

САМОПРОЦЕЊЕНО ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И ВОДЕЋИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ РАСЕЉЕНИХ ЛИЦА ИЗ КОЛЕКТИВНИХ ЦЕНТРА СЕВЕРНОГ КОСОВА И МЕТОHIЈЕ

Ђурић С.¹, Башић С.¹, Мирковић М.¹, Радосављевић Б.²

¹Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Здравствени центар, Косовска Митровица

SELF-EVALUATED HEALTH CONDITION AND LEADING HEALTH PROBLEMS OF THE REFUGEES FROM THE REFUGE CAMPS IN THE NORTH KOSOVO AND METOHİJA

Ђурић С.¹, Башић С.¹, Мирковић М.¹, Радосављевић Б.²

¹Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

²Health center, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Evaluation of population health condition is a basic mode of collecting health condition and health needs data of a population. Evaluation of population health condition is a base of contemporary health care and health service as well as health improvement and further health system development. In order to gain information on all (physical, psychological and social) health aspects, one has to go beyond health care system and consider objective health condition indicators gained by routine health statistics along with subjective information for creation an image of health condition, that is to say data collected from citizens themselves. This is significantly important when health condition data are sparse, as this is the case with health marginalized groups such as refugees and displaced persons. Value of data collected in this way is in the fact that they refer to determinants defining health, such as social-economical status, life style, education, employment, quality and availability of health care. The aims of this research is to establish how refugees, housed in refuge camps in the North Kosovo and Metohija, evaluate their health and what are the most common health problems of this population. The research was undertaken as a study of a standard representative sample of the adult refugees housed in the refuge camps in the North Kosovo and Metohija. It involved 109 surveyed people. The questionnaire, used for Health Examination in the Republic of Serbia adapted to local conditions, was utilized as a research instrument. The data were processed by descriptive statistics methods and χ^2 test was used in the means of data analyzing. More than a half of the surveyed (55.1%) answered that their health condition was good and very good. There is a great difference in health self-evaluating regarding age, marital status, education, the year when they arrived to current domicile. Less than two thirds (65.2%) of the surveyed in the refuge camps in North Kosovo and Metohija claimed that they suffer from some mentioned chronic illnesses.

Key words: self-evaluating health condition; health problems; internally displaced persons (refugees)

САЖЕТАК

Основни начин прикупљања података о здравственом стању и здравственим потребама становништва је процена здравственог стања популације. Процена здравственог стања становништва је основ савременог планирања здравствене заштите и здравствене службе, као и унапређења здравља и даљег развоја здравственог система. Како би се добиле информације о свим (физичким, психолошким и социјалним) аспектима здравља, треба заћи и изван система здравствене заштите и поред објективних показатеља здравственог стања, добијених рутинском здравственом статистиком, узети у обзир и субјективне информације за стварање слике о здравственом стању, односно податке добијене од самих грађана. То је нарочито значајно када су подаци о здравственом стању оскудни, као што је случај са здрављем маргинализованих група као што су избеглице и расељена лица. Вредност овако добијених података садржана је у чињеници да се односе на детерминанте које одређују здравље, као што су социјално-економски статус, стил живота, образовање, запосленост, квалитет и доступност здравствене службе. Циљеви овог рада били су да се утврди како расељена лица смештена у колективним центрима на северу Косова и Метохије процењују своје здравље и да се утврди који су најчешћи здравствени проблеми ове популације. Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку одраслих расељених лица из колективних центара северног Косова и Метохије. Истраживањем је обухваћено 109 испитаника. Као инструмент истраживања коришћен је упитник који се користио у Испитивању здравља Републике Србије прилагођен локалним условима. Подаци су обрађени методама дескриптивне статистике а у сврху анализе података коришћен је хи-квадрат тест. Нешто више од половине испитаника (55,1%) је одговорило да је њихово здравље добро или веома добро. Значајна разлика у самопроцени здравља постоји у односу на старост, брачно стање, образовање, годину доласка у садашње место боравка. Нешто

мање од две трећине (65,2%) испитаника у колективним центрима северног Косова и Метохије се изјаснило да болује неко од наведених хроничних обољења.

Кључне речи: самопроцењено здравствено стање; здравствени проблеми; интерно расељена лица

УВОД

Основни начин прикупљања података о здравственом стању и здравственим потребама становништва је процена здравственог стања популације (1). Процена здравственог стања становништва је основ савременог планирања здравствене заштите и здравствене службе, као и унапређења здравља и даљег развоја здравственог система. Она се може вршити на основу података рутинске здравствене статистике, који у том смислу нису довољни. Бројни индикатори који се израчунавају на овај начин су много више прилагођени потребама куративних, него здравствено-промотивних и превентивних мера. Будући да се реална слика о здравственом стању становништва не може добити искључиво на основу података рутинске здравствене статистике неопходно је заћи и изван система здравствене заштите и поред објективних показатеља здравственог стања, узети у обзир и субјективне информације за стварање слике о здравственом стању, односно податке добијене од самих грађана. Тражењем веза између објективних и субјективних здравствених индикатора откривено је да, у зависности од природе симптома и дијагнозе, индивидуалац може добро да пружи информације свом здравственом стању и поуздано опише симптоме и дијагнозу у складу са клиничким информацијама (2). У том погледу нарочито важан метод је истраживање здравља интервјуом, путем посебно дизајнираних упитника, односно анкетирањем репрезентативног узорка становништва. Вредност овако добијених података садржана је у чињеници да се односе на детерминанте које одређују здравље, као што су социјално-економски статус, стил живота, образовање, запосленост, квалитет и доступност здравствене службе. Самопроцењено здравствено стање је генерално прихваћено од стране истраживача као поуздан показатељ здравственог стања (3). Установљено је да је самопроцењено здравствено стање снажан предиктор оболевања, функционалног капацитета и нарочито независан предиктор смртности (4-8). Метаанализа Идлера и Бењаминија (9) показала је да у 23 од 27 студија самопроцењено здравствено стање поуздано предвиђа преживљавање, односно животни век. Такође, истраживањима је утврђено да може да послужи и као предиктор опадања функционалних активности (10-12) и коришћења службе здравствене (13-15). Разумевање повезаности самопроцењеног здравственог стања са детерминантама здравља може помоћи здравственим професионалцима да прилагоде здравствено-промотивне и превентивне активности у складу са потребама популације (16).

По међународном праву избеглице су људи који су присиљени да напусте своју домовину из страха од прогона на основу одређених, ограничених основа (првенствено оружаних сукоба или пак природних катастрофа). Расељена лица су људи који су напустили своје

домове како би избегли прогон, али су остали у оквиру своје домовине (17). Особа која полази у расељеништво напушта своју кућу, посао, социјално окружење у којем је живела, пријатеље, рођаке па и чланове уже породице. До тренутка када нађе уточиште у новој средини особа је најчешће већ била изложена различитим стресовима и пролазила кроз искуства која укључују претњу по властити живот или живот блиских људи, или је пак посматрала патњу других особа. Све то несумњиво може оставити негативне последице на људско здравље. Поред тога треба имати у виду да термин расељено лице подразумева врло хетерогену групу становништва која се разликује како по својим примарним карактеристикама, тако и по стресогеним доживљајима кроз које је прошла и субјективне реакције на њих (18). Такође, расељеништво посредно утиче на здравље појединца интензивирањем фактора као што су: слабо здравље и исхрана у неонаталном периоду, малнутриција у детињству, запостављање или неадекватна стимулација деча. Особе могу бити посебно осетљиве на негативне догађаје у расељеништву, као што су егзистенцијални проблеми и питање становања, и то не због својих индивидуалних карактеристика него због ситуације у којој се налазе. Између посттрауматске патологије, која доводи до слабије способности за прилагођавање, и лоших социјалних услова у колективним центрима ствара се „зачарани круг“ јер се показало да су виши нивои посттрауматских симптома били повезани са лошим условима становања, приметном незапошљеношћу, социјалном изолацијом и високом зависношћу од социјалне помоћи (19). Услед свакодневне борбе за преживљавањем ови људи не могу себи да допусте "луксуз" те да се бржно односе према свом здрављу, да га чувају и правовремено адекватно реагују на ране симптоме болести.

Бројне студије су показале повезаност између ратних, трауматских догађаја и психијатријских поремећаја, а та веза је посебно значајна код лица које су доживеле неки облик насиља или мучења (20). У последњих 15 година вршена су испитивања здравља и код оних становника који су претрпели различите несреће и катастрофе: цунами (21), земљотресе (22), урагане (23), технолошке несреће (24), пожаре (25) и експлозије (26). Међутим, ретка су истраживања овог типа у којима се испитивало и самопроцењено здравствено стање. Тако су Crighona и сарадници (27) испитивали самопроцењено здравствено стање код становника који живе у области Аралског мора које је погођено великом загађеношћу земље и ваздуха. Ahmad и сарадници (28) су истраживали самопроцену здравственог стања у Пакистану, који је, поред тога што се карактерише изузетно лошим показатељима здравственог стања становника (29), и често поприште оружаних сукоба. Откако је избеглиштво постало наша реалност и неодвојиви део слике нашег поратног друштва није спроведен значајнији број истраживања здравља маргинализованих група као што

су избеглице и расељена лица. У том циљу током новембра и децембра месеца 1999. године у сарадњи UNHCR-а и Новосадског хуманитарног центра, на територији Војводине реализован је Пројекат процене здравља избеглица смештених у колективним центрима у Војводини. Као полазни метод за евалуацију здравственог стања избеглих и расељених лица коришћена је "брза процена здравственог стања" на основу следећих индикатора: здравствени и демографски, социјално-економски, хигијенско-епидемиолошки индикатори, индикатори доступности и квалитета рада здравствене службе (38). У оквиру процене квалитета хране која је као помоћ допремљена избеглицима, Светска здравствена организација и UNICEF су у лето 1998. године промовисали извештај о здрављу и исхрани избеглица. Истраживање је спроведено у циљу анализе здравственог стања и стања исхране као и потреба избеглица везаних за исхрану, упоређујући оне који живе у колективним центрима и оних у приватном смештају (39). Институт за заштиту здравља Србије „Милан Јовановић Батут“ у сарадњи са регионалним институтима за јавно здравље ће учествовати у припреми и извођењу још једног истраживања под називом „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствених служби у 2000. години“. У оквиру ове студије дефинисана су два главна циља: први да се објаве суштинске чињенице о здравственом стању становништва, и други да се одреди група здравствених показатеља који ће одредити будући пут развоја. Основна група било је целокупно становништво Србије. Идентификоване су следеће подгрупе: 1. одрасли од по 20 година и више, 2. избеглице – особе које су дошле из бивших република Југославије после 1991. године, и интерно расељена лица – становништво са Косова и Метохије које је дошло у Србију након 1999. године (41). Из наведеног произилази да постоји мали број истраживања која испитују самопроцењено здравствено стање и водеће здравствене проблеме становника који живе на угроженим подручјима. Овај рад управо представља допринос попуњавању те празнине и односи се на самопроцењено здравствено стање и водеће здравствене проблеме расељених лица из колективних центара северног Косова и Метохије.

Подручје северног Косова и Метохије простира се на површини од 997,44 km² и обухвата четири општине: Северну Косовску Митровицу, Звечан, Зубин Поток и општину Лепосавић. Овај ентитет представља део територије покрајине Косова и Метохија, која се након НАТО агресије на тадашњу Савезну Републику Југославију јуна 1999. године налази под привременом управом Уједињених нација. Територију северног Косова и Метохије насељава претежно српско становништво. Према подацима којима располаже организација Црвеног крста Косовске Митровице на територији северног Косова и Метохије са енклавама (села Свињаре и Суви До), живи укупно 68 000 становника. Број расељених лица до 17. марта 2004. године на територији читавог Косова и Метохије износио је 24 514 лица. Након 17. марта 2004. године број интерно расељених лица на истој територији је повећан за 2 092 лица. На овој територији постоји 27 колективних центара у којима је смештено 2 073 избеглих и интерно расељених лица.

Циљеви овог рада били су да се утврди како расељена лица која су смештена у колективним центрима на северу Косова и Метохије процењују своје здравље и да се утврди који су најчешћи здравствени проблеми расељених лица из поменутих колективних центара.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

Подаци потичу из истраживања „Процена здравственог стања и здравствених потреба расељених лица смештених у колективним центрима на северу Косова и Метохије“, које је спровео аутор за потребе свог магистарског рада. Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку одраслих (старијих од 18 година) расељених лица која живе у колективним центрима на територији северног Косова и Метохије у 2008. години.

Као извор за стварање узорка послужио је списак расељених лица којим располаже организација Црвеног крста Косовске Митровице. На северном Косову и Метохији од 1999. године живи укупно 16 229 расељених лица. Након 17. марта 2004. године овај број је повећан за још 942 лица. Од овог броја у 18 колективних центара северног Косова и Метохије смештено је укупно 1 550 лица. У општини Косовска Митровица у четири колективна центра смештено је 600 лица, општини Звечан у пет колективних центара 500 лица, општини Лепосавић у девет колективних центара 450 лица док у општини Зубин Поток не постоје колективни центри. Од укупног броја расељених лица у узорак је ушло 7 % интерно расељених лица што укупно износи 109 лица. До овог броја дошли смо на основу искуства из два испитивања здравља која су рађена у Србији без Косова и Метохије 2000. и 2006. године (35) (36). С обзиром да постоји овакав извор за стварање узорка, узорак ће бити биран по принципима вероватноће - случајни односно систематски узорак. За сваки колективни центар одређен је број испитаника који треба анкетирати (7% од укупног броја) а потом се методом случајног избора од укупног броја домаћинства интерно расељених лица који живе у одређеном колективном центру изабрана домаћинства која су анкетирана. Анкетирање у једном колективном центру би се завршило када је анкетиран онолики број испитаника који је претходно одређен.

Као инструмент истраживања за прикупљање података коришћен је упитник који се састоји од 62 питања. Као основа за састављање упитника користио је упитник СЗО за испитивање здравља (25). Овај упитник је коришћен у Испитивању здравља становника Србије у 2006. години, када је испитивана његова поузданост (26).

Анкетирање је спроводио сам аутор уз повремену помоћ својих пријатеља, методом "лицем у лице". Пре почетка истраживања обављено је следеће: упознавање испитаника са циљевима студије, мотивисање испитаника за сарадњу, као и предтестирање како би се утврдило да ли испитаници схватају питања у упитнику, да ли су нека нејасно формулисана, и да се утврди колико је времена, просечно, потребно за испуњавање упитника. Предтестирањем је обухваћено 10 испитаника. За сва питања испитаници су се изјаснили да их схватају и да су јасно формулисана.

Анкетирање је обављено у 18 колективних центара (4 у Косовској Митровици, 5 у Звечану и 9 у Лепосавићу). Број испитаника одређен је тако што је у сваком колективном центру испитано око 7% од укупног броја расељених лица који живе у том објекту.

Анкетиране су особе које су старије од 18 година. Упитник за домаћинство попуњавао је, најчешће, најстарији мушкарац а ако су у питању била домаћинства у којима је мушки брачни партнер преминуо или су у питању биле разведене мајке, онда су оне попуњавале овај упитник. Упитник су попуњавали лично испитаници или је анкетар читао питања и бележио одговоре. Уколико неко од пунолетних укућана није био присутан анкетар је понављао посете у договорено време.

Методe статистичке анализе

База података је прављена у програму excel, а за статистичку обраду коришћен је програм SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Значајност разлике одговора о самопроцењеном здравственом стању и повишеном крвном притиску (као најзаступљенијем хроничном обољењу) испитивана је у односу на демографске и социо-економске карактеристике помоћу χ^2 теста са нивоом значајности 0,05. На питање о старости испитаници су се изјашњавали о навршеним годинама живота, а приликом приказа резултата и извршених анализа извршена је трансформација у три категорије: млађе радноактивно становништво (од 18. до 44. године

живота), старије радноактивно становништво (од 45. до 64. године живота) и старо становништво (65 и више година живота). Трансформација је вршена и код питања о години доласка у садашње место боравка (пре 1999. године, од 1999. до 2001. године, од 2002. до 2004. године и после 2004. године).

РЕЗУЛТАТИ

Готово половина испитаника (45,9%) је одговорила да је њихово здравље добро, док није било оних који су своје здравствено стање оценили као веома лоше. Своје здравствено стање као добро проценио је значајно већи део млађих радноактивних испитаника ($\chi^2=66,166$; $df=6$; $p<0,05$), нежењених/неудатих ($\chi^2=74,591$; $df=9$; $p<0,05$), испитаника без деце ($\chi^2=39,799$; $df=15$; $p<0,05$), испитаника који у садашње место боравка долазе у периоду након 2004. године ($\chi^2=16,495$; $df=6$; $p<0,05$), као и оних са вишим и високим образовањем ($\chi^2=47,484$; $df=9$; $p<0,05$) (Табела 1). Да је њихово здравствено стање лоше проценио је значајно већи део старих испитаника, удоваца/удовица, испитаника са четворо и петоро деце, испитаника који у садашње место боравка долазе у периоду од 2002. до 2004. године, као и оних са основним образовањем и већи део пензионера.

Међу интерно расељеним лицима из колективних центара северног Косова и Метохије 65,2% се изјаснило да има једну или више од наведених 17 хроничних масовних незаразних болести. Најзаступљеније

Табела 1. Самопроцењено здравствено стање у односу на старост, брачно стање, број деце, годину доласка, образовање.

Варијабле Категорије		Самопроцењено здравствено стање											
		Веома лоше		Лоше.		Осредње		Добро		Веома добро		Укупно	
Варијабле	Категорије	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Старост	18-44	0	0.0	0	0.0	7	12.3	40	70.2	10	17.5	57	100.0
	45-64	0	0.0	11	26.8	22	53.7	8	19.5	0	0.0	41	100.0
	65+	0	0.0	7	63.6	2	18.2	2	18.2	0	0.0	11	100.0
Брачно стање	Ожењен/удата	0	0.0	4	8.3	20	41.7	24	50.0	0	0.0	48	100.0
	Неожењен/неудата	0	0.0	0	0.0	5	12.8	24	61.5	10	25.6	39	100.0
	Разведен/на	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	4	100.0
	Удовац/ица	0	0.0	12	66.7	6	33.3	0	0.0	0	0.0	18	100.0
Број деце	Без деце	0	0.0	0	0.0	5	14.3	22	62.9	8	22.9	35	100.0
	Једно	0	0.0	2	20.0	4	40.0	4	40.0	0	0	10	100.0
	Двоје	0	0.0	8	23.5	12	35.3	12	35.3	2	5.9	34	100.0
	Троје	0	0.0	2	11.1	6	33.3	10	55.6	0	0	18	100.0
	Четворо	0	0.0	4	50.0	4	50.0	0	0.0	0	0	8	100.0
	Петоро	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	0	0	4	100.0
Година доласка	Пре 1999.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0
	Од 1999. до 2001.	0	0.0	15	16.7	31	34.4	34	37.8	10	11.1	90	100.0
	Од 2002. до 2004.	0	0.0	3	17.6	0	0.0	14	82.4	0	0.0	17	100.0
	Након 2004.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100	0	0.0	2	100.0
Степен образовања	Без и непотп. ОШ	0	0.0	8	50.0	4	25.0	2	12.5	2	12.5	16	100.0
	Основна школа	0	0.0	8	57.1	4	28.6	2	14.3	0	0.0	14	100.0
	Средња школа	0	0.0	2	2.9	20	29.4	38	55.9	8	11.8	68	100.0
	Виша и висока	0	0.0	0	0.0	3	27.3	8	72.7	0	0.0	11	100.0

Табела 2. Дистрибуција одговора о хроничним обољењима.

Хронично обољење или стање	Не		Откривено али није лечено		Откривено и лечено		Укупно	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
- Туберкулоза	109	100.0	0	0.0	0	0.0	109	100.0
- Срчана слабост	94	86.2	0	0.0	15	13.8	109	100.0
- Инфаркт миокарда	108	99.1	0	0.0	1	0.9	109	100.0
- Ангина пекторис	105	96.3	0	0.0	4	3.7	109	100.0
- Повишен крв. притисак	87	79.8	0	0.0	22	20.2	109	100.0
- Хронични бронхитис.емфизен	106	97.2	0	0.0	3	2.8	109	100.0
- Бронхијална астма	109	100.0	0	0.0	0	0.0	109	100.0
- Психички поремећаји	109	100.0	0	0.0	0	0.0	109	100.0
- Реуматолошка обољења	89	81.7	8	7.3	12	11.0	109	100.0
- Бол у леђима	87	79.8	12	11.0	10	9.2	109	100.0
- Повишен шећер у крви	96	88.1	0	0.0	13	11.9	109	100.0
- Масноће у крви	98	89.9	0	0.0	11	10.1	109	100.0
- Обољења бубрега	105	96.3	2	1.8	2	1.8	109	100.0
- Чир дванаестопалачн. црева. и желуца	106	97.2	0	0.0	3	2.8	109	100.0
- Обољења жучне кесе	100	91.7	5	4.6	4	3.7	109	100.0
- Малигна обољења	106	97.2	0	0.0	3	2.8	109	100.0
- Анемија	104	95.4	0	0.0	5	4.6	109	100.0
- Остало	101	92.7	4	3.7	4	3.7	109	100.0

Табела 3. Дистрибуција одговора о обољелима од повишеног крвног притиска.

Варијабле	Категорије	Учесталост високог крвног притиска								
		Не		Откр. али нелечено		Откривено и лечено		Укупно		
		Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Старост	18-44	51	89.5	0	0.0	6	10.5	57	100.0	
	45-64	27	65.9	0	0.0	14	34.1	41	100.0	
	65+	9	81.8	0	0.0	2	18.2	11	100.0	
Брачно стање	Ожењен/удата	32	66.7	0	0.0	16	33.3	48	100.0	
	Неожењен/неудата	39	100.0	0	0.0	0	0.0	39	100.0	
	Разведен/на	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	
	Удовац/ица	12	66.7	0	0.0	6	33.3	18	100.0	
Број деце	Без деце	35	100.0	0	0.0	0	0.0	35	100.0	
	Једно	8	80.0	0	0.0	2	20.0	10	100.0	
	Двоје	24	70.6	0	0.0	10	29.4	34	100.0	
	Троје	10	55.6	0	0.0	8	44.4	18	100.0	
	Четворо	6	75.0	0	0.0	2	25.0	8	100.0	
Петоро	Петоро	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	
	Степен образовања	Без и непотп. ОШ	16	100.0	0	0.0	0	0.0	16	100.0
		Основна школа	6	42.9	0	0.0	8	57.1	14	100.0
		Средња школа	54	79.4	0	0.0	14	20.6	68	100.0
Виша и висока		11	100.0	0	0.0	0	0.0	11	100.0	

обољење у испитиваној популацији је висок крвни притисак. Од овог обољења болује 20,2% испитаника. Висок проценат испитаника (19,2%) има проблема са болом у леђима. Од реуматолошких обољења зглобова болује 18,3% испитаника. Дијагностиковану срчану слабост има 13,8% испитаника, док је повишен шећер у крви дијагностикован код 11,9% испитаника (Табела 2).

Повишен крвни притисак, као најзаступљеније обољење, значајно чешће је откривен код старијих рад-

ноактивних испитаника ($\chi^2=8,289$; $df=2$; $p<0,05$), ожењених/удатих као и удоваца/удовица ($\chi^2=17,958$; $df=3$; $p<0,05$), затим испитаника са троје деце ($\chi^2=18,351$; $df=5$; $p<0,05$) и испитаника са завршеном основном школом ($\chi^2=18,706$; $df=3$; $p<0,05$) (Табела 3).

ДИСКУСИЈА

Највећи део испитаника обухваћених нашим истраживањем (55,1%) своје здравље проценило је као

добро или veoma dobro. Slični rezultati su dobiđeni i ispitivaњem zdravља stanovnika severne Kosovske Mitroviце (37) где је, такође, највећи део испитаника (54,7) своје здравље проценило као добро или veoma dobro ($\chi^2=0,003$; $df=1$; $P=0,9586$). Међутим, реч је о нешто већој популацији наших испитаника а у односу на број испитаника из Србије без података за Косово и Метохију (47,0%) ($\chi^2=2,499$; $df=1$; $P=0,1139$) (36). Такође, готово је исти број наших испитаника (28,4%) и испитаника из северне Kosovske Mitroviце (29,2%) који своје здравље оцењују као осредње ($\chi^2=0,001$; $df=1$; $P=0,9701$), а што је мање у односу на испитанике из Србије без података за Косово и Метохију (37,1%) ($\chi^2= 3,119$; $df=1$; $P=0,0774$). С обзиром да се ради о субјективној процени сопственог здравља треба напоменути да се схватање здравља разликује од особе до особе, тј. не постоји скала у којој су јасно одређене и прецизно дефинисане границе између појединих њених вредности. Како наши испитаници живе у јако лошим условима, тешкој материјалној ситуацији, у сталној опасности од могућих нових и са траумама из претходних сукоба, као и са потпуном неизвесношћу око своје даље судбине, здравље за њих нема једнаку вредност као што има за становнике осталог дела Србије. Објашњавајући ову разлику, сигурно, треба узети у обзир и старосну структуру испитаника. Наиме, чињеница је да старији испитаници своје здравље најчешће описују као лоше или veoma лоше, док млађи чешће описују као добро или veoma добро (23). Ако узмемо у обзир ову тврдњу и чињеницу да су наши испитаници млађи у односу на испитанике Србије без података за Косово и Метохију, насталу разлику лако можемо објаснити. Даље, познато је да демографске особине и социјални статус испитаника могу да утичу на знања и ставове уопште, а посебно према здрављу (24). Социо-економски фактори, као што су образовање, занимање, запосленост као и различити стилови живота, такође, имају директан или индиректан ефекат на здравље (2).

Међу испитаницима, интерно расељеним лицима смештених у колективним центрима северног Косова и Метохије висок проценат (65,1%) се изјаснио да има једно или више од наведених хроничних обољења. То је већа пропорција у односу на испитанике северне Kosovske Mitroviце (60,7%) ($\chi^2=0,504$; $df=1$; $P=0,4775$) односно испитанике из Србије без података за Косово и Метохију (55,9%) ($\chi^2= 3,380$; $df=1$; $P=0,0660$). Међутим, оно што даје значај овој разлици је то да су наши испитаници значајно млађи од испитаника из Србије (без података за Косово и Метохију), али су ипак у значајно већем проценту потврдно одговорили на постављено питање о постојању неког од хроничних обољења. Највећи проценат наших испитаника болује од високог крвног притиска. Међутим, ово патолошко стање присутно је код мањег дела наших испитаника (20,2%) у односу на пропорцију испитаника из северне Kosovske Mitroviце (26,1%) ($\chi^2=1,230$; $df=1$; $P=0,2674$) и Србије без података за Косово и Метохију (23,1%) ($\chi^2=0,366$; $df=1$; $P=0,5452$). Статистички значајна разлика не постоји ни у случају реуматолошких обољења која су у нашој популацији заступљена са 18,3% што је нешто више у од-

носу на испитанике из северне Kosovske Mitroviце (17,6%) ($\chi^2=0,001$; $df=1$; $P= 0,9770$) и Србије без података за Косово и Метохију (16,8%) ($\chi^2= 0,092$; $df=1$; $P= 0,7615$). Са друге стране, наши испитаници болују од срчане слабости (13,8%) у изузетно већем проценту у односу на пропорцију испитаника из северне Kosovske Mitroviце (5,9%) ($\chi^2= 5,695$; $df=1$; $P=0,0170$). Такође, повишен шећер у крви дијагностикован је код значајно већег дела наших испитаника (11,9%) у односу на испитанике из северне Kosovske Mitroviце (2,8%) ($\chi^2=11,947$; $df=1$; $P=0,0005$). У анализирању ових резултата треба поћи од етиолошких фактора, односно фактора ризика за настанак ових обољења. Не треба заборавити да лоши социо-економски фактори, првенствено лоши услови становања, тешко материјално стање као и нестабилна политичко-безбедоносна ситуација и стрес који су преживели и којем су изложени у значајној мери доприносе настанку поменутих болести.

ЗАКЉУЧЦИ

1. Више од половине (55,1%) интерно расељених лица из колективних центара северног Косова и Метохије своје здравље процењује као добро или veoma добро. Млађи радноактивни испитаници са вишим или високим образовањем који су неочењени/неудате, као и испитаници који немају деце и они који су у садашње место боравка дошли у периоду од 2002. до 2004. године своје здравствено стање значајно чешће процењују као добро или veoma добро.

2. Нешто мање од две трећине (65,2%) испитаника у колективним центрима северног Косова и Метохије се изјаснило да болује неко од наведених хроничних обољења. Водећи здравствени проблеми испитиване популације што се тиче хроничних масовних незаразних обољења су: повишен крвни притисак, бол у леђима, реуматолошка обољења, срчана слабост и повишен шећер у крви. Висок крвни притисак, као најзаступљенија хронична масовна незаразна болест, значајно је чешће откривен код старих радноактивних испитаника, ожењених/удатих односно удоваца/удовица, затим испитаника са троје деце и оних који су завршили основну школу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Simić, S. Procena zdravstvenog stanja stanovništva, u: Cucić, V. (ur.), *Socijalna medicina*, Beograd: Savremena administracija, 2000; str. 76-96.
2. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: Nosikov A., Gudex C., ed. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, Biomedical and Health Research, 2003., 57: p. 1-11 Available from URL: <http://euro.who.int/document/HIS/004Chapt01.pdf>
3. Okosun IS, Choi S, Matamoros T, Dever GE. Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Prev Med* 2001;32:429-36
4. Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing* 2006;3:193-206.

5. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health - mortality relationship. *Gerontologist* 2003; 43: 387-395.
6. Idler EL. Discussion: Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two gender. *Gerontologist* 2003;43:372-375
7. Ford J, Spallek M, Dobson A. Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. *Age Ageing* 2008;37:194-200
8. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:836-40
9. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:2137.
10. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. "The Meanings of Self-Ratings of Health. A Qualitative and Quantitative Approach." *Res Aging* 1999;21:458-76.
11. Kaplan G, Baron-Epel O. What Lies Behind the Subjective Evaluation of Health Status?" *Soc Sci Med* 2003;56: 1669 - 76.
12. Mansson NO, Rastam L. "Self-Rated Health as a Predictor of Disability Pension and Death - a Prospective Study of Middle-Aged Men." *Scand J Public Health* 2001;29:151-58.
13. Menec VH, Chipperfield JG. "A Prospective Analysis of the Relation Between Self-Rated Health and Health Care Use Among Elderly Canadians." *Can J Aging* 2001;20:293-306.
14. Wolinsky FD, Culler SD, Callahan CM, Johnson RJ. Hospital Resource Consumption Among Older Adults: A Prospective Analysis of Episodes, Length of Stay, and Changes Over a Seven-Year Period. *J Gerontol* 1994;49:240-52.
15. DeSalvo KB, Fan VS, McDonell M, Stephan F. Predicting Mortality and Health Care Utilization With a Single Question. *Health Serv Res* 2005;40:1234-46.
16. Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev Chronic Dis* [serial online] 2005 Oct [date cited]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/oct/04_0147.htm.
17. Ljudska prava žena migrantkinja, izbeglica i raseljenih lica, dostupno na URL: http://www.womenngo.org.yu/sajt/sajt/feministicka94/zenska_ljudska_prava/azil.htm
18. Jović V, Opačić G, Špeh-Vujadinović S, Vidaković I, Knežević G, Izbeglice i mentalno zdravlje, dostupno na URL: <http://www.ian.org.yu/publikacije/posleratnezajednice/knjiga/10izbeglice-i-mentalno-zdravlje.pdf>
19. Kivling-Bodén, G. and Sundbom, E. (2003) Cognitive abilities related to posttraumatic symptoms among refugees from the former Yugoslavia in psychiatric treatment. *Nordic journal of psychiatry*. 57, 191-198.
20. Jaranson, J.M., Butcher, J., Halcon, L., Johnson, D.R., Robertson, C., Savik, K., Spring, M. and Westermeyer, J. (2004) Somali and Oromo refugees: correlates of torture and trauma history. *American journal of public health*. 94, 591-598.
21. Ahern M, Kovats RS, Wilkinson P. Global health impacts of floods: epidemiologic evidence. *Epidemiol Rev* 2005;27: 36-46.
22. Asarnow J, Glynn S, Pynoos R. When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1016-23.
23. Warheit G, Zimmerman R, Khoury E. Disaster related stresses, depressive signs and symptoms, and suicidal ideation among a multi-racial/ethnic sample of adolescents: a longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:435-44.
24. Godeau E, Vignes C, Navarro F. Effects of a large-scale industrial disaster on rates of symptoms consistent with post-traumatic stress disorders among school children in Toulouse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:579-84.
25. Dirkzwager A, Kerssens JJ, Yzermans CJ, Health problems in children and adolescents before and after a man-made disaster. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:94-103.
26. Roorda J, van Stiphout WA, Huijsman-Rubingh RR. Post-disaster health effects: strategies for investigation and data collection. Experiences from the Enschede firework disaster. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:982-7.
27. Crightona EJ, Elliott SJ, Upshura R, Van der Meerc J, Small I. The Aral Sea disaster and self-rated health. *Health Place* 2003;9:73-82
28. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health* 2005;5:51
29. Bhutta ZA, Gupta I, de'Silva H. Maternal and child health: is South Asia ready for change?. *BMJ* 2004;328:816-819
30. MacIntyre K. Rapid assessment and sample surveys: trade-offs in precision and cost. *Health Policy Plan* 1999;14:363-73,
31. WHO. World Health Survey. Geneva: WHO. (2006) Available from URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/eu/index.html>
32. Ministry of health of Republic of Serbia. National Health Survey, Serbia, 2006, Key findings [in Serbian]. Belgrade: Ministry of health of Republic of Serbia, 2007
33. Perry M, Tasheff J, Marmet P, Miller C, Potsic S, Pezzino G. Factors Associated with Self-Perceived Excellent and Very Good Health Among Blacks. *Atlanta: CDC Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996;45:906-911
34. Pan L, Mukhtar Q, Geiss SL, Rivera M, Alfaro-Correa A, Sniegowski R. Self-Rated Fair or Poor Health Among Adults With Diabetes - United States, 1996-2005. *JAMA* 2006; 296: 2919-2920
35. Blaum CS, Liang J, Liu X. The Relationship of Chronic Diseases and Health Status to the Health Services Utilization of Older Americans. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1087-93
36. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno J M. Determinants of Self-Assessed Health Among Spanish Older People Living at Home. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:412-16
37. Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health Trajectories: Long-Term Dynamics Among Black and White Adults. *J Health Soc Behav* 1997;38:38-54.
38. UNHCR, NSHC, Procena zdravstvenog stanja izbeglica u kolektivnim centrima Vojvodine, Novi Sad, 1999.
39. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO, 2005. Available from URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en
40. Health status, health needs and utilisation of health services - in 2000, Report on the analysis for adult population in Serbia: Differences between domicile population, refugees and internally displaced persons, Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut". 2000.
41. IZZS "Milan Jovanović - Batut". Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije, Protokol. Beograd: IZZS; 2003.
42. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanja zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. godine, osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007.
43. Mirković, M. Procena zdravstvenog stanja stanovnika severne Kosovske Mitrovice, Beograd: Zadužbina Andrejević, 2009.