

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za sociologiju

DIPLOMSKI RAD

**ULOGA DRUŠTVENE POVEZANOSTI U ODNOSU IZMEĐU DRUŠTVENIH I
ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI**

Kandidatkinja: Mirna Gaberšnik
Mentor: prof. dr. sc. Aleksandar Štulhofer

Zagreb, lipanj, 2018.

SADRŽAJ

1. UVOD	2
2. TEORIJSKI OKVIR	4
2.1. Zdravstvene i društvene nejednakosti	4
2.2. Socioekonomski status i zdravlje	5
2.3. Društveni kapital (umreženost)	6
2.4. Socioekonomski status i umreženost.....	7
2.5. Umreženost i zdravlje	7
3. CILJ I SVRHA RADA	9
3.1. Cilj istraživanja	9
3.2. Hipoteze	9
3.3. Svrha	11
4. METODOLOGIJA	12
4.1. Uzorak	12
4.2. Upitnik	14
4.3. Postupak anketiranja	14
4.4. Indikatori	14
4.5. Statističke analize	16
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	17
5.1. Prikaz međupovezanosti ključnih indikatora	17
5.2. Prediktori i korelati psihičkog zdravlja	18
5.3. Prediktorii korelati fizičkog zdravlja	19
5.4. Testiranje medijacije	20
6. RASPRAVA	22
6.1. Sažetak nalaza	21
6.2. Ograničenja i prednosti studije	24
7. ZAKLJUČAK	25
8. LITERATURA	27
9. SAŽETAK	30
10. PRILOG.....	31

1. UVOD

Istraživanje odnosa zdravlja i bolesti često je tema socioloških istraživanja u razvijenim zapadnim državama a osobito u SAD-u. Sociološka bibliografija razvijenih zapadnih država, posebice američka, bogata je rezultatima istraživanja zdravlja i bolesti. Razlog tome je pretpostavka da društveni uvjeti i obrasci ponašanja promiču zdravlje ili pogoduju nastanku bolesti te uzrokuju smrtnost. (Općenito, ta istraživanja se temelje na hipotezi da se bolesti ne šire slučajno, već postoje određeni društveni uvjeti i obrasci ponašanja koji promiču zdravlje, odnosno uvjeti koji pogoduju obolijevanju, nastanku bolesti i smrti). Iz toga slijedi da je zdravlje odnosno bolest društveno uvjetovano te da stoga nije slučajno nego je duboko povezano s društvenom stratifikacijom. Za proučavanje odnosa između društvene nejednakosti i zdravlja potrebno je znati da društvena raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja nije slučajna već je povezana s društvenom stratifikacijom.

Polazeći od pretpostavke da je pojava zdravstvenih nejednakosti posljedica društvene stratifikacije, tj. opće strukturirane društvene nejednakosti, ovaj se rad temelji na uvidu da su nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu zdravstvenih nejednakosti. Naime, ukupne strukturirane društvene razlike - nejednakosti u položaju društvenih slojeva utječu na nejednakosti u njihovom zdravstvenom stanju (kao i na nejednakosti u životnim stilovima, preventivnom zdravstvenom ponašanju, dostupnosti, korištenju zdravstvenih usluga i sl). Istraživanja su pokazala da lošiji socioekonomski položaj znači i lošije zdravlje (Cockerham, 2007.:75). S druge strane, novija istraživanja dovode u vezu sa zdravljem i bolešću i društvenu povezanost odnosno umreženost. Naše društvene veze i kvaliteta tih odnosa, čini se, utječu na zdravlje (Christakis, 2008.:410).

Iako se u istraživanjima zdravstvenih nejednakosti najčešće se razlike u zdravstvenom stanju (i korištenju zdravstvene zaštite) analiziraju u odnosu na društvenu (socioekonomsku) klasu-sloj ili socioekonomski status (SES), čini se da nedostaje spoznaja o vezi između socioekonomskog statusa, umreženosti i zdravlja. Stoga je tema ovog rada upravo povezanost socioekonomskog statusa, umreženosti (društvene povezanosti) i zdravlja. U teorijskom dijelu rada najprije će se definirati teorijski koncepti dok će se u empirijskom dijelu ovog rada analizirati tri konstrukta i dva tipa odnosa među njima. Fokus je na odnosu između socioekonomskog statusa, društvene

povezanosti i zdravlja pri čemu se društvena povezanost testira kao mogući medijator odnosa između društvenih i zdravstvenih nejednakosti. Umreženost kao medijatorska varijabla testira pretpostavku o indirektnom utjecaju socioekonomskog statusa na zdravlje putem društvene povezanosti. Testiranje je provedeno na podacima iz 2010. godine (N=1.026 ispitanika). Temeljni indikatori su fizičko i mentalno zdravlje (kompozitne mjere), društvena povezanost ili umreženost (kompozitni indikatori) te, socioekonomski status (indikator dobiven faktorizacijom obrazovanja, prihoda i zanimanja).

Imajući u vidu da društvena mreža može biti izrazita prednost zdravstvenog sustava jer omogućuje društvenu integraciju i koheziju, rezultati ovoga rada mogli bi pridonijeti boljem razumijevanju međuodnosa tri konstrukta i time pružiti bolju podlogu za daljnja istraživanja na planu medicinske sociologije usmjerene na jačanje društvene podrške koja vrši utjecaj na psihičko i fizičko zdravlje. Naime, odgovor na pitanje je li umreženosti posvećeno premalo pažnje u politikama o javnom zdravlju i zdravstvu omogućio bi bolje razumijevanje uloge društvene povezanosti u smanjivanju zdravstvenih nejednakosti.

2. TEORIJSKI OKVIR

2.1. Društvene i zdravstvene nejednakosti

U ovom se radu pod pojmom nejednakosti smatra društveno stvorena nejednakost među ljudima. Mislimo na pojam koji nastaje kada su sredstva u određenom društvu nejednako raspoređena. Temeljeno na društveno diferencijaciji koja objašnjava nastajanje društvene nejednakosti zato što članovi društva obavljaju različite djelatnosti pa su različiti po svojim ulogama. Nejednaki, ali ne možemo ih stupnjevati kao više ili niže.

Društvene nejednakosti su one nejednakosti između pojedinaca i društvenih grupa koje imaju pripisano društveno značenje. Naime, to su nejednakosti stvorene određenim društvenim odnosima u kojima su novac, moć i ugled oko kojih se ljudi nadmeću, ne ravnopravno raspoređene s obzirom na nečije biološke ili socijalne osobine (Beauchamp, 1989). Društvene nejednakosti dovode do podjele u društvu. Danas imamo najbolje do sada mogućnosti da usporedimo nejednakosti u društvima i sagledamo njene posljedice za zdravlje.

Zdravstvene nejednakosti povezane su s cijelim nizom socijalnih determinanti: siromaštvom, nezaposlenošću, prehranom, uvjetima rada, neadekvatnim stanovanjem, i slično. Veza između zdravlja i ostalih područja prvi put je (službeno) prepoznata u Deklaraciji iz Alma Ate 1978. godine. U njoj se zdravlje definira kao “stanje sveukupnog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći, temeljno ljudsko pravo i diljem svijeta najvažniji društveni cilj, realizacija koja traži akciju na nizu društvenih i ekonomskih sektora, uključujući zdravstveni”. Deklaracija iz Jakarte iz 1997. godine proširuje preduvjete za zdravlje: mir, dom, obrazovanje, socijalna sigurnost, društveni odnosi, hrana, prihodi, ovlašćivanje žena, stabilni ekosustav, održiva eksploatacija resursa, socijalna pravednost, poštivanje ljudskih prava i jednakost, a iznad svega, ističe siromaštvo kao najveću prijetnju zdravlju. Svjetska zdravstvena organizacija je 2005. godine osnovala Komisiju za socijalne determinante zdravlja koja je napravila niz istraživanja i potvrdila kako su za porast zdravstvene nejednakosti među stanovništvom ključni nezaposlenost, opasna radna mjesta, globalizacija te nedostupnost pružanja zdravstvene zaštite. Razlike u

zdravlju, zaštiti zdravlja i zdravstvenom ponašanju koje se među društvenim skupinama javljaju kao posljedica njihovog stratifikacijskog položaja imaju značenje zdravstvenih nejednakosti. (Mastilica, 1994.:185)

Zdravstvene nejednakosti ili razlike u zdravstvenom stanju koje nisu prvenstveno biološke već su određene nečijim položajem u nekom društvenom sloju ne smatraju se prihvatljivim ili pravednim. Osim toga, rezultati su potvrdili da smanjivanje društvenih nejednakosti u zdravlju može poboljšati zdravlje cijele populacije i istovremeno smanjiti troškove zdravstvenih usluga (Kunst, 1997).

2.2. Socioekonomski status i zdravlje

Istraživanja povezanosti socioekonomskih faktora i pojave bolesti kod različitih društvenih skupina bila su prva značajnija društveno-znanstvena istraživanja u području medicine i zaštite zdravlja. Ta istraživanja rađena su u Americi u 1920-im godinama, uglavnom od strane epidemiologa, javnozdravstvenih istraživača i ekonomista. (Mastilica, 1994.:163) U istraživanjima zdravstvenih nejednakosti najčešće se razlike u zdravstvenom stanju i korištenju zdravstvene zaštite analiziraju u odnosu na socioekonomski status (SES).

„Nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti” (Mastilica, 1994.:178). Istraživanja također potvrđuju vezu između dimenzija socioekonomskog statusa i zdravstvenog stanja („National Health Interview Survey“). Što su viši prihodi, nivo obrazovanja, zanimanje ili samo procijenjeni opći društveni status viši je i zdravstveni status (Freeborn i sur., 1977, Wolinsky, 1981).

SES utječe na doživljaj simptoma bolesti, njihovu ozbiljnost i samo procjenu općeg zdravstvenog stanja. Ispitanici nižeg obrazovanja i nižih prihoda značajno češće imaju simptome bolesti i zbog toga češće odlaze liječniku. Oni višeg obrazovanja i prihoda u većini ocjenjuju svoje zdravstveno stanje najboljim.

Rezultati međunarodnih istraživanja pokazuju da zdravlje i bolest nisu ravnomjerno raspoređeni među društvenim skupinama. Društveni položaj, odnosno pripadnost određenom društvenom sloju u značajnoj mjeri utječe na zdravstveno stanje i zdravstveno ponašanje. Ljudi iz viših društvenih skupina i višeg socioekonomskog statusa u pravilu imaju bolje zdravlje (duže očekivano trajanje života, manju smrtnost i učestalost obolijevanja, pozitivnije zdravstveno ponašanje) nego oni iz skupina nižeg

socioekonomskog statusa. Često se prikazuje i socioekonomski gradijent – progresivno lošiji ishodi osoba s nižim socioekonomskim statusom (Smith, Christakis, 2008).

Uzmemo li u obzir da različite mjere SES-a ugrubo odražavaju sliku zdravstvenih nejednakosti, te da je SES kao gradijent u zdravlju široko rasprostranjen, možemo navesti i nekoliko mehanizama koji objašnjavaju utjecaj SES-a na zdravlje. Stil života, obrazovanje, ponašanje, reakcije na stres su samo neki od mehanizama a onaj koji nas zanima u ovom radu jest potpora bliskih ljudi (obitelj i prijatelji) te mreža poznanstava koji čine društvenu povezanost.

2.3. Umreženost (društveni kapital)

Novije definicije društvene povezanost ili umreženost promatraju kao dio društvenog kapitala te višedimenzionalan konstrukt, no one često variraju. Na primjer, prema Organizaciji za ekonomsku suradnju i razvoj, socijalni kapital sastoji se od mreža, normi, vrijednosti i razumijevanja koji olakšavaju suradnju unutar ili među grupama. Putnam (2000; prema Magson, Craven i Bodkin-Andrews, 2014) ga je definirao u terminima pouzdanosti i uzajamnosti koji se nalaze unutar socijalne mreže, što zajednici omogućava da kolektivno rješava zajedničke probleme i postiže zajedničke ciljeve. Bourdieu, s druge strane, nudi definiciju socijalnog kapitala koja je više usmjerena na resurse koji se prenose među ljudima kao rezultat sudjelovanja u društvenim mrežama (Bourdieu, 1985; prema Ignjatović, Tomanović, 2012).

Ono što je zajedničko različitim definicijama jest to da se socijalni kapital odnosi na socijalne odnose koji svima donose korist, iako su predloženi elementi tih odnosa različiti (npr. neformalne mreže, sudjelovanje u politici, kulturalne norme, zajedničke vrijednosti itd.). Razlikujemo kognitivnu i strukturalnu komponentu kapitala te premošćujući i povezujući kapital (Žagar, 2017.) Kognitivna komponenta kapitala odnosi se na povjerenje i reciprocitet među individuama dok strukturalna komponenta prikazuje veze među prijateljima, obitelji i ostalim socijalnim grupama. Premošćujući odnosi se na one vrste mreža koje povezuju različite dijelove društva, forsirajući generalno povjerenje i reciprocitet dok se povezujući manifestira u mrežama koje osnažuju postojeću grupnu povezanost i povećavaju partikularnu uzajamnost, solidarnost i lojalnost (unutar grupe). Strukturalnu komponentu kapitala odnosno mrežu veza, poznanstava i odnosa koje posjedujemo možemo nazivati i umreženošću.

Povezanost s drugima, može poticati ili suzbijati uzajamnu potporu, osjećaj pripadanja i samopouzdanje koje oplemenjuje društvene odnose. Svi ti dijelovi društvene strukture i njene povezanosti mogu utjecati na zdravlje (Patrick i Wickizer, 1995).

U ovom radu društvena povezanost mjeri se i kroz kvantitativni aspekt društvenih povezanosti (broj rođaka i prijatelja na koje se može računati) kao i subjektivni kvalitativni osjećaj izoliranosti odnosno prihvaćenosti i povezanosti.

2.4. Socioekonomski status i umreženost

Istraživanja sugeriraju da viši slojevi društva imaju i višu razinu društvenog kapitala. (Smith, Christakis, 2008). Ta razina ostvarena je uz pomoć djela društvenog kapitala koji se odnosi na mreže vezane uz profesionalne aktivnosti. Možemo ga zvati i formalni društveni kapital jer opisuje odnose u formalnim organizacijama s formalnim kontaktima za razliku od neformalnih kontakata koji nisu tako jasno stratificirani klasom (Pichler, Wallace, 2007). Distribucija društvenog kapitala ima tendenciju da odražava stratifikacije društva (Mastilica, 1994.:174). Više društvene klase, uključujući i ljude na stručnim ili menadžerskim poslovima više su involvirane u širi raspon mreža kroz svoje aktivnosti u formalnim asocijacijama (Pichler, Wallace, 2009).

Smatra se, također, da pojedinci višeg socioekonomskog statusa češće upoznaju individue različitih socioekonomskih statusa, dok radnička klasa tendira imati manji krug sličnog socioekonomskog statusa svome (Song, 2013.: 34). Pojedinci višeg socioekonomskog statusa imaju širi spektar aktivnosti koji obuhvaća različite članove interesne skupine s različitim vještinama, resursima i vezama. Takav široki raspon članova koji sačinjava mrežu poznanstva jednog pojedinca pomaže u različitim situacijama budući da tako lakše dolaze do različitih informacija, dok poznanstva sa pojedincima sličnim sebi mogu ograničiti individualnu mogućnosti kretanja kroz različite društvene položaje.

2.5. Umreženost i zdravlje

Belgijska studija iz 2015. godine (Marlier, Van Dyck, Cardon, Babiak, Willem) istraživala je odnos između fizičke aktivnosti, socijalnog kapitala i mentalnog zdravlja.

Istraživanje je provedeno na 1800 ispitanika odrasle dobi, a socijalni kapital mjereno je na nivou zajednice i pojedinca. Indikatori socijalnog kapitala na nivou zajednice mjereni su pitanjima vezanim uz povjerenje u svoje susjedstvo, okolinu i sugrađane. Indikatori socijalnog kapitala na nivou pojedinca mjereni su pitanjima povjerenja u ljude općenito. Studija je mjerila i utjecaj socijalnog kapitala na psihičko zdravlje te došla do rezultata da je socijalni kapital zajednice direktno povezan s fizičkom aktivnosti i mentalnim zdravljem pojedinca.

Testiranjem umreženosti i značenja mreža unutar socijalnog kapitala pruža nam bolji uvid u shvaćanju odnosa između individua u socijalnoj mreži jer pretpostavlja da su akteri i akcije međuzavisne te da socijalne veze olakšavaju protok informacija i utjecaje (Wellman & Berkowitz 1998, Wasserman & Faust 1994). Teoretičari poput Coleman (1990) tvrde da su socijalne veze dio socijalnog kapitala analogno ekonomskom i ljudskom kapitalu koje se mogu koristiti za produktivne svrhe vezane uz zdravlje. Pokazalo se da umreženost igra ulogu u širenju pozitivnih i negativnih zdravstvenih navika. pristupi proučavanju umreženosti (posebice oni koji se koncentriraju na mrežu kontakata) korišteni su i da rasvijetle mehanizam kako se infektivne bolesti poput tuberkuloze (Klovdahl et al. 2001) i upale pluća (Meyers et al. 2003.) mogu raširiti u populacijama.

Povrh toga, nalazi ukazuju na da se i emocionalna stanja poput optimizma, sreće, depresije ili suicidalnosti također mogu raširiti preko socijalnih mreža. Adekvatan primjer pruža nam studija (Csikszentmihaly & Larson 1992) koja je proučavala širenje raspoloženja u kratkom periodu unutar obitelji i bliskih kontakata (Larson & Richards 1994). Studija je došla do nekoliko ponavljajućih obrazaca koja tvore pravila. Prvo pravilo odnosi se na stvaranje i preuređivanje društvene mreže i u skladu s time traženje osobe s kojom pojedinci dijele interese, aktivnosti, životna iskustva i planove. Drugo pravilo odnosi se na to da mreža oblikuje pojedinca – tj. mjesto unutar mreže utječe na pojedinca (osoba koja nema prijatelja ima potpuno različit život od osobe koja ima mnogo prijatelja). Treće pravilo govori o utjecaju na pojedinca: veze unutar mreže su raznolike, svaka od tih veza nudi mogućnost vršenja utjecaja na druge pripadnike mreže i padanja pod utjecaj drugih. Kako bi se razumjela svojstva i funkcije tih mreža potrebno bi bilo proučavati cijelu grupu i njenu strukturu, umjesto proučavanja samo pojedinaca. Razumijevanje društvenih mreža omogućuje razumijevanje ljudi u grupi i svakodnevnom okruženju. Kako se mnogo puta pokazalo, kada se radi o ljudskim bićima, cjelina postaje veća od zbroya svojih dijelova (Christakis i Fowler, 2009).

3. CILJ I SVRHA RADA

3.1. Cilj istraživanja

U proučavanju društvenih i zdravstvenih nejednakosti testirat ću razinu umreženosti u društvenoj mreži te kako putem umreženosti kao mehanizam barem djelomično možemo objasniti kako socijalne nejednakosti utječu na zdravlje. Kako je već ranije navedeno, socijalne nejednakosti u korijenu su zdravstvenih nejednakosti. Socioekonomski status koji utječe na kvalitetu života i zdravstvene navike pojedinca i zajednice. Socijalni kapital, posebice umreženost ljudi koja na zdravlje može utjecati na nekoliko načina: socijalnom podrškom, socijalnim utjecajem, pristupom informacijama i sl. u svezi je s ekonomskim statusom. Pretpostavljamo da ne postoji samo direktni odnos između socioekonomskog statusa i zdravlja nego i indirektni. Očekujemo, dakle, da će umreženost kao treća varijabla biti odgovorna za dio povezanosti između socioekonomskog statusa i zdravlja. Medijacija je neizravna veza između socioekonomskog statusa i zdravlja, odnosno društveni mehanizam njihove povezanosti.

3.2. Hipoteze

Sociološki pristup medicini nastoji povećati razumijevanje različitih društvenih, ekonomskih i sociopsiholoških faktora koji utječu na zdravlje i pojavu bolesti te ih povezati s ukupnom društvenom strukturom. Tipično sociološko strukturalno objašnjenje nastajanja zdravstvenih nejednakosti objašnjava zdravstveno stanje društvenih skupina kao rezultat dugoročne akumulacije zdravih ili štetnih utjecaja kojima su društvene skupine izložene unutar društvene strukture. Ti su utjecaji posljedica klasno-slojne pripadnosti (zanimanja), obrazovanja i bogatstva. Nejednakosti u zdravlju pojavljuju se ili direktno kao izravna posljedica društveno-ekonomske sredine (npr. siromaštvo, slaba prehrana, štetna okolina, rizično ponašanje) ili indirektno (npr. nedovoljno obrazovanje ili nedostupnost zdravstvene zaštite). S obzirom na navedeno, formulirali smo sljedeću hipotezu:

Hipoteza 1. Povezanost između socioekonomskog statusa te fizičkog i psihičkog zdravlja.

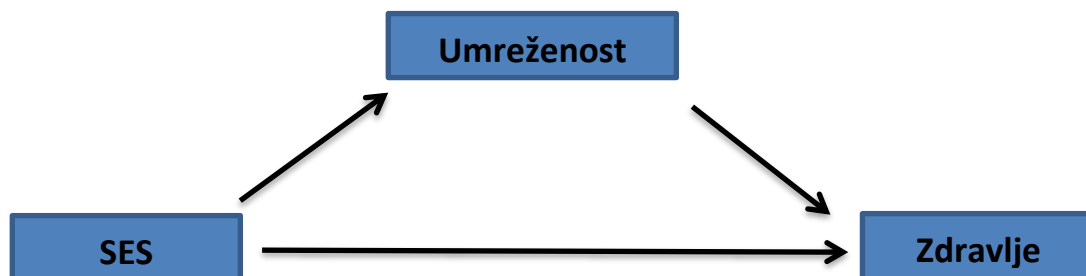
Očekujemo da će veza iz prve hipoteze biti posredovana umreženošću. Doc.dr.sc. Robert Kopal govori o socijalnim mrežama kao širokom konceptu, skupu analitičkih metoda koje mjere povezanost i utjecaj, protok ideja u nečemu što možemo nazvati mrežom. Mreže oblikujemo sami. Odlučujemo o broju osoba s kojima ćemo se povezati, odlučujemo i utječemo na to koliko su dobro i čvrsto međusobno povezani naši prijatelji, ali i koliko su čvrsto povezani naši prijatelji i naše obitelji. Mreže, dakle, oblikujemo sami, ali mreže istovremeno oblikuju nas. Na nas utječe struktura i veličina obitelji, ali i naši prijatelji. Važno je koliko kontakata imamo i koji su to kontakti. Ljudi oponašaju svoje prijatelje, ali i prijatelje svojih prijatelja te prijatelje prijateljevih prijatelja.

Postojanje socijalnih mreža među pojedincima znači da je i njihovo zdravlje međuzavisno. Christakisove ideje o mehanizmima utjecaja, podrške i prenošenja informacija i resursa unutar osobnih mreža u kontekstu zdravlja potvrđuju spomenuti utjecaj. Pojedinci tvore mreže bliskih, neformalnih kontakata na temelju sličnosti. Dijelev slične ili iste interese, norme i ideje. Čak i ako navika jednog prijatelja nije navika drugog, ona ubrzo to može postati jer se pod utjecajem jednog dijela umreženog člana mijenja se i percepcija drugog člana.

Hipoteza 2. Pretpostavljamo da je društvena povezanost (umreženost) medijator veze između SES te fizičkog i psihičkog zdravlja.

Za konceptualni model medijacije usporedi sliku 1.

Slika 1.



Zbog bioloških (spol) i sociokulturnih (rod) razlika, strukturalni čimbenici mogu imati različite utjecaje na žene i muškarce. Primjerice, „rodne norme i vrijednosti utječu na izloženost rizicima kod žene i muškarci na različite načine uključujući i kroz

usvojeni način ponašanja“ (World Health Organization, 2010.;14). Uz činjenicu da životni stilovi ovise i o spolu (Lacković, 2009.;14), žene u prosjeku žive duže od muškaraca, ali i imaju višu stopu morbiditeta, uključujući i psihijatrijski morbiditet, više ograničenja u funkcionalnim sposobnostima i kretanju te češće koriste usluge zdravstvene skrbi (Carmel i Bernstein, 2003; Kandrack, Grant i Segall, 1991; Leveille, Penninx, Melzer, Izmirlian i Guralnik, 2000; Murtagh i Hubert, 2004; Wernicke i sur., 2000). Prevalencija depresivnih simptoma uvjerljivo je veća kod žena (u svakoj dobi) nego kod muškaraca, bez obzira na dob i etničku pripadnost (Wernicke i sur., 2000; Zunzunegui i sur., 2007). Također, u mnogim društvima žene i dalje imaju ograničen pristup zdravstvenim informacijama i njezi. Spolne/rodne razlike nalazimo i u samoprocjeni zdravlja. U usporedbi s muškarcima, žene obilježava niža samprocjena (Plavšić i Ambrosi-Randić, 2005). Dostupni podaci koji ukazuju na rodne nejednakosti u okolišu i zdravlju pokazuju značajne razlike u izloženosti i ranjivosti između žena i muškaraca. Na primjer, veze između SES-a i zdravlja su snažnije izražene u slučaju muškaraca (World Health Organization, 2010.;18). Spolne/rodne razlike nalazimo i u društvenoj povezanosti.

Veća društvenost žena očituje se već od djetinjstva na način koji biraju provoditi svoje vrijeme, kroz verbalne igre i igračke ljudskih oblika za razliku od dječaka koji nagnju fizičkim, kompetitivnim aktivnostima te mehaničkim igračkama (Plavšić, 2012.:31). S obzirom na reproduksijsku ulogu, žene obično posvećuju više pažnje zdravlju. U skladu s time, žene dijele više informacija o reproduktivnom zdravlju i zdravlju općenito s drugim ženama iz svoje društvene mreže (Norris, Inglehart, 2003.;15). Analize pokazuju da su muškarci većinom angažirani u svojim poslovnim, sportskim te političkim mrežama dok žene imaju veće mreže kontakata u također poslovnim mrežama ali i religijskim, umjetničkim, obrazovnim, religioznim mrežama i grupama za ženska prava. Iz čega proizlazi da žene, u prosjeku, imaju raznovrsnije i veće mreže svakodnevnih kontakata (Norris, Inglehart, 2003.;12).

Hipoteza 3. Pretpostavljamo da će se odnosi među ključnim indikatorima (uključujući i medijacijski efekt) razlikovati kod žena i muškaraca.

3.3 Svrha istraživanja

Nalazi ovog rada mogli bi pridonijeti boljem razumijevanju međuodnosa tri konstrukta i time pružiti bolju podlogu za daljnja istraživanja društvenih nejednakosti u zdravlju. Budući da nedostaje opsežnijih istraživanja i analiza ove teme u Hrvatskoj to predstavlja ograničenje za odluke koje provodi zdravstveni sustav. Uzevši u obzir trenutno stanje u gospodarstvu, koje nije u mogućnosti financijski poduprijeti zdravstveni sustav koji iz tog razloga, između ostalog, nije u svojoj puno snazi, možemo očekivati da se negativni utjecaji na zdravlje populacije mogu samo povećati. Od tuda dolazi potreba za pronalaženjem primjerenih mehanizama koji će smanjiti negativne utjecaje na ljudsko zdravlje, a da se ne radi o povećanju osobnih prihoda.

4. METODOLOGIJA

4.1. Uzorak

S obzirom da se radi o a sekundarnoj analizi podataka prikupljenih u longitudinalnom istraživanju zdravstvenih nejednakosti u Hrvatskoj (*Merck Philanthropy Grant: Health Inequalities in Croatia*), u nastavku će se kratko opisati tip i veličina uzorka. Uzorak je stratificiran prema županijama, veličini naselja (≤ 2.000 ; 2.001-10.000; 10.001-100.000; > 100.000) te dobi i spolu ispitanika. Ukoliko je više članova istog kućanstva bilo odgovarajuće dobi, ispitanici su birani prema tome tko je posljednji imao rođendan. Uzorkovanje je izvršeno na temelju podataka iz posljednjeg popisa stanovništva (2001.) a istraživanje je provedeno u travnju i svibnju 2010. godine na višestapno stratificiranom probabilističkom uzorku iz populacije muškaraca i žena u dobi od 26 do 65 godina ($N = 1.026$). Temeljna sociodemografska obilježja uzorka prikazuje tablica 1.

Tablica 1 – Sociodemografska obilježja uzorka, prema spolu

*($N_{muškarci}=500$, $N_{žene}=526$)**

	Nm	Nž	Nm(%)	Nž(%)
Spol	500	526	48,7	51,3
Dob				
25-34	124	124	24,8	24.8

35-49	208	203	41,6	38,7
50-65	167	196	33,4	36,3
Obrazovanje				
osnovno	61	93	12,2	17,7
srednje	311	313	62,2	59,5
više ili visoko	121	110	24,2	21,5
Obraz. oca				
bez škole	84	97	18,8	18,4
osnovno	180	193	36,0	36,7
srednje	177	182	35,4	34,8
više ili visoko	42	42	8,4	8,0
Obraz. majke				
bez škole	107	119	21,4	22,6
osnovno	211	223	42,2	42,4
srednje	142	159	28,4	30,2
više ili visoko	27	17	5,4	3,3

Radni status

Zaposlen/a	287	238	57,4	45,3
Nezaposlen/a	58	141	11,6	26,8
na školovanju	8	7	1,6	1,3
u mirovni	83	80	16,6	15,2

Mjesečni prihod kućanstva

4.000 kn ili manje	104	121	20,8	23,0
4.001-6.000	92	101	18,4	19,2
6.001-8.000	84	85	14,6	16,1
8.001-10.000	51	57	9,0	10,8
10.001 ili više	74	53	14,8	10,1

*Zbroj postotaka nije uvijek jednak 100, jer svi sudionici nisu odgovorili na sva pitanja

4.2. Upitnik

U studiji je korišten upitnik razvijen za potrebe *Merck Philanthropy Grant: Health Inequalities in Croatia* istraživanja provedenog 2010. godine. Kako bi se omogućile komparativne analize, u upitnik su uključeni i neki međunarodni indikatori, validirani u nizu inozemnih studija, kao i određeni broj indikatora korištenih u ranijoj domaćoj studiji posvećenoj zdravstvenim nejednakostima (Hrvatska zdravstvena anketa /HZA/, 2003.). Prva polovina upitnika sadržavala je indikatore zdravlja (uključujući i indeks tjelesne težine) i zdravstvenih poteškoća, čestice koje opisuju životni stil (pušenje, konzumacija alkohola, tjelovježba...) te indikatora korištenja zdravstvenih usluga i s tim povezanih prepreka (udaljenost, financijski troškovi itd.). U drugome dijelu upitnika ispitivane su osobne karakteristike (sreća, zadovoljstvo, optimizam i lokus kontrole), socijalna povezanost (umreženost i osobni društveni kapital) te sociodemografska obilježja ispitanika, njegovih roditelja i kućanstva u kojem živi.

4.3. Postupak anketiranja

U terenskom dijelu istraživanja, koje je proveo IPSOS PULS, sudjelovali su anketari oba spola, s iskustvom prikupljanja podataka na nacionalnim uzorcima. Ispitanici su nakon pristanka na anketiranje, anketirani u svojim domovima. U najvećem broju slučajeva, ispunjavanje upitnika je trajalo između 30 i 45 minuta.

4.4. Indikatori

Testiranje konceptualnih pretpostavki i povezanosti među konstruktima izvedeno je uporabom niza kompozitnih (složenih) varijabli, čiju konstrukciju i temeljna metrijska obilježja prikazujemo u nastavku teksta.

Temeljni indikatori su fizičko i mentalno zdravlje (kompozitne mjere), društvena povezanost ili umreženost (kompozitni indikatori) te, socioekonomski status (indikator dobiven faktorizacijom obrazovanja, prihoda i zanimanja).

Zdravlje je središnja zavisna varijabla u ovom istraživanju. Imajući u vidu složenost tog fenomena, na koju upućuje niz radova krenuli smo od pretpostavke da zdravlje poglavito određuje percipirana fizička ograničenja (dimenzija 1) i promjene u radu i drugim dnevnim aktivnostima (dimenzija 2) te utjecaj na uobičajene društvene aktivnosti (dimenzija 3). Sve tri dimenzije su mjerene česticama preuzetim iz međunarodno validirane skale SF-36 (Secker, J., Hacking, S., Kent, L., Shenton, J., & Spandler, H., 2009.: 65-72) koja je korištena i u domaćim istraživanjima (HZA, 2003. i 2008). Prva dimenzija, percipirana fizička ograničenja, mjerena su nizom od pet pitanja koja ispituju ograničenja pri obavljanju svakodnevnih radnji kao penjanje po stepenicama, hodanje i slično. Odgovori su bilježeni na skali da prilično/da malo/ne. Druga dimenzija, promjene u radu i drugim dnevnim aktivnostima, mjerena je nizom od četiri pitanja koja ispituju poteškoće pri obavljanju nekog posla, obavljanje manje posla od željenog i slično. Odgovori su bilježeni na skali da/ne. Treća dimenzija, utjecaj na društvene aktivnosti, mjerena je pitanjem koliko je zdravlje utjecalo na druženje s drugima. Odgovori su bilježeni na skali od 1 = nije utjecalo do 5 = izrazito je utjecalo. Prije faktorizacije, sve su čestice standardizirane. Latentna varijabla fizičko zdravlje dobivena je forsiranjem jednofaktorske solucije, pri čemu je svojstvena vrijednost dobivenog faktora (koji je protumačio 64,2% varijance čestica) iznosila 6,4. Saturacija čestica faktorom bila je na razini $\geq 0,71$.

Psihičko zdravlje također je latentna dimenzija dobivena primjenom eksploratorne faktorske analize. U analizu smo uključili šest čestica koje su mjerile

pojavljivanje osjećaja nervoze i potištenosti, razinu energije i te slično. Odgovori su bilježeni na skali od 1 = stalno do 6 = nikada. Analiza—provedena, kao i u ostalim slučajevima, metodom glavnih komponenti—rezultirala je jednofaktorskom solucijom (svojstvena vrijednost faktora = 3,3) koja je objasnila 54,7 % varijance uključenih čestica. Saturacija čestica bila je na razini $\geq 0,67$.

Socioekonomski status latentna je dimenzija (faktor svojstvene vrijednosti 2,5) sastavljeno od pet (prethodno standardiziranih) čestica: obrazovanje sudionika, obrazovanje oca i majke, prihodi sudionikova kućanstva te sudionikova profesija (koja je mjerena kao ordinalna varijabla prema ISCO 88 (Elias, 1997)). Analizom je dobiven jedan faktor, socioekonomski status kao latentna dimenzija. Faktor svojstvene vrijednosti 2,52 rastumačio je 50,4% varijance pripadajućih čestica.

Umreženost je mjerena kompozitnim indikatorom sastavljenim od pet čestica (primjerice, „Imam prijatelje koje viđam svakog tjedna“ i „Osjećam se jako usamljeno i izolirano“) koje su mjerile osjećaj izoliranosti, usamljenosti odnosno socijalne prihvaćenosti. Odgovori su bilježeni na skali likertova tipa, s rasponom vrijednosti od 1 = uopće se ne odnosi na mene do 5 = u potpunosti se odnosi na mene. Kompozitni indikator obilježava zadovoljavajuća pouzdanost (Cronbachov alpha koeficijent = 0,80).

4.5. Statističke analize

Temeljni instrumenti koji se koriste u ovom radu dobiveni su uporabom faktorske analize na gore navedenim česticama socioekonomskog statusa, psihičkog i fizičkog zdravlja. Za ekstrakciju latentnih konstrukata korištena je metoda glavnih komponenti. Kao kriterij relevantnosti dobivenih faktora korištene su svojstvene vrijednosti na razini $\geq 1,0$. Analizu pouzdanosti, kao preduvjet za konstruiranje kompozitnih indikatora, proveli smo na česticama koje tvore konstrukt umreženosti.

Analize odnosa među temeljnim konstruktima ispitane su uporabom multivarijatne linearne regresije. Medijacijski efekt analiziran je sekvencijalnom regresijskom analizom provedenom u dva koraka. U prvom koraku testirali smo temeljni odnos između zdravlja (kriterija) i socioekonomskog statusa (prediktora). U drugom koraku dodali smo umreženost kao potencijalnu medijatorsku varijablu kako bi smo ustvrdili u kojoj mjeri takva linearna kombinacija prediktora reducira povezanost između zdravlja i socioekonomskog statusa dobivenu u ranijem koraku.

Za testiranje značajnosti medijacijskog efekta koristili smo Sobelov test, čiji značajni rezultat ukazuje na značajnost parcijalne medijacije. Kao preduvjet testiranja medijacije (Kenny i Baron, 2017) analizirali smo bivarijatne povezanosti među varijablama od interesa kako bismo pokazali da su sva tri temeljna konstrukta (socioekonomski status, zdravlje i umreženost) međusobno značajno povezani (usporedi tablicu 3).

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U ovom dijelu rada prvo ćemo se osvrnuti na interpretaciju prikaza međupovezanosti ključnih indikatora. Zatim ćemo se dotaknuti analize određenih instrumenata i varijabli korištenih u istraživanju. Nakon toga slijede nalazi regresijske analize te multivarijatne regresijske analize (u nastavku MRA).

5.1. Prikaz međupovezanosti ključnih indikatora

Utvrđivanjem koeficijenata korelacije između promatranih varijabli utvrđujemo stupanj međusobne povezanosti između promatranim pojavama. Analiza je provedena odvojeno prema spolu. Kod muškaraca dob je bila negativno povezana sa konstruktom socioekonomskog statusa gdje je koeficijent korelacije, $r = -0,39$, $p < 0,001$. Dob je negativno povezana i s psihičkim zdravljem ($r = -0,12$, $p < 0,01$) te fizičkim zdravljem ($r = -0,22$, $p < 0,001$). Drugim riječima, stariji sudionici imali su niži SES te lošije zdravlje od mlađih. Slična je povezanost dobivena i u slučaju veze između dobi i društvene umreženosti ($r = -0,36$, $p < 0,001$.) Socioekonomski status, kod muškaraca, bio je pozitivno povezan s psihičkim zdravljem ($r = 0,18$, $p < 0,001$), fizičkim zdravljem ($r = 0,28$, $p < 0,001$) te umreženošću ($r = 0,36$, $p < 0,001$). Psihičko zdravlje kod muškaraca bilo je pozitivno je povezano i s fizičkim zdravljem ($r = 0,40$, $p < 0,001$) i s umreženošću ($r = 0,27$, $p < 0,001$). Slična je povezanost uočena i između fizičkog zdravlja i umreženosti muškaraca ($r = 0,59$, $p < 0,001$). Drugim riječima, sudionici boljeg fizičkog zdravlja bili su bolje povezani od onih lošijeg zdravlja.

Kod sudionica je dob također bila negativno povezana sa socioekonomskim statusom ($r = -0,45$, $p < 0,001$), fizičkim zdravljem ($r = -0,20$, $p < 0,001$) te umreženošću ($r = -0,34$, $p < 0,001$). Drugim riječima starije sudionice imale su niži SES i lošiju umreženost od mlađih. Psihičko zdravlje u žena bilo je pozitivno s socioekonomskim statusom ($r = 0,15$, $p < 0,001$). Pozitivnu povezanost uočili smo i između konstrukta fizičkog zdravlja i socioekonomskog statusa ($r = 0,21$, $p < 0,001$) te fizičkog i psihičkog zdravlja žena ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Kod sudionica istraživanja, umreženost je bila pozitivno povezana sa socioekonomski statusom, ($r = 0,27$, $p < 0,001$) te psihičkim ($r = 0,24$, $p < 0,001$) i, osobito, fizičkim zdravljem, ($r = 0,52$, $p < 0,001$).

0,001). Sudionice obilježene boljim fizičkim i psihičkim zdravljem imale su bolji SES te bolju društvenu povezanost (umreženost).

Tablica 2. Prikaz povezanosti među ključnim indikatorima

	1	2	3	4	5
1. Dob	1	-0,45**	-0,07	-0,20**	-0,34**
2. SES	-0,39**	1	0,15**	0,21**	0,27**
3. Psihičko zdravlje	-0,12*	0,18**	1	0,30**	0,24**
4. Fizičko zdravlje	-0,22**	0,28**	0,40**	1	0,52**
5. Umreženost	-0,36**	0,36**	0,27**	0,59**	1

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$

Bilješke: Koeficijenti za žene nalaze se iznad dijagonala, za muškarce ispod dijagonale

5.2. Prediktori i korelati psihičkog zdravlja

U prvom koraku multivarijatne regresije testirali smo odnos između kriterija psihičkog zdravlja te prediktora socioekonomskog statusa i dobi. U drugom koraku dodali smo umreženost kao potencijalnu medijatorsku varijablu.

Uz kontrolu dobi, u muškom je modelu socioekonomski status bio značajno povezan s ishodom, odnosno konstruktom psihičkog zdravlja ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$). Nalaz prema kojem muškarci višeg SES-a iskazuju bolje psihičko zdravlje od onih nižeg SES-a potvrđuje našu prvu hipotezu o postojanju povezanosti između socioekonomskog statusa i psihičkog zdravlja. U drugom koraku, u kojem je u model uvrštena društvena umreženost, povezanost između zavisne varijable i socioekonomskog statusa je smanjena ($\beta = 0,14$, $p < 0,01$). Povezanost između umreženosti i psihičkog zdravlja bila je nekoliko puta veća od veze između SES-a i ishoda ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$).

U ženskom modelu utvrđena je značajna povezanost oba prediktora sa kriterijem psihičkog zdravlja. Dob je bila negativno povezana s psihičkim zdravljem ($\beta = -0,08$, $p < 0,01$) – drugim riječima, starije su ispitanice imale lošije psihičko zdravlje – a SES pozitivno povezan s psihičkim zdravljem ($\beta = 0,15$, $p < 0,01$). Žene višeg SES-a iskazale su bolje psihičko zdravlje od onih nižeg SES-a. U drugom koraku, nakon uvrštenja umreženosti u model, povezanost između psihičkog zdravlja i

socioekonomskog statusa se neznatno smanjila (sa 0,15 na 0,12). Veza između umreženosti i psihičkog zdravlja među sudionicima istraživanja bila je nešto manja od one opažene među sudionicima ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$).

Tablica 3. Prediktori i korelati psihičkog zdravlja, odvojeno prema spolu

	Muškarci (N=500)		Žene (N=526)	
	Model A β (S.E.)	Model B β (S.E.)	Model A β (S.E.)	Model B β (S.E.)
Dob	-0,09 (0,01)	-0,07 (0,04)	-0,08 (0,01)**	-0,08 (0,01)
SES	0,19 (0,06)***	0,14 (0,05)**	0,15 (0,06)**	0,12 (0,06)
Povezanost		0,41(0,01)***		0,30 (0,01)***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.3. Prediktori i korelati fizičkog zdravlja

U prvom koraku multivarijatne regresije testirali smo odnos između kriterija fizičkog zdravlja te prediktora socioekonomskog statusa i dobi. U drugom koraku dodali smo umreženost kao potencijalnu medijatorsku varijablu.

Uz kontrolu dobi, u muškom se modelu socioekonomski status pokazao značajno povezan s fizičkim zdravljem ($\beta = 0,18$, $p < 0,01$). U drugom koraku, nakon što smo u model inkorporirali konstrukt umreženosti, povezanost između SES-a i fizičkog zdravlja se smanjila ($\beta = 0,15$, $p < 0,01$). Potvrđena je i pozitivna povezanost između umreženosti i fizičkog zdravlja ($\beta = 0,27$, $p < 0,001$).

U ženskom modelu, u prvom koraku regresijske analize utvrđujemo da sudionice starije dobi imaju i lošije fizičko zdravlje. ($\beta = -0,21$, $p < 0,001$). Kao i u analizi na muškom pod uzorku, u ovdje se SES pokazao pozitivno povezanim s fizičkim zdravljem ($\beta = 0,16$, $p < 0,05$). U drugom koraku, povezanost SES-a i fizičkog zdravlja se smanjila (s 0,16 na 0,13), ostajući i dalje značajna. Prema očekivanju, umreženost je bila pozitivno povezana s kriterijem ($\beta = 0,24$, $p < 0,001$).

Tablica 4. Prediktori i korelati fizičkog zdravlja, odvojeno prema spolu

	Muškarci (N=500)		Žene (N=526)	
	Model A β (S.E.)	Model B β (S.E.)	Model A β (S.E.)	Model B β (S.E.)
Dob	-0,22(0,00)***	-0,21(0,00)***	-0,21(0,01)***	-0,21(0,01)***
SES	0,18 (0,05)**	0,15 (0,05)**	0,16 (0,06)*	0,13 (0,06)*
Povezanost		0,27 (0,01)***		0,24 (0,01)***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

5.4. Testiranje medijacije

Sobelovim testom provjerili smo značajnost medijacijskog efekta varijable umreženosti na odnos između socioekonomskog statusa i zdravlja. Nakon što smo rezultate multivarijatnih regresijskih analiza (nestandardizirane β koeficijente i standardne pogreške) uvrstili u slobodno dostupan internetski Sobelov test kalkulator J. K. Preachera (<http://quantpsy.org>), u muškom se modelu i fizičko ($z = 2,90$, $p < 0.01$) i psihičko zdravlje ($z = 3.40$, $p < 0.001$) pokazalo značajno posredovano umreženošću. U ženskom modelu samo je psihičko zdravlje bilo statistički značajno posredovano umreženošću ($z = 2.76$, $p < 0.01$), pri čemu je već regresijska analiza ukazala na punu medijaciju. Uzeti zajedno, nalazi potvrđuju ulogu umreženosti kao parcijalnog medijatora veze između SES-a i psihičkog zdravlja u oba spola te fizičkog zdravlja isključivo među muškarcima čime smo djelomično potvrdili našu treću hipotezu koja pretpostavlja razlike među odnosima ključnih indikatora kod muškaraca i žena.

Konačno, kako bismo procijenili relativnu prediktorsku snagu SES-a i umreženosti u slučaju psihičkog i fizičkog zdravlja. U tu svrhu, ponovili smo multivarijatnu regresijsku analizu, prikazanu u 2. koraku (usp. tablice 3 i 4), primjenom bootstrap metode na 2.000 slučajno generiranih uzoraka. Željeli smo, naime, ustanoviti postoji li preklapanje 95% intervala pouzdanosti ta dva indikatora, što bi ukazivalo na njihov podjednaki prediktivni doprinos. Pri ispitivanju fizičkog zdravlja, intervali pouzdanosti su se preklapali u oba spola, potvrđujući podjednaki doprinos SES-a i umreženosti u tumačenju psihičkog zdravlja u našem uzorku. Za razliku od toga, u modelu koji tumači psihičko zdravlje nije bilo preklapanja 95% intervala pouzdanosti u

muškom modelu što potvrđuje značajno snažniji prediktorski utjecaj umreženosti od SES-a.

6. RASPRAVA

Ovaj rad prikazuje podatke o povezanosti socioekonomskog statusa, umreženosti (društvene povezanosti) te psihičkog i fizičkog zdravlja. Od preuzetih podataka iz prethodno provedene ankete o promjenama u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. i 2010. stavili smo fokus na druge stvari u uzorku. Ideja je bila provjeriti koliko društvena povezanost utječe na odnos između socioekonomskog statusa i mjerenih dimenzija zdravlja. Zanima vas da li se odgovori ispitanika razlikuju po spolu ispitanika, odnosno da li spol utječe na percepcije pojedinih konstrukata.

6.1. Sažetak nalaza

Promatrajući dobivene rezultate varijable psihičkog i fizičkog zdravlja, možemo promatrati razlike u odnosu na spol, dob, obrazovni status, status zaposlenosti, prihode te društvenu povezanost u svrhu procjene promjene uloge SES-a na jednu ili obje dimenzije zdravlja.

Hipoteza 1. Socioekonomski status (SES) je povezan s fizičkim i psihičkim zdravljem

Prva hipoteza pretpostavlja postojanje povezanosti između socioekonomskog statusa i dimenzija zdravlja, što se pokazalo točnim. U našem radu, socioekonomski status konceptualiziran je uz pomoć dimenzija radnog statusa, vrste zanimanja, obrazovanja sudionika i roditelja te mjesečnog prihoda kućanstva. Na temelju literature zaključili smo da će se ova veza potvrditi i u našem radu. Nekoliko je razloga zašto smo to očekivali.

Prvi razlog je ne rijetko spominjanje utjecaja SES-a na zdravlje u stranoj literaturi gdje se ukazuje na činjenicu da biti dobrog ili lošeg zdravlja nije individualan izbor već rezultat stanja u kojem su ljudi rođeni, žive i rade (Rudan, 2001.;77). Europska zdravstvena anketa (EHIS) standardizirana je zdravstvena anketa koja se planira provoditi redovito, svake pete godine u svim zemljama članicama EU u istoj godini. EHIS je proveden u Hrvatskoj 2014. – 2015. godine. Rezultati ankete proveden u Hrvatskoj kao i onih na Europskom nivou potvrđuju povezanost SES-a te mentalnog i fizičkog zdravlja.

Drugo, uz do sada provedena Hrvatska istraživanja i analize na podacima zdravstvene ankete iz 2003. Utvrđivan je utjecaj SES-a na zdravlje, redovito, uz teritorijalne razlike (Turek i sur., 2001; Samardžić, 2009; Džakula, 2009; Polašek, 2009; Brborović, 2010; Musić Milanović, 2010; Vončina, 2013). Hrvatska literatura, također, ukazuje na povezanost nezaposlenost koja se pokazala prediktorom razvoja dijabetesa (Poljičanin, Šekerija, Boras, Kolarić, Vuletić, Metelko, 2012.; 41), dok je incidencija arterijske hipertenzije bila značajno viša u nisko obrazovanih žena (Erceg, Ivičević-Uhernik, Kern, Vuletić, 2012.; 117). Uz spomenute samo neke od primjera, malo je istraživanja koja se bave direktnom povezanošću SES-a i zdravstvenih ponašanja, a ona koja postoje ne uzimaju sve dimenzije SES-a u obzir kao niti sveukupno zdravstveno stanje ispitanika.

Treći razlog je ustvrđen negativan utjecaj SES-a na mentalno zdravlje (Hudson, 2005.;8). Iako nema mnogo literature na tu temu, utjecaj je potvrđen u svakom radu. Postoje debate na temu kauzalnosti ovog odnosa te na potencijalne medijatore ovog odnos kao što su društvena integracija ili ekonomski stres.

Uzevši sve navedeno u obzir s razlogom smo i u ovom radu očekivali da će se veza između SES-a i zdravlja pokazati točnom kao što je i bio slučaj. U provedenim regresijskim analizama na fizičko i mentalno zdravlje, u oba modela, muškom i ženskom, SES je bio pozitivno povezan s kriterijem. Nakon dodavanja varijable umreženosti u analizu, utjecaj SES-a smanjio bio se u sva četiri slučaja, ali i dalje ostao statistički značajan.

Hipoteza 2. Umreženost posreduje vezu između SES-a te fizičkog i psihičkog zdravlja

Pretpostavili smo da, osim strukturalnih dimenzija, kao što je SES, na zdravlje utječu i društvena dimenzija. Hipotezu smo potvrdili. Međutim, kod ženske populacije povezanost između umreženosti i fizičkog zdravlja nismo potvrdili iz pretpostavljenog razloga - mlađe populacije među ispitanicama.

Društvene mreže mogu i povezanost mogu imati razne utjecaje na zdravlje, kao što to tvrde autori Smith i Christakis (2008): kroz dostupnost društvene potpore, društveni utjecaj, angažiranost u društvu, osobne kontakte (pod time se misli na izloženost patogenima i sl.) i kroz dostupnost resursa (novac, informacije) (Berkman & Glass, 2000). Oni koji su dobro povezani bit će prije zaposleni, imati bolje stambene uvjete, biti zdravi, biti bolje plaćeni i živjeti će u prosjeku duže (Kawachi i Berkman,

2000). Empirijske studije o utjecaju umreženosti na zdravlje, kojih najviše ima u javnozdravstvenim studijama, pokazale su da su društveni odnosi poput neke vrste socijalnog štita koji regulira rizike (Woolcock, 1998).

Iako je raznovrsnost i kvaliteta kontakata bitna, njihova kvantiteta također je važna za zdravlje. Postoji prednost za one s većim društvenim mrežama (Stansfeld i sur., 1998). Broj radova na temu povezanosti između ova dva konstrukta se povećava a često ima veze sa smrtnosti. Marmont (2006.) tvrdi kako nedostatak umreženosti povećava smrtnost za 50%. Ljudi s više društvenih mreža žive duže (Yang i sur., 2015).

U našem istraživanju pokazala se najsnažnija povezanost između umreženosti i utjecaja na psihičko zdravlje ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$) i to u muškom modelu čak nekoliko puta veća od utjecaja SES-a na psihičko zdravlje. Literatura kaže da su pozitivni i negativni socijalni utjecaji snažnije povezani s mentalnim zdravljem nego s fizičkim zdravljem (Walen & Lachman, 2000) međutim to više odnosi na žensku populaciju što se i u našem radu potvrdilo. Autori, doduše, razlikuje tipove odnosa kao što su obiteljski, prijateljski ili partnerski koji shodno tipu odnosa uzrokuju različite posljedice na mentalno zdravlje.

Odnos između umreženosti i zdravlja je slojevit i dvosmjernan, stoga loše zdravlje može biti i prediktor slabijih društvenih odnosa (Lund i sur., 2004).

Hipoteza 3. Odnosi između SES-a, umreženosti i zdravlja spolno su specifični

Zanimala nas je spolna specifičnost među ključnim indikatorima i njihov različit utjecaj na dimenzije zdravlja. Hipoteza je djelomično potvrđena. Pronašli smo dvije značajne spolne razlike. Prva se odnosi na značajnost povezanosti dobi i psihičkog zdravlja žena, koja nije ustanovljena u muškom modelu. Literatura sugerira da negativna povezanost dobi i psihičkog zdravlja u žena ima veze sa fiziološkim i psihološkim promjenama s kojima se žene suočavaju obzirom na promjene u reproduktivnom razvoju (Griffiths, 2014). Također, bavljenje fizičkom aktivnošću, koja se smanjuje u starijoj dobi, utječe na mentalno zdravlje. Među starijom populacijom žena, broj djece koja ne/žive u kućanstvu s njima te aktivni ili ne aktivni partnerski odnos utječe na mentalno zdravlje žena više nego kod muškaraca (Vlassoff, 2007.). Druga razlika opažena je u odnosu između SES-a i psihičkog zdravlja, gdje je u

ženskom modelu taj odnos u potpunosti posredovan (puna medijacija) umreženošću, dok je u muškom modelu riječ o djelomičnoj posredovanosti (parcijalna medijacija). Obzirom da u ovom istraživanju nije potvrđena uobičajena razlika u razini umreženosti (veća kod žena) dobiveni rezultati u skladu su s očekivanim. Radovi iz područja medicinske sociologije koji se bave međuodnosom povezanosti, SES-a, društvenog kapitala i mentalnog zdravlja društvenim kapitalom posredovanu pozitivnu povezanost SES-a s psihičkim zdravljem uočavaju primarno u žena (Hassanzadeh; 2016).

6.3. Ograničenja i prednosti studije

Dio ograničenja studije odnosi se na ograničenja iz preuzete studije o „Promjenama u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. i 2010.“ Spomenuta studija prepoznala je jedno od ograničenja u uzorkovanju. Iz praktičnih razloga u anketi nisu sudjelovali teže bolesni ili oni koji su u tom trenutku bili na liječenju u zdravstvenim institucijama. Također, vjerojatnije je da ćemo doći do zdravijih ispitanika nego bolesnih (Curry, 2009; Koops, 2002).

Moramo ukazati i na ograničenja metodološkog pristupa i u uzorkovanju. Muškarci, mlađi ljudi i starijih iz nižih obrazovnih kategorija ozbiljno su podzastupljeni u nacionalnim uzorcima zdravstvenih anketa, uključujući i Hrvatsku zdravstvenu anketu (Kolčić, Polašek, 2009).

Sljedeće ograničenje odnosi se na čestice pitanja o preuzetom pitanju o trenutnom zanimanju sudionika. Pitanje je naizgled koncipirano kao kategorijalna varijabla no zbog intervala između kategorija kojeg obilježava razina prihoda pojedinog zanimanja, te gradira kategorije od veće prema manjoj, spomenuto pitanje smo u analizama tretirali smo kao ordinalnu varijablu. Potencijalno ograničenje odnosi se i na sudionike koji zbog nedostajućih odgovora na neka pitanja nisu bili uvršteni u analize. U slučaju da ti nedostajući odgovori odražavaju sustavnu specifičnost sudionika koji nisu odgovorili na sva pitanja u odnosu na one koji jesu, onda je naš postupak imao za posljedicu određenu pristranost u nalazima.

. Prednost provedene studije nalazi se u pristupu koji nastoji povećati razumijevanje različitih društvenih, ekonomskih i sociopsiholoških faktora koji utječu na zdravlje i pojavu bolesti te ih povezati s ukupnom društvenom strukturom.

7. ZAKLJUČAK

Cilj rada bio je istražiti odnose između tri promatrana konstrukta: socioekonomskog statusa, umreženosti te fizičkog i mentalnog zdravlja. Istraživanje je provedeno među građanima Hrvatske u dobi od 25 do 65 godina. Dodatno, u radu je promatrana spolna specifičnost odnosa među temeljnim konstruktima.

Temeljem literature, postavili smo tri hipoteze, od koji su prve dvije u potpunosti, a treća djelomično, potvrđene. U budućim bi istraživanjima valjalo razmisliti o proširivanju mjere SES-a s još nekoliko dimenzija (usp. Singh, 2017.), primarno uzimajući u obzir posredovanje materijalnih dobara te nekretnina/posjeda. Mjerenje umreženosti valjalo bi unaprijediti uvođenjem indikatora kvalitete i/ili intenziteta odnosa s kontaktima u mreži (u našem je radu naglasak bio isključivo na kvantiteti veza). To bi doprinijelo preciznijem mjerenju i mogućnosti detaljnijih uvida (koja točno dimenzija umreženosti utječe na psihičko, odnosno fizičko zdravlje?).

Za bolje razumijevanje smjera odnosa među ključnim konstruktima, bit će potrebne longitudinalne studije. Iako su vremenski i financijski zahtjevne, smatramo ih iznimno potrebnim za empirijski utemeljenu politiku javnog zdravstva.

Budući da Hrvatska zdravstvena politika naglašava važnost jednakog pristupa kvalitetnim zdravstvenim uslugama za sve građane i građanke RH, smatram kako bi se boljim razumijevanjem uloge socioekonomskog statusa te društvene povezanosti moglo unaprijediti napore usmjerene smanjivanju zdravstvenih nejednakosti. Provođenje manjih, specifičnih studija, uključujući kvalitativna istraživanja, koje bi bile usredotočene na detaljnije razumijevanje odnosa između tri ovdje ispitivana konstrukta, omogućilo bi empirijski utemeljene odluke o potrebnim javno zdravstvenim intervencijama (unaprjeđivanje zdravlja populacije) te doradama sustava javnog zdravlja u Hrvatskoj (djelotvorniji i pravedniji pristup zdravstvenim servisima).

8. LITERATURA

- Andersen, R.M. (2008). National Health surveys and the behavioral model of health services use *Medical care*, 46(7):647-653.
- Atkinson, A.B. (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2, 244-263.
- Bardel, A., Wallander, M.A., Svardsudd, K. (2009). Age-specific symptom prevalence in women 35-64 years old: A population based study. *BMC Public health*, 9:37.
- Baron, M.R., Kenny, A.D. (1986) The Moderator–Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1173-1182.
- Beauchamp, L.T. (1989). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press. 320-350.
- Berger, E. (2003). *Using regression Analysis in Evaluation*. In: Wholey, J., Hatry, H. & Newcomer, K. (Eds). *Handbook of Practical Program Evaluation*. New York: Jossey Bass.
- Berkman, L.F., Syme, S.L. (1979). Social Networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.*, 109:186-204.
- Bilajac, L. (2015). *Povezanost socioekonomskih obilježja s korištenjem zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*, doktorska disertacija, Medicinski fakultet Rijeka.
- Black, D., Townsend, P., Davidson, N. (1982). *Inequalities in health*. The Black report. Harmondsworth: Penguin Book.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. In Richardson, J.G. (ed) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* Greenwood Press: New York.
- Braveman, P., Egerter, S., Williams, R.D. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu. Rev. Public Health* 2011. 32:381–98.
- Brooker, A., Eakin, J.M. (2001). Gender, Class, work-related stress and health: toward a power-centred approach. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Volume 11, Issue 2, pages 90-109.
- Carmel, S., Bernstein, J. H. (2003). Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *Int J Aging Hum Dev.* 2003;56(2):113-31.
- Cerjan-Letica, G. (2004). Teorija zdravstvene pravednosti. *Revija za*

- Christakis, A.N., Smith, P.K. (2008) Social Networks and Health, *Annu. Rev. Socio.*, 34: 405-429.
- Cockerham, W.C. (2010) *Medical sociology*, Singapore:Willey-blackwell, 71-97, 184-211.
- Cohen, S., Doyle, W., Baum, A. (2006). Socioeconomic Status is Associated With Stress Hormones, *Psychosomatic Medicine*, 68:414-420.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital.. *American Journal of Sociology*, 94: Supplement 595-512.
- Džakula, A. (2013). Socioekonomski status i rizična zdravstvena ponašanja odrasle hrvatske populacije, *Acta Med Croatica*, 67 (2013) 25-35.
- Elias, R.W. (1997). Some useful statistical methods for model validation. *Environmental Health Perspectives*, 106, 1541 – 1550.
- Freeborn, D.K., Pope, C.R., Davis, M.A. and Mullooly, J.P. (1977). *Health status, socioeconomic status, and utilization of outpatient services for members of prepaid group practice*. *Med. Care* 15(2):115-27.
- Griffiths, A., Kouvonen, A., Pentti, J. (2007.) Association of physical activity with future mental health in older, mid-life and younger women, *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 5, 813–818.
- Horwitz, A. (1977). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between man and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (2), 169-178.
- Hudson, G.C. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses, *American Journal of Orthopsychiatry* Vol. 33. No. 1.
- Kandrack, M.A., Grant, K.R., Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med*. 1991;32(5):579-90.
- Kawachi, I. et al, (1997). *Social capital, income inequality and mortality*. *American journal of Public Health*, 87:1491-8.
- Kludhal et al (2001). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51 (2001) 843±857
- Kooiker, S., Christiansen, T. (1995). Inequalities in health: The interaction of circumstances and health related behaviour, *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, no.4 str. 495-524.
- Kunitz, S. J. (2004). Social capital and health. *British Medical Bulletin*, 69, 61-73.
- Kunst, A. (1997). *Cross-national comparison of socioeconomic differences in mortality*, Thesis Erasmus University Rotterdam.

- Lacković, K., Nekić, M., Penezić, M. (2009). Usamljenost žena odrasle dobi: uloga percipirane kvalitete bračnog odnosa, *Suvremena psihologija* 12, 7-22.
- Leveille, S.G., Penninx, B.W., Melzer, D., Izmirlian, G., Guralnik, J.M. (2000). Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000 Jan;55(1):S41-50.
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47, 1181-1181.
- Lorber, J., & Moore, L.J. (2002). *Gender and social construction of illness* (2nd ed.). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *J. Health psychol*; 2: 297-311.
- Macintyre, S., Hunt, K. (1997). Socioeconomic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology*, Vol.2, no.4, str. 310-330.
- Magson, R. N., Craven, G.R., Bodkin –Andrews, H.G. (2014). Measuring Social Capital: The Development of the Social Capital and Cohesion Scale and the Associations between Social Capital and Mental Health. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*. Vol 14, 2014, pp. 202-216.
- Marmont, M. (2006). Health in unequal world. *Lancet*, 368 (9552): 2018-2094.
- Marmont, M., Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of Health*, Oxford University Press. New York.
- Mastilica, M. (1991). *Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita*. Doktorska disertacija, Zagreb: Odsjek za sociologiju Filozofskoh fakulteta u Zagrebu.
- Mastilica, M. (1993). Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita. *Revija za sociologiju*, 1-2, str. 163-180.
- Moore, G. (1990). Structural determinants of Men s and Woman s Personal Networks. *American Sociological Review*, Vol. 55, Issue 5, 720-730.
- Nejednakosti u Hrvatskoj – Zdravlje i Zdravstveni Sustav. <http://nejednakost.cms.hr/wp-content/uploads/2016/09/NEJEDNAKOSTI-U-HRVATSKOJ-zdravstvo.pdf> (pristupljeno u prosincu 2017.)
- Norris, P., Inglehart, R. (2003). *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change Around the World*. Cambridge University Press.
- OECD <https://data.oecd.org/searchresults/?q=croatian.pdf> (pristupljeno u siječnju 2018.)
- Patrick, D. L. and Wickizer, T. M. (1995). Community and health. U: *Society and Health*. Oxford University Press. New York.

- Pitchler, F., Wallace, C. (2007). Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe *European Sociological Review*, Volume 23, Issue 4, 1 September 2007, Pages 423–435.
- Polašek, O., Šogorić, S. (2009). Socioeconomic Inequalities Estimation from Public Health Surveys – Data Considerations, Strengths and Limitations. // *Collegium antropologicum*. 33, S1;171-176.
- Poljičanin T., Sekerija, M., Boras, J., Kolarić, B., Vuletić, S., Metelko, Z. (2012). Cumulative incidence of self-reported diabetes in Croatian adult population in relation to socioeconomic status and lifestyle habits. *Coll Antropol*. 2012 Jan;36 Suppl 1:41-6
- Plavšić, M. (2012). *Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*, Doktorski rad, Zagreb 2012. Rudan, V. (2004). Comparison of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Coll. Antropol.*, 28(1) 393–401.
- Rieker, P.P., Bird, C.E. (2000). *Sociological Explanations of Gender Differences in Mental and Physical Health*. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, editors. *Handbook of Medical Sociology*. 5. Upper Saddle River, NY: Prentice Hall: pp. 90-113.
- Singh, T., Sharma, S., Nagesh, S. (2017). *Socio-economic status scales updated for 2017*. In: *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2017 Jul;5(7):3264-3267.
- Song, M. (2013). *Mixed Race Identities*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Stansfeld, S.A. (1998). A review of environmental noise and mental health. *Noise Health* 2000;2:1-8.
- Šućur, Z., Zrinščak, S. (2007). Differences that Hurt: Self-Perceived Health Inequalities in Croatian and European Union. *Croat Med J*. 48(5): 649-670
- Vlassoff, C. (2007). Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*. 2007 Mar; 25(1): 47–61.
- Vončina, L. (2013). *Nezaposlenost kao izravan ili neizravan čimbenik rizika za zdravlje : doktorska disertacija*. Split, 2013.
- Walen, R.H., Lachman, E.M. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social & Personal Relationships* (2000), 17(1), 5-30.
- Woolcock, M. (1998). Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework. *Theory and Society*, 27(2): 151-208.
- Wolinsky, F.D. (1981). Background, attitudinal and behavioural patterns of individuals occupying eight discrete health states. *Sociology of Health and Illness* 3(1):31-48.
- Yang, Y.C., Boen, C., Gerken, K., et al. (2016). Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proc Natl Acad Sci USA*;113(2):578-83

9. SAŽETAK

Sociološka bibliografija razvijenih zapadnih država, posebice američka, bogata je rezultatima istraživanja zdravlja i bolesti. Općenito, ta istraživanja se temelje na hipotezi da se bolesti ne šire slučajno, već postoje određeni društveni uvjeti i obrasci ponašanja koji promiču zdravlje, odnosno uvjeti koji pogoduju obolijevanju, nastanku bolesti i smrti. Za proučavanje odnosa između društvene nejednakosti i zdravlja potrebno je znati da društvena raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja nije slučajna već je povezana s društvenom stratifikacijom.

Tematika ovog rada bavi se povezanošću socioekonomskog statusa, umreženosti (društvene povezanosti) i zdravlja. Pojava zdravstvenih nejednakosti posljedica je društvene stratifikacije, tj. opće strukturirane društvene nejednakosti. Nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti (Mastilica, 1994.:95). Ukupne strukturirane društvene razlike - nejednakosti u položaju društvenih slojeva utječu na nejednakosti u njihovom zdravstvenom stanju (kao i na nejednakosti u životnim stilovima, preventivnom zdravstvenom ponašanju, dostupnosti, korištenju zdravstvenih usluga i sl). Istraživanja su pokazala da lošiji socioekonomski položaj znači i lošije zdravlje (Cockerham, 2007.:75). Društvenu povezanost, odnosno umreženost novija istraživanja dovode u vezu sa zdravljem i bolešću. Naše društvene veze i kvaliteta tih odnosa, čini se, utječu na zdravlje (Christakis, 2008.:410).

U empirijskom dijelu ovog rada proučit ćemo tri konstrukta i dva tipa odnosa među njima. Fokus je na odnosu između socioekonomskog statusa, društvene povezanosti i zdravlja pri čemu se društvena povezanost testira kao mogući medijator odnosa između društvenih i zdravstvenih nejednakosti. Umreženost kao medijatorska varijabla testira pretpostavku o indirektnom utjecaju socioekonomskog statusa na zdravlje putem društvene povezanosti. Testiranje je provedeno na podacima istraživanja iz 2010. godine (N=1.026 ispitanika). Temeljni indikatori su fizičko i mentalno zdravlje (kompozitne mjere), društvena povezanost ili umreženost (kompozitni indikatori) te, socioekonomski status (indikator dobiven faktorizacijom obrazovanja, prihoda i zanimanja).

Rezultati ovog rada mogli bi doprinijeti boljem razumijevanju uloge društvene povezanosti u odnosu između zdravlja i bolesti te unaprijediti napore usmjerene smanjivanju zdravstvenih nejednakosti čiju važnost naglašava i Hrvatska zdravstvena politika.

10. PRILOG

UPITNIK NUZ – travanj/svibanj, 2010.

ZDRAVSTVENI STATUS¹

ZS_1a) Koliko ste visoki?

--	--	--

cm

ZS_1b) Koliko ste teški?

--	--	--

kg

ZS_2) Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje: (zaokružite jedan odgovor)

1 - odlično

2 - vrlo dobro

3 - dobro

4 – ne baš dobro

5 - loše

Da li Vas trenutno Vaše zdravlje ograničava u obavljanju sljedećih aktivnosti? Ako da, u kojoj mjeri? (Zaokružite jedan broj u svakom redu)

	AKTIVNOSTI	DA, prilično	DA, malo	NE
ZS_3	Fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima	1	2	3
ZS_4	Podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	1	2	3
ZS_5	Uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	1	2	3
ZS_6	Saginjanje, klečanje ili pregibanje	1	2	3
ZS_7	Hodanje oko 500 metara	1	2	3
ZS_8	Kupanje ili oblačenje	1	2	3

Da li je u protekla 4 tjedna u radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima Vaše zdravlje uzrokovalo nešto od sljedećeg? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

		da	ne
ZS_9	Morali ste skratiti vrijeme koje inače provodite u radu ili drugim aktivnostima	1	2
ZS_10	Obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
ZS_11	Niste mogli obaviti neke poslove ili druge aktivnosti	1	2
ZS_12	Imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud)	1	2

ZS_13) U kojoj je mjeri u protekla 4 tjedna Vaše zdravlje utjecalo na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima? (1 odgovor)

1 – nije utjecalo

2 - u manjoj mjeri

3 - umjereno

4 - prilično

5 – izrazito

U protekla 4 tjedna, koliko ste se često: (zaokružite jedan odgovor u svakom redu).

		stalno	skoro stalno	veći dio vremena	povremeno	rijetko	nikada
ZS_14	osjećali puni života?	1	2	3	4	5	6
ZS_15	bili vrlo nervozni?	1	2	3	4	5	6
ZS_16	osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti?	1	2	3	4	5	6
ZS_17	osjećali spokojnim i mirnim?	1	2	3	4	5	6
ZS_18	bili puni energije?	1	2	3	4	5	6
ZS_19	osjećali malodušnim i tužnim?	1	2	3	4	5	6
ZS_20	osjećali iscrpljenim?	1	2	3	4	5	6
ZS_21	bili sretni?	1	2	3	4	5	6
ZS_22	osjećali umornim?	1	2	3	4	5	6

ZS_23 Imate li neko dugotrajno oboljenje ili poteškoću koja ograničava Vaše aktivnosti na bilo koji način? Pod dugotrajnim se podrazumijeva bilo koje oboljenje/poteškoća koje je trajalo duži period i izgledno je da će se nastaviti.

1. Da

2. Ne
3. (Ne znam)

Koje kronične bolesti imate?

KB_1	Visoki tlak	Ne	da
KB_2	Povišene masnoće u krvi	1	2
KB_3	Povišeni šećer	1	2
KB_4	Srčani infarkt	1	2
KB_5	„Slabo srce“	1	2
KB_6	Reuma	1	2
KB_7	Čir na želucu ili gastritis	1	2
KB_8	Zloćudne bolesti (rak)	1	2
KB_9	Bubrežne bolesti	1	2
KB_10	Bolesti jetre	1	2
KB_11	Upale (jajnika, mjehura, prostate, spolnih organa)	1	2
KB_12	Povišene vrijednosti hormona (štitnjača)	1	2
KB_13	Alergije	1	2
KB_98	Niti jednu navedenu	1	2
KB_99	Neku drugu	1	2

ZDRAVSTVENE NAVIKE¹

Koliko često konzumirate:

		Nikada	Nekolik o puta godišnj	2-3 puta mjes	1 tjedno	2-3 puta tjedno	Svaki dan
ZN_1	Žestoka pića	1	2	3	4	5	6
ZN_2	Vino	1	2	3	4	5	6
ZN_3	Pivo	1	2	3	4	5	6

ZN_4) Konzumirate li duhan (cigarete, cigare, lulu)?

1 - ne

*Filter pitanje (ako 2,3 preskoči
slijedeće).*

- 2 - povremeno
- 3 - svakodnevno

ZN_5) Jeste li ikada pušili?

- 1 - ne
- 2 – da, ali sam samo probao/la, to jest nikada redovito nisam pušio/la
- 3 – da

FIZIČKA AKTIVNOST¹

FA_1) Koliko je fizički naporan Vaš posao?

- 1 - vrlo lagan (uglavnom sjedim)
- 2 - lagan (uglavnom hodam)
- 3 - srednje težak (podizanje, nošenje ili premještanje lakog tereta)
- 4 - težak fizički rad (penjanje, nošenje teškog tereta, često sagibanje)

FA_2) Koliko ste često u svoje slobodno vrijeme fizički aktivni najmanje 30 min, tako da se pritom barem umjereno zapužete ili oznojite (planinarenje, trčanje, bicikl, teretana, plivanje, rad u kući/vikendici i okolo, i sl)?

- 1 - nisam fizički aktivan
- 2 - nekoliko puta godišnje ili rjeđe
- 3 - dva do tri puta mjesečno
- 4 - jednom tjedno
- 5 - dva do tri puta tjedno
- 6 – četiri do pet puta tjedno
- 7 - svakodnevno

KORIŠTENJE ZDRAVSTVENIH SLUŽBI I ZADOVOLJSTVO KVALITETOM¹

K_1) Koliko ste puta u proteklih godinu dana bili kod izabranog liječnika obiteljske medicine?

- 1 – niti jednom
- 2 - jedan do dva puta

<i>Ovo pitanje kontrolirati s obzirom na dijagnozu.</i>

- 3 - tri do četiri puta
- 4 - pet do deset puta
- 5 - više od deset puta
- 6 - ne znam
- 7 – nemam izabranog liječnika

K_2) Jeste li u prošlih godinu dana bit kod liječnika specijaliste (interniste, okulista, diabetologa, NE ginekologa)

- 1 da 2 ne

Filter pitanje.

K_3) Koliko ste puta u proteklih godinu dana bili kod svog izabranog stomatologa (koje Vam pokriva osiguranje)?

- 1 – niti jednom
- 2 - jedan do dva puta
- 3 - tri do četiri puta
- 4 - pet do deset puta
- 5 - više od deset puta
- 6 - ne znam
- 7 – nemam izabranog stomatologa

K_4) Kada ste posljednji puta radili bris vrata maternice (papa test)?

- 1 – u proteklih 12 mjeseci
- 2 - u proteklih 24 mjeseca
- 3 - u proteklih tri godine
- 4 - prije više od 4 godine
- 5 - ne znam
- 6 – odbijam odgovoriti

K_5) Koliko ste puta u proteklih godinu dana ležali u bolnici?

- 1 – niti jednom
- 2 - jedan ili dva puta
- 3 – tri ili više puta

Unatrag dvije godine, jeste li koristili neku od slijedećih njegovateljskih usluga?

		da	ne
K_6	Kućna njega koju pruža medicinska sestra ili primalja	1	2
K_7	Pomoć u kućanskim poslovima za starije	1	2
K_8	Usluga prijevoza (za zdravstvene potrebe)	1	2
K_9	Dostava lijekova	1	2

U posljednjih godinu dana, na koje ste poteškoće naišli kada je riječ o uslugama vašeg liječnika obiteljske medicine

HZA koristi ne/umjereno/jako.

		da	ne
Q_1a	Dugo čekanje	1	2
Q_1b	Neljubaznost osoblja	1	2
Q_1c	Udaljenost liječnika	1	2
Q_1d	Financijski troškovi	1	2

U posljednjih godina dana, na koje ste poteškoće naišli kada je riječ o uslugama liječnika specijaliste

		da	ne
Q_2a	Dugo čekanje	1	2
Q_2b	Neljubaznost osoblja	1	2
Q_2c	Udaljenost liječnika	1	2
Q_2d	Financijski troškovi	1	2

U posljednjih godina dana, koje ste probleme imali kada je riječ o uslugama vašeg ginekologa kojeg pokriva osiguranje (samo za žene; nije riječ o privatniku)

		da	ne
Q_3a	Dugo čekanje	1	2
Q_3b	Neljubaznost osoblja	1	2
Q_3c	Udaljenost liječnika	1	2
Q_3d	Financijski troškovi	1	2

Općenito, u našoj zemlji, što se tiče usluga koje pružaju navedeni, rekli biste da ste: ⁸

		Potpuno zadovoljan/na	Djelomično zadovoljan/na	Ne znam	Djelomično nezadovoljan/na	Vrlo zadovoljan/na
Q_4a	Bolničkim tretmanom	1	2	3	4	5
Q_4b	Liječnicima opće i obiteljske medicine	1	2	3	4	5
Q_4c	Liječnicima specijalistima, uključivo stomatologe	1	2	3	4	5

DOSTUPNOST njege/usluga²

Jeste li u proteklih godinu dana platili usluge:		da	ne
D_1	Privatnog stomatologa	1	2
D_2	Privatnog ginekologa	1	2
D_3	Liječnika specijalista, privatnika	1	2

D_4) Tijekom posljednjih godinu dana, da li Vam se dogodilo da si niste mogli priuštiti neku vrstu medicinske njege ili usluge zbog cijene te usluge?

1 – da 2 – ne

Filter pitanje.

Koju vrstu njege/usluge si niste mogli platiti?

D_5a. Operacija

D_5b. Pregled/njega/tretman obiteljskog liječnika

D_5c. Pregled/njega/tretman liječnika specijaliste

D_5d. Nabavka određenog lijeka ili lijekova

D_5e. Stomatološka njega/usluga

D_5f. Bolnička njega, rehabilitacija

D_5g. Ambulantna njega, rehabilitacija (bez zadržavanja u bolnici)

D_5h. Medicinsko pomagalo (naočale, aparatić za zube)

D_5i. Njega u domu ili toplicama

D_5j. Plaćena kućna njega

D_5_99. Nešto drugo, što: _____

D_6) U protekloj godini, da li Vam se dogodilo da niste mogli koristiti neku vrstu medicinske njege ili usluge jer vam nije bila fizički dostupna (udaljenost)?

1 – da 2 – ne

Koji tip njege/usluge niste obavili zbog nedostupnosti njege/usluge?

D_7a Operacija

D_7b. Pregled/njega/tretman obiteljskog liječnika

D_7c. Pregled/njega/tretman liječnika specijaliste

D_7d. Izdavanje recepta za neke lijekove

D_7e. Stomatološka njega/usluga

D_7f. Bolnička njega, rehabilitacija

D_7g. Ambulantna njega, rehabilitacija (bez zadržavanja u bolnici)

D_7h. Osiguranje prava na medicinsko pomagalo

D_7i. Njega u domu, toplicama

D_7j. Plaćena kućna njega

D_7_99. Nešto drugo, što: _____

D_8) Koliko je udaljena ordinacija Vašeg obiteljskog liječnika od mjesta gdje stanujete?
_____ (u km) ³

D_9) U prosjeku, koliko dugo čekate da Vas primi vaš obiteljski liječnik? ³

1- Do 5 minuta

2- Do 15 minuta

3- Između 15 i 30 minuta

4- Između 30 i 60 minuta

5- Više od sat vremena

D_10) Ne računajući rate za zdravstveno osiguranje, participacije i doprinose, koliko ste u posljednjih godinu dana iz vlastitog džepa izdvojili novaca za zdravstvenu njegu (npr. konzultacije sa zdravstvenim radnicima, obavljanje raznih pretraga, laboratorijska testiranja, izvan bolnički operativni zahvati). Ne računaju se boravci u bolnici i alternativni tretmani. ³

Ukupan iznos (u kn) _____

Posljednji put kada ste trebali posjetiti liječnika opće prakse ili specijalista, koliko su Vam sljedeće stvari otežavale sam posjet? ⁷

		Jako je otežalo	Malo je otežalo	Nimalo nije otežalo	trebao/la biti	Ne znam
D_11a	Udaljenost ordinacije/bolnice/Doma zdravlja	1	2	3	4	5
D_11b	Predugo čekanje na termin pregleda	1	2	3	4	5
D_11c	Čekanje da Vas liječnik primi nakon što ste došli u ordinaciju na zakazani pregled	1	2	3	4	5
D_11d	Troškovi posjete liječniku	1	2	3	4	5

D_12) Tijekom proteklih 12 mjeseci, jeste li vi ili neki drugi član vaše uže obitelji nešto poklonili (novac, uslugu, neki predmet ili slično) liječniku, medicinskoj sestri ili nekoj drugoj osobi uposlenoj u medicinskoj ustanovi kako biste dobili bolju i/ili bržu zdravstvenu uslugu? ³

- a) da, više puta
- b) da, jednom
- c) ne

DRUŠTVENA POVEZANOST ⁴

Koliko često sudjelujete u niže navedenim aktivnostima? ⁴

		svaki tjedan	1 ili 2 mjes.	nekoliko puta god.	ne sudjelujem
DP_13	Provodite vrijeme s prijateljima i poznanicima.	1	2	3	4
DP_14	Provodite vrijeme u obiteljskim i rodbinskim druženjima.	1	2	3	4
DP_15	Provodite vrijeme u dobrovoljnim organizacijama i udrugama (profesionalnim, sportskim, kulturnim, religijskim, političkim..)	1	2	3	4

Koliko se sljedeće tvrdnje odnose na vas osobno? ⁵

		uopće se ne odnosi na mene	uglavno m se ne odnosi na mene	ne mogu procij eniti	uglavno m se odnosi na mene	u potpunosti se odnosi na mene
DP_16	Osjećam se jako usamljeno i izolirano.	1	2	3	4	5
DP_17	Osjećam se potpuno prihvaćen od svojih prijatelja.	1	2	3	4	5
DP_18	Često se družim sa znancima i prijateljima.	1	2	3	4	5
DP_19	Osjećam se korisnim za svoju okolinu i ljude koji su mi bliski.	1	2	3	4	5
DP_20	Imam prijatelje koje viđam svakog tjedna.	1	2	3	4	5

Od koliko biste prijatelja ili rođaka, mogli očekivati pomoć u sljedećim situacijama:

		<i>Upiši broj rođaka</i>	<i>Upiši broj prijatelja</i>
DP_21	Morate posuditi manju svotu novaca.		
DP_22	Potreban vam je prijevoz u bolnicu.		
DP_23	Trebate nekoga tko bi obišao vaše ostarjele roditelje dok ste na dužem putu ili izbivate od kuće.		
DP_24	Trebate jamca za kredit.		

Lokus kontrole, sreća/zadovoljstvo i optimizam ⁴

SZ_1) Neki ljudi osjećaju da imaju potpuno slobodan izbor i kontrolu nad svojim životima, a drugi osjećaju da ono što čine nema nikakvog stvarnog utjecaja na ono što im se događa. Molim vas, naznačite koliko slobode izbora i kontrole mislite da imate nad svojim životom:

uopće ne 9 najvećim dijelom

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SZ_2) Sveukupno uzevši, koliko ste zadovoljni ili nezadovoljni svojim poslom?

nezadovoljan/-na KARTICA 15 zadovoljan/-na

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SZ__3) Kad uzmete sve u obzir, koliko ste ovih dana zadovoljni sa svojim životom?

nezadovoljan/-na KARTICA 10 zadovoljan/-na

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SZ_4) Biste li za sebe rekli da ste:

a) vrlo sretni

b) sretni

c) ne baš sretni

d) uopće nisam sretan

e) ne mogu procijeniti

Molim ocijenite stupanj slaganja sa sljedećim izjavama⁶

		Potpun o se slažem	Uglav nom se slaže m	ne mogu procije niti	Uglavn om se ne slažem	Uopće se ne slažem
SZ_5a	U nesigurnim vremenima obično očekujem najbolje	1	2	3	4	5
SZ_5b	Uvijek sam optimističan/na u vezi budućnosti	1	2	3	4	5
SZ_5c	U cjelini, očekujem da mi se dogodi više dobrih nego loših stvari	1	2	3	4	5
SZ_5d	Ne vjerujem da će se stvari u životu odvijati meni u prilog.	1	2	3	4	5
SZ_5e	Jako rijetko očekujem nešto dobro.	1	2	3	4	5

Sociodemografski modul¹

SD_1) Godina rođenja:

SD_2) Spol :

1 – M

2 – Ž

Broj članova domaćinstva

SD_3a do 18 godina starosti _____

SD_3b od 19 do 64 godine starosti _____

SD_3c 65 godina ili više _____

SD_4) Broj soba u stanu/kući kojoj živite (uključivo dnevni boravak) _____

SD_5) Koliki je mjesečni prihod Vašeg domaćinstva (u prosjeku)?

1 - između 1000 i 2000 kuna

8 - između 8000 i 9000 kuna

2 - između 2000 i 3000 kuna

9 - između 10000 i 11000 kuna

3 - između 3000 i 4000 kuna

10 - između 11000 i 12000 kuna

4 - između 4000 i 5000 kuna

11 - između 12000 i 13000 kuna

5 - između 5000 i 6000 kuna

12 - između 13000 i 14000 kuna

6 - između 6000 i 7000 kuna

13 – između 14000 i 15000 kuna

7 - između 7000 i 8000 kuna

14 - više od 15000 kuna

SD_6) Bračno stanje

1 - u braku

2 - u izvanbračnoj zajednici

3 - neoženjen/neudata

4 - rastavljen/rastavljena

5 - udovac/udovica

SD_7) Radni status

1 – zaposlen/na, puno radno vrijeme

2 – zaposlen/na, pola ili manje radnog vremena

3 – nezaposlen/na, kraće od godinu dana

4 – nezaposlen/na, duže od godinu dana

SD_8) Vaše je trenutno zanimanje (ISCO 88):

- 1 - čelnici i članovi zakonodavnih i državnih tijela i direktori
- 2 - stručnjaci i znanstvenici
- 3 - inženjeri, tehničari i srodna zanimanja
- 4 - uredski i šalterski službenici
- 5 - uslužna i trgovačka zanimanja
- 6 - poljoprivredni, šumski radnici i ribari

- 7 - zanimanja u obrtu i pojedinačnoj proizvodnji
- 8 - rukovatelji strojevima, i vozilima
- 9 - jednostavna zanimanja
- 10 - vojna zanimanja
- 11 – domaćica (*dodano, nije u ISCO*)

SD_9) Školska sprema oba roditelja

SD_9a otac SD_9b majka

- 1 - nezavršena osnovna škola
- 2 – završena osnovna škola
- 3 – nezavršena srednja škola (3 god ili 4 god)
- 4 – završena srednja škola
- 5 – nezavršena viša škola ili fakultet
- 6 – završena viša škola
- 7 – završen fakultet
- 8 – završen magistarski ili doktorski studij

1.1	2.1
1.2	2.2
1.3.	2.3.
1.4	2.4
1.5	2.5
1.6	2.6
1.7	2.7
1.8	2.8

SD_10) Koliko ste godina proveli školujući se (ponavljanja se ne računaju)

SD_11) Županija – mjesto– upisuje anketar

SD_12) Veličina mjesta – upisuje anketar