је најпре незнатно порасла у периоду од 2000. до 2006. године, да би затим опала за 4.9% у наредних седам година, док је учесталост адолесцената који своје здравље процењује као добро је најпре незнатно опала у периоду од првих шест година, да би затим порасла за 5.3% у следећих седам година.
- Адолесценти статистички значајно чешће процењују своје здравље као добро него лоше како у 2006. години, тако и у 2013. години у односу на 2000. годину. Дошло је до пораста величине односа шанси да адолесценти процењују своје здравље као добро него лоше током времена, што наводи на закључак да су неједнакости у просени сопственог здравља као доброг

порасле током времена посматрано према демографским и социјално-економским одредницама здравља.

- Учесталост адолесцената који су имали повреду у последњих годину дана опала је у посматраном периоду.
- Адолесценти статистички значајно чешће се нису повређивали него што јесу у последњих годину дана, како у 2006., тако и у 2013. години у односу на 2000. години. Дошло је до опадања величине односа шанси да адолесценти нису имали повреду него што су је имали, што наводи на закључак да су се неједнакости у неповређивању смањиле током времена посматрано према демографским и социјално-економским одредницама здравља.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Patton GC, Viner R. Adolescent health: pubertal transitions in health. *Lancet*. 2007; 369: 1130–39.
2. World Health Organization report. Health for the world's adolescents - a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.
3. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012 Apr 28;379(9826):1630-40.
4. Sixty-fourth World Health Assembly. Resolution WHA 64.28: Youth and health risks. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2016 February 6]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-en.pdf.
5. Lloyd CB, editor. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington DC : The National Academies Press; 2005.
6. Fares J et al. World development report 2007: development and the next generation. Washington, D.C., The World Bank, 2006.
7. Pro Cappa C, Wardlaw T, Langevin-Falcon C, Diers J. Progress for children: a report card on adolescents. *Lancet*. 2012 Jun 23;379(9834):2323-5.
8. Милојић А, уредник. Статистички годишњак Републике Србије. Београд: Републички завод за статистику; 2016.
9. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012 Apr 28;379(9826):1641-52.
10. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1979.
11. Ruiz-Cantero M, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, del Mar García Calvente M, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Com Health*. 2007;61(Suppl. II):ii46–53.

12. Inchley J, Currie DI, editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 [cited 2016 February 16]. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf
13. Kuipers MA, Robert PO, Richter M, Rathmann K, Rimpelä AH, Perelman J, et al. Individual and contextual determinants of perceived peer smoking prevalence among adolescents in six European cities. *Prev Med*. 2016 Jul;88:168-75.
14. Zenic N, Ostojic, Sisic N, Pojskic H, Peric M, Uljevic O, et al. Examination of the community-specific prevalence of and factors associated with substance use and misuse among Rural and Urban adolescents: a cross-sectional analysis in Bosnia and Herzegovina. *BMJ Open*. 2015 Nov 6;5(11):e009446.
15. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Feb;165(2):152-8.
16. Simons-Morton B, Farhat T, ter Bogt T, Hublet A, Kuntsche E, NicGabhainn S. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Pub Health*. 2009;52:S199–208.
17. Bloomfield K, Gmel G, Neve R, Mustonen H. Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, The Netherlands, and Switzerland: a repeated survey analysis. *Subst Abus*. 2001;22:39–53.
18. Madkour AS, de Looze M, Ma P, Halpern CT, Farhat T, ter Bogt TFM et al. Macro-level age norms for the timing of sexual initiation and adolescents' early sexual initiation in 17 European countries. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):114–21.
19. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sc Med*. 2000;50:1385–1401.

20. De Looze M, Pickett W, Raaijmakers Q, Kuntsche E, Hublet A, Nic Gabhainn S et al. Early risk behaviours and adolescent injury in 25 European and North American countries: a cross-national consistent relationship. *J Early Adolesc.* 2012;32(1):104–25.
21. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
22. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA.* 1997 Sep 10;278(10):823-32.
23. Waylen A, Stallard N, Stewart-Brown S. Parenting and health in mid-childhood: a longitudinal study. *Eur J Public Health* 2008;18(3):300–5.
24. Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT, et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* 2009;54(Suppl. 2):235–42.
25. Molcho M, Nic Gabhainn S, Kelleher C. Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier. *Ir Med J.* 2007;100(8):33–6.
26. D'Angelo SL, Omar HA. Parenting adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2003 Jan-Mar;15(1):11-9. Review.
27. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental influences on adolescent problem behavior: revisiting Stattin and Kerr. *Child Dev.* 2004;75:781–96
28. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Lang DL, Harrington K. Infrequent parental monitoring predicts sexually transmitted infections among low-income African American female adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:169–73.
29. Sethi D, Hughes K, Bellis M, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing knife crime and violence among young people. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2010.
30. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham CM. A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health.* 2010; 46 (suppl): S75–91.

31. Lohaus A, Vierhaus M, Ball J. Parenting styles and health-related behavior in childhood and early adolescence. *J Early Adolesc.* 2009; 29: 449–75.
32. Bonnie R J, O’Connell ME, eds. Reducing underage drinking: a collective responsibility. Washington DC: The National Academies Press; 2004.
33. Ford CA, Pence BW, Miller WC, Resnick MD, Bearinger LH, Pettingell S, et al. Predicting adolescents' longitudinal risk for sexually transmitted infection: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Jul;159(7):657-64.
34. Bauman KE, Carver K, Gleiter K. Trends in parent and friend influence during adolescence: the case of adolescent cigarette smoking. *Addict Behav.* 2001;26:349–61.
35. Donovan JE. Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. *J Adolesc Health.* 2004;35:529.e7–18.
36. Zambon A, Morgan A, Vereecken C, Colombini S, Boyce W, Mazur J, et al. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(1):89–95.
37. Jaccard J, Blanton H, Dodge T. Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Dev Psychol.* 2005;41(1):135–47.
38. Punamäki RL, Wallenius M, Nygård CH, Saarni L, Rimpelä A. Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: the role of sleeping habits and waking-time tiredness. *J Adolesc.* 2007Aug;30(4):569-85.
39. Guan SS, Subrahmanyam K. Youth Internet use: risks and opportunities. *Curr Opin Psychiatry.* 2009 Jul;22(4):351-6.
40. Leena K, Tomi L, Arja R. Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours. How is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *J Adolesc.* 2005;28:35–47.
41. Pujazon-Zazik M, Park MJ. To tweet, or not to tweet: gender differences and potential positive and negative health outcomes of adolescents' social internet use. *Am J Mens Health.* 2010 Mar;4(1):77-85

42. Stoddard SA, Bauermeister JA, Gordon-Messer D, Johns M, Zimmerman MA. Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: the role of online communities. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73:968–75.
43. Vieno A, Santinello M, Galbiati E, Mirandola M. School climate and well being in early adolescence: a comprehensive model. *Eur J Soc Psychol.* 2004;2:219–37.
44. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *SocSci Med.* 2010 Mar;70(6):850-8.
45. Bonell C, Parry W, Wells H, Jamal F, Fletcher A, Harden A, et al. The effects of the school environment on student health: a systematic review of multi-level studies. *HealthPlace.* 2013 May;21:180-91.
46. Wilson D, Gottfredson D, Najaka S. School-based prevention of problem behaviors: a meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology.* 2001;17(3):247–272.
47. Sellström E, Bremberg S. Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Feb;60(2):149-55. Review.
48. Morgan A, Haglund BJ. Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promot Int.* 2009 Dec;24(4):363-72.
49. Vyncke V, De Clercq B, Stevens V, Costongs C, Barbareschi G, Jónsson SH, et al. Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health.* 2013 Jan 23;13:65.
50. Jayakody AA, Viner RM, Haines MM, Bhui KS, Head JA, Taylor SJ, et al. Illicit and traditional drug use among ethnicminority adolescents in East London. *Public Health.* 2006 Apr;120(4):329-38.
51. Viner RM, Haines MM, Taylor SJ, Head J, Booy R, Stansfeld S. Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes (Lond).* 2006 Oct;30(10):1514-21.
52. Bhui K, Khatib Y, Viner R, Klineberg E, Clark C, Head J, et al. Cultural identity, clothing and common mental disorder: a prospective school-based study of white

British and Bangladeshi adolescents. *J Epidemiol Community Health*. 2008 May;62(5):435-41.

53. Connell P, McKeivitt C, Low N. Investigating ethnic differences in sexual health: focus groups with young people. *Sex Transm Infect*. 2004 Aug;80(4):300-5.

54. Dorling D, Mitchell R, Pearce J. The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ*. 2007;335:873.

55. Elgar FJ, Roberts C, Parry-Langdon N, Boyce W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *Eur J Public Health* 2005;15(3):245–50.

56. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*. 2004;59(1):1–12.

57. Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J, et al. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *Int J Obes*. 2009;33(10):1084–93.

58. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2005;70: 1–137.

59. Steinberg L, Sheffield Morris A. Adolescent development: understanding adolescent development in context. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(83):97–98.

60. Nichol M, Janssen I, Pickett W. Associations between neighborhood safety, availability of recreational facilities, and adolescent physical activity among Canadian youth. *J Phys Act Health* 2010;7(4):442–50.

61. Montgomery MR. Urban poverty and health in developing countries. *Popul Bull*. 2009;64: 2–18.

62. Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, et al; HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health

Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Int J Public Health*. 2009;54 (Suppl 2):167–79.

63. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzler JD. Review – breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:743–60.

64. Szajewska H, Ruszczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2010 Feb;50(2):113-9.

65. Reiss R, Johnston J, Tucker K, DeSesso JM, Keen CL. Estimation of cancer risks and benefits associated with a potential increased consumption of fruits and vegetables. *Food Chem Toxicol*. 2012 Dec;50(12):4421-7.

66. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens*. 2007;21:717–28.

67. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014 Jul 29;349:g4490.

68. Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M. Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Can Fam Physician*. 2015 Feb;61(2):e96-106. Review.

69. Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Story M, Larson NI. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Jan;162(1):17-22.

70. Goldfield GS, Murray MA, Buchholz A, Henderson K, Obeid N, Kukaswadia A, et al. Family meals and body mass index among adolescents: effects of gender. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011 Aug;36(4):539-46.

71. Pedersen TP, Holstein BE, Flachs EM, Rasmussen M. Meal frequencies in early adolescence predict meal frequencies in late adolescence and early adulthood. *BMC Public Health* 2013;13(1):445.

72. Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Prevent Med.* 2001;33:217–26.
73. de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *Br Med J.* 2010;340:c2451.
74. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J.* 2000;50(3):129–39.
75. Twisk JW. Physical activity guidelines for children and adolescents: a critical review. *Sports Med.* 2001;31(8):617–627.
76. Tolfrey K, Jones AM, Campbell IG. The effect of aerobic exercise training on the lipid-lipoprotein profile of children and adolescents. *Sports Med.* 2000;29(2):99–112.
77. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:40.
78. Kalman M, Inchley J, Sigmundova D, Iannotti RJ, Tynjälä JA, Hamrik Z, et al. Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *Eur J Public Health.* 2015 Apr;25 Suppl 2:37-40.
79. Irwin Jr CE. The theoretical concept of at risk adolescent. *Adolesc Med.* 1990;1(1):1–14.
80. European drug report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2015 (http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf, accessed 4 October 2016).
81. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/, accessed 24 August 2016).
82. Fassmer AM, Luque Ramos A, Boiselle C, Dreger S, Helmer S, Zeeb H. Tobacco Use and Utilization of Medical Services in Adolescence: An Analysis of the KiGGS Data. *Gesundheitswesen.* 2016 Nov 17. [Epub ahead of print] German.
83. Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher DW, Evans DB, Murray CJ; WHO Framework Convention on Tobacco Control.. WHO Framework Convention on

Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *BMJ*. 2003 Jul 19;327(7407):154-7. Review.

84. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse health effects of marijuana use. *N Eng J Med*. 2014;370:2219–27.

85. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15:54-66.

86. WHO. A snapshot of the health of young people in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.

87. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Nic Gabhain S, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005;15(2):128–32.

88. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J Genet Psychol*. 2009 Jun;170(2):115-33.

89. Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. The co-occurrence of substance use and bullying behaviors among US adolescents: understanding demographic characteristics and social influences. *J Adolesc*. 2012;35:1351–60.

90. Alamian A, Paradis G. Clustering of chronic disease behavioral risk factors in Canadian children and adolescents. *Prev Med*. 2009 May;48(5):493-9.

91. Meneses FC, et al. Co-occurrence of risk behaviors among Spanish adolescents. 2012.

92. Green MJ, Leyland AH, Sweeting H, Benzeval M. Socioeconomic position and adolescent trajectories in smoking, drinking, and psychiatric distress. *J Adolesc Health*. 2013 Aug;53(2):202-208.e2

93. McAloney K. Clustering of Sex and Substance Use Behaviors in Adolescence. *Subst Use Misuse*. 2015;50(11):1406-11.

94. Kritsotakis G, Psarrou M, Vassilaki M, Androulaki Z, Philalithis AE. Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. *J Adv Nurs*. 2016 Sep;72(9):2098-113.

95. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Dev Rev.* 1992;12:374–90.
96. French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr.* 2003;133:841S–3S.
97. Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health.* 2005;15(3):224–32.
98. Giskes K, Turrell G, Patterson C, Newman B. Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutr.* 2002;5:663–9.
99. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, de Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015;385(9982):2088–95.
100. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res.* 1997 Sep;12(3):385–97.
101. Guglani L, Booza J, Havstad SL, Joseph CL. Usefulness of a home affluence scale administered to urban adolescents with asthma to estimate the family's socioeconomic status. *Annals of epidemiology.* 2015;25(11):855–60.
102. Hartley JEK, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indicators Research.* 2016;9:233–45.
103. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein BE, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine.* 2008;66(6):1429–36.
104. Sleskova M, Salonna F, Madarasova Geckova A, Nagyova I, Stewart RE, Van Dijk JP. Does parental unemployment affect adolescents' health? *Journal of Adolescent Health.* 2006; 38, 527–535.

105. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bissegger C, Ravens-Sieberer U, Group tEK. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(2), 130–35.
106. Liu Y, Wang M, Villberg J, Torsheim T, Tynjälä J, Lv Y, et al. Reliability and validity of Family Affluence Scale (FAS II) among adolescents in Beijing, China. *Child Indicators Research*. 2012; 5(2), 235–51.
107. Park HY, Heo J, Subramanian SV, Kawachi I, Oh, J. Socioeconomic inequalities in adolescent depression in South Korea: a multilevel analysis. *PLoS One*. 2012; 7(10), e47025.
108. Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. An index of child well-being in the European union. *Social Indicators Research*. 2009; 80(1), 133–77.
109. UNICEF. Innocenti Report Card 7 An overview of child well-being in rich countries. Florence: Innocenti Research Centre; 2007 [cited 2016 October 10]. Available from: <https://www.unicef.org/media/files/ChildPovertyReport.pdf>
110. Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011 Apr 2;377(9772):1162-74.
111. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016 Jun 11;387(10036):2383-401.
112. Norris JC, van der Laan MJ, Lane S, Anderson JN, Block G. Nonlinearity in demographic and behavioral determinants of morbidity. *Health Serv Res*. 2003; 38(6 Pt 2):1791– 818.
113. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of 27 community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21–37.
114. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rhaman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K, editors. World report on child injury prevention. Geneva:

World Health Organization; 2008 [cited 2016 August 24]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf.

115. Koven R, McColl MA, Ellis P, Pickett W. Multiple risk behaviour and its association with head and neck injuries: a national analysis of young Canadians. *Prev Med*. 2005 Jul;41(1):240-6.

116. Turner C, McClure R, Pirozzo S. Injury and risk-taking behavior-a systematic review. *Accid Anal Prev*. 2004 Jan;36(1):93-101. Review.

117. Mytton J, Towner E, Brussoni M, Gray S. Unintentional injuries in school-aged children and adolescents: lessons from a systematic review of cohort studies. *Inj Prev*. 2009 Apr;15(2):111-24.

118. Pawłowska B, Potembska E, Zygo M, Olajosy M. Prevalence of self-injury, suicidal ideation, plans and attempts in adolescents aged 13 to 19 years of age. *Polish Journal of Public Health*. 2015;125(1):55-9.

119. Borowsky IW, Ireland M. Predictors of future fight-related injury among adolescents. *Pediatrics*. 2004 Mar;113(3 Pt 1):530-6.

120. Peltzer K, Pengpid S. Injury and social correlates among in-school adolescents in four Southeast Asian countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Aug;9(8):2851-62.

121. Mo F, Turner MC, Krewski D, Merrick J. Adolescent injuries in Canada: findings from the Canadian community health survey, 2000-2001. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2006 Dec;13(4):235-44.

122. Inchley J, Kaufmann N, Whitehead RD. HBSC Briefing Paper 19: Adolescent Injuries. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU); 2015.

123. Hasim MH, Fatimah S, Shahida N, Hatta M, Naim M, Hiong TG, et al. Socio-Demographic and Behavioral Factors for Serious Injury among Adolescents in Malaysia. *Health*. 2015;7(12): 1651.

124. Molcho M, Walsh S, Donnelly P, Matos MG, Pickett W. Trend in injury-related mortality and morbidity among adolescents across 30 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:33-6.

125. Pickett W, Craig W, Harel Y, Cunningham J, Simpson K, Molcho M, et al; HBSC Violence and Injuries Writing Group. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*. 2005 Dec;116(6):e855-63.
126. Denny VC, Cassese JS, Jacobsen KH. Nonfatal injury incidence and risk factors among middle school students from four Polynesian countries: The Cook Islands. Niue. Samoa. and Tonga. *Injury*. 2016 May;47(5):1135-42.
127. Tongklao A, Jaruratanasirikul S, Sriplung H. Risky behaviors and helmet use among young adolescent motorcyclists in Southern Thailand. *Traffic Inj Prev*.2016;17(1):80-5.
128. Ilie G, Mann RE, Hamilton H, Adlaf EM, Boak A, Asbridge M, et al. Substance Use and Related Harms Among Adolescents With and Without Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2015 Sep-Oct;30(5):293-301.
129. Ilie G, Adlaf EM, Mann RE, Boak A, Hamilton H, Asbridge M, et al. The moderating effects of sex and age on the association between traumatic brain injury and harmful psychological correlates among adolescents. *PLoS One*. 2014 Sep 30;9(9):e108167.
130. Ilie G, Boak A, Mann RE, Adlaf EM, Hamilton H, Asbridge M, et al. Energy Drinks, Alcohol, Sports and Traumatic Brain Injuries among Adolescents. *PLoS One*. 2015 Sep 16;10(9):e0135860.
131. Malta DC, do Prado RR, Caribe SS, da Silva MM, de Andreazzi MA, da Silva Júnior JB, et al. Factors associated with injuries in adolescents, from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012).*Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Suppl 1:183-202. English. Portuguese.
132. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Nov;25(11):1183-93 .
133. Hagel BE, Romanow NT, Enns N, Williamson J, Rowe BH. Severe bicycling injury risk factors in children and adolescents: a case-control study. *Accid Anal Prev*. 2015 May;78:165-72.

134. Park S, Blanck HM, Sherry B, Foti K. Problem behavior, victimization, and soda intake in high school students. *Am J Health Behav.* 2013 May;37(3):414-21.
135. Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Inj Prev.* 2009 Dec;15(6):403-8.
136. Liu BC, Ivers R, Norton R, Boufous S, Blows S, Lo SK. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD004333.
137. Olivier J, Creighton P. Bicycle injuries and helmet use: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2016 Jul 22. pii: dyw153.
138. Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jul 16;(3):CD005401.
139. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid Based Child Health.* 2013 May;8(3):761-939.
140. Zou K, Wynn PM, Miller P, Hindmarch P, Majsak-Newman G, Young B, et al. Preventing childhood scalds within the home: Overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Burns.* 2015 Aug;41(5):907-24.
141. Rössler R, Donath L, Verhagen E, Junge A, Schweizer T, Faude O. Exercise-based injury prevention in child and adolescent sport: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med.* 2014 Dec;44(12):1733-48.
142. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther.* 2013;35(1):18–32.
143. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. *Lancet.* 2002;360:473–82.
144. Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, et al. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33:349–55.

145. Грозданов Ј, уредник. Здравље становника Србије – Аналитичка студија 1997-2007. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Земун: Алта нова; 2008.
146. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва у Републици Србији. Глас Института за здравствену заштиту Србије. 2002;76(1-2): 1-173.
147. Грозданов Ј, Вуковић Д, Крстић, М, Ванчевска-Слијепчевић Б. Истраживање здравља становника Републике Србије: 2006. година: основни резултати. Београд: Донат граф; 2007
148. Илић Д, уредник. Резултати истраживања здравља становништва Србије: 2013. година. Београд : Службени гласник; 2014.
149. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. [cited 2016 October 9]. Available from: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en.
150. Rutstein SO, Johnson K. The DHS wealth index. DHS comparative reports No. 6. Maryland, Calverton: ORC Macro; 2004 [cited 2016 October 9]. Available from: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR6/CR6.pdf>.
151. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. Boston: Pearson Education; 2007.
152. Van Der Horst K, Paw MJ, Twisk JW, Van Mechelen W. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. Med Sci Sports Exerc. 2007 Aug; 39(8): 1241-50. Review.
153. Dowda M, Dishman RK, Pfeiffer KA, Pate RR. Family support for physical activity in girls from 8th to 12th grade in South Carolina. Prev Med. 2007 Feb;44(2):153-9.
154. Bauer KW, Nelson MC, Boutelle KN, Neumark-Sztainer D. Parental influences on adolescents' physical activity and sedentary behavior: longitudinal findings from Project EAT-II. Int J Behav Nutr Phys Act. 2008 Feb 26;5:12.

155. Heitzler CD, Martin SL, Duke J, Huhman M. Correlates of physical activity in a national sample of children aged 9-13 years. *Prev Med.* 2006 Apr;42(4):254-60.
156. Olds T, Wake M, Patton G, Ridley K, Waters E, Williams J, et al. How do school-day activity patterns differ with age and gender across adolescence? *J Adolesc Health.* 2009 Jan;44(1):64-72.
157. Stalsberg R, Pedersen AV. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scand J Med Sci Sports.* 2010 Jun;20(3):368-83.
158. De Cocker K, Ottevaere C, Sjöström M, Moreno LA, Wärnberg J, Valtueña J, et al.; HELENA Study Group. Self-reported physical activity in European adolescents: results from the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Public Health Nutr.* 2011 Feb;14(2):246-54.
159. Pan SY, Cameron C, Desmeules M, Morrison H, Craig CL, Jiang X. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2009 Jan 16;9:21.
160. Gustafson SL, Rhodes RE. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Med.* 2006;36(1):79-97. Review.
161. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med.* 2007 Jun;30(3):263-85. Epub 2007 May 20. Review.
162. Hohepa M, Scragg R, Schofield G, Kolt GS, Schaaf D. Social support for youth physical activity: Importance of siblings, parents, friends and school support across a segmented school day. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007 Nov 8;4:54.
163. Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmasso P, Lazzeri G, et al. Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Apr; 41(4): 749-56.
164. Gorely T, Atkin AJ, Biddle SJ, Marshall SJ. Family circumstance, sedentary behaviour and physical activity in adolescents living in England: Project STIL. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009 Jun 11;6:33.

165. Oh IH, Lee G, Oh CM, Choi KS, Choe BK, Choi JM, et al. Association between the physical activity of Korean adolescents and socioeconomic status. *J Prev Med Public Health*. 2009 Sep;42(5):305-14.
166. Yeung DC, Yuan X, Hui SS, Feresu SA. Determinants of moderate to vigorous physical activity and obesity in children: a structural equation modeling analysis. *World J Pediatr*. 2016 May;12(2):170-6.
167. McMillan R, McIsaac M, Janssen I. Family Structure as a Correlate of Organized Sport Participation among Youth. *PLoS One*. 2016 Feb 10;11(2):e0147403.
168. Laird Y, Fawkner S, Kelly P, McNamee L, Niven A. The role of social support on physical activity behaviour in adolescent girls: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016 Jul 7;13:79.
169. Joens-Matre RR, Welk GJ, Calabro MA, Russell DW, Nicklay E, Hensley LD. Rural-urban differences in physical activity, physical fitness, and overweight prevalence of children. *J Rural Health*. 2008 Winter;24(1):49-54.
170. Hodgkin E, Hamlin MJ, Ross JJ, Peters F. Obesity, energy intake and physical activity in rural and urban New Zealand children. *Rural Remote Health*. 2010 Apr-Jun;10(2):1336. Epub 2010 Jun 15.
171. Potvin L, Gauvin L, Nguyen NM. Prevalence of stages of change for physical activity in rural, suburban and inner-city communities. *Journal of Community Health* 1997; 22(1):1-13.
172. Kristjansdottir G, Vilhjalmsson R. Sociodemographic differences in patterns of sedentary and physically active behavior in older children and adolescents. *Acta Paediatr*. 2001 Apr;90(4):429-35.
173. Kirby J, Levin KA, Inchley J. Parental and peer influences on physical activity among Scottish adolescents: a longitudinal study. *J Phys Act Health*. 2011 Aug;8(6):785-93.
174. Riddoch CJ, Mattocks C, Deere K, Saunders J, Kirkby J, Tilling K, et al. Objective measurement of levels and patterns of physical activity. *Arch Dis Child*. 2007 Nov;92(11):963-9.

175. Sherar LB, Esliger DW, Baxter-Jones AD, Tremblay MS. Age and gender differences in youth physical activity: does physical maturity matter? *Med Sci Sports Exerc.* 2007 May;39(5):830-5.
176. Belcher BR, Berrigan D, Dodd KW, Emken BA, Chou CP, Spruijt-Metz D. Physical activity in US youth: effect of race/ethnicity, age, gender, and weight status. *Med Sci Sports Exerc.* 2010 Dec;42(12):2211-21.
177. Nader PR, Bradley RH, Houts RM, McRitchie SL, O'Brien M. Moderate-to-vigorous physical activity from ages 9 to 15 years. *JAMA.* 2008 Jul 16;300(3):295-305.
178. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors. family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Feb;38(1):10-8.
179. Levin KA, Currie C. Inequalities in toothbrushing among adolescents in Scotland 1998-2006. *Health Educ Res.* 2009 Feb;24(1):87-97.
180. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J.* 2006 Jun;56(3):159-67.
181. Jung SH, Tsakos G, Sheiham A, Ryu JI, Watt RG. Socio-economic status and Oral health-related behaviours in Korean adolescents. *Soc Sci Med.* 2010 Jun;70(11):1780-8.
182. Mak KK, Day JR. Dental health behaviours among early adolescents in Hong Kong. *Int J Dent Hyg.* 2011 May;9(2):122-6.
183. Astrøm AN, Mbawalla H. Factor structure of health and Oral health-related behaviors among adolescents in Arusha. Northern Tanzania. *Acta Odontol Scand.* 2011 Sep;69(5):299-309.
184. Kolawole KA, Oziegbe EO, Bamise CT. Oral hygiene measures and the periodontal status of school children. *Int J Dent Hyg.* 2011 May;9(2):143-8.
185. Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. Smoking, tooth brushing and Oral cleanliness among 15-year-olds in Tehran. Iran. *ORal Health Prev Dent.* 2008;6(1):45-51.

186. Levin KA, Nicholls N, Macdonald S, Dundas R, Douglas GV. Geographic and socioeconomic variations in adolescent toothbrushing: a multilevel cross-sectional study of 15 year olds in Scotland. *J Public Health (Oxf)*. 2015 Mar;37(1):107-15.
187. Mashoto KO, Astrom AN, Skeie MS, Masalu JR. Socio-demographic disparity in Oral health among the poOR: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district. Tanzania. *BMC Oral Health*. 2010 Apr 20;10:7.
188. ALBashtawy M. Oral health patterns among schoolchildren in Mafraq Governorate. Jordan. *J Sch Nurs*. 2012 Apr;28(2):124-9.
189. Freddo SL, Aerts DR, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008 Sep;24(9):1991-2000. Portuguese.
190. Xin M. Assessing school effects on dental hygiene and nutrition behaviors of Canadian adolescents. *Educational Review*. 2007;59(1):37-54.
191. Peltzer K, Pengpid S. Oral and Hand Hygiene Behaviour and Risk Factors among In-School Adolescents in Four Southeast Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Mar; 11(3): 2780–2792.
192. Kumar S, Panwar J, Vyas A, Sharma J, Goutham B, Duraiswamy P, et al. Tooth cleaning frequency in relation to socio-demographic variables and personal hygiene measures among school children of Udaipur district. India. *Int. J. Dent. Hyg*. 2011;9:3–8.
193. Gupta T, Sequeira P, Acharya S. Oral health knowledge, attitude and practices of a 15-year-old adolescent population in Southern India and their social determinants. *Oral Health Prev. Dent*. 2012;10:345–354.
194. Pengpid S, Peltzer K. Hygiene behaviour and associated factors among in-school adolescents in nine African countries. *Int. J. Behav. Med*. 2011;18:150–9.
195. Tran D, Phongsavan P, Bauman AE, Havea D, Galea G. Hygiene behaviour of adolescents in the Pacific: Associations with socio-demographic, health behaviour and school environment. *Asia-Pac. J. Public Health*. 2006;18:3–11.

196. Dobe M, Mandal RN, Jha A. Social determinants of good hand-washing practice (GHP) among adolescents in a rural Indian community. *Fam. Community Health.* 2013;36:172-7.
197. Vereecken CA, Maes L, De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *J Adolesc Health.* 2004 Apr;34(4):330-8.
198. McKittrick TR, Jacobsen KH. Oral hygiene practices among middle-school students in 44 low- and middle-income countries. *Int Dent J.* 2014Jun;64(3):164-70.
199. Park YD, Patton LL, Kim HY. Clustering of Oral and general health risk behaviors in Korean adolescents: a national representative sample. *J Adolesc Health.* 2010 Sep;47(3):277-81.
200. Ghanbariha M, Sheiham A, Rakhshani F, Dorri M. Association between Oral and general hygiene behaviours among Iranian adolescents. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(3):225-32.
201. Honkala S, Vereecken C, Niclasen B, Honkala E. Trends in toothbrushing in 20 countries/ regions from 1994 to 2010. *Eur J Public Health.* 2015 Apr;25 Suppl 2:20-3.
202. Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, Kelly C, Nansel TR, Al Sabbah H, et al.; HBSC Eating & Dieting Focus Group. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *Int J Public Health.* 2009 Sep;54 Suppl 2:180-90.
203. Utter J, Scragg R, Mhurchu CN, Schaaf D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:570–6.
204. Timlin MT, Pereira MA, Story M, Neumark-Sztainer D. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics.* 2008 Mar;121(3):e638-45.
205. Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context. and obesity. *J Am Diet Assoc.* 2009 Aug;109(8):1384-91.

206. Hallström L, Vereecken CA, Ruiz JR, Patterson E, Gilbert CC, Catasta G, et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study. *Appetite*. 2011 Jun;56(3):649-57.
207. Manios Y, Moschonis G, Androutsos O, Filippou C, Van Lippevelde W, Vik FN, et al.; ENERGY Consortium. Family sociodemographic characteristics as correlates of children's breakfast habits and weight status in eight European countries. The ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutr*. 2015 Apr;18(5):774-83.
208. Raaijmakers LG, Bessems KM, Kremers SP, van Assema P. Breakfast consumption among children and adolescents in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2010 Jun;20(3):318-24.
209. Mullan B, Wong C, Kothe E, O'Moore K, Pickles K, Sainsbury K. An examination of the demographic predictors of adolescent breakfast consumption, content, and context. *BMC Public Health*. 2014 Mar 20;14:264.
210. Lazzeri G, Ahluwalia N, Niclasen B, Pammolli A, Vereecken C, Rasmussen M, et al. Trends from 2002 to 2010 in Daily Breakfast Consumption and its Socio-Demographic Correlates in Adolescents across 31 Countries Participating in the HBSC Study. *PloS one*. 2016 Mar 30;11(3):e0151052.
211. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health*. 2003;32(5): 365–73.
212. Doku D, Koivusilta L, Raisamo S, Rimpelä A. Socio-economic differences in adolescents' breakfast eating, fruit and vegetable consumption and physical activity in Ghana. *Public Health Nutr*. 2013 May;16(5):864-72.
213. Pearson N, Atkin AJ, Biddle SJ, Gorely T, Edwardson C. Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009 Jul 22;6:45.
214. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2009 Feb;12(2):267-83.

215. Levin KA. Urban-rural differences in adolescent eating behaviour: a multilevel cross-sectional study of 15-year-olds in Scotland. *Public Health Nutr.* 2014 Aug;17(8):1776-85.
216. Vik FN, Te Velde SJ, Van Lippevelde W, Manios Y, Kovacs E, Jan N, et al. Regular family breakfast was associated with children's overweight and parental education: Results from the ENERGY cross-sectional study. *Prev Med.* 2016 Oct;91:197-203.
217. Gebremariam MK, Lien N, Torheim LE, Andersen LF, Melbye EL, Glavin K, et al. Perceived rules and accessibility: measurement and mediating role in the association between parental education and vegetable and soft drink intake. *Nutr J.* 2016 Aug 17;15(1):76.
218. Rasmussen M, Krølner R, Klepp K-I, Lytle L, Brug J, Bere E, et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006;3:22.
219. Zarnowiecki DM, Dollman J, Parletta N. Associations between predictors of children's dietary intake and socioeconomic position: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2014;15:375–91.
220. Svastisalee CM, Holstein BE, Due P. Fruit and vegetable intake in adolescents: association with socioeconomic status and exposure to supermarkets and fast food outlets. *J Nutr Metab.* 2012;2012:185484.
221. Peltzer K, Pengpid S. Fruits and vegetables consumption and associated factors among in-school adolescents in seven African countries. *Int J Public Health.* 2010 Dec;55(6):669-78.
222. Jo JE, Park HR, Jeon SB, Kim JS, Park GE, Li Y, et al. A study on relationship between socio-demographic factors and food consumption frequencies among adolescents in South Korea: using the Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey from 2011. *Korean Journal of Community Nutrition.* 2013;18(2):165-76.
223. Fismen AS, Samdal O, Torsheim T. Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health.* 2012 Nov 28;12:1036.

224. de Moraes AC, Fernandes RA, Christofaro DG, de Oliveira AR, Nakashima AT, Reichert FF, et al. Nutrition-related habits and associated factors of Brazilian adolescents. *Int J Public Health*. 2010 Dec;55(6):661-7.
225. Nilsen SM, Krokstad S, Holmen TL, Westin S. Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position. the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Eur J Public Health*. 2010 Jun;20(3):299-305.
226. Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Gabhainn SN, Currie CE. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health*. 2009;54(4):203-12.
227. Bere E, van Lenthe F, Klepp K-I, Brug J. Why do parents' education level and income affect the amount of fruits and vegetables adolescents eat? *Eur J Public Health*. 2008;18:611-15.
228. Riediger ND, Shooshtari S, Moghadasian MH. The influence of sociodemographic factors on patterns of fruit and vegetable consumption in Canadian adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2007;107:1511-18.
229. Attorp A, Scott JE, Yew AC, Rhodes RE, Barr SI, Naylor PJ. Associations between socioeconomic, parental and home environment factors and fruit and vegetable consumption of children in grades five and six in British Columbia, Canada. *BMC Public Health*. 2014 Feb 11;14:150.
230. Cutler GJ, Flood A, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Multiple sociodemographic and socioenvironmental characteristics are correlated with major patterns of dietary intake in adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2011 Feb;111(2):230-40.
231. Kahl H, Dortsch R, Ellsäcker G. Injuries among children and adolescents (1-17 years) and implementation of safety measures. Results of the nationwide German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007 May-Jun;50(5-6):718-27. German.
232. Klein KS, Thompson D, Scheidt PC, Overpeck MD, Gross LA; HBSC International Investigators. Factors associated with bicycle helmet use among young adolescents in a multinational sample. *Inj Prev*. 2005 Oct;11(5):288-93.

233. Dellinger AM, Kresnow MJ. Bicycle helmet use among children in the United States: the effects of legislation, personal and household factors. *J Safety Res.* 2010 Aug;41(4):375-80.
234. Harlos S, Warda L, Buchan N, Klassen TP, Koop VL, Moffatt ME. Urban and rural patterns of bicycle helmet use: factors predicting usage. *Inj Prev.* 1999;5(3):183-8.
235. Nykolyshyn K, Petruk JA, Wiebe N, Cheung M, Belton K, Rowe BH. The use of bicycle helmets in a western Canadian province without legislation. *Can J Public Health* 2003;94(2):144-8.
236. Riesch SK, Kedrowski K, Brown RL, Temkin BM, Wang K, Henriques J, et al. Health-risk behaviors among a sample of US pre-adolescents types, frequency, and predictive factors. *Int J Nurs Stud.* 2013 Aug;50(8):1067-79
237. Sharma R, Grover VL, Chaturvedi S. Health-risk behaviors related to road safety among adolescent students. *Indian J Med Sci.* 2007 Dec;61(12):656-62.
238. Babio GO, Daponte-Codina A. Factors associated with seatbelt, helmet, and child safety seat use in a spanish high-risk injury area. *J Trauma.* 2006 Mar;60(3):620-6.
239. Sheehan M.,Chapman R. Bicycle Helmet Wearing Among Adolescents: Effectiveness of School-Based Injury Prevention Countermeasure. *Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board*,2009,2140:173-81.
240. Parkin PC, Khambalia A, Kmet L, Macarthur C. Influence of socioeconomic status on the effectiveness of bicycle helmet legislation for children: a prospective observational study. *Pediatrics.* 2003 Sep;112(3 Pt 1):e192-6.
241. Macpherson AK, Macarthur C, To TM, Chipman ML, Wright JG, Parkin PC. Economic disparity in bicycle helmet use by children six years after the introduction of legislation. *Inj Prev.* 2006 Aug;12(4):231-5.
242. Jinnah H, Stoneman Z. Age- and Gender-Based Patterns in Youth All-Terrain Vehicle (ATV) Riding Behaviors. *J Agromedicine.* 2016;21(2):163-70.
243. Unal E, Ataly BI, Onsuz MF, Isikli B, Metintas S. *The European Journal of Public Health*, 2015;25 (suppl 3): ckv176. 227.

244. Barr GC Jr, Kane KE, Barraco RD, Rayburg T, Demers L, Kraus CK, et al. Gender differences in perceptions and self-reported driving behaviors among teenagers. *J Emerg Med.* 2015 Mar;48(3):366-70.e3.
245. Ng CP, Law TH, Wong SV, Kulanthayan S. Factors related to seatbelt-wearing among rear-seat passengers in Malaysia. *Accid Anal Prev.* 2013 Jan;50:351-60.
246. Davison CM, Thompson W, Torunian M, Walsh P, McFaull S, Pickett W. Off-road vehicle ridership and associated helmet use in Canadian youth: an equity analysis. *J Rural Health.* 2013 Winter;29(1):39-45.
247. Davison CM, Torunian M, Walsh P, Thompson W, McFaull S, Pickett W. Bicycle helmet use and bicycling-related injury among young Canadians: an equity analysis. *Int J Equity Health.* 2013 Jul 2;12:48.
248. Sullins VF, Yaghoubian A, Nguyen J, Kaji AH, Lee SL. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in the use of helmets in children involved in bicycle accidents. *J Pediatr Surg.* 2014 Jun;49(6):1000-3.
249. Lajunen T. Barriers and facilitators of bicycle helmet use among children and their parents. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 2016, 41: 294-301.
250. Spengler S, Mess F, Mewes N, Mensink GB, Woll A. A cluster-analytic approach towards multidimensional health-related behaviors in adolescents: the MoMo-Study. *BMC Public Health.* 2012 Dec 31;12:1128.
251. Ottevaere C, Huybrechts I, Benser J, De Bourdeaudhuij I, Cuenca-Garcia M, Dallongeville J, et al.; HELENA Study Group. Clustering patterns of physical activity, sedentary and dietary behavior among European adolescents: The HELENA study. *BMC Public Health.* 2011 May 17;11:328.
252. Seghers J, Rutten C. Clustering of multiple lifestyle behaviours and its relationship with weight status and cardiorespiratory fitness in a sample of Flemish 11- to 12-year-olds. *Public Health Nutr.* 2010;13:1838–46.
253. Cameron AJ, Crawford DA, Salmon J, Campbell K, McNaughton SA, Mishra GD, et al. Clustering of obesity-related risk behaviors in children and their mothers. *Ann Epidemiol.* 2011;21:95–102.

254. Turner K, Dwyer JJ, Edwards AM, Allison KR. Clustering of specific health-related behaviours among Toronto adolescents. *Can J Diet Pract Res*. 2011 Fall;72(3):e155-60.
255. Boone-Heinonen J, Gordon-Larsen P, Adair LS. Obesogenic clusters:multidimensional adolescent obesity-related behaviors in the U.S. *Ann Behav Med*. 2008 Dec;36(3):217-30.
256. Landsberg B, Plachta-Danielzik S, Lange D, Johannsen M, Seiberl J, Müller MJ. Clustering of lifestyle factors and association with overweight in adolescents of the Kiel Obesity Prevention Study. *Public Health Nutr*. 2010 Oct;13(10A):1708-15.
257. van der Sluis ME, Lien N, Twisk JWR, Steenhuis IHM, Bere E, Klepp K-I, et al. Longitudinal associations of energy balance-related behaviours and cross-sectional associations of clusters and body mass index in Norwegian adolescents. *Public Health Nutr*. 2010;13:1716–21.
258. Leech RM, McNaughton SA, Timperio A. The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014 Jan 22;11:4.
259. Boričić K, Simić S, Erić JM. Demographic and socio-economic factors associated with multiple health risk behaviours among adolescents in Serbia: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2015 Feb 19;15:157.
260. Sychareun V, Thomsen S, Faxelid E. Concurrent multiple health risk behaviors among adolescents in Luangnamtha province. Lao PDR. *BMC Public Health*. 2011 Jan 13;11:36.
261. Mazur J, Woynarowska B. Risk behaviors syndrome and subjective health and life satisfaction in youth aged 15 years. *Med Wieku Rozwoj*. 2004 Jul-Sep;8(3Pt1):567-83. Polish.
262. Brooks FM, Magnusson J, Spencer N, Morgan A. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *J Public Health (Oxf)*. 2012 Mar;34 Suppl 1:i48-56.
263. Fox HB, Mcmanus MA, Arnold KN. Significant multiple risk behaviors among US high school students. The National Alliance to Advance Adolescent Health, Fact Sheet

NO-8, 2010. [cited 2016 Jul 9]. Available from: <http://www.thenationalalliance.org/pdfs/FS8.%20Significant%20Multiple%20Risk%20Behaviors.pdf>

264. Aghajani M, Safa A, Helli E, Alizade M. High-Risk behaviors and their relationship with demographic characteristic in girl and boy adolescents. *J Research & Health* 2016; 6(5): 471-8.

265. Winstanley E, Steinwachs DM, Ensminger ME, Latkin CA, Stitzer ML, Olsen Y. The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2008;13(1-3):173-82.

266. Springer A, Parcel G, Baumler E, Ross M. Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Soc Sci Med.* 2006;13(7):1628-40.

267. Rakić DB, Rakić B, Milošević Z, Nedeljković I. The prevalence of substance use among adolescents and its cORrelation with social and demographic factors. *Vojnosanit Pregl.* 2014 May;71(5):467-73.

268. Mukhopadhyay DK, Mukhopadhyay S, Sinhababu A, Biswas AB. Are the adolescent behaviors too risky? A school-based study in a district of West Bengal, India. *J Trop Pediatr.* 2012 Dec;58(6):496-500.

269. Phuong TB, Huong NT, Tien TQ, Chi HK, Dunne MP. Factors associated with health risk behavior among school children in urban Vietnam. *Glob Health Action.* 2013 Jan 18;6:1-9.

270. Pavic Simetin I, Kern J, Kuzman M, Pfortner TK. Inequalities in Croatian pupils' risk behaviors associated to socioeconomic environment at school and area level: a multilevel approach. *Soc Sci Med.* 2013 Dec;98:154-61.

271. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med.* 2003 Jan;56(1):41-52.

272. Zaborskis A, Sirvyte D. Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC public health,* 2015;15(1):1.

273. Wang M, Zhong JM, Fang L, Wang H. Prevalence and associated factors of smoking in middle and high school students: a school-based cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *BMJ Open*. 2016 Jan 13;6(1):e010379.
274. McDermott MJ, Drescher CF, Smitherman TA, Tull MT, Heiden L, Damon JD, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of lifetime substance use among a rural and diverse sample of adolescents. *Subst Abus*. 2013;34(4):371-80.
275. Gutiérrez JP, Atienzo EE. Socioeconomic status, urbanicity and risk behaviors in Mexican youth: an analysis of three cross-sectional surveys. *BMC Public Health*. 2011 Nov 30;11:900.
276. Pitel L, Madarasová Gecková A, Reijneveld SA, van Dijk JP. Socioeconomic differences in adolescent health-related behavior differ by gender. *J Epidemiol*. 2013;23(3):211-8.
277. Patton GC, McMorris BJ, Toumbourou JW, Hemphill SA, Donath S, Catalano RF. Puberty and the onset of substance use and abuse. *Pediatrics*. 2004 Sep;114(3):e300-6.
278. Terzic Supic Z, Santric Milicevic M, Sbutega I, Vasic V. The importance of family relations for cannabis users: the case of serbian adolescents. *Iran J Public Health*. 2013 Mar 1;42(3):249-60.
279. Hamilton HA, Noh S, Adlaf EM. Perceived financial status, health, and maladjustment in adolescence. *Soc Sci Med*. 2009 Apr; 68(8):1527-34.
280. Smylie L, Medaglia S, Maticka-Tyndale E. The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *Can J Hum Sex*. 2006;13(2):95-112.
281. Shin Y, Kang SJ. Health behaviors and related demographic factors among Korean adolescents. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014 Jun;8(2):150-7.
282. Spriggs AL, Iannotti RJ, Nansel TR, Haynie DL. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: Commonalities and differences across race/ethnicity. *Journal of Adolescent Health*. 2007 Sep 30;41(3):283-93.
283. Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Damsgaard MT, Holstein BE, Hetland J, Currie C, Gabhainn SN, de Matos MG, Lynch J. Socioeconomic inequality in exposure to

bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am J Public Health*. 2009 May;99(5):907-14.

284. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*. 2007;166(12):1253–60.

285. Garner PW, Hinton TS. Emotional display rules and emotion self-regulation: associations with bullying and victimization in community-based after school programs. *J Community Appl Soc Psychol*. 2010;20(6):480–96.

286. Ma X. Bullying and being bullied: to what extent are bullies also victims? *Am Educ Res J*. 2001;38(2):351–370.

287. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ, De Winter AF, Verhulst FC, Ormel J. Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Dev Psychol*. 2005;41(4):672–682.

288. Stalmach M, Tabak I, Radiukiewicz K. Selected family socio-economic factors as predictors of peer violence among school children in Poland. *Dev Period Med*. 2014 Oct-Dec;18(4):495-505. Polish.

289. Cerezo F, Ato M. Social status, gender, classroom climate and bullying among adolescents pupils. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2010;26(1):137-44.

290. Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, Detmar S, Erhart M, Herdman M, Berra S, Alonso J, Rajmil L; European Kidscreen Group. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*. 2009 Feb;123(2):569-77.

291. Peltzer K, Pengpid S. Early Sexual Debut and Associated Factors among In-school Adolescents in Six Caribbean Countries. *West Indian Med J*. 2015 Sep;64(4):351-6

292. Lerand SJ, Ireland M, Blum RW. Individual and environmental impacts on sexual health of Caribbean youth. *Scientific World Journal*. 2006;6:707–717.

293. Reininger BM, Evans AE, Griffin SF, Sanderson M, Vincent ML, Valois RF, Parra-Medina D. Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological Framework and assets. *Am J Health Behav*. 2005;13(2):150–161

294. Koutra K, Kritsotakis G, Linardakis M, Ratsika N, Kokkevi A, Philalithis A. Social Capital, Perceived Economic Affluence, and Smoking During Adolescence: A Cross-Sectional Study. *Subst Use Misuse*. 2017 Jan 28;52(2):240-250.
295. Moor I, Rathmann K, Lenzi M, Pfortner TK, Nagelhout GE, de Looze M, Bendtsen P, Willemsen M, Kannas L, Kunst AE, Richter M. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur J Public Health*. 2015 Jun;25(3):457-63.
296. Hale DR, Viner RM. Risk behaviour and gender, socioeconomic status and ethnicity: Exploring a key component of health inequality in adolescence. *J Adolesc Health*. 2013;52:S97-98
297. de Winter AF, Visser L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Reijneveld SA. Longitudinal patterns and predictors of multiple health risk behaviors among adolescents: The TRAILS study. *Preventive medicine*. 2016 Mar 31;84:76-82.
298. Fothergill KE, Ensminger ME. Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;82:61-76.
299. Peer N, Bradshaw D, Laubscher R, Steyn N, Steyn K. Urban-rural and gender differences in tobacco and alcohol use, diet and physical activity among young black South Africans between 1998 and 2003. *Glob Health Action*. 2013 Jan 29;6:19216.
300. Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010 Aug 5;5:19.
301. Bachman JG., et al. Racial/Ethnic Differences in the Relationship Between Parental Education and Substance Use Among US 8th-, 10th-, and 12th-Grade Students: Findings From the Monitoring the Future Project. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2011; 72.2: 279-285.
302. Hale DR, Viner RM. The Correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*. 2016 May 31;16:458.
303. Wight D, Williamson L, Henderson M. Parental influences on young people's sexual behaviour: a longitudinal analysis. *J Adolesc*. 2006;13(4):473-94.

304. Parkes AA, Henderson MM, Wight DD, Nixon CC. Is parenting associated with teenagers' early sexual risk-taking, autonomy and relationship with sexual partners? *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;13(1):30–40.
305. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*. 2012;2:e000661
306. Kipping RR, Smith M, Heron J, Hickman M, Campbell R. Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *Eur J Public Health*. 2015 Feb;25(1):44-9.
307. Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2007 May 11;88(2-3):234-43.
308. de la Haye K, D'Amico EJ, Miles JN, Ewing B, Tucker JS. Covariance among multiple health risk behaviors in adolescents. *PLoS One*. 2014 May 23;9(5):e98141
309. Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Kohler L. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study. *Child Care Health Dev*. 2005;31(6):693–701.
310. McPherson KE, Kerr S, Morgan A, McGee E, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. *BMC Public Health*. 2013 Oct 19;13:971.
311. Quon EC, McGrath JJ. Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2014 May;33(5):433-47.
312. Lemstra M, Bennett NR, Neudorf C, Kunst A, Nannapaneni U, Warren LM, Kershaw T, Scott CR. A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health*. 2008 May-Jun;99(3):172-7.
313. Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Sep;44(9):774-83.

314. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*. 2010 Jun;25(2):65.
315. Wolford G. Parenting & Bullying: A Review of the parent-children relationship and its effects on a child's frequency of bullying. Dissertation. Norman, Oklahoma: University of Oklahoma, 2016.
316. Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M. Ten years of longitudinal research on. U.S. adolescent sexual behavior: developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*.2007;28:153–224.
317. Mmari K, Blum RW. Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: a structured literature review. *Glob Public Health*. 2009;4(4):350-66.
318. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *Am J Public Health*. 2014 Jun;104(6):e48-59.
319. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and substance use behaviors in adolescents: The role of family resources versus family social status. *Journal of Health Psychology*. 2007;12(1):32–35.
320. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*. 2004;5(Suppl 1):4–104
321. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJ. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*. 2003;88:748–52.
322. Utter J, Neumark-Sztainer D, Jeffery R, Story M. Couch potatoes or french fries: are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents? *J Am Diet Assoc*. 2003 Oct;103(10):1298-305
323. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, Currie C, Pickett W; Health Behaviour in School-Aged Children Obesity Working Group. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev*. 2005 May;6(2):123-32. Review.

324. Dupuy M, Godeau E., Vignes C, Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011 Jun 7;11:442.
325. Fasting MH, Nilsen TI, Holmen TL, Vik T. Life style related to blood pressure and body weight in adolescence: cross sectional data from the Young-HUNT study, Norway. *BMC Public Health*. 2008 Apr 9;8:111.
326. Burke V, Beilin LJ, Durkin K, Stritzke WG, Houghton S, Cameron CA. Television, computer use, physical activity, diet and fatness in Australian adolescents. *Int J Pediatr Obes*. 2006;1(4):248-55
327. Mihas C, Mariolis A, Manios Y, Naska A, Panagiotakos D, Arapaki A, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Tountas Y. Overweight/obesity and factors associated with body mass index during adolescence: the VYRONAS study. *Acta Paediatr*. 2009;98:495–500.
328. Boričić K, Simić S, Vasiljević N, Marinković J. Risk Factors Associated with Overweight among Adolescents in Serbia. *Slovenian Journal of Public Health*. 2014 Dec;53(4):283-93.
329. Grydeland M, Bergh IH, Bjelland M, Lien N, Andersen LF, Ommundsen Y, Klepp KI, Anderssen SA. Correlates of weight status among Norwegian 11-year-olds: The HEIAstudy. *BMC Public Health*. 2012 Dec 6;12:1053.
330. Ahn MK, Juon HS, Gittelsohn J. Association of race/ethnicity, socioeconomic status, acculturation, and environmental factors with risk of overweight among adolescents in California. 2003. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jul;5(3):A75
331. Duncan S, Duncan EK, Fernandes RA, Buonani C, Bastos KD, Segatto AF, et al. Modifiable risk factors for overweight and obesity in children and adolescents from São Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2011;11:585.
332. Bruner MW, Lawson J, Pickett W, Boyce W, Janssen I. Rural Canadian adolescents are more likely to be obese compared with urban adolescents. *Int J Pediatr Obes*. 2008;3(4):205-11

333. Davis AM, Bennett KJ, Befort C, Nollen N. Obesity and related health behaviors among urban and rural children in the United States: data from the National Health And Nutrition Examination Survey 2003-2004 and 2005-2006. *J Pediatr Psychol*. 2011 Jul;36(6):669-76.
334. Liu J, Bennett KJ, Harun N, Probst JC. Urban-rural differences in overweight status and physical inactivity among US children aged 10-17 years. *J Rural Health*. 2008 Fall;24(4):407-15.
335. Ismailov RM, Leatherdale ST. Rural-urban differences in overweight and obesity among a large sample of adolescents in Ontario. *Int J Pediatr Obes*. 2010 Aug;5(4):351-60.
336. Tarasenko YN, Chen C, Smalley KB, Warren J. Rural-Urban Differences in Perceptions of Child Overweight Among Children and Adolescents. Their Guardians and Health Care Professionals in the United States. *J Rural Health*. 2016 Winter;32(1):63-71.
337. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictORs of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes*. 1999;23(Suppl 8):S1–S107.
338. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull*. 1989;105:260–75.
339. Bammann K, Gwozdz W, Lanfer A, Barba G, De Henauw S, Eiben G, Fernandez-Alvira JM, Kovács E, Lissner L, Moreno LA, Tornaritis M, Veidebaum T, Pigeot I; IDEFICS Consortium. Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: results from the multi-centre IDEFICS study. *Pediatr Obes*. 2013 Feb;8(1):1-12.
340. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity*. 2008;16:275–84.
341. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review. 1990-2013. *BMC Pediatr*. 2015 Sep 21;15:129.
342. Dinsa GD, Goryakin Y, Fumagalli E, Suhreke M. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obes Rev*. 2012 Nov;13(11):1067-79.

343. Lien N, Kumar BN, Holmboe-Ottesen G, Klepp KI, Wandel M. Assessing social differences in overweight among 15- to 16-year-old ethnic Norwegians from Oslo by register data and adolescent self-reported measures of socio-economic status. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Jan;31(1):30-8. Epub 2006 Jun 20.
344. Lien N, Kumar BN, Lien L. Overweight among adolescents in Oslo. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007 Sep 6;127(17):2254-8. Norwegian
345. Brug J, van Stralen MM, Te Velde SJ, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Lien N, et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren across Europe: the ENERGY-project. *PLoS One*. 2012;7:e34742.
346. Murer SB, Saarsalu S, Zimmermann J, Herter-Aeberli I. Risk factors for overweight and obesity in Swiss primary school children: results from a representative national survey. *Eur J Nutr*. 2016 Mar;55(2):621-9.
347. Tsitsika AK, Andrie EK, Psaltopoulou T, Tzavara CK, Sergentanis TN, Ntanasis-Stathopoulos I, et al. Association between problematic internet use, socio-demographic variables and obesity among European adolescents. *Eur J Public Health*. 2016 Aug;26(4):617-22.
348. Costa de Oliveira Forkert E, de Moraes AC, Carvalho HB, Kafatos A, Manios Y, Sjöström M, et al. Abdominal obesity and its association with socioeconomic factors among adolescents from different living environments. *Pediatr Obes*. 2016 Feb 22.
349. Parrino C, Vinciguerra F, La Spina N, Romeo L, Tumminia A, Baratta R, et al. Influence of early-life and parental factors on childhood overweight and obesity. *J Endocrinol Invest*. 2016 Jun 16. [Epub ahead of print]
350. Jiménez-Pavón D, Kelly J, Reilly JJ. Associations between objectively measured habitual physical activity and adiposity in children and adolescents: Systematic review. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(1):3-18.
351. Rauner A, Mess F, Woll A. The relationship between physical activity, physical fitness and overweight in adolescents: a systematic review of studies published in or after 2000. *BMC Pediatr*. 2013;13:19.

352. Prentice-Dunn H, Prentice-Dunn S. Physical activity, sedentary behavior, and childhood obesity: a review of cross-sectional studies. *Psychol Health Med.* 2012;17:255–73.
353. Horikawa C, Kodama S, Yachi Y, Heianza Y, Hirasawa R, Ibe Y, et al. Skipping breakfast and prevalence of overweight and obesity in Asian and Pacific regions: a meta-analysis. *Prev Med.* 2011 Oct;53(4-5):260-7.
354. Serra-Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Ribas-Barba L, Delgado-Rubio A. Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *Br J Nutr.* 2006;96(Suppl 1):S67–72.
355. Newby PK. Plant foods and plant-based diets: protective against childhood obesity? *Am J Clin Nutr.* 2009;89:1572S–1587S.
356. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev.* 2011;12:e143–50.
357. Franchini R, Petri A, Migliario M, Rimondini L. Poor Oral hygiene and gingivitis are associated with obesity and overweight status in paediatric subjects. *J Clin Periodontol.* 2011 Nov;38(11):1021-8.
358. Cinar AB, Murtomaa H. Interrelation between obesity, Oral health and life-style factors among Turkish school children. *Clin Oral Investig.* 2011 Apr;15(2):177-84.
359. Santha B, Sudheer H, Saxena V, Jain M, Tiwari V. The Impact of Body Mass Index on Oral Hygiene Practices of Adolescents in Bhopal City, India, *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016 Feb;26(2):125-9.
360. Polat GG, Cehreli SB, Tascilar ME, Akgun ÖM, Altun C, Özgen IT. The Oral health status of healthy and obese children in a Turkish population: a cross-sectional study. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2012; 42(6):970-6.
361. Narang R, Saha S, Jagannath GV, Sahana S, Kumari M, Mohd S. Nutritional Status and Caries Experience Among 12 to 15 Years Old School Going Children of Lucknow. *Journal Of International Dental And Medical Research.* 2012;5(1):30-5.
362. Croezen S, Visscher TL, Ter Bogt NC, Veling ML, Haveman-Nies A. Skipping breakfast, alcohol consumption and physical inactivity as risk factors for overweight

and obesity in adolescents: results of the E-MOVO project. *Eur J Clin Nutr.* 2009;63:405–12.

363. Fonseca H, Matos MG, Guerra A, Pedro JG. Are overweight and obese adolescents different from their peers? *Int J Pediatr Obes.* 2009;4:166–74.

364. Tzotzas T, Kapantais E, Tziomalos K, Ioannidis I, Mortoglou A, Bakatselos S, et al. Epidemiological survey for the prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16:1718–22.

365. Twisk JW, Kemper HC, van Mechelen W, Post GB, van Lenthe FJ. Body fatness: longitudinal relationship of body mass index and the sum of skinfolds with other risk factors for Coronary heart disease. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22:915–22.

366. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Are overweight and obese youths More often bullied by their peers? A meta-analysis on the correlation between weight status and bullying. *Int J Obes (Lond).* 2014 Oct;38(10):1263-7.

367. Pasch KE, Nelson MC, Lytle LA, Moe SG, Perry CL. Adoption of risk-related factors through early adolescence: associations with weight status and implications for causal mechanisms. *J Adolesc Health.* 2008 Oct;43(4):387-93.

368. Lowry R, Robin L, Kann L, Galuska DA. Associations of body mass index with sexual risk-taking and injection drug use among US high school students. *J Obes.* 2014;2014:816071.

369. Gordon LP, Diaz A, Soghomonian C, Nucci-Sack AT, Weiss JM, Strickler HD, et al. Increased Body Mass Index Associated with Increased Risky Sexual Behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Feb;29(1):42-7.

370. Akers AY, Lynch CP, Gold MA, Chang JC, Doswell W, Wiesenfeld HC, et al. Exploring the relationship among weight, race, and sexual behaviors among girls. *Pediatrics.* 2009 Nov;124(5):e913-20.

371. Zeller MH, Becnel J, Reiter-Purtill J, Peugh J, Wu YP. Associations Among Excess Weight Status and Tobacco, Alcohol, and Illicit Drug Use in a Large National Sample of Early Adolescent Youth. *Prev Sci.* 2016 May;17(4):483-92.

372. Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *Am J Prev Med.* 2010 Mar;38(3):258-67.
373. Ratcliff MB, Jenkins TM, Reiter-Purtill J, Noll JG, Zeller MH. Risk-taking behaviors of adolescents with extreme obesity: normative or not? *Pediatrics.* 2011 May;127(5):827-34.
374. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health* 2008;36(1):12–20.
375. de Matos MG, Barrett P, Dadds M, Shortt A. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *Eur J Psychol Educ.* 2003;18(1):3–14.
376. Erginoz E, Alikasifoglu M, Ercan O, Uysal O, Ercan G, Albayrak Kaymak D, et al. Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *Eur J Pediatr.* 2004 Aug;163(8):485-94.
377. Tremblay S, Dahinten S, Kohen D. Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Rep.* 2003;14 Suppl:7-16.
378. Woynarowska B, Małkowska-Szcutnik A, Mazur J. Subjective health of adolescents aged 11-15 years in Poland and other countries of the European Union. *Med Wieku Rozwoj.* 2008 Apr-Jun;12 (2 Pt 1):559-67. Polish
379. Santinello M, Mazzardis S, Lenzi M, Vieno A, Carbone S, Gios L. Health perception during adolescence between individual and contextual factors: the role of social capital. *Epidemiol Prev.* 2011 Jan-Feb;35(1):27-32. Italian
380. Lazzeri G, Azzolini E, Pammolli A, Simi R, Meoni V, Giacchi MV. Factors associated with unhealthy behaviours and health outcomes: a cross-sectional study among Tuscan adolescents (Italy). *Int J Equity Health.* 2014 Sep 25;13(1):83.
381. Jerdén L, Burell G, Stenlund H, Weinehall L, Bergström E. Gender differences and predictors of self-rated health development among Swedish adolescents. *J Adolesc Health.* 2011 Feb;48(2):143-50.

382. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychol* 2000;19:586–92.
383. Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;56:1321–33.
384. Blakely TA, Lochner K, Kawachi I. Metropolitan area income inequality and self-rated health—a multi-level study. *Soc Sci Med* 2002;54:65–77.
385. Lopez R. Income inequality and self-rated health in US metropolitan areas: a multi-level analysis. *Soc Sci Med* 2004;59:2409–19.
386. Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity which Influences Adolescents' Self Rated Health. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*.2007;41(5): 479-87.
387. Geckova AM, van Dijk JP, Zezula I, Tuinstra J, Groothoff JW, Post D. Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Soz Praventivmed* 2004;49:26–35.
388. Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *J Adolesc*. 1998 Feb;21(1):83-97.
389. Siahpush M, Singh GK. A multivariate analysis of the association between social class of origin and current social class with self-rated general health and psychological health among 16-year-old Australians. *Austr NZ J Med* 2000;30:653–9.
390. Richter M, Moor I, van Lenthe FJ. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Aug;66(8):691-7.
391. Piko BF. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr* 2007;166:701e8
392. Galal SB, Hamad S, Hassan N. Self-reported adolescents' health and gender: an Egyptian study. *East Mediterr Health J*. 2001 Jul-Sep;7(4-5):625-34.

393. Geckova A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post. D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*. 2002; 13(1). 44–50.
394. Breidablik HJ, Meland E, Holmen TL, Lydersen S. Role of parents in adolescent self-rated health: Norwegian Nord-Trøndelag Health Study. *Adolesc Health Med Ther*. 2010 Sep 6;1:97-104.
395. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*. 2002 May-Jun;93(3):193-7.
396. Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *The European Journal of Public Health* 2007;17(4). 353-60.
397. Koivusilta LK, Rimpelä AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 2006 Apr 27;6:110.
398. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*. 1999 Oct;89(10):1522-8.
399. Sleskova M, Tuinstra J, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Salonna F, Groothoff JW, et al. Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health. *BMC Public Health*. 2006 Oct 12;6:250.
400. Bacikova-Sleskova M, Benka J, Orosova O. Parental employment status and adolescents' health: the role of financial situation. parent-adolescent relationship and adolescents' resilience. *Psychol Health*. 2015;30(4):400-22.
401. Bacikova-Sleskova M, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Groothoff JW, Reijneveld SA. Parental support and adolescents' health in the context of parental employment status. *J Adolesc*. 2011 Feb;34(1):141-9.
402. Herman KM, Hopman WM, Sabiston CM. Physical activity, screen time and self-rated health and mental health in Canadian adolescents. *Prev Med*. 2015 Apr;73:112-6.

403. Galán I, Boix R, Medrano MJ, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barriuso R, et al. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. *BMJ Open*. 2013 May 14;3(5). pii: e002644.
404. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Gabhainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med* 2009;69:396e403.
405. Johnson PB, Richter L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents self-perceived health and frequency of hospitalization: Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:175-83.
406. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, García M, Herdman M, Segura A. Re: "iHealth problems in teenage daily smokers versus nonsmokers. Norway. 1995- 1997: The Nord-Trondelag Health Study". *American Journal of Epidemiology* 2000; 151(4): 395-6. 3
407. Holmen TL, Barrett-Connor E, Holmen J, Bjermer L. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers. Norway. 1995-1997: The Nord-Trondelag Health Study. *American Journal of Epidemiology* 2000; 151(2): 148-55.
408. Wang MP, Ho SY, Lo WS, Lai MK, Lam TH. Smoking is associated with poor self-rated health among adolescents in Hong Kong. *Nicotine Tob Res*. 2012 Jun;14(6):682-7.
409. Aaronio M, Winter T, Kujala U, Kaprio J. Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: A study of Finnish adolescent twins. *British Journal of Sports Medicine* 2002; 35(5): 360-4.
410. Pawłowska B, Rössler R, Donath L, Verhagen E, Junge A, Schweizer T, et al. Exercise-based injury prevention in child and adolescent sport: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2014 Dec;44(12):1733-48.
411. Pan SY, Desmeules M, Morrison H, Semenciw R, Ugnat AM, Thompson W, et al. Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada: magnitude and temporal trends (1979-2003). *J Adolesc Health*. 2007 Jul;41(1):84-92.

412. Emelianchik-Key K, Byrd RJ, La Guardia AC. Adolescent Non-Suicidal Self-Injury: Analysis of the Youth Risk Behavior Survey Trends. *The Professional Counselor*. 2016; 6(1): 61-75.
413. Zhou L, Chen D, Dong G. Characteristics and related factors of nonfatal injuries among adolescents and college students in Shenzhen City of China. *BMC Public Health*. 2013 Apr 26;13:392.
414. Golshan A, Patel C, Hyder AA. A systematic review of the epidemiology of unintentional burn injuries in South Asia. *J Public Health (Oxf)*. 2013 Sep;35(3):384-96.
415. ALBashtawy M, Al-Awamreh K, Gharaibeh H, Al-Kloub M, Batiha AM, Alhalaiqa F, et al. Epidemiology of Nonfatal Injuries Among Schoolchildren. *J Sch Nurs*. 2016 Jun 2.pii: 1059840516650727
416. Monuteaux MC, Mannix R, Fleegler EW, Lee LK. Predictors and Outcomes of Pediatric Firearm Injuries Treated in the Emergency Department: Differences by Mechanism of Intent. *Acad Emerg Med*. 2016 Jul;23(7):790-5.
417. Lalloo R, Sheiham A. Risk factors for childhood major and minor head and other injuries in a nationally representative sample. *Injury* 2003;34(4):261-66.
418. Street EJ, Jacobsen KH. Injury incidence among middle school students aged 13-15 years in 47 low-income and middle-income countries. *Inj Prev*. 2015 Dec 29. pii: injuryprev-2015-041786.
419. Chien LC, Wu JC, Chen YC, Liu L, Huang WC, Chen TJ, et al. Age, sex, and socio-economic status affect the incidence of pediatric spinal cord injury: an eleven-year national cohort study. *PLoS One*. 2012;7(6):e39264.
420. Gilbride SJ, Wild C, Wilson DR, Svenson LW, Spady DW. Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: a population based study. *BMC Pediatr*. 2006 Nov 9;6:30.
421. Danseco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*. 2000 Feb;105(2):E27.

422. Laflamme L, Hasselberg M, Burrows S. 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's-Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. *Int J Pediatr.* 2010;2010. pii: 819687.
423. Laursen B, Nielsen JW. Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *Eur J Public Health.* 2008 Aug;18(4):366-70.
424. Simpson K, Janssen I, Craig WM, Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Dec;59(12):1072-7.
425. Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuntsche E, Mazur J, Harel Y, Boyce WF. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev.* 2005 Aug;11(4):213-8.
426. Kelishadi R, Jari M, Qorbani M, Motlagh ME, Djalalinia S, Safiri S, et al. Association of Socio-economic Status with Injuries in Children Andadolescents: the CASPIAN-IV Study. *International Journal of Pediatrics.* 2016. 4.5: 1715-1724.
427. Pickett W, Molcho M, Elgar FJ, Brooks F, de Looze M, Rathmann K, et al. Trends and socioeconomic correlates of adolescent physical fighting in 30 countries. *Pediatrics.* 2013 Jan;131(1):e18-26.
428. Djerboua M, Chen BE, Davison CM. Physical fighting. fighting-related injuries and family affluence among Canadian youth. *BMC Public Health.* 2016 Feb 29;16:199.
429. Fang X, Jing R, Zeng G, Linnan HW, Zhu X, Linnan M. Socioeconomic status and the incidence of child injuries in China. *Soc Sci Med.* 2014 Feb;102:33-40.
430. von Heideken J, Svensson T, Iversen M, Blomqvist P, Haglund-Åkerlind Y, Janarv PM. Sociodemographic factors influence the risk for femur shaft fractures in children: a Swedish case-control study, 1997-2005. *Acta Paediatr.* 2013 Apr;102(4):431-7.
431. Jing RW, Zeng G, Li A, Zhu LP, Yu P. Study on the relationship between childhood non-intentional injury and socio-economic status in Jiangxi province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2010 Jan;31(1):18-21. Chinese

432. Piovesan C, Abella C, Ardenghi TM. Child oral health-related quality of life and socioeconomic factors associated with traumatic dental injuries inschoolchildren. *Oral Health Prev Dent*. 2011;9(4):405-11.
433. Corrêa-Faria P, Martins CC, Bönecker M, Paiva SM, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Absence of an association between socioeconomic Indicators and traumatic dental injury: a systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*. 2015 Aug;31(4):255-66.
434. Elkhadem A, Wanees S. Socioeconomic indicators and traumatic dental injury. *Evid Based Dent*. 2015 Dec; 16(4): 120-1.
435. Bendo CB, Scarpelli AC, Vale MP, Araújo Zarzar PM. Correlation between socioeconomic indicators and traumatic dental injuries: a qualitative critical literature review. *Dent Traumatol*. . 2009 Aug; 25(4): 420-5.
436. Wright G. Childhood dental trauma and socioeconomic status. *Evid Based Dent*. 2010; 11(3): 78.
437. Chen HY, Ivers RQ, Martiniuk AL, Boufous S, Senserrick T, Woodward M, et al. Socioeconomic status and risk of car crash injury, independent of place of residence and driving exposure: results from the DRIVE Study. *J Epidemiol Community Health*. 2010 Nov; 64(11): 998-1003.
438. Frujeri Mde L, Frujeri JA, Bezerra AC, Cortes MI, Costa ED Jr. Socio-economic indicators and predisposing factors associated with traumatic dental injuries in schoolchildren at Brasília, Brazil: a cross-sectional. population-based study. *BMC Oral Health*. 2014 Jul 18;14:91.
439. Donroe J, Gilman RH, Brugge D, Mwamburi M, Moore DA. Falls, poisonings, burns, and road traffic injuries in urban Peruvian children and adolescents: a community based study. *Inj Prev*. 2009 Dec;15(6):390-6.
440. Hasselberg M, Laflamme L. Road traffic injuries among young car drivers by country of origin and socioeconomic position. *Int J Public Health*.2008;53(1):40-5.
441. Hasselberg M, Laflamme L. Socioeconomic background and road traffic injuries: a study of young car drivers in Sweden. *Traffic Inj Prev*. 2003 Sep;4(3):249-54.

442. Hasselberg M, Laflamme L, Weitoft GR. Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Dec;55(12):858-62.
443. Hasaniha M, et al. Evaluation of socioeconomic factors in injured children at Mousavi and Valiasr hospitals of Zanjan. *Community Health*. 2016. 2.3: 165-71.
444. Beiki O, Karimi N, Mohammadi R. Parental educational level and injury incidence and mortality among foreign-born children: a cohort study with 46 years follow-up. *J Inj Violence Res*. 2014 Jan;6(1):37-43.
445. Nyberg C, Schylander J, Stark Ekman D, Janson S. Socio-economic risk factors for injuries in Swedish children and adolescents: a national study over 15 years. *Glob Public Health*. 2012;7(10):1170-84.
446. Currie J, Hotz VJ. Accidents will happen? Unintentional childhood injuries and the effects of child care regulations. *J Health Econ*. 2004 Jan;23(1):25-59.
447. Lafta RK, Al-Shatari SA, Abass S. Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar Med J*. 2013 Dec 23;2013(2):50-6.
448. Fang Y, Zhang X, Chen W, Lin F, Yuan M, Geng Z, et al. Epidemiological characteristics and burden of childhood and adolescent injuries: a survey of elementary and secondary students in Xiamen. China. *BMC Public Health*. 2015 Apr 10;15:357.
449. Tabak I, Mazur J, Jodkowska M, Oblacinska A. Social determinants of repeated injuries in pupils aged 11-15 years. in Poland. *Med Wieku Rozwoj*. 2004 Jul-Sep;8(3 Pt 1):595-610. Polish
450. Hanna CL, Hasselberg M, Laflamme L, Möller J. Road traffic crash circumstances and consequences among young unlicensed drivers: a Swedish cohort study on socioeconomic disparities. *BMC Public Health*. 2010 Jan 14;10:14.
451. Kim K, Ozegovic D, Voaklander DC. Differences in incidence of injury between rural and urban children in Canada and the USA: a systematic review. *Inj Prev*. 2012 Aug;18(4):264-71.

452. Jiang X, Li D, Boyce W, Pickett W. Variations in injury among Canadian adolescents by urban-rural geographic status. *Chronic Dis Can.* 2007;28(1-2):56-62.
453. Kmet L, Macarthur C. Urban-rural differences in Motor vehicle crash fatality and hospitalization rates among children and youth. *Accid Anal Prev.* 2006 Jan;38(1):122-7.
454. Macpherson AK, To TM, Parkin PC, Moldofsky B, Wright JG, Chipman ML, et al. Urban/ rural variation in children's bicycle-related injuries. *Accid Anal Prev.* 2004 Jul;36(4):649-54.
455. Nance ML, Denysenko L, Durbin DR, Branas CC, Stafford PW, Schwab CW. The rural-urban continuum: variability in statewide serious firearm injuries in children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Aug;156(8):781-5.
456. Boland M, Staines A, Fitzpatrick P, Scallan E. Urban-rural variation in mortality and hospital admission rates for unintentional injury in Ireland. *Inj Prev.* 2005 Feb;11(1):38-42.
457. Edwards P, Green J, Lachowycz K, Grundy C, Roberts I. Serious injuries in children: variation by area deprivation and settlement type. *Arch Dis Child.* 2008 Jun;93(6):485-9.
458. Peek-Asa C, Britton C, Young T, Pawlovich M, Falb S. Teenage driver crash incidence and factors influencing crash injury by rurality. *J Safety Res.* 2010 Dec;41(6):487-92.
459. Pardi LA, King BP, Salemi G, Salvator AE. The effect of bicycle helmet legislation on pediatric injury. *J Trauma Nurs.* 2007 Apr-Jun;14(2):84-7.
460. Coffman S. Bicycle injuries and safety helmets in children. Review of research. *Orthop Nurs.* 2003 Jan-Feb;22(1):9-15. Review
461. Swahn MH, Simon TR, Hammig BJ, Guerrero JL. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addict Behav.* 2004 Jul;29(5):959-63.

462. Black K, Asbridge M, Lea S. An overview of injuries to adolescents and young adults related to substance use: data from Canadian emergency departments. *CJEM*. 2009 Jul;11(4): 330-6.
463. Russell K, Davison C, King N, Pike I, Pickett W. Understanding clusters of risk factors across different environmental and social contexts for the prediction of injuries among Canadian youth. *Injury*. 2016. 47.5: 1143-50.
464. Pickett W, Schmid H, Boyce WF, Simpson K, Scheidt PC, Mazur J, et al. Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Aug;156(8):786-93.
465. Janssen I, Dostaler S, Boyce WF, Pickett W. Influence of multiple risk behaviors on physical activity-related injuries in adolescents. *Pediatrics*. 2007 Mar;119(3):e672-80.
466. Pickett W, Dostaler S, Craig W, Janssen I, Simpson K, Shelley SD, et al. Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. *Inj Prev*. 2006 Apr;12(2):87-92.
467. Sigmundová D, Sigmund E, Hamrik Z, Kalman M. Trends of overweight and obesity. physical activity and sedentary behaviour in Czech schoolchildren: HBSC study. *Eur J Public Health*. 2014 Apr;24(2):210-5.
468. Bucksch J, Inchley J, Hamrik Z, Finne E, Kolip P; HBSC Study Group Germany. Trends in television time, non-gaming PC use and moderate-to-vigorous physical activity among German adolescents 2002-2010. *BMC Public Health*. 2014 Apr 12;14:351.
469. Marques A, Gaspar de Matos M. Adolescents' physical activity trends over the years: a three-cohort study based on the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Portuguese survey. *BMJ Open*. 2014 Oct 6;4(9):e006012.
470. Holstein BE, Henriksen PE, Krølner R, Rasmussen M, Due P. Trends in vigorous physical activity versus physical inactivity among 11-15 year olds from 1988 to 2002. *Ugeskr Laeger*. 2007 Jan 1;169(1):37-42. Danish

471. Thompson AM, McHugh TL, Blanchard CM, Campagna PD, Durant MA, Rehman LA, et al. Physical activity of children and youth in Nova Scotia from 2001/02 and 2005/06. *Prev Med.* 2009 Nov;49(5):407-9.
472. Levin KA, Kirby J, Currie C. Family structure and breakfast consumption of 11–15 year old boys and girls in Scotland. 1994–2010: a repeated cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2012;12:228.
473. Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A, Ahluwalia N, et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *Eur J Public Health.* 2015 Apr;25 Suppl 2:16-9.
474. Zaborskis A, Lagunaite R, Busha R, Lubiene J. Trend in eating habits among Lithuanian school-aged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010. *BMC Public Health.* 2012 Jan 19;12:52.
475. Fismen AS, Smith OR, Torsheim T, Rasmussen M, Pedersen Pagh T, Augustine L, et al. Trends in Food Habits and Their Relation to Socioeconomic Status among Nordic Adolescents 2001/2002-2009/2010. *PLoS One.* 2016 Feb 9;11(2):e0148541.
476. Diethelm K, Jankovic N, Moreno LA, Huybrechts I, De Henauw S, De Vriendt T, et al. Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr.* 2012 Mar;15(3):386-98.
477. Karkhaneh M, Kalenga JC, Hagel BE, Rowe BH. Effectiveness of bicycle helmet legislation to increase helmet use: a systematic review. *Inj Prev.* 2006 Apr;12(2):76-82. Review
478. Karkhaneh M, Rowe BH, Saunders LD, Voaklander DC, Hagel BE. Bicycle helmet use four years after the introduction of helmet legislation in Alberta, Canada. *Accid Anal Prev.* 2011 May;43(3):788-96.
479. Knuth AG, Hallal PC. Temporal trends in physical activity: a systematic review. *J Phys Act Health.* 2009 Sep;6(5):548-59. Review
480. Ekelund U, Tomkinson G, Armstrong N. What proportion of youth are physically active? Measurement issues, levels and recent time trends. *Br J Sports Med.* 2011 Sep;45(11):859-65.

481. Bassett DR, John D, Conger SA, Fitzhugh EC, Coe DP. Trends in Physical Activity and Sedentary Behaviors of United States Youth. *J Phys Act Health*. 2015 Aug;12(8):1102-11.
482. Gadalla TM. Unhealthy behaviours among Canadian adolescents: prevalence, trends and correlates. *Chronic Dis Inj Can*. 2012 Jun;32(3):156-63.
483. Iannotti RJ, Wang J. Trends in physical activity, sedentary behavior, diet, and BMI among US adolescents, 2001-2009. *Pediatrics*. 2013 Oct;132(4):606-14.
484. Chzhen Y, Moor I, Pickett W, Toczydłowska E, Stevens G. Family Affluence and Inequality in Adolescent Health and Life Satisfaction: Evidence from the HBSC study 2002-2014, Innocenti Working Paper No. 2016-10. Florence: UNICEF Office of Research; 2016. [cited 2016 October 10]. Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP_2016_10.pdf.
485. Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, et al. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:69-72.
486. Ramiro L, Windlin B, Reis M, Gabhainn SN, Jovic S, Matos MG, Magnusson J, et al. Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:65-8.
487. Hublet A, De Bacquer D, Valimaa R, Godeau E, Schmid H, Rahav G, et al. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*. 2006 Nov 10;6:280.
488. Kuipers MA, Monshouwer K, van Laar M, Kunst AE. Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe. *Am J Prev Med*. 2015 Nov;49(5):e64-72.
489. Molcho M, Craig W, Due P, Pickett W, Harel-Fisch Y, Overpeck M, et al. Cross-national time trends in bullying behaviour 1994-2006: findings from Europe and North America. *Int J Public Health*. 2009 Sep;54 Suppl 2:225-34.
490. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:61-4.

491. ter Bogt TF, de Looze M, Molcho M, Godeau E, Hublet A, Kokkevi A, et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*. 2014 Feb;109(2):273-83.
492. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD report. Substance use in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2009 [cited 2016 November 10]. Available from: <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/News%20stories/espac-report-mar09.pdf>.
493. Hublet A, Bendtsen P, de Looze ME, Fotiou A, Donnelly P, Vilhjalmsson R, et al. Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:73-5.
494. Black C, Martin C. Multiple substance use among adolescents in Scotland: profile and trends. Edinburgh: An Official Statistics publication for Scotland; 2015 [cited 2016 November 20]. Available from: <http://dera.ioe.ac.uk/24274/1/00484688.pdf>.
495. Hale D, Viner R. Trends in the prevalence of multiple substance use in adolescents in England, 1998-2009. *J Public Health (Oxf)*. 2013 Sep;35(3):367-74.
496. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes*. 2006;1(1):11-25. Review
497. Olds TS, Tomkinson GR, Ferrar KE, Maher CA. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *Int J Obes (Lond)*. 2010 Jan;34(1):57-66.
498. Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(2):66-72.
499. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. 2012 Feb 1;307(5):483-90.

500. Marques A, de Matos MG. Trends in prevalence of overweight and obesity: are Portuguese adolescents still increasing weight? *Int J Public Health*. 2016 Jan;61(1):49-56.
501. Aeberli I, Ammann RS, Knabenhans M, Molinari L, Zimmermann MB. Decrease in the prevalence of paediatric adiposity in Switzerland from 2002 to 2007. *Public Health Nutr*. 2010 Jun;13(6):806-11.
502. Almagor T, Eisen J, Harris M, Levental-Roberts M, Hess O, Schwartz N, et al. Is the prevalence of childhood obesity in Israel slowing down?. *Harefuah*. 2015 Oct;154(10):620-3.
503. de Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop BJ. Declining and stabilising trends in prevalence of overweight and obesity in Dutch. Turkish. Moroccan and South Asian children 3-16 years of age between 1999 and 2011 in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2014 Jan;99(1):46-51.
504. Meigen C, Keller A, Gausche R, Kromeyer-Hauschild K, Blüher S, Kiess W, et al. Secular trends in body mass index in German children and adolescents: a cross-sectional data analysis via CrescNet between 1999 and 2006. *Metabolism*. 2008 Jul;57(7):934-9.
505. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity in the United States. 2009-2010. *NCHS Data Brief*. 2012 Jan;(82):1-8.
506. Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Mårild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr*. 2008 Jan;97(1):118-23.
507. Peltzer K, Pengpid S. Health risk behaviour among in-school adolescents in the Philippines: Trends between 2003. 2007 and 2011. a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health* 13.1 (2015):73.
508. Zhang YX, Wang ZX, Zhao JS, Chu ZH. Prevalence of Overweight and Obesity among Children and Adolescents in Shandong. China: Urban-Rural Disparity. *J Trop Pediatr*. 2016 Mar 10. pii: fmw011. Epub ahead of print
509. Han K, Park S, Symanzik J, Choi S, Ahn J. Trends in obesity at the national and local level among South Korean adolescents. *Geospat Health*. 2016 May 31;11(2):381.

510. Song Y, Ma J, Wang HJ, Wang Z, Hu P, Zhang B, Agard A. Secular trends of obesity prevalence in Chinese children from 1985 to 2010: Urban-rural disparity. *Obesity (Silver Spring)*. 2015 Feb;23(2):448-53
511. Chung A, Backholer K, Wong E, Palermo C, Keating C, Peeters A. Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obes Rev*. 2016 Mar;17(3):276-95.
512. Watts AW, Mason SM, Loth K, Larson N, Neumark-Sztainer D. Socioeconomic differences in overweight and weight-related behaviors across adolescence and young adulthood: 10-year longitudinal findings from Project EAT. *Prev Med*. 2016 Jun;87:194-9.
513. Frederick CB, Snellman K, Putnam RD. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014 Jan 28;111(4):1338-42.
514. Kautiainen S, Koivisto AM, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpelä A. Sociodemographic factors and a secular trend of adolescent overweight in Finland. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(4):360-70.
515. Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity According to socioeconomic status: Spain. 1987-2007. *Eur J Clin Nutr*. 2014 Feb;68(2):209-14.
516. Eidsdóttir SP, Kristjánsson ÁI, Sigfúsdóttir ID, Garber CE, Allegrante JP. Secular trends in overweight and obesity among Icelandic adolescents: do parental education levels and family structure play a part? *Scand J Public Health*. 2013 Jun;41(4):384-91.
517. Cavallo F, Dalmaso P, Ottová-Jordan V, Brooks F, Mazur J, Välimaa R, et al. Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25 Suppl 2:13-5.
518. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and Predictors of change (Young-HUNT study. Norway). *Eur J Public Health*. 2009 Jan;19(1):73-8.
519. Moor I, Pförtner TK, Lampert T, Ravens-Sieberer U, Richter M; HBSC-Team Deutschland. Socioeconomic inequalities in subjective health among 11- to 15-year-

olds in Germany. A trend analysis from 2002-2010. *Gesundheitswesen*. 2012 Jul;74 Suppl:S49-55.

520. Sivarajasingam V, Page N, Wells J, Morgan P, Matthews K, Moore S, et al. Trends in violence in England and Wales 2010-2014. *J Epidemiol Community Health*. 2016 Jun;70(6):616-21.

521. Brownell MD, Derksen SA, Jutte DP, Roos NP, Ekuma O, Yallop L. Socio-economic inequities in children's injury rates: has the gradient changed over time? *Can J Public Health*. 2010 Nov-Dec;101 Suppl 3:S28-31. English. French

522. Shaikh MA. Prevalence, correlates, and changes in injury epidemiology between 2006 and 2010 among 13-15 year Moroccan school attending adolescents. *J Pak Med Assoc*. 2015 May;65(5):552-4.

523. Mulvaney C, Kendrick D, Towner E, Brussoni M, Hayes M, Powell J, et al. Fatal and non-fatal fire injuries in England 1995-2004: time trends and inequalities by age, sex and area deprivation. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar;31(1):154-61.

524. Berg P, Westerling R. A decrease in both mild and severe bicycle-related head injuries in helmet wearing ages--trend analyses in Sweden. *Health Promot Int*. 2007 Sep;22(3):191-7.

525. Beer SR, Deboy GR, Field WE. Analysis of 151 agricultural driveline-related incidents resulting in fatal and non-fatal injuries to U.S. children and adolescents under age 18 from 1970 through 2004. *J Agric Saf Health*. 2007 Apr;13(2):147-64.

526. Saß AC, Poethko-Müller C, Rommel A; KiGGS Study Group. Unintentional injuries in childhood and adolescence: current prevalence, determinants, and trends: results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2014 Jul;57(7):789-97.

527. Reid JP, Nelson NG, Roberts KJ, McKenzie LB. Track-related injuries in children and adolescents treated in US emergency departments from 1991 through 2008. *Phys Sportsmed*. 2012 May;40(2):56-63.

528. de Putter CE, van Beeck EF, Looman CW, Toet H, Hovius SE, Selles RW. Trends in wrist fractures in children and adolescents. 1997-2009. *J Hand Surg Am*. 2011 Nov;36(11):1810-1815.e2

529. Janssens L, Holtslag HR, Leenen LP, Lindeman E, Looman CW, van Beeck EF. Trends in moderate to severe paediatric trauma in Central Netherlands. *Injury*.2014 Aug;45(8):1190-5.
530. Tiirikainen K, Lounamaa A, Paavola M, Kumpula H, Parkkari J. Trend in sports injuries among young people in Finland. *Int J Sports Med*. 2008 Jun;29(6):529-36.
531. Bayt DR, Bell TM. Trends in paediatric sports-related injuries presenting to US emergency departments. 2001–2013. *Inj Prev*. 2016 Oct;22(5):361-4.
532. McKenzie LB, Fletcher E, Nelson NG, Roberts KJ, Klein EG. Epidemiology of skateboarding-related injuries sustained by children and adolescents 5-19 years of age and treated in US emergency departments: 1990 through 2008. *Inj Epidemiol*.2016;3:10.
533. Kosola S, Salminen P, Laine T. Heading for a fall - moped and scooter accidents from 2002 to 2007. *Scand J Surg*. 2009;98(3):175-9.
534. Le LC, Blum RW. Road traffic injury among young people in Vietnam: evidence from two rounds of national adolescent health surveys. 2004-2009. *Glob Health Action*. 2013 Jan 17;6:1-9.
535. Schoeneberg C, Kauther MD, Hussmann B, Keitel J, Schmitz D, Lendemans S. Gender-specific differences in severely injured patients between 2002 and 2011: data analysis with matched-pair analysis. *Crit Care*. 2013 Nov 29;17(6):R277.
536. Bell TM, Qiao N, Jenkins PC, Siedlecki CB, Fecher AM. Trends in Emergency Department Visits for Nonfatal Violence-Related Injuries Among Adolescents in the United States. 2009-2013. *J Adolesc Health*. 2016 May;58(5):573-5.
537. Cutler GJ, Flood A, Dreyfus J, Ortega HW, Kharbanda AB. Emergency Department Visits for Self-Inflicted Injuries in Adolescents. *Pediatrics*.2015 Jul;136(1):28-34.
538. Ерић-Маринковић Ј, Дотлић Р, Јаношевић С и сар. Статистика за истраживаче у области медицинских наука. Београд: Четврто издање, Медицински факултет; 2011.
539. Williams RJ, Nowatzki N. Validity of adolescent self-report of substance use. *Subst Use Misuse*. 2005;40(3):299-311.

540. Стратегију развоја здравља младих у Републици Србији. Београд: Службени гласник 55/05 и 71/05; 2006 Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmzadmin/downloads/zakoni1/Strategija%20Za%20Razvoj%20I%20Zdravlje%20Mladih.pdf>
541. Уредба о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Службени гласник бр.28/2009; 2009 Доступно на: <http://www.imd.org.rs/files/uredba.pdf>
542. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. WHO Regional Office for Europe; 2014 [cited 2016 May 13]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
543. WHO. Commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2016 April 24]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_brochure.pdf
544. European Commission. EUROPE 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels, European Commission; 2010 [cited 2016 July 17]. Available from: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
545. WHO. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: Regional committee for Europe (EUR/RC61/9); 2011 [cited 2016 August 24]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/148946/RC61_InfDoc4.pdf
546. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, eds. Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies. 2006 [cited 2016 June 20]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
547. Кнежевић Т, Симић Д, Ивановић И. Здравље младих у Републици Србији финални извештај. Београд: Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут"; 2009 Доступно на: http://www.batut.org.rs/download/publikacije/zdravlje_mladih.pdf

548. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Serbia; 2003 [cited 2016 December 12]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/Serbia%202003.pdf?ua=1>

549. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Serbia, Fact Sheet; 2008. [cited 2016 December 12]. Available from: http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/R_Serbia_annex8_GYTS_2008_factsheet.pdf

550. Илић Д, уредник. Глобално истраживање употребе дувана међу младима 13-15 година у Србији, 2013. године. Београд: Pressia; 2014 Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/istrazivanjeUpotrebeDuvanaKodMladih2013.pdf>

551. Кнежевић Т, уредник. Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008. Београд : Донат Граф; 2009 Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/ESPAD%202008.pdf>

552. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012 [cited 2016 December 10]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/927/TD3012613_ENC_399947.PDF

ПРИЛОЗИ

Упитник за домаћинство 2000.

Упитник за децу и омладину узраста 7-19 година 2000.

Упитник за домаћинство 2006.

Упитник за децу и омладину узраста 7-19 година 2006.

Упитник за самопопуњавање за особе старости од 12 до 19 година 2006.

Упитник за домаћинство 2013.

Упитник за децу и омладину узраста 7–14 година 2013.

Упитник за особе старости 15 и више година 2013.

Упитник за самопопуњавање за особе старости 15 и више 2013.

УПИТНИК ЗА ДОМАЋИНСТВО

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

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

СПИСАК ЧЛАНОВА КОЈИ ЖИВЕ У ДОМАЋИНСТВУ

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

ЈОДНА ПРОФИЛАКСА

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

I. КАРАКТЕРИСТИКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКО СТАЊЕ ДОМАЋИНСТВА

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

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

II. СНАБДЕВАЊЕ ПИЈАЊОМ ВОДОМ И УКЛАЊАЊЕ ОТПАДНИХ МАТЕРИЈА

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

Klaster broj 1__1__1__1

Domaćinstvo broj 1__1__1

Član domaćinstva broj 1__1__1

UPITNIK ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 7 DO 19 GODINA (2000. GODINA)**I. DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I SOCIOEKONOMSKI STATUS**

1.	U koji razred ideš?	Osnovna škola Srednja škola Ne idem u školu	I I 1	II II 1	III III 1	IV IV 1	V	VI	VII	VIII	2	
2.	Koliko si se ukupno godina redovno školovao/la do sada?.....									I I I	3	
3.	Sa kakvim uspehom si završio/la prethodni razred?											4
												1
												2
												3
												4
												5
												6
4.	Koliko imaš braće i sestara?.....									I I I	5	
5.	S kim živiš?											6
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
6.	Da li imaš svoju sobu?											7
												1
												2
7.	Koliko novca, po tvojoj proceni, imaš za džeparac nedeljno?											8
												1
												2
												3
												4
												5
8.	Kada si došao/la u sadašnje mesto boravka?											11
												1
												2
												3
9.	Navedi odakle si došao/la:											10
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
10.	Navedi razlog dolaska:											11
												1
												2
												3
												4
												5

II. HIGIJENSKE NAVIKE

11.	Da li pereš ruke?		Skoro nikad	Kako - kad	Uvek	
	Pre jela		1	2	3	12
	Pre upotrebe WC-a (nužnika)		1	2	3	
	Posle upotrebe WC-a (nužnika)		1	2	3	

	Po ulasku u kuću	1	2	3	
12.	Da li pereš zube?	Ne		1	13
		Povremeno.....		2	
		Samo ujutru.....		3	
		Samo uveče.....		4	
		Ujutru i uveče.....		5	
		Više puta dnevno.....		6	
13.	Koliko puta si se tokom prošle nedelje kupao/la ili tuširao/la?	Nijednom.....		1	14
		Jednom.....		2	
		2 do 3 puta.....		3	
		4 do 6 puta.....		4	
		Svaki dan.....		5	
14.	Koliko često menjaš donji veš?	Jednom nedeljno ili ređe.....		1	15
		Svaka 3 do 4 dana.....		2	
		Svaki drugi dan.....		3	
		Svaki dan.....		4	

II. ISHRANA

15.	Koliko puta nedeljno:	Nikad	Ponekad	Svaki dan	16	
	Doručuješ	1	2	3		
	Užinaš pre podne	1	2	3		
	Ručaš	1	2	3		
	Užinaš posle podne	1	2	3		
	Večeraš	1	2	3		
16.	Da li piješ mleko, jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao?	Nikad.....		1	17	
		Ponekad.....		2		
		Svaki dan po jednu šolju.....		3		
		Svaki dan po 2 ili više šolja.....		4		
17.	Koliko često si tokom prošle nedelje jeo/la ili pio/la?	Nijednom	1 do 2 puta	3 do 5 puta	6 do 7 puta	18
	Kuvan krompir.....	1	2	3	4	
	Pržen krompir.....	1	2	3	4	
	Pirinač/testenine.....	1	2	3	4	
	Sir.....	1	2	3	4	
	Piletinu.....	1	2	3	4	
	Ribu.....	1	2	3	4	
	Svinjsko meso.....	1	2	3	4	
	Juneće meso.....	1	2	3	4	
	Mesne preradevine.....	1	2	3	4	
	Sveže povrće.....	1	2	3	4	
	Sveže voće.....	1	2	3	4	
	Slatko pecivo (kolače, keks).....	1	2	3	4	
	Slatkiše (bombone, čokolade).....	1	2	3	4	
	Slatka bezalkoholna pića (koka kolu, sprajt, šveps, toplu čokoladu).....	1	2	3	4	
	Jaja.....	1	2	3	4	
18.	Koju vrstu hleba najčešće koristiš u ishrani?	Beli.....		1	19	
		Polubeli.....		2		
		Crni, ražani i slične vrste.....		3		
		Kombinovano.....		4		
		Ne jedem hleb.....		5		
19.	Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane u tvojoj kući?	Svinjsku mast, puter.....		1	20	
		Biljnu mast, margarin, ulje.....		2		
		Ne koristi se masnoća.....		3		
		Ne znam.....		4		
20.	Koju vrstu masnoće najčešće koristiš kao namaz na hleb?	Margarin.....		1	21	
		Maslac		2		
		Majonez.....		3		
		Mast.....		4		
		Kajmak.....		5		
		Ne koristim nikakav namaz.....		6		
21.	Da li dosoljavaš hranu koju jedeš?	Nikad.....		1	22	

		Kada hrana nije dovoljno slana.....	2	
		Skoro uvek pre nego što probaš hranu.....	3	
22.	Koliko kafe odnosno čaja piješ dnevno?	Šoljica kafe.....	I _ I _ I	23
		Šolja čaja.....	I _ I _ I	
23.	Koliko šećera koristiš za jednu šoljicu kafe ili čaja?	Kašičica (kocki) u jednu šoljicu kafe....	I _ I _ I	24
		Kašičica (kocki) u jednu šolju čaja.....	I _ I _ I	
24.	Da li pri izboru načina ishrane razmišljaš o svom zdravlju?	Nikad.....	1	25
		Ponekad.....	2	
		Često.....	3	
		Uvek.....	4	

IV. SLOBODNO VREME, FIZIČKA AKTIVNOST I SPORT

25.	Kako provodiš slobodno vreme?	Nikad ili skoro nikad	Ponekad	Često	
	Gledam televiziju, video-kasetu.....	1	2	3	26
	Radim domaći zadatak.....	1	2	3	
	Provodim vreme sa društvom (u kafiću, diskoteci i sl.).....	1	2	3	
	Pomažem u kući ili oko kuće.....	1	2	3	
	Radim u polju, na njivi.....	1	2	3	
	Čuvam, hranim stoku/živinu.....	1	2	3	
	Crtam i pišem iz zabave.....	1	2	3	
	Čitam knjigu.....	1	2	3	
	Čitam časopise i stripove.....	1	2	3	
	Igram se ili šetam kućnog ljubimca.....	1	2	3	
	Idem na trening, hor, čas stranog jezika, sekciju.....	1	2	3	
	Sviram neki instrument iz zabave...	1	2	3	
	Provodim vreme igrajući se na kompjuteru.....	1	2	3	
	Slušam trake, CD ili ploče.....	1	2	3	
	Radim nešto drugo (navesti)	1	2	3	
26.	Koliko često se, u slobodno vreme, baviš fizičkim vežbama tako da se zaduvaž ili oznojiš?	Svaki dan.....		1	27
		4 do 6 puta nedeljno.....		2	
		2 do 3 puta nedeljno.....		3	
		Jednom nedeljno.....		4	
		2 do 3 puta mesečno.....		5	
		Nekoliko puta godišnje/nikad.....		6	
		Ne mogu da vežbam zbog bolesti/invalidnosti.....		7	
27.	Koliko dugo noću spavaš radnim danom?	3 do 4 sata.....		1	28
		5 do 6 sati.....		2	
		7 do 8 sati.....		3	
		9 i više sati.....		4	
28.	Kada ideš na spavanje radnim danom?	Do 22 h.....		1	29
		Do 23 h.....		2	
		Do ponoći.....		3	
		Do 1 h.....		4	
		Do 2 h ili kasnije.....		5	
29.	Da li redovno radiš fizičko vaspitanje u školi?	Izbegavam kad god mogu.....		1	30
		Oslobođen/a sam.....		2	
		Delimično sam oslobođen/a.....		3	
		Da, radim redovno.....		4	
		Nema uslova.....		5	
30.	Kakav stav ili mišljenje imaš o bavljenju sportom i rekreacijom?	Nemam mišljenje o tome	Ne slažem se	Slažem se	
	Zabavno je.....	1	2	3	31
	Stiču se novi prijatelji.....	1	2	3	
	Čuva se zdravlje.....	1	2	3	
	Stiče se popularnost.....	1	2	3	
	Stiče se dobar izgled.....	1	2	3	
	Stiče se dobra kondicija.....	1	2	3	

	Udovoljava se roditeljima.....	1	2	3	
	Utiče da se dobro osećaš, relaksira.....	1	2	3	
	Oduzima suviše vremena.....	1	2	3	
	Dosadno je.....	1	2	3	
	I kad odrastem baviću se rekreacijom.....	1	2	3	
31.	Da li se neko od tebi bliskih osoba redovno bavi rekreacijom u svoje slobodno vreme?	Ne	Da	Nemam takvu osobu	
	Majka.....	1	2	3	32
	Otac.....	1	2	3	
	Brat/sestra.....	1	2	3	
	Baba/deda.....	1	2	3	
	Najbolji drug ili drugarica.....	1	2	3	

V. PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU

32.	Da li koristiš neko osvetljenje (baterijsku lampu, mačije oči na školskoj torbi, patike koje svetle i dr.) kada ideš po mraku neosvetljenom ulicom ili putem?	Skoro uvek.....	1		33	
		Ponekad.....	2			
		Nikad.....	3			
		Ne idem po mraku.....	4			
33.	Da li voziš?		Ne	Da	34	
	Bicikl.....		1	2		
	Rolere/skejtboard..		1	2		
	Motor.....		1	2		
	Auto.....		1	2		
	Kamion/autobus...		1	2		
	Traktor.....		1	2		
34.	Ako voziš ili si suvozač, da li prilikom vožnje koristiš mere zaštite?	Ne	Ponekad	Da	Ne vozim	35
	Bicikl (prednje i zadnje svetlo).....	1	2	3	4	
	Roleri/"skejtboard" (štitnici, kaciga).....	1	2	3	4	
	Motor (kaciga).....	1	2	3	4	
	Auto (pojas).....	1	2	3	4	
	Traktor (svetlo).....	1	2	3	4	
35.	Imaš li položen vozački ispit?		Ne.....	1		36
			Da.....	2		
36.	Da li si kao vozač imao/la saobraćajni udes tvojom krivicom?		Ne.....	1		38
			Da.....	2		37
37.	Da li je do udesa došlo zbog:		Ne	Da	38	
	Brze vožnje.....		1	2		
	Nepoštovanja saobraćajnih propisa.....		1	2		
	Vožnje pod uticajem alkohola.....		1	2		
	Nepovoljne vremenske situacije (led, kiša)..		1	2		
	Vožnje pod uticajem lekova.....		1	2		
	Umora.....		1	2		

VI. POVREDE I TROVANJA

38.	Da li si se u toku poslednjih godinu dana povredio/la?	Ne.....	1	41
		Da.....	2	39
39.	Ako si se tokom poslednjih godinu dana povredio/la, gde je to bilo?	U kući.....	1	40
	<i>(Ako si se više puta povredio/la, navedi mesto poslednje povrede).</i>	Na poslu.....	2	
		U školi.....	3	
		Na ulici.....	4	
		U polju/na njivi.....	5	
		Na sportskom terenu (zatvorenom ili otvorenom).....	6	
		U saobraćaju.....	7	
		Na drugom mestu	8	
40.	Da li si u toku poslednjih godinu dana imao/la trovanje?	Ne.....	1	44
		Da.....	2	41
41.	Ako si tokom poslednjih godinu dana imao/la trovanje, čime je bilo izazvano?	Hranom.....	1	42
		Hemikalijama.....	2	

		Lekovima.....	3	
		Gasovima (izduvni gasovi, plin itd.).....	4	
		Nečim drugim (navesti).....	5	
42.	Ako si tokom poslednjih godinu dana imao/la povredu ili trovanje, gde ti je prvo pružena pomoć?	U bolnici.....	1	43
		U domu zdravlja/ambulantni.....	2	
		Kod privatnog lekara.....	3	
		Kod narodnog iscelitelja.....	4	
		Nisam se obratio/la za pomoć.....	5	
43.	Ako si tokom poslednjih godinu dana imao/la povredu ili trovanje, kakav je bio ishod?	Izlečenje.....	1	44
		Poboljšanje.....	2	
		Trajna nesposobnost.....	3	
		Drugo.....	4	

VII. OSTALI RIZICI I ZNANJA O SVOM ZDRAVLJU

44.	Da li smatraš da u tvom mestu postoje rizici po zdravlje:		Ne	Da	Ne znam	45	
	Buka.....	1	2	3			
	Zagađen vazduh.....	1	2	3			
	Zagađenje vode.....	1	2	3			
	Otpadne materije.....	1	2	3			
	Radioaktivno zračenje.....	1	2	3			
	Nasilje, kriminal.....	1	2	3			
	Ostalo (navedi).....	1	2	3			
45.	Kako procenjuješ svoju školu u odnosu na higijenu, bezbednost i mogućnost rekreacije?		Loša	Dobra	Odlična	46	
	Higijena.....	1	2	3			
	Bezbednost.....	1	2	3			
	Mogućnost rekreacije.....	1	2	3			
46.	Da li svojim ponašanjem rizikuješ da oboliš od neke od navedenih bolesti?		Ne	Da	Ne znam	47	
	Polne bolesti, sida (AIDS).....	1	2	3			
	Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt šlog).....	1	2	3			
	Šećerne bolesti.....	1	2	3			
	Plućne bolesti (hronični bronhitis, rak).....	1	2	3			
	Bolesti kao posledice povrede.....	1	2	3			
	Povišenog krvnog pritiska.....	1	2	3			
	Ciroze jetre.....	1	2	3			
	Gojaznosti.....	1	2	3			
47.	Da li ti je tokom poslednjih godinu dana od strane lekara otkriveno ili lečeno neko od sledećih oboljenja:		Ne	Otkriveno ali nije lečeno	Otkriveno i lečeno	Broj dana odsutnosti iz škole/sa posla	48
	Tuberkuloza.....	1	2	3	I II II I		
	Bronhitis, emfizem.....	1	2	3	I II II I		
	Bronhijalna astma.....	1	2	3	I II II I		
	Povišen krvni pritisak.....	1	2	3	I II II I		
	Povišen šećer u krvi.....	1	2	3	I II II I		
	Anemija.....	1	2	3	I II II I		
	Reumatska oboljenja zglobova.....	1	2	3	I II II I		
	Bol u leđima.....	1	2	3	I II II I		
	Psihički poremećaji i nervne bolesti.....	1	2	3	I II II I		
48.	Da li ti je tokom poslednje godine lekar ili zdravstveni radnik savetovao da:	Lekar	Drugi zdravstveni radnik	Član porodice	Niko me nije pitao ni savetovao	Nije bilo potrebno	49
	Manje jedeš masno	1	2	3	4	5	
	Manje koristiš so	1	2	3	4	5	
	Uzimaš manje šećera	1	2	3	4	5	
	Jedeš više voća i povrća	1	2	3	4	5	
	Piješ manje alkoholnih pića	1	2	3	4	5	

	Prestaneš da pušiš	1	2	3	4	5	
	Smanjiš težinu (oslabiš)	1	2	3	4	5	
	Povećaš fizičku aktivnost	1	2	3	4	5	
	Više da se odmaraš	1	2	3	4	5	
49.	Od koga najčešće saznaješ sve što te interesuje o zdravlju, rizicima po zdravlje i bolestima?	Od majke.....	1				50
		Od oca.....	2				
		Od majke i oca.....	3				
		Od brata ili sestre.....	4				
		Od babe i dede.....	5				
		Od rodaka.....	6				
		Od nastavnika/pedagoga.....	7				
		Od druga.....	8				
		Od školskog lekara/med.sestre.....	9				
		Ni od koga.....	10				
50.	Da li pratiš teme o zdravlju u sredstvima javnog informisanja (radio, TV, novine, časopisi itd.)?	Ne.....	1				51
		Da.....	2				
		Povremeno.....	3				
51.	Da li si do sada učestvovao/la u nekoj akciji koja je vezana za unapređenje zdravlja (kviz-takmičenja, akcije Crvenog krsta, držanje predavanja, pisanje literarnih ili seminarskih radova, likovne izložbe itd.)?	Ne....	1				52
		Da...	2				
52.	Da li si u poslednjih godinu dana:	Ne	Da	Nije bilo potrebe			53
	Prestao/la da pušiš	1	2	3			
	Smanjio/la težinu	1	2	3			
	Smanjio/la količinu uzimanja soli	1	2	3			
	Smanjio/la količinu uzimanja šećera	1	2	3			
	Smanjio/la količinu uzimanja masti	1	2	3			
	Promenio/la vrstu masnoća u ishrani	1	2	3			
	Smanjio/la upotrebu alkohola	1	2	3			
	Povećao/la količinu uzimanja voća i povrća	1	2	3			
	Povećao/la fizičku aktivnost	1	2	3			
53.	Ako si promenio/la nešto u svom ponašanju utoku poslednjih godinu dana, koji je bio glavni razlog?	Zdravstveni (zbog bolesti)....	1				54
		Zbog lepote/izgleda.....	2				
		Da živim zdravije/ostanem zdrav/a.....	3				
		Ostalo _____	4				
		Pogrešna ishrana.....	1				
		Stres.....	2				
		Teški životni uslovi.....	3				
		Naporan rad.....	4				
		Pušenje.....	5				
		Nedovoljno bavljenje fizičkim aktivnostima.....	6				
		Nedovoljano uzimanje vitamina, minerala.....	7				
		Gojaznost.....	8				
		Nasledni faktori.....	9				
		Alkohol.....	10				
		Nedovoljna zdravstvena zaštita....	11				
		Nešto drugo.....	12				

VIII. ZDRAVSTVENI PROFIL

55.	Označi stepen svoga slaganja sa svakom od navedenih tvrdnji:	Ne odnosi se na mene	Delimično se odnosi na mene	Potpuno se odnosi na mene	56
	Volim sebe takvog/u kakav/a sam.....	1	2	3	

	Nisam osoba koja se lako slaže sa drugima.....	1	2	3		
	Ja sam u osnovi zdrava osoba.....	1	2	3		
	Suviše lako odustajem.....	1	2	3		
	Teško se koncentrišem.....	1	2	3		
	Zadovoljan/a sam svojim porodičnim odnosima.....	1	2	3		
	Prijatno mi je kada sam okružen/a ljudima.....	1	2	3		
56.	Da li sada imaš teškoća:	Nimalo	Malo	Mnogo	Ne mogu	
	Da se popneš uz stepenište	1	2	3	4	57
	Da pretrčiš dužinu fudbalskog igrališta	1	2	3	4	
57.	Da li si tokom protekle nedelje:		Nimalo	Malo	Mnogo	
	Imao/la problema sa spavanjem.....		1	2	3	
	Imao/la bolove ili neprijatnosti u bilo kom delu tela.....		1	2	3	58
	Bio/la depresivan/na ili tužan/na.....		1	2	3	
	Lako se umarao/la.....		1	2	3	
	Bio/la nervozan.....		1	2	3	
58.	Koliko si se često, tokom protekle nedelje:		Nijednom	Nekoliko puta	Skoro svaki dan	
	Družio/la (posetio/la ili razgovarao/la) sa drugovima ili rodbinom.....		1	2	3	59
	Učestvovao/la u društvenim i rekreativnim aktivnostima (bioskop, žurka, sport, kafići...).....		1	2	3	
59.	Koliko dana si, tokom protekle nedelje, proveo/la kod kuće ili u bolnici zbog bolesti, povrede ili drugog zdravstvenog problema?		Nijedan dan.....		1	
			1 do 4 dana.....		2	60
			5 do 7 dana.....		3	

IX. OPŠTA PROCENA I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM

60.	Kako bi ocenio/la tvoje zdravlje?	Loše.....	1		
		Prilično loše.....	2		
		Prosečno.....	3		61
		Relativno dobro.....	4		
		Dobro.....	5		
61.	Ako porediš svoje zdravlje sada i pre godinu dana, kako bi ga ocenio/la?	Lošije.....	1		
		Isto.....	2		62
		Bolje.....	3		
		Ne mogu da ocenim.....	4		
62.	Kako procenjuješ svoju težinu?	Mršav/a sam.....	1		
		Nisam ni debeo/la ni mršav/a.....	2		63
		Debeo/la sam.....	3		
		Ne mogu da ocenim.....	4		
63.	Kako procenjuješ svoju fizičku aktivnost:	Loša.....	1		
		Dobra.....	2		64
		Odlična.....	3		
64.	Kakav je tvoj stav u vezi sa tvojim zdravljem?	Ne slažem se	Nisam siguran/a	Slažem se	
	Ja sam odgovoran/na za svoje zdravlje.....	1	2	3	
	Ako budem brinuo/la o sebi biću zdrav/a.....	1	2	3	65
	Čak ako i budem vodio/la računa o sebi, lako ću se razboleti.....	1	2	3	

		Ako sam zdrav/a, to je čista sreća.....				
		1	2	3		
65.	Poređaj po značaju koliko su sledeće stvari važne za tebe dajući ocene od 1 do 9 i upiši u kućice: <i>(1 ‡ najznačajnije, 2 ‡ manje značajno, 9 ‡ najmanje značajno)</i>	Sreća u ljubavi.....			66	
		Puno para.....				
		Dobro zdravlje.....				
		Zanimljiv posao.....				
		Bavljenje politikom.....				
		Biznis (unosan posao).....				
		Život u miru.....				
		Sloboda.....				
66.	Pred tobom se nalazi lestvica. Dno označava najgori život koji se može imati, a vrh najbolji život koji se može imati. Označi na skali kako procenjuješ zadovoljstvo svojim sadašnjim životom tako što ćeš zaokružiti jedan od brojeva sa lestvice.	Najbolji život		9	67	
			8			
			7			
			6			
			5			
			4			
			3			
			2			
		Najgori život		1		
67.	Ako nisi u potpunosti zadovoljan/na svojim sadašnjim životom, kojim delom si najmanje zadovoljan/na?	Porodicom.....		1	68	
		Školom/poslom.....		2		
		Drugovima/drugaricama....		3		
		Ljubavnim životom.....		4		
		Novčanom situacijom.....		5		
		Samim sobom.....		6		
		Nečim drugim.....		7		

X. ODNOSI SA DRUGIMA

68.	Da li možeš lako da razgovaraš sa sledećim osobama o svojim problemima?	Takvu osobu nemam ili je ne vidam	Teško	Lako	69		
		Majka.....	1	2		3	
		Otac.....	1	2		3	
		Brat ili sestra.....	1	2		3	
		Baba ili deda.....	1	2		3	
		Rođak.....	1	2		3	
		Nastavnik/pedagog.....	1	2		3	
		Drug.....	1	2		3	
69.	Da li postoji neko na koga možeš računati u svakoj situaciji (problemi u školi, van škole, u porodici, ljubavni problemi i drugo)?	Ne.....		1	70		
	Da.....		2				
	Ne znam.....		3				
70.	Kakav je tvoj život u školi?		Ne	Da	71		
		Život škole me ne interesuje.....	1	2			
		Do sada sam imao samo loša iskustva u školi.....	1	2			
		U školi mi je jako dosadno.....	1	2			
		U školi se osećam nesigurno.....	1	2			
		Pod stalnim sam pritiskom obaveza u školi.....	1	2			
		Moja škola je prijatno mesto za boravak.....	1	2			
		Školski drugovi/drugarice me prihvataju takvog/vu kakav/v sam.....	1	2			
		Izvestan broj mojih drugova su prijatni i spremni za razgovor i saradnju sa mnom.....	1	2			
Učenici iz moje škole vole da se druže sa mnom.....	1	2					

71.	Kad završiš svoje sadašnje školovanje da li želiš da:		Ne	Da	Ne znam	72
		Pronadeš posao što pre možeš.....	1	2	3	
		Nastaviš sa školovanjem.....	1	2	3	
		Završiš neki zanat.....	1	2	3	
		Obogatiš se što pre.....	1	2	3	
		Odvojiš se od kuće/roditelja.....	1	2	3	
		Osnuješ porodicu.....	1	2	3	
Odeš u inostranstvo.....	1	2	3			

XI. NASILJE

72.	Da li si u toku poslednjih godinu dana bio/la izložen nekom fizičkom nasilju :		Ne	Da	73
		U porodici.....	1	2	
		U školi/na radnom mestu.....	1	2	
		Na ulici.....	1	2	
73.	Da li si u toku poslednjih godinu dana bio/la izložen nekom psihičkom maltretiranju:		Ne	Da	74
		U porodici.....	1	2	
		U školi/na radnom mestu.....	1	2	
		Na ulici.....	1	2	
74.	Da li ti se do sada dešavalo da nekoga:		Ne	Da	75
		Psihički maltretiraš.....	1	2	
		Tučeš.....	1	2	

XII. MENTALNO ZDRAVLJE

75.	Da li si bio/la napet/a, pod stresom/pritiskom, tokom poslednjeg meseca?		Ne.....	1	76	
			Da, ali ne više nego ostali.....	2		
			Da, više nego ostali.....	3		
			Da, moj život je skoro nepodnošljiv.....	4		
76.	Da li si tokom poslednjih mesec dana imao/la emocionalne probleme (tuga, neraspoloženje, zabrinutost, potištenost)?		Ne.....	1	77	
			Da.....	2		
77.	Zaokruži odgovor koji najbolje opisuje kako si se osećao/la u toku poslednjih mesec dana:		Stalno	Ponekad	Nikad	78
		Bio/la si pun/a poleta.....	1	2	3	
		Bio/la si veoma nervozan/a.....	1	2	3	
		Osećao/la si se potišteno i ništa nije moglo da te oraspoloži.....	1	2	3	
		Osećao/la si se smireno.....	1	2	3	
		Bio/la si pun/a energije.....	1	2	3	
		Bio/la si tužan/a.....	1	2	3	
		Bio/la si iscrpljen/a.....	1	2	3	
		Bio/la si srećan/a.....	1	2	3	
		Osećao/la si se umorno.....	1	2	3	

XIII. MOGUĆNOST OBAVLJANJA AKTIVNOSTI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

78.	Da li imaš neko telesno oštećenje (vezano za kretanje, vid, sluh)?		Ne.....	1	80
			Da.....	2	
79.	Da li ti to predstavlja problem u obavljanju svakodnevnih aktivnosti?		Ne.....	1	80
			Da.....	2	

XIV. KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM

80.	Kome se prvom obraćaš kad imaš zdravstveni problem?		Lekaru opšte medicine, med.rada ili školskom lekaru.....	1	81
			Specijalisti.....	2	
			Privatnom lekaru.....	3	
			Narodnom iscelitelju (travaru, bioenergetičaru).....	4	
			Nikome, lečim se sam/a.....	5	
			Nekom drugom (prijateljima, rođacima).....	6	
81.	Da li imaš svog lekara ?		Ne.....	1	82
			Da.....	2	
82.	Da li si i koliko puta u poslednjih godinu dana bio/la kod lekara		Da I _ I _ I puta.....	1	83

	opšte prakse, školskog lekara ili lekara medicine rada?	Da, pre više od godinu dana.....	2	
		Nikad nisam bio/la.....	3	
83.	Koji je bio glavni razlog tvoje poslednje posete lekaru ?	Kontrola zdravlja/sistematski pregled (kada si bez tegoba).....	1	84
		Bolest, povreda	2	
		Samo da mi propiše lekove.....	3	
		Dobijanje potvrde/opravljanja.....	4	
		Dobijanje uputa za specijalistu, laboratoriju i sl.	5	
		Nikad nisam bio/la kod lekara.....	6	
		Nešto drugo	7	
84.	Da li imaš svog zubnog lekara (stomatologa)?	Ne.....	1	85
		Da.....	2	
85.	Da li si i koliko puta u poslednjih godinu dana bio/la kod zubnog lekara (stomatologa)?	Da I _ I _ I puta.....	1	86
		Da, pre više od godinu dana.....	2	
		Nikad nisam bio/la.....	3	
86.	Koliko zuba ti nedostaje?	Nijedan.....	1	87
		1 do 5 zuba.....	2	
		6 do 10 zuba.....	3	
		Više od 10 zuba, ali ne celih.....	4	
		Nemam zube/imam veštačke zube.....	5	
87.	Koji je glavni razlog tvoje poslednje posete zubnom lekaru (stomatologu) ?	Kontrola/sistematski pregled.....	1	88
		Popravljanje zuba.....	2	
		Vađenje zuba.....	3	
		Zbog proteze.....	4	
		Zbog problema sa desnim/ paradontopatija.....	5	
		Poliranje zuba i čišćenje kamenca.....	6	
		Zbog saveta.....	7	
		Zbog nečeg drugog.....	8	
		Ne idem kod stomatologa	9	
88.	Da li si i koliko puta u poslednjih godinu dana bio/la na bolničkom lečenju?	Da I _ I _ I puta.....	1	89
		Da, pre više od godinu dana.....	2	
		Nikad nisam bio/la.....	3	
89.	Ako si u poslednjih godinu dana bio/la na bolničkom lečenju navedi razlog:	Zbog bolesti.....	1	90
		Zbog povrede.....	2	
		Zbog trovanja.....	3	
		Zbog ispitivanja.....	4	
		Nisam bio/la.....	5	

Na sledećih 8 pitanja odgovaraju samo osobe ženskog pola starije od 15 godina.

90.	Da li si i koliko puta u poslednjih godinu dana bila kod ginekologa?	Da I _ I _ I puta.....	1	91
		Da, pre više od godinu dana.....	2	91
		Nikad nisam bila.....	3	94
91.	Koliko godina si imala kada si prvi put bila kod ginekologa?	I _ I _ I		92
92.	Kod ginekologa najčešće ideš zbog:	Tegoba.....	1	93
		Kontracepcije.....	2	
		Kontrola zdravlja (sistematski pregled).....	3	
		Trudnoće.....	4	
		Abortusa.....	5	
		Steriliteta.....	6	
		Nečeg drugog	7	
93.	Koliko često ideš na ginekološke preglede, iako se osećaš zdrava?	Jedanput godišnje.....	1	94
		Jedanput u 2 godine.....	2	
		Ređe.....	3	
		Ne idem.....	4	
94.	Da li si do sada bila trudna?	Ne.....	1	98
		Da.....	2	95
95.	Kakav je bio ishod tvoje poslednje trudnoće?	Živorodeno dete/ca.....	1	96
		Mrtvorodeno dete/ca.....	2	
		Spontani pobačaj.....	3	
		Namerni pobačaj.....	4	

		<i>Trudnoća u toku</i>	5	
96.	<i>Ako si do sada rađala, da li te je u prvoj nedelji posle porođaja odnosno nakon izlaska iz porodilišta, posetio u kući neko od sledećih osoba:</i>	Da	Ne	97
	<i>Doktor</i>	1	2	
	<i>Medicinska sestra</i>	1	2	
	<i>Babica</i>	1	2	
97.	Navedi ukupan broj namernih prekida trudnoća koje si imala:	1__1__1		98

XV. LEKOVI

98.	Kako najčešće uzimaš lekove?	Po savetu lekara.....	1	100
		Samoinicijativno	2	99
		Po savetu lekara i samoinicijativno.....	3	99
		Ne uzimam lekove.....	4	100
99.	Ako samoinicijativno uzimaš lekove (bez konsultacije, saveta lekara) navedi razloge:	Ne	Da	100
	Zbog nesanice.....	1	2	
	Za smirenje.....	1	2	
	Protiv bolova.....	1	2	
	Protiv glavobolje.....	1	2	
	Za jačanje organizma (vitamine).....	1	2	
	Protiv zatvora.....	1	2	
	Za varenje.....	1	2	
	Za lečenje određenih bolesti (antibiotike, lekove za pritisak).....	1	2	
	Za jačanje organizma i lečenje bolesti (biljne preparate).....	1	2	
	Protiv začeća (kontraceptivna sredstva).....	1	2	
	Ostalo (navedi)	1	2	
100.	Da li si tokom poslednje nedelje uzimao/la neke tablete, pilule ili druge oblike lekova?	Ne	Da	101
	Lekove protiv glavobolje.....	1	2	
	Lekove protiv drugih bolova.....	1	2	
	Lekove protiv kašlja.....	1	2	
	Antibiotike.....	1	2	
	Sedativie.....	1	2	
	Vitamine, minerale i sl.	1	2	
	Kontraceptivna sredstva.....	1	2	
101.	Kako najčešće dolaziš do lekova?	Preko recepta.....	1	102
	Kupujem ih u privatnoj apoteci.....	2		
	Kupujem ih na pijaci.....	3		
	Iz humanitarne apoteke.....	4		
	Dobijam ih od drugih (roditelja, dece).....	5		
	Ne mogu da ih nabavim jer su skupi.....	6		
	Ne mogu da ih nabavim jer ih nema.....	7		
	Ostalo	8		

XVI. PORODIČNA ANAMNEZA

102.	Da li ti roditelji boluju ili su bolovali od sledećih bolesti ili stanja?				Umro/la (godina života)
	<i>OTAC</i>	Ne	Da	Ne znam	
	Infarkt srca i druga srčana oboljenja	1	2	3	
	Povišen krvni pritisak	1	2	3	
	Moždana kap (šlog)	1	2	3	
	Šećerna bolest	1	2	3	
	Povišene masnoće u krvi	1	2	3	
	Maligna oboljenja	1	2	3	
	Gojaznost	1	2	3	
	Duševne bolesti	1	2	3	
	Druge bolesti _____	1	2	3	
	<i>MAJKA</i>				
	Infarkt srca i druga srčana oboljenja	1	2	3	
	Povišen krvni pritisak	1	2	3	
	Moždana kap (šlog)	1	2	3	
	Šećerna bolest	1	2	3	
	Povišene masnoće u krvi	1	2	3	
	Maligna oboljenja	1	2	3	
	Gojaznost	1	2	3	
	Duševne bolesti	1	2	3	
	Druge bolesti _____	1	2	3	

103

Anketu popunio:

Ispitanik..... 1
 Anketar 2
 Kombinovano..... 3
 Član domaćinstva..... 4

IME I PREZIME ANKETARA

Klaster broj I_I_I_I

Domaćinstvo broj I_I_I

Član domaćinstva broj I_I_I

Vreme merenja
I_I_I h

OBJEKTIVNI NALAZ

1. TM

I_I_I_I.I_I kg

2. TV

I_I_I_I cm

M e r e n j e

I

II

3. Sistolni krvni pritisak

I_I_I_I mm Hg

I_I_I_I mm Hg

4. Dijastolni krvni pritisak

I_I_I_I mm Hg

I_I_I_I mm Hg

BIOHEMIJSKI NALAZ

5. Serumski holesterol

I_I.I_I_I mmol/l

6. LDL

I_I.I_I_I mmol/l

7. HDL

I_I.I_I_I mmol/l

8. Trigliceridi

I_I.I_I_I mmol/l

9. Hemoglobin

I_I.I_I_I g/l

PRIMEDBE LEKARA

Dan, mesec, godina

IME I PREZIME LEKARA

Klaster broj I_I_I_I

Domaćinstvo broj I_I_I

Član domaćinstva broj I_I_I

XVIII. PUŠENJE

103.	Da li ti ili neko od članova tvog domaćinstva puši u kući?	Ne..... Da.....	1 2	104
104.	Ako si nepušač, koliko si sati dnevno u proseku izložen/a duvanskom dimu u zatvorenom prostoru?	I_I_I sati		105
105.	Da li si ikad pušio/la?	Ne..... Da.....	1 2	114 106
106.	Da li si tokom života popušio/la bar 100 cigareta?	Ne..... Da.....	1 2	107
107.	Da li si ikad pušio/la svakodnevno (skoro svaki dan u toku bar jedne godine)? Koliko godina ukupno?	Ne..... Da, ukupno I I I godina.....	1 2	108
108.	Da li sad pušiš?	Ne..... Da, povremeno..... Da, svakodnevno.....	1 2 3	109
109.	Kada si pušio/la poslednji put? (Ako trenutno pušiš zaokruži br.1)	Juče/danas..... Pre 2 dana do 1 mesec..... Pre 1 do 6 meseci..... Pre 6 do 12 meseci..... Pre 1 do 5 godina..... Pre 5 do 10 godina..... Pre više od 10 godina.....	1 2 3 4 5 6 7	110
110.	Koliko prosečno pušiš, ili si pušio/la pre nego što si prestao/la, u toku jednog dana?	Fabrikovane cigarete..... I_I_I dnevno Samostalno zavijene cigarete.... I_I_I dnevno Lula duvana..... I_I_I dnevno		111
111.	Da li želiš da prestaneš da pušiš?	Ne..... Da..... Nisam siguran/na..... Ne pušim.....	1 2 3 4	112
112.	Da li si ikad ozbiljno pokušao/la da prestaneš sa pušenjem i nisi pušio/la najmanje 24 h?	Tokom prošlog meseca..... Pre 1 do 6 meseci..... Pre 6 do 12 meseci..... Pre više od godinu dana..... Nikad.....	1 2 3 4 5	113
113.	Da li si zabrinut/a zbog štetnih posledica pušenja po tvoje zdravlje?	Ne, nimalo..... Ne previše..... Da, pomalo..... Da, veoma.....	1 2 3 4	114
114.	Da li neko od sledećih osoba puši?	Ne Da Više ne puši Nema takvu osobu Majka..... 1 2 3 4 Otac..... 1 2 3 4 Brat/sestra..... 1 2 3 4 Baba/deda..... 1 2 3 4 Najbolji drug ili drugarica..... 1 2 3 4 Neko iz tvog društva..... 1 2 3 4		115
115.	Kakav je tvoj stav o pušenju?	Ne slažem se Slažem se Ne znam Zabavno je..... 1 2 3 Smiruje nerve..... 1 2 3 Mnogi puše da bi bili važni..... 1 2 3 Olakšava kontakt sa drugima..... 1 2 3 Poboljšava koncentracij..... 1 2 3 Pomaže mršavljenju..... 1 2 3		116

	Ne utiče na kondiciju.....	1	2	3
	Štetno je po zdravlje.....	1	2	3
	Onaj ko puši neprijatno miriše.....	1	2	3
	Pušenje je rasipanje para.....	1	2	3

XIX. UPOTREBA ALKOHOLA

116.	Koja od navedenih izjava se odnosi na tebe? (Izaberi jedan od ponuđenih odgovora).	Nikada nisam pio/la alkohol.....	1	124					
		Probao/la sam da pijem jednom ili dva puta.....	2	124					
		Pio/la sam, ali više ne.....	3	124					
		Pijem alkohol povremeno.....	4	117					
		Pijem alkohol svakodnevno.....	5	117					
117.	Koliko si imao/la godina kada si prvi put popio/la neko alkoholno piće? (Ne uključuje se gutljaj iz tuđe čaše).	I _ I _ I godina			118				
118.	Ako svakodnevno piješ alkoholna pića, navedi koliko dugo piješ?	Pijem svakodnevno I _ I _ I godina			119				
119.	Koliko često piješ alkoholna pića sada? (Pod ovim se podrazumeva I kad popiješ sasvim malo).		Nikad	Nekoliko puta godišnje	2 do 3 puta mesečno	Jedan put nedeljno	2 do 3 puta nedeljno	Svaki dan	120
		Pivo.....	1	2	3	4	5	6	
		Vino.....	1	2	3	4	5	6	
		Žestoka pića.....	1	2	3	4	5	6	
		Liker.....	1	2	3	4	5	6	
120.	Koliko si čaša ili flaša sledećih pića popio/la tokom poslednje nedelje?	Flaša piva † 0,5 l			I _ I	Čaša vina † 0,2 l		I _ I	121
		Čašica žestokog pića † 0,03			I _ I				
121.	Koliko često se dešava da popiješ 6 ili više alkoholnih pića u toku jedne prilike?	Nikad.....			1	122			
		Manje od jednom mesečno.....			2				
		Jednom mesečno			3				
		Jednom nedeljno.....			4				
		Dnevno ili skoro svaki dan.....			5				
122.	Da li kupuješ alkohol na nekom od sledećih mesta?	U radnji/samoposluzi.....			Ne	Da	123		
		U restoranu, kafiću, diskoteci...			1	2			
		Privatno/na pijaci.....			1	2			
		Na nekom drugom mestu.....			1	2			
					1	2			
123.	Da li piješ alkohol na nekom od navedenih mesta?	Kod kuće.....			Ne	Da	124		
		Na poslu, u školi.....			1	2			
		Kod druga ili rođaka.....			1	2			
		U kafiću, diskoteci ili na žuru..			1	2			
		U restoranu ili kafani.....			1	2			
		Na ulici			1	2			
		Na nekom drugom mestu.....			1	2			
124.	Da li neko od tebi bliskih osoba svakodnevno pije alkohol ?		Ne	Da	Više ne pije	Nemam takvu osobu	125		
		Majka.....	1	2	3	4			
		Otac.....	1	2	3	4			
		Brat/sestra.....	1	2	3	4			
		Baba/deda.....	1	2	3	4			
		Najbolji drug ili drugarica.....	1	2	3	4			
		Neko iz tvog društva..	1	2	3	4			
125.	Kakav je tvoj stav o alkoholu?	Ne slažem se			Slažem se	Ne znam	126		
		Smanjuje napetost i opušta....			1	2		3	
		Uliva hrabrost, smanjuje strah			1	2		3	
		Popravlja raspoloženje.....			1	2		3	
		Piće se u društvu ne odbija.....			1	2		3	

	Male količine ne škode zdravlju.....	1	2	3
	Lekovit je.....	1	2	3
	Šteti zdravlju.....	1	2	3

XX. UPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

126.	Da li si čuo/la za sledeća sredstva i šta misliš o njima?	Nikad čuo/la	Čuo/la, ali ništa ne znam o njima	Bezopasna su ako se koriste pravilno	Uvek su štetna	127		
		Amfetamin (spid).....	1	2	3		4	
		Barbiturati (sredstva za spavanje)....	1	2	3		4	
		Kanabis (marihuana, trava).....	1	2	3		4	
		Ekstazi.....	1	2	3		4	
		Kokain (koka).....	1	2	3		4	
		Halucinogene droge (LSD).....	1	2	3		4	
		Heroin.....	1	2	3		4	
		Morfijum.....	1	2	3		4	
		Krek.....	1	2	3		4	
		Rastvarači (lepak).....	1	2	3		4	
		Sredstva za umirenje (npr. bensedin, librijum)	1	2	3		4	
		Sredstva protiv bolova (npr. trodon).....	1	2	3		4	
Kombinacija (npr. trodon i alkohol ili neka druga).....	1	2	3	4				
127.	Ako ti je bilo kada ponuđena droga, ko ti je ponudio?			Ne	Da	128		
		Najbolji drug/drugarica.....		1	2			
		Neko iz društva.....		1	2			
		Neko nepoznat koga je jedan od drugova doveo u društvo.....		1	2			
		Prišao mi je neko nepoznat i ponudio.....		1	2			
		Nije mi ponuđena droga		1	2			
128.	Upiši da li neko od tvojih prijatelja iz društva:			Ne	Da	Ne znam	129	
		„Duva” lepak.....		1	2	3		
		Puši „travu”.....		1	2	3		
		Uzima „teže” droge (heroin, kokain i sl.).....		1	2	3		
		Uzima tablete (bensedin, valijum, amfetaminid.).....		1	2	3		
129.	Da li si probao/la ili uzimaš neku od navedenih supstanci? (Ako nikad nisi probao/la neko od navedenih sredstava pređi na 132. pitanje)	Nikad	Probao/la 1 do 2 puta	Uzimao/la pre, sada ne	Uzimam povremeno	Uzimam svakodnevno	130	
		Lepak.....	1	2	3	4		5
		Tablete (bensedin, valijum, amfetamin i dr.).	1	2	3	4		5
		Marihuanu.....	1	2	3	4		5
		Hašiš.....	1	2	3	4		5
		Kokain.....	1	2	3	4		5
		Ekstazi.....	1	2	3	4		5
		Heroin.....	1	2	3	4		5
		130.	Koliko si imao/la godina kada si prvi put probao/la:	Lepak.....				1
Tablete.....					1	1	1 godina	
Marihuanu.....					1	1	1 godina	
Hašiš.....					1	1	1 godina	

		Kokain.....	1__1__1 godina			
		Heroin.....	1__1__1 godina			
		Ekstazi.....	1__1__1 godina			
131.	Gde si prvi put probao/la neku od prethodno navedenih supstanci?	Na žurci, u diskoteci, kafiću.....	1	132		
		Na ulici.....	2			
		U školi.....	3			
		U stanu svoga druga/rice ili svom stanu...	4			
		Negde drugo	5			
132.	Kakav je tvoj stav o drogama?		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam	133
		Smanjuju napetost i opuštaju.....	1	2	3	
		Popravljaju raspoloženje.....	1	2	3	
		Marihuana ne izaziva zavisnost..	1	2	3	
		Male količine ne škode zdravlju..	1	2	3	
		Droge podstiču kreativnost.....	1	2	3	
		Bolje je i ne probati ih.....	1	2	3	
		Treba legalizovati prodaju „lakih” droga (marihuana).....	1	2	3	
		Štetne su po zdravlje.....	1	2	3	
133.	Da li smatraš da u našoj sredini maloletnicima zakonom treba ograničiti prodaju:		Ne	Da	Ne znam	134
		Duvana.....	1	2	3	
		Alkohola.....	1	2	3	
		Lekova.....	1	2	3	
		„Lakih” droga (marihuana)....	1	2	3	

XXI. SEKSUALNI ŽIVOT

134.	Da li si do sada imao/la devojku/momka?	Ne.....	1	135		
		Da.....	2			
135.	Da li si iskusio/la nešto od navedenog i koliko godina si imao/la kada je to prvi put bilo?	Ne	Da	Prvi put (sa koliko godina)	136	
		Grljenje.....	1	2		I__I__I
		Ljubljenje u usta („filmski”).	1	2		I__I__I
		Maženje (iznad struka).....	1	2		I__I__I
		Maženje (ispod struka).....	1	2		I__I__I
		Seksualni odnos.....	1	2		I__I__I
		Oralni seks.....	1	2		I__I__I
		Nešto drugo (napiši šta)	1	2	I__I__I	
136.	Da li imaš seksualne odnose?	Ne.....	1	137		
		Da.....	2	138		
137.	Navedi razlog:	Nemam partnera.....	1	145		
		Iz zdravstvenih razloga.....	2			
		Rano je za to.....	3			
		Drugo (navesti)	4			
138.	Koji je bio tvoj glavni razlog za stupanje u prvi seksualni odnos?	Zato što je većina iz mog društva to već iskusila.	1	139		
		Insistiranje partnera.....	2			
		Radoznalost.....	3			
		Bio/la sam pod dejstvom alkohola/droge.....	4			
		Strast.....	5			
		Usamljenost.....	6			
		Ljubav prema partneru.....	7			
		Fizička privlačnost.....	8			
		Zato što sam mislio/la da je vreme za to.....	9			
139.	Da li stupaš u seksualni odnos sa osobom koju prvi put u životu srećeš?	Ne.....	1	140		
		Da	2			
		Ponekad.....	3			
140.	Da li pri prvom seksualnom kontaktu sa nekom osobom zahtevaš upotrebu kondoma?	Ne.....	1	141		
		Da	2			
		Ponekad.....	3			

141.	Da li održavaš seksualne odnose sa:	Jednim partnerom.....	1	142		
		Dva ili više partnera.....	2			
		Ne želim da odgovorim	3			
142.	Da li koristite zaštitno sredstvo (kondom, prezervativ)?	Nikad.....	1	143		
		Ponekad.....	2			
		Uvek.....	3			
143.	Da li pri seksualnom odnosu koristite kontraceptivna sredstva (sredstva za sprečavanje trudnoće)?	Ne.....	1	144		
		Da	2			
		Nemam potrebe.....	3			
144.	Da li ti i tvoja partner/ka koristite neko od kontraceptivnih sredstava (sredstava za sprečavanje trudnoće) pri seksualnom odnosu?		Ne	Da	Ponekad	145
		Pilulu.....	1	2	3	
		Intrauterinu spiralu.....	1	2	3	
		Lokalna hemijska sredstva (penu, AB film)..	1	2	3	
		Kondom (prezervativ-gumicu).....	1	2	3	
		Dijafragmu.....	1	2	3	
		Neploidne dane.....	1	2	3	
		Prekinut odnos.....	1	2	3	
		Ništa.....	1	2	3	
		Drugo (navedi).....	1	2	3	
145.	Da li si čuo/la za virus koji se zove HIV i za bolest sidu (AIDS) ?	Ne.....	1	146		
		Da	2			
146.	Šta misliš o sledećim izjavama?		Tačno	Netačno	Neznam	147
		Postoji način da se izbegne infekcija HIV-om	1	2	3	
		Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om ako imaju samo jednog seksualnog partnera koji nije zaražen i nema druge partnere	1	2	3	
		Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om pravilnom upotrebom kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa	1	2	3	
		Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om ako uopšte nemaju seksualne odnose	1	2	3	
		Sida se može dobiti ujedom komarca	1	2	3	
		Osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac virusa side	1	2	3	
		Virus side se može preneti sa majke na dete	1	2	3	
		Virus side se može preneti sa majke na dete tokom trudnoće	1	2	3	
		Virus side se može preneti sa majke na dete prilikom porođaja	1	2	3	
		Virus side se može preneti sa majke na dete preko mleka prilikom dojenja	1	2	3	
		Nastavniku koji ima virus, a još nije oboleo od side, treba dozvoliti da i dalje radi u školi	1	2	3	
		I dalje treba kupovati hranu kod prodavca za koga ste saznali da ima sidu ili virus side	1	2	3	
147.	Da li si se testirao/la na HIV, virus koji izaziva sidu?	Ne.....	1	148		
		Da	2			
148.	Da li su ti saopšteni rezultati?	Ne.....	1	149		
		Da	2			
149.	Da li znaš mesto gde možeš da se testiraš na HIV virus?	Ne.....	1			
		Da	2			

Dobro jutro/dan/veče, moje ime je _____. Mi smo iz Istraživačke agencije Strateški Marketing. Radimo na projektu Ministarstva zdravlja Republike Srbije koji se bavi istraživanjem zdravlja stanovništva. Bili bismo Vam veoma zahvalni ukoliko uzmete učešće u našoj anketi. Sve dobijene informacije će se tretirati kao strogo poverljive i nikada se neće otkriti njihov izvor. Niste obavezni da odgovorite na pitanje na koje ne želite i u svakom trenutku možete prekinuti razgovor.

UPITNIK ZA DOMAĆINSTVO

DEO DM - INFORMACIONI PANEL ZA DOMAĆINSTVO	
DM1. Redni broj popisnog kruga u uzorku: <input type="text"/>	DM2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu: <input type="text"/>
DM3. Ime i prezime anketara: _____ Šifra anketara: <input type="text"/>	DM4. Ime i prezime kontrolora: _____ Šifra kontrolora: <input type="text"/>
DM5. Dan / mesec / godina anketiranja: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 6 <input type="text"/>	
DM6. Adresa domaćinstva: _____	DM7. Telefon domaćinstva: _____ <i>[ANK] Nije obavezno upisati broj telefona domaćinstva</i>
Pošto su popunjeni svi upitnici za ovo domaćinstvo, uneti sledeće podatke:	
DM8. Rezultat popunjavanja Upitnika za domaćinstvo: Upitnik za domaćinstvo je popunjen..... 1 Niko nije kod kuće..... 2 Odbili da sarađuju..... 3 Domaćinstvo nije pronađeno..... 4 Drugo (navesti) _____ 95	DM9. Ime glavnog ispitanika: Ime: _____ <i>[ANK] Nije obavezno upisati ime glavnog ispitanika</i>
	DM10. Ukupan broj članova domaćinstva: <input type="text"/>
DM11. Broj odraslih osoba - 20 godina i više: <input type="text"/>	DM12. Broj popunjenih Upitnika za odrasle osobe 20+ : <input type="text"/>
	DM13. Broj urađenih Upitnika za samopopunjavanje za odrasle osobe 20+ : <input type="text"/>
DM14. Broj dece od 7 do 19 godina: <input type="text"/>	DM15. Broj popunjenih Upitnika za decu od 7 do 19 g. : <input type="text"/>
DM16. Broj dece od 12 do 19 godina: <input type="text"/>	DM17. Broj urađenih Upitnika za samopopunjavanje za decu od 12 do 19 godina: <input type="text"/>
<i>Napomena za anketara / kontrolora: Upisati napomene u vezi sa anketiranjem članova domaćinstva, kao što su broj ponovljenih poseta, nepotpuni pojedinačni formulari, broj pokušaja ponovljene posete i slično.</i>	
DM18. Šifra lica koje vrši unos podataka: <input type="text"/>	

DEO SD – SPISAK ČLANOVA DOMAĆINSTVA

U red 01 upisana je šifra 1. Glavni ispitanik. Dalje redom upisivati šifre srodstva sa glavnim ispitanikom svih članova domaćinstva (kolona SD2).
Zatim pitati: **Da li je još neko član domaćinstva, iako trenutno ne živi ovdje?** Ukoliko je odgovor potvrđan, dopuniti spisak ostalim članovima domaćinstva. Zatim preći na deo KD – Karakteristike domaćinstva.

Broj reda člana domaćinstva:	SD1. Ime:	SD2. Srodstvo sa glavnim ispitanikom: 2. Supruga/Suprug 3. Čerka/Sin 4. Majka/Otac 5. Sestra/Brat 6. Unuka/Unuk 7. Baba/Deda 8. Drugi rođaci 9. Nisu u srodstvu, ali žive u istom domaćinstvu	SD3. Pol:		SD4. Datum rođenja: Dan/Mesec/Godina	SD5. Navršene godine života:	SD6. Važi za upitnik:		
			Ženski	Muški			Za odraslu osobu 20+	Za dete od 7 do 19	Za dete od 12 do 19
							Zaokružiti broj reda za osobu 20+	Zaokružiti broj reda za dete od 7 do 19	Zaokružiti broj reda za dete od 12 do 19
01		1. Glavni ispitanik	1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		01	01	01
02			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		02	02	02
03			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		03	03	03
04			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		04	04	04
05			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		05	05	05
06			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		06	06	06
07			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		07	07	07
08			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		08	08	08
09			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		09	09	09
10			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		10	10	10
11			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		11	11	11
12			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		12	12	12
13			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		13	13	13
14			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		14	14	14
15			1	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		15	15	15
							Odrasla osoba	Dete 7-19	Dete 12-19
Ukupno							<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[ANK] Sada bi trebalo pripremiti posebne upitnike za svaku odraslu osobu starosti 20 i više godina koja živi u ovom domaćinstvu: Upitnik za odraslu osobu 20+ i Upitnik za samopopunjavanje za odraslu osobu 20+.

Za svako dete uzrasta 7 do 19 godina pripremiti Upitnik za dete od 7 do 19 godina.

Za svako dete uzrasta 12 do 19 godina pripremiti Upitnik za samopopunjavanje za dete od 12 do 19 godina.

NASTAVITI SA POPUNJAVANJEM UPITNIKA ZA DOMAĆINSTVO.

DEO KD – KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA			
KD1	Koje je vrste stambeni objekat u kome živite?	1. Kuća 2. Stan u kući 3. Stan u zgradi sa manje od 15 stanova 4. Stan u zgradi sa više od 15 stanova 95. Drugo, (navesti)_____	KD2
KD2	Ko je vlasnik kuće/stana?	1. Jedan od članova domaćinstva 2. Država/Preduzeće 3. Roditelj 4. Stanodavac 95. Drugo, (navesti)_____ NZ (Ne zna)	KD3
KD3	Kolika je površina Vaše kuće/stana?	_____ m ²	KD4
KD4	Koliko imate soba u kući/stanu? [ANK] Računaju se sve sobe uključujući i dnevnu sobu.	_____ soba	KD4A
KD4A	Koliko se prostorija u kući/stanu domaćinstva koristi za spavanje?	_____ prostorija za spavanje	KD5
KD5	Od kog osnovnog materijala je napravljen pod u kući/stanu? [ANK] Jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući materijal.	1. Parket/laminat/brodski pod/keramičke pločice 2. Patos/beton 3. Zemlja 95. Drugo, (navesti)_____	KD5A
KD5A	Od kog osnovnog materijala je napravljen krov kuće/zgrade? [ANK] Jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući materijal.	1. Slama 2. Trska 3. Drvene daske 4. Lim 5. Crep 6. Cementna/betonska ploča 7. Krovna šindra 95. Drugo, (navesti)_____	KD5B
KD5B	Od kog osnovnog materijala su sagrađeni zidovi u kući/stanu domaćinstva? [ANK] Jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući materijal.	1. Naboj (trska, slama, blato) 2. Kamen i blato 3. Nepečena cigla 4. Šperploča 5. Karton 6. Polovna građa 7. Beton 8. Kamen sa cementom 9. Cigla 10. Cementni blok 11. Drvene daske/šindra 95. Drugo, (navesti)_____	KD6
KD6	Da li u Vašoj kući/stanu imate električnu energiju (struju)?	1. Ne 2. Da	KD7
KD7	Koji izvor energije najčešće koristite za grejanje u Vašoj kući/stanu? [ANK] Jedan odgovor	1. Električna energija 2. Gas 3. Drvo 4. Ugalj 5. Nafta/Lož ulje/Mazut 95. Drugo, (navesti)_____	KD8
KD8	Kako procenjujete uslove Vašeg stanovanja? [ANK] Jedan odgovor	1. Vrlo loši 2. Loši 3. Prosečni 4. Dobri 5. Vrlo dobri NZ (Ne zna)	DEO VO

DEO VO - SNABDEVANJE PIJAĆOM VODOM I UKLANJANJE OTPADNIH MATERIJA

VO1	Da li imate izvor vode/priključak za vodu u kući/stanu?	1. Ne ----- 2. Da	VO2 VO4
VO2	Koliko je udaljen izvor vode za piće od Vašeg domaćinstva? [ANK] Jedan odgovor	1. U dvorištu 2. Manje od 100 m 3. Od 100 do 199 m 4. Od 200 do 499 m 5. Od 500 m do 1 km 6. Više od 1 km NZ (Ne zna)	VO3
VO3	Koliko je vremena potrebno da biste došli do vode za piće? [ANK] Računa se samo u jednom pravcu	_____ minuta	VO4
VO4	Koji je glavni izvor pijaće vode za članove Vašeg domaćinstva? [ANK] Jedan odgovor	1. Gradski vodovod 2. Seoski (lokalni) vodovod 3. Javna česma 4. Bušeni bunar 5. Pokriven kopani bunar ili uređen izvor 6. Nepokriven kopani bunar ili neuređen izvor 7. Jezero, reka, potok 8. Kišnica ----- 9. Flaširana voda ----- 10. Cisterna 95. Drugo, (navesti)_____	VO5 VO4A VO5
VO4A	Koji je glavni izvor vode koji Vaše domaćinstvo koristi za ostale potrebe, kao što je kuvanje ili pranje ruku? [ANK] Jedan odgovor	1. Gradski vodovod 2. Seoski (lokalni) vodovod 3. Javna česma 4. Bušeni bunar 5. Pokriven kopani bunar ili uređen izvor 6. Nepokriven kopani bunar ili neuređen izvor 7. Jezero, reka, potok 8. Kišnica 9. Cisterna 95. Drugo, (navesti)_____	VO5
VO5	Da li postoje prekidi u snabdevanju vodom?	1. Ne 2. Da, povremeno 3. Da, svakodnevno 4. Da, u toku leta	VO6
VO6	Da li imate nužnik (WC) u kući/stanu?	1. Ne ----- 2. Da	VO7 VO8
VO7	Koliko je udaljen nužnik (WC) od Vašeg domaćinstva?	1. Manje od 50 m 2. Više od 50 m NZ (Ne zna)	VO8
VO8	Kakvu vrstu nužnika (WC-a) koristi Vaše domaćinstvo? [ANK] Jedan odgovor	1. Nužnik na ispiranje sa priključkom na kanalizaciju 2. Nužnik na ispiranje sa priključkom na septičku jamu 3. Nužnik bez ispiranja sa vodonepropusnom jamom 4. Poljski nužnik 5. Nema nužnik	VO9
VO9	Da li pored Vašeg domaćinstva, nužnik (WC) koristi i neko drugo domaćinstvo?	1. Ne 2. Da, 1—2 domaćinstva 3. Da, 3—5 domaćinstava 4. Da, više od 5 domaćinstava	VO10
VO10	Kako uklanjate otpadne materije (đubre) iz Vašeg domaćinstva? [ANK] Jedan odgovor	1. Odnosi se organizovano na nivou opštine/naselja 2. Odlazete ih na mesto predviđeno za to u naselju gde živite 3. Bacate ih na "divlje" deponije 4. Spaljujete ih 5. Zakopavate ih 6. Stavljate ih na gomilu u blizini kuće 7. Bacate ih u reku 8. Izbacujete u neposrednu okolinu 95. Drugo, (navesti)_____	DEO SE

DEO SE - SOCIOEKONOMSKO STANJE DOMAĆINSTVA						
SE1	Koliko ukupno izvora prihoda ima Vaše domaćinstvo?				SE2	
SE2	Koji je glavni izvor novčanih prihoda u Vašem domaćinstvu? [ANK] Jedan odgovor.	1. Plata u državnoj službi 2. Plata kod privatnika 3. Penzija 4. Sopstveni posao 5. Poljoprivreda 6. Izdavanje nekretnina 7. Socijalna pomoć 8. Nema novčanih primanja 95. Drugo (navesti) _____ BO (Odbija da odgovori)			SE3	
SE3	Na koji način obezbeđujete hranu za domaćinstvo?		Ne	Da	SE4	
		1. Kupovinom	1	2		
		2. Sopstvenom proizvodnjom	1	2		
		3. Dobijanjem pomoći od rođaka/prijatelja/ komšija	1	2		
		4. Hranim/o se u narodnoj kuhinji	1	2		
95. Drugo (navesti) _____	1	2				
SE4	Procenite rashode Vašeg domaćinstva za troškove ishrane u toku prethodnog meseca:	1. Manje od 30% 2. Od 30 do 50% 3. Od 51 do 70% 4. Preko 70% NZ (Ne zna)			SE5	
SE5	Da li su prihodi Vašeg domaćinstva u toku prethodnog meseca bili dovoljni za troškove: [ANK] Šifru 3 – Ne koristi moguće je zaokružiti isključivo za kategorije odgovora 6, 7 i 8.		Ne	Da	Ne koristi	SE6
		1. Ishrane	1	2		
		2. Lične higijene	1	2		
		3. Higijene domaćinstva	1	2		
		4. Odeću, obuću	1	2		
		5. Režijske troškove	1	2		
		6. Zdravstvenu zaštitu (preglede, lekove)	1	2	3	
		7. Rekreaciju	1	2	3	
8. Izlaske (u pozorište, bioskop, kafanu...)	1	2	3			
SE6	Da li je neko od članova Vašeg domaćinstva u toku prethodnih 12 meseci bio na letovanju/zimovanju?	1. Ne 2. Da			SE7	
SE7	Da li Vaše domaćinstvo ima:		Ne	Da	SE8	
		1. Zemlju	1	2		
		2. Automobil	1	2		
		3. Traktor	1	2		
		4. Frižider	1	2		
		5. Bojler	1	2		
		6. Mašinu za pranje veša	1	2		
		7. Mašinu za pranje sudova	1	2		
		8. Televizor u boji	1	2		
		9. Telefon	1	2		
		10. Mobilni telefon	1	2		
		11. Personalni računar	1	2		
		12. Pristup internetu	1	2		
		13. Kupatilo	1	2		
		14. Centralno grejanje	1	2		
		15. Klima uređaj	1	2		
16. Uštedevinu	1	2				
SE8	Kako procenjujete materijalno stanje Vašeg domaćinstva? [ANK] Jedan odgovor	1. Vrlo loše 2. Loše 3. Prosečno 4. Dobro 5. Vrlo dobro NZ (Ne zna)			SE9	

SE9	Koliki je ukupan prihod Vašeg DOMAĆINSTVA u prethodnom mesecu? Suma u dinarima.	_____ dinara		SE10	
SE10	Koliko novca je, po Vašem mišljenju, mesečno potrebno Vašem domaćinstvu da bi moglo normalno da živi? Suma u dinarima. <i>[ANK]</i> Suma u pitanju SE 10 ne sme biti manja od sume iz pitanja SE 11.	_____ dinara		SE11	
SE11	Koji je po Vašem mišljenju apsolutno minimalan iznos mesečno potreban da bi Vaše domaćinstvo bilo u stanju da pokrije najosnovnije životne potrebe? Suma u dinarima. <i>[ANK]</i> Suma u pitanju SE11 ne sme biti veća od sume date u pitanju SE10. Pod najosnovnijim životnim potrebama se podrazumevaju opcije od 1 do 6 iz pitanja SE5.	_____ dinara		SE12	
SE12	Koliko je od Vaše kuće/stana udaljena najbliža: <i>[ANK]</i> Kada je u pitanju udaljenost u izražena u minutima, podrazumeva se vreme koje je potrebno da se stigne do određene zdravstvene ustanove prevoznim sredstvom koje se <u>najčešće</u> koristi .	1. Ambulanta	a _____ min.	b _____ km.	DEC IZ
		2. Dom zdravlja	a _____ min.	b _____ km.	
		3. Bolnica	a _____ min.	b _____ km.	
		4. Apoteka	a _____ min.	b _____ km.	



Mi smo iz Istraživačke agencije Strateški Marketing. Radimo na projektu Ministarstva zdravlja Republike Srbije koji se bavi istraživanjem zdravlja stanovništva. Želeo(la) bih da o tome porazgovaram sa Vama. Ovaj razgovor će trajati oko 30 minuta. Sve dobijene informacije će se tretirati kao strogo poverljive i nikada se neće otkriti njihov izvor. Niste obavezni da odgovorite na pitanje na koje ne želite i u svakom trenutku možete prekinuti razgovor.

UPITNIK ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 7 DO 19 GODINA

DEO DO- INFORMACIONI PANEL UPITNIK ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 7 DO 19 GODINA

Potrebno je popuniti poseban upitnik za svakog člana domaćinstva koji ispunjava uslov, a koji živi u tom domaćinstvu. Upisati redni broj popisnog kruga u uzorku i redni broj domaćinstva u popisnom krugu, kao i ime i broj reda ispitanika. Upisati ime i šifru anketara i datum anketiranja.

DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku:

DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu:

DO3. Ime člana domaćinstva od 7 do 19 godina:

DO4. Broj reda člana domaćinstva od 7 do 19 godina:

DO5. Ime i prezime anketara:

DO6. Dan / mesec / godina anketiranja:

DO7. Rezultat ankete rađene za decu i omladinu uzrasta od 7 do 19 godina:

[ANK] Šifre se odnose na člana domaćinstva od 7 do 19 godina, tj. na situaciju da li je taj član pristao/la na anketiranje.

1. Upitnik je popunjen
2. Ispitanik nije kod kuće
3. Ispitanik odbija razgovor
4. Upitnik je delimično popunjen
95. Drugo, navesti: _____

Ponoviti uvodni pozdrav ukoliko to već nije učinjeno:

Poštovani,

Ovom prilikom želimo da Vam se najsrdačnije zahvalimo u ime istraživačke agencije Strategic Marketing Research što ste izdvojili svoje vreme i učestvovali u ovoj anketi.

Strategic Marketing Research garantuje i štiti vašu anonimnost. Podaci prikupljeni na ovaj način posmatraju se samo grupno i koristiće se jedino u svrhu ovog istraživanja. Ne postoji način da se bilo koji Vaš odgovor iz ove ankete poveže sa podacima o Vašem identitetu.

U slučaju pitanja molimo Vas kontaktirajte nas na broj 011 328 49 87, Natalija Biliškov.

Hvala Vam na saradnji!

Možemo li da počnemo?

Po dobijanju pristanka, početi sa razgovorom. Ako ispitanik ne želi da nastavi, treba mu / joj se zahvaliti, kod pitanja DO7 zaokružiti odgovarajuću šifru i preći na sledeći upitnik. Konsultujte se sa kontrolorom o ishodu i sledećoj poseti.

DEO DK - DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I SOCIOEKONOMSKI STATUS											
DK1	U koji razred ideš?	1. Osnovna škola	1	2	3	4	5	6	7	8	DK2
		2. Srednja škola	1	2	3	4					
		3. Pohađam višu školu/fakultet									DK3
		4. Ne idem u školu									
DK2	Sa kakvim uspehom si završio/la prethodni razred?	1. Odličan 2. Vrlo dobar 3. Dobar 4. Dovoljan 5. Ponavljao/la 6. Nisam išao/la u školu									DK3
DK3	Koliko imaš braće i sestara?	Upisati broj _____ braće/sestara									DK4
DK4	Sa kim živiš?	1. Sa oba roditelja 2. Samo sa majkom 3. Samo sa ocem 4. Sa majkom i očuhom 5. Sa ocem i maćehom 6. Samo sa babom i/ili dedom 7. Sa staracima 8. Sam 95. Drugo _____									DK5
DK5	Da li imaš svoju sobu?	1. Ne 2. Da									DK6
DK6	Koliko novca, po tvojoj proceni, imaš za džeparac nedeljno?	1. Nemam džeparac 2. Do 100 dinara 3. Od 101 do 300 dinara 4. Od 301 do 500 dinara 5. Preko 500 dinara									DEO HN

DEO HN – HIGIJENSKE NAVIKE						
HN1	Da li pereš ruke? [ANK] Pokazati karticu HN1		Skoro nikad	Kako - kad	Uvek	HN2
		1. Po ulasku u kuću	1	2	3	
		2. Pre jela	1	2	3	
		3. Posle upotrebe WC-a (nužnika)	1	2	3	
HN2	Koliko često pereš zube?	1. Nikad 2. Povremeno 3. Jednom dnevno 4. Više od jednom dnevno				HN3
HN3	Koliko puta si se tokom prošle nedelje kupao/la ili tuširao/la? [ANK] Odnosi se na broj dana u nedelji.	1. Nijednom 2. Jednom 3. 2 do 3 puta 4. 4 do 6 puta 5. Svaki dan				HN4
HN4	Koliko često menjaš donji veš?	1. Jednom nedeljno ili rede 2. Svaka 3 do 4 dana 3. Svaki drugi dan 4. Svaki dan				DEO IS

DEO IS – ISHRANA						
IS1	Koliko puta nedeljno:		Nikad	Ponekad	Svaki dan	IS2
		1. Doručkuješ	1	2	3	
		2. Užinaš pre podne	1	2	3	
		3. Ručaš	1	2	3	
		4. Užinaš posle podne	1	2	3	
		5. Večeraš	1	2	3	
IS2	Koliko čaša vode prosečno dnevno popiješ? [ANK] Nemojte upisivati intervale, upišite tačan broj čaša. Misli se na obične čaše od 2dl obične, mineralne, gazirane ili negazirane vode.	_____ čaša				IS3

IS3	Da li piješ mleko, jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao?	1. Nikad 2. Ponekad					IS5
		3. Svaki dan po jednu šolju 4. Svaki dan po 2 ili više šolja					IS4
IS4	Koliki procenat masnoće ima mleko koje obično konzumiraš?	1. Ne obraćam pažnju na sadržaj masti 2. Manje od 0.5% masti (obrano) 3. 0.5% do 3.2% masti (delimično obrano) 4. Više od 3.2% masti (punomasno) 5. Ne pijem mleko					IS5
IS5	Koliko često si tokom prošle nedelje jeo/la ili pio/la? [ANK] Odnosi se na broj dana u nedelji.						IS6
	[ANK] Pokazati karticu IS5	Nijednom	1 do 2 puta	3 do 5 puta	6 do 7 puta		
	1. Kuvan krompir	1	2	3	4		
	2. Pržen krompir	1	2	3	4		
	3. Pirinač/testenine	1	2	3	4		
	4. Žitarice (kuvano žito, mekinje, ovsene, kukuruzne i druge pahuljice, palenta/kačamak)	1	2	3	4		
	5. Sir	1	2	3	4		
	6. Ribu	1	2	3	4		
	7. Piletinu i ostala živinska mesa	1	2	3	4		
	8. Meso (juneće, svinjsko, jagnjeće)	1	2	3	4		
	9. Mesne prerađevine	1	2	3	4		
	10. Jaja	1	2	3	4		
	11. Pasulj, grašak, sočivo i slično	1	2	3	4		
	12. Sveže povrće, salatu	1	2	3	4		
	13. Drugo povrće (jela od povrća, smrznuto, konzervirano)	1	2	3	4		
	14. Sveže voće	1	2	3	4		
	15. Drugo voće (smrznuto, konzervirano)	1	2	3	4		
	16. Kolače, keks	1	2	3	4		
	17. Slatkiše (bombone, čokolade)	1	2	3	4		
	18. Slatka bezalkoholna pića (gazirane/negazirane sokove, toplu čokoladu)	1	2	3	4		
	19. Sendvič	1	2	3	4		
20. Čips i druge grickalice	1	2	3	4			
21. Hranu kupljenu u pekari (paštete, pogačice, burek, pica i sl.), kiosku, restoranu brze hrane	1	2	3	4			
IS6	Koju vrstu hleba najčešće koristiš u ishrani? [ANK] Jedan odgovor	1. Beli 2. Polubeli 3. Crni, ražani i slične vrste 4. Kombinovano					IS7
		5. Ne jedem hleb					IS8
IS7	Koju vrstu masnih namaza najčešće mažeš na hleb? [ANK] Jedan odgovor	1. Margarin 2. Puter 3. Majonez 4. Mast 5. Kajmak/krem sir/pavlatu i slično 6. Paštetu 7. Ne koristim nikakav namaz					IS8
IS8	Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane u tvojoj kući (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.)? [ANK] Jedan odgovor	1. Svinjska mast, puter 2. Biljna mast, margarin 3. Ulje 4. Ne koristi se masnoća NZ (Ne zna)					IS9
IS9	Da li si na dijeti za mršavljenje?	1. Ne 2. Da					IS10
IS10	Da li pri izboru načina ishrane razmišljaš o svom zdravlju?	1. Nikad 2. Ponekad 3. Često 4. Uvek					DEO SV

DEO SV - SLOBODNO VREME, FIZIČKA AKTIVNOST I SPORT

SV1	Kako provodiš slobodno vreme?	Nikad ili skoro nikad	Ponekad	Često	
	1. Gledam televiziju, DVD, video-kasete	1	2	3	
	2. Provodim vreme igrajući se na kompjuteru	1	2	3	
	3. Slušam muziku (radio, CD, ploče)	1	2	3	
	4. Sviram neki instrument	1	2	3	
	5. Čitam knjigu	1	2	3	
	6. Crtam i pišem iz zabave	1	2	3	
	7. Idem na folklor, u plesnu školu	1	2	3	
	8. Idem na hor, čas stranog jezika, sekciju	1	2	3	
	9. Igram se ili šetam kućnog ljubimca	1	2	3	
	10. Bavim se individualnim sportom (karate, tenis, klizanje...)	1	2	3	
	11. Bavim se timskim sportom (fudbal, košarka, odbojka...)	1	2	3	
	12. Pomažem u kući ili oko kuće	1	2	3	
	13. Radim u polju, na njivi	1	2	3	
	14. Čuvam, hranim stoku/živicu	1	2	3	
	15. Idem u bioskop, pozorište, na koncerte	1	2	3	
	16. Provodim vreme sa društvom u kafiću	1	2	3	
	17. Provodim vreme sa društvom u diskoteci	1	2	3	
	95. Drugo, navesti: _____	1	2	3	SV2
SV2	Koliko vremena prosečno dnevno provodiš gledajući televiziju u toku školske godine?	1. Do 1 sat 2. Od 1 do 2 sata 3. Više od 2 sata			SV3
SV3	Koliko vremena prosečno dnevno provodiš u izradi domaćih zadataka/učenju?	1. Do 1 sat 2. Od 1 do 2 sata 3. Više od 2 sata			SV4
SV4	Da li redovno radiš fizičko vaspitanje u školi?	1. Izbegavam kad god mogu 2. Oslobođen/a sam 3. Da, radim redovno 4. Nema uslova			SV5
SV5	Koliko se često, u slobodno vreme, baviš fizičkim vežbama tako da se zaduvaž ili oznojiš?	1. Skoro svaki dan 2. 3 puta nedeljno 3. Jednom do dva puta nedeljno			SV6
		4. 2 do 3 puta mesečno 5. Nekoliko puta godišnje/nikad 6. Ne mogu da vežbam zbog bolesti/invalidnosti			SV7
SV6	Koliko se sati nedeljno van škole baviš fizičkim vežbama tako da se zaduvaž ili oznojiš?	1. Do 1 sat 2. Od 2 do 3 sata 3. Od 4 do 6 sati 4. 7 sati i više			SV7
SV7	Kada ideš na spavanje radnim danom?	1. Pre 22:00 h 2. Od 22:00 do 22:59 h 3. Od 23:00 do 23:59 h (ponoći) 4. Od 00:00 do 00:59 h 5. Posle 01:00h			SV8
SV8	Koliko dugo noću spavaš radnim danom?	1. 3 do 4 sata 2. 5 do 6 sati 3. 7 do 8 sati 4. 9 i više sati			SV9a

[ANK] Na sledeća 4 pitanja odgovaraju samo mladi koji imaju 15 godina i više.

Razmisli o aktivnostima koje zahtevaju **veliki fizički napor**, a kojima si se bavio/la u poslednjih nedelju dana. Naporne fizičke aktivnosti su one pri kojima dišeš znatno teže nego obično i uključuju podizanje tereta, kopanje, aerobik ili brzu vožnju bicikla. Uzmi u obzir samo one fizičke aktivnosti koje su trajale najmanje 10 minuta u kontinuitetu.

SV9	SV9a Koliko si se u poslednjih nedelju dana bavio/la napornim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV9b SV10a
	SV9b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la baveći se napornim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV10a

Razmisli o aktivnostima koje zahtevaju **umeren fizički napor**, a kojima si se bavio/la u poslednjih nedelju dana. Umerene fizičke aktivnosti su one pri kojima se malo zadržavaš i uključuju nošenje lakših tereta, vožnju bicikla umerenom brzinom i sl. Nemoj uključivati hodanje. Uzmi u obzir samo one fizičke aktivnosti koje su trajale najmanje 10 minuta u kontinuitetu.

SV10	SV10a Koliko si se u poslednjih nedelju dana bavio/la umerenim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV10b SV11a
	SV10b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la baveći se umerenim fizičkim aktivnostima? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV11a

Sada razmisli o tome koliko si vremena u poslednjih nedelju dana proveo/la **hodajući**. Ovo uključuje hodanje do škole/posla i nazad, hodanje od jednog do drugog mesta, kao i ono koje si preduzeo/la samo zbog rekreacije, sporta, vežbanja ili rasonode.

SV11	SV11a U poslednjih nedelju dana, tokom koliko dana si hodao/la najmanje 10 minuta u kontinuitetu? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 dana.	1. Upisati broj dana: _____ dana BO (Odbija da odgovori) NZ (Ne zna)	SV11b SV12
	SV11b Koliko si obično vremena u toku jednog dana proveo/la hodajući? [ANK] Ukoliko je odgovor "Nijedan" upisati 0 sati i 0 minuta.	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	SV12

Sada razmisli o tome koliko si vremena proveo/la **sedeći** tokom radnih dana u poslednjoj nedelji, uključujući vreme koji si proveo/la u školi/na poslu i kod kuće. Ovo podrazumeva sedenje za stolom, sedenje/ležanje prilikom učenja, gledanja televizije, čitanja, posete prijateljima, putovanje kolima, autobusom.

SV12	U poslednjih nedelju dana, koliko si ukupno vremena obično proveo/la sedeći u toku jednog RADNOG DANA?	1. Upisati broj sati _____ i minuta _____	DEO PS
------	--	---	--------

DEO PS – PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU

PS1	Da li koristiš neko osvetljenje (baterijsku lampu, mačije oči na školskoj torbi, patike koje svetle i dr.) kada ideš po mraku neosvetljenom ulicom ili putem?	1. Skoro uvek 2. Ponekad 3. Nikad 4. Ne idem po mraku	PS2
PS2	Ako voziš, da li prilikom vožnje:	Ne Ponekad Da Ne vozim	PS3
	1. rolera/skejtboarda koristiš štitičke i kacigu	1 2 3 4	
	2. bicikla koristiš zaštitnu kacigu	1 2 3 4	
	3. bicikla noću koristiš prednje i zadnje svetlo	1 2 3 4	
	4. traktora noću koristiš prednja i zadnja svetla	1 2 3 4	
	5. motora koristiš zaštitnu kacigu	1 2 3 4	
	6. automobila koristiš sigurnosni pojas	1 2 3 4	
	7. automobila voziš pod uticajem alkohola	1 2 3 4	
	8. automobila prekoračuješ dozvoljenu brzinu	1 2 3 4	
	9. automobila koristiš mobilni telefon	1 2 3 4	
PS3	Da li prelaziš ulicu van pešačkog prelaza ili na crveno svetlo semafora za pešake?	1. Ne 2. Da, ponekad 3. Da, često	PS4
PS4	Da li kao suvozač koristiš :	Ne Ponekad Da Ne vozim se	DEO PO
	1. u automobilu sigurnosni pojas	1 2 3 4	
	2. na motoru zaštitnu kacigu	1 2 3 4	

DEO PO - POVREDE			
PO1	Da li si se u toku prethodnih 12 meseci povređivao/la?	1. Ne	DEO OR
		2. Da	PO2
PO2	Gde se dogodilo poslednje povređivanje?	1. U saobraćaju 2. U kući 3. Na poslu 4. U školi 5. Na ulici 6. U polju/na njivi 7. Na sportskom terenu 95. Drugo, navesti: _____	PO3
PO3	Gde ti je tom prilikom prvo pružena pomoć?	1. Na licu mesta – hitna pomoć 2. U bolnici 3. U domu zdravlja/ambulanti 4. Kod privatnog lekara 5. Kod narodnog iscelitelja 95. Drugo, navesti: _____ 6. Nisam se obratio/la za pomoć	DEO OR

DEO OR - OSTALI RIZICI I ZNANJA O ZDRAVLJU						
OR1	Da li smatraš da u tvom mestu postoje sledeći rizici po zdravlje?				OR2	
		Ne	Da	Ne znam		
	1. Buka	1	2	NZ		
	2. Zagađenje vazduha	1	2	NZ		
	3. Zagađenje vode	1	2	NZ		
	4. Otpadne materije	1	2	NZ		
	5. Radioaktivno zračenje	1	2	NZ		
	6. Ultraljubičasto (UV) / sunčevo zračenje	1	2	NZ		
	7. Nasilje, kriminal	1	2	NZ		
95. Drugo, navesti: _____	1	2	NZ			
OR2	Kako procenjuješ svoju školu u odnosu na higijenu, bezbednost i mogućnost rekreacije?				OR3	
		Loša	Dobra	Odlična		
	1. Higijena	1	2	3		
	2. Bezbednost	1	2	3		
3. Mogućnost rekreacije	1	2	3			
OR3	Da li smatraš da svojim ponašanjem rizikuješ da oboliš od neke od navedenih bolesti				OR4	
		Ne	Da	Već oboleo/la		Ne znam
	1. Gojaznosti	1	2	3		NZ
	2. Povišenog krvnog pritiska	1	2	3		NZ
	3. Šećerne bolesti	1	2	3		NZ
	4. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog)	1	2	3		NZ
	5. Plućnih bolesti (hronični bronhitis)	1	2	3		NZ
	6. Raka	1	2	3		NZ
	7. Polnih bolesti, side (AIDS)	1	2	3		NZ
	8. Bolesti kao posledice povrede	1	2	3		NZ
95. Drugo, navesti: _____	1	2	3	NZ		

OR4	Da li ti je tokom prethodnih 12 meseci neka od navedenih osoba savetovala da:						OR5
	[ANK] Pokazati karticu OR4	Lekar, drugi zdravstveni radnik	Učitelj, nastavnik, profesor	Član porodice	Niko me nije savetovao	Nije bilo potrebno	
	1. Manje jedeš masno	1	2	3	4	5	
	2. Uzimaš manje slatkiša	1	2	3	4	5	
	3. Jedeš više voća i povrća	1	2	3	4	5	
	4. Smanjiš težinu (oslabiš)	1	2	3	4	5	
	5. Povećaš težinu (ugojiš se)	1	2	3	4	5	
	6. Povećaš fizičku aktivnost	1	2	3	4	5	
	7. Prestaneš da pušiš	1	2	3	4	5	
8. Piješ manje alkoholnih pića	1	2	3	4	5		
OR5	Od koga najčešće saznaješ ono što te interesuje o zdravlju, rizicima po zdravlje i bolestima? [ANK] Jedan odgovor	1. Roditelja 2. Rodaka 3. Nastavnika/pedagoga 4. Druga/drugarice 5. Lekara/medicinske sestre 6. Ni od koga				OR6	
OR6	Da li pratiš teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?						OR7
		Ne	Povremeno	Da			
	1. TV	1	2	3			
	2. Radio	1	2	3			
	3. Štampa	1	2	3			
4. Internet	1	2	3				
OR7	Da li si do sada učestvovao/la u nekoj akciji koja je vezana za unapređenje zdravlja (kviz-takmičenja, akcije Crvenog krsta, držanje predavanja, pisanje literarnih ili seminarskih radova, likovne izložbe itd.)?	1. Ne 2. Da				OR8	
OR8	Da li si u prethodnih 12 meseci:						OR9
		Ne	Da	Nije bilo potrebno			
	1. Smanjio/la unos masnoća	1	2	3			
	2. Smanjio/la unos slatkiša	1	2	3			
	3. Povećao/la konzumiranje voća i povrća	1	2	3			
	4. Smanjio/la težinu (oslabio/la)	1	2	3			
	5. Povećao/la težinu	1	2	3			
	6. Povećao/la fizičku aktivnost	1	2	3			
	7. Prestao/la da pušiš	1	2	3			
8. Smanjio/la konzumiranje alkoholnih	1	2	3				
OR9	Ako si promenio/la nešto u svom ponašanju u toku prethodnih 12 meseci, koji je bio glavni razlog?	1. Zdravstveni (zbog bolesti) 2. Zbog lepote/izgleda 3. Zbog zdravijeg načina života 95. Drugo, navesti: _____ 4. Nisam promenio/la ništa				OR10	
OR10	Šta su po tvom mišljenju tri najvažnija razloga obolevanja stanovništva u našoj zemlji?	-1- Pogrešna ishrana -2- Stres -3- Teški uslovi života -4- Naporan rad -5- Pušenje -6- Nedovoljno bavljenje fizičkim aktivnostima -7- Nedovoljno uzimanje vitamina, minerala -8- Gojaznost -9- Nasledni faktori -10- Alkohol -11- Nedovoljna zdravstvena zaštita - 95 - Drugo, navesti: _____				DEO ZZ	
	[ANK] Pokazati karticu OR10 i dozvoljeno tri odgovora						

DEO ZZ - PROCENA ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM												
ZZ1	Kako bi ocenio/la svoje zdravlje u celini? [ANK] Jedan odgovor.				1. Vrlo loše 2. Loše 3. Prosečno 4. Dobro 5. Vrlo dobro				ZZ2			
ZZ2	Kako procenjuješ svoju težinu? [ANK] Jedan odgovor.				1. Mršav/a sam 2. Nisam ni debeo/la ni mršav/a 3. Debeo/la sam 4. Ne mogu da ocenim				ZZ3			
ZZ3	Da li si zadovoljan/na svojim celokupnim izgledom?				1. Veoma sam nezadovoljan/na 2. Nezadovoljan/na sam 3. Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na 4. Zadovoljan/na sam 5. Veoma sam zadovoljan/na				ZZ4			
ZZ4	Kako procenjuješ svoju fizičku aktivnost? [ANK] Jedan odgovor				1. Vrlo loša 2. Loša 3. Prosečna 4. Dobra 5. Vrlo dobra				ZZ5			
ZZ5	Kako procenjuješ stanje svojih zuba? [ANK] Jedan odgovor				1. Vrlo loše 2. Loše 3. Prosečno 4. Dobro 5. Vrlo dobro				ZZ6			
ZZ6	Kakav je tvoj stav u vezi sa sopstvenim zdravljem?				Ne slažem se		Nisam siguran/a		Slažem se		ZZ7	
	1. Ja sam odgovoran/na za svoje zdravlje				1		2		3			
	2. Ako budem brinuo/la o sebi biću zdrav/a				1		2		3			
	3. Čak ako i budem vodio/la računa o sebi, lako ću se razboleti				1		2		3			
	4. Ako sam zdrav/a, to je čista sreća				1		2		3			
ZZ7	Rangiraj navedene životne vrednosti od prvog do devetog mesta prema važnosti koje one imaju za tebe: (1 - najznačajnije, 2 - manje značajno,5,6,... 9 - najmanje značajno) [ANK] Dajte ispitaniku kartice sa atributima i zamolite ga da na desnu stranu izdvoji najznačajniji atribut, a na levu stranu najmanje značajan atribut za njega. Potom neka između njih poreda ostale atribute po značajnosti.				1. Sreća u ljubavi						ZZ8	
					2. Puno para							
					3. Dobro zdravlje							
					4. Zanimljiv posao							
					5. Bavljenje politikom							
					6. Biznis (unosan posao)							
					7. Život u miru							
					8. Sloboda							
					9. Religija							
ZZ8	Molim te da na skali od 0 do 10 oceniš zadovoljstvo svojim sadašnjim životom, gde 0 znači najgori život, a 10 znači najbolji život. Možeš koristiti sve brojeve od 0 do 10. [ANK] Pokazati karticu ZZ8. Jedan odgovor.										ZZ9	
	Najgori život											Najbolji život
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ZZ9	Ako nisi u potpunosti zadovoljan/na svojim sadašnjim životom, kojim delom si najmanje zadovoljan/na? [ANK] Zaokružite najviše do tri odgovora				-1- Porodicom -2- Školom/poslom -3- Drugovima/dругaricama -4- Ljubavnim životom -5- Novčanom situacijom -6- Političkom situacijom -7- Samim sobom -95 - Drugo, navesti: _____ 8. U potpunosti sam zadovoljan				DEO OD			

DEO OD – ODNOSI SA DRUGIMA

OD1	Da li možeš lako da razgovaraš sa sledećim osobama o svojim problemima?				OD2		
		Takvu osobu nemam ili je ne vidam	Teško	Lako			
	1. Majka	1	2	3			
	2. Otac	1	2	3			
	3. Brat ili sestra	1	2	3			
	4. Baba ili deda	1	2	3			
	5. Rođak	1	2	3			
	6. Drug/drugarica	1	2	3			
	7. Nastavnik/pedagog	1	2	3			
8. Lekar/medicinska sestra	1	2	3				
OD2	Da li postoji neko na koga možeš računati u svakoj situaciji (problemi u školi, van škole, u porodici, ljubavni problemi i drugo)?			OD3			
				1. Ne 2. Da NZ (Ne zna)			
OD3	Kakav je tvoj život u školi?			Ne	Da	OD4	
				1	2		
	1. Do sada sam imao/la samo loša iskustva u školi			1	2		
	2. U školi mi je jako dosadno			1	2		
	3. U školi se osećam nesigurno			1	2		
	4. Pod stalnim sam pritiskom obaveza u školi			1	2		
	5. Moja škola je prijatno mesto za boravak			1	2		
	6. Školski drugovi/drugarice me prihvataju takvog/vu kakav/va sam			1	2		
7. Učenici iz moje škole vole da se druže samnom			1	2			
OD4	Kad završiš svoje sadašnje školovanje da li želiš da:			Ne	Da	Ne znam	DEO MZ
				1	2	NZ	
	1. Pronadeš posao što pre možeš			1	2	NZ	
	2. Nastaviš sa školovanjem			1	2	NZ	
	3. Završiš neki zanat			1	2	NZ	
	4. Obogatiš se što pre			1	2	NZ	
	5. Odvojiš se od kuće/roditelja			1	2	NZ	
	6. Osnuješ porodicu			1	2	NZ	
7. Odeš da živiš u inostranstvu			1	2	NZ		

DEO MZ - MENTALNO ZDRAVLJE

MZ1	Da li si bio/la napet/a, pod stresom/pritiskom, tokom prethodne 4 nedelje?		1. Ne 2. Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi 3. Da, više nego ostali ljudi 4. Da, moj život je skoro nepodnošljiv				MZ2		
MZ2	Da li si tokom prethodne 4 nedelje imao/la emocionalne probleme (tuga, neraspoloženje, zabrinutost, potištenost)?		1. Ne 2. Da				MZ3		
MZ3	Koliko dugo si se u toku prethodne 4 nedelje osećao/la na opisan način:						DEO OA		
	<i>[ANK] Pokazati karticu sa skalom MZ3. Pitati za sve opise iz tabele.</i>								
			Stalno	Najveći deo vremena	Dobar deo vremena	Neko vreme		Vrlo malo vremena	Nikad
	1. Bio/la sam pun/a poleta		1	2	3	4		5	6
	2. Bio/la sam veoma nervozan/a		1	2	3	4		5	6
	3. Osećao/la sam se tako potišteno da ništa nije moglo da me oraspoloži		1	2	3	4		5	6
	4. Osećao/la sam se spokojno i smireno		1	2	3	4		5	6
	5. Osećao/la sam da imam puno energije		1	2	3	4		5	6
	6. Bio/la sam tužan/a		1	2	3	4		5	6
	7. Bio/la sam iscrpljen/a		1	2	3	4		5	6
	8. Bio/la sam srećan/a		1	2	3	4		5	6
9. Osećao/la sam se umorno		1	2	3	4	5	6		

DEO OA - MOGUĆNOST OBAVLJANJA AKTIVNOSTI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

OA1	Da li boluješ od neke dugotrajne bolesti ili imaš nekih dugotrajnih zdravstvenih problema?	1. Ne 2. Da	OA2
OA2	Da li si zbog zdravstvenih razloga, poslednjih 6 meseci ili duže, ograničen u obavljanju uobičajenih aktivnosti (aktivnosti koje većina tvojih vršnjaka obično obavlja)?	1. Ne 2. Da 3. Da, veoma	DEO ZS

DEO ZS – KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE I ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM

ZS1	Kome se prvom obraćaš kad imaš zdravstveni problem? [ANK] Jedan odgovor	1. Lekaru opšte medicine/medicine rada/školskom lekaru/pedijatru 2. Specijalisti 3. Privatnom lekaru 4. Nikome, lečim se sam/a 5. Nekom drugom (roditeljima, rođacima, prijateljima)	ZS2
ZS2	Da li imaš svog lekara (opšte medicine ili pedijatra ili medicine rada) ?	1. Ne 2. Da	ZS3
ZS3	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la kod LEKARA OPŠTE PRAKSE, ŠKOLSKOG LEKARA/PEDIJATRA ILI LEKARA MEDICINE RADA?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana	ZS4
		3. Nikad nisam bio/la u životu	ZS5
ZS4	Koji je bio glavni razlog tvoje poslednje posete lekaru ? [ANK] Jedan odgovor	1. Kontrola zdravlja (kada si bez tegoba), sistematski pregled 2. Bolest, povreda 3. Samo da mi propiše lekove 4. Dobijanje potvrde/opravljanja 5. Dobijanje uputa za specijalistu, laboratoriju i slično 95. Drugo, navesti: _____	ZS5
ZS5	Da li imaš svog zubnog lekara (stomatologa)?	1. Ne 2. Da	ZS6
ZS6	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la kod zubnog lekara (stomatologa)?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana	ZS7
		3. Nikad nisam bio/la u životu	ZS8
ZS7	Koji je glavni razlog tvoje poslednje posete zubnom lekaru (stomatologu) ?	1. Kontrola/savet/sistematski pregled 2. Poliranje zuba i čišćenje kamenca 3. Problemi sa desnimaparodontopatija 4. Plombiranje zuba 5. Vađenje zuba 6. Zbog proteze 95. Drugo, navesti: _____	ZS8
ZS8	Koliko stalnih zuba ti nedostaje?	1. Nijedan 2. 1 - 5 zuba 3. 6 - 10 zuba 4. Više od 10 zuba, ali ne svi 5. Nemam zube/imam veštačke zube	ZS9
ZS9	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bio/la na bolničkom lečenju?	1. Da, ____ puta 2. Bio/la sam pre više od godinu dana 3. Nikad nisam bio/la u životu	DEO LE

DEO LE - LEKOVI

LE 1	Kako uzimaš lekove?	1. Po savetu lekara 2. Samoinicijativno 3. Po savetu lekara i samoinicijativno 4. Ne uzimam ih	Kraj		
LE2	Koje lekove uzimaš samoinicijativno bez konsultacije, saveta lekara?		Ne	Da	Kraj
		1. Vitamine, minerale (za jačanje organizma)	1	2	
		2. Biljne preparate (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	1	2	
		3. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	1	2	
		4. Antibiotike	1	2	
		5. Za smirenje, spavanje	1	2	
		6. Protiv začeca (kontraceptivna sredstva)	1	2	
	95. Drugo, navesti: _____	1	2	Kraj	

DEO ON - OBJEKTIVNI NALAZ		
ON1. TM (TELESNA MASA):	_ _ _ _ _ _ _	
ON2. TV (TELESNA VISINA):	Visina u stojećem položaju (cm) _ _ _ _ _ _ _	
ON3. Identifikaciona šifra saradnika na merenju	Šifra saradnika merenja _ _ _ _ _ _ _	
ON4. Rezultat merenja:	1. Izmereno 2. Odsutno 3. Odbilo merenje 4. Nije bilo moguće izvršiti merenje 95. <i>Drugo, navesti</i>	
PRIMEDBE: _____ _____ _____ _____		
ON5. Merenje krvnog pritiska:	1. Sistolni krvni pritisak	2. Dijastolni krvni pritisak
<i>[ANK]</i> Vreme između merenja je 1 minut. Osoba kojoj se meri pritisak ne sme da menja položaj.		
ON5_1. Merenje 1 vreme prvog merenja: _: _ (čč/mm)	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON5_2. Merenje 2	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON5_3. Merenje 3	_ _ _ mm Hg	_ _ _ mm Hg
ON6. Rezultat merenja:	1. Izmereno 2. Odsutno 3. Odbilo merenje 4. Nije bilo moguće izvršiti merenje 95. <i>Drugo, navesti</i>	
PRIMEDBE: _____ _____ _____ _____		

Datum

IME I PREZIME ZDRAVSTVENOG RADNIKA

<i>Anketu popunio:</i>	1. Ispitanik. 2. Anketar 3. Kombinovano 4. Član domaćinstva	
PRIMEDBE ANKETARA		
_____ _____ _____ _____		
<i>Datum</i>		
<i>IME I PREZIME ANKETARA</i>		

UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 12 DO 19 GODINA

DEO DO- INFORMACIONI PANEL UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE ZA DECU I OMLADINU UZRASTA OD 12 DO 19 GODINA

- A Ovaj upitnik popunjavaju deca i omladina uzrasta od 12 do 19 godina..
 B Ovaj upitnik popunjavaju sami ispitanici i svi podaci su anonimni.
 C Potrebno je da se popuni poseban upitnik za svakog člana domaćinstva uzrasta 12 do 19 godina, koji živi u tom domaćinstvu.
 Upisati redni broj popisnog kruga u uzorku i redni broj domaćinstva u popisnom krugu, kao i broj reda ispitanika.
 Upisati ime i šifru anketara i datum anketiranja.
 Popuniti zajedno sa ispitanikom pitanja iz sekcije P – Probni deo, a zatim ispitanik nastavlja sam sa popunjavanjem upitnika.

DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu:	<input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	---	---

DO3. Broj reda člana domaćinstva:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DO4. Dan / mesec / godina anketiranja:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	--	--	---

DO5. Rezultat ankete rađene za samopopunjavanje:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upitnik je popunjen 2. Ispitanik nije kod kuće 3. Ispitanik odbija razgovor 4. Upitnik je delimično popunjen 5. Ispitanik nije u stanju da odgovara 95. Drugo, navesti: _____
--	---

[ANK] Šifre se odnose na ispitanika, tj. na to da li je ispitanik pristao na anketiranje.

Ponoviti uvodni pozdrav ukoliko to već nije učinjeno:

Poštovani,

Ovom prilikom želimo da Vam se najsrdačnije zahvalimo u ime istraživačke agencije Strategic Marketing Research što ste izdvojili svoje vreme i učestvovali u ovoj anketi.

Strategic Marketing Research garantuje i štiti vašu anonimnost. Podaci prikupljeni na ovaj način posmatraju se samo grupno i koristeće se jedino u svrhu ovog istraživanja. Ne postoji način da se bilo koji Vaš odgovor iz ove ankete poveže sa podacima o Vašem identitetu.

U slučaju pitanja molimo Vas kontaktirajte nas na broj 011 328 49 87, Natalija Biliškov.

Hvala Vam na saradnji!

P PROBNI DEO – ovaj deo popuniti zajedno sa ispitanikom

P1	Da li lično poznajete osobe koje piju kafu?	1. da 2. ne	P2
P2	Da li ste vi lično ikada pili kafu?	1. da → pređi na pitanje P3 i dalje redom	P3
		2. ne → pređi na sledeću sekciju	Sledeća sekcija
P3	U kojoj godini života ste prvi put probali kafu?	Upišite godinu života u kojoj ste prvi put pili kafu - u _____ godini	P4
P4	Da li ste pili kafu tokom poslednjih 12 meseci?	1. da 2. ne	P5
P5	Da li ste pili kafu tokom poslednjih 30 dana?	1. da 2. ne	P6
P6	Koliko ste dana u proteklih 30 dana pili kafu?	Upišite broj dana, _____ dana	Sledeća sekcija

DEO PU ĐPUČENJE				
PU 1	Da li ti ili neko od članova tvog domaćinstva puši u kući?	1. Ne, niko 2. Da, neko		PU2
PU2	Koliko si sati dnevno u proseku izložen/a duvanskom dimu u zatvorenom prostoru?	1. Više od 5 h 2. Od 1 do 5 h 3. Manje od 1 h 4. Nisam izložen/a		PU3
PU3	Da li si ikad pušio/la?	1. Ne → pređi na pitanje PU11		PU11
		2. Da		PU4
PU4	Da li si tokom života popušio/la bar 100 cigareta?	1. Ne 2. Da		PU5
PU5	Da li si ikad pušio/la svakodnevno (svaki dan u toku bar jedne godine)? Koliko godina ukupno?	1. Ne 2. Da, ukupno _____ godina		PU6
PU6	Da li sad pušiš?	1. Ne		PU7
		2. Da, povremeno		PU8
		3. Da, svakodnevno → pređi na pitanje PU8		PU8
PU7	Kada si poslednji put pušio/la svakodnevno?	1. Pre manje od 1 mesec		PU8
		2. Pre 1 do 6 meseci		
		3. Pre 6 do 12 meseci		
PU8	Koliko prosečno pušiš u toku jednog dana, ili si pušio/la pre nego što si prestao/la svakodnevno da pušiš?	4. Pre 1 do 5 godina		PU9
		5. Pre 5 do 10 godina		
		6. Pre više od 10 godina		
		7. Nikad nisam pušio/la svakodnevno → pređi na pitanje PU9		
PU9	Da li želiš da prestaneš da pušiš?	-1- Fabrički proizvedenih cigareta _____ dnevno -2- Samostalno zavijene cigarete _____ dnevno -3- Lula duvana _____ dnevno -4- Cigare/cigarilosi _____ dnevno		PU9
PU9	Da li želiš da prestaneš da pušiš?	1. Ne 2. Da 3. Nisam siguran/na 4. Ne pušim		PU10
PU10	Da li si ikad ozbiljno pokušao/la da prestaneš sa pušenjem i nisi pušio/la najmanje 24 h?	1. Tokom prošlog meseca 2. Pre 1 do 6 meseci 3. Pre 6 do 12 meseci 4. Pre više od 12 meseci 5. Nikad		PU11
PU11	Da li si zabrinut/a zbog štetnih posledica pušenja/duvanskog dima po tvoje zdravlje?	1. Ne, nimalo 2. Ne previše 3. Da, pomalo 4. Da, veoma		PU12
PU12	Da li neko od sledećih osoba iz tvoje okoline puši?			
		Ne	Da	Nemam takvu osobu
	1. Majka	1	2	3
	2. Otac	1	2	3
	3. Brat/sestra	1	2	3
	4. Baba/deda	1	2	3
	5. Najbolji drug ili drugarica	1	2	3
6. Neko iz tvog društva	1	2	3	PU13

PU13	Kakav je tvoj stav o pušenju?				DEO UA
		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam	
	1. Zabavno je	1	2	NZ	
	2. Smiruje nerve	1	2	NZ	
	3. Mnogi puše da bi bili važni	1	2	NZ	
	4. Olakšava kontakt sa drugima	1	2	NZ	
	5. Poboljšava koncentraciju	1	2	NZ	
	6. Pomaže mršavljenju	1	2	NZ	
	7. Štetno je po zdravlje	1	2	NZ	
	8. Onaj ko puši neprijatno miriše	1	2	NZ	
9. Pušenje je rasipanje para	1	2	NZ		

DEO UA - UPOTREBA ALKOHOLA

UA1	Koja od navedenih izjava se odnosi na tebe? (IZABERI JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA).	1. Nikada nisam pio/la alkoholna pića (pivo, vino, žestoka pića, koktele i sl.) → pređi na pitanje UA9					UA9								
		2. Probao/la sam da pijem jednom ili dva puta → pređi na pitanje UA8					UA8								
		3. Pio/la sam, ali više ne → pređi na pitanje UA8					UA8								
		4. Pijem alkoholna pića povremeno					UA2								
		5. Pijem alkoholna pića svakodnevno					UA2								
UA2	Koliko si imao/la godina kada si prvi put popio/la neko alkoholno piće? (NE UKLJUČUJE SE GUTLJAJ IZ TUĐE ČAŠE).	_____ godina				UA3									
UA3	Koliko često piješ sledeća alkoholna pića? (POD OVIM SE PODRAZUMEVA I KAD POPIJEŠ SASVIM MALO)														
		Nikad	Nekoliko puta godišnje	2 – 3 puta mesečno	Jedanput nedeljno	2 – 3 puta nedeljno	Svaki dan								
	1. Pivo	1	2	3	4	5	6								
	2. Vino	1	2	3	4	5	6								
	3. Žestoka pića	1	2	3	4	5	6								
	4. Likere	1	2	3	4	5	6								
5. Koktele	1	2	3	4	5	6									
UA4	Koliko si čaša ili flaša sledećih pića popio/la tokom prošle nedelje?	<table border="0"> <tr> <td>1. Flaša piva - 0,5 l</td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>2. Čaša vina - 0,2 l</td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>3. Čašica žestokog pića - 0,03 l</td> <td> _ </td> </tr> <tr> <td>4. Čašica likera - 0,03 l</td> <td> _ </td> </tr> </table>					1. Flaša piva - 0,5 l	_	2. Čaša vina - 0,2 l	_	3. Čašica žestokog pića - 0,03 l	_	4. Čašica likera - 0,03 l	_	UA5
1. Flaša piva - 0,5 l	_														
2. Čaša vina - 0,2 l	_														
3. Čašica žestokog pića - 0,03 l	_														
4. Čašica likera - 0,03 l	_														
UA5	Koliko često se dešava da popiješ 6 ili više alkoholnih pića u toku jedne prilike?	<table border="0"> <tr> <td>1. Nikad</td> </tr> <tr> <td>2. Nekoliko puta godišnje</td> </tr> <tr> <td>3. Jednom mesečno</td> </tr> <tr> <td>4. Jednom nedeljno</td> </tr> <tr> <td>5. Dnevno ili skoro svaki dan</td> </tr> </table>					1. Nikad	2. Nekoliko puta godišnje	3. Jednom mesečno	4. Jednom nedeljno	5. Dnevno ili skoro svaki dan	UA6			
1. Nikad															
2. Nekoliko puta godišnje															
3. Jednom mesečno															
4. Jednom nedeljno															
5. Dnevno ili skoro svaki dan															
UA6	Da li kupuješ alkoholna pića na nekom od sledećih mesta?														
				Ne	Da										
	1. U radnji/samoposluzi			1	2										
	2. U restoranu, kafiću, diskoteci			1	2										
	3. Privatno/na pijaci			1	2										
95. Drugo, navesti _____			1	2											
UA7	Da li piješ alkoholna pića na nekom od navedenih mesta?														
				Ne	Da										
	1. Kod kuće			1	2										
	2. Na poslu, u školi			1	2										
	3. Kod druga ili rođaka			1	2										
	4. U kafiću, diskoteci ili na žurci			1	2										
	5. U restoranu ili kafani			1	2										
	6. Na ulici			1	2										
95. Drugo, navesti _____			1	2											

UA8	Da li si se ikada napio/la?	1. Nijednom 2. Jednom 3. Dva ili više puta			UA9
UA9	Da li neko od tebi bliskih osoba svakodnevno pije alkoholna pića ?		Ne	Da	Nemam takvu osobu
	1. Majka		1	2	3
	2. Otac		1	2	3
	3. Brat/sestra		1	2	3
	4. Baba/deda		1	2	3
	5. Najbolji drug ili drugarica		1	2	3
	6. Neko iz tvog društva		1	2	3
UA10	Kakav je tvoj stav o alkoholu?		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam
	1. Smanjuje napetost i opušta		1	2	NZ
	2. Uliva hrabrost, smanjuje strah		1	2	NZ
	3. Popravlja raspoloženje		1	2	NZ
	4. Piće se u društvu ne odbija		1	2	NZ
	5. Male količine ne škode zdravlju		1	2	NZ
	6. Lekovit je		1	2	NZ
	7. Šteti zdravlju		1	2	NZ

DEO UP - UPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

UP1	Da li si čuo/la za sledeća sredstva i šta misliš o njima? (U SVAKOM REDU ZAOKRUŽI JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA)				
		Nikad čuo/la	Čuo/la, ali ništa ne znam o njima	Bezopasna su ako se koriste pravilno	Uvek su štetna
	1. Amfetamin (spid)	1	2	3	4
	2. Barbiturati (sredstva za spavanje)	1	2	3	4
	3. Kanabis (marihuana, hašiš)	1	2	3	4
	4. Ekstazi	1	2	3	4
	5. Kokain (koka)	1	2	3	4
	6. Halucinogene droge (LSD)	1	2	3	4
	7. Heroin	1	2	3	4
	8. Morfijum	1	2	3	4
	9. Krek	1	2	3	4
	10. Rastvarači (lepak)	1	2	3	4
	11. Sredstva za umirenje (npr. bensedin, librijum)	1	2	3	4
	12. Sredstva protiv bolova (npr. trodon)	1	2	3	4
	13. Kombinacija (npr. trodon i alkohol ili neka druga)	1	2	3	4
UP2	Da li ti je ikad ponuđeno neko od navedenih sredstava?	1. Ne → pređi na pitanje UP4			
		2. Da			
UP3	Ako ti je bilo kada ponuđeno nešto od navedenih sredstava, ko ti je ponudio?		Ne	Da	
	1. Najbolji drug/dugarica		1	2	
	2. Neko iz društva		1	2	
	3. Neko nepoznat koga je jedan od drugova doveo u društvo		1	2	
	4. Prišao mi je neko nepoznat i ponudio		1	2	
UP4	Upiši da li neko od tvojih prijatelja iz društva:		Ne	Da	Ne znam
	1. „Duva“ lepak		1	2	NZ
	2. Puši „travu“		1	2	NZ
	3. Uzima heroin, kokain i slično		1	2	NZ
	4. Uzima tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)		1	2	NZ

UP5	Da li si probao/la ili uzimaš neko od navedenih sredstava?		Ne	Da	UP6
		1. Lepak	1	2	
		2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)	1	2	
		3. Marihuanu	1	2	
		4. Hašiš	1	2	
		5. Ekstazi	1	2	
		6. Kokain	1	2	
7. Heroin	1	2			

AKO NIKAD NISI PROBAO/LA NEKO OD NAVEDENIH SREDSTAVA U PRETHODNOM PITANJU PREDI NA PITANJE UP9.

UP6	Koliko si imao/la godina kada si prvi put probao/la:	1. Lepak godina	2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.) godina	3. Marihuanu godina	4. Hašiš godina	5. Ekstazi godina	6. Kokain godina	7. Heroin godina	UP7
-----	--	-----------------------	---	---------------------------	-----------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	-----

UP7	Gde si prvi put probao/la neko od prethodno navedenih sredstava?	1. Na žurci, u diskoteci, kafiću	2. Na ulici	3. U školi	4. U stanu svoga druga/rice ili svom stanu	95. Drugo, navesti _____	UP8
-----	--	----------------------------------	-------------	------------	--	--------------------------	-----

UP8	Da li si neko od navedenih sredstava koristio/la u prethodne 4 nedelje?		Ne	Da	UP9
		1. Lepak	1	2	
		2. Tablete (bensedin, trodon, amfetamin i dr.)	1	2	
		3. Marihuanu	1	2	
		4. Hašiš	1	2	
		5. Ekstazi	1	2	
		6. Kokain	1	2	
7. Heroin	1	2			

UP9	Kakav je tvoj stav o drogama?			
		Ne slažem se	Slažem se	Ne znam
	1. Smanjuju napetost i opuštaju	1	2	NZ
	2. Popravljaju raspoloženje	1	2	NZ
	3. Marihuana ne izaziva zavisnost	1	2	NZ
	4. Male količine ne škode zdravlju	1	2	NZ
	5. Droge podstiču kreativnost	1	2	NZ
	6. Bolje je i ne probati ih	1	2	NZ
	7. Treba legalizovati prodaju marihuane	1	2	NZ
8. Štetne su po zdravlje	1	2	NZ	

DEO SP ĐSEKSUALNO PONAŠANJE

SP1	Da li si stupio/la u seksualne odnose?	1. Ne	SP2
		2. Da → predi na pitanje SP3	SP3
SP2	Navedi razlog:	1. Nemam partnera	SP11
		2. Iz zdravstvenih razloga	
		3. Rano je za to	
		95. Drugo, navesti _____	
SP3	Koliko si imao/la godina kada si prvi put stupio/la u seksualne odnose?	_____ godina	SP4
SP4	Koji je bio tvoj glavni razlog za stupanje u prvi seksualni odnos? (JEDAN ODGOVOR)	1. Zato što je većina iz mog društva to već iskusila	SP5
		2. Insistiranje partnera	
		3. Radoznalost	
		4. Bio/la sam pod dejstvom alkohola/droge	
		5. Strast	
		6. Ljubav prema partneru	
		7. Zato što sam mislio/la da je vreme za to	
		8. Zbog poklona	

SP5	Da li si u prethodnih 12 meseci imao/la seksualne odnose?	1. Ne → pređi na pitanje SP11				SP11
		2. Da				SP6
SP6	Da li imaš stalnog partnera/ku (momka/devojku, osobu sa kojom si u bračnoj/vanbračnoj vezi)?	1. Ne → pređi na pitanje SP8				SP8
		2. Da				SP7
SP7	Da li ti i tvoj stalni partner/ka koristite pri seksualnom odnosu neko od sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće (kontracepciju)?		Ne	Da, ponekad	Da, stalno	SP8
		1. Pilulu	1	2	3	
		2. Intrauterinu spiralu	1	2	3	
		3. Lokalna hemijska sredstva (penu, AB film)	1	2	3	
		4. Kondom (prezervativ-gumicu)	1	2	3	
		5. Dijafragmu	1	2	3	
		6. Neplodne dane	1	2	3	
		7. Prekinut odnos	1	2	3	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	3	
SP8	Da li si u prethodnih 12 meseci imao/la seksualne odnose sa osobom koja nije tvoj stalni partner? (ISKLUČUJE SEKS ZA NOVAC/USLUGU)	1. Ne → pređi na pitanje SP11				SP11
		2. Da				SP9
SP9	Koliko takvih partnera si imao/la u prethodnih 12 meseci?	_____			SP10	
SP10	Da li je korišćen kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa takvim partnerom?	1. Ne				SP11
		2. Da				
SP11	Da li si čuo/la za virus koji se zove HIV i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva ?	1. Ne → pređi na DEO NA				DEO NA
		2. Da				SP12
SP12	Šta misliš o sledećim izjavama?		Tačno	Netačno	Ne znam	SP13
		1. Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om ako imaju samo jednog seksualnog partnera koji nije zaražen i nema druge partnere.	1	2	NZ	
		2. Ljudi se mogu zaštititi od inficiranja HIV-om pravilnom upotrebom kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa.	1	2	NZ	
		3. Sida se može dobiti ujedom komarca.	1	2	NZ	
		4. Osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac HIV-a.	1	2	NZ	
		5. Osoba se može inficirati HIV-om ako deli hranu sa inficiranom osobom.	1	2	NZ	
		6. HIV se može preneti sa majke na dete tokom trudnoće.	1	2	NZ	
		7. HIV se može preneti sa majke na dete prilikom porođaja.	1	2	NZ	
		8. HIV se može preneti sa majke na dete preko mleka prilikom dojenja.	1	2	NZ	
		9. Nastavniku koji ima virus, a još nije oboleo od side, treba dozvoliti da i dalje radi u školi.	1	2	NZ	
		10. I dalje treba kupovati hranu kod prodavca za koga si saznao da ima sidu ili virus side.	1	2	NZ	
SP13	Da li si se testirao/la na HIV?	1. Ne → pređi na pitanje SP15				SP15
		2. Da				SP14
SP14	Da li su ti saopšteni rezultati?	1. Ne				SP15
		2. Da				
SP15	Da li znaš mesto gde možeš da se testiraš na HIV?	1. Ne				DEO NA
		2. Da				

DEO NA - NASILJE					
NA1	Da li si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen nekom fizičkom nasilju?		Ne	Da	NA2
		1. U porodici	1	2	
		2. U školi/na radnom mestu	1	2	
		3. Na ulici	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA2	Da li si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen nekom psihičkom maltretiranju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju...)?		Ne	Da	NA3
		1. U porodici	1	2	
		2. U školi/na radnom mestu	1	2	
		3. Na ulici	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA3	Ukoliko si u toku prethodnih 12 meseci bio/la izložen fizičkom nasilju ili psihičkom maltretiranju, da li si se obraćao/la za pomoć?		Ne	Da	NA4
		1. Socijalnom radniku	1	2	
		2. Zdravstvenom radniku	1	2	
		3. SOS službi	1	2	
		4. Policiji	1	2	
		5. Roditelju, rođaku, prijatelju	1	2	
		6. Učitelju, nastavniku, profesoru	1	2	
		95. Drugo, navesti _____	1	2	
NA4	Da li se do sada dešavalo da ti nekoga:		Ne	Da	NA4a
		1. Psihički maltretiraš (vređaš, ponižavaš...)	1	2	
		2. Tučeš	1	2	
NA4a <input type="checkbox"/> <i>Ispitanik je žensko. ⇒ Pre i na deo RZ.</i> <input type="checkbox"/> <i>Ispitanik je muško. ⇒ Završio si sa popunjavanjem.</i>					
RZ - REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE					
RZ1	Da li si i koliko puta u prethodnih 12 meseci bila kod ginekologa?	1. Da, ____ puta			RZ2
		2. Bila sam pre više od godinu dana			RZ5
		3. Nikad nisam bila → pređi na pitanje RZ5			
RZ2	Koliko godina si imala kada si prvi put bila kod ginekologa?	_____ godina			RZ3
RZ3	Kod ginekologa najčešće ideš zbog: (JEDAN ODGOVOR)	1. Tegoba 2. Kontracepcije 3. Kontrole zdravlja (sistematski pregled) 4. Trudnoće 5. Abortusa 95. Drugo, navesti _____			RZ4
RZ4	Koliko često ideš na ginekološke preglede, iako se osećaš zdrava?	1. Jedanput godišnje 2. Jedanput u 2 godine 3. Ređe 4. Ne idem			RZ5
RZ5	Da li si do sada bila trudna?	1. Ne → završila si sa popunjavanjem			KRAJ
		2. Da			RZ6
RZ6	Kakav je bio ishod tvoje poslednje trudnoće?	1. Živorodeno dete/ca 2. Mrtvorodeno dete/ca 3. Spontani pobačaj 4. Namerni pobačaj 5. Trudnoća u toku			RZ7
RZ7	Da li si rađala u toku prethodnih 12 meseci?	1. Ne			RZ9
		2. Da			RZ8
RZ8	Posle tvog poslednjeg porođaja, da li te je u prvoj nedelji nakon izlaska iz porodilišta posetila u kući neka od sledećih osoba:		Ne	Da	RZ9
		1. Doktor	1	2	
		2. Medicinska/patronažna sestra	1	2	
RZ9	Navedi ukupan broj namernih prekida trudnoća koje si imala:	_____			KRAJ

UPITNIK ZA DOMAĆINSTVO 2013.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: PITANJA KOJA SLEDE POSTAVLJAJU SE GLAVNOM ISPITANIKU/NOSIOCU DOMAĆINSTVA. GLAVNI ISPITANIK/NOSILAC DOMAĆINSTVA (GLAVA DOMAĆINSTVA) JE LICE PREPOZNATLJIVO ZA SVE ČLANOVE DOMAĆINSTVA. NAJČEŠĆE JE TO LICE KOJE DONOSI ZNAČAJNE ODLUKE ILI JE ODGOVORNO ZA FINANSIJSKU SITUACIJU I BLAGOSTANJE ČLANOVA DOMAĆINSTVA.

Uvod KD

Sledeća grupa pitanja se odnose na karakteristike domaćinstva

KD.1 Koliko se prostorija u kući/stanu domaćinstva koristi za spavanje?

_____ prostorija za spavanje

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI UKUPAN BROJ PROSTORIJA ZA SPAVANJE

KD.2 Od kog osnovnog materijala je napravljen pod u kući / stanu ?

- | | |
|---|--------------------------|
| Parquet/laminat/brodski pod/keramičke pločice | <input type="radio"/> 1 |
| Patos | <input type="radio"/> 2 |
| Beton | <input type="radio"/> 3 |
| Zemlja | <input type="radio"/> 4 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 95 |

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.ZAOKRUŽITI PEOVLADUJUĆI MATERIJAL.

KD.3 Od kog osnovnog materijala je napravljen krov kuće/zgrade?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Slama | <input type="radio"/> 1 |
| Trska | <input type="radio"/> 2 |
| Drvene daske | <input type="radio"/> 3 |
| Lim | <input type="radio"/> 4 |
| Crep | <input type="radio"/> 5 |
| Cementna/betonska ploča | <input type="radio"/> 6 |
| Krovna šindra | <input type="radio"/> 7 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 95 |

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.ZAOKRUŽITI PEOVLADUJUĆI MATERIJAL.

KD.4 Od kog osnovnog materijala su sagrađeni zidovi u kući/stanu domaćinstva?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Naboj (trska, slama, blato) | <input type="radio"/> 1 |
| Kamen i blato | <input type="radio"/> 2 |
| Nepečena cigla | <input type="radio"/> 3 |
| Šperploča | <input type="radio"/> 4 |
| Karton | <input type="radio"/> 5 |
| Polovna građa | <input type="radio"/> 6 |
| Beton | <input type="radio"/> 7 |
| Kamen sa cementom | <input type="radio"/> 8 |
| Cigla | <input type="radio"/> 9 |
| Cementni blok | <input type="radio"/> 10 |
| Drvene daske/šindra | <input type="radio"/> 11 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 95 |

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR. ZAOKRUŽITI PREEVLADUJUĆI MATERIJAL.

KD.5 Koji izvor energije najčešće koristite za grejanje u Vašoj kući/stanu?

- Električna energija 1
- Gas 2
- Drvo 3
- Ugalj 4
- Nafta/Lož ulje/Mazut 5
- Daljinskocentralnogrejanje 6

- Drugo, (navesti) _____ 95

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.

UvodVO

Sledeća pitanja se odnose na snabdevanje pijaćom vodom i sanitaciju.

VO.1 Koji je glavno izvoriste pijaće vode za vaše domaćinstvo?

- Gradski vodovod 1
- Seoski (lokalni) vodovod 2
- Javna česma 3
- Bušeni bunar 4
- Zaštićen kopani bunar ili zaštićen izvor 5
- Nezaštićen kopani bunar ili nezaštićen izvor 6
- Površinska voda (jezero, reka, potok) 7
- Kišnica 8

- Flaširana voda 9
- Cisterna 10
- Drugo, (navesti) _____ 95

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR

VO.2 Kakvu vrstu nužnika (WC-a) koristi Vaše domaćinstvo?

- Nužnik na ispiranje sa priključkom na kanalizaciju 1
- Nužnik na ispiranje sa priključkom na septičku jamu 2
- Nužnik bez ispiranja sa vodonepropusnom jamom 3
- Poljski nužnik sa postoljem od betona ili dasaka i sa poklopcem 4
- Poljski nužnik bez postolja od betona ili dasaka i bez poklopca 5
- Nema nužnik 6
- Drugo, (navesti) _____ 95

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR

Uvod PD

Sada bi želeli da razgovaramo o prihodima Vašeg domaćinstva, kao i o socioekonomskom stanju Vašeg domaćinstva.

PD.1 Ova kartica prikazuje različite izvore prihoda. Da li možete reći koje izvore prihoda imate Vi i članovi vašeg domaćinstva?

- Prihodi od posla (zaposleni ili samozaposleni) 1
- Nadoknada za nezaposlene 2

Penzija	<input type="radio"/> 3
Dodatak za kućnu negu i pomoć	<input type="radio"/> 4
Porodični / dečji dodatak	<input type="radio"/> 5
Izdavanje nekretnina	<input type="radio"/> 6
Nadoknada za školovanje / stipendija	<input type="radio"/> 7
Prihodi od poljoprivrede	<input type="radio"/> 8
Prihodi od doznaka iz inostranstva	<input type="radio"/> 9
Druge nadoknade	<input type="radio"/> 10
Bez prihoda	<input type="radio"/> 11
Ne zna	<input type="radio"/> 98
Odbijanje	<input type="radio"/> 99

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽTE KARTICU 1 – DOMAĆINSTVO. BELEŽE SE SVI IZVORI PRIHODA VEZANO ZA SVE ČLANOVE DOMAĆINSTVA. DOZVOLJENO JE VIŠE ODGOVORA.

PD.2 Ako razmislite o svim izvorima prihoda koje ste prethodno naveli (vaših i članova vašeg domaćinstva) da li znate koliki je ukupan mesečni prihod vašeg domaćinstva (u neto iznosu)?

Da	<input type="radio"/> 1
Ne	<input type="radio"/> 2 →PREĆI NA PD.4
Odbijanje	<input type="radio"/> 9

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR

PD.3 Koliki je ukupan mesečni prihod Vašeg domaćinstva (u neto iznosu)?

Iznos|_____|(dinari)→PREĆI NA PD.5
Odbijanje 9999999

UPUTSTVO ZA ANKETARA: BRZO NAVESTI. SAMO UKOLIKO ISPITANIK NIJE SIGURAN: "MOŽETE DA KAŽETE I ODPRILIKE".

PD.4 Možda bi ipak mogli da kažete okviran umesto apsolutnog iznosa. Molim Vas pogledajte ovu karticu i recite u koju grupu spada Vaše domaćinstvo prema iznosu mesečnog neto prihoda.

Do 14000 RSD	<input type="radio"/> 01
Od 14001 do 20000 RSD	<input type="radio"/> 02
Od 20001 do 25000 RSD	<input type="radio"/> 03
Od 25001 do 30000 RSD	<input type="radio"/> 04
Od 30001 do 37500 RSD	<input type="radio"/> 05
Od 37501 do 45000 RSD	<input type="radio"/> 06
Od 45001 do 52500 RSD	<input type="radio"/> 07
Od 52501 do 60000 RSD	<input type="radio"/> 08
Od 60001 do 80000 RSD	<input type="radio"/> 09
Iznad 80000 RSD	<input type="radio"/> 10
Odbijanje	<input type="radio"/> 99

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽTE KARTICU 2 – DOMAĆINSTVO.

PD.5 Da li Vaše domaćinstvo ima:

Zemlju	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Automobil	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Traktor	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Frižider	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Bojler	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Mašinu za pranje veša	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Mašinu za pranje sudova	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Televizor u boji	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Telefon	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Mobilni telefon	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Personalni računar	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Pristup internetu	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Kupatilo	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Centralno grejanje	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Klima uređaj	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Uštedevinu	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2
Pametni (smart) telefon	Da	<input type="radio"/> O1	Ne	<input type="radio"/> O2

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZAOKRUŽITI ODGOVOR ZA SVAKU OD NAVEDENIH STAVKI

PD.6 Ako razmislite o svim troškovima za zdravstvenu zaštitu koje ste imali vi i članovi vašeg domaćinstva u toku prethodnih 12 meseci da li možete da navedete ukupnu sumu?

Iznos _____ (dinari)
Odbijanje 9999999

UPUTSTVO ZA ANKETARA : BRZO NAVESTI .SAMO UKOLIKO ISPITANIK NIJE SIGURAN: "MOŽETE DA KAŽETE I ODPRIlike".

UPITNIK ZA STANOVNIŠTVO UZRASTA 7 - 14 GODINA – INTERVJU (2013. GODINA)

MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE

OK.1 Datum rođenja (dan, mesec i godina rođenja)

□□□ □□□ □□□□□

dan mesec godina

OK.2 Pol

Muški O1
Ženski O2

OK.3 U koji razred osnovne/osmogodišnje škole ideš?

Prvi O1
Drugi O2
Treći O3
Četvrti O4
Peti O5
Šesti O6
Sedmi O7
Osmi O8
Ne idem u školu O9

MODUL ZDRAVSTVENO STANJE

ZDRAVSTVENO STANJE – ZS

ZS.1 Kako bi ocenio/la svoje zdravlje? Da li je...

veoma dobro O1
dobro O2
prosečno O3
loše O4
veoma loše O5

ne zna O8
odbijanje O9

ZS.2 Da li znaš da boluješ od neke od sledećih bolesti?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ANKETAR

ČITALISTUI BELEŽI ODGOVORE ZA SVAKU POJEDINAČNU BOLEST/STANJE.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

BOLEST/STANJE	ZS.2
a. Astma(uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
b. Hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
c. Povišen krvni pritisak(hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
d. Deformiteti kičme	<input type="checkbox"/>
e. Ravni tabani	<input type="checkbox"/>
f. Šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
g. Alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije(ne uključuje alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>

NEZGODE I POVREDE – PO

PO.1 Da li si u prethodnih 12 meseci doživeo/la neku od sledećih povreda?

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

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Vrsta nezgode	PO.1
a. Povreda u saobraćaju	<input type="checkbox"/>
b. Povreda u školi	<input type="checkbox"/>
c. Povreda u kući	<input type="checkbox"/>

d. Povreda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima



PO.2 Da li ti je bila ukazana medicinska pomoć zbog posledica ove/ovih povreda?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

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

- | | | |
|--|-----------------------|----|
| Da, od strane doktora ili medicinske sestre | <input type="radio"/> | O1 |
| Da, primljen/a sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu | <input type="radio"/> | O2 |
| Ne, nije bilo potrebno | <input type="radio"/> | O3 |
| ne zna | <input type="radio"/> | O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | O9 |

VID I SLUH – VS

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

VS.1 Da li imaš problema sa vidom?

- | | | |
|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Da | <input type="radio"/> | O1 |
| Ne | <input type="radio"/> | O2→PREĆI NAPITANJE VS.3 |
| Slepili ne vidi uopšte | <input type="radio"/> | O3→PREĆI NAPITANJE VS.3 |
| ne zna | <input type="radio"/> | O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | O9 |

VS.2 Da li nosiš naočare ili kontaktna sočiva?

- | | | |
|-----------|-----------------------|----|
| Da | <input type="radio"/> | O1 |
| Ne | <input type="radio"/> | O2 |
| ne zna | <input type="radio"/> | O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | O9 |

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK GLUV, OBELEŽITE ODGOVOR 3 U VS.3I ONDA PREĆI NA PITANJE OŠ.1. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE VS.3.

VS.3 Da li imaš problema sa sluhom?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Da | <input type="radio"/> | O1 |
| Ne | <input type="radio"/> | O2→PREĆI NAPITANJE OŠ.1 |
| Gluv ili ne čuje uopšte | <input type="radio"/> | O3→PREĆI NAPITANJE OŠ.1 |
| ne zna | <input type="radio"/> | O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | O9 |

VS.4 Da li koristiš slušni aparat?

- | | | |
|----|-----------------------|----|
| Da | <input type="radio"/> | O1 |
| Ne | <input type="radio"/> | O2 |

ne zna O8
odbijanje O9

ODSUSTVO IZ ŠKOLE – OŠ

OŠ.1 Da li si u prethodnih 6 meseci bio odsutan/odsutna iz škole zbog zdravstvenih problema/lečenja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: *PODRAZUMEVAJU SE SVE BOLESTI, POVREDE I DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI KOJE JE ISPITANIK IMAO/LA I ZBOG KOJIH JE ODSUSTVOVAO/LA IZ ŠKOLE.*

Da O1
Ne O2 → PREĆI NA PITANJE ZZ.1
Ne idem u školu O3 → PREĆI NA PITANJE ZZ.1

ne zna O8
odbijanje O9

OŠ.2 Koliko si ukupno dana bio/la odsutan/odsutna iz škole zbog zdravstvenih problema/lečenja u toku prethodnih 6 meseci?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: *UKOLIKO ISPITANIK NIJE SIGURAN, DOZVOLITI MU DA SAM PROCENI BROJ DANA. IMATI U VIDU I MOGUĆNOST DA JE ISPITANIK BIO ODSUTAN PO NEKOLIKO DANA U TOKU NEKOLIKO PROTEKLIH 6 MESECI, PA TO SABRATI.*

□□□□ dana

ne zna O8
odbijanje O9

MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA – ZZ

ZZ.1 Da li imaš svog lekara/pedijatra?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: *IMATI U VIDU DA ISPITANIK POZNAJE IZRAZ “ŠKOLSKI LEKAR”.*

Da O1
Ne O2

ne zna O8
odbijanje O9

ZZ.2 Kada si poslednji put posetio/la pedijatra?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: *IMATI U VIDU DA ISPITANIK POZNAJE IZRAZ “ŠKOLSKI LEKAR”.*

- | | |
|-----------------------|----|
| Pre manje od 6 meseci | O1 |
| Pre više od 6 meseci | O2 |
| Nikad | O3 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

ZZ.3 Kada si poslednji put posetio/la zubnog lekara/stomatologa?

- | | |
|------------------------|----|
| Pre manje od 6 meseci | O1 |
| Pre 6 do 12 meseci | O2 |
| Pre 12 meseci ili više | O3 |
| Nikad | O4 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

ZZ.4 Da li si ikada posetio/la „Školski dispanzer”/Savetovalište za mlade da bi dobio/la savet u vezi sa zdravljem?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: PITANJE SE ODNOSI NA POSETE ZDRAVSTVENOJ SLUŽBI RADI DOBIJANJA SAVETA O ZDRAVLJU. DECU IZNAD 11 GODINA STAROSTI PITATI I ZA POSETE “SAVETOVALIŠTU ZA MLADE”.

- | | |
|-----------|----|
| Da | O1 |
| Ne | O2 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

ZZ.5 Da li si u poslednjih 12 meseci koristio/la usluge hitne pomoći?

- | | |
|-----------|----|
| Da | O1 |
| Ne | O2 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

ZZ.6 Da li si u poslednjih 12 meseci koristio/la usluge bolničkog lečenja?

- | | |
|-----------|----|
| Da | O1 |
| Ne | O2 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA

HIGIJENSKE NAVIKE – HN

HN.1 Koliko često pereš ruke nakon ulaska u kuću?

- | | |
|-------------|----|
| Uvek | O1 |
| Skoro uvek | O2 |
| Ponekad | O3 |
| Skoro nikad | O4 |
| Nikad | O5 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

HN.2 Koliko često pereš ruke pre jela?

- | | |
|-------------|----|
| Uvek | O1 |
| Skoro uvek | O2 |
| Ponekad | O3 |
| Skoro nikad | O4 |
| Nikad | O5 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

HN.3 Koliko često pereš ruke posle upotrebe WC-a (nužnika)?

- | | |
|-------------|----|
| Uvek | O1 |
| Skoro uvek | O2 |
| Ponekad | O3 |
| Skoro nikad | O4 |
| Nikad | O5 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

HN.4 Koliko često pereš zube?

- | | |
|-----------------------|-----|
| Više od jednom dnevno | O 1 |
| Jednom dnevno | O 2 |
| Povremeno | O 3 |
| Nikad | O 4 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

HN.5 Koliko puta si se tokom prethodne nedelje kupao/la ili tuširao/la?

- | | | |
|-----------|-----------------------|---|
| Svaki dan | <input type="radio"/> | 1 |
| 4-6 puta | <input type="radio"/> | 2 |
| 2-3 puta | <input type="radio"/> | 3 |
| Jednom | <input type="radio"/> | 4 |
| Nijednom | <input type="radio"/> | 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

ISHRANA – IS

IS.1 Koliko puta nedeljno doručuješ?

- | | | |
|-----------|-----------------------|---|
| Svaki dan | <input type="radio"/> | 1 |
| Ponekad | <input type="radio"/> | 2 |
| Nikad | <input type="radio"/> | 3 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.2 Koliko često jedeš voće, izuzimajući sok napravljen od koncentrata voća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SAMO SVEŽE CEĐENI SOKOVI. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG VOĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI VOĆA MOGU BITI SVEŽI ILI SMRZNUTI, KONZERVIRANI ILI SUŠENI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD VOĆA I PASIRANO VOĆE.

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|---|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> | 1 |
| 1 do 3 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 2 |
| 4 do 6 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 3 |
| Manje od jednom nedeljno | <input type="radio"/> | 4 |
| Nikada | <input type="radio"/> | 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.3 Koliko često jedeš povrće i salate, izuzimajući krompir i sok napravljen od koncentrata povrća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SUPE (TOPLE I HLADNE), KAO I SVEŽE CEĐENI SOKOVI OD POVRĆA. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG POVRĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI POVRĆA MOGU BITI SVEŽI, SMRZNUTI ILI KONZERVIRANI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD POVRĆA I PASIRANO POVRĆE. PASULJ, SOČIVO I DRUGA KUVANA JELA OD POVRĆA SE TAKOĐE UKLJUČUJU.

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|---|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> | 1 |
| 1 do 3 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 2 |
| 4 do 6 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 3 |
| Manje od jednom nedeljno | <input type="radio"/> | 4 |
| Nikada | <input type="radio"/> | 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.4 Koliko često piješ mleko i/ili mlečne proizvode (jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao)?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|---|
| Svaki dan po 2 ili više šolja | <input type="radio"/> | 1 |
| Svaki dan po jednu šolju | <input type="radio"/> | 2 |
| Ponekad, ne svaki dan | <input type="radio"/> | 3 |
| Nikada | <input type="radio"/> | 4 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.5 Koju vrstu hleba najčešće koristiš u ishrani?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|
| Beli | <input type="radio"/> | 1 |
| Polubeli | <input type="radio"/> | 2 |
| Integralni | <input type="radio"/> | 3 |
| Kombinovano (sve vrste) | <input type="radio"/> | 4 |
| Ne jedem hleb | <input type="radio"/> | 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.6 Da li dosoljavaš hranu koju jedeš?

- | | | |
|--|-----------------------|---|
| Da, skoro uvek pre nego što probam hranu | <input type="radio"/> | 1 |
| Da, kada hrana nije dovoljno slana | <input type="radio"/> | 2 |
| Nikad | <input type="radio"/> | 3 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.7 Koju vrstu namaza najčešće mažeš na hleb?

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|---|
| Margarin | <input type="radio"/> | 1 |
| Puter | <input type="radio"/> | 2 |
| Majonez | <input type="radio"/> | 3 |
| Mast | <input type="radio"/> | 4 |
| Kajmak/krem sir/pavlatku | <input type="radio"/> | 5 |
| Pasteta | <input type="radio"/> | 6 |
| Ne koristim namaz | <input type="radio"/> | 7 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

FIZIČKA AKTIVNOST – FA

FA.1 Koliko često se u slobodno vreme bavíš fizičkim vežbama/sportom, tako da se zaduvaž i oznojiš?

- | | |
|---------------------|----|
| Skoro svaki dan | O1 |
| 1 – 2 puta nedeljno | O2 |
| Retko ili nikad | O3 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

FA.2 Da li redovno pohadaš časove fizičkog vaspitanja u školi?

- | | |
|-------------------|----|
| Da, radim redovno | O1 |
| Izbegavam ponekad | O2 |
| Izbegavam često | O3 |
| Oslobođen/a sam | O4 |
| Ne idem u školu | O5 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

FA.3 Da li voziš bicikl, rolere, skejtbord?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ODGOVOR ZA SVAKO OD NAVEDENIH SREDSTAVA ZA REKREACIJU I PREVOZ.

Sredstvo za rekreaciju/prevoz	FA.3
a. Bicikl	<input type="checkbox"/>
b. Roleri	<input type="checkbox"/>
c. Skejtbord	<input type="checkbox"/>

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

PONAŠANJE U SAOBRAĆAJU – PS

PS.1 Da li prilikom vožnje bicikla, rolera, skejtborda koristiš kacigu i štitnike?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO DETE KORISTI JEDNO OD DVA ZAŠTITNA SREDSTVA (ŠTITNIK ILI KACIGU), ODGOVOR TRETIRATI KAO POZITIVAN. UPISATI ODGOVOR ZA SVAKO OD NAVEDENIH SREDSTAVA ZA REKREACIJU/PREVOZ.

Sredstvo za rekreaciju/prevoz	PS.1
a. Bicikl	<input type="checkbox"/>
b. Roleri	<input type="checkbox"/>
c. Skejtbord	<input type="checkbox"/>

Da..... 1

Ne..... 2

Ne vozim..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

PS.2 Da li kao putnik u vozilu/automobilu koristiš sigurnosni pojas?

ANKETAR: NE ČITATI ODGOVORE, DOZVOLITI ISPITANIKU DA ODGOVORI SPONTANO.

Da, uvek O1

Da, ponekad O2

Ne O3

ne zna O8

odbijanje O9

PS.3 Da li prelaziš ulicu van pešačkog prelaza?

ANKETAR: NE ČITATI ODGOVORE, DOZVOLITI ISPITANIKU DA ODGOVORI SPONTANO.

Da, uvek O1

Da, ponekad O2

Ne O3

ne zna O8

odbijanje O9

ZDRAVSTVENO VASPITANJE – ZV

ZV.1 Da li pratiš teme o zdravlju putem sredstava informisanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ODGOVOR ZA SVAKO OD NAVEDENIH SREDSTAVA INFORMISANJA.

Sredstvo informisanja	ZV.1
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

Da..... 1

Ne..... 2

Povremeno..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

PRUŽANJE POMOĆI – PP

PP.1 Da li, najmanje jednom nedeljno, pomažeš jednoj ili više osoba koje pate zbog problema vezanih za starost, hroničnu bolest ili nemoć?

Da O1
Ne O2 → PREĐI NA PITANJE SP.1

ne zna O8
odbijanje O9

PP.2 Da li je ta osoba ili su te osobe neke od ovih:

ANKETAR: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR. UKOLIKO JE VIŠE OSOBA UKLJUČENO RECITE: „IZABERI ONU OSOBU KOJOJ NAJVIŠE POMAŽEŠ”.

Član (ovi) tvoje porodice O1
Neko drugi (nije član tvoje porodice)? O2

ne zna O8
odbijanje O9

SOCIJALNA PODRŠKA – SP

SP.1 Koliko osoba ti je toliko blisko da možeš računati na njih kada imaš ozbiljne lične probleme?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ANKETAR TREBA DA NAVEDI SITUACIJE VEZANE ZA PROBLEME U ŠKOLI, VAN ŠKOLE, U PORODICI, LJUBAVNE PROBLEME, ITD.

- | | |
|------------|--|
| 1 ili 2 | <input type="radio"/> O1 |
| 3 do 5 | <input type="radio"/> O2 |
| 6 ili više | <input type="radio"/> O3 |
| Nijedna | <input type="radio"/> O4 → KRAJ ANKETE |
| ne zna | <input type="radio"/> O8 → KRAJ ANKETE |
| odbijanje | <input type="radio"/> O9 → KRAJ ANKETE |

SP.2 Ko su osobe na koje možeš računati u svakoj situaciji?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: DOZVOLJENO JE VIŠE ODGOVORA.

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Roditelj | <input type="radio"/> O1 |
| Staratelj/usvojitelj | <input type="radio"/> O2 |
| Drug/drugarica | <input type="radio"/> O3 |
| Rođak/rođaka | <input type="radio"/> O4 |
| Učitelj/profesor | <input type="radio"/> O5 |
| Zdravstveni radnik/psiholog | <input type="radio"/> O6 |
| ne zna | <input type="radio"/> O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> O9 |

KRAJ ANKETE

UPITNIK ZA STANOVNIŠTVO UZRASTA 15 GODINA I VIŠE – INTERVJU (2013. GODINA)

MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE

OK.1 Na teritoriji koje današnje države ste rođeni?

- u Srbiji O1
u zemlji članici EU O2
u zemlji koja nije članica EU? O3

OK.2 Državljanstvo koje države imate?

- Srbije O1
zemlje članice EU O2
zemlje koja nije članica EU? O3

OK.3 Kakav je Vaš bračni status?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: OZNAČITI PRVI ODGOVOR KOJI ODGOVARA

- Nikad se nisam ženio/udavala niti živio/la u vanbračnoj zajednici O1
U braku/ vanbračnoj zajednici O2
Udovac/ica ili se vanbračna zajednica završila smrću partnera (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) O3
Razveden/a ili se vanbračna zajednica završila razlazom (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) O4

FILTER1

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

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

- Da, živim sa partnerom/kom O1
Ne O2

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

- Bez škole O1
1-7 razreda osnovne škole O2
Osnovna škola O3
Srednja škola (2 godine) O4

Srednja škola (3 ili 4 godine)	O5
Specijalizacija posle srednje škole	O6
Viša škola	O7
Visoka škola (osnovne studije)	O8
Visoka škola (master/magistarski)	O9
Visoka škola (doktorat)	O10

Uvod

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

OK.6 Kako biste definisali Vaš trenutni radnistatus?

	O1→PREĆINAOK.8
Radim za platu ili profit (uključuje one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i one koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora)	
Nezaposlen	O2
Učenik/ca, student/kinja, usavršavanje, stručna praksa bez plaćanja	O3
U penziji ili prestao/la sa bavljenjem poslom ¹	O4
Nesposoban/na za rad ²	O5
Obavljam poslove u domaćinstvu (domaćica)	O7
Drugo, navedite: _____	O8

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

Da	O1
Ne	O2→PREĆI NA Uvod ZS

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

OK.8 Da li ste(bili):

zaposleni ili	O1
samozaposleni ili	O2→PREĆI NAOK.10
angažovani u okviru porodičnog posla?	O3→PREĆI NAOK.10

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

Stalan posao/ugovor na neodređeno	O1
Privremen posao/ ugovor na određeno	O2

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

puno radno vreme ili

O1

deo radnog vremena?

O2

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

Naziv posla: _____

Opišite šta radite (ili ste radili) na poslu:

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

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

MODUL ZDRAVSTVENO STANJE

ZDRAVSTVENO STANJE – ZS

UvodZS

Sada ćemo razgovarati o Vašem zdravlju.

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

- | | |
|-------------|-----------|
| veoma dobro | O1 |
| dobro | O2 |
| prosečno | O3 |
| loše | O4 |
| veoma loše | O5 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

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

Da	O1
Ne	O2
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

ozbiljno ograničeni	O1
ograničeni ali ne ozbiljno ili niste uopšte bili ograničeni?	O2
	O3
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

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

Veoma dobro	O1
Dobro	O2
Prosečno	O3
Loše	O4
Veoma loše	O5
ne zna	O8
odbijanje	O9

ZS.5 Koliko zuba Vam nedostaje?

Nijedan (imam sve zube)	O1→PREĆI NA Uvod HB
1-5 zuba	O2
6-10 zuba	O3

- Više od 10, ali ne svi zubi O4
 Svi (nemam nijedan zub) O5
- ne zna O8
 odbijanje O9

ZS.6 Da li imate protezu?

- Da, imam totalnu O1
 Da, imam parcijalnu O2
 Nemam protezu O3
- ne zna O8
 odbijanje O9

HRONIČNE BOLESTI I STANJA – HB

UvodHB

Pred Vama je lista hroničnih bolesti ili stanja.

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

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

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

BOLEST/STANJE	HB.1
h. Astma(uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
i. Hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
j. Infarkt miokarda (srčani udar) ili hronične posledice infarkta miokarda	<input type="checkbox"/>
k. Koronarna bolest srca ili angina pektoris	<input type="checkbox"/>

l. Povišen krvni pritisak(hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
m. Moždani udar(cerebralno krvarenje,cerebralna tromboza – šlog) ili hronične posledice moždanog udara	<input type="checkbox"/>
n. Artroza – degenerativno oboljenje zglobova(ne uključuje artritis – zapaljenje zglobova)	<input type="checkbox"/>
o. Deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima	<input type="checkbox"/>
p. Vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom	<input type="checkbox"/>
q. Šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
r. Alergija, kao što je alergijska kijavica,polenska groznica, upala očiju,dermatitis,alergija na hranu ili druge alergije(ne uključuje alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
s. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
t. Nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija) problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike	<input type="checkbox"/>
u. Bubrežni problemi	<input type="checkbox"/>
v. Depresija	<input type="checkbox"/>
w. Rak (maligno oboljenje)	<input type="checkbox"/>
x. Povišenu masnoću u krvi (holesterol)	<input type="checkbox"/>

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

- Da O1
Ne O2→PREĆI NA PO.1
- ne zna O8→PREĆI NA PO.1
odbijanje O9→PREĆI NA PO.1

HB.3 Da li lečite povišeni krvni pritisak?

- Da, samo dijetom (poseban režim ishrane) O1→PREĆI NA PO.1
Da, samo lekovima O2
Da, na oba navedena načina O3
Ne, ne lečim se O4→PREĆI NA PO.1
- ne zna O8→PREĆI
NA PO.1
odbijanje O9→PREĆI
NA PO.1

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

- | | |
|-------------|----|
| Da, redovno | O1 |
| Da, ponekad | O2 |
| Ne | O3 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

POVREDE – PO

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

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

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

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

Vrsta nezgode	PO.1
e. Drumska saobraćajna nezgoda	<input type="checkbox"/>
f. Nezgoda u kući	<input type="checkbox"/>
g. Nezgoda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima	<input type="checkbox"/>

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

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

UPUTSTVO ZA ANKETARA: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

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

NAJSLOŽENIJE LEČENJE).

- | | |
|---|----|
| Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu i ostao preko noći | O1 |
| Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu ali nisam ostao preko noći | O2 |
| Da, od strane doktora ili medicinske sestre | O3 |
| Ne, ni konsultacija ni intervencija nije bila potrebna | O4 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

ODSUSTVO S POSLA (ZBOG ZDRAVSTVENIH RAZLOGA) – OP

ANKETAR: PITANJE OP1SE POSTAVLJA SAMO ONIM ISPITANICIMA KOJI SU TRENUTNO ZAPOSLENI (OK.6=1).

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

- | | |
|-----------|--------------------|
| Da | O1 |
| Ne | O2→PREĆI NA UvodFO |
| ne zna | O8→PREĆI NA UvodFO |
| odbijanje | O9→PREĆI NA UvodFO |

OP.2Koliko ste ukupno dana bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema u toku prethodnih12meseci?

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

□□□□ dana

- | | |
|--------|---------------------|
| ne zna | O998 odbijanje O999 |
|--------|---------------------|

FIZIČKA I SENZORNA FUNKCIONALNA OŠTEĆENJA – FO

UvodFO

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

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

FO.1 Da li nosite naočare ili kontaktna sočiva?

Da	O1
Ne	O2
Slepili ne vidi uopšte	O3→PREĆI NAFO.3
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

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

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

bezteškoća	O1
uz manje teškoće	O2
uz velike teškoće	O3
nisam u stanju	O4
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

FO.3 Da li koristite slušni aparat?

Da	O1
Ne	O2
Gluv ili ne čuje uopšte	O3→PREĆI NAFO.6
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

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

bezteškoća	O1
uz manje teškoće	O2

uz velike teškoće	O3
nisam u stanju	O4
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

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

bezteškoća	O1
uz manje teškoće	O2
uz velike teškoće	O3
nisam u stanju	O4
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

bezteškoća	O1
uz manje teškoće	O2
uz velike teškoće	O3
nisam u stanju	O4
ne zna	O8
odbijanje	O9

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

bezteškoća	O1
uz manje teškoće	O2
uz velike teškoće	O3
nisam u stanju	O4

ne zna O8
odbijanje O9

AKTIVNOSTI LIČNE NEGE – LN

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

UvodLN.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim aktivnostima lične nege.

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

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

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

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

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

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

UvodLN.2

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

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> O1 |
| Ne | <input type="radio"/> O2 |
| ne zna | <input type="radio"/> O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> O9 |

LN.3 ako je LN.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?
ako je LN.2=2 → Da li bi Vam bila potrebna pomoć?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> O1 |
| Ne | <input type="radio"/> O2 |
| ne zna | <input type="radio"/> O8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> O9 |

KUĆNE AKTIVNOSTI – KA

UvodKA.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim kućnim aktivnostima.

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

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

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

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

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

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

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

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

UvodKA.2

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

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

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti O1
- Ne O2
- ne zna O8
- odbijanje O9

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

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

Da, tokom najmanje jedne aktivnosti	O1
Ne	O2
ne zna	O8
odbijanje	O9

BOL – BO

UvodBO

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

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

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

Nisam imao/la bol	O1 → PREĆI NA Uvod MZ
Veoma slab	O2
Slab	O3
Umeren	O4
Jak	O5
Veoma jak	O6
ne zna	O8 → PREĆI NA Uvod MZ
odbijanje	O9 → PREĆI NA Uvod MZ

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

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

Nimalo	O1
Malo	O2
Umereno	O3
Mnogo	O4
Veoma mnogo	O5
ne zna	O8
odbijanje	O9

MENTALNO ZDRAVLJE – MZ

UvodMZ

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

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

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

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

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

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

Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi	<input type="radio"/> O1
Da, više nego ostali ljudi	<input type="radio"/> O2
Da, moj život je skoro nepodnošljiv	<input type="radio"/> O3
Ne	<input type="radio"/> O4
Ne zna	<input type="radio"/> O8

MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA**KORIŠĆENJE BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KB**Uvod KB

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

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

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

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

Da	O1
Ne	O2→PREĆI NA KB.3
ne zna	O8→PREĆI NA KB.3
odbijanje	O9→PREĆI NA KB.3

KB.2 Koliko ste ukupno noćiproveli u bolnici, uzimajući u obzir sve boravke u bolnici/ama?

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

□□□□ Broj noći

ne zna	O989
odbijanje	O999

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

Da	O1
Ne	O2→PREĆI NA Uvod KV.1
ne zna	O8→PREĆI NA Uvod KV.1
odbijanje	O9→PREĆI NA Uvod KV.1

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

Broj prijema

ne zna O998
odbijanje O999

KORIŠĆENJE VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KV

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

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

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

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

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

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

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

Pre manje od 3 meseca O1
Pre 3 meseca do 6 meseci O2 → PREĆI NA FILTER 9
Pre 6 meseci do 12 meseci O3 → PREĆI NA FILTER 9
Pre 12 meseci ili više O3 → PREĆI NA FILTER 9
Nikada O3 → PREĆI NA FILTER 9

ne zna O8 → PREĆI NA FILTER 9
odbijanje O9 → PREĆI NA FILTER 9

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

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

ne zna

O98

odbijanje

O99

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

Uvod KV.4

Sledeća grupa pitanja je o posetama ginekologu.

KV.4 Da li imate svog ginekologa?

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

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

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

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

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

Pre manje od 12meseci

O1

Pre 12 meseci ili više

O2

Nikada

O 3 →PREĆI NA Uvod KV.7

ne zna

O8

odbijanje

O9 → PREĆI NA Uvod KV.7

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

godina

ne zna O98
odbijanje O99

Uvod KV.7

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

KV.7 Da li imate svog stomatologa:

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

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

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

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

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

Pre manje od 6meseci O1
Pre 6 do 12meseci O2
Pre 12 meseci ili više O3
Nikada O4

ne zna O8
odbijanje O9

Uvod KV.9

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

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

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| Pre manje od 12 meseci | O1 |
| Pre 12 meseci ili više | O2 → PREĆI NA KV.11 |
| Nikada | O3 → PREĆI NA KV.11 |
| ne zna | O8 → PREĆI NA KV.11 |
| odbijanje | O9 → PREĆI NA KV.11 |

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

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

- | | |
|-----------|------------|
| ne zna | O98 |
| odbijanje | O99 |

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

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

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

ZANIMANJE	KV.11
a. Specijalistu fizikalne medicine i rehabilitacije	□
b. Psihologa, psihoterapeuta ili psihijatra	□

Uvod KV.12

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

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

- | | |
|-----------|----|
| Da | O1 |
| Ne | O2 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

Uvod KV.13

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

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

- | | |
|-----------|----|
| Da | O1 |
| Ne | O2 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

Uvod KV.14

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

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

- | | |
|-----------|---------------------|
| Da | O1 |
| Ne | O2 → PREĆI NA KV.16 |
| ne zna | O8 → PREĆI NA KV.16 |
| odbijanje | O9 → PREĆI NA KV.16 |

KV.15 Koje su to usluge bile?

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

- | | |
|-------------|---|
| Da..... | 1 |
| Ne..... | 2 |
| ne zna..... | 8 |

odbijanje..... 9

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

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

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

Da O1

Ne O2

ne zna O8

odbijanje O9

UPOTREBA LEKOVA – UL

UvodUL

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

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

OBJAŠNENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACPCIJU”.

Da O1

Ne O2

ne zna O8

odbijanje O9

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

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACEPciju”.

- Da **O1**
Ne **O2**→ PREĆI NA Uvod PP.1
- ne zna **O8**→ PREĆI NA Uvod PP.1
odbijanje **O9**→ PREĆI NA Uvod PP.1

UL.3 Koji su to lekovi bili?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 10-UL.3.ISPITANIK/CA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSI NA NJEGA/NJU.UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKI OD LEKOVA.

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

Lekovi	UL.3
a. Vitamini, minerali (za jačanje organizma)	<input type="checkbox"/>
b. Biljni preparati (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	<input type="checkbox"/>
c. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	<input type="checkbox"/>
d. Za lečenje određenih bolesti	<input type="checkbox"/>
e. Antibiotiici	<input type="checkbox"/>
f. Za pritisak	<input type="checkbox"/>
g. Za smirenje	<input type="checkbox"/>
h. Za nesanicu	<input type="checkbox"/>
i. Za varenje	<input type="checkbox"/>
j. Protiv zatvora	<input type="checkbox"/>

PREVENTIVNI PREGLEDI – PP

Uvod PP.1

Sada bih Vam postavio/la neka pitanja o vakcinaciji protiv gripa.

PP.1Kada ste se poslednji put primili vakcinu protiv gripa?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MESEC I GODINA SE UPISUJU UKOLIKO JE ISPITANIK POSLEDNJI PUT PRIMIO VAKCINU PROTIV GRIPA U TOKU PRETHODNIH 12 MESECI.

 |_|_| |_|_|_|_|_|
Mesec Godina

- Davno (pre više od jedne godine) O1
- Nikad O2
- ne zna O8
- odbijanje O9

Uvod PP.2 – PP.4

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

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

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

- Tokom prethodnih 12meseci O1
- Pre 1 do manje od 3 godine O2
- Pre 3 do manje od5 godina O3
- Pre 5 godina ili više O4
- Nikada O5
- ne zna O8
- odbijanje O9

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

- Tokom prethodnih 12meseci O1
- Pre 1 do manje od 3 godine O2
- Pre 3 do manje od5 godina O3
- Pre 5 godina ili više O4
- Nikada O5
- ne zna O8

odbijanje O9

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

Tokom prethodnih 12meseci O1
Pre 1 do manje od 3 godine O2
Pre 3 do manje od5 godina O3
Pre 5 godina ili više O4
Nikada O5
ne zna O8
odbijanje O9

Uvod PP.5 i PP.6

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

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

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

Tokom prethodnih 12meseci O1
Pre 1 do manje od 2 godine O2
Pre 2 do manje od3 godine O3
Pre 3 godine ili više O4
Nikada O5
ne zna O8
odbijanje O9

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

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

Tokom prethodnih 12meseci	O1
Pre 1 do manje od 5 godina	O2
Pre 5 do manje od10 godina	O3
Pre 10 godina ili više	O4
Nikada	O5
ne zna	O8
odbijanje	O9

FILTER 10

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

Uvod PP.7 – PP.10

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

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

Tokom prethodnih 12meseci	O1	
Pre 1 do manje od 2 godine	O2	
Pre 2 do manje od3 godine	O3	
Pre 3 godine ili više	O4	→ PREĆI NA PP.9
Nikada	O5	→ PREĆI NA PP.9
ne zna	O8	→ PREĆI NA PP.9
odbija	O9	→ PREĆI NA PP.9

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

samoinicijativno	O1
po savetu lekara	O2
po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka dojke	O3
ne zna	O8

odbijanje

O9

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

- | | | |
|----------------------------|----|--------------------|
| Tokom prethodnih 12meseci | O1 | |
| Pre 1 do manje od 2 godine | O2 | |
| Pre 2 do manje od3 godine | O3 | |
| Pre 3 godine ili više | O4 | → PREĆI NA Uvod NP |
| Nikada | O5 | → PREĆI NA Uvod NP |
| ne zna | O8 | → PREĆI NA Uvod NP |
| odbija | O9 | → PREĆI NA Uvod NP |

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

- | | |
|---|----|
| samoinicijativno | O1 |
| po savetu lekara | O2 |
| po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka grlića materice | O3 |
| ne zna | O8 |
| odbijanje | O9 |

NEOSTVARENE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM – NP

Uvod NP

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

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

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

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

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

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

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

- Da.....1
 Ne.....2
 Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3

 ne zna.....8
 odbijanje.....9

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

ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM SLUŽBOM – ZA

Uvod ZA.1

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

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

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

- Veoma sam zadovoljan/na..... 1
 Zadovoljan/na sam..... 2
 Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na..... 3
 Nezadovoljan/na sam..... 4
 Veoma sam nezadovoljan/na..... 5

ne zna..... 8
odbijanje..... 9

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

MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA

VISINA I TEŽINA – VT

UvodVT

Sada ću Vas pitati o Vašoj visini i težini.

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

_____ cm

ne zna O998 odbijanje O999

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

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

_____ kg

ne zna O998 odbijanje O999

UvodIS

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

FIZIČKA AKTIVNOST – FA

UvodFA

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

Uvod FA.1

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

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

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

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

ANKETAR: NE ČITATI ODGOVOR

- Ne obavljam nikakav posao 4
ne zna 8
odbijanje 9

Uvod FA.2

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

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

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.4

- ne zna 8
odbijanje 9

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

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

- 10 – 29 minuta dnevno 1
30 – 59 minuta dnevno 2
1 do manje od 2 sata dnevno 3
2 do manje od 3 sata dnevno 4
3 sata i više dnevno 5
ne zna 8
odbijanje 9

FA.4 U tipičnoj nedelji, koliko dana VOZITE BICIKL najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako biste otišli negde ili se vratili od nekud?

Brojdana:

Nikadane obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆINA FA.6

ne zna 8

odbijanje 9

FA.5 Koliko obično vremena u toku dana provedete vozeći bicikl kako biste otišli negde ili se vratili odnekud?

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

10 – 29 minuta dnevno 1

30 – 59 minuta dnevno 2

1 do manje od 2 sata dnevno 3

2 do manje od 3 sata dnevno 4

3 sata i više dnevno 5

ne zna 8

odbijanje 9

Uvod FA.6

Sledeća pitanja ISKLJUČUJU AKTIVNOSTI VEZANE ZA POSAO I PREVOZ o kojima ste već govorili. Sada bih Vas pitao/la O BAVLJENJU SPORTOM, FITNESOM I REKREACIJOM U TOKU SLOBODNOG VREMENA koji makar I U NAJMANJOJ MERI DOVODE DO UBRZANOG DISANJA ILI PULSA. Na primer brzi hod, igre sa loptom (fudbal, košarka...), trčanje, vožnja bicikla ili plivanje.

FA.6 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu)?

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.8

ne zna 8

odbijanje 9

FA.7 U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme?

: nedeljno
sati minuti

ne zna 98

odbijanje 99

FA.8 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite fizičkim aktivnostima posebno namenjenim jačanju Vaših mišića kao što su vežbe otpora i snage (uključuje sve aktivnosti iako ste ih ranije pomenuli.)

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0

ne zna 8

odbijanje 9

Uvod FA.9

Poslednje pitanje je o vremenu koje ste provodili u sedenju u jednom radnom danu tokom tipične nedelje. Obuhvaćeno je vreme koje provodite u sedećem položaju na poslu, u stanu/kući i tokom slobodnog vremena. Ono uključuje vreme provedeno u sedećem položaju za stolom, pri poseti prijateljima i vreme provedeno u sedećem ili ležećem položaju za vreme čitanja i gledanja televizije.

FA.9 U proteklih sedam dana u tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?

: dnevno
sati minuti

ne zna 98

odbijanje 99

ISHRANA – IS

IS.1 Koliko puta u toku nedelje doručkujete?

Svaki dan 01

Ponekad 02

Nikad 03

ne zna 08

odbijanje 09

IS.2 Koliko često pijete mleko i/ili mlečne proizvode (jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao)?

Svaki dan po 2 ili više šolja 1

Svaki dan po jednu šolju 2

Ponekad, ne svaki dan 3

Nikad 4

ne zna 8

odbijanje 9

IS.3 Koju vrstu hleba najčešće koristite u ishrani?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|
| Beli | <input type="radio"/> | 1 |
| Polubeli | <input type="radio"/> | 2 |
| Integralni | <input type="radio"/> | 3 |
| Kombinovano (sve vrste) | <input type="radio"/> | 4 |
| Ne jedem hleb | <input type="radio"/> | 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.4 Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.) u Vašem domaćinstvu?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Svinjska mast, puter | <input type="radio"/> | 1 |
| Biljna mast, margarin | <input type="radio"/> | 2 |
| Ulje | <input type="radio"/> | 3 |
| Ne koristim masnoću | <input type="radio"/> | 4 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

IS.5 Da li dosoljavate hranu koju jedete?

- | | | |
|--|-----------------------|----|
| Da, skoro uvek pre nego što probam hranu | <input type="radio"/> | 01 |
| Da, kada hrana nije dovoljno slana | <input type="radio"/> | 02 |
| Nikad | <input type="radio"/> | 03 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 08 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 09 |

IS.6 Koliko često jedete ribu?

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|---|
| Više od 2 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 1 |
| 2 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 2 |
| Manje od 2 puta nedeljno | <input type="radio"/> | 3 |
| Nikad | <input type="radio"/> | 4 |
| ne zna | <input type="radio"/> | 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> | 9 |

Uvod IS 7

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

IS.7 Koliko često jedete voće, izuzimajući sok napravljen od koncentrata voća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SAMO SVEŽE CEĐENI SOKOVI. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG VOĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI VOĆA MOGU BITI SVEŽI ILI SMRZNUTI,

KONZERVIRANI ILI SUŠENI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD VOĆA I PASIRANO VOĆE.

- | | | |
|---------------------------|--|-----------------|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> 1 | } PREĆI NA IS.9 |
| 4 do 6 puta nedeljno | <input type="radio"/> 2 | |
| 1 do 3 puta nedeljno | <input type="radio"/> 3 | |
| Manje od jednom nedeljno | <input type="radio"/> 4 | |
| Nikada | <input type="radio"/> 5 | |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 →PREĆI NA IS.9 | |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 →PREĆI NA IS.9 | |

IS.8 Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 14-IS.8.

Broj porcija:

- | | |
|-----------|--------------------------|
| ne zna | <input type="radio"/> 98 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 99 |

IS.9Koliko često jedete povrćeisalate, izuzimajući krompirisok napravljen od koncentrata povrća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SUPE (TOPLE I HLADNE), KAO I SVEŽE CEĐENI SOKOVI OD POVRĆA. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG POVRĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI POVRĆA MOGU BITI SVEŽI, SMRZNUTI ILI KONZERVIRANI.TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD POVRĆA I PASIRANO POVRĆE. PASULJ, SOČIVO I DRUGA KUVANA JELA OD POVRĆA SE TAKOĐE UKLJUČUJU.

- | | | |
|---------------------------|--|-----------------|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> 1 | } PREĆI NAIS.11 |
| 4 do 6 puta nedeljno | <input type="radio"/> 2 | |
| 1 do 3 puta nedeljno | <input type="radio"/> 3 | |
| Manje od jednom nedeljno | <input type="radio"/> 4 | |
| Nikada | <input type="radio"/> 5 | |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 →PREĆI NAIS.11 | |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 →PREĆI NAIS.11 | |

IS.10 Koliko porcija povrća i salate, izuzimajući sok i krompir, jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 15-IS.10

Broj porcija:

- ne zna 98
odbijanje 99

IS.11 Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?

- Uvek O1
Često O2
Ponekad O3
Nikad O4
- ne zna O8
odbijanje O9

IS.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci zbog zdravstvenih razloga...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 16-**IS.12** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU PROMENU.
AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA PROMENA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da O1
Ne O2
Nije bilo potrebno O3
- ne zna O8
odbijanje O9

PROMENA	IS.12
a. smanjili unos masnoća	<input type="checkbox"/>
b. promenili vrstu masnoća u ishrani	<input type="checkbox"/>
c. smanjili unos soli	<input type="checkbox"/>
d. smanjili unos šećera	<input type="checkbox"/>
e. povećali konzumiranje voća i povrća	<input type="checkbox"/>
f. smanjili težinu (oslabili uz pomoć dijete)	<input type="checkbox"/>
g. smanjili konzumiranje alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>

FAKTORI RIZIKA – FR

Uvod FR

Sledeća pitanja se odnose na vaše stavove, znanja i ponašanje u vezi sa faktorima rizika po zdravlje.

FR.1 Da li smatrate da svojim ponašanjem rizikujete da obolite od neke od navedenih bolesti?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 17-FR.1. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- Već oboleo/la..... 3
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

BOLEST	FR.1
a. Gojaznost	<input type="checkbox"/>
b. PovišenI krvni pritisak	<input type="checkbox"/>
c. Šećerna bolest	<input type="checkbox"/>
d. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog, angina pektoris)	<input type="checkbox"/>
e. Plućne bolesti (hronični bronhitis)	<input type="checkbox"/>
f. Rak	<input type="checkbox"/>
g. Ciroza ietre	<input type="checkbox"/>
h. Polne bolesti, sida (AIDS)	<input type="checkbox"/>
i. Bolesti kao posledice povrede	<input type="checkbox"/>

FR.2 Kakav uticaj na zdravlje po Vašem mišljenju imaju...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 18-FR.2 UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU ODREDNICU.

- Veliki..... 1
- Umeren..... 2
- Mali..... 3
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

ODREDNICA	FR.2
a. Ishrana	<input type="checkbox"/>
b. Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>
c. Pušenje	<input type="checkbox"/>
d. Konzumiranje alkohola	<input type="checkbox"/>
e. Društvene aktivnosti (druženje sa prijateljima, izlasci, izleti...)	<input type="checkbox"/>

FR.3 Da li prilikom vožnje...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **19-FR.3** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU SITUACIJU.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- Ponekad..... 3
- Ne vozim..... 4
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

SITUACIJA	FR.3
a. rolera/skeitborda koristite štitnike i kacigu	<input type="checkbox"/>
b. bicikla nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
c. bicikla noću koristite prednje i zadnje svetlo	<input type="checkbox"/>
d. traktora noću koristite prednja i zadnja svetla	<input type="checkbox"/>
e. motora nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
f. automobila koristite sigurnosni pojas	<input type="checkbox"/>
g. automobila vozite pod uticajem alkohola	<input type="checkbox"/>
h. automobila prekoračujete dozvoljenu brzinu	<input type="checkbox"/>
i. automobila koristite mobilni telefon	<input type="checkbox"/>

FR.4 Da li pratite teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO SREDSTVO INFORMISANJA.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- Povremeno..... 3
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

SREDSTVA INFORMISANJA	FR.4
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

SOCIJALNA PODRŠKA – SP

Uvod SP

Sledeća tri pitanja se odnose na Vaše socijalne odnose.

SP.1 Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?

- Nijedna `O1
- 1 ili 2 O2
- 3 do 5 O3
- 6 ili više `O4

SP.2 Koliko su ljudi uisitinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?

- Veoma su zainteresovani O1
- Donekle su zainteresovani O2
- Nisu ni zainteresovani, ni nezainteresovani O3
- Malo su zainteresovani O4
- Nimalo nisu zainteresovani O5

SP.3 Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?

- | | |
|------------|-----------|
| Vrlo lako | O1 |
| Lako | O2 |
| Moguće | O3 |
| Teško | O4 |
| Jako teško | O5 |

NEFORMALNO STARANJE – NS

Uvod NS

Sledeća pitanja su o pružanju nege ili pomoći ljudima sa zdravstvenim problemom.

NS.1 Da li, najmanje jednom nedeljno, pružate negu ili pomažete jednoj ili više osoba koje pate zbog problema vezanih za starost, problema usled hroničnih bolesti/stanja ili nemoći?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DODATI „ISKLUČITE PRUŽANJE BILO KOJE NEGE KOJA JE VEZANA ZA VAŠU PROFESIJU”.

- | | | |
|-----------|-----------|---|
| Da | O1 | } |
| Ne | O2 | |
| Ne zna | O8 | |
| Odbijanje | O9 | |

NS.2 Da li je ta osoba ili su te osobe neke od ovih:

Član(ovi) Vaše porodice **O1**

Neko drugi (nije član Vaše porodice)? **O2**

ANKETAR: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR. UKOLIKO JE VIŠE OSOBA UKLJUČENO RECITE: „IZABERITE ONU OSOBU KOJOJ NAJVIŠE POMAŽETE”.

NS.3 Koliko sati nedeljno pružate negu ili pomoć?

- | | |
|---|-----------|
| Manje od 10 sati nedeljno | O1 |
| Najmanje 10 ali manje od 20 sati nedeljno | O2 |
| 20 i više sati nedeljno | O3 |

**UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE
(ZA ISPITANIKE STAROSTI 15 GODINA I VIŠE) – 2013. GODINA**



DO1. Redni broj popisnog kruga u uzorku: _____	DO2. Redni broj domaćinstva u popisnom krugu: _____
DO3. Broj reda člana domaćinstva _____	DO4. Dan / mesec / godina anketiranja: ____ / ____ / 2013.
Ime prezime i ID anketara: _____	
DO5. Rezultat ankete radene za samopopunjavanje <i>ANKJ Šifre se odnose na ispitanika, tj. na to da li je ispitanik pristao na anketiranje.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ispitanik pristaje da radi upitnik 2. Upitnik nije popunjen jer ispitanik odbija 3. Upitnik nije popunjen jer ispitanik nije dostupan za sve vreme trajanja terena (vojska, inostranstvo, bolnica...) 4. Upitnik nije popunjen jer ispitanik nije u stanju da popuni ovaj upitnik

Poštovani/a,

Napitanja u ovom upitniku odgovarate samostalno. Pre davanja odgovora, veoma pažljivo pročitajte pitanje i sve ponuđene odgovore. Obeležavate samo jedan odgovor osim u slučaju kada je naznačeno da je moguće dati više odgovora!

Vaš odgovor obeležavate tako što upisujete **X** u zatvorenu kućicu ili odgovarajući broj u otvorene kućice .

Ukoliko pored odgovora koji ste obeležili **ne stoji znak "→"** (strelica), **prelazite na sledeće pitanje. Strelica "→"** pored Vašeg odgovora **upućuje na sledeće pitanje koje treba da predete.**

Vaši odgovori su poverljivi, stoga Vas molimo da date iskrene odgovore!

HIGIJENSKE NAVIKE

HN.1 Koliko često perete ruke nakon ulaska u kuću?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Uvek | <input type="radio"/> 1 |
| Skoro uvek | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad | <input type="radio"/> 3 |
| Skoro nikad | <input type="radio"/> 4 |
| Nikad | <input type="radio"/> 5 |

HN.2 Koliko često perete ruke pre jela?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Uvek | <input type="radio"/> 1 |
| Skoro uvek | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad | <input type="radio"/> 3 |
| Skoro nikad | <input type="radio"/> 4 |
| Nikad | <input type="radio"/> 5 |

HN.3 Koliko često perete ruke posle upotrebe WC-a (nužnika)?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Uvek | <input type="radio"/> 1 |
| Skoro uvek | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad | <input type="radio"/> 3 |
| Skoro nikad | <input type="radio"/> 4 |
| Nikad | <input type="radio"/> 5 |

HN.4 Koliko često perete zube?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Više od jednom dnevno | <input type="radio"/> 1 |
| Jednom dnevno | <input type="radio"/> 2 |
| Povremeno | <input type="radio"/> 3 |
| Nikad | <input type="radio"/> 4 |
| Nemam svoje zube ni protezu | <input type="radio"/> 5 |

HN.5 Koliko puta ste se tokom prethodne nedelje kupali ili tuširali?

- | | |
|-----------|-------------------------|
| Svaki dan | <input type="radio"/> 1 |
| 4-6 puta | <input type="radio"/> 2 |

- 2-3 puta 3
Jednom 4
Nijednom 5

PUŠENJE

PU.1 Da li ste ikad pušili?

- Da 1
Ne 2 → PREDITE NA PITANJE PU.8

PU.2 Da li ste ikad pušili svakodnevno?

- Da 1
Ne 2

PU.3 Da li sada pušite?

- Da, svakodnevno 1
 2
Da, povremeno 3 → PREDITE NA PITANJE PU.8

Ne

PU.4 Koju vrstu duvanskih proizvoda uglavnom koristite?

MOGUĆ JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

Cigarete (fabrički proizvedene ili samostalno zavijene) 1 → PREDITE NA PITANJE PU.5

Cigare 2
Duvan za lulu 3
Drugo 4 } PREDITE NA PITANJE PU.6

PU.5 Koliko cigareta prosečno popušite u toku jednog dana?

Broj cigareta:

Ne pušim svakodnevno 0

PU.6 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci pokušali da prestanete da pušite?

- Da 1
Ne 2

PU.7 Da li Vam je tokom prethodnih 12 meseci lekar ili drugi zdravstveni radnik savetovao da prestanete da pušite?

- Da 1
Ne 2

PU.8 Koliko često ste izloženi duvanskom dimu u zatvorenom prostoru (u kući, na poslu, u restoranima, na javnim mestima poput pozorišta, klubova...)?

1
Nikada ili skoro nikada

- | | |
|------------------------|----|
| Manje od 1 sata dnevno | O2 |
| 1 sat i više dnevno | O3 |

PU.9 Da li ste zabrinuti zbog štetnih posledica pušenja/izloženosti duvanskom dimu po vaše zdravlje?

- | | |
|------------|----|
| Da, veoma | O1 |
| Da pomalo | O2 |
| Ne previše | O3 |
| Ne, nimalo | O4 |

UPOTREBA ALKOHOLA

AL.1 Koliko često ste tokom prethodnih 12 meseci pili alkoholna pića (pivo, vino, žestoka pića, koktele, likere, alkoholna pića iz kućne/domaće proizvodnje...)?

- | | | |
|---|----|---------------------------|
| Svaki dan ili skoro svaki dan | O1 | |
| 5 - 6 dana u nedelji | O2 | |
| 3 - 4 dana u nedelji | O3 | |
| 1 - 2 dana u nedelji | O4 | |
| 2 - 3 dana mesečno | O5 | } PREDITE NA AL.6 |
| Jednom mesečno | O6 | |
| Manje od jednom mesečno | O7 | |
| Ne u proteklih 12 meseci, jer više ne pijem alkohol | O8 | } PREDITE NA PITANJE PS.1 |
| Nikada, ili nekoliko gutljaja, u svom životu | O9 | |

AL.2 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko dana od ta 4 dana obično pijete alkoholna pića?

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| Sva četiri dana | O1 |
| 3 od 4 dana | O2 |
| 2 od 4 dana | O3 |
| 1 od 4 dana | O4 |
| Ni jedan od 4 dana | O5 → PREDITE NA PITANJE AL.4 |

AL.3 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

U OVOM DELU UPITNIKA, OD VAS SE OČEKUJE DA NAM ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠOJ UPOTREBI ALKOHOLNIH PIĆA NA OSNOVU STANDARDNIH ČAŠA, ODNOSNO ČAŠA KOJE SE KORISTE U UGOSTITELJSTVU.

MOLIMO VAS DA IMATE U VIDU KOLIČINE STANDARDNIH PIĆA NAVEDENE NA SLICI KADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.

16 ili više pića dnevno	O1
10-15 pića dnevno	O2
6 - 9 pića dnevno	O3
4 - 5 pića dnevno	O4
3 pića dnevno	O5
2 pića dnevno	O6
1 piće dnevno	O7
0 pića dnevno	O8



AL.4 Od PETKA do NEDELJE, koliko dana od ta 3 dana obično pijete alkoholna pića?

Sva tri dana	O1
2 od 3 dana	O2
1 od 3 dana	O3
Ni jedan od 3 dana	O4 → PREĐITE NA PITANJE AL.6

AL.5 Od PETKA do NEDELJE, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

MOLIMO VAS DA KORISTITE VREDNOSTI NAVEDENE NA SLICI ISPOD PITANJA AL.3 KADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.

16 ili više pića dnevno	O1
10 - 15 pića dnevno	O2
6 - 9 pića dnevno	O3
4 - 5 pića dnevno	O4
3 pića dnevno	O5
2 pića dnevno	O6

- | | |
|---------------|----|
| 1 piće dnevno | O7 |
| 0 pića dnevno | O8 |

AL.6 Koliko često tokom prethodnih 12 meseci dešavalo da popijete 6 ili više pića koje sadrže alkohol toku jedne prilike (na primer, utoku zabave, uzjelo, utoku večer provedene sa prijateljima, samikod kuće...)?

- | | |
|-------------------------------|----|
| Svaki dan ili skoro svaki dan | O1 |
| 5 - 6 dana u nedelji | O2 |
| 3 - 4 dana u nedelji | O3 |
| 1 - 2 dana u nedelji | O4 |
| 2 - 3 dana u mesecu | O5 |
| Jednom mesečno | O6 |
| Manje od jednom mesečno | O7 |
| Ne u prethodnih 12 meseci | O8 |
| Nikada u životu | O9 |

UPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

**PS.1 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci koristili neko od navedenih sredstava?
OBELEŽITE SVAKO SREDSTVO KOJE STE KORISTILI.**

- | | |
|--------------------------------|-----|
| Sredstva za spavanje | O1 |
| Sredstva za umirenje | O2 |
| Sredstva protiv bolova | O3 |
| Morfijum | O4 |
| Kanabis (marihuana ili hašiš) | O5 |
| Ekstazi | O6 |
| Amfetamin, metamfetamin (spid) | O7 |
| Kokain | O8 |
| Krek | O9 |
| Heroin | O10 |
| LSD | O11 |
| Isparljive supstance (lepak) | O12 |
| Ništa od navedenog | O13 |

SEKSUALNO PONAŠANJE

SE.1 Da li ste stupili u seksualne odnose?

POD SEKSUALNIM ODNOSOM SE PODRAZUMEVA VAGINALNI ILI PENETRATIVNI ANALNI SEKSUALNI ODNOS.

- Da O1
Ne O2 → PREDITE NA PITANJE SE.11

SE.2 Sa koliko godina ste prvi put stupili u seksualne odnose?

□□□ godina

SE.3 Da li ste ikada imali seksualne odnose sa osobom istog pola?

- Da, u poslednjih 12 meseci O1
Da, pre više od 12 meseci O2
Ne O3

SE.4 Da li ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

- Da O1
Ne O2 → PREDITE NA PITANJE SE.11

SE.5 Sa koliko različitih partnera ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

POD PARTNEROM SE PODRAZUMEVA OSOBA SA KOJOM STE IMALI SEKSUALNE ODNOS BEZ OBZIRA NA POL. UKLJUČUJE STALNOG PARTNERA, POVREMENOG PARTNERA, KAO I KOMERCIJALNOG PARTNERA (OSOBU KOJA VAM JE PRUŽILA SEKS ZA NOVAC ILI USLUGU)

- Sa jednim partnerom O1
Sa 2 partnera O2
Sa 3 partnera O3
Sa više od 3 partnera O4

SE.6 Da li je korišćen kondom tokom Vašeg poslednjeg seksualnog odnosa?

- Da O1
Ne O2
Ne sećam se O3

SE.7 Da li ste imali seksualni odnos sa povremenim partnerom tokom prethodnih 12 meseci?

- Da O1
Ne O2
Ne sećam se O3

SE.8 Da li je korišćen kondom tokom Vašeg poslednjeg seksualnog odnosa sa povremenim partnerom?

- Da O1
Ne O2
Ne sećam se O3

SE.9 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi ili Vaš partner koristili neko od navedenih sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće?

DOZVOLJENO JE DATI VIŠE ODGOVORA. OBELEŽITE SVAKO SREDSTVO ILI METOD KOJI STE KORISTILI.

Pilula	O1
Intrauterina spirala	O2
Hormonska injekcija	O3
Hormonski implantat	O4
Dijafragma	O5
Pena, gel	O6
Ženski kondom	O7
Ženska sterilizacija	O8
Muški kondom	O9
Muška sterilizacija	O10
Neplodni dani	O11
Prekinut odnos	O12
Pilula za „dan posle“	O13
Ništa od navedenog	O14

SE.10 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi imali (ili je Vaša partnerka imala) namerni prekid trudnoće?

Da	O1
Ne	O2

SE.11 Da li ste čuli za virus koji se zove HIV i za bolest sidu (AIDS) koju on izaziva?

Da	O1
Ne	O2 → PREĐITE NA PITANJE NA.1

SE.12 Šta mislite o sledećim pitanjima?

	Da	Ne	Ne znam
1. Da li upražnjavanje seksualnih odnosa samo sa jednim pouzdanim, nezaraženim partnerom može smanjiti rizik od prenosa HIV infekcije?	O1	O2	O3
2. Da li pravilna upotreba kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa može smanjiti rizik od prenosa HIV infekcije?	O1	O2	O3
3. Da li je moguće da osoba koja izgleda zdrava može biti nosilac HIV-a?	O1	O2	O3
4. Da li osoba može dobiti HIV ukoliko deli prostor/boravi u istom prostoru sa inficiranom osobom?	O1	O2	O3
5. Da li osoba može dobiti HIV ako deli hranu/obrok sa inficiranom osobom?	O1	O2	O3
6. Ako bi neki član vaše porodice oboleo od HIV-a da li biste prihvatili da njega ili nju negujete u svom domaćinstvu?	O1	O2	O3
7. Ako biste saznali da vlasnik prodavnice ili prodavac hrane ima HIV da li biste kupili sveže povrće od njega/nje?	O1	O2	O3
8. Ako bi učiteljica/nastavnica imala virus HIV-a, ali da pritom nije obolela, da li bi joj trebalo dozvoliti da nastavi da podučava u školi?	O1	O2	O3
9. Ako bi se član vaše porodice inficirao virusom HIV -a da li biste želeli da to ostane tajna?	O1	O2	O3

SE.13 Da li znate mesto gde se možete savetovati i testirati na HIV?

Da O1

Ne O2

SE.14 Da li ste se testirali na HIV?

Da, u poslednjih 12 meseci O1

Da, pre više od 12 meseci O2

Ne O3 → PREĐITE NA PITANJE NA.1

SE.15 Da li su Vam saopšteni rezultati?*UKOLIKO STE SE TESTIRALI VIŠE PUTA, PITANJE SE ODNOSI SE NA VAŠE POSLEDNJE TESTIRANJE NA HIV.*

Da O1

Ne O2

NASILJE

NA.1 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju?

	Da	Ne
1. U porodici	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
2. U školi/na radnom mestu	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
3. Na ulici	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2

NA.2 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom psihičkom maltretiranju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju...)?

	Da	Ne
1. U porodici	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
2. U školi/na radnom mestu	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
3. Na ulici	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2

NA.3 Ukoliko ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju ili psihičkom maltretiranju da li ste se obraćali za pomoć?

	Da	Ne
1. Socijalnom radniku	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
2. Zdravstvenom radniku	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
3. SOS službi	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
4. Policiji	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
5. Roditelju, detetu, rođaku, prijatelju	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
6. Nastavniku, profesoru	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2

NA.4 Da li se do sada dešavalo da Vi nekoga:

	Da	Ne
1. Psihički maltretirate (vređate, ponižavate)	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2
2. Tučete	<input type="radio"/> O1	<input type="radio"/> O2

KRAJ ANKETE

БИОГРАФИЈА

- Катарина Боричић је рођена 7.06.1973. године у Београду. Медицински факултет Универзитета у Београду завршила је 2002. године, са просечном оценом 8.80.
- Јула 2010. године одбранила је академски специјалистички рад под називом „Повезаност прекомерне телесне масе са другим факторима ризика код адолесцената“ и стекла академско звање специјалисте за јавно здравље.
- Јуна 2011. године положила је специјалистички испит из социјалне медицине са одличним одбранивши рад на тему: „Повезаност демографских и социјално-економских карактеристика са ризичним понашањем код школске омладине“
- Запослена је као самостални стручни сарадник у Центру за промоцију здравља Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.
- Од 2016. године је национални представник СЗО за промоцију здравља током живота циклуса.
- Аутор и реализатор програма за стручно усавршавање здравствених радника и сарадника из области промоције и унапређења здравља вулнерабилних група.
- Активно је учествовала у реализацији шест национална научноистраживачка пројекта.
- Учествовала је у раду Републичких стручних комисија: РСК „Игре на срећу“ 2012, РСК за ментално здравље 2013.- 2014., Подкомисија за неонатологију РСК за област здравствене заштите деце - од 2014 и Комисија за здравствено васпитање Црвеног крста Србије – члан од 2012.

Прилог 1

Изјава о ауторству

Потписани-а Катарина А.Боричић

број уписа JZ 04/11

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Истраживање повезаности одредница здравља са здравственим понашањем
адолесцената у Републици Србији

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

Потпис докторанда

У Београду, 27.03.2017. године

К. Боричић

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Катарина А.Боричић

Број уписа JZ 04/11

Студијски програм Јавно здравље

Наслов рада Истраживање повезаности одредница здравља са здравственим понашањем адолесцената у Републици Србији

Ментор Проф. др Снежана Симић

Потписани Катарина А.Боричић

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

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

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

Потпис докторанда

У Београду, 27.03.2017. године

К. Боричић

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

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

Истраживање повезаности одредница здравља са здравственим понашањем
адолесцената у Републици Србији

која је моје ауторско дело.

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

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

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

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Београду, 27.03.2017. године

Потпис докторанда

И. Борковић