

# SAMOPROCENJENO ZDRAVSTVENO STANJE ODRASLIH OSOBA NA KOSOVU I METOHIJI

## AUTORI

Milošević Jovana, Ilić Aleksandra, Đurić Slađana, Ilić Danijela, Milošević Nenad  
Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini, Kosovska Mitrovica, Srbija

## SAŽETAK

Uvod: Samoprocenjeno zdravstveno stanje obezbeđuje uopšteni pristup u stvaranju slike o zdravstvenom stanju populacije. Cilj rada: je da prikaže povezanost različitih kategorija samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa socijalno-demografskim karakteristikama, faktorima rizika i prisustvom jedne ili više hroničnih nezaraznih bolesti odraslih osoba u srpskim sredinama na Kosovu i Metohiji. Metod rada: Istraživanje je obavljeno kao studija preseka. Kao instrument istraživanja za prikupljanje podataka korišćen je upitnik, primenjen u Istraživanju zdravlja stanovništva Srbije (bez Kosova i Metohije) 2013. godine, koji je u skladu sa upitnikom Evropskog istraživanja zdravlja. Za potrebe našeg istraživanja korišćene su sledeće varijable; pol, starost, obrazovanje, radni status, bračni status, prisustvo hroničnih nezaraznih bolesti, pušenje, korišćenje alkohola i fizička aktivnost. Rezultati: Ukupno je odgovorilo 1067 ispitanika (51.3% žena), prosečne starosti 42 godine. Većina ispitanika u istraživanju je navela da se oseća veoma dobro ili dobro, četvrtina osrednje (ni loše ni dobro), dok je svoje stanje kao loše ili veoma loše ocenilo nešto manje od 5% ispitanika. Među ispitanicima koji su svoje zdravstveno stanje ocenili kao loše ili veoma loše značajno je više ispitanika ženskog pola, srednje životne dobi i starijih od 65 godina. Lošu sliku o svom zdravlju imale su i osobe sa osnovnim i srednjim obrazovanjem, ekonomski neaktivne, sklonije sedenternom načinu života. Učestalost osoba koji svoje zdravstveno stanje procenjuju kao loše ili veoma loše najveća je među ispitanicima sa dve ili više hroničnih bolesti. Zaključak: Različite kategorije samoprocenjenog zdravstvenog stanja pokazuju tendenciju povezivanja sa različitim individualnim karakteristikama odraslih ispitanika. Naši rezultati mogu pomoći u kreiranju strategije delovanja i izgradnje preventivnih programa na definisanom području.

Ključne reči: samoprocenjeno zdravstveno stanje, socijalno-demografske karakteristike, faktori rizika, odrasli.

## UVOD

Definicija zdravlja Svetske zdravstvene organizacije, „... stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti“ (1) koncipira zdravlje kao multidimenzionalnu kategoriju. U skladu s tim, ne postoji jedinstven standard za procenu zdravstvenog stanja pojedinca ili populacije. Slika o zdravstvenom stanju populacije utvrđuje se prikupljanjem podataka o zdravlju pojedinca, što je lakše definisati, nego stanje populacije. Pri tome koriste se različiti pokazatelji, poput obolevanja od hroničnih bolesti, stope smrtnosti, dostupnosti zdravstvene službe i drugo. Dobijeni podaci se porede sa podacima dobijenih na toj populaciji u ranijim studijama ili sličnih ispitivanja u drugim zemljama (2).

U istraživanjima koja se sprovode anketiranjem, za merenje zdravstvenog stanja ispitanika najčešće korišćen pokazatelj zdravstvenog stanja je samoprocena (3). Samoprocena zdravlja uključuje individualnu evaluaciju različitih dimenzija zdravlja - fizičke, emotivne i socijalne funkcionalnosti, a ne samo ocenu trenutnog zdravstvenog stanja u užem smislu (4). Prednost samoprocenjenog zdravstvenog stanja je što obezbeđuje uopšteni, a ne pojedinačni pristup u stvaranju slike o zdravstvenom stanju populacije. Samoprocena zdravlja

je pokazatelj koji značajno doprinosi evaluaciji zdravstvenih problema, opterećenja bolestima i zdravstvenih potreba na nacionalnom nivou (5). Samoprocena zdravlja je u upotrebi još od polovine prošlog veka u istraživanjima zdravstvenog stanja populacije (6), a pokazuje se kao validan i veoma pouzdan pokazatelj zdravlja, odnosno snažan prediktor morbiditeta i mortaliteta (7). Iako se zasniva samo na jednom pitanju (“Kako biste u celini ocenili svoje zdravstveno stanje”) pokriva različite dimenzije zdravlja, te njegovu primenu kao globalnog pokazatelja u proceni zdravstvenog stanja populacije predlažu Svetska zdravstvena organizacija i Komisija Evropske Unije (8).

Komparacija podataka o zdravstvenom stanju populacije u 22 evropske zemlje primenom samoprocene (9) pokazalo je, u većini zemalja, povezanost loše samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa lošim socijalno ekonomskim stanjem. U skladu sa tim su i prosečni nalazi da ispitanici iz zemalja Istočne Evrope češće svoje stanje ocenjuju kao loše u odnosu na ispitanike iz zapadnih zemalja Evrope (9). Autori sugerišu da lošem zdravstvenom stanju doprinose nezdrave navike i stil života, kao što su uzimanje alkoholnih pića i pušenje, udruženi sa nedostatkom informacija o zdravlju i zdravom ponašanju (10,11). Povezanost lošeg zdravstvenog stanja sa različitim faktorima može pomoći zdravstvenim radnicima u

## KORESPONDENT

JOVANA MILOŠEVIĆ  
Medicinski fakultet Univerziteta u  
Prištini, Kosovska Mitrovica  
✉ jovana\_mil@yahoo.com

kreiranju preventivnih i zdravstveno-promotivnih programa (6). Naša studija je prvo istraživanje koje procenjuje povezanost različitih kategorija samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa individualnim karakteristikama odraslih ispitanika na široj oblasti Kosova i Metohije sa većinskim srpskim stanovništvom, severno i južno od reke Ibar.

## CILJ RADA

Cilj rada je da prikaže povezanost različitih kategorija samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa socijalno-demografskim karakteristikama, faktorima rizika i prisustvom jedne ili više hroničnih nezaraznih bolesti odraslih osoba u srpskim sredinama na Kosovu i Metohiji.

## MATERIJAL I METODE

Istraživanje je obavljeno kao studija preseka na reprezentativnom uzorku odraslog nealbanskog stanovništva u opštinama severna Kosovska Mitrovica, Zubin Potok, Gračanica i Štrpce.

Za dobijanje slučajnog uzorka domaćinstava i ispitanika korišćena je kombinacija dve tehnike uzorkovanja: stratifikacije i višestapnog uzorkovanja. Četiri opštine su identifikovane kao glavni stratumi, a podele na mesne zajednice su označene kao jedinice prve etape u dvoetapnom uzorkovanju. Iz svakog stratuma metodom slučajnog izbora odabrano je 50% mesnih zajednica i to metodom slučajnog izbora na taj način što je, prema spisku dobijenom iz opštine, bila odabrana prva, a zatim svaka druga mesna zajednica. Jedinice druge etape su domaćinstva. Jedinice analize su ispitanici, subjekti na koje se odnosi sadržaj upitnika.

Kao instrument istraživanja za prikupljanje podataka primenjen je upitnik, korišćen za istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2013. godine, koji je u skladu sa upitnikom Evropskog istraživanja zdravlja. Za potrebe našeg istraživanja korišćene su sledeće varijable; pol, starost, obrazovanje, radni status, bračni status, prisustvo 17 hroničnih nezaraznih bolesti i stanja, pušenje, korišćenje alkohola i fizička aktivnost.

Prva grupa pitanja odnosi se na osnovne karakteristike ispitanika i sadrži devet pitanja. Za ovaj rad uzeti su odgovori na pitanja o polu, uzrastu, bračnom statusu, obrazovanju i radnom odnosu. Na pitanje o starosti ispitanici su se izjašnjavali o navršenim godinama života, a u prikazu rezultata i statističkih analiza izvršena je transformacija u tri kategorije: mlađe radnoaktivno stanovništvo (od 18. do 44. godine života), starije radnoaktivno stanovništvo (od 45. do 64. godine života) i staro stanovništvo (od 65. više godina života). Na pitanje o bračnom statusu ispitanici su mogli da zaokruže jedno od pet odgovora, a isti su onda transformisani u dve kategorije (prva: živi u braku ili vanbračnoj zajednici, druga: neoženjen/neudata, razveden/a, udovac/a). Na pitanje o najvišoj školi koju su ispitanici završili ponuđeno je deset odgovora (od "bez škole" do "doktorat"). U prikazu rezultata i statističkih analiza izvršena je transformacija u tri kategorije: 8 ili manje godina škole, od 9 do 12 godina škole i preko 12 godina škole. Pitanje o radnom statusu obuhvatilo je aktivan radni odnos, nezaposlen i neaktivan, što se odnosilo na studente, penzionere, domaćice i nesposobne za rad.

Samoprocena zdravstvenog stanja obuhvaćena je prvim pitanjem iz druge grupe pitanja Upitnika za odrasle osobe. Pitanje je glasilo: "Kakvo je Vaše zdravlje u celini? Da li je...", a ponuđeni odgovori bili su "Veoma dobro, Dobro, Osrednje (ni dobro, ni loše), Loše, Veoma loše". Naredna, treća grupa pitanja iz Upitnika za odrasle osobe obuhvatila je oblast hroničnih nezaraznih bolesti. Ispitanici su se izjašnjavali o prisustvu/odsustvu, svake posebno, 17 bolesti i patoloških stanja, ali je u obradi podataka za potrebe ovog rada izvršeno grupisanje na ispitanike bez prijavljenih hroničnih bolesti, sa jednom i sa dve ili više hroničnih bolesti.

Od faktora rizika, u ovom radu, praćeni su pušenje i konzumiranje alkoholnih pića. Na osnovu odgovora na dva pitanja o pušenju ("Da li ste ikada pušili"; "Da li sada pušite") svi ispitanici su grupisani u tri grupe, pušači, bivši pušači i nepušači. Kada je u pitanju konzumiranje alkohola, ispitanici su imali na raspolaganju devet ponuđenih odgovora. Oni koji su se izjasnili da su u proteklih 12 meseci svakog meseca dva do tri dana mesečno ili češće do svakodneвно uzimali alkohol svrstani su u grupu konzumenata alkoholnih pića, dok su oni sa konzumiranjem jednom mesečno ili ređe do nikada, svrstani u drugu grupu. Na osnovu odgovora na pitanje "U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida?" ispitanici su podeljeni na fizički aktivne i neaktivne.

Kako bi se utvrdilo da li ispitanici shvataju pitanja u upitniku, da li su jasno formulisana i da se utvrdi koliko je vremena, prosečno, potrebno za popunjavanje upitnika, pre početka istraživanja obavljeno je pretestiranje na 50 ispitanika.

Za svaku ulicu je prethodno određen broj ispitanika koje treba anketirati i polazilo se od prve zgrade ili kuće sa desne strane početka ulice. Ukoliko je u pitanju zgrada, prvo su anketirane osobe iz prvog stana, a zatim iz svakog drugog, tj. jedan stan se preskakao. U slučaju odbijanja saradnje prelazilo se na sledeći stan, prema rednom broju. U slučaju da je na početku ulice bila kuća, anketiranje se vršilo u svakoj drugoj kući. Anketiranje je sprovedeno metodom "licem u lice".

Statistička obrada prikupljenih podataka obavljena je na računaru. Baza podataka je pravljena u programu Excel, a za statističku obradu korišćen je program SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). Od deskriptivnih statističkih mera korišćene su: aritmetička sredina sa 95%-tnim intervalom poverenja, standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrednost. Značajnost razlike učestalosti testirana je hi-kvadrat testom. U procesu testiranja hipoteza za nivo značajnosti uzeta je vrednost 0,05.

## REZULTATI

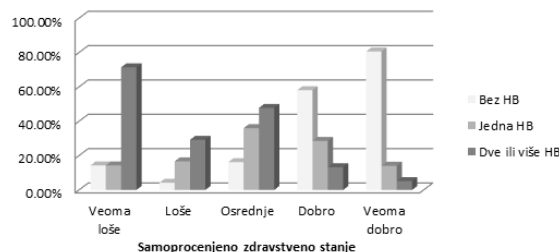
Istraživanjem su obuhvaćene odrasle osobe u sredinama sa većinskim srpskim stanovništvom na Kosovu i Metohiji. Ukupno je odgovorilo 1067 ispitanika (51.3% žena), prosečne starosti 42.2 ( $\pm 16.0$ ) godine. Skoro 60% ispitanika je imalo između 18 i 44 godine, 31% između 45 i 64 godine života, dok je svaki deseti ispitanik imao 65 ili više godina. U braku ili vanbračnoj zajednici živelo je 68.3% ispitanika. Dve trećine ispitanika imali su završenu srednju školu, polovina ispitanika je bila u radnom odnosu, jednu trećinu činili su aktivni pušači, dok je svaki deseti ispitanik bio bivši pušač. Skoro svaki drugi ispitanik

je konzumirao alkohol najmanje 2-3 puta u mesecu. Više od polovine ispitanika nije bilo fizički aktivno u mesecu koji je prethodio ispitivanju. Distribucija prema polu pokazala je da je među muškarcima bilo statistički značajno više ispitanika sa 9 i više godina obrazovanja ( $p=0.014$ ), više zaposlenih osoba ( $p=0.003$ ) i više aktivnih i bivših pušača u odnosu na ispitanike ženskog pola ( $p<0.001$ ). Muškarci su takođe statistički značajno češće konzumirali alkoholna pića ( $p<0.001$ ), ali i bili fizički aktivniji u mesecu koji je prethodio ispitivanju ( $p=0.002$ ). U odnosu na kategorije starosti, najviše ispitanika sa više od 12 godina obrazovanja bilo među mladim odraslim osobama (18-44 godine) ( $p<0.001$ ), ali je i najviše nezaposlenih ispitanika takođe bilo u najmlađoj dobnoj grupi ( $p<0.001$ ). Najviše aktivnih pušača bilo je među ispitanicima srednje životne dobi. Alkoholna pića su najviše konzumirale mlađe osobe, koje su bile i fizički najaktivnije u mesecu koji je prethodio ispitivanju ( $p<0.001$ ).

Većina ispitanika u istraživanju je navela da se oseća veoma dobro ili dobro, četvrtina osrednje (ni loše ni dobro), dok je svoje stanje kao loše ili veoma loše ocenilo nešto manje od 5% ispitanika. Tabela 1. prikazuje distribuciju odgovora o samoprocenjenom zdravstvenom stanju u odnosu na individualne karakteristike ispitanika. Među ispitanicima koji su svoje zdravstveno stanje u celini ocenili kao loše ili veoma loše značajno je više ispi-

tanika ženskog pola, srednje životne dobi i starijih od 65 godina, sa osnovnim i srednjim obrazovanjem, ekonomski neaktivnih, i koje su sklonije sedenternom načinu života. Broj ispitanika koji svoje zdravstveno stanje ocenjuju kao loše ili veoma loše najveći je među ispitanicima sa dve ili više hroničnih bolesti, što je prikazano na Grafikonu 1.

Grafikon 1. Distribucija odgovora o samoprocenjenom zdravstvenom stanju prema prisustvu hroničnih bolesti (HB)



## DISKUSIJA

U ovom istraživanju anketiranjem licem u lice intervjuisano je 1067 odraslih osoba koje žive u sredinama sa većinskim srpskim stanovništvom na području Kosova i Metohije. Prema dominaciji individualnih karakteristika ispitanika u ovom istraživanju, prosečan ispitanik je imao 42 godine života, živio je u braku i imao završenu sred-

Tabela 1. Distribucija odgovora o samoprocenjenom zdravstvenom stanju prema individualnim karakteristikama ispitanika

Individualne karakteristike		Samoprocena zdravstvenog stanja					p*
		Veoma loše n=7(0.66%)	Loše n= 48 (4.5%)	Osrednje n= 253 (23.7%)	Dobro n= 511 (47.9%)	Veoma dobro n= 248 (23.2%)	
Pol	Muškarci	0(0.0%)	22(45.8%)	109(43.3%)	244(47.7%)	145(58.2%)	0.001
	Žene	7(100%)	26(54.2%)	143(56.7%)	267(52.3%)	104(41.8%)	
Starost	18 - 44	2(28.6%)	5(10.4%)	58(23.0%)	338(66.1%)	218(87.6%)	0.000
	45 -64	2(28.6%)	23(47.9%)	136(54.0%)	150(29.4%)	26(10.4%)	
	≥ 65	3(42.9%)	20(41.7%)	58(23.0%)	23(4.5%)	5(2.0%)	
Bračni status	U bračnoj/vanbr. zajednici	3(42.9%)	35(72.9%)	201(79.8%)	369(72.2%)	124(49.8%)	0.936
	Neoženjen, razveden, udovac/a	4(57.1%)	13(27.1%)	51(20.2%)	142(27.8%)	125(50.2%)	
Nivo obrazovanja	≤8	4(57.1%)	17(35.4%)	40(15.8%)	22(4.3%)	0(0.0%)	0.000
	9 - 12	3(42.9%)	25(52.1%)	173(68.4%)	386(75.5%)	188(75.8%)	
	>12	0(0.0%)	6(12.5%)	40(15.8%)	103(20.2%)	60(24.2%)	
Radni Status	Zaposlen	0(0.0%)	11(22.9%)	106(41.9%)	305(59.7%)	139(56%)	0.000
	Nezaposlen	2(28.6%)	12(25%)	49(19.4%)	122(23.9%)	63(25.4%)	
	Neaktivan	5(71.4%)	25(52.1%)	98(38.7%)	84(16.4%)	46(18.5%)	
Pušenje	Nepušač	4(57.1%)	25(52.1%)	115(45.5%)	272(53.2%)	146(58.9%)	0.204
	Bivši pušač	2(28.6%)	7(14.6%)	39(15.5%)	43(8.4%)	14(5.6%)	
	Sadašnj. Pušač	1(14.3%)	16(33.3%)	98(38.9%)	196(38.4%)	89(35.7%)	
Konzumir. Alkohola	Da	0(0.0%)	6(12.5%)	95(37.7%)	255(49.9%)	140(56.2%)	0.000
	Ne	7(100%)	42(87.5%)	157(62.3%)	256(50.1%)	109(43.8%)	
Fizička aktivnost	Aktivan	0(0.0%)	13(27.1%)	69(27.4%)	227(44.4%)	163(65.5%)	0.002
	Neaktivan	7(100%)	35(72.9%)	183(72.6%)	284(55.6%)	86(34.5%)	

\* p - statistička značajnost za učestalost odgovora loše i veoma loše samoprocenjeno zdravstveno stanje

nju školu. Utvrđena je dominacija muškaraca srednje životne dobi po pitanju zaposlenosti, godina obrazovanja i fizičke aktivnosti. Međutim, muškarci su značajno češće bili izloženi i značajnim faktorima rizika kao što su pušenje i konzumiranje alkoholnih pića.

U ovom istraživanju svaki peti ispitanik je svoje zdravstveno stanje u celini ocenio kao veoma dobro, a gotovo svaki drugi je naveo da se oseća dobro. Procenat ispitanika koji su svoje stanje ocenili kao dobro ili veoma dobro veći je nego u Istraživanju zdravlja stanovništva u Srbiji 2013. godine (bez podataka za KiM) (12), kao i u jednoj studiji na uzorku stanovništva severnog dela Kosovske Mitrovice (13) ali je jako blizak sa podacima iz Evropske unije gde je skoro 70% stanovništva svoje zdravlje ocenilo kao dobro (14). U našem istraživanju su muškarci imali pozitivniju sliku o svom zdravlju u odnosu na žene, što je slično nalazima iz studija u našoj zemlji i regionu (12,15,16). Takođe, nalazi našeg i pomenutih istraživanja su saglasni da se sa starenjem povećava verovatnoća da će osoba svoje zdravlje proceniti kao loše i veoma loše. Među našim ispitanicima koji su svoje zdravstveno stanje u celini ocenili kao loše i veoma loše značajno je više ispitanika ženskog pola, srednje životne dobi i starijih od 65 godina, sa osnovnim i srednjim obrazovanjem, ekonomski neaktivnih i sklonijih sedenternom načinu života. I druge studije nalaze veću sklonost ka lošoj samoproceni zdravlja od strane žena i starijih osoba (17,18). Sa druge strane, verovatnoća samoprocene zdravlja kao dobro i veoma dobro raste sa obrazovanjem, što je opet u saglasnosti sa ranijim studijama (19). Nisu neočekivani naši nalazi loše ili veoma loše samoprocene zdravstvenog stanja među ispitanicima sa dve ili više hroničnih bolesti. I u jednoj skorijoj studiji broj ispitanika koji svoje zdravstveno stanje ocenjuju kao loše raste sa brojem hroničnih bolesti (20).

## ZAKLJUČAK

Polovina ispitanih odraslih na Kosovu i Metohiji svoje zdravstveno stanje ocenjuje kao veoma dobro ili dobro. Među tim ispitanicima najviše je mladih, fizički aktivnih muškaraca, nepušača sa srednjim obrazovanjem. Sa druge strane, svoje zdravlje kao loše ili veoma loše češće ocenjuju ispitanici ženskog pola, srednje životne dobi i stariji od 65 godina, kao i osobe sa osnovnim i srednjim obrazovanjem. Lošu sliku o svom zdravstvenom stanju imaju i ispitanici koji su ekonomski neaktivni i skloniji sedenternom načinu života. Pristvo dve ili više hroničnih bolesti takođe je češće povezano sa loše ili veoma loše samoprocenjenim zdravstvenim stanjem. Naši rezultati pomoći u kreiranju strategije delovanja i izgradnje preventivnih programa na definisanom području.

## LITERATURA

1. World Health Organization. Basic Documents. Forty-fourth edition. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2003.
2. Bhopal RS. Concepts in Epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2002.
3. Norris JC, Van der Laan MJ, Lane S, Anderson JN, Block G. Nonlinearity in demographic and behavioral determinants of morbidity. *Health Serv Re* 2003; 38(6 Pt 2):1791-1818.
4. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.
5. Knight B.G., Gatz M., Heller K. and Bengtson V.L. Age and emotional response to the Northridge earthquake: a longitudinal analysis. *Psychol Aging* 2000;15(4):627-34.
6. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53(3):S144-152.
7. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med* 2004; 59:1297-1306.
8. European Commission. Health & consumer protection directorate-general. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the "Short List". Luxembourg: European commission, 2004.
9. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008; 358:2468-81.
10. Steptoe A, Wardle J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being instudents from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med* 2001. 53(12):1621-30.
11. Laaksonen M, McAlister AL, Laatikainen T, Drygas W, Morava E, Nüssel E, Oganov R, Pardell H, Uhanov M, Puska P. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European east-west gap in health status? *Eur J Public Health* 2001; 11(1):65-73.
12. Institut za javno zdravlje Srbije. Rezultati Istraživanja zdravlja stanovnika Srbije 2013. godina. Beograd 2014.

13. Mirković M. Procena zdravstvenog stanja stanovnika na socijalno-ekonomski i politički-bezbednosno ugroženoj teritoriji. Magistarska teza. Beograd: Medicinski fakultet, 2008.
14. World Health Organization. Comprehensive Global Monitoring Framework, Including Indicators and a Set of Voluntary Global targets for the Prevention and Control Noncommunicable Diseases, World Health Organization 2012.
15. Mirković M, Simić S. Prediktori samoprocenjenog zdravstvenog stanja stanovnika na političko-bezbednosno ugroženoj teritoriji. Medicinski preglad 2011; 64 (3-4) 168-172.
16. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Evropska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2014.-2015. Osnovni pokazatelji. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
17. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godina, osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007.
18. MacIntyre K. Rapid assessment and sample surveys: trade-offs in precision and cost. Health Policy Plan 1999; 14(4): 363-73.
19. Phillips L.J. and Hammock R.L., Blanton J.M.. Predictors of self-rated health status among Texas residents. Prev Chronic Dis; 2005.
20. Theme Filha MM, de Souza Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(2):83-96.

## ENGLISH

### SELF-ASSESSMENT HEALTH STATE OF ADULTS IN KOSOVO AND METOHIA

Milosevic Jovana, Aleksandar Ilić, Ilić Danijela, Đurić Slađana, Milošević Nenad  
Faculty of Medicine, University of Pristina, Kosovska Mitrovica, Serbia

#### SUMMARY

**Introduction:** A self-assessment health condition provides a general approach to creating a picture of the health status of the population.

**Aim:** The aim of the paper is to show the connection between different categories of self-assessed health with socio-demographic characteristics, risk factors and with the presence of one or more chronic non-communicable disease of adults in Serbian communities in Kosovo and Metohia. **Method:** The research was carried out as a cross section study. As an instrument for data collection, the questionnaire was applied in the 2013 Survey of the Health of the Population of Serbia (excluding Kosovo and Metohija), which is in line with the European Health Research Questionnaire. For the purposes of our research, the following variables were used; gender, age, education, working status, marital status, the presence of chronic non-communicable diseases, smoking, alcohol use and physical activity.

**Results:** A total of 1067 respondents (51.3% of women) responded, with an average age of 42.2 ( $\pm$  16.0) years. Most respondents in the survey found that they feel very good or good, a quarter of the middle (not bad or good), while their condition was poor or very poor assessed by just under 5% of respondents. Among the respondents who rated their health condition as poor or very poor, there were significantly more female respondents, middle age and 65 years of age. Also, people with primary and secondary education, economically inactive, and who are inclined to the sedentary way of life, have a poor picture of their health. The frequency of people who assess their health status as bad or very bad is the highest among respondents with two or more chronic diseases.

**Conclusion:** Different categories of self-assessment health show a tendency to connect with different individual characteristics of adult respondents. Our results can help in creating a strategy of action and building preventive programs in a defined area.

**Key words:** Self-assessment of health status, socio-demographic characteristics, adults.