



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Вера В. Симић

**ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ АСПЕКТ
ДЕПРЕСИВНОСТИ ОДРАСЛОГ
СТАНОВНИШТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2024.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Vera V. Simić

**JAVNOZDRAVSTVENI ASPEKT
DEPRESIVNOSTI ODRASLOG
STANOVNIŠTVA REPUBLIKE SRBIJE**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2024



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Vera V. Simic

**PUBLIC HEALTH ASPECTS OF
DEPRESSIVE SYMPTOMS IN THE ADULT
POPULATION OF THE REPUBLIC OF
SERBIA**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2024.

Идентификациона страница докторске дисертације

Аутор	
Име и презиме: Вера В. Симић	
Датум и место рођења: 28.05.1976. године, Београд	
Садашње запослење: Медицинска школа „Београд“, ул. Делиградска бр. 31, Београд	
Докторска дисертација	
Наслов: Јавноздравствени аспект депресивности одраслог становништва Републике Србије	
Број страница: 85	
Број слика: Табела 37 и графикона 3	
Број библиографских података: 119	
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу	
Научна област (УДК): Медицина (Превентивна медицина)	
Ментор: Проф. др Ивана Симић Вукомановић, ванредни професор, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу	
Оцена и одбрана	
Датум пријаве теме: 24.07. 2024.	
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: IV-03-773/26, од 18. 10. 2023.	

Identifikaciona stranica doktorske disertacije

Autor
Ime i prezime: Vera V. Simić
Datum i mesto rođenja: 28. 5. 1976. godine, Beograd
Sadašnje zaposlenje: Medicinska škola „Beograd“, ul. Deligradska 31, Beograd
Doktorska disertacija
Naslov: Javnozdravstveni aspekt depresivnosti odraslog stanovništva Republike Srbije
Broj stranica: 85
Broj slika: Tabela 37 i grafikona 3
Broj bibliografskih podataka: 119
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicina (Preventivna medicina)
Mentor: Prof. dr Ivana Simić Vukomanović, vanredni profesor, Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu
Oцена i odbrana
Datum prijave teme: 24.7.2024.
Broj i datum odluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: IV-03-773/26, од 18. 10. 2023.

Identification page of the doctoral dissertation

Author
Name and surname: Vera V. Simic
Date and place of birth: May 28 st , 1976, Beograd
Current employment: Secondary Medical School "Belgrade", Deligradska Street No. 31, Belgrade
Doctoral Dissertation
Title: Public health aspects of depressive symptoms in the adult population of the Republic of Serbia
No. of pages: 85
No. of images: Tables 37 and Graphs 3
No. of bibliographic data: 119
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medicine (Preventive Medicine)
Mentor: Prof. Dr. Ivana Simic Vukomanovic, associate professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Grade and Dissertation Defense
Topic Application Date: 24.07.2024.
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic: V-03-773/26, 18. 10. 2023.

ЗАХВАЛНИЦА

Посебно бих се захвалила ментору проф. др Ивани Симић Вукомановић за несебичну подршку, стручну и пријатељску помоћ коју ми је пружила од првог корака у изради теме па све до краја израде дисертације. Професорка Симић Вукомановић је веровала у мене када сам наилазила на бројне препреке и давала ми мотивацију да наставим и успешно завршим свој докторат.

Искрену захвалност исказујем и колективу Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ из Београда, на великој помоћи у прикупљању података неопходних за тему којом сам се бавила и помоћи у приступу информацијама.

Највећу захвалност на подршци, помоћи, мотивацији, пружању наде и вере дугујем својој породици и члановима породице из које сам потекла, који су ми давали снагу током школовања и израде докторске дисертације – од првих идеја до последње странице и завршетка рада.

Вера Симић

Докторску дисертацију посвећујем свом унуку Тадији Шијаковићу.

САЖЕТАК

УВОД: Према процени Светске здравствене организације, депресивни поремећаји ће до 2030. године постати водећа дијагностичка категорија међу узроцима оптерећења болестима на глобалном нивоу.

МЕТОД: Истраживање представља део четвртог Националног истраживања здравља становништва спроведеног 2019. године. Истраживање је спровео Републички завод за статистику, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарством здравља Републике Србије. Као инструмент истраживања коришћени су упитници у складу са методологијом Европског истраживања здравља.

РЕЗУЛТАТИ: Преваленција благих депресивних симптома износи 6,6%, преваленција депресивне епизоде 2,2% док је 91,2% испитаника било без симптома депресивности. У погледу демографских и социоекономских индикатора као предиктори депресивности издвојили су се женски пол (OR=1,50), старосна доб 80+ (OR=4,81), старосна доб 70–79 година (OR=2,47), разведен(а)/удовац(а) (OR=1,38), основно и ниже образовање (OR=1,90), лош материјални статус (OR=2,41), незапосленост (OR=1,25), становници јужне и источне Србије (OR=1,58). Симптоми депресивности су учесталији у код особа које своје здравље процењују као лоше, болују од две или више хроничних болести и код особа са већим степеном функционалних ограничења. Ниво социјалне подршке представља значајан предиктор присуства симптома депресивности. Особе са симптомима депресивности чешће користе услуге здравствене заштите у односу на особе без симптома депресивности.

ЗАКЉУЧАК: Како би се проширила знања о етиологији, значају скрининга и могућностима превенције депресивних поремећаја, неопходна су истраживања оваквог типа, што нашој студији даје на значају.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: присуство симптома депресивности, Национално истраживање здравља, популација одраслог становништва, јавноздравствени значај.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the World Health Organization's estimate, depressive disorders are projected to become the leading diagnostic category of disease burden globally by 2030.

METHOD: This study is part of the fourth National Health Survey conducted in 2019. The research was carried out by the Statistical Office of the Republic of Serbia, in collaboration with the Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanović Batut" and the Ministry of Health of the Republic of Serbia. The research used questionnaires in accordance with the methodology of the European Health Interview Survey.

RESULTS: The prevalence of mild depressive symptoms was 6.6%, the prevalence of depressive episodes was 2.2%, while 91.2% of respondents were without depressive symptoms. Regarding demographic and socio-economic indicators as predictors of depression, significant factors included female gender (OR=1.50), age group 80+ (OR=4.81), age group 70-79 years (OR=2.47), divorced/widowed status (OR=1.38), primary or lower education (OR=1.90), poor material status (OR=2.41), unemployment (OR=1.25), and residents of South and East Serbia (OR=1.58). Depressive symptoms were more frequent among individuals who rated their health as poor, had two or more chronic diseases, and those with higher levels of functional limitations. The level of social support was a significant predictor of the presence of depressive symptoms. Individuals with depressive symptoms more frequently utilized healthcare services compared to those without symptoms.

CONCLUSION: To expand knowledge on the etiology, significance of screening, and prevention possibilities of depressive disorders, research of this nature is essential, which our study highlights.

KEYWORDS: presence of depressive symptoms, National Health Survey, adult population, public health significance

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Концепт менталног здравља.....	1
1.2. Депресија и њена етиологија.....	3
1.2.1. Класификација депресивних поремећаја.....	4
1.2.2. Преваленција депресије и њена повезаност са демографским и социоекономским индикаторима.....	6
1.2.3. Повезаност депресије са хроничним болестима и коморбидитетом	10
1.2.4. Јавноздравствени аспект и превенција депресивних поремећаја.....	12
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ.....	16
2.1 Главни циљ.....	16
2.2 Специфични циљеви.....	16
2.3 Хипотезе студије.....	16
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ	17
3.1 Врста студије.....	17
3.2 Популација која се истражује	17
3.3 Узорковање.....	17
3.4 Варијабле.....	19
3.5 Инструменти истраживања.....	19
3.6 Снага студије и величина узорка.....	21
3.7 Статистичка обрада података.....	22
4. РЕЗУЛТАТИ	23
5. ДИСКУСИЈА.....	58

6. ЗАКЉУЧАК.....	74
7. ПРЕДЛОГ МЕРА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА НА ОСНОВУ РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА.....	76
8. ЛИТЕРАТУРА.....	78
9. ПРИЛОЗИ	
10. БИОГРАФИЈА АУТОРА	
11. БИБЛИОГРАФИЈА АУТОРА	

1. УВОД

1.1. Концепт менталног здравља

Светска здравствена организација (СЗО) дефинише ментално здравље као „стање социјалног и емотивног благостања, у коме особа остварује све своје способности, може да поднесе све животне стресове, продуктивно и плодно ради и доприноси својој заједници” (1).

Када је реч о приступу менталном здрављу, он може да буде позитиван и негативан. Позитиван приступ је када се ментално здравље проучава као основа и ресурс свеукупног благостања и могућност појединца да буде свестан и оријентисан у времену и простору, могућност да се прилагођава променама око себе и да успостави комуникацију са другим људима. На питање шта значи бити ментално здрав, одговор је једноставан: то подразумева да особа буде продуктивна у свом окружењу (2). Негативан приступ менталном здрављу је онај који говори у прилог постојању менталног поремећаја, појави симптома који имају дуготрајан карактер, понашању особе и симптома болести који су ван његове контроле и стању у ком долази до смањења функционалне способности појединца (2).

Ментално здравље није само одсуство болести, већ подразумева висок ниво среће и благостања. У почетку је ментално здравље било дефинисано као нешто супротно од менталне болести а појединац је био у категорији особа са менталним симптомима или у категорији особа без менталних симптома. Ово је био униполарни приступ менталним поремећајима, где су особе биле ментално оболеле или ментално здраве. С друге стране, биполарни приступ има два краја – на једном је ментална болест а на другом ментално здравље. У почетку су дефиниције менталног здравља биле конфузне, а са данашњег гледишта и неприхватљиве, јер су дефинисале ментално здравље као одсуство менталне болести а менталну болест као нарушено ментално здравље. Потребно је дати одговоре на питање шта људе чини ментално оболелим или ментално здравим особама. Ментално здравље је, по неким ауторима, манифестација добробити и среће (Ernest Jones, George Preston, Carl Menninger) али и могућност прилагођавања, ефективности, задовољства, социјалне прихватљивости (3).

Jahoda је средином XX века (1958) закључила да је одсуство болести неопходан, али недовољан критеријум менталног здравља, а до истог закључка су дошли Diner и сарадници (2002). Они су ставили нагласак на то да одсуство болести не дефинише особу као ментално здраву која је срећна и добро функционише (3).

У актуелној литератури може се уочити неколико концепата менталног здравља, а велики број аутора покушао је да дефинише овај појам. Један од критеријума менталног здравља је нормалност, те на основу овога постоје два концепта менталног здравља: статистички и нормативни. Оба концепта се сматрају дискутабилним јер ко одређује шта је нормално

(оно што се некада сматрало патолошким функционисањем данас се сматра нормалним и здравим), а шта абнормално (3).

Jahodin модел позитивног менталног здравља дао је подстрек развоју других модела менталног здравља. Он обухвата неколико критеријума:

1. Став према себи (сопственом селфу) – Ментално здрава особа себе прихвата онаквом каква јесте (самоприхватање), са свим својим способностима и ограничењима. Здрава особа се не осећа лоше зато што није савршена, себе доживљава као добру особу која је способна и снажна, независна од других (самопоуздање и самопоштовање).
2. Способност за лични раст, развој и самоактуализацију – Jahoda је овај аспект назвала животна снага. То су важни мотивациони процеси. Ментално здрава особа брине о другима, има дугорочне циљеве у животу и довољно мотивације да те циљеве оствари.
3. Интеграција – Стање равнотеже је одлика доброг менталног здравља. Здрава интегрисана личност има сврху и смисао у животу, отпорна је на стрес.
4. Аутономија – Аутономија наглашава да особа може да направи разлику између онога што жели да прихвати и онога што жели да одбије.
5. Опажање реалности – Ментално здрава особа доноси закључке о другима без искривљења и са много емпатије.
6. Управљање околином – Подразумева успех и адаптацију да појединац буде ефикасан у решавању проблема, да се прилагођава, буде адекватан у међуљудским односима, способан да воли (3).

Најчешће помињани концепти менталног здравља у литератури су:

1. Клиничко-прагматичан, познат и као медицински концепт здравља. Овај концепт подразумева прагматистичан и прагматичан приступ менталном здрављу. Прагматистичан приступ није у потпуности адекватан, јер су по њему здраве особе те које не траже помоћ психолога и психијатра (не одлазе по помоћ јер им је здравствена служба недоступна, нису обавештене да имају право на овај вид здравствене заштите, немају службу за ментално здравље у свом окружењу, имају страх од одласка по помоћ ове врсте због стигматизације или немају увид у своје ментално стање). Прагматичан приступ подразумева одсуство менталног поремећаја. Особа је ментално здрава када нема патолошко понашање.
2. Концепт субјективне добробити, који представља задовољство сопственим животом, позитиван афект, добар живот и може се приказати кроз шест димензија:
 - Прихватање самог себе, што подразумева да особа има позитиван став према себи, препознаје и прихвата своје добре и лоше стране. Поменути осећања карактеришу

високу субјективну добробит, док ниску субјективну добробит карактеришу неприхватање себе и жеља да се буде другачији.

- Однос према другим људима подразумева да појединац успоставља срдчане односе са другим људима са много љубави и емпатије, однос у коме и даје и узима, и ово су карактеристике високе субјективне добробити. Карактеристике ниске субјективне добробити подразумевају ретке блиске односе са другима, изолованост и фрустрацију у међуљудским односима.
- Аутономија – Високу субјективну добробит карактеришу независност и способност да се особа одупре различитим притисцима и могућност коришћења сопствених стандарда, док је ниска субјективна добробит када се особа ослања на друге људе при доношењу важних одлука и брине због очекивања других.
- Излажење на крај са околином – Када је у питању висока субјективна добробит, она представља осећај компетентности у излажењу на крај са околином, контролу над спољашњим активностима, а ниску субјективну добробит карактеришу тешкоће приликом излажења на крај са свакодневним пословима и недостатак осећаја контроле над спољашњим светом.
- Циљ у животу који има високу субјективну добробит одликује се осећањем усмерености ка циљу у животу, а циљ са ниском субјективном добробити карактерише губитак животног смисла и одсуство јасних циљева.
- Лични раст који има високу субјективну добробит карактерише се осећајем реализовања сопствених потенцијала, отвореност ка достизању нових искустава, а лични раст са ниском субјективном добробити карактерише осећај ненапредовања, незаинтересованост за живот и неспособност развијања нових ставова.

3. Хуманистичко-филозофски концепт у први план ставља људску природу и људске потребе. Потпуно ментално здрава особа не постоји јер постоји много препрека ка постизању доброг менталног здравља које не може да се оствари (4).

Добро ментално здравље подразумева да свака особа остварује свој потенцијал, да подноси стрес свакодневног живота, да може да ради продуктивно и да допринеси развоју заједнице којој припада. Ментално здрава особа је она која прихвата своје добре и лоше особине, има животни циљ, заинтересована је за околину око себе и за људе. Унутрашњи конфликти ментално здраве особе не мењају њену перцепцију стварности и када уочи могућност да ће њени потенцијали нанети штету другима, потрудиће се да контролише те потенцијале (5).

1.2. Депресија и њена етиологија

Депресија је осећање туге, психомоторна инхибиција и анксиозност, уз дисфункцију нагонског живота и организма уопште. Депресија може да се јави као симптом или синдром у оквиру различитих психијатријских поремећаја или као самосталан ентитет (6).

Постоји више теорија које су у вези са настанком депресије:

- Биолошке теорије доводе у везу промене у настанку и разградњи појединих неуротрансмитера, промене у броју и осетљивости њихових рецептора. Норадреналин и серотонин су два најодговорнија неуротрансмитера у патофизиологији поремећаја расположења. Одређени подаци говоре о допаминергичкој дисфункцији (улога у „switch” процесима инверзије расположења у смислу смањења допаминергичке активности у депресији и повећања у манији), хиперактивности холинергичких структура у мозгу, хипер и хипосензитивности моноаминских рецептора, дисбалансу рецепторских система. Други неурохемијски узроци подразумевају поремећај регулације неуропептида, система „second messenger”, недостатка витамина Б12 и фолата и др. Неуроендокрини узроци манифестују се у смислу поремећаја лимбичкохипоталамичко-хипофизно-адrenalне осовине (ННА), која је хиперактивна, па долази до повећане секреције кортизола. У депресији долази и до смањеног отпуштања тиреоидног стимулишућег хормона (TSH), снижених вредности хормона раста (GH), фоликулостимулишућег хормона (FSH), лутеинизирајућег хормона (LH) и тестостерона, као и снижења имуних фактора. Описује се и поремећај у неурофизиолошком систему, односно будности и спавања. Поремећаји сна присутни су код око 65% пацијената са поремећајем расположења.
- Психосоцијалне теорије наводе појаву осећаја кривице и безвредности, доживљај спољашњег света као празног и сиромашног, губитак самопоштовања које је искључиво зависи од одобравања и подршке других, при чему је исувише зависан став присутан целог живота (7).
- Бихејвиоралне теорије које указују да у одређеним системима може доћи до такозваног феномена научене беспомоћности који је веома сличан феномену депресије, тако да се особа осећа неспособном да контролише догађаје.
- Когнитивне теорије повезују настанак депресије са дисторзијом животних искустава, негативном самопроценом и песимизмом.
- Социјалне теорије наглашавају улогу стреса, претпостављајући да низ стресних ситуација предиспонира особу за развој депресије али и да постоје преморбидне црте личности које могу представљати добру подлогу за развој овог поремећаја (7).

1.2.1. Класификација депресивних поремећаја

Депресивни поремећаји су у десетој Међународној класификацији болести (МКБ-10) подељени на:

1. Депресивну епизоду, различитог интензитета и квалитета – „са соматским симптомима “и са „психотичним симптомима “. Типични симптоми депресивне епизоде су депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства, смањење енергије, повећан замор, умањена активност, поремећај концентрације и пажње, смањење самопоуздања и самопоштовања (8).
- Соматски симптоми су губитак интересовања или задовољства у активностима које у нормалним околностима причињавају задовољство, па је примећен недостатак

емоционалног одговора на пријатне догађаје и окружење. Један од соматских симптома је јутарње буђење два или више сати пре уобичајеног. Уочена је појава губитка апетита што доводи до губитка тежине – 5% или више током последњег месеца.

- Психотични симптоми подразумевају појаву сумануте идеје или халуцинације, најчешће с кривицом, депресивним, хипохондријским или нихилистичким садржајем, идејама односа или идејама персекуције; депресивни ступор, поремећај концентрације и пажње, смањење самопоуздања и самопоштовања, сумануте идеје прогањања и односа, халуцинације без афективног садржаја (8).

Депресивне епизоде према тежини и квалитету могу бити:

- Блага депресивна епизода која има два типична и још два остала симптома.
 - Умеренојака депресивна епизода која има два типична и још три–четири остала симптома.
 - Тешка депресивна епизода без психотичних симптома – која има три типична и још четири или више осталих симптома.
2. Рекурентни депресивни поремећај који подразумева најмање две депресивне епизоде које раздваја интервал без симптома, у трајању од два месеца. Рекурентни депресивни поремећај подразумева период од најмање две године константног или константно рекурентног депресивног расположења. Периоди нормалног расположења ретко трају дуже од неколико недеља (8).

Најмање три од наведених симптома треба да буду присутни за време неких периода депресије за потврду дијагнозе:

- Снижена енергија или активност;
 - Инсомнија;
 - Губитак самопоуздања или осећање неадекватности;
 - Тешкоће концентрације;
 - Честа плачљивост;
 - Губитак интересовања за активности које пружају задовољство;
 - Осећање безнадежности или очајања;
 - Осећање неспособности суочавања с рутинским одговорностима свакодневног живота;
 - Песимизам у вези са будућношћу или претерано размишљање о прошлости;
 - Социјално повлачење;
 - Смањена говорљивост (8).
3. Перзистентни депресивни поремећај – дистимију. Дистимија представља урођену тенденцију доживљавања депресивног расположења. Присутни су и симптоми анксиозности и симптоми депресије, али ниједна врста симптома није изражена у

довољној мери да би испуњавала критеријуме за депресивну епизоду или неки од анксиозних поремећаја.

Иако су сврстани заједно у групу Поремећаја расположења (афективних поремећаја), у МКБ-10 јасна је подела између депресивних и биполарних поремећаја, мада се депресивна епизода често јавља у оквиру биполарних поремећаја. Неке манифестације депресије, према МКБ-10, обухваћене су другим ентитетима: органски ментални поремећај (органски депресивни поремећај) и неуротски, са стресом повезани и соматоформни поремећаји: подгрупа други анксиозни поремећаји – мешовити анксиозни и депресивни поремећај и подгрупа реакција на тежак стрес и поремећаји прилагођавања – краткотрајна депресивна реакција, продужена депресивна реакција и мешовита анксиозна и депресивна реакција (8).

1.2.2. Преваленција депресије и њена повезаност са демографским и социоекономским индикаторима

Ментални поремећаји тренутно представљају једне од најучесталијих хроничних незаразних болести. Уочено је да нема велике разлике у обољевању у односу на пол али да постоје разлике у врсти менталних поремећаја који погађају жене, односно мушкарце (9). Ове разлике се мењају у зависности од старости, па се у детињству уочава већа појава агресивног и асоцијалног понашања међу дечацима, који често не могу да контролишу бес, па имају ризично понашање и склонији су суициду. Код девојчица је уочена чешћа појава депресије, појава поремећаја исхране и евидентирани су случајеви покушаја самоубиства. У одраслом добу, код особа женског пола су заступљенији анксиозни и депресивни поремећаји, а код мушкараца поремећаји понашања и употреба психоактивних супстанци (9).

Постоји велика вероватноћа да ће између 8% и 20% укупне популације имати депресивну епизоду (6).

Процењено је да око 322 милиона људи на светском нивоу пати од депресије, а да свака шеста особа има вероватноћу да током живота развије депресивни поремећај (10). Преваленција тешке депресије на глобалном нивоу је око 6%, док преваленција код женског пола износи 20% до 25%, а 7% до 12% у популацији мушкараца (11).

Institute of Health Metrics and Evaluation процењује да 3,8% становништва има искуства са депресијом, укључујући 5% одраслих (4% међу мушкарцима и 6% међу женама) и 5,7% одраслих старијих од 60 година (12). Такође, 10% жена у трудноћи и оних које су се непосредно породиле суочавају се са депресијом (13).

Преко 100 истраживања која су се бавила јавноздравственим аспектом депресије показала су да је годишња преваленција депресије на глобалном нивоу 4,7% (5,9% код жена и 3,8% код мушкараца), а годишња инциденција износи 3,0% (14).

Међутим, резултати метаанализе указују да преваленција депресије у популацији одраслог становништва на глобалном нивоу износи 25,5% (15), при чему је доказано да је

депресивност 1,5 до 2 пута учесталија код особа женског пола и овај податак се посебно односи на становништво старости између 18. и 64. година живота (15, 16).

Последњих неколико година учесталост депресије је највише порасла у популацији младих од 18 до 25 година старости, док преваленција депресије у адолесцентској популацији износи око 17%. Нажалост, процењује се да половина оболелих никада није затражила лекарску помоћ (17).

Зашто је појава депресије чешћа код жена? Одговор се може пронаћи у нижем социоекономском статусу жена, вишем нивоу изложености виктимизацији, нежељеним искуствима у детињству, вишеструкој улози жене у друштву (супруга, мајка, особа која васпитава и брине о другима) која је, поред тога, све чешће и професионално ангажована (9).

Примећено је да су жене свесније о постојању менталних поремећаја, чешће говоре о присуству физичких и психичких симптома, траже помоћ, учесталије им се преписује терапија, чешће користе услуге ванболничке здравствене заштите за ментално здравље, док се мушкарци обично јављају у каснијем стадијуму поремећаја или када се развију озбиљнији симптоми. У току генеративних фаза код жена може се јавити велики број менталних поремећаја од којих је научесталија депресија (8). Симптоми поремећаја расположења јављају се и у склопу пременструалног синдрома (ПМС), а поремећај је дефинисан као пременструални дисфорични поремећај (ПМП) али се још увек не налази у МКБ класификацији. Дијагноза се поставља на основу податка да је особа имала симптоме поремећаја расположења уз дисфункционалност у највећем броју менструалних циклуса током претходне календарске године. Ти симптоми би трајали неколико дана да би се полако повлачили током неколико дана од почетка менструалног крварења и у потпуности били одсутни у недељи након престанка менструалног крварења (18). Ови симптоми се јављају код три четвртине жена а у 3–10% су имале симптоме који су били изражени у толикој мери да су захтевали медицинско збрињавање (18). Симптоми ПМП-а могу започети одмах након менархе и често у том периоду жене не траже помоћ, него тек у тридесетим годинама живота. Са старењем све више траже помоћ јер се симптоми погоршавају с годинама, да би се тотално повукли током менопаузе (8). Депресија током трудноће често се не дијагностикује и не лечи. У току трудноће, 20% жена има депресивне симптоме, а 10% развије прави депресивни поремећај. Неки од фактора ризика су и ранија појава поремећаја расположења, трудноћа код млађе особе (малолетничка трудноћа), ограничена или непостојање социјалне подршке, већи број деце, нежељена трудноћа, равнодушност у односу на трудноћу, неповољни животни догађаји (сексуално злостављање), лош социоекономски статус (8). Постпартална депресија (ППД) се јавља између 2. и 26. недеље након порођаја и то чешће код породиља које су имале претходну епизоду ППД, епизоду поремећаја расположења, пременструални дисфорични поремећај, депресивне симптоме током трудноће, породичну историју депресије, неадекватну социјалну подршку, хронични стрес, нижи социоекономски статус (8). Манифестације постпарталне депресије се не разликују од депресије која се може јавити било кад током живота, али интензитет и дужина трајања симптома могу значајно да варирају. Код овог поремећаја је добро то што је прогноза повољна, али је повећана вероватноћа психијатријског морбидитета у даљем животу.

Старење је најуочљивија појава у савременом свету. Процене су да ће између 2015. и 2050. године пропорција старијих одраслих људи на свету бити скоро дупла и да ће се повећати са 12% на 22%. Напредак у повећању броја старијих је најбржи у земљама са ниским и средњим приходима. Уочено је да се старије особе суочавају са посебним физичким и психичким проблемима. Поремећаји расположења у старијем животном добу су све учесталији. Према извештају СЗО из 2017. године, преко 20% старијих одраслих особа болује од менталних или неуролошких поремећаја и 6,6% инвалидитета код особа старијих од 60 година у вези је са менталним и неуролошким поремећајима (19).

СЗО наглашава да око 15% популације старијих од 60 година пати од менталних поремећаја, при чему је депресија најучесталији ментални поремећај (20) и стопа укупне преваленције депресије међу популацијом старијих у свету варира од 10 до 20% (21,22).

У односу на старост, уочено је да се прва епизода депресије најчешће јавља крајем двадесетих година живота и у средњим годинама живота. Учесталост обољевања од депресије почиње да расте у адолесценцији, достиже врхунац у средњој животној доби и након свега овога опада. Депресија је веома честа међу особама старије животне доби које већ имају неки физички поремећај, с обзиром да соматске болести које се јављају у старости могу индуковати настанак депресије, као што и депресија може повећати ризик за развој физичког обољења (19).

Студије спроведене на америчком континенту су показале да се преваленција депресије креће у опсегу од 15% до 19% (23) и да су просечне стопе преваленције депресије код старијег становништва сличне у Азији, Европи и Америци али ниже него на аустралијском континенту – 8% (24).

Разлике у преваленцији су углавном резултат другачијих методолошких приступа коришћених током спровођења истраживања, употребом различитих скрининг инструмената, али ове разлике могу бити и последица социјалних и културолошких особености различитих географских поднебља (25).

Депресија често није благовремено препозната јер је удружени са соматским болестима па се тумачи као нормална реакција на присутну болест и уобичајеним променама које се дешавају старењем, и свакако због тога што пацијенти више истичу телесне симптоме него менталне. Овакви поремећај у популацији старијих се касно откривају и зато што се често сматра природним процесом старења и нажалост око половина случајева депресије код старих обично остаје недијагностикована (26, 27).

Све ово резултира одлагањем постављања дијагнозе, касног започињања лечења, па је и прогноза лошија (18).

Код старијих особа, дијагностика и терапија су отежани и због коморбидитета (88% ових пацијената има бар једну соматску болест, док 48% има три и више), поремећаја породичних односа, због присутне деменције, често због неприхватања лечења, недостатка социјалне подршке (8).

Социјално-економски индикатори здравља утичу на здравље појединаца и заједнице током живота и одређују степен до ког индивидуа поседује физичке, социјалне и личне ресурсе за постизање различитих потреба (28).

Према моделу Dalgrena и Vajtheda, социјално економске неједнакости у здрављу су резултат различитих интеракција између различитих фактора и стања, од појединаца преко заједнице, до читавог здравственог система. Овај модел приказује неке од одредница здравља, које могу бити на индивидуалном нивоу, на нивоу заједнице, као и на нивоу који се односи на приступ услугама здравствене заштите. Такође, постоје детерминанте које се тичу општих, социјално-економских, културалних и услова средине. Према овом моделу, у центру круга се налазе индивидуе распоређене по полу, узрасту и генетским особеностима. Следећи ниво представља стилове живота индивидуе. На пример, сиромашнији слојеви становништва су изложени већој учесталости конзумирања психоактивних супстанци и лошијој исхрани и суочавају се са већим економским проблемима приликом одабира здравијег стила живота. Следећи ниво подразумева интеракције у заједници које утичу на факторе индивидуалног начина живота. На следећем нивоу налазе се фактори који представљају услове живота и рада, приступ основним потребама и здравственим услугама. Они документују да лошији услови становања, излагање опаснијим и стреснијим условима рада, као и лошији приступ услугама здравствене заштите, стварају знатан ризик за сиромашне људе. Четврти и последњи ниво обухвата све претходно поменуто, а састоји се од општих, социјално-економских и услова средине. Ови услови, као што су економско стање земље и услови на тржишту рада, имају утицај на нивое испод њега (29).

Социоекономска одредница у друштву има снажан утицај на здравље на све животне доби. Особе лошијег социоекономског статуса су вулнерабилније и имају више него просечну шансу да развију неки здравствени проблем у односу на општу популацију. Социоекономске неједнакости у здрављу издвајају се и као фактор ризика за настанак менталних поремећаја. Чини се да је глобални тренд депресије повезан са комбинованим ефектима поремећених породичних структура, урбанизацијом, повећањем економских неједнакости итд. То је доказала мета анализа 56 студија које су се, између осталог, бавиле повезаношћу депресије и социоекономских фактора и дошло се до закључка да је за особе са нижим социоекономским статусом (СЕС) био значајно већи ризик за настанак депресије у односу на особе вишег СЕС-а (30).

Студије показују да су низак ниво образовања и незапосленост у значајној повезаности са настанком депресије (31). Такође, утврђено је да је депресија учесталија код особа које су разведене, нису у брачној заједници у односу на оне које су у браку (32) или су у брачној заједници а нису задовољни својим партнером (33).

Веома важна детерминанта здравља и један од фактора за настанак депресије су услови живота и становања. Услови становања обухватају атрибуте који су опипљиви и видљиви, а то су структура, дизајн и изглед стамбеног објекта.

Оно што се такође може приметити јесте да лекарску помоћ углавном траже особе вишег социоекономског статуса, особе са квалитетнијим здравственим осигурањем и које су доследније у узимању терапије у односу на особе нижег социоекономског статуса (17).

Ниједна земља која се налази у европском региону СЗО, без обзира на њен материјални статус, није отпорна на социјалноекономске неједнакости у здрављу. Оне доводе до повећане осетљивости у популацији, као и до све већих разлика у понашању и исходима по здравље између различитих популационих група.

1.2.3. Повезаност депресије са хроничним болестима и коморбидитетом

Истраживања указују на значајну повезаност депресије и хроничних болести али је ова корелација и даље недовољно истражена (34).

Упркос томе што односи између хроничних болести и депресивних симптома могу варирати (зависно од природе самих хроничних стања), чињеница је да су хроничне болести снажније повезане са депресивношћу него било која друга појединачна дијагноза (18, 35).

Депресија у корелацији са другим хроничним болестима може да изазове слабљење улоге неке особе код куће, на послу и у социјалним контактима итд. (36), што може да резултира ограничењем дневних активности, несигурношћу на раду и повећањем ризика од ране смртности, физичких поремећаја и самоубиства (37, 38).

Према резултатима француске Dialogue студије, нешто више од 40% пацијената са хроничном соматском болешћу има или је имало тешку депресију која у више од три четвртине случајева није била препозната на време, односно није адекватно лечена. У мање од 5% случајева, изабрани лекар је тражио мишљење лекара специјалисте – психијатра (39).

Према једној теорији, депресија код оболелих од хроничних соматских болести може бити резултат постојања ирационалних уверења о самој болести која су основ каснијем развоју депресивног поремећаја. Друга теорија у вези је са етиолошком повезаношћу соматске болести и менталног поремећаја, нпр. код цереброваскуларних болести, присутно је трајно оштећење можданог ткива узроковано соматским поремећајем. Фраминганска студија показала је да присуство депресије може бити значајан фактор ризика за настанак апоплексије код пацијената млађих од 65 година, док друге студије показују да је депресија у трећини случајева последица апоплексије (40).

Више од једне трећине пацијената (38,0%) са депресијом има хроничне гастроинтестиналне болести, 64,7% присуство гастроинтестиналне симптоматологије, а 74,7% има или дијагностиковану болест или присуство неког од симптома. Стања са најјачом асоцијацијом су: синдром иритабилног црева odds ratio: 2,00 (95% CI: 1,51–2,64), конгенитална аномалија odds ratio: 1,83 (1,17–2,86), пептички улкуси odds ratio: 1,75 (1,28–2,40), холециститис/холелитијаза odds ratio: 1,59 (1,36–1,86), болест јетре odds ratio: 1,55 (1,32–1,82), вирусни хепатитис odds ratio: 1,50 (1,12–2,02) и болести једњака odds ratio: 1,45 (1,24–1,69). Што се тиче присуства гастроинтестиналних симптома, у

литератури се често наводе мучнина/повраћање odds ratio: 2,19 (1,79–2,67), констипација odds ratio: 1,96 (1,77–2,18), бол у стомаку odds ratio: 1,69 (1,57–1,82), диспепсија odds ratio: 1,56 (1,30–1,87) и горушица odds ratio: 1,55 (1,26–1,92). Гастроинтестинални коморбидитет је веома чест код пацијената старијих од 60 година са депресијом. У популацији старијих такође је утврђена повезаност између депресије и гастроинтестиналних болести (синдром иритабилног црева, урођене аномалије, пептички улкуси, дивертикуларна болест) и појединих гастроинтестиналних симптома (мучнина/повраћање, затвор, надутост, дисфагија, бол у стомаку, диспепсија) (41).

У клиничкој пракси нема јасне границе између депресивних и анксиозних поремећаја јер се често јављају истовремено. Истраживања показују да се анксиозни симптоми јављају код 95% депресивних пацијената, док се депресивни симптоми уочавају код 65% анксиозних пацијената (42).

Депресивни симптоми могу претходити појави деменције и у великој мери, могу представљати фактор ризика за њен настанак. Симптоми који ће указати на развој депресије су апатија, пасивност, губитак интересовања, поремећај концентрације, анксиозност. Посебно треба обратити пажњу на појаву следећих симптома: губитак самопоштовања, песимизам, преокупације смрћу и суицидални подстицаји (42).

Депресија се јавља чак код 40–50% пацијената који болују од Паркинсонове болести (8). Код оболелих од малигних болести, на пример код карцинома панкреаса, преваленција депресије је 50% а код карцинома гастроинтестиналног тракта преваленција депресије је 11% (8).

Анксиозност и депресија играју важну улогу у хроничној опструктивној плућној болести, иако постоји ограничен број студија које су покушале да утврде њихов однос са егзацербацијама, а још мањи број њих које су покушале да квантификују број придружених егзацербација (43). Нека истраживања су показала да су анксиозност и депресија повезани са већим бројем умерено тешких егзацербација код особа са плућним обољењима. Пацијенти који су анксиозни и депресивни имају за 48% веће шансе да имају погоршања у поређењу са пацијентима који имају хроничну опструктивну болест плућа али немају анксиозност или депресију (43).

Узнапредовалост коронарне болести утиче на израженост депресивних симптома код пацијената који су преживели апоплексију. С друге стране, код пацијената са примарном кардиолошком болешћу може доћи до компликација уколико депресија није адекватно дијгностикована и лечена. Основна кардиолошка болест има тежи ток и неповољнији исход уколико депресивност није адекватно лечена (44). Доказано је да депресија може да доведе до повећања обољевања од кардиоваскуларних болести, па је уочена већа смртност након инфаркта миокарда код депресивних особа у односу на особе које немају депресивне симптоме. Код особа које имају прекомерну тежину или које су гојазне примећена је појава депресивних симптома. Стопа депресије је посебно већа код жена и код особа са индексом телесне масе већим од 40 (8).

Депресија и анксиозност, у комобирдитету са соматским болестима, доведени су у везу са повећаним бројем самоубиства, смањеним квалитетом живота, као и значајним економским оптерећењем система здравствене заштите (45).

Када се примене адекватне мере лечења соматске болести, наступиће и опоравак менталног стања пацијента (46).

1.2.4. Јавноздравствени аспект и превенција депресивних поремећаја

Депресија представља водећи јавноздравствени проблем на светском нивоу због: високе учесталости која ће у наредном периоду бити у порасту због појаве првих симптома у све млађим старосним групацијама становништва, хроничног тока, чиме је нарушен квалитет живота пацијента, породице и читавог друштва. Депресија представља значајан економски терет услед трошкова лечења – директни трошкови, али доводи и до раста индиректних трошкова који се огледају у значајној стопи незапослености, инвалидитету, смањењу радне способности, прераном одласку у пензију. Свакако, треба нагласити и повећану стопу смртности услед удружености депресије и соматских болести, посебно кардиоваскуларних, респираторних и инфективних болести (47).

Студија глобалног оптерећења болестима која је креирана 1990. године показала је да депресивни поремећаји чине 7,7% укупног DALY (Disability Adjusted Life Year), 10,7% укупног YLD-a (Years of healthy life lost due to disability) а 2000. године, депресија је чинила 4,5% DALY-a и 12,1% YLD-a. Ови подаци показују на повећани тренд кретања апсентизма односно одсуствовање са посла и инвалидитета који могу бити у вези са овим поремећајем. Депресија се тренутно налази на другом месту укупног оптерећења болестима и повредама исказаног преко јединице DALY. Уколико се постојећа динамика настави, према процени СЗО, депресивни поремећаји ће до 2030. године постати водећа дијагностичка категорија међу узроцима оптерећења болестима на светском нивоу (48). Глобално оптерећење депресије је у порасту, што се највише приписује старењу популације и све већем броју људи са поремећајима менталног здравља (49).

Сам депресивни поремећај чини 4,3% целокупног терета болести (GBD – Global Burden of Disease) и самим тим депресивни поремећај је један од најчешћих узрока онеспособљености широм света (11% година живота изгубљених због онеспособљености – YLL- Years of Life Lost), и то посебно код жена (47).

СЗО је прогласила депресију за најзначајнији и највећи појединачни фактор који доводи до глобалне инвалидности (7,5% свих година проживљених са инвалидитетом) (50).

Повећана учесталост депресивних поремећаја у наредним деценијама очекује се због продужавања животног века (49), а самим тим долази до повећања броја соматских болести; повећавања учесталости јатрогено изазваних депресија, сталног повећавања нивоа стреса на глобалном нивоу и слабљења социјалне подршке (51).

Депресија има и значајне социјалне и економске последице. Повезана је са повећаним коришћењем услуга здравствене заштите, како услуга са примарног нивоа здравствене заштите односно специјалистичко консултативних, тако и са високо специјалистичко

консултативним и стационарним услугама здравствене заштите. Споменуто је да се особе које болују од депресије сусрећу са честим одсуством са посла, што се процењује као губитак од 5,6 сативеденог ефективног времена на послу на недељном нивоу у поређењу са губитком од 1,6 сати код особа који немају ову дијагнозу, што резултира са 225 милиона изгубљених радних дана годишње на глобалном нивоу (52).

Документи СЗО, Европске уније (Декларација менталног здравља СЗО за Европу 2005), Европски пакт за ментално здравље и благостање (2008), Европски оквир за Акцију у области менталног здравља и благостања (2013–2016) и Зелени папир Европске комисије (2005) усмерени су на промоцију менталног здравља и превенцију менталних поремећаја (53). Стратегије заштите менталног здравља се разликују по формату и садржини у земљама Европе, па отприлике данас, 21 европска држава има стратегију менталног здравља као посебан документ а 13 земаља је ову тематику инкорпорирало у склопу стратегије општег здравља (47).

Први национални програм за ментално здравље у Мађарској донет је 2009. године. У Мађарској нема посебних психијатријских болница, а постоји 259 психијатријских одељења у општим болницама са укупно 86,67 постеља и 955,75 пријема годишње на 100000 становника.

Румунија има Националну стратегију менталног здравља из 2006. године, Национални програм за ментално здравље из 2007. године и посебан закон који уређује заштиту менталног здравља и 34 психијатријске болнице.

У земљама бивше СФРЈ, организација заштите менталног здравља је у поступку транзиције. Федерација Босна и Херцеговина има донет Закон о менталном здрављу, Политику и стратегију за заштиту и унапређење менталног здравља за период 2012.–2020. године, док Република Српска поседује Стратегију развоја менталног здравља за период 2017–2027. године. Код њих је развијена мрежа центара за ментално здравље којих има 59, са по 10 болесничких постеља у општим болницама за хоспитализацију акутних психијатријских болести, а секундарна и терцијарна здравствена заштита се пружа у универзитетским болницама и психијатријским одељењима опште болнице (47).

У Црној Гори се заштита менталног здравља регулише Стратегијом заштите и унапређења менталног здравља за период 2019–2023. године и Законом о заштити и остваривању права ментално оболелих лица (54). Болнички третман лица са менталним поремећајима се врши у јединицама за стационарно лечење у четири здравствене установе са укупно 310 болесничких постеља, односно са 50 постеља на 100000 становника (47).

Република Хрватска је усвојила Стратегију заштите менталног здравља за раздобље 2011–2016. године, којом су обухваћена и деца, као и Закон о заштити лица са душевним сметњама. У Хрватској постоји седам психијатријских болница са укупно 73,35 постеља и 664,83 пријема годишње на 100000 становника (47).

Програм о заштити менталног здравља у Републици Србији за период 2019–2026. године приказује мере, услове и инструменте јавне политике које Република Србија треба да спроведе ради заштите менталног здравља. То подразумева превенцију настанка

менталних поремећаја, унапређење менталног здравља, анализу и дијагнозу менталног стања, лечење и рехабилитацију оболелих (53).

Постигнут је значајан напредак у развоју заштите менталног здравља усвајањем Стратегије развоја заштите менталног здравља 2007. године, али је свакако потребно и даље спровођење мера за унапређење менталног здравља из следећих разлога:

- 1) Ментално здравље се и даље често посматра као ниски приоритет. Потребно је да се истакне значај менталног здравља као великог богатства и да се посматра као део здравља јединке и заједнице, а његова квалитетна заштита је право сваког појединца.
- 2) И даље је присутно занемаривање и изопштавање људи са менталним сметњама, постојање великих установа намењених особама са менталним проблемима које нису у складу са потребама пацијената, што води кршењу права људи са менталним поремећајима и захтева трансформацију ка деинституционализацији (47).

Позитивне карактеристике организације заштите менталног здравља у нашој земљи су:

1. Равномерно распоређена територијална покривеност стационарним психијатријским одељењима (психијатријске постеље постоје на одељењима у општим болницама);
2. Постојање добро едукованог стручног кадра;
3. Мали проценат институционализованих пацијената у поређењу са другим европским земљама у тренутку када су код њих започеле реформе у области заштите менталног здравља;
4. Постојање психијатријске службе на нивоу примарне здравствене заштите;
5. Актуелне су дневне болнице и клинике у већини градова;
6. Активни су психосоцијални програми разних удружења (47).

Неке од негативних карактеристика организације заштите менталног здравља у нашој земљи су:

1. Лекари опште медицине на нивоу примарне здравствене заштите у неким ситуацијама не поседују довољно знања и вештина за препознавање депресије и других менталних поремећаја;
2. Сарадња психијатријских здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа са примарном здравственом заштитом је на нижем нивоу;
3. Један број лица са менталним сметњама не обраћа се лекарима примарне здравствене заштите пре консултовања са другим нивоима;
4. У значајној мери су заступљене стигма и дискриминација и поштовање људских права и права пацијената није увек могуће у потпуности остварити;
5. Одсуство центара за заштиту менталног здравља у локалној заједници и других нестационарних психијатријских служби;
6. Недовољан број истраживачких пројеката (недостају епидемиолошке студије);
7. Удружења пацијената и чланова њихових породица нису довољно укључена у креирање процеса заштите менталног здравља (47).

Превенција менталних поремећаја и унапређење менталног здравља у оквиру националне политике и легислативе од кључног је значаја за локалну заједницу и државу. Да би се ово реализовало, важно је обезбедити међуресорну сарадњу Министарства здравља са осталим министарствима од интереса, здравственим установама, локалном самоуправом, удружењима пацијената и њиховим породицама, средствима јавног информисања, а све у циљу анимирања читаве заједнице (47).

За особе са менталним проблемима, најбитнија је повезаност система здравствене и социјалне заштите, али и њихова усаглашеност са системом правосуђа и системом финансија (посебно када се ради о збрињавању особа са инвалидитетом у установама за смештај, у процесу укључивања корисника у заједницу – деинституционализације) (53).

Због здравствених, економских и социјалних исхода и доказа да је добро ментално здравље у основи укупног здравља, оно и даље не налази своје право место у здравственој политици и стратегијама које су још увек више усмерене на физичко него на ментално здравље, сматрамо да оваква и слична истраживања могу дати допринос у позиционирању менталног здравља у средиште јавноздравствене политике.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

2.1. Главни циљ

Предмет студије је испитивање учесталости и предиктора депресивности у популацији одраслог становништва старости 20 и више година на територији Републике Србије.

2.2. Специфични циљеви

1. Утврдити учесталост симптома депресивности у испитиваној популацији;
2. Испитати повезаност демографских и социоекономских фактора са симптомима депресивности и идентификовати групације становништва са повећаним ризиком за настанак депресивности;
3. Испитати повезаност стила живота (пушење, употреба алкохола, навике у исхрани, физичка активност) са присуством симптома депресивности;
4. Испитати повезаност појединих аспеката здравственог стања (самопроцена општег здравља, присуства хроничних болести, мултиморбидитет, функционална ограничења) са симптомима депресивности;
5. Анализирати повезаност депресивности и појединих аспеката коришћења здравствене заштите;
6. Испитати повезаност нивоа социјалне подршке и депресивности;
7. Анализирати везу између изложености физичком, психичком односно сексуалном насиљу и присуства симптома депресивности.

2.3. Хипотезе студије

1. Демографски и социоекономски фактори условљавају разлике у учесталости депресивности у испитиваној популацији;
2. Постоји повезаност између стила живота (пушење, употреба алкохола, навике у исхрани, физичка активност) и присуства симптома депресивности;
3. Симптоми депресивности су учесталији код особа које своје здравље процењују као лоше, које болују од две или више хроничних болести и код особа са већим степеном функционалних ограничења;
4. Ниво социјалне подршке представља значајан предиктор присуства симптома депресивности;
5. Особе са симптомима депресивности чешће користе услуге здравствене заштите у односу на особе без симптома депресивности;
6. Физичко, психичко и сексуално насиље представља предикторе присуства симптома депресивности.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

3.1. Врста студије

Истраживање је део Истраживања здравља становништва Републике Србије, које је од октобра до децембра 2019. године спровео Републички завод за статистику, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарством здравља Републике Србије.

Студија је представљала студију пресека на репрезентативном узорку који су чинили становници Републике Србије.

3.2. Популација која се истражује

Примарну циљну популацију чинила су сва лица старости 15 и више година која живе у приватним (неинституционалним) домаћинствима (представљају уобичајено становништво). Лица која живе у колективним домаћинствима и институцијама (студентски и ђачки домови, домови за децу и омладину ометену у развоју, домови за социјално угрожену децу, домови за пензионере, старе и изнемогле, домови за одрасле инвалиде, психијатријске установе, затвори, манастири, самостани и сл.), нису чинила испитивану популацију, као ни лица која не знају да читају и пишу, не схватају етичке принципе за учешће у студији и лица која физички или ментално нису у стању да учествују у истраживању.

За потребе овог истраживања коришћени су подаци о одраслом становништву старости 20 и више година, стратификованих према полу и старосним групама.

3.3. Узорковање

Узорак у овом истраживању је репрезентативно-национални случајни стратификовани двоетапни узорак а стратификација је извршена према типу насеља и географским областима (Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије). Подаци добијени пописом становништва Републике Србије из 2011. године коришћени су као оквир за избор узорка. Из сваког стратума су систематски изабрани пописни кругови, који су специјално формиран због пописа.

Пописни кругови су дефинисани као примарне јединице и изабрани су са вероватноћом избора који је пропорционалан величини чију меру је представљао број домаћинстава у сваком округу. Даље је извршено сортирање пописних кругова према општинама и према редном броју општине, па је на тај начин обезбеђен висок ниво имплицитне географске стратификације и осигурана ефективна дистрибуција узорка. Сва домаћинства су изабрана случајно из списка евидентираних у попису из 2011. године.

У складу са препорукама ЕУРОСТАТ-а за спровођење Истраживања здравља становништва, а на основу захтева о прецизности оцена, за оцену стандардне грешке

индикатора „пропорција лица која су спречена да несметано обављају свакодневне активности“ израчуната је величина узорка. Добијена је пропорција лица која су у могућности да обављају свакодневне активности без потешкоћа.

Добијени подаци дали су статистичке податке на нивоу Централне Србије и за четири региона: Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије. Такође би се добили статистички подаци у вези са типом насеља.

Узорак је чинило око 6000 домаћинстава са око 15000 чланова домаћинства који су старији од 15 година. У сваком пописном кругу се бирало по 10 домаћинстава у 600 пописних кругова, који се добио дељењем укупног броја домаћинстава у узорку за сваки пописни круг.

У 5114 домаћинстава пописано је 15621 лице, од којих 13589 лица старости 15 и више година. У нашем истраживању, узорак чини 12439 испитаника старости 20 и више година, стратификованих према полу и старосним групама.

На основу препорука Европског истраживања здравља – трећи талас, период прикупљања података на терену мора да траје најмање три месеца, од којих бар један месец мора да буде у периоду септембар–децембар, односно у јесен.

Етички стандарди у Истраживању здравља становништва Србије усаглашени су са међународном Хелсиншком декларацијом (Declaration of Helsinki) која је усвојена 1964. године на Генералној скупштини Светског медицинског удружења. Хелсиншка декларација је унапређена амандманима закључно са 2013. годином и законодавством Републике Србије, а на основу Одлуке о програму званичне статистике у периоду од 2016 до 2020. године („Службени гласник РС“, број 55 од 25. јуна 2015. године) и Уредбе о утврђивању Плана званичне статистике за 2019. годину („Службени гласник РС“, број 105 од 29. децембра 2018. године). У складу са Општом регулативом о заштити података о личности (General Data Protection Regulation – GDPR), новим европским правним оквиром који прописује начин коришћења података о личности грађана, као и са националним Законом о заштити података о личности, Стратегијом заштите података о личности и Законом о званичној статистици уз примену начела статистичке поверљивости, обезбеђена је заштита података и поштовање приватности учесника истраживања. Сваки учесник истраживања добио је документ у штампаној форми, у ком су биле информације о истраживању (садржај, намена истраживања, обим њихових права, број телефона за додатна објашњења или евентуалну жалбу). Учесници су потписали Информисани пристанак за учешће у истраживању. Идентификовање учесника током прикупљања података је избегнуто коришћењем шифара у складу са Законом о званичној статистици. Резултати истраживања су објављени у агрегираном облику чиме је обезбеђена тајност података а базе података су лоциране на серверима са посебном заштитом приступа. Службеним дописом Института за јавно здравље Републике Србије “Др Милан Јовановић Батут” у научноистраживачке сврхе уступљена је база података из Националног истраживања здравља 2019. године Универзитету у Крагујевцу.

3.4. Варијабле

Зависна варијабла у истраживању је присуство симптома депресивности.

Независне варијабле у истраживању су:

1. Демографске варијабле: старосна структура, полна структура, брачност, тип насеља (село/град), регион;
2. Социјално-економске варијабле: радни статус, образовна структура, Индекс благостања као показатељ материјалног стања испитаника;
3. Стил живота (пушење, употреба алкохола, навике у исхрани, физичка активност);
4. Здравствено стање испитаника (субјективна процена здравља, присуство хроничних стања и болести, способност за самостално извођење кућних активности – припремање obroка, телефонирање, одлазак у куповину, узимање терапије – лекова, лакши кућни послови, повремене тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама, рачунима и друге административне активности, способност за обављање активности личне неге – узимање хране, устајање из кревета, облачење и свлачење, коришћење тоалета, купање, сензорна и физичка оштећења – слух, вид, ход, помоћ приликом обављања свакодневних активности, потреба за подршком, бол, незгоде и повреде, одсуствовање са посла);
5. Аспекти коришћења здравствене заштите болничка и ванболничка здравствена заштита, услуге заштите менталног здравља (посета психологу, психотерапеуту или психијатру), услуге кућне неге и лечења, хитна медицинска помоћ, употреба лекова, превентивне услуге, коришћење услуга приватне праксе, неостварене потребе за здравственом заштитом;
6. Социјална подршка;
7. Физичко, психичко и сексуално насиље.

3.5. Инструменти истраживања

1. Инструмент истраживања су били стандардизовани упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља (*EHIS – European Health Interview Survey, wave 3*) а који су прилагођени специфичностима нашег подручја (55).

Коришћене су три врсте упитника и образац за мерење:

- 1) Инфопанел за домаћинство, који је коришћен за сакупљање информација о свим члановима домаћинства – социјално-економски индикатори домаћинства;
- 2) Упитник за сваког члана домаћинства узраста пет и више година (прва верзија упитника за сваког одраслог члана домаћинства старости 15 и више година, и друга за свако дете и адолесцента узраста од пет до 14 година који живе у домаћинству);
- 3) Упитник за самопопуњавање који је самостално попуњавао сваки члан домаћинства узраста 15 и више година. Овај упитник је употребљаван због осетљивости питања која се односе на конзумирање алкохола, дрога, сексуалног понашања и другог (ови одговори нису били погодни за попуњавање методом лицем у лице);

- 4) Образац за објективни налаз мерења – мерење висине, крвног притиска, телесне висине и телесне масе се вршило за све чланове домаћинства узраста 15 и више година. За децу узраста 5 до 14 година вршило се само мерење телесне висине и масе.

За прикупљање података коришћена су три начина:

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

Интервју „лицем у лице“ са једном особом огледао се у томе да је анкетар попуњавао структурисан и делимично структурисан инструмент истраживања (упитник) у присуству испитаника. Употреба самопопуњавајућег упитника односила се на то да испитаник добија структурисани упитник и упутство како да га самостално попуни без било чије помоћи. Тако попуњен упитник је предат анкетару по посебној процедури. За попуњавање истог употребљен је метод компјутерски асистираниг интервјуисања (computer-assisted personal interviewing, CAPI) и поступак анкетирања путем „папира и оловке“ (paper-and-pencil procedures, PAPI) за самостално попуњавање упитника.

Овим упитницима добијени су подаци о: карактеристикама породице и домаћинства, демографским односно социјално-економским индикаторима испитиване популације, подаци о здравственом стању (самопроцена здравља, хроничне незаразне болести, незгоде и повреде, физичка и чулна функционална ограничења, способност за обављање свакодневних активности, бол, ментално здравље), коришћењу здравствене заштите (ванболничка односно болничка здравствена заштита, конзумирање лекова, подвргавању превентивним прегледима, неостварена потреба за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом), детерминантама здравља (исхрана, физичка активност, фактори ризика, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, конзумирања алкохола и других психоактивних супстанци, насиље, социјална подршка).

Чланови анкетног тима су мерили антропометријске карактеристике (висина и телесна маса) испитиване популације.

За процену присуства симптома депресивности коришћен је PHQ-8 упитник (Patient Health Questionnaire-8), који се састоји од осам ставки које се односе на одређене менталне проблеме и тегобе. Вредност PHQ-8 скорa се вреднује на следећи начин: од нула до четири указује да нема симптома депресије, PHQ-8 скор од пет до девет указује на благе симптоме депресије, док вредност PHQ-8 скорa десет и више указује на високу вероватноћу постојања депресије, која се може поделити на умерену (PHQ-8 скор од 10 до 14), умеренотешку (PHQ-8 скор од 15 до 19) и тешку депресивну епизоду (PHQ-8 скор 20 и више).

За процену физичке активности коришћен је Упитник о физичкој активности – Европског истраживања здравља (EHIS-PAQ – European Health Interview Survey – Physical Activity

Questionnaire). Овај упитник је управо конструисан за потребе истраживања здравља становништва. Физичка активност је анализирана кроз следеће сегменте: физичка активност у слободно време, физичка активност на послу и физичка активност у вези са транспортом (ходање или вожња бицикла да би стигли до неког места).

Скор социјалне подршке је креиран додељивањем и сабирањем бодова за сваки одговор на могућа три питања из упитника „Осло-3 скала социјалне подршке“:

- „Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?“ Број бодова се креће од 1 („Ниједна“) до 4 („6 или више“).
- „Колико су људи заиста заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?“ Број бодова се креће од 1 („Нимало нису заинтересовани“) до 5 („Веома су заинтересовани“).
- „Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?“ Број бодова се креће од 1 („Јако тешко“) до 5 („Врло лако“).

Сабирањем бодова на ова три питања утврђен је скор социјалне подршке на следећи начин: јака социјална подршка (12–14 бодова), умерена (9–11 бодова) и лоша социјална подршка (3–8 бодова).

Мерење активности дневног живота спроводило се према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF). Активности дневног живота, односно активности личне неге (ADL) мере се четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) да би се изразио ниво тешкоћа у обављању следећих пет активности: храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба тоалета, купање/туширање). Добијени скор се креће у распону од 0–15, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1–5 да постоје блага и 6–15 умерена до тешка ограничења.

Инструменталне активности дневног живота и кућне активности (IADL) процењивале су се на основу давања одговора на следећих седам питања уз коришћење четворостепене скале од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању): припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремени тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама. Скор се креће у распону од 0–21, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1–7 да постоје блага и 8–21 умерена до тешка ограничења.

3.6. Снага студије и величина узорка

Методологијом Европског истраживања здравља прорачуната је минимална ефективна величина узорка. Утврђен је статистички репрезентативни узорак за истраживање здравља становништва што је обезбедило адекватне резултате података за четири региона (Београдски регион, Регион Војводине, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, као и за популацију градских и осталих насеља).

Величина узорка процењена је на основу захтева о прецизности оцена, за оцену стандардне грешке индикатора „пропорција лица која су спречене да несметано обављају

свакодневне активности” у складу са препорукама Евростата за спровођење истраживања здравља становништва (European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual, Precision requirements – Annex 2) (55).

У региону ЕУ, на основу СИЛК истраживања пропорција лица и која су спречена да несметано обављају свакодневне активности у популацији варира између 4% и 11%. Слични резултати су добијени и у СИЛК истраживању на територији наше земље (5–8%). Ако се као основа за даље калкулације узме 8%, да би се параметар проценио са грешком која је мања од 1% неопходно је да прост случајни узорак има око 6000 домаћинстава. У том случају, уколико статистика има вредност 8%, оцена параметра налази се у интервалу између 7,3% и 8,7% (интервал поверења од 95%). За потребе наше студије коришћен је узорак одраслог становништва старости 20 и више година, односно узорак је чинило 12439 испитаника.

3.7. Статистичка обрада података

За приказивање података коришћене су дескриптивне методе: табелирање, графичко приказивање, мере централне тенденције и мере варијабилитета. За поређење разлика између различитих група употребљаван је Хи-квадрат (χ^2) тест, Kruskal-Wallisov тест за непараметријске податке, Studentov t-тест и анализа варијансе (ANOVA) за параметријске податке. Веза зависних варијабли и низа независних варијабли процењена је биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик се анализирао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним резултатом сматрали су се резултати са процењеном вероватноћом мањом од 5% ($p < 0,05$). Статистички прорачуни израчунати су помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 21.0.

4. РЕЗУЛТАТИ

Просечна старост испитаника обухваћених истраживањем износи $51,7 \pm 17,5$ година. Највећи број испитаника и мушког (19,9%) и женског пола (21,1%) припада старосној групи 60–69 година. У погледу брачне структуре већина испитаника оба пола су ожењени односно удати (65,3% vs 60,9%). Сваки трећи испитаник односно испитаница припада региону Шумадије и Централне Србије (32,8% vs 31,2%) (Табела 1).

Табела 1. Демографске карактеристике испитаника

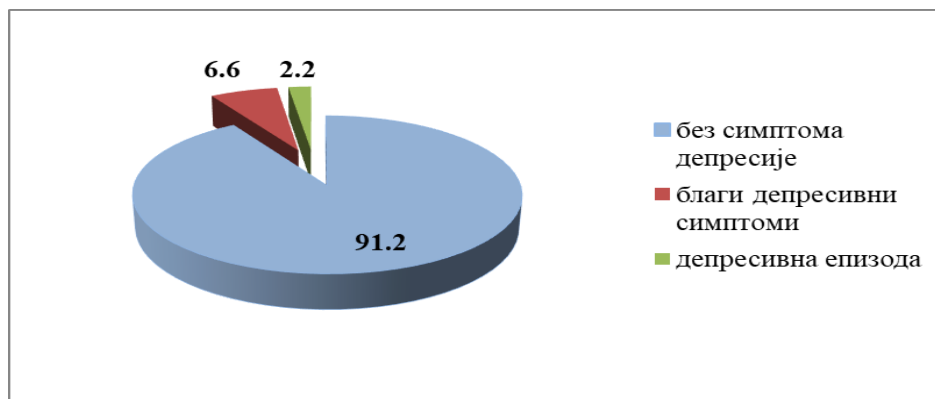
	Укупно		Мушкарци		Жене	
	N	%	N	%	N	%
Број испитаника	12439	100	6032	48,5	6407	51,5
Старосне групе						
20–29	155	12,4	807	13,4	738	11,5
30–39	1762	14,2	901	14,9	861	13,4
40–49	1981	15,9	1019	16,9	962	15,0
50–59	2215	17,8	1058	17,5	1157	18,1
60–69	2551	20,5	1201	19,9	1350	21,1
70–79	1604	12,9	726	12,0	878	13,7
80+	781	6,3	320	5,3	461	7,2
Просечна старост	$52,8 \pm 17,7$		$51,7 \pm 17,5$		$53,8 \pm 17,8$	
Брачна структура						
неожењен/неудата	2239	18,0	1409	23,4	380	13,0
ожењен/удата	7844	63,1	3941	65,3	3903	60,9
удовац/удовица	1672	13,4	378	6,3	1294	20,2
разведен/а	658	5,3	293	4,9	365	5,7
Регион						
Београд	2912	23,4	1363	22,6	1549	24,2
Војводина	2793	22,5	1343	22,3	1450	22,6
Шумадија и Централна Србија	3977	32,0	1977	32,8	2000	31,2
Јужна и Источна Србија	2757	22,2	1349	22,4	1708	22,0

У погледу степена образовања, око две трећине испитаника мушког пола (62,0%) и свака друга испитаница женског пола (51,0%) има завршено средње школско образовање. Нешто мање од половине испитаника мушког пола (42,9%) и око једна трећина испитаница (32,2%) је запослена. Док је код мушкараца утврђена подједнака заступљеност испитаника сиромашног и богатог статуса (по 40%), већински део испитаница се изјаснио као сиромашан (40,7%) (Табела 2).

Табела 2. Социоекономске карактеристике испитаника

	Укупно		Мушкарци		Жене	
	N	%	N	%	N	%
Степен образовања						
основно и ниже	3070	24,7	1174	19,5	1896	29,6
средње	7009	56,4	3739	62	3270	51
више и високо	2352	18,9	1112	18,4	1240	19,4
Радни статус						
запослен	4648	37,4	2586	42,9	2062	32,2
незапослен	2271	18,3	1168	19,4	1103	17,2
у пензији	4183	33,6	1895	31,4	2288	35,7
неспособан за рад	95	0,8	44	0,7	51	0,8
студент/киња	440	3,5	192	3,2	248	3,9
домаћица	645	5,2	40	0,7	605	9,4
Материјални статус						
Сиромашни и најсиромашнији	5022	40,4	2414	40	2608	40,7
Средњи слој	2525	20,3	1206	20	1319	20,6
Богати и најбогатији	4892	39,3	2412	40	2480	38,7

Анализа симптома депресивности у студијској популацији указала је да преваленција блажих депресивних симптома износи 6,6%, преваленција депресивне епизоде 2,2%, док је 91,2% испитаника било без симптома депресивности (Графикон 1).



Графикон 1. Преваленција симптома депресивности

Даљом анализом података показано је да постоји статистички значајна разлика у преваленцији симптома депресивности према полу ($\chi^2=85,768$; $df=8$; $p<0,001$), тако да су благи депресивни симптоми (8,2% vs 4,8%) као и депресивна епизода (2,9% vs 1,6%), учесталији код испитаница него испитаника. Просечна вредност PHQ-8 скорa на нивоу целог узорка је износила $1,20\pm 2,72$. Показана је статистички значајна разлика у просечним вредностима PHQ-8 скорa између мушкараца и жена. Просечна вредности PHQ-8 скорa код мушкараца је $0,91\pm 2,36$ а код жена $1,47\pm 2,98$ (Mann Whitney test, $p<0,001$) (Табела 3).

Табела 3. Учесталост симптома депресивности код становништва Републике Србије старости 20 и више година

Вредност PHQ-8 скор	Укупно		Пол				p
			Мушкарци		Жене		
	N	%	N	%	N	%	
Без симптома депресије	11346	91,2	5648	93,6	5698	88,9	
Благи депресивни симптоми	815	6,6	289	4,8	526	8,2	<0,001
Депресивна епизода	278	2,2	95	1,6	183	2,9	
Просечна вредност PHQ-8 скора	1,20		0,91		1,47		<0.001

Униваријантном и мултиваријантном регресионом анализом утврђено је да све анализиране варијабле везане за социодемографске карактеристике испитиване популације статистички значајно утичу на испољавање симптома депресивности ($p < 0,001$) (Табела 4).

Табела 4. Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика на испољавање депресивне епизоде

	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол				
Мушки	1			
Женски	1.909 (1.486-2.453)	<0.001	1.506 (1.149-1.973)	0.003
Старост				
20–29	1		1	
30–39	0.420 (0.180–0.990)	<0.001	0.870 (0.320–2.235)	<0.001
40–49	0.430 (0.200–0.960)	<0.001	1.110 (0.450–2.270)	<0.001
50–59	1.170 (0.630–1.810)	<0.001	1.269 (0.440–2.517)	<0.001
60–69	2.180 (1.440–3.330)	<0.001	1.468 (0.915–2.786)	0.004
70–79	3.210 (2.222–4.613)	<0.001	2.471 (1.315–3.707)	<0.001
80+	6.610 (4.620–9.447)	0.023	4.815 (3.562–8.181)	0.280

Брачни статус

Ожењен/удата	1		1	
Разведен(а)/удовац(а)	3.143 (2.449–4.034)	< 0.001	1,385 (1,041–1,844)	<0.001
Неожењен/ванбрачна заједница	0.400 (0.241–0.663)	< 0.001	1,154 (0,648–2,058)	0.626

Степен образовања

основно и ниже	6.609 (4.128-10.583)	< 0.001	1.900 (1.143-3.161)	0.013
средње	1.904 (1.180-3.072)	0.008	1.409 (0.860-2.308)	0.184
више и високо	1		1	

Индекс благостања

лош	3.373 (2.485–4.578)	< 0.001	2.417 (1.719–3.397)	< 0.001
просечан	1.705 (1.152–2.525)	< 0.001	1.332 (0.888–1.999)	0.166
добар	1		1	

Радни статус

незапослен	2.570 (1.117–3.564)	0.001	1.253 (0.911–1.576)	0.001
неактиван	3.649 (1.313–4.346)	0.004	1.316 (1.144–2.694)	0.245
запослен	1		1	

Регион

Војводина	1.902 (1.300–2.783)	0.001	1.111 (0.738–1.671)	0.614
Шумадија и Централна Србија	1.368 (0.940–1.992)	0.102	0.965 (0.649–1.435)	0.860
Јужна и Источна Србија	2.142 (1.478–3.106)	< 0.001	1.587 (1.076–2.340)	0.020
Београд	1		1	

Испитивање заступљености симптома депресивности у току претходне недеље указало је да је осећај замора или недостатка енергије скоро сваког дана имало 3,0% испитаника, успорено кретање или немир 2,0% док је 2,5% испитаника скоро свакодневно имало проблема са спавањем. Осећај замора или недостатка енергије више од седам дана у недељи имало је 2,3 % адултне популације (Табела 5).

Табела 5. Заступљеност симптома депресије у току претходне недеље

Симптоми депресије	није уопште		неколико дана		више од 7 дана		скоро сваког дана	
	N	%	N	%	N	%	N	%
слабо интересовање или задовољство да нешто радите	10627	85,4	920	7,4	73	0,6	145	1,2
малодушност, безнадежност	10537	84,7	969	7,8	106	0,9	150	1,2

проблеми са спавањем	9335	75	1853	14,9	268	2,2	312	2,5
осећај замора или недостатка енергије	8850	71,7	2263	18,2	280	2,3	377	3
лош апетит или преједање	10861	87,3	730	5,9	74	0,6	106	0,9
лоше мишљење о себи	11225	90,2	416	3,3	45	0,4	84	0,7
тешкоће са концентрацијом	10850	87,2	737	5,9	88	0,7	95	0,8
успорено кретање или немир	10929	87,9	509	4,1	84	0,7	249	2

Када је у питању полна дистрибуција, анализа резултата је показала да је осећај замора или недостатка енергије скоро сваког дана имало 3,8% испитаница и 2,2% испитаника, док је осећај малодушности и безнадежности неколико дана током недеље имало 9,7% испитаника женског и 5,8% испитаника мушког пола. У том смислу, за све анализиране ставке у вези заступљености симптома депресије показана је статистички значајна разлика између испитаника и испитаница ($p < 0,001$) (Табела 6).

Табела 6. Заступљеност симптома депресије према полу

Симптоми депресије	није уопште		неколико дана		више од 7 дана		скоро сваког дана		p
	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	
слабо интересовање или задовољство да нешто радите	84,3	86,7	8,7	6	0,8	0,3	1,3	1	<0,001
малодушност, безнадежност	82,8	86,7	9,7	5,8	1,1	0,5	1,5	0,9	<0,001
проблеми са спавањем	71,5	78,8	17,7	11,9	2,8	1,5	3,1	1,9	<0,001
осећај замора или недостатка енергије	67,2	75,3	21,2	15	3	1,5	3,8	2,2	<0,001
лош апетит или преједање	86,1	88,6	7,3	4,4	0,8	0,4	1,1	0,6	<0,001
лоше мишљење о себи	89,9	90,6	3,9	2,7	0,5	0,2	0,9	0,5	<0,001
тешкоће са концентрацијом	86,1	88,4	7,2	4,6	0,9	0,5	1	0,5	<0,001
успорено кретање или немир	87,3	88,5	4,6	3,5	0,9	0,4	2,4	1,5	<0,001

Посматрано из аспекта демографских карактеристика, утврђено је да постоји статистички значајна разлика у учесталости симптома депресивности према полу ($\chi^2=85,768$; $df=2$; $p<0,001$), добним групама ($\chi^2=709,033$; $df=12$; $p<0,001$), брачној структури ($\chi^2=455,270$; $df=6$; $p<0,001$) и регионалној заступљености ($\chi^2=65,699$; $df=6$; $p<0,001$). Депресивну епизоду је испољило 1,6% испитаника односно 2,9% испитаница, док је депресивна епизода најучесталија била код најстарије групације становништва (6,9%). У односу на брачну структуру, највећи проценат испитаника са депресивном епизодом се бележи међу удовац/ицама (5,7%). У погледу регионалне заступљености највиша преваленција депресивне епизоде уочава се у региону Војводине (3%) (Табела 7).

Табела 7. Учесталост депресивних симптома у односу на демографске карактеристике испитаника

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
Пол							
мушки	5648	93,6	289	4,8	95	1,6	< 0,001
женски	5698	88,9	526	8,2	183	2,9	
Старосне групе							
20–29	1517	98,2	22	1,4	6	0,4	< 0,001
30–39	1719	97,6	36	2,0	7	0,4	
40–49	1893	95,6	69	3,5	19	1,0	
50–59	2054	92,7	119	5,4	42	1,9	
60–69	2263	88,7	220	8,6	68	2,7	
70–79	1324	82,5	198	12,3	82	5,1	
80+	576	73,8	151	19,3	54	6,9	
Просечна старост	51,6±17,4		65,3±15,1		66,9±14,4		< 0,001**
Брачна структура							
неожењен/неудата	2160	96,5	62	2,8	17	0,8	< 0,001
ожењен/удата	7269	92,7	432	5,5	143	1,8	
удовац/ица	1309	78,3	267	16	96	5,7	
разведен/а	583	88,6	54	8,2	21	3,2	
Регион							
Војводина	2505	89,7	204	7,3	84	3,0	< 0,001
Шумадија и Централна Србија	3642	91,6	257	6,5	78	2,0	
Јужна и Источна Србија	2452	88,9	232	8,4	73	2,6	
Београд	2747	94,3	122	4,2	43	1,5	

Такође, утврђена је статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и нивоа образовања ($\chi^2=513,303$; $df=4$; $p<0,001$), радног статуса ($\chi^2=655,586$; $df=12$; $p<0,001$) и индекса благостања ($\chi^2=166,238$; $df=4$; $p<0,001$). Депресивна епизода је била најучесталија код особа основног и нижег школског образовања (4,8%), код особа које нису способне за рад (10,5%), као и код особа које су се изјасниле да припадају најсиромашнијем слоју становништва (3,5%) (Табела 8).

Табела 8. Учесталост депресивних симптома у односу на социоекономске карактеристике испитаника

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Степен образовања							
основно и ниже	2945	81,3	429	14	146	4,8	< 0,001
средње	6585	94	313	4,5	73	1,6	
више и високо	2259	96	73	3,1	20	0,9	
Радни статус							
запослен	4523	97,3	100	2,2	25	0,5	< 0,001
незапослен	2122	93,4	111	4,9	38	1,7	
у пензији	3501	83,7	508	12,1	174	4,2	
неспособан за рад	63	66,3	22	23,2	10	10,5	
студенти	436	99,1	4	0,9	0	0	
послови у домаћинству	566	87,8	57	8,8	22	3,4	
друго	115	85,2	12	8,9	8	5,9	
Материјални статус							
сиромашни и најсиромашнији	4394	87,5	452	9,0	176	3,5	< 0,001
средњи слој	2321	91,9	157	6,2	47	1,9	
богати и најбогатији	4631	94,7	206	4,2	55	1,1	

У односу на мушки пол, утврђена је статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и добних група ($\chi^2=260,015$; $df=12$; $p<0,001$), просечне старости ($F=106,502$; $p<0,001$), брачне структуре ($\chi^2=84,802$; $df=8$; $p<0,001$) и регионалне заступљености ($\chi^2=26,101$; $df=6$; $p<0,001$). Депресивна епизода је била најучесталија у популацији старијих 80+ (3,7%), и испитаника који су се изјаснили као удовци (3,8%). Највећи проценат испитаника са депресивном епизодом у односу на регионалну припадност односи се на подручје Војводине (2,3%) (Табела 9).

Табела 9. Учесталост депресивних симптома у односу на демографске карактеристике испитаника, мушки пол

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Старосне групе							
20–29	790	97,9	14	1,7	3	0,4	
30–39	882	97,8	17	1,9	2	0,3	
40–49	988	96,9	23	2,2	8	0,9	
50–59	1001	94,6	40	3,8	17	1,6	< 0,001
60–69	1103	91,8	69	5,7	29	2,5	
70–79	632	87,1	70	9,6	24	3,3	
80+	252	78,8	56	17,5	12	3,7	
Просечна старост	50,9±17,3		64,2±16,7		64,1±14,2		< 0,001
Брачна структура							
неожењен	1355	96,2	40	2,8	14	1	< 0,001
ожењен	3702	93,9	179	4,5	60	1,6	
удовац	317	83,8	47	12,4	14	3,8	
разведен	263	89,7	23	7,8	7	2,5	
Регион							
Војводина	1232	91,7	81	6	30	2,3	< 0,001
Шумадија и Централна Србија	1855	93,8	93	4,7	29	1,5	
Јужна и Источна Србија	1251	92,7	71	5,3	27	2	
Београд	1310	96,1	44	3,2	9	0,7	

У односу на женски пол, утврђена је статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и добних група ($\chi^2=440,637$; $df=12$; $p<0,001$), просечне старости ($F=219,225$; $p<0,001$), брачне структуре ($\chi^2=281,484$; $df=8$; $p<0,001$) и регионалне заступљености ($\chi^2=50,068$; $df=6$; $p<0,001$). Депресивна епизода је била најучесталија у популацији старијих - 80+ (9,1%), као и блага депресивна симптоматологија (20,6%). Депресивна епизода била је најзаступљенија код испитаница које су се изјасниле као удовице (6,3%), као и блага депресивна симптоматологија (17,0%). У односу на регион, депресивна епизода била је најзаступљенија на територији Војводине (3,8%), а блага депресивност код особа из области Јужне и Источне Србије (11,4%) (Табела 10).

Табела 10. Учесталост депресивних симптома у односу на демографске карактеристике испитаника, женски пол

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Старосне групе							
20–29	727	98,5	8	1,1	3	0,4	< 0,001
30–39	837	97,2	19	2,2	5	0,6	
40–49	905	94,1	46	4,8	11	1,1	
50–59	1053	91	79	6,8	25	2,2	
60–69	1160	85,9	151	11,2	39	2,9	
70–79	692	78,8	128	14,5	58	6,7	
80+	324	70,3	95	20,6	42	9,1	
Просечна старост	52,3±17,8		65,9±14,2		68,5±14,2		< 0,001
Брачна структура							
неудата	805	96,9	22	2,6	3	0,5	< 0,001
удата	3567	91,4	253	6,5	83	2,1	
удовица	992	76,7	220	17	82	6,3	
разведена	320	87,7	31	8,5	14	3,8	
Регион							
Војводина	1273	87,7	123	8,5	54	3,8	< 0,001
Шумадија и Централна Србија	1787	89,4	164	8,2	49	2,4	
Јужна и Источна Србија	1201	85,3	161	11,4	46	3,3	
Београд	1437	92,7	78	5	34	2,3	

Посматрајући социоекономске карактеристике испитаника мушког пола, пронађена је статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и нивоа образовања ($\chi^2=190,106$; $df=4$; $p<0,001$), радног статуса ($\chi^2=246,539$; $df=14$; $p<0,001$) и индекса благостања ($\chi^2=76,778$; $df=4$; $p<0,001$).

Депресивна епизода била је најзаступљенија код испитаника са основним и нижешколским образовањем (3,8%), док је 11,4% испитаника са средњим образовањем имало благе депресивне симптоме. У односу на радни статус, испитаници који су се изјаснили као неспособни за рад имали су најчешће депресивну епизоду (9,1%). У истој групи забележена је и најчешћа појава благе депресивне симптоматологије (15,9%). У погледу материјалног статуса, 3,7% испитаника који су се изјаснили као сиромашни имали су депресивну епизоду (Табела 11).

Табела 11. Учесталост депресивних симптома у односу на социоекономске карактеристике испитаника, мушки пол

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Степен образовања							
основно и ниже	996	84,8	134	11,4	44	3,8	< 0,001
средње	3573	95,6	123	3,3	43	1,1	
више и високо	1072	96,4	32	2,8	8	0,8	
Радни статус							
запослен	2535	98	39	1,5	12	0,5	< 0,001
незапослен	1096	93,8	50	4,3	22	1,9	
у пензији	1661	87,6	181	9,6	53	2,8	
неспособан за рад	33	75	7	15,9	4	9,1	
студенти	190	98,9	2	1,1	0	0	
послови у домаћинству	37	92,5	1	2,5	2	5	
друго	86	88,6	9	10,3	2	1,1	
Материјални статус							
сиромашан	2184	89,7	162	6,6	88	3,7	< 0,001
најсиромашнији							
средњи статус	1148	95,2	44	3,6	14	1,2	
богати и најбогатији	2316	95,7	83	3,4	13	0,9	

Посматрајући социоекономске карактеристике испитаника женског пола, пронађена је статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и нивоа образовања ($\chi^2=279,872$; $df=4$; $p<0,001$), радног статуса ($\chi^2=405,973$; $df=14$; $p<0,001$) и индекса благостања ($\chi^2=96,994$; $df=4$; $p<0,001$).

Депресивна епизода била је најзаступљенија код испитаница са основним и нижешколским образовањем (5,5%), као и блага депресивна симптоматологија (16%). У односу на радни статус, испитанице који су се изјасниле као неспособне за рад имале су најчешће депресивну епизоду (11,7%). У истој групи забележена је и најчешћа појава благе депресивне симптоматологије (29,5%). У погледу материјалног статуса, 4,2% испитаница које су се изјасниле као сиромашне имале су депресивну епизоду (Табела 12).

Табела 12. Учесталост депресивних симптома у односу на социо-економске карактеристике испитаника, женски пол

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Степен образовања							
основно и ниже	1449	78,5	295	16	102	5,5	< 0,001
средње	3012	92,1	190	5,8	68	2,1	
више и високо	1187	95,7	41	3,3	12	1	
Радни статус							
запослена	1988	96,4	61	3	13	0,6	< 0,001
незапослена	1026	93	61	5,5	16	1,5	
у пензији	1840	80,4	327	14,3	121	5,3	
неспособна за рад	30	58,8	15	29,5	6	11,7	
студенткиња	246	99,2	2	0,8	0	0	
послови у домаћинству	529	87,4	56	9,2	20	3,4	
друго	29	76,3	3	7,9	6	15,8	
Материјални статус							
Сиромашни и најсиромашнији	2210	84,7	290	11,1	108	4,2	< 0,001
Средњи статус	1173	88,9	113	8,6	33	2,5	
Богати и најбогатији	2315	93,3	123	4,9	42	1,8	

У погледу социјалне подршке, утврђена је статистичка значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и броја особа на које се може рачунати у случају озбиљних проблема ($\chi^2=98,150$; $df=6$; $p<0,001$), заинтересованост других за дешавања у свакодневном животу ($\chi^2=108,99$; $df=8$; $p<0,001$) и практичне помоћи комшија/суседа ($\chi^2=187,78$; $df=8$; $p<0,001$).

Депресивна епизода најучесталија је код особа које у свом окружењу немају ниједну блиску особу на коју могу да рачунају у случају озбиљних личних проблема (2,3%), а блага депресивна симптоматологија код особа које у свом окружењу имају 1–2 особе на коју могу да рачунају у случају озбиљних личних проблема (6,7%). Депресивна епизода је присутна код 2% оних који су се изјаснили да је окружење ни заинтересовано ни незаинтересовано за њих, док је блага депресивна симптоматологија најзаступљенија код оних испитаника који тврде да су људи из окружења мало заинтересовани за њих (8,2%).

Депресивна епизода учесталија је код оних испитаника који су изјавили да је веома тешко добити практичну помоћ комшија/суседа када им је потребна (2,9%) за разлику од оних који немају те тешкоће (1,5%) (Табела 13).

Табела 13. Присуство симптома депресивности у односу на заинтересованост других и могућност добијања практичне помоћи

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Број особа на које можете да рачунате када имате озбиљне проблеме							
ниједна	125	93,9	5	3,8	3	2,3	< 0,001
1 или 2 особе	1926	91,3	141	6,7	43	2	
3–5 особа	2623	92,2	168	5,9	54	1,9	
6 или више	918	92	60	6	20	2	
Заинтересованост других за оно што радите или Вам се дешава у животу							
веома заинтересовани	1526	91,9	107	6,4	26	1,7	< 0,001
заинтересовани	3128	92,3	210	6,2	52	1,5	
ни заинтересовани ни незаинтересовани	683	91,3	50	6,7	15	2	
мало заинтересовани	168	91,3	15	8,2	1	0,5	
нимало заинтересовани	75	94,9	3	3,8	1	1,3	
Практична помоћ од комшија/суседа							
веома лако	1142	92,6	73	5,9	18	1,5	< 0,001
лако	2457	90,5	185	6,8	72	2,7	
ни лако ни тешко	1305	92,3	79	5,6	29	2,1	
тешко	464	92,6	35	6,9	2	0,5	
веома тешко	128	90,1	10	7	4	2,9	

Даљом анализом резултата, показана је статистички значајна разлика између преваленције депресивности и степена социјалне подршке ($\chi^2=84,949$; $df=4$; $p<0,001$). Код испитаника са лошом социјалном подршком, депресивна епизода забележена је код 9,2% испитаника, односно код 1,9% испитаника са јаком социјалном подршком. Блага депресивна симптоматологија уочена је код 12,1% испитаника са лошом социјалном подршком (Табела 14).

Табела 14. Присуство симптома депресивности у односу на степен социјалне подршке

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода	
	N	%	N	%	N	%
јака	9375	91,6	669	6,5	196	1,9
умерена	1228	85,3	138	9,6	73	5,1
лоша	26	78,8	4	12,1	3	9,2

Анализирајући карактеристике социјалне подршке у популацији мушкараца показана је статистички значајна разлика између присуства депресивности и броја особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме ($\chi^2=64,050$; $df=6$; $p<0,001$), заинтересованост других за оно што раде ($\chi^2=85,130$; $df=8$; $p<0,001$), практичне помоћи од комшија/суседа ($\chi^2=12,236$; $df=8$; $p<0,001$). И у популацији жена показана је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и броја особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме ($\chi^2=72,296$; $df=6$; $p<0,001$), заинтересованост других за оно што раде ($\chi^2=88,990$; $df=8$; $p<0,001$) и практичне помоћи од комшија/суседа ($\chi^2=14,142$; $df=8$; $p<0,001$).

Наиме, депресивна епизода била је најучесталија у популацији мушкараца који немају ниједну особу на коју могу да рачунају када имају озбиљне проблеме (3%), док је код жена депресивна епизода учесталија код оних испитаница које имају једну или две особе на које могу да се ослоне када имају неки озбиљни проблем (2,6%). Такође, депресивна епизода је била учесталија у популацији жена у случају да други нису нимало заинтересовани за оно што раде (2,9%), као и у случају веома тешког добијања практичне помоћи комшија/суседа (2,9%). Последња ставка бележи исти тренд у популацији мушкараца (депресивна епизода најучесталија у случају особа које веома тешко добијају помоћ комшија/суседа, 2,9%) (Табела 15).

Табела 15. Присуство симптома депресивности код мушкараца и жена у односу на заинтересованост других и могућност добијања практичне помоћи

	мушкарци			p	жене			p
	без симптома депресије	благи депресивни симптоми	депресивна епизода		без симптома депресије	благи депресивни симптоми	депресивна епизода	
Број особа на које можете да рачунате када имате озбиљне проблеме								
ниједна	94,1	2,9	3	< 0,001	93,8	4,6	1,6	< 0,001
1 или 2 особе	93,7	4,8	1,5		89	8,4	2,6	
3–5 особа	95	4	1		89,6	8	2,4	
6 или више	93	5,1	1,9		89,2	9,4	1,4	
Заинтересованост других за оно што радите или Вам се дешава у животу								

веома заинтересовани	95	4,2	0,8		89,3	8,4	2,3	
заинтересовани	94,2	4,2	1,6		90,7	7,1	2,2	
ни заинтересовани	92,4	5,9	1,7	< 0,001	90,4	7,3	2,3	< 0,001
незаинтересовани								
мало заинтересовани	95,7	4,3	0		86,7	12,2	1,1	
нимало заинтересовани	95,6	4,4	0		94,2	2,9	2,9	
Практична помоћ од комшија/суседа								
веома лако	95,6	3,7	0,7		90	7,8	2,2	
лако	92,6	4,9	2,5		89,9	7,6	2,5	
ни лако ни тешко	94,3	4,4	1,3	< 0,001	90,7	6,5	2,8	< 0,001
тешко	96,8	3,2	0		88,5	10,7	0,8	
веома тешко	91,5	5,6	2,9		88,7	8,4	2,9	

Анализа према полу је показала да постоји статистички значајна разлика у присуству депресивних симптома у односу на ниво социјалне подршке и код особа мушког пола ($\chi^2=50,366$; $df=6$; $p<0,001$) и код особа женског пола ($\chi^2=52,577$; $df=8$; $p<0,001$). Код 9% испитаника и 17,7% испитаница које имају лошу социјалну подршку присутна је депресивна епизода. Благи депресивни симптоми доказани су код 5,8% испитаница и 9,7% испитаника који имају лошу социјалну подршку (Табела 16).

Табела 16. Присуство симптома депресивности код мушкараца и жена у односу на степен социјалне подршке

	мушкарци				жене			
	без симптома депресије	благи депресивни симптоми	депресивна епизода	p	без симптома депресије	благи депресивни симптоми	депресивна епизода	p
лоша	81,3	9,7	9		76,5	5,8	17,7	
умерена	88,6	7,1	4,3	< 0,001	81,9	12,1	6	< 0,001
јака	94	4,7	1,3		89,3	8,2	2,5	

Када су у питању навике у исхрани, утврђена је статистички значајна разлика између присуства депресивности и конзумирања доручка ($\chi^2=80,061$; $df=4$; $p<0,001$), воћа на недељном нивоу ($\chi^2=186,856$; $df=6$; $p<0,001$), поврћа на недељном нивоу ($\chi^2=177,627$; $df=6$; $p<0,001$), порција поврћа ($\chi^2=25,702$; $df=2$; $p=0,049$), млека ($\chi^2=127,357$; $df=6$; $p<0,001$) и рибе ($\chi^2=126,411$; $df=6$; $p<0,001$).

Испитаници који никада не доручкују (6,1%) односно који понекад доручкују (4,6%) у највећем проценту испољавају депресивну епизоду. У погледу недељне учесталости конзумирања воћа и поврћа, испитаници који мање од једном недељно конзумирају воће (6,1%%) и поврће (8,3%) имају већу учесталост депресивне епизоде у односу на испитанике који то чине више пута недељно. Особе које у својој исхрани никада не конзумирају млеко и млечне производе у 4,3% случаја имају депресивну епизоду, док 9,2% испитаника има благу депресивност. Испитаници који немају навику конзумирања рибе имају већу учесталост депресивне епизоде (4,1%) у односу на испитивану популацију која више од четири до шест пута недељно конзумира ову намирницу (0,9%) (Табела 17).

Табела 17. Присуство симптома депресивности у односу на навике у исхрани у студијској популацији

навике у исхрани	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Доручак							
никада	214	80,7	35	13,2	16	6,1	< 0,001
понекад	1334	87,2	126	8,2	69	4,6	
сваког дана	9137	91,5	654	6,6	192	1,9	
Конзумирање воћа недељно							
мање од 1 недељно/никада	761	84,4	86	9,5	54	6,1	< 0,001
1–3 пута недељно	2670	88,6	252	8,4	92	3	
4–6 пута недељно	3031	92,2	211	6,4	48	1,4	
сваког дана	4218	92,4	266	5,8	83	1,8	
Воће порције							
1–2 порције и ређе	3441	92,5	215	5,8	65	1,7	0,176
3–4 порције дневно	584	93,3	34	5,5	8	1,2	
Конзумирање поврћа недељно							
мање од 1 недељно/никада	306	83,8	29	7,9	30	8,3	< 0,001
1–3 пута недељно	1762	87,9	167	8,3	76	3,8	
4–6 пута недељно	3192	91,1	223	6,4	50	2,5	
сваког дана	5414	91,3	396	6,7	121	2	
Поврће порције							
1–2 порције и ређе	4062	90,6	316	7	103	2,4	0,049
3–4 порције дневно	1021	92,4	68	6,2	16	1,4	
Конзумирање млека и млечних производа							
мање од 1 недељно/никада	902	86,5	96	9,2	45	4,3	< 0,001
1–3 пута недељно	2467	89,6	204	7,4	81	3	
4–6 пута недељно	2966	91	234	7,2	58	1,8	

сваког дана	4349	92,1	281	5,9	93	2	
Конзумирање рибе							
мање од 1 недељно/никада	6451	88,6	532	7,3	206	4,1	
1–3 пута недељно	3531	92	244	6,4	62	1,6	
4–6 пута недељно	565	95,1	24	4	5	0,9	< 0,001
сваког дана	132	94,2	7	5	1	0,8	

Посматрајући резултате, уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивности и вредности индекса телесне масе. Највећа учесталост депресивне епизоде присутна је у категорији гојазних (3,7%) и потхрањених (3%). Блага депресивност је такође била најучесталија у категорији потхрањених (7,6%) и гојазних (7,5%) испитаника (Табела 18).

Табела 18. Присуство симптома депресивности у односу на ниво ухрањености у студијској популацији

Ниво ухрањености	без симптома депресије		благих депресивних симптома		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
потхрањени	177	89,4	15	7,6	6	3	
нормално ухрањени	3481	92	232	6,1	69	1,9	
предгојазни	3540	92,2	234	6,1	66	1,7	<0,001
гојазни	2044	88,8	171	7,5	87	3,7	
ITM (kg/m ²) ($\bar{x} \pm SD$)	26,6 $\pm$ 5,0		27,2 $\pm$ 6,1		27,7 $\pm$ 5,8		<0,001
Гојазност I степена	1539	89,8	129	7,5	45	2,7	
Гојазност II степена	400	87,5	41	8,9	16	3,6	<0,001
Гојазност III степена	108	80	21	15,6	6	4,4	

У погледу физичке активности, утврђена је статистички значајна разлика између депресивности и физичке активности на послу ($\chi^2=636,326$; $df=6$; $p<0,001$), ходања (броја дана у недељи ($\chi^2=844,084$; $df=4$; $p<0,001$), ходања (мин/недељно) ($\chi^2=13,292$; $df=2$; $p=0,001$), вожње бицикле ($\chi^2=119,777$; $df=4$; $p<0,001$), физичке активности у слободно време ($\chi^2=177,268$; $df=4$; $p<0,001$), аеробне физичке активности (мин/недељно) ($\chi^2=14,705$; $df=2$; $p=0,001$) и упражњавања вежби за јачање мишића ($\chi^2=101,639$; $df=4$; $p<0,001$).

Депресивна епизода била је најучесталија код испитаника који не обављају посао (11,8%), који никада не возе бицикл (2,7%), који се не баве физичком активношћу у слободно време (2,6%), и не конзумирају вежбе за јачање мишића (2,5%) (Табела 19).

Табела 19. Присуство симптома депресивности у односу на физичку активност у студијској популацији

физичка активност	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Физичка активност на послу							
седим/стојим	4010	87,8	409	8,9	146	3,3	<0,001
умерена активност	5285	93,8	270	4,8	76	1,4	
тешка активност	1175	95,5	42	3,4	13	1,1	
не обављај посао	207	60,7	94	27,5	40	11,8	
Ходање, број дана у недељи							
никада	608	68,7	184	20,8	93	10,5	<0,001
1 до 2 дана	393	83,6	64	13,6	13	2,8	
3 до 7 дана	9629	93	559	5,4	166	1,6	
Ходање, мин/недељно							
≥150	8216	92,2	544	6,1	149	1,7	0,001
<150	1776	94,5	75	4	28	1,5	
Вожња бицикла, број дана							
никада	8356	89,8	701	7,5	239	2,7	<0,001
1 до 2 дана	515	93,3	27	4,9	10	1,8	
3 до 7 дана	1793	94,1	85	4,4	28	1,5	
Вожња бицикла, мин/недељно							
≥150	2217	93,7	112	4,7	37	1,6	0,121
<150	82	98,8	0	0	1	1,2	
Физичка активност у слободно време							
никада	9457	89,8	797	7,6	274	2,6	<0,001
1 до 2 дана	452	97,6	9	1,9	2	0,5	
3 до 7 дана	759	99,1	7	0,9	0	0	
Аеробна физичка активност, мин/недељно							
≥150	8745	92,1	581	6,1	165	1,8	0,001
<150	1321	95	53	3,8	16	1,2	
Вежбе за јачање мишића							
никада	10043	90,4	791	7,1	273	2,5	<0,001
1 до 2 дана	214	93,8	10	4,4	4	1,8	
3 до 7 дана	407	97,1	12	2,9	0	0	

Када је у питању навика конзумирања цигарета, резултати истраживања су указали на статистички значајну разлику између нивоа депресивности и пушачког статуса ($\chi^2=26,390$; $df=4$; $p<0,001$), као и између нивоа депресивности и пушачког стажа ($\chi^2=23,659$; $df=4$; $p<0,001$).

Депресивну епизоду је имало 2,0% испитаника који су свакодневни пушачи, 1,9% испитаника који конзумирају ≥ 20 цигарета, и 2,9% испитаника чији пушачки стаж траје 20 и више година. Број попушених цигарета није се значајно разликовао у односу на степен депресивне симптоматологије (Kruskal Wallis тест, $p=0,289$) (Табела 20).

Табела 20. Присуство симптома депресивности у односу на пушење у студијској популацији

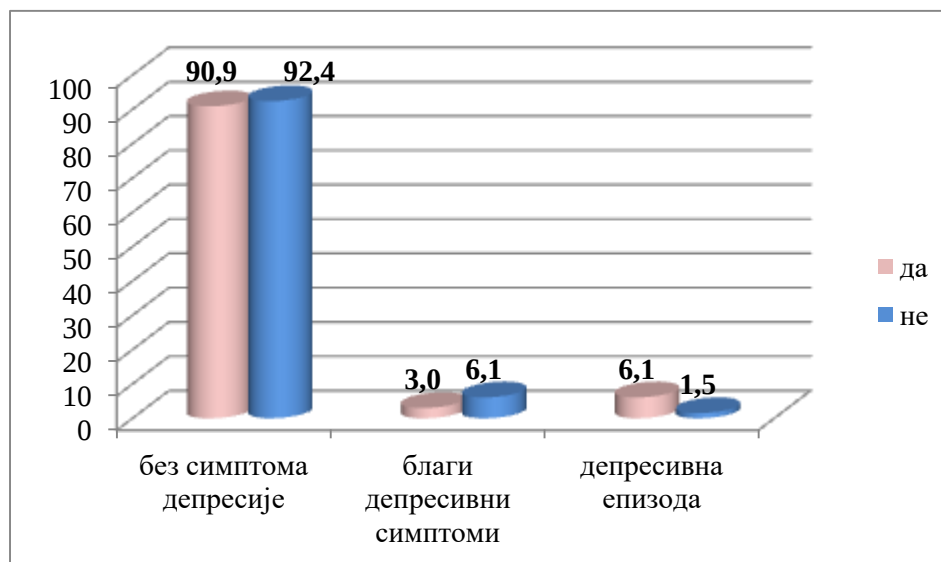
Пушење	без симптома депресије		благих депресивних симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Пушачки статус							
да, свакодневно	2176	91,2	161	6,8	48	2	<0,001
да, повремено	389	91,5	29	6,8	7	1,7	
непушач	5424	91,6	378	6,4	119	2	
Број попушених цигарета							
<20 цигарета	812	92,4	49	5,6	18	2	0,368
≥ 20 цигарета	1294	90,8	104	7,3	26	1,9	
Просечан број попушених цигарета/дан	18,8 $\pm$ 8,5		19,2 $\pm$ 7,8		17,4 $\pm$ 8,0		0,289*
Пушачки стаж у годинама							
до 10 година	587	92,8	36	5,7	9	1,5	<0,001
10–19 година	808	94,2	38	4,4	12	1,4	
20 и више година	1822	88,8	171	8,3	57	2,9	

Сагледавањем резултата нађена је статистички значајна разлика између нивоа депресивности и конзумирања алкохола ($\chi^2=185,216$; $df=20$; $p<0,001$), као и између нивоа депресивности и конзумирања 6 и више алкохолних пића у току једне прилике ($\chi^2=184,238$; $df=20$; $p<0,001$). Депресивну епизоду имало је 1,9% испитаника који конзумирају алкохол скоро сваки дан, односно 12,5% испитаника који сваки дан попију 6 или више пића током једне прилике (Табела 21).

Табела 21. Присуство симптома депресивности у односу на конзумирање алкохола у студијској популацији

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Конзумирање алкохола							
никада/не у последњих 12 месеци	3743	89,2	348	8,3	105	2,5	<0,001
мање од једном месечно	924	94,2	47	4,8	10	1	
1 месечно	666	95,7	24	3,4	6	0,9	
2–3 дана месечно	787	95,5	27	3,3	10	1,2	
1–2 дана у недељи	558	95,1	21	3,6	8	1,3	
3–4 дана у недељи	320	93,5	19	5,6	3	0,9	
5–6 дана у недељи	108	89,2	10	8,3	3	2,5	
Сваки дан/скоро сваки дан	2248	92,2	16	5,9	5	1,9	
6 или више пића у току једне прилике							
никада/не у последњих 12 месеци	1693	93,8	84	4,6	26	1,6	<0,001
мање од једном месечно	919	94,9	41	4,2	8	0,9	
1 месечно	407	95,3	15	3,5	5	1,2	
2–3 дана месечно	211	98,1	3	1,4	1	0,5	
1–2 дана у недељи	72	98,6	1	1,4	0	0	
3–4 дана у недељи	21	77,8	6	22,2	0	0	
5–6 дана у недељи	4	80	1	20	0	0	
Сваки дан/скоро сваки дан	14	87,5	0	0	2	12,5	

У односу на психоактивне супстанце указано је да 3% испитаника који конзумирају психоактивне супстанце имају благе депресивне симптоме, док 6,1% њих има депресивну епизоду ($\chi^2=11,357$; $df=2$; $p<0,001$) (Графикон 2).



Графикон 2. Присуство симптома депресивности у односу на конзумирање психоактивних супстанци у студијској популацији

Проценом карактеристика здравственог стања утврђена је статистичка значајна разлика између присуства симптома депресивности и самопроцене здравља ($\chi^2=2473,814$; $df=4$; $p<0,001$), дуготрајне болести ($\chi^2=705,611$; $df=2$; $p<0,001$), ограничења ($\chi^2=70,195$; $df=2$; $p<0,001$), ограничења у обављању активности ($\chi^2=2064,839$; $df=4$; $p<0,001$), присуства бола ($\chi^2=1739,271$; $df=10$; $p<0,001$) и утицаја бола на активности ($\chi^2=719,663$; $df=8$; $p<0,001$).

Код 14,1% испитаника који оцењују сопствено здравље као лоше и веома лоше присутна је депресивна епизода, док је код 28,3% испитаника са истом перцепцијом сопственог здравља присутна блага депресивна симптоматологија. Свега 0,3% испитаника који своје здравствено стање процењује као добро и врло добро има депресивну епизоду, 4,3% испитаника који имају дуготрајну болест показују депресивну епизоду, односно 11,5% њих има блага депресивну симптоматологију.

Проценом резултата, утврђено је да је депресивна епизода (14,5%) односно блага депресивна симптоматологија (24,8%) присутна код особа са озбиљним ограничењима у обављању активности. Код испитаника који имају ограничења у обављању активности (али не озбиљних), преваленција депресивне епизоде износи 2,9%, док је преваленција благе депресивне симптоматологије 12,7%.

Депресивна епизода била је присутна код 12,4% испитаника са јаким боловима, код 7,2% испитаника са умереним и код 2,3% са веома благим боловима, док је код скоро сваког петог испитаника са јаким боловима (21,1%) и код једне десетине испитаника са веома благим боловима (10,8%) била присутна блага депресивна симптоматологија.

Преваленција депресивне епизоде код испитаника са веома јаким утицајем бола на активности била је 26,7%, код испитаника са приличним утицајем бола 11,4% док је код оних код којих бол нема нимало утицаја на активности била 1,4%. Преваленција благе

депресивне симптоматологије код испитиване популације са веома јаким утицајем бола на активности била је 28,9%, код испитаника са приличним утицајем бола 25,9%, док је код оних код којих бол нема нимало утицаја на активности износила 3,2% (Табела 22).

Табела 22. Присуство симптома депресивности у односу на карактеристике здравственог стања у студијској популацији

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Самопроцена здравља							
лоше и веома лоше	836	57,6	411	28,3	203	14,1	p<0,001
просечно	2688	88,8	285	9,4	52	1,8	
добро и веома добро	7161	98,1	118	1,6	23	0,3	
Дуготрајна болест							
да	5037	84,2	690	11,5	252	4,3	p<0,001
не	6301	97,7	123	1,9	25	0,4	
Ограничења							
да	2146	73,8	538	18,5	223	7,7	p<0,001
не	640	88,3	69	9,5	16	2,2	
Ограничење у обављању активности							
озбиљно ограничени	716	60,7	293	24,8	170	14,5	p<0,001
ограничени, али не озбиљно	2073	84,4	313	12,7	69	2,9	
нису уопште ограничени	8552	97,2	207	2,4	39	0,4	
Присуство бола							
није присутан	7102	96,9	184	2,5	43	0,6	p<0,001
веома благи	1266	92,2	89	6,5	18	1,3	
благи	990	86,9	123	10,8	25	2,3	
умерени	894	71,6	265	21,2	90	7,2	
јаки	366	66,5	116	21,1	68	12,4	
веома јаки	67	48,2	38	27,3	34	24,5	
Утицај бола на активности							
нимало	754	95,4	25	3,2	11	1,4	p<0,001
мало	1488	90,2	137	8,3	25	1,5	
умерено	801	75,2	215	20,2	49	4,6	
прилично	413	62,7	171	25,9	74	11,4	
веома	126	44,4	82	28,9	76	26,7	

Применом униваријантне логистичке регресије утврђено је да испитаници са присуством дуготрајне болести имају 12,61 пута већу вероватноћу да имају депресивну епизоду у односу на оне који немају дуготрајну болест. Испитаници који имају озбиљна ограничења у обављању активности имају 5,20 пута већу вероватноћу да имају депресивну епизоду у

односу на оне који немају. Присуство бола повећава вероватноћу појаве депресивне епизоде за 16,62 пута, утицај бола на активност повећава вероватноћу појаве депресивне епизоде за 19,07 пута, док присуство ограничења повећава вероватноћу појаве депресивне епизоде за 4,16 пута. Мултиваријентни регресиони модел указао је да су најзначајнији предиктори депресивне епизоде присуство ограничења (OR=3,27), присуство бола (OR=2,43), утицај бола на свакодневне активности (OR=2,10), као и присуство ограничења у обављању активности (OR= 1,89) (Табела 23).

Табела 23. Регресиона анализа утицаја карактеристика здравственог стања на појаву депресивне епизоде

	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Самопроцена здравља				
лоше и веома лоше	0,13 (0,09–0,20)	<0,001	0,22 (0,10–0,47)	<0,001
просечно	0,80 (0,58–1,09)	<0,001	0,21 (0,13–0,34)	<0,001
добро и веома добро	1		1	
Дуготрајна болест				
да	12,61 (8,34–19,05)	<0,001	1,09 (0,53–2,25)	0,809
не	1		1	
Ограничења				
да	4,16 (2,48–6,95)	<0,001	3,27 (2,26–4,72)	<0,001
не	1		1	
Ограничење у обављању активности				
озбиљно ограничени	5,20 (3,64–7,43)	p<0,001	1,89 (1,30–2,76)	0,001
ограничени, али не озбиљно	7,29 (4,91–10,84)	p<0,001	1,69 (0,95–3,03)	0,076
нису уопште ограничени	1			
Присуство бола				
јаки и веома јаки	16,62 (11,48–24,1)	<0,001	2,43 (1,39–4,24)	0,002
умерени	11,44 (9,36–13,98)	<0,001	1,76 (1,10–2,83)	0,018
благи и веома благи	3,14 (2,05–4,82)	<0,001	1,08 (0,55–2,16)	0,184
без болова	1			
Утицај бола на активности				
прилично и веома	19,07 (10,24–35,5)	<0,001	2,10 (0,81–5,40)	0,021
мало и умерено	2,22 (1,17–4,19)	0,015	0,98 (0,40–2,41)	0,224
нимало	1		1	

Анализом хроничних незаразних болести уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и посматраних хроничних болести: бронхијалне астме ($\chi^2=106,792$; df=2; p<0,001), ХОБП-а ($\chi^2=187,705$; df=2; p<0,001), инфаркта миокарда ($\chi^2=104,964$; df=2; p<0,001), коронарне болести срца или ангине пекторис ($\chi^2=498,227$;

df=2; p<0,001), хипертензије ($\chi^2=438,046$; df=2; p<0,001), možданог удара ($\chi^2=226,098$; df=2; p<0,001), артрозе ($\chi^2=505,462$; df=2; p<0,001), деформитета доње кичме ($\chi^2=639,834$; df=2; p<0,001), вратних деформитета ($\chi^2=500,370$; df=2; p<0,001), дијабетеса ($\chi^2=112,786$; df=2; p<0,001), алергије ($\chi^2=69,210$; df=2; p<0,001), цирозе јетре ($\chi^2=48,718$; df=2; p<0,001), уринарне инконтиненције ($\chi^2=505,754$; df=2; p<0,001), бубрежних проблема ($\chi^2=242,041$; df=2; p<0,001), малигних болести ($\chi^2=47,488$; df=2; p<0,001), и повишених масноћа у крви ($\chi^2=244,591$; df=2; p<0,001). Депресивну епизоду је имало је 14,5% испитаника са можданим ударом, 14% испитаника са цирозом јетре и 12,9% испитаника који пате од уринарне инконтиненције. Преваленција благе депресивности код испитаника са можданим ударом износила је 23,3%, код особа са цирозом јетре 23,2%, док је код особа са бубрежним проблемима износила 19,4% (Табела 24).

Табела 24. Присуство симптома депресивности у односу на хроничне болести у студијској популацији

Хронична болест		без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
		N	%	N	%	N	%	
Бронхијална астма	да	378	79,2	62	13	37	7,8	<0,001
	не	10961	91,7	753	6,3	241	2	
ХОБП, хронични бронхитис, емфизем	да	342	73,7	86	18,5	36	7,8	<0,001
	не	10998	91,9	728	6,1	242	2	
Инфаркт миокарда	да	199	74,5	44	16,5	24	9	<0,001
	не	11141	91,6	771	6,3	254	2,1	
Коронарна болест срца или ангина пекторис	да	967	74,8	229	17,7	97	7,5	<0,001
	не	10374	93,1	584	5,2	180	1,7	
Висок крвни притисак	да	3575	83,9	492	11,6	192	4,5	<0,001
	не	7753	95	321	3,9	84	1,1	
Мождани удар	да	115	62,2	43	23,3	27	14,5	<0,001
	не	11227	91,6	772	6,3	250	2,1	
Артроза	да	736	72,2	203	19,9	80	7,9	<0,001
	не	10603	92,9	611	5,4	196	1,7	
Деформитет доње кичме	да	1897	78,2	390	16,1	139	5,7	<0,001
	не	9442	94,4	425	4,2	137	1,4	
Вратни деформитет	да	1321	77,1	285	16,6	108	6,3	<0,001
	не	10019	93,5	530	4,9	168	1,6	
Шећерна болест	да	942	82,8	143	12,6	53	4,6	<0,001
	не	10396	92,1	670	5,9	223	2	
Алергије	да	743	83,7	104	11,7	41	4,6	<0,001
	не	10595	91,8	711	6,2	236	2	
Цироза јетре	да	27	62,8	10	23,2	6	14	<0,001
	не	11314	89,8	804	6,5	272	3,7	

Уринарна инконтиненција	да	334	65,1	113	22	66	12,9	<0,001
	не	11066	92,8	702	5,9	212	1,3	
Бубрежни проблеми	да	399	72,9	106	19,4	42	7,7	<0,001
	не	10941	92,1	708	6	233	1,9	
Малигно обољење	да	196	79	40	16,1	12	4,9	<0,001
	не	11142	91,5	773	6,3	264	2,2	
Повишена масноћа у крви	да	1196	80,6	208	14	79	5,4	<0,001
	не	10105	92,8	597	5,5	190	1,7	

Униваријантна логистичка регресија указала је на статистички значајно већу вероватноћу појаве депресивне епизоде код свих посматраних хроничних болести. Највећу шансу за појаву депресивности имали су испитаници са можданим ударом (OR=10,54), уринарном инконтиненцијом (OR=10,26), цирозом јетре (OR=9,24), артрозом (OR=5,88) и коронарном болести или ангином пекторис (OR=5,78). Анализом резултата, коришћењем мултиваријантног модела, дошло се до закључка да присуство можданог удара повећава шансу за појаву депресивне симптоматологије за више од четири пута (OR=4,21), а присуство коронарне болести за више од два пута (OR=2,21) (Табела 25).

Табела 25. Регресиона анализа утицаја хроничних болести на појаву депресивне епизоде

Хроничне болести	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Астма	4,45 (3,10–6,38)	<0,001	1,63 (0,99–2,64)	0,051
Хронични бронхитис, ХОБП	4,78 (3,32–6,90)	<0,001	1,45 (0,89–2,36)	0,131
Инфаркт миокарда	5,29 (3,40–8,22)	<0,001	0,93 (0,51–1,67)	0,798
Коронарна болест срца или ангина пекторис	5,78 (4,48–7,46)	<0,001	2,21 (1,61–3,04)	<0,001
Хипертензија	4,95 (3,82–6,42)	<0,001	2,18 (1,61–2,95)	<0,001
Мождани удар	10,54 (6,80–16,33)	<0,001	4,21 (2,42–7,32)	<0,001
Артроза	5,88 (4,48–7,71)	<0,001	1,77 (1,25–2,48)	0,001
Деформитет доње кичме	5,05 (3,96–6,43)	<0,001	1,63 (1,15–2,31)	0,006
Вратни деформитет	4,87 (3,80–6,25)	<0,001	1,22 (0,85–1,75)	0,284
Дијабетес	2,62 (1,93–3,56)	<0,001	1,09 (0,76–1,58)	0,624
Малигно обољење	2,58 (1,42–4,68)	<0,001	1,53 (0,77–3,01)	0,220
Алергија	2,47 (1,76–3,48)	<0,001	0,87 (0,57–1,32)	0,512

Цироза јетре	9,24 (3,78–12,57)	<0,001	0,71 (0,18–2,78)	0,619
Уринарна инконтиненција	10,26 (7,62–13,80)	<0,001	2,16 (1,46–3,18)	<0,001
Бубрежни проблеми	4,94 (3,51–6,96)	<0,001	1,14 (0,74–1,76)	0,551
Повишене масноће у крви	3,51 (2,68–4,59)	<0,001	0,95 (0,69–1,32)	0,783

Анализом сензорних ограничења уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и коришћења наочара ($\chi^2=184,232$; $df=4$; $p<0,001$), постојања тешкоћа са видом ($\chi^2=1018,168$; $df=4$; $p<0,001$), коришћења помагала за слух ($\chi^2=47,183$; $df=4$; $p<0,001$) и постојања тешкоћа са слухом ($\chi^2=986,796$; $df=4$; $p<0,001$). Депресивна епизода забележена је код 17,2% испитаника који уопште не виде, 15,9% испитаника који уз велике тешкоће виде, код 6% испитаника који користе помагала за слух и 18,8% испитаника који имају велике тешкоће са слухом (Табела 26).

Табела 26. Симптоми депресивности у односу на функционална ограничења у студијској популацији

Сензорна ограничења	благи						p
	без симптома депресије		депресивни симптоми		депресивна епизода		
	N	%	N	%	N	%	
Наочаре/контактна сочива							
да	5641	88,5	553	8,7	182	2,8	< 0,001
не	5682	94,3	254	4,2	90	1,5	
слеп/не види уопште	21	60	8	22,8	6	17,2	
Тешкоће са видом							
без тешкоћа	9239	94,8	401	4,1	100	1,1	< 0,001
уз мање тешкоће	1843	80,9	322	14,1	111	5,0	
уз велике тешкоће	233	61,8	84	22,3	60	15,9	
Помагала за слух							
да	287	81,5	44	12,5	21	6,0	< 0,001
не	11035	91,5	769	6,4	256	2,1	
глув/не чује уопште	19	86,4	2	9,1	1	4,5	
Тешкоће са слухом							
без тешкоћа	10272	93,8	537	4,9	133	1,3	< 0,001
уз мање тешкоће	897	72,9	233	18,9	100	8,2	
уз велике тешкоће	148	62,9	43	18,3	44	18,8	

Анализом кретања уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и постојања тешкоћа приликом кретања како по равном ($\chi^2=2132,863$; $df=6$; $p<0,001$), тако и приликом пењања уз степенице ($\chi^2=2077,204$; $df=6$; $p<0,001$). Највећи учесталост депресивне епизоде била је присутна код испитаника који нису у стању да се крећу по равном (17,3%) и оних који нису у стању да се пењу уз степенице

(16,7%). Блага депресивна симптоматологија била је најзаступљенија код испитаника који су се кретали уз велике тешкоће, како по равном (29,4%) тако и уз степенице (28,8%) (Табела 27). Слично, показан је статистички значајан утицај памћења на испољавање депресивне симптоматологије ($\chi^2=2478,412$; $df=4$; $p<0,001$): 27,8% испитаника са великим тешкоћама у памћењу имало је депресивну епизоду (Табела 28).

Табела 27. Симптоми депресивности у односу на кретање у студијској популацији

Кретање	без симптома депресије		благих депресивних симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Тешкоће при кретању по равном							
без тешкоћа	9654	96,3	301	3	72	0,7	< 0,001
уз мање тешкоће	1130	78,7	246	17,1	60	4,2	
уз велике тешкоће	352	56,7	183	29,4	86	13,9	
нисам у стању	202	58,4	84	24,3	60	17,3	
Тешкоће при пењању уз степенице							
без тешкоћа	9360	96,4	285	2,9	65	0,7	< 0,001
уз мање тешкоће	1347	82,4	226	13,8	61	3,8	
уз велике тешкоће	421	58,5	207	28,8	92	12,7	
нисам у стању	204	56,8	95	26,5	60	16,7	

Табела 28. Симптоми депресивности у односу на памћење у студијској популацији

Памћење/концентрација	без симптома депресије		благих депресивних симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
без тешкоћа	10265	95,8	391	3,6	64	0,6	< 0,001
уз мање тешкоће	910	64,8	359	25,5	135	9,7	
уз велике тешкоће	122	48,4	60	23,8	70	27,8	

Статистичком обрадом података утврђена је значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и постојања тешкоћа у узимању хране ($\chi^2=458,541$; $df=6$; $p<0,001$), устајању из кревета ($\chi^2=967,174$; $df=6$; $p<0,001$), облачењу и свлачењу ($\chi^2=92,119$; $df=6$; $p<0,001$), коришћењу тоалета ($\chi^2=742,468$; $df=6$; $p<0,001$) и купању ($\chi^2=945,089$; $df=6$; $p<0,001$). Депресивна епизода била је најучесталија код испитаника који су имали велике тешкоће при узимању хране (25,6%), устајању из кревета (30,5%), облачењу (31,7%), коришћењу тоалета (28,1%) и купању (27,5%). Блага депресивна симптоматологија била је пак учесталија код испитаника који су имали мање тешкоће у наведеним активностима,

осим у случају купања (блага депресивна симптоматологија била је присутна код 35% испитаника који су дали изјаву да се купају уз велике тешкоће) (Табела 29).

Табела 29. Симптоми депресивности у односу на активности у студијској популацији

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		P
	N	%	N	%	N	%	
Узимање хране							
без тешкоћа	4972	88,0	528	9,4	147	2,6	< 0,001
уз мање тешкоће	185	55,6	93	27,9	55	16,5	
уз велике тешкоће	40	51,3	18	23,1	20	25,6	
нисам у стању	22	70,9	2	6,4	7	22,7	
Устајање из кревета							
без тешкоћа	4816	90,5	398	7,5	109	2	< 0,001
уз мање тешкоће	279	54,4	175	34,2	58	11,4	
уз велике тешкоће	69	39,6	52	29,9	53	30,5	
нисам у стању	55	68,8	16	20	9	11,2	
Облачење и свлачење							
без тешкоћа	4860	90,1	427	7,9	109	2	< 0,001
уз мање тешкоће	243	53,7	151	33,4	58	12,9	
уз велике тешкоће	56	37,5	46	30,8	47	31,7	
нисам у стању	60	65,2	17	18,5	15	16,3	
Коришћење тоалета							
без тешкоћа	4914	89,4	458	8,3	127	2,3	< 0,001
уз мање тешкоће	192	52,6	123	33,7	50	13,7	
уз велике тешкоће	56	40,3	44	31,6	39	28,1	
нисам у стању	57	66,3	16	18,6	13	15,1	
Купање							
без тешкоћа	4808	90,4	405	7,6	103	2	< 0,001
уз мање тешкоће	252	57,5	139	31,7	47	10,8	
уз велике тешкоће	74	37,5	69	35	54	27,5	
нисам у стању	84	61,3	28	20,4	25	18,3	

Анализом могућности кретања уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и постојања тешкоћа у припремању хране ($\chi^2=800,778$; $df=8$; $p<0,001$), коришћењу телефона ($\chi^2=609,404$; $df=8$; $p<0,001$), обављању куповине ($\chi^2=973,520$; $df=8$; $p<0,001$), узимању терапије ($\chi^2=702,341$; $df=8$; $p<0,001$), обављању лакших кућних послова ($\chi^2=1072,229$; $df=8$; $p<0,001$) и повремених тежих кућних послова ($\chi^2=1043,847$; $df=8$; $p<0,001$), као и вођењу рачуна о финансијама ($\chi^2=832,083$; $df=8$; $p<0,001$) (Табела 30).

Табела 30. Симптоми депресивности у односу на могућност кретања у студијској популацији

Могућност кретања	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Припремање хране							
без тешкоћа	4342	90,7	352	7,4	94	1,9	< 0,001
уз мање тешкоће	208	56,8	120	32,7	38	10,5	
уз велике тешкоће	45	41,3	37	33,9	27	24,8	
нисам у стању	130	56,3	53	22,9	48	20,8	
Коришћење телефона							
без тешкоћа	4940	88,6	497	8,9	140	2,5	< 0,001
уз мање тешкоће	118	48,9	92	38,2	31	12,9	
уз велике тешкоће	37	42,5	27	31,0	23	26,5	
нисам у стању	93	67,8	16	11,7	28	20,5	
Куповина							
без тешкоћа	4506	92,3	293	6,0	83	1,7	< 0,001
уз мање тешкоће	300	63,8	139	29,6	31	6,6	
уз велике тешкоће	118	57,5	61	29,7	26	12,8	
нисам у стању	223	52,6	123	29,0	78	18,4	
Узимање терапије							
без тешкоћа	4839	88,2	500	9,1	135	2,7	< 0,001
уз мање тешкоће	97	41,6	96	41,2	40	17,2	
уз велике тешкоће	33	46,5	17	23,9	21	29,6	
нисам у стању	94	63,9	22	14,9	31	21,2	
Лакши кућни послови							
без тешкоћа	4503	92,4	294	6,0	74	1,6	< 0,001
уз мање тешкоће	416	63,3	186	28,3	55	6,4	
уз велике тешкоће	81	43,1	76	40,4	31	16,5	
нисам у стању	166	54,9	72	23,8	64	21,3	
Тежи кућни послови							
без тешкоћа	3264	95,2	131	3,8	32	1,0	< 0,001
уз мање тешкоће	962	86,7	124	11,2	24	2,1	
уз велике тешкоће	341	67,5	125	24,7	39	7,8	
нисам у стању	429	54,8	234	29,9	119	15,3	
Вођење рачуна о финансијама							
без тешкоћа	4765	90,3	402	7,6	108	2,1	< 0,001
уз мање тешкоће	165	51,0	120	37,1	38	11,9	
уз велике тешкоће	37	46,8	30	37,9	12	15,3	

нисам у стању	140	56,9	50	20,3	56	22,8
---------------	-----	------	----	------	----	------

Анализом активности личне неге уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и ограничења у активностима личне неге, како код испитаника ($\chi^2=421,267$; $df=4$; $p<0,001$) тако и код испитаница ($\chi^2=527,432$; $df=4$; $p<0,001$).

Такође, уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и ограничења у кућним активностима код оба пола ($\chi^2=312,256$; $df=4$; $p<0,001$ за мушкарце, $\chi^2=448,219$; $df=4$; $p<0,001$ за жене). Депресивна епизода била је најучесталија у групи испитаника који су имали умерена до тешка ограничења у активностима личне неге (22,1% испитаника и 26,7% испитаница) и кућним активностима (10,7% испитаника и 16,6% испитаница). Блага депресивна симптоматологија била је присутна код 26,7% испитаника и 29,3% испитаница који су изјавили да имају блага ограничења у обављању личне неге, односно код 21,9% испитаника и 28,7% испитаница које су изјавиле да имају умерена до тешка ограничења у обављању кућних активности (Табеле 31 и 32).

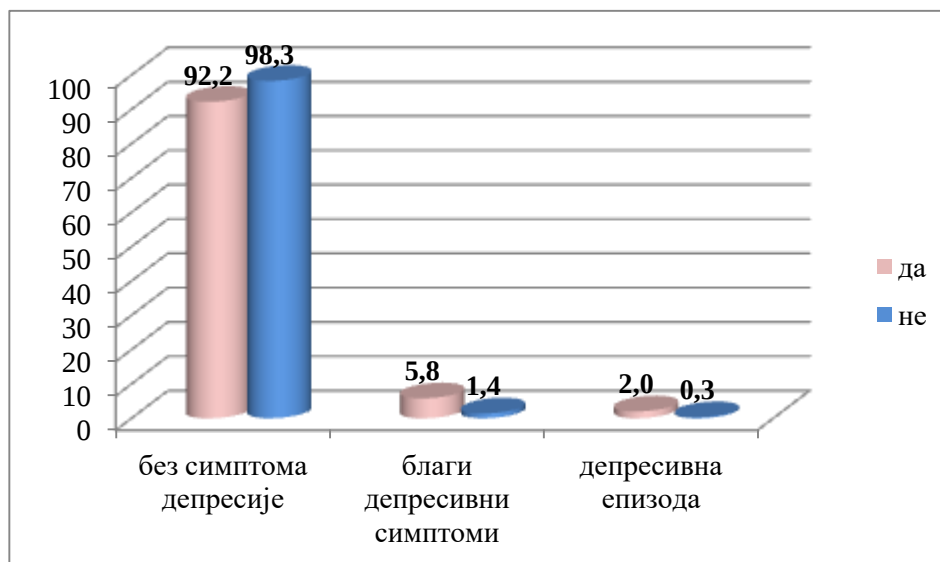
Табела 31. Симптоми депресивности у односу на активности личне неге и кућне активности у студијској популацији

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Активности личне неге							
без ограничења	4633	91,4	348	6,8	87	1,8	< 0,001
блага ограничења	456	62,2	208	28,4	69	9,4	
умерена до тешка ограничења	133	45,7	85	29,2	73	25,1	
Кућне активности							
без ограничења	2901	95,4	109	3,6	31	1,0	< 0,001
блага ограничења	1787	82,4	306	14,1	76	3,5	
умерена до тешка ограничења	534	60,5	226	25,6	122	13,9	

Табела 32. Симптоми депресивности у односу на активности личне неге и кућне активности код мушкараца и жена

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Мушки пол							
Активности личне неге							
без ограничења	2268	93,8	118	4,9	31	1,3	< 0,001
блага ограничења	175	65,1	72	26,7	22	8,2	
умерена до тешка ограничења	55	52,9	26	25,0	23	22,1	
Кућне активности							
без ограничења	1428	96,9	36	2,4	10	0,7	< 0,001
блага ограничења	797	87,5	91	9,9	23	2,6	
умерена до тешка ограничења	273	67,4	89	21,9	43	10,7	
Женски пол							
Активности личне неге							
без ограничења	2365	89,2	230	8,7	56	2,1	< 0,001
блага ограничења	281	60,5	136	29,3	47	10,2	
умерена до тешка ограничења	78	41,7	59	31,6	50	26,7	
Кућне активности							
без ограничења	1473	94,0	73	4,6	21	1,4	< 0,001
блага ограничења	990	78,7	215	17,1	53	4,2	
умерена до тешка ограничења	261	54,7	137	28,7	79	16,6	

На Графикону 3 је приказана дистрибуција испитиване популације у односу на одсуствовање са посла у последњих 12 месеци. Уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и одсуствовања са посла ($\chi^2=373,352$; $df=6$; $p<0,001$). Депресивна епизода утврђена је код 2% испитаника који су одсуствовали са посла у последњих 12 месеци (наспрам свега 0,3% испитаника који нису одсуствовали са посла). Слично, блага депресивна симптоматологија била је учесталија код испитаника који су одсуствовали са посла (код 5,8%) у односу на оне који нису имали одсуства (код 1,4%) (Графикон 3).



Графикон 3. Присуство симптома депресивности у односу на одсуствовање са посла у студијској популацији

Посматрано у односу на коришћење здравствене заштите, показана је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и услуга болничког лечења ($\chi^2=254,352$; $df=2$; $p<0,001$) односно коришћења услуга дневне болнице ($\chi^2=117,574$; $df=2$; $p<0,001$), 14,9% испитаника који су користили услуге болничког лечења и 12,7% испитаника који су користиле услуге дневне болнице имало је благу депресивну симптоматологију. Депресивна епизода забележена је код 6,9% испитаника који су користили услуге болничког лечења и 5,9% испитаника који су користили услуге дневне болнице. Просечан број ноћи хоспитализације, као и број дана проведених у дневној болници био је статистички значајно већи код испитаника са депресивном епизодом у односу на остатак испитиване популације ($p<0,001$) (Табела 33).

Табела 33. Симптоми депресивности у односу на коришћење здравствене заштите у студијској популацији

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		P
	N	%	N	%	N	%	
Болничко лечење							
да	822	78,2	157	14,9	72	6,9	< 0,001
не	10516	92,4	658	5,8	205	1,8	
Број ноћи проведених у болници	12,9		17,6		25,4		< 0,001

Дневна болница							
да	694	81,4	108	12,7	50	5,9	< 0,001
не	10642	91,9	704	6,1	225	2,0	
Број коришћења дневне болнице	1,3		1,9		4,4		< 0,001

Анализом коришћења здравствене заштите уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и посета изабраном лекару ($\chi^2=172,034$; $df=4$; $p<0,001$), лекару специјалисти ($\chi^2=195,287$; $df=4$; $p<0,001$), посета психологу ($\chi^2=598,128$; $df=2$; $p<0,001$), коришћења услуга кућне неге ($\chi^2=106,020$; $df=2$; $p<0,001$) и стоматолошких услуга ($\chi^2=80,760$; $df=6$; $p<0,001$). Блага депресивна симптоматологија била је најзаступљенија код испитаника који су посетили изабраног лекара (8,4%) и специјалисту (9,2%) пре мање од 12 месеци, код испитаника који су дали изјаву да су користили услуге психолога (19,7%) и кућну негу (18,8%). Супротно, блага депресивна симптоматологија била је најучесталија код испитаника који никада нису користили услуге стоматолога (9,8%). Очекивано, највећа учесталост депресивне епизоде утврђена је код испитаника који су користили услуге психолога/психотерапеута (13,7%). Просечан број посета изабраном лекару, као и лекару специјалисти био је значајно већи у групи испитаника са депресивном епизодом ($p<0,001$) (Табела 34).

Табела 34. Симптоми депресивности у односу на посете лекару у студијској популацији

	благ						p
	без симптома депресије		депресивни симптоми		депресивна епизода		
	N	%	N	%	N	%	
Услуге изабраног лекара							
пре мање од 12 месеци	7290	88,8	690	8,4	227	2,8	< 0,001
пре 12 месеци и више	3780	95,7	118	2,9	50	1,4	
никада/више од 12 месеци	147	99,3	1	0,7	0	0	
Просечан број посета	1,0		1,3		1,2		< 0,001
Посете лекару специјалисти							
пре мање од 12 месеци	4624	87,5	484	9,2	178	3,3	< 0,001
пре 12 месеци и више	5029	93,1	287	5,3	83	1,6	
никада	1481	97,5	30	1,9	8	0,6	
Просечан број посета	1,7		1,9		2,1		< 0,001
Посете код психолога, психотерапеута, психијатра							
да	406	66,6	120	19,7	84	13,7	< 0,001
не	10919	92,5	693	5,8	191	1,7	
Услуге кућне неге							
да	195	73,6	50	18,8	20	7,6	< 0,001

не	11146	91,5	765	6,3	258	2,2	
Услуге стоматолога							
пре мање од 6 месеци	2036	93,7	104	4,8	33	1,5	
пре 6–12 месеци	2038	94,8	84	3,9	27	1,3	
пре 12 месеци и више	6819	90,0	563	7,4	190	2,6	< 0,001
никада	215	84,9	25	9,8	13	5,3	

У погледу коришћења лекова, утврђена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и коришћења прописаних ($\chi^2=618,646$; $df=2$; $p<0,001$) и непрописаних лекова ($\chi^2=116,695$; $df=2$; $p<0,001$). Депресивну епизоду је имало 4,1% испитаника који су користили прописане лекове и 3,4% испитаника који су користили непрописане лекове. Блага депресивна симптоматологија такође је била учесталија у групи испитаника који су користили прописане (11,7%) и непрописане лекове (9,6%) (Табела 35).

Табела 35. Симптоми депресивности у односу на коришћење лекова у студијској популацији

Коришћење лекова	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		P
	N	%	N	%	N	%	
Коришћење лекова које је прописао лекар							
да	5040	84,2	702	11,7	245	4,1	< 0,001
не	5646	97,5	113	1,9	33	0,6	
Коришћење лекова које није прописао лекар							
да	3854	87,0	426	9,6	148	3,4	< 0,001
не	6830	92,9	387	5,3	128	1,8	

Иначе, коришћење здравствене заштите у сваком сегменту показало се као статистички значајно за појаву депресивне епизоде у смислу њене предикције посматрано униваријантно. Највећу шансу за појаву депресивне епизоде имали су испитаници који су користили прописане лекове (OR=8,32), посетили лекара специјалисту пре мање од 12 месеци (OR=7,13), користили услуге психолога односно психотерапеута (OR=4,66).

Коришћењем мултиваријантног модела дошло се до закључка да посете психијатру односно психологу повећавају шансу за појаву депресивне симптоматологије за близу 10 пута (OR=9,60), а да коришћење прописаних лекова повећава шансу за депресивну симптоматологију у виду депресивне епизоде за преко 4,5 пута (OR=4,64) (Табела 36).

Табела 36. Регресиона анализа повезаности коришћења здравствене заштите са појавом депресивне епизоде

	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Болничко лечење				
да	4,49 (3,40–5,93)	<0,001	2,05 (1,47–2,86)	<0,001
не	1		1	
Дневна болница				
да	3,41 (2,48–4,67)	<0,001	1,61 (1,11–2,33)	0,012
не	1		1	
Услуге изабраног лекара				
пре мање од 12 месеци	3,91 (1,99–5,58)	<0,001	3,57 (1,48–6,29)	0,212
пре 12 месеци и више	4,59 (2,64–6,08)	<0,001	2,98 (2,40–4,05)	0,284
никада/више од 12 месеци	1		1	
Посете лекару специјалисти				
пре мање од 12 месеци	7,13 (3,50–14,51)	<0,001	2,10 (0,88–4,98)	0,093
пре 12 месеци и више	3,05 (1,47–6,33)	0,003	2,14 (0,91–5,03)	0,083
никада	1		1	
Посете код психолога, психотерапеута, психијатра				
да	4,66 (3,75–5,79)	<0,001	9,60 (7,04–13,09)	<0,001
не	1		1	
Услуге кућне неге				
да	4,43 (2,75–7,14)	<0,001	2,78 (1,60–4,83)	<0,001
не	1		1	
Услуге стоматолога				
пре мање од 6 месеци	0,27 (0,14–0,52)	<0,001	0,18 (0,09–0,38)	<0,001
пре 6-12 месеци	0,22 (0,11–0,43)	<0,001	0,22 (0,11–0,47)	<0,001
пре 12 месеци и више	0,46 (0,26–0,82)	0,003	0,37 (0,19–0,71)	0,009
никада	1		1	
Коришћење лекова које је прописао лекар				
да	8,32 (5,77–11,98)	<0,001	4,64 (3,02–7,11)	<0,001
не	1		1	
Коришћење лекова које није прописао лекар				

да	2,05 (1,61–2,61)	<0,001	1,44 (1,11–1,87)	0,007
не	1		1	

Табела 37. Повезаност физичког, психичког и сексуалног насиља (у последњих 12 месеци) са симптомима депресивности

Насиље	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Физичко насиље							
Да	25	0,2%	5	0,6%	1	0,4%	< 0,001
Не	11321	99,8%	810	99,4%	277	99,6%	
Психичко насиље							
Да	60	0,5%	4	0,5%	3	1,1%	< 0,001
Не	11286	99,5%	811	99,5%	275	98,9%	
Сексуално насиље							
Да	13	0,1%	0	/	0	/	< 0,001
Не	11333	99,9%	815	100%		100%	

Када је у питању изложеност насиљу у претходних 12 месеци, утврђена је статистички значајна разлика за све три категорије насиља: физичко ($\chi^2=123,572$; $df=2$; $p<0,001$), психичко ($\chi^2=120,296$; $df=2$; $p<0,001$) и сексуално насиље ($\chi^2=118,307$; $df=2$; $p<0,001$). Наиме, највећи проценат испитаника, без обзира на присуство тј. одсуство симптома депресивности, није био изложен насиљу у претходних 12 месеци. Генерално, највећи проценат испитаника који је био изложен физичком насиљу имао је благе депресивне симптоме (0,6%) (Табела 37).

5. ДИСКУСИЈА

Сврха истраживања јесте испитивање учесталости и предиктора депресивности у популацији одраслог становништва старости 20 и више година на територији Републике Србије.

Студија је спроведена као студија пресека на репрезентативном узорку становништва Републике Србије.

Истраживање се може сврстати међу најобимнија истраживања у региону која се баве проценом јавног здравственог аспекта депресивности одраслог становништва. Студије сличне овој у односу на број испитаника нису спроведене у нашој земљи, тако да не постоје доступни подаци за поређење.

Преваленција депресивности у нашем истраживању је анализирана на основу присутних симптома депресивности у периоду од две недеље у односу на почетак истраживања и на основу вредности добијеног PHQ-8 скорa.

Најчешћи симптоми које имају становници наше земље су осећај замора или недостатак енергије скоро сваког дана, успорено кретање или немир, проблем са спавањем, осећај замора или недостатак енергије више од седам дана у недељи. Сви ови симптоми су били у знатној мери већи код жена у односу на популацију мушкараца. Такође је уочено да су слабо интересовање или задовољство да се нешто уради, малодушност, безнадежност, лош апетит и преједање, лоше мишљење о себи, тешкоће са концентрацијом и успорено кретање, учесталији код особа женског пола.

Анализа симптома депресивности у студијској популацији (наше истраживање) указала је да преваленција благих депресивних симптома износи 6,6%, преваленција депресивне епизоде 2,2% док је 91,2% испитаника било без симптома депресивности.

Глобална стопа преваленције пријављених симптома депресије од 2001. до 2020. године била је 34% (95% CI: 0,30-0,38). Између 2011. и 2020. године, уочено је да Блиски исток и Африка имају највећу преваленцију симптома депресије (56).

У северозападној Индији, на узорку опште популације из руралних крајева урађена је студија која је за процену депресивности користила Бек-ову скалу за процену депресивности. Резултати су показали да је преваленција депресивности 8,94% (57).

У Немачкој је спроведена студија која је требало да пружи информације о повезаности депресије са осећањем кривице. Подаци су добијени путем телефонске анкете, на узорку од 1003 испитаника старијих од 18 година. Преваленција осећања кривице била је 10,6%. Резултати су показали да је осећање кривице било повезано са депресијом, а не у вези са полом, годинама старости и образовањем (58).

У Уједињеном Краљевству је реализовано је истраживање чији је узорак чинило 17152 испитаника, а као инструмент процене депресивности коришћена је PHQ-8 скала. Преваленција депресивности била је 11,3%. Резултати су показали да је највећа преваленција депресивности током средњег одраслог доба (59).

Преглед литературе посматран међу избеглицама и особама које траже азил имао је за циљ да сумира тренутни корпус доказа о појави менталних поремећаја код ове групације становника. Подаци су прикупљани на основу анализе електронске базе података у периоду од јануара 2003. до фебруара 2020 године. Узорак је обухватио 5143 лица из 26 студија. Преваленција посттрауматског стресног поремећаја износила је 31,46%, депресије 31,5%, анксиозних поремећаја 11% а преваленција психоза 1,51% (60).

Резултати истраживања здравља становништва Републике Србије које је спроведено 2013. године, показују сличне резултате као и наше истраживање, односно да је преваленција депресивности износила 4,1% (61).

Студија спроведена у Хрватској, имала је за циљ да утврди преваленцију депресије код одраслог становништва у граду Загребу. Студија је спроведена као студија пресека на основу података из 10 ординација породичне медицине, а узорак је обухватио 17290 пацијената. Резултати су показали да је преваленција депресије износила 2,2%, да особе са депресивношћу у већини случаја нису живеле саме (71,5%) и да су имале помоћ у случају болести (80,9%) (62).

С обзиром на високу преваленцију депресије широм света и добро утврђене последице нелечене депресије, од велике важности је да се депресија дијагностикује и лечи правовремено, већ на нивоу примарне здравствене заштите (63), па би од кључног значаја било интензивирати организовани скрининг на националном нивоу.

Детаљном анализом резултата нашег истраживања закључено је да све анализиране варијабле везане за социодемографске карактеристике испитиване популације статистички значајно утичу на испољавање симптома депресивности. У нашем истраживању, у погледу демографских и социоекономских индикатора мултиваријантни регресиони модел као најзначајније предикторе депресивности издваја: женски пол (OR=1,50), старосну доб 80+ (OR=4,81), 70–79 година (OR=2,47), разведен(а)/удовац(а) (OR=1,38), основно и ниже образовање (OR=1,90), лош материјални статус (OR=2,41), незапосленост (OR=1,25), становници јужне и источне Србије (OR=1,58).

Резултати нашег истраживања су показали да преваленција депресивности у популацији жена износи 8,2% а у популацији мушкараца 4,8%. Такође је уочено да је већи број жена имао депресивне епизоде у односу на мушкарце (2,9% vs 1,6%). Просечна вредност PHQ-8 скорa код мушкараца је 0,91 а код жена 1,47.

Истраживање које је спроведено у оквиру националне студије „Истраживање здравља становништва Србије “2013. године показало је да преваленција депресивности у популацији жена износи 5,3% и 2,9% код мушкараца (61).

Студија пресека спроведена у нашој земљи, тачније на територији Војводине, дала је сличне резултате. Добијени су подаци да је депресивност чешћа код жена него код мушкараца. Истраживање је спроведено на узорку од 15563 лица из 7673 домаћинства (64).

Значајно вишу преваленцију депресивности и у популацији жена и у популацији мушкараца у односу на наше резултате показало је истраживање спроведено у Египту међу државним службеницима, које је имало за циљ да утврди распрострањеност депресије и детектује неке од фактора ризика. Истраживање је обухватило 3134 испитаника (1619 жена и 1515 мушкараца), а подаци су добијени коришћењем скале за

процену депресивности Центра за епидемиолошке студије о депресији (CES-D, Center of Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale). Резултати су показали да је преваленција депресивности била 43,5% (52,9% код жена и 33,4% код мушкараца) (65).

Из горенаведених резултата може се закључити да преваленција депресивности варира у односу на пол. Резултати истраживања указују да је депресивност 1,5 до два пута учесталија код особа женског пола и овај податак је прилично стабилан у популацији између 18. и 64. година живота (66).

Већа склоност ка депресији у популацији жена у односу на мушкарце објашњава се разликом између полова (биолошке, социјалне, психолошке). Генетска предиспозиција, хормонске промене, очекивања везана за родитељство, улога у породици, већи ризик од емоционалног злостављања и дискриминације, начин на који жене компензују стрес и решавају емоционалне проблеме, могу допринети већој преваленцији депресије у популацији жена.

Појава повећане преваленције депресије код жена је изазвана и улогом мајке и особе која води рачуна о домаћинству, без обзира на то што су данас особе женског пола у већем броју запослене него пре педесет година. Слична истраживања су указала на већу преваленцију депресије код жена у односу на мушкарце јер су особе женског пола чешће нижег образовања, имају више стопе незапослености у односу на мушкарце, чешће живе саме након смрти партнера, нижег су економског статуса и чешће су жртве породичног насиља (64).

Међутим, важно је напоменути да депресија може утицати на особе оба пола и да су мушкарци такође подложни овом менталном поремећају, иако можда мање траже стручну помоћ или се слабије јавно изражавају о својим емоционалним проблемима. Стога је важно да се разумеју разлике у преваленцији депресије између полова како би се осигурало да сви који се боре са депресијом добију одговарајућу подршку и третман.

Резултати нашег истраживања су показали да од укупног броја становника који су обухваћени истраживањем, 20,5% је у старосној групи 60–69 година, 12,9% старости 70–79 година и 6,3% старости 80 и више година. Већина испитаника су ожењени и удати (65,3% vs 60,9%). Депресивна епизода је била најучесталија у популацији старијих 80+ (9,1%), као и блага депресивна симптоматологија (20,6%). Депресивна епизода била је најзаступљенија код испитаника које су се изјасниле као удовице (6,3%), али и блага депресивна симптоматологија је била најзаступљенија у овој групацији становништва (17,0%).

Слични резултати су добијени на основу метаанализе којом је обухваћено 55 студија на глобалном нивоу на узорку који је чинило 59851 испитаника. Резултати показују да укупна преваленција депресије код старих особа износи 35,1% и да је виша у односу на све остале старосне групације становништва (67).

Истраживање спроведено по типу студије пресека, масовним анкетирањем случајног, репрезентативног стратификованог двоетапног узорка становништва Србије 2013. године, чију је циљну популацију чинило 3540 испитаника старости 65 и више година, дало је сличне резултате као и наше истраживање. Резултати су показали да се преваленција депресивности повећава са годинама старости и да је највећа у старосној доби испитаника старијих од 80 година, од којих је 19,3% са благим депресивним симптомима а 6,9% са депресивном епизодом (23,0 %) (68).

Сличне резултате у погледу преваленције депресије у односу на пол и старост дало је истраживање спроведено у Кини. Укупна преваленција симптома депресије међу старијим одраслим особама била је 20,0%. Даљом анализом подгрупа, добијена је статистички значајна разлика у преваленцији депресије у касном животном добу у односу на пол, брачни статус, социоекономски статус. Даља анализа је показала да се преваленција симптома депресије међу старијим одраслим особама повећала од 1990-их до 2000-их, али је благо опала од 2000-их до 2010-их (69).

Истраживања која се баве проценом депресивности у популацији старијих документују да је преваленција депресије код старијих одраслих особа значајна и да се разликује у зависности од географског региона, алата за скрининг, величине и репрезентативности узорка итд. (70).

Преваленција депресије варира у различитим животним добрима. Депресија може започети већ у популацији младих и да се настави током одрастања, али може да се јави и у одраслом добу, под утицајем стресних догађаја или одговорности (брига о породици и професионални захтеви). На основу резултата, може се закључити да депресија није физиолошка појава у процесу старења, али је често последица старења када се у животу особе која стари јављају здравствени проблеми, губици вољених особа, социјална изолација, немоћ и др. Често старије особе и околина игноришу симптоме депресије или их повезују са хроничним болестима од којих болују. Рана дијагноза и лечење депресије побољшаће квалитет живота појединца и смањиће негативне последице које депресија може да има на физичко и ментално здравље.

Депресија је поремећај менталног здравља који има велики утицај на људе без обзира на њихов ниво образовања. Резултати нашег истраживања показали су да око две трећине испитаника мушког и свака друга испитаница женског пола има завршено средње школско образовање, а нешто мање од половине испитаника мушког пола и око једна трећина испитаница је запослена. Утврђено је да постоји статистички значајна разлика између учесталости депресивних симптома и нивоа образовања. Депресивна епизода је била најучесталија код особа основног и нижешколског образовања (4,8%), код особа које нису способне за рад (10,5%), и код особа које су се изјасниле да припадају најсиромашнијем слоју становништва (3,5%). Резултати добијени нашим истраживањем указују да је код испитаника мушког пола, у односу на социоекономске карактеристике, депресивна епизода била најзаступљенија код оних са основним и нижешколским образовањем (3,8%), док је 11,4% испитаника са средњим образовањем имало благе депресивне симптоме. Посматрајући социоекономске карактеристике испитаника женског пола, депресивна епизода била је најзаступљенија код испитаница са основним и нижешколским образовањем (5,5%). Слични резултати су добијени метаанализом где је за процену депресивности коришћена PHQ-9 скала. Анализирани су подаци за укупно 44 503 учесника добијених из 100 различитих истраживања (71).

Истраживање које је спроведено у Индији, где су испитаници били особе које су удовци/удовице без обзира на животну фазу у којој су остали без партнера, указују на то да те особе имају озбиљне проблеме са економским и емоционалним благостањем, а проблеми се повећавају посебно у старости. Студија је испитивала повезаност брачног статуса и појаву депресије међу старијим особама. Узорак је обухватио 30639 особа старости 60 и више година. Добијени су подаци да око 9% старијих особа пати од депресије, 10,3% удовица и 13,6% старијих одраслих који живе сами. Даље, 8,4% испитаника који су живели са неким патило је од депресије. Удовице су имале 34% веће шансе да буду депресивне од оних које су тренутно у браку, а испитаници који су

живели сами имали су 16% већу вероватноћу да ће бити депресивни у поређењу са особама које живе у браку. Испитанице које су биле удовице и живе саме имале су 56% веће шансе да пате од депресије, у односу на особе које су тренутно у браку и живе заједно (72).

Слични резултати су добијени у истраживању спроведеном у Естонији. Већа преваленција депресије је у вези са нижим степеном образовања. Код особа женског пола уочена је већа преваленција депресије и премора, у поређењу са особама мушког пола. Оно што се разликује у односу на наше истраживање, истраживањем у Естонији добијен је податак да су све тегобе у вези са менталним здрављем биле чешће код особа млађе животне доби (73).

Истраживање које је спроведено у Немачкој 2012. и 2014. године дало је сличне резултате. Узорак је обухватио 2952 особе. Добијени резултати су показали да је 10,4% испитаника имало депресивност, а 9,8% особа је имало анксиозност. Подаци су указали да је појава депресије повезана са самачким животом и ниским степеном образовања (74).

На основу горенаведених резултата, може се закључити да особе са вишим нивоом образовања имају мањи ризик за настанак депресије зато што имају веће социоекономске ресурсе и бољу приступачност здравственим услугама. С друге стране, код особа са вишим нивоом образовања могу настати депресивни поремећаји због повећаног стреса који настаје због високих академских притисака и очекивања.

Депресија може значајно да утиче на способност појединца да обавља свакодневне задатке, на радне обавезе, продуктивност на радном месту (низак ниво енергије, лоша концентрација, недостатак мотивације, смањена продуктивност), као и да доведе до незапослености и губитка посла (конфликтне ситуације на послу са колегама, поремећена комуникација, стигма, неразумевање међу колегама). Особе са нижим социоекономским статусом често су због изложености различитим стресорима (незапосленост, финансијске потешкоће, лоши услови становања, ограничен приступ здравственим услугама) под већим ризиком за настанак депресије.

Урбанизација и индустријализација могу довести до повећаног стреса, социјалне изолације у градским срединама, а у сеоским срединама депресија ће настати због економске неједнакости, ограниченог приступа здравственим услугама и мање социјалне подршке. Резултати нашег истраживања показују да је депресивна епизода најучесталија код особа које у свом окружењу немају ниједну блиску особу на коју могу да рачунају у случају озбиљних личних проблема. Депресивна епизода је чешће присутна код испитаника за које особе у окружењу нису ни заинтересоване ни незаинтересоване, док је блага депресивна симптоматологија најзаступљенија код оних испитаника за које су мало заинтересовани људи из окружења. Уочено је да је депресивна епизода учесталија код оних испитаника који веома тешко могу да добију практичну помоћ од комшија/суседа када им је потребна, за разлику од оних који немају те тешкоће. Резултати показују да је код испитаника са лошом социјалном подршком депресивна епизода забележена у 9,2% испитаника, односно код 1,9% испитаника са јаком социјалном подршком, а блага депресивна симптоматологија уочена је код 12,1% испитаника са лошом социјалном подршком.

Анализом података у нашем истраживању код особа оба пола, нађена је статистички значајна разлика између присуства депресивности и броја особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме, колика је заинтересованост других за оно што

раде или шта им се дешава у животу, практичне помоћи од комшија/ суседа. Код 9% испитаника и 17,7% испитаница које имају лошу социјалну подршку присутна је депресивна епизода, а благи депресивни симптоми доказани су код 5,8% испитаница и 9,7% испитаника који имају лошу социјалну подршку.

Једна од основних потреба људи је друштвена повезаност и подршка. Недостатак повезаности има дугорочне последице на ментално и физичко здравље. Сличне резултате дала је студија пресека, која је испитивала однос између усамљености и менталног здравља, и ефеката социјалне подршке у узорку одраслих Холанђана (узраста од 20 до 70 година) (75).

Студија које је спроведена у Израелу, испитивала је везу између социјалне подршке и депресије међу особама старијим од 75 година (узраста 75–96 година). Добијени резултати су указали на везу између симптома депресије и социјалне подршке, посебно у најстаријој животној доби (76).

Анализом резултата пет кохортних студија и 19 студија пресека спроведених у Азији, утврђено је да су постојање супружника или партнера, живот са породицом, велика друштвена мрежа, чести контакти са породицом и пријатељима повезани са појавом мање депресивних симптома међу старијим особама које живе у заједници (77).

На опште здравље становника утичу друштвена повезаност и социјална подршка. Једна студија је испитивала преваленцију депресије у односу на социјалну подршку. Спроведена је анализом података од 2015. до 2021. године. Резултати су показали да друштвена повезаност умањује настанак депресије и поремећаје менталног здравља уопште и истиче се потреба да се уложи напор за рано откривање оболелих и особа под ризиком (78).

На основу наведених резултата истраживања, може се доћи до закључка да социјална подршка игра значајну улогу у превенцији, лечењу и опоравку од депресивних поремећаја. Облици подршке и помоћи могу бити од стране породице, пријатеља или комшија и значајни су да се изгради отпорност према стресу, лакше превазиђу тешкоће и да се очува ментално здравље. Социјална подршка код особа пружа осећај припадности, сигурности, прихваћености, смањеног осећаја изолације и усамљености.

Стилови живота могу бити предиктори настанка депресивности. Када су у питању навике у исхрани, у нашем истраживању, утврђена је статистички значајна разлика између присуства депресивности и навика у исхрани. Испитаници који никада не доручкују (6,1%) односно који понекад доручкују (4,6%) у највећем проценту испољавају депресивну епизоду. У погледу учесталости конзумирања воћа и поврћа у току недеље, испитаници који мање од једном недељно конзумирају воће (6,1%%) и поврће (8,3%%) имају већу учесталост депресивне епизоде у односу на испитанике који то чине више пута недељно. Особе које у својој исхрани никада не конзумирају млеко и млечне производе у 4,3% имају депресивну епизоду, односно 9,2% испитаника има благу депресивност. Испитаници који немају навику конзумирања рибе имају већу учесталост депресивне епизоде (4,1%) у односу на испитивану популацију која више од четири до шест пута недељно конзумира ову намирницу (0,9%).

Истраживање спроведено у Шведској дало је сличне резултате као и наше истраживање. Истраживање је трајало око 20 година, а добијени резултати указују да особе женског пола средње животне доби које имају медитерански начин исхране, у

каснијим годинама живота имају мањи ризик за настанак депресије (MDP – Mediterranean dietary pattern) (79).

Студија спроведена у Холандији дала је нешто другачије резултате. Није у довољној мери истражено да ли придржавање медитеранског начина исхране стварно умањује појаву и симптоме депресије, као и то да ли само неке компоненте исхране имају утицај на појаву депресије или целокупан начин исхране овог типа. Подаци који су обрађени на узорку од 1634 одрасле особе показали су да већи унос воћа и поврћа и потрошња нерафинисаних житарица у великој мери смањују појаву депресије и анксиозности. У закључку су аутори поставили питање да ли би требало испитати да ли повећана потрошња нерафинисаних житарица и поврћа може помоћи у превенцији или смањењу депресије и анксиозности (80).

Истраживање спроведено у Америци показало је да особе које се правилно хране и које су физички активне имају мањи ризик од присуства симптома депресије у односу на оне који конзумирају нездраву исхрану и имају низак ниво физичке активности. Подаци су добијени из националног истраживања (NHANES-National Health and Nutrition Examination Survey) у периоду од 2007. до 2018. године. Укупна преваленција симптома депресије међу свим испитаницима износила је 7,1%. Закључак је да здраве навике у исхрани и редовна физичка активност представљају протективне факторе за настанак депресије (81).

Прегледом литературе односно истраживања које су се бавила утицајем исхране на настанак депресије у периоду 2013. до 2023. године указала су да су гојазност и конзумирање брзе хране повезани са учесталом појавом симптома депресије. Будуће студије би требало даље да објасне основне механизме повезаности између конзумирања хране, прекомерне тежине/гојазности и депресије односно анксиозности (82).

Стрес, депресија и анксиозност могу да утичу на повећан или смањен унос хране. Емоционална исхрана се дефинише као склоност да се конзумира храна као одговор на негативне емоције. Све већи број проспективних студија показује да емоционална исхрана доводи до повећања телесне тежине код одраслих (83).

Све је више доказа који повезују навике у исхрани са менталним здрављем у популацији одраслих. Једна од студија је анализирала повезаност квалитета исхране са преваленцијом анксиозности, стреса, депресије и несанице. Спроведена је као студија пресека на узорку од 1055 студената. Резултати су показали да се 82,3% студентске популације неправилно храни, студенткиње у нешто већем проценту (82,3%vs 82,3%), као и да је неправилна исхрана значајно повезана са вишим нивоом анксиозности, депресије и стреса. Подаци добијени истраживањем су показали да су прекомерно узимање слаткиша и смањен унос млечних производа у вези са већом преваленцијом психичких поремећаја и поремећаја сна. Едукација студентске популације у вези са усвајањем здравих стилова живота који подразумевају и правилну исхрану би могла да доведе до побољшања менталног здравља (84).

Резултати још једног истраживања су показали да смањен унос нутријената (фолна киселина, витамин Б12, витамин Б6, омега-3 масне киселине, цинк, селен и магнезијум) могу утицати на појаву депресије (85).

Резултати добијени метаанализом указују на то да прескакање доручка, неправилна исхрана, храна богата мастима, неадекватан унос протеина, рибе (полинезасићене

масне киселине), витамина (фолат и витамин Д) и минерала (гвожђе и цинк) повећава ризик од настанка депресије. Лоша орална хигијена, алергија на храну, зависност од алкохола и пушење представљају факторе ризика за настанак депресије (86).

У којој мери је лоша исхрана повезана са појавом депресије, показали су и резултати студије која је имала за циљ да анализира везу између уноса сахарозе и симптома депресије код старијих људи. Број испитаника који је био укључен у студију је 813, од који је 221 мушкараца и 592 жена. Симптоми депресије су процењени коришћењем скале геријатријске депресије (GDS – Geriatric Depression Scale). Учесници су подељени у две подгрупе, па су прва група били испитаници који немају симптоме депресије (612, М:167, Ж:445), а другу групу су чинили испитаници са симптомима депресије (201, М:54, Ж:147). Резултати су показали да су повећавањем уноса сахарозе скорови на скали за процену депресивности били виши (87).

У Америци је спроведено слично истраживање, које је испитивало да ли унос шећера у исхрани повећава ризик од настанка депресије, коришћењем базе података америчког Националног центра за истраживања здравља и исхране (NHANES). Студија пресека укључила је 18439 одраслих особа старијих од 20 година живота, а истраживање је спроведено у периоду од 2011. до 2018. године. Резултати су показали да повећање уноса шећера у исхрани од 100 грама дневно корелира са 28% већом преваленцијом депресије и закључак је да је унос шећера у исхрани позитивно повезан са појавом депресије код одраслих у САД (88).

Навике у исхрани имају утицај на појаву менталних поремећаја, али и ментална обољења, у овом случају депресије, могу довести до промене образаца понашања у вези са исхраном. Неадекватна исхрана може да утиче на погоршање симптома депресије, а депресија ће довести до преједања, појачаног апетита, смањеног апетита и губитка тежине.

Исхрана има велики значај у превенцији и лечењу депресије. Тренутни докази показују да здрава исхрана и препоруке у вези са правилном исхраном могу помоћи у превенцији и лечењу депресије и анксиозности (89).

Аутори сугеришу да је потребно урадити даља истраживања како би се боље разумело на који начин су исхрана и биолошки механизми који доводе до депресије повезани (89).

Резултати нашег истраживања показују статистички значајну разлику између депресивности и физичке активности (на послу, ходање, број дана у недељи, ходање мин/недељно, вожња бицикла физичка активност у слободно време, аеробна физичка активност мин/недељно, вежбе за јачање мишића). Депресивна епизода била је најучесталија код испитаника који нису запослени (11,8%), који никада не возе бицикл (2,7%), који се не баве физичком активношћу у слободно време (2,6%), и не спроводе вежбе за јачање мишића (2,5%).

Слични подаци добијени су мета анализом, којом је било обухваћено 191130 испитаника. Истраживање је спроведено као проспективна кохортна студија која је процењивала физичку активност и њен утицај за настанак депресије. У односу на одрасле који не пријављују никакву физичку активност, они који имају половину препорученог обима физичке активности, према препорукама СЗО, имали су 18% мањи ризик од депресије. Испитаници који су конзумирали осам сати недељне умерене физичке активности, имали су 25% мањи ризик од депресије (90).

У Норвешкој је спроведено истраживање међу студентима како би се испитала повезаност између учесталости, интензитета и трајања физичког вежбања и њиховог утицаја на ментално здравље. Један од циљева био је да се истражи да ли је низак ниво физичке активности повезан са самоповређивањем и покушајима самоубиства. Подаци су добијени из студије (SHoT2018-study) у којој је учествовало 50054 студената узраста 18–35 година старости. Физичко вежбање је процењивано са више варијабли (учесталост, интензитет и трајање). Резултати су показали да особе женског пола са ниским нивоом физичке активности имају скоро троструко веће шансе за настанак депресивности у поређењу са испитаницама које вежбају скоро сваки дан. Слични резултати су добијени и за студенте мушког пола. Закључено је да су и трајање и интензитет физичког вежбања у значајној мери повезани са проблемима менталног здравља (91).

У истраживању здравља спроведеном у Шпанији обухваћено је 10024 мушкараца и 11126 жена, између 18 и 84 година старости (узорак од 21150 учесника). Добијени резултати су указали да су симптоми депресије повезани са бројем дана у недељи током којих се упражњава физичка активност и откривено је да је преваленција депресивне симптоматологије виша у групи испитаника која није физички активна него у активним групама код оба пола и свих старосних група (92).

Слично истраживање спроведено је и у Чешкој са циљем да се процени повезаност нивоа депресије и различитих нивоа физичке активности према смерницама СЗО за физичку активност на узорку од 2123 учесника (45,3% мушкараца, медијана 48 година). Уочено је да су депресивно расположење и симптом безвредност били повезани са упражњавањем физичке активности (93).

Физичка активност изискује активности које ангажују мишиће тела и које захтевају повећану енергетску потрошњу и може помоћи у смањењу нивоа стреса и анксиозности због ослобађања ендорфина који регулише расположење и смањује осећај бола. Физичка активност такође помаже у побољшању квалитета сна, помаже појединцу да се осећа продуктивнијим и са већим самопоуздањем. Особе које су физички неактивне или ретко вежбају имају већу вероватноћу да болују од депресије у поређењу са онима који редовно вежбају. Неки појединци могу да реагују на физичку активност у смислу осећаја олакшања и побољшања расположења, а други могу имати недостатак енергије или губитак мотивације. Из тог разлога треба прилагодити ниво и врсту физичке активности индивидуалним потребама и способностима појединца.

Резултати нашег истраживања су указали на статистички значајну разлику између нивоа депресивности и пушачког статуса и пушачког стажа. Депресивну епизоду је имало 2,0% испитаника који су свакодневни пушачи, 1,9% испитаника који конзумирају ≥ 20 цигарета, и 2,9% испитаника чији пушачки стаж траје 20 и више година.

Сличне резултате дала је метаанализа на основу 29 проспективних/кохортних студија, на узорку од 462690 испитаника из Велике Британије. Резултати су показали да постоји генетска склоност ка депресији и повезаност пушења, шизофреније и депресије (94).

Студија која је испитивала клиничку популацију (узорак од 201 пацијента), старијих од 18 година са историјом депресивне епизоде (униполарне или биполарне) или дистимије (критеријуми МКБ 10) показала је да постоји тенденција ка линеарној повезаности броја потрошених цигарета/дан и тежине депресије према Хамилтоновој скали

депресије код садашњих пушача. Резултати су показали да пацијенти са депресијом имају већу преваленцију пушења у односу на општу популацију (95).

На крају, може да се закључи да је пушење један од фактора ризика за настанак многих здравствених проблема, у које се може сврстати и депресија. Особе које болују од депресије имају већу вероватноћу да ће пушити, а пушачи имају већи ризик од развоја депресије у поређењу са непушачима. Особе оболеле од депресије пушење користе као начин самомедијације и олакшавања тегоба, стварајући привидно олакшање. Тако, несвесно, доведу себе у стање никотинске зависности и до погоршања симптома депресије.

Сагледавањем резултата нашег истраживања нађена је статистички значајна разлика између нивоа депресивности и конзумирања алкохола, као и између нивоа депресивности и конзумирања шест и више алкохолних пића у току једне прилике. Депресивну епизоду имало је 1,9% испитаника који конзумирају алкохол скоро сваки дан, односно 12,5% испитаника који сваки дан попију шест или више пића током једне прилике (96).

У Немачкој је спроведена студија, која је имала за циљ да испита повезаност употребе алкохола и дувана са тежином депресије у популацији старијих. Подаци су добијени из две кохортне студије (LEILA 75+, 6 follow-ups and AgeCoDe/AgeQualiDe, 9 follow-ups), а симптоми депресије су процењени помоћу две скрининг скале за депресију (CES-D and GDS-15). Добијен је податак да је пушење дувана значајно повезано са вишим нивоом депресивности, док је конзумирање алкохола било значајно повезано са смањеним нивоом депресивности. Према полу, добијен је податак да су особе мушког пола већи конзументи алкохола (97).

Истраживање које је спроведено у Јужној Кореји испитивало је повезаност алкохола и ризика од депресије у општој популацији. Истраживање је спроведено међу 139380 испитаника 2019. године. Уочено је да ризик од појаве депресије већи међу оним испитаницима који су свакодневно конзумирали мање од 15 грама алкохола (98).

У Шведској је спроведено истраживање са циљем да се утврди да ли конзумирање алкохола утиче на настанак депресије и обрнуто. Та међусобна веза је сложена, а правац повезаности је нејасан. У истраживању је учествовало 10441 испитаника од 1998 до 2000. године, 8622 испитаника од 2001. до 2003. године и 5228 испитаника у 2010. години. Резултати су показали да особе који не конзумирају алкохол имају већи ризик од депресије од оних који пију мало (≤ 7 пића/ недељно); затим, испитаници који конзумирају од седам до четрнаест пића недељно имају ризик од депресије сличан оном код оних који пију мало, а особе које конзумирају више од 14 пића дневно имале су већи ризик од настанка депресије. Закључак је да је лагана и умерена конзумација алкохола повезана са најмањим ризиком од накнадне појаве депресије (99).

Као што је познато, алкохол је једна од најчешће коришћених психоактивних супстанци у свету. Када се конзумира у умереним количинама може да има опуштајући ефекат, али прекомерно конзумирање може довести до озбиљних здравствених проблема. Из горенаведених резултата, стиче се утисак да део популације која је оболела од депресије користи алкохол као средство за привремено олакшање симптома депресије. Ово олакшање је краткотрајно, али може да омета ефикасност лекова који се користе у лечењу депресије. Резултати указују на то да депресија може да настане након претераног уноса алкохола. Особе које учестано конзумирају алкохол имају повећан ризик од самоубиства, насилног понашања, проблема са законом,

акцидентима, социјалном изолацијом, проблемима на послу. Потребно је утицати на појединца да промени своје животне навике и да укључи редовно вежбање, здраву исхрану, довољно сна, управљање стресом и избегавање свега што може да буде окидач за претеран унос алкохола.

Резултати нашег истраживања указују на то да 3% испитаника који конзумирају психоактивне супстанце има благе депресивне симптоме, док 6,1% њих има депресивну епизоду.

Нешто другачије резултате дала је студија која је спроведена у Шпанији и која је испитивала повезаност злоупотребе психоактивних супстанци (алкохол, канабис, кокаин, хероин и бензодиазепини) са појавом когнитивних перформанси и депресије. Узорак је био састављен од 254 испитаника оба пола. Резултати су показали да нема статистички значајних разлика између нивоа депресије у односу на врсту супстанце коју су користили. Особе које су користиле кокаин имају највиши ниво когнитивног оштећења, а корисници канабиса имају најбољи ниво когнитивног функционисања. Откривено је да испитаници са тешком депресијом имају веће когнитивно оштећење од оних којима је дијагностикована умерена депресија (100).

На основу резултата значајног броја истраживања, све је више доказа који указују на истовремену појаву употребе канабиса и појаве депресије. Неки резултати су указали на то да употреба канабиса може довести до појаве депресије а други резултати указују на обрнуту повезаност; тј. да депресија може довести до почетка или повећања учесталости употребе канабиса. У погледу пола и старости испитаника, повезаност употребе канабиса и депресије може бити јача међу мушкарцима током адолесценције и одраслог доба, а код жена током средње животне доби. По неким резултатима, постоји индикација за потенцијалну генетску корелацију која доприноси коморбидитету зависности од канабиса и депресије (101).

У Данској је урађена проспективна студија која је процењивала да ли је употреба канабиса повезана са повећаним ризиком од психотичне и непсихотичне униполарне депресије и биполарног поремећаја и анализирана је повезаност употребе канабиса са психотичним и непсихотичним подтипovima ових дијагноза. Узорком је обухваћено укупно 6651765 испитаника. Резултати су показали да је употреба канабиса повезана са повећаним ризиком од униполарне депресије, психотичне униполарне депресије и непсихотичне униполарне депресије. Закључак је да употреба канабиса доводи до повећаног ризика за настанак психотичног и непсихотичног биполарног поремећаја и униполарне депресије (102).

На крају, када се сагледа однос између појаве депресије и злоупотребе психоактивних супстанци, може се закључити да постоји повезаност. Често се уз злоупотребу и зависност од психоактивних супстанци јавља депресивни поремећај, чак постоји и велика вероватноћа да ће пацијент са депресивним поремећајима имати истовремено и поремећај изазван психоактивним супстанцама (8). Особе које болују од депресије посегнуће за психоактивним супстанцама, као методу самомедијације и бекства од болести. С друге стране, њихова злоупотреба може погоршати симптоме депресије и довести до увођења оболелог у зачарани круг, у ком ће се он све више удаљавати од социјалне подршке и адекватног лечења. Оба ова здравствена проблема имају велики јавноздравствени значај и комплексне међусобне утицаје.

На основу резултата нашег истраживања, уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и посматраних хроничних болести. Депресивну епизоду је имало је 14,5% испитаника са можданим ударом, 14% испитаника са цирозом јетре и 12,9% испитаника који пате од уринарне инконтиненције. Преваленција благе депресивности код испитаника са можданим ударом износила је 23,3%, код особа са цирозом јетре 23,2%, док је код особа са бубрежним проблемима износила 19,4%. Коришћењем униваријантне логистичке регресије, резултати нашег истраживања су указали да највећу шансу за појаву депресивности имају испитаници са можданим ударом (OR=10,54), уринарном инконтиненцијом (OR=10,26), цирозом јетре (OR=9,24), артрозом (OR=5,88) и коронарном болести или ангином пекторис (OR=5,78). Анализом резултата, коришћењем мултиваријантног модела дошло се до закључка да присуство можданог удара повећава шансу за појаву депресивне симптоматологије за више од четири пута (OR=4,21), а присуство коронарне болести за више од два пута (OR=2,21).

Након можданог удара, стопа преваленције депресије је око 30% и представља важну компликацију можданог удара, а утиче на процес рехабилитације, мотивацију за опоравак, повећава породично и социјално оптерећење због болести.

Једна од студија која је спроведена имала је за циљ да се испита везу између социјалне подршке и депресије код пацијената са можданим ударом. Испитаници су подељени у две групе од којих је једна била контролна. Програм социјалне подршке реализован је два пута недељно а симптоми депресије су процењивани након четири и осам недеља. Утврђено је да постоји повезаност између депресије и социјалне подршке испитаника, као и да је пацијентима након можданог удара потребно обезбедити најмање осам недеља социјалне подршке у циљу бржег опоравка (103).

Појава депресије након можданог удара код болесника штетно утиче на квалитет живота, а ако се јави у првих месец дана од можданог удара, доводи се у везу са повећањем морталитета. Код трећине, чак и половине болесника који су имали мождани удар, уочена је појава депресије чак и након неколико недеља и месеци од појаве можданог удара (8).

Истраживање спроведено на основу прегледа литературе и мета анализе засноване на 129 студија код 38304 учесника из 28 земаља, имало је за циљ да се испита преваленција Паркинсонове болести и депресије као једног од најважнијих немоторних поремећаја код Паркинсонове болести. На основу добијених резултата може се закључити да је преваленција депресије била 38% и да је учестана појава код пацијената са Паркинсоновом болешћу, да се често јавља у раној фази и траје и током прогресије Паркинсонове болести (104).

Према националним подацима, депресија се јавља код 40–50% пацијената који болују од Паркинсонове болести (8).

Хроничне болести могу код болесника да повећају ризик обољевања од депресије због свог утицаја на физичко и емоционално благостање. Преваленција депресије зависи од врсте хроничне болести. Депресија може да утиче на ток болести, доводећи до повећаног ризика за појаву компликација, као што су мождани и срчани удар, ретинопатија и др.

Депресија може утицати на функционалност особе, на тај начин што ће отежати обављање свакодневних активности, довести до незаинтересованости за хобије,

друштвене активности, чак и за посао. Наши резултати указују да мултиваријентни регресиони модел издваја као најзначајније предикторе депресивне епизоде присуство ограничења ($OR=3,27$), присуство бола ($OR=2,43$), утицај бола на свакодневне активности ($OR=2,10$), као и присуство ограничења у обављању активности.

Пронађена је значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и коришћења наочара, постојања тешкоћа са видом, коришћења помагала за слух и постојања тешкоћа са слухом. Депресивна епизода забележена је код 17,2% испитаника који уопште не виде, 15,9% испитаника који уз велике тешкоће виде, код 6% испитаника који користе помагала за слух и 18,8% испитаника који имају велике тешкоће са слухом.

Сличне податке дало је истраживање спроведено у Нигерији, у вези са оштећењем вида и анксиозности и депресије код старијих особа. Резултати су показали да су анксиозност и депресија, као посебни поремећаји или заједно, биле најинтензивније код особа са тешким оштећењем вида или слепилом, у односу на особе без оштећења вида. Према полу, код мушкараца био је већи број особа са вишим нивоом анксиозности и депресије у односу на жене (105).

Резултати студије спроведене у Кини која се, између осталог, бавила проценом преваленције депресије код особа са оштећењем вида, указују на повезаност појаве депресије и оштећења вида посебно у старијој животној доби. Узорак је био сачињен од 62525 испитаника, старости 45 до 59 година, а спроведена је лонгитудинална студија у периоду 2011–2018. године. Испитаници су разврстани према степену оштећења вида на оне који не виде на даљину, који не виде на близину, на оне који не виде ни на даљину ни близину и групу особа које су слепе (106).

Сличне резултате дало је истраживање у Кореји спроведено у периоду од 2005. до 2013. године, које је испитивало да ли оштећење вида повећава ризик од појаве коморбидитета, укључујући и депресију. Узорком су обухваћена 131434 пацијента (старости ≥ 18 година) са новорегистрованим оштећењем вида. Резултати су показали да се ризик од депресије постепено повећавао од три године пре дијагностиковања оштећења вида, затим достигао врхунац у тренутку постављања дијагнозе а затим се постепено смањивао до пет година након постајања дијагнозе. Испитаници мушког пола, они са тешким оштећењем вида и они узраста 18–29 година имали су већи ризик за настанак депресије (107).

Када је у питању губитак слуха и појава депресије, спроведена је студија која је имала за циљ да процени потешкоће у комуникацији и повезаност са појавом депресије код старијих одраслих особа са оштећеним слухом који користе или не користе слушне апарате. Узорком је обухваћено укупно 114 испитаника узраста 55–85 година са умереним до умерено тешким оштећењем слуха. Резултати су показали да је депресија била значајно виша код корисника слушних апарата него код оних који не користе слушне апарате, што се може повезати са појавом потешкоћа у комуникацији, због недостатка накнадне подршке, као што је слушна рехабилитација (108).

У резултатима нашег истраживања, уочена је статистички значајна разлика између присуства депресивне симптоматологије и постојања тешкоћа приликом кретања како по равном, тако и приликом пењања уз степенице. Највећи учесталост депресивне епизоде била је присутна код испитаника који нису у стању да се крећу по равном (17,3%) и оних који нису у стању да се пењу уз степенице (16,7%). Блага депресивна

симптоматологија била је најзаступљенија код испитаника који су се кретали уз велике тешкоће, како по равном (29,4%) тако и уз степенице (28,8%).

Слични резултати добијени су истраживањем које је спроведено на 100 испитаника оболелих од спондилоартритиса. Депресивност и анксиозност су процењени помоћу следећих скала: PHQ-9 и GAD-7. Симптоми анксиозности и депресивности били су присутни код 38% и 36% испитаника и у значајнијој мери су повезани са млађим узрастом, поремећајима спавања, умором, лошим квалитетом живота и радном продуктивношћу (109).

У Саудијској Арабији је урађена студија која је имала за циљ да процени преваленцију депресије, анксиозности односно квалитета живота код особа са функционалним ограничењима услед присуства мултипле склерозе. Студија је спроведена као лонгитудинална студија у неуроимунолошким амбулантама у Ријад Ситију. Резултати су показали да су од 323 испитаника, 83 имала анксиозност (25,7%), а 44 депресију (13,6%). Резултати су открили да је умор у позитивној корелацији са депресијом и анксиозношћу (110).

Резултати истраживања које је спроведено међу старијим лицима имало је за циљ да испита повезаност физичких функционалних ограничења, симптома депресије и коришћења ванболничке здравствене заштите. Узорак је чинило 197 старих лица која живе у заједници. Резултати су показали да постоји низак ниво покретљивости и да су симптоми депресије значајно повезани са покретљивошћу, мобилности и коришћењем здравствене заштите (61, 111).

Слични резултати добијени су истраживањем – студијом пресека која је спроведена међу старијим особама у Кини (CHARLS). За процену симптома депресивности коришћена је CES-D скала од 10 ставки, а физичка активност је процењена скалом активности свакодневног живота (ADL). Добијени резултати су показали да је просечан скор ADL код старијих особа са симптомима депресије ($20,65 \pm 7,14$) био много већи у односу на испитанике без симптома депресије ($17,40 \pm 4,87$). Мултиваријантна логистичка регресија је показала да су ADL и његови специфични домени, укључујући личну негу, медицинску негу, управљање новцем, били повезани са симптомима депресије (37).

Депресија има велики утицај на функционисање особе и квалитет живота. Може отежати обављање свакодневних активности, смањити мотивацију или интересовање за одржавање личне хигијене, смањити самопоуздање и повећати социјалну изолацију.

Према резултатима нашег истраживања који се тичу повезаности физичког, психичког и сексуалног насиља (у последњих 12 месеци) са присуством симптома депресивности, утврђена је статистички значајна разлика за све три категорије насиља: физичко, психичко и сексуално насиље. Наиме, највећи проценат испитаника, без обзира на присуство тј. одсуство симптома депресивности није био изложен насиљу у претходних 12 месеци. Генерално, највећи проценат испитаника који је био изложен физичком насиљу имао је благе депресивне симптоме (0,6%).

У Мексику је спроведена кохортна студија између 2004. и 2011. године, а узорак је био 470 здравствених радница клиничког центра, које су доживеле насиље од стране партнера, како би се утврдила повезаност са симптомима депресије. Симптоми депресије процењени су CES-D скалом. Резултати су показали да је 41,9% жена

искусило насиље од стране партнера, а инциденца депресије била је 7,2%. Утврђено је да се ризик од појаве депресије повећава са било којом врстом насиља [aOR]=2,9; 95% интервал поверења [95%CI]: 1,4-6,2), физичким (aOR=4,3; 95%CI: 1,8-10,1), психолошким (aOR=3,1; 95%CI: 1,4-6,6) и сексуалним (aOR=3,1; 95%CI: 1,2-8,2) насиљем. Уочено је да су већи број депресивних симптома имале особе које су доживеле сексуално насиље (112).

Инциденција депресије се повећава током трудноће и након порођаја, а многим земљама света је пријављена повезаност депресије са насиљем од стране партнера (садашњег или бившег). Циљ студије која је спроведена у Египту био је да се утврди повезаност депресије и физичког насиља код трудница. Студија је спроведена у Универзитетској болници Суецки канал од јануара 2019. до марта 2020. Испитанице су подељене у две групе. Прву групу су чиниле жене изложене насиљу током садашње трудноће а другу групу жене које нису доживеле насиље. Критеријуми за укључивање су били следећи: старост 18–45 година, континуирана брачна веза, без историје депресије у тренутним или претходним трудноћама и једноплодна трудноћа. Жене су попуњавале упитник (Arabic validated NorVold Domestic Abuse Questionnaire) на арапском језику где су обухваћена четири врсте насиља: емоционално, физичко, сексуално и насиље у систему здравствене заштите. Коришћена је Единбуршка скала постнаталне депресије са 10 питања која представљају осећања пацијената у последњих седам дана. Резултати су показали да је емоционално насиље најчешћи облик насиља међу женама 87,9% (139 од 158 особа), али да није значајно пријављено код жена са депресијом. Физичко и сексуално насиље је у значајној мери пријављено међу депресивним особама ($p=0,022$ и $0,001$). Емоционално и сексуално насиље имали су значајну улогу као фактори ризика за појаву депресије током трудноће (113).

У Кини је спроведена студија која је имала за циљ да утврди преваленцију више облика насиља и повезаност са појавом депресије код жена које су из шест провинција – три региона, од јула до септембра 2018. године. Коришћен је упитник за самопопуњавање, развијен за ову студију, који су попуњавале жене из главног града сваке провинције и жене из једног сеоског округа исте провинције. Узорком је обухваћено 2987 жена. Резултати су показали да је преваленција психичког, физичког и сексуалног насиља износила 77,7%, 40,2% и 11%, а 52% је искусило две или три врсте насиља у животу. Преваленција депресије била је 65,8% код жена које су доживеле психичко насиље, 69,5% физичко насиље и 75,8% сексуално насиље (114).

Једна студија која је реализована у Португалу бавила се проценом повезаности насиља над старим лицима и појаве депресије. Студија је обухватила је 502 старих лица која живе у заједници, старости од 65 до 96 година ($73,3 \pm 6,5$). Коришћена је скала геријатријске депресије и скале за процену ризика од насиља над неинституционализованим старим лицима. Резултати су показали да је 119 старих лица (23,7%) имало благу/умерену депресивну симптоматологију, а 26 (5,2%) тешку депресивну симптоматологију. Утврђена је веза између тежине симптоматологије депресије и ризика од насиља (115).

Студија која је спроведена у Данској имала је за циљ да се утврди повезаност појаве депресивних симптома и насиља над запосленим лицима. Анкетирано је 4489 запослених. Урађена је процена у којој мери је депресија повезана са изложености насиљу и преписивање антидепресива током две године. Претње и насиље на послу били су повезани са ризиком настанка депресије две године након претрпљеног насиља ((OR) 2,20 [95% интервал поверења (CI) 1,13-4,28] и OR 2,11 (95% CI 1,05-4,24)) (116).

Из наведеног можемо закључити да депресија може да настане као последица насиља или да буде фактор ризика за насиље, јер особа оболела од депресије не може да препозна опасност од насиља. Даље, особе које су доживеле насиље могу као последицу насиља имати суицидалне мисли или да буду склоне самоповређивању.

Резултати наше студије су указали да посете психијатру односно психологу повећавају шансу за појаву депресивне симптоматологије за близу 10 пута ($OR=9,60$), а да коришћење прописаних лекова повећава шансу за депресивну симптоматологију у виду депресивне епизоде за преко 4,5 пута ($OR=4,64$).

Једна од студија на узорку од 705 испитаника имала је за циљ да испита учесталост коришћења услуга здравствене заштите међу испитаницима са и без депресивне симптоматологије. Резултати су показали да су особе са депресивним симптомима три пута чешће користиле услуге примарног нивоа здравствене заштите у односу на испитанике који немају депресивну симптоматологију (117).

Студија спроведена у Јужној Кореји проучавала је повезаност присуства хроничних болести, симптома депресије са коришћењем услуга здравствене заштите одраслог становништва. Узорак су чинила 3224 испитаника. Резултати су показали да су старије особе са хроничним болестима учесталије користиле здравствене услуге у односу на особе које имају само симптоме депресије (118).

Студија спроведена у Шпанији имала је за циљ да утврди повезаност карактеристика соматских симптома, тежине депресије, квалитета живота и коришћења услуга здравствене заштите код пацијената са великим депресивним поремећајем у примарној здравственој заштити. Студија је дизајнирана као студија пресека, на узорку од 1150 пацијената (на примарном нивоу здравствене заштите) који су имали велики депресивни поремећај дефинисан DSM-IV класификацијом. У којој мери су испитаници користили здравствене услуге процењено је на основу броја консултација са лекаром и бројем хоспитализација. Студија је спроведена од априла 2004. године до јула 2004. године. Резултати су показали да је већи број депресивних симптома уочен код особа са различитим облицима инвалидитета (који су имали због соматских болести), али и да су такви пацијенти учестаније користили услуге здравствене заштите (119).

Пораст броја становника, старење популације и појава већег броја оболелих од депресије утичу значајно на здравствени систем сваке државе, оптерећујући га и црпећи значајне ресурсе (50), што у значајној мери нарушава његово функционисање.

Из претходно наведеног, можемо да закључимо да депресивност представља значајан предиктор коришћења услуга здравствене заштите. Нажалост, свеобухватне студије које се баве јавноздравственим аспектом и проценом депресивности у општој популацији на територији Републике Србије нису до сада рађене.

Како би се прикупили подаци који се не могу добити на основу рутинске здравствене статистике и проширила знања о етиологији и могућностима превенције депресивних поремећаја, неопходна су истраживања оваквог типа, што овој студији даје на значају. Идентификација ризичних категорија становништва, појединих фактора ризика, спровођење скрининга на присуство симптома депресивности од кључног су значаја за креирање превентивних програма односно смањења озбиљних последица до којих депресивни поремећај може да доведе.

6. ЗАКЉУЧАК

Кључни налази истраживања су сажети у следећим закључцима:

1. Анализа симптома депресивности у студијској популацији указала је да преваленција благих депресивних симптома износи 6,6%, преваленција депресивне епизоде 2,2%, док је 91,2% испитаника било без симптома депресивности. Просечна вредност PHQ-8 скорa на нивоу целог узорка је износила $1,20 \pm 2,72$. Депресивност је учесталија у популацији жена (8,2%) него мушкараца (4,8%).
2. У погледу демографских и социоекономских индикатора, као предиктори депресивности издвојили су се: женски пол (OR=1,50), старосна доб 80+ (OR=4,81), старосна доб 70–79 година (OR=2,47), разведен(а)/удовац(а) (OR=1,38), основно и ниже образовање (OR=1,90), лош материјални статус (OR=2,41), незапосленост (OR=1,25), становници Јужне и Источне Србије (OR=1,58).
3. Учесталост депресивне епизоде присутна у категорији гојазних износила је 3,7% а код потхрањених 3,0%. Блага депресивност је била најучесталија у категорији потхрањених (7,6%) и гојазних (7,5%) испитаника.

Депресивна епизода је најучесталија код испитаника који не обављају посао (11,8%), који никада не возе бицикл (2,7%), који се не баве физичком активношћу у слободно време (2,6%) и не конзумирају вежбе за јачање мишића (2,5%).

Депресивну епизоду има 2,0% испитаника који су свакодневни пушачи, 1,9% испитаника који конзумирају ≥ 20 цигарета и 2,9% испитаника чији пушачки стаж траје 20 и више година. Такође, депресивну епизоду имало је 1,9% испитаника који конзумирају алкохол скоро сваки дан, односно 12,5% испитаника који свакодневно попију шест или више пића током једне прилике.

4. Анализом карактеристика здравственог стања, као предиктори депресивности издвојили су се присуство ограничења (OR=3,27), присуство бола (OR=2,43), утицај бола на свакодневне активности (OR=2,10), као и присуство ограничења у обављању активности (OR=1,89).
5. Највећу шансу за појаву депресивности имају испитаници са можданим ударом (OR=10,54), уринарном инконтиненцијом (OR=10,26), цирозом јетре (OR=9,24), артрозом (OR=5,88), коронарном болести и ангином пекторис (OR=5,78). Анализом резултата дошло се до закључка да присуство можданог удара повећава шансу за појаву депресивне симптоматологије за више од четири пута (OR=4,21), а присуство коронарне болести за више од два пута (OR=2,21).
6. Највећу шансу за појаву депресивне епизоде имају они испитаници који користе прописане лекове (OR=8,32), који су посетили лекара специјалисту пре мање од 12 месеци (OR=7,13), који услуге психолога односно психотерапеута (OR=4,66). Посете психијатру односно психологу повећавају шансу за појаву депресивне симптоматологије за близу 10 пута (OR=9,60), коришћење прописаних лекова повећава шансу за појаву депресивне симптоматологије у виду депресивне епизоде за преко 4,5 пута (OR=4,64).

7. Код испитаника са лошом социјалном подршком, депресивна епизода забележена је код 9,2% испитаника, односно код 1,9% испитаника са јаком социјалном подршком. Блага депресивна симптоматологија уочена је код 12,1% испитаника са лошом социјалном подршком.
8. Највећи проценат испитаника, без обзира на присуство тј. одсуство симптома депресивности, није био изложен насиљу у претходних 12 месеци. Највећи проценат испитаника који је био изложен физичком насиљу има благе депресивне симптоме (0,6%).

7. ПРЕДЛОГ МЕРА ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА НА ОСНОВУ РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

На основу резултата нашег истраживања креирани су одређени предлози мера за унапређење менталног здравља:

Очување менталног здравља може се постићи интензивирањем примене законске регулативе и стратешких документа: Националне стратегије развоја заштите менталног здравља, Закона о заштити лица са менталним сметњама, Правилника о ближим условима за примену физичког спутавања и изолације лица са менталним сметњама која се налазе на лечењу у психијатријским установама, Правилника о врсти и ближим условима за образовање организационих јединица и обављање послова заштите менталног здравља у заједници итд.

Дом здравља као установа примарног нивоа здравствене заштите представља стожер у спровођењу активности у домену очувања и унапређења менталног здравља. Ове активности реализују изабрани лекари са својим тимовима, информисањем и саветодавним радом о различитим темама у области менталног здравља.

Неопходно је унапредити едукативне програме за здравствене професионалце у циљу очувања менталног здравља и раног препознавања депресивности. Службе које се баве менталним здрављем неопходно је да буду мултидисциплинарне.

Потребно је унапредити тимски рад и међусекторску сарадњу на свим нивоима здравствене заштите умрежавањем здравствених установа, побољшавањем развоја информационог система и софтверских програма.

Установе за заштиту менталног здравља треба да буду доступније и приступачније општој популацији. Да би се то реализовало, потребно је информисати становништво која су његова права и обавезе у сфери очувања менталног здравља. Зато је неопходно свим становницима Републике Србије омогућити одлазак у саветовалишта, превентивне центре, скрупе за ментално здравље и доступност лекова за лечење менталних поремећаја.

Интензивирање спровођења скрининга на депресивност је мера коју такође треба предузети. Скрининг за депресију би требало да се спроводи још од перинаталног периода трудница и/или породиља, најмање једном током перинаталног периода помоћу стандардизованих валидираних инструмената. Труднице или породиље које имају дијагностиковану депресију, анксиозност, суицидалне мисли или поремећаје расположења (на основу ризико фактора или према подацима из историје болести) морају бити под појачаним надзором. Правовремено откривање и лечење оболелих од депресије у великој мери ће побољшати квалитет живота породице, смањити се негативан утицај на брачне и породичне релације и утицати на смањење појаве менталних поремећаја код деце и занемаривања.

Потребно је интензивирати истраживања у области менталних проблема која би могла да буду полазна основа за креирање превентивних програма у циљу очувања менталног здравља.

Популацији младих односно студентској популацији потребно је пружити научно и стручно утемељене информације о начину очувања менталног здравља, као и омогућити едукације запослених у образовном систему у циљу препознавања проблема у области менталног здравља.

Становништво треба мотивисати да прихвати ментално здравље као важан део општег здравља, да уложи напор и вољу да очува ментално здравље. Један од начина да се ово постигне је спровођење кампања за унапређење менталног здравља, укључивање породице и локалне заједнице у активности очувања менталног здравља, путем базара здравља, обележавањем дана на основу календара здравља, спровођењем едукације преко масмедија, друштвених мрежа, преко платформи за едукацију итд. Потребна је информисаност о телефонима за помоћ свим лицима са менталним проблемима који би требало да буду доступни 24 сата.

Неопходно је утицати на смањење стигматизације, као и спроводити мере заштите менталног здравља без обзира на пол, расу, имовно стање, националност и др. Јавност треба да буде упозната са правима ментално оболелих лица како би се спречила њихова дискриминација, омаловажавање и искоришћавање. Потребно је остварити поштовање достојанства ментално оштећених лица, тежити ка стварању климе у којој особе са менталним поремећајима неће бити изопштене, а нарочито издвојене у веће психијатријске установе.

Неопходно је превенирати различите облике насиља и омогућити потпору жртвама насиља уз координацију здравственог, социјалног и правосудног система.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Влајковић Ј. Теорија и пракса менталне хигијене. Друго издање. Београд: Савез друштава психолога Србије, 1990.
2. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. Public health approach on Mental health in Europe. Saarijärvi: Gummerus, 2000.
3. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
4. Кецмановић Д. У потрази за идентитетом психијатрије. Београд: Clio, 2014.
5. Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010.
6. Ђукић-Дејановић С, Јањић В, Михајловић Г, Ђоковић Д, Игњатовић Ристић Д, Раванић Д и ост. Психијатрија. Крагујевац: Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, 2011.
7. Лакић Б, Рачић М, Стоисављевић-Шатара С. Клинички водич-Душевни поремећаји и поремећаји понашања. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2004.
8. Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење депресије. Клинички водич 1/11. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе, Министарство здравља Републике Србије, Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, 2011.
9. Васиљевић С. Депресија-упоредни поглед психоанализе и аналитичке психологије, Психијатрија данас/2017/49/1/37-51/.
10. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers 2016 ; 2(Mdd) :1–21.
11. Wang J, Wu X, Lai W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2017;7(8): e 0171.
12. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
13. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord 2017; 219:86–92.
14. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychol Med 2013;43(3):471-81.
15. Mahmud S, Mohsin M, Dewan MN, Mueeed A. The Global Prevalence of Depression, Anxiety, Stress, and Insomnia Among General Population During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. Trends in Psychology 2023; 3:143–170.
16. Bangasser DA, Cuarenta A. Sex differences in anxiety and depression: circuits and mechanisms. Nat Rev Neurosci 2021;22(11):674-684.
17. Goodwin RD, Dierker LC, Wu M, Galea S, Hoven CW, Weinberger AH. Trends in U.S. Depression Prevalence From 2015 to 2020: The Widening Treatment Gap. Am J Prev Med 2022;63(5):726-733.

18. Kang E, Kim S, Rhee YE, Lee J, Yun YH. Self-management strategies and comorbidities in chronic disease patients: associations with quality of life and depression. *Psychol Health Med* 2021;26(8):1031-1043.
19. Mingwang F, Gebremeskel M, Ling G, Xiao Ma. Role of socioeconomic status and housing conditions in geriatric depression in rural China: a crosssectional study. *BMJ Open* 2019. 19;9(5): e024046.
20. Zhang H, Gao T, Gao J, et al. A comparative study of negative life events and depressive symptoms among healthy older adults and older adults with chronic disease. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63(8): 699-707.
21. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017:1-24.
22. World Health Report: Mental Health: New understanding New Hope. Geneva, Switzerland: The World Health Organization, 2001.
23. Cahoon CG. Depression in Older Adults. *Am J Nurs* 2012; 112(11): 22-30.
24. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2): 54-61.
25. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo Sde S, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev saúde pública* 2014; 48(3): 368-77.
26. Mohebbi M, Agustini B, Woods RL, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(8):1208-1216.
27. El-Gilany AH, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Arch Gerontol Geriatr* 2018; 77: 103-107.
28. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. Social determinants of health: Canadian perspectives. Second edition. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2020.
29. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute of Futures Studies, 2007.
30. Foubert L, Noël Y, Spahr CM, Slavich GM. Association between socioeconomic status, gender, lifetime stress exposure and depression in Madagascar. *J Clin Psychol* 2021; 77(7):1-22.
31. Imai H, Chen WL, Fukutomi E, et al. Depression and subjective economy among elderly people in Asian communities: Japan, Taiwan, and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2015; 60(2): 322-7.
32. Kader Maideen SF, Mohd Sidik S, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS One* 2014; 22; 9(4): e95395.
33. Perkovic R, Sucic A, Vasilj I, Kristo B. The Incidence of Depression and Anxiety Among the Elderly in the Area of Livno, Bosnia and Herzegovina. *Mater Socio-medica* 2018; 30(3): 176-179.
34. World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. (cited 2023, May 01); Available from URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf.
35. Airaksinen J, Gluschkoff K, Kivimäki M, Jokela M. Connectivity of depression symptoms before and after diagnosis of a chronic disease: A

- network analysis in the U.S. Health and Retirement Study. *J Affect Disord* 2020; 266:230-234.
36. Campos-Paíno H, Moreno-Peral P, Gómez-Gómez I, et al. Effectiveness of social support-based interventions in preventing depression in people without clinical depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Soc Psychiatry* 2023;69(2):253-266.
 37. Feng Z, Li Q, Zhou L, Chen Z, Yin W. The relationship between depressive symptoms and activity of daily living disability among the elderly: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Public Health* 2021; 198:75-81.
 38. Ezema CI, Akusoba PC, Nweke MC, Uchewoke CU, Agono J, Usoro G. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci* 2019;29(1):841-846.
 39. Consoli SM. Depression and associated organic pathologies, a still underestimated comorbidity. Results of the dialogue study. *Presse Médicale* 2003;32(1):10-21.
 40. Salaycik KJ, Kelly-Hayes M, Beiser A, et al. Depressive symptoms and risk of stroke: the Framingham Study. *Stroke* 2007;38(1):16-21.
 41. Aguado A, García Del Álamo M. Gastrointestinal comorbidity and symptoms associated with depression in patients aged over 60 years. *Semergen* 2020;46(1):27-32.
 42. Терапијске смернице за лечење депресије, Национални водич, републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси. Прво издање. Медицински факултет Универзитета у Београду: CIBID, 2004.
 43. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Ortega M, Pifarré J, Barbé F. Comorbidity in mental health in patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease. *Semergen* 2020 ;46(1):53-59.
 44. Fenton WS, Stover ES. Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19(4):421-7.
 45. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res* 2015;78(1):64-70.
 46. Пејушковић Б. Посттрауматски стресни поремећај- предиктори развоја и опоравка (Докторска дисертација). Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2013.
 47. Влада Републике Србије. Програм о заштити менталног здравља у Републици Србији за период 2019-2026 године. Службени гласник Републике Србије бр.84/19.
 48. Becker AE, Kleinman A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med* 2013;369(1):66–73.
 49. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312):1700-1712.
 50. Norkeviciene A, Gocentiene R, Sestokaite A, et al. A Systematic Review of Candidate Genes for Major Depression. *Medicina (Kaunas)* 2022; 58(2): 285.
 51. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (15):8–11.
 52. McLaughlin KA. The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts. *Prev Sci* 2011; 12(4) :361–371.

53. Обезбеђивање здравствене заштите особама са менталним сметњама у складу са судско правним стандардима, Удружење правника за медицинско и здравствено право Србије- СУПРАМ: Институт друштвених наука Београд, 2017.
54. Mental Health Atlas 2017, Member State Profile: World Health Organization (cited 2024, June 5); Available from URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>.
55. European Health Interview Survey (EHIS wave 3) - Methodological manual: Eurostat (cited 2024, June 12); Available from URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-02-18-240>.
56. Shorey S, Debby Ng E, Wong C HJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychol* 2022; 61(2):287-305.
57. Gupta C, Arora M, Gupta RK, et al. Prevalence and correlates of depression in a rural adult population in Northwest India. *J Family Med Prim Care* 2020;9(1):151-155.
58. Luck T, Sikorski CL. Feelings of guilt in the general adult population: prevalence, intensity and association with depression. *Psychol Health Med* 2021;26(9):1143-1153.
59. Arias de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, et al. Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *J Affect Disord* 2021; 279:164-172.
60. Blackmore R, A Boyle J, Fazel M, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2020;17(9): e1003337.
61. Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут “. Резултати истраживања здравља становништва Србије 2013години.Београд: Службени гласник, 2014.
62. Stojanović Spehar S, Blazeković- Milaković S, Amerl- Sakić V, Kolić N, Supe S. Depression prevalence and estimation of psychosocial parameters within adult population in city of Zagreb. *Psychiatr Danub* 2009;21(4):497-507.
63. Carron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. *Ann Intern Med* 2021;174(5): ITC65-ITC80.
64. Хархаји С. Медицински аспекти депресивних поремећаја у Војводини (Докторска дисертација). Нови Сад: Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, 2016.
65. Eshak ES, Abd- El Rahman TA. Depression in Public Servants of Upper Egypt: Gender-specific Prevalence and Determining Factors. *J Prev* 2022;43(5):623-638.
66. Bangasser DA, Cuarenta A. Sex differences in anxiety and depression: circuits and mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 2021;22(11):674-684.
67. Cai H, Jin Y, Liu R, et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatr* 2023; 80:103417.
68. Гајовић Г. Социомедицински аспекти депресивности код старих у контексту савремених демографских и друштвено економских односа (Докторска дисертација). Крагујевац: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, 2020.

69. Tang T, Jiang J, Tang X. Prevalence of depressive symptoms among older adults in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2021; 293: 379-390.
70. Hu T, Zhao X, Wu M, et al. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2022; 311:114511.
71. Negeri ZF, Levis B, Sun Y. et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2021; 375: n2183.
72. Srivastava S, Debnath P, Shri N, Muhammad T. The association of widowhood and living alone with depression among older adults in India. *Sci Rep* 2021;11(1):21641.
73. Reile R, Sisask M. Socio-economic and demographic patterns of mental health complaints among the employed adults in Estonia. *PLoS One* 2021; 16(10): e 0258827.
74. Hajek A, König HH. Prevalence and Correlates of Individuals Screening Positive for Depression and Anxiety on the PHQ-4 in the German General Population: Findings from the Nationally Representative German Socio-Economic Panel (GSOEP). *Int J Environ Res Public Health* 2020 ;17(21):7865.
75. Hutten E, E Jongen, Vos AECC, van den Hout AJHC, van Lankveld JJDM. Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22):11963.
76. Turner ST, Carmel C, O'Rourke N, Raveis VH, Tovel H, Cohn- Schwartz E . Social Support and Symptoms of Depression in Late Life: Bidirectional Associations over Time. *Int J Environ Res Public Health* 2022 ;19(23):16065.
77. Mohd TAMT, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN , Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9(7): e 026667.
78. Wickramaratne PJ , Yangchen T, Lepow L, et al. Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review *PLoS One*. 2022;17(10): e0275004.
79. Yin W, Löf M, Chen R, Hultman CM, Fang F, Sadin S. Mediterranean diet and depression: a population-based cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2021;18(1):153.
80. Gibson-Smith D, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Giltay EJ, Penninx BWJH. Association of food groups with depression and anxiety disorders. *Eur J Nutr* 2020;59(2):767-778.
81. Liang J, Huang S, Jiang N, et al. Association Between Joint Physical Activity and Dietary Quality and Lower Risk of Depression Symptoms in US Adults: Cross-sectional NHANES Study. *JMIR Public Health Surveill* 2023; 10:9: e45776.
82. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients* 2023;15(5):1173.
83. Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proc Nutr Soc* 2020;79(3):283-289.

84. Ramon- Arbues E, Abadia Martinez B, Lopez Granada JM, et al. Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutr Hosp* 2019;36(6):1339-1345.
85. Ekinci GN, Sanlier N. The relationship between nutrition and depression in the life process: A mini-review. *Exp Gerontol* 2023; 172:112072.
86. Kunugi H. Depression and lifestyle: Focusing on nutrition, exercise, and their possible relevance to molecular mechanisms. *Psychiatry Clin Neurosci* 2023;77(8):420-433.
87. Chrzastek Z, Guligowska A, Piglowska M, Soltysik B, Kostka T. Association between sucrose and fiber intake and symptoms of depression in older people. *Nutr Neurosci* 2022;25(5):886-897.
88. Zhang L, Sun H, Liu Z, Yang J, Liu Y. Association between dietary sugar intake and depression in US adults: a cross-sectional study using data from the National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2018. *BMC Psychiatry* 2024;24(1):110.
89. Kris-Etherton PM , Petersen KS, Hibbeln JR, et al. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev* 2021;79(3):247-260.
90. Pearce M, Garcia L, Abbas A, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(6):550-559.
91. Grasdalsmoen M, Randi Eriksen H, Lønning KJ, Siversten B. Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):175.
92. Denche-Zamorano A, Ajenjo-Gomez D, Pereira- Payo D, et al. Physical Activity Frequency and Depression in the Spanish Population. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(22):14704.
93. Maranhao Neto GA, Lattari E, Ribeiro Ramalho Oliveira B, et al. Association of Self-Reported Depression Symptoms with Physical Activity Levels in Czechia. *Int J Environ Res Public Health* 2022 ;19(21):14319.
94. Firth J, Solmi M, Wootton RE, et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020;19(3): 360-380.
95. Jiménez-Treviño L, Velasco A, Rodriguez-Revuelta J, et al. Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones* 2019 ;31(4):298-308.
96. Bjorøy I, Jørgensen VA , Pallesen S, Bjorvatn B. The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. *Front Psychol* 2020; 11:527.
97. Quittschalle J, Pabst A, Löbner M , et al. Association of Alcohol and Tobacco Consumption with Depression Severity in the Oldest Old. Results from the Age Different Old Age Cohort Platform. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(15):7959.
98. Jeon S, Kang H , Cho I , Cho SI . The alcohol flushing response is associated with the risk of depression. *Sci Rep* 2022;12(1): 12569.
99. Gémes K, Forsell Y, Janszky I, et. al. Moderate alcohol consumption and depression - a longitudinal population-based study in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 2019;139(6):526-535.

100. Luque B ; García V,Tabernero C. Depression and Cognitive Impairment in a Spanish Sample of Psychoactive Substance Users Receiving Mental Health Care. *Healthcare (Basel)* 2022;10(5): 887.
101. Feingold D, Weinstein A. Cannabis and Depression. *Adv Exp Med Biol* 2021; 1264:67-80.
102. Jepsen O, Erlangsen A, Nordentoft M, Hjorthøj C. Cannabis Use Disorder and Subsequent Risk of Psychotic and Nonpsychotic Unipolar Depression and Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry* 2023;80(8): 803-810.
103. Huang- Lin F, Yih NG D, Mei Shih F, Ming Chu C. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(44): e17667.
104. Cong S, Xiang C, Zhang S, Zhang T, Wang H, Cong S. Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;141: 104749.
105. Gascoyne B, Jolley E, Penzin S, Ogundimu K, Owoeye F, Schmidt E. Vision impairment and self-reported anxiety and depression in older adults in Nigeria: evidence from a cross-sectional survey in Kogi State. *Int Health* 2022;14(Suppl 1): i9-i16.
106. Yang Y, Wu J, Jiang J, Dong J. Associations of self-reported vision impairment with depression symptoms among middle-aged and older Chinese. *Aging Clin Exp Res* 2022;34(9):2117-2128.
107. Seong HJ, Kim J, Yook TM, Lee D, Chung EJ. Association between vision impairment and depression: a 9-year, longitudinal, nationwide, population-based cohort study in South Korea. *Br J Ophthalmol* 2023;107(9):1390-1394.
108. Tavanai E, Khalili ME, Shahidipour Z, et al. Hearing handicaps, communication difficulties and depression in the older adults: a comparison of hearing aid users and non-users. *Euro Arch Otorhinolaryngol.* 2023 ;280(12): 5229-5240.
109. Reddy KN, Sabu N, Pandey N, Raut A, Joag K, Patil P. Anxiety and depression among patients with axial spondyloarthritis. *Eur J Rheumat* 2022;9(1):8-13.
110. AlSaeed S, Aljouee T, Alkhawajah NM, et al. Fatigue, Depression, and Anxiety Among Ambulating Multiple Sclerosis. *Front Immunol* 2022;13:844461.
111. Lech S, Mümken S, Kessler EM, Gellert P. Life-space mobility among home-living older adults with care needs and clinical depression-A cross-sectional analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2023;38(1): e5875.
112. Guzmán-Rodríguez C, Cupul- Uicab LA, Guimarães Borges GL, Salazar-Martínez E , Salmerón J , Reynales-Shigematsu LM Intimate partner violence and depression among adult women working in a health facility in Mexico. *Gac Sanit* 2021;35(2):161-167.
113. Ghoneim HM, Elprince M, Ali TYA, Gharieb WF, Ahmed AA. Violence and depression among pregnant women in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):502.
114. Yuan W, Hesketh T. Intimate Partner Violence and Depression in Women in China. *J Interpers Violence* 2021;36(21-22): NP12016-NP12040.
115. Mendes F, Pereira J, Zangão O, Pereira C, Bravo J. The relationship between depression and risk of violence in portuguese community-dwelling older people. *BMC Public Health* 2022;21(Suppl 2): 2335.

116. Rudkjoebing LA, Hansen AM, Rugulies R, et al. Exposure to workplace violence and threats and risk of depression: a prospective study. *Scand J Work Environ Health* 2021;47(8): 582-590.
117. Tusa N, Koponen H, Kautiainen H, et al. The profiles of health care utilization among a non-depressed population and patients with depressive symptoms with and without clinical depression. *Scand J Prim Health Care* 2019;37(3):312-318.
118. Kim H, Park SM, Jang SN, Kwon S. Depressive symptoms, chronic medical illness, and health care utilization: findings from the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Int Psychogeriatr* 2011;23(8):1285-93.
119. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, et al. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10(5):355-62.

9. ПРИЛОЗИ



Република Србија
Републички завод за статистику



Институт за
јавно здравље Србије



Република Србија
Министарство здравља



Подржано од стране
Европске уније

Закон о званичној статистици
„Службени гласник РС“, број 104/2009.

ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2019.

Упитник за испитанике старости 15 и више година

ИП1. Редни број пописног круга у узорку:	
ИП2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	
ИП3. Редни број члана домаћинства:	
ИП4. Дан / месец / година анкетања:	
ИП5. Име и презиме анкетара / здравственог радника:	
ИП6. ИД анкетара / здравственог радника:	
ИП7. Ко даје податке:	1. Одабрана особа (испитаник) → Прећи на ИП9. 2. Други члан домаћинства 3. Неко други изван домаћинства
ИП8. Разлог анкетања посредника:	1. Особа пати од дуготрајног поремећаја когнитивних способности 2. Особа пати од дуготрајног поремећаја моторне способности 3. Особа пати од оштећења чула слуха које онемогућава комуникацију 4. Особа је у болници или другој установи током целог периода спровођења анкете 5. Особа је одсутна ради посла или школовања током целог периода спровођења анкете 6. Друго (навести)
ИП9. Језик анкетања:	1. Српски 2. Мађарски

НАПОМЕНА:

У свим питањима одговори као што су „не сећам се” и „нисам сигуран” обележавају се категоријом одговора „не зна”. Додатна документација (картице, обрасци, итд.) је саставни део овог упитника и мора се користити у циљу усклађивања спровођења националног Истраживања са Европским истраживањем здравља.

На питања обележена ознаком  одговара искључиво одабрана особа (испитаник).

МОДУЛ ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

ОК.1 У којој држави сте рођени?

Држава: _____

Не зна ☐

8

Одбијање ☐

9

ОК.2 Које држављанство имате?

Држављанство: _____

Не зна ☐

8

Одбијање ☐

9

ОК.3 У којој држави је рођен Ваш отац?

Држава: _____

Не зна ☐

8

Одбијање ☐

9

ОК.4 У којој држави је рођена Ваша мајка?

Држава: _____

Не зна ☐

8

Одбијање ☐

9

ОК.5 Какав је Ваш брачни статус?

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Означити први одговор који одговара

Никад се нисам женио/удавала нити живео/ла у ванбрачној заједници

☐

1

У браку/ванбрачној заједници

☐

2

Удовац/ица или се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)

☐

3

Разведен/а или се ванбрачна заједница завршила разлазом (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)

☐

4

Не зна

☐

8

Одбијање

☐

9

АНКЕТАР: Ако домаћинство има само једног члана означите одговор 2 „Не“ и Пређи на ОК.7

ОК.6 Могу ли само да проверим, да ли живите са неким из овог домаћинства као пар?

Да, живим са партнером/ком

☐

1

Не

☐

2

Не зна

☐

8

Одбијање

☐

9

ОК.7 Која је највиша школа коју сте завршили?		
Без школе / 1–3 разреда основне школе	☐	10
4–7 разреда основне школе	☐	20
Основна школа	☐	30
Средња стручна школа у трајању од 1–2 године/ Средња стручна школа у трајању од 3 године/ Средња стручна школа у трајању од 4 године	☐	40
Специјализација после средње школе, школа за ВКВ раднике	☐	50
Виша школа, први степен факултета (по старом програму)	☐	60
Основне академске студије/ Висока струковна школа/ Специјалистичке струковне студије (по Болоњи)/ Факултет, Академија (по старом програму)	☐	70
Мастер интегрисане студије (медицина, фармација, стоматологија, ветерина) / Специјалистичке академске студије (по Болоњи) / Магистратура	☐	80
Докторат	☐	90
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

Увод

Сада ћу Вам поставити питања у вези са Вашим тренутним радним ангажовањем.

ОК.8 Како бисте дефинисали Ваш тренутни радни статус?		
Запослен	☐	10
Незапослен	☐	20
У пензији (престао/ла са бављењем послом)	☐	30
Неспособан/на за рад	☐	40
Ученик/ца, студент/киња	☐	50
Обављајем послове у домаћинству (домаћица)	☐	60
Друго, наведите: _____	☐	80
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

Прећи на
УВОД ЗС

ОК.9 Да ли сте:	
Самозапослен/а и запошљавате раднике	☐ 11
Самозапослен/а, а не запошљавате раднике	☐ 12
Запослен/а код послодавца	☐ 20
Ангажован/а у оквиру породичног посла (неплаћен/а)	☐ 30
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.10 Да ли радите:	
Пуно радно време	☐ 1
Непуно радно време	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.11 Које је Ваше занимање на послу?	
Назив посла: _____	
Опишите шта радите на послу: _____	
☐ ☐ (ISCO-08 COM, 2 места)	
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОК.12 Која је делатност Вашег бизниса или организације у којој радите (нпр. хемијска, риболов, угоститељство, здравствена заштита итд.)?	
Опишите детаљно – производња, прерада, дистрибуција, главни производи, материјали који се користе, veleпродаја или продаја, итд. _____ _____	
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9
Шифра	☐ (NACE rev.2, 1 место)

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ – ЗС

Увод ЗС

Сада ћемо да поразговарамо о Вашем здрављу.

ЗС.1 Какво је Ваше здравље у целости? Да ли је...? 🍀	
Веома добро	☐ 1
Добро	☐ 2
Осредње (ни добро ни лоше)	☐ 3
Лоше	☐ 4
Веома лоше	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.2 Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем? Под дуготрајним се подразумева болест или здравствени проблем који је трајао или се очекује да ће трајати најмање шест месеци.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.3 Да ли сте због неког здравственог проблема ограничени у обављању активности које обично раде други људи? Да ли бисте рекли да сте...?	
Озбиљно ограничени	☐ 1
Ограничени, али не озбиљно	☐ 2
Нисте уопште ограничени	☐ 3 → Прећи на Увод ЗС.5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.4 Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ЗС.5

Следеће питање је о здрављу Ваших зуба и десни.

ЗС.5 Како бисте описали стање Ваших зуба и десни ? Да ли је..? 	
Веома добро	☐ 1
Добро	☐ 2
Осредње (ни добро ни лоше)	☐ 3
Лоше	☐ 4
Веома лоше	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.6 Колико зуба Вам недостаје (укључујући имплантате)?	
Ниједан (имам све зубе)	☐ 1 → Прећи на Увод ХБ
1–5 зуба	☐ 2
6–10 зуба	☐ 3
Више од 10, али не сви зуби	☐ 4
Сви (немам ниједан зуб)	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ЗС.7 Да ли имате неку од наведених зубних надокнада?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку врсту зубне надокнаде.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ЗУБНА НАДОКНАДА	ЗС.7
Тотална протеза	☐
Парцијална протеза	☐
Фиксна зубна надокнада – „мост“	☐
Имплантат/и	☐

ХРОНИЧНЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА – ХБ

Увод ХБ

Ово је листа хроничних болести или стања.

ХБ.1 Да ли сте имали било коју од наведених болести или стања у претходних 12 месеци?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 1-ХБ.1 са називима хроничних болести / стања и упишите шифру одговора за сваку хроничну болест/стање.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
БОЛЕСТ/СТАЊЕ	ХБ.1
а. Астма (укључујући и алергијску астму)	☐
б. Хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем	☐
в. Инфаркт миокарда (срчани удар) или хроничне последице инфаркта миокарда	☐
г. Коронарна болест срца или ангина пекторис	☐
д. Висок крвни притисак (хипертензија)	☐
ђ. Мождани удар (крварење у мозгу, мождана тромбоза – шлог) или хроничне последице можданог удара	☐
е. Артроза – дегенеративно обољење зглобова (не укључује артритис – запаљење зглобова)	☐
ж. Болни поремећај у доњем делу леђа или други хронични проблем са леђима	☐
з. Болни поремећај у вратном делу кичме или други хронични проблем са вратном кичмом	☐
и. Шећерна болест (дијабетес)	☐
ј. Алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије (не укључује алергијску астму)	☐
к. Цироза јетре	☐
л. Немогућност задржавања мокраће (уринарна инконтиненција), проблеми са контролисањем мокраћне бешике	☐
љ. Бубрежни проблеми	☐
м. Депресија	☐
н. Повећана масноћа у крви (холестерол)	☐
њ. Рак (малигно обољење)	☐

ХБ.2 Да ли Вам је лекар рекао да имате повишени крвни притисак?		
Да	☐	1
Не	☐	2 → Прећи на ПО.1
Не зна	☐	8 → Прећи на ПО.1
Одбијање	☐	9 → Прећи на ПО.1

ХБ.3 Да ли лечите повишени крвни притисак?		
Да, само дијетом (посебан режим исхране)	☐	1 → Прећи на ПО.1
Да, само лековима	☐	2
Да, на оба наведена начина	☐	3
Не, не лечим се	☐	4 → Прећи на ПО.1
Не зна	☐	8 → Прећи на ПО.1
Одбијање	☐	9 → Прећи на ПО.1

ХБ.4 Да ли сте у претходне четири недеље узимали лекове за лечење повишеног крвног притиска?		
Да, редовно	☐	1
Да, понекад	☐	2
Не	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

НЕЗГОДЕ И ПОВРЕДЕ – ПО

ПО.1 Да ли сте у претходних 12 месеци имали неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Повреде које су настале као последица тровања или нанете од стране животиња или инсеката се, такође, рачунају. Повреде које су нанете намерно од стране других особа се не рачунају.	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 2-ПО.1 са категоријама незгода и упишите шифру одговора за сваку врсту незгоде.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ВРСТА НЕЗГОДЕ	ПО.1
а. Незгода у друмском саобраћају	☐
б. Незгода код куће	☐
в. Незгода у слободно време	☐

ФИЛТЕР 1

Анкетар: Следеће питање ПО.2 треба да се постави само оним испитаницима који су изјавили да су доживели незгоду која је резултирала повредом (шифра 1 код било ког одговора ПО.1а, ПО.1б, или ПО.1в).

ПО.2 Да ли Вам је била потребна медицинска помоћ због ове (ових) незгоде (а)?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор.	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Ако је у питању више од једне незгоде било ког типа, питање се односи на најозбиљнију (ону за који је пружен најозбиљнији третман).	
Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу и задржан преко ноћи	☐ 1
Да, примљен сам у болницу или неку другу здравствену установу, али нисам задржан преко ноћи	☐ 2
Да, од стране лекара или медицинске сестре	☐ 3
Не, никаква интервенција није била потребна	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ОДСУСТВО С ПОСЛА (ЗБОГ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОБЛЕМА) – ОП

ФИЛТЕР 2

Анкетар: питање ОП.1 се поставља само оним испитаницима који су тренутно запослени (ОК.8=10)

ОП.1 Да ли сте у претходних 12 месеци одсуствовали са посла због личних здравствених проблема? Узмите у обзир све врсте болести, повреде и друге здравствене проблеме које сте имали и које су резултирале одсуством са посла.		
Да	☐	1
Не	☐	2 → Прећи на Увод ФО
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод ФО
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод ФО

ОП.2 Колико сте дана укупно били одсутни са посла због личних здравствених проблема у претходних 12 месеци? 🍀		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Узимају се у обзир сви календарски дани одсуствовања са посла без обзира да ли испитаник има или нема званично боловање (оверено од стране лекара).		
		дана
Не зна	☐	998
Одбијање	☐	999

ФУНКЦИОНАЛНА ОГРАНИЧЕЊА – ФО

Увод ФО

Сада ћу Вам поставити неколико питања која се тичу Вашег општег физичког здравља и стања Ваших чула. Питања се односе на Вашу способност да обављате различите основне активности. Сада занемарите неке привремене проблеме уколико их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Ако је испитаник слеп, немојте постављати питање ФО.1, обележите одговор 3 за ФО.1 и Прећи на ФО.3, осталим испитаницима поставите питање ФО.1	
ФО.1 Да ли носите наочаре или контактна сочива?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Слеп или не види уопште	☐ 3 → Прећи на ФО.3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ФО.2 до ФО.9 (осим ФО.3) показати картицу 3-ФО.2,4,5,6,7,8,9 са понуђеним одговорима.	
ФО.2 <i>ако је ФО.1=1</i> → Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли бисте рекли да видите...?	
<i>ако је ФО.1=2,8 или 9</i> → Да ли имате тешкоће са видом? Да ли бисте рекли да видите...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Ако је испитаник глув, немојте постављати питање ФО.3. Обележите одговор 3 у ФО.3 и Прећи на ФО.6. Осталим испитаницима поставите питање ФО.3.	
ФО.3 Да ли користите помагало за слух?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Глув или не чује уопште	☐ 3 → Прећи на ФО.6
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.4 <i>ако је ФО.3=1</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији, чак и када користите помагало за слух? Да ли бисте рекли да чујете...?	
<i>ако је ФО.3=2,8 или 9</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у тихој просторији? Да ли бисте рекли да чујете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.5 <i>ако је ФО.3=1</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији чак и када користите помагало за слух? Да ли бисте рекли да чујете...?	
<i>ако је ФО.3=2,8 или 9</i> → Да ли имате тешкоће да чујете другу особу када са њом разговарате у бучнијој просторији? Да ли бисте рекли да чујете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.6 Да ли имате тешкоће да пешачите пола километра по равном (дужина пет фудбалских игралишта) без било какве помоћи (штап, ходалица, колица и сл. или помоћи друге особе)? Да ли бисте рекли да можете прећи пола километра...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.7 Да ли имате тешкоће да се сами попнете уз 12 степеника или да сиђете низ њих? Да ли бисте рекли да то можете учинити...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.8 Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? Да ли бисте рекли да памтите или се концентришете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФО.9 Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Да ли бисте рекли да гризете и жваћете...?	
Без тешкоћа	☐ 1
Уз мање тешкоће	☐ 2
Уз велике тешкоће	☐ 3
Нисам у стању	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

АКТИВНОСТИ ЛИЧНЕ НЕГЕ – ЛН

ФИЛТЕР 3

Анкетар: Ако испитаник има 55 или више година прећи на Увод ЛН.1. У супротном прећи на Увод БО.
Увод ЛН.1

Сада размислите о неким Вашим свакодневним активностима које се тичу личне неге.

Овде је листа активности. Молим Вас да у овом тренутку заборавите на привремене проблеме ако их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 4-ЛН.1 са активностима и уписати шифру одговора за сваку од активности личне неге.	
ЛН.1 Да ли обично имате тешкоће у обављању било које од наведених активности без помоћи?	
Без тешкоћа	1
Мање тешкоће	2
Велике тешкоће	3
Нисам у стању	4
Не зна	8
Одбијање	9
АКТИВНОСТИ	ЛН.1
а. Да једете	
б. Да легнете и устанете из кревета или да седнете и устанете са столице	
в. Да се облачите и свлачите	
г. Да користите WC/клозет	
д. Да се купате или туширате	

ФИЛТЕР 4

Ако је ЛН.1 = 2, 3 или 4 за макар једну активност прећи на Увод ЛН.2 у супротном прећи на Увод КА.1.
Увод ЛН.2

Размишљајући о свим активностима личне неге у којима имате тешкоће приликом обављања без помоћи...

ЛН.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?			
Да, за најмање једну активност		1	
Не		2	
Не зна		8	→ Прећи на Увод КА.1
Одбијање		9	→ Прећи на Увод КА.1

ЛН.3 ако је ЛН.2=1 → Да ли би Вам било потребно више помоћи? 		
ако је ЛН.2=2 → Да ли би Вам била потребна помоћ? 		
Да, за најмање једну активност	☐	1
Не	☐	2
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

КУЋНЕ АКТИВНОСТИ – КА

Увод КА.1

Сада размислите о неким кућним активностима.

Овде је листа активности. Молим Вас да сада занемарите привремене проблеме уколико их имате.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 5-КА.1 са активностима и упишите шифру одговора за сваку од кућних активности.	
КА.1 Да ли обично имате тешкоћа у самосталном обављању било које од ових активности?	
Без тешкоћа	1
Уз мање тешкоће	2
Уз велике тешкоће	3
Нисам у стању	4
Није примењиво (никад није пробао/ла, нема потребе да то ради)	5
Не зна	8
Одбијање	9
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „без тешкоћа” или нисте сигурни у вези одговора, проверите да ли испитаник уопште обавља ту активност или можда не може да је обавља из разлога који нису здравствени. У таквим случајевима обележава се одговор „није примењиво”.	
АКТИВНОСТИ	КА.1
а. Припремање obroka	☐
б. Телефонирање	☐
в. Одлазак у куповину	☐
г. Узимање терапије (лекови)	☐
д. Лакши кућни послови	☐
ђ. Повремени тежи кућни послови	☐
е. Вођење рачуна о финансијама, рачунима и друге административне активности	☐

ФИЛТЕР 5

Ако је КА.1 = 2, 3 или 4 за бар једну активност прећи на Увод КА.2 у супротном прећи на Увод БО.
Увод КА.2

Размислите о свим кућним активностима у којима имате тешкоће у обављању без туђе помоћи.

КА.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?		
Да, за најмање једну активност	☐	1
Не	☐	2
Не зна	☐	8 → Прећи на БО
Одбијање	☐	9 → Прећи на БО

КА.3 ако је КА.2=1 → Да ли Вам је потребно више помоћи? 		
ако је КА.2=2 → Да ли Вам је потребна помоћ? 		
Да, за најмање једну активност	☐	1
Не	☐	2
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

БОЛ – БО

Увод БО

Следећа питања се односе на физичку бол коју сте осећали у току претходне четири недеље.

БО.1 Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? 		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 6-БО.1 са понуђеним одговорима.		
Нисам	☐	1 → Прећи на Увод М3
Веома благе	☐	2
Благе	☐	3
Умерене	☐	4
Јакe	☐	5
Веома јакe	☐	6
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод М3
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод М3

БО.2 Током претходне четири недеље, колико Вас је бол ометао у Вашем нормалном послу (укључујући посао ван куће и у кући)? 		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 7-БО.2 са понуђеним одговорима.		
Нимало	☐	1
Мало	☐	2
Умерено	☐	3
Прилично	☐	4
Веома	☐	5
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – МЗ

Увод МЗ

Следећа питања су о томе како сте се осећали и како су се ствари одвијале у току претходне две недеље. На свако питање дајте одговор који је најближи ономе како сте се осећали.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 8-МЗ.1 са понуђеним одговорима и означите шифру одговора за свако од питања.		
МЗ.1 У току претходне две недеље, колико често Вам је сметао било који од следећих проблема? 		
Није уопште		1
Неколико дана		2
Више од 7 дана		3
Скоро сваког дана		4
Не зна		8
Одбијање		9
ПРОБЛЕМИ		МЗ.1
а. Слабо интересовање или задовољство када нешто радите	☐	
б. Малодушност, депресија или безнадежност	☐	
в. Проблем да заспите, спавате у континуитету или превише спавања	☐	
г. Осећање замора или недостатка енергије	☐	
д. Лош апетит или преједање	☐	
ђ. Лоше мишљење о себи – или осећај да сте промашај, или да сте разочарали себе или своју породицу	☐	
е. Тешкоћа да се концентришете на ствари, као што су читање новина или гледање телевизије	☐	
ж. Толико успорено кретање или говор да су други то могли да примете, или супротно – толико сте били узврпољени или немирни да сте се кретали више него обично	☐	

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КБ

Увод КБ

Следећи сет питања је о времену проведеном у болници. Све врсте болница су укључене.

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

За жене до 50 година старости, додати: „изузима се време проведено у болници ради порођаја”.

КБ.1 Да ли сте у претходних 12 месеци били на болничком лечењу (лежали у болници преко ноћи или дуже)?

ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА:

Посете одељењима за збрињавање хитних/ургентних стања без останка преко ноћи или посете амбуланти се не укључују.

Да	☐	1	
Не	☐	2	→ Прећи на КБ.3
Не зна	☐	8	→ Прећи на КБ.3
Одбијање	☐	9	→ Прећи на КБ.3

КБ.2 Размишљајући о свим овим приликама када сте били примљени на болничко лечење, колико сте укупно ноћи провели у болници?

Број ноћи				
Не зна				989
Одбијање				999

КБ.3 Да ли сте у претходних 12 месеци били примљени у болницу као дневни пацијент, односно ради дијагностике, лечења или друге врсте здравствене заштите, који нису захтевали да останете у болници преко ноћи?

Да	☐	1	
Не	☐	2	→ Прећи на Увод КБ.1
Не зна	☐	8	→ Прећи на Увод КБ.1
Одбијање	☐	9	→ Прећи на Увод КБ.1

КБ.4 У претходних 12 месеци колико пута сте били примљени у болницу као дневни пацијент?

Број пријема				
Не зна				989
Одбијање				999

КОРИШЋЕЊЕ ВАНБОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КВ

Увод КВ.1

Следећа питања односе се на консултације са лекаром опште медицине или педијатром. Молим Вас обухватите посете лекару опште медицине или педијатрије у лекарској амбуланти, као и кућне посете и консултације телефоном.

КВ.1 Када сте Ви лично последњи пут посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 12 месеци или више	☐	2 → Прећи на КВ.3
Никада	☐	3 → Прећи на Филтер 6
Не зна	☐	8 → Прећи на Филтер 6
Одбијање	☐	9 → Прећи на Филтер 6

КВ.2 У току претходне четири недеље, колико пута сте Ви лично посетили/консултовали лекара опште медицине или педијатра?		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати одговор за сваку од опција.		
ЛЕКАР ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ/ПЕДИЈАТАР	Број посета	
а. у државној здравственој установи	☐	☐
б. у приватној пракси	☐	☐
[НИЈЕДНОМ=0]		
Не зна	☐	98
Одбијање	☐	99

КВ.3 Да ли имате свог лекара опште медицине или педијатра?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ЛЕКАР ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ ИЛИ ПЕДИЈАТАР	КВ.3
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

ФИЛТЕР 6

Следећа питања су за особе женског пола. Уколико је испитаник мушкарац прећи на Увод KB.7.

Увод KB.4

Следећа група питања је о посетама гинекологу.

KB.4 Када сте последњи пут Ви лично посетили гинеколога? 🍀		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 12 месеци или више	☐	2
Никада	☐	3 → Прећи на Увод KB.7
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод KB.7
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод KB.7

KB.5 Колико година сте имали када сте први пут посетили гинеколога? 🍀		
		година
Не зна	☐	98
Одбијање	☐	99

KB.6 Да ли имате свог гинеколога? 🍀	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ГИНЕКОЛОГ	KB.6
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

Увод KB.7

Следећа питања односе се на посете стоматологу, специјалисти ортопедије вилица (ортодонту) или другом здравственом раднику у области стоматолошке здравствене заштите.

KB.7 Када сте Ви лично последњи пут посетили стоматолога или ортодонта (не као пратилац супружника, деце, итд.)?		
Пре мање од 6 месеци	☐	1
Пре 6–12 месеци	☐	2
Пре 12 месеци или више	☐	3
Никада	☐	4 → Прећи на Увод KB.9
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод KB.9
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод KB.9

KB.8 Да ли имате свог стоматолога?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
СТОМАТОЛОГ	KB.8
а. у државној здравственој установи	☐
б. у приватној пракси	☐

Увод KB.9

Следећа питања односе се на посете/консултације са лекарима специјалистима (специјалистима интернистичких и хируршких грана медицине, изузев изабраних лекара специјалиста опште медицине и педијатрије). Обухватају посете лекарима само у амбулантним условима или ургентним/хитним службама. Не укључују контакте са пацијентима који су примљени у болницу као стационарни или дневни пацијенти.

KB.9 Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?		
ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује и посете стоматолозима хирурзима.		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 12 месеци или више	☐	2 → Прећи на KB.11
Никада	☐	3 → Прећи на KB.11
Не зна	☐	8 → Прећи на KB.11
Одбијање	☐	9 → Прећи на KB.11

KB.10 У току претходне четири недеље, колико пута сте Ви лично посетили лекара специјалисту?		
ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТА	Број посета	
а. у државној здравственој установи	☐	☐
б. у приватној пракси	☐	☐
Не зна	☐	98
Одбијање	☐	99

KB.11 Да ли сте у току претходних 12 месеци Ви лично посетили...?		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за свако од занимања.		
Да		1
Не		2
Не зна		8
Одбијање		9
ЗАНИМАЊЕ	KB.11	
а. Физиотерапеута или специјалисту физикалне медицине и рехабилитације	☐	
б. Психолога, психотерапеута или психијатра	☐	

Увод KB.12

Следеће питање односи се на услуге кућне неге које обухватају широк спектар здравствених и социјалних услуга, које се људима са здравственим проблемима пружају у њиховим кућама. Ове услуге обухватају, на пример: услуге кућне неге коју пружа медицинска сестра или бабица (у кући), помоћ у кући за обављање послова у домаћинству или бригу о старим лицима, достављање obroка или услуге превоза. Треба укључити само услуге које пружају здравствени или социјални радници.

KB.12 Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?		
Да	☐	1
Не	☐	2
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

Увод KB.13

Сада ћу Вам поставити питања која се односе само на коришћење услуга приватне праксе.

KB.13 Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?		
Да	☐	1
Не	☐	2 → Прећи на Увод УЛ
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод УЛ
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод УЛ

KB.14 Које су то услуге биле?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 9-KB.14. Испитаник/ца наводи само оне категорије које се односе на њега/њу. Уписати шифру одговора за сваког од лекара или облика приватне праксе.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
УСЛУГЕ	KB.14
а. Лабораторије (биохемијске, хематолошке, микробиолошке, цитолошке)	☐
б. Радиолошке дијагностике (рендген, ултразвук, скенер, магнетна резонанца)	☐
в. Интернисте (кардиолог, ендокринолог, гастроентеролог, нефролог, пулмолог, реуматолог)	☐
г. Офталмолога	☐
д. Хирурга	☐
ђ. Психијатра	☐
е. Стоматолога	☐
ж. Неке друге услуге	☐

УПОТРЕБА ЛЕКОВА – УЛ

Увод УЛ

Сада бих Вас питао/ла о коришћењу лекова у претходне две недеље.

УЛ.1 Да ли сте током претходне две недеље користили неке лекове које Вам је прописао лекар? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: За жене, такође, додати: „искључите контрацептивне пилуле или хормоне које сте користили искључиво за контрацепцију”.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

УЛ.2 Да ли сте у току претходне две недеље користили неке лекове или биљна лековита средства или витамине које Вам није прописао лекар? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: За жене, такође, додати: „искључите контрацептивне пилуле или хормоне које сте користили искључиво за контрацепцију”.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ – ПП

Увод ПП.1

Сада бих Вам поставио/ла нека питања о вакцинацији против грипа.

ПП.1 Када сте последњи пут примили вакцину против грипа? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Месец и година се уписују уколико је испитаник последњи пут примио вакцину против грипа у току претходних 12 месеци.	
☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Месец	Година
Давно (пре више од једне године)	☐ 1
Никад	☐ 2
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ПП.2 - ПП.4

Сада бих Вам поставио/ла питања о Вашем крвном притиску, холестеролу у крви и шећеру у крви (гликемији).

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

Покажите картицу 10-ПП.2-4 са понуђеним одговорима и означите одговор за свако од питања.

ПП.2 Када Вам је последњи пут крвни притисак измерио здравствени радник? 

Пре мање од 12 месеци ☐ 1

Пре 1–3 године ☐ 2

Пре 3–5 година ☐ 3

Пре 5 и више година ☐ 4

Никада ☐ 5

Не зна ☐ 8

Одбијање ☐ 9

ПП.3 Када Вам је последњи пут холестерол у крви измерио здравствени радник? 

Пре мање од 12 месеци ☐ 1

Пре 1–3 године ☐ 2

Пре 3–5 година ☐ 3

Пре 5 и више година ☐ 4

Никада ☐ 5

Не зна ☐ 8

Одбијање ☐ 9

ПП.4 Када Вам је последњи пут шећер у крви измерио здравствени радник? 

Пре мање од 12 месеци ☐ 1

Пре 1–3 године ☐ 2

Пре 3–5 година ☐ 3

Пре 5 и више година ☐ 4

Никада ☐ 5

Не зна ☐ 8

Одбијање ☐ 9

Увод ПП.5 и ПП.6

Следећа питања су о тесту на окултно/скривено крварење у столици и колоноскопском прегледу.

ПП.5 Када Вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столици? 🍷		
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Можете додати: „Тест на окултно крварење у столици (ФОБТ) има за циљ откривање губитка крви у гастроинтестиналном тракту, на било ком месту од усне дупље до дебелог црева и ректума. Користи се за скрининг колоректалног карцинома.“		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 1–2 године	☐	2
Пре 2–3 године	☐	3
Пре 3 и више година	☐	4 → Прећи на ПП.7
Никада	☐	5 → Прећи на ПП.7
Не зна	☐	8 → Прећи на ПП.7
Одбијање	☐	9 → Прећи на ПП.7

ПП.6 Да ли сте тест на голим оком невидљиву крв урадили...? 🍷		
Самоиницијативно	☐	1
По савету лекара	☐	2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дебелог црева	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

ПП.7 Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу (колоноскопији)? 🍷		
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Можете додати: „То је визуелни преглед дебелог црева (са колноскопом) од почетног дела дебелог црева (цекум) до завршног дела дебелог црева (ректум).“		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 1–5 година	☐	2
Пре 5–10 година	☐	3
Пре 10 и више година	☐	4
Никада	☐	5
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

ФИЛТЕР 7

Следећа питања су за особе женског пола – у том случају прећи на ПП.8, у супротном – прећи на Увод НП.

Увод ПП.8 - ПП.11

Следећа питања су о мамографији и цитолошком брису грлића материце (Папаниколау тест).

ПП.8 Када сте последњи пут били на мамографском прегледу (снимање дојки Х-зрацима)? 		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 1–2 године	☐	2
Пре 2–3 године	☐	3
Пре 3 и више година	☐	4 → Прећи на ПП.10
Никада	☐	5 → Прећи на ПП.10
Не зна	☐	8 → Прећи на ПП.10
Одбијање	☐	9 → Прећи на ПП.10

ПП.9 Да ли сте на мамографију отишли...? 	
Самоиницијативно	☐ 1
По савету лекара	☐ 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дојке	☐ 3
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПП.10 Када сте последњи пут радили цитолошки брис грлића материце (Папаниколау тест)? 		
Пре мање од 12 месеци	☐	1
Пре 1–2 године	☐	2
Пре 2–3 године	☐	3
Пре 3 и више година	☐	4 → Прећи на Увод НП
Никада	☐	5 → Прећи на Увод НП
Не зна	☐	8 → Прећи на Увод НП
Одбијање	☐	9 → Прећи на Увод НП

ПП.11 Да ли сте Папаниколау тест урадили...? 		
Самоиницијативно	☐	1
По савету лекара	☐	2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

НЕОСТВАРЕНЕ ПОТРЕБЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ – НП

Увод НП

Постоји много разлога због којих се људима дешава да им се здравствена заштита не пружи на време или је уопште не добију.

НП.1 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту јер сте предуго чекали на заказану посету/преглед? 		
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА:		
Ако је спонтани одговор „не“, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3. Није била потребна здравствена заштита.“		
Да	☐	1
Не	☐	2
Није била потребна здравствена заштита	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

НП.2 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом? 		
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА:		
Ако је спонтани одговор „не“, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3. Није била потребна здравствена заштита.“		
Да	☐	1
Не	☐	2
Није била потребна здравствена заштита	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

НП.3 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за неким од наведених облика здравствене заштите, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога? 🍁	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од врста здравствене заштите.	
ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Ако је спонтани одговор „не”, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3.Није било потребе“	
Да	1
Не	2
Није било потребе	3
Не зна	8
Одбијање	9
ВРСТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	НП.3
а. Медицинска здравствена заштита (прегледи, лечење, рехабилитација)	
б. Стоматолошка здравствена заштита	
в. Прописани лекови	
г. Заштита менталног здравља (коју пружа, на пример, психолог, психотерапеут или психијатар)	

МОДУЛ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

ВИСИНА И ТЕЖИНА – ВТ 🍁

Увод ВТ

Сада ћу Вас питати о Вашој висини и тежини.

ВТ.1 Колико сте високи, без обуће? у [cm] 🍁			
			cm
Не зна			998
Одбијање			999
ВТ.2 Колика је Ваша телесна тежина, без одеће и обуће? у [kg] 🍁			
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Жене старости 50 година или млађе прво питајте да ли су трудне, а затим их питајте за тежину пре трудноће.			
			kg
Не зна			998
Одбијање			999

ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ – ФА

Увод ФА

Оно што ћу Вас следеће питати односи се на време које проводите бавећи се различитим физичким активностима у току једне типичне недеље. Молим Вас одговорите на ова питања чак и ако себе не сматрате физички активном особом.

Увод ФА.1

Прво мислите о ВРЕМЕНУ које проведете РАДЕЋИ неки ПОСАО. То може бити: плаћени или неплаћени посао, рад у кући или око куће, брига о породици, учење или тренирање.

ФА.1 Када кажете да РАДИТЕ, шта од наведеног најбоље описује то што радите? Ви бисте рекли... 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Одговор испитаника треба да се односи на главни посао. Уколико испитаник обавља више послова, треба да укључи све активности и изабере само један одговор.	
Углавном седим или стојим	☐ 1
Углавним ходам или се умерено физички напрежем	☐ 2
Углавном радим тежак или физички захтеван посао	☐ 3
АНКЕТАР: Не читати одговор.	
Не обављам никакав посао	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

Увод ФА.2 - ФА.4

Следећа питања ИСКЉУЧУЈУ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ КОЈЕ СУ ВЕЗАНЕ ЗА ОБАВЉАЊЕ ПОСЛА о којима сте малочас говорили. Сада ћу Вас питати о начину на који уобичајено ИДЕТЕ ДО НЕКОГ МЕСТА ИЛИ ОД ЊЕГА; на пример, до посла, школе/факултета, самопослуге, пијаце.

ФА.2 У типичној недељи, колико дана ХОДАТЕ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 

Број дана:	☐ (1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	☐ 0 → Прећи на ФА.4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.3 Колико обично времена у току дана проведете ходајући, како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 11-ФА.3,5 са одговорима.

10–29 минута дневно	☐ 1
30–59 минута дневно	☐ 2
1–2 сата дневно	☐ 3
2–3 сата дневно	☐ 4
3 сата дневно или дуже	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ФА.4 У типичној недељи, колико дана ВОЗИТЕ БИЦИКЛ најмање 10 минута дневно без прекида (у континуитету) како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 🍷	
Број дана:	(1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	0 → Прећи на ФА.6
Не зна	8
Одбијање	9

ФА.5 Колико обично времена у току дана проведете возећи бицикл како бисте негде отишли или се однекуд вратили? 🍷	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 11-ФА.3,5 са одговорима.	
10–29 минута дневно	1
30–59 минута дневно	2
1–2 сата дневно	3
2–3 сата дневно	4
3 сата дневно или дуже	5
Не зна	8
Одбијање	9

Увод ФА.6 - ФА.8

Следећа питања ИСКЉУЧУЈУ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ ВЕЗАНЕ ЗА ПОСАО И КРЕТАЊЕ о којима сте већ говорили. Сада бих Вас питао/ла О БАВЉЕЊУ СПОРТОМ, ФИТНЕСОМ И РЕКРЕАЦИЈОМ У ТОКУ СЛОБОДНОГ ВРЕМЕНА који макар И У НАЈМАЊОЈ МЕРИ ДОВОДЕ ДО УБРЗАНОГ ДИСАЊА ИЛИ ПУЛСА. На пример, брзи ход, игре са лоптом (фудбал, кошарка...), трчање, вожња бицикла или пливање.

ФА.6 У типичној недељи, колико дана се бавите спортом, фитнесом или рекреативним физичким активностима (у слободно време) најмање 10 минута дневно без прекида? 🍷	
Број дана:	(1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност	0 → Прећи на ФА.8
Не зна	8
Одбијање	9

ФА.7 У типичној недељи, колико укупно времена проведете бавећи се спортом, фитнесом или рекреацијом у слободно време? 🍷	
сати минута	: недељно
Не зна	8
Одбијање	9

ФА.8 У типичној недељи, колико дана се бавите физичким активностима посебно намењеним ЈАЧАЊУ Ваших мишића, као што су вежбе отпора и снаге? Укључите све активности чак и ако сте их раније поменули. 🍷		
Број дана:		(1 до 7) недељно
Никада не обављам такву физичку активност		0
Не зна		8
Одбијање		9

Увод ФА.9

Последње питање у овом модулу је о времену које сте проводили у седећем положају на послу, код куће, на путу до и од неког места или са пријатељима. Оно укључује време проведено за столом, при посети пријатељима, на путовању колима, аутобусом, возом, и време проведено за време читања и гледања телевизије у једном типичном дану. Време проведено у спавању се не укључује.

ФА.9 Колико времена проводите у седећем положају или заваљени током типичног дана? 🍷		
	:	дневно
	сати	минута
Не зна		98
Одбијање		99

ИСХРАНА – ИС 🍷

Увод ИС

Сада ћу Вас питати о навикама у исхрани.

ИС.1 Колико пута у току недеље доручкујете? 🍷		
Свакога дана		1
Понекад		2
Никад		3
Не зна		8
Одбијање		9

ИС.2 Колико често у исхрани користите хлеб (бели, полубели, интегрални, ражани...)? 		
Свакога дана	☐	1
Понекад	☐	2
Никад	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

ИС.3 Колико често у исхрани користите млеко и/или млечне производе? 		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ИС.3 до ИС.10 (осим ИС.5 и ИС.7) показати картицу 12-ИС.3,4,6,8,9,10 са понуђеним одговорима.		
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Искључују се млечни десерти (пудинг, воћни јогурт, сладолед), кондензовано млеко и млеко у праху.		
Једном или више пута дневно	☐	1
4–6 пута недељно	☐	2
1–3 пута недељно	☐	3
Ређе од једном недељно	☐	4
Никада	☐	5
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

Увод ИС.4

Следећа питања се односе на конзумирање воћа и поврћа.

ИС.4 Колико често једете воће, изузимајући сокове направљене цеђењем свежег воћа или од концентрата воћа? 		
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује се и смрзнуто, сушено, конзервирано и друго воће. Искључују се било какви воћни сокови.		
Једном или више пута дневно	☐	1
4–6 пута недељно	☐	2
1–3 пута недељно	☐	3
Ређе од једном недељно	☐	4
Никада	☐	5
Не зна	☐	8 → Прећи на ИС.6
Одбијање	☐	9 → Прећи на ИС.6

}

Прећи на ИС.6

ИС.5 Колико порција било ког воћа, изузимајући сокове, једете свакога дана? 🍇

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 13-ИС.5

Број порција:

Не зна 98

Одбијање 99

ИС.6 Колико често једете поврће или салату, изузимајући кромпир и сокове направљене од свежег поврћа или од концентрата поврћа? 🍅

ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА:

Укључује се и смрзнуто, сушено, конзервирано и друго поврће. (топле **Искључују се** било какви сокови од поврћа или супе и хладне).

Једном или више пута дневно		1	} Прећи на ИС.8
4–6 пута недељно		2	
1–3 пута недељно		3	
Ређе од једном недељно		4	
Никада		5	
Не зна		8	→ Прећи на ИС.8
Одбијање		9	→ Прећи на ИС.8

ИС.7 Колико порција поврћа или салате, изузимајући сокове и кромпир, једете свакога дана? 🍅

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 14-ИС.7

Број порција:

Не зна 98

Одбијање 99

ИС.8 Колико често пијете сокове од 100% чистог воћа или поврћа, искључујући сокове направљене од концентрата или заслађене сокове? 🍷

Једном или више пута дневно		1
4–6 пута недељно		2
1–3 пута недељно		3
Ређе од једном недељно		4
Никада		5
Не зна		8
Одбијање		9

ИС.9 Колико често пијете слатка безалкохолна пића, нпр. куповне газиране и негазиране сокове, ледени чај или кока-колу? Молимо Вас да искључите “лајт”, дијетална или вештачки заслађена пића. 🍷	
Једном или више пута дневно	☐ 1
4–6 пута недељно	☐ 2
1–3 пута недељно	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.10 Колико често једете следеће намирнице? 🍷	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 12-ИС.3,4,6,8,9,10. Уписати шифру одговора за сваку врсту намирнице.	
Једном или више пута дневно	1
4–6 пута недељно	2
1–3 пута недељно	3
Ређе од једном недељно	4
Никада	5
Не зна	8
Одбијање	9
НАМИРНИЦЕ	ИС.10
а. Црвено месо	☐
б. Бело месо	☐
в. Риба или морски плодови	☐
г. Прерађевине од меса/сухомеснати производи	☐

ИС.11 Која врста масноће се најчешће користи за припремање хране (кување, печење, припрема колача и др.) у Вашем домаћинству? 🍷	
Свињска маст	☐ 1
Путер	☐ 2
Биљна маст, маргарин	☐ 3
Уље	☐ 4
Не користим масноћу	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ИС.12 Да ли обично досољавате храну коју једете, и поред тога што је со коришћена приликом спремања? 		
Да, увек пре него што пробам храну	☐	1
Често, након што пробам храну	☐	2
Никад/Ретко	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

ЗНАЊЕ О УТИЦАЈУ ФАКТОРА РИЗИКА – ФР

Увод ФР

Следећа питања се односе на Ваше ставове и знања у вези са факторима ризика по здравље.

ФР.1 Какав утицај на здравље по Вашем мишљењу имају...? 		
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 15-ФР.1 Уписати шифру одговора за сваку одредницу.		
Веома велики		1
Велики		2
Ни велики ни мали		3
Мали		4
Веома мали		5
Не зна		8
Одбијање		9
ОДРЕДНИЦА		ФР.1
а. Исхрана	☐	
б. Физичка активност	☐	
в. Пушење	☐	
г. Конзумирање алкохола	☐	
д. Друштвене активности (дружење са пријатељима, изласци, излети...)	☐	

СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА – СП

Увод СП

Сада ћу Вам поставити три питања о вашим социјалним/друштвеним односима.

СП.1 Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме? 	
Ниједна	☐ 1
1 или 2	☐ 2
3–5	☐ 3
6 или више	☐ 4
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

СП.2 У којој мери људи брину и показују заинтересованост за оно што радите и што Вам се дешава у животу? 	
Веома су заинтересовани	☐ 1
Заинтересовани су	☐ 2
Нису ни заинтересовани, ни незаинтересовани	☐ 3
Мало су заинтересовани	☐ 4
Нимало нису заинтересовани	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

СП.3 Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом? 	
Веома лако	☐ 1
Лако	☐ 2
Ни лако ни тешко	☐ 3
Тешко	☐ 4
Веома тешко	☐ 5
Не зна	☐ 8
Одбијање	☐ 9

ПРУЖАЊЕ НЕФОРМАЛНЕ НЕГЕ ИЛИ ПОМОЋИ – НН

Увод НН

Следећа питања су о пружању неге или помоћи људима са здравственим проблемом.

НН.1 Да ли, најмање једном недељно, пружате негу или помажете једној или више особа које пате због проблема везаних за старост, проблема услед хроничних болести/стања или немоћи? 

ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Додати: искључите пружање било које неге коју обављате у оквиру професије/плаћени сте за то.

Да	☐	1	} КРАЈ АНКЕТЕ
Не	☐	2	
Не зна	☐	8	
Одбијање	☐	9	

НН.2 Да ли је та особа или су те особе неке од ових: 

Члан(ови) Ваше породице	☐	1	} КРАЈ АНКЕТЕ
Неко други (није члан Ваше породице)	☐	2	
Не зна	☐	8	
Одбијање	☐	9	

ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор. Уколико је укључено више различитих особа реците: „изаберите ону особу којој највише помажете”.

НН.3 Колико сати недељно пружате негу или помоћ? 

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Саберите укупно време проведено у неговању или пружању помоћи свим људима у току једне недеље – не само лицу коме се пружа највећа брига - разлика у односу на НН.2 ако број сати варира од недеље до недеље, потребно је проценити колико је просечно време.

Мање од 10 сати недељно	☐	1
10–20 сати недељно	☐	2
20 или више сати недељно	☐	3
Не зна	☐	8
Одбијање	☐	9

КРАЈ АНКЕТЕ



Република Србија
Републички завод за статистику



Институт за
јавно здравље Србије



Република Србија
Министарство здравља



Подржано од стране
Европске уније

Закон о званичној статистици
„Службени гласник РС“, број 104/2009.

ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2019.

Упитник за самопопуњавање

(за испитанике старости 15 и више година)

СП1. Редни број пописног круга у узорку:	
СП2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	
СП3. Редни број члана домаћинства:	
СП4. Дан / месец / година анкетирања:	
СП5. Име и презиме анкетара / здравственог радника:	
СП6. ИД анкетара / здравственог радника:	

На питања у овом упитнику одговарате самостално. Пре давања одговора, веома пажљиво прочитајте питање и **све понуђене** одговоре. Обележавате само један одговор осим у случају када је назначено да је могуће дати више одговора!

Ваш одговор обележавате тако што уписујете X у затворену кућицу ☐ или одговарајући број у отворене кућице . Уколико поред одговора који сте обележили **не стоји знак "→" (стрелица)**, прелазите на следеће питање.

Стрелица "→" поред Вашег одговора упућује на следеће питање на које треба да пређете.

Ваши одговори су поверљиви, стога Вас молимо да дате искрене одговоре!

ХИГИЈЕНСКЕ НАВИКЕ

ХН.1 Колико често перете руке након уласка у кућу?		
Увек	☐	1
Скоро увек	☐	2
Понекад	☐	3
Скоро никад	☐	4
Никад	☐	5

ХН.2 Колико често перете руке пре јела?		
Увек	☐	1
Скоро увек	☐	2
Понекад	☐	3
Скоро никад	☐	4
Никад	☐	5

ХН.3 Колико често перете руке после употребе WC-а (ужника)?		
Увек	☐	1
Скоро увек	☐	2
Понекад	☐	3
Скоро никад	☐	4
Никад	☐	5

ХН.4 Колико често перете зубе?		
Више од једном дневно	☐	1
Једном дневно	☐	2
Повремено	☐	3
Никад	☐	4
Немам своје зубе ни протезу	☐	5

ХН.5 Колико пута сте се током претходне недеље купали или туширали?	
Сваки дан	☐ 1
4–6 пута	☐ 2
2–3 пута	☐ 3
Једном	☐ 4
Ниједном	☐ 5

ПУШЕЊЕ

Увод ПУ

Следећа питања су о Вашим пушачким навикама и изложености дуванском диму.

ПУ.1 Да ли пушите било који дувански производ (искључујући електронске цигарете или сличне електронске уређаје)?	
Укључује загреване дуванске производе (Iqos, Glo ...)	
Да, свакодневно	☐ 1
Да, повремено	☐ 2 → Прећи на ПУ.3
Не	☐ 3 → Прећи на ПУ.3

ПУ.2А Да ли <u>свакодневно</u> пушите <u>цигарете</u> (фабрички произведене или ручно завијене)?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на ПУ.4

ПУ.2Б Колико цигарета просечно попушите у току једног дана?	
Број цигарета	по дану → Прећи на ПУ.4 (1-99)

ПУ.3 Да ли сте икада пушили било који дувански производ <u>свакодневно у трајању од најмање годину дана</u> ?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на ПУ.5

ПУ.4 Колико година укупно сте (били) свакодневни пушач? Укључите све одвојене периоде свакодневног пушења. Уколико не можете са сигурношћу да се сетите броја година, дајте најпрецизнију могућу процену.	
Број година	

ПУ.5 Обележите <u>сваку врсту</u> дуванског производа који пушите (свакодневно или повремено).	
Цигарете (фабрички произведене или ручно завијене)	☐ 1
Цигаре	☐ 2
Дуван за лулу	☐ 3
Загревани дувански производи (Iqos, Glo)	☐ 4
Наргиле/шише	☐ 5
Друго	☐ 6
Не пушим	☐ 7 → Прећи на ПУ.8

ПУ.6 Да ли сте у току претходних 12 месеци покушали да престанете да пушите?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2

ПУ.7 Да ли Вам је током претходних 12 месеци лекар или други здравствени радник саветовао да престанете да пушите?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2

ПУ.8 Да ли тренутно користите електронске цигарете или сличне електронске уређаје (на пример е-шиша, е-лула)?	
Да, свакодневно	☐ 1
Да, повремено	☐ 2
Не, али раније сам користио/ла	☐ 3
Никада нисам користио/ла	☐ 4

ПУ.9 Колико често сте изложени дуванском диму у затвореном простору? Затвореним простором се сматрају кућа, посао, јавни затворени простори, ресторани итд.	
Сваки дан, један сат или више сати дневно	☐ 1
Сваки дан, мање од једног сата дневно	☐ 2
Најмање једном недељно (али не сваки дан)	☐ 3
Ређе од једном недељно	☐ 4
Никада или скоро никада	☐ 5

ПУ.10 Да ли сте забринути због штетних последица пушења / изложености дуванском диму по ваше здравље?	
Да, веома	☐ 1
Да, помало	☐ 2
Не превише	☐ 3
Не, нимало	☐ 4

УПОТРЕБА АЛКОХОЛА

АЛ.1 Колико често сте током претходних 12 месеци пили алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, мешана пића, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње...)?	
Сваки дан или скоро сваки дан	☐ 1
5-6 дана у недељи	☐ 2
3-4 дана у недељи	☐ 3
1-2 дана у недељи	☐ 4
2-3 дана месечно	☐ 5
Једном месечно	☐ 6
Мање од једном месечно	☐ 7
Прећи на АЛ.6	
Нисам у протеклих 12 месеци, јер више не пијем алкохол	☐ 8
Нисам никада, или сам попио/ла неколико гутљаја, у свом животу	☐ 9
Прећи на ПА.1	

АЛ.2 Размислите о данима од ПОНЕДЕЉКА до ЧЕТВРТКА и одговорите колико дана (од та четири дана) обично пијете алкохолна пића?	
Сва четири дана	☐ 1
3 од 4 дана	☐ 2
2 од 4 дана	☐ 3
1 од 4 дана	☐ 4
Ниједан од 4 дана	☐ 5 → Прећи на АЛ.4

АЛ.3 Од ПОНЕДЕЉКА до ЧЕТВРТКА, колико просечно дневно попијете алкохолних пића?

У овом делу упитника, од Вас се очекује да нам одговорите на питања о Вашој употреби алкохолних пића на основу стандардних чаша, односно чаша које се користе у угоститељству. Молимо Вас да имате у виду количине стандардних пића наведене на слици када процењујете број пића који Ви пијете.

16 или више пића дневно	☐ 1
10–15 пића дневно	☐ 2
6–9 пића дневно	☐ 3
4–5 пића дневно	☐ 4
3 пића дневно	☐ 5
2 пића дневно	☐ 6
1 пиће дневно	☐ 7
0 пића дневно	☐ 8



АЛ.4 Размислите о данима алкохолна пића?	од ПЕТК до НЕДЕЉ	и одговорит колик дана (од та три дана) обично пијете
Сва три дана	☐	1
2 од 3 дана	☐	2
1 од 3 дана	☐	3
Ниједан од 3 дана	☐	4 → Прећи на АЛ.6

АЛ.5 Од ПЕТКА до НЕДЕЉЕ, колико просечно дневно попијете алкохолних пића? <u>Молимо Вас да користите вредности наведене на слици испод питања АЛ.3 када процењујете број пића који Ви пијете.</u>		
16 или више пића дневно	☐	1
10–15 пића дневно	☐	2
6–9 пића дневно	☐	3
4–5 пића дневно	☐	4
3 пића дневно	☐	5
2 пића дневно	☐	6
1 пиће дневно	☐	7
0 пића дневно	☐	8

АЛ.6 Колико често се током претходних 12 месеци дешавало да попијете шест или више пића која садрже алкохол, у току једне прилике (на пример, у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће...)?		
Сваки дан или скоро сваки дан	☐	1
5–6 дана у недељи	☐	2
3–4 дана у недељи	☐	3
1–2 дана у недељи	☐	4
2–3 дана у месецу	☐	5
Једном месечно	☐	6
Мање од једном месечно	☐	7
Не у претходних 12 месеци	☐	8
Никада у животу	☐	9

АЛ.7 Да ли сте током претходних 12 месеци били у наведеним ситуацијама:		
	Да	Не
а. Имали сте осећај кривице или гриже савести након пијења	☐ 1	☐ 2
б. Пријатељ или члан породице Вам је причао о стварима које сте рекли или урадили док сте били под дејством акохола, а којих нисте могли да се сетите	☐ 1	☐ 2
в. Десило Вам се да због пијења нисте могли да испуните оно што се од Вас очекивало	☐ 1	☐ 2
г. Понекад попијете алкохолно пиће одмах када устанете ујутро	☐ 1	☐ 2

УПОТРЕБА ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

ПА.1 Да ли сте икада у току живота користили (једном или више пута) неку од наведених супстанци?			
	Да, у току претходних 12 месеци	Да, раније, али не у току претходних 12 месеци	Не, никада
а. Амфетамини/метафетамин	☐ 1	☐ 2	☐ 3
б. Канабис	☐ 1	☐ 2	☐ 3
в. Кокаин	☐ 1	☐ 2	☐ 3
г. Екстази	☐ 1	☐ 2	☐ 3
д. Хероин	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ђ. Лепак (испарљиве психоактивне супстанце)	☐ 1	☐ 2	☐ 3

СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ

СЕ.1 Да ли сте ступили у сексуалне односе?	
Под сексуалним односом се подразумева вагинални или пенетративни анални сексуални однос.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на СЕ.11

СЕ.2 Са колико година сте први пут ступили у сексуалне односе?	
	година

СЕ.3 Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?	
Да, у току претходних 12 месеци	☐ 1
Да, раније, али не у току претходних 12 месеци	☐ 2
Не, никад	☐ 3

СЕ.4 Да ли сте имали сексуалне односе током претходних 12 месеци?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на СЕ.11

СЕ.5 Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе током претходних 12 месеци? Под партнером се подразумева особа са којом сте имали сексуалне односе без обзира на пол. Укључује сталног партнера, повременог партнера, као и комерцијалног партнера (особу која вам је пружила или којој сте ви пружили секс за новац или услугу).	
Са једним партнером	☐ 1
Са 2 партнера	☐ 2
Са 3 партнера	☐ 3
Са више од 3 партнера	☐ 4

СЕ.6 Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не сећам се	☐ 3

СЕ.7 Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером током претходних 12 месеци? Под повременим партнером се подразумева особа са којом нисте у браку или не живите заједно, односно особа која није ваш једини дуготрајни сексуални партнер/ка.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не сећам се	☐ 3

} Прећи на
СЕ.9

СЕ.8 Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2
Не сећам се	☐ 3

СЕ.9 Да ли сте током претходних 12 месеци Ви имали (или је Ваша партнерка имала) намерни прекид трудноће?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2

СЕ.10 Да ли Ви или Ваш партнер користите неко од наведених средстава или метода за спречавање трудноће?	
Дозвољено је дати више одговора. Обележите <u>свако средство или метод који сте користили</u> .	
Пилула	☐ 1
Интраутерина спирала	☐ 2
Хормонска ињекција	☐ 3
Хормонски имплантат	☐ 4
Хормонски фластер	☐ 5
Вагинални прстен	☐ 6
Дијафрагма	☐ 7
Пена, гел	☐ 8
Женски кондом	☐ 9
Женска стерилизација	☐ 10
Мушки кондом	☐ 11
Мушка стерилизација	☐ 12
Неплодни дани	☐ 13
Контрацепција после сексуалног односа/пилула за „дан после“	☐ 14
Изостанак менструације након трудноће/порођаја	☐ 15
Прекинут однос	☐ 16
Нешто друго	☐ 17
Ништа од наведеног	☐ 18

СЕ.11 Да ли сте чули за вирус који се зове ХИВ и за болест сиду (AIDS) коју он изазива?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2 → Прећи на НА.1

СЕ.12 Према Вашем мишљењу, да ли...?			
	Да	Не	Не знам
а. Упражњавање сексуалних односа само са једним поузданим, незараженим партнером може смањити ризик од преноса ХИВ инфекције?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
б. Правилна употреба кондома приликом сваког сексуалног односа може смањити ризик од преноса ХИВ инфекције?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
в. Постоји могућност да особа која изгледа здрава може бити носилац ХИВ-а?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
г. Особа може добити ХИВ уколико дели простор/борави у истом простору са инфицираним особом?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
д. Особа може добити ХИВ ако дели храну/оброк са инфицираним особом?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ђ. Бисте купили свеже поврће од њега/ње ако бисте сазнали да власник продавнице или продавац хране има ХИВ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3
е. Деца која су инфицирана ХИВ-ом треба да похађају школу са децом која нису инфицирана?	☐ 1	☐ 2	☐ 3

СЕ.13 Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?	
Да	☐ 1
Не	☐ 2

СЕ.14 Да ли сте се тестирали на ХИВ?	
Да, у последњих 12 месеци	☐ 1
Да, пре више од 12 месеци	☐ 2
Не	☐ 3 → Прећи на НА.1

СЕ.15 Да ли су Вам саопштени резултати? Уколико сте се тестирали више пута, питање се односи на Ваше последње тестирање на ХИВ.	
Да	☐ 1
Не	☐ 2

НАСИЉЕ

НА.1 Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени физичком насиљу?		
	Да	Не
а. У браку/партнерској вези	☐ 1	☐ 2
б. У породици	☐ 1	☐ 2
в. У школи/на радном месту	☐ 1	☐ 2
г. На улици/јавном месту	☐ 1	☐ 2
НА.2 Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени психичком насиљу (претњама, вређању, понижавању, омаловажавању, исмевању, уцењивању...)?		
	Да	Не
а. У браку/партнерској вези	☐ 1	☐ 2
б. У породици	☐ 1	☐ 2
в. У школи/на радном месту	☐ 1	☐ 2
г. На улици/јавном месту	☐ 1	☐ 2
НА.3 Да ли сте у току претходних 12 месеци били изложени сексуалном насиљу?		
	Да	Не
а. У браку/партнерској вези	☐ 1	☐ 2
б. У породици	☐ 1	☐ 2
в. У школи/на радном месту	☐ 1	☐ 2
г. На улици/јавном месту	☐ 1	☐ 2
НА.4 Уколико сте у току претходних 12 месеци били изложени неком физичком, психичком или сексуалном насиљу, да ли сте се обраћали за помоћ?		
	Да	Не
а. Социјалном раднику	☐ 1	☐ 2
б. Здравственом раднику	☐ 1	☐ 2
в. СОС служби	☐ 1	☐ 2
г. Полицији	☐ 1	☐ 2
д. Родитељу, партнеру, детету, рођаку, пријатељу	☐ 1	☐ 2
ђ. Наставнику, професору	☐ 1	☐ 2

КРАЈ АНКЕТЕ

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Вера Симић, дипломирани економиста менаџмента у здравству, рођена 28. 5. 1976. године у Београду. Завршила Медицинску школу „Београд“ у Београду (ученик генерације, смер гинеколошко-акушерска сестра, 1995), Вишу медицинску школу у Београду (одсек Виша медицинска сестра-техничар, 2000), Високу здравствену школу струковних студија у Београду (студијски програм Струковна медицинска сестра, 2014). На Факултету за менаџмент у Зајечару, завршила студије на смеру Менаџмент у здравству 2008 год.

Школске 2008/2009. године уписала Докторске академске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, изборно подручје Превентивна медицина. Усмени докторски испит положила 2011. године. Запослена од 2005. године у Медицинској школи „Београд“ у Београду, на пословима наставника. Претходно радно искуство стечено од 1997. до 2005. године у Дому здравља Земун на пословима гинеколошко-акушерске сестре, а касније и главне сестре у Диспанзеру за жене и на пословима патронажне сестре Службе за социјалну медицину, статистику, информатику, поливалентну патронажу и епидемиологију.

Аутор и коаутор више публикација објављених у научним часописима и зборницима радова, представљених на националним и међународним научним скуповима. Аутор и коаутор више акредитованих предавања, курсева и стручних састанака, поглавља у књизи. Потпредседница је Удружења здравствених професионалаца Србије и члан Научног и Стручног одбора. Учесник у више пројеката, ментор ученичких тимова на републичким такмичењима, члан више школских тимова. Члан скупштине и председница Комисије за здравствено-превентивне активности и председница Комисије за Прву помоћ Црвеног крста Савски венац. Члан Удружења за лековито биље „Др Јован Туцаков“ и дугогодишњи учесник њихових семинара о лековитом биљу.

БИБЛИОГРАФИЈА АУТОРА

1. **Simić, V.**, Simić Vukomanović, I., Radević, S., et al. (2024). Association between Sociodemographic Factors and Depressive Symptoms among Adult Population in Serbia. *Iran J Public Health*, Vol. 53, No.4, Apr 2024, pp.867-877.
2. Vukomanović Simić, I., Kocić, S., Janićijević, K., Šorak, M., **Simić, V.**, Djukić, S., Djordjevic, S., Radević, S. (2024). Assessment of Sexual Health and Use of Cervical Cancer Screening among the Female Working Population, *Iran J Public Health*, Vol. 53, No.1, pp.198-207.
3. **Simić, V.**, Mihailović, N., Radovanović, S., Kocić, S., Radević, R.S, Simić Vukomanović, I. (2023). Sexual Behavior and the Prevalence of Cervical Cancer Screening use in the Region of Šumadija. *Acta facultatis medicae Naissensis*; 40(4): 467-478, UDC: 613.880:618.146-006.6-036(497.11) DOI: 10.5937/afmnai40-42914.
4. **Simić, V.** (2022). Indirektni uticaj COVID-19 infekcije na decu i adolescente, *Prev Ped*, 8, (1-2): 30-34.
5. **Simić, V.**, Jovanović, V., Obradović, V., Stevanović, Lj. (2013). Epidemiološke karakteristike karcinoma grlića materice, *Zdravstvena zaštita*;4:71-76 UDK brojevi 618.146-006.6-036.22.
6. Jovanović, V., **Simić, V.**, Maksimović, V., Obradović, V. (2012). Tipizacija humanih papiloma virusa kod skvamoznih intraepitelних lezija cerviksa, *Zdravstvena zaštita*; 3: 28-36. UDK brojevi 618.14: [616.988:578.827;618.14-006.6 ID broj: 192229132
7. Jovanović, V., **Simić, V.**, Obradović, V., Vasiljević, S. (2011). Karakteristike ishrane mladih uslovljene socioekonomskim faktorima, *Zdravstvena zaštita*; 6: 21-30 UDK brojevi 613.2-053.6(497.11).
8. Obradović, V., Kanjevac, T., Jovanović, V., **Simić, V.** (2011). Assessment on the type of facial growth – procena tipa rasta lica, *Medicinski časopis*;45(4): 31-35.
9. **Simić V.**, Mitrovic S. Medical professions in international perspective – Midwife. Rzeszow university publishing house: Rzeszow 2024. p. 139-156. ISBN 978-83-8277-140-4 (on-line version), ISBN 978-83-8277-181-7 (print version), DOI: 10.15584/978-83-8277-140-4.

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

„Јавноздравствени аспект депресивности одраслог становништва Републике Србије“
представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 24.7.2024. године.



потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Вера В. Симић

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

„Јавноздравствени аспект депресивности одраслог становништва Републике Србије“
и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам¹

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 24.7.2024.године.



потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>

Образац бр.3.

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:
„Јавноздравствени аспект депресивности одраслог становништва Републике Србије“
истоветне.

У Крагујевцу, 24.7.2024.године.

V. Simić

потпис аутора