



Република Србија
Републички завод за статистику



Институт за
јавно здравље Србије



Република Србија
Министарство здравља

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



Подржано од стране
Европске уније


ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2019.

Упитник за испитанике старости 15 и више година

ИП1. Редни број пописног круга у узорку:	<input type="text"/>
ИП2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	<input type="text"/>
ИП3. Редни број члана домаћинства:	<input type="text"/>
ИП4. Дан / месец / година анкетања:	<input type="text"/>
ИП5. Име и презиме анкетара / здравственог радника:	<input type="text"/>
ИП6. ИД анкетара / здравственог радника:	<input type="text"/>
ИП7. Ко даје податке:	<ol style="list-style-type: none">Одабрана особа (испитаник) → Прећи на ИП9.Други члан домаћинстваНеко други изван домаћинства
ИП8. Разлог анкетања посредника:	<ol style="list-style-type: none">Особа пати од дуготрајног поремећаја когнитивних способностиОсоба пати од дуготрајног поремећаја моторне способностиОсоба пати од оштећења чула слуха које онемогућава комуникацијуОсоба је у болници или другој установи током целог периода спровођења анкетеОсоба је одсутна ради посла или школовања током целог периода спровођења анкетеДруго (навести) _____
ИП9. Језик анкетања:	<ol style="list-style-type: none">СрпскиМађарски

НАПОМЕНА:

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

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

МОДУЛ ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

ОК.1 У којој држави сте рођени?		
Држава: _____	Не зна <input type="checkbox"/> 8	Одбијање <input type="checkbox"/> 9

ОК.2 Које држављанство имате?		
Држављанство: _____	Не зна <input type="checkbox"/> 8	Одбијање <input type="checkbox"/> 9

ОК.3 У којој држави је рођен Ваш отац?		
Држава: _____	Не зна <input type="checkbox"/> 8	Одбијање <input type="checkbox"/> 9

ОК.4 У којој држави је рођена Ваша мајка?		
Држава: _____	Не зна <input type="checkbox"/> 8	Одбијање <input type="checkbox"/> 9

ОК.5 Какав је Ваш брачни статус?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Означити први одговор који одговара	
Никад се нисам женио/удавала нити живео/ла у ванбрачној заједници	<input type="checkbox"/> 1
У браку/ванбрачној заједници	<input type="checkbox"/> 2
Удовац/ица или се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)	<input type="checkbox"/> 3
Разведен/а или се ванбрачна заједница завршила разлазом (нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

АНКЕТАР: Ако домаћинство има само једног члана означите одговор 2 „Не“ и Прећи на ОК.7	
ОК.6 Могу ли само да проверим, да ли живите са неким из овог домаћинства као пар?	
Да, живим са партнером/ком	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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

Увод

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

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

} Прећи на
УВОД ЗС

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

ОК.10 Да ли радите:	
Пуно радно време	<input type="checkbox"/> 1
Непуно радно време	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ОК.11 Које је Ваше занимање на послу?	
Назив посла: _____	
Опишите шта радите на послу: _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ISCO-08 COM, 2 места)
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9


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

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ – ЗС

Увод ЗС

Сада ћемо да поразговарамо о Вашем здрављу.

ЗС.1 Какво је Ваше здравље у целости? Да ли је...? 	
Веома добро	<input type="checkbox"/> 1
Добро	<input type="checkbox"/> 2
Осредње (ни добро ни лоше)	<input type="checkbox"/> 3
Лоше	<input type="checkbox"/> 4
Веома лоше	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9


ЗС.2 Да ли имате било какву дуготрајну болест или дуготрајни здравствени проблем? Под дуготрајним се подразумева болест или здравствени проблем који је трајао или се очекује да ће трајати најмање шест месеци.	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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

ЗС.4 Да ли сте били ограничени најмање претходних шест месеци?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

Увод ЗС.5

Следеће питање је о здрављу Ваших зуба и десни.

ЗС.5 Како бисте описали стање Ваших зуба и десни ? Да ли је..? 

Веома добро	<input type="checkbox"/>	1
Добро	<input type="checkbox"/>	2
Осредње (ни добро ни лоше)	<input type="checkbox"/>	3
Лоше	<input type="checkbox"/>	4
Веома лоше	<input type="checkbox"/>	5
Не зна	<input type="checkbox"/>	8
Одбијање	<input type="checkbox"/>	9

ЗС.6 Колико зуба Вам недостаје (укључујући имплантате)?

Ниједан (имам све зубе)	<input type="checkbox"/>	1 → Прећи на Увод ХБ
1–5 зуба	<input type="checkbox"/>	2
6–10 зуба	<input type="checkbox"/>	3
Више од 10, али не сви зуби	<input type="checkbox"/>	4
Сви (немам ниједан зуб)	<input type="checkbox"/>	5
Не зна	<input type="checkbox"/>	8
Одбијање	<input type="checkbox"/>	9

ЗС.7 Да ли имате неку од наведених зубних надокнада?

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку врсту зубне надокнаде.

Да		1
Не		2
Не зна		8
Одбијање		9
ЗУБНА НАДОКНАДА		ЗС.7
Тотална протеза	<input type="checkbox"/>	
Парцијална протеза	<input type="checkbox"/>	
Фиксна зубна надокнада – „мост“	<input type="checkbox"/>	
Имплантат/и	<input type="checkbox"/>	

ХРОНИЧНЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА – ХБ

Увод ХБ

Ово је листа хроничних болести или стања.

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

ХБ.2 Да ли Вам је лекар рекао да имате повишени крвни притисак?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2 → Прећи на ПО.1
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на ПО.1
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на ПО.1

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

ХБ.4 Да ли сте у претходне четири недеље узимали лекове за лечење повишеног крвног притиска?	
Да, редовно	<input type="checkbox"/> 1
Да, понекад	<input type="checkbox"/> 2
Не	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

НЕЗГОДЕ И ПОВРЕДЕ – ПО

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

ФИЛТЕР 1

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


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

ОДСУСТВО С ПОСЛА (ЗБОГ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОБЛЕМА) – ОП

[ФИЛТЕР 2](#)

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

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

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

ФУНКЦИОНАЛНА ОГРАНИЧЕЊА – ФО

Увод ФО

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

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

Ако је испитаник слеп, немојте постављати питање ФО.1, обележите одговор 3 за ФО.1 и Прећи на ФО.3, осталим испитаницима поставите питање ФО.1

ФО.1 Да ли носите наочаре или контактна сочива?

Да 1

Не 2

Слеп или не види уопште 3 → Прећи на ФО.3

Не зна 8

Одбијање 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

За питања ФО.2 до ФО.9 (осим ФО.3) показати картицу 3-ФО.2,4,5,6,7,8,9 са понуђеним одговорима.

ФО.2 ако је ФО.1=1 → Да ли имате тешкоће да видите чак и када носите наочаре или контактна сочива? Да ли бисте рекли да видите...?

ако је ФО.1=2,8 или 9 → Да ли имате тешкоће са видом? Да ли бисте рекли да видите...?

Без тешкоћа 1

Уз мање тешкоће 2

Уз велике тешкоће 3

Нисам у стању 4

Не зна 8

Одбијање 9

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

Ако је испитаник глув, немојте постављати питање ФО.3. Обележите одговор 3 у ФО.3 и Прећи на ФО.6. Осталим испитаницима поставите питање ФО.3.

ФО.3 Да ли користите помагало за слух?

Да 1

Не 2

Глув или не чује уопште 3 → Прећи на ФО.6

Не зна 8

Одбијање 9

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

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

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

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

ФО.8 Да ли имате тешкоће у памћењу или концентрацији? Да ли бисте рекли да памтите или се концентришете...?	
Без тешкоћа	<input type="checkbox"/> 1
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 2
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 3
Нисам у стању	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ФО.9 Да ли имате тешкоће да гризете и жваћете чврсту храну, попут јабуке? Да ли бисте рекли да гризете и жваћете...?	
Без тешкоћа	<input type="checkbox"/> 1
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 2
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 3
Нисам у стању	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

АКТИВНОСТИ ЛИЧНЕ НЕГЕ – ЛН

[ФИЛТЕР 3](#)

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

Увод ЛН.1

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

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

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

[ФИЛТЕР 4](#)

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

Увод ЛН.2

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

ЛН.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?	
Да, за најмање једну активност	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Увод КА.1
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Увод КА.1

ЛН.3 ако је ЛН.2=1 → Да ли би Вам било потребно више помоћи? 🍄	
ако је ЛН.2=2 → Да ли би Вам била потребна помоћ? 🍄	
Да, за најмање једну активност	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

КУЋНЕ АКТИВНОСТИ – КА

Увод КА.1

Сада размислите о неким кућним активностима.

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

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

ФИЛТЕР 5

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

Увод КА.2

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

КА.2 Да ли обично имате помоћ за неку од ових активности?	
Да, за најмање једну активност	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на БО
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на БО


КА.3 ако је КА.2=1 → Да ли Вам је потребно више помоћи? 🍷	
ако је КА.2=2 → Да ли Вам је потребна помоћ? 🍷	
Да, за најмање једну активност	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

БОЛ – БО

Увод БО

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

БО.1 Да ли сте имали неке болове у току претходне четири недеље? 🍷	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Покажите картицу 6-БО.1 са понуђеним одговорима.	
Нисам	<input type="checkbox"/> 1 → Прећи на Увод МЗ
Веома благе	<input type="checkbox"/> 2
Благе	<input type="checkbox"/> 3
Умерене	<input type="checkbox"/> 4
Јакe	<input type="checkbox"/> 5
Веома јакe	<input type="checkbox"/> 6
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Увод МЗ
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Увод МЗ

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

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – МЗ

Увод МЗ

Следећа питања су о томе како сте се осећали и како су се ствари одвијале у току претходне две недеље.

На свако питање дајте одговор који је најближи ономе како сте се осећали.

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

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КБ

Увод КБ

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

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:

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

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

ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА:

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

Да	<input type="checkbox"/>	1	
Не	<input type="checkbox"/>	2	→ Прећи на КБ.3
Не зна	<input type="checkbox"/>	8	→ Прећи на КБ.3
Одбијање	<input type="checkbox"/>	9	→ Прећи на КБ.3

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

Број ноћи	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Не зна	<input type="checkbox"/>	989	
Одбијање	<input type="checkbox"/>	999	

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

Да	<input type="checkbox"/>	1	
Не	<input type="checkbox"/>	2	→ Прећи на Увод КБ.1
Не зна	<input type="checkbox"/>	8	→ Прећи на Увод КБ.1
Одбијање	<input type="checkbox"/>	9	→ Прећи на Увод КБ.1

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

Број пријема	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Не зна	<input type="checkbox"/>	989	
Одбијање	<input type="checkbox"/>	999	

КОРИШЋЕЊЕ ВАНБОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ – КВ

Увод КВ.1

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

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

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

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

ФИЛТЕР 6

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

Увод КВ.4

Следећа група питања је о посетама гинекологу.

КВ.4 Када сте последњи пут Ви лично посетили гинеколога? 🍁	
Пре мање од 12 месеци	<input type="checkbox"/> 1
Пре 12 месеци или више	<input type="checkbox"/> 2
Никада	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на Увод КВ.7
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Увод КВ.7
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Увод КВ.7

КВ.5 Колико година сте имали када сте први пут посетили гинеколога? 🍁	
	<input type="text"/> <input type="text"/> година
Не зна	<input type="checkbox"/> 98
Одбијање	<input type="checkbox"/> 99

КВ.6 Да ли имате свог гинеколога? 🍁	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
ГИНЕКОЛОГ	
	КВ.6
а. у државној здравственој установи	<input type="checkbox"/>
б. у приватној пракси	<input type="checkbox"/>

Увод КВ.7

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

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

КВ.8 Да ли имате свог стоматолога?	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од опција.	
Да	1
Не	2
Не зна	8
Одбијање	9
СТОМАТОЛОГ	КВ.8
а. у државној здравственој установи	<input type="checkbox"/>
б. у приватној пракси	<input type="checkbox"/>

Увод КВ.9

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

КВ.9 Када сте последњи пут Ви лично посетили неког лекара специјалисту?	
ПОЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Укључује и посете стоматолозима хирурзима.	
Пре мање од 12 месеци	<input type="checkbox"/> 1
Пре 12 месеци или више	<input type="checkbox"/> 2 → Прећи на КВ.11
Никада	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на КВ.11
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на КВ.11
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на КВ.11

КВ.10 У току претходне четири недеље, колико пута сте Ви лично посетили лекара специјалисту?	
ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТА	Број посета
а. у државној здравственој установи	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
б. у приватној пракси	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Не зна	<input type="checkbox"/> 98
Одбијање	<input type="checkbox"/> 99

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

Увод КВ.12

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

КВ.12 Да ли сте у претходних 12 месеци, Ви лично, користили или добили било који облик кућне неге?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

Увод КВ.13

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


КВ.13 Да ли сте у претходних 12 месеци користили услуге приватне праксе (дијагностика, лечење...)?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2 → Прећи на Увод УЛ
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Увод УЛ
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Увод УЛ


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

УПОТРЕБА ЛЕКОВА – УЛ

Увод УЛ

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


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

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

ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ – ПП

Увод ПП.1

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


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

Увод ПП.2 - ПП.4


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

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА:


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

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

Пре мање од 12 месеци	<input type="checkbox"/> 1
Пре 1–3 године	<input type="checkbox"/> 2
Пре 3–5 година	<input type="checkbox"/> 3
Пре 5 и више година	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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


Пре мање од 12 месеци	<input type="checkbox"/> 1
Пре 1–3 године	<input type="checkbox"/> 2
Пре 3–5 година	<input type="checkbox"/> 3
Пре 5 и више година	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9


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


Пре мање од 12 месеци	<input type="checkbox"/> 1
Пре 1–3 године	<input type="checkbox"/> 2
Пре 3–5 година	<input type="checkbox"/> 3
Пре 5 и више година	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

Увод ПП.5 и ПП.6

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

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

ПП.6 Да ли сте тест на голим оком невидљиву крв урадили...? 	
Самоиницијативно	<input type="checkbox"/> 1
По савету лекара	<input type="checkbox"/> 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дебелог црева	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9


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


ФИЛТЕР 7


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

Увод ПП.8 - ПП.11

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

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

ПП.9 Да ли сте на мамографију отишли...? 	
Самоиницијативно	<input type="checkbox"/> 1
По савету лекара	<input type="checkbox"/> 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака дојке	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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

ПП.11 Да ли сте Папаниколау тест урадили...? 🍀	
Самоиницијативно	<input type="checkbox"/> 1
По савету лекара	<input type="checkbox"/> 2
По позиву у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

НЕОСТВАРЕНЕ ПОТРЕБЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ – НП 🍀

Увод НП

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

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

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

НП.3 Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за неким од наведених облика здравствене заштите, али је нисте могли приуштити због финансијских разлога? 🍁

ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА: Уписати шифру одговора за сваку од врста здравствене заштите.

ИНСТРУКЦИЈА ЗА АНКЕТАРА:

Ако је спонтани одговор „не”, проверите да ли је испитанику уопште била потребна здравствена заштита или не. У случају да му није била потребна, упишите одговор „3.Није било потребе“

Да	1
Не	2
Није било потребе	3
Не зна	8
Одбијање	9
ВРСТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	НП.3
а. Медицинска здравствена заштита (прегледи, лечење, рехабилитација)	<input type="checkbox"/>
б. Стоматолошка здравствена заштита	<input type="checkbox"/>
в. Прописани лекови	<input type="checkbox"/>
г. Заштита менталног здравља (коју пружа, на пример, психолог, психотерапеут или психијатар)	<input type="checkbox"/>

МОДУЛ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

ВИСИНА И ТЕЖИНА – ВТ 🍁

Увод ВТ

Сада ћу Вас питати о Вашој висини и тежини.

ВТ.1 Колико сте високи, без обуће? у [cm] 🍁	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Не зна	<input type="checkbox"/> 998
Одбијање	<input type="checkbox"/> 999

ВТ.2 Колика је Ваша телесна тежина, без одеће и обуће? у [kg] 🍁	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Жене старости 50 година или млађе прво питајте да ли су трудне, а затим их питајте за тежину пре трудноће.	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Не зна	<input type="checkbox"/> 998
Одбијање	<input type="checkbox"/> 999


ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ – ФА

Увод ФА

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

Увод ФА.1

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

ФА.1 Када кажете да РАДИТЕ, шта од наведеног најбоље описује то што радите? Ви бисте рекли... 

ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА:

Одговор испитаника треба да се односи на главни посао. Уколико испитаник обавља више послова, треба да укључи све активности и изабере само један одговор.

Углавном седим или стојим 1

Углавним ходам или се умерено физички напрежем 2

Углавном радим тежак или физички захтеван посао 3

АНКЕТАР: Не читати одговор.


Не обављам никакав посао 4

Не зна 8

Одбијање 9

Увод ФА.2 - ФА.4

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


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

Број дана: (1 до 7) недељно

Никада не обављам такву физичку активност 0 → Прећи на ФА.4

Не зна 8

Одбијање 9

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

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

10–29 минута дневно 1

30–59 минута дневно 2

1–2 сата дневно 3

2–3 сата дневно 4

3 сата дневно или дуже 5

Не зна 8

Одбијање 9

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


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

Увод ФА.6 - ФА.8

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


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

ФА.7 У типичној недељи, колико укупно времена проведете бавећи се спортом, фитнесом или рекреацијом у слободно време? 🍀	
	<input type="text"/> : <input type="text"/> недељно сати минута
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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

Увод ФА.9


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

ФА.9 Колико времена проводите у седећем положају или заваљени током типичног дана? 	
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> дневно сати минута	
Не зна	<input type="checkbox"/> 98
Одбијање	<input type="checkbox"/> 99

ИСХРАНА – ИС

Увод ИС

Сада ћу Вас питати о навикама у исхрани.

ИС.1 Колико пута у току недеље доручкујете? 	
Свакога дана	<input type="checkbox"/> 1
Понекад	<input type="checkbox"/> 2
Никад	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ИС.2 Колико често у исхрани користите хлеб (бели, полубели, интегрални, ражани...)? 🍞	
Свакога дана	<input type="checkbox"/> 1
Понекад	<input type="checkbox"/> 2
Никад	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

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

Увод ИС.4

Следећа питања се односе на конзумирање воћа и поврћа.

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

} Прећи на ИС.6

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

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 13-ИС.5

Број порција:

Не зна 98

Одбијање 99

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

ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА:

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

Једном или више пута дневно 1

4–6 пута недељно 2

1–3 пута недељно 3

Ређе од једном недељно 4

Никада 5

Не зна 8 → Прећи на ИС.8

Одбијање 9 → Прећи на ИС.8

} Прећи на ИС.8

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

УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Показати картицу 14-ИС.7

Број порција:

Не зна 98

Одбијање 99

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

Једном или више пута дневно 1

4–6 пута недељно 2

1–3 пута недељно 3

Ређе од једном недељно 4

Никада 5


Не зна 8

Одбијање 9

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

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


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

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

ЗНАЊЕ О УТИЦАЈУ ФАКТОРА РИЗИКА – ФР


Увод ФР


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


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

Увод СП

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

СП.1 Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме? 	
Ниједна	<input type="checkbox"/> 1
1 или 2	<input type="checkbox"/> 2
3–5	<input type="checkbox"/> 3
6 или више	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9


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


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


ПРУЖАЊЕ НЕФОРМАЛНЕ НЕГЕ ИЛИ ПОМОЋИ – НН

Увод НН

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

НН.1 Да ли, најмање једном недељно, пружате негу или помажете једној или више особа које пате због проблема везаних за старост, проблема услед хроничних болести/стања или немоћи? 	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Додати: искључите пружање било које неге коју обављате у оквиру професије/плаћени сте за то.	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
} КРАЈ АНКЕТЕ	

НН.2 Да ли је та особа или су те особе неке од ових: 	
Члан(ови) Ваше породице	<input type="checkbox"/> 1
Неко други (није члан Ваше породице)	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
} КРАЈ АНКЕТЕ	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор. Уколико је укључено више различитих особа реците: „изаберите ону особу којој највише помажете“.	

НН.3 Колико сати недељно пружате негу или помоћ? 	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Саберите укупно време проведено у неговању или пружању помоћи свим људима у току једне недеље – не само лицу коме се пружа највећа брига - разлика у односу на НН.2 ако број сати варира од недеље до недеље, потребно је проценити колико је просечно време.	
Мање од 10 сати недељно	<input type="checkbox"/> 1
10–20 сати недељно	<input type="checkbox"/> 2
20 или више сати недељно	<input type="checkbox"/> 3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

КРАЈ АНКЕТЕ