



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Катарина М. Јанићијевић

**УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИОЕКОНОМСКИХ  
ФАКТОРА НА КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ  
КОД МЛАДИХ У СРБИЈИ**

докторска дисертација

ментор др сци. мед. Снежана Радовановић, доцент

Крагујевац, 2017.

## ИНДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

### *I. Аутор*

Име и презиме: Катарина М. Јанићијевић

Датум и место рођења: 12. 11. 1989. Крагујевац

Садашње запослење: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

### *II. Докторска дисертација*

Наслов: Утицај демографских и социоекономских фактора на коришћење психоактивних супстанци код младих у Србији

Број страница: 156

Број слика: 42 графикана, 67 табела

Број библиографских података: 118

Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Научна област (УДК): Медицина. Неуронауке.

Ментор: др сци. мед. Снежана Радовановић, доцент

### *III. Оцена и одбрана*

Датум пријаве теме: 01. 03. 2017.

Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-584/19, 07. 06. 2017.

Комисија за оцену подобности теме и кандидата: IV-03-374/33, 05. 04. 2017.

1. проф. др Сања Коцић, председник

2. проф. др Мирјана Јовановић, члан

3. проф. др Биљана Миличић, члан

Комисија за оцену докторске дисертације: IV-03-374/33, 05. 04. 2017.

1. проф. др Сања Коцић, председник

2. проф. др Мирјана Јовановић, члан

3. проф. др Биљана Миличић, члан

Комисија за одбрану докторске дисертације: IV-03-929/10, 04. 10. 2017.

1. проф. др Сања Коцић, председник

2. проф. др Мирјана Јовановић, члан

3. проф. др Биљана Миличић, члан

Датум одбране дисертације:

## АПСТРАКТ

**Увод:** Злоупотреба психоактивних супстанци међу младима представља значајан проблем појединца, породице и друштва. Представља глобални проблем и тиче се адолесцената широм света. Проблем злоупотребе и зависности од психоактивних супстанци најчешће се посматра са индивидуалног аспекта проблема личности, док је социјални контекст често занемарен, а како би се предузеле мере превенције које би дале задовољавајуће резултате неопходно је направити одговарајуће стратегије за борбу против злоупотребе психоактивних супстанци које треба да буду у складу са демографским и социоекономским карактеристикама заједнице. У том контексту желели смо да нашим истраживањем утврдимо учесталост коришћења психоактивних супстанци, са аспекта демографских и социоекономских фактора који доприносе оваквом понашању младих у Србији, како би добијене резултате искористили у креирању промотивних интервенција и програма за сузбијање овог значајног проблема.

**Циљ:** Студија се бави испитивањем утицаја демографских и социоекономских фактора на учесталост коришћења психоактивних супстанци у популацији младих у Србији.

**Материјал и метод:** Истраживање представља део Истраживања здравља становништва Србије из 2013. године које је спроведено од стране Министарства здравља Републике Србије, као студија пресека на репрезентативном стратификованом двоетапном узорку. Истраживањем је обухваћено 1722 испитаника старости од 15 до 24 године. Инструмент истраживања су били упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља.

**Резултати:** Резултати истраживања су показали да млади мушког пола, средњег образовања, они који потичу из градске средине, из Јужних и Источних регија Србије, који припадају најсиромашнијој категорији становништва, који имају најнижи приход по члану домаћинства, као и они који своје здравље процењују као лоше, конзумирају цигарете и алкохол чешће од осталих категорија испитиване младе популације. Конзумирање илегалних дрога, чешће је код младића, младих са вишим или високим образовањем, код оних који потичу са територије Војводине, са вишим приходима по члану домаћинства, а и из најбогатијих категорија становништва, као и оних испитаника који своје здравље процењују као добро. Девојке чешће самоиницијативно конзумирају средства за спавање, против болова и за смирење од младића.

**Закључак:** Истраживање употребе психоактивних супстанци код младих у Србији указује на неопходност превенције ризичног понашања, злоупотребе и зависности од психоактивних супстанци пре свега кроз интензивирање превентивних активности, развијању социјалних вештина и информисање младих о штетним ефектима и последицама употребе психоактивних супстанци.

**Кључне речи:** психоактивне супстанце, цигарете, алкохол, Србија, млади, Национално истраживање здравља

## ABSTRACT

**Introduction:** The abuse of psychoactive substances among young people is a significant problem for the individual, his family and society as a whole. It is a global problem and affects adolescents around the world. The problem of the abuse and dependence on psychoactive substances is most often viewed from the individual aspect, that is as a personal problem, while the social context is often neglected. In order to take preventive measures which can deliver satisfactory results, it is necessary to make appropriate strategies for combating the abuse of the psychoactive substances that would be in accordance with the demographic and socioeconomic characteristics of the community. In this context, the aim of our research was to determine the frequency of using the psychoactive substances in terms of demographic and socioeconomic factors that contribute to this kind of behavior among young people in Serbia and to use the obtained results to create promotional events and programs to combat this significant problem.

**Objective:** The study is related to the impact of demographic and socioeconomic factors on the frequency of the psychoactive substances abuse among young population in Serbia.

**Material and Method:** The research is a part of 2013 Survey of the Health of Serbian Population, conducted by the Ministry of Health of the Republic of Serbia, as a cross section study on a representative stratified two-tier sample. The study covered 1722 subjects at age between 15 and 24. Research instruments that we used were the questionnaires designed in accordance with the European Health Research Questionnaire.

**Results:** The results of the research have shown that young men with secondary school education, who come from urban area of the South and East Serbia and from the poor population with lowest income per household member, giving estimate on their health as poor, consume cigarettes and alcohol more often than other categories of young people who participated in this survey. The consumption of illegal drugs is more frequent among young men with college or university education coming from Vojvodina, from rich categories of population with higher income per household member, who evaluated their health as well. Girls are more often inclined to consume over-the-counter sleeping pills, painkillers and tranquilizers.

**Conclusion:** The results of the study of psychoactive substances abuse among young people in Serbia point to the necessity to work on the prevention of risky behavior and the abuse of and dependence on the psychoactive substances primarily through intensifying preventive activities, developing social skills and informing young people about harmful effects and consequences of the psychoactive substances abuse.

**Key words:** psychoactive substances, cigarettes, alcohol, Serbia, youth, National Health Survey

*Мојој мајци, баки Души и деки Аци*

*"Само су два извора људских порока:  
лењост и празноверје,  
и само су два добротинитеља:  
рад и ум".*

*Толстој*

*Ова докторска дисертација плод је оригиналног ауторског рада који превасходно има за циљ испитивање утицаја демографских и утицаја социоекономских фактора на коришћење психоактивних супстанци у популацији младих особа у Србији.*

*Велику захвалност дугујем свом ментору, **доц. др Снежани Радовановић** на указаном поверењу, разумевању, стрпљењу, добронамерним саветима и несебичној помоћи у успешном савладавању недоумица и проблема током израде докторске дисертације.*

*Захвалност дугујем **проф. др Михајлу Јаковљевићу** на смерницама током реализације тезе.*

*Захвалност дугујем породици, пријатељима и колегама на вишегодишњем разумевању приликом израде ове докторске дисертације.*

**Крагујевац, 2017.**

**Катарина М. Јанићијевић**

## САДРЖАЈ

<b>1. УВОД</b> .....	<b>1</b>
1.1. Употреба психоактивних супстанци код младих као проблем јавног здравља.....	2
<b>2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗА СТУДИЈЕ</b> .....	<b>7</b>
2.1. Циљеви студије.....	7
2.2. Хипотезе студије.....	7
<b>3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД</b> .....	<b>8</b>
3.1. Врста студије.....	8
3.2. Популација која се истражује.....	8
3.3. Узорковање .....	8
3.4. Инструмент истраживања.....	9
3.5. Варијабле које се мере у студији и снага студије.....	10
3.6. Снага студије и величина узорка .....	11
3.7. Статистичка обрада података.....	12
<b>4. РЕЗУЛТАТИ</b> .....	<b>13</b>
4.1. Демографске и социоекономске карактеристике .....	13
4.1.1. Полна структура .....	13
4.1.2. Образовна структура.....	13
4.1.3. Географска структура.....	14
4.1.4. Структура према типу насеља .....	14
4.1.5. Економска структура.....	15
4.1.6. Самопроцена здравља .....	16
4.1.7. Навике и ставови испитаника према конзумирању цигарета.....	17
4.1.8. Навике и ставови испитаника према конзумирању алкохола .....	21
4.1.9. Навике и ставови испитаника према конзумирању лекова и илегалних дрога .....	24
4.1.10. Физичко и психичко насиље.....	25
4.2. Употреба психоактивних супстанци према полу .....	30
4.3. Употреба психоактивних супстанци према образовном статусу.....	36
4.4. Употреба психоактивних супстанци према типу насеља .....	44
4.5. Употреба психоактивних супстанци према географској области.....	53
4.6. Употреба психоактивних супстанци према материјалном статусу .....	62
4.7. Употреба психоактивних супстанци према приходу по члану домаћинства .....	71
4.8. Употреба психоактивних супстанци према самопроцени здравља .....	82
4.9. Бинарна логистичка регресија употребе психоактивних супстанци у корелацији са демографским и социоекономским факторима код младих .....	91
<b>5. ДИСКУСИЈА</b> .....	<b>93</b>
<b>6. ЗАКЉУЧЦИ</b> .....	<b>103</b>
<b>7. ПРЕДЛОГ МЕРА</b> .....	<b>104</b>
<b>8. ЛИТЕРАТУРА</b> .....	<b>105</b>
<b>9. ПРИЛОГ</b> -Упитник за младе особе старости 15 и више година 2013. ....	<b>115</b>

## 1. УВОД

Злоупотреба психоактивних супстанци представља значајан проблем појединца, породице и друштва, остављајући штетне ефекате на ментално и физичко здравље (1), породичне односе, радну способност и друштвену делатност (2). Такође значајни су трошкови које сноси друштво због директних и индиректних последица зависности од одређених супстанци (3). Последице злоупотребе супстанци могу бити различите: смањено образовање и незапосленост, смањена продуктивност рада, слабо здравље, више стопе HIV-а, хепатитис В и С инфекције (4), социјална дисфункција, виша стопа насиља, сиромаштва, бескућништво, нижа вероватноћа опоравака, лоших исхода лечења и лошег квалитета живота (5).

Психоактивне супстанце, које се користе код адолесцената представљају озбиљан здравствени проблем, јер их излажу ризику и опасности по здравље и могу на крају довести до зависности. Употреба психоактивних супстанци међу адолесцентном популацијом није проблем само једног типа друштва или једног сегмента друштва. Представља глобални проблем и тиче се адолесцената широм света (6).

Проблем злоупотребе и зависности од психоактивних супстанци најчешће се посматра са индивидуалног аспекта проблема личности, док је социјални контекст често занемарен, а како би се предузеле мере превенције које би дале задовољавајуће резултате неопходно је направити одговарајуће стратегије за борбу против злоупотребе психоактивних супстанци које треба да буду у складу са демографским и социоекономским карактеристикама заједнице. Психоактивне супстанце представљају велики изазов питању јавног здравља широм света посебно у погледу социјално угрожене популације адолесцента (7).

У том контексту желели смо да нашим истраживањем утврдимо учесталост коришћења психоактивних супстанци, са аспекта демографских и социоекономских фактора који доприносе оваквом понашању младих у Србији, како би добијене резултате искористили у креирању промотивних интервенција и програма за сузбијање овог значајног проблема.



## 1.1. Употреба психоактивних супстанци у адолесцентној популацији као проблем јавног здравља

Адолесценција је период развоја, која има своје биолошке, психолошке и социјалне карактеристике. То је период преласка из детињства у одрасло доба (1), проткан многобројним, новим изазовима (2).

Адолесценција је период у коме је експериментисање са психоактивним супстанцама уобичајено (3). То је период највећег ризика за почетак коришћења психоактивних супстанци: пушење цигарета, конзумација алкохола и недозвољених дрога. Међутим, унапред неспремни, адолесценти су склони да некритички преузму све што им окружење намеће и чешће прибегавају различитим аспектима проблематичног понашања, које нема увек позитивну и адаптивну функцију (4).

Несигурност, нестабилност расположења, недостатак спонтаности, егоцентричност, побуна, сукоб са ауторитетом, страх од неуспеха, жеља да се буде успешан су особине које карактеришу личност адолесцената (2-4).

Најчешћи иницијални мотиви за конзумирање алкохола код адолесцената су: жеља да се задовољи радозналост, потреба да се припада групи, жеља за новим, избегавање досаде, потреба да се побегне од проблема, смањење социјалних страхова и несигурности (5).

Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), алкохол и дуван су најчешће злостављане супстанце (6,7).

Пушење је најчешћи појединачни узрок преране смрти за људе савременог света. Према подацима СЗО, од последица пушења око пет милиона људи умре сваке године, што је више од половине свих смртних случајева или више од свих смртних случајева изазваних AIDS-ом, легалним и нелегалним дрогама, саобраћајним несрећама, убиставима и самоубиствима (8).

Пушење је такође значајан фактор ризика за многе болести: респираторне, гастроинтестиналне и генитоуринарне, имунолошке и хематолошке болести (9).

Активно пушење младих је повезано са значајним здравственим проблемима у детињству и адолесценцији као и са повећаним факторима ризика за здравствене проблеме у одраслом добу. Социодемографски фактори, фактори животне средине, понашања, и лични фактори могу да подстакну појаву употребе дувана/другог међу адолесцентима (10).

У Европи, Пројекат анкете Европске школе за алкохол и друге дроге (ESPAD) је студија која се спроводи сваке четврте године од 1995. године у 39 европских земаља са циљем да контролише учесталост пушења, алкохола и недозвољених дрога. Србија је укључена у ову студију од 2005. године (11,12).

Резултати ESPAD истраживања су показали да је 58% адолесцената пробало цигарете најмање једном и да су честе употребе цигарета међу адолесцентима у централној и источној Европи (13).

Министарство здравља и Национална комисија за превенцију пушења Републике Србије су предузели бројне активности на пољу превенције и борбе против пушења. Од ратификације Оквирне конвенције о контроли дувана Светске здравствене организације, Република Србија, заједно са 139 земаља света, посвећена је свеобухватној акцији за контролу дувана. Наша земља је тако поставила контролу дувана као приоритет. Постоји значајан број прописа којима се уређују питања контроле дувана у Србији: Закон о забрани пушења у затвореним просторима, Закон о оглашавању, Закона о дувану и Закон о акцизама (14).

Распрострањеност потрошње дуванских производа међу адолесцентним становништвом узраста од 18 до 25 година у Француској, веома је близу европског просека (11). Отприлике једна трећина ученика се изјаснила да не пуши цигарете (близу 29% од просека у европским земљама) (15). Укупно 74,2% ученика пријавило је да користи дуван бар једном (16), док се 44,2% шпанских адолесцената узраста 14 до 18 година, изјаснило да конзумира дуван (17). У Пољској, 27,2% адолесцената се изјаснило да пуши цигарете, од којих 26,1% то чини свакодневно и 1,1% повремено (18).

Анализирајући употребу дувана младих људи у Немачкој утврђено је да око 15% младих узраста од 15 година конзумира разне врсте дувана најмање једном недељно (19).

Распрострањеност редовног пушења међу грчким адолесцентима је 20,8% (20).

Студија истраживања преваленције пушења цигарета међу средњошколцима узраста од 15 до 17 година у Ирану је показала да је 21,6% средњошколаца пушило цигарете барем једном у животу, а да су 9,7% њих пушачи. Од садашњих пушача, 49% је рекло да обично пуши у кафићима, док је 40,3% навело да би желели да престану да пуше (21).

Студија, чији је циљ био да се утврди преваленција употребе дувана међу средњошколцима у Јапану је показала да је 58,3% ученика пријавило експериментисање са пушењем цигарета, 42,3% је изјавило да су пушили цигарете у последњих 30 дана, а 34,8% се изјаснило да то чини свакодневно. Узраст почетка експериментисања са пушењем цигарета био је са 13 година, или млађи (22). Истраживање које је спроведено међу кинеским адолесцентима показало је да 1,1% ученика тренутно користи Е-цигарете, 11,7% никада нису били пушачи, 15,8% су били експериментални пушачи, 39,3% су били бивши пушачи цигарета, а 33,2% су свакодневни пушачи цигарета (23).

Корелација између конзумирања дувана и демографских карактеристика међу бразилским младим становништвом, показало је да нема разлике међу половима у потрошњи цигарета (24), док су резултати истраживања у Турској показали, да младићи три пута чешће него девојчице пуше цигарете (25). Бразилски адолесценти у 18,5% случајева су пушили бар једном у животу, 5,7% су свакодневни пушачи, а 2,5% повремени пушачи (26), док је учесталост конзумирања цигарета код младих узраста од 15 до 19 година у Турској 38,2%, а свакодневног пушења 10,5% (27).

На Тајланду, преваленција адолесцената који пуше или су пушили износи 24,6% (38,9% дечака и 6,9% девојчица). Фактори ризика за оне који су се изјаснили да су икада пушили су старосно доба, висока учесталост конзумирања кафе или чаја и присуство пушача у породици (28).

Анализирајући преваленцију употребе дувана међу ученицима узраста од 12 до 17 година у Најробију у Кенији, утврђено је да је 31% ученика експериментисало са пушењем (29). Резултати истраживања о понашању адолесцената према психоактивним супстанцама на северу Јужне Африке указују на преваленцу од 10,6% за пушење цигарета, чешће код мушкараца. Већина конзумента цигарета су изјавили да су разлози за то досада, умор или стрес. Просечна старост првог контакта са пушењем био је 15,3 година (30).

Алкохол је психоактивна супстанца који се најчешће користи и злоупотребљава код адолесцената широм света (31). Током адолесценције, конзумирање алкохола има велики значај због учесталости и обима коришћења и утицаја на здравље адолесцената (32).

Студије потрошње алкохола међу европским адолесцентима (ESPAD) указују на то да је употреба алкохола међу младима у скоро свим европским земљама у порасту (33), упркос чињеници да су многи резултати истраживања показали да су средњошколци добро информисани о здравственим ризицима који произилазе из конзумирања алкохола/друго (34).

Источна Европа и регион Балкана пријављују високе стопе злоупотребе алкохола (34, 18). Злоупотреба алкохола је здравствени проблем који значајно доприноси глобалној инвалидности (болести јетре, кардиоваскуларна обољења, саобраћајне несреће, повреде, убиства, самоубиства) (19), али је уједно и економски проблем (одсуство са посла, незапосленост, смањена продуктивност и слично) (20).

Резултати конзумирања алкохола код адолесцената показују већу учесталост у многим земаља Европе: Румунија, Шведска 71-74%, Црна Гора, Норвешка, Албанија и Исланд 65-43% (35), Италија 63.3% (36), Немачка 52.3% (37) и САД 71% (38), него у Србији 48,7% (39).

Конзумирање алкохола од стране младих људи је национални проблем у многим земљама, пре свега због штетних последица конзумирања алкохола на социјалном, физичком и психоневролошком развоју адолесцената. Скоро две трећине аустралијских адолесцената конзумира алкохол (40), као и 50% адолесцената Бразила (41).

Конзумирање алкохола међу младима је велики проблем јавног здравства. Конзумирање алкохола повећава ризик од акутних и хроничних проблема изазваних алкохолом, укључујући ризично сексуално понашање, повреде и вожњу у пијаном стању. Они који почну да пију алкохол као малолетници имају веће шансе да развију симптоме злоупотребе алкохола и зависности као одрасла особа, од вршњака који се уздржавају. У САД више од 27% младих узраста од 12 до 20 година старости пије алкохол током целе године (42).

Примећено је да младићи конзумирају алкохол више од девојака у Канади (43), Хрватској (44), Италији (11), Исланду, Летонији и Шведској (10), Немачкој (12), док је истраживање у Сједињеним Америчким Државама (13) показало да девојчице чешће конзумирају алкохол. Такође, утврђено је да адолесценти са вишим социоекономским статусом чешће конзумирају алкохолна пића (11).

Истраживања у Великој Британији су показала да је употреба алкохола међу адолесцентима чешћа у домаћинствима са већим примањима (45).

Предиспонирајући фактори за конзумирање алкохола код шпанских адолесцената су: чешћи изласци у вечерњим сатима, висок проценат пријатеља који пију или се опијају, рани почетак коришћења алкохола, изостанци из школе, незаконита употреба дрога и сума џепарца коју користе за личне потребе (46). Већи приход домаћинства је био повезан са већим ризиком од употребе алкохола (47). Такође резултати многих истраживања су показали да је чешће конзумирање алкохола код младих људи из урбаних подручја. Један од разлога за више проблематичних образаца понашања у урбаним срединама би био што адолесценти из сеоских пребивалишта имају мање алтернатива за укључивање у занимљиве активности у слободно време, него адолесценати који живе у градовима (48).

Адолесценти који конзумирају алкохол су више склони другим облицима здравственоризичних понашања, као што су вожња са возачем који је пио, ризична сексуална активност, пушење цигарета, жртве насиља, самоубиства и употреба опојних дрога (49,50). Такође је примећено да адолесценти који конзумирају алкохол су чешће пушачи и да су склонији психичком малтретирању, увредама и физичком насиљу (тучама и слично). Чак и један епизода пијанства у адолесценцији значајно повећава ризик од морбидитета и морталитета изазваног немарном вожњом, разним инцидентима, акцидентима и ризичним сексуалним активностима (51).

Резултати појединих истраживања показују да је један од водећих узрока убистава, самоубистава и несрећа са смртним исходом у адолесценцији, конзумирање алкохола. Адолесценти чешће губе своје животе због последица алкохола, него због последица свих других психоактивних супстанци заједно (52).

Велики број адолесцената (70% дечака и 53% дјевојчица) који су користили алкохол више од пет пута у животу, доживели су бар један проблем у вези са употребом алкохола (проблеми са законом, здравствени проблеми, изостанак из школе и друго) (53).

Примарна социјализација и васпитање у породици има најважнији утицај на здравствено понашање или понашања у вези са здрављем, где су родитељи кључни за уграђивање исправних социјалних и здравствених образаца понашања младих. Ставови родитеља, који директно одобравају или индиректно подржавају злоупотребу алкохола, имају директан значај за формирање ставова адолесцената, посебно ако постоји случај алкохолизма у породици (54).

Колико ће млади експериментисати са дрогама зависи између осталог од доступности дрога, законске регулативе, бриге и ставова родитеља и школских власти, могућности које пружа локална заједница за креативно провођење слободног времена, вештина којима располажу млади за излагање на крај са стресом, решавање проблема, информисаност младих о последицама употребе дрога и слично (30,54).

Важно је истаћи да је и само пробање психоактивних средстава на адолесцентском узрасту врло ризично, мада се често сматра безазленим, нарочито од стране младих – оно је основни предуслов за јављање свих каснијих фаза употребе психоактивних супстанци, које значајно ремете нормалан развојни пут у адолесценцији. У том смислу, довољно говори чињеница да се преко 50% смртности међу младима догађа, не као последица неког здравственог обољења, већ због разлога као што су тровања различитим средствима, саобраћајне несреће, разни облици насиља, суицид и слично, и при чему неретко у основи оваквих исхода лежи употреба психоактивних супстанци (31,54).

Приказани налази о заступљености употребе психоактивних супстанци у општој популацији адолесцената, говоре да је реч о актуелном распрострањеном феномену, како код нас, тако и у свету, да адолесценти користе психоактивне супстанце упркос сазнању о њиховом штетном утицају на њихово здравље и да се испитивање фактора који доприносе оваквом понашању младих чине реалним и преко потребним, како би се на најадекватнији начин могли креирати одговарајући превентивни програми.

## 2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

### 2.1. Циљеви студије

Основни циљ студије јесте испитивање утицаја демографских и социоекономских фактора на коришћење психоактивних супстанци у популацији младих особа у Србији.

Посебни циљеви студије укључују:

1. Испитати учесталост коришћења психоактивних супстанци (цигарете, алкохол, илегалне дроге) и рангирање најчешће коришћених психоактивних супстанци у популацији од 15 до 24 године у Србији.
2. Испитати повезаност демографских и социоекономских фактора са коришћењем психоактивних супстанци у популацији од 15 до 24 године у Србији.
3. Анализа учесталости у коришћењу психоактивних супстанци у популацији од 15 до 24 године у Србији у периоду од 2006. до 2013. година у односу на демографске и социоекономске карактеристике испитаника.

### 2.2. Хипотезе студије

У истраживање ове студије се улази са следећим претпоставкама:

1. Постоје значајне разлике у коришћењу психоактивних супстанци у односу на пол и старосну доб испитаника.
2. Степен образовања и економски статус испитаника су предиспонирајући фактори за коришћење психоактивних супстанци.
3. Демографске и социоекономске неједнакости у коришћењу психоактивних супстанци чешће су у градским него у руралним срединама.
4. Омладина која је била изложена злостављању (породичном, ванпородичном) чешће користи психоактивне супстанце.
5. Испитаници који своје здравље процењују као лоше чешће користе психоактивне супстанце.
6. Испитаници који према индексу благостања припадају категорији најбогатијих чешће користе психоактивне супстанце.

### 3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

#### 3.1. Врста студије

Студија је пресека.

#### 3.2. Популација која се истражује

Истраживањем би била обухваћена популација старости од 15 до 24 године. Као основа за анализу карактеристика становништва Србије старости од 15 до 24 година биће коришћени подаци из трећег националног Истраживања здравља становништва спроведеног од 7. октобра до 30. децембра 2013. године масовним анкетирањем случајног, репрезентативног узорка становништва Србије. Испитивање је урађено по типу студије пресека на територији Републике Србије и њиме није обухваћена популација која живи на територији АП Косово и Метохија. У циљну популацију нису укључена и лица која живе у колективним домаћинствима и институцијама.

Истраживање је спроведено у складу са методологијом и инструментима Европског истраживања здравља – други талас (EHIS-wave 2). Реализовало га је Министарство здравља Републике Србије.

Јединице посматрања су: домаћинства, одрасло становништво старости 20 и више година, деца и омладина узраста од 7 до 19 година.

#### 3.3. Узорковање

У истраживању је коришћен национално репрезентативан случајни стратификовани двоетапни узорак са унапред познатом вероватноћом избора јединица узорка у свакој етапи узорковања.

Узорак су чинила сва домаћинства пописана у свим пописним круговима у Попису становништва из 2011. године. Механизам коришћен за добијање случајног узорка домаћинства и испитаника је комбинација две технике узорковања: стратификације и вишеетапног узорковања. Стратификовани двоетапни узорак становника Републике Србије је изабран на такав начин да обезбеди статистички поуздану процену показатеља који указују на здравље популације како на националном нивоу тако и на нивоу 4 географске области (Војводина, Београд, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија) које су идентификоване као главни стратуми у узорку. Њиховом даљом поделом на градска и остала подручја добијено је укупно 8 стратума.

Примарне узорачке јединице чине пописни кругови одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини. У првој етапи одабрано је укупно 670 пописних кругова.

Јединице друге етапе су домаћинства. Унутар сваког пописног круга изабрано је 10 адреса (+3 резервне адресе) на којима живе домаћинства која треба анкетирати. Домаћинства су изабрана уз помоћ линеарног метода узорковања са случајним избором почетне тачке и једнаким узорачним интервалом (једнаким кораком избора). На тај начин домаћинства су одабрана са једнаком вероватноћом избора и без понављања.

За потребе овог истраживања биће коришћени подаци о домаћинствима и становништву старости од 15 до 24 година.

Истраживања здравља становништва Републике Србије су обављена путем интервјуа, антропометријских мерења и мерења крвног притиска (прилог).

### 3.4. Инструмент истраживања

Као инструмент истраживања коришћен је стандардизован упитник Европског истраживања здравља – други талас (EHIS-wave 2) (21), који је коришћен у сличним популационим истраживањима здравља у земљама Европске уније. Министарство здравља Републике Србије је добило сагласност за коришћење упитника од стране Европске комисије. Подаци су прикупљени помоћу три врсте упитника: упитника за домаћинство, упитника за одрасле особе старости 20 и више година и упитника који су одрасли самостално попуњавали. Поменути упитницима сакупљене су реалне информације о: карактеристикама породице и домаћинства, затим демографским и социјалноекономским карактеристикама испитаника, 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 (коришћење ванболничке и болничке здравствене заштите, употреба лекова, превентивни прегледи, неостварене потребе за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом), детерминантама здравља (исхрана, физичка активност, фактори ризика, пружање неформалног старања или помоћи, хигијенске навике, пушење, употреба алкохола, употреба психоактивних супстанци, насиље, социјална подршка). Поред интервјуа, обављена су антропометријска мерења и мерење крвног притиска.

Етички стандарди у Истраживању здравља усаглашени су са међународном Хелсиншком декларацијом и специфичном легислативом наше земље.



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

Истраживачи су били у обавези да учесницима Истраживања дају штампани документ који их је информисао о Истраживању и одобрењу Етичког одбора о његовом спровођењу, о правима испитаника, као и о том где и како могу да доставе жалбе и примедбе ако процене да су им права на било који начин угрожена. Такође, добијен је и потписани информативни пристанак сваког од испитаника за прихватање учешћа у овом истраживању.

Постојећа база података уступљена је за ову сврху Универзитету у Крагујевцу службеним дописом Института за јавно здравље Србије. Ова студија је одобрена од стране надлежних територијалних Етичких Одбора четири главна региона Србије са седиштем у Републичком Институту за јавно здравље у Београду, Институтима за јавно здравље Нови Сад, Крагујевац и Ниш, чија су решења приложена и иста проверена.

### **3.5. Варијабле које се мере у студији**

Варијабле коришћене у овом студијском истраживању су:

1. Демографске карактеристике: пол, узраст, структура породице и место становања
2. Социјалноекономске карактеристике: образовање и индекс благостања домаћинства
3. Општа процена здравља и задовољство животом (процена сопственог здравља, став у односу на сопствено здравље, скала задовољства животом)
4. Социјална подршка (контакт са блиским особама, подршка и односи у школи, очекивана каријера)
5. Слободно време, физичка активност и спорт (садржај слободног времена, учесталост и интензитет физичке активности, циркадијални ритам спавања, физичка активност у школи, спорт и рекреација)

6. Ризици и знања о здрављу (присуство ризика по здравље, ризично понашање, присуство одређених болести и одсутност из школе због њих, промоција здравих начина живота, извор информација о здрављу и ризицима по здравље, праћење тема о здрављу у мас-медијима, учешће у акцији унапређења здравља)
7. Насиље (изложеност физичком и психичком насиљу, насилно понашање)
8. Ментално здравље (постојање напетости, стреса и притиска у последњих месец дана, утицај емоционалних проблема на свакодневне активности, осећање у току последњих месец дана)
9. Употреба психоактивних супстанци (навика пушења чланова домаћинства у кући и блиских особа, изложеност дуванском диму, број дневно попушених цигарета, да ли је икад пушио или сада пуши, почетак пушења, дужина пушачког стажа, да ли постоје покушаји престанка пушења, став о пушењу, да ли и од када пије, колико често, количина попијених алкохолних пића у току претходне недеље у односу на време истраживања, место набавке и конзумирања алкохола, употреба алкохола од стране блиских особа, став о алкохолу, информисаност о психоактивним супстанцама, употреба психоактивних супстанци од стране блиских особа, њихова употреба, почетак употребе, место прве употребе, став о психоактивним супстанцама).

### 3.6. Снага студије и величина узорка

Минимална ефективна величина узорка је прорачуната на основу методологије Европског истраживања здравља – други талас (21). Узорак је изабран тако да пружи статистички поуздане оцене за ниво целе Србије, затим за ниво појединачних региона (Београд, Војводина, Шумадија и Западна Србија, Јужна и Источна Србија) као и за ниво појединачног типа насеља - урбано и рурално. Најнижи ниво оцењивања би био регион Београда, где се из тог разлога добија највећа грешка оцене. Она, у овом случају, за обележје са учесталošћу од 50%, на популацији одраслих износи +/- 1,9%, а док за обележје са учесталošћу од 10% износи +/- 1,2%.

Полазећи од захтева за прецизношћу оцена и нивоа добијања поузданих оцена, а у складу са препорукама за спровођење истраживања здравља становништва, планиран је број испитаника који би обезбедио потребну величину узорка по стратумима.

Планиран је узорак од 6700 домаћинстава у којима се очекивало 19284 чланова. Реализован је узорак од 6500 домаћинства у којима је било пописано 19079 чланова. Број анкетираних особа старости 15 до 24 година износи 1722.

### 3.7. Статистичка обрада података

За приказивање података користиле су се дескриптивне методе: табелирање, графичко приказивање, мере централне тенденције и мере варијабилитета. У статистичкој обради података, континуалне варијабле су биле презентоване као средња вредност  $\pm$  стандардна девијација, а категоријске као пропорција испитаника са одређеним исходом.

За поређење средњих вредности континуалних варијабли користио се Student-ов Т-тест, односно алтернативни непараметријски тест (Mann Whitney и/или Kruskal-Wallis тест) уколико резултати не прате нормалну расподелу, што је било утврђено помоћу Kolmogorov-Smirnov-ог теста.

Ни-квадрат ( $\chi^2$ ) тест је био коришћен за упоређивање разлика у учесталости категоријских варијабли.

Повезаност зависних варијабли и низа независних варијабли испитивала се биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматрали су се сви резултати где је вероватноћа била мања од 5% ( $p < 0.05$ ).

Сви статистички прорачуни били су урађени помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 20.0. (Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc, version 20.0, Chicago, IL)).

Резултати студије су приказани табеларно и графички.

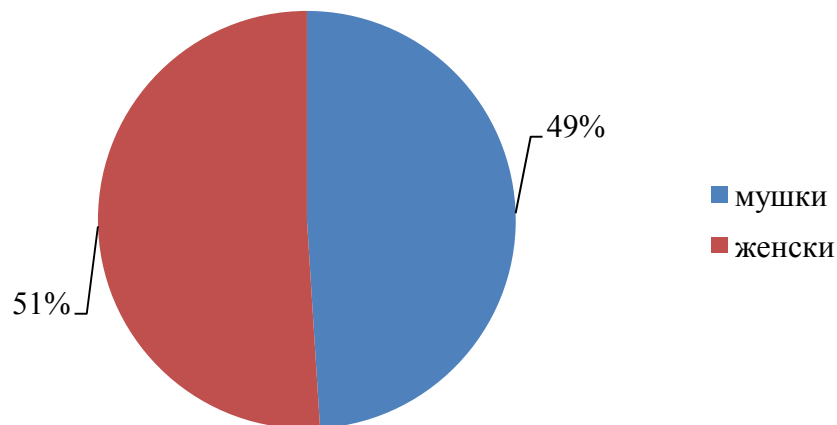
## 4. РЕЗУЛТАТИ

### 4.1. Демографске и социоекономске карактеристике

#### 4.1.1. Полна структура

Истраживањем је обухваћено укупно 1722 испитаника од 15 до 24 године старости, и то 51% испитаника женског пола и 49% испитаника мушког пола (графикон 1).

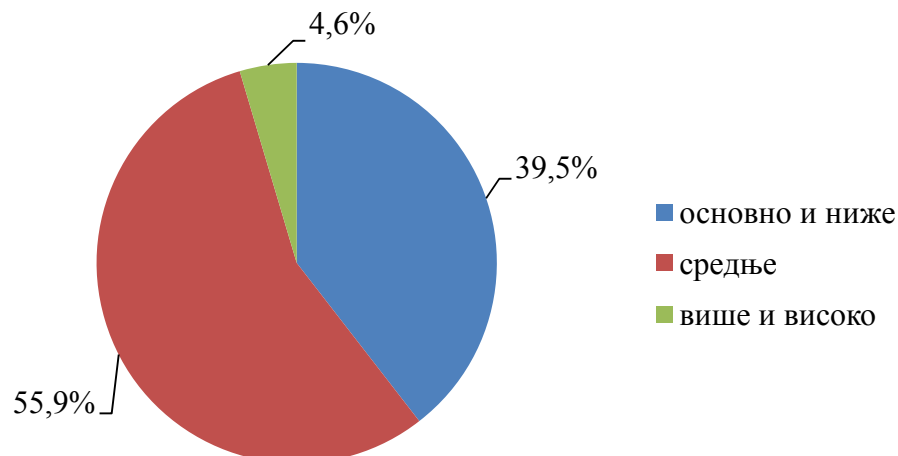
*Графикон 1. Структура испитаника по полу*



#### 4.1.2. Образовна структура

Највећи број испитаника је средњег образовања 55,9%, следе испитаници са основним и нижим образовањем 39,5%, док 4,6% испитаника има више и високо образовање (графикон 2).

*Графикон 2. Дистрибуција испитаника према нивоу образовања*

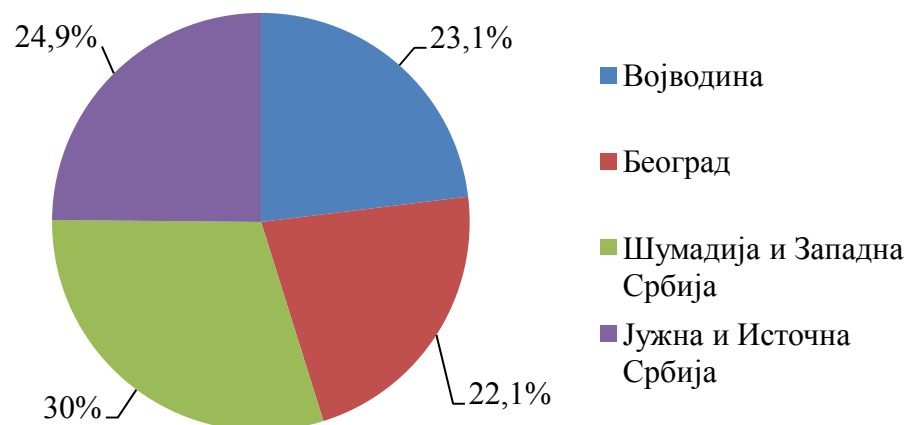


#### 4.1.3. Структура према географској области

Од укупног броја испитаника 30% њих потиче из региона Шумадије и Западне Србије, 22,9% из региона Јужне и Источне Србије.

Са подручја Београда било је укупно 22,1% испитаника, а са подручја Војводине 23,1% испитаника (графикон 3).

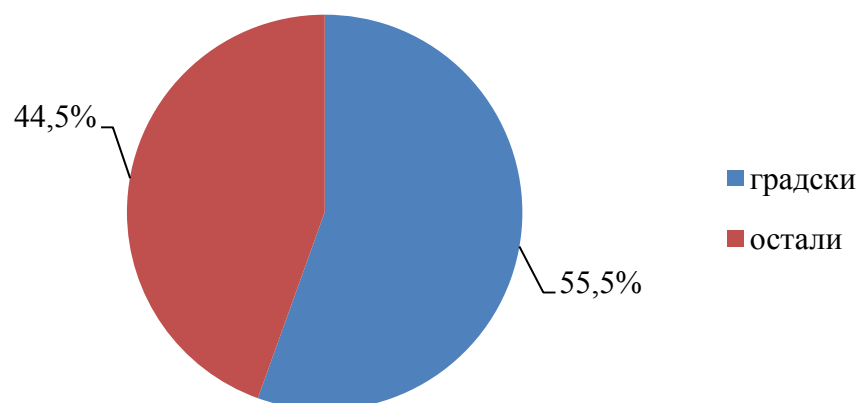
*Графикон 3. Дистрибуција испитаника према географској области из које потичу*



#### 4.1.4. Структура према типу насеља

Градској средини припадало је 55,5% испитаника, док је 44,5% припадало приградској и сеоској средини, односно типу насеља (графикон 4).

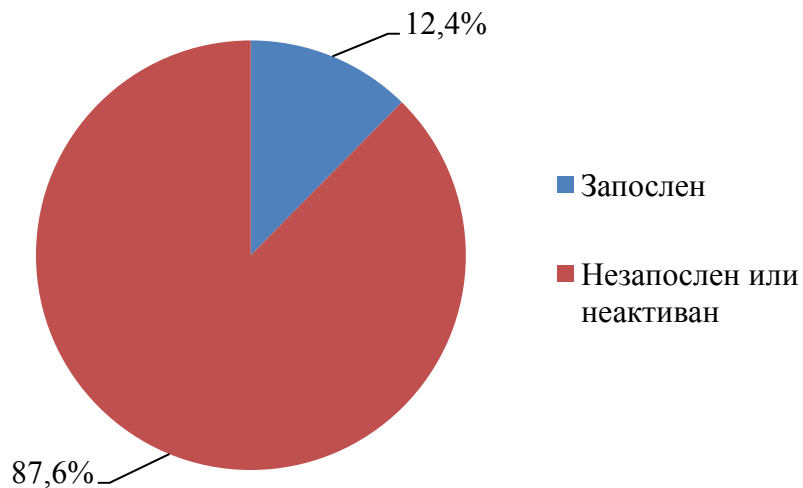
*Графикон 4. Дистрибуција испитаника према типу насеља*



#### 4.1.5. Економска структура

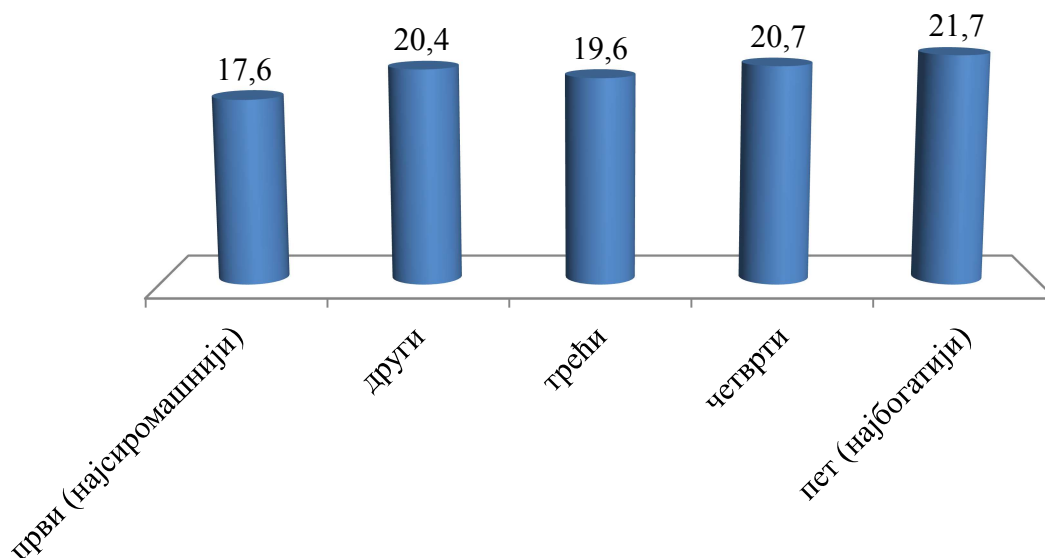
Велики проценат испитаника припадао је категорији незапослених 87,6%, док је категорији запослених припадало 12,4% испитаника (графикон 5).

*Графикон 5. Дистрибуција испитаника према економском стању*



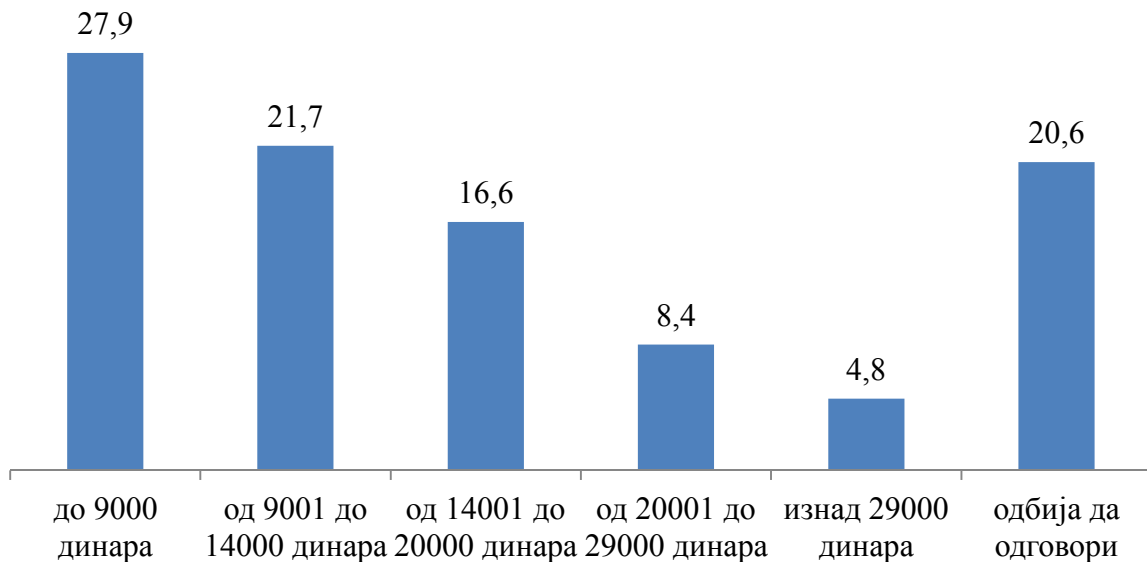
Дистрибуција испитаника према материјалном стању домаћинства израженом према квантилима индекса благостања је таква да категорији најсиромашнијих припада 17,6% испитаника, категорији средње богатих припада 60,7%, док категорији најбогатијих припада 21,7% испитаника (графикон 6).

*Графикон 6. Дистрибуција испитаника према материјалном стању домаћинства*



Дистрибуција испитаника према расподели прихода по члану домаћинства приказана на графикону 7 показује да је 27,9% испитаника имало до 9000 динара по члану домаћинства, док је само 4,8% њих имало изнад 29000 динара по члану домаћинства (графикон 7).

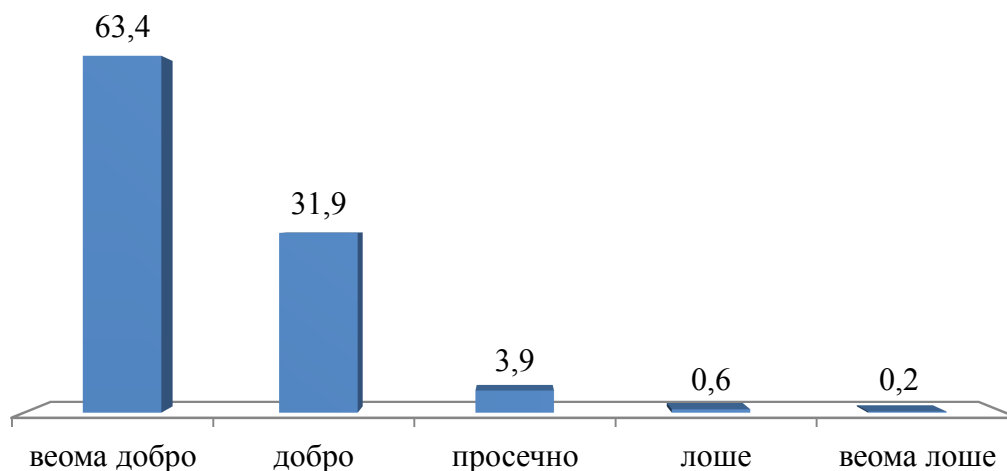
*Графикон 7. Дистрибуција испитаника према расподели прихода по члану домаћинства*



#### 4.1.6. Самопроцена здравља

Највећи проценат испитаника је своје здравље проценио као веома добро 63,4% и добро 31,9% (графикон 8).

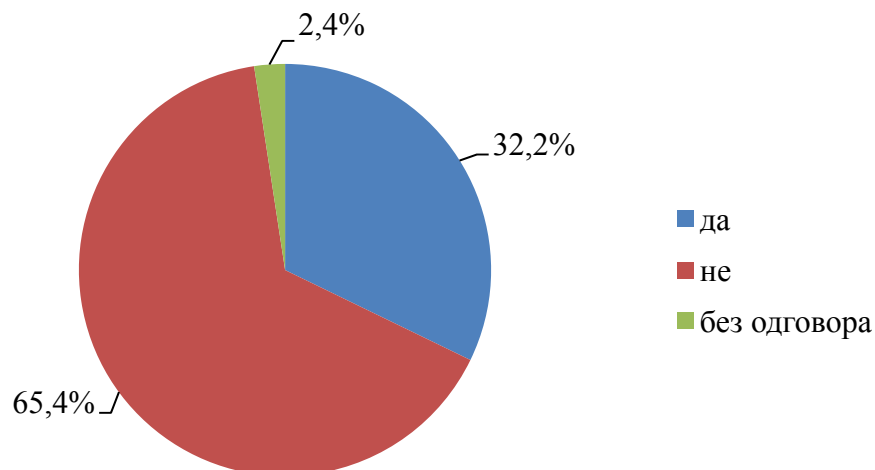
*Графикон 8. Самопроцена здравља*



#### 4.1.7. Навике и ставови испитаника према конзумирању цигарета

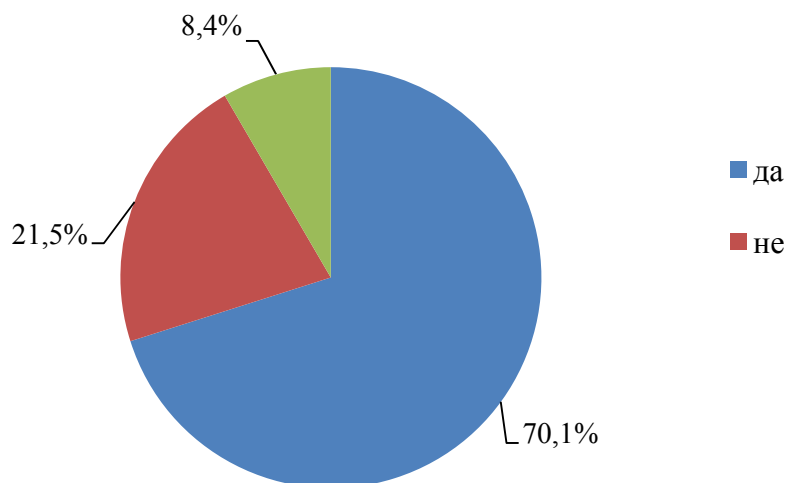
Сваки трећи испитаник, тачније 32,2% испитаника је одговорио потврдно на питање да ли су икада у животу пушили цигарете (графикон 9).

*Графикон 9. Учесталост испитаника који су икада у животу пушили цигарете*



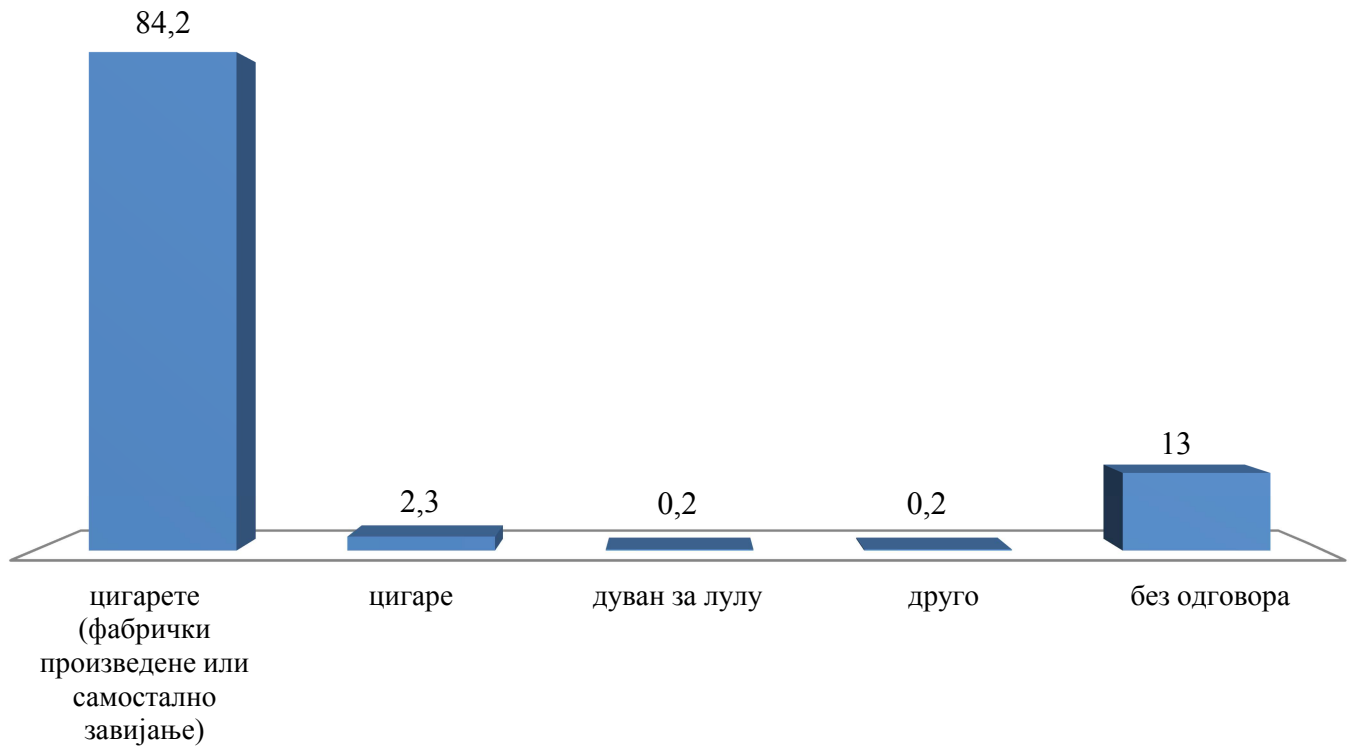
Од укупног броја испитаника готово 2/3 испитаника се изјаснило да тренутно конзумира цигарете, док сваки пети то не чини (графикон 10).

*Графикон 10. Учесталост испитаника који конзумирају цигарете*

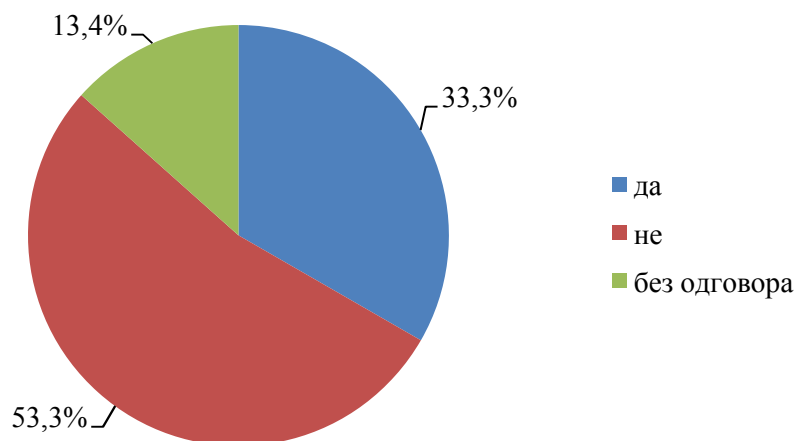


Посматрано према врсти цигарета које конзумирају, 84,2% се изјаснило да конзумира цигарете (фабрички произведене или самостално завијене), (графикон 11).



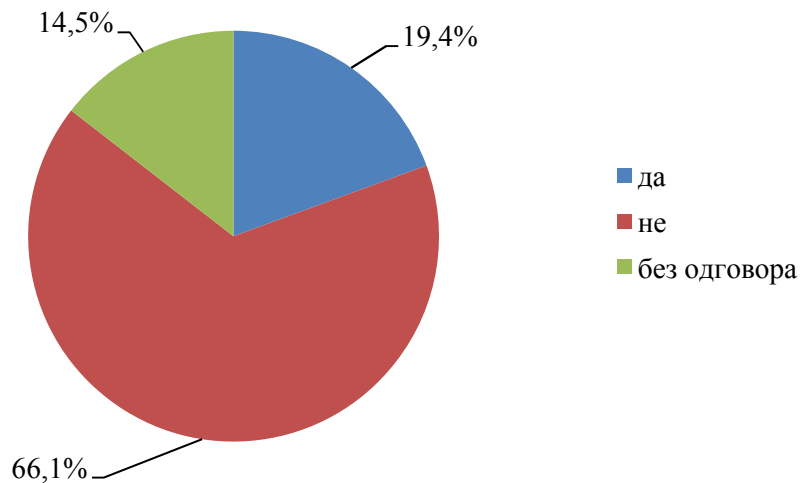
**Графикон 11. Дистрибуција испитаника према врсти цигарета коју конзумирају**

Да је покушавало да престане да пуши, изјаснила се готово трећина испитаника која конзумира цигарете (33,3%), док сваки други то никада није чинио (графикон 12).

**Графикон 12. Дистрибуција испитаника који су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања покушавали да престану са пушењем**

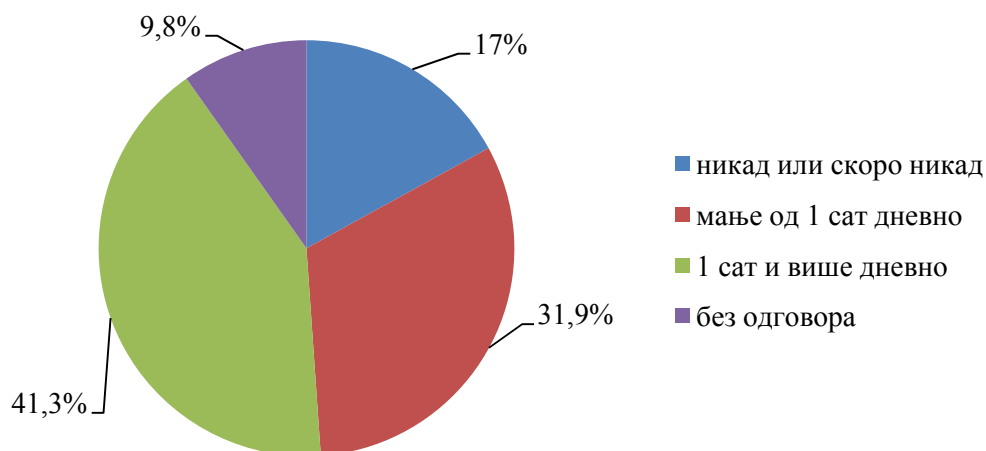
Сваки пети испитаник (19,4%) који конзумира цигарете се изјаснио да је добио савет од лекара или другог здравственог радника да престане са пушењем цигарета (графикон 13).

**Графикон 13. Дистрибуција испитаника који су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања добили савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем**



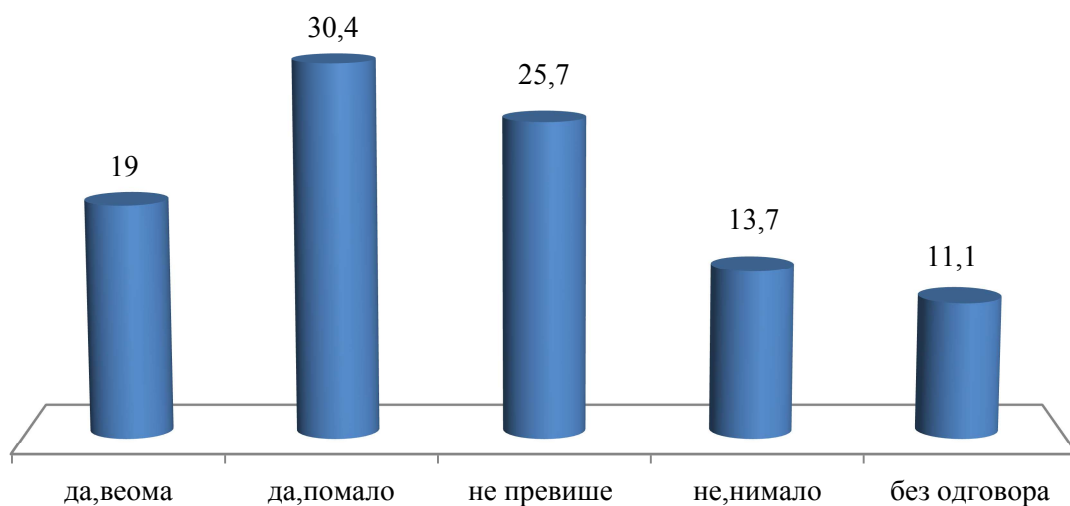
Међу испитаницима који никада нису изложени дуванском диму било је 17% њих, док је много већи проценат испитаника (41,3%) био изложен дуванском диму више од сат времена дневно (графикон 14).

**Графикон 14. Дистрибуција испитаника који су изложени дуванском диму у затвореном простору (у кући, на послу, ресторанима, на јавним местима попут позоришта, клубова)**



На питање да ли су забринути због штетних последица пушења по своје здравље, тек сваки четврти испитаник је одговорио да није превише забринут, док је тек сваки пети веома забринут. Нимало није забринуто 13,7% испитаника који конзумирају цигарете (графикон 15).

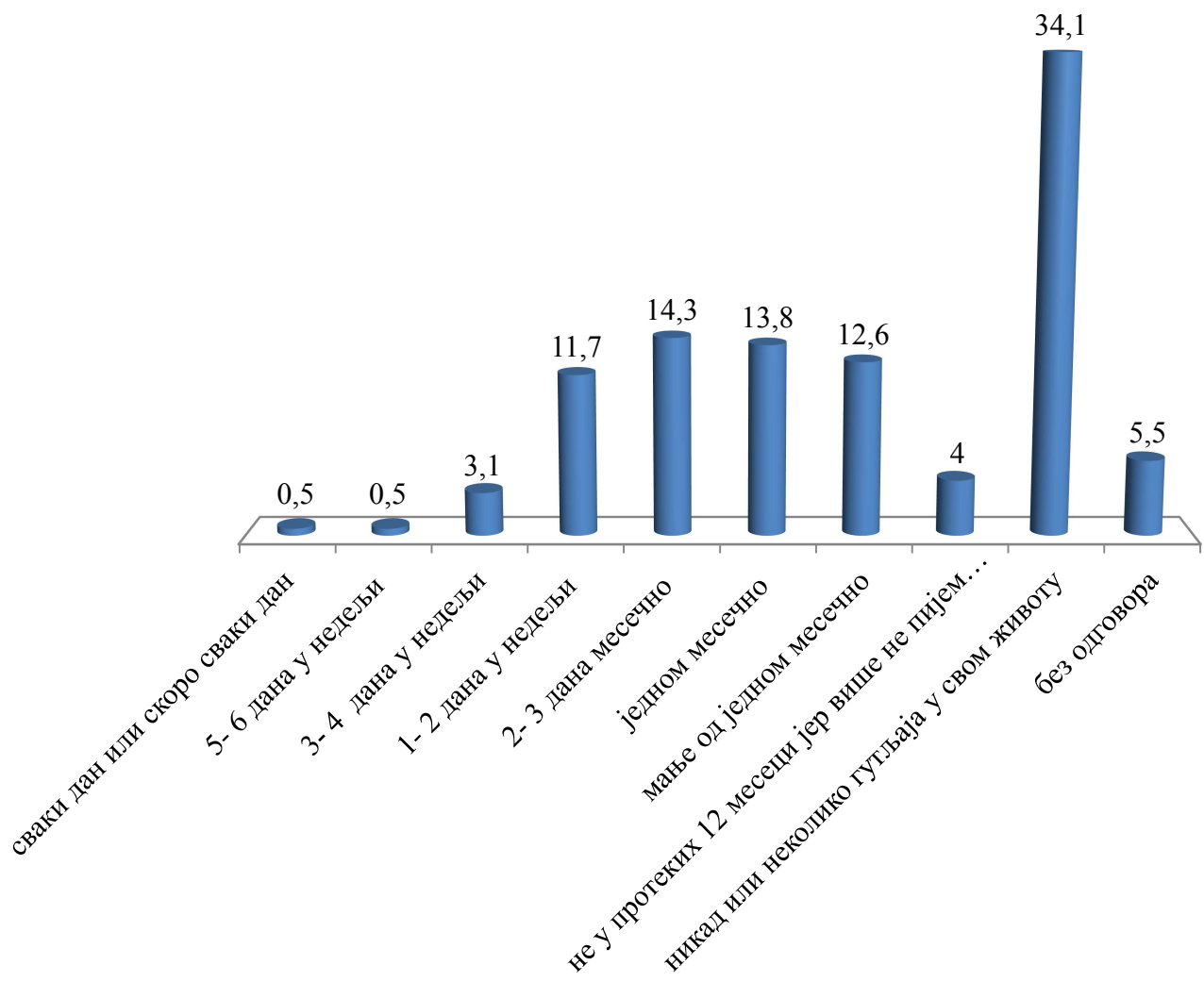
*Графикон 15. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по своје здравље*



#### 4.1.8. Навике и ставови испитаника према конзумирању алкохола

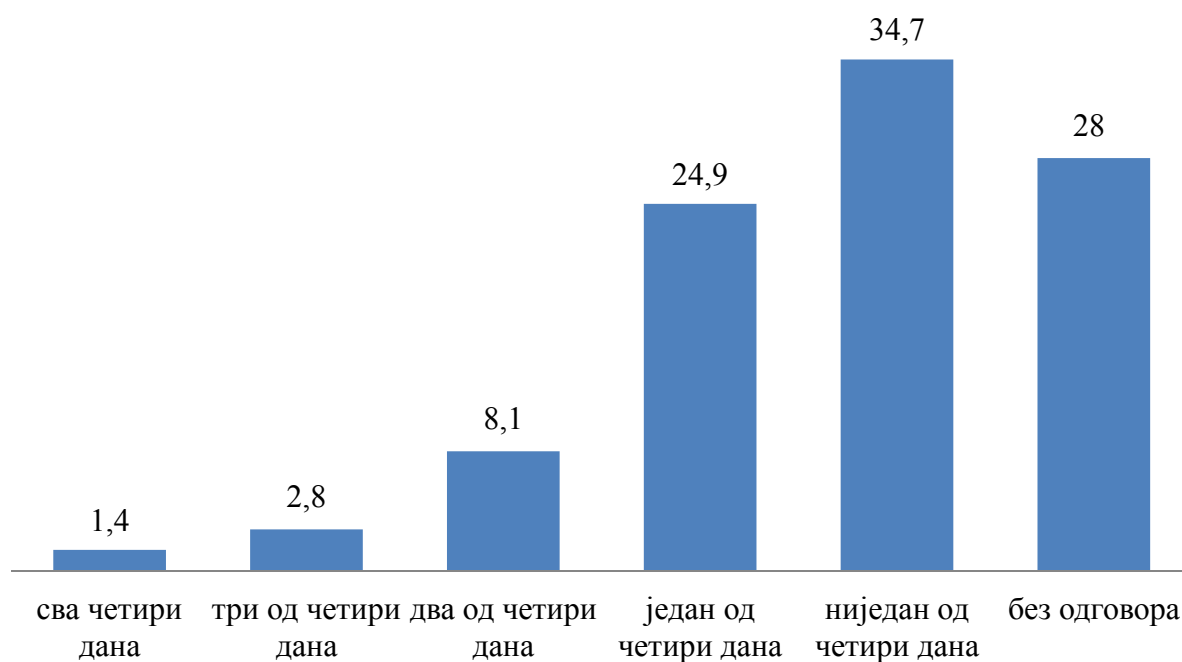
Трећина анкетираних се изјаснила да никада у свом животу није конзумирала алкохол, док је 60,4% њих конзумирало алкохол у последњих 12 месеци у односу на време истраживања и највише њих то чини 2-3 дана месечно (14,3%), следе они који то чине једном месечно 13,8%. Сваки девети испитаник конзумира алкохол 1-2 дана у недељи, док 3,1% њих то чини 2-3 дана месечно (графикон 16).

*Графикон 16. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктели, ликери, алкохолна пића из кућне/домаће производње)*



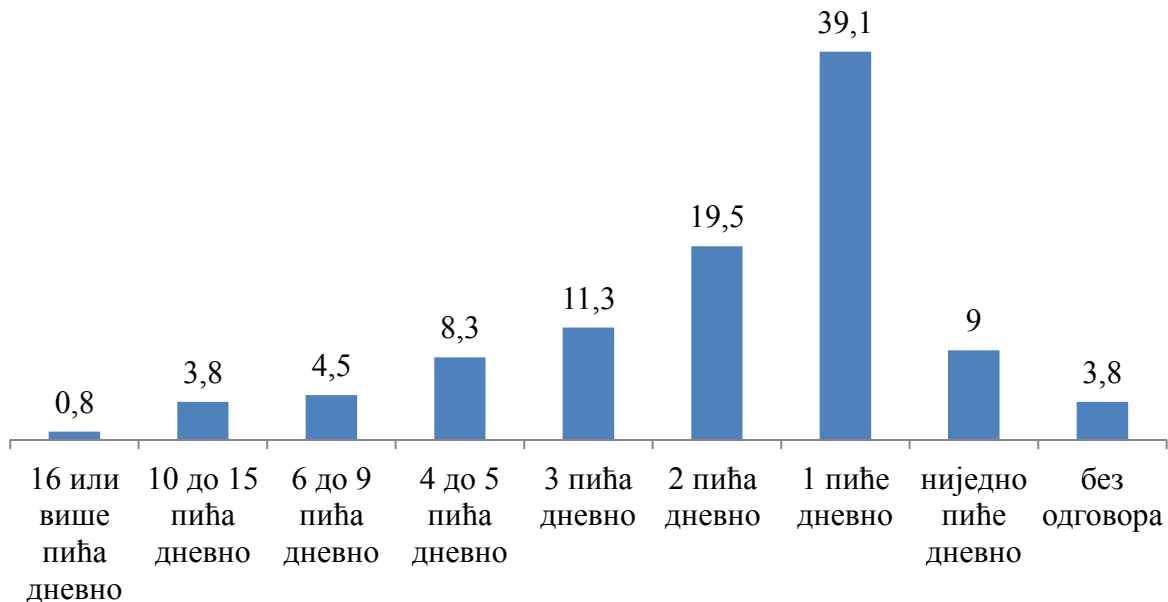
Међу испитаницима који конзумирају алкохолна пића од понедељка до четвртка, сваки четврти то чини један дан од понедељка до четвртка, док 8,1% њих то чини два дана од понедељка до четвртка (графикон 17).

*Графикон 17. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка*



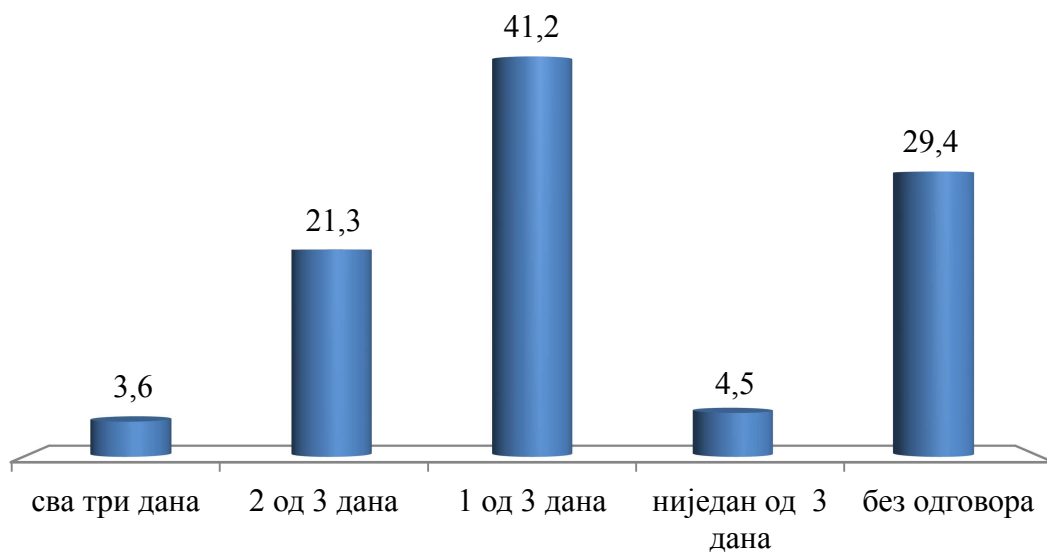
Међу испитаницима који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка највише њих 39,1% се изјаснило да пије 1 пиће дневно. Сваки пети пије 2 пића дневно, док сваки девети пије 3 пића дневно (графикон 18).

**Графикон 18. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка**



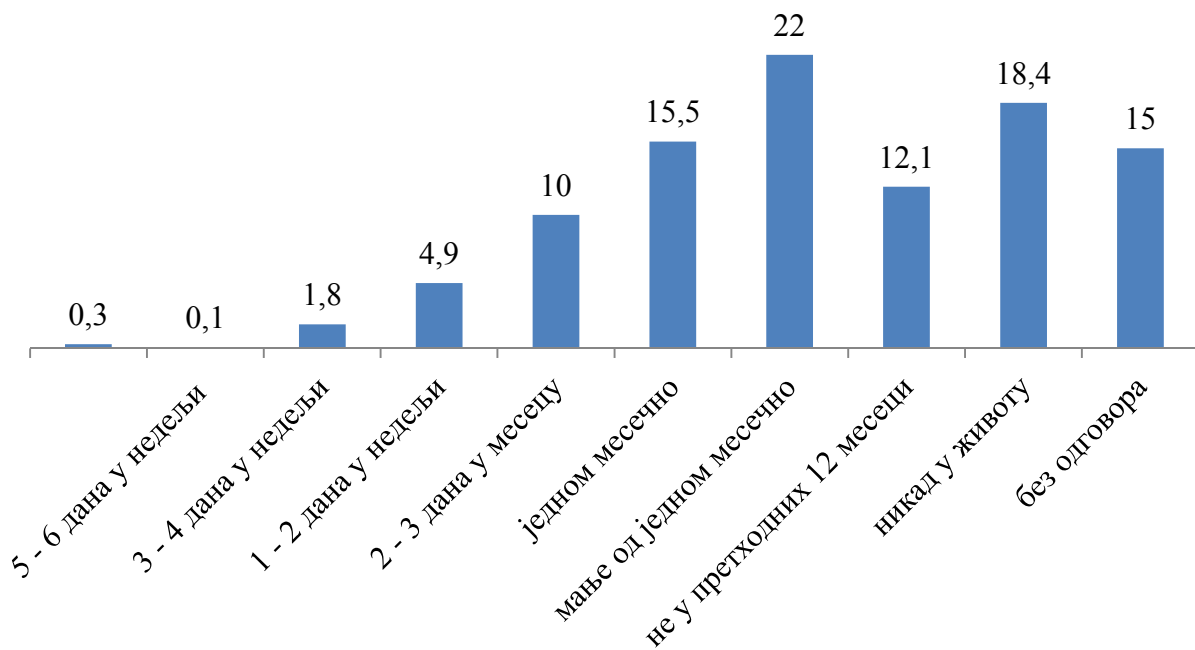
Међу испитаницима који конзумирају алкохол од петка до недеље, 41,2% њих то чини 1-3 дана од петка до недеље, док сваки пети испитаник то чини 2-3 дана од петка до недеље (графикон 19).

**Графикон 19. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље**



Међу испитаницима који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици највише њих 22% је то чинило мање од једном месечно. Једном месечно је то чинило 15,5% испитаника док је два до три дана месечно то чинио сваки десети испитаник (графикон 20).

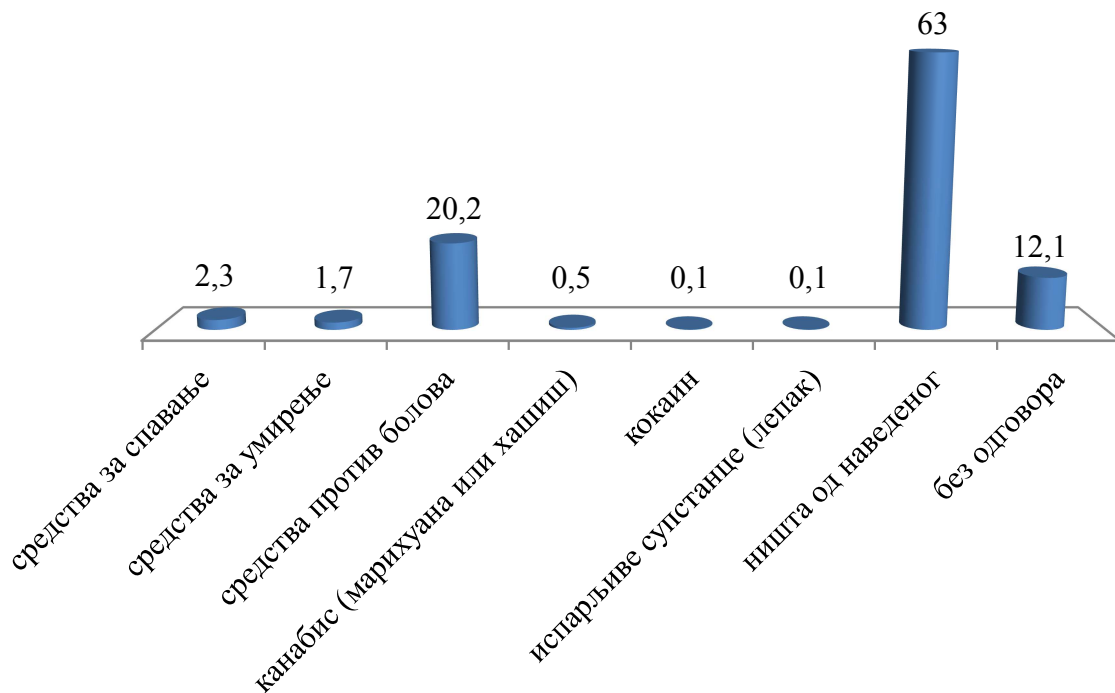
**Графикон 20. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици**



#### 4.1.9. Навике и ставови испитаника према конзумирању лекова и илегалних дрога

Међу испитаницима који су самоиницијативно конзумирали лекове највише је оних који су конзумирали средства против болова (20,2%), средства за спавање (2,3%) и средства за умирење (1,7%), док је међу испитаницима који су користили илегалне дроге највише оних који су конзумирали канабис (марихуана или друго) 0,5% и кокаин 0,1% (графикон 21).

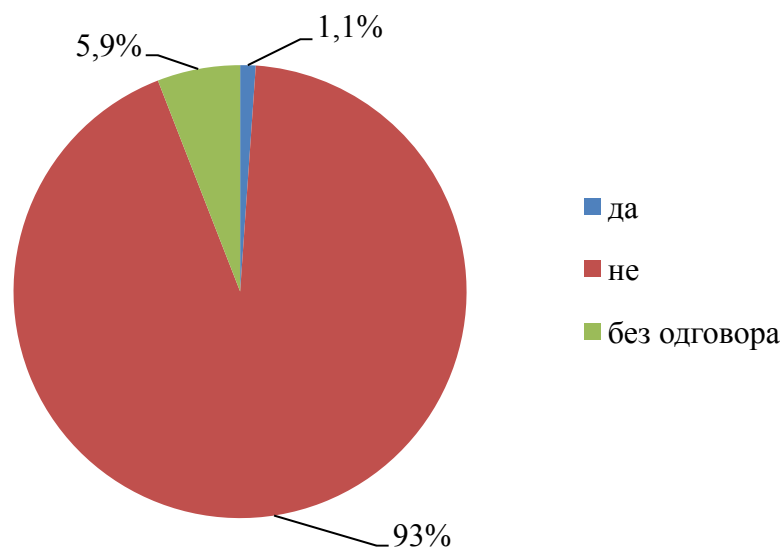
**Графикон 21. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге**



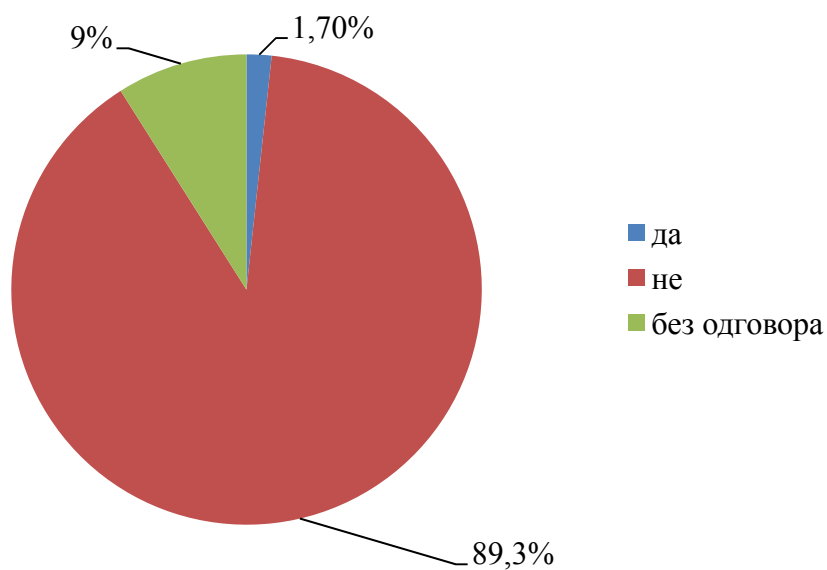
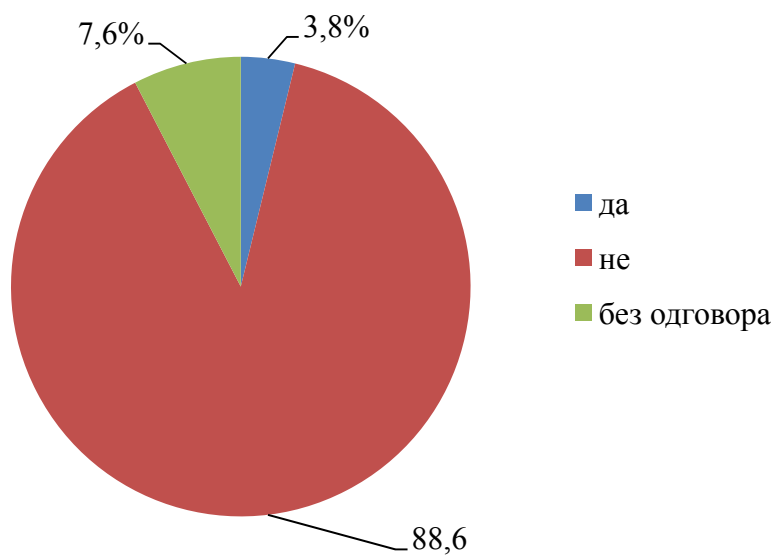
#### 4.1.10. Физичко и психичко насиље

Анализирајући изложеност физичком насиљу код наших испитаника забележен је највећи проценат изложености насиљу на улици (3,8%), следи изложеност насиљу у школама 1,7%, па у породици 1,1% (графикони 22, 23, 24).

**Графикон 22. Дистрибуција испитаника изложених физичком насиљу у породици**

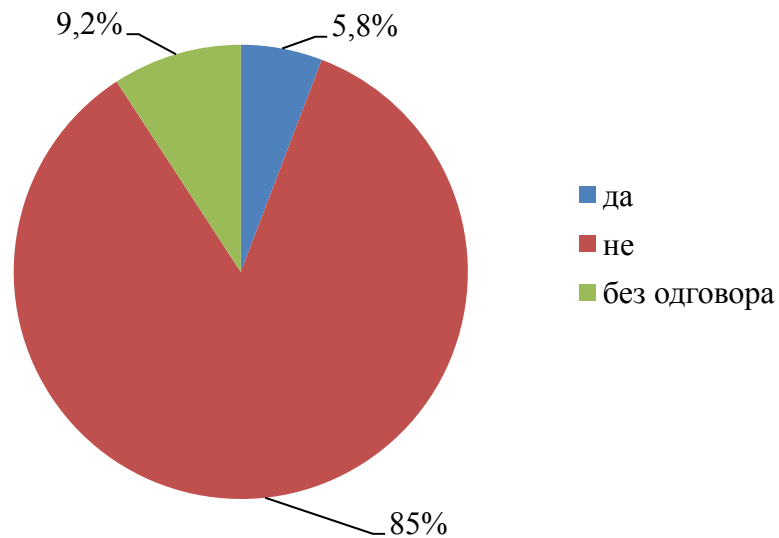




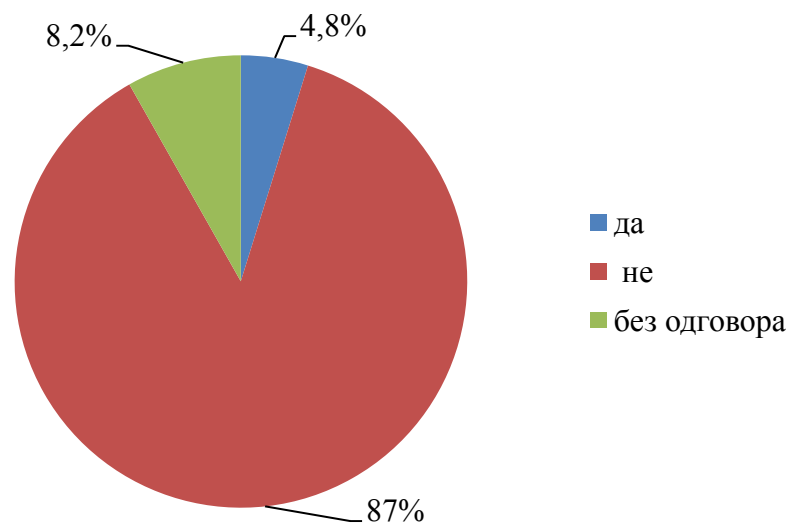
*Графикон 23. Дистрибуција испитаника изложених физичком насиљу у школама**Графикон 24. Дистрибуција испитаника изложених физичком насиљу на улици*

Анализирајући изложеност психичком насиљу код наших испитаника забележен је највећи проценат изложености психичком насиљу у школи од 5,8%, на улици 4,8%, у породици 2,1% (графикони 25, 26, 27).

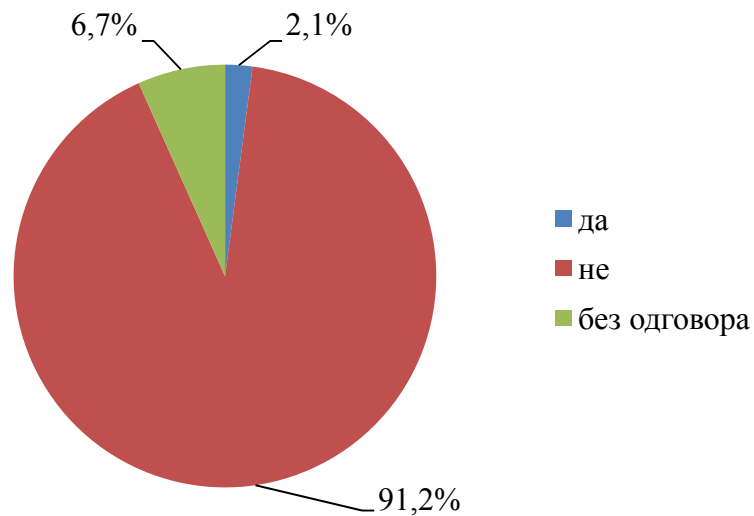
**Графикон 25. Дистрибуција испитаника изложених психичком насиљу у школи**



**Графикон 26. Дистрибуција испитаника изложених психичком насиљу на улици**



**Графикон 27. Дистрибуција испитаника изложених психичком насиљу у породици**



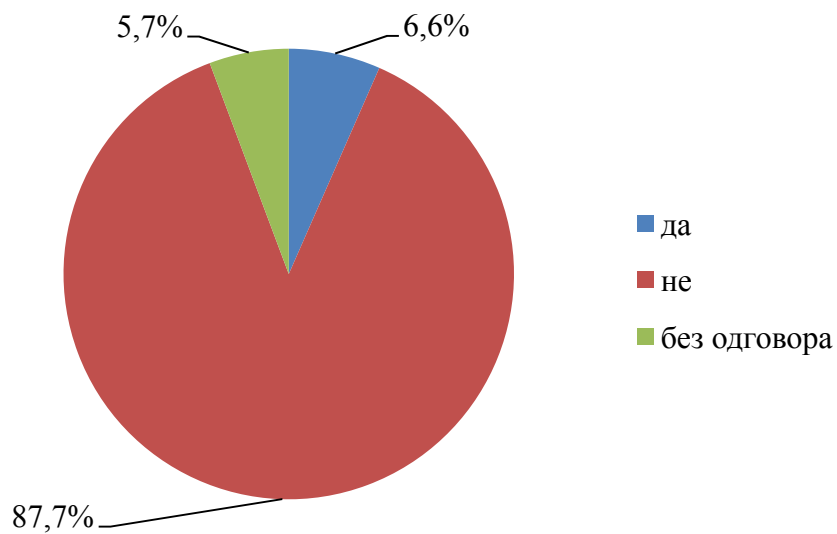
Испитаници су се након изложености физичком или психичком насиљу у веома малом проценту обраћали за помоћ, а међу онима који су то учинили најчешће су се обраћали за помоћ родитељу, рођаку, пријатељу (21,6%), затим полицији (8,5%), учитељу, наставнику, професору (7,9%) и социјалном раднику (4,8%), (табела 1).

**Табела 1. Процент испитаника који су се након изложености физичком или психичком насиљу обратили за помоћ**

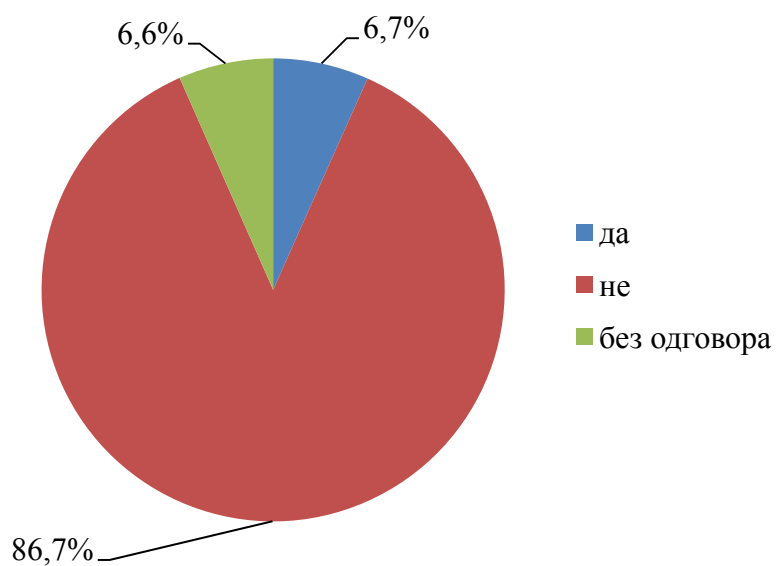
Да ли си се обраћао/ла за помоћ	Не	Да	Без одговора
Социјалном раднику	87	4,8	8,2
Здравственом раднику	52,2	2,6	45,2
СОС служби	51,9	1,7	46,4
Полицији	49,3	8,5	42,3
Родитељу, рођаку, пријатељу	35,3	21,6	43,1
Учитељу, наставнику, професору	48,4	7,9	43,7

Међу анкетираним испитаницима 6,6% младих се изјаснило да испољавају склоност да психички малтретирају друге (графикон 28), док се 6,7% њих изјаснило да је склоно тучама (графикон 29).

*Графикон 28. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су склони да психички малтретирају друге*



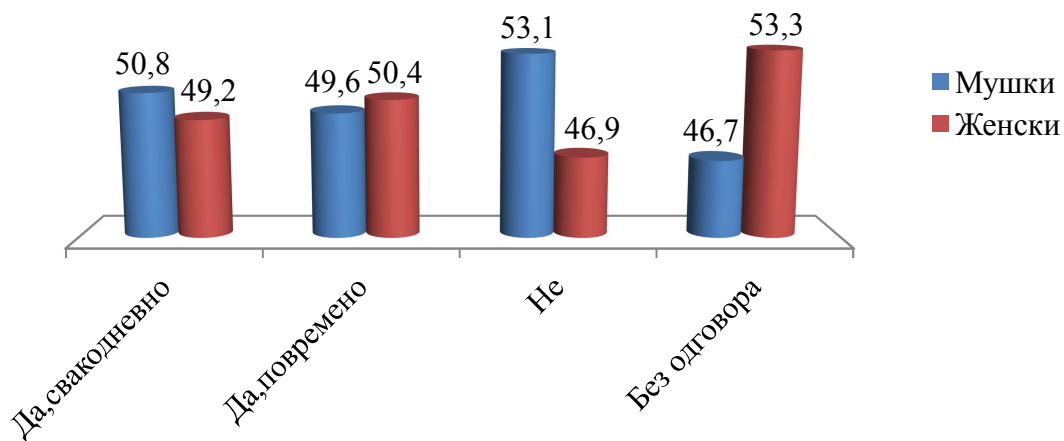
*Графикон 29. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су склони тучама*



#### 4.2. Употреба психоактивних супстанци према полу

Међу испитаницима који су се изјаснили да конзумирају цигарете свакодневно чешће то чине мушкарци (50,8%) у односу на особе женског пола (49,2%), док је међу онима који пуше повремено више особа женског пола (50,4%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=0,327$   $df=2$   $p<0,849$ ), (графикон 30).

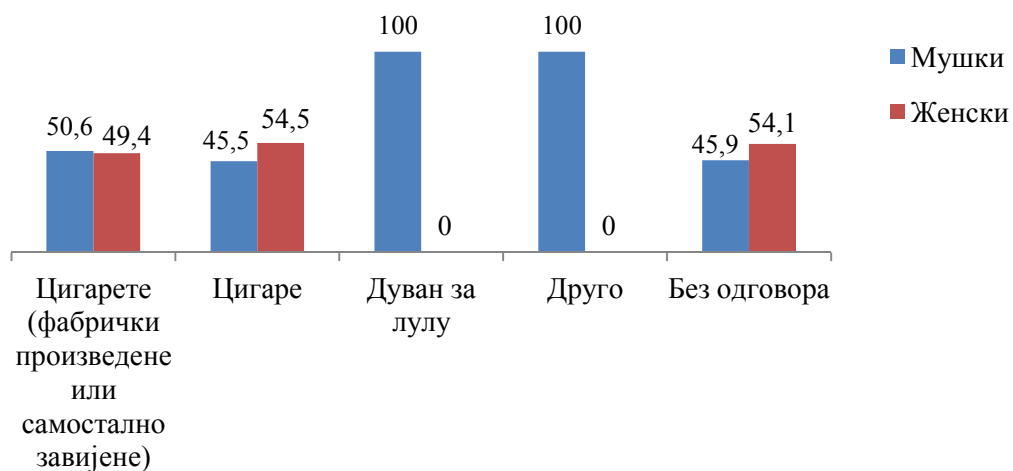
**Графикон 30. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на пол**



$$\chi^2=0,327 \text{ } df=2 \text{ } p<0,849$$

Цигарете (фабрички произведене или самостално завијене) нешто чешће конзумирају особе мушког пола (50,6%), док цигаре чешће пуше особе женског пола (54,5%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=2,562$   $df=4$   $p<0,634$ ), (графикон 31).

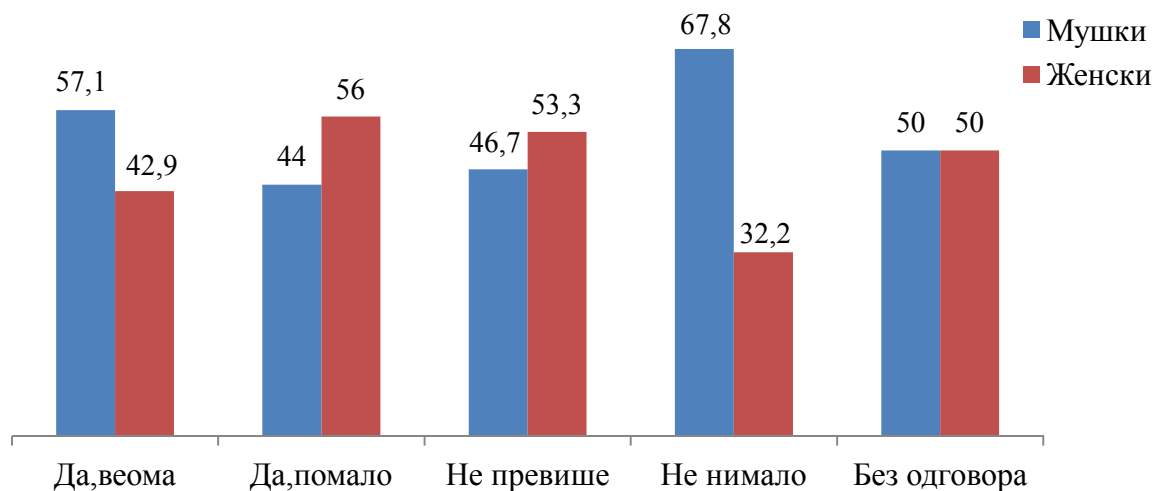
**Графикон 31. Дистрибуција испитаника који конзумирају различите врсте дванских производа у односу на пол**



$$\chi^2=2,562 \text{ } df=4 \text{ } p<0,634$$

Мушкарци су чешће веома забринути (57,1%) због штетних последица пушења по своје здравље од особа женског пола (42,9%), док су девојке чешће помало забринуте (56%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=16,258$   $df=4$   $p<0,003$ ), (графикон 32).

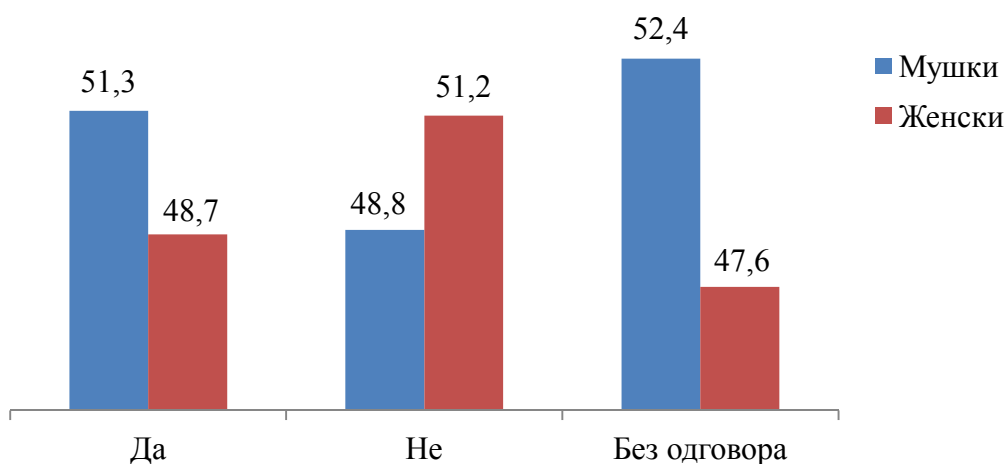
**Графикон 32. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по своје здравље у односу на пол**



$$\chi^2=16,258 \text{ } df=4 \text{ } p<0,003$$

Мушкарци су чешће од девојака покушавали да престану да пуше (51,3% наспрам 48,7%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=0,387$   $df=2$   $p<0,824$ ), (графикон 33).

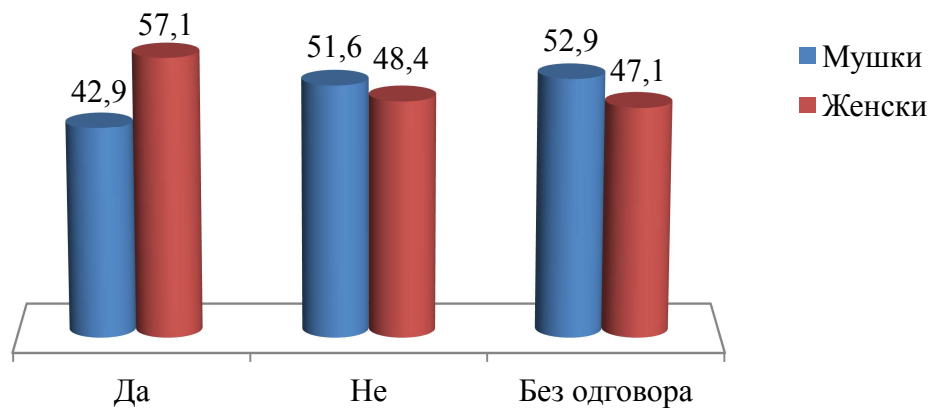
**Графикон 33. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на пол**



$$\chi^2=0,387 \text{ } df=2 \text{ } p<0,824$$

Особе женског пола (57,1%) су чешће добијале савет да престану са пушењем од особа мушког пола (42,9%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=2,431$   $df=2$   $p<0,299$ ), (графикон 34).

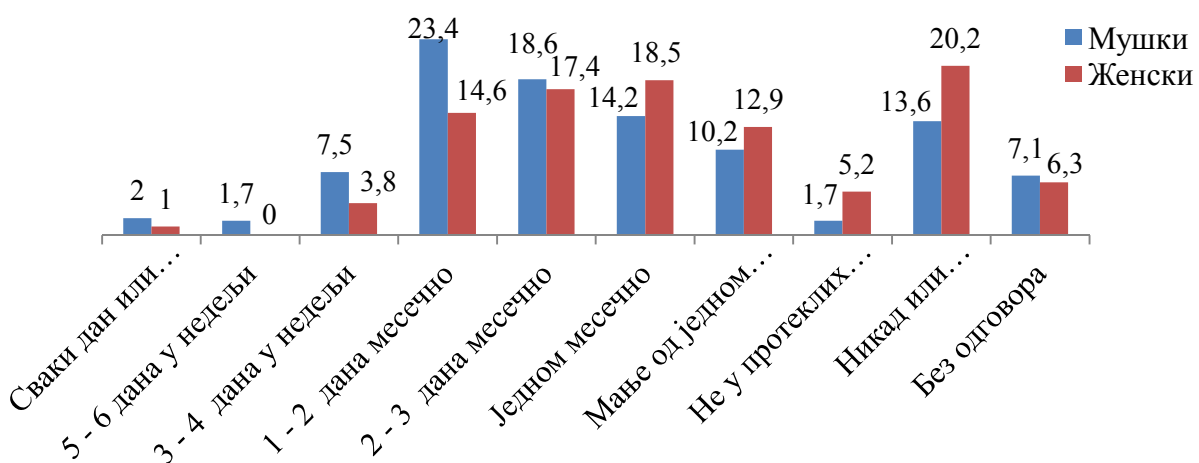
**Графикон 34. Дистрибуција испитаника који су добијали савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем у односу на пол**



$$\chi^2=2,431 \text{ } df=2 \text{ } p<0,299$$

Мушкарци су чешће конзумирали алкохол од девојака у ситуацијама када су то чинили сваки дан, и више пута недељно, док су девојке чешће конзумирале алкохол једном месечно (18,5%) или неколико гутљаја у току месеца (20,2%). Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=26,909$   $df=9$   $p<0,001$ ), (графикон 35).

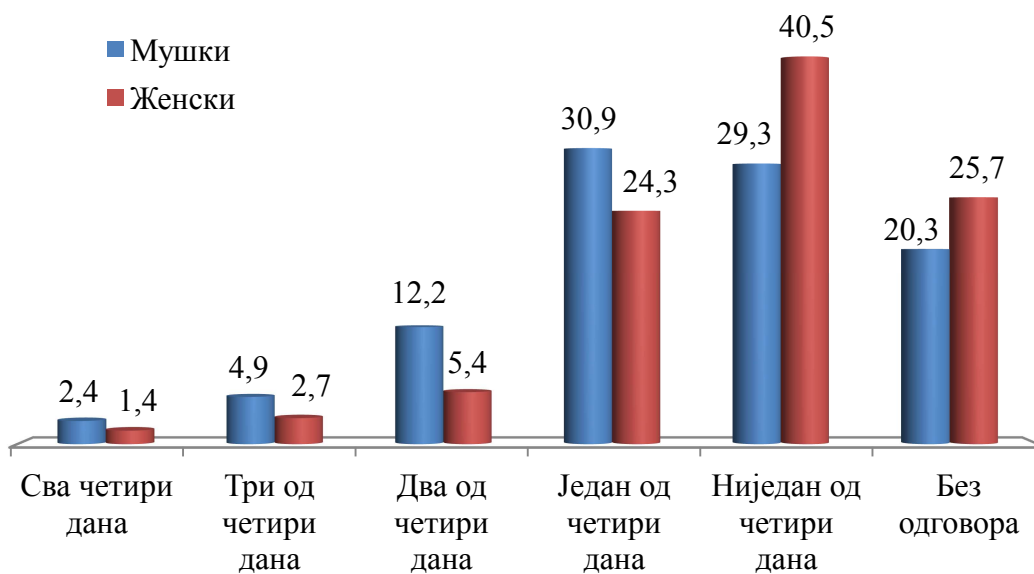
**Графикон 35. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктели, ликери, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на пол**



$$\chi^2=26,909 \text{ } df=9 \text{ } p<0,001$$

Мушкарци су чешће конзумирали алкохол од девојака у данима од понедељка до четвртка и када су то чинили сва три дана (2,4%), као и када су то чинили три од четири дана (4,9%), два од четири (12,2%) и један од четири дана (30,9%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=6,062$   $df=5$   $p<0,300$ ), (графикон 36).

**Графикон 36. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на пол**

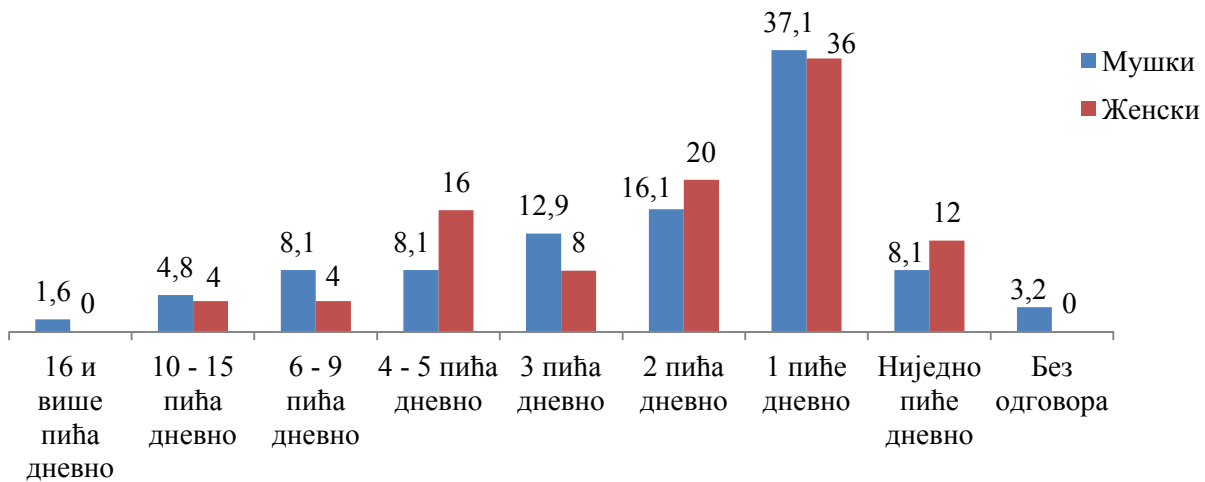


$$\chi^2=6,062 \text{ } df=5 \text{ } p<0,300$$

Испитаници мушког пола чешће конзумирају већи број пића у данима од понедељка до четвртка, док девојке чешће конзумирају 2 пића дневно (20%) и 4 до 5 пића дневно (16%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=3,582$   $df=8$   $p<0,893$ ), (графикон 37).



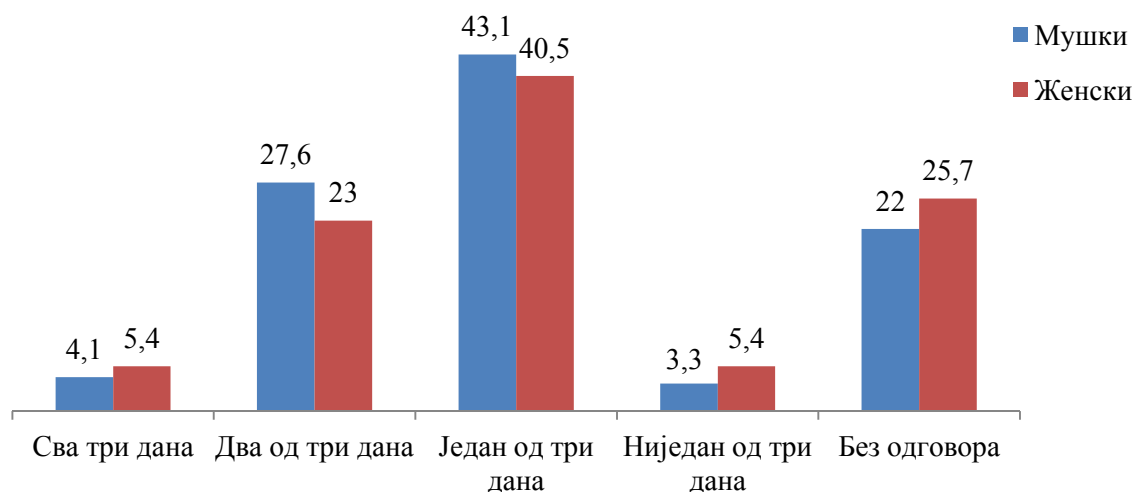
**Графикон 37. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на пол**



$$\chi^2=3,582 \text{ df}=8 \text{ p}<0,893$$

У данима од петка до недеље алкохол чешће конзумирају мушкарци у случајевима када то чине један од та три дана (43,1%) и два од та три дана (27,6%), док девојке чешће конзумирају алкохол сва три дана (5,4%) или ниједан од та три дана (5,4%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=11,636 \text{ df}=8 \text{ p}<0,168$ ), (графикон 38).

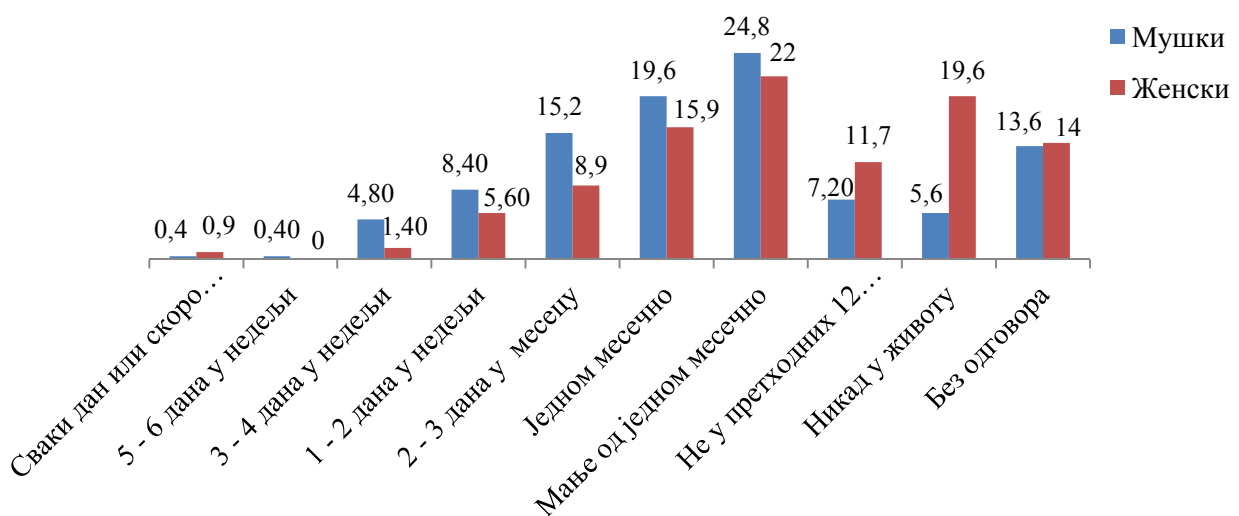
**Графикон 38. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на пол**



$$\chi^2=11,636 \text{ df}=8 \text{ p}<0,168$$

Испитаници мушког пола су чешће од девојака конзумирали 6 пића по једној прилици и у ситуацији када се то чини више пута недељно и више пута месечно. Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=33,092$   $df=9$   $p<0,000$ ), (графикон 39).

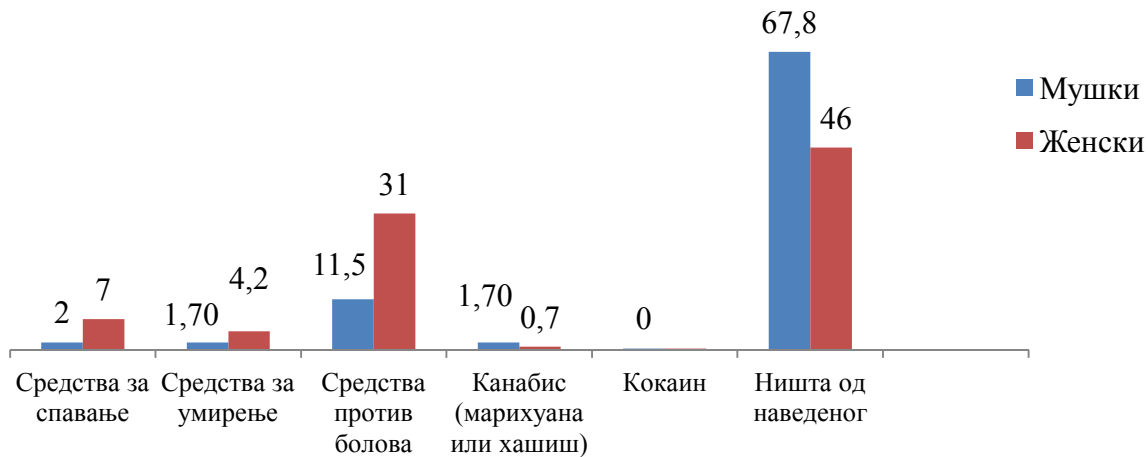
**Графикон 39. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици (уз јело, у току забаве, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на пол**



$$\chi^2=33,092 \text{ } df=9 \text{ } p<0,000$$

Особе женског пола чешће конзумирају средства за спавање, против болова и за смирење од мушкараца, док марихуану чешће користе младићи. Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=54,168$   $df=6$   $p<0,000$ ), (графикон 40).

**Графикон 40. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на пол**

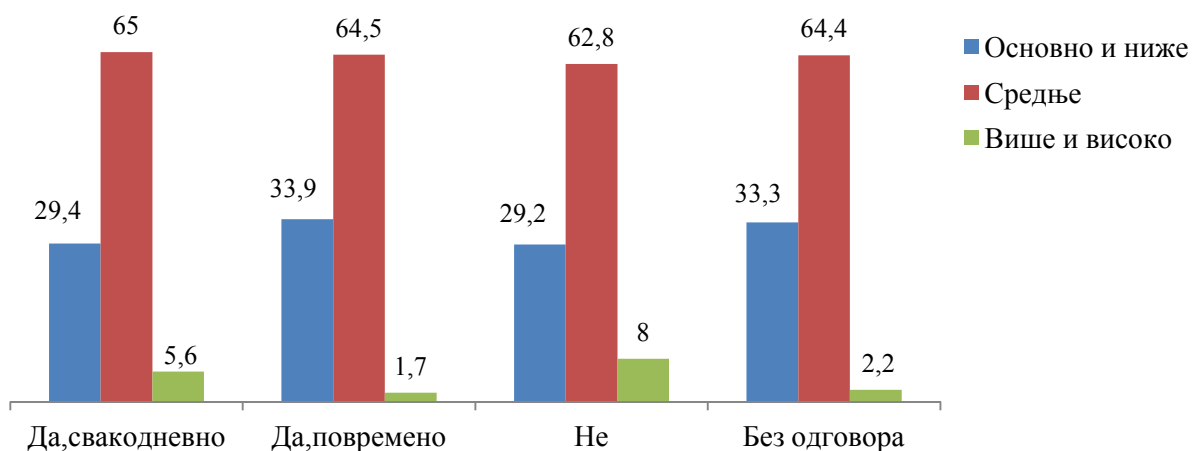


$$\chi^2=54,168 \text{ df}=6 \text{ p}<0,000$$

#### 4.3. Употреба психоактивних супстанци према образовном статусу

Међу испитаницима који су се изјаснили да конзумирају цигарете свакодневно највише је оних са средњим образовањем 65%, као и међу онима који пуше повремено 64,5%. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=6,456 \text{ df}=6 \text{ p}<0,374$ ), (графикон 41).

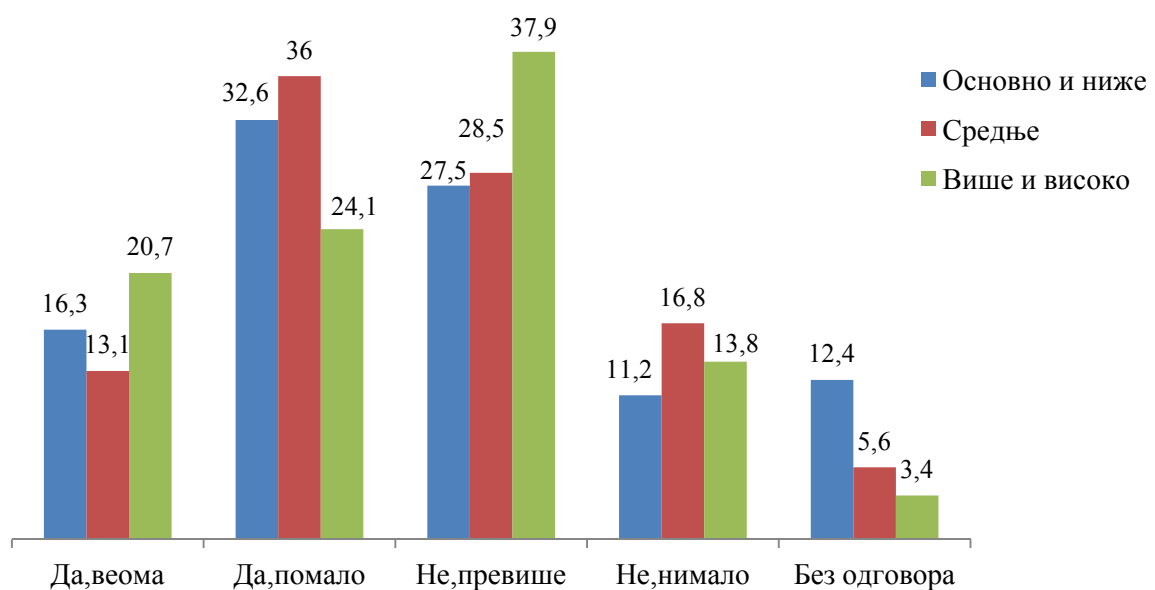
**Графикон 41. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на образовни статус**



$$\chi^2=6,456 \text{ df}=6 \text{ p}<0,374$$

Међу испитаницима који су се изјашњавали да су веома забринути због штетних последица пушења по своје здравље највише је оних са високим образовањем (20,7%), док је међу онима који су се изјашњавали да су помало забринути, највише оних са средњим образовањем (36%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=14,491$   $df=8$   $p<0,07$ ), (графикон 42).

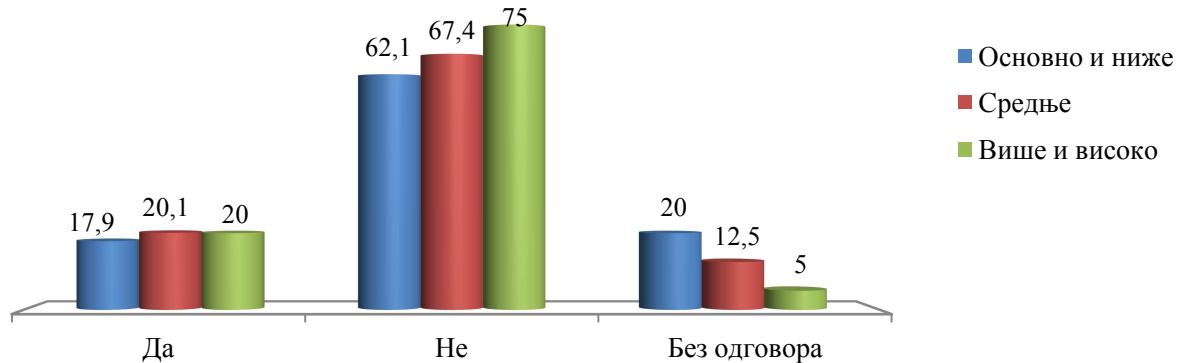
**Графикон 42. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по своје здравље у односу на образовни статус**



$$\chi^2=14,491 \text{ } df=8 \text{ } p<0,071$$

Готово је подједнак проценат испитаника сва три нивоа образовног статуса који су се изјашњавали да су добијали савет од лекара/другог здравственог радника да треба да престану са пушењем. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=6,021$   $df=4$   $p<0,198$ ), (графикон 43).

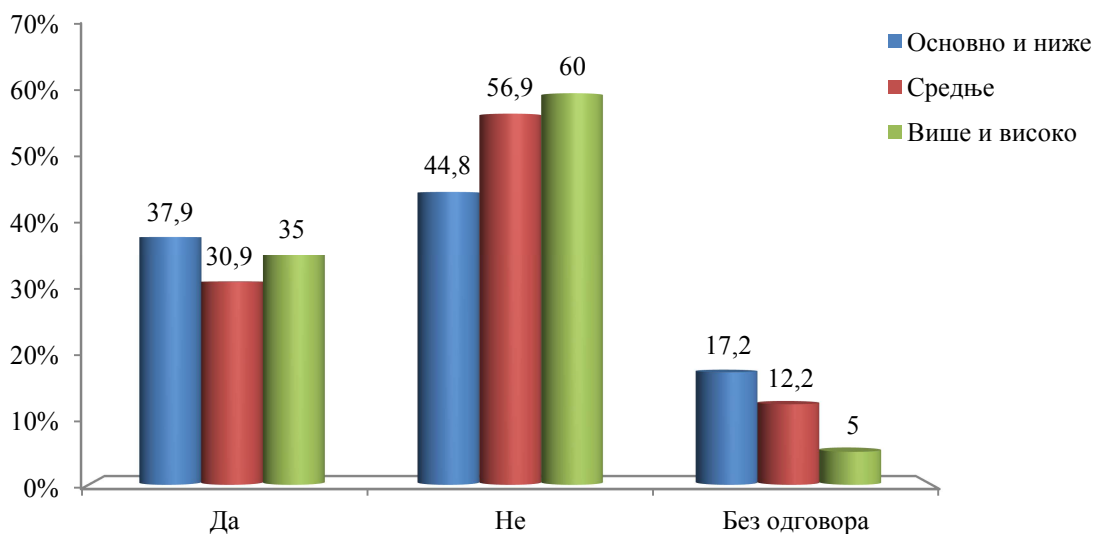
**Графикон 43. Дистрибуција испитаника који су добијали савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем због штетних последица пушења по здравље у односу на образовни статус**



$$\chi^2=6,021 \text{ df}=4 \text{ p}<0,198$$

Сваки трећи испитаник са вишим и високим образовањем је покушавао да престане да пуши. У нешто нижем проценту то су чинили испитаници средњег образовног статуса (30,9%) и нешто чешће испитаници са основним и нижим образовањем (37,9%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=7,318 \text{ df}=4 \text{ p}<0,120$ ), (графикон 44).

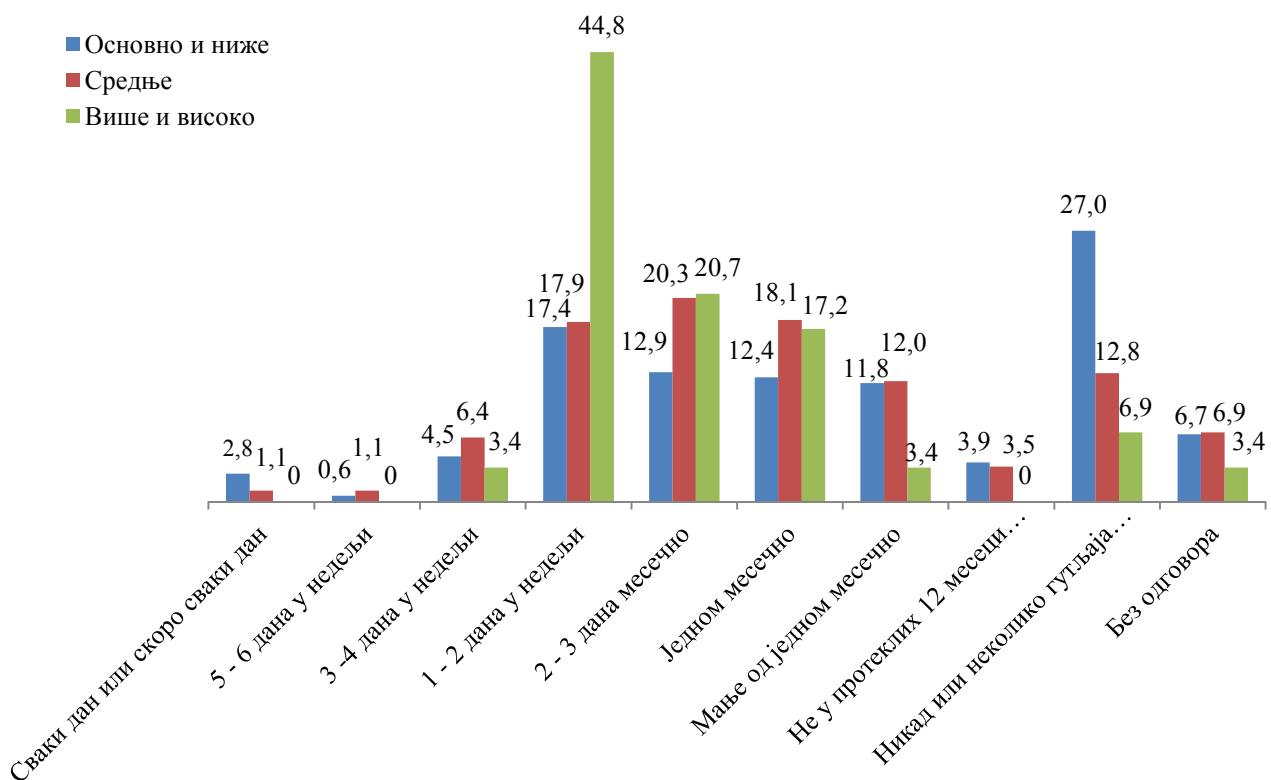
**Графикон 44. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на образовни статус**



$$\chi^2=7,318 \text{ df}=4 \text{ p}<0,120$$

Испитаници са вишим или високим образовањем су се у највећем проценту (44,8%) изјаснили да су конзумирали алкохол 1 до 2 дана у недељи у последњих 12 месеци у односу на време истраживања, док су испитаници средњег образовног статуса (сваки пети) то најчешће чинили 2 до 3 дана недељно. Да никада није конзумирало алкохол изјаснило се 27% испитаника са основним и нижим образовањем. Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=40,857$   $df=18$   $p<0,002$ ), (графикон 45).

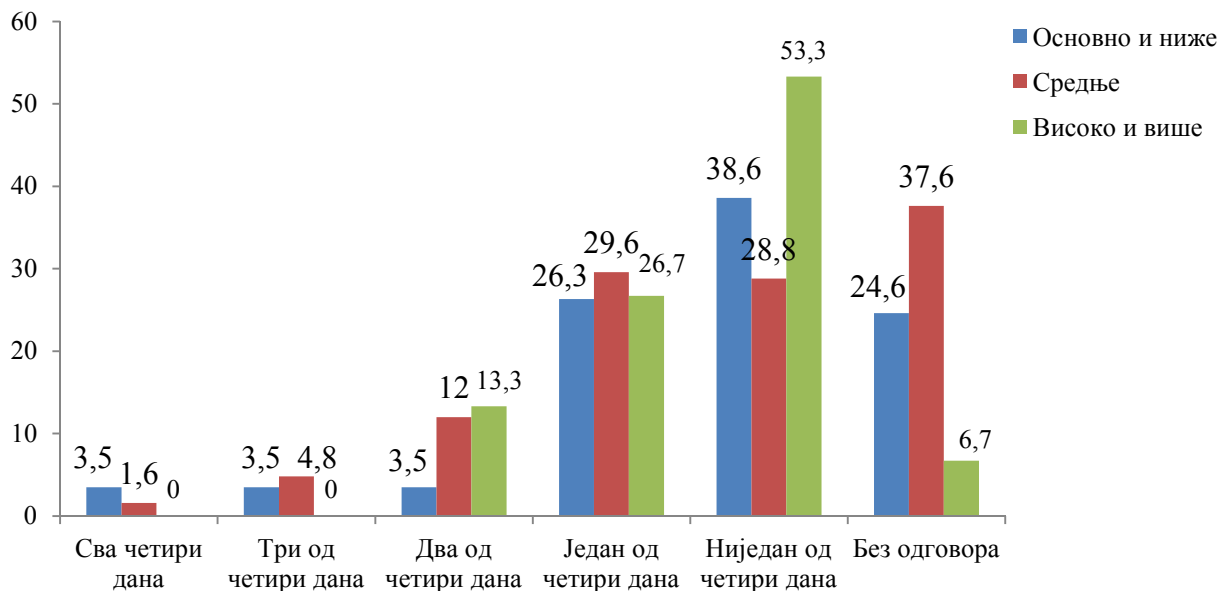
**Графикон 45. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктели, ликери, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на образовни статус**



$$\chi^2=40,857 \text{ } df=18 \text{ } p<0,00$$

Сваки четврти испитаник средњег образовног статуса конзумира алкохол од понедељка до четвртка, један од та четири дана, док најређе у тим данима пију млади вишег и високог образовања. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=40,857$   $df=18$   $p<0,002$ ), (графикон 46).

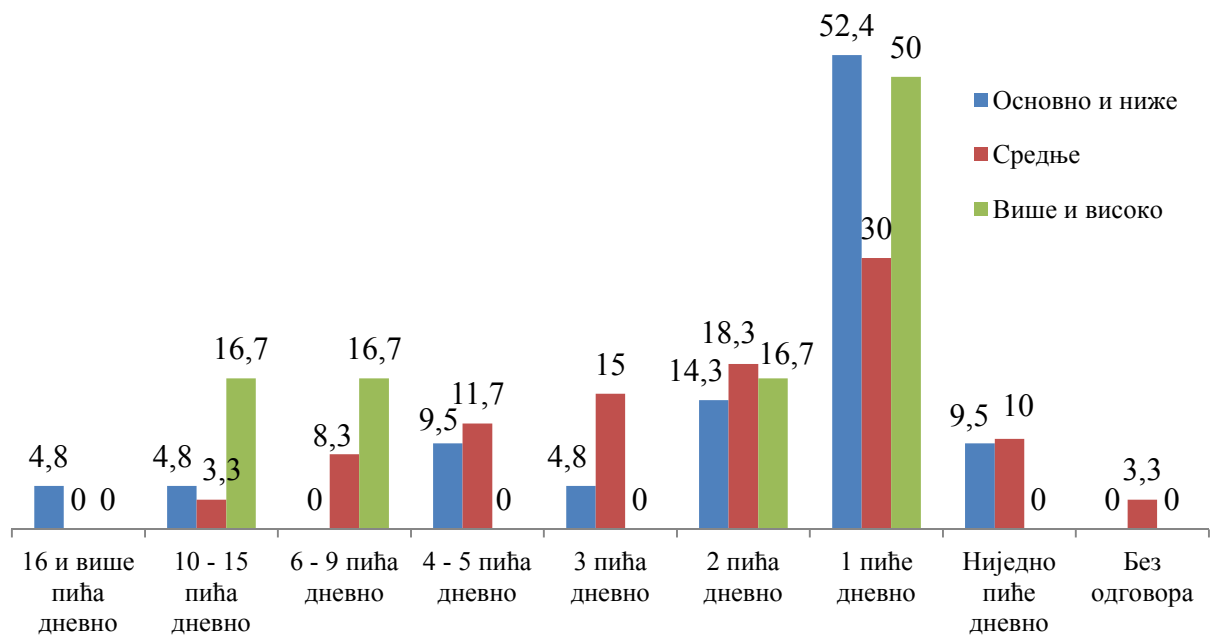
**Графикон 46. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на образовни статус**



$$\chi^2=10,019 \text{ df}=10 \text{ p}<0,439$$

Испитаници различитог образовног статуса који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка су се изјаснили да најчешће пију једно пиће дневно и то сваки други међу испитаницима са нижим и основним као и сваки други међу испитаницима са вишим и високим образовањем, док је то чинио сваки трећи из категорије средњег образовања. Такође је уочено да испитаници средњег образовања чешће него други конзумирају 2 и 3 пића дневно (18,3%, односно 15%), док међу испитаницима који пију 6 до 9 пића и 10 до 15 пића дневно најчешће то чине испитаници са вишим и високим образовањем (по 16,7%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=14,677 \text{ df}=14 \text{ p}<0,548$ ), (графикон 47).

**Графикон 47. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на образовни статус**

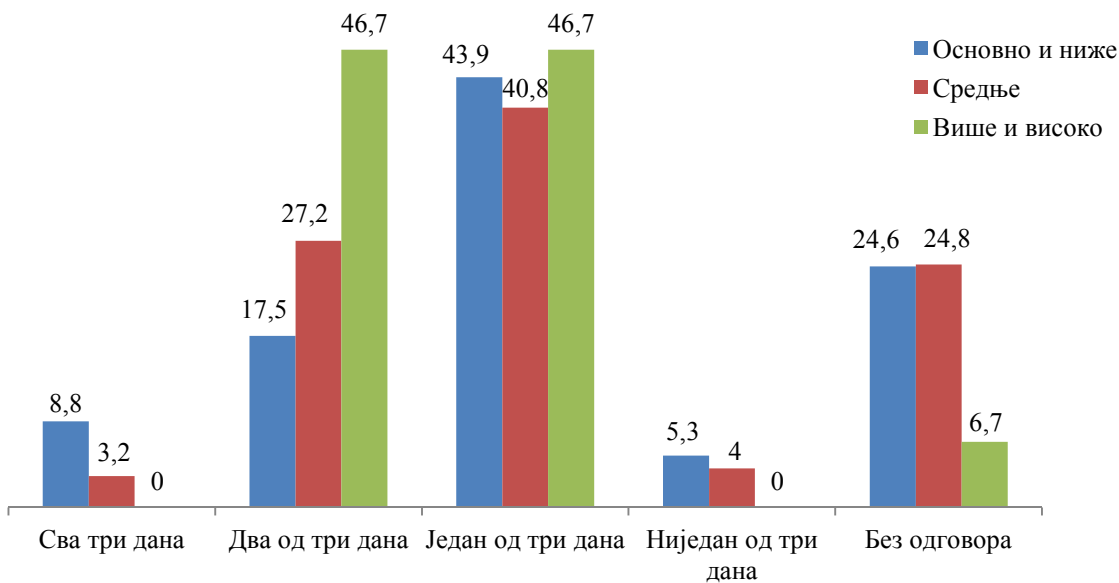


$$\chi^2=14,677 \text{ df}=14 \text{ p}<0,548$$

Испитаници са вишим и високим образовањем конзумирају алкохол у данима од петка до недеље најчешће један од три дана и два од три дана (по 46,7%), док испитаници средњег образовања најчешће пију један од та три дана (40,8%). Испитаници основног и нижег образовања такође најчешће конзумирају алкохол један од та три дана (43,9%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=10,436 \text{ df}=8 \text{ p}<0,236$ ), (графикон 48).



**Графикон 48. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на образовни статус**



$$\chi^2=10,436 \text{ df}=8 \text{ p}<0,236$$

Међу испитаницима који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици вишег и високог образовања највише њих 37% је то чинило мање од једном месечно, док су испитаници средњег образовања најчешће то чинили мање од једном месечно (21,7%) и једном месечно (19,7%). Међу онима који то чине 2 до 3 дана месечно најчешће то чине испитаници средњег статуса (13,7%), а један до два дана недељно најчешће испитаници вишег и високог образовања. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=17,400 \text{ df}=18 \text{ p}<0,496$ ), (табела 2).

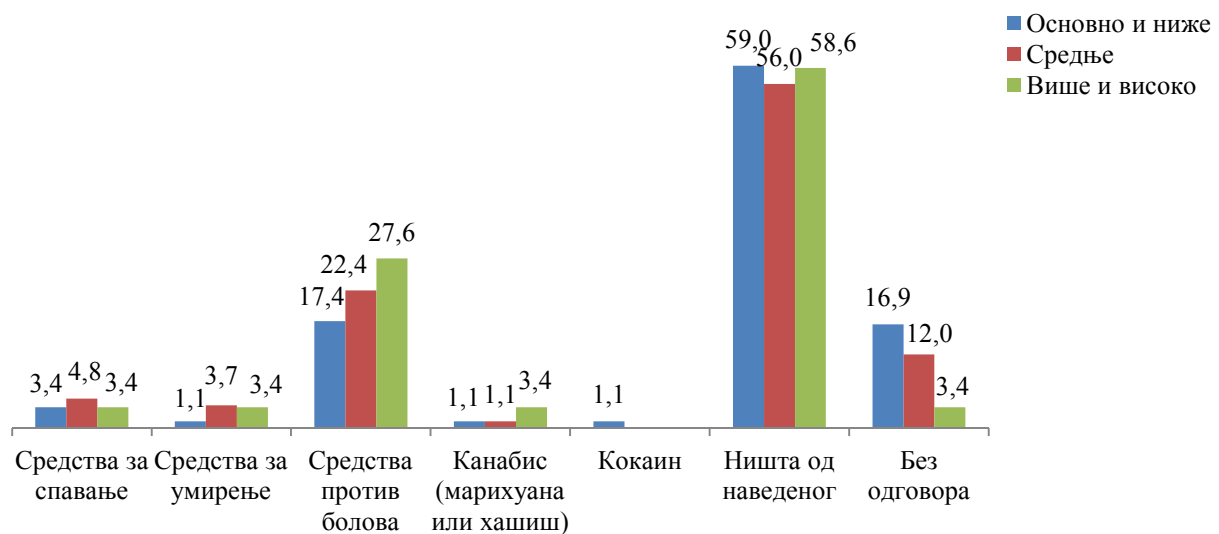
**Табела 2. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици (уз јело, у току забаве, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на образовни статус**

Образовање	Сваки дан или скоро сваки дан	5-6 дана у недељи	3-4 дана у недељи	1-2 дана у недељи	2-3 дана месечно	Једном месечно	Мање од једном месечно	Не у протекли 12 месеци	Никад у животу	Без одговора
Основно и ниже	0,8	0,80	2,40	6,50	9,80	15,4	25,2	8,1	16,3	14
Средње	0,6	0	3,50	6,70	13,7	19,7	21,7	9,2	10,8	14
Више и високо	0	0	3,70	14,8	7,40	7,4	37	14,8	7,4	7,4

$$\chi^2=17,400 \text{ df}=18 \text{ p}<0,496$$

Анкетирани испитаници су се најчешће изјашњавали да конзумирају средства против болова (чешће са вишим и високим образовањем), средства за спавање и средства за умирење (чешће испитаници средњег образовног статуса). Следи конзумирање марихуане или хашиша (најчешће испитаници са вишим или високим образовањем 3,4%) и кокаин (испитаници са основним и нижим образовањем 1,1%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=15,849 \text{ df}=12 \text{ p}<0,198$ ), (графикон 49).

**Графикон 49. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на образовни статус**

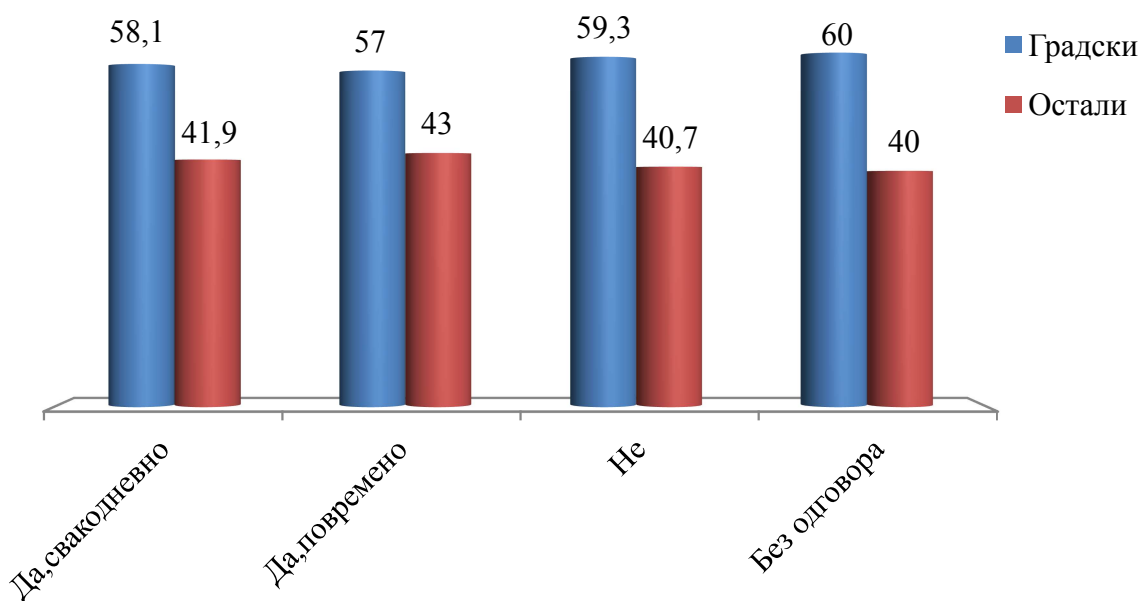


$$\chi^2=15,849 \text{ df}=12 \text{ p}<0,198$$

#### 4.4. Употреба психоактивних супстанци према типу насеља

Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на тип насеља је таква да испитаници који потичу из градске средине конзумирају чешће цигарете и у случају када то чине свакодневно (58,1%) и повремено (57%) у односу на испитанике приградских насеља који то чине у мањем проценту. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=0,185$   $df=3$   $p<0,980$ ), (графикон 50).

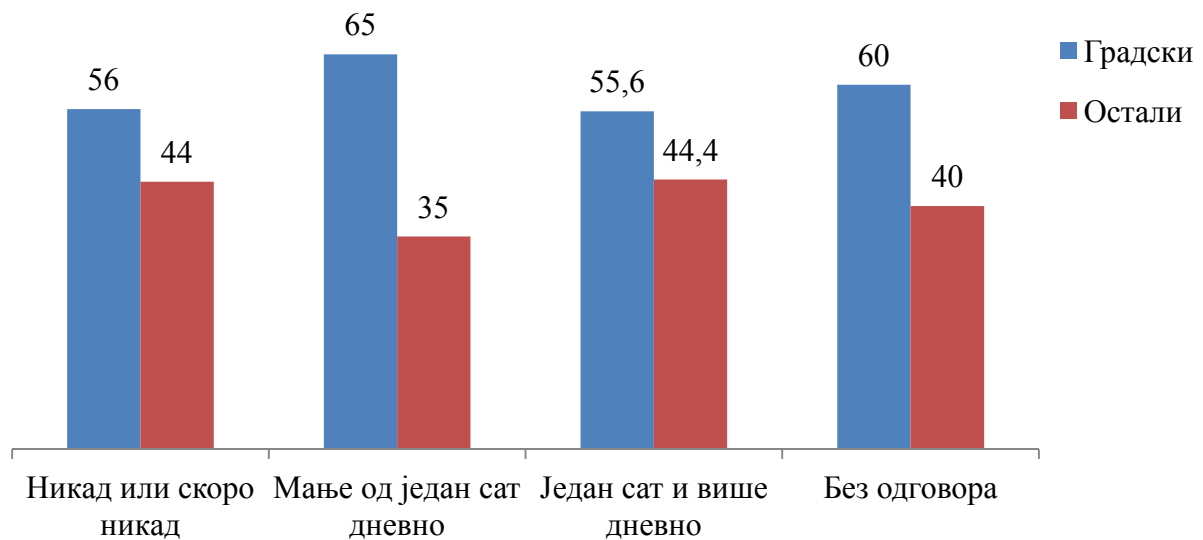
Графикон 50. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на тип насеља



$$\chi^2=0,185 \text{ } df=3 \text{ } p<0,980$$

Испитаници градских средина су се чешће изјашњавали да су изложени дуванском диму у затвореном простору у односу на испитанике који живе у приградским насељима. Да је изложено дуванском диму мање од 1 сат дневно изјаснило се 65% испитаника градске средине и 35% приградске, а да је изложено 1 сат и више дневно изјаснило се 55,6% испитаника градске средине и 44,4% приградске средине. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=3,771$   $df=3$   $p<0,287$ ), (графикон 51).

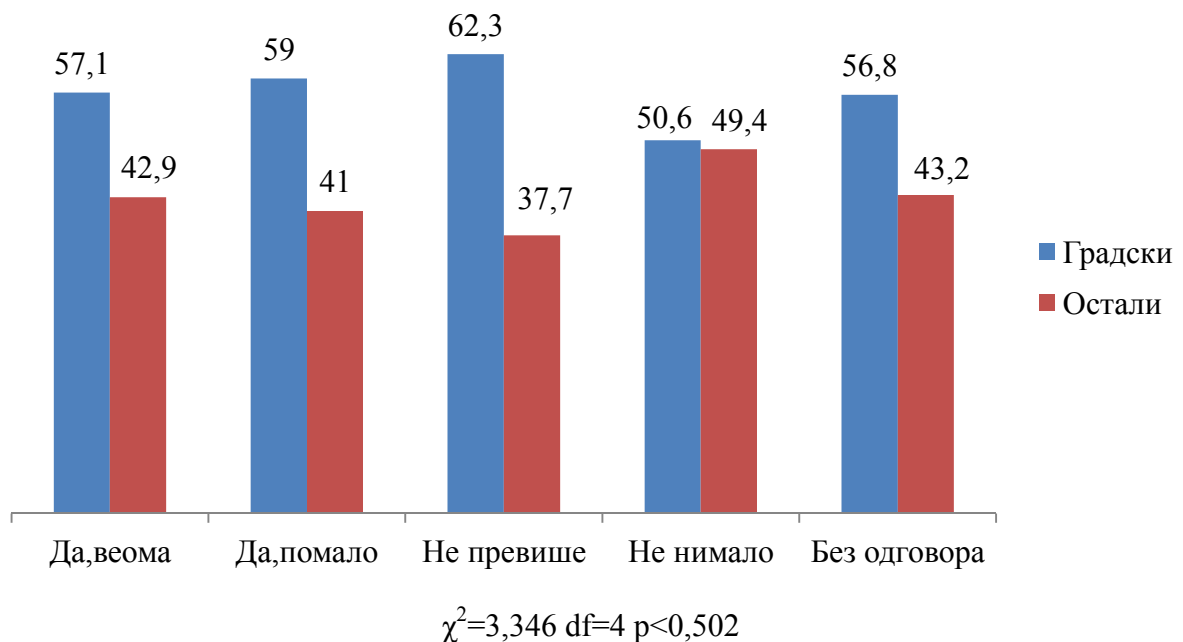
**Графикон 51. Дистрибуција испитаника који су изложени дуванском диму у затвореном простору (у кући, на послу, ресторанима, на јавним местима попут позоришта, клубова) у односу на тип насеља**



$$\chi^2=3,771 \text{ df}=3 \text{ p}<0,287$$

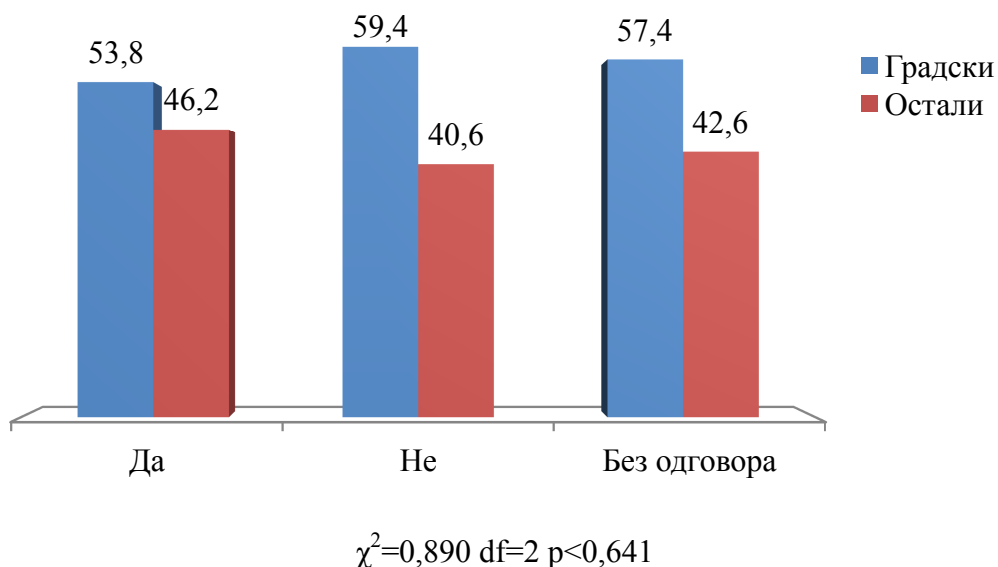
Испитаници градских средина су се чешће изјашњавали да су забринути због штетних последица пушења и изложености дуванском диму по своје здравље у односу на испитанике приградских средина и у случајевима када су забринути веома (56%) и помало (65%) и не превише (55,6%), док је готово подједнак проценат испитаника градских и приградских средина који су се изјаснили да нимало нису забринути. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=3,346$   $df=4$   $p<0,502$ ), (графикон 52).

**Графикон 52. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења и изложености дуванском диму по своје здравље у односу на тип насеља**



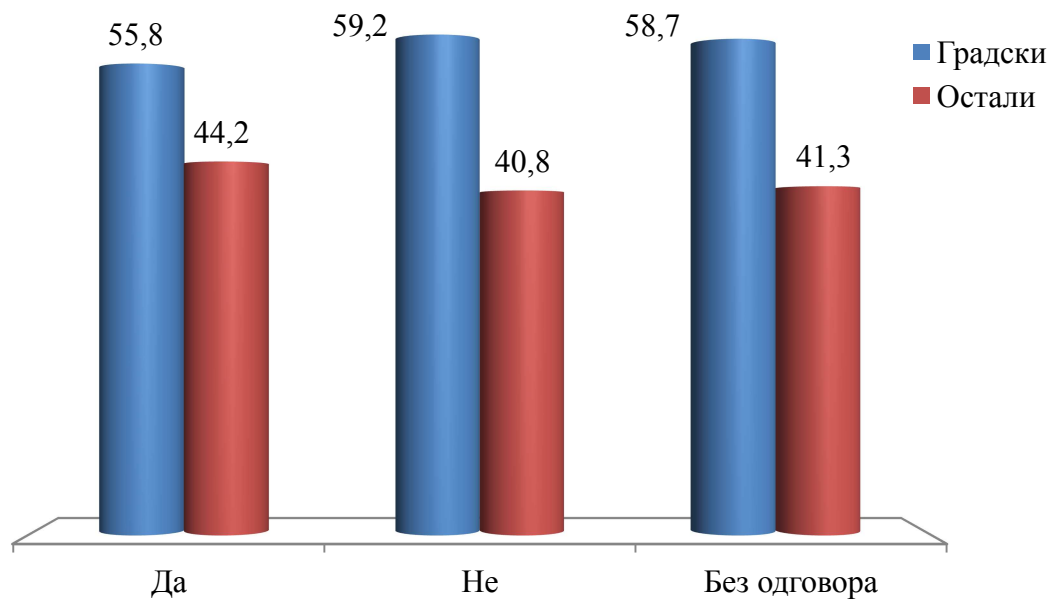
Испитаници градских средина су чешће добијали савет од лекара или неког другог здравственог радника да треба да престану да пуше (53,8%) од испитаника приградских насеља (46,2%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=0,890$   $df=2$   $p<0,641$ ), (графикон 53).

**Графикон 53. Дистрибуција испитаника који су добијали савет од лекара или неког другог здравственог радника да престану са пушењем због штетних последица пушења по здравље у односу на тип насеља**



Да су у претходних 12 месеци у односу на време истраживања покушавали да престану са пушењем изјаснило се 55,8% испитаника градских средина и 44,2% испитаника осталих средина. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=0,480$   $df=2$   $p<0,787$ ), (графикон 54).

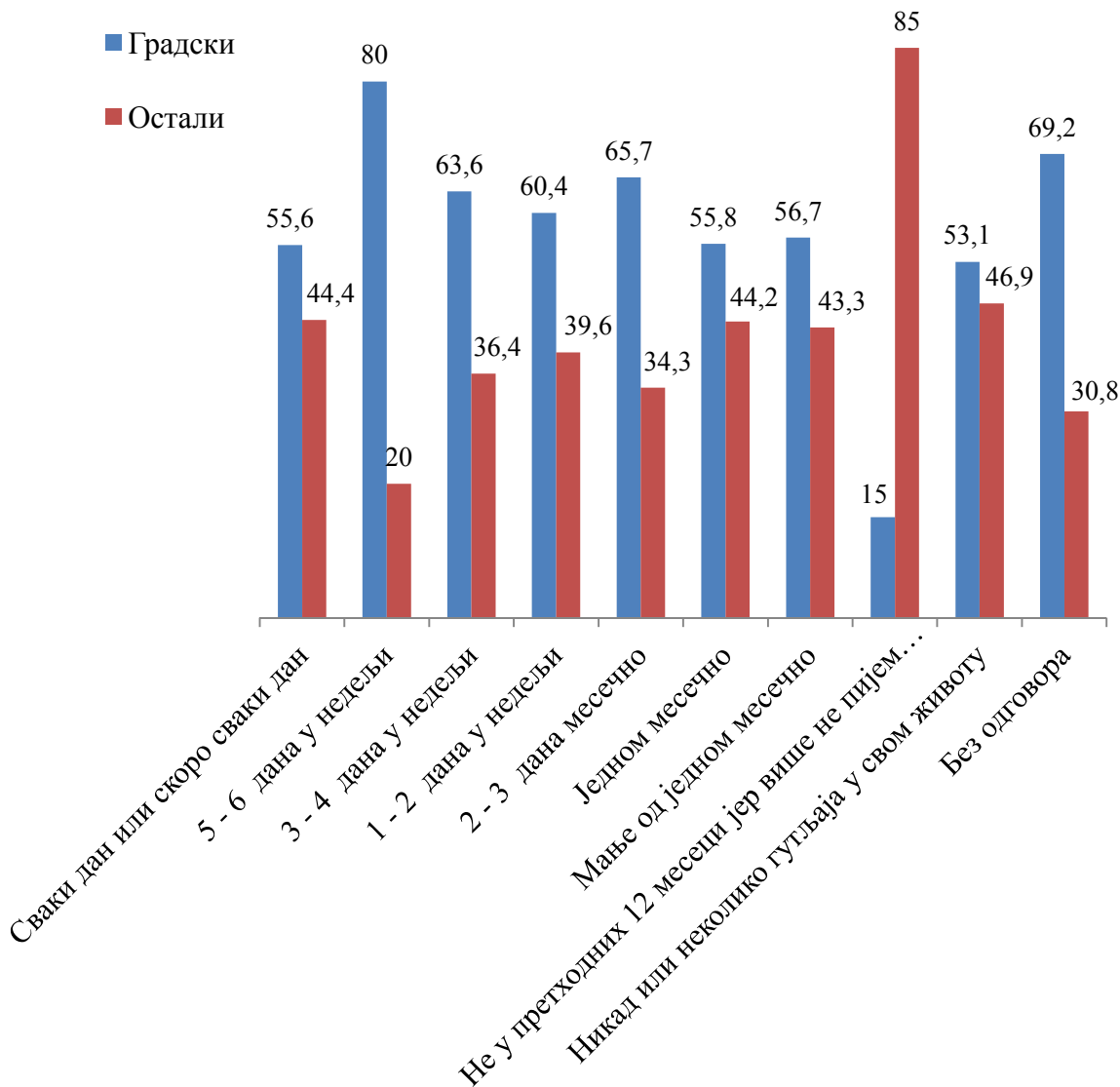
**Графикон 54. Дистрибуција испитаника који су у претходних 12 месеци у односу на истраживање покушавали да престану са пушењем у односу на тип насеља**



$$\chi^2=0,480 \text{ } df=2 \text{ } p<0,787$$

Испитаници који потичу из градске средине чешће конзумирају алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, ликере, коктеле, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на испитанике приградских насеља и та разлика је израженија у случајевима када то чине 5 до 6 дана у недељи, чак 4 пута чешће, као и у случајевима када то чине 2 до 3 дана месечно (65,7% у односу на 34,3%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=5,584$   $df=5$   $p<0,349$ ), (графикон 55).

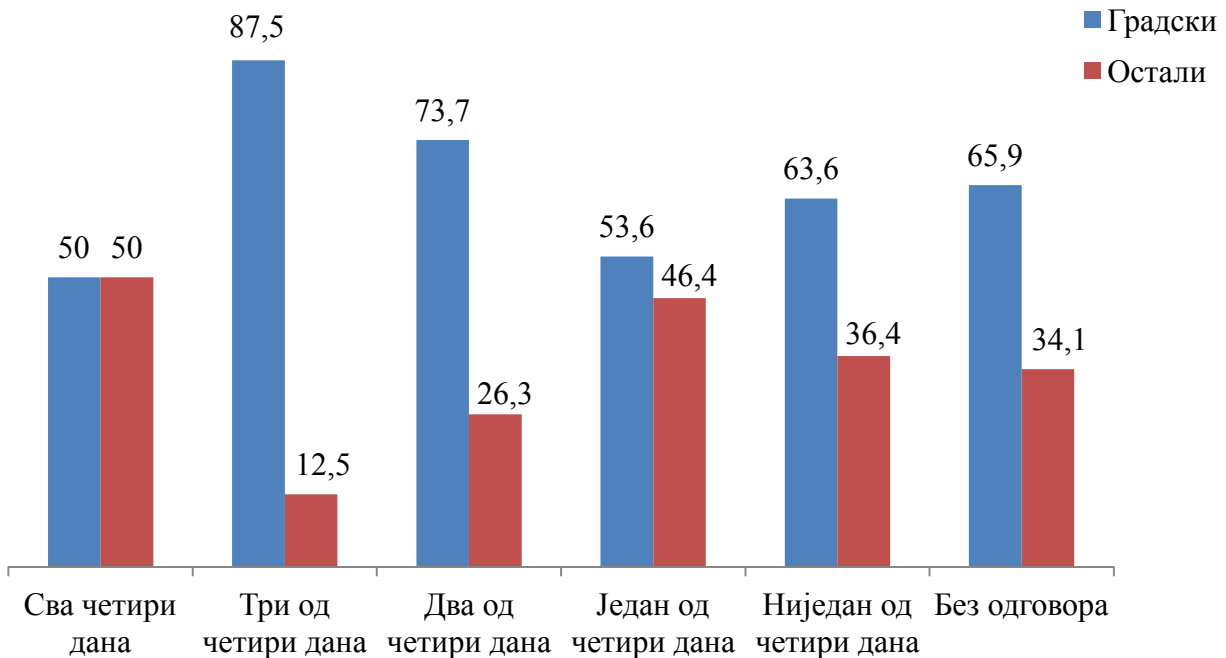
*Графикон 55. Дистрибуција испитаника различитог образовног статуса који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, ликери, коктели, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на тип насеља*



$$\chi^2=5,584 \text{ df}=5 \text{ p}<0,349$$

У сва четири дана у недељи анализа указује да пије подједнак проценат испитаника, како градских, тако и приградских насеља, тачније то чини сваки други испитаник. Испитаници градских средина 7 пута чешће конзумирају алкохолна пића од три од четири дана, као и 2,8 пута чешће од два од четири дана, а од испитаника приградских насеља. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=22,705 \text{ df}=9 \text{ p}<0,007$ ), (графикон 56).

**Графикон 56. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на тип насеља**

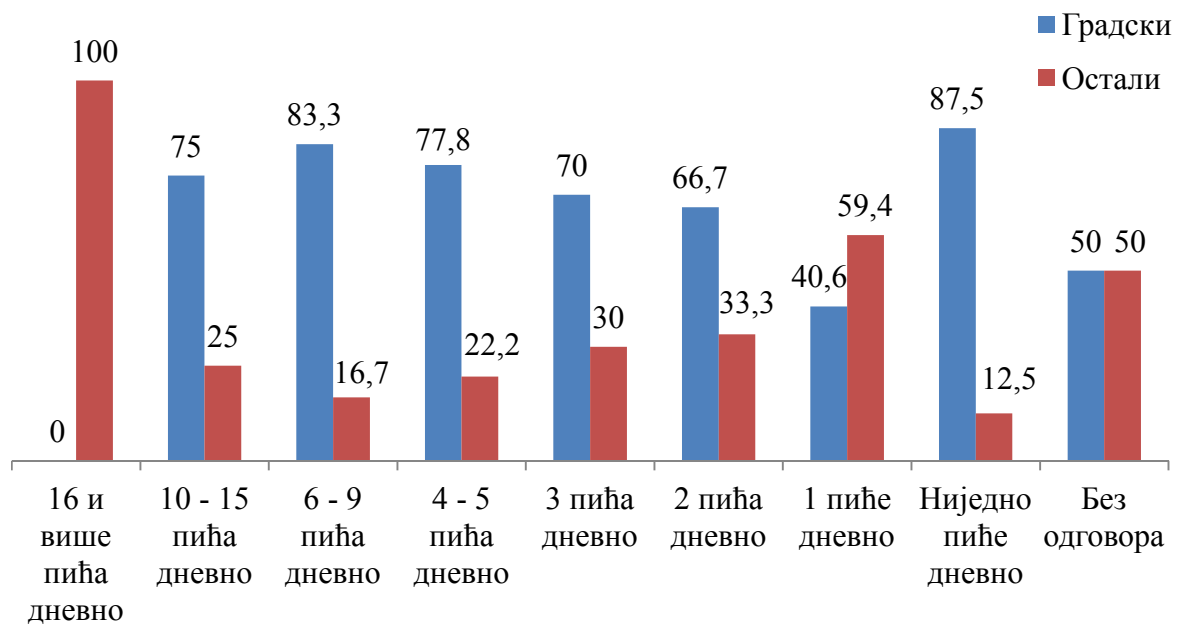


$$\chi^2=22,705 \text{ df}=9 \text{ p}<0,007$$

Испитаници приградских насеља који су се изјаснили да конзумирају алкохол у данима од понедељка до четвртка, чешће конзумирају 16 и више пића дневно као и 1 пиће дневно у односу на испитанике градских насеља, док испитаници градских насеља чешће конзумирају 2 и више пића дневно. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=12,797 \text{ df}=8 \text{ p}<0,119$ ), (графикон 57).



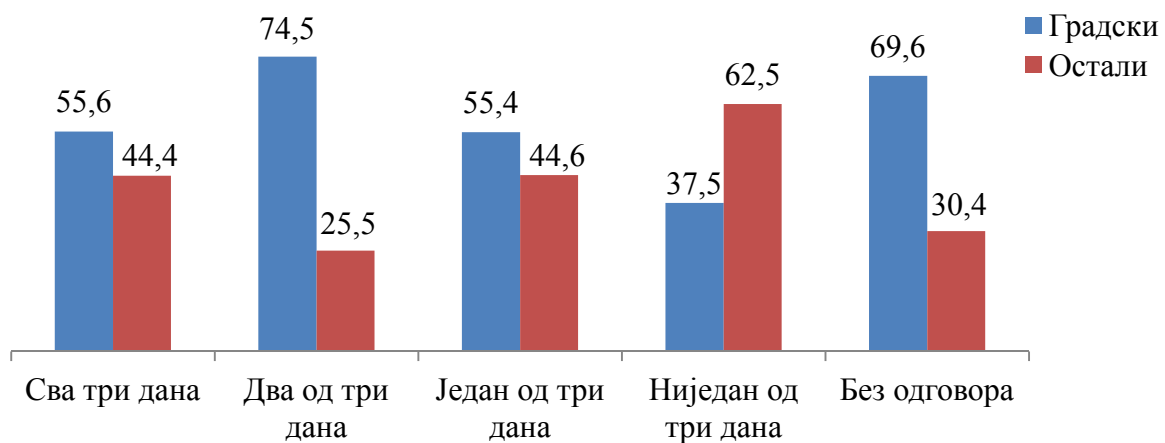
**Графикон 57. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на тип насеља**



$$\chi^2=12,797 \text{ df}=8 \text{ p}<0,119$$

У ситуацијама када конзумирају алкохол од петка до недеље млади градских насеља то чине 3 пута чешће када пију два од три дана у односу на младе из приградских средина, док 1,2 пута чешће пију сва три дана и један од три дана. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=8,234 \text{ df}=4 \text{ p}<0,083$ ), (графикон 58).

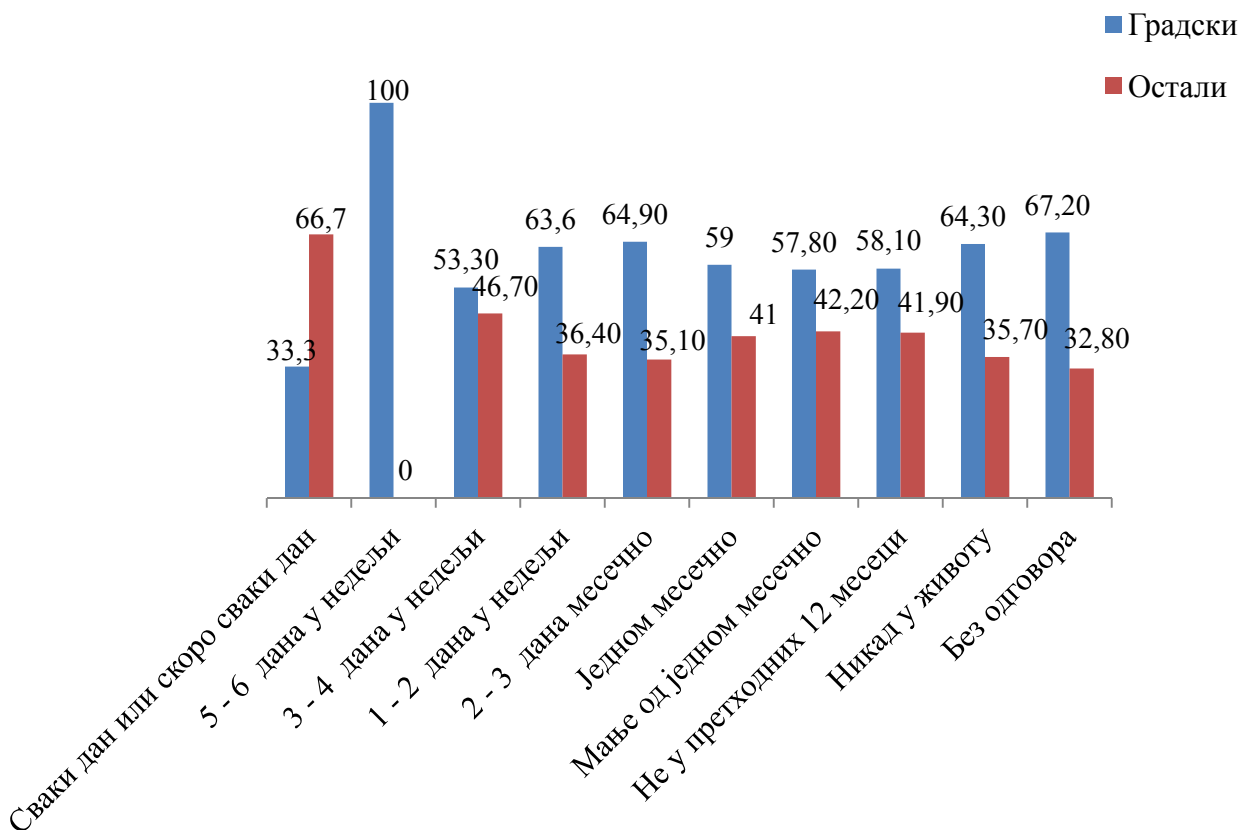
**Графикон 58. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на тип насеља**



$$\chi^2=8,234 \text{ df}=4 \text{ p}<0,083$$

Сваки дан или скоро сваки дан, 6 пића по једној прилици (уз јело, у току забаве, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) чешће конзумирају испитаници приградских насеља (66,7%), док више пута недељно и месечно то чине чешће испитаници градских средина. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=4,475$   $df=9$   $p<0,877$ ), (графикон 59).

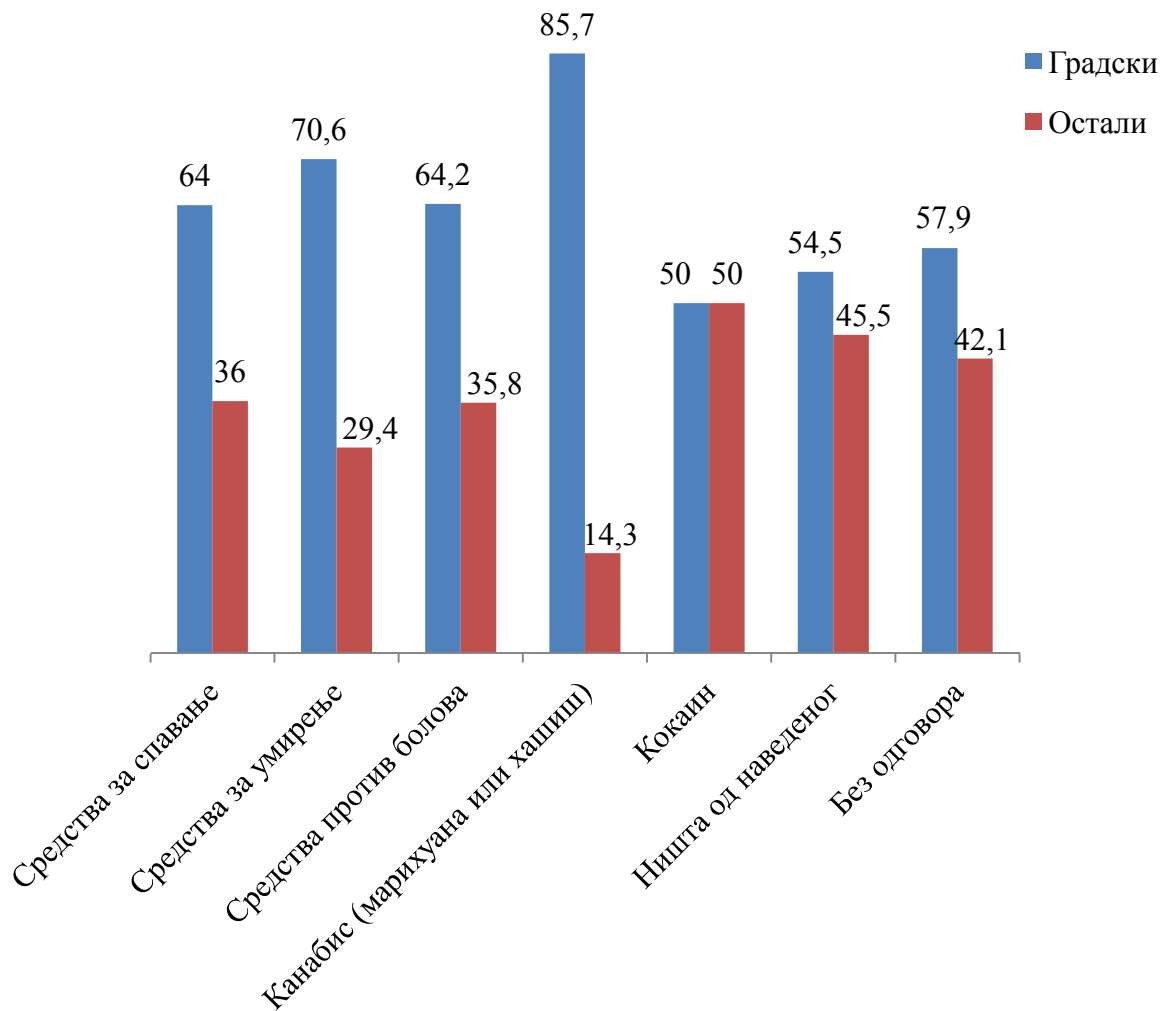
**Графикон 59. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 пића по једној прилици (уз јело, у току забаве, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на тип насеља**



$$\chi^2=4,475 \text{ df}=9 \text{ p}<0,877$$

Испитаници градских средина 2 пута чешће користе средства за спавање (64%), средства за умирење (70,6%), средства против болова (64,2%) у односу на младе из приградских насеља. Супстанце попут канабиса млади из градских средина користе чак 6 пута чешће док у подједнаком проценту користе кокаин. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=7,343$   $df=6$   $p<0,290$ ), (графикон 60).

Графикон 60. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на тип насеља



$$\chi^2=7,343 \text{ df}=6 \text{ p}<0,290$$

#### 4.5. Употреба психоактивних супстанци према географској области

Испитаници са територије Јужне и Источне Србије чешће конзумирају цигарете свакодневно (29,4%) и повремено (29,7%) у односу на младе који потичу из других региона Србије. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=31,995$   $df=9$   $p<0,000$ ), (табела 3).

*Табела 3. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Да, свакодневно	22,4	23,8	24,4	29,4
Да, повремено	28,1	18,2	24	29,7
Не	31,9	20,4	23,9	23,8
Без одговора	6,7	20	57,8	15,5

$$\chi^2=31,995 \text{ } df=9 \text{ } p<0,000$$

Испитаници у готово једнаком проценту најчешће користе цигарете (фабрички произведене или самостално завијене), док цигаре најчешће користе испитаници са територије Београда. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=21,890$   $df=12$   $p<0,039$ ), (табела 4).

*Табела 4. Дистрибуција испитаника који конзумирају различите врсте дуванских производа у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Цигарете (фабрички произведене или самостално завијене)	23,3	22,3	24,6	29,8
Цигаре	18,2	36,4	27,3	18,1
Дуван за лулу	100	0	0	0
Друго	0	0	0	100
Без одговора	16,4	18	47,6	18

$$\chi^2=21,890 \text{ } df=12 \text{ } p<0,039$$

Испитаници са територије Јужне и Источне Србије и са територије Београда су у највећем проценту покушавали да престану са пушењем (28,2%, односно 25,6%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=19,156$   $df=6$   $p<0,004$ ), (табела 5).

*Табела 5. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Да	22,4	25,6	23,7	28,3
Не	23,2	21,2	24,4	31,2
Без одговора	19	15,9	49,2	15,9
$\chi^2=19,156$ $df=6$ $p<0,004$				

Испитаници са територије Јужне и Источне Србије и са територије Београда су у највећем проценту добијали савет лекара да престану са пушењем (по 28,6%), док се са територије Шумадије и Западне Србије изјаснио сваки четврти испитаник, а са територије Војводине 17,6% њих. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=18,099$   $df=6$   $p<0,006$ ), (табела 6).

*Табела 6. Дистрибуција испитаника који су добијали савет лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Да	17,6	28,6	25,3	28,5
Не	25,2	20,3	24,2	30,3
Без одговора	16,2	20,6	45,6	17,6
$\chi^2=18,099$ $df=6$ $p<0,006$				

Да су веома забринути због штетних последица пушења по своје здравље изјаснио се сваки трећи испитаник Јужне и Источне Србије, као и сваки четврти испитаник са територије Београда, док се сваки четврти испитаник са територије Шумадије и Западне Србије изјаснио да је помало забринут. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=33,407$   $df=12$   $p<0,001$ ), (табела 7).

*Табела 7. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по своје здравље у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Да, веома	15,5	25	23,8	35,7
Да, помало	24,5	21	26	28,5
Не, превише	24	23,4	26,9	25,7
Не, нимало	36,8	18,4	17,2	27,6
Без одговора	15,9	18,2	54,5	11,4

$$\chi^2=33,407 \text{ df}=12 \text{ p}<0,001$$

Испитаници са територије Јужне и Источне Србије су чешће од осталих конзумирали алкохол сваки дан или скоро сваки дан (55,6%), док су испитаници са територије Шумадије и Западне Србије најчешће конзумирали алкохол од 5 до 6 дана у недељи (60%). Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=61,769 \text{ df}=27 \text{ p}<0,000$ ), (табела 8).

*Табела 8. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктели, ликери, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Сваки дан или скоро сваки дан	11,1	33,3	0	55,6
5- 6 дана у недељи	20	20	60	0
3-4 дана у недељи	30,3	12,1	21,2	36,4
1-2 дана у недељи	24,3	23,4	20,7	31,6
2-3 дана месечно	28,6	29,5	17,1	24,8
Једном месечно	22,1	20	27,4	30,5
Мање од једном месечно	32,8	17,9	25,4	23,9
Не у претходних 12 месеци, јер више не пијем алкохол	20	10	40	30
Никад или неколико гутљаја у свом животу	22,4	19,4	29,6	28,6
Без одговора	7,7	23,1	64,1	5,1

$$\chi^2=61,769 \text{ df}=27 \text{ p}<0,000$$

Сваки четврти испитаник сва четири географска региона пије алкохол од понедељка до четврка сва четири дана, док три од четири дана најчешће пију млади из Јужне и Источне Србије (50%), као и два од четири дана (36,8%). Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=51,644 \text{ df}=15 \text{ p}<0,000$ ), (табела 9).

**Табела 9. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на географску област**

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Сва четири дана	25	25	25	25
Три од четири дана	0	25	25	50
Два од четири дана	15,8	31,6	15,8	36,8
Један од четири дана	21,4	23,2	21,5	33,9
Ниједан од четири дана	34,8	16,7	16,7	31,8
Без одговора	6,8	22,7	65,9	4,6

$$\chi^2=51,644 \text{ df}=15 \text{ p}<0,000$$

Сваки четврти испитаник са териториј гада Београда конзумира од 10 до 15 пића дневно у данима од понедељка до четвртка, док сваки трећи са територије Војводине и Јужне и Источне Србије конзумира од 6 до 9 пића дневно. Када је у питању конзумирање 4 до 5 пића дневно најчешће то чине млади са територије Шумадије и Западне Србије (44,4%) испитаника. Да пију 16 и више пића дневно изјаснили су се само испитаници са територије Војводине (100%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=22,673 \text{ df}=24 \text{ p}<0,539$ ), (табела 10).



*Табела 10. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
<b>16 и више пића дневно</b>	100	0	0	0
<b>10-15 пића дневно</b>	0	25	0	75
<b>6-9 пића дневно</b>	33,3	16,7	16,7	33,3
<b>4-5 пића дневно</b>	11,1	33,3	44,4	11,2
<b>3 пића дневно</b>	0	30	40	30
<b>2 пића дневно</b>	20	20	13,3	46,7
<b>1 пиће дневно</b>	25	25	12,5	37,5
<b>Ниједно пиће дневно</b>	12,5	37,5	25	25
<b>Без одговора</b>	0	0	50	50

$$\chi^2=22,673 \text{ df}=24 \text{ p}<0,539$$

Сва три дана од петка до недеље најчешће пију испитаници са територије Јужне и Источне Србије, док се у највећем проценту (50%) њих са територије Војводине изјаснило да не пије ни један од та три дана. Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=43,917 \text{ df}=12 \text{ p}<0,000$ ), (табела 11).

*Табела 11. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Сва три дана	22,2	33,3	0	44,5
Два од три дана	21,6	25,5	21,6	31,3
Један од три дана	26,5	19,3	21,7	32,5
Ниједан од три дана	50	12,5	0	37,5
Без одговора	6,5	21,7	63	8,8

$$\chi^2=43,917 \text{ df}=12 \text{ p}<0,000$$

Сваки трећи испитаник са територије Шумадије и Западне Србије и Јужне и Источне Србије конзумира од 10 до 15 пића дневно у данима од петка до недеље, док 41,6% њих са територије Јужне и Источне Србије конзумира од 6 до 9 пића дневно. Када је у питању конзумирање од 4 до 5 пића дневно најчешће то чине млади са територије Јужне и Источне Србије (41,6%). Да пију 16 и више пића дневно изјаснили су се само испитаници са територије Војводине (100%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=18,613 \text{ df}=24 \text{ p}<0,772$ ), (табела 12).

*Табела 12. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
<b>16 и више пића дневно</b>	100	0	0	0
<b>10-15 пића дневно</b>	6,7	26,7	33,3	33,3
<b>6-9 пића дневно</b>	16,7	25	16,7	41,6
<b>4-5 пића дневно</b>	16,7	16,7	25	41,6
<b>3 пића дневно</b>	32,3	19,4	19,3	29
<b>2 пића дневно</b>	28,6	33,3	14,3	23,8
<b>1 пиће дневно</b>	26,7	26,7	20	26,6
<b>Ниједно пиће дневно</b>	33,3	0	33,3	33,4
<b>Без одговора</b>	33,3	0	0	66,7

$$\chi^2=18,613 \text{ df}=24 \text{ p}<0,772$$

Испитаници са територије Војводине, града Београда и Јужне и Источне Србије су се у готово у подједнаком проценту (по 33,3%) изјаснили да сваки или скоро сваки дан конзумирају 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће), као и 3 до 4 дана у недељи (по 26,7%), док испитаници са територије Шумадије и Западне Србије то најчешће чине 1 до 2 дана у недељи (36,4%) и 2 до 3 дана месечно (24,6%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=52,889 \text{ df}=27 \text{ p}<0,002$ ), (табела 13).

*Табела 13. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на географску област*

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Сваки дан или скоро сваки дан	33,3	33,3	0	33,4
5-6 дана у недељи	0	0	0	100
3-4 дана у недељи	26,7	26,7	20	26,6
1-2 дана у недељи	18,2	15,2	36,4	30,2
2-3 дана месечно	21,1	21,1	24,6	33,2
Једном месечно	19,3	20,5	21,7	38,5
Мање од једном месечно	28,4	26,7	22,9	22
Не у претходних 12 месеци	37,2	20,9	11,6	30,3
Никад у животу	35,7	25	16,1	23,2
Без одговора	14,1	21,9	51,6	12,4

$$\chi^2=52,889 \text{ df}=27 \text{ p}<0,002$$

Средства за спавање најчешће конзумирају испитаници са територије града Београда (36%), док испитаници са територије Јужне и Источне Србије најчешће конзумирају средства за умирење (52,9%) и средства против болова (32,5%). Кад су у питању супстанце попут канабиса најчешћи конзументи су испитаници са територије Војводине (57,1%), док кокаин конзумирају само испитаници са територије града Београда и Јужне и Источне Србије (по 50%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=46,001 \text{ df}=18 \text{ p}<0,000$ ), (табела 14).

**Табела 14. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на географску област**

Географска област	Војводина	Београд	Шумадија и Западна Србија	Јужна и Источна Србија
Средства за спавање	12	36	28	24
Средства за умирење	5,9	5,9	35,3	52,9
Средства против болова	27,6	17,9	22	32,5
Канабис (марихуана или хашиш)	57,1	14,3	14,3	14,3
Кокаин	0	50	0	50
Ништа од наведеног	27,1	23,2	23,5	26,2
Без одговора	11,8	19,7	48,7	19,8

$$\chi^2=46,001 \text{ df}=18 \text{ p}<0,000$$

#### 4.6. Употреба психоактивних супстанци према материјалном стању домаћинства

Цигарете најчешће свакодневно конзумирају испитаници који припадају првом, најсиромашнијој категорији (22,1%), док повремено то најчешће чине млади из друге категорије индекса благостања. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=16,939 \text{ df}=12 \text{ p}<0,152$ ), (табела 15).

**Табела 15. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Да, свакодневно	22,1	21,5	20,8	15,5	20,1
Да, повремено	19,8	22,3	19,8	17,4	20,7
Не	15	16,8	23	24,8	20,4
Без одговора	13,3	22,2	17,8	35,6	11,1

$$\chi^2=16,939 \text{ df}=12 \text{ p}<0,152$$

Готово је подједнака дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете (фабрички произведене или самостално завијене) у свим категоријама материјалног стања домаћинства, док цигаре најчешће конзумирају млади из најсиромашнијих домаћинстава (36,4%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=22,551$   $df=16$   $p<0,126$ ), (табела 16).

**Табела 16. Дистрибуција испитаника који конзумирају различите врсте дуванских производа у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Цигарете (фабрички произведене или самостално завијене)	21,3	21,5	21	15,9	20,3
Цигаре	36,4	18,2	9,1	9,1	27,3
Дуван за лулу	0	100	0	0	0
Друго	0	0	0	0	100
Без одговора	14,8	23	18	32,8	11,4

$\chi^2=22,551$   $df=16$   $p<0,126$

Испитаници првог (27,6%) и трећег (21,8%) нивоа индекса благостања најчешће су покушавали да престану са пушењем цигарета. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=19,839$   $df=18$   $p<0,011$ ), (табела 17).

**Табела 17. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Да	27,6	17,3	21,8	16	17,3
Не	17,6	24	20	15,6	22,8
Без одговора	15,9	23,8	17,5	31,7	11,1

$\chi^2=19,839$   $df=18$   $p<0,011$

Савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем најчешће су добијали млади из најсиромашније категорије домаћинства (сваки четврти). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=15,495$   $df=18$   $p<0,050$ ), (табела 18).

**Табела 18. Дистрибуција испитаника који су добијали савет лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Да	25,3	19,8	16,5	19,8	18,7
Не	20	21,6	22,6	14,5	21,3
Без одговора	17,6	25	14,7	30,9	11,8

$\chi^2=15,495$   $df=18$   $p<0,050$

Испитаници који су веома забринути због штетних последица пушења цигарета по своје здравље најчешће су из најсиромашнијих категорија домаћинства (23,8%), док је сваки четврти испитаник из треће категорије рекао да је помало забринут, а сваки четврти из друге категорије индекса благостања домаћинства није нимало забринут. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=19,903$   $df=16$   $p<0,225$ ), (табела 19).

**Табела 19. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по своје здравље у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Да, веома	23,8	21,4	19	17,9	17,9
Да, помало	22	21	19	19	19
Не, превише	12,6	16,8	25,1	19,2	26,3
Не, нимало	23	25,3	20,7	17,2	13,8
Без одговора	20,5	25	15,9	27,3	11,4

$\chi^2=19,903$   $df=16$   $p<0,225$

Испитаници који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктели, ликери, алкохолна пића из кућне/домаће производње) сваки дан или скоро сваки дан најчешће припадају категорији најсиромашнијих, као и трећем нивоу индекса благостања, док испитаници из најбогатијих категорија домаћинстава конзумирају алкохолна пића чешће неколико пута недељно или месечно. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=80,680$   $df=36$   $p<0,000$ ), (табела 20).

*Табела 20. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на материјално стање*

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Сваки дан или скоро сваки дан	33,3	11,1	33,3	11,1	11,2
5-6 дана у недељи	20	0	0	40	40
3-4 дана у недељи	24,2	24,2	12,1	21,2	18,3
1-2 дана у недељи	18	16,2	20,7	21,6	23,4
2-3 дана месечно	13,3	9,5	22,9	27,6	26,7
Једном месечно	15,8	22,1	29,5	10,5	22,1
Мање од једном месечно	10,4	29,9	16,4	17,9	25,4
Не у претходних 12 месеци јер више не пијем алкохол	55	10	15	15	5
Никад или неколико гутљаја у свом животу	29,6	30,6	18,4	14,3	7,1
Без одговора	15,4	28,2	17,9	25,6	12,9

$\chi^2=80,680$   $df=36$   $p<0,000$



Сва три дана од понедељка до четвртка алкохол конзумира сваки четврти испитаник прве, друге, треће и пете категорије материјалног стања домаћинства, док два од три дана најчешће пију млади из најбогатијих слојева становништва. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=18,004$   $df=20$   $p<0,587$ ), (табела 21).

**Табела 21. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Сва три дана	25	25	25	0	25
Два од три дана	25	0	12,5	25	37,5
Један од три дана	10,5	31,6	5,3	21,1	31,5
Ниједан од три дана	26,8	12,5	19,6	21,4	19,7
Без одговора	16,7	16,7	24,2	22,7	19,7
$\chi^2=18,004$ $df=20$ $p<0,587$					

Испитаници који су се изјаснили да у данима од понедељка до четвртка најчешће попију 16 и више пића дневно најчешће припадају категорији најсиромашнијих (100%), док испитаници из категорије најбогатијих најчешће пију од 4 до 5 пића дневно (33,4%) и 3 пића дневно (40%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=29,701$   $df=32$   $p<0,583$ ), (табела 22).

**Табела 22. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
16 и више пића дневно	100	0	0	0	0
10-15 пића дневно	0	0	50	50	0
6-9 пића дневно	0	16,7	16,7	33,3	33,3
4-5 пића дневно	22,2	22,2	11,1	11,1	33,4
3 пића дневно	10	20	10	20	40
2 пића дневно	20	20	13,3	33,3	13,3
1 пиће дневно	37,5	15,6	15,6	9,4	21,9
Ниједно пиће дневно	0	12,5	12,5	37,5	37,5
Без одговора	50	0	50	0	0

$$\chi^2=29,701 \text{ df}=32 \text{ p}<0,583$$

Сва три дана од петка до недеље, алкохол најчешће пију млади из најсиромашнијих домаћинстава (сваки трећи), док 2 од 3 дана чешће пију млади из најбогатијих домаћинстава (21,6%). Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=27,844 \text{ df}=16 \text{ p}<0,033$ ), (табела 23).

**Табела 23. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Сва три дана	33,3	22,2	22,2	22,3	0
Два од три дана	7,8	13,7	17,6	21,6	39,3
Један од три дана	25,3	18,1	16,9	22,9	16,8
Ниједан од три дана	37,5	25	37,5	0	0
Без одговора	15,2	26,1	19,6	26,1	13

$$\chi^2=27,844 \text{ df}=16 \text{ p}<0,033$$

Дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље приказана у табели 24, показује да 16 и више пића дневно, најчешће пију млади из најбогатијих домаћинстава (100%), док најсиромашнији најчешће пију до 10 пића дневно. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=41,451$   $df=32$   $p<0,122$ ), (табела 24).

**Табела 24. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на материјално стање**

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
16 и више пића дневно	0	0	0	0	100
10-15 пића дневно	6,7	6,7	33,3	26,7	26,6
6-9 пића дневно	25	8,3	8,3	25	33,3
4-5 пића дневно	20,8	20,8	12,5	20,9	25
3 пића дневно	6,5	29	32,3	16,1	16,1
2 пића дневно	23,8	9,5	4,8	28,6	33,3
1 пиће дневно	36,7	10	10	20	23,3
Ниједно пиће дневно	0	0	33,3	66,7	0
Без одговора	16,7	50	16,70	16,6	0

$\chi^2=41,451$   $df=32$   $p<0,122$

Испитаници који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) сваки дан или скоро сваки дан то чине испитаници из свих категорија осим из најбогатије категорије домаћинства који то никада не чине. Да то чине 3 до 4 дана у недељи најчешће су се изјаснили испитаници из најсиромашније категорије (40%), а од 1 до 2 дана у недељи из најбогатије категорије домаћинства (30,2%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=43,385$   $df=36$   $p<0,186$ ), (табела 25).

*Табела 25. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на материјално стање*

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Сваки дан или скоро сваки дан	33,3	33,3	0	33,4	0
5-6 дана у недељи	0	0	100	0	0
3-4 дана у недељи	40	6,7	6,70	26,7	20
1-2 дана у недељи	15,2	18,2	15,2	21,2	30,2
2-3 дана у месецу	22,8	12,3	15,8	21,1	28,0
Једном месечно	18,1	18,1	32,5	12	19,3
Мање од једном месечно	13,8	21,1	15,6	22,9	26,6
Не у претходних 12 месеци	14	20,9	25,6	16,3	23,3
Никад у животу	7,1	16,1	28,6	25	23,2
Без одговора	14,1	28,1	20,3	23,4	14,1

$\chi^2=43,385$   $df=36$   $p<0,186$

Средства за спавање и средства за умирење најчешће конзумирају млади из најбогатијих домаћинстава, док средства против болова чешће конзумирају млади из треће категорије материјалног стања домаћинства. Канабис (марихуану или хашиш) конзумирају најчешће млади из друге категорије и најбогатији (по 28,5%), док кокаин најчешће најсиромашнији и млади из друге категорије материјалног стања домаћинства. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=15,724$   $df=24$   $p<0,898$ ), (табела 26).

*Табела 26. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на материјално стање*

Материјално стање	Први (најсиромашнији)	Други	Трећи	Четврти	Пети (најбогатији)
Средства за спавање	12	20	20	20	28
Средства за умирење	17,6	5,9	17,6	29,4	29,5
Средства против болова	16,3	17,9	24,4	19,4	22
Канабис (марихуана или хашиш)	14,3	28,6	14,3	14,3	28,5
Кокаин	50	50	0	0	0
Ништа од наведеног	2	20,8	19,9	18,7	18,7
Без одговора	17,1	27,6	21,1	19,7	14,5

$\chi^2=15,724$   $df=24$   $p<0,898$

#### 4.7. Употреба психоактивних супстанци у односу на приход по члану домаћинства

Испитаници који имају најнижи приход по члану домаћинства конзумирају цигарете свакодневно (29%) и повремено (30,6%) у већем проценту од испитаника са највишим приходима по члану домаћинства, где свакодневно пуши (5,9%) испитаника, а повремено (3,3%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=20,423$   $df=15$   $p<0,156$ ), (табела 27).

*Табела 27. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Да, свакодневно	29	22,8	16,2	8,6	5,9	17,5
Да, повремено	30,6	24	11,6	13,2	3,3	17,3
Не	19,5	23,9	15,9	12,4	8,8	19,5
Без одговора	31,1	17,8	13,3	2,2	2,2	33,4

$\chi^2=20,423$   $df=15$   $p<0,156$

Испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства (до 9000 динара) најчешће користе цигарете (фабрички произведене или самостално завијене) 29,4%, као и цигарете 36,4% и дуван за лулу 100%, у односу на испитанике са вишим приходима по члану домаћинства. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=16,554$   $df=20$   $p<0,682$ ), (табела 28).

**Табела 28. Дистрибуција испитаника који конзумирају различите врсте дуванских производа у односу на приход по члану домаћинства**

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
<b>Цигарете (фабрички произведене или самостално завијене)</b>	29,4	22,8	15,2	8,9	5,6	18,1
Цигарете	36,4	27,3	9,1	27,2	0	0
Дуван за лулу	100	0	0	0	0	0
Друго	100	0	0	0	0	0
Без одговора	27,9	21,3	13,1	8,2	1,6	27,9

$\chi^2=16,554$  df=20 p<0,682

Сваки трећи испитаник са најнижим приходима по члану домаћинства (до 9000 динара) као и сваки четврти са приходима од 9001 до 14000 динара се изјаснио да је покушавао да престане да пуши. У много нижем проценту су то чинили испитаници који пуше, а имају више приходе по члану домаћинства. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=14,261$  df=10 p<0,161), (табела 29).

**Табела 29. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на приход по члану домаћинства**

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
<b>Да</b>	34,6	18,6	10,9	10,9	5,8	19,2
<b>Не</b>	26,4	25,6	17,6	8,8	5,2	16,4
Без одговора	30,2	20,6	12,7	6,3	1,6	28,6

$\chi^2=14,261$  df=10 p<0,161

Испитаници у категорији пушача са нижим приходима по члану домаћинства (до 9 000 динара) (30%) и приходима (од 9001 до 14000 динара) (24,8%), су се много чешће изјашњавали да нису добијали савет да престану да пуше у односу на оне са вишим приходима који су се чешће изјашњавали да су добијали савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=18,480$   $df=10$   $p<0,047$ ), (табела 30).

**Табела 30. Дистрибуција испитаника који су добијали савет лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем због штетних последица пушења по здравље у односу на приход по члану домаћинства**

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 динара	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Да	28,6	16,5	18,7	9,9	11	15,3
Не	30	24,8	13,9	9,7	3,9	17,7
Без одговора	29,4	20,6	13,2	5,9	1,5	29,4
$\chi^2=18,480$ $df=10$ $p<0,047$						

Испитаници који имају најниже приходе по члану домаћинства су се чешће изјашњавали да су веома забринути због штетних последица пушења/изложености дуванском диму (32,1%), од оних са вишим приходима по члану домаћинства: (14,3%) са приходом од 14001 до 20000 динара, 8,3% са приходом од 20001 до 29000 динара и 4,8 са приходом изнад 29000 динара. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=37,374$   $df=20$   $p<0,011$ ), (табела 31).



*Табела 31. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по здравље у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Да, веома	32,1	20,2	14,3	8,3	4,8	20,3
Да, помало	31	24,5	11	9,5	6,5	17,5
Не, превише	22,2	24,6	16,1	15	6	16,1
Не, нимало	25,3	23	24,1	4,6	6	16,1
Без одговора	29,5	13,6	11,4	4,6	0	40,9

$$\chi^2=37,374 \text{ df}=20 \text{ p}<0,011$$

Испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства чешће конзумирају алкохолна пића (више пута недељно или сваки дан) у односу на испитанике са вишим приходима који то чине ређе. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=63,142 \text{ df}=45 \text{ p}<0,038$ ), (табела 32).

*Табела 32. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, ликери, коктели, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Сваки дан или скоро сваки дан	33,3	11,1	22,2	11,1	11,1	11,2
5-6 дана у недељи	40	0	20	0	0	4
3-4 дана у недељи	30,3	27,3	21,2	6,1	3	12,1
1-2 дана у недељи	21,6	20,7	23,4	13,5	7,2	13,6
2-3 дана месечно	21,9	21	13,3	18,1	6,7	19
Једном месечно	25,3	24,2	13,7	6,3	6,3	24,2
Мање од једном месечно	23,9	34,3	10,4	7,5	9	14,9
Не у претходних 12 месеци, више не пијем алкохол	35	30	5	5	5	20
Никад или неколико гутљаја у свом животу	36,7	22,4	12,2	8,2	2	18,5
Без одговора	41	10,3	10,3	0	2,6	35,9

$$\chi^2=63,142 \text{ df}=45 \text{ p}<0,038$$

Сва три дана од понедељка до четвртка најчешће конзумирају алкохол испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства, док испитаници са вишим приходима по члану домаћинства чешће то чине два од три дана и један од три дана. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=4,744$   $df=25$   $p<0,005$ ), (табела 33).

*Табела 33. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да конзумирали алкохолна пића од понедељка до четвртка у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Сва три дана	50	25	0	0	0	25
Два од три дана	12,5	0	37,5	0	12,5	37,5
Један од три дана	21,1	15,8	26,3	31,6	0	5,2
Ниједан од три дана	26,8	23,2	16,1	8,9	8,9	16,1
Без одговора	22,7	22,7	27,3	10,6	6,1	10,6

$$\chi^2=46,744 \text{ } df=25 \text{ } p<0,005$$

Испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства у данима од понедељка до четвртка чешће конзумирају 16 и више алкохолних пића (100%), као и 4 до 5 пића дневно (33,3%), у односу на испитанике са вишим приходима по члану домаћинства. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=31,126$   $df=40$   $p<0,842$ ), (табела 34).

*Табела 34. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
<b>16 и више пића дневно</b>	100	0	0	0	0	0
<b>10-15 пића дневно</b>	25	0	50	25	0	0
<b>6-9 пића дневно</b>	16,7	16,7	16,7	33,3	0	16,6
<b>4-5 пића дневно</b>	33,3	22,2	0	11,1	22,2	11,2
<b>3 пића дневно</b>	20	30	10	10	10	20
<b>2 пића дневно</b>	13,3	26,7	20	6,7	0	33,3
<b>1 пиће дневно</b>	31,3	18,8	18,8	9,4	9,4	12,3
<b>Ниједно пиће дневно</b>	25	12,5	37,5	25	0	0
<b>Без одговора</b>	0	0	50	0	0	50

$$\chi^2=31,126 \text{ df}=40 \text{ p}<0,842$$

Сва три дана од петка до недеље пију чешће испитаници са нижим приходима до 9000 динара 44,4%, од 9001 до 14000 динара 22,2% и од 14001 до 20000 динара 33,3%. Такође два од три дана и један од три дана ређе пију испитаници са вишим приходима. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=40,520 \text{ df}=20 \text{ p}<0,004$ ), (табела 35).

*Табела 35. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су конзумирали алкохолна пића од петка до недеље у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Сва три дана	44,4	22,2	33,4	0	0	0
Два од три дана	13,7	25,5	27,5	9,8	7,8	15,7
Један од три дана	25,3	21,7	19,3	13,3	6	14,4
Ниједан од три дана	50	0	12,5	25	12,5	0
Без одговора	41,3	8,7	13	0	2,2	34,8

$$\chi^2=40,520 \text{ df}=20 \text{ p}<0,004$$

Испитаници са приходом од 20001 до 29000 динара по члану домаћинства најчешће конзумирају 10 до 15 пића дневно алкохолних пића од петка до недеље 26,7%, док са приходом од 14001 до 20000 динара чешће пију 6 до 9 пића дневно (33,3%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=40,106 \text{ df}=40 \text{ p}<0,466$ ), (табела 36).

**Табела 36. Просечна дневна количина алкохолних пића код испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на приход по члану домаћинства**

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
<b>16 и више пића дневно</b>	0	100	0	0	0	0
<b>10-15 пића дневно</b>	20	13,3	20	26,7	0	20
<b>6-9 пића дневно</b>	8,3	16,7	33,3	8,3	16,7	16,7
<b>4-5 пића дневно</b>	20,8	29,2	16,7	4,2	8,3	20,8
<b>3 пића дневно</b>	22,6	16,1	35,5	6,5	6,5	12,8
<b>2 пића дневно</b>	9,5	28,6	23,8	9,5	14,3	14,3
<b>1 пиће дневно</b>	30	23,3	16,7	20	0	10
<b>Ниједно пиће дневно</b>	33,3	66,7	0	0	0	0
<b>Без одговора</b>	66,7	16,7	16,6	0	0	0

$$\chi^2=40,106 \text{ df}=40 \text{ p}<0,466$$

Да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) сваки дан или скоро сваки дан као и више дана у недељи најчешће то чине испитаници са мањим приходима по члану домаћинства, док они са највишим приходима по члану домаћинства најчешће то чине једном месечно (9,2%) и мање од једном месечно (9,3%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=45,128 \text{ df}=45 \text{ p}<0,467$ ), (табела 37).

*Табела 37. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Сваки дан или скоро сваки дан	33,3	33,3	33,4	0	0	0
5-6 дана у недељи	100	0	0	0	0	0
3-4 дана у недељи	33,3	13,3	20	13,3	6,7	13,4
1-2 дана у недељи	21,2	21,2	24,2	9,1	9,1	15,2
2-3 дана у месецу	21,1	22,8	14	19,3	5,3	17,5
Једном месечно	27,7	16,9	24,1	7,2	7,2	16,9
Мање од једном месечно	22	28,4	10,1	11	9,2	19,3
Не, у претходних 12 месеци	20,9	23,3	16,3	9,3	9,3	20,9
Никад у животу	21,4	30,4	14,3	14,3	3,5	16,1
Без одговора	37,5	15,6	12,5	3,1	1,6	29,7

$$\chi^2=45,128 \text{ df}=45 \text{ p}<0,467$$

Средства попут канабиса и кокаина чешће конзумирају испитаници са вишим приходима по члану домаћинства, док средства против болова најчешће конзумирају испитаници са најнижим приходима испод 9000 динара (29,3%). Средства за умирење најчешће конзумирају испитаници са средњим приходима по члану домаћинства од 9001 до 14000 динара (35,3%) и од 14001 до 20000 динара (29,4%). Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=24,092 \text{ df}=30 \text{ p}<0,768$ ), (табела 38).

*Табела 38. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на приход по члану домаћинства*

Приход по члану домаћинства	До 9000 дин.	Од 9001 до 14000 дин.	Од 14001 до 20000 дин.	Од 20001 до 29000 дин.	Изнад 29000 дин.	Одбија да одговори
Средства за спавање	20	28	16	4	8	24
Средства за умирење	11,8	35,3	29,4	5,9	5,9	11,7
Средства против болова	29,3	27,6	13,8	9,8	4,9	14,6
Канабис (марихуана или хашиш)	0	28,6	28,6	0	0	42,9
Кокаин	0	0	50	50	0	0
Ништа од наведеног	25,9	22	15,4	11,1	6,3	19,3
Без одговора	36,8	14,5	13,2	7,9	3,9	23,7

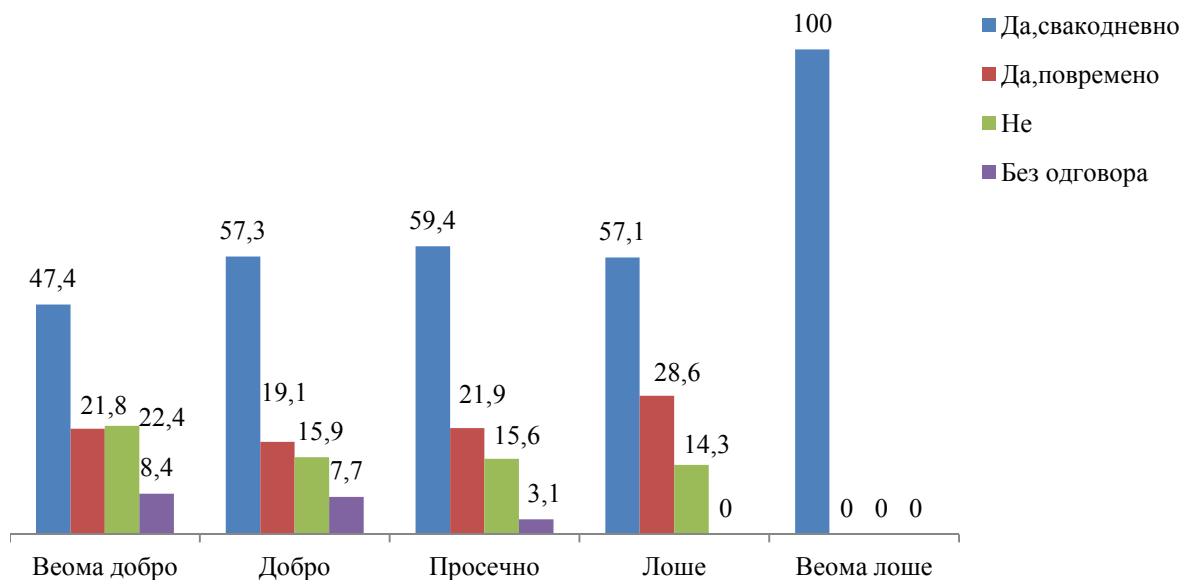
$$\chi^2=24,092 \text{ df}=30 \text{ p}<0,768$$



#### 4.8. Употреба психоактивних супстанци у односу на самопроцену здравља

Интересантан је податак да испитаници који процењују своје здравље као веома лоше, пуше свакодневно (100%) и повремено (28,6%) у знатно већем проценту, у односу на оне који процењују своје здравље као веома добро који пуше свакодневно (47,4%) и повремено (21,8%) у знатно мањем проценту. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=10,246$   $df=12$   $p<0,594$ ), (графикон 61).

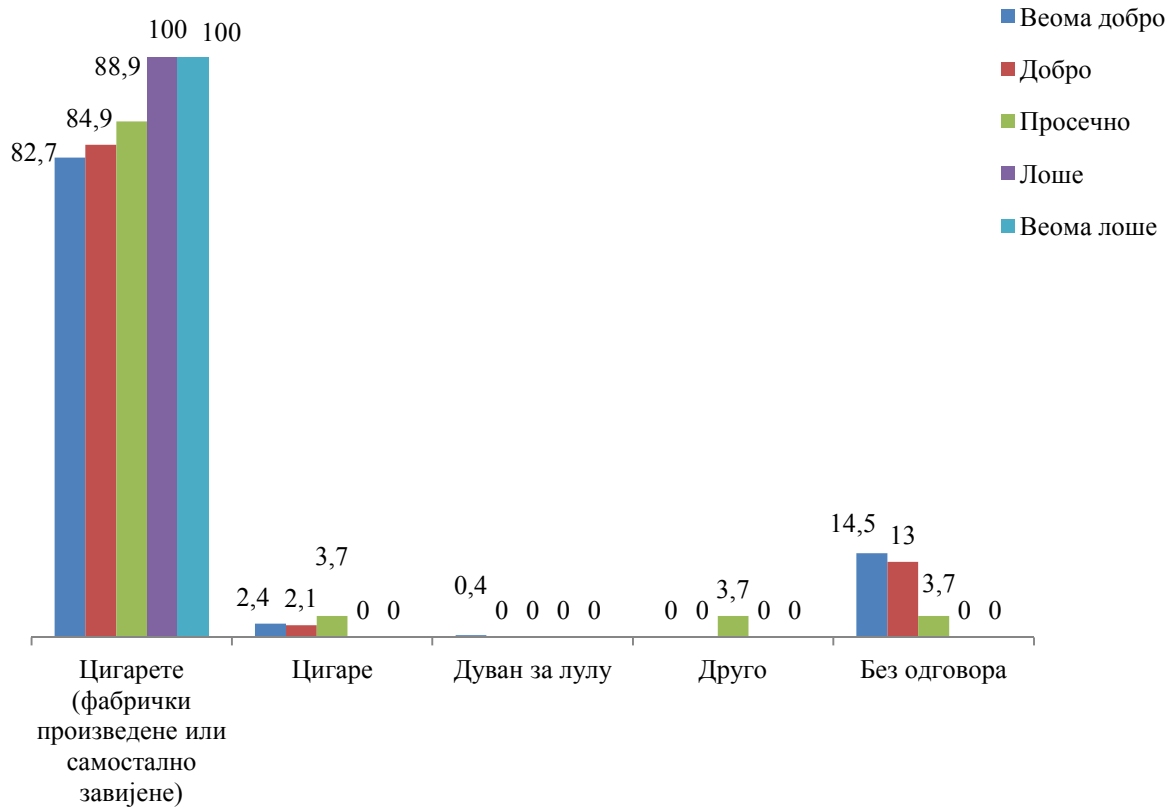
*Графикон 61. Дистрибуција испитаника који конзумирају цигарете у односу на самопроцену здравља*



$$\chi^2=10,246 \text{ } df=12 \text{ } p<0,594$$

Испитаници најчешће пуше цигарете (фабрички произведене или самостално завијене), без обзира на самопроцену свог здравственог статуса. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=21,306$   $df=16$   $p<0,167$ ), (графикон 62).

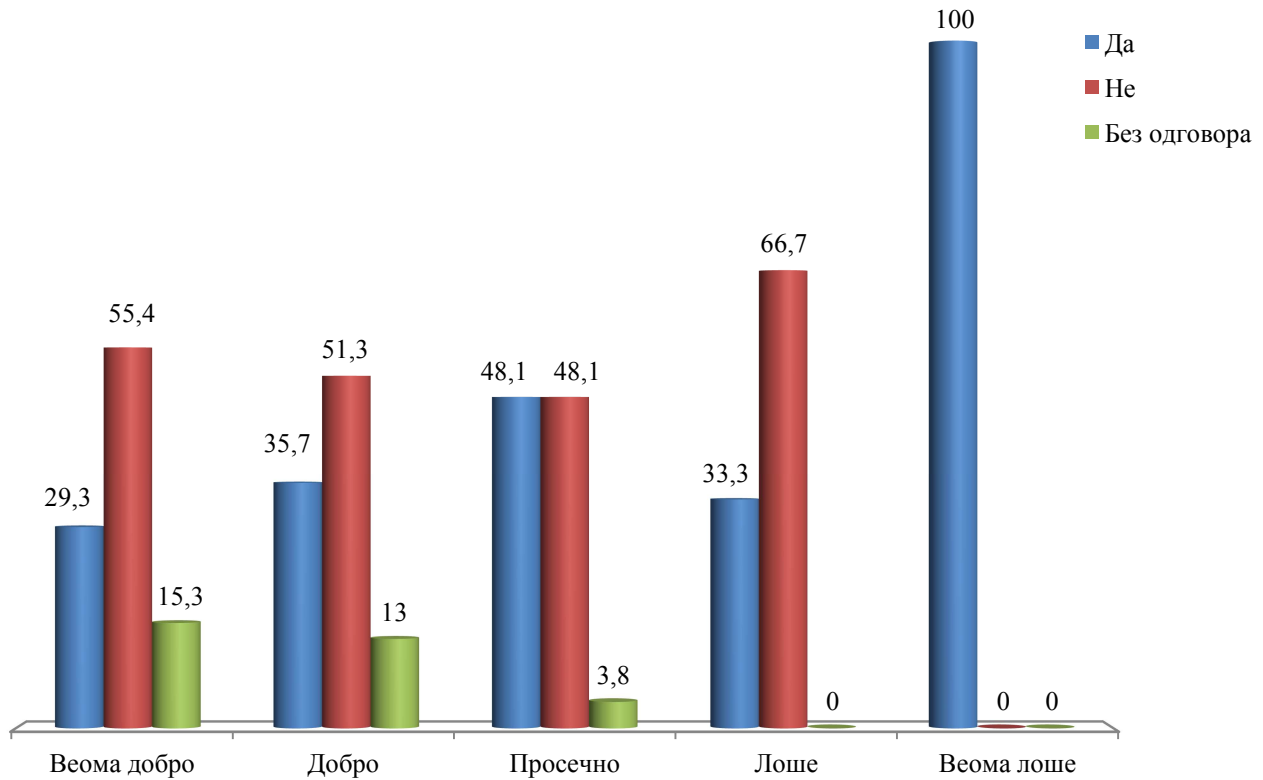
**Графикон 62. Дистрибуција испитаника који конзумирају различите врсте дуванских производа у односу на самопроцену здравља**



$$\chi^2=21,306 \text{ df}=16 \text{ p}<0,167$$

Испитаници су се најчешће изјашњавали да нису покушавали да престану са пушењем у свим категоријама самопроцене здравља, осим оних који су своје здравље оцењивали као веома лоше. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=11,335 \text{ df}=8 \text{ p}<0,183$ ), (графикон 63).

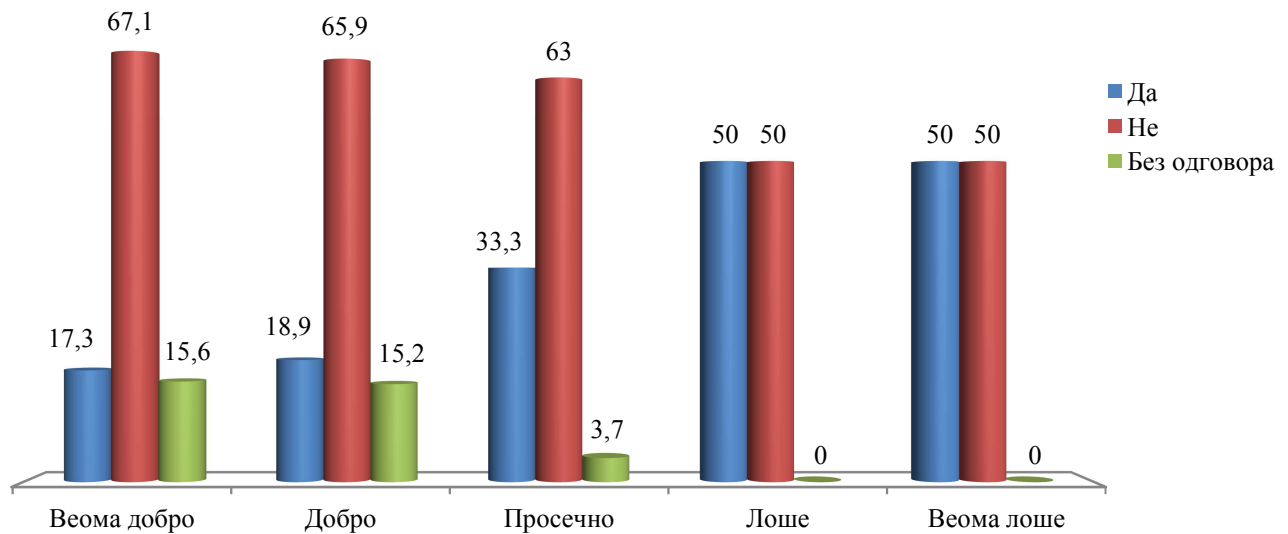
*Графикон 63. Дистрибуција испитаника који су покушавали да престану са пушењем у односу на самопроцену здравља*



$$\chi^2=11,335 \text{ df}=8 \text{ p}<0,183$$

Испитаници који су процењивали своје здравље као веома добро, добро и просечно најчешће нису добијали савет од лекара или неког другог здравственог радника, док је сваки други испитаник који је процењивао своје здравље као лоше и сваки други који је процењивао своје здравље као веома лоше добијао савет од лекара или другог здравственог радника да треба да престане да пуши. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=11,171 \text{ df}=8 \text{ p}<0,192$ ), (графикон 64).

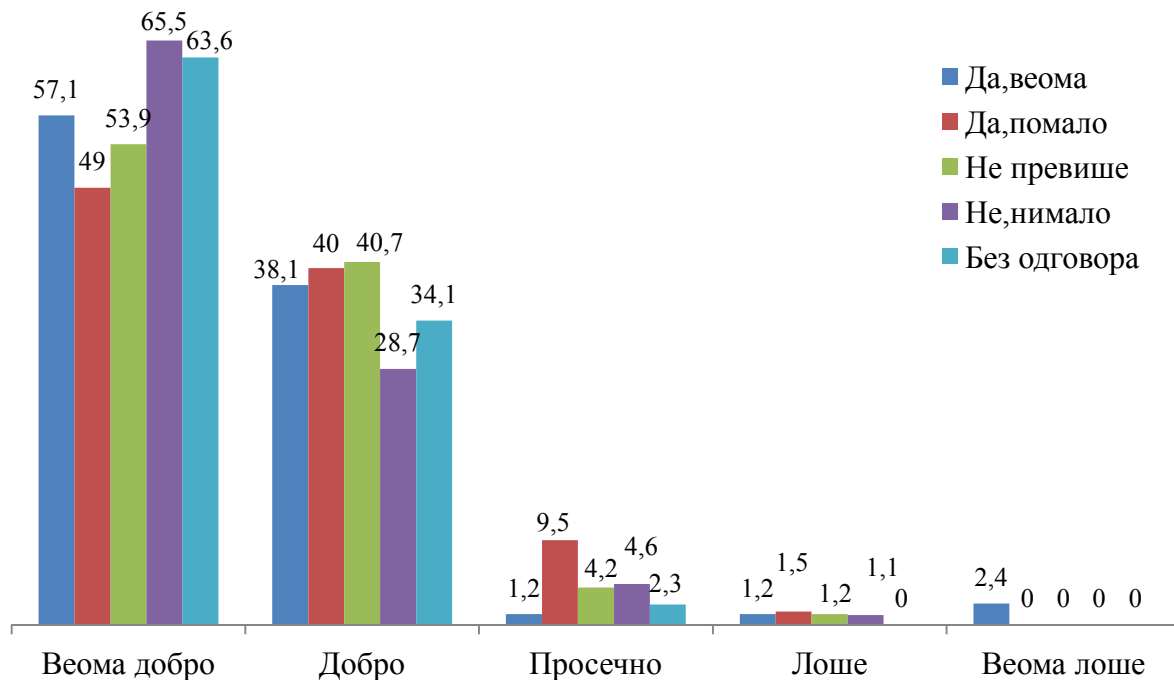
**Графикон 64. Дистрибуција испитаника који су добијали савет од лекара или другог здравственог радника да престану са пушењем у односу на самопроцену здравља**



$$\chi^2=11,171 \text{ df}=8 \text{ p}<0,192$$

Испитаници који процењују своје здравље као лоше и веома лоше су се ретко изјашњавали да су забринути за своје здравље, за разлику од оних који су своје здравље оценили као веома добро, добро и просечно. Да нимало није забринуто због због штетних последица пушења по здравље изјаснило се 2/3 испитаника који имају веома добро здравље, док је сваки други међу њима био веома забринут. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=29,110 \text{ df}=16 \text{ p}<0,023$ ), (графикон 65).

**Графикон 65. Дистрибуција испитаника који су забринути због штетних последица пушења по здравље у односу на самопроцену здравља**



$$\chi^2=29,110 \text{ df}=16 \text{ p}<0,023$$

У последњих 12 месеци у односу на време истраживања алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, ликери, коктели, алкохолна пића из кућне/домаће производње) најчешће су конзумирали испитаници који су своје здравље процењивали као веома добро и добро. Разлика је веома статистички значајна ( $\chi^2=60,713 \text{ df}=36 \text{ p}<0,006$ ), (табела 39).

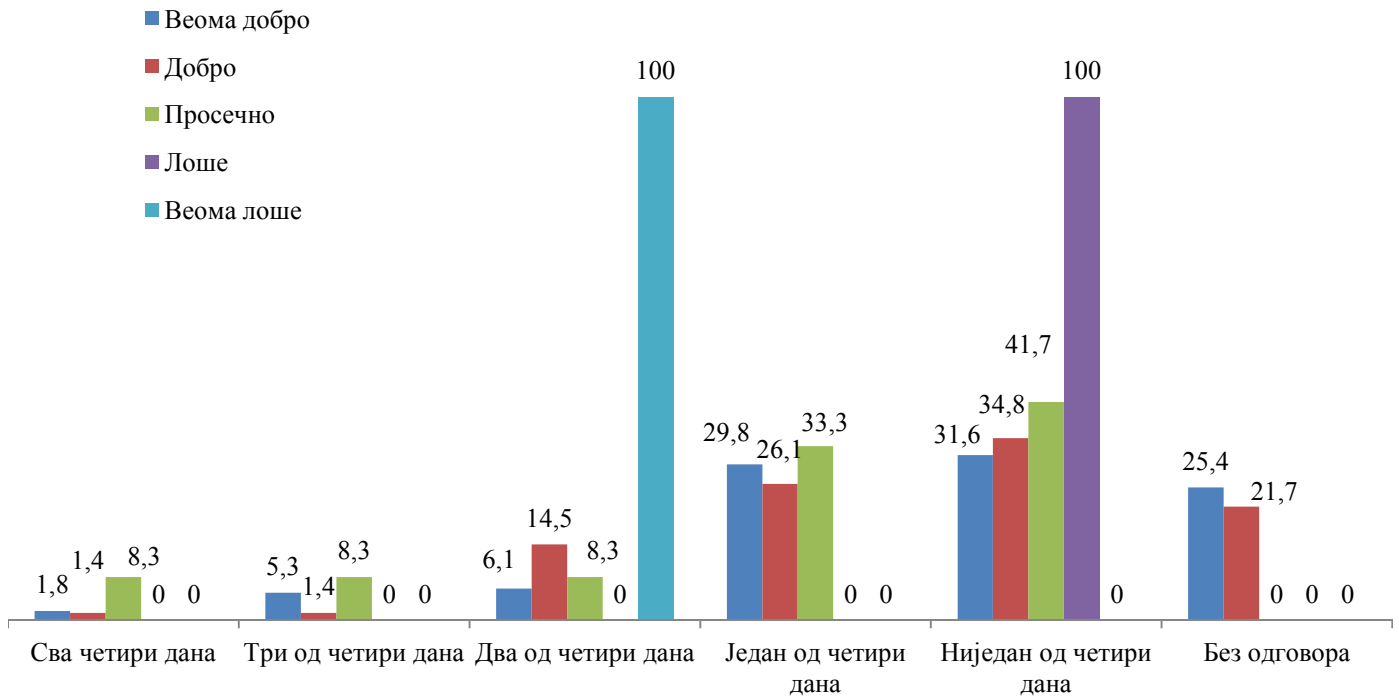
*Табела 39. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, ликери, коктели, алкохолна пића из кућне/домаће производње) у односу на самопроцену здравља*

Самопроцена здравља	Веома добро	Добро	Просечно	Лоше	Веома лоше
Сваки дан или скоро сваки дан	44,4	22,2	22,2	0	11,1
5 - 6 дана у недељи	60	40	0	0	0
3 - 4 дана у недељи	66,7	33,3	0	0	0
1 - 2 дана у недељи	54,1	36	9	0,9	0
2 - 3 дана месечно	55,2	38,1	5,7	1	0
Једном месечно	61,1	30,5	7,4	1,1	0
Мање од једном месечно	49,3	41,8	6	3	0
Не у претходних 12 месеци, јер више не пијем алкохол	45	45	5	5	0
Никад или неколико гутљаја у свом животу	50	45,9	2	1	1
Без одговора	64,1	35,9	0	0	0

$$\chi^2=60,713 \text{ df}=36 \text{ p}<0,006$$

Испитаници који процењују своје здравље као веома лоше, чешће од осталих конзумирају алкохол два од четири дана у данима од понедељка до четвртка, док три од четири дана и сва четири дана најчешће пију они који своје здравље процењују као просечно. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=23,011 \text{ df}=20 \text{ p}<0,288$ ), (графикон 66).

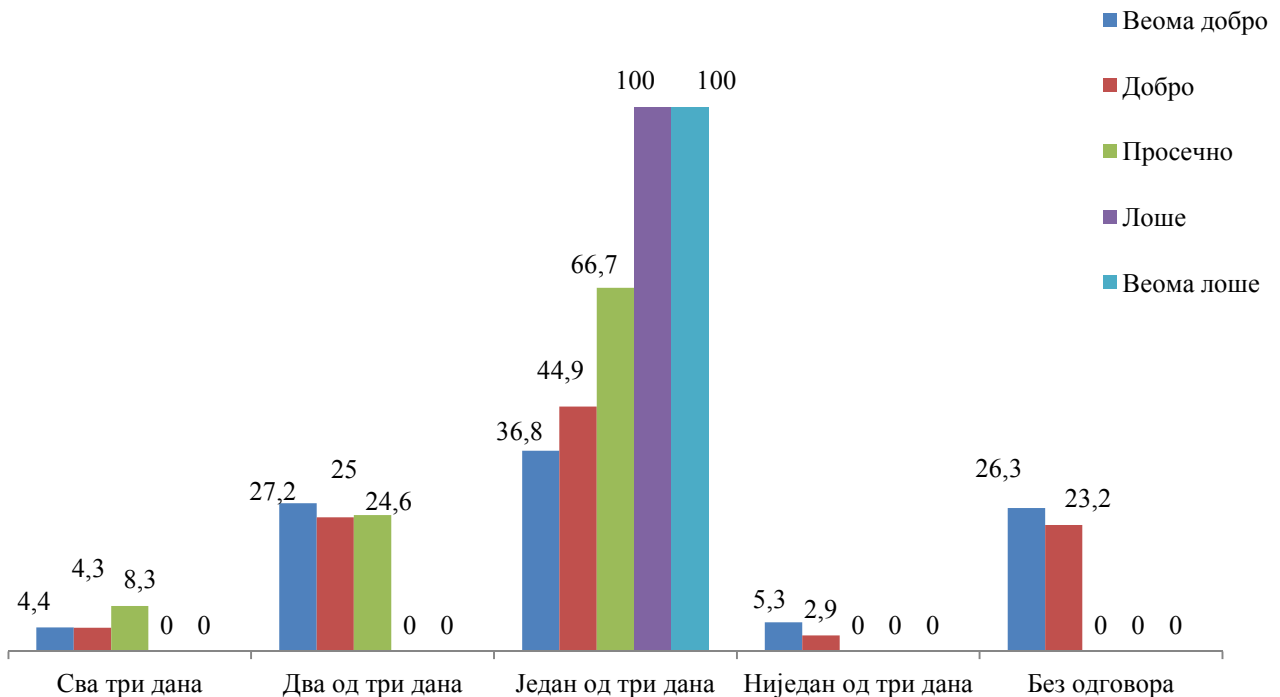
**Графикон 66. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од понедељка до четвртка у односу на самопроцену здравља**



$$\chi^2=23,011 \text{ df}=20 \text{ p}<0,288$$

Испитаници који процењују своје здравље као веома лоше и лоше, чешће од осталих конзумирају алкохол један од три дана у данима од петка до недеље као и 2/3 оних који процењују своје здравље као просечно. Разлика није статистички значајна ( $\chi^2=10,210 \text{ df}=16 \text{ p}<0,855$ ), (графикон 67).

**Графикон 67. Дистрибуција испитаника који конзумирају алкохол од петка до недеље у односу на самопроцену здравља**



$$\chi^2=10,210 \text{ df}=16 \text{ p}<0,855$$

Да су конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) најчешће су се изјашњавали испитаници који су своје здравље процењивали као веома добро, добро и просечно. Разлика је статистички значајна ( $\chi^2=48,800 \text{ df}=36 \text{ p}<0,075$ ), (табела 40).



*Табела 40. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали 6 или више алкохолних пића по једној прилици (у току забаве, уз јело, у току вечери проведене са пријатељима, сами код куће) у односу на самопроцену здравља*

Самопроцена здравља	Веома добро	Добро	Просечно	Лоше	Веома лоше
Средства за спавање	28	52	8	12	0
Средства за умирење	23,5	35,3	35,3	5,9	0
Средства против болова	48,8	42,3	7,3	0,8	0,8
Канабис (марихуана или хашиш)	71,4	28,6	0	0	0
Кокаин	0	100	0	0	0
Ништа од наведеног	58,7	36,4	4,2	0,3	0,3
Без одговора	65,8	31,6	1,3	1,3	0

$$\chi^2=48,800 \text{ df}=36 \text{ p}<0,075$$

Средства за спавање и за умирење су најчешће конзумирали испитаници који су своје здравље процењивали као добро (52%, односно 35,3%), средства против болова они који своје здравље процењују као веома добро (48,8%). Канабис (марихуану и хашиш) конзумира готово 2/3 младих који своје здравље процењују као веома добро. Разлика је статистички веома значајна ( $\chi^2=79,721 \text{ df}=24 \text{ p}<0,000$ ), (табела 41).

**Табела 41. Дистрибуција испитаника који су се изјаснили да су у последњих 12 месеци у односу на време истраживања конзумирали лекове/илегалне дроге у односу на самопроцену здравља**

Самопроцена здравља	Веома добро	Добро	Просечно	Лоше	Веома лоше
Средства за спавање	28	52	8	12	0
Средства за умирење	23,5	35,3	35,3	5,9	0
Средства против болова	48,8	42,3	7,3	0,8	0,8
Канабис (марихуана или хашиш)	71,4	28,6	0	0	0
Кокаин	0	100	0	0	0
Ништа од наведеног	58,7	36,4	4,2	0,3	0,3
Без одговора	65,8	31,6	1,3	1,3	0

$$\chi^2=79,721 \text{ df}=24 \text{ p}<0,000$$

#### 4.9. Бинарна логистичка регресиона анализа утицаја демографских и социоекономских фактора на конзумирање психоактивних супстанци код младих у Србији

Бинарна логистичка регресиона анализа није показала статистички значајан утицај испитаних фактора на преваленцију пушења цигарета. Једини фактор повезан са конзумирањем цигарета је самопроцена здравља. Испитаници који процењују своје здравље као добро за 30% ређе конзумирају цигарете у односу на оне који оцењују своје здравље као лоше (OR=0,700). Као најзначајнији предиктори за конзумирање алкохола издвојени су: старост, пол, образовање, тип насеља, физичко и психичко насиље и индекс благостања.

Преваленца конзумирања алкохола је 55,2%, са тим да је код мушкараца 1,8 пута већа вероватноћа употребе алкохола него код жена (OR=1,882). У поређењу са млађом популацијом (15-19 година), чланови старосне групе 20-24 године имају већу вероватноћу конзумирања алкохола (OR=0,508). Испитаници са високим образовањем имају 55,3% већу шансу за конзумирање алкохола у поређењу са онима са ниским образовањем (OR=0,477). Млади људи који живе у урбаним срединама имају 1,8 пута већу вероватноћу конзумирања алкохола у односу на оне који живе у руралним подручјима (OR=1,843). Припадници сиромашне класе становништва за 33,9% мање конзумирају алкохол (OR=0,661) у поређењу са онима који

припадају богатој класи становништва. Млади људи који су изложени физичком насиљу (OR=6,702) и склони физичком (OR=5,026) и менталном малтретирању других (OR=3,405), знатно чешће конзумирају алкохол. Као најважнији предиктори употребе лекова и илегалних дрога издвајају се и пол и самооцењивање здравља. Мушкарци 88% имају мању вероватноћу да користе лекове/илегалне дроге од жена (OR=0,120). Такође они који оцењују своје здравље као добро то чине 56,9% ређе у поређењу са онима који оцењују своје здравље као лоше (OR=0,431), (табела 42).

**Табела 42. Бинарна логистичка регресиона анализа утицаја демографских и социоекономских фактора на конзумирање психоактивних супстанци код младих у Србији**

Варијабле	Конзумира цигарете		Конзумира алкохол		Конзумира лекове/илегалне дроге	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Пол <sup>а</sup>	0.900 (0.594-1.364)	p = 0.620	1.882 (1.535-2.306)	p < 0.001	0.120 (0.032-0.442)	p = 0.001
Старост	0.954 (0.621-1.467)	p = 0.832	0.508 (0.415-0.623)	p < 0.001	1.244 (0.400-3.867)	p = 0.707
Образовање <sup>б</sup>	1.185 (0.806-1.742)	p = 0.389	0.477 (0.396-0.574)	p < 0.001	0.867 (0.331-2.271)	p = 0.771
Запосленост <sup>ц</sup>	1.227 (0.701-2.148)	p = 0.473	1.335 (0.979-1.821)	p = 0.068	1.954 (0.249-15.320)	p = 0.524
Тип насеља <sup>д</sup>	0.940 (0.616-1.433)	p = 0.773	1.843 (1.504-2.258)	p < 0.001	0.686 (0.208-2.265)	p = 0.536
Индекс благостања <sup>е</sup>	1.222 (0.962-1.552)	p = 0.101	0.661 (0.580-0.752)	p < 0.001	1.013 (0.544-1.883)	p = 0.969
Самопроцена здравља <sup>ф</sup>	0.700 (0.501-0.978)	p = 0.036	0.864 (0.734-1.017)	p = 0.079	0.431 (0.149-1.248)	p = 0.021
Изложеност физичком насиљу (у породици, школи, на улици)	1.964 (0.674-5.772)	p = 0.216	6.702 (2.869-15.656)	p < 0.001	0.334 (0.069-1.612)	p = 0.172
Изложеност психичком насиљу (у породици, школи, на улици)	0.722 (0.225-2.316)	p = 0.584	2.210 (0.990-4.932)	p = 0.053	0.447 (0.054-3.693)	p = 0.455
Склоност физичком насиљу	1.966 (0.814-4.751)	p = 0.133	3.405 (2.052-5.651)	p < 0.001	0.366 (0.094-1.430)	p = 0.148
Склоност психичком насиљу	0.937 (0.475-1.850)	p = 0.851	5.026 (2.839-8.896)	p < 0.001	0.280 (0.072-1.087)	p = 0.066
Ризично сексуално понашање	0.873 (0.546-0.873)	p = 0.572	1.383 (1.016-1.882)	p < 0.05	1.211 (0.322-4.563)	p = 0.777

а: Референтна вредност - женски пол

б: Референтна вредност - ниско образовање

ц: Референтна вредност - запослен

д: Референтна вредност - урбано насеље

е: Референтна вредност - лоше материјално стање

ф: Референтна вредност - лоше здравље

## 5. ДИСКУСИЈА

Злоупотреба психоактивних супстанци је главна брига јавног здравља (55).

Адолесценција је период специфичне рањивости, са специфичним поремећајима злоупотребе психоактивних супстанци. Етиологија је сложена и под утицајем интеракције генетског ризика, индивидуалног развоја и фактора околине (56).

Зависност од недозвољених психоактивних супстанци или лекова је под утицајем културалне, верске, етничке факторске зависности, као и локалне доступности (57).

Психоактивне супстанце, упркос томе што се сматрају фактором ризика животне средине, су и под генетском контролом и контролом животне средине. За цигарете, алкохол, марихуану и доступност кокаина - данас дошло је до укупног повећања адитивне генетичке варијансе и пада у заједничкој супротности животне средине током времена.

Дошло је до успона у заједничком утицају на животну средину са старењем. Дошло је и до промена у употреби психоактивних супстанца међу адолесцентима - раст адитивне генетичке варијансе са временом поклапа се са убрзањем индивидуалних разлика, највероватније изазван повећањем личне слободе и смањења друштвених ограничења (58).

Више фактора, укључујући и декриминализацију/легализацију марихуане и притисак од стране алкохолне индустрије, сугеришу да је регулаторно окружење за психоактивне или супстанце које изазивају зависност - динамичан процес у коме се могу посматрати нове опције.

У већини земаља, регулација дувана, марихуане и алкохола није ни кохерентна, ни интегрисана, а нити сразмерна штетним потенцијалима од проузрокованих психоактивних супстанци (59).

Злоупотреба је повезан са људским нагоном за задовољство по сваку цену, без страха од негативних последица. Злоупотреба психоактивних супстанци остаје сложена и продорна загонетка за друштво и за лекаре, савремено бивствовање (60).

Широк спектар проблема употребе психоактивних супстанци је распрострањен у различитим регионима света. Употреба психоактивних супстанци је повезана са разним проблемима, укључујући родно насиље, организован криминал и озбиљно занемаривање и васпитање деце. Употреба психоактивних супстанци је јавно здравствени проблем у области јавног здравља, са врло ограниченим информацијама у вези са постојећим инструментима за

процене и интервенције решавања употребе психоактивних супстанци у разним животним добрима и ситуацијама, а посебно у популацији младих (61).

У последњих неколико година дошло је и до промена у располагању психоактивним супстанцама од стране корисника. Међутим, мало се зна о томе како ово утиче на најмлађе и најугроженије категорије становништва, као кориснике психоактивних супстанци. Из тих разлога епидемиолошко праћење употребе дрога међу адолесцентима и младима треба да буде главна брига за креаторе јавних политика, посебно зато што употреба алкохола и психоактивних супстанци у адолесценцији може бити повезана са низом промена здравља, емоционалних, психосоцијалних понашања и правних проблема (62).

Резултати истраживања трендова употребе психоактивних супстанци у популацији француских адолесцената, као и поређење истоимене ситуације са другим европским земљама, показали су да употреба психоактивних супстанци расте брзо са годинама током адолесценције, међутим резултати варирају од једне до друге психоактивне супстанце. Употреба дувана се смањује, док употреба алкохола расте. Учесталост употребе канабиса међу адолесцената је стабилна, док се преваленција екстазија и кокаина повећала, упркос томе што је мања од 4%. Резултати употребе алкохола и употребе дуванских производа у Француској су веома близу европског просека. Тако су 16-годишњи студенти пили алкохол током протеклих 12 месеци у односу на време истраживања и 36% је било пијано током овог периода (наспрам 39% просечне опијености у европским земљама). Отприлике једна трећина ученика није пушила цигарете током претходних 30 дана (просечно 29% у европским земљама). Употреба канабиса, међутим је чешћа у Француској. Скоро једна трећина (31%) ученика већ користи канабис (наспрам 19% у европским земљама). Употреба инхаланата је пријављена са 12%, што је близу европског просека, док 15% студената користи средства за смирење, или седативе без лекарског рецепта, што је двоструко више од европског просека, од 6% (63). Резултати нашег истраживања показали су да 70% младих узраста 15 до 24 године тренутно конзумира цигарете, док у последњих 12 месеци у односу на време истраживања 60,4% њих конзумира алкохол, при чему је 14,3% то чинило 2-3 дана месечно и 13,8% једном месечно. Међу испитаницима који су самоиницијативно употребљавали лекове највише је оних који су конзумирали средства против болова (20,2%), средства за спавање (2,3%) и средства за умирење (1,7%), док је међу онима који су користили илегалне дроге највише било оних који су конзумирали канабис (марихуана или друго) 0,5% и кокаин 0,1%.

Употреба алкохола представља за већину адолесцената нормалан корак у истраживању нових сензација. Злоупотреба алкохола, која се често означава и као проблематична употреба, је употреба алкохола са потенцијалним краћим или дужим испољавањем штетних ефеката на физичко и на ментално здравље. Злоупотреба се може дефинисати на више начина, користећи критеријуме као што су - озбиљно се напио више од два пута у животу, возио у пијаном стању и слично (потрошња више од 5 до 6 пића за редом).

Краткорочне последице злоупотребе алкохола укључују, између осталог, насиље и повреде, незаштићене сексуалне односе, као и социјалне и финансијске проблеме (64).

Упркос бројним активностима на спречавању ризичног конзумирања алкохола међу адолесцентима и младим одраслим особама, ипак постоји пораст од алкохолног тровања у групи од десет до двадесет година старим малолетницима (65).

Анкетно истраживање распрострањености коришћења психоактивних супстанци међу децом узраста од 15 до 18 година у Лондонским школама показало је да су алкохол и дроге у паду код адолесцената у Великој Британији (66).

Такође, запажено је да постоје различити начини коришћења психоактивних супстанци међу различитим етничким групама, тако да је 20,4% студената пријавило употребу током живота бар једне дроге, канабиса 18,7%, док је 1,1% пријавило коришћење неке нове психоактивне супстанце. Укупно 47,8% је користило алкохол најмање једном, док они из мешовитих етничких група чешће пријављују коришћење алкохола у односу на друге етничке групе. Укупно 74,2% ученика је пријавило да користи дуван најмање једном, а студенти из етничких мањина су имали веће шансе да пуше, него њихови бели вршњаци (67).

Испитивање преваленције конзумирања разних психоактивних супстанци као и процена њихових ставова и знања о психоактивној супстанци са тежњом да се идентификују фактори ризика у вези са употребом дувана, алкохола и марихуане обсервиране су међу адолесцентима у Загребу, и иста су показала је да је скоро 90% свих испитаника експериментисало са алкохолом најмање једном, 80% са дуваном, 39% са марихуаном и 9% са екстази-препаратима. Да конзумира алкохол изјаснило се 36% младих, а док 28% користи "димљени" дуван свакодневно. Неколико пута месечно марихуану користи 11% загребачких адолесцената. Иако није било статистички значајне разлике према полу у експериментисању са психоактивним супстанцама, злоупотреба психоактивних супстанци била је знатно чешћа међу младим мушкарцима него

девојкама. Око 43% испитаника је сматрало да конзумирање марихуане треба бити законски дозвољено, 37% су били против те политике, а 21% су били неопредељени по овом питању. Такође резултати су показали да постоји висок степен повезаности међу фреквенцијама конзумирања дувана, алкохола и марихуане. Најчешћи предиктивни фактори за потрошњу ове три супстанце показали су се високо ризично за делинквентно понашања, проблематично прилагођавање у школама, доминација хедонистичке вредности и лоших породичних односа. Знање о последицама конзумирања психоактивних супстанци је била у позитивној корелацији са учесталашћу конзумирања дувана, алкохола и марихуане. Већина адолесцената су имали лично искуство са психоактивним супстанцама, углавном са алкохолом, дуваном и марихуаном, али само мањи проценат од њих је био редован потрошач (68).

Испитивањем повезаности конзумирања алкохола са самопроценом здравља у популацијама студената широм три европске земље (Немачка, Бугарска и Пољска) добијени су релевантни и поуздани резултати који реално и јасно показују да је здравствено стање студената повезано и са проблемом опијања. Висока учесталост опијања је повезана са недостатком бриге о сопственом здрављу, али иста није била повезана са тренутним здравственим стањем (69).

Неправилне перцепције (у свету и код нас) о конзумирању алкохола могу да допринесу да млади пију више, посебно ако се угледају на своје вршњаке или људе из окружења који се опијају.

Студија која је истраживала преваленцију и бројне факторе повезане са употребом психоактивних супстанци код адолесцената у области Tori-Bossito у Benin-у показује да је алкохол најчешће злоупотребљавана супстанца са преваленцом од 30,1%, затим дуван са учесталашћу од 21,7% и канабис, кокаин или амфетамин са преваленцијом од 13,9%. Негде око 16,6% испитаника конзумира две или три психоактивне супстанце истовремено (70).

Фактори повезани са злоупотребом алкохола су свакако мушки пол, подручје градског становања, карактеристична брачна заједница, депресија, потрага за задовољством, конфликтни породични односи, суседи који пију алкохол и друго.

У значајне факторе ризика идентификовани су: за пушење - мушки пол, некомплетна породица, сиромашно учешће родитеља у васпитању детета, пушење од стране пријатеља и комшија. Канабис, кокаин и употреба амфетамина је углавном повезана са урбаним стамбеним окружењем, депресијама, конфликтним породичним односима и лошим учешћем родитеља у

васпитању детета, употребом дроге од стране родитеља, незаконите употребе дрога од стране пријатеља и друго (71).

Испитивање епидемиолошких карактеристика четири психоактивне супстанци (алкохол, дуван, илегална дрога и лекови) у Немачкој показали су да су поремећаји употребе алкохола међу десет најчешћих обољења са најјачим утицајем на укупни терет болести. Стопе преваленције, за узраст 18 до 64 године старости су 7,3% за никотинске зависности, затим зависност према алкохолу 2,4%, злоупотреба алкохола 3,8% и илегалних супстанци 0,6%. Екстремна злоупотреба алкохола код адолесцената у Немачкој је повећана. Посебно критичан узраст за злоупотребу алкохола идентификован је код 15-годишњих девојчица (72).

Анкетирањем средњошколске омладине Кракова добијени су подаци који указују на значајану преваленцију употребе психоактивних супстанци у овој популационој групи, углавном алкохола и комбинације више супстанци истовремено - алкохола и цигарета, затим алкохола, цигарета и дрога. Налази који су добијени у вези распрострањености употребе супстанци код дечака и девојчица износили су 73% наспрам 68%, углавном алкохола и цигарета и комбинације алкохол, цигарете и дроге (73).

Студија која се бавила проценом везе између употребе психоактивних супстанци (алкохол, дуван, недозвољене дроге) и породичних проблема међу адолесцентима у држави Сао Паоло у Бразилу, показала је да је коришћење алкохола, дувана и недозвољених дрога било повезано са лошим породичним односима, недостатком подршке и употребом психоактивних супстанци од стране чланова породице. Адолесценти који су користили алкохол, дуван и дрогу имали су више породичних проблема од оних који не конзумирају ове супстанце (74).

Да сам инцест, депресија, пијанство родитеља, лоши односи са родитељима, утичу на негативне обрасце у коришћењу психоактивних супстанци међу адолесцентима, реално је показала Национална лонгитудинална студија о здрављу адолесцената (75).

Резултати истраживања који су описивали перцепцију ризика по здравље код адолесцената због конзумирања цигарета, алкохола и психоактивних супстанци у Федерацији Босне и Херцеговине су показали да је преваленција перцепције ризика услед конзумирања цигарета, алкохола и психоактивних супстанци код адолесцената у Босни и Херцеговини мања од средње распрострањености у земљама у којима су спроведена ESPAD истраживања (76).



Испитивањем сличности и разлика у коришћењу психоактивних супстанци, између адолесцената који живе у урбаним и руралним срединама, нађене су статистички значајне разлике. Адолесценти који живе у урбаним срединама, знатно више у односу на своје вршњаке који живе у руралним подручјима, користе психоактивне супстанце, углавном марихуану. Адолесценти који користе психоактивне супстанце, без обзира да ли живе у урбаним или руралним срединама, знатно чешће играју на интернет мрежи и насилне игрице (77).

Међународна студија која се бавила испитивањем корелације између физичке активности тинејџера и употребе психоактивних супстанци, показала је да су по питању умерене и интензивне физичке активности, дечаци активнији од девојчица. По питању употребе психоактивних супстанци 39% испитаника су пили алкохол, 23,5% пушили цигарете, а 10,7% удисали марихуану. У групи дечака они који су се више бавили физичком активношћу, исти су ређе пушили дуван и користили марихуану. Што се тиче повезаности коришћења алкохола са физичком активношћу, ни код дечака ни код девојчица ова повезаност није потврђена (78).

Многе савремене студије су забележиле да млади истовремено са конзумирањем алкохола користе и друге психоактивне супстанце као што су никотин, канабис и друге недозвољене супстанце. Таква употреба подразумева конзумирање најчешће две или више супстанци у комбинацији у исто време или у временској близини као што су месец или годину дана (79-87).

Такође, дошло је до значајног повећања броја нових интоксиканата, илегалних дрога на тржиштима многих земаља, данас. Таквим супстанцама је дато име Нове психоактивне супстанце, и углавном се продају преко интернет-мрежа. Њихова употреба повезана са незнањима везаним за дејство таквих супстанци, подразумева повећан ризик од случајног предозирања, озбиљних интоксикација и евентуалних смртних исхода (88).

Такође, оправдани су страхови да ће легализација марихуане "послати погрешну поруку", и повећати приступ и доступност дроге малолетницима, што ће довести до експанзије у тинејџерској употреби. Овај нови друштвени, политички и културни контекст представља нови изазов, кад марихуана постепено постаје нормалан део света одраслих, а и младих (89).

Кашњења у идентификовању појаве нове психоактивне супстанце могу имати значајне последице за јавно здравље и за јавну безбедност. Негативни ефекти нових психоактивних супстанци могу довести до многих нежељених, па и смртних исхода услед предозирања и

токсичности. Из тих разлога је допринос-императив у омогућавању раног откривања нових психоактивних супстанци и њихових ефеката у популацији младих (90).

Много је података у савременој литератури који говоре о повезаности психопатологије и употребе психоактивних супстанци код младих људи. Пронађена је повезаност између депресије и пушења цигарета, између анксиозности и пушења цигарета, између анксиозности и употребе алкохола и слично. Снага повезаности се повећава са већом учесталашћу и количином коришћења психоактивних супстанци, а зависи и од врсте психопатологије, конкретних супстанци и демографских фактора као што су пол и старосна доб актера (91).

Многа истраживања указују да постоји повезаност између употребе дувана, алкохола и незаконитих дрога са другим ризичним понашањима. Сексуално проблематично понашање је знатно чешће код адолесцената који свакодневно пуше и који су доживели две или више епизоде пијанства у прошлости, као и код оних који не живе са родитељима и који се осећају несигурно у школи и на послу. Дечаци се чешће укључују у више ризичних понашања него девојчице. Знатно већи ризик је код млађих адолесцената и оних са осредњим успехом у школи. Такође, дечаци из богатијих домаћинстава и девојке из непотпуних породица имале су већи ризик од дечака из најсиромашнијих домаћинстава и девојака из комплетних породица (92-98).

Алкохол, дукан и марихуана су најчешће коришћене супстанце код адолесцената у Сједињеним Америчким Државама. Међутим, мало је познато о начинима ране употребе супстанци код адолесцената, као и њених импликација и повезаности са проблематиком коришћења супстанци у младом одраслом добу. Резултати истраживања здравља су показали да је 34,4% појединаца пријавило да није користило супстанце пре 16. године, 34,1% је пријавило рано коришћење алкохола и марихуане, или само алкохола, марихуане и цигарета, што указује на релативно високу преваленцу ове врсте коришћења супстанци међу америчким адолесцентима (99).

Канадска студија која је испитивала преваленцију пушења, након спровођења јавне забране пушења са акцентом на ограничења пушења у домовима, пре и после спровођења јавне забране пушења, у провинцији Квебек у Канади показала је да нема значајних промена у преваленцији пушења, што указује на повећану потребу и напоре да се боље информишу пушачи о здравственим ризицима излагања никотину (100).

Истраживање које се бавило утицајем медијске кампање о штетности дуванског дима у руралним подручјима, показало је да су они са нижим степеном образовања пријавили већу перцепцију ефикасности медијских огласа. Непушачи чешће, него пушачи виде огласе као ефикасне смернице упозорења. Познавање штетних последица и ризика од пушења, као и подршка за пушење ван радних места су позитивно повезани са опозивом и ефикасношћу борбе за здрав живот и квалитет тог живота од стране медијских кампања (101).

Присуство друштвених неједнакости у дуванској употреби је у потпуности призната у међународној и домаћој литератури. Испитивањем социоекономске корелације цигарета доказана је веза између образовања и богатства домаћинства. Са повећањем нивоа образовања мање су шансе за пушење, док са повећањем богатства домаћинства имају веће шансе за употребу дувана. Повећање образовања је важан заштитни фактор у борби против пушења. Богатство домаћинства, са друге стране, испољава наглашен штетан утицај на потрошњу дувана (102).

Контрола дувана је важна стратегија за смањење глобалног терета од болести узрокованих пушењем, посебно незаразних болести. Дубље разумевање социодемографских варијација у употреби дувана је важан и велики корак у постизању ефикасне контроле употребе дувана.

Испитивање преваленције употребе дувана и повезаности са социодемографским варијаблама у шест земаља (Бангладеш, Индонезија, Индија, Малдиви, Непал и Тимор) југоисточне Азије показало је да је највећа преваленција употребе дувана била међу мушкарцима у Индонезији 76,4%, а код жена у Непалу 15,7%. Непал је имао највећу распрострањеност употребе дувана код мушкараца 17,9%, док је код жена износила 1,5%. Што се тиче социодемографских детерминанти, упркос варијацијама на међудржавном нивоу, употреба дувана је била значајно повезана са годинама старости, образовањем, материјалним богатством, руралним боравком и са брачним стањем (103).

Резултати националног истраживања о употреби лекова без рецепата међу младима у Сједињеним Америчким Државама узраста од 18 до 22 године, а у односу на пол, расу и образовање, показали су да је школска спрема у директној интеракцији са полом и расом: девојке које су завршиле средњу школу, али нису биле уписане на факултет, имале су знатно већи ризик за употребу опијата у односу на студенткиње са колеџа, и у односу на мушкарце, док је ризик занемарљивог степена био у односу на образовање, а повећан у односу на женски пол и белу расу испитаника (104).

Резултати проучавања повезаности употребе психоактивних супстанци са социјалнодемографским карактеристикама младих узраста од 15 до 24 године у урбаном насељу у Источном Делхију показали су да је 59,1% корисника супстанци било у узрасту између 21-24 година старости, а 36% су били зависни корисници психоактивних супстанци. Међу њима 48% су били неписмени, или мало писмени, 64% је припадало средњем социо-економском статусу, а 68% је пробало психоактивне супстанце из радозналости (105).

Многе савремене студије које су се бавиле описивањем трендова самоубистава повезаних са коришћењем опијата, показале су да су стопе свих самоубистава повезаних са коришћењем опијата повећане, да су биле сличне за мушкарце и жене, да су биле веће међу белцима него црнцима, више верификоване на западу, а највише за појединце старијих узраста (106).

Канабис је најчешће коришћена илегална психоактивна супстанца међу младима многих европских земаља која са собом носи специфичне ризике зависности у смислу учесталости и интензитета, као и анатомске, когнитивне, психолошке и емоционалне последице коришћења истих (107,108).

Студија која је процењивала повезаност генетских и еколошких фактора повезаних са употребом канабиса, показала је да је употреба канабиса у значајној корелацији са психотичним искуствима код младе популације. У потреба канабиса објашњава се са чак 2-5% варијанси у позитивним когнитивним и негативним психотичним искуствима (109).

Неке модерне студије указују на врло велику корелацију између социјалноанксиозних поремећаја/симптома и употребе канабиса код популације адолесцената. Испитивањем да ли одређене карактеристике адолесцената попут демографских, социјалних, интерперсоналних и личних, повећавају вероватноћу коришћења канабиса, показали су да је деликвенција значајан фактор ризика за непосредну употребу канабиса. Поред тога, употреба канабиса од стране вршњака представља повећан ризик за рану употребу канабиса код адолесцената (110,111).

Већина адолесцената употребљава канабис у друштвеној социјализацији са својим вршњацима. Усамљена употреба канабиса током адолесценције је повезана са извесним проблемима током саме адолесценције. Такође, многа истраживања су показала значајно већу распрострањеност употребе канабиса код дечака, и у групи старости од 15 до 18 година (112,113).

Канабис је најраспрострањенија илегална дрога у развијеном свету и његова употреба је повезана са неколико негативних ефеката физичког и менталног здравља, као и негативних социјалних исхода. Ранија употреба канабиса повећава ризик од нежељених ефеката бивствовања. Студија спроведена у девет јавних и приватних средњих школа међу ирским тинејџерима узраста од 15 до 18 година, показала је да су ставови према канабису либералнији међу мушкарцима и онима који су га претходно употребљавали као лек. Мањи број ученика је подржавао легализацију канабиса. Већина тинејџера је сматрала да се не даје довољно информација о канабису и штетности употребе истог. Такође, постоји релативно низак ниво перцепције ризика од менталних и физичких проблема здравља повезаних са употребама канабиса (114).

Савремене анализе засноване на истраживању ставова адолесцената према марихуани, показале су да су млади, који су видели марихуану као нештетну супстанцу, имали 9 пута већу шансу да и користе марихуану. Перцепција да марихуана нема ризик по здравље био је већи код мушкараца, затим код младих који не живе са мајком или оцем, међу ученицима у вишим школским разредима и у породицама са нижим нивоом образовања од стране родитеља/старатеља (115,116).

Утицај медицинских закона о употреби канабиса, наводи на општи закључак да "имплементација медицинског канабиса, повећава шансу за малолетничку употребу канабиса" и представља императивно питање, данашњице (117,118).

Штетне последице употребе дувана, алкохола, лекова и илегалних дрога су основа за велику забринутост медицинских стручњака. Познавање природе и обима последица употребе психоактивних супстанци, као и физичких, психолошких и социјалних последица употребе истих је од суштинског значаја за акцију здравствене службе (55).

Како употреба и злоупотреба психоактивних супстанци у адолесценцији може бити повезана са низом промена здравља, емоционалних, психосоцијалних понашања и правних проблема у популацији младих, неопходно је да епидемиолошко праћење употребе дрога међу младима буде главна брига за креаторе јавно-здравствених политика и стратегија (62).

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

Најзначајнији резултати овог студијског истраживања су садржани у следећим закључцима:

1. Испитаници мушког пола, средњег образовања, они који потичу из градске средине, из Јужних и Источних регија Србије, испитаници који припадају најсиромашнијој категорији становништва, који имају најнижи приход по члану домаћинства, као и они који своје здравље процењују као лоше, конзумирају цигарете чешће од особа женског пола, од младих из приградских насеља, оних који припадају богатијим слојевима домаћинства, као и оних који своје здравље процењују као добро.
2. Младићи, испитаници средњег образовног статуса, млади који потичу из градске средине, са територије Јужне и Источне Србије, из категорије најсиромашнијих, испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства, као и они који своје здравље процењују као добро, чешће конзумирају алкохолна пића од осталих категорија испитиване младе популације.
3. Девојке чешће конзумирају средства за спавање, против болова и за смирење од младића. Средства против болова конзумирају чешће млади са вишим и високим образовањем, испитаници са најнижим приходима по члану домаћинства, из средњих слојева становништва и са територије Јужне и Источне Србије. Средства за спавање и средства за умирење најчешће конзумирају испитаници средњег образовног статуса, са територије града Београда, Јужне и Источне Србије, млади из богатијих домаћинстава, као и они који своје здравље процењују као добро и веома добро.
4. Конзумирање илегалних дрога, чешће је код младића, младих са вишим или високим образовањем, код оних који потичу са територије Војводине, испитаника са вишим приходима по члану домаћинства, из најбогатијих категорија становништва, као и оних који своје здравље процењују као добро.
5. Бинарна логистичка регресиона анализа је показала да је најзначајнији предиктор за конзумирање цигарета самопроцена здравља, док су као најзначајнији предиктори за конзумирање алкохола издвојени - старост, пол, образовање, тип насеља, физичко и психичко насиље и индекс благостања. Предиктори употребе лекова/илегалних дрога су пол и самопроцена здравља.

## 7. ПРЕДЛОГ МЕРА

Истраживање употребе психоактивних супстанци код младих у Србији указује на неопходност превенције ризичног понашања, злоупотребе зависности од психоактивних супстанци пре свега кроз интензивирање превентивних активности, развијање социјалних вештина и информисање младих о штетним ефектима и последицама употребе психоактивних супстанци данас.

Такође је неопходно интензивирати рад са родитељима и другим одраслим особама из окружења деце и младих, циљано радити на измени законске регулативе, јачању примене постојећих адекватних закона, смањењу доступности и међусекторској сарадњи у спровођењу превентивних активности и нових програма.

Промовисање здравих стилова живота, подизање нивоа свести младог појединца и друштва о ризицима од употребе психоактивних супстанци и мобилисање заједнице у борби против дрога, едукација родитеља о штетним последицама употребе психоактивних супстанци, оспособљавање родитеља за добру комуникацију са децом, укључивање младих у тимове за креирање превентивних програма и вршњачку едукацију, укључивање свих медија у превентивне активности, заједничко учешће васпитача, наставника и педагога из образовних установа и ван њих у новим програмима превенције и укључивање целокупне заједнице у програме смањења употребе психоактивних супстанци код деце и младих, данас свестрано доприноси новој превенцији злоупотребе психоактивних супстанци.

**8. ЛИТЕРАТУРА**

1. Vukomanović SI. Procena mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja studentske populacije. Doktorska disertacija, Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac, 2015.
2. Mitrović D, Smederevac S, Grujičić S, Čolović P. Primenjena psihologija Tipološki pristup rizičnom ponašanju adolescenata. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja 2015; 2(3): 217–30.
3. Petrović J, Mihić I, Zotović M. Forme i učestalost rizičnih ponašanja kod studentkinja novosadskog univerziteta. Pedagoška stvarnost 2007; (9–10): 875-91.
4. Marić M. Problematično ponašanje dece i adolescenata - pojam, učestalost, poreklo i prevencija. Norma 2011; 16(2): 175-83.
5. Dragišić-Labaš S, Milić M. Bolesti zavisnosti kao bolesti društva, porodice i pojedinca. Sociologija 2007; 49(1): 31-43.
6. Jakovljevic M, Jovanovic M, Rancic N, Vyssoki B, Djordjevic N. LAT software induced savings on medical costs of alcohol addicts' care results from a matched-pairs case-control study. PLoS One 2014; 9(11): e111931.
7. Jakovljevic MB. Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. Eur J Health Econ 2013; 14(2): 153–159.
8. WHO. Building Blocks for tobacco control – A handbook. Copenhagen: WHO; 2004. Available at: <http://www.who.int/tobacco>.
9. The Republic of Serbia Ministry of Health. Health Survey 2006 of the Republic of Serbia. Belgrade: Ministry of Health; 2007.
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Tobacco use: Targeting the nation's leading killer. Retrieved from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/aag/osh.htm>.
11. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2012.
12. Serbian Ministry of Health. European research on the use of alcohol and other drug use among young people in Serbia. Belgrade: Institute for Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut“; 2009. (Serbian).
13. Hibell B, Anderson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. The 1995 ESPAD Report. Stockholm: Modintryckoffset AB, 1997.



14. Tobacco Control Strategy - Ministry of Health of the Republic of Serbia. Serbia; 2007. Available at: [www.zdravlje.gov.rs./Stategija Kontrola Duvana.pdf](http://www.zdravlje.gov.rs./Stategija%20Kontrola%20Duvana.pdf).
15. Beck F, Legleye S. Sociology and epidemiology of consumption of psychoactive substances in adolescents. *Encephale* 2009; 35(6): 190-201.
16. Penney J, Dargan PI, Padmore J, Wood DM, Norman IJ. Epidemiology of adolescent substance use in London schools. *QJM* 2016; 109(6): 405-9.
17. Medina-Pérez ÓA, Rubio LA. Psychoactive Drug Abuse in Adolescent Addicts of a Colombian Rehabilitation Foundation. Descriptive Study. *Rev Colomb Psiquiatr* 2012; 41(3): 550-61.
18. Adamek R, Zysnarska M, Gromadecka-Sutkiewicz M, Kraśniewska B, Jagielska J. The prevalence of tobacco smoking and psychoactive substances use among students from High School of Country Economy in Kutno. *Przegl Lek* 2010; 67(10): 976-8.
19. Richter M, Pförtner TK, Lampert T; HBSC-Team Deutschland. Changes in tobacco, alcohol and cannabis use by adolescents from 2002 to 2010 in Germany. *Gesundheitswesen* 2012; 74(7): S42-8.
20. Kokkevi A, Fotiou A, Richardson C. Drug use in the general population of Greece over the last 20 years: results from nationwide household surveys. *Eur Addict Res* 2007; 13(3): 167-76.
21. Ziaei R, Mohammadi R, Dastgiri S, Viitasara E, Rahimi VA, Jeddi A, Soares J. The Prevalence, Attitudes, and Correlates of Waterpipe Smoking Among High School Students in Iran: a Cross-Sectional Study. *Int J Behav Med* 2016; 23(6):686-96.
22. Shimane T, Wada K. Substance use among night high school students in Japan. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2007; 42(3): 152-64.
23. Jiang N, Wang MP, Ho SY, Leung LT, Lam TH. Electronic cigarette use among adolescents: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Public Health* 2016; 16(3): 202.
24. Malta DC, Oliveira-Campos M, do Prado RR, Andrade SS, de Mello FC, Dias AJ, Bomtempo DB. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1): 46-61.
25. Can G, Topbas M, Oztuna F, Ozgun S, Can E, Yavuzylmaz A. Factors contributing to regular smoking in adolescents in Turkey. *J Sch Health* 2009; 79(3): 93-7.
26. Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, Kuschnir MC, Silva TL, Bloch KV, Szklo M. ERICA: smoking prevalence in Brazilian adolescents. *Rev Saude Public*. 2016; 50(1): 12.
27. Rerksuppaphol L, Rerksuppaphol S. Prevalence of Cigarette Smoking and Associated Risk Factors amongst Middle-School Students in Ongkharak District, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2015; 98(9): 1-8.

28. Ogwell AE, Aström AN, Haugejorden O. Socio-demographic factors of pupils who use tobacco in randomly-selected primary schools in Nairobi province, Kenya. *East Afr Med J* 2003; 80(5): 235-41.
29. Madu SN, Matla MQ. Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behaviour among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the Northern Province, South Africa. *J Adolesc* 2003; 26(1): 121-36.
30. Trybou J, Spaepen E, Vermeulen B, Porrez L, Annemans L. Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: financial burden of disease and potential cost savings. *Acta Clin Belg* 2013; 68(3): 199-205.
31. Melotti R, Lewis G, Hickman M, Heron J, Araya R and Macleod J. Early life socio-economic position and later alcohol use: birth cohort study. *Addiction* 2013; 108(3): 516–25.
32. Rakić D, B. Rakić B, Milošević Z, Nedeljković I. The prevalence of substance use among adolescents and its correlation with social and demographic factors. *Vojnosanit pregl* 2014; 71(5): 467-73.
33. Republika Srbija Ministarstvo zdravlja. Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji. Beograd: Ministarstvo zdravlja; 2008.
34. Nieradko B, Swies Z, Milczanowska K, Sieklucka Dziuba M. Frequency analysis of the use of addictive substances by adolescents attending secondary schools in Sanok. *Wiad Lek* 2002; 55(1): 818-24.
35. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2012.
36. Flotta D, Micò R, Nobile CG, Pileggi C, Bianco A, Pavia M. Consumption of energy drinks, alcohol, and alcohol-mixed energy drinks among Italian adolescents. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38(6): 1654-61.
37. Donath C, Gräbel E, Baier D, Pfeiffer C, Bleich S, Hillemacher T. Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors - a representative study. *BMC Public Health* 2012; 12(4): 263.
38. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2012; 61(4): 1-162.
39. Radovanović S. Faktori rizika za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci kod mladih u Srbiji. *Doktorska disertacija, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac*, 2013.

40. Sharrad S, De Crespigny C, Aylward P, Wiechula R. An exploration of adolescents' decisions to abstain or refrain from alcohol consumption in Australian social settings: a qualitative systematic review. *BI Database System Rev Implement Re* 2015; 13(10): 156-179.
41. Malta DC, Machado IE, Porto DL, da Silva MM, de Freitas PC, da Costa AW, Oliveira-Campos M. Alcohol consumption among Brazilian Adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1): 203-14.
42. Wechsler H, Lee JE, Nelson TF, Kuo M. Underage college students' drinking behavior, access to alcohol, and the influence of deterrence policies. Findings from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *J Am Coll Health* 2002; 50(5): 223-36.
43. National Population Health Survey of Canada: The NTW Health Status Report-1999. Available from: [http //www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca).
44. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2004.
45. Melotti R, Heron J, Hickman M, Macleod J, Araya R, Lewis G. Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC Birth Cohort. *Pediatrics* 2011; 127(4): 948–955.
46. Llorens N, Barrio G, Sánchez A, Suelves J, Group EW. Effects of socialization and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prev Sci* 2011; 12(2): 150–161.
47. Melotti R, Lewis G, Hickman M, Heron J, Araya R, Macleod J. Early life socio-economic position and later alcohol use: birth cohort study. *Addiction* 2013; 108(3) :516-25.
48. Donath C, Grässel E, Baier D, Pfeiffer C, Karagülle D, Bleich S, Hillemacher T. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence a representative study. *BMC Public Health*. 2011; 7(11): 84.
49. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 2007; 119(1): 76-85.
50. Scholz M, Kaltenbach M. Cigarette, alcohol and drug use in 12 to 13-year-old adolescents an anonymous survey of 2.979 students. *Gesundheitswesen* 1995; 57(6): 339-44.
51. Republika Srbija Ministarstvo zdravlja. Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji. Beograd: Ministarstvo zdravlja; 2008.
52. Chassin L, Hussong A, Barrera M, Molina BG, Trim R, Ritter J. Adolescent substance use. In: Lerner RM, Steinberg L, editors. *Handbook of adolescent American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: DC Author; 2004.

53. Marić M. Činioci upotrebe psihoaktivnih supstanci u adolescenciji. Doktorska disertacija, Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Novi Sad, 2011.
54. Altay N, Toruner EK, Citak EA. Determination of smoking and drinking and preventive measures in adolescents. *J Addict Nurs* 2014; 25(2): 94-102.
55. Kulig JW. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics* 2005; 115(3): 816-21.
56. Lopes GM, Nóbrega BA, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(1): S51-61.
57. Daveluy A, Frauger E, Peyrière H, Moracchini C, Haramburu F, Micallef J. Which psychoactive substances are used by patients seen in the healthcare system in French overseas territories? Results of the OPPIDUM survey. *Fundam Clin Pharmacol* 2017; 31(1): 126-31.
58. Gillespie NA, Kendler KS, Prescott CA, Aggen SH, Gardner CO Jr, Jacobson K, Neale MC. Longitudinal modeling of genetic and environmental influences on self-reported availability of psychoactive substances: alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and stimulants. *Psychol Med* 2007; 37(7): 947-59.
59. Smith EA, McDaniel PA, Hiilamo H, Malone RE. Policy coherence, integration, and proportionality in tobacco control: Should tobacco sales be limited to government outlets? *J Public Health Policy* 2017; 21.
60. Greydanus DE, Patel DR. Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50(5): 1179-22.
61. B Hanna F. Alcohol and substance use in humanitarian and postconflict situations. *East Mediterr Health J* 2017; 23(3): 231-235.
62. Beck F, Legleye S. Sociology and epidemiology of consumption of psychoactive substances in adolescents. *Encephale* 2009; 35(6): S190-201.
63. Michaud PA. Alcohol misuse in adolescents - a challenge for general practitioners. *Ther Umsch* 2007; 64(2): 121-6.
64. Korczak D, Steinhauser G, Dietl M. Prevention of alcohol misuse among children, youths and young adults. *GMS Health Technol Assess* 2011;7.
65. Penney J, Dargan PI, Padmore J, Wood DM, Norman IJ. Epidemiology of adolescent substance use in London schools. *QJM* 2016; 109(6): 405-9.
66. Ljubotina D, Galić J, Jukić V. Prevalence and risk factors of substance use among urban adolescents: questionnaire study. *Croat Med J* 2004; 45(1): 88-98.

67. Mikolajczyk RT, Sebena R, Warich J, Naydenova V, Dudziak U, Orosova O. Alcohol Drinking in University Students Matters for Their Self-Rated Health Status: A Cross-sectional Study in Three European Countries. *Front Public Health* 2016; 4(9): e210.
68. Foxcroft DR, Moreira MT, Almeida Santimano NM, Smith LA. Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 12(12): CD006748.
69. Kpozehouen A, Ahanhanzo YG, Paraïso MN, Munezero F, Saizonou JZ, Makoutodé M, Ouedraogo LT. Factors associated with psychoactive substance use among Beninese adolescents. *Sante Publique* 2015; 27(6): 871-80.
70. Kűfner H. Epidemiology of substance use and substance use disorders in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53(4): 271-83.
71. Modrzejewska R, Bomba J. Prevalence of mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan 17-year old youth population. *Psychiatr Pol* 2010; 44(4): 579-92.
72. Malbergier A, Cardoso LR, Amaral RA. Adolescent substance use and family problems. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4): 678-88.
73. Snyder SM, Rubenstein C. Do incest, depression, parental drinking, serious romantic relationships, and living with parents influence patterns of substance use during emerging adulthood? *J Psychoactive Drugs* 2014; 46(3): 188-97.
74. Pilav A, Rudić A, Branković S, Djido V. Perception of health risks among adolescents due to consumption of cigarettes, alcohol and psychoactive substances in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Public Health* 2015; 129(7): 963-9.
75. Pawłowska B, Zygo M, Potembska E, Kapka-Skrzypczak L, Dreher P, Kędziński Z. Psychoactive substances use experience and addiction or risk of addiction among by Polish adolescents living in rural and urban areas. *Ann Agric Environ Med* 2014; 21(4): 776-82.
76. Tabak I, Mazur J, Zawadzka D. Physical activity as a factor protecting teenage boys from tobacco and marihuana use. *Przegl Epidemiol* 2015; 69(4): 795-800, 919-22.
77. Pawłowska B, Potembska E, Zygo M, Olajossy M, Dziurzyńska E. Prevalence of self-injury performed by adolescents aged 16-19 years. *Psychiatr Pol* 2016; 50(1): 29-42.
78. Adamek R, Zysnarska M, Gromadecka-Sutkiewicz M, Kraśniewska B, Jagielska J. The prevalence of tobacco smoking and psychoactive substances use among students from High School of Country Economy in Kutno. *Przegl Lek* 2010; 67(10): 976-8.
79. Aggarwal SK, Carter GT, Zumbrunnen C, Morrill R, Sullivan M, Mayer JD. Psychoactive substances and the political ecology of mental distress. *Harm Reduct J* 2012; 9(1): 4.

80. Kiecolt KJ, Aggen SH, Kendler KS. Genetic and environmental influences on the relationship between mastery and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37(6): 905–13.
81. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for alcohol use disorders in men. *Twin Res Hum Genet* 2011; 14(1): 1–15.
82. Blanco C, Ruffal C, Wall MM, Ridenour TA, Wang S, Kendler KS. Towards a comprehensive developmental model of cannabis use disorders. *Addiction* 2013; 109(2): 284–94.
83. Martin CS. Timing of alcohol and other drug use. *Alcohol Res Health* 2008; 31(2): 96-9.
84. Falk DE, Yi H-Y, Hiller-Sturmhöfel S. An epidemiologic analysis of cooccurring alcohol and tobacco use and disorders: Findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Research Health* 2006; 29(3): 162–71.
85. Ives R, Ghelani P. Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2006; 13(3): 225–32.
86. McCabe SE, Cranford JA, Morales M, Young A. Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: Prevalence, correlates, and consequences. *Journal of Studies on Alcohol* 2006; 67(4): 529–37.
87. Schensul JJ, Convey M, Burkholder G. Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research. *Addictive Behaviors* 2005; 30(3): 571-4.
88. Krabseth HM, Tuv SS, Strand MC, Karinen RA, Wiik E, Vevelstad MS, et al. Novel psychoactive substances. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2016; 136(8): 714-7.
89. Rosenbaum M. New Perspectives on Drug Education/Prevention. *J Psychoactive Drugs* 2016; 48(1): 28-30.
90. Saban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: a review of the literature. *J Psychoactive Drugs* 2010; 42(1): 37-47.
91. Logan BK, Mohr ALA, Friscia M, Krotulski AJ, Papsun DM, Kacinko SL, et al. Reports of Adverse Events Associated with Use of Novel Psychoactive Substances, 2013-2016: A Review. *J Anal Toxicol* 2017; (4): 1-38.
92. Jeremić V, Matejić B, Soldatović I, Radenović S. Early sexual initiation and risk factors in Serbian adolescents: data from the National Health Survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014; 19(3): 211-9.
93. Arsenijevic J, Pavlova M, Groot W. Out-of-pocket payments for health care in Serbia. *Health Policy* 2015; 119(10): 1366-74.

94. Djikanovic B, Vukovic D, Djikanovic S. Inequalities in intentions to quit smoking in Serbia: data from 2006 National Health Survey. *Public Health* 2013; 127(6): 521-9.
95. Kilibarda B, Mladenović I, Rakić JG Attitudes on alcohol and drinking patterns among youth in Serbia. *Srp Arh Celok Lek* 2013; 141(1-2): 66-71.
96. Golo DL, Cirić-Janković S, Santrić-Milićević M, Simić S. Alcohol use among adolescents in Serbia. *Srp Arh Celok Lek* 2013; 141(3-4): 207-13.
97. Kisić-Теравцевић D, Gazibara T, Popovic A, Trajkovic G, Pekmezovic T. The impact of alcohol on health-related quality of life in Belgrade University students. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013; 39(2): 130-5.
98. Boričić K, Simić S, Erić JM. Demographic and socio-economic factors associated with multiple health risk behaviours among adolescents in Serbia: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2015; 15(2): 157.
99. Moss XB, Chen CM, Yi XY. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* 2014; 136 (1): 51-62.
100. Kairouz S, Lasnier B, Mihaylova T, Montreuil A, Cohen JE. Smoking restrictions in homes after implementation of a smoking ban in public places. *Nicotine Tob Res* 2015; 17(1): 41-7.
101. Rayens MK, Butler KM, Wiggins AT, Kostygina G, Langley RE, Hahn EJ. Recall and Effectiveness of Messages Promoting Smoke-Free Policies in Rural Communities. *Nicotine Tob Res* 2016; 18(5): 1340-7.
102. Jawad M, Abdulrahim S, Daouk A. The Social Patterning of Tobacco Use Among Women in Jordan: The Protective Effect of Education on Cigarette Smoking and the Deleterious Effect of Wealth on Cigarette and Waterpipe Smoking. *Nicotine Tob Res* 2016; 18(4): 379-85.
103. Sinha DN, Suliankatchi RA, Amarchand R, Krishnan A. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Any Tobacco Use and Dual Use in Six Countries of the WHO South-East Asia Region: Findings From the Demographic and Health Surveys. *Nicotine Tob Res* 2016; 18(5): 750-6.

104. Martins SS, Kim JH, Chen LY, Levin D, Keyes KM, Cerdá M, Storr CL. Nonmedical prescription drug use among US young adults by educational attainment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(5): 713-24.
105. Jain V, Pradhan SK, Vibha. Socio-demographic profile of 15-24 years old male narcotic substance users in a resettlement colony of Delhi. *Indian J Public Health* 2009; 53(1): 44-6.
106. Braden JB, Edlund MJ, Sullivan MD. Suicide Deaths With Opioid Poisoning in the United States: 1999-2014. *Am J Public Health* 2017; 107(3): 421-26.
107. Porath-Waller AJ, Notarandrea R, Vaccarino FJ. Young brains on cannabis: It's time to clear the smoke. *Clin Pharmacol Ther* 2015; 97(6): 551-2.
108. Peyret E, Delorme R. Cannabis use among children and adolescents: impacts and consequences. *Bull Acad Natl Med* 2014; 198(3): 579-88.
109. Shakoor S, Zavos HM, McGuire P, Cardno AG, Freeman D, Ronald A. Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community because of common underlying environmental risk factors. *Psychiatry Res* 2015; 227(2-3): 144-51.
110. Nelemans SA, Hale WW 3rd, Raaijmakers QA, Branje SJ, van Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25(5): 483-92.
111. Burdzovic Andreas J, Pape H. Who receives cannabis use offers: A general population study of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156 (11): 150-6.
112. Creswell KG, Chung T, Clark DB, Martin CS. Solitary cannabis use in adolescence as a correlate and predictor of cannabis problems. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156 (11): 120-5.
113. Muro I Rodríguez A. Age, sex and personality in early cannabis use. *Eur Psychiatry* 2015; 30(4): 469-73.
114. Barrett P, Bradley C. Attitudes and perceived risk of cannabis use in Irish adolescents. *Ir J Med Sci* 2016; 185(3): 643-7.
115. Merrill RM. Use of marijuana and changing risk perceptions. *Am J Health Behav* 2015; 39(3): 308-17.



116. Hill K. Medical marijuana does not increase adolescent marijuana use. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(7): 572-3.
117. Smith DE, Heilig S. Marijuana 2015: The More Things Change. *J Psychoactive Drugs* 2016; 48(1): 1-2.
118. Wall MM, Mauro C, Hasin DS, Keyes KM, Cerda M, Martins SS, Feng T. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass medical marijuana laws: Commentary on and reanalysis of US National Survey on Drug Use in Households data 2002-2011. *Int J Drug Policy* 2016; 29(3): 9-13.

## 9. ПРИЛОГ

### UPITNIK za stanovništvo uzrasta 15 godina i više - intervju

**Напомена:** Dodatna dokumentacija (kartice, obrasci, itd.) sastavni je deo ovog upitnika i mora se koristiti u cilju adekvatno harmonizovane implementacije Istraživanja u skladu sa Evropskim istraživanjem zdravlja.

**MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE****OK.1 Na teritoriji koje današnje države ste rođeni?**

- u Srbiji  1
- u zemlji članici EU  2
- u zemlji koja nije članica EU?  3

**OK.2 Državljanstvo koje države imate?**

- Srbije  1
- zemlje članice EU  2
- zemlje koja nije članica EU?  3

**OK.3 Kakav je Vaš bračni status?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: OZNAČITI PRVI ODGOVOR KOJI ODGOVARA*

- Nikad se nisam ženio/udavala niti živeo/la u vanbračnoj zajednici  1
- U braku/ vanbračnoj zajednici  2
- Udovac/ica ili se vanbračna zajednica završila smrću partnera (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu)  3
- Razveden/a ili se vanbračna zajednica završila razlazom (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu)  4

**FILTER 1**

ANKETAR: AKO DOMAĆINSTVO IMA SAMO 1 ČLANA PRESKOČITE PITANJE OK.4 I PREDITE NA PITANJE OK.5

**OK.4 Mogu li samo da proverim, da li živite sa nekim iz ovog domaćinstva kao par?**

- Da, živim sa partnerom/kom  1
- Ne  2

**OK.5 Koja je najviša škola koju ste završili? Molim Vas da uključite sva stručna usavršavanja.**

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Bez škole                           | <input type="radio"/> 1  |
| 1-7 razreda osnovne škole           | <input type="radio"/> 2  |
| Osnovna škola                       | <input type="radio"/> 3  |
| Srednja škola (2 godine)            | <input type="radio"/> 4  |
| Srednja škola (3 ili 4 godine)      | <input type="radio"/> 5  |
| Specijalizacija posle srednje škole | <input type="radio"/> 6  |
| Viša škola                          | <input type="radio"/> 7  |
| Visoka škola (osnovne studije)      | <input type="radio"/> 8  |
| Visoka škola (master/magistarski)   | <input type="radio"/> 9  |
| Visoka škola (doktorat)             | <input type="radio"/> 10 |

Uvod

Sada ću Vam postaviti pitanja u vezi sa Vašim trenutnim radnim angažovanjem.

**OK.6 Kako biste definisali Vaš trenutni radni status?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Radim za platu ili profit (uključuje one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i one koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora) | <input type="radio"/> 1 → PREĆI NAOK8 |
| Nezaposlen  | <input type="radio"/> 2               |
| Učenik/ca, student/kinja, usavršavanje, stručna praksa bez plaćanja   | <input type="radio"/> 3               |
| U penziji ili prestao/la sa bavljenjem poslom <sup>1</sup>  | <input type="radio"/> 4               |
| Nesposoban/na za rad <sup>2</sup>   | <input type="radio"/> 5               |
| Obavljam poslove u domaćinstvu (domaćica)   | <input type="radio"/> 7               |
| Drugo, navedite: _____  | <input type="radio"/> 8               |

**OK.7 Da li ste ikada radili za platu ili profit?**

- |    |  |
|----|--|
| Da | <input type="radio"/> 1                    |
| Ne | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA Uvod ZS |

<sup>1</sup> Isključuje onesposobljenost ili zdravstvene razloge.

<sup>2</sup> Uključuje dugotrajne bolesti ili zdravstvene probleme.

**FILTER 2**

ANKETAR: AKO JE OK.6 = 1 PITATI ZA TRENUTNI GLAVNI POSAO,  
AKO JE OK.7 = 1 PITATI ZA PREDHODNI GLAVNI POSAO.

**OK.8 Da li ste (bili):**

- zaposleni ili  1  
 samozaposleni ili  2 → PREĆI NA OK.10  
 angažovani u okviru porodičnog posla?  3 → PREĆI NA OK.10

**OK.9 Kakvu vrstu radnog ugovora imate (ili ste imali)?**

- Stalan posao/ugovor na neodređeno  1  
 Privremen posao/ ugovor na određeno  2

**OK.10 Da li na poslu radite (ili ste radili):**

- puno radno vreme ili  1  
 deo radnog vremena?  2

**OK.11 Koje je (bilo) Vaše zanimanje na poslu?**

Naziv posla: \_\_\_\_\_

Opiшите šta radite (ili ste radili) na poslu:

-----

\_\_\_\_\_  
 (ISCO-08 COM, 2 mesta)

**OK.12 Koju delatnost obuhvata (ili je obuhvatao) Vaš biznis/oragnizacija u kojoj radite (ili ste radili) (npr. hemijska, ribolov, ugostiteljstvo, zdravstvena zaštita itd.)?**

OPIŠITE DETALJNO – PROIZVODNJA, PRERADA, DISTRIBUCIJA, GLAVNI PROIZVODI, MATERIJALI KOJI SE KORISTE, VELEPRODAJA ILI PRODAJA, ITD.

-----

-----

\_\_\_\_\_  
 (NACE Rev.2, 2 mesta)

**MODUL ZDRAVSTVENO STANJE****ZDRAVSTVENO STANJE – ZS**Uvod ZS

Sada ćemo razgovarati o Vašem zdravlju.

**ZS.1 Kakvo je Vaše zdravlje u celini? Da li je...**

- veoma dobro  1  
dobro  2  
prosečno  3  
loše  4  
veoma loše?  5  
  
ne zna<sup>1</sup>  8  
odbijanje  9

**ZS.2 Da li imate neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem? Pod dugotrajnim se podrazumevaju bolesti ili zdravstveni problemi koji su trajali, ili za koje se očekuje da će trajati 6 meseci ili duže.**

- Da  1  
Ne  2  
  
ne zna  8  
odbijanje  9

**ZS.3 U poslednjih 6 meseci ili duže, u kom obimu ste zbog zdravstvenih problema bili ograničeni u obavljanju aktivnosti koje drugi obično obavljaju? Da li biste rekli da ste bili...**

- ozbiljno ograničeni  1  
ograničeni ali ne ozbiljno ili  2  
niste uopšte bili ograničeni?  3  
  
ne zna  8  
odbijanje  9

---

<sup>1</sup> U svim pitanjima odgovori kao što su "ne sećam se" i "nisam siguran" obeležavaju se kategorijom odgovora "ne zna".

**ZS.4 Kako biste procenili stanje vaših zuba i usne duplje (desni i mekih tkiva)?**

- Veoma dobro  1  
Dobro  2  
Prosečno  3  
Loše  4  
Veoma loše  5
- ne zna  8  
odbijanje  9

**ZS.5 Koliko zuba Vam nedostaje?**

- Nijedan (imam sve zube)  1 → PREĆI NA Uvod HB  
1-5 zuba  2  
6-10 zuba  3  
Više od 10, ali ne svi zubi  4  
Svi (nemam nijedan zub)  5
- ne zna  8  
odbijanje  9

**ZS.6 Da li imate protezu?**

- Da, imam totalnu  1  
Da, imam parcijalnu  2  
Nemam protezu  3
- ne zna  8  
odbijanje  9

**HRONIČNE BOLESTI I STANJA – HB**Uvod HB

Pred Vama je lista hroničnih bolesti ili stanja.

**HB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci imali neku od navedenih bolesti ili stanja?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 1-HB.1 SA LISTOM BOLESTI/STANJA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE BOLESTI/STANJA KOJE SE ODOSE NA NJEGANJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST/STANJE.*

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

BOLEST/STANJE	HB.1
a. Astma (uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
b. Hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
c. Infarkt miokarda (srčani udar) ili hronične posledice infarkta miokarda	<input type="checkbox"/>
d. Koronarna bolest srca ili angina pectoris	<input type="checkbox"/>
e. Povišen krvni pritisak (hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
f. Moždani udar (cerebralno kvarenje, cerebralna tromboza – šlog) ili hronične posledice moždanog udara	<input type="checkbox"/>
g. Artroza – degenerativno oboljenje zglobova (ne uključuje artritis – zapaljenje zglobova)	<input type="checkbox"/>
h. Deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima	<input type="checkbox"/>
i. Vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom	<input type="checkbox"/>
j. Šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
k. Alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije (ne uključuje alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
l. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
m. Nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija) problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike	<input type="checkbox"/>
n. Bubrežni problemi	<input type="checkbox"/>
o. Depresija	<input type="checkbox"/>
p. Rak (maligno oboljenje)	<input type="checkbox"/>
q. Povišenu masnoću u krvi (holesterol)	<input type="checkbox"/>



**HB.2 Da li Vam je lekar rekao da imate povišeni krvni pritisak?**

- Da  1  
Ne  2 → PREĆI NA PO.1  
  
ne zna  8 → PREĆI NA PO.1  
odbijanje  9 → PREĆI NA PO.1

**HB.3 Da li lečite povišeni krvni pritisak?**

- Da, samo dijetom (poseban režim ishrane)  1 → PREĆI NA PO.1  
Da, samo lekovima  2  
Da, na oba navedena načina  3  
Ne, ne lečim se  4 → PREĆI NA PO.1  
  
ne zna  8 → PREĆI NA PO.1  
odbijanje  9 → PREĆI NA PO.1

**HB.4 Da li ste u prethodne 4 nedelje uzimali lekove za lečenje povišenog krvnog pritiska?**

- Da, redovno  1  
Da, ponekad  2  
Ne  3  
  
ne zna  8  
odbijanje  9

**POVREDE – PO****PO.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci doživeli neku od sledećih vrsta nezgoda koja je dovela do povrede?**

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** POVREDE NASTALE KAO REZULTAT TROVANJA ILI KAO REZULTAT DEJSTVA ŽIVOTINJA ILI INSEKATA SE TAKOĐE UKLJUČUJU. POVREDE NASTALE KAO REZULTAT NAMERNOG DEJSTVA DRUGIH LICA I SAMOPOVREĐIVANJA SE ISKLJUČUJU.

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **2-PO.1** SA VRSTAMA NEZGODA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE VRSTE NEZGODA KOJE SE ODOSE NA NJEGANJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU VRSTU NEZGODE.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Vrsta nezgode	PO.1
a. Drumaska saobraćajna nezgoda	<input type="checkbox"/>
b. Nezgoda u kući	<input type="checkbox"/>
c. Nezgoda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima	<input type="checkbox"/>

**FILTER 3**

ANKETAR: NA PITANJE PO.2 ODGOVARAJU ISPITANICI KOJI SU IMALI NEZGODU KOJA JE REZULTIRALA POVREDOM (ŠIFRA 1 U ODGOVORIMA NA PO.1a ILI PO.1b ILI PO.1c).

**PO.2 Da li Vam je bila ukazana medicinska pomoć zbog posledica ove (ovih) nezgode(a)?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** AKO SE DESILO VIŠE NEZGODA BILO KOJE VRSTE, PITANJE SE ODNOSI NA ONU KOJA JE BILA NAJOZBILJNIJA (ONU ZBOG KOJE JE PRUŽENO NAJSLOŽENIJE LEČENJE).

Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu  
i ostao preko noći  1

Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu  
ali nisam ostao preko noći  2

Da, od strane doktora ili medicinske sestre  3

Ne, ni konsultacija ni intervencija nije bila potrebna  4

ne zna  8

odbijanje  9

**ODSUSTVO S POSLA (ZBOG ZDRAVSTVENIH RAZLOGA) – OP****FILTER 4**

ANKETAR: PITANJE OP1 SE POSTAVLJA SAMO ONIM ISPITANICIMA KOJI SU TRENUTNO ZAPOSLENI (OK.6=1).

**OP.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema? Uzmite u obzir sve vrste bolesti, povreda i drugih zdravstvenih problema koje ste imali i zbog kojih ste odsustvovali sa posla.**

- Da  1
- Ne  2 → PREĆI NA Uvod FO
- ne zna  8 → PREĆI NA Uvod FO
- odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod FO

**OP.2 Koliko ste ukupno dana bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema u toku prethodnih 12 meseci?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UZIMAJU SE U OBZIR SVI KALENDARSKI DANI ODSUSTVOVANJA SA POSLA BEZ OBZIRA DA LI ISPITANIK IMA ILI NE ZVANIČNO BOLOVANJE (OVERENO OD STRANE LEKARA).*

□□□ dana

- ne zna  998
- odbijanje  999

**FIZIČKA I SENZORNA FUNKCIONALNA OŠTEĆENJA – FO**Uvod FO

Sada ću Vam postaviti još pitanja o Vašem opštem fizičkom zdravlju. Pitanja se bave sposobnostima za obavljanje različitih osnovnih životnih aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve prolazne/privremene probleme.

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK SLEP, NEMOJTE POSTAVLJATI PITANJE FO.1, OBELEŽITE ODGOVOR 3 ZA FO.1 I PREDITE NA PITANJE FO.3. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.1*

**FO.1 Da li nosite naočare ili kontaktna sočiva?**

- Da  1
- Ne  2
- Slep ili ne vidi uopšte  3 → PREĆI NA FO.3
- ne zna  8
- odbijanje  9

10

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** ZA PITANJA FO.2 DO FO.7 (OSIM FO.3) POKAZATI KARTICU 3-FO.2,4,5,6,7 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

**FO.2** ako je FO.1=1 → **Da li imate teškoće da vidite čak i kada nosite svoje naočare ili kontaktna sočiva? Da li biste rekli da vidite...**

ako je FO.1=2 → **Da li imate teškoća sa vidom? Da li biste rekli da vidite...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** AKO JE ISPITANIK GLUV, NEMOJTE POSTAVQATI PITANJE FO.3. OBELEŽITE ODGOVOR 3 U FO.3 I PREĐITE NA PITANJE FO.6. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.3.

**FO.3** **Da li koristite slušni aparat?**

- Da  1
- Ne  2
- Gluv ili ne čuje uopšte  3 → PREĆI NA FO.6
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.4** ako je FO.3=1 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

ako je FO.3=2 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.5** *ako je FO.3=1* → Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...

*ako je FO.3=2* → Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.6** Da li imate teškoće da pređete peške pola kilometra po ravnom (odgovara dužini 5 fudbalskih igrališta), bez bilo kakve pomoći (pomoć podrazumeva korišćenje štapa, hodalica, invalidskih kolica, proteza i sl., kao i pomoć druge osobe)? Da li biste rekli da to možete učiniti...

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FO.7** Da li imate teškoće da se popnete uz ili siđete niz 12 stepenika? Da li biste rekli da to možete učiniti...

- bez teškoća  1
- uz manje teškoće  2
- uz velike teškoće  3
- nisam u stanju  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

### AKTIVNOSTI LIČNE NEGE – LN

#### FILTER 5

ANKETAR: AKO ISPITANIK IMA 65 ILI VIŠE GODINA PREĆI NA UVOD LN.1. U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

#### Uvod LN.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim aktivnostima lične nege.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 4-LN.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD AKTIVNOSTI LIČNE NEGE.*

#### LN.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?

- Bez teškoća.....1  
 Manje teškoće.....2  
 Velike teškoće..... 3  
 Nisam u stanju..... 4  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

Aktivnosti	LN.1
a. Da jedete	<input type="checkbox"/>
b. Da legnete i ustanete iz kreveta ili da sednete i ustanete sa stolice	<input type="checkbox"/>
c. Da se oblačite i svlačite	<input type="checkbox"/>
d. Da koristite WC/klozet	<input type="checkbox"/>
e. Da se kupate ili tuširate	<input type="checkbox"/>

#### FILTER 6

AKO JE LN.1 = 2, 3 ILI 4 ZA MAKAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD LN.2 U SUPROTNOM PREĆI NA KA.1.

Uvod LN.2

Razmislite o svim aktivnostima lične nege prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

**LN.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1  
 Ne  2  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**LN.3** ako je LN.2=1 → **Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?**  
 ako je LN.2=2 → **Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1  
 Ne  2  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**KUĆNE AKTIVNOSTI – KA**Uvod KA.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim kućnim aktivnostima.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 5-KA.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPIŠITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD KUĆNIH AKTIVNOSTI.*

**KA.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?**

- Bez teškoća..... 1  
 Uz manje teškoće..... 2  
 Uz velike teškoće.....3  
 Nisam u stanju..... 4  
 Nije primenjivo (nikad nije probao/la,  
 nema potrebe da to radi)..... 5  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

**OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA:** AKO JE SPONTANI ODGOVOR „BEZ TEŠKOĆA“ ILI NISTE SIGURNI U VALIDNOST ODGOVORA, PITAЈTE DA LI ISPITANIK/CA UOPŠTE OBAVLJA AKTIVNOST ILI NE MOŽE DA JE OBAVLJA SAMOSTALNO ZBOG NEKIH DRUGIH RAZLOGA KOJI NISU U VEZI SA ZDRAVLJEM. U TOM SLUČAJU UPIŠITE ODGOVOR „NIJE PRIMENLJIVO“.

Aktivnosti	KA.1
a. Pripremanje hrane	<input type="checkbox"/>
b. Korišćenje telefona	<input type="checkbox"/>
c. Kupovina	<input type="checkbox"/>
d. Uzimanje terapije (lekovi)	<input type="checkbox"/>
e. Lakši kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
f. Povremeni teži kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
g. Vođenje računa o finansijama, računima i druge administrativne aktivnosti	<input type="checkbox"/>

#### FILTER 7

AKO JE KA.1 = 2, 3 ILI 4 ZA BAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD KA.2 U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

#### Uvod KA.2

Razmislite o svim kućnim aktivnostima prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

#### **KA.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1
- Ne  2
- ne zna  8
- odbijanje  9

#### **KA.3 ako je KA.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?** **ako je KA.2=2 → Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti  1
- Ne  2
- ne zna  8
- odbijanje  9



**BOL – BO**Uvod BO

Sledeće pitanje se odnosi na bilo kakav fizički (telesni) bol koji ste imali u toku prethodne 4 nedelje.

**BO.1 Kakav ste telesni bol imali tokom prethodne 4 nedelje?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 6-BO.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.*

- |                   |  |
|-------------------|--|
| Nisam imao/la bol | <input type="radio"/> 1 → PREĆI NA Uvod MZ |
| Veoma slab        | <input type="radio"/> 2                    |
| Slab              | <input type="radio"/> 3                    |
| Umeren            | <input type="radio"/> 4                    |
| Jak               | <input type="radio"/> 5                    |
| Veoma jak         | <input type="radio"/> 6                    |
| ne zna            | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod MZ |
| odbijanje         | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod MZ |

**BO.2 Koliko je, tokom prethodne 4 nedelje, bol uticao na Vaše uobičajene aktivnosti (uključuje aktivnosti i obaveze van kuće i u kući)?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 7-BO.2 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.*

- |             |                         |
|-------------|-------------------------|
| Nimalo      | <input type="radio"/> 1 |
| Malo        | <input type="radio"/> 2 |
| Umereno     | <input type="radio"/> 3 |
| Mnogo       | <input type="radio"/> 4 |
| Veoma mnogo | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna      | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje   | <input type="radio"/> 9 |

### MENTALNO ZDRAVLJE – MZ

#### Uvod MZ

Sledeća pitanja se bave time kako ste se osećali tokom prethodne 2 nedelje.

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 8-MZ.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD PITANJA.*

#### MZ.1 U toku protekle 2 nedelje, koliko često Vam je smetao bilo koji od sledećih problema?

- Nije uopšte..... 1  
 Nekoliko dana ..... 2  
 Više od 7 dana ..... 3  
 Skoro svakog dana ..... 4  
 ne zna ..... 8  
 odbijanje ..... 9

Problemi	MZ.1
a. Slabo interesovanje ili zadovoljstvo da nešto radite	<input type="checkbox"/>
b. Malodušnost, depresija ili beznadežnost	<input type="checkbox"/>
c. Problem da zaspate, spavate u kontinuitetu ili previše spavanja	<input type="checkbox"/>
d. Osećanje zamora ili nedostatka energije	<input type="checkbox"/>
e. Loš apetit ili prejedanje	<input type="checkbox"/>
f. Loše mišljenje o sebi – ili osećaj da ste promašaj, ili da ste razočarali sebe ili svoju porodicu	<input type="checkbox"/>
g. Teškoća da se koncentrišete na stvari, kao što su čitanje novina ili gledanje televizije	<input type="checkbox"/>
h. Toliko usporeno kretanje ili govor da su drugi to mogli da primete, ili suprotno – toliko ste bili uzvrpoljeni ili nemirni da ste se kretali više nego obično	<input type="checkbox"/>

#### MZ.2 Da li ste tokom prethodne 4 nedelje bili napeti, pod stresom/pritiskom?

- Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi  1  
 Da, više nego ostali ljudi  2  
 Da, moj život je skoro nepodnošljiv  3  
 Ne  4  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

## MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

### KORIŠĆENJE BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KB

#### Uvod KB

Sledeća grupa pitanja je o vremenu provedenom u bolnici. Sve vrste bolnica (opšte, specijalne, klinički centri, instituti, klinike, kliničko-bolnicki centri, zavodi) su uključene.

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZA ŽENE DO 50 GODINA STAROSTI, DODATI: „IZUZIMA SE VREME PROVEDENO U BOLNICI RADI POROĐAJA.”*

#### **KB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili na bolničkom lečenju (ležali u bolnici preko noći ili duže)?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: IZUZIMAJU SE POSETE HITNOJ SLUŽBI/ODELJENJU HITNOG PRIJEMA (BEZ NOĆENJA) ILI POSETE SPECIJALISTIČKIM AMBULANTAMA BOLNICA.*

- |           |   |
|-----------|---|
| Da        | <input type="radio"/> 1                 |
| Ne        | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA KB.3 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA KB.3 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA KB.3 |

#### **KB.2 Koliko ste ukupno noći proveli u bolnici, uzimajući u obzir sve boravke u bolnici/ama?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DOZVOLJAVA SE DA SE UKUPAN BROJ NOĆI ISKAŽE U DANIMA UKOLIKO ISPITANIK BORAČAK U JEDNOJ ILI VISE RAZLIČITIH BOLNICA ISKAŽE U DANIMA.*

 Broj noći

- |           |                           |
|-----------|---------------------------|
| ne zna    | <input type="radio"/> 989 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 999 |

#### **KB.3 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent”, odnosno radi dijagnostike, lečenja ili pružanja druge vrste zdravstvenih usluga koji nisu zahtevali da ostanete u bolnici preko noći?**

- |           |  |
|-----------|--|
| Da        | <input type="radio"/> 1                      |
| Ne        | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod KV.1 |

**KB.4 U prethodnih 12 meseci, koliko puta ste bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent“?**

□□□□ Broj prijema

ne zna  998

odbijanje  999

#### KORIŠĆENJE VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KV

##### Uvod KV.1

Sledeća grupa pitanja je o posetama/konsultacijama sa Vašim lekarom opšte medicine ili pedijatrom. Molimo Vas da obuhvatite posete lekaru u ordinaciji kao i njegove kućne posete i obavljene konsultacije sa njim putem telefona.

##### **KV.1 Da li imate svog lekara opšte medicine ili pedijatra:**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.*

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje.....9

Lekar opšte medicine ili pedijatar	KV.1
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□
b. u privatnoj praksi	□

##### **FILTER 8**

AKO JE KV.1 = 1 ZA BAR JEDNU OD OPCIJA PREĆI NA KV.2 U SUPROTNOM PREĆI NA FILTER 9.

**KV.2 Kada ste Vi lično poslednji put posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?**

- Pre manje od 3 meseca  1
- Pre 3 meseca do 6 meseci  2 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 6 meseci do 12 meseci  3 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 12 meseci ili više  3 → PREĆI NA FILTER 9
- Nikada  3 → PREĆI NA FILTER 9
- 
- ne zna  8 → PREĆI NA FILTER 9
- odbijanje  9 → PREĆI NA FILTER 9

**KV.3 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?**

Lekar opšte medicine/pedijatar	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□□□
b. u privatnoj praksi	□□□

- ne zna  98
- odbijanje  99

**FILTER 9**

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. UKOLIKO JE ISPITANIK MUŠKARAC PREĆI NA UVOD KV.7

Uvod KV.4

Sledeća grupa pitanja je o posetama ginekologu.

**KV.4 Da li imate svog ginekologa?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.*

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Ginekolog	KV.4
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

**KV.5 Kada ste poslednji put Vi lično posetili ginekologa?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ODGOVARAJU SVE ŽENE BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG GINEKOLOGA.*

- Pre manje od 12 meseci  1  
 Pre 12 meseci ili više  2  
 Nikada  3 → PREĆI NA Uvod KV.7  
 ne zna  8  
 odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod KV.7

**KV.6 Koliko godina ste imali kada ste prvi put Vi lično posetili ginekologa?**

godina

- ne zna  98  
 odbijanje  99

Uvod KV.7

Sledeća grupa pitanja je o posetama stomatologu (opštem ili nekom specijalisti stomatologije).

**KV.7 Da li imate svog stomatologa:**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.*

- Da..... 1  
 Ne..... 2  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

Stomatolog	KV.7
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

**KV.8 Kada ste Vi lično (ne kao pratilac supružnika, dece, itd.) poslednji put posetili stomatologa?**

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ODGOVARAJU SVI ISPITANICI BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG STOMATOLOGA.

- Pre manje od 6 meseci  1  
 Pre 6 do 12 meseci  2  
 Pre 12 meseci ili više  3  
 Nikada  4  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

Uvod KV.9

Sledeća pitanja su o posetama/konsultacijama sa lekarima specijalistima (specijalistima internističkih i hirurških grana medicine, izuzev specijalista opšte medicine, pedijatrije i ginekologije). Obuhvatite samo posete lekarima u specijalističko-konsultativnim ambulantomama domova zdravlja, bolnica i privatne prakse ili odeljenjima hitne službe, ali ne i kontakte u toku bolničkog lečenja kao ležeći pacijent ili „dnevni pacijent“.

**KV.9 Kada ste poslednji put Vi lično posetili nekog lekara specijalistu?**

- Pre manje od 12 meseci  1  
 Pre 12 meseci ili više  2 → PREĆI NA KV.11  
 Nikada  3 → PREĆI NA KV.11  
 ne zna  8 → PREĆI NA KV.11  
 odbijanje  9 → PREĆI NA KV.11

**KV.10 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili lekara specijalistu?**

Lekar specijalista	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	___
b. u privatnoj praksi	___

- ne zna  98  
 odbijanje  99

**KV.11 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci Vi lično posetili...?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD ZANIMANJA.*

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ZANIMANJE	KV.11
a. Specijalistu fizikalne medicine i rehabilitacije	<input type="checkbox"/>
b. Psihologa, psihoterapeuta ili psihijatra	<input type="checkbox"/>

Uvod KV.12

Sledeća pitanja su o uslugama kućne nege koja pokriva širok spektar zdravstvenih i socijalnih usluga koje se pružaju ljudima sa zdravstvenim problemima u njihovom domu. Kućna nega obuhvata, na primer usluge koje pružaju medicinske sestre ili babice u kući, pomoć u kući za poslove u domaćinstvu ili brigu za stara lica, usluge prevoza. Obuhvaćene su samo usluge koje pružaju zdravstveni radnici ili radnici socijalnih službi.

**KV.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili ili dobili bilo koji oblik kućne nege?**

Da  1

Ne  2

ne zna  8

odbijanje  9

Uvod KV.13

Sledeće pitanje odnosi se na korišćenje usluga hitne ili neodložne pomoći. Podrazumevaju se pozivi i dolazak ekipa u Vaš dom, na posao ili na javno mesto (ulica, sportska hala, restoran...) radi rešavanja Vaseg zdravstvenog problema, kao i Vaš samoinicijativni odlazak u službu hitne ili urgentne pomoći zdravstvene ustanove.



**KV.13 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge hitne pomoći?**

- Da  1  
 Ne  2  
  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

Uvod KV.14

Sada ću Vam postaviti pitanja koja se odnose samo na korišćenje usluga privatne prakse.

**KV.14 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge privatne prakse (dijagnostika, lečenje...)**

- Da  1  
 Ne  2 → PREĆI NA KV.16  
  
 ne zna  8 → PREĆI NA KV.16  
 odbijanje  9 → PREĆI NA KV.16

**KV.15 Koje su to usluge bile?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 9-KV.15. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODOSE NA NJEGANJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKOG OD LEKARA ILI OBLIKA PRIVATNE PRAKSE.*

- Da..... 1  
 Ne..... 2  
  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

Usluge	KV.15
a. Laboratorije (biohemijske, hematološke, mikrobiološke, citološke)	<input type="checkbox"/>
b. Radiološke dijagnostike (rendgen, ultrazvuk, skener, magnetna rezonanca)	<input type="checkbox"/>
c. Interniste (kardiolog, endokrinolog, gastroenterolog, nefrolog, pulmolog, reumatolog)	<input type="checkbox"/>
d. Oftalmologa	<input type="checkbox"/>
e. Hirurga	<input type="checkbox"/>
f. Psihijatra	<input type="checkbox"/>
g. Nekog drugog lekara	<input type="checkbox"/>

**KV.16 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge tradicionalne medicine (akupunktura, homeopatija, fitoterapija/terapija biljem, kiropraktika)?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: PITANJE SE ODNOSI NA USLUGE KOJE SE PRUŽAJU U DRŽAVNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI I KOD PRIVATNIKA. PRIVATNIK OBUHVATA I PRIVATNU PRAKSU I NARODNE ISCELITELJE.*

- Da  1  
 Ne  2  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**UPOTREBA LEKOVA – UL**Uvod UL

Sada bih Vas pitao/la o korišćenju lekova u prethodne 2 nedelje.

**UL.1 Da li ste tokom prethodne 2 nedelje koristili neke lekove koje Vam je propisao lekar?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACEPCIJU”.*

- Da  1  
 Ne  2  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**UL.2 Da li ste u toku prethodne 2 nedelje koristili neke lekove ili biljna lekovita sredstva ili vitamine koje Vam nije propisao lekar?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACEPCIJU”.*

- Da  1  
 Ne  2 → PREĆI NA Uvod PP.1  
 ne zna  8 → PREĆI NA Uvod PP.1  
 odbijanje  9 → PREĆI NA Uvod PP.1

**UL.3 Koji su to lekovi bili?**

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 10-UL.3. ISPITANIK/KA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/ŃJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKI OD LEKOVA.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje.....9

Lekovi	UL.3
a. Vitamini, minerali (za jačanje organizma)	<input type="checkbox"/>
b. Biljni preparati (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	<input type="checkbox"/>
c. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	<input type="checkbox"/>
d. Za lečenje određenih bolesti	<input type="checkbox"/>
e. Antibiotiici	<input type="checkbox"/>
f. Za pritisak	<input type="checkbox"/>
g. Za smirenje	<input type="checkbox"/>
h. Za nesanicu	<input type="checkbox"/>
i. Za varenje	<input type="checkbox"/>
j. Protiv zatvora	<input type="checkbox"/>

**PREVENTIVNI PREGLEDI – PP****Uvod PP.1**

Sada bih Vam postavio/la neka pitanja o vakcinaciji protiv gripa.

**PP.1 Kada ste se poslednji put primili vakcinu protiv gripa?**

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MESEC I GODINA SE UPISUJU UKOLIKO JE ISPITANIK POSLEDNJI PUT PRIMIO VAKCINU PROTIV GRIPA U TOKU PRETHODNIH 12 MESECI.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mesec      Godina

Davno (pre više od jedne godine)  1Nikad  2ne zna  8odbijanje  9

Uvod PP.2 – PP.4

Sada bih Vam postavio/la pitanja o Vašem krvnom pritisku, holesterolu u krvi i šećeru u krvi (glikemiji).

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 11-PP.2-4 SA PONUDENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ODGOVOR ZA SVAKO OD PITANJA.*

**PP.2 Kada Vam je poslednji put krvni pritisak izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

**PP.3 Kada Vam je poslednji put holesterol u krvi izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

**PP.4 Kada Vam je poslednji put šećer u krvi izmerio zdravstveni radnik?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 3 godine  2
- Pre 3 do manje od 5 godina  3
- Pre 5 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

Uvod PP.5 i PP.6

Sledeća pitanja su o testu na okultno/skriveno krvarenje u stolici i kolonoskopskom pregledu.

**PP.5 Kada Vam je poslednji put urađen test na golim okom nevidljivu krv (okultno krvarenje) u stolici?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „CILJ TESTA JE DA SE OTKRIJE GOLIM OKOM NEVIDLJIVO KRVARENJE/GUBITAK KRVI U BILO KOM DELU GASTROINTESTINALNOG TRAKTA, OD USTA DO DEBELOG CREVA”.*

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

**PP.6 Kada ste poslednji put bili na kolonoskopskom pregledu (kolonoskopiji)?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „TO JE VIZUELNI PREGLED DEBELOG CREVA (SA KOLONOSKOPIJOM) OD POČETNOG DELA DEBELOG CREVA (CEKUM) DO ZAVRŠNOG DELA DEBELOG CREVA (REKTUM)”.*

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 5 godina  2
- Pre 5 do manje od 10 godina  3
- Pre 10 godina ili više  4
- Nikada  5
- ne zna  8
- odbijanje  9

**FILTER 10**

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA – U TOM SLUČAJU PREĆI NA PP.7, U SUPROTNOM – PREĆI NA UVOD NP

Uvod PP.7 – PP.10

Sledeća pitanja su o mamografiji i citološkom brisu grlića materice (Papanikolau test).

**PP.7 Kada ste poslednji put bili na mamografskom pregledu (snimanje dojki X-zracima)?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4 → PREĆI NA PP.9
- Nikada  5 → PREĆI NA PP.9
- ne zna  8 → PREĆI NA PP.9
- odbija  9 → PREĆI NA PP.9

**PP.8 Da li ste na mamografiju otišli...?**

- samoinicijativno  1
- po savetu lekara  2
- po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka dojke  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

**PP.9 Kada ste poslednji put radili citološki bris grlića materice (Papanikolau test)?**

- Tokom prethodnih 12 meseci  1
- Pre 1 do manje od 2 godine  2
- Pre 2 do manje od 3 godine  3
- Pre 3 godine ili više  4 → PREĆI NA Uvod NP
- Nikada  5 → PREĆI NA Uvod NP
- ne zna  8 → PREĆI NA Uvod NP
- odbija  9 → PREĆI NA Uvod NP

**PP.10 Da li ste Papanikolau test uradili...?**

- samoinicijativno  1
- po savetu lekara  2
- po pozivu lekara u okviru  
organizovanog ranog otkrivanja raka  
grlića materice  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

**NEOSTVARENE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM – NP**Uvod NP

Postoje mnogi razlozi zbog kojih se ljudima dešava da im se zdravstvena zaštita ne pruži na vreme ili je uopšte ne dobiju.

**NP.1 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da niste na vreme dobili zdravstvenu zaštitu zbog nekog od sledećih razloga?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3 „NIJE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA”*

- Da.....1
- Ne.....2
- Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3
- ne zna.....8
- odbijanje.....9

RAZLOZI	NP.1
a. Dugo čekanje na zakazanu posetu/pregled	<input type="checkbox"/>
b. Udaljenost ili problemi sa prevozom do mesta pružanja zdravstvene zaštite	<input type="checkbox"/>

**NP.2 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da ste imali potrebu za nekim od navedenih oblika zdravstvene zaštite ali je niste mogli ostvariti zbog finansijskih razloga?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.*

- Da.....1  
 Ne.....2  
 Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3  
  
 ne zna.....8  
 odbijanje.....9

Zdravstvena zaštita	NP.2
a. „Medicinska zdravstvena zaštita” - dijagnostika, lečenje, rehabilitacija	<input type="checkbox"/>
b. Stomatološka zdravstvena zaštita	<input type="checkbox"/>
c. Propisivanje lekova	<input type="checkbox"/>
d. Zaštita mentalnog zdravlja (npr. od strane psihologa ili psihijatra)	<input type="checkbox"/>

**ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM SLUŽBOM – ZA**

Uvod ZA.1

Sada bih želeo/la da Vas pitam o tome koliko ste uopšte zadovoljni zdravstvenom službom.

**ZA.1 Kakvo je u celini Vaše zadovoljstvo zdravstvenom službom?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 12-ZA.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I UPIŠATI ŠIFRU ODGOVORA ZA OBE ZDRAVSTVENE SLUŽBE.*

- Veoma sam zadovoljan/na..... 1  
 Zadovoljan/na sam..... 2  
 Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na..... 3  
 Nezadovoljan/na sam..... 4  
 Veoma sam nezadovoljan/na..... 5  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

Zdravstvena služba	ZA.1
a. Državna	<input type="checkbox"/>
b. Privatna	<input type="checkbox"/>



**MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA****VISINA I TEŽINA – VT**Uvod VT

Sada ću Vas pitati o Vašoj visini i težini.

**VT.1 Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm]**

\_\_\_\_ cm

ne zna  998

odbijanje  999

**VT.2 Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg]**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ŽENE ISPOD 50 GODINA PITAЈTE DA LI SU TRUDNE I ONDA IH PITAЈTE ZA TEŽINU PRE TRUDNOĆE.*

\_\_\_\_ kg

ne zna  998

odbijanje  999

Uvod IS

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

**FIZIČKA AKTIVNOST – FA**Uvod FA

Ono što ću Vas sledeće pitati je o vremenu koje provodite baveći se različitim fizičkim aktivnostima u toku jedne tipične nedelje. Molim vas odgovorite na pitanja iako sebe ne smatrate fizički aktivnom osobom.

Uvod FA.1

Prvo mislite o vremenu koje provedete radeći neki posao. To može biti: plaćeni ili neplaćeni posao, rad u kući ili oko kuće, briga o porodici, studiranje ili učenje.

**FA.1 Kada kažete da radite, šta od navedenog najbolje opisuje to što radite? Vi bi ste rekli ...**

**ANKETAR:** ODGOVOR ISPITANIKA TREBA DA SE ODNOSI NA GLAVNI POSAO, ONAJ KOJI ZAHTEVA NAJVIŠE VREMENA. AKO ISPITANIK OBAVLJA VIŠE POSLOVA ISPITANIK TREBA DA UKLJUČI SVE I IZABERE SAMO JEDAN ODGOVOR.

- Uglavnom sedim ili stojim  1  
 Uglavnim hodam ili se umereno fizički naprežem  2  
 Uglavnom radim težak ili fizički zahtevan posao  3

**ANKETAR:** NE ČITATI ODGOVOR

- Ne obavljam nikakav posao  4  
  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**Uvod FA.2**

Sledeća pitanja isključuju fizičke aktivnosti koje su vezane za obavljanje posla o kojima ste maločas govorili. Sada ću Vas pitati o načinu na koji uobičajeno idete do ili od nekog mesta; na primer do posla, škole/fakulteta, samoposluge, u kupovine, do autobuske stanice...

**FA.2 U tipičnoj nedelji, koliko dana HODATE najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

- Broj dana:
- Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.4  
  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**FA.3 Koliko obično vremena u toku dana provedete hodajući kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

- 10 – 29 minuta dnevno  1  
 30 – 59 minuta dnevno  2  
 1 do manje od 2 sata dnevno  3  
 2 do manje od 3 sata dnevno  4  
 3 sata i više dnevno  5  
  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

**FA.4 U tipičnoj nedelji, koliko dana VOZITE BICIKL najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?**Broj dana: Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.6ne zna  8odbijanje  9**FA.5 Koliko obično vremena u toku dana provedete vozeći bicikl kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?***UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.*10 – 29 minuta dnevno  130 – 59 minuta dnevno  21 do manje od 2 sata dnevno  32 do manje od 3 sata dnevno  43 sata i više dnevno  5ne zna  8odbijanje  9Uvod FA.6

Sledeća pitanja ISKLJUČUJU AKTIVNOSTI VEZANE ZA POSAO I PREVOZ o kojima ste već govorili. Sada bih Vas pitao/la O BAVLJENJU SPORTOM, FITNESOM I REKREACIJOM U TOKU SLOBODNOG VREMENA koji makar I U NAJMANJOJ MERI DOVODE DO UBRZANOG DISANJA ILI PULSA. Na primer brzi hod, igre sa loptom (fudbal, košarka...), trčanje, vožnja bicikla ili plivanje.

**FA.6 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu)?**Broj dana: Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0 → PREĆI NA FA.8ne zna  8odbijanje  9

**FA.7 U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme?**

\_\_\_ : \_\_\_ nedeljno  
sati    minuti

- ne zna  98  
odbijanje  99

**FA.8 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite fizičkim aktivnostima posebno namenjenim jačanju Vaših mišića kao što su vežbe otpora i snage (uključuje sve aktivnosti iako ste ih ranije pomenuli.)**

Broj dana: \_\_\_

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost  0

- ne zna  8  
odbijanje  9

#### Uvod FA.9

Poslednje pitanje je o vremenu koje ste provodili u sedenju u jednom radnom danu tokom tipične nedelje. Obuhvaćeno je vreme koje provodite u sedećem položaju na poslu, u stanu/kući i tokom slobodnog vremena. Ono uključuje vreme provedeno u sedećem položaju za stolom, pri poseti prijateljima i vreme provedeno u sedećem ili ležećem položaju za vreme čitanja i gledanja televizije.

**FA.9 U proteklih sedam dana u tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?**

\_\_\_ : \_\_\_ dnevno  
sati    minuti

- ne zna  98  
odbijanje  99

**ISHRANA – IS****IS.1 Koliko puta u toku nedelje doručkujete?**

- Svaki dan  1  
Ponekad  2  
Nikad  3  
ne zna  8  
odbijanje  9

**IS.2 Koliko često pijete mleko i/ili mlečne proizvode (jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao)?**

- Svaki dan po 2 ili više šolja  1  
Svaki dan po jednu šolju  2  
Ponekad, ne svaki dan  3  
Nikad  4  
ne zna  8  
odbijanje  9

**IS.3 Koju vrstu hleba najčešće koristite u ishrani?**

- Beli  1  
Polubeli  2  
Integralni  3  
Kombinovano (sve vrste)  4  
Ne jedem hleb  5  
ne zna  8  
odbijanje  9

**IS.4 Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.) u Vašem domaćinstvu?**

- Svinjska mast, puter  1  
Biljna mast, margarin  2  
Ulje  3  
Ne koristim masnoću  4  
ne zna  8  
odbijanje  9

**IS.5 Da li dosoljavate hranu koju jedete?**

- Da, skoro uvek pre nego što probam hranu  1
- Da, kada hrana nije dovoljno slana  2
- Nikad  3
- ne zna  8
- odbijanje  9

**IS.6 Koliko često jedete ribu?**

- Više od 2 puta nedeljno  1
- 2 puta nedeljno  2
- Manje od 2 puta nedeljno  3
- Nikad  4
- ne zna  8
- odbijanje  9

Uvod IS 7

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

**IS.7 Koliko često jedete voće, izuzimajući sok napravljen od koncentrata voća?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SAMO SVEŽE CEĐENI SOKOVI. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG VOĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI VOĆA MOGU BITI SVEŽI ILI SMRZNUTI, KONZERVIRANI ILI SUŠENI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD VOĆA I PÁSIRANO VOĆE.*

- Jednom i više puta dnevno  1
- 4 do 6 puta nedeljno  2
- 1 do 3 puta nedeljno  3
- Manje od jednom nedeljno  4
- Nikada  5
- ne zna  8 → PREĆI NA IS.9
- odbijanje  9 → PREĆI NA IS.9

PREĆI NA IS.9

**IS.8 Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 14-IS.8.*

Broj porcija:

- ne zna  98
- odbijanje  99

**IS.9 Koliko često jedete povrće i salate, izuzimajući krompir i sok napravljen od koncentrata povrća?**

*OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SUPE (TOPLE I HLADNE), KAO I SVEŽE CEĐENI SOKOVI OD POVRĆA. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG POVRĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI POVRĆA MOGU BITI SVEŽI, SMRZNUTI ILI KONZERVIRANI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD POVRĆA I PASIRANO POVRĆE. PASULJ, SOČIVO I DRUGA KUVANA JELA OD POVRĆA SE TAKOĐE UKLJUČUJU.*

- |                           |  |                  |
|---------------------------|--|------------------|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> 1                  | } PREĆI NA IS.11 |
| 4 do 6 puta nedeljno      | <input type="radio"/> 2                  |                  |
| 1 do 3 puta nedeljno      | <input type="radio"/> 3                  |                  |
| Manje od jednom nedeljno  | <input type="radio"/> 4                  |                  |
| Nikada                    | <input type="radio"/> 5                  |                  |
| ne zna                    | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA IS.11 |                  |
| odbijanje                 | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA IS.11 |                  |

**IS.10 Koliko porcija povrća i salate, izuzimajući sok i krompir, jedete svaki dan?**

*UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 15-IS.10*

Broj porcija:

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| ne zna    | <input type="radio"/> 98 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 99 |

**IS.11 Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?**

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Uvek      | <input type="radio"/> 1 |
| Često     | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad   | <input type="radio"/> 3 |
| Nikad     | <input type="radio"/> 4 |
| ne zna    | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

**IS.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci zbog zdravstvenih razloga...**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **16-IS.12** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU PROMENU.

AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA PROMENA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da  1  
 Ne  2  
 Nije bilo potrebno  3  
 ne zna  8  
 odbijanje  9

PROMENA	IS.12
a. smanjili unos masnoća	<input type="checkbox"/>
b. promenili vrstu masnoća u ishrani	<input type="checkbox"/>
c. smanjili unos soli	<input type="checkbox"/>
d. smanjili unos šećera	<input type="checkbox"/>
e. povećali konzumiranje voća i povrća	<input type="checkbox"/>
f. smanjili težinu (oslabili uz pomoć dijetete)	<input type="checkbox"/>
g. smanjili konzumiranje alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>

**FAKTORI RIZIKA – FR**Uvod FR

Sledeća pitanja se odnose na vaše stavove, znanja i ponašanje u vezi sa faktorima rizika po zdravlje.

**FR.1 Da li smatrate da svojim ponašanjem rizikujete da obolite od neke od navedenih bolesti?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **17-FR.1**. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST.

- Da..... 1  
 Ne..... 2  
 Već oboleo/la..... 3  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9



BOLEST	FR.1
a. Gojaznost	<input type="checkbox"/>
b. Povišeni krvni pritisak	<input type="checkbox"/>
c. Šećerna bolest	<input type="checkbox"/>
d. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog, angina pektoris)	<input type="checkbox"/>
e. Plućne bolesti (hronični bronhitis)	<input type="checkbox"/>
f. Rak	<input type="checkbox"/>
g. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
h. Polne bolesti, sida (AIDS)	<input type="checkbox"/>
i. Bolesti kao posledice povrede	<input type="checkbox"/>

**FR.2 Kakav uticaj na zdravlje po Vašem mišljenju imaju...**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **18-FR.2** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU ODREDNICU.

- Veliki..... 1  
 Umeren..... 2  
 Mali..... 3  
 ne zna..... 8  
 odbijanje..... 9

ODREDNICA	FR.2
a. Ishrana	<input type="checkbox"/>
b. Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>
c. Pušenje	<input type="checkbox"/>
d. Konzumiranje alkohola	<input type="checkbox"/>
e. Društvene aktivnosti (druženje sa prijateljima, izlasci, izleti...)	<input type="checkbox"/>

**FR.3 Da li prilikom vožnje...**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** POKAZATI KARTICU **19-FR.3** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU SITUACIJU.

Da..... 1

Ne..... 2

Ponekad..... 3

Ne vozim..... 4

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

SITUACIJA	FR.3
a. rolera/skejtboarda koristite štitnike i kacigu	<input type="checkbox"/>
b. bicikla nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
c. bicikla noću koristite prednje i zadnje svetlo	<input type="checkbox"/>
d. traktora noću koristite prednja i zadnja svetla	<input type="checkbox"/>
e. motora nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
f. automobila koristite sigurnosni pojas	<input type="checkbox"/>
g. automobila vozite pod uticajem alkohola	<input type="checkbox"/>
h. automobila prekoračujete dozvoljenu brzinu	<input type="checkbox"/>
i. automobila koristite mobilni telefon	<input type="checkbox"/>

**FR.4 Da li pratite teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?**

**UPUTSTVO ZA ANKETARA:** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO SREDSTVO INFORMISANJA.

Da..... 1

Ne..... 2

Povremeno..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

SREDSTVA INFORMISANJA	FR.4
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

### SOCIJALNA PODRŠKA – SP

#### Uvod SP

Sledeća tri pitanja se odnose na Vaše socijalne odnose.

#### **SP.1 Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?**

- Nijedna  1  
 1 ili 2  2  
 3 do 5  3  
 6 ili više  4

#### **SP.2 Koliko su ljudi uistinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?**

- Veoma su zainteresovani  1  
 Donekle su zainteresovani  2  
 Nisu ni zainteresovani, ni nezainteresovani  3  
 Malo su zainteresovani  4  
 Nimalo nisu zainteresovani  5

#### **SP.3 Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?**

- Vrlo lako  1  
 Lako  2  
 Moguće  3  
 Teško  4  
 Jako teško  5

## БИОГРАФИЈА

Доктор медицине, Катарина (Мирјане) Јанићијевић, рођена је 12. 11. 1989. у Крагујевцу, Србија.

Основну школу "Радоје Домановић" у Крагујевцу завршила је као носилац Вукове и бројних диплома. Средњу медицинску школу "Сестре Нинковић" у Крагујевцу завршила је као Вуковац и носилац бројних награда и признања.

Уписала је школске 2008/2009. године (Медицински Факултет Универзитета у Крагујевцу) и дипломирала 11. 07. 2014. године на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, на студијском програму Интегрисане академске студије медицине са просечном оценом 9,81 (девет и 81/100) и тиме стекла академски назив доктора медицине (носилац Дипломе најбољег дипломца на студијама медицине 2014. године, и награде Лекарске Коморе СЛД 2014. године, Београд).

Учествовала је у изради 15 научних радова у часописима категорије М20, 30 радова категорије М50, 9 научностручних публикација из категорије М60, као и учесник КМЕ на матичном Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

Учесник скупова КМЕ:

1. КМЕ, 17. 10. 2015. године - Квалитет у здравству - учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

2. КМЕ, 30. 01. 2016. године - Инфекције у офталмологији 2 - актуелни клинички ентитети, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

3. КМЕ, 20. 02. 2016. године - Савремени терапијски принципи у офталмологији, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

4. КМЕ, 02. 04. 2016. године - Савремени принципи дијагностике и терапије сенилне дегенерације макуле, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

5. КМЕ, 31. 03. 2012. године - Клиничке евалуације алергија предњег и задњег сегмента ока, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

6. КМЕ, 19. 05. 2012. године - Глауком 3 - дијагностичке и терапијске новине, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

7. КМЕ, 18. 10. 2014. године - Суво око - савремена дијагностика и терапија, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

8. КМЕ, 25. 12. 2015. године - Дијагностички и прогностички значај едема папиле видног живца, учесник на домаћем курсу Српског лекарског друштва, подружнице у Нишу.

9. КМЕ, 16. 12. 2015. године - Савремени принципи у терапији глаукома, учесник на домаћем курсу Српског лекарског друштва, подружнице у Крагујевцу.

10. КМЕ, 29. 10. 2015. године - 40. октобарски здравствени дани, учесник на домаћем сикпозијуму Српског лекарског друштва, подружнице у Крагујевцу.

11. КМЕ, 30. 10. 2015. године - 30. година пластичне хирургије у Крагујевцу - онкопластична хирургија дојке и хируршко лечење меланома, учесник на домаћем курсу Српског лекарског друштва, подружнице у Крагујевцу.

12. КМЕ, 23. 03. 2016. године - Савремени терапијски принципи одабраних тема из области глаукома, учесник на домаћем курсу Српског апотекарског друштва у Београду.

13. КМЕ, 24. 07. 2016. године - Старење популације у Србији и на Балкану - родне разлике и последице по трајање радног века, политику пензија и здравствену заштиту, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

14. КМЕ, 28. 01. 2017. године - Актуелно у офталмологији, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

15. КМЕ, 12. 11. 2016. године - "Food safety и алиментарне болести", учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

16. КМЕ, 16. 09. 2016. године - Савремени трендови у офталмохирургији, учесник - Министарство одбране, Управа за војно здравство, Војномедицинска академија, Београд.

17. КМЕ, 29-31. 05. 2015. I Kongres Republike Srpske sa međunarodnim učešćem (учесник) - Komora doktora medicine Republike Srpske.

18. КМЕ, 5. jun 2015. Švajcarsko-srpski oftalmološki simpozijum (учесник) - Београд.

19. КМЕ, 22. 01. 2017. године - Медицинска документација и евиденција, учесник на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

Енглески језик чита, пише и говори са одличном оценом (током школовања, усавршавања) и користи потребна знања и вештине из медицинске статистике и информатике.

Носилац вишегодишњих награда (Срејовић-а) општине града Крагујевца, за најбоље студенте медицине своје генерације.

Одслужила 6-месечни приправнички стаж и положила државни, тј. стручни испит 29. априла, 2015. године у Београду.

Члан Лекарске Коморе Србије, од маја 2015. године, и данас.

Уписала докторске постдипломске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Неуронауке, са положеним испитима у року, и одбрањеним усменим докторским испитом, дана 11. 07. 2016. године са оценом 10 (десет).

24. 09. 2015. године потписала уговор на Факултетом медицинских наука Универзитета у Крагујевцу са Деканом, као фацитатор на предмету Социјална медицина за зимски семестар, затим за летњи семестар током 2015/16. школске године.

Садашњи статус, од 17. 06. 2016. године примљена за сарадника у настави за предмет Социјална медицина на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

Одобрена јој је специјализација из Социјалне медицине, Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, од 04. 11. 2016. године.

Пријава теме докторске дисертације под називом "Утицај демографских и социоекономских фактора употребе психоактивних супстанци код младих у Србија" је била 01. 03. 2017. године.

Изабрана Комисија је позитививно оценила подобност теме и кандидата, број IV-03-374/33, дана 05. 04. 2017. (оцена докторске дисертације број IV-03-374/33, дана 05. 04. 2017).

Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације је IV-03-584/19, дана 07. 06. 2017. са прихваћеним ментором, др мед. сци. Снежаном Радовановић, доцентом Факултета медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина.

Изабрана Комисија за завршну одбрану докторске дисертације је завела позитиван извештај, под бројем IV-03-929/10, дана 04. 10. 2017. на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

## БИБЛИОГРАФИЈА

**M20: M23/21 - 15 радова**

1. Mirjana A. Janićijević Petrović, Tatjana Šarenac, Sunčica Srećković, Marko Petrović, Dejan Vulović, **Katarina Janićijević**. Evaluation of the patients with Grave's ophthalmopathy after the corticosteroids treatment. *Vojnosanit Pregl* 2012; 69(3): 249-252. **M23, IF:0,210**
2. Mirjana A. Janićijević Petrović, Tatjana Šarenac, Marko Petrović, Dejan Vulović, **Katarina Janićijević**. Cyclocryotherapy in neovascular glaucoma treatment. *Medicinski Glasnik (Zenica)* 2012; 9(1): 106-108. **M23, IF:0,202**
3. Tatjana S. Šarenac, Mirjana A. Janićijević Petrović, Sunčica B. Srećković, Milan R. Radovanović, Dejan D. Vulović, **Katarina M. Janićijević**. Prostatic carcinoma bilateral iris metastases. *Bosn J Basic Med Sci* 2012; 12(2): 134-136. **M23, IF:0,50**
4. Mirjana A. Janićijević Petrović, Tatjana Šarenac, Sunčica Srećković, **Katarina Janićijević**, Marko Petrović, Dejan Vulović. Klinička procena znakova i simptoma Grejvsove oftalmopatije. *Srp Arh Celok Lek* 2012; 140(11-12): 694-698. **M23, IF:0,228**
5. Mirjana A. Janićijević Petrović, T. Šarenac, S. Srećković, D. Vulović, **K. Janićijević**. Orbital metastases from breast cancer: a case report. *Bosn J of Basic Med Sci* 2011; 11(4): 253-255. **M23, IF:0,50**
6. Mirjana Janićijević-Petrović, Tatjana Šarenac-Vulović, Dejan Vulović, **Katarina Janićijević**, Marko Petrović, Dragan Vujić. Cataract surgery in patients with ocular pseudoexfoliation. *Ann Ital Chir* 2013; 84(6): 611-615. **M23, IF:0,290**
7. Dragana Ristić, Miroslav Vukosavljević, Marko Kontić, Petar Ristić, Dubravko Bokonjić, Mirjana Janićijević-Petrović, Antoaneta Adžić Zečević, **Katarina Janićijević**. Correlation between visual acuity, external limiting membrane and photoreceptor status in patients with neovascular age related macular degeneration treated with bevacizumab. *Vojnosanitetski Pregl* 2017; OnLine-First (00): 149-149. DOI: 10.2298/VSP150709149R. **M23, IF:0,210**
8. Šarenac Vulovic Tatjana, Pavlović Slađana, Jakovljević Vladimir, **Janićijević Katarina**, Zdravković Nemanja. Nitric oxide and tumor necrosis factor alpha plasma role in the process of pseudoexfoliation glaucoma development. *Int J Ophthalmol* 2016; 9(8): 1138-1142. DOI:10.18240/ijo.2016.08.09. **M23, IF:0,938**
9. **Katarina Janićijević**, Sanja Kočić, Slađana Pajović, Nemanja Zdravković, Tatjana Šarenac Vulović, Mirjana Janićijević Petrović. The importance of developing atherosclerosis in pseudoexfoliation glaucoma. *Vojnosanit Pregl* 2017; 74 (1): 8-12. DOI:10.2298/VSP150320058J. **M23, IF:0,355**

10. **Katarina Janićijević**, Sanja Kocić, Snežana Radovanović, Svetlana Radević, Olgica Mihailjević, Mirjana Janićijević Petrović. The efficacy of moxifloksacin in patients with bacterial keratitis. *Vojnosanitetski Pregl* 2017; OnLine-First Issue 00, Pages: 284-284. DOI:10.2298/VSP160510284J. **M23, IF:0,355**
11. Petrović Nenad, Šarenac Tatjana, Todorović Miloš, Srećković Sunčica, Janićijević-Petrović Mirjana, **Janićijević Katarina**. Cilioretinal arteries and collateral vessels after occlusion of central retinal-artery. *Vojnosanitetski pregled*, 2017 OnLine-First (00): 286-286. DOI:10.2298/VSP160510286P. **M23, IF:0,355**
12. Svetlana Radević, Snežana Radovanović, Nela Đonović, Ivana Simić Vukomanović, Nataša Mihailović, **Katarina Janićijević**, Sanja Kocić. Socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in Serbia: National Health Survey. *Vojnosanitetski pregled*, 2017; OnLine-First (00): 17-17. DOI:10.2298/VSP160329017R. **M23, IF:0,355**
13. Nenad Petrović<sup>1</sup>, Dušan Todorović, Sunčica Srećković, Tatjana Šarenac-Vulović, Mirjana Janićijević-Petrović, Svetlana Paunović, **Katarina Janićijević**, Svetlana Jovanović. The influence of intravitreally applied triamcinolone acetonide on vitreal hemorrhage resorption and visual acuity in patients with proliferative diabetic retinopathy. *Srp Arh Celok Lek*, 2017, Online First June 20. 2017. DOI: <https://doi.org/10.2298/SARH170508131P>. **M23, IF:0,355**
14. **Katarina Janicijevic**, Sanja Kocic, Svetlana Radevic, Mirjana Jovanovic, Snezana Radovanovic. Socioeconomic Factors Associated with Psychoactive Substance Abuse by Adolescents in Serbia. *Front Pharmacol* 2017; 8: 366. doi:10.3389/fphar.2017.00366. **(POTREBAN USLOV). M21, IF:4,400**
15. Dušan Todorović, Tatjana Šarenac-Vulović, Svetlana Jovanović, Mirjana Janićijević-Petrović, Nenad Petrović<sup>1</sup>, Marko Kontić, Miloš Todorović, **Katarina Janićijević**, Sunčica Srećković. The impact of pseudoexfoliation and arteficial tears application on tear film stability in pseudophakic eye. *Srp Arh Celok Lek*, 2017, Online First September 22. 2017. DOI:<https://doi.org/10.2298/SARH1707181174T>. **M23, IF:0,355**

**M50: M51 (6), M52 (15), M53 (9) - 30 радова**

1. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Snežana Jančić, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. Treatment of Multiple Chalazions with Intralesional Kenalog-40 Injections in Juvenile Patient: A Case Report. *Maced J Med Sci* 2013; 6(4): 421-424. **M52**
2. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Marko Petrović, Dragan Vujić, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. Autologous serum eye drops for post-chemical injuries and corneal epithelial defects. *Maced J Med Sci* 2013; 6(4): 383-387. **M52**



3. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Petrović Nenad, Svetlana Paunović, Vladimir Jakovljević, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. Quality of life with blindness. *Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche* 2014; 173(9): 457-64. **M52**
4. Zoran Kovačević, Goran Davidović, Jelena Vučković-Filipović, Mirjana A. Janićijević-Petrović, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. A Toxic Hepatitis Caused the Kombucha Tea – Case Report. *Maced J Med Sci* 2013; 6(4): 341-345. **M52**
5. Mirjana A. Janićijević Petrović, Tatjana Šarenac Vulović, Nenad Petrović, Sunčica Srećković, Svetlana Paunović, **Katarina Janićijević**, Dejan Vulović, Dragan Vujić. Lebers' hereditary optic neuropathy. *Journal of Health Sciences* 2012; 2(2): 44-48. **M52**
6. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana S. Šarenac-Vulović, **Katarina M. Janićijević**, Dragan I. Vujić, Dejan, D. Vulović. Congenital Blindness and Visual Impairment Cause Infection or Non Infection. *Mater Sociomed* 2013; 25(2): 101-104. **M51**
7. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana Šarenac-Vulović, **Katarina Janićijević**, Dejan Vulović, Dragan Vujić, Predrag Jovanović. Endophthalmitis in an Immunocompromised patient. *Pakistan Journal of Ophthalmology* 2013; 29(4): 238-241. **M51**
8. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana S. Šarenac-Vulović, **Katarina M. Janićijević**, Dejan D. Vulović. Lečenje retrobulbarnog neuritisa u sklopu multiple skleroze kortikosteroidima i interferonom  $\beta 1b$ . *Pons Med Č* 2012; 10(1): 12-16. **M53**
9. Tatjana S. Šarenac-Vulović, Dejan D. Vulović, Mirjana A. Janićijević-Petrović, Svetlana Paunović, **Katarina M. Janićijević**. Okluzija retinalne arterije kod trudnice. *Pons Med Č* 2013; 10(2): 61-63. **M53**
10. Janićijević-Petrović Mirjana, Veljković B, **Janićijević K**, Šarenac-Vulović T. Povezanost metaboličke regulacije kod obolelih od šećerne bolesti sa promenama na očnom dnu. *Med Pregl* 2014; LXVII (1-2): 49-54. **M51**
11. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana S. Šarenac-Vulović, **Katarina M. Janićijević**, Dejan A. Vulović, Popović B. Andrijana, Dragan I. Vujić. Evaluation of central corneal thickness in patients with ocular hypertension and primary open-angle glaucoma. *Medicinski Glasnik (Zenica)* 2014; 11(1): 50-54. **M51**
12. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana S. Šarenac-Vulović, **Katarina M. Janićijević**, Dejan D. Vulović, Dragan I. Vujić. Tumor of orbit. *Rev Bras Oftalmol* 2014; 73(1): 55-8. **M51**
13. Mirjana A. Janićijević-Petrović, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. Marfanov sindrom u oftalmologiji. *Pons Med Č* 2014; 11(1): 21-14. **M53**
14. Janićijević-Petrović Mirjana, **Janićijević Katarina**, Petrović Marko, Popović Andrijana. Epidemioološka studija pacijenata sa primarnim juvenilnim glaukomom. *Timočki Medicinski Glasnik* 2013; 38(4): 170-173. **M53**

15. Janićijević-Petrović Mirjana, **Janićijević Katarina**, Šarenac-Vulović Tatjana, Popović Andrijana. Grejvsova bolest i orbitalna dekompresija - prikaz slučaja. *Timočki Medicinski Glasnik* 2013; 38(4): 210-213. **M53**
16. Janićijević-Petrović Mirjana, **Janićijević Katarina**, Petrović Marko, Popović Andrijana. Efekti intra i postoperative primene steroidnih injekcija kod operacije pterigijuma. *Timočki Medicinski Glasnik* 2014; 39(1): 14-19. **M52**
17. Janićijević-Petrović Mirjana, Šarenac-Vulović Tatjana, **Janićijević Katarina**, Petrović Marko. Epidemiology Study of Contusion Eye. *Pons Med Č* 2014; 11(2): 43-47. **M53**
18. Mirjana A. Janićijević-Petrović, Tatjana Šarenac-Vulović, Dejan Vulović, **Katarina Janićijević**, Andrijana Popović. Parasitic eye infection by ascaris lumbricoides - case report. *Sanamed* 2014; 9(2): 181-184. **M52**
19. Zorica Tončić, Nataša Jovović, Nataša Pojužine, Vesna Jakšić, Nada Šakotić, Maja Živković, **Katarina Janićijević**. Vidna funkcionalnost slabovide dece na vršnjake sa normalnim vidom. *Acta Medica Medianae* 2016; 55(1): 33-37. **M52**
20. Dušan Todorović, Biljana Popovski Jovičić, Ivana Raković, Sara Petrović, **Katarina Janićijević**. Infekcija uzrokovana bakterijom *Clostridium difficile*. *Med Čas (Krag)/Med J (Krag)* 2015; 49(1): 30-34. **M52**
21. Dušan Todorović, Tatjana Šarenac Vulović, Sunčica Srećković, Svetlana Jovanović, **Katarina Janićijević**, Željko Todorović. Updates on the treatment of pterygium. *Ser J Exp Clin Res* 2016; 17(11): 257-261. **M51**
22. **Janićijević M. Katarina**, Kocić Sanja, Todorović Dušan, Sarenac Vulovic Tatjana. Ocular hypertension - risk factors and therapy? *Sanamed* 2015; 10(3): 193-198. **M52**
23. **Katarina M. Janićijević**, Mirjana A. Janićijević Petrović, Sanja Kocić, Snežana Radovanović. Traumatic avulsion of the optic nerve - case report. *Pons Med Č* 2015; 12(2): 75-78. **M53**
24. Marija Matović, **Katarina M. Janićijević**, Mirjana A. Janićijević Petrović. Hystorical characteristics of chemical eye injuries. *Pons Med Č* 2015; 12(2): 64-77. **M53**
25. Mirjana A Janićijević-Petrović, Petrović Nenad, **Katarina M Janićijević**, Andrijana B Popović. Concerns of Forensics Expertise in Ophthalmology. *IJMR* 2013; 1(4): 17-21. **M52**
26. Šarenac Vulović Tatjana, **Janićijević Katarina**. Primary open-angle glaucoma and farmacoconomics - review. *Sanamed* 2016; 11(3): 243–248. **M52**
27. Radovanović Snežana, Kocić Sanja, Vasiljević Dragan, Radević Svetlana, **Janićijević Katarina**, Mihailović Natasa. The characteristics of the healt state population in Central Serbia. *Sanamed* 2016; 11(3): 211–216. **M52**

28. **Janićijević Katarina**, Kocić Sanja, Radovanović Snežana, Šarenac Vulović Tatjana, Petrović Nenad, Todorović Dusan. Blind serbian rulers and famous persons. *Sanamed* 2016; 11(3): 249–254. **M52**

29. Tatjana Šarenac Vulovic, Slađana Pavlović, **Katarina Janićijević**, Dušan Todorović, Svetlana Paunović, Nenad Petrović, Svetlana Jovanović, Nemanja Zdravković. Tear film stability in patients with pseudoexfoliation. *Ser J Exp Clin Res* 2017; 1-1. DOI:10.1515/sjocr-1017-0002. **M51**

30. **Janićijević Katarina**, Kocić Sanja, Radovanović Snežana, Radević Svetlana, Vasiljević Dragan, Djonović Nela, Šarenac Vulović Tatjana. Prevention of adenoviral eye infection - review. *Sanamed* 2017; 12(1): 51–56. **M52**

#### **M60: M64 - 9 радова**

1. D. Todorović, **K. Janićijević**, M. Janićijević Petrović, T. Šarenac Vulović. Epidemiologija, faktori rizika i terapija kod okularne hipertenzije. 16. Kongres Oftalmologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Subotica, 24-27. 09. 2015. Zbornik radova, str. 70. **M64**

2. M. Janićijević Petrović, T. Šarenac Vulović, **K. Janićijević**, D. Todorović. Efikasnost primene lokalnog autologog seruma kod kauzoma rožnjače. 16. Kongres Oftalmologa Srbije sa međunarodnim učešćem, Subotica, 24-27. 09. 2015. Zbornik radova, str. 37. **M64**

3. D. Todorović, **K. Janićijević**, T. Šarenac Vulović, M. Janićijević Petrović. Concentration of nitric oxide and ascorbic acid in pseudoexfoliation glaucoma. 1. Kongres Oftalmologa Crne Gore sa međunarodnim učešćem, and 12<sup>th</sup> Congress of south-east European Ophthalmological Society - SEEOS. Budva-Bečići, 15-18. 10. 2015. Abstract Book, Free papers and E-posters, pp. 134. **M64**

4. T. Sarenac Vulovic, S. Simović, M. Janićijević Petrovic, **K. Janićijević**, S. Srećković, S. Jovanović, N. Petrović. Uticaj inhalatornih antigena na ispoljavanje okularnih simptoma kod obolelih od rinokonjunktivitisa. XVII Kongres Oftalmologa Srbije sa međunarodnim učešćem, 4-7. jun 2016, Beograd, Srbija and 12<sup>th</sup> European Glaucoma Society, Abstract Book P-27, pp. 38. **M64**

5. M. Janićijević Petrović, T. Šarenac Vulović, **K. Janićijević**. Abstract title: Cataract surgery complications and pseudoexfoliation. XXXIV Congress of Ophthalmologists in Copenhagen, Danmark, 10-14. 09. 2016. Abstract Book, E-Pos-31208, pp. 5. **M64**

6. M. Janićijević Petrovic, S. Srećkovic, N. Petrovic **K. Janicijevic**, S. Jovanovic, D. Todorovic. Abstract title: Frequency of pseudoexfoliation material among patients recruited for cataract surgery. XXXIV Congress of Ophthalmologists in Copenhagen, Danmark, 10-14. 09. 2016. Abstract Book, E-Pos-31209, pp. 21. **M64**

7. M. Janicijevic Petrovic, **K. Janicijevic**, Tatjana Sarenac Vulovic. The epidemiology of the patients with juvenile glaucoma. 12<sup>th</sup> EGS Congres Prague, Czech Republic, 19-22. June 2016. Abstract Book, P1.38, pp. 45. **M64**
8. **Janicijevic K**, Kocic S, Radovanović S, Sarenac Vulovic T, Janicijevic Petrovic M, Radevic S. Correlation between metabolic controls of diabetes mellitus and diabetic retinopathy. 13<sup>th</sup> Congress of Sout East European Ophthalmological Society, 29.09.– 01.10.2016., Bratislava, Slovakia. Abstract Book, E-poster No108, pp 58. **M64**
9. Janicijevic Petrovic M, Sarenac Vulovic T, Petrovic N, **Janicijevic K**, Kocic S. Pseudoexfoliation and cataract complication, 28.06.– 01.07.2016., Helsinki. Abstract Book, P-FS-107, pp 620. **M64**

## КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

<b>Редни број:</b>	
<b>РБ</b>	
<b>Идентификациони број:</b>	
<b>ИБР</b>	
<b>Тип документације:</b>	Монографска публикација
<b>ТД</b>	Текстуални штампани материјал
<b>Тип записа:</b>	
<b>ТЗ</b>	
<b>Врста рада:</b>	Докторска дисертација
<b>ВР</b>	
<b>Аутор:</b>	Катарина М. Јанићијевић
<b>Ментор/коментор:</b>	др мед. сци. Снежана Радовановић, доцент
<b>МН</b>	
<b>Наслов рада:</b>	Утицај демографских и социоекономских фактора на коришћење психоактивних супстанци код младих у Србији
<b>НР</b>	
<b>Језик публикације:</b>	Српски (ћирилица)
<b>ЈП</b>	
<b>Језик извода:</b>	Српски и енглески
<b>ЈИ</b>	
<b>Земља публикавања:</b>	Република Србија
<b>ЗП</b>	
<b>Уже географско подручје:</b>	Шумадијски округ
<b>УГП</b>	
<b>Година:</b>	2017.
<b>ГО</b>	
<b>Издавач:</b>	Ауторски репринт
<b>ИЗ</b>	
<b>Место и адреса:</b>	Факултет медицинских наука, Светозара Марковића 69, 34000 Крагујевац
<b>МС</b>	
<b>Физичи опис рада:</b>	8 поглавља/156 страна/42 табеле/ 67 графикана/118 референци/1 прилог
<b>ФО</b>	
<b>Научна област:</b>	Медицина
<b>Научна дисциплина:</b>	Неуронауке
<b>ДИ</b>	
<b>Предметна одредница/кључне речи:</b>	психоактивне супстанце; цигарете; алкохол; Србија; млади; Национално истраживање здравља

**ПО**  
**УДК:**

**Чува се:**

Библиотека Факултета медицинских наука  
Универзитета у Крагујевцу,  
Република Србија

**ЧУ**

**Важна напомена:**

**МН**

**Извод:**

**ИД**

**Абстракт:**

Злоупотреба психоактивних супстанци међу младима, представља значајан проблем појединца, породице и друштва. Представља глобални проблем и тиче се адолесцената широм света. Проблем злоупотребе и зависности од психоактивних супстанци најчешће се посматра са индивидуалног аспекта проблема личности, док је социјални контекст често занемарен, а како би се предузеле мере превенције које би дале задовољавајуће резултате неопходно је направити одговарајуће стратегије за борбу против злоупотребе психоактивних супстанци које треба да буду у складу са демографским и социоекономским карактеристикама заједнице. У том контексту желели смо да нашим истраживањем утврдимо учесталост коришћења психоактивних супстанци, са аспекта демографских и социоекономских фактора који доприносе оваквом понашању младих у Србији, како би добијене резултате искористили у креирању промотивних интервенција и програма за сузбијање овог значајног проблема. Студија се бави испитивањем утицаја демографских и социоекономских фактора на учесталост коришћења психоактивних супстанци у популацији младих у Србији. Истраживање представља део Истраживања здравља становништва Србије из 2013. године које је спроведено од стране Министарства здравља Републике Србије, као студија пресека на репрезентативном стратификованом двоетапном узорку. Истраживањем је обухваћено 1722 испитаника старости од 15 до 24 године. Инструмент истраживања су били упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља.

Резултати истраживања су показали да млади мушког пола, средњег образовања, они који потичу из градске средине, из Јужних и Источних регија Србије, који припадају најсиромашнијој категорији становништва, који имају најнижи приход по члану домаћинства, као и они који своје здравље процењују као лоше, конзумирају цигарете и алкохол чешће од осталих категорија испитиване младе популације. Конзумирање илегалних дрога, чешће је код младића, младих са вишим или високим образовањем, код оних који потичу са територије Војводине, са вишим приходима по члану домаћинства и из најбогатијих категорија становништва, као и оних који своје здравље процењују као добро. Девојке чешће самоиницијативно конзумирају средства за спавање, против болова и за смирење од младића.

Допринос истраживања употребе психоактивних супстанци код младих у Србији указује на неопходност превенције ризичног понашања, затим злоупотребе зависности од психоактивних супстанци, а пре свега кроз интензивирање превентивних активности, развијања социјалних вештина и едукације младих о штетним ефектима и последицама употребе психоактивних супстанци.

Датум прихватања теме од стране

ННВ:

IV-03-584/19, 07. 06. 2017.

ДП

Датум одбране:

ДО

Чланови комисије:

1. Проф. др Сања Коцић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, председник;
2. Проф. др Мирјана Јовановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, члан;
3. Проф. др Биљана Миличић, ванредни професор Стоматолошког факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан.

## KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

**Accession number:**  
ANO

**Identification number:**  
INO

**Documentation type:** Monographic publication  
DT

**Type of record:** Textual material, printed  
TR

**Contents code:** PhD thesis  
CC

**Author:** Katarina M. Janicijevic  
AU

**Menthor/co-mentor:** Doc. Dr Snezana Radovanovic, PhD  
MN

**Title:** The influence of demographic and socio-economic factors on the use of psychoactive substances in young people in Serbia  
TI

**Language of text:** Serbian (cyrilic)  
LT

**Language of abstract:** Serbian/English

**Country of publication:** Rebulic of Serbia  
CP

**Locality of publication:** Sumadija District  
LP

**Publication year:** 2017.  
PY

**Publisher:** Author`s reprint  
PU

**Publication place:** Faculty of medical sciences University of Kragujevac  
Street Svetozara Markovica 69  
Kragujevac  
PP

**Physical description:** 8 chapters/156 pages/42 tables/  
67charts/118 references/1 annex

**PD**

**Scientific field:** Medicine

**SF**

**Scientific discipline:** Neurosciences



**SD****Subject/key words:**psychoactive substances; cigarettes; alcohol;  
Serbia; youth; National Health Survey**SKW****ABSTRACT/SUMMARY:****AB**

The abuse of psychoactive substances among young people is a significant problem for the individual, his family and society as a whole. It is a global problem and affects adolescents around the world. The problem of the abuse and dependence on psychoactive substances is most often viewed from the individual aspect, that is as a personal problem, while the social context is often neglected. In order to take preventive measures which can deliver satisfactory results, it is necessary to make appropriate strategies for combating the abuse of psychoactive substances that would be in accordance with the demographic and socioeconomic characteristics of the community. In this context, the aim of our research was to determine the frequency of using psychoactive substances in terms of demographic and socioeconomic factors that contribute to this kind of behavior among young people in Serbia and to use the obtained results to create promotional events and programs to combat this significant problem. The study is related to the impact of demographic and socioeconomic factors on the frequency of the psychoactive substances abuse among young population in Serbia.

The research is a part of 2013 Survey of the Health of Serbian Population, conducted by the Ministry of Health of the Republic of Serbia, as a cross section study on a representative stratified two-tier sample. The study covered 1722 subjects at age between 15 and 24. Research instruments that we used were the questionnaires designed in accordance with the European Health Research Questionnaire.

The results of the research have shown that young men with secondary school education, who come from urban area of the South and East Serbia and from the poor population with lowest income per household member, giving estimate on their health as poor, consume cigarettes and alcohol more often than other categories of young people who participated in this survey. The consumption of illegal drugs is more frequent among young men with college or university education coming from Vojvodina, from rich categories of population with higher income per household member, who evaluated their health as well. Girls are more often inclined to consume over-the-counter sleeping pills, painkillers and tranquilizers.

The results of the study of psychoactive substances abuse among young people in Serbia point to the necessity to work on the prevention of risky behavior and the abuse of and dependence on psychoactive substances primarily through intensifying preventive activities, developing social skills and educations to young people about harmful effects and consequences of psychoactive substances abuse.

**UDC****Holding data:**Library of Faculty of Medical Sciences,  
University of Kragujevac, Republic of Serbia**HD****Note:**

N

**Accepted by the Scientific Board on:**

IV-03-584/19, 07. 06. 2017.

**ASB****Defended on:**

DE

**Thesis defended board**

**(Degree/name/surname/title/faculty)**

**DB**

- 1. Prof. Dr Sanja Kocic, Associate Professor at Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the scientific field of Social Medicine, president;**
- 2. Prof. Dr Mirjana Jovanovic, Associate Professor at Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the scientific field of Phyhiatric Medicine, member;**
- 3. Prof. Dr Biljana Milicic, Associate Professor at Faculty of Dental Medicine, University of Belgrade, for the scientific field of Medical statistics and informatics, member.**

## Образац 1

**ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, \_\_\_\_\_ Катарина М. Јанићијевић \_\_\_\_\_, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИОЕКОНОМСКИХ ФАКТОРА НА  
КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ КОД МЛАДИХ У  
СРБИЈИ.

која је одбрањена на \_\_\_\_\_ Факултету медицинских наука \_\_\_\_\_  
Универзитета у Крагујевцу 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,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У \_\_\_\_\_ Крагујевцу \_\_\_\_\_, 31.10.2017. године,

\_\_\_\_\_  
потпис аутора

## Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, \_\_\_\_\_ Катарина М. Јанићијевић \_\_\_\_\_,

дозвољавам

не дозвољавам

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

УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИОЕКОНОМСКИХ ФАКТОРА НА  
КОРИШЋЕЊЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ КОД МЛАДИХ У  
СРБИЈИ

која је одбрањена на \_\_\_\_\_ Факултету медицинских наука \_\_\_\_\_

Универзитета у Крагујевцу, 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 дозвољавам<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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.

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

- 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 прерада<sup>2</sup>

У Крагујевцу, 31.10.2017. године,

---

потпис аутора

---

<sup>2</sup> 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/>

Рад "Socioeconomic Factors Associated with Psychoactive Substance Abuse by Adolescents in Serbia", услов за пријаву завршене докторске дисертације - рад из теме докторске дисертације, у којем сам први аутор, објављен је у часопису *Frontiers in Pharmacology*, на SCI листи, импакт фактор IF=4,400.



# Socioeconomic Factors Associated with Psychoactive Substance Abuse by Adolescents in Serbia

Katarina M. Janicijevic<sup>1\*</sup>, Sanja S. Kocic<sup>1</sup>, Svetlana R. Radevic<sup>1</sup>, Mirjana R. Jovanovic<sup>2</sup> and Snezana M. Radovanovic<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Social Medicine, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia, <sup>2</sup> Department of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

**Keywords:** psychoactive substances, adolescent, socioeconomic factors, national health survey, Serbia

## OPEN ACCESS

### Edited by:

Tetsuji Yamada,  
Rutgers University, The State  
University of New Jersey,  
United States

### Reviewed by:

Domenico Criscuolo,  
Genovax, Italy  
Fathi M. Sherif,  
University of Tripoli, Libya

### \*Correspondence:

Katarina M. Janicijevic  
kaja.andreja@yahoo.com

### Specialty section:

This article was submitted to  
Pharmaceutical Medicine and  
Outcomes Research,  
a section of the journal  
Frontiers in Pharmacology

**Received:** 27 April 2017

**Accepted:** 26 May 2017

**Published:** 13 June 2017

### Citation:

Janicijevic KM, Kocic SS, Radevic SR,  
Jovanovic MR and Radovanovic SM  
(2017) Socioeconomic Factors  
Associated with Psychoactive  
Substance Abuse by Adolescents in  
Serbia. *Front. Pharmacol.* 8:366.  
doi: 10.3389/fphar.2017.00366

## PSYCHOACTIVE SUBSTANCE ABUSE IN ADOLESCENCY

Adolescence is a period of transition from childhood to adulthood, characterized by efforts to achieve the objectives related to the expectations of the culture, as well as the requirements of the physical, mental, emotional, and social development. It has its own characteristics in the biological, psychological, and social terms, with a process of identity formation, the development of social, and moral norms of behavior (McCabe et al., 2017). Adolescence is a period of great settings in which experimentation with psychoactive substances is common and can, in some cases, lead to the development of long-term addictive behavior (Jeannin et al., 2013). Psychoactive substances include licit, illicit, and prescribed psychoactive medications. Alcohol and cigarette are among the licit and controlled drugs, while marijuana, cocaine, heroin, lysergic diethylamide (LSD), crack, and ecstasy are illicit drugs (Kassa et al., 2014). The use of psychoactive substances in adolescents is often associated with a socioeconomic factors, such as gender, age, type, race, ethnicity, family, and social structures, socioeconomic status of the family (Gebreslassie et al., 2013).

Significant risk factors for psychoactive substances use among adolescents were poor parental involvement in the child's education, conflictual family relationships, and drug abuse by the parents, friends, and neighbors (Kpozehouen et al., 2015; Pisarska et al., 2016). Also, parental alcoholism, parental divorce before age 18, and parental death before age 18 increased the odds of abuse psychoactive substances (Vaughan et al., 2017).

Socioeconomic environment in which young people were raised as children predicts their behavior in young adulthood. Understanding this relationship, is an important step in identifying persons at risk (Tobler et al., 2000). In order to identify the risk factors and protective factors associated with psychoactive substances abuse among young people, it is very important to measure how socioeconomic factors influence the attitudes and behavior of young toward the use of psychoactive substances (Carter et al., 2010; Patrick et al., 2012).

## THE DATA REPORT METHODS

### Public Data Set Description—Serbian 2013 National Health Survey

The study of health of population in Serbia conducted in 2013 was the source of used data. This was the third national population health survey conducted by the Ministry of Health of the Republic

of Serbia<sup>1</sup>. In the third Survey, a harmonization of research tools (methodology, questionnaires, instructions) with the instruments of the European Health Survey second wave (EHIS wave 2)<sup>2</sup> was carried out in order to achieve the highest degree of comparability of results with the countries members of the European Union, according to a defined, internationally accepted indicators (ECHI, OMC, WHO, UNGASS, MD).

Fieldwork was conducted in the period from 7 October to 30 December 2013, which respected the legislation relating to the European Health Research—second cycle: the collection of data in the field should take at least 3 months of which at least 1 month should be in the period from September to December, or in the fall. In order to achieve a high level of quality of the collected data, to provide a high response rate of households and in order to protect the representativeness of the sample, the election, and training of interviewers had been organized prior to the commencement of field work, and also guidelines for the monitoring and control of field work were given to them.

The study used the most complete population register that includes a sampling units defined within the target population—Census of Population, Households, and Dwellings in the Republic of Serbia conducted in 2011. In accordance with the recommendations for the implementation of population health research EUROSTAT, the European Health Research—Second Wave—Methodological guide (EHIS wave 2, Methodological manual) the National representative probability sample was used: two-stage stratified sample with a known probability of selection of sample units at every stage sampling. The sample was drawn so as to provide a statistically reliable estimation of a great number of indicators of population health condition at the national level, considering geographic areas/statistical regions of Belgrade, Vojvodina, Sumadija, Western, Southern, and Eastern Serbia, and at the level of urban and other settlements/areas. The mechanisms that have been used to obtain a random sample of households and respondents represent a combination of the two sampling techniques: stratification and multi-stage sampling.

Health Survey of the Serbian population was carried out through interviews, anthropometric measurements, and blood pressure measurements. Three types of questionnaires were used in the survey: Questionnaire for Household—collecting information on all household members, the characteristics of the household, as well as on the characteristics of the household residence. The questionnaire had to be completed in the course of verbal communication between the interviewers and interviewees who represented the main person in the household to answer questions of interest. The questionnaire “face to face” is to be filled in with each member of the household. Self-administered questionnaire which should be filled in by each household member aged 15 and over without the participation of the interviewer.

This type of questionnaire was used because it was estimated that the questions concerning sensitive items of alcohol use, sexual behavior, and so on were not suitable for filling by method “face to face.” In order to complete the questionnaires a method of computer-assisted personal interviewing—CAPI was used as well as the process of interviewing through paper-and-pencil procedures—PAPI for self-administered questionnaire.

Ethical Standards in Health Research were harmonized with the international World Medical Association Declaration of Helsinki. This study was approved by the competent territorial Ethics Committee of the four major regions of Serbia, based in the Republic Institute of Public Health Batut in Belgrade, Institute of Public Health Novi Sad, Kragujevac and Nis.

In order to respect the privacy of the subjects of research and confidentiality of information collected, all necessary steps were taken in accordance with the Law on Personal Data Protection (Off. Gazette of RS No 97/08, 104/09)<sup>3</sup>. Field researchers were required to give a printed document that informed research participants about the Research (Notice of Survey signed by the Minister of Health) and the approval of the Ethics Committee on its implementation, on the rights of patients, and about where and how they can submit complaint/grievance if estimate that their rights have been in any way compromised. Also, interviewers needed to obtain the signed informative consent of each of the participants for accepting to participate in the survey. In research, the collection of data that identify the respondents was avoided to the greatest possible extent (necessary identifiers were removed at the earliest stage of statistical analysis and replaced with code).

## Survey Data Description

In the Serbian National Health Survey 2013, a total of 6,500 households and 13,756 participants aged 15 and over were interviewed. Out of total of 10,089 households contacted, 6,500 of them agreed to participate in the survey, so that the response rate of households was 64.4%. Out of total of 16,474 registered household members aged 15 and over, 14,623 of them agreed to be interviewed, giving a response rate of 88.9%. Out of this number of people who agreed to be interviewed, 13,756 of them accepted to complete the self-administered questionnaire (response rate 94.1%). For the purposes of this study, we analyzed data on respondents aged 15–24 years (1,722 interviewed respondents).

Of the independent variables, the researchers used demographic characteristics (age, gender, type of settlement, region) and socioeconomic status (education, employment, and well-being index). Participants' age was categorized in to two age groups (15–19 years; 20–24 years). Gender is coded as male and female, place of residence as urban and rural, regions of Belgrade, Vojvodina, Sumadija, Western, Southern, and Eastern Serbia. Variables that reflect the socioeconomic situation are education, which is designated as higher, secondary, and elementary, employment status as employed and unemployed and household. The Wealth Index is based on household assets

<sup>1</sup>Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanović Batut.” Results of the National Health Survey of the Republic of Serbia 2013. Available online at: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2013SerbiaHealthSurvey.pdf>

<sup>2</sup>European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Methodological manual 2013. Available online at: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13->

<sup>3</sup>Law on Personal Data Protection Off. Gazette of RS No 97/08. Available online at: [http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zastiti\\_podataka\\_o\\_licnosti.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html)



and housing characteristics, such as the possession of color TV set, cell phone, refrigerator, dish washer, washing machine, PC, AC, car, construction material of floors, roofs and walls, the number of bedrooms per household member, type of drinking water resources, and sanitation facility as well as heating fuel and Internet access. Based on the Wealth Index, households were classified into five groups of equal size—quintiles: (1) the poorest (Q1), (2) poorer (Q2), (3) middle (Q3), (4) richer (Q4), and (5) the richest (Q5). For the purposes of this paper, respondents were classified into three socio-economic categories: poor class, middle class, and rich class. As the dependent variable in this analysis were used: cigarette smoking (daily and occasional), alcohol abuse, and abuse of other psychoactive substances (drugs and illicit drugs).

The data set has been submitted in a public repository Figshare and it is available on: <https://figshare.com/s/f55d3b9213f41fe79827>. Data has been uploaded as Excel file while questionnaires are in PDF formats. Readers can retrieve and reuse publicly available information by visiting links given above.

## DESCRIPTION OF NATIONAL SURVEY OUTCOMES

A total of 1,722 participants aged 15–24 years (Mean = 19, SE = 2.1 years) were included in the study. There were 51% women in the sample. The highest percentage of respondents has completed secondary education (55.9%), while there is the least of those who have high education (4.6%). In relation to the employment status the highest percentage belongs to the group of inactive or unemployment population (87.6%). More than half of the respondents live in urban areas (55.5%). When it comes to well-being index, the largest percentage of respondents belongs to the rich class (42.4%) followed by those who belong to the poor class (38%) and the middle class (19.6%).

The study depicted that in the past 12 months of the study period 72.9% smoked cigarettes (daily and occasional), 56.5% used alcohol, and 24.2% abused drugs. The prevalence of illicit psychoactive substances such as cannabis, ecstasy, LSD, cocaine, crack, heroin was 0.8%.

Binary logistic regression analysis has not shown a statistically significant impact of examined factors on the prevalence of cigarettes smoking. The only factor that is associated with the consumption of cigarettes is self-assessment of health, respondents who evaluate their health as good for 30% less often smokers than in those who evaluate their health as poor ( $OR = 0.700$ ). Results of binary logistic regression showed that alcohol consumption can be determined by age, gender, education, type of settlement, well-being index physical, and psychological violence. The prevalence of alcohol consumption in men is 55.2%, whereas men are 1.8 times more likely to use alcohol than women ( $OR = 1.882$ ). Compared to the younger population (15–19 years) members of the 20–24 age group are more likely to consume alcohol ( $OR = 0.508$ ). Respondents with higher education have 55.3% greater chance of alcohol consumption compared to those

with low education ( $OR = 0.477$ ). Young people who live in urban areas are 1.8 times more likely to consume alcohol in relation to those who live in rural areas ( $OR = 1.843$ ). Members of poor class for 33.9% less consume alcohol ( $OR = 0.661$ ) compared with those who belong to the rich class of the population. Young people who are exposed to physical violence ( $OR = 6.702$ ) and the physical ( $OR = 5.026$ ) and mental bully ( $OR = 3.405$ ), significantly more frequent alcohol consumption.

As the most important predictors of use of drugs/ illicit drugs were found to be gender and self-assessed health. Men 88% less likely to use drugs and illicit drugs than women ( $OR = 0.120$ ). Also those who assess their health as good to make less frequently by 56.9% compared to those who assess their health as poor ( $OR = 0.431$ ; **Table 1**).

## COMPARISON WITH PUBLISHED EVIDENCE

Psychoactive substances abuse represents a significant problem of the individual, family, and society, leaving a lot of effects on mental and physical health (Milovanovic et al., 2016), family relationships, work ability, and social activities (Jovanovic and Jakovljevic, 2015). There are also significant costs borne by society due to the direct and indirect consequences of abuse and dependence on certain substances (Jakovljevic et al., 2014). Drug abuse is a global problem, and methods of use and consequences of individual and socio-cultural are specific. The consequences of the abuse of substances may be various: education and unemployment, reduced work productivity, poor health, higher rates of human immunodeficiency-HIV and hepatitis B, C infections (Jakovljevic et al., 2013a), social dysfunction, higher rate of violence, poverty, homelessness, a lower probability of recovery, poor treatment outcomes, and poor quality of life (Jakovljevic et al., 2013b). According to the World Health Organization, alcohol, and tobacco are the most commonly abused substances (World Health Organization, 2013, 2014). Eastern Europe and the Balkans region report the high rates of alcohol abuse (Jovanovic and Jakovljevic, 2011). Alcohol abuse is a health problem that significantly contributes to the global disability (liver-diseases, cardiovascular diseases, traffic accidents, fights, murders, suicides; Jakovljevic et al., 2015a), but also it is an economic problem (absenteeism, unemployment, reduced productivity, long-term treatment) (Jakovljevic et al., 2011). Psychoactive substances present a great challenge of public health issue worldwide particularly regarding to the social vulnerable population of adolescents (Jakovljevic et al., 2015b).

According to the results of the 2013 Serbian National Health Survey, distribution of smoking in adults population was 35.8%, daily using alcohol was 4.7%, while using of sedative, for sleeping and analgetics was 61.4%. Illegal drugs were used by less of 1% adults<sup>1</sup>. Aforementioned dataset showed that there are significant differences in the abuse of psychoactive substances among young people in Serbia, depending on the demographic and socioeconomic characteristics of the respondents. They are consistent with the findings of other studies that show that there

**TABLE 1 |** Bivariate logistic regression analysis showing socioeconomic correlates of psychoactive substance abuse by adolescents in Serbia.

Variables	Cigarette smoking		Alcohol use		Drugs/Illegal drugs abuse	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Gender <sup>a</sup>	0.900 (0.594–1.364)	<i>p</i> = 0.620	1.882 (1.535–2.306)	<i>p</i> < 0.001	0.120 (0.032–0.442)	<i>p</i> < 0.001
Age (years)	0.954 (0.621–1.467)	<i>p</i> = 0.832	0.508 (0.415–0.623)	<i>p</i> < 0.001	1.244 (0.400–3.867)	<i>p</i> = 0.707
Education <sup>b</sup>	1.185 (0.806–1.742)	<i>p</i> = 0.389	0.477 (0.396–0.574)	<i>p</i> < 0.001	0.867 (0.331–2.271)	<i>p</i> = 0.771
Employment status <sup>c</sup>	1.227 (0.701–2.148)	<i>p</i> = 0.473	1.335 (0.979–1.821)	<i>p</i> = 0.068	1.954 (0.249–15.320)	<i>p</i> = 0.524
Type of settlement <sup>d</sup>	0.940 (0.616–1.433)	<i>p</i> = 0.773	1.843 (1.504–2.258)	<i>p</i> < 0.001	0.686 (0.208–2.265)	<i>p</i> = 0.536
Well-being index <sup>e</sup>	1.222 (0.962–1.552)	<i>p</i> = 0.101	0.661 (0.580–0.752)	<i>p</i> < 0.001	1.013 (0.544–1.883)	<i>p</i> = 0.969
Self-assessed health <sup>f</sup>	0.700 (0.501–0.978)	<i>p</i> < 0.05	0.864 (0.734–1.017)	<i>p</i> = 0.079	0.431 (0.149–1.248)	<i>p</i> < 0.05
Exposure to physical violence (in the family, in school, on the street)	1.964 (0.674–5.772)	<i>p</i> = 0.216	6.702 (2.869–15.656)	<i>p</i> < 0.001	0.334 (0.069–1.612)	<i>p</i> = 0.172
Exposure to psychological violence (in the family, in school, on the street)	0.722 (0.225–2.316)	<i>p</i> = 0.584	2.210 (0.990–4.932)	<i>p</i> = 0.053	0.447 (0.054–3.693)	<i>p</i> = 0.455
The tendency to psychological violence	1.966 (0.814–4.751)	<i>p</i> = 0.133	3.405 (2.052–5.651)	<i>p</i> < 0.001	0.366 (0.094–1.430)	<i>p</i> = 0.148
The tendency to physical violence	0.937 (0.475–1.850)	<i>p</i> = 0.851	5.026 (2.839–8.896)	<i>p</i> < 0.001	0.280 (0.072–1.087)	<i>p</i> = 0.066
Risky sexual behavior	0.873 (0.546–0.873)	<i>p</i> = 0.572	1.383 (1.016–1.882)	<i>p</i> < 0.05	1.211 (0.322–4.563)	<i>p</i> = 0.777

<sup>a</sup>Reference values for women.

<sup>b</sup>Reference values for low education.

<sup>c</sup>Reference values for employment.

<sup>d</sup>Reference values for urban.

<sup>e</sup>Reference values for poor class.

<sup>f</sup>Reference values for poor self-perceived health.

is no difference between the sexes for cigarette smoking and experimentation with drugs. It is more connected with young men. Young people of lower age groups and those who attend the school are negatively associated with the abuse of cigarette, alcohol, and illicit drugs (Patrick et al., 2012; Malta et al., 2014).

Other studies have shown that young people with low levels of education are regarded as high risk for consumption psychoactive substances (Quek et al., 2013). Anxiety, low self-esteem, and self-control, as well as the low level of parental control also pose a risk for abuse belt (Roy et al., 2015). Characteristics of mental health, such as loneliness and insomnia are positively associated with the abuse of tobacco, alcohol, and illicit drugs. The lack of a friend is a positive correlation with the abuse of tobacco, and illicit drugs, and the negative with the abuse of alcohol (Malta et al., 2014). Also young people who abuse psychoactive substances, are more likely to have higher levels of psychological stress and decreased levels of self-efficacy to resist peer pressure (Champion et al., 2016). Other studies have in turn shown that the lower the level of education of parents associated with a higher risk of psychoactive substances abuse (Johnston et al., 2011), while the characteristics of the family in the sense that they live with their parents and have a parental control (when parents know what the child is doing in his spare time) negatively associated with such a high-risk behavior (Malta et al., 2014). Heavy episodic drinking are frequent among young people who live in incomplete families (Patrick et al., 2012).

Some studies have shown that there is no significant difference in substance abuse between urban and rural areas, but there is the presence of higher levels of knowledge about the psychoactive

substances in urban areas (Martinotti et al., 2015). Other studies show that adolescents who live in urban areas significantly more abuse the psychoactive substances in relation to their peers who live in rural areas (Pawłowska et al., 2014).

Many studies that have investigated the correlation of demographic and socioeconomic variables with the abuse of psychoactive substances have shown that high degree of religiosity, higher parent's education living with one or both parents reduces the chance to abuse, while high the socioeconomic status of the family increases the likelihood of psychoactive substances use (Goodman and Huang, 2002; Hanson and Chen, 2007; Schoenborn and Adams, 2010). Children who come from wealthier families with higher socioeconomic status may be at increased risk for the abuse psychoactive substances which can be explained by the fact that their experience more pressure achievement combined with isolation of parents who have careers more demanding. In addition, parents with higher socioeconomic status in comparison with those in the lower socioeconomic status families can have positions that are tolerant of the substance abuse (Luthar and Goldstein, 2008). The higher income families may be related to the use of psychoactive substances because of increased access to, or to buy the substance and have a social association with others who also have financial resources. On the other hand, a lower revenue may be associated with the abuse of psychoactive substances such mechanism of survival due to increased stress and less access to alternative actions that can be a focal point for preventive strategies (Goodman and Huang, 2002). Despite worldwide concern and education

about psychoactive substances, many adolescents have limited awareness of their adverse consequences (Oshodi et al., 2010).

## CONCLUSIVE REMARKS

Preventive activities should be carried out through the development of specific programs to promote healthy lifestyles, strengthening the implementation of existing programs, and the promotion of prevention through various forms of educational activities, including peer education, supporting youth initiatives for the implementation of actions aimed at the affirmation of healthy lifestyles, develop social skills, informing young people, and parents about the risks of consuming psychoactive substances through school programs and workshops in schools, identification, and reduction of risk factors in the school environment.

In perceiving the frequency of using illegal drugs, it should take in mind specific limited researches of health in national population, because the drugs abuse, as social non acceptable

## REFERENCES

- Carter, A. C., Brandon, K. O., and Goldman, M. S. (2010). The college and noncollege experience: a review of the factors that influence drinking behavior in young adulthood. *J. Stud. Alcohol Drugs* 71, 742–750. doi: 10.15288/jsad.2010.71.742
- Champion, K. E., Teesson, M., and Newton, N. C. (2016). Patterns and correlates of new psychoactive substance use in a sample of Australian high school students. *Drug Alcohol Rev.* 35, 338–344. doi: 10.1111/dar.12312
- Gebreslassie, M., Feleke, A., and Melese, T. (2013). Psychoactive substances use and associated factors among Axum University students, Axum Town, North Ethiopia. *BMC Public Health* 13:693. doi: 10.1186/1471-2458-13-693
- Goodman, F., and Huang, B. (2007). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 156, 448–453. doi: 10.1001/archpedi.156.5.448
- Hanson, M. D., and Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J. Behav. Med.* 30, 263–285. doi: 10.1007/s10865-007-9098-3
- Jakovljevic, M. B., Jovanovic, M., and Lesch, O. M. (2015a). Accessibility and affordability of alcohol dependency medical care in Serbia. *Front. Psychiatry* 12:192. doi: 10.3389/fpsy.2014.00192
- Jakovljevic, M. M., Lazarevic, M., Jurisevic, M., and Jovanovic, M. R. (2015b). When cure becomes an illness-abuse of addictive prescription medicines. *Front. Pharmacol.* 15:193. doi: 10.3389/fphar.2015.00193
- Jakovljevic, M., Jovanovic, M., Nikic, K., Radovanovic, A., Pirkovic, I., Djukic Dejanovic, S., et al. (2011). Acute alcohol detoxification costs in upper-middle income: western Balkans. *Health Behav. Public Health* 1, 1–7.
- Jakovljevic, M., Jovanovic, M., Rancic, N., Vysoki, B., and Djordjevic, N. (2014). LAT software induced savings on medical costs of alcohol addicts' care—results from a matched-pairs case-control study. *PLoS ONE* 9:e111931. doi: 10.1371/journal.pone.0111931
- Jakovljevic, M., Mijailovic, Z., Jovicic, B. P., Canovic, P., Gajovic, O., Jovanovic, M., et al. (2013a). Assessment of viral genotype impact to the cost-effectiveness and overall costs of care for PEG-interferon- $\alpha$  + ribavirin treated chronic hepatitis C patients. *Hepat. Mon.* 13:e6750. doi: 10.5812/hepatmon.6750
- Jakovljevic, M., Riegler, A., Jovanovic, M., Djordjevic, N., Patek, K., Lesch, O., et al. (2013b). Serbian and Austrian alcohol-dependent patients: a comparison of two samples regarding therapeutically relevant clinical features. *Alcohol Alcohol* 48, 505–508. doi: 10.1093/alc/alg011
- Jeannin, R., Peyret, E., Bouche-Florin, L., Stehelin, A., and Reyret, A. (2013). Adolescents and young adults in situations of addiction. *Soms Pediatr. Pueric.* 275, 27–31.

behavior endanger sincerity of patients during answering these questions.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors listed, have made substantial, direct and intellectual contribution to the work and approved it for publication. KJ and SMR drafted the manuscript. SRR, SK, and MJ contributed through data analysis and interpretation.

## ACKNOWLEDGMENTS

The study is a part of the 2013 National Health Survey for the population of Serbia that was carried out by the Ministry of Health of the Republic of Serbia and the Institute of Public Health of Serbia. Data were obtained from the 2013 National Health Survey with the permission of the Institute of Public Health of Serbia and the Ministry of Health of the Republic of Serbia.

- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., and Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2010. Volume II: College Students and Adults Ages 19–50*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Jovanovic, M., and Jakovljevic, M. (2011). Inpatient detoxification procedure and facilities: financing considerations from an Eastern European perspective. *Alcohol Alcohol* 46, 364–365. doi: 10.1093/alc/alg010
- Jovanovic, M., and Jakovljevic, M. (2015). Regulatory issues surrounding audit of electronic cigarette charge composition. *Front. Psychiatry* 23:133. doi: 10.3389/fpsy.2015.00133
- Kassa, A., Tadesse, F., and Yilma, A. (2014). Prevalence and factors determining psychoactive substance (PAS) use among Hawassa University (HU) undergraduate students, Hawassa Ethiopia. *BMC Public Health* 14:1044. doi: 10.1186/1471-2458-14-1044
- Kpotehouen, A., Ahanhanzo, Y. G., Paraiso, M. N., Munezero, F., Saizonou, J. Z., Makoutodé, M., et al. (2015). Factors associated with psychoactive substance use among Beninese adolescents. *Sante Publique* 27, 871–880.
- Luthar, S. S., and Goldstein, A. S. (2008). Substance use and related behaviors among suburban late adolescents: the importance of perceived parent containment. *Dev. Psychopathol.* 20, 591–614. doi: 10.1017/S0954579408000291
- Malta, D. C., Oliveira-Campos, M., do Prado, R. R., Andrade, S. S., de Mello, F. C., Dias, A. J., et al. (2014). Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev. Bras. Epidemiol.* 17(Suppl. 1), 46–61. doi: 10.1590/1809-4503201400050005
- Martinotti, G., Lupi, M., Carlucci, L., Cinosi, E., Santacroce, R., Acciavatti, T., et al. (2015). Novel psychoactive substances: use and knowledge among adolescents and young adults in urban and rural areas. *Hum. Psychopharmacol.* 30, 295–301. doi: 10.1002/hup.2486
- McCabe, S. E., Veliz, P., Wilens, T. E., and Schulenberg, J. E. (2017). Adolescents' prescription stimulant use and adult functional outcomes: a national prospective study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 56, 226.e4–233.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.008
- Milovanovic, D. D., Jakovljevic, M., Scekcic, M., and Djordjevic, N. (2016). Caffeine consumption patterns and determinants among adolescents in Serbia. *Int. J. Adolesc. Med. Health.* doi: 10.1515/ijamh-2016-0076. [Epub ahead of print].
- Oshodi, O., Aina, O., and Onajole, A. (2010). Substances use among secondary school students in an urban setting in Nigeria: prevalence and associated factors. *Afr. J. Psychiatry* 13, 32–57. doi: 10.4314/ajpsy.v13i1.53430
- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F., and Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: a

- comparison across constructs and drugs. *J. Stud. Alcohol Drugs* 73, 772–782. doi: 10.15288/jsad.2012.73.772
- Pawłowska, B., Zygo, M., Potembska, E., Kapka-Skrzypczak, L., Dreher, P., and Kędzierski, Z. (2014). Psychoactive substances use experience and addiction or risk of addiction among Polish adolescents living in rural and urban areas. *Ann. Agric. Environ. Med.* 21, 776–782. doi: 10.5604/12321966.1129932
- Pisarska, A., Eisman, A., Ostaszewski, K., and Zimmerman, M. A. (2016). Alcohol and Cigarette use among Warsaw adolescents: factors associated with risk and resilience. *Subst. Use Misuse* 51, 1283–1296. doi: 10.3109/10826084.2016.1168442
- Quek, L. H., Chan, G. C., White, A., Connor, J. P., Baker, P. J., Saunders, J. B., et al. (2013). Concurrent and simultaneous polydrug use: latent class analysis of an Australian nationally representative sample of young adults. *Front. Public Health* 1:61. doi: 10.3389/fpubh.2013.00061
- Roy, É., Nolin, M. A., Traoré, I., Leclerc, P., and Vasiliadis, H. M. (2015). Nonmedical use of prescription medication among adolescents using drugs in Quebec. *Can. J. Psychiatry* 60, 556–563. doi: 10.1177/070674371506001206
- Schoenborn, C. A., and Adams, P. F. (2010). *Health Behaviors of Adults: United States, 2005–2007. Vital and Health Statistics, 10(245)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Available online at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_10/sr10\\_245.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_245.pdf)
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., and Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J. Prim. Prev.* 20, 275–336. doi: 10.1023/A:1021314704811
- Vaughan, E. L., Waldron, M., de Dios, M. A., Richter, J., and Cano, M. Á. (2017). Childhood family characteristics and prescription drug misuse in a national sample of Latino adults. *Psychol. Addict. Behav.* doi: 10.1037/adb0000278. [Epub ahead of print].
- World Health Organization (2013). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Switzerland: World Health Organization.
- Conflict of Interest Statement:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.
- Copyright © 2017 Janicijevic, Kocic, Radevic, Jovanovic and Radovanovic. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.