



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 децу узраста 5–14 година

ДЕ1. Редни број пописног круга у узорку:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ДЕ2. Редни број домаћинства у пописном кругу:	<input type="text"/> <input type="text"/>
ДЕ3. Редни број члана домаћинства:	<input type="text"/> <input type="text"/>
ДЕ4. Дан / месец / година анкетања:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ДЕ5. Име и презиме анкетара / здравственог радника:	<input type="text"/>
ДЕ6. ИД анкетара / здравственог радника:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ДЕ7. Језик анкетања:	1. Српски 2. Мађарски

НАПОМЕНА: У свим питањима одговори као што су „не сећам се“ и „нисам сигуран“ обележавају се категоријом одговора „не зна“.

МОДУЛ ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ – ЗС

Увод ЗС

Прво ћемо разговарати о здрављу Вашег детета.

ЗС.1 Какво је [име детета] здравље у целини? 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 [име детета] има било какву дуготрајну болест или здравствени проблем? Под дуготрајним мислим на 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 је [име детета] због неког здравственог проблема ограничен/а у обављању активности које обично раде друга деца истог узраста? Да ли бисте рекли да је...?	
Озбиљно ограничен/а	<input type="checkbox"/> 1
Ограничен/а, али не озбиљно	<input type="checkbox"/> 2
Није уопште ограничен/а	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на ПО.1
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ЗС.4 Да ли је [име детета] ограничен/а најмање у претходних шест месеци?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

НЕЗГОДЕ И ПОВРЕДЕ – ПО

ПО.1 Да ли је [име детета] у претходних 12 месеци имао/ла неку од наведених врста незгода која је довела до повређивања?	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Повреде које су настале као последица тровања или су нанете од стране животиња или инсеката се, такође, рачунају. Повреде које су нанете намерно од стране других особа и/или су настале услед самоповређивања се не рачунају.	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Уписати 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 у школи/предшколској установи	<input type="checkbox"/>
в. Незгода код куће	<input type="checkbox"/>
г. Незгода у слободно време	<input type="checkbox"/>

ФИЛТЕР

Анкетар: Следеће питање (ПО.2) треба поставити само за децу чије су незгоде узроковале повреде (шифра 1 у ПО.1а или ПО.1б или ПО.1в или ПО.1г)

ПО.2 Да ли је [име детета] била потребна медицинска помоћ због ове/ових незгода?	
ОБЈАШЊЕЊЕ ЗА АНКЕТАРА: Ако се одиграла више него једна незгода било које врсте, питање се односи на ону која је била најозбиљнија (ону за који је пружен најозбиљнији третман).	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: Дозвољен је само један одговор.	
Да, примљен/а је у болницу или неку другу здравствену установу и задржан/а преко ноћи	<input type="checkbox"/> 1
Да, примљен/а је у болницу или неку другу здравствену установу, али није задржан/а 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

ФУНКЦИОНАЛНА ОГРАНИЧЕЊА – ФО

Увод ФО

Сада ћу вам поставити још неколико питања о општем физичком здрављу детета. Ова питања се баве способношћу детета да обавља различите основне активности. Молим Вас да занемарите било какве привремене проблеме.

ФО.1 Да ли [име детета] носи наочаре или контактна сочива?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Дете је слепо, уопште не види	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на ФО.3
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ФО.2, ФО.4 и ФО.8 показати картицу 3-ФО.2,4,5,6,7,8,9 са понуђеним одговорима.	

ФО.2 ако је ФО.1=1 → Да ли [име детета] има тешкоће са видом чак и када носи наочаре или контактна сочива? Да ли бисте рекли да види...?	
ако је ФО.1=2 → Да ли [име детета] има тешкоће са видом? Да ли бисте рекли да види...?	
Без тешкоћа	<input type="checkbox"/> 1
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 2
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 3
Није у стању	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ФО.3 Да ли [име детета] користи помагало за слух?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Дете је глуво, уопште не чује	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на ФО.5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

Ф0.4 ако је Ф0.3=1 → Да ли [име детета] има тешкоће да чује звуке попут разговора или музике, чак и када користи помагало за слух? Да ли бисте рекли да чује...?	
ако је Ф0.3=2 → Да ли [име детета] има тешкоће да чује звуке попут разговора или музике? Да ли бисте рекли да чује...?	
Без тешкоћа	<input type="checkbox"/> 1
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 2
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 3
Није у стању	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
Ф0.5 Да ли је систематским прегледом [име детета] утврђено да има деформитете кичме?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
Ф0.6 Да ли је систематским прегледом [име детета] утврђено да има равне табане?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9
Ф0.7 Да ли [име детета] користи било каква помагала или помоћ при ходању?	
Да	<input type="checkbox"/> 1
Не	<input type="checkbox"/> 2 → Прећи на Ф0.9
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Ф0.9
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Ф0.9
Ф0.8 Да ли [име детета] има тешкоће да хода без коришћења помагала или нечије помоћи? Да ли бисте рекли да хода...?	
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 1 → Прећи на Увод ВТ
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 2 → Прећи на Увод ВТ
Није у стању	<input type="checkbox"/> 3 → Прећи на Увод ВТ
Не зна	<input type="checkbox"/> 8 → Прећи на Увод ВТ
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9 → Прећи на Увод ВТ

ФО.9 Да ли [име детета], у поређењу са децом истог узраста, има тешкоће да пређе пешке 100 метара по равном? Да ли бисте рекли да може прећи 100 метара...?	
Без тешкоћа	<input type="checkbox"/> 1
Уз мање тешкоће	<input type="checkbox"/> 2
Уз велике тешкоће	<input type="checkbox"/> 3
Није у стању	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

МОДУЛ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА

ВИСИНА И ТЕЖИНА – ВТ

Увод ВТ

Сада ћу Вас питати о висини и тежини детета.

ВТ.1 Колико је [име детета] висок/а без обуће?	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Не зна	<input type="checkbox"/> 998
Одбијање	<input type="checkbox"/> 999

ВТ.2 Колико је [име детета] тежак/шка без одеће и обуће?	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Не зна	<input type="checkbox"/> 998
Одбијање	<input type="checkbox"/> 999

ИСХРАНА – ИС

Увод у ИС

Следећа питања се односе на исхрану деце.

ИС.1 Колико пута недељно [име детета] доручкује?	
Сваки дан	<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 [име детета] пије млеко и/или млечне производе (јогурт, кисело млеко, белу кафу или какао)?	
Сваки дан по две или више шоља	<input type="checkbox"/> 1
Сваки дан по једну шољу	<input type="checkbox"/> 2
Понекад, не сваки дан	<input type="checkbox"/> 3
Никад	<input type="checkbox"/> 4
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ИС.3 Колико често [име детета] једе 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.	
УПУТСТВО ЗА АНКЕТАРА: За питања ИС.3, ИС.4 и ИС.5 показати картицу 12-ИС.3,4,6,8,9,10 са понуђеним одговорима.	
Једном и више пута дневно	<input type="checkbox"/> 1
4–6 пута недељно	<input type="checkbox"/> 2
1–3 пута недељно	<input type="checkbox"/> 3
Мање од једном недељно	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ИС.4 Колико често [име детета] једе 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 и више пута дневно	<input type="checkbox"/> 1
4–6 пута недељно	<input type="checkbox"/> 2
1–3 пута недељно	<input type="checkbox"/> 3
Мање од једном недељно	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ИС.5 Колико често [име детета] пије 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 и више пута дневно	<input type="checkbox"/> 1
4–6 пута недељно	<input type="checkbox"/> 2
1–3 пута недељно	<input type="checkbox"/> 3
Мање од једном недељно	<input type="checkbox"/> 4
Никада	<input type="checkbox"/> 5
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ / ВЕЖБАЊЕ – ФА

Увод ФА

На крају ћу Вас питати о времену које [име детета] проводи у спортској, фитнес или рекреативној активности у типичној недељи ВАН ШКОЛЕ/ПРЕДШКОЛСКИХ АКТИВНОСТИ. Молим Вас да одговорите на ова питања иако не сматрате да је [име детета] физички активно дете.

ФА.1 У типичној недељи, колико дана се [име детета] бави спортом, фитнесом или рекреативним физичким активностима (у слободне време) ван школских часова при којима се задише или озноји?	
Број дана:	<input type="checkbox"/>
Никада не обавља такву физичку активност	<input type="checkbox"/> 0 → Крај анкете
Не зна	<input type="checkbox"/> 8
Одбијање	<input type="checkbox"/> 9

ФА.2 У типичној недељи колико сати [име детета] проводи у бављењу спортом, фитнесом или рекреативним активностима (у слободно време)?	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> недељно сати минути
Не зна	<input type="checkbox"/> 98
Одбијање	<input type="checkbox"/> 99

КРАЈ АНКЕТЕ