



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Vanesa Benković

**PROMJENA U RAZINI ZDRAVSTVENIH
NEJEDNAKOSTI 2003. g. i 2010. g.**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2017.



University of Zagreb

Faculty of Philosophy

Vanesa Benković

**CHANGE IN THE LEVEL OF HEALTH
INEQUALITIES IN THE YEARS 2003 AND
2010**

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2017



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Vanesa Benković

PROMJENA U RAZINI ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI 2003. g. i 2010. g.

DOKTORSKI RAD

Mentor:

dr. sc. Aleksandar Štulhofer, red. prof.

Zagreb, 2017.



University of Zagreb

Faculty of Philosophy

Vanesa Benković

**CHANGE IN THE LEVEL OF HEALTH
INEQUALITIES IN THE YEARS 2003 AND
2010**

DOCTORAL THESIS

Supervisor:

Professor Aleksandar Štulhofer, Ph.D.

Zagreb, 2017

ZAHVALA

Izrada ove disertacije bila je osobno i profesionalno putovanje. Na početku svakog pravog putovanja osoba nije ista osoba kao i na kraju putovanja, pa je ovo putovanje promijenilo i mene na osobnoj i na profesionalnoj razini.

Na tome prije svega zahvaljujem svome mentoru, prof.dr.sc. Aleksandru Štulhoferu, na nesebično prenesenom znanju, predanosti i inzistiranju na kvaliteti, uz nezamjenjivo pozitivan pristup. Višegodišnji angažman, strpljivost i visoka etičnost uz istovremenu prijateljsku dostupnost pretočene su u krivulju učenja koja je rezultirala pravom investicijom u moj dugoročni profesionalni razvoj. Kao u glazbi, tako i u znanosti pravi mentor nadahnjuje te daje snagu i motivaciju za potrebnu disciplinu i kritičnost prema samome sebi, podjednako razvijajući tehniku i interpretaciju.

Posebno zahvaljujem prof.dr.sc. Miroslavu Mastilici na nadahnuću, podršci i raspirivanju žara za ovu temu i doc.dr.sc. Ranku Stevanoviću na podršci i motivaciji; njegove menadžerske vještine omogućile su financiranje istraživanja NUZ 2010., a njihova prijateljska potpora, optimizam i vjera u mene bili su od velike pomoći u nastajanju ove disertacije.

Zahvaljujem Mirni Krpan i Suzani Bertović na softverskim i jezičnim savjetima.

Također želim zahvaliti na susretljivosti doc.dr.sc. Draganu Bagiću, predsjedniku povjerenstva za ocjenu ovog rada, čija su pitanja, sugestije i smjernice sublimirale početne previde i nedostatke ovoga rada u korisne preinake i savjete, a zahvaljujem mu i na metodološko-teorijskoj potpori. Osim toga, zahvaljujem i prof.dr.sc. Vjekoslavu Afriću, članu povjerenstva, na ocjeni rada te na pažljivom čitanju rada i korisnim sugestijama.

Ovu disertaciju posvećujem svojoj obitelji: svomemu životnom partneru Krešimiru Škarecu, svojoj najdražoj prijateljici i sestri Lauri, šogiju Tomislavu Budaku i svojim roditeljima Dunji i Tiboru, zahvaljujući im na svesrdnoj potpori, ljubavi i energetske intervencijama. Zahvaljujem Nini i Dori Škarec, koje su svojim optimizmom i ljubavi učinile svaki napor lakšim i vedrijim.

SADRŽAJ

ZAHVALA

SADRŽAJ

1.	UVOD	1
1.1.	Zdravlje kao društveni fenomen	6
1.2.	Pristupi tumačenja i razumijevanja društvenih nejednakosti u zdravlju.....	15
1.2.1.	Pojam jednakosti i nejednakosti u zdravlju.....	15
1.2.2.	Teorijski pristupi nejednakosti u zdravlju.....	20
1.2.2.1.	Pristup artefakta	21
1.2.2.2.	Zdravstvena selekcija	22
1.2.2.3.	Društvena uvjetovanost	23
1.2.3.	Utjecaj strukturnih (socioekonomskih) čimbenika	30
1.2.4.	Utjecaj psihosocijalnih čimbenika (osobna obilježja, društvena povezanost, lokus kontrole).....	37
	Nejednakosti i društva – što danas?	45
2.	CILJ I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	48
3.	METODE	49
3.1.	Istraživanja i ispitanici	49
3.1.1.	HZA 2003.	49
3.1.2.	NUZ 2010.	50
3.2.	Obilježja uzoraka 2003. i 2010.	53
3.2.1.	Uzorak 2003.	53
3.2.2.	Uzorak 2010.	54
3.3.	INSTRUMENTI.....	58
4.	Instrumenti korišteni za komparativnu usporedbu HZA 2003. i NUZ 2010.	58
4.1.1.	Zavisna varijabla zdravlje	58
4.1.2.	Nezavisne varijable	62
4.2.	ANALITIČKA STRATEGIJA	64

5.	REZULTATI.....	65
5.1.	Deskripcija zavisne varijable zdravlje.....	65
5.1.1.	Hipoteza 1. Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje.....	67
5.1.2.	Hipoteza 2. Povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a 2010. godine.....	68
5.1.3.	Hipoteza 3. Povezanost dimenzija psihološka obilježja i društvena povezanost sa zdravljem.....	69
5.1.4.	Hipoteza 4. SES i dostupnost zdravstvenih usluga snažniji su prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti i društvene povezanosti.....	71
5.1.5.	Hipoteza 5. Struktura utjecaja nezavisnih dimenzija bit će spolno specifična⁷⁴	
6.	RASPRAVA.....	75
	Ključni nalazi.....	75
	Nalazi po hipotezama.....	75
	Sociodemografske značajke uzorka.....	77
	<i>Hipoteza 1. Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje.....</i>	<i>79</i>
	<i>Hipoteza 2. Povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a 2010. godine 88</i>	
	<i>Hipoteza 3. Povezanost dimenzija psihološka obilježja i društvena povezanost sa zdravljem 96</i>	
	<i>Hipoteza 4. SES i dostupnost zdravstvenih usluga snažniji su prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti i društvene povezanosti.....</i>	<i>103</i>
	<i>Hipoteza 5. Struktura utjecaja nezavisnih dimenzija bit će spolno specifična... 111</i>	
	Ograničenja i prednosti studije.....	114
7.	ZAKLJUČAK.....	116
8.	LITERATURA.....	118
9.	PRILOZI.....	143
	UPITNIK NUZ – travanj/svibanj, 2010.....	143
	SAŽETAK.....	157
	ŽIVOTOPIS.....	165

1. UVOD

Otkrićem značaja mreže čiste vode i kanalizacije u 19. stoljeću za javno zdravlje, očekivano prosječno trajanje života povećalo se za dvadesetak godina, dok je imunizacijom i novim lijekovima ovaj trend nastavljen. Strelovit napredak medicine i tehnologije u 20. stoljeću doveo je do poboljšanja tehnika za očuvanje zdravlja i povećane učinkovitosti zdravstvene njege. Jedan od rezultata jest i produljeno trajanje života, a produljena dob dovodi do produljenja razdoblja (starija dob) u kojem su pobol, smrtnost te potražnja za zdravstvenom zaštitom najveći (Svjetska Zdravstvena Organizacija – SZO 2008). Produljena dob međutim nije pravilo u svakoj zemlji ili zajednici. U svakoj od razvijenih država prosječno očekivano trajanje života je pet do 15 godina kraće za ljude koji žive u najsiromašnijim područjima u usporedbi s onima koji žive u najbogatijima. Ovaj veliki jaz razlika u zdravlju među društvenim klasama odražava jaz iskustava i života siromašnih i bogatih, obrazovanih i neobrazovanih. S druge strane, znanost, praksa i zakonodavci počeli su se baviti problematikom nejednakosti u zdravstvenim ishodima i nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama, otkrivajući postupno kako principi jednakosti i pravičnosti u zdravlju i zdravstvu pozitivno djeluju na sve, a ne samo na one koji su u boljem socioekonomskom položaju. Ukratko, državi je isplativije imati zdravstveni sustav temeljen na jednakosti i dostupnosti zdravstvenih usluga i lijekova nego na tržišnim principima (Wilkinson, 1996). Naime, jednakiji sustav osigurava bolje zdravlje nacije i zdraviju radnu snagu koja povećava bruto društveni proizvod, dok tržišni principi ne omogućuju nužno zdravlje za sve. Primjere i dokaze nalazimo u zdravstvenim ishodima u kvalitetno organiziranim zdravstvenim sustavima zemalja poput Francuske, Velike Britanije i Australije, te u sustavima organiziranim isključivo na tržišnim principima kao što je SAD (OECD 2012, *Health at a Glance*; Marmot, 2010).

Zdravlje odnosno bolest odražava prirodu interakcije osobe i njezine okoline. Pored uvijek iste citirane definicije iz 1948. godine (SZO) o zdravlju kao *stanju kompletnog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustvu bolesti*, jedan više sociološki opis zdravlja kao „individualnog kapaciteta u odnosu na aspiracije i potencijal za potpuni život u društvenom okruženju“ (Tarlov, 1996) možda puno jasnije ocrta ulogu zdravlja kao društvenog pokazatelja. Koristeći zdravlje kao jednu vrstu društvenog pokazatelja otvaramo vrata u svijet društvenih i psiholoških uvida u dvosmjerni odnos zdravlja i socijalnopsiholoških dimenzija bića.

Svakako, nijedno mjerenje samog zdravlja nije moguće bez zdravstvenih pokazatelja (indikatora). Najčešće se pokazatelji izražavaju na razini populacije, kao odraz ukupnog zdravlja određenog naroda ili zajednice. Radi se o nekoliko uobičajenih pokazatelja – mortalitet (stopa smrtnosti), morbiditet (stopa pobola), očekivano trajanje života, stopa dojenačke smrtnosti, te financijski pokazatelji zdravlja – zdravstveni troškovi i njihova struktura (postotak troškova za zdravstvo u ukupnom bruto društvenom proizvodu te struktura troška s obzirom na svrhu i davatelje zdravstvenih usluga). Navedene pokazatelje zdravlja prate SZO, OECD, Eurostat te ostale organizacije koje prate usporedne zdravstvene pokazatelje na svjetskoj razini, a na domaćoj razini Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Ministarstvo zdravlja i slična tijela.

U ovom radu zdravlje se mjeri sljedećim dimenzijama: odsutnost kroničnih bolesti, prisustvo psihofizičkih ograničenja pri obavljanju aktivnosti, mentalno zdravlje i vitalnost. Navedene dimenzije bit će opširnije objašnjene u poglavlju o metodama.

Pojam zdravstvenih nejednakosti ili razlika u zdravlju odnosi se na sva odstupanja, odnosno razlike u zdravlju (zdravstvenom stanju), pristupu ili korištenju zdravstvene zaštite među određenim društvenim skupinama – bez obzira je li riječ o biomedicinskim, socijalnim, političkim ili kulturnim čimbenicima (Mastilica, 2003). Nejednakosti u zdravlju – u smislu odnosa prema zdravstvenim ishodima (jednostavnije rečeno zdravlju) ili odnosa prema dostupnosti zdravstvene njege – temeljito se proučavaju i analiziraju u granama biomedicine te društvenim znanostima (samo u PubMed bazi biomedicinskih publikacija nakon upisa ključne riječi *health inequalities* izlista se preko 231.000 radova).

Za potrebe uvoda u pojam zdravstvenih nejednakosti, odnosno užeg pojma socioekonomskih nejednakosti u zdravlju, možemo započeti s tri pojmovna razlikovanja: prvo, razlika između jednakosti i pravičnosti (ili pravednosti); drugo, razlike između tzv. slabog i jačeg koncepta jednakosti (Van Horne i Tonneson, 1988) i treće, jednakosti u zdravlju i jednakosti u financiranju (zdravlja i zdravstva – zdravstvenog sustava).

One zdravstvene nejednakosti ili razlike u zdravstvenom stanju koje nisu prvenstveno biološke već su određene nečijim položajem u društvenoj stratifikaciji imaju moralno-pravni značaj i smatraju se neprihvatljivim i nepravednim (Whitehead, 1992).

No, što se zaista smatra nepravednim u domeni zdravlja odnosno zdravstva? Pravednost u zdravlju znači da bi svaki čovjek trebao imati pravo ostvariti svoj puni zdravstveni potencijal neovisno o svom društveno-ekonomskom položaju (prihodima,

obrazovanju ili društvenoj moći). Zdravstvena pravednost također podrazumijeva pravednost u korištenju zdravstvene zaštite, što znači pravo na:

- jednak pristup raspoloživoj zaštiti za jednaku zdravstvenu potrebu
- jednako korištenje zdravstvene zaštite za jednaku zdravstvenu potrebu
- jednaku kvalitetu zaštite za sve (Whitehead i Dahlgren, 2006).

Ništa manje važna činjenica jest da se u Ustavu Republike Hrvatske spominju jednakost i pravičnost u smislu prava na dostupnost zdravstvene zaštite svim građanima, a dosljedno tome, hrvatski zdravstveni sustav temeljen je na principima jednakosti i pravičnosti (Hrvatski Sabor 2006, Strategija zdravstva 2006-2011., te 2014-2020.)

U tom smislu očekuje se da je u uređenim društvima pravedno i poželjno omogućiti očekivano trajanje života jednakim s obzirom na dob ili, recimo, društvenu klasu. No, malo bi ljudi očekivalo da naponi u tom smjeru rezultiraju uspjehom, s obzirom na dane razlike između skupina, pojedinaca u njihovim genetičkim zapisima, prihodima ili razinama obrazovanja. Teško da bi čak i utopisti pretpostavili da zdravstvena zaštita treba biti jednaka među pojedincima, budući da bolesni trebaju primiti više medicinskih usluga nego zdravi. Količina tih medicinskih usluga nije samo tehničko (biomedicinsko) pitanje, već ono uvijek poteže i pitanja društvene pravde, postajući time pitanje pravičnosti. Temeljem zakonske regulative u Republici Hrvatskoj, garantira se da „... svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja.“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, članak 13. Narodne novine 150: 22.12.2008.) te da: „U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba u skladu s odredbama ovoga Zakona i propisima obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite“ (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, članak 6, Narodne novine br. 85: 26.07.2006). Jasno je da dosljedna provedba ovog zakona nije izvediva budući da tijela koja financiraju zdravstvenu zaštitu (HZZO i Državni proračun) po definiciji imaju ograničena sredstva za zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje.

Pravičnost se u zdravlju može istraživati kroz nekoliko aspekata zdravlja: a) zdravstveno stanje, b) financiranje zdravstvene zaštite, c) dostupnost zdravstvene zaštite, d) korištenje zdravstvene zaštite i e) zdravstvene ishode. Prihvatljiva razina pravičnosti najčešće je u negativnoj korelaciji s učinkovitošću, zdravstveno-ekonomskom pojmu ideala kojemu bi trebali težiti svi zdravstveni sustavi (Jafarov i Gunarsson, 2008).

Sljedeći princip razlikuje slab koncept jednakosti u zdravlju, koji sugerira da bi svatko trebao imati pravo na minimum zdravstvenih usluga (i u stvarnosti ga dobiti), i

jači koncept, koji pretpostavlja sljedeće: unatoč ozbiljnim nejednakostima u prihodima i bogatstvu, idealan zdravstveni sustav osigurao bi zdravstvene učinke na način da učini smrt (smrtnost) i bolesti (morbidity ili pobol) neovisnima od individualnog socioekonomskog statusa (Aday, 1980). Drugim riječima, korištenje zdravstvenih usluga (kao i načini korištenja – dostupnost tih usluga) treba biti povezano samo sa zdravstvenim stanjem, a ne s mogućnostima da se one plate odnosno da se do njih dođe. Ovaj koncept podrazumijeva jednaku distribuciju zdravstvenih usluga, u kojoj je bolest glavna odrednica alokacija resursa. U tom svjetlu dolazimo do ključnog pojma, a to su socioekonomske, tj. društvene nejednakosti u zdravlju.

Treće, financiranje zdravlja i zdravstva uključuje odnose troškova (investicija u zdravlje) i dobiti. Očekivano, stavovi i perspektive dionika u zdravstvenom sustavu (bolesnih, zdravih, davatelja i primatelja zdravstvenih usluga, bolnica, proizvođača lijekova, osiguravatelja, države itd.) se razlikuju, najčešće u pogledu distribucije troška između onih koji primaju i onih koji plaćaju zdravstvene usluge. Postoji i načelo koje se rjeđe spominje, a danas je u potpunoj suprotnosti s neoliberalnim tržišnim principima zdravstva: liječnici moraju biti financijski neovisni od svojih pacijenata (Štampar, 1923), odnosno bolesnik nikada i nikako ne smije postati izvor dobiti (Špoljar Vržina, 2008). Podsjetimo, dr. Andrija Štampar, jedan od utemeljitelja SZO 1948. godine, uvođenjem preventivnog i terenskog rada u zdravstvo uveo je javno financirano i svima dostupno zdravstvo koje počiva na vrijednostima jednakosti i pravičnosti. Socioekonomske promjene, povezane sa specifičnim promjenama postmodernog društva, veliki pritisci na kontrolu proračuna, rast životnog vijeka i nove skupe medicinske tehnologije usmjeravaju hrvatsko zdravstvo prema neoliberalnom zdravstvu. Dodamo li tomu nezdrave stilove života kao posljedicu niskog ekonomskog (i obrazovnog) statusa, te relativno spor razvoj i primjenu hrvatskih smjernica za liječenje bolesti, zamijetit ćemo da navedeno značajno pridonosi razinama nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj njezi tj. nemoralnim, nepravednim i nepravičnim nejednakostima u zdravlju (Špoljar Vržina, 2008).

Ne treba zaboraviti niti posljedice Domovinskog rata, koji je ostavio ogromne socioekonomske tragove na psihofizičkom zdravlju građana, tako dodatno produbljujući socioekonomske nejednakosti. Jedna od posljedica ratnih zbivanja jest netransparentni prijelaz iz socijalističkog u kapitalističko društvo (privatizacija), koji je dodatno pridonio niskoj razini povjerenja u sustav, važnog za građenje društvenih odrednica zdravstvenih nejednakosti (Richey, 2010.). Podsjetimo samo kratko kako se otkup poduzeća u privatizaciji provodio tzv. menadžerskim kreditima, koje su dobivali podobni odnosno

privilegirani građani bez vlastitog novca, mahom članovi tadašnje vladajuće stranke (Štulhofer, 2000). Građani se osjećaju prevarenima od vlasti koja je provela privatizaciju pa zatim masovne stečajeve (ali nije provela reviziju privatizacije), vlasti koja je obećala pokrenuti Hrvatsku, svjedočeći istovremeno suđenjima za pljačku i korupciju. K tomu, *nova elita* (novoobogaćeni sloj građana) produbljuje jaz socioekonomskih nejednakosti na čijoj su drugoj strani osiromašeni građani. Loša ekonomska politika, pratilac hrvatske privatizacije, uzrokovala je kontinuirani pad bruto društvenog proizvoda (BDP-a) i tek je 2003. godine BDP dosegnuo vrijednost onoga iz 1990. godine (HNB 2004). Sjetimo se astronomske inflacije koje je skočila sa 780% 1991. g. na 1.517% 1993. godine (Šonje i Vujčić, 2000). Time je onaj dio građana koji su osjetili značajan pad životnog standarda devedesetih godina dvadesetoga stoljeća snažno doživio društvenu nepravdu. Osjećaj nepravde povezan s privatizacijom temelj je kasnije tzv. antipoduzetničke klime, odnosno građani i mali poduzetnici osjećaju se inferiorno i uskraćeno u odnosu na menadžere velikih poduzeća (Bagić, 2013). Rastuća nezaposlenost, pad standarda te smanjivanje socijalnih prava djeluje korozivno na civilno društvo, vjerojatno donoseći negativan utjecaja i na zdravlje tog istog društva (Trzesniewski, 2006; Shimizu, 2004; Putnam, 2000).

Trenutno u Hrvatskoj postoji značajan nedostatak projekata, aktivnosti i istraživanja koji se bave područjem društvenih nejednakosti u zdravlju, iznimno važnim za postindustrijska i posttranzicijska društva. Možemo se zapitati zašto se manje pozornosti pridaje društvenim nejednakostima u zdravlju. Možda je demotiviranost posljedica slabe perspektive implementiranja promjena u sustav ili izazova multisektorske suradnje (ne samo zdravstvenog sektora). Davno je dokazano da provedba promjena u smjeru smanjivanja zdravstvene nejednakosti predstavlja vrlo težak zadatak kojega je gotovo nemoguće riješiti bez suradnje sa sudionicima iz područja izvan zdravstva (Ollila, 2011). Preporuke za uspješnu provedbu bilo kojeg tipa programa smanjivanja nejednakosti u zajednici uključuju resurse kao što su kvaliteta i dosljednost zdravstvenih politika koje su lokalno stvarane, dostupnost ključnih ljudi koji provode promjene, dugoročni pritisak okoline, suportivna organizacijska kultura, te jednostavnost i jasnoća ciljeva i prioriteta (Pettigrew i sur., 1992: 275).

Ovaj rad bavi se mogućim utjecajima određenih prediktora zdravstvenih nejednakosti kao što su socioekonomske odrednice (materijalni status, obrazovanje), psihosocijalne razlike odnosno psihološka obilježja (razlike u osobnosti, osjećaj optimizma, društvena povezanost, stupanj kontrole nad vlastitim životom), pristupu

zdravstvenim uslugama – udaljenosti ili materijalnoj ograničenosti pristupa – te zdravlju kao odsustvu kroničnih bolesti, odnosno percepciji i samoprocjeni zdravlja.

1.1. Zdravlje kao društveni fenomen

Dominantni biomedicinski model temelji se na pretpostavci da je bolest devijacija normi mjerljivih varijabli, ne uzimajući u obzir sociološke, psihosocijalne i bihevioralne dimenzije bolesti (Marmot, 2006). Ovaj pristup proširuje i obogaćuje medicinska sociologija prepoznajući zdravlje i bolest kao društvene proizvode. Drugim riječima, iskustva zdravlja i bolesti pod utjecajem su društvenih, ekonomskih i kulturnih obilježja društva u kojem živimo. Slično vrijedi i za medicinsko znanje – terapiju i praksu – koji su također podložni utjecajima društvenih procesa. Medicinsko znanje uglavnom se oslanja na model tijelo-um, fundamentalni dualizam i doktrinu specifične etiologije. Kritike toga modela odnose se na precjenjivanje doprinosa medicine padu smrtnosti i na nemogućnost da se u potpunosti prepoznaju društveni utjecaji na zdravlje (Marmot, 2006). Kritike modela orijentiranosti na bolest uglavnom se odnose na neposvećivanje dovoljne pozornosti psihološkim, sociološkim i bihevioralnim čimbenicima (Engel, 1977). Sociološki orijentiran model zdravlja trebao bi dakle uzeti u obzir širi društveno-kulturni kontekst od biomedicinskog.

Kako je ovaj rad društveno usmjeren, u središtu pozornosti su nemedicinske definicije i poimanje zdravlja. U šarolikom rasponu definicija i objašnjenja pojma zdravlja, možemo početi jednim od objašnjenja da su zdravlje i bolest odraz prirode odnosa nas samih i okoliša (Willkinson, 2005). Srednjovjekovni pojam bolesti kao kazne ili djelovanja nadprirodnih sila, preko biomedicinskog poimanja ne-zdravlja (dakle, bolesti) vodi do koncepta zdravlja kako ga promatra socijalna medicina – kroz utjecaj okoline na zdravlje. Veći dio bolesti ima neki okolišni uzrok ili uključuje proces koji se tiče okoliša, pa se dalje može reći da je bolest jednim dijelom i izričaj okruženja. Kako navodi Wilkinson (2005): "... bolesti se javljaju kao točke trenja u našem odnosu s okolišem i pokazuju nam kad su okolnosti za nas bolje." Onako kako dobro zdravlje ukazuje da nam je u životu zadovoljavajuće, tako bolesti pokazuju da u toj interakciji nešto ne valja. Bilo da osoba pati od bolesti pluća, dijabetesa, depresije, alkoholizma ili neke vrste raka, informacija i znanje o uzrocima bolesti govore o aspektu života koji ne ide dobro. Stoga je glavna orijentacija uglavnom usmjerena na pojam bolesti, a ne zdravlja.

Nije stoga čudno da stručnjaci iz SZO postavljaju pitanje: „Zašto liječiti ljude a da se ne mijenja ono što ih čini bolesnima?“¹. Jedan od odgovora na ovo pitanje svakako se otkriva kroz saznanja o tome kako ljudi vide vlastito stanje zdravlja, odnosno bolesti.

Pogledajmo kako izgledaju rezultati istraživanja koja su se bavila laičkim definicijama zdravlja. Te su definicije odabrane jer daleko kvalitetnije opisuju zdravlje u društvenom kontekstu nego što to čine akademske i stručne definicije. Herzlih je 1973. g. proveo 80 intervjua u kojima su ispitanici definirali zdravlje kao *neprisustvo bolesti, rezervu zdravlja* u smislu kapaciteta snage i otpornosti, te kao *ravnotežu* – osjećaj snage i dobrih odnosa s drugima.

Pill i Scott (1986) otkrili su na 41 majki o dobi od 30-35 godina da entuzijazam i veselje definiraju zdravlje, a Blaxter i Paterson (1982) došli su do funkcionalističke definicije zdravlja među 58 žena iz radničke klase, po kojoj zdravlje znači obavljanje normalne dnevne aktivnosti i mogućnost odlaska na posao. Žene su u Blaxterovom istraživanju (1990:27) bile sklone definirati zdravlje kao višedimenzionalni model, kao odnos s drugim ljudima – primjerice „mogućnost odnosa i snalaženja s drugim ljudima“. Zdravlje su definirale kao stanje u kojem su bez stresa i bez briga, u kom se mogu nositi sa životom, biti u skladu sa svijetom i sretne (1987:147).

U skladu s time Tarlov (1996) vidi zdravlje kao „osobni kapacitet u odnosu na aspiracije i potencijal za puni život u društvenom okruženju“, objašnjavajući time kulturno-funkcionalnu dimenziju zdravlja. Sen (1993) pak razlikuje zdravlje kao blagostanje (kvalitetu) te zdravlje kao slobodu (djelovanje). U tom smislu djelovanje označava sposobnost osobe da si postavlja različite ciljeve i nastojanje da ih ispuni. Zdravlje se također razmatra kao funkcionalni element: što je čovjek zdraviji, a ostale životne socijalne okolnosti ostaju nepromijenjene, može imati više funkcija i više sposobnosti (Fabienne, 2000; Sen, 1993:31).

Društvene perspektive bave se teorijskim pretpostavkama o tome kako bolje razumjeti zdravlje, bolest i medicinu i društvo. Budući da se ovaj rad oslanja većim dijelom na društvene perspektive i razumijevanje nejednakosti u zdravlju, za bolje razumijevanje društvenog modela zdravlja razložit ćemo nekoliko društvenih teorijskih modela zdravlja.

¹ http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/posters/en/index.html (pristupljeno 22.11.2014.)

Društveni model zdravlja sagledava zdravlje kao kapacitet osobe za društveno funkcioniranje i kapacitet igranja očekivane društvene uloge. Kad osoba nije sposobna vršiti svoju društvenu ulogu, proglašava je se bolesnom i od nje se očekuje da prihvati ulogu bolesne osobe (Wolinsky, 1988:82). Gledajući na zdravlje iz normativne ili funkcionalne perspektive, Parsons definira zdravlje kao stanje „optimalnog kapaciteta za učinkovito izvršavanje vrijednosnih zadataka“ ili društvenih uloga za koje se pojedinac socijalizirao (Parsons, 1964:274). Parsons promatra ulogu pacijenta (*The Social System*, 1951) kao stanje devijacije od uobičajenih društvenih uloga. Naime, koristio je Freudovu psihoanalitičku teoriju kao i onu funkcionalista kako bi rasvijetlio društvene snage koje su uključene u ulogu i u epizode bolesti. Freudov koncept transfera inspirirao je Parsonsa da prikaže odnos liječnika/pacijenta (bolesnika) analognim onome roditelja i djeteta. Ideja da bolesna osoba ima konfliktne porive da se oporavi od bolesti i nastavi uživati „sekundarne dobitke“ pažnje i izuzeća od normalnih zadaća (ili odgovornosti) također proizlazi iz freudovskog modela strukture osobnosti. U sličnom smislu ulogu bolesnika sagledava funkcionalistička perspektiva koju Parsons koristi: kako bi bila „ispričana“ tj „opravdana“ od svojih uobičajenih zadataka, bolesna osoba traži profesionalni savjet i podvrgava se terapiji kako bi ozdravila.

Bolesnik je u ovom pristupu prvo isključen iz normalnih društvenih odgovornosti, drugo, isključen je iz obveze da sam ozdravi, treće, ima obvezu da mu bude bolje i četvrto, ima obvezu potražiti liječnika i surađivati u procesu ozdravljenja. S druge strane, liječnici imaju moć odrješenja od krivnje izostanka iz radnih i obiteljskih zadataka, kao i moć odrješenja krivnje od uzroka bolesti (gdje se ne zna uzrok, genetika je objašnjenje). Iako osobni životni stil i ponašanje mogu povećati rizike određenih bolesti, funkcionalisti ipak smatraju da društvo ne treba sankcionirati osobu koja je oboljela (pa niti od bolesti koja je izravno posljedica osobnog ponašanja – primjerice pušenje, pretilost, spolno prenosive bolesti itd).

U jednom novijem funkcionalističkom pristupu navodimo citat Dubosa (1995) koji funkcionalnu definiciju zdravlja stavlja u odnos s biomedicinskom: „Zdravlje i bolest ne mogu se definirati samo kroz pojmove anatomije, fiziologije ili mentalnih atributa. Njihova prava mjera jest sposobnost osobe da funkcionira na način prihvatljiv samome sebi i skupini koje je dio.“

U stručnoj literaturi nalazimo mnoge kritike funkcionalističkog modela zbog njegovih slabosti, a može se slobodno reći i banalnosti, tako da je do devedesetih godina prošloga stoljeća ovaj model u potpunosti iščeznuo iz znanstvene literature (Gerhardt,

1989; Levine i Kozloff, 1978; Turner, 1986). Neke od slabosti možemo nabrojiti: model ne istražuje sukobe interesa liječnika i bolesnika, te zanemaruje pretpostavku da u nekim slučajevima bolesnik ne traži nužno odmah savjet liječnika, već često poznanika i prijatelja. Osim toga, zanemaruje pitanja kulture, spolnih razlika, te posebnih dimenzija kroničnih i mentalnih bolesti u kojima ovaj model nije primjenjiv, kao i stanja u kojima pacijent nije bolesnik (porod, kontracepcija itd). Parsonovski pacijent je pasivan, afektivan i u potrebi za profesionalnom pomoći, dok je moderan pacijent racionalan, skeptičan i nezavisan. Ovaj paternalistički model medicine je stoga dosta zastario, a posebice danas u eri zdravstva velikim dijelom temeljenog na tržišnim principima, u kojemu je pacijent potrošač zdravstvene zaštite a odnos liječnik-pacijent sve više postaje tržišna transakcija, a manje je podložan (samo jednom) medicinskom savjetu s većom dozom kritičnosti i puno boljim pristupom informacijama o bolesti.

Pristup simboličkog interakcionizma vidi zdravlje i bolesti kao društvenu konstrukciju. To znači da razna fizička i mentalna stanja imaju malo objektivnu realnosti ili je uopće nemaju, te su umjesto toga smatrani zdravim ili bolesnim stanjima samo ako ih društvo tako definira (Buckser, 2009; Lorber & Moore, 2002). Prema tezi simboličkog interakcionizma, stvaranje identiteta odvija se kroz interakciju s drugima, a svladavanje kontrole nad tim procesom uči nas kako biti društveno biće (Mead, 1934). Društveni susret liječnika i pacijenta svojim kreativnim kapacitetom nadilazi na neki način jednostavni scenarij Parsonsa, u nizu interaktivnih varijacija. Byrne i Long (1976) u svom radu prezentiraju kontinuum interakcija i dijele ih na one usredotočene na liječnika i one usredotočene na pacijenta. U kontekstu moći, može se reći da je većina interakcija usredotočena na liječnika. Stewart i Roter (1989) konstruirali su sličnu podjelu, kontrastirajući situacije u kojima dominira pacijent (kao potrošač), odnosno liječnik (kroz jaki paternalizam i subordinaciju pacijenata). Rad koji se bavi zanimljivom dimenzijom interakcionizma, etiketiranjem, sugerira kako nije svejedno s koje strane dolazi ova komponenta: da li putem medicinske dijagnoze ili kroz društvenu mrežu bolesnika (McKevitt i Morgan, 1997). Na primjer, osoba koja ima karcinom može biti etiketirana kao „ona/onaj koji ima karcinom“ iznad svih ostalih mogućih identiteta, pa se tako može truditi dokazati drugima da je i dalje prijatelj, ljubavnik ili otac koji ima rak, ali primarna etiketa/identitet ostaje onaj osobe koja ima rak. Interakcionisti ukazuju na utjecaj etiketiranja u nekom od oblika stigme. Ovakav oblik stigme posebno je problematičan kad je u pitanju osoba koja pati od mentalnih bolesti. Na isti način pokazano je da što je

veći društveni (klasni ili statusni) jaz između onih koji etiketiraju i oni koji su etiketirani, to je teže izbjeći bolest kao stigm (Horwitz, 1977).

Stoga se može reći kako pristup interakcionista ide prema odnosima moći u konstrukciji i upravljanju zdravljem i bolesti i na neki način osvjetljava nejednaku raspodjelu resursa dostupnih zdravstvenim djelatnicima i bolesnicima. Ova perspektiva vidi zdravlje i bolesti kao društveni konstrukt, rezultat etiketiranja od strane liječnika i medicinskog osoblja, a nastavlja se na proces pregovaranja zbog moći koju posjeduju medicina i liječnici. Marmot (2006) ide još dalje, zamjećujući da liječnici pristupaju bolesnicima tako što im ograničavaju pristup informacijama. Međutim, iako interakcionizam nudi objašnjenje moći i nejednakosti u susretu liječnika i bolesnika, čini se da ne nudi neku teoriju moći ili nejednakosti u zdravlju.

Radi boljeg razumijevanja društvenog modela zdravlja treba spomenuti kritičku teoriju. Predstavnici kritičke teorije ne vide društvo kao organizam koji dobro funkcionira, već kao frakcije koje se natječu za moć i resurse. Kritička teorija preispituje odnose moći i struktura društva koje proizvode populacijske nejednakosti (Grams & Christ, 1992). Nastavljajući u tom smjeru, kritički teoretičari ukazuju kako se skupine ljudi formiraju na nejednak način kroz okolnosti kao što su siromaštvo, a ne kroz vlastite mane ili vrline (Oliver, 1990), te smatraju kako se politička promjena treba koristiti kako bi se spriječile i smanjile bolesti i patnja, smanjujući primjerice nejednakosti i zagađenja. U tom smislu liječnike se vidi dijelom kao agente društvene kontrole, odnosno kao one koji imaju moć odabrati (odlučiti) tko je pogodan za određenu terapiju ili bolovanje a tko nije.

Pretpostavka predstavnika ove teorije je da su kulturološke, političke i ekonomske okolnosti u društvu stvarane tijekom povijesti, što znači da te okolnosti nisu prirodne i nisu nužno nepromjenjive. Nastoje se osvijestiti pogledi na društvo koje funkcionira na način da se neke dijelove društva ugnjetava, a neke sustavno privilegira. Stoga kritička teorija ima jednu emancipirajuću namjeru kojom želi izazvati konzervativne i konvencionalne pretpostavke društvenih predodređenosti i pomaknuti se dalje prema onome što bi društvo moglo zaista biti, a ne za što je predodređeno (Thomas, 1993).

Razmatrajući način na koji dominantna ekonomska struktura društva određuje nejednakost i moć, kao i način na koji oblikuje društvene odnose glavnih društvenih

institucija, možemo reći da je medicina jedna od glavnih društvenih institucija, koja je u kapitalističkim društvima oblikovana kapitalističkim interesima (Navarro, 1985)².

Althusser (1969) je tvrdio kako (neke) institucije postoje kako bi kontrolirale populaciju kroz ideološki državni aparat – institucije kao što su obrazovanje, religija i zdravlje – dakle, kontrolirajući dobrobit društva i prava uskraćenih. Da li se onda usredotočiti na iskorjenjivanje nejednakosti ili na kurativnu medicinu? Iako se kurativna medicina dijelom bavi posljedicama uzroka bolesti koji proizlaze iz interakcije osobe i društva, možemo se pitati koja je onda najbolja akcija.

Navarro (1979) je smatrao da su u doba vladavine paradigme životnog stila (bolesti uvelike uzrokuje životni stil) liječnici agenti države koji promoviraju individualističku perspektivu odgovornosti za bolest – životni stil. S druge strane, McKinley i Stoeckle (1988) navode kako su liječnici sami po sebi nešto više od radnika u ogromnoj industriji koju zanima jedino i samo dobit (tzv. *medical industrial complex*), što je najvećim dijelom istina za neke zemlje kao što je SAD, a manje za europske države. Stoga ne iznenađuje definicija američke predsjedničke komisije koja vidi zdravlje kao proces prilagodbe: „Zdravlje nije stanje, to je prilagodba, proces koji prilagođava osobu ne samo na fizičko nego i na naše društveno okruženje.” (Predsjednička Komisija SAD o zdravstvenim potrebama nacije, 1953). Zanimljivo je da, iako je razvoj novih tehnologija u medicini u stalnom rastu, s njim raste i nemogućnost ispunjavanja društvenih očekivanja. Navarro je primijetio, prije četrdesetak godina (1978), da unatoč sve većim investicijama u zdravstvo (ili, drugačije gledano, troškovima), čini se da sve više i više ljudi zdravstveni sustav doživljava neučinkovitim.

Teorije koje se tiču zdravlja, medicine i bolesti brojne su, i o ovoj temi bi se moglo naširoko pisati, nižući dug popis pitanja. Može se reći kako Parsons sugerira da bolest stvara strukturno-bihevioralni problem koje društvo treba riješiti putem određenih društvenih ali prije svega normativnih i državotvornih uloga. Nasuprot tome, interakcionisti naglašavaju elastičnost ponašanja vezanih uz zdravlje i bolest jer ih uzrokuju interakcije. Kritički teoretičari pak usmjeravaju pozornost na ekonomsku moć i

² Osim kritičke teorije, često se spominje i marksistička teorija zdravlja, posebno u područjima medicinske sociologije i sociologije zdravlja. Marksisti zamjećuju kako su zdravstveni problemi usko vezani uz nezdravo i stresno radno okruženje. Time oni dijelom ukidaju osobnu odgovornost ili slabost, te stavljaju veći dio tereta uzroka bolesti na nejednaku društvenu strukturu i klasne prepreke i probleme koje stvara kapitalizam. Tako su mnogi radovi pokazali povezanost utjecaja rizičnih čimbenika na radnom mjestu, smrtnosti i morbiditeta i različitosti zanimanja (Smith, 2012). Osim toga, iako se smatra da su nesreće na poslu uglavnom posljedica ljudske greške, istraživanja pokazuju kako pritisak radnih normi i rizično okruženje uzrokuju veću stopu rizika (Tombs, 1990).

političku ekonomiju zdravlja u kapitalističkom društvu, gdje postoji određena nejednakost u načinu na koji se definiraju i rješavaju zdravlje i bolest.

Među pokušajima nadilaženja biomedicinske i funkcionalističke paradigme treba spomenuti izvještaj Marca Lalonda (The Lalonde Report, 1974), koji sugerira da postoje četiri opće odrednice zdravlja: ljudska biologija, okoliš, životni stil i zdravstvene usluge. Dakle, zdravlje se ne održava i ne poboljšava samo korištenjem medicinskih znanosti, već i kroz napore i pametne izbore životnog stila osobe i društva. To je ujedno i prvi službeni dokument vlade zapadnoga svijeta koji priznaje da naglasak na biomedicinskoj zdravstvenoj njezi nije pravi i jedini pristup i da je potrebno sagledati širu perspektivu želi li se poboljšati javno zdravlje. Marc Lalonde, tadašnji ministar zdravstva Kanade³, predložio je novi koncept „zdravstvenog područja“ koji nadilazi okvire medicinske znanosti (ljudsku biologiju, okoliš, životni stil i organizaciju zdravstvene njege), a uključuje neke odrednice zdravlja koje postoje izvan sustava zdravstvene njege. Time je okrenuo dotadašnju paradigmu medicine prema preventivnoj paradigmi javnog zdravstva. Taj izvještaj je također bio od ključnog značaja pri identificiranju odrednica zdravstvenih nejednakosti jer je bio prvi dokument na svjetskoj razini koji je strukturirano pokušao sažeti društvene odrednice zdravlja.

Upravo je definiranje društvenih odrednica zdravlja donijelo strukturirani pristup nejednakostima u zdravlju i zdravstvu. Na tragu Lalonda, Svjetska zdravstvena organizacija (SZO, 2005) definirala je set čimbenika koji čine ljude zdravima, a navedeni su kako slijedi:

1. Spol – varijacije incidencije bolesti s obzirom na spol (primjerice veća sklonost muškaraca kardiovaskularnim bolestima);
2. Ponašanje i vještine nošenja sa stresom – također i prehrambene navike, spavanje itd.;
3. Kultura – vjerovanja, običaji, tradicija⁴;

³ Lalonde je u razdoblju od 1972. do 1984. bio i ministar pravosuđa, ministar za ženska pitanja i ministar financija te državni tajnik.

⁴ U ovom primjeru kultura se dijelom navodi i kao negativni čimbenik, kroz postojanje lažnih iscjelitelja i paraliječnika. Autorica ovoga rada smatra kulturu i tradiciju upravo protektivnom, a ne razarajućom za zdravlje (vidi Narby, 2007). Primjerice, farmaceutska industrija u stalnoj je potrazi za narodnim lijekovima, biljem kojima se služe iscjelitelji i narodi stoljećima (kao što je etopozid iz mandragore za liječenje karcinoma, artemisin iz crnog pelina protiv malarije, srebro, te zlato i platina kod liječenja infekcija i opekline), a gotovo jedna četvrtina lijekova temeljena je upravo na biljnim supstancama koje je uglavnom donijela „narodna medicina“.

4. Zdravstvene usluge – dostupnost i problem nedostupnosti medicinskih intervencija u zemljama Trećeg svijeta;

5. Društvena potpora – obiteljska, prijateljska, rodbinska (moglo bi se reći da se radi o društvenom kapitalu);

6. Obrazovanje – nisko obrazovanje jednako slabo zdravlje (primjerice, nehigijenski običaji zbog nedostatka znanja i informiranosti);

7. Radno okruženje – ljudi koji su na radnom mjestu izloženi zdravstvenom riziku;

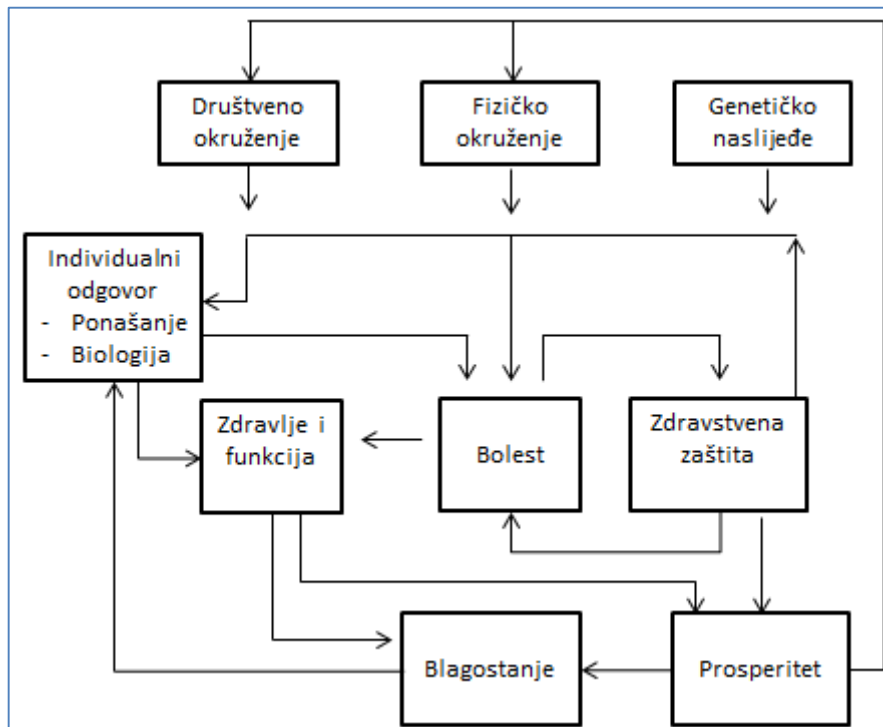
8. Društveni status – ljudi s većim primanjima imaju lakši pristup kvalitetnim lijekovima i terapiji;

9. Genetika – nasljedni čimbenici koji imaju vitalnu ulogu u zdravlju;

10. Fizički okoliš – čist i svjež zrak, sigurna voda i sigurne zajednice.

Društvene odrednice zdravlja dodatni su dokaz da je zdravlje višedimenzionalni konstrukt te da je zdravlje pod utjecajem društvenog i kulturnog okoliša i njihovih čimbenika.

Jedan od modela koji je pokušao proširiti društvene odrednice zdravlja fokusirajući se na ključne utjecaje na zdravlje i blagostanje kao i na dinamiku ovog odnosa je onaj Evansa i Stoddarta (1990), koji ovdje prikazujemo (Slika 1). Autori su identificirali devet područja interesa koji su opisani modelom: društveno okruženje, fizičko okruženje, genetičko nasljeđe, pojedinačni odgovor (ponašanje i biologija), zdravstvena zaštita, bolest, zdravlje i funkcioniranje, blagostanje i prosperitet.



Slika 1 Model odrednica zdravlja prema Evansu i Stoddartu
Izvor: Evans i Stoddard (1990), prijevod autorice

Za razliku od biomedicinskog pristupa, ovaj model uključuje funkcionalni kapacitet i blagostanje kao ključne zdravstvene ishode. Također prezentira i bihevioralne i biološke odgovore osobe kao čimbenike utjecaja na zdravlje, ali i kao čimbenike na koje utječu društvene, fizičke i genetske dimenzije za koje autori smatraju da su van kontrole pojedinca. Model se smatra populacijskim i podrazumijeva da su čimbenici koji doprinose zdravstvenom statusu ujedno i čimbenici na koje treba utjecati (društveni, okolišni, ekonomski i genetički), što je dijelom i provedeno kroz planiranja intervencija u zajednici (Roos et al., 1995). Kao što ćemo u kasnijem dijelu rada naglasiti, za smanjenje nejednakosti u zdravlju važna je interdisciplinarnost i multisektorska suradnja, što ovaj model naglašava.

Iz ovog pregleda teorija zdravlja može se zaključiti da definicija zdravlja mora sadržavati društvene i osobne dimenzije, jer bi inače zdravlje moglo biti mjerljivo uspješnošću funkcioniranja zdravstvenog sustava ili medicinske struke.

1.2. pristupi tumačenja i razumijevanja društvenih nejednakosti u zdravlju

1.2.1. Pojam jednakosti i nejednakosti u zdravlju

Svaka teorijska rasprava o zdravstvenim jednakostima i nejednakostima (razlikama) pretpostavlja jasnu definiciju ključnih pojmova: zdravstvena jednakost, zdravstvena nejednakost, odnosno zdravstvena pravednost ili pravičnost, te zdravstvena nepravednost.

Iako je pojam društvene nejednakosti jedan od temeljnih pojmova sociologije, kako ističe Tumin (1967), odgovor na pitanje što su to zdravstvene i društvene nejednakosti nije uvijek jednoznačno definiran.

U svakodnevnom govoru često se u jednakom značenju koriste pojmovi pravednost (engl. *equity*) i jednakost (engl. *equality*). Jednakost je vrijednosno i etički neutralan pojam koji označava istost: (a) ista prava, položaj, privilegije, mogućnosti, rang, status, ili (b) istu količinu, vrijednost, broj, kakvoću, dužinu, širinu, visinu, dubinu itd. (Klaić, 2012).

Pravednost je vrijednosno i moralno aktivan pojam za vrijednosnu i moralnu prosudbu pojedinaca, društvene skupine, društva ili međunarodne zajednice/organizacije o tome jesu li konkretne zdravstvene ili društvene razlike poštene (fer, nepristrane, ispravne), koja je zasnovana na shvaćanju pojedinca i društvene skupine o prirodnom pravu i pravdi. (Kluthe, 2002).

Evans i suradnici u knjizi *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action* (2001) tvrde da su ciljevi pravednosti dvojaki: (a) simbolični (glavna im je svrha inspirirati i motivirati) te (b) praktični i akcijski (pomažu kontroli napredovanja ka pravednosti i povećavaju odgovornosti u korištenju resursa).

Ne treba zaboraviti neistovjetnost pojmova nejednakosti i razlika. Razlika nije nužno vrijednosni pojam i uglavnom je horizontalna, dok je nejednakost uglavnom vertikalna. Razlika može, recimo, biti stvar ukusa i/ili kategorizacije, dok su nejednakosti ne samo kategorizacije, već nešto što krši moralnu normu jednakosti među ljudima. Da bi razlika postala nejednakost, mora je biti moguće izbjeći. Što se time želi reći? Uzmemo li primjer fizičke spremnosti prosječnih dvadesetogodišnjaka i šezdesetogodišnjaka, to je svakako razlika ali ne i nejednakost. No, različite društveno-životne prilike žena u odnosu na muškarce te crnog dječaka iz radničke klase u usporedbi s bijelim dječakom iz bankarske obitelji su već nejednakosti. Ukratko, nejednakosti su moralno neopravdane hijerarhijske (dodali bismo i situacijske) razlike koje se daju izbjeći.

U čitanju niza radova koji se bave pojmom nejednakosti, autor koji je bio najzanimljiviji i najkonkretnije vezan za potrebe ovog rada je Therborn, švedski sociolog. U predgovoru svoje knjige *Inequalities of the World* (2006) ističe da je zbog dugotrajnog bavljenja pojmom nejednakosti u društvenim znanostima došlo do određene vrste kratkovidnosti i nedostatka ozbiljnog kreativnog interesa za proučavanje i redefiniranje fenomena, iz uvjerenja da se o toj temi nema što novo za reći. Istaknuo je pokušaj razmišljanja o dva temeljna problema: prvi je moralne prirode zbog jednostavne činjenice da su brojne populacije globalnog stanovništva strukturno nepriviligirane u mnogim životnim područjima, a drugi je vezan za inertnost znanosti, koja nastavlja reproducirati postojeće stereotype javnog diskursa o nejednakosti, držeći je samoj po sebi shvatljivom. Therborn stoga potvrđuje da na pitanje o nejednakosti treba prvo dati odgovor koji se tiče moralne dimenzije, budući da nejednakosti krše osnovna ljudska prava koja su moralno, tj. kulturno zadana.

Odbacujući samo po sebi shvatljivo objašnjenje nejednakosti, tvrdi da se o nejednakosti može govoriti samo u množini, dakle o nejednakostima koje, prema njegovom viđenju, čine tri dimenzije koje nastaju u određenim društvenim „arenama“. Vitalne nejednakosti, najbliže zdravstvenima, očituju se kroz očekivano trajanje života, smrtnost i pothranjenost (primjer: ljudi nižeg statusa umiru ranije nego ljudi višeg statusa). Egzistencijalne nejednakosti djeluju na osobnoj razini. Očituju se kroz nejednako prepoznavanje ljudskih osoba s vlastitim pravima i životnim ciljevima (stigma, priznanje i poštivanje). Therborn ovdje odlično zapaža da se ne radi samo o uobičajenim diskriminacijama (rodna, rasna itd.) već i o vrlo suptilnim hijerarhijskim statusima. Treća nejednakost jest materijalna, odnosno nejednakost resursa, koja ima dva aspekta: nejednakost pristupa (obrazovanju, karijeri, društvenim kontaktima, odnosno društveni kapital) i nejednakost zasluga (nejednakosti prihoda i bogatstva).

Sam pojam društvene nejednakosti prisutan je vjerojatno i prije Francuske revolucije, a već se intuitivno dade naslutiti kako nejednakosti dovode do podjela u društvu i društvene korozije. Ono što se otada promijenilo jest da imamo dokaze, možemo uspoređivati različita društva i vidjeti što nejednakost čini društvima, odnosno u ovom radu, što nejednakost čini zdravlju.

Pojam zdravstvene nejednakosti ili razlike odnosi se na sva odstupanja ili razlike u zdravlju (zdravstvenom stanju), pristupu ili korištenju zdravstvene zaštite (Mastilica, 2003) između različitih pojedinaca, društvenih skupina ili područja (lokalnih zajednica,

regija, zemalja), bez obzira na to uzrokuju li ta odstupanja ili razlike biomedicinski, socijalni, politički ili društveni čimbenici.

Autori koji se bave teorijama zdravstvene nepravednosti objašnjavaju kako ovaj pojam označava samo onaj dio zdravstvenih nejednakosti (razlika) koje se smatraju nepravednima sa stajališta prirodnog prava ili dominantnog sustava vrijednosti, javnozdravstvene ideologije, proklamirane politike ili neke od brojnih teorija pravde (Beauchamp, 1989).

Apsolutnu jednakost u zdravlju nije moguće ostvariti ni kad je u pitanju zdravlje pojedinaca ni kad se radi o zdravstvenom stanju raznih društvenih i regionalnih skupina te nacionalnih zajednica. Ono što je hipotetski moguće postići (ne i stvarno, jer će uvijek postojati neka razina zdravstvene nepravednosti) jest pravednost u zdravstvu kako je definira Svjetska zdravstvena organizacija: „U idealnim okolnostima (...) svaki čovjek treba imati ravnopravan pristup ostvarenju punog zdravstvenog potencijala i, još praktičnije, nitko ne smije biti diskriminiran u ostvarenju tog potencijala; svatko treba imati fizički i financijski pristup raspoloživim resursima zdravstvene zaštite.” (WHO, Regional Office for Europe, 1998; WHO, 1998).

Kako je već navedeno, zdravstvene nejednakosti ili razlike u zdravstvenom stanju koje nisu prvenstveno biološke već su određene nečijim položajem u određenom društvenom sloju smatraju se neprihvatljivim i nepravednim.

Na manifestnoj razini, nejednakosti pokreću četiri mehanizma (Therborn, 2009). Prvi je distanciranje – neki ljudi su daleko ispred ostalih. Drugi je mehanizam isključivanja – podizanjem prepreka zbog kojih je za neke kategorije ljudi nemoguće (ili barem teško) postići dobar život (ovdje jednim dijelom pripadaju i prepreke za ostvarivanje dostupnosti zdravstvenih usluga). Slijedi hijerarhizacija – društva i institucije konstituirani su kao ljestve, odnosno piramide. Četvrti, konačni mehanizam je eksploatacija – bogati profitiraju od rada i potčinjenosti siromašnih i onih s preprekama (engl. *disadvantaged*). Tako se nejednakosti očituju u dva glavna oblika: vertikalne nejednakosti i piramide hijerarhije te horizontalni oblici isključivanja (npr jezgra/periferija, isključivanje/uključivanje). Ovaj se uzorak uočava na bilo kojem području društvenih odnosa, od obiteljskih i onih unutar škole do odnosa u globalnoj ekonomiji.

Pogledajmo, dakle, zdravstvene nejednakosti u ovom konceptualnom okviru. U kontekstu zdravlja eksploatacija nije direktni uzrok vitalne nejednakosti; zdravlje zdravih ljudi nije zasnovano na bolesti ili smrti ostalih. No svakako postoji jasno vidljiv put od

eksploatacije nezdravih i stresnih poslova radi dobiti drugih do nejednakosti u zdravlju i očekivanom trajanju života. O hijerarhiji, posebice onoj koja postoji u radnim organizacijama, objavljen je priličan broj radova od objavljivanja Whitehall studije (Marmot, 2004), koja je ukazala na utjecaj društvenog statusa engleskih službenika – oni na nižem položaju izloženi su 50% većem kardiovaskularnom riziku od onih na višem položaju (uzete su u obzir moguće varijable utjecaja kao što su dob, tlak, kolesterol, pušenje i sl). No, daleko suptilniji i snažniji utjecaj ima hijerarhija društvenog statusa u formi nejednake raspodjele priznanja, poštovanja i stupnjeva slobode djelovanja. Učinci hijerarhije na samopoštovanje i samopouzdanje vjerojatan su uzrok nejednakosti u zdravlju (Therborn, Marmot 2004; Fitzpatrick, 2000).

Distanciranje nije nužno u uzročnom odnosu s nejednakostima u zdravlju, no može se reći da ide ruku pod ruku s dimenzijom siromaštva. Časopis *Forbes* je 2008. godine objavio da prihod 1.125 milijardera, koliko ih ima u svijetu, iznosi 4,4 trilijuna dolara. Usporedbe radi, to je podjednako tadašnjem nacionalnom prihodu 128 milijuna Japanaca ili trećini prihoda Amerikanaca (od njih ukupno 302 milijuna). Niz tržišnih i političkih teorija ne objašnjava primjerice kako i zašto postoji jaz od 17 godina manje očekivanog trajanja života u kapitalističkoj Rusiji nego na socijalističkoj Kubi (UNDP 2007: Tablica 28).

Neovisno o tome kroz koje mehanizme djeluju, socioekonomske razlike u zdravlju prisutne su u gotovo svim europskim zemljama (Smith i sur., 1990.; Marmot, 2004). Antonovsky (1967) navodi kako “Oni u nižim društvenim klasama imaju niže očekivano trajanje života, kao i veće stope smrtnosti od svih uzroka smrti, a takav trend se očitava i promatra od 12. stoljeća, otkad su podaci na ovu temu bili prvi puta organizirani... Štoviše, društvene razlike u zdravlju pronađene su u svim društvima u kojima su se tražile.”

Otkad je 1982. godine objavljen engleski izvještaj o nejednakostima u zdravlju, kojega je pripremio Sir Douglas Black (1982), socioekonomske razlike u zdravlju dobile su veliku pažnju. Nalazi *The Black Report* studije pokazali su da su nejednakosti snažno povezane sa socioekonomskim statusom. Otada su se zaredale brojne studije koje su potvrdile povezanost zdravlja i socioekonomskog statusa (SES) te zdravlja i drugih dimenzija povezanih sa SES-om, kao što je primjerice pristup zdravstvenim uslugama (Aday i Andersen, 1981).

U počecima istraživanja zdravstvenih nejednakosti fokus je bio prvenstveno na zdravstvenim pokazateljima, kao što su stope zaraznih bolesti i dojenačke smrtnosti (koje

su i danas glavni pokazatelj kvalitete zdravstvene zaštite u nerazvijenim i razvijenim zemljama), odnosno na nejednakim stopama ovih pokazatelja. U današnje vrijeme nejednakosti se očituju i mjere kroz druge zdravstvene ishode, te uglavnom kroz nezarazne bolesti (budući da je preventivnim djelovanjem djelomično iskorijenjen problem zaraznih bolesti).

Zanimanje za razlike u smrtnosti među društvenim skupinama ponovno izranja u zadnjih tridesetak godina, kako na međunarodnoj razini (Valkonen, 1987) tako i među domaćim autorima (Mastilica, 1991). Još dugo nakon Drugoga svjetskog rata pretpostavljalo se u najrazvijenijim zemljama da su reorganizacija zdravstva te zdravstveno i socijalno osiguranje smanjili ili u potpunosti odstranili razlike među društvenim skupinama. Tijekom šezdesetih godina 20. stoljeća ustanovilo se da tome nije tako. Naime, očekivalo se da se razlike u smrtnosti među društvenim skupinama smanjuju zbog zaštite najsiromašnijih administrativnim promjenama. Smatralo se da su se socioekonomske nejednakosti smanjile i da je opći rast životnog standarda među mladim ljudima doslovno eliminiralo takozvane „bolesti siromaštva“ (Antonovsky, 1967).

Europski savez za javno zdravstvo – EPHA (engl. European Public Health Alliance) predstavio je 9. prosinca 2010. g. Europsku povelju o zdravstvenoj jednakosti u zgradi Europskog parlamenta u Bruxellesu. Predstavljanju Povelje prisustvovali su predstavnici civilnog društva, Europske komisije, Svjetske zdravstvene organizacije za europsku regiju i članovi Europskog parlamenta. Ova Povelja ima dva cilja: povećati svijest i potaknuti na djelovanje koje će pridonijeti općem poboljšanju zdravlja i dobrobiti, a smanjiti nepravednu zdravstvenu nejednakost, koju se da izbjeći.

Međutim, izgleda da napredak i „suvremeno“ društvo ne donose nužno veću jednakost i bolje zdravlje. Bez puno detalja možemo citirati Katunarića (2011) koji se bitko dotaknuo doktriniranog uvjerenja o nužnosti nejednakosti za suvremenu ekonomsku teoriju i politiku, a time i sudbinu društva, te o potrebi našeg društva da (re)legitimira društvene nejednakosti: „Isto tako, glas 'stručnjaka', koji misle da su društvene nejednakosti nužna posljedica natjecanja među ljudima nejednakih sposobnosti, primarno je stav većine suvremenih ekonomista, jer je, prema njihovu mišljenju, bilo kakav napredak nezamisliv bez sve veće samostalnosti poduzetničkog biznisa.“ Dalje objašnjava kako je pretpostavka o egalitarizmu arhetip u jednostavnih, lovačko-sakupljačkih društava, dok u složenim i razvijenijim društvima prevladavaju društvene nejednakosti. Što su društva razvijenija, društvene su nejednakosti veće.

Iako se problemom zdravstvene nejednakosti bavi niz institucija, poput Europske komisije, Europskog parlamenta i Svjetske zdravstvene organizacije, sve veći ekonomski i politički pritisak još više opterećuje marginalizirane, socijalno ugrožene i najranjivije skupine stanovništva. Unatoč velikim ekonomskim mogućnostima pojedinih zemalja, tehnološki razvoj izuzetno poskupljuje i uvelike specijalizira pojedina područja zdravstvene zaštite te ih nužno čini nejednako dostupnima svima (Zrinščak, 1999).

Utjecaj zaposlenosti, obrazovanja, stambene i socijalne zaštite na zdravlje i zdravstvenu zaštitu jednako je važan kao i utjecaj zdravstvenog sustava (Duffy, 1998). U skladu s time, mnoge vlade u svojim predizbornim programima, ili barem na razini svojih nacionalnih strategija razvoja zdravstvene politike, vrlo bitnima drže sve mjere usmjerene povećanju ukupnog zdravstvenog statusa stanovništva, odnosno pravičnosti u zdravstvenoj zaštiti.

Cilj ovoga rada nije problematizirati društvena uređenja koja više ili manje pogoduju društvenim nejednakostima, ali je nesporno da su socioekonomske razlike u zdravlju prepoznate kao etički neprihvatljive: „... moralna je dužnost društva oblikovati socijalnu i zdravstvenu politiku na način koji će u budućnosti osigurati da djeca koja nemaju kvalitetne socioekonomske uvjete imaju veću šansu uživati isti zdravstveni status kao djeca koja su veće sreće danas, kako bi imali jednake mogućnosti živjeti zdrav život kao odrasle osobe.“ (Halldorsson i sur., 1999).

Osim toga, nalazi su potvrdili da smanjivanje društvenih nejednakosti u zdravlju može poboljšati zdravlje cijele populacije i istovremeno smanjiti troškove zdravstvene njege (Kunst, 1997, navedeno u Gissler i Nanda, 2000).

Socioekonomske razlike su veće u zemljama istočne i središnje Europe u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama, tj. niže socioekonomske skupine su više zdravstveno ugrožene. Ovakvi nalazi su još više popularizirali ovu temu među istraživačima na područjima javnog zdravstva, sociologije i zdravstvene ekonomike.

U mnoštvu nijansi pristupa pojmu nejednakosti u zdravlju izdvajamo neke teorijske orijentacije koje pristupaju ovoj temi.

1.2.2. Teorijski pristupi nejednakosti u zdravlju

Unutar područja koja se bave utjecajem društvenih nejednakosti na zdravlje, nekoliko teorijskih pristupa nejednakosti objašnjava ovaj fenomen. To su pristup artefakta, pristup zdravstvene selekcije, te pristup društvene uvjetovanosti, unutar kojega

nalazimo kulturno-bihevioralni, materijalno-strukturni i psihosocijalni pristup (MacIntyre, 1986; West, 1991; Stronks, 1997; Geckova, 2002).

Mehanizme društvene uvjetovanosti detaljnije opisuju hipoteze različite osjetljivosti (vulnerabilnosti) i različite izloženosti (Kooiker i Christiansen, 1995; Ranchor i sur. 1996; Stronks, 1998).

Slijedi kratki opis teorijskih modela.

1.2.2.1. Pristup artefakta

Ovaj pristup sugerira da svako mjerenje ili definiranje društvenog ili zdravstvenog statusa proizvodi promatranu razliku (MacIntyre, 1986). Veličina promatranih klasnih stupnjeva stoga će ovisiti o mjerenjima klase i mjerenjima zdravlja. U svojoj najradikalnoj iteraciji MacIntyre smatra da nema odnosa između klase i zdravlja, te da je ono što promatramo u biti artefakt mjerenja.

Jedno od objašnjenja ove teorije sugerira artefakt mjerenja razlika u zdravlju između muškaraca i žena temeljene na samoprocjeni zdravlja. Na taj način, smatra MacIntyre (1993), muškarci će prije precijeniti svoje simptome odnosno razine bolesti nego žene u usporedbi s kliničkim promatračem. Rezultat toga može se očitovati tako da su stvarne razine bolesti više (kod žena) nego što ih osobe prijavljuju. Jedan od pogleda na razlike u zdravlju kroz prizmu ove teorije prema spolu tiče se biološko-reproduktivnog odnosno rodnog modela. Model pretpostavlja da uloga žena može biti posrednik između socioekonomskog i zdravstvenog statusa, a prema tome žene imaju veću potrebu i pristup zdravstvenoj njezi. Rodne uloge obično idu u smjeru toga da se od muškaraca očekuje da budu jaki i pate bez prigovaranja (Vlassoff i Garcia, 2002), što ne znači nužno bolje zdravlje već možda manje preventivnih mjera. Prema konceptu poslom izazvanog stresa, od žena se očekuje da paze na obitelj a time i zdravlje i simptome bolesti (Bardel i sur., 2009), zbog čega žene mogu imati više bolesti povezanih sa stresom i manje slobodnog vremena (Brooker i Eakin, 2001), dok neki tvrde da život s mnogo obveza znači i percipirano bolje zdravlje (Janzen i Muhajarine, 2003).

Konkretno argumente ove teorije problematiziramo u raspravi vezano uz spolnu (rodnu) specifičnost nalaza društvene povezanosti i dostupnosti. Naš pristup, kojim se pokušava objasniti navedene nalaze, je konceptualno dijelom nadahnut ovim teorijskim okvirom.

Iako ovaj tip objašnjenja razlika u zdravlju naizgled nema veze sa stvarnim razlikama, treba uzeti u obzir primjenjivost kod, primjerice, mjerenja nejednakosti u

zdravlju adolescenata. U tom slučaju dimenzija socioekonomskog statusa roditelja, pa tako i samih adolescenata, nije primjerena mjera zbog prisutnosti vrlo velike radne, pa tako i socioekonomske mobilnosti (West, 1991).

1.2.2.2. Zdravstvena selekcija

Nastavno na socioekonomsku mobilnost, pristup zdravstvene selekcije naglašava da upravo zdravlje utječe na socioekonomsku mobilnost, a ne obrnuto (opet u radikalnijoj verziji). Dakle, zdravlje je taj čimbenik koji pridonosi postignuću određenog klasnog položaja– zdraviji postižu socijalnu mobilnost prema gore, a manje zdravi onu u smjeru prema dolje (MacIntyre, 1997). Zdravstvena selekcija može se nastaviti kroz uspjeh ili neuspjeh na poslu – *intrageneracijska mobilnost* ili, tijekom obrazovnih postignuća u mlađoj dobi, *intergeneracijska mobilnost* (Stronks, 1997).

Selekcijom se često pokušavaju objasniti razlike u zdravlju temeljem razlika u obrazovanju i radnom statusu. Recimo, odnos SES-a i zdravlja pokušava se definirati kao proizvod selekcije budući da genetički superiorne osobe imaju veću šansu imati bolje zdravlje i višu inteligenciju. Studije koje su pokušale procijeliti uzročni učinak društvenih odrednica zdravlja većinom su odbacile ovo objašnjenje. Implicitna kritika ovog pristupa pokazala je da izloženost određenim zanimanjima, prihod, diskriminacija, te siromaštvo u neposrednoj zajednici utječu na zdravlje (Berkman i Kawachi, 2000). Dodatna kritika ove teorije fokusirala se na predisponiranost onih iz najnižih socioekonomskih klasa na obolijevanje od mentalnih bolesti, ukazujući kako nema uzročnog odnosa među ovim varijablama (Goldberg i Morrison, 1963). Teorija selekcije posebno je kritizirana u kontekstu utjecaja određene klase i tipa poslova na smrtnost kod fizičkih radnika, te je objašnjeno da je uzorak regrutiranja radnika slučajan a ne podložan sustavnoj selekciji (Fox and Collier, 1976).

Prijedlozi intervencija utemeljeni u ovom pristupu uključuju rane intervencije (kod djece) kao mjere poboljšanja zdravlja ali i socioekonomskog statusa.

Do neke mjere dokazani utjecaj određene okoline, klase i životnog stila na zdravlje je u skladu s dijelom objašnjenja koja donosimo u raspravi. U svakom slučaju, potreban je longitudinalni tip istraživanja kako bi se objasnio fenomen zdravstvene selekcije i društvene uvjetovanosti (MacIntyre, 1987).

1.2.2.3. Društvena uvjetovanost

Ovaj pristup objašnjava kako niži socioekonomski status u smislu manjeg iznosa dostupnih sredstava ima objektivne (niži standard, stanovanje, prehrana, opuštanje) ali i subjektivne (psihosocijalni stres) posljedice za zdravlje. Oni čiji su uvjeti najbliži ugodnoj društvenoj niši uživat će u duljim i zdravijim životima, dok oni čiji su životi od toga najviše udaljeni živjet će nezdravo i kratko (Hertzmann, 1999). Siromašni ljudi imaju smanjenu kontrolu nad životom i često su svjedoci udaljenosti između sebe i onih koji nemaju te probleme (spomenuti mehanizam distance).

U tom smjeru identificiraju se smjerovi razumijevanja razlika u zdravlju – materijalno-strukturni i psihosocijalni te kulturno-bihevioralni. Pristup koji smo odabrali u ovom radu uvelike odražava teoriju društvene uvjetovanosti i navedene dvije dimenzije nejednakosti u zdravlju: materijalno-strukturnu i psihosocijalnu dimenziju.

Neki autori (MacIntyre, 1986, 1987) dodatno razrađuju modele teorije navodeći sljedeće: životni uvjeti – materijalni model, životni stil – bihevioralni model, pristup znanja, vrijednosti i stavova, te pristup različite izloženosti/osjetljivosti.

Materijalni uvjeti imaju velik utjecaj na osobni izbor i način življenja, pa materijalno-strukturni pristup ukazuje na kvalitetu života i dostupnost osnovnih materijalnih uvjeta koji kasnije utječu na druge socioekonomske čimbenike (npr. obrazovanje). Životne okolnosti utječu na zdravlje i nejednako su raspodijeljene među društvenim skupinama, a među njima je svakako zanimanje, te daljnje varijable iz toga područja (uvjeti na poslu, nezaposlenost, stanovanje, pristup ostalim dobrima). Niži socioekonomski status utječe na prihode, bogatstvo, pristup zdravijoj hrani i načinu korištenja slobodnog vremena, a te promjene mogu utjecati na zdravlje bilo zasebno ili u međuodnosu sa stresom, stigmom ili različitim stupnjevima samopouzdanja (MacIntyre, 1987). Intervencije koje bi se provele iz ove perspektive uključile bi poboljšanja uvjeta u kojima ljudi žive i rade i lako je zamisliti pozitivne promjene do kojih bi dovele.

S druge strane, bihevioralni pristup podrazumijeva nastajanje razlika u zdravlju prvenstveno zbog životnog stila (prehrana, pušenje, alkohol, tjelesna aktivnost, rizične aktivnosti), stavljajući odgovornost na izbor pojedinca. To što ljudi jedu manje ovisi o percipiranim hranidbenim vrijednostima proizvoda ili opasnostima kolesterola a više od dostupnosti i cijeni hrane (u tom smislu se bihevioralni pristup jednim dijelom smatra relativno zastarjelim jer su životni stilovi vrlo visoko povezani sa SES-om). Čimbenici rizičnog ponašanja imaju relativno mali udio u varijabilitetu smrtnosti od raznih bolesti. Ako želimo smanjiti socioekonomske nejednakosti, prema ovom pristupu trebali bismo

koristiti metode osjetljive na kulturu i ponašanje, te ohrabrivati i podržavati pozitivne promjene u životnom stilu.

Pristup znanja (ovdje bi se trebalo dodati i pristup vještina), stavova i vrijednosti, kao dio kulturno bihevioralnog modela vezanih primjerice uz strategije nošenja sa stresom, osjećaj koherencije i stupanj bespomoćnosti utječu na način na koji se ljudi snalaze u svojem životu i okolini. Iako je ovaj utjecaj naizgled poprilično difuzan i općenit (zbog težine mjerenja samog utjecaja), zdravstveno znanje može izravno pridonijeti boljem zdravlju (znanje o prehrani, prednosti dojenja, prednosti i rizici kontracepcije). Jednako tako, vještine nošenja sa stresom često su neophodne za opstanak, a kulturne i subkulturne norme vezane za zdravstveno ponašanje i važnost vlastitog zdravlja očigledan su primjer ovog neizravnog i možda manje „opipljivog“ utjecaja. Znanje je, u konceptualnom smislu, posrednik između društvenog statusa i zdravlja koje može oblikovati utjecaj životnih okolnosti na zdravlje ili oblikovati ponašanja koja utječu na zdravlje (MacIntyre, 1987).

Psihosocijalni pristup uzima u obzir individualne osobine i obilježja društvene povezanosti, kao što su unutarnji lokus kontrole i društvena umreženost, koji mogu utjecati na zdravstveni status. Osobno iskustvo i osjećaji imaju potencijal stvaranja akutnog i kroničnog stresa, koji, na kraju, utječe na biologiju, tj. na fizičku ili mentalnu bolest.

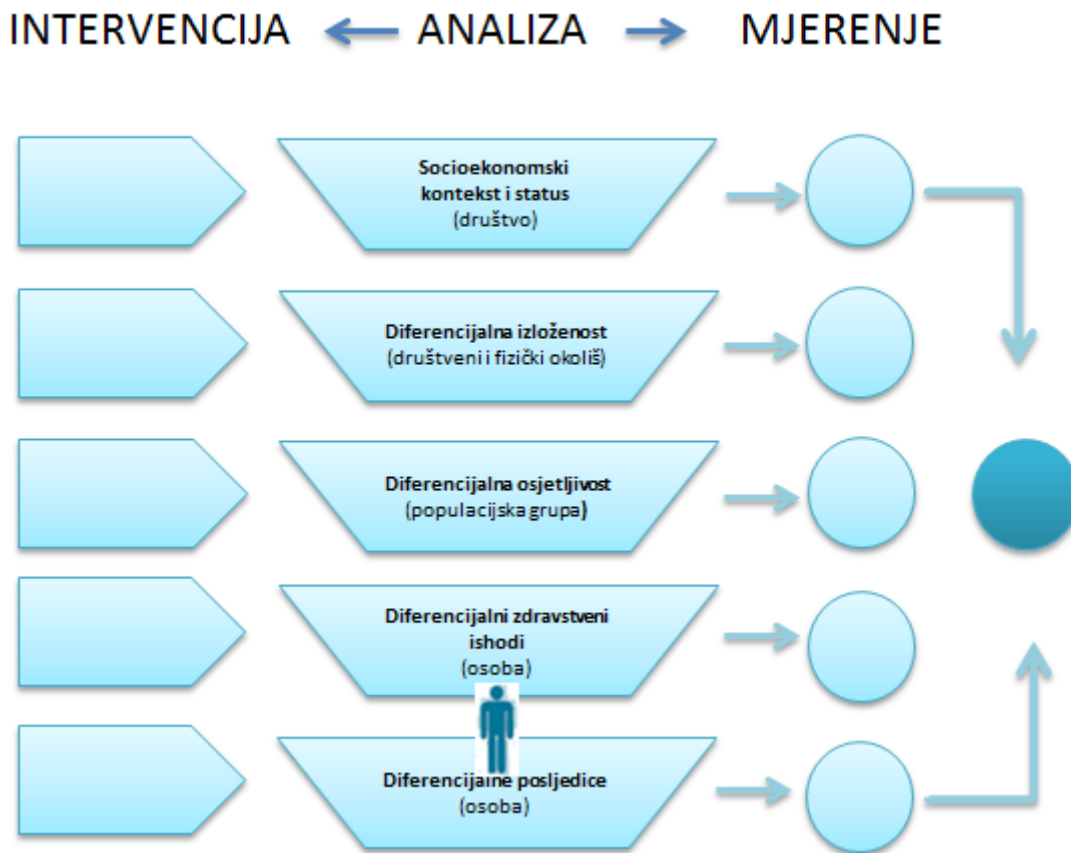
Hipoteze različite izloženosti, koje razrađuje Stronks, govore da je kod ljudi nepovoljnijih životnih okolnosti (nižeg socioekonomskog statusa) veća vjerojatnost češćeg uključivanja u zdravstveno rizična ponašanja. Socioekonomski status dakle neizravno utječe na zdravlje kroz specifične odrednice zdravlja i bolesti. Pitanje je stoga može li nejednaka distribucija zdravstvenih odrednica (hipoteza različite izloženosti) objasniti nejednaku distribuciju zdravlja u populaciji (Ranchor, 1994; Kooiker i Christiansen, 1995; Stronks 1997). Dodatno se obrazlaže kako se protektivni čimbenici zdravlja (fizička aktivnost, preventivne mjere, društvena potpora) pojavljuju rjeđe, dok se štetni čimbenici (zdravstveno rizično ponašanje, dugoročne poteškoće i događaji) učestalije pojavljuju u nižih socioekonomskih skupina u usporedbi s višim socioekonomskim skupinama.

Paralelno s ovom hipotezom, model različite osjetljivosti pretpostavlja kako je vjerojatno da više socioekonomske skupine posjeduju mehanizme koji ih štite od štetnih učinaka i potiču protektivne, dok su niže socioekonomske skupine slabije opremljene mehanizmima (vještinama) koji im pomažu nositi se sa stresom (Stronks, 1997). Iako

stres pripada psihosocijalnim čimbenicima, vjerojatno sudjeluje u mehanizmu koji povezuje strukturne elemente (materijalno okruženje, nezaposlenost i slično) sa zdravljem. Iz evolucijske perspektive, naše tijelo i njegove reakcije na stres (reakcija *bori se ili bježi*) jednake su kao i u, recimo, krapinskog pračovjeka. No, otad se društveno i materijalno okruženje mijenjalo nizom varijacija. Kakav je onda učinak življenja u izolaciji u trošnoj potleušici ili utjecaj odrastanja u obitelji u kojoj se nije poticalo samopoštovanje i samorealizacija, a kasnije i zaposlenosti na šalteru ili na radnom mjestu površine pola kvadratnog metra u okružju dobro plaćenih menadžera koji voze skupocjene automobile? Naprednija industrijska društva pružaju menadžerima i sličnim skupinama određene materijalne uvjete, dok financijski problemi, monoton posao i nedostatak društvene podrške održavaju nisku i stabilnu razinu psihosocijalnog stresa. Iako u modernim društvima nema visokih rizika smrtonosnih zaraznih bolesti, ona su izložena konstantnom aktiviranju *bori se ili bježi* reakcije. Na to ukazuje povezanost kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa s nižim društvenim statusom (Marmot i Wilkinson, 2006). U tom smislu pobija se proširen koncept o stresu kao zdravstvenom riziku menadžera, brokera i drugih „direktorčica“. Nećemo dalje razmatrati činjenicu da su menadžeri izloženi kraćem stresu (nagrađenom i ispunjavajućem) dok su radnici izloženi kontinuiranom stresu (bez nagrade i ispunjenja).

Kako raste razumijevanje psihosocijalnih čimbenika, tako se otkriva da društveno okruženje ima moćan utjecaj na zdravlje. Za cjelovit pristup potrebne su sve tri perspektive – materijalna, bihevioralna i psihosocijalna.

Donosimo dalje nekoliko shema koje pokušavaju opisati čimbenike koje utječu na nejednakosti u zdravlju.



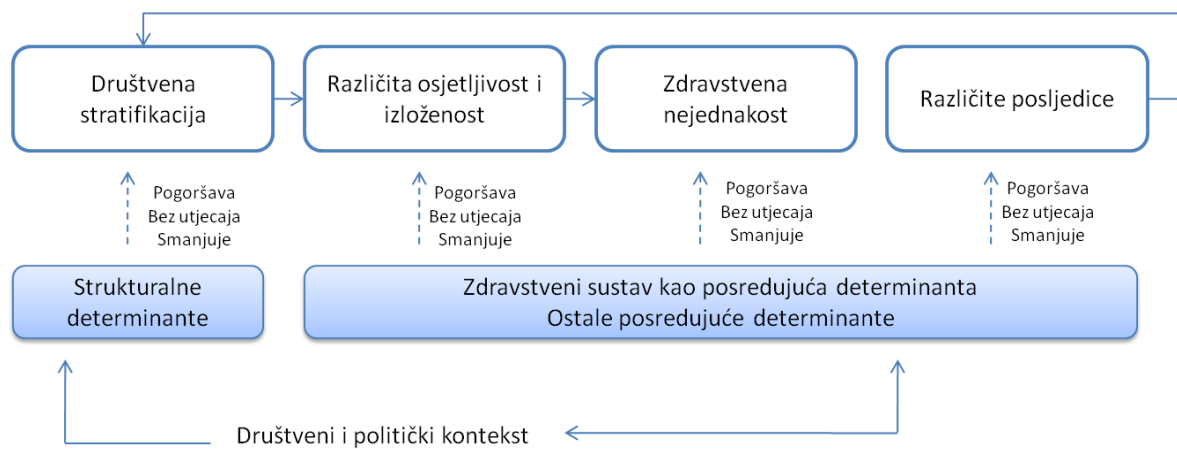
Slika 2 Shema čimbenika nejednakosti u zdravlju te modela intervencija

Izvor: Marmot, 2007.

Slika 2 prikazuje shemu odrednica nejednakosti, koja ide od populacijskog okruženja prema individualnoj dimenziji posljedica. Tako društveni kontekst, različita društvena izloženost i osjetljivost dovode do različitih zdravstvenih ishoda i posljedica na osobnoj razini. Ovakva shema ujedno je i podloga za model djelovanja na nejednakosti putem intervencija. Shema intervencije pokazuje kako se može djelovati na sve razine navedenog modela, te da je moguće izmjeriti ne samo zdravstvene ishode nego i društvene odrednice i osjetljivost određene populacijske skupine. Time dolazimo do važnosti kapaciteta intervencije, koji proizlazi iz strukturnog kapaciteta zdravstvenog sustava.

Organizacija, funkcioniranje i financiranje zdravstvenog sustava imaju izuzetno velik utjecaj na zdravlje. Upravljanje učincima ostalih odrednica na zdravlje trebalo bi biti

osjetljivo na promjene u pristupima zdravstvene zaštite (ili skrbi), tj. u svladavanju prepreka zdravstvenoj zaštiti. Zdravstveni sustavi utječu na razine različite izloženosti i osjetljivosti u nejednakosti u zdravlju kroz osiguranje pristupa zdravstvenoj zaštiti (vidi **Slika 3**). U tom smislu trošak bolesti odnosno liječenja može dodatno osiromašiti kućanstvo, posebno radi li se o skupim terapijama i lijekovima koje zdravstveni sustav nije u mogućnosti financirati. Društveni sustavi koji smanjuju društvenu isključenost mogu podići status marginaliziranih zajednica omogućujući im pristup zdravstvenoj zaštiti.



Slika 3 Uloga zdravstvenog sustava kao društvene odrednice zdravlja
Izvor: Društvene odrednice zdravlja, SZO, 2006

Zanimljivo je da se rang-lista učinkovitosti zdravstvenih sustava (WHO, 2000) temelji na sljedećim ciljevima: povećanje opće razine zdravlja naroda, ostvarenje pravedne distribucije zdravlja među pojedincima, društvenim skupinama i regijama, zadovoljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na poštivanje autonomije pacijenata i povjerljivost zdravstvenih podataka, zadovoljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na kvalitetu zdravstvenih ustanova i opreme i pošteno (fer) financiranje, mjereno indeksom poštenja pri financijskim doprinosima (Wagstaff, 2001). Daljnji mjerljivi ciljevi uključuju pristupačnu zaštitu te pošteno raspoređivanje financijskog tereta zdravstvenog sustava i zaštite. O učinkovitosti zdravstvenog sustava u kontekstu pravednosti više u Cerjan-Letica (2004).

Zdravstveni sustavi su ključno mjesto za obračunavanje s postojećim nejednakostima (Mackintosh, 2001). Kao ključna društvena ustanova, disfunkcionalni i „izopačeni“ zdravstveni sustavi mogu dodatno intenzivirati isključenost, nejednakost i

slabljenje prava pacijenata, a trebali bi imati za obvezu ispunjenje osobnog prava na zdravstvenu zaštitu i doprinos izgradnji (zdravstveno) jednakih i demokratskih društava (Freedman i sur., 2005).

Posebnu pozornost u smislu zdravlja i socioekonomskih statusa trebalo bi dati zemljama srednje i srednjeistočne Europe, obilježenima velikim društvenim, političkim i ekonomskim promjenama. Znanstvene spoznaje s ovoga područja detaljnije otkrivaju kako je tranzicijska kriza uglavnom rezultirala povećanim nejednakostima u prihodima, koje imaju uglavnom razarajući utjecaj na zdravlje populacije, a paralelno s time su razlike slične ili veće u istočnim i srednjeeuropskim zemljama u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama (Kaplan i sur., 1996). Nalazi iz središnje i istočne Europe u skladu su s hipotezom da psihosocijalni čimbenici, uključujući financijsku nesigurnost i beznadnost, igraju važnu ulogu u lošijem zdravlju tih zemalja u usporedbi sa „Zapadom“ (Geckova, 2002).

I u hrvatskom društvu istraživanjima je dokazano postojanje zdravstvenih nejednakosti uvjetovanih socijalno-ekonomskim čimbenicima (Mastilica 1994, 1996, 1998, 1999, 2002, 2005; Vončina i sur. 2007; Mastilica i Benković, 2010). Od domaćih autora, između ostalih, valja spomenuti Mastilicu (1993, 1999, koji je istraživao razlike u plaćanjima za zdravstvo iz vlastita džepa – dakle razlike u potrošenom novcu za zdravlje (zdravstvo) kojeg ljudi daju pored doprinosa za zdravstveno osiguranje, kako pojam kaže – iz vlastita džepa, te izmjerio nejednakosti s obzirom na veličinu mjesta prebivališta, prihode i zanimanja. Šućur i Zrinščak (2007) ispitivali su razlike u samoprocjeni zdravlja i u pristupačnosti zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite različitim skupinama stanovništva. Vončina i sur. (2007, 2012) ustanovili su da nezaposleni manje koriste preventivne zdravstvene usluge nego ostatak populacije.

Osim navedenih, u Hrvatskoj su se sustavnije bavili dimenzijama nejednakostima autori Matković, Šućur i Zrinščak u istraživanjima o siromaštvu i nejednakosti u zdravstvu kroz projekt EUROQOL. Dimenzije koje su istraživali su nejednakost u prihodima, objektivno i subjektivno siromaštvo, ukupni izdaci za socijalno osiguranje, smanjenje siromaštva zbog javnih društvenih kretanja i nemonetarna deprivacija.

Od projekata koji su se sustavno bavili ovom tematikom valja spomenuti projekt Hrvatska zdravstvena anketa (HZA), koja je provedena 2003. godine te 2008. godine u sklopu strategije reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj Ministarstva zdravstva. HZA je projekt usmjeren ka prevenciji kardiovaskularnih bolesti s financijskom potporom zajma Svjetske banke. Anketa je sadržavala pitanja o

zdravstvenom stanju, korištenju zdravstvenih usluga i potencijalnim rizicima za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Anketu je provodio Hrvatski projektni tim u suradnji s Kanadskim društvom za međunarodno zdravlje (Canadian Society for International Health). Glavni cilj projekta bio je stvaranje podloge za uspostavljanje javno-zdravstvenog informacijskog sustava Hrvatske. Rezultati HZA 2003. godine (u radno aktivnom uzorku 25-65 godina) korišteni su u ovom radu.

Domaćoj i stranoj literaturi zajednički je nemalen broj čimbenika koji odražavaju moguće negativne utjecaje na zdravlje, a koji se mogu svrstati u skupine na sljedeći način:

- socioekonomski status (razina obrazovanja, primanja, zaposlenje, zanimanje, posjedovanje materijalnih dobara)
- rasa – etnicitet, spol, dob
- područje življenja (određene regije i županije, gradovi i naselja, izolirana mjesta, planine, otoci)
- pripadnost određenim osjetljivim i ranjivim društvenim skupinama (imigranti, Romi, HIV-pozitivni, zatvorenici, nezaposleni, starije osobe, jednoroditeljske obitelji, djeca itd).

Navedeni čimbenici često su međusobno povezani, pa na zdravlje utječu složenim interakcijama – kroz društvene mreže, okoliš, pristup zdravstvenim uslugama, osobno ponašanje te biološke karakteristike.

Polazeći od tih čimbenika, pokušali smo stvoriti cjelinu u kojoj se zdravlje (odnosno društvena određenost zdravlja) vezuje s razinom karakteristika pojedinca (osobnost), društvenom povezanosti (društveni kapital), resursima (socioekonomski status) te strukturnim ograničenjima (dostupnost zdravstvenih usluga). Fragmenti ovog koncepta te razne kombinacije subjektivnih i objektivnih varijabli koje utječu na zdravlje opsežno su opisivani u literaturi o nejednakostima u zdravlju i zdravstvu.

Čimbenike koji utječu na zdravstvene nejednakosti na tragu dosadašnjih društvenih istraživanja podijelili smo na materijalno-strukturne (socioekonomski status i druge strukturne čimbenike) i na psihosocijalne (osobnost i njene dimenzije, društveni odnosi i njihova dinamika, odnosno društvene povezanosti).

1.2.3. Utjecaj strukturnih (socioekonomskih) čimbenika

Činjenica je da postoje razlike u zdravstvenom statusu ljudi, a te se razlike uglavnom povezuju sa socioekonomskim statusom (niži socioekonomski status obično uvjetuje i niži zdravstveni status). Siromaštvo, društvena isključenost i diskriminacija ključni su čimbenici u objašnjenju nižih razina zdravlja između skupina stanovništva i zemalja Europe. Biti zdrav (ili ne) nije individualni izbor već primarno rezultat stanja u kojem su ljudi rođeni, odrasli, žive, rade i stare. Zato smanjenje zdravstvene nejednakosti zahtijeva aktivno sudjelovanje civilnog društva, vladinih i nevladinih organizacija i sudionika izvan zdravstva.

Za smanjivanje zdravstvene nejednakosti važno je objasniti složeno djelovanje različitih čimbenika koji utječu na zdravstvene nejednakosti. Dok se, recimo, relativno jednostavno može objasniti trostruko veći rizik srčanih bolesti kod osoba nižeg rasta ili povećane stope samoubojstva kod nezaposlenih, odnosno ekonomski neaktivnih, mnogo je teže naći objašnjenje zašto mnogo više stanovnika jednog dijela grada Glasgowa umire od malignih neoplazmi od stanovnika nekog drugog dijela Glasgowa ili zašto Talijanke obolijevaju od raka dojke za trećinu manje od Britanki (Spence, 1996; Ottewill, 1996). Pri tome je vrlo važno znati da veza između bogatstva zemlje i epidemioloških trendova polako gubi jasne obrise nakon određene razine BDP-a po glavi stanovnika, te da daljnje povećanje prihoda ne donosi spektakularne rezultate u standardnim pokazateljima zdravlja.

Socioekonomski status i zdravlje

Sve veća moć prepoznavanja psihosocijalnih čimbenika razlikuje one najvažnije: društveni status (gdje neki autori, poput Wilkinsons, uključuju i kontrolu), društvenu povezanost (koheziju) i stres u ranom životu. Pregršt je dokaza koji govore o tome kako na nas utječu razni aspekti društva iz kog potječemo i živimo, identificirajući ključne utjecaje na zdravlje i dugovječnost. Spomenuti izraz *društvene odrednice* (determinante) zdravlja potječe iz izvora iz kojega dolaze razni uvidi koji objašnjavaju utjecaje društvenog okruženja i društvenih struktura u kojima živimo. Kako je već navedeno, a bit će detaljnije objašnjeno u metodološkom dijelu, SES je u radu konceptualiziran kroz dimenzije obrazovanja, obrazovanja roditelja i relativnog prihoda (prihod kućanstva u odnosu na broj ukućana).

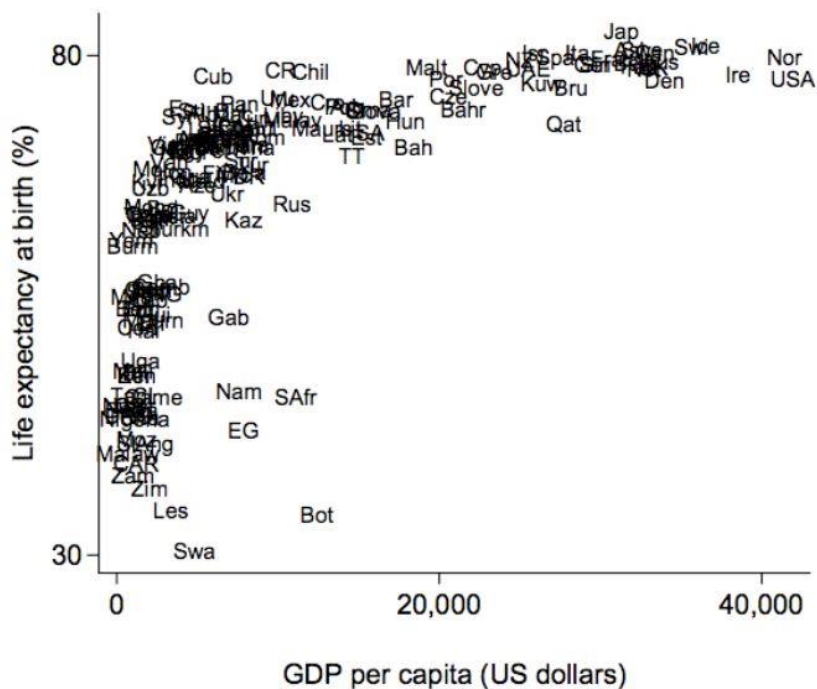
Uzevši u obzir da različite mjere SES-a ugrubo odražavaju sliku zdravstvenih nejednakosti, te da je SES kao gradijent u zdravlju dosljedan i široko rasprostranjen, možemo reći da postoji niz mehanizama koji objašnjavaju koncept utjecaja SES-a na zdravstvene nejednakosti. Navest ćemo neke od mehanizama kroz koje ćemo kasnije pokušati objasniti nejednakosti u zdravlju: dostupnost zdravstvene zaštite (strukturno ograničenje), čimbenici stresa i reakcije na stres (u našem konceptu reakcije na stres podudaraju se s osobnošću), potpora obitelji i prijatelja (društvena povezanost, dio društvenog kapitala), obrazovanje (znanja i vještine za prevenciju, razumijevanje procesa liječenja i sl.), stil života i ponašanje kroz lokus kontrole te, opet, osobnost.

Društveni status povezan je sa zdravljem u složenom modelu koji ne uključuje samo izravne učinke izloženosti boljim ili lošijim materijalnim uvjetima (tako to opisuje teorija artefakta u potpoglavlju 1.2.2.1), već uključuje i mjesto u društvenoj hijerarhiji. Ovdje se misli i na osobno iskustvo dominacije i superiornosti prema inferiornima, te često pratećim iskustvom isključenosti i stigmatizacijom onih koji su pri dnu društvene hijerarhije.

Unutar svih razvijenih društava odnos prihoda i zdravlja prilično je snažan, pa opet u 25 do 30 najbogatijih zemalja ne postoji odnos između bruto nacionalnog proizvoda i stope smrtnosti (Marmot i Wilkinson 2001; Wilkinson, 1997). Moglo bi se reći da je u većini bogatih zemalja zdravlje odraz društvenog statusa i relativnog prihoda prije nego odraz izloženosti razlikama u standardu. Zatim, vjerojatnije je da će oni višeg socioekonomskog statusa više koristiti usluge zdravstvene zaštite, budući da nerijetko osobno poznaju medicinsko osoblje i prije će doći na red (pretrage, operacije itd.), ili im je zdravstvena usluga jednostavno dostupnija.

Pri tome je važno znati da veza između bogatstva zemlje i epidemioloških trendova odavno gubi jasne obrise nakon određene razine BDP-a po glavi stanovnika, te da daljnje povećanje prihoda ne donosi spektakularne rezultate u standardnim pokazateljima zdravlja (Zrinščak, 1999; Wilkinson, 2005).

Na slici 4 vidi se kako krivulja brzog rasta očekivanog trajanja života usporava i postaje vodoravna nakon određene visine BDP-a (u ovom prikazu, po glavi stanovnika).



Note: Data are for 2005. 171 countries. For GDP per capita, currencies converted into U.S. dollars using purchasing power parities (PPPs).

Slika 4 Odnos očekivanog trajanja života i ukupne potrošnje po glavi stanovnika
 Izvor: Izvještaj o humanom razvoju, Razvojni program Ujedinjenih naroda (Wilkinson, 2005)

Materijalni je standard svakako bitan, ali više u smislu u kojemu predstavlja društveni status. Wilkinson je otkrio (1993) da zemlje s najvećim pokazateljem očekivanog trajanja života nisu one najbogatije, već one u kojima su prihodi jednako raspodijeljeni unutar populacije, što govori da je pristup resursima jednako snažna odrednica kao pripadnost klasi. Ovaj odnos, koji označava nejednakost u prihodima, mjeri se *Gini koeficijentom*⁵.

Vjerojatno stoga što je izuzetno teško pripremiti istraživanje koje bi moglo nepogrešivo razlikovati učinke statusa i učinke materijalnog bogatstva, koristi se zajednička mjera – socioekonomski status.

⁵ Gini koeficijent je mjera disperzije koja pokazuje neravnomjernosti raspodjele dohotka/bogatstva u društvu. Gini koeficijent jednak je površini između stvarne krivulje nejednakosti i krivulje apsolutne jednakosti dohotka pomnoženoj s 2. Što je Gini koeficijent veći, veća je nejednakost raspodjele dohotka. Primjerice, Gini koeficijent kreće se u rasponu od 0,23 u Danskoj do 0,71 u Namibiji. Hrvatski Gini, kako ga računa DZS, 2012. godine iznosio je 0,31. Više o Gini koeficijentu u poglavlju Rasprava.

Svaka društvena klasa ima svoja zajednička obilježja, a društvena stratifikacija izravno utječe na zdravlje. Blaxter je pokazao 1990.-ih da, ako se osobi iz srednje klase „priušti” ista količina stresa i životni stil niže klase, će se ta osoba zasigurno razboljeti. Niz istraživanja potvrđuje da je stres povezan sa SES-om (Cohen, Doyle i Baum, 2006), te je vjerojatno prisutna povratna sprega ovog odnosa.

Istraživanja provedena među životinjama, ponajviše primatima čiji je društveni status manipuliran (životinje visokog i niskog statusa dobivale su istu prehranu i živjele u istim uvjetima), pokazala su jasan učinak društvenog položaja. Pokazalo se da učinak ovisi i o prirodi društvene strukture životinja (Shively i Clarkson, 1994; Sapolsky, 1999).

U tom smjeru stižemo do teorije moći, koja bi se mogla jednako primijeniti na razlike u zdravlju životinja i ljudi – materijalni standard je blisko povezan s društvenim statusom budući da se raspodjela (nedovoljnih) resursa u sustavu temelji na razlikama u moći. Na teoriju moći nastavlja se teorija relativne deprivacije. Relativna deprivacija može se objasniti kao percepcija osobe da ona ili njezina skupina imaju manje nego što zaslužuju ili očekuju, ili pak manje od onoga što imaju njima slični, te još preciznije, u našem slučaju, nezadovoljstvo neke društvene skupine svojim ekonomskim položajem (Russell i sur., 1990). Interakcionisti se pozivaju na ovu teoriju objašnjavajući kako na osobnost snažno utječe način na koji okolina doživljava osobu i kako se sami vidimo u odnosu na druge. Relativna deprivacija ima za posljedicu nejednako zdravlje među socioekonomski različitim skupinama.

Zanimljiv je u ovom kontekstu i Tudorov inverzni zakon (Hart-Tudor, 1971) koji govori da što određena društvena skupina treba više potrebe i pažnje, manja je vjerojatnost da će je dobiti. Dakle, u primjeni, niža klasa ima veću potrebu za zdravstvenom njegom ali je obično dobije manje zbog svojeg nižeg materijalnog statusa.

Govoreći o zdravstvenim rizicima vezanim uz SES, nalazi javnozdravstvenih studija otkrivaju da su oni puno veći nego primjerice rizik zbog izloženosti toksičnim materijalima (koja ima nisku incidenciju ali visoku smrtnost) (Marmot, 2006). Ovaj dio zdravstva je dobro reguliran radnom medicinom, te je takvom riziku izložen mali dio populacije, dok je puno veći dio izložen rizicima niskog SES-a, slabim društvenim vezama i stresu dnevnog života. Može se primijetiti da je jednostavnije naći rješenje za rizike na poslu (zaštita od toksičnih materijala) nego promijeniti društvene uvjete života.

SES utječe na zdravlje kroz širok raspon psihosocijalnih puteva, a jedan od njih odnosi se na društvenu organizaciju, organizaciju radne atmosfere i sl. Kontrola koju ljudi imaju nad svojim poslom (autonomija na poslu) te (ne)sklad odnosa između

uloženog truda i nagrade blisko su povezani sa SES-om na radnom mjestu. Nedostatak kontrole zbog podređenog položaja na poslu često prati neprijateljsko raspoloženje (Wilkinson, 1997). Rad, odnosno studije značajne za nejednakosti u zdravlju – studije *Whitehall 1* i *Whitehall 2* (nazvane po ulici u kojoj su smješteni uredi britanske državne administracije, gdje su se provodila istraživanja) pokazali su da nizak stupanj kontrole na poslu objašnjava značajan dio društvenog gradijenta u zdravlju (Marmot, 2004), a *Whitehall* je postao svojevrsni metonim za nejednakosti u zdravlju. Marmot je na 18.000 muških državnih službenika (*Whitehall 1* iz 1967. godine) pokazao da je vjerojatnost preuranjene smrti puno veća kod onih iz najnižih platnih razreda nego kod onih iz viših. U *Whitehall 2* studiji pokazao je što je ispod površine ovoga nalaza (studija uključuje i žene): način na koji je posao organiziran, kvaliteta društvene klime na poslu, društveni utjecaji izvan posla, te utjecaji iz ranog života, pored zdravstvenog ponašanja, pridonose društvenom gradijentu u smrti i bolesti. Na primjer, nesigurnost na poslu (odnosno nesigurnost zaposlenja ili gubitka posla) ima najjači utjecaj na zdravlje, a čak i kad ta opasnost nestane, ona ostavlja dugoročni trag na zdravlju (Marmot i sur., 1978, *Whitehall 2*).

Dostupnost i zdravlje

Nakon SES-a, sljedeći strukturni faktor je dostupnost, odnosno nejednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti. U doba globalizacije, međunarodni interesi i multinacionalne kompanije imaju nedvojbeno snažan utjecaj na međunarodne trgovinske politike, s težnjama k monopolu. S jedne strane, pozitivne su nove medicinske tehnologije dijagnostike i liječenja, primjerice mogućnosti telemedicine za one kojima nije dostupna specijalistička skrb (hrvatski otoci povezani sa specijalističkim centrima na kopnu). No postoji i velik dio negativnih posljedica neoliberalnog kapitalizma u formi pristupa lijekovima (tržišna pravila), terapijskih opcija i preventive u zemljama u razvitku, a tu je i uloga Svjetske trgovinske organizacije – WTO-a (Špoljar Vržina, 2010). Globalizacija je povezana i većinom odgovorna za povećanu komercijalizaciju zdravstvene zaštite. U komercijalizaciji se skriva politička opasnost sabotiranja podrške zdravstvenim sustavima koji podržavaju jednakost u zdravstvu dopuštanjem disperzije interesa kroz više i manje moćne društvene skupine (Nelson, 1989).

Ne bismo smjeli zaobići drugu krajnost, a to je potpuna državna regulacija zdravstva. Pitanje je koji su ovdje stvarni rizici i prednosti u odnosu na komercijalni model (neoliberalnog) zdravstva. Vjerojatno u modelu državne regulacije dolazi do

problema s listama čekanja, te nejednakosti u kvaliteti zdravstvene usluge. Marketizacija zdravstva očito nosi rizike, ali pitanje je da li je potpuno izbacivanje tržišta dobro i za koga je dobro. S druge strane, s obzirom da stanovništvo stari, manja je „masa“ zaposlenih koji financiraju zdravstveni sustav, te je komercijalizacija zdravstva jedna od opcija nadoknade sve većih zdravstvenih potreba i sve manjih zdravstvenih proračuna.

U području javnozdravstvene znanosti (i ekonomike zdravstva) često se raspravlja o učinkovitosti različitih modela zdravstvenih sustava na zdravlje i jednakosti u zdravlju. Najčešće spominjan primjer je zdravstveni sustav SAD-a, koji ima izuzetno ograničen pristup zdravstvenim uslugama onima koji nemaju sredstava, visoka izdvajanja za zdravstvo (17% BDP-a naspram OECD prosjeka od 9,6%), a s druge strane niske zdravstvene pokazatelje (ispod prosjeka OECD-a; OECD 2011).

Iako je vlada SAD-a provela reformu u kojoj obećava više usluga za sve uz istodobno smanjenje troškova, te dvije stvari su zajedno neodržive u sustavu koji se temelji na kapitalističkom a ne socijalnom modelu zdravstva (Daly, 2011; Qin, 2012). Iz podataka OECD-a također se vidi kako Kubanci i Amerikanci imaju isti životni vijek, a Amerikanke žive samo godinu dulje od Kubanki. Dodatno, Amerikanci za zdravlje izdvajaju 29 puta više od Kubanaca. Ovaj primjer otkriva da zdravlje ovisi o mnogim čimbenicima, a ne samo o novim aparatima, broju pregleda ili novim lijekovima.⁶

Ove strukturne odrednice mogu utjecati na to kako će se pružati i primati zdravstvene usluge. Nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti potječu prije svega iz nejednagog pristupa: dostupnost sredstvima i bolnicama često je nejednako raspoređena, uglavnom u urbanim sredinama, za razliku od ruralnih sredina, otoka i drugih manje pristupačnih i razvijenih mjesta.

Suburbana i ruralna naselja nose veći teret udaljenosti ustanova i viših troškova korištenja usluga (liječnika specijalista, stomatologa itd) (Pristaš, 2009). U Hrvatskoj postoji također problematika pristupa uslugama (posebice specijalističke i bolničke skrbi) na

⁶ Nije naodmet nadodati kako visoki troškovi (američkih) liječničkih plaća (koje su, pored nizozemskih i belgijskih, najveće na svijetu) te plaćanje zdravstvene usluge prema postupku (za razliku od europskih sustava plaćanja usluge prema dijagnozi) dodatno potječu nejednakosti u zdravlju SAD-a (OECD 2011). Ovakav način financiranja potiče i podržava velik broj medicinskih postupaka, dijagnostike i operacija, ne nužno uvijek prijeko potrebnih, radi zarade. S druge strane, pristup plaćanja po dijagnozi (kakav je prisutan u većini europskih zemalja, pa tako i u Hrvatskoj – plaćanja po DTS-u - dijagnostičko terapijske skupine) podrazumijeva fiksni iznos za npr. upalu pluća, u kojega su uračunati svi troškovi (plaće liječnika, materijal, lijekovi, bolnički krevet, plaće osoblja i postupci), a kojega plaća osiguranje bolesnika (HZZO, Cezih 2010). Na taj način nema financijske stimulacije nepotrebnih postupaka kako bi bolnica više zaradila (odnosno naplatila od osiguranja/osiguranika), te je omogućena bolja kontrola same potrošnje i fer distribucije po regijama.

naseljenim otocima. Manjim dijelom to je riješeno projektom otočke telemedicine i mogućnostima transporta helikopterom, ali to se odnosi samo na hitne slučajeve⁷. Smatra se da je bolnička njega dostupna pri udaljenosti od bolnice manjoj od 50 km, dok se kod udaljenosti većoj od 50 km smatra da je bolnička njega manje dostupna. Radovi iz HZA 2003. ukazuju da najveće probleme dostupnosti ima središnja regija (Lika, središnja Hrvatska). Na ideju o (ne)dostupnosti nadovezuje se ideja o kvaliteti zdravstvene zaštite.

Kad je riječ o urbanim naspram ruralnim sredinama, treba uzeti u obzir pitanje razlike kvalitete usluga koje pružaju bolnice, odnosno zdravstveno osoblje. Često se radi o mogućnostima za više prihode zdravstvenog osoblja u gradu (više mogućnosti rada, dežurstava, privatne prakse), odnosno za slabiju kvalitetu u depriviranim područjima (grupacija medicinskih specijalizacija i skupljih medicinskih aparata u urbanim sredinama i kliničkim i sveučilišnim bolnicama).

Izvještaj Komisije o društvenim odrednicama zdravlja SZO iz 2008. godine upozorava na razlike među zemljama i unutar zemalja koje su veće nego ikada u nedavnoj povijesti. Poboljšanje zdravlja populacije ovisi o razumijevanju nejednakosti i utjecanju na njih. Detaljnije i specifičnije, to uključuje distribuciju moći, prihoda, dobara i usluga na globalnoj i nacionalnoj razini, te neposredno vidljivih uvjeta u kojima ljudi žive, kao što su pristup zdravstvenoj njezi, obrazovanje, uvjeti života i rada, zajednica i njihovih šansi da žive ispunjen život (SZO, 2008).

Način financiranja zdravstvene zaštite, obuhvat i razina prava, način plaćanja zdravstvenih usluga, visina participacija u plaćanju zdravstvenih usluga, izbor liječnika opće prakse, pristup specijalistima, mjesto davanja usluga (kuća ili zdravstvena ustanova) – sve su to čimbenici dostupnosti zdravstvene njege. U ovom radu pod pojmom dostupnosti podrazumijevaju se udaljenost od liječnika opće prakse/specijalista te poteškoće kao što su dugo čekanje i neljubaznost osoblja.

⁷ U vrijeme završavanja ovog rada, ova usluga je dovedena u pitanje, te će najvjerojatnije biti ukinuta, radi nedostatka sredstava u zdravstvenom proračunu.

1.2.4. Utjecaj psihosocijalnih čimbenika (osobna obilježja, društvena povezanost, lokus kontrole)

Osobnost i zdravlje

Počeci istraživanja nejednakosti i zdravlja bili su uglavnom usmjereni na materijalne uvjete i uvjete stanovanja. Nakon toga se brojnim istraživanjima postupno došlo do otkrića da su psihosocijalne varijable (u operacionalizaciji smo ih nazvali psihološkim obilježjima) te koje objašnjavanju veći dio razlika u pobolu i smrtnosti. Pod time se mislilo na varijable kao što su nedostatak kontrole, depresija, nedostatak povjerenja i društvene potpore, neprijateljstvo, beznadnost, stres na poslu, obiteljski sukobi i tako dalje, a sve one redom uzrokuju slabije zdravlje (Wilkinson, 2005). Pojam *psihosocijalno* naglašava psihološki utjecaj, raspon značajki emotivnog života koje utječu na zdravlje, koje pak oblikuje društveni kontekst.

Izraz *psihosomatski* u medicinskim znanostima znači da je uzrok bolesti povezan s psihom, u našem slučaju – osobnošću, bez bioloških utjecaja, primjerice čir želuca (kojemu etiologija nije bakteriološka), neurodermitis, neki tipovi glavobolje i slično. Tradicionalne medicinske znanosti često pridaju važnost psihosomatskim uzrocima u svezi s jednim dijelom bolesti, bolje rečeno onim bolestima za koje ne mogu objasniti biološki utjecaj. Takozvana alternativna medicina, s druge strane, pripisuje uzroke svih bolesti, pa i nejednakosti u zdravlju, dimenzijama osobnosti (dodatno prošireno kao stanje duha, duše i uma) te društvenom okruženju. Tako će, primjerice, šaman u južnoj Americi objasniti nejednakosti u zdravlju između dva plemena ili dva naroda stupnjem usklađenosti s prirodom, svojim izvornim ja, Duhom ili stupnjem povezanosti unutar zajednice. Osobnost i potencijal za komunikaciju s Duhom unutar zajednice bit će primarni zaštitni čimbenik u zdravlju, a riješeni i skladni obiteljski odnosi jamac zdravog života, prvenstveno u području mentalnih bolesti. Visok stupanj osobne svijesti i smanjenje samoživosti (otuđenosti od sebe i drugih kao suprotnost osobnom integritetu i solidarnosti) pridonijet će izlječenju od psihofizičkih problema. Zbog različitih pristupa ovoj tematici ovdje spominjemo samo dio antropoloških istraživanja koja su potvrdila ovakve povezanosti (Wilbert, 1996; Elisabetsky, 1991; Garza, 1990; Narby, 2007).

Mnoge se osobine, odnosno psihosocijalne varijable, često doživljava kao slučajne razlike osobnosti i okolnosti u kojima osoba živi. Naizgled slučajna kombinacija osobina može biti zaštitan ili poguban čimbenik za zdravlje. Možda je bliže istini da su osobine, odnosno kombinacija osobina koje utječu na zdravlje, dijelom nasljedne a

dijelom situacijske i pod utjecajem društvene strukture. U tom smislu određeni pomak u pripremi studija, s individualnog na društveno, učinjen je nakon niza epidemioloških studija koje su navedeno evidentirale na tisućama ispitanika, pa stoga više govore o zdravlju društva nego o zdravlju pojedinca. S druge strane, takve studije mogu objasniti osjetljivost tog istog pojedinca – na primjer, utjecaj obrazovanja majke na očekivano trajanje života djeteta ili utjecaj nasilja u nekom društvu na kvalitetu društvenih odnosa.

Možemo se zapitati je li rješenje psihosocijalnih čimbenika i čimbenika stresa na zdravlje promjena materijalno-strukturnih okolnosti (zaposlenje ili bolji uvjeti stanovanja) ili promjena psihosocijalnih čimbenika (bolje nošenje sa stresom, veći optimizam). Odgovor na ovo pitanje nadmašuje doseg ovoga rada, ali će se o utjecaju osobnosti na zdravlje svakako govoriti u raspravi, u kontekstu empirijskih rezultata. Neki od autora koji se bave ovom temom govore i o internalizaciji okolišnih čimbenika (Cullen, 1999), odnosno o tomu kako nam se vanjsko društveno i fizičko okruženje „uvuče pod kožu“ te dalje utječe na zdravlje i pobol.

Često se govori o stilu života (kao derivatu osobnosti), prvenstveno pušenju, (o)pijanju i nedostatku tjelovježbe, kao čimbeniku koji ima snažan utjecaj na zdravlje. Taj utjecaj svakako postoji, ali nesumnjivo postoje psihosocijalni uzroci zbog kojih siromašniji ljudi puše i manje se bave tjelovježbom u slobodno vrijeme, pa je stoga možda bolje reći kako je stil života posredni čimbenik.

Nadalje, postoji teorija neizravnog odabira, koja tvrdi da neke osobne vrednote, osobine ili inteligencija, vode određenom društvenom položaju i zdravlju (Marmot, 1997). Tu hipotezu je dijelom potvrdilo istraživanje (Nabi i sur., 2008) koje je pokazalo kako osobnost kod muškaraca objašnjava dio gradijenta smrtnosti promatranog u odnosu na SES. Bez obzira na spolne razlike, osobnost je povezana s rizikom povišenog tlaka, srčanih bolesti, ateroskleroze, infarkta miokarda i smrtnošću općenito (Barefoot i sur., 1983; Shekelle i sur., 1983; Matthews, 1998; Everson i sur., 1997; Whiteman i sur., 2000). Dokazi koji upućuju na utjecaj osobnosti u posljednjem desetljeću kreću se u smjeru paradigme pozitivnih osobina. To znači da psihološki čimbenici zajedno s društvenom potporom mogu smanjiti fiziološku preosjetljivost i/ili smanjiti ozbiljne kliničke događaje, i to kroz nekoliko povezanih dimenzija: vitalnost, emotivnu fleksibilnost i vještinu nošenja sa svakodnevicom. Pojam vitalnosti podrazumijeva pozitivno i u pozitivnom smjeru obnovljivo emotivno stanje entuzijazma i energije – optimizam, dok se fleksibilnost očituje kao sposobnost upravljanja emocijama i nošenje sa dnevnim izazovima i iskustvima. Pozitivni čimbenici, kao što su zahvalnost, altruistično

ponašanje i pomaganje drugima povezuju se s doživljenim osjećajem blagostanja i zdravlja (Rozanski i Kubzansky, 2005; Schwartz i sur., 2003). Osim na zdravlje, pesimizam i depresivnost utječu i na očekivano trajanje života i smrtnost, kako je pokazala Mayo studija na skupini od 7.000 ispitanika (Grossardt i sur., 2009; Kubzansky i sur., 2001), te čak i na otpornost na određene viruse (Cohen, 2006).

Prilično velik dio fokusa istraživanja usmjeren na psihosocijalnu dimenziju dijeli osobnost na tri kategorije: psihološke refleksije učinka visokog i niskog statusa, društvenu izoliranost i utjecaj ranog emotivnog i društvenog razvoja. O statusu smo govorili u ranijim poglavljima, utjecajem ranog razvoja dosta se bavila Geckova (Geckova, 2002) svojim istraživanjima o nejednakosti u zdravlju tinejdžera, dok je društvena povezanost dimenzija koja u novijim istraživanjima o nejednakosti u zdravlju zauzima sve važnije mjesto (Kaplan i suradnici na Sveučilištu Berkely SAD te Kawachi, Kennedy i suradnici na Sveučilištu Harvard).

Osobnost, odnosno pojedine osobine, tijekom individualne bolesti često rezultiraju patnjom izraženom kroz depresivnost, tjeskobu i nedostatak potpore, koja se ne može tako jednostavno eliminirati kao prestanak pušenja ili poboljšanje prehrane. Također, osobnost upravlja i drugim čimbenicima koji posredno utječu na zdravlje – doživljaj relativne deprivacije, potencijal nasilnosti ili rasne predrasude, sposobnost učenja, ovisnosti i još mnogima.

Upravo iz tih razloga, za potrebe mjerenja osobnosti u ovom istraživanju koristilo se nekoliko ljestvica za mjerenje razlikovnih dimenzija osobnosti kao što su optimizam, zadovoljstvo poslom i životom, osjećaj sreće te unutarnji lokus kontrole.

Prema Petzu (1992), lokus kontrole uključuje doživljaj sebe, odnosno vlastitog ponašanja, kao uzroka svega što se događa na osobnoj razini. Rotter (1975) operacionalizira (internalni) konstrukt lokusa kontrole kroz bolje suočavanje sa stresom, manju podložnost tjeskobi i depresiji, te bolje učenje. Nalazi studija se također slažu da lokus kontrole može utjecati na to kako ljudi doživljavaju i reagiraju na svoje zdravlje i zdravstvene odluke.

Wallston i Stein (Wallston, 1982; Stein i Wallston, 1984) pokazali su da se osobe koje više vjeruju u kontrolu nad svojim zdravljem (odnosno manju kontrolu liječnika nad njihovim zdravljem) bolje nose s kroničnim bolestima, a među njima je bilo više žena (u našim nalazima žene također iskazuju veću povezanost lokusa kontrole sa zdravljem od muškaraca). Autori su pritom obratili pozornost na nekoliko područja povezanosti internog lokusa kontrole i zdravlja: angažiranje u preventivnim zdravstvenim

ponašanjima i načinom reakcije na preventivne intervencije, ponašanje u zdravstvenom sustavu (ovdje se nalazi dodirna točka s percepcijom dostupnosti) i reakcije na fizička stanja (obično invalidnost).

Društvena povezanost i zdravlje

Druga skupina psihosocijalnih čimbenika rizika povezana je s društvenom povezanošću i uključenošću, koji su ujedno i dijelovi društvenog kapitala. Povezanost zdravlja i društvene povezanosti i društvenog kapitala predmet je niza istraživanja (Cooper i sur., 1999; Blaxeter i sur., 2001; Coulthard i sur., 2001; Sixsmith i sur., 2001; Campbell i sur., 1999; Campbell, 2000; Whitehead i Diderichsen, 2001). Društveni kapital je postao paradigma kojom se objašnjavaju nejednakosti u zdravlju na društvenoj razini, a u isto vrijeme društvena potpora i uključenost postale su važne dimenzije za proučavanje zdravlja pojedinaca (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Broadhead, 1983; Thoits, 1982; Berkman, 1979; House, 1982, 1988; Hanson, 1989; Welin, 1992; Blazer, 1982; Seeman, 1987).

Prve studije o nejednakostima u zdravlju nisu u dovoljnoj mjeri objasnile veliki raspon razlika u smrtnosti s obzirom na društveni status, a kojima se u zadnja dva desetljeća bave studije koje uključuju dimenzije društvene povezanosti (Rozanski i Kubzansky, 2005; Schwartz i sur., 2003).

Mreže odnosa, povezanosti s drugima mogu poticati (ili suzbijati) uzajamnu potporu i skrb, samopouzdanje i osjećaj pripadnosti, koji obogaćuju društvene odnose. Svi ti dijelovi društvene strukture mogu utjecati na zdravlje (Patrick i Wickizer, 1995). Javno zdravstvo pridaje veliku pozornost skriningzima (populacijskim preventivnim pregledima, kao na primjer za rak dojke ili debelog crijeva), programima cijepljenja (dijete ne može pohađati osnovnu školu ako nije cijepljeno) i promjenama u životnom stilu (pušite manje, jedite zdravije itd.) ali nedovoljno raspravlja o nužnim društvenim potrebama za zdravlje. S jedne strane, milijarde se troše na proizvodnju lijekova i individualne intervencije, a s druge strane zanemaruje se činjenica da je način na koji organiziramo vlastito društvo i podržavamo društveno povjerenje i povezanost možda najvažnija odrednica našega zdravlja. Tako su otpornost na mikrobe (Cohen i sur., 1997), virus HIV-a (Gregson i sur., 2011) i korištenje i zadovoljstvo zdravstvenom njegom (Ahern i sur., 1996) podjednako značajno ovisni o osjećaju povezanosti s našom

društvenom sredinom. „Društvena akupunktura“⁸ u smislu važnosti protoka energije kroz meridijane naših odnosa, povezanosti sa zajednicom, ima veći utjecaj na homeostazu nego isključiva orijentacija na bakteriološku etiologiju bolesti (O'Donnell, 2002).

Nakon *Whitehall* studija, razlike u smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti (Antonovsky, 1997) objašnjavaju se mogućnostima da se osoba nosi s različitim izloženostima. Tako se sugerira da osobe nižeg socioekonomskog statusa imaju manje novca, znanja, inteligencije i društvenih kontakata koji bi im pomogli da se uspješnije nose s nedaćama. Društvena povezanost i kontakti povezani su i s povjerenjem u društvo. Kawachi i sur. idu tako daleko da procjenjuju da povećanje društvenog povjerenja od 10% dovodi do 0,6 manje smrti godišnje na 1.000 ljudi, odnosno jedna jedinica više članstva u nekoj skupini smanjuje za 0,83 manje u istoj jedinici smrtnosti. Ovomu u prilog (imajući u vidu prvenstveno utjecaj društvenog povjerenja), posredno idu studije koje pokušavaju objasniti fenomen visokog i naglog smanjenja očekivanog trajanja života muškaraca u Rusiji nakon početka privatizacije devedesetih godina (koja je stvorila ruske tajkune i proizvela silne društvene razlike) – takozvanu rusku krizu smrtnosti (Brainerd, 2005; Shapiro, 1995).

Jedan od prvih radova (Cassel, 1976) u ovom području naveo je nekoliko znanstvenika na istraživanje odnosa društvenih mreža, društvene potpore, izolacije, društvene integracije, tj. uključenosti u odnose s prijateljima, rođacima i susjedima (Berkman i Syme, 1979), a daljnje studije provodile su se u Švedskoj i na Havajima (Welin i sur., 1985; Reed i sur., 1983) kako bi pokazale kako ljudski odnosi mogu utjecati na fizičko stanje. Studija Okruga Alameda u SAD-u (Seeman i sur., 1987) društvenu mrežu diferencira kroz četiri dimenzije: bračni status, prijatelji i rodbina, te članstvo u crkvi i članstvo unutar skupine, što se može nazvati proširenom verzijom primarne i sekundarne skupine.

⁸ Akupunktura utječe na chi, fundamentalnu tjelesnu supstancu, prevedeno na zapadnjački jezik energiju. Zapadnjački koncept medicine inzistira na razlici između forme i funkcije, koja nije prisutna u kineskoj medicini, gdje chi omogućuje funkcioniranje različitih sustava tijela ujedno „ulijevajući život“ u te iste sustave.

U idealnom slučaju, chi teče glatko, i svi tjelesni sustavi zajedno s njom. Sustavi mogu biti začepljeni, stvarajući višak ili manjak, ostavljajući tijelo ispražnjenim i stvarajući bolest. U društvenom kontekstu, višak može biti prisutnost određene sile, poput države ili drugih oblika vlasti, dok nedostatak može biti stanje bez povezanosti u zajednici, mreža ili društvenog kapitala. Na primjer, višak je sličan iznosu sredstava za neki medijski spektakl, beskrajnu zabavu, uz istovremenu dijalektičku povezanost s manjkavom i apatičnom, politički otuđenom javnosti. Višak moći i prilika koje ima jedna društvena skupina rezultira deficitom na drugom dijelu društva. O'Donnell kao primjere navodi, rasizam, seksizam i klasizam (2002).

Od spomenutih početaka do danas napisan je velik broj radova o tome kako društvena povezanost bilo koje vrste ima zaštitni utjecaj na zdravlje (Stansfield i sur., 2007). Najčešće se ti radovi bave povezanostima društvene potpore, uključenosti i pojavnostima kardiovaskularnih bolesti (budući da su te bolesti najprevalentnije u većini država te prve na mjestu po smrtnosti). Švedski znanstvenici (Orth-Gomer i sur., 1993) pokazali su kako nedostatak društvene potpore može biti čimbenikom predviđanja svih uzroka smrtnosti u populacijskim studijama. Društvenu povezanost ovdje su podijelili na vrlo bliske osobe (povezanosti) i na potporu šire mreže (društvena integracija). Obje mjere društvene povezanosti bile su niže kod osoba koje su patile od koronarnih srčanih bolesti.

Uzme li se u obzir dimenzija povjerenja – ljudi si manje vjeruju što su razlike u primanjima veće (Kawachi i sur., 1997) – te pojava biranja prijatelja među društveno sebi sličnima, dolazimo do zaključka da je nejednakost vrlo značajna društvena prepreka.

Bliski odnosi, društvena potpora, mreža prijatelja te uključenost u širi život zajednice – svi ovi odnosi djeluju pozitivno. Prijatelji nas podupiru i čine nas sigurnima i cijenjenima. Stoga i neprijateljstvo, „negativni odnosi“, štetno djeluje na zdravlje. Neimanje prijatelja ili osjećaj isključenosti povećavaju sumnje u sama sebe i tjeskobe o slici samoga sebe, odnosno načinu na koji nas drugi vide. Naš oslonac socijalizacije važan je za to kako se vidimo pred drugima i za kapacitet za sram i neugodu. Silna osjetljivost na to kako nas drugi vide je ta koja čini sram, ponos, prihvaćanje i odbijanje, društvenu uključenost ili isključenost tako moćnim utjecajima na stres. Brinemo jesmo li zanimljivi, privlačni, inteligentni, dosadni ili društveno nepoželjni, a naš društveni okoliš očito pronalazi načine utjecaja na naše zdravlje.

Jedan je pokus, koristeći magnetsku rezonancu, pokazao kako se društvena isključenost može duboko urezati: otkriveno je da bol izazvana društvenom isključenosti aktivira iste dijelove mozga kao i fizička bol (Eisenberger, 2003). Pokus se sastojao od računalne igrice u kojoj su se virtualni igrači dodavali loptom, a magnetska rezonanca je skenirala bol koju je uzrokovao program koji je igrača naveo vjerovati kako dvoje ljudi koje nije nikada sreo radije baca lopticu međusobno nego da je doda njemu.

Mnoge studije tako navode primjer juga SAD-a, gdje je ostavština ropstva ostavila jednu od najnižih razina društvene povezanosti i povjerenja. Razina društvene povezanosti (koja se mjeri članstvom u dobrovoljnim udruženjima i povjerenju u susjede) ostaje niska i kroz razine obrazovanja, najveće razine nejednakosti prihoda, te najveće razine ubojstava i smrtnosti u svim regijama SAD-a (Wilkinson 1996; Lynch i Kaplan,

1997; Kennedy i Kawachi, 1996; Kaplan, 1996; Kawachi i sur., 1997; Lynch i sur., 1998).

Tri dimenzije društvenog kapitala (povjerenje, suradnja i poštivanje normi) ogledavaju se kroz, primjerice, suradljivost bolesnika prema nekoj terapiji ili intervenciji (Ware i sur., 2009). Ako postoji dovoljna razina povjerenja i suradnje između liječničke struke i pacijenata te obostranog poštivanja normi, veća je vjerojatnost da će pacijent surađivati u procesu liječenja, što u konačnici utječe na pozitivan ishod liječenja.

Primarne (prijatelji, rodbina) i sekundarne (društvene zajednice) skupine imaju podjednako zaštitno djelovanje na zdravlje. Ljudi su uključeni u život zajednice u društvima u kojima su razlike manje (Putnam i sur., 1993; Putnam, 2000). Putnam je ove nalaze zasnovao na istraživanja u 20 talijanskih i 50 američkih regija, a dodatno je promatrao kako se društveni kapital kreće obrnutim trendom s nejednakostima tijekom dvadesetog stoljeća. „Amerika je (šezdesetih, op.a.) okrenula smjer i počela biti manje ekonomski stabilna kao i manje društveno i politički povezana“ (Putnam, 2000).

U ovom se radu dimenzija društvene povezanosti mjeri i kroz kvantitavni aspekt društvenih povezanosti (broj prijatelja i rođaka na koje se može računati) kao i kroz subjektivni kvalitativni osjećaj izoliranosti, odnosno povezanosti i prihvaćenosti.

Za razumijevanje složene prirode civilnog društva i povezanosti sekundarnih skupina (udruženja)⁹ potrebno je razmotriti više od mjera povezanosti povjerenja i smrtnosti. Treba promotriti širi kontekst, povijesne i kulturne specifičnosti ljudi i mjesta na kojima žive, a koji utječu na strukturu, funkcionalnost i učinak društvenih mreža (Kunitz, 2004). Ljudski odnosi odražavaju potencijal natjecateljskog karaktera ne samo što se tiče hrane i vode, već i posla, partnera, stanovanja itd. Osim potencijala da jedni drugima budemo protivnici, velik je potencijal suradnje, podrške, njege, učenja i ljubavi, pa je stoga priroda društvenog odnosa silno važna. Suprotno Hobbesovom prirodnom

⁹ Američki autori stavljaju velik naglasak na društvene skupine i aktivnost u zajednici, kao što su udruženja i bratstva. Međutim, ovdje treba uzeti u obzir kako se veliki broj udruženja razvijeni krajem 19. st. u Americi između ostalih razvio i kako bi izgradio svojevrstne zidove i prepreke prema novim doseljenicima iz Europe i Afrike (Beito, 2000; Kaufman, 2002). Upravo su sjevernjaci kroz svoja udruženja i bratske organizacije, kojima su se uspješno ogradili u predgrađima od imigranata, bili ti koji su pružali najveće otpore uvođenju općeg zdravstvenog osiguranja za sve u prvih dvadeset godina 20. stoljeća. Iako su na početku predstavljala rješenje problema, ova udruženja postala su glavnom preprekom jednakosti i pravičnosti u zdravstvu, te su neke od njih postale elitističke organizacije. Navedimo samo primjere protivljenja ograničenju oglašavanja cigareta i duhanskih proizvoda od strane udruženja duhanske industrije, ili uništenje plana reforme zdravstvene zaštite (za vrijeme predsjednika Clintona) koje su predvodila dobrovoljna građanska društva kao što su Nacionalno udruženje oružja, Kršćanska koalicija, Nacionalna federacija za neovisno poslovanje i Američko udruženje zdravstvenog osiguranja (National Rifle Association, the Christian Coalition, the National Federation of Independent Businesses and the Health Insurance Association of America) – (Johnson, 1996).

stanju *rata protiv svih*, te tvrdnji da je život surov, brutalan i kratak, danas znamo da su pradavna društva sakupljača i lovaca smanjivala sukobe međusobnim darovima (razmjenom hrane i ostalog) i izbjegavajući da neki imaju mnogo a drugi malo, kako su pokazala istraživanja antropologa Sahlinsa iz sedamdesetih godina (Sahlins, 1974). Osim međusobne razmjene, već i uključenost pojedinca u zajednicu nosi osnovnu funkciju na koju se dalje nadograđuju složeni odnosi. Stoga društvena uključenost (smanjenje isključenosti) i društvene povezanosti predstavljaju osnovu za izgradnju društvenog kapitala.

Europska istraživanja uglavnom prihvaćaju paradigmu društvene isključenosti iz terminologije francuskog zakonodavstva (socijalna deprivacija je više britanski termin), za razliku od siromaštva mjerljivog materijalnim pokazateljima ili izvorima prihoda. Može se reći da društvena isključenost predstavlja holistički koncept u čijem su središtu vrijednosni obrasci koji se formiraju na osnovi siromaštva i ometaju integraciju siromašnih, dovodeći do spirale društvenog propadanja (Kolin, 1997). Najčešće se u definicijama navodi da su nisko obrazovno postignuće, kao posljedica neadekvatne socijalizacije u obitelji i neusklađenost obrazovnog sistema s tržištem rada, ili bolje rečeno manjak vještina neophodnih na tržištu radne snage, naj snažnije odrednice ugroženog socijalnog položaja koji dovodi do stanja socijalne ugroženosti (Silver, 2003). Neki drugi radovi i definicije smatraju da su kumulativni problemi koji djeluju lančano i smanjuju mogućnosti uspjeha ovih skupina u različitim područjima života povezani s pasivizacijom i ovisnosti o socijalnoj službi, pa u tom smislu rješenja za nadilaženje isključenosti valja tražiti u prekidanju lanca ovisnosti (Barnes, 2002).

U Hrvatskoj su domaći autori istraživali razine na kojima dolazi do društvene isključenosti kao osnovi za postavljanje ciljeva dokumenta Europske unije *Izveštaj o ostvarivanju društvene uključenosti (2006)*. Tri prostora prikraćenosti – radni (nezaposlenost i nesudjelovanje na tržištu rada), ekonomski (siromaštvo) i sociokulturni prostor (društvena izoliranost), kako ih definiraju Matković i Štulhofer, važni su za ostvarivanje društvene uključenosti uz nužnost uključenja civilnih institucija:

1. Zapošljavanje ili omogućavanje socijalnih transfera za sve građane, pri čemu se ne misli samo na ostvarivanje dohotka uključivanjem na tržište rada već i na područje socijalne zaštite, stanovanja, zdravlja, obrazovanja, kulture i drugih dostignuća društva;

2. Prevencija rizika od socijalne isključenosti pomoću očuvanja obiteljske solidarnosti, izbjegavanja prezaduženosti i skitničenja i promocija uključenosti;

3. Razne usluge socijalnog rada kojima se potiče uključenost ranjivih skupina (trajno siromašni, djeca) i područja u kojima je većina socijalno isključenih;

4. Mobilizacija odgovarajućih institucija, promocija udjela korisnika i partnerskih programa vladinih i nevladinih organizacija u cilju ublažavanja posljedica društvene isključenosti.

Na kraju ovoga dijela svakako treba spomenuti hrvatski projekt koji prvenstveno uzima u obzir snagu zajednice, povezanosti njenih članova i njenih prioriteta, a to je projekt Zdravi gradovi. Projekt se dijelom bavio smanjivanjem nejednakosti u zdravlju među gradovima i županijama Hrvatske, pa tako u svojoj deklaraciji kaže: „Zdravi grad prije svega treba biti grad za svoje stanovnike, inkluzivan, suportivan, socijalno osjetljiv i sposoban odgovoriti na različite potrebe i očekivanja svojih građana“ (Šogorić, 2009).

Nejednakosti i društva – što danas?

Smrt, invalidnost, osobni zdravstveni čimbenici rizika, te okolišni zdravstveni rizici evidentno nisu jednako raspodijeljeni u populaciji. Teži teret bolesti leži na socijalno ugroženim skupinama: ljudima nižeg prihoda, jednoroditeljskim kućanstvima, starijim samačkim kućanstvima, invalidima, dugotrajno nezaposlenima, migrantima, oboljelima od HIV-a, ljudima koji se bave stresnim ili opasnim zanimanjima, poljoprivrednicima, te manjinama i etničkim skupinama. Kako navodi Gunning-Schepers, „bolji zdravstveni status za one koji zarađuju više, znaju više ili imaju više moći“ (Gunning-Schepers, 1991).

Samim time jednakost u zdravlju podrazumijeva da svi imaju fer ili bolje rečeno jednaku mogućnost za ostvarenje svog punog zdravstvenog potencijala, odnosno, nitko ne smije biti zapostavljen u dostizanju ovog potencijala ako se to može izbjeći (WHO, 1986). Nisu nužno uvijek sve nejednakosti nepravedne. Prirodne, biološke varijacije u zdravlju su neizbježne, dok su varijacije zbog socioekonomskih čimbenika nepotrebne, neprihvatljive i mogu se izbjeći.

Toksična kombinacija loše socijalne politike, nekvalitetne zdravstvene politike i neučinkovite ekonomije može upravo preko nejednakosti snažno utjecati na zdravlje. Proučavajući znanstvene nalaze, ne možemo naći biološkog razloga zbog kojeg bi žena iz Botswane imala očekivano trajanje života 43 godine, a žena iz Japana 86 godina. Nema razloga zbog kojeg bi bilo 26 godina razlike u očekivanom trajanju života za muškarce koji žive u različitim dijelovima grada Glasgowa (Društvene odrednice zdravlja, SZO,

2006). Razmotri li se ova golema razlika između siromašnog i bogatog dijela Glasgowa, jasno je da je ona nepotrebna i nepravedna. Naravno, uvijek će postojati nejednakosti unutar društva i država te među njima. Međutim, doista nije potrebno da razlike budu tolike da uzrokuju bolesti i patnju tolikih razmjera. Otud i termini *nepravedno* i *nejednako*.

Društvene odrednice zdravstvenih nejednakosti i promjene u okolišu se kontinuirano preklapaju. Na neki način one ukazuju na to da se suvremeni ekonomski sustavi oslanjaju na asimetričan rast i natjecanje, a oblikuju ga sile tržišta koje uglavnom ne pridaju pozornost posljedicama za okoliš i zdravlje ili vrijednostima kao što su pravednost i potpora. Već dulje vrijeme vlada „socijalna nesigurnost koja vodi u apatiju“ (Cifrić, 2002) i jasno je da je potreban snažniji preokret u smjeru prioriteta ekonomskog rasta i razvoja usmjerenog na zdrave oblike urbanizacije, učinkovitije i održivije izvore energije, te održivije i pravednije sustave prehrane i cijelog agrarnog sustava. Veća i stvarnija povezanost među regijama i unutar regija (zajednica) može omogućiti rješavanje pitanja zdravstva na načine koji povećavaju zdravstvene jednakosti, smanjuju siromaštvo i grade društva.

Kako bi se dopunili i unaprijedili postojeći uvidi, u ovome radu namjera je usporediti povezanost zdravlja i društvenih nejednakosti u dvije vremenske točke: 2003. godine i 2010. godine.

Naime, 2003. godine provedena je Hrvatska zdravstvena anketa, HZA, a 2010. godine provedena je anketa o nejednakosti u zdravlju za potrebe ovog rada. Također, cilj je bolje razumijevanje strukture društvenih utjecaja na zdravlje – ne samo socioekonomskog statusa, nego i čimbenika psihosocijalnih obilježja, te društvene povezanosti kao dijelu društvenog kapitala. Ovo je dosad istraživano u inozemstvu, no ne i kod nas.

Pregledom ostalih radova koji se odnose na ove prostore shvatili smo da nedostaje istraživanje koje bi obuhvatilo više dimenzija koje objašnjavaju odrednice nejednakosti u zdravstvu otkrivajući područja na koja se može djelovati u smjeru smanjivanja nejednakosti u zdravstvu i razumijevanju važnosti dimenzija osobnosti i društvene povezanosti. Dimenzija osobnosti (optimizam, depresivnost, lokus kontrole), te društvene povezanosti nije se na ovim prostorima istraživala zajedno s nejednakostima, te smo te dimenzije odlučili uključiti u ovaj rad.

Ovaj rad nastoji objasniti fenomen društvenih nejednakosti u zdravlju koristeći model utjecaja strukturnih i psihosocijalnih dimenzija (SES, dostupnost zdravstvenih

usluga, osobnost i društvena povezanost) na fenomen zdravlja. Drugim riječima, društvenu određenost zdravlja promatramo šire od uobičajenog usredotočenja na socioekonomske nejednakosti.

Cilj ovoga rada je dublje istražiti ne-biomedicinske odrednice nejednakosti u zdravlju, vjerujući da će to predstaviti doprinos tome da društvo (institucije i građanske udruge) šire razmotri dimenzije zdravlja, dajući im dodatna znanja i motivaciju za izradu konkretnih djelovanja usmjerenih prema smanjenju nejednakosti u zdravlju.

2. CILJ I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj ovoga doktorskog rada jest istražiti utjecaj ekonomskih i psihosocijalnih nejednakosti na zdravstveni status i pristup zdravstvenim uslugama građana Hrvatske u dobi od 25 do 65 godina. U radu se analizira dinamika povezanosti socioekonomskog statusa i zdravlja 2003. godine i 2010. godine.

H1. Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje veći je 2010. nego 2003. godine. Navedena pretpostavka temelji se na rastu broja zdravstvenih usluga koje se naplaćuju te blagog porasta socioekonomskih nejednakosti u Hrvatskoj;

H2. U modelu zdravstvenih nejednakosti, koji se u radu ispituje, pretpostavlja se povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i socioekonomskog statusa (SES) u uzorku 2010. godine;

H3. Očekujemo i povezanost između dimenzija osobnosti i društvene povezanosti sa zdravljem, temeljeno na istraživanjima koja osobnu dobrobit (sreću i zadovoljstvo) usko vezuju uz društvenu umreženost;

H4. Na temelju dosadašnjih empirijskih uvida, pretpostavljamo da će SES i dostupnost zdravstvenih usluga biti snažniji prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti i društvene povezanosti;

H5. Očekujemo da će struktura utjecaja u modelu koji testiramo biti spolno specifična, dijelom i zbog sustavnih spolnih razlika u SES-u te društvenoj povezanosti.

Nedostatak opsežnijih i sustavnijih istraživačkih pristupa ovoj temi u Hrvatskoj ograničenje je za odluke iz sfere reforme zdravstvenog sustava, obrazovanja za zdravstvene intervencije i druge srodne tematike. Svakako da se u trenutnoj situaciji u kojoj se nalazi hrvatski zdravstveni sustav, te razini gospodarstva koje ga ne može financijski podržati, negativni utjecaji na zdravlje populacije mogu samo povećati. Time je potreba za pronalaženjem primjerenih mehanizama koji će moći amortizirati ove negativne utjecaje na ljudsko zdravlje, a koji nisu nužno povećanje BDP-a, osobnih prihoda i slično, još i veća.

3. METODE

3.1. Istraživanja i ispitanici

Za potrebe ovoga rada korištena su dva istraživanja: HZA (Hrvatska zdravstvena anketa) 2003. i NUZ 2010. (Nejednakosti u zdravlju). U prvom dijelu analize uspoređuju se rezultati ova dva istraživanja, dok drugi dio obrađuje isključivo rezultate NUZ 2010.

3.1.1. HZA 2003.

Istraživanje HZA 2003. organizirano je u suradnji s Ministarstvom zdravstva Republike Hrvatske, Školom narodnog zdravlja „Andrija Štampar” i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo te Kanadskim društvom za međunarodno zdravlje, kao dio projekta za prevenciju kardiovaskularnih bolesti financiranog kreditom Svjetske banke. Cilj istraživanja bio je procjena zdravstvenog statusa, uključujući i socioekonomski status, te korištenje zdravstvene zaštite punoljetnih stanovnika Republike Hrvatske.

Anketa je obuhvatila prikupljanje podataka o kućanstvu, socioekonomskih i demografskih obilježja, standardizirani upitnik o kvaliteti života SF-36, podataka o pristupačnosti i korištenju zdravstvenih usluga, o kroničnim bolestima prema vlastitom iskazu, o korištenju lijekova, o preventivnim pregledima i imunizaciji, pušenju, prehrambenim navikama, konzumiranju alkohola i tjelesnoj aktivnosti, migracijama unutar zadnjih 10 godina, te vlastiti iskaz o kvaliteti života (Heim, 2007). Također, svakom sudioniku izmjereni su krvni tlak, puls, težina i visina.

Etičko povjerenstvo Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu odobrilo je istraživanje (studeni 2002. g.).

Postupak anketiranja

Anketiranje na terenu (u kućanstvima) provele su 238 posebno educirane patronažne sestre iz domova zdravlja nadležnih za područje na kojem se nalazio izabrano kućanstvo. S ciljem učinkovite provedbe terenskog rada formiran je tim od 1+5 članova rukovođenja terenskim radom te 16 supervizora koji su koordinirali i kontrolirali rad patronažnih sestara županijskih domova zdravlja. Patronažne sestre su nakon anketiranja izabranih kućanstava predavale popunjene ankete supervizorima, koji su radili izvješća o stopi odbijanja i slično. Ispunjavanje upitnika trajalo je od 30 do 45 minuta.

Ukupno je obuhvaćeno 10.766 kućanstava za sudjelovanje u anketi. Iz tih je odabranih kućanstava dobiven odgovor od 9.070 pojedinaca, što rezultira ukupnom

stopom odziva od 84,3%. Najveća stopa odziva bila je u sjevernoj regiji a najniža u Gradu Zagrebu.

Za potrebe ovoga rada iz uzorka ispitanih osoba izdvojene su osobe od 25 do 65 godina starosti kako bi se omogućila usporedba uzoraka, te su odabrane određene varijable koje se podudaraju s varijablama u NUZ 2010.

Sudionici HZA 2003.

Istraživanjem su izvorno obuhvaćene osobe u dobi od 18 ili više godina koje žive u vlastitom kućanstvu. U ovom radu koristili smo uzorak osoba dobi između 25 i 65 godina radi mogućnosti usporedbe s uzorkom NUZ 2010. Institucionalno zbrinute osobe (u ustanovama poput zatvora) nisu uključene u uzorak. Ovako definirana populacija obuhvaćala je 98% stanovništva Hrvatske. Uzorak je načinjen kako bi bio reprezentativan po šest hrvatskih regija (sjeverna, istočna, južna, zapadna, središnja i grad Zagreb) temeljenih na županijama. Jedinica istraživanja bilo je kućanstvo, a kućanstva su odabrana prema posebno pripremljenom reprezentativnom uzorku za Republiku Hrvatsku¹⁰. Reprezentativnost uzorka postignuta je stupnjevanim slučajnim odabirom kućanstava prema Popisu stanovništva u Republici Hrvatskoj iz 2001. godine te slučajnim odabirom jednog punoljetnog sudionika u svakom odabranom kućanstvu (Kraemer, H.C. i sur., 2001; Baron, R. M. i sur., 1986). Reprezentativnost je osim uzorkovanjem osigurana i ponderiranjem. Nakon prikupljanja podataka, svaki sudionik je dobio faktor relativne zastupljenosti, odnosno otežanja (engl. *weight*) izračunat sedamstupanjским postupkom usporedbe demografskih svojstava sudionika u prikupljenom uzorku s popisom stanovništva (Béland i sur., 2004). Uzorak koji je uzimao u obzir sudionike u dobi od 25 do 65 godina, korišten u ovom radu, sastoji se od 2.515 (48,9%) muškaraca te 2.628 (51,1%) žena, što ukupno iznosi 5.143 sudionika.

3.1.2. NUZ 2010.

Istraživanje nejednakosti u zdravlju 2010. godine provedeno je u sklopu projekta financiranog filantropskom donacijom kompanije Merck. Upitnik je pripremljen na

¹⁰ Reprezentativnost je bila prema varijablama gradova (osim za Grad Zagreb), općina i regija. Reprezentativnost na razini gradova obuhvatila je 85 jedinica – klastera, unutar kojih je reprezentativnost postignuta na varijablama 8 dobnih skupina, dok su dob i spol bili reprezentativni na razini regija (Vuletić i sur. 2009)

radionici na kojoj su sudjelovali znanstvenici iz područja javnog zdravstva, sociologije i socijalnog rada. Predložene su dimenzije i instrumenti iz već validiranih upitnika, a kako bi se omogućile komparativne analize u upitnik su uključeni i neki međunarodni pokazatelji, validirani u nizu inozemnih studija, kao i određeni broj pokazatelja korištenih u ranijoj domaćoj studiji posvećenoj zdravstvenim nejednakostima (Hrvatska zdravstvena anketa 2003).

Prva polovina upitnika sadržava pokazatelje zdravlja (uključujući i indeks tjelesne težine) i zdravstvenih poteškoća, čestice koje opisuju životni stil (pušenje, konzumacija alkohola, fizička aktivnost) te pokazatelji korištenja zdravstvenih usluga i s tim povezanih prepreka dostupnosti zdravstvenoj zaštiti (udaljenost od liječnika, 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 sudionika, njihovih roditelja i kućanstva u kojem žive.

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Odsjeka za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (svibanj 2010. g.).

Postupak anketiranja

U terenskom dijelu istraživanja sudjelovalo je 94 anketara s prethodnim iskustvom u prikupljanju podataka na nacionalnim uzorcima (istraživanje je provela agencija Ipsos Puls). Nakon što su potvrdili da su informirani o cilju istraživanja i svojim pravima te da su voljni sudjelovati, ispitanici su anketirani u svojim domovima. U najvećem broju slučajeva, ispunjavanje upitnika je trajalo između 30 i 45 minuta. Stopa odziva je iznosila oko 40%. Dominatni razlozi odbijanja vezani su uz zauzetost drugim obvezama, odnosno nespremnost za sudjelovanje u istraživanjima općenito. Samo manji dio može se povezati s razlozima koji su povezani s predmetom istraživanja. Naime, oko 6% osoba koje su odbile sudjelovanje u istraživanju su kao razlog navele loše zdravstveno stanje, čime su iz uzorka isključene teže (akutno ili kronično) bolesne osobe, zbog čega je moguće podcjenjivanje nekih težih akutnih ili kroničnih zdravstvenih poteškoća. Stopa odbijanja kod muškaraca i žena bila je podjednaka. Nisu zamijećene veće razlike u stopi odbijanja prema dobnim skupinama, ali su zamijećene veće stope odbijanja osoba s nižim stupnjem obrazovanja i iz ruralnih naselja. S obzirom na to da su naknadno postupkom poststratifikacije otklonjena odstupanja realiziranog uzorka u odnosu na strukturu populacije, navedene pristranosti odbijanja ne bi trebale imati

značajan utjecaj na generalizaciju rezultata istraživanja. Telefonska kontrola postupka prikupljanja podataka provedena je na 20% kućanstava uključenih u istraživanje.

Sudionici 2010.

Istraživanje je provedeno metodom ankete 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). Uzorak je stratificiran prema šest tradicionalnih regija (Zagreb i okolica, Sjeverna Hrvatska, Slavonija, Lika i Banovina, Istra i Primorje, Dalmacija), veličini naselja (korištene su četiri kategorije veličine naselja: ≤ 2.000 ; 2.001-10.000; 10.001-100.000; > 100.000) te dobi i spolu sudionika. S obzirom na relativno mali udio dviju regija, Like i Banovine te Istre i Primorja, u ukupnoj ciljnoj populaciji, one su u uzorku bile nadzastupljene, čime je osigurano da sve regije imaju minimalno 150 sudionika. Slučajnim odabirom izabrano je 81 naselje iz svih hrvatskih županija, proporcionalno veličini njihove populacije. Slijedeći detaljno propisanu proceduru nasumičnog odabira kućanstava, u svakoj su od tih točaka uzorkovanja anketari potom prosječno intervjuirali 12 sudionika. Kućanstva su birana *random walk* metodom, što znači da su anketari ulazili u svako n -to kućanstvo polazeći od slučajno odabrane početne točke (adrese) u naselju. U 81 naselju odabrano je ukupno 108 početnih točaka, što znači da je u prosjeku anketirano devet sudionika po jednoj početnoj točki. Konačno, ako je više članova istog kućanstva bilo odgovarajuće dobi, ispitanici su birani prema tome tko je posljednji imao rođendan. Razlika između planiranog i ostvarenog uzorka kretala se u rasponu od +/-2%, ovisno o kriteriju stratificiranja. Prikupljeni podaci su naknadno usklađeni sa strukturom populacije postupkom utežavanja (ponderiranja) prema regiji, veličini naselja, spolu, dobi i stupnju obrazovanja. Uzorkovanje i ponderiranje su izvršeni na temelju podataka iz posljednjeg popisa stanovništva (2001). Postupak utežavanja proveden je metodom RIM utežavanja, što znači da su regresijskim modelom izračunate vrijednosti faktora utežavanja za svakog sudionika zasebno na temelju njegovih karakteristika te realne i ciljne strukture uzorka. Veličina faktora relativne zastupljenosti ograničena je na minimalno 0,3 i maksimalno 3. Uzorak je činilo 500 (48,7%) muškaraca i 526 (51,3%) žena, ukupno 1.026 sudionika.

3.2. Obilježja uzoraka 2003. i 2010.

3.2.1. Uzorak 2003.

U istraživanje je bilo uključeno ukupno 9907 osoba, odnosno 98% probabilističkog nacionalnog uzorka odraslih stanovnika anketiranih Hrvatskom zdravstvenom anketom tijekom 2003. godine. Od ukupnog broja sudionika za potrebe ovog rada izdvojili smo sudionike u dobi od 25-65 godina kao svoj ciljani uzorak, što uključuje ukupno 5.143 sudionika. Sociodemografska obilježja sudionika prikazana su nastavno u tekstu.

Spol i dob sudionika

U uzorku raspodjela sudionika odgovara nacionalnoj spolnoj strukturi. Muških sudionika je 2.515, što čini 48,9% uzorka, dok je žena 2.628, odnosno 51,1%. U populaciji, u istoj dobnoj skupini je 49,3% muškaraca i 50,7% žena. Što se tiče prosječne dobi sudionika, prosječna dob muškaraca iznosi 38,32 godine, a žena 38,70 godina. Podsjetimo, raspon godina bio je zadan radi usporedbe uzoraka – minimalna dob je bila 25 godina a maksimalna 65 godina.

Obrazovni status sudionika

Sudionici koji su bili uključeni u istraživanje podijeljeni su u tri skupine prema obrazovnom statusu. U jednu skupinu su ušli ispitanici s nezavršenim i završenom osnovnom školom (*osnovno obrazovanje*), u drugu sudionici sa završenom srednjom školom (*srednje obrazovanje*), a u treću skupinu sa završenom višom školom ili fakultetom (*više obrazovanje*). U skupini s osnovnim obrazovanjem nalazi se 1.286 (25%) sudionika, u skupini srednjeg obrazovanja nalazi se 3.002 sudionika (58,4%), dok se u skupini s višim obrazovanjem nalazi 846 (16,6%) osoba. Gledajući obrazovanje prema spolu u uzorku, za razliku od populacije, neznatno je veći postotak žena od postotka muškaraca s visokoškolskim obrazovanjem. U populaciji 48,3% žena ima osnovnoškolsko, 40,5% srednjoškolsko i 11,2% visokoškolsko obrazovanje, a kod muškaraca postoci redom slijede 32,2%, 55% te 12,8%, dok su ti postoci za 2003. godinu kod žena redom 27,7%, 55,6% i 16,7% te kod muškaraca 19,3%, 64,4% i 16,4%.

Mjesto stanovanja

Sudionici su podijeljeni u dvije osnovne skupine prema mjestu stanovanja. Skupina s *urbanim boravištem* živi u gradskim i prigradskim naseljima, dok skupina sa *suburbanim boravištem* živi u selima i kućama na osami. Od ukupnog broja sudionika 1.710 sudionika (33,25%) živi u suburbanim boravištima dok 3.325 (64,65%) živi u urbanim sredinama, što je vidljivo i po spolnoj raspodjeli (64,47% muškaraca i 64,83% žena žive u urbanim sredinama).

Ostale sociodemografske karakteristike sudionika

Bračni status

Kod sudionika koji su bili uključeni u istraživanje najveći broj njih je bio u braku (64,5% muškaraca i 75,0% žena) dok je broj rastavljenih bio podjednak (2,0% muškaraca i 3,0% žena). Udovica ima više no udovaca (4,6%:0,9%). Promotrivši raspodjelu prema spolu uviđamo kako je neoženjenih muškaraca gotovo dvostruko više (32,5%) no neudatih žena (17,4%).

Radni status

Najveći broj sudionika je u trenutku istraživanja bio zaposlen (47,6%) dok je najmanje bilo studenata (4,7%). Nezaposlenih sudionika je bilo 34,5% a umirovljenika 13,2%. Raspodjela po spolu je bila podjednaka u svim kategorijama osim u kategoriji nezaposlenih, u kojoj je bilo više nezaposlenih žena no muškaraca (41,6%:19,1%).

Prihod

Što se tiče prihoda, 44,15% sudionika ima primanja manja od 4.000 kuna, odnosno njih 18,1% nalazi se u donje dvije skupine do 2.000 kuna, dok najveće prihode (one od 10.000 kuna i više) ima samo 5,51% sudionika. Medijan je bio između 3.000 kuna i 4.000 kuna.

Samoprocjena materijalnog stanja

Najveći postotak sudionika (51,62%) smatra da imaju prosječan materijalni status. Njih 15,11% smatra da je njihov materijalni status mnogo lošiji od prosjeka, dok samo 2,08% smatra da je njihov status mnogo bolji od prosjeka.

3.2.2. Uzorak 2010.

Istraživanje je provedeno metodom ankete u travnju i svibnju 2010. godine na višestapnom stratificiranom probabilističkom uzorku iz populacije muškaraca i žena u

dobi od 25 do 65 godina. Anketirano je ukupno 1.026 osoba. Sociodemografska obilježja sudionika prikazana su u sljedećim rezultatima:

Spol i dob sudionika

U uzorku raspodjela sudionika odgovara nacionalnoj spolnoj strukturi. Muških sudionika je 500, što čini 48,7% uzorka, dok je žena 526 odnosno 51,3%, a u populaciji je, u istoj dobnoj skupini, 49,3% muškaraca i 50,7% žena. Prosječna dob sudionika ravnomjerno je raspoređena prema spolu – muškarci su prosječne dobi od 44,02 godine, a žene 44,00 godine.

Obrazovni status sudionika

Sudionici koji su bili uključeni u istraživanje podijeljeni su također u tri skupine prema obrazovnom statusu. U jednu skupinu su ušli ispitanici s nezavršenim i završenom osnovnom školom (*osnovno obrazovanje*), u drugu sudionici sa završenom srednjom školom (*srednje obrazovanje*) a u treću skupinu sa završenom višom školom ili fakultetom (*više obrazovanje*). U skupini s nižim obrazovanjem nalazi se 209 (20,4%), u skupini srednjeg obrazovanja nalazi se 666 sudionika (64,9%) dok se u skupini s višim obrazovanjem nalazi 151 (14,7%) osoba. Obrazovanje po spolu odgovara populacijskoj distribuciji, u kojoj 48,3% žena ima osnovnoškolsko, 40,5% srednjoškolsko i 11,2% visokoškolsko obrazovanje, dok su kod muškaraca ti postotci redom 32,2%, 55% te 12,8%. Za 2010. godinu odnosni postotci su kod žena 22,8%, 62,5% i 14,6% te kod muškaraca 17,8%, 67,4% i 14,8%.

Uz obrazovni status sudionika ispitivao se i obrazovni status oba roditelja sudionika. Obrazovanje oba roditelja je relativno ravnomjerno raspoređeno prema spolu sudionika premda je obrazovanje majke u prosjeku niže od obrazovanja oca.

Mjesto stanovanja

Sudionici su podijeljeni u dvije osnovne skupine prema mjestu stanovanja. Skupina *surbanim boravištem* živi u gradskim i prigradskim naseljima, dok skupina sa *suburbanim boravištem* živi u selima i kućama na osami. Od ukupnog broja sudionika 405 sudionika (39,50%) živi u suburbanim boravištima dok 621 (60,50%) živi u urbanim sredinama što je vidljivo i po spolnoj raspodjeli (60,08% muškaraca i 60,03% žena žive u urbanim sredinama).

Ostale sociodemografske karakteristike sudionika

Brak

Kod sudionika koji su bili uključeni u istraživanje najveći broj njih je bio u braku (72,5% muškaraca i 72,9% žena). Razlika je primijećena kod neoženjenih/neudatih sudionika (23,0% muškaraca i 13,5% žena) te kod udovaca i udovica (muškarci:žene=8,6%:1,0%). Sudionici koji su rekli da su rastavljeni podjednako su raspoređeni po spolu (muškarci:žene=3,4%:4,9%).

Radni status

Najveći broj sudionika je u trenutku istraživanja bio zaposlen (58,2%) dok je najmanje bilo studenata (1,7%). Nezaposlenih sudionika je bilo 22,1% a umirovljenika 18,1%. Što se tiče raspodjele po spolu, ona je bila podjednaka u svim kategorijama osim u kategoriji nezaposlenih, u kojoj je bilo više nezaposlenih žena no muškaraca (31,3%:13,3%).

Prihod

Što se tiče prihoda, 27,4% sudionika ima primanja manja od 4.000 kuna, odnosno njih 8,5% nalazi se u donje dvije skupine do 2.000 kuna, dok najveće prihode (one od 10.000 kuna i više) ima 15,5% sudionika. Medijan je bio između 3.000 kuna i 4.000 kuna.

U tablici 1 prikazana su sociodemografska obilježja ova dva uzorka s testovima razlika.

Tablica 1 Sociodemografska obilježja uzoraka iz 2003. i 2010. godine

		2003	2010.	χ^2 a
		N(%)	N(%)	(p<)
Spol	M	2.515 (48,9)	500 (48,7)	0,05
	Ž	2.628 (51,1)	526 (51,3)	(0,83)
Dob	25-34	677 (13,2)	248 (24,2)	4,70
	35-49	1.821 (35,4)	411 (40,1)	(0,32)
	50-65	2.644 (51,4)	367 (35,8)	
Obrazovni status	Niže obrazovanje	1.286 (25,0)	209 (20,4)	1,72
	Srednje obrazovanje	3.002 (58,4)	666 (64,9)	(0,79)
	Više i visoko obrazovanje	854 (16,6)	151 (14,7)	
Mjesto stanovanja	Suburbano	1.655 (32,2)	405 (39,5)	0,14
	Urbano	3.485 (67,8)	621 (60,5)	(0,71)
Bračno stanje	U braku	3.711 (72,2)	744 (72,7)	10,43
	Neoženjen/neudata	899 (17,5)	186 (18,2)	(0,32)
	Rastavljen/a	252 (4,9)	43 (4,2)	
	Udovac/ica	278 (5,4)	50 (4,9)	
Radni status	Zaposleni	2.325 (47,6)	525 (58,2)	13,73
	Nezaposleni	1.682 (34,5)	199 (22,1)	(0,13)
	Studenti	227 (4,7)	15 (1,7)	
	Umirovljenici	646 (13,2)	163 (18,1)	
Prihod (kn)	Q1	2.000-3.000	3.001-4.000	
	Q2	4.001-5.000	5.001-6.000	
	Q3	5.001-6.000	6.001-10.000	

^a test razlika između 2003. i 2010.

U tablici rezultati ispitivanja uzoraka 2003. i 2010. godine pokazali su da nema razlike u ispitivanim sociodemografskim obilježjima.

3.3. INSTRUMENTI

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

4. Instrumenti korišteni za komparativnu usporedbu HZA 2003. i NUZ 2010.

Kako bismo usporedili ova dva uzorka te dodatno istražili hipoteze vezane za uzorak iz 2010. godine, pripremili smo zavisne i nezavisne varijable. Ključna zavisna varijabla ovoga istraživanja je zdravlje, a nezavisne varijable podijelili smo na sociopsihološke dimenzije (psihološka obilježja i indeks društvene povezanosti) i materijalno-strukturne dimenzije (socioekonomski status i indeks dostupnosti zdravstvenih usluga).

Zdravlje smo mjerili mjereći nekoliko komponenti, koje smo operacionalizirali kako slijedi u daljnjem tekstu. Za potrebe usporedbe dimenzija zdravlja, sociopsiholoških i materijalno strukturnih dimenzija, korišteni su neki od podataka iz Hrvatske zdravstvene ankete provedene 2003. godine.

4.1.1. Zavisna varijabla zdravlje

Zdravlje je središnja zavisna varijabla u ovom istraživanju. S obzirom na činjenicu da je zdravlje visoko složen fenomen (Vuletić i Mujkić, 2003), postoji niz validiranih instrumenata za mjerenje zdravlja. Jedno od značajnijih napredaka u području mjerenja zdravlja zasigurno je prepoznavanje središnje uloge bolesnika i njegovog doživljavanja zdravlja u praćenju kvalitete i ishoda liječenja (Silver, 1990). U tom smislu su informacije o bolesnikovom funkcionalnom statusu i blagostanju važni i radi uvida u način funkcioniranja odnosno kvalitetu sustava zdravstvene zaštite.

Jedan od najčešće korištenih instrumenata za mjerenje samoprocjene zdravlja odnosno procjene kvalitete života povezane sa zdravljem je upitnik SF-36 (engl. *Short Form Health Survey 36*), pripremljen za korištenje u kliničkoj praksi i istraživanjima,

populacijskim zdravstvenim anketama te mjerenju zdravstvenog statusa (i razlika među statusima) pojedinih populacijskih skupina, podskupina i pojedinaca (Ware, 1998, 2000). Upitnik zdravlja SF-36 načinili su znanstvenici Instituta za zdravlje iz Bostona i Odjela za socijalnu politiku kalifornijske korporacije RAND (Ware, 1994; Ware i sur., 2003; HZA, 2003), a na hrvatski jezik su ga prilagodili i primijenili znanstvenici Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ (Jureša i sur., 2000) u sklopu projekta Hrvatske zdravstvene ankete (2003.)

Upitnikom se ispituju razne tjelesne, duševne ili društvene posljedice nastale zbog ograničenog zdravlja. SF-36 sastoji se od 36 čestica mjerene u razdoblju od četiri tjedna. Pitanja pokrivaju osam dimenzija zdravlja, koja zajedno s devetom dimenzijom (promjena zdravlja u određenom razdoblju) čine profil zdravstvenog statusa izražen ljestvicom od 1 do 100. Upitnik SF-36 predstavlja teorijski utemeljenu i empirijski provjerenu operacionalizaciju dva generalna koncepta zdravlja – fizičko zdravlje i psihičko zdravlje, te dvije njegove općenite manifestacije – funkcioniranje i dobrobit. S tim u skladu, upitnik sadrži četiri konceptualno različite mjere zdravlja: a) funkcioniranje na ponašajnoj razini, b) percipiranu dobrobit, c) ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga i d) osobnu procjenu (percepciju) ukupnog zdravlja. Na manifestnoj razini, svaka od čestica upitnika odnosi se na jedno od osam različitih područja zdravlja, unutar dva općenita koncepta zdravlja, psihičkog i fizičkog, koje navodimo kako slijedi:

1. fizičko funkcioniranje
2. ograničenja zbog fizičkog zdravlja
3. tjelesni bolovi
4. opće zdravlje
5. vitalnost, energija
6. socijalno funkcioniranje
7. ograničenja zbog emocionalnih problema
8. duševno zdravlje

Za potrebe istraživanja ovog rada, te imajući u vidu složenost fenomena zdravlja, ova varijabla operacionalizirana je kroz odabrane podljestvice ljestvice SF-36 (četiri podljestvice odnosno dimenzije), te kroz dimenziju izostanka kroničnih bolesti. Naime, krenuli smo od pretpostavke da zdravlje poglavito određuju izostanak kroničnih bolesti (dimenzija 1), percipirana fizička ograničenja (dimenzija 2), percipirana funkcionalnih

ograničenja (dimenzija 3), osjećaj vitalnosti i energije (dimenzija 4) te duševno zdravlje (dimenzija 5). Svih pet dimenzija mjereno je česticama preuzetim iz ankete HZA 2003., a četiri dimenzije (dimenzije 2-5) preuzete su iz spomenute međunarodno validirane ljestvice SF-36 kojim je mjereno subjektivni osjećaj zdravlja (HZA 2003. i HZA 2008.), koja je također dio ankete HZA 2003.

Za potrebe ovog usporednog istraživanja u ovom radu odabrano je, kako je već rečeno, pet dimenzija iz SF 36, kako slijedi:

1. izostanak kroničnih bolesti
2. ograničenja zbog fizičkog zdravlja (funkcionalna ograničenja),
3. vitalnost, energija
4. socijalno funkcioniranje i
5. duševno zdravlje

Prva dimenzija, prisutnost jedne ili više kroničnih bolesti u posljednja četiri tjedna, mjerena je nizom od deset pitanja koja obuhvaćaju najčešće kronične bolesti (visoki tlak, povišeni šećer, reuma, bubrežne bolesti, bolesti jetre itd.) Odgovori su bilježeni na ljestvici ne/da, pri čemu veći rezultat označava lošije zdravlje. Pouzdanost ove kompozitne ljestvice, dobivene sumiranjem čestica, bila je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha=0,74$).

Sljedeća dimenzija, percipirana fizička (tjelesna) ograničenja pri svakodnevnom funkcioniranju, mjerena je skupinom od šest čestica koje su mjerile zdravstvena ograničenja u obavljanju aktivnosti poput uspinjanja uz stepenice, hodanja do pola kilometra ili kupanja (Cronbachov $\alpha=0,86$).

Dimenzija funkcionalnih ograničenja mjerena je sa četiri čestice koje su ispitivale promjene u radu i drugim aktivnostima izazvane zdravstvenim ograničenjima, primjerice manja produktivnost, skraćivanje vremena provedenog u radu i slično (Cronbachov $\alpha=0,93$).

Četvrta dimenzija, koja opisuje vitalnost i osjećaj energije u posljednjih mjesec dana, uključivala je četiri čestice koje su mjerile pozitivna i negativna raspoloženja: „Osjećali ste se puni života“, „Bili ste puni energije“, „Osjećali ste se umorni“, itd. (Cronbachov $\alpha=0,81$).

Posljednja, peta dimenzija, koja mjeri duševno zdravlje u posljednjih mjesec dana, uključivala je pet čestica koje su mjerile ono što bi se moglo nazvati depresivnošću: „Bili ste vrlo nervozni“, „Bili ste sretni?“ itd (Cronbachov $\alpha=0,84$).

Navedene dimenzije prikazane su u tablici 2.

Tablica 2 Operacionalizacija zavisne varijable zdravlje, prema poddimenzijama (2003. godina i 2010. godina)

	2003.	Pouzdanost	2010.	Pouzdanost
	Teorijski	(Cronbachov	Teorijski	(Cronbachov
	raspon	α)	raspon	α)
	vrijednosti		vrijednosti	
Kronične bolesti (k=10)	10-20/veći rezultat-bolji zdravstveni status	0,74	10-20/veći rezultat-bolji zdravstveni status	0,73
Percipirana fizička ograničenja (k=6)	6-18/veći rezultat-manja ograničenja	0,85	6-18/veći rezultat-manja ograničenja	0,91
Percipirana funkcionalna ograničenja (k=4)	4-8/veći rezultat-manja ograničenja	0,93	4-8/veći rezultat-manja ograničenja	0,93
Osjećaj vitalnosti (k=4)	4-24/veći rezultat-veća vitalnost	0,82	4-24/veći rezultat-veća vitalnost	0,81
Mentalna/duševna ograničenja (k=5)	5-30/veći rezultat-manja ograničenja	0,85	5-30/veći rezultat-manja ograničenja	0,81

Prvi korak analize bila je unakrsna korelacija, pri čemu smo ustanovili kako korelacija (r) varira od 0,43 do 0,70.

Kako bismo iz ovih kompozitnih ljestvica, za koje smo pokazali da su međusobno povezane, dobili skupnu varijablu koja ukazuje na opći zdravstveni status, proveli smo faktorsku analizu i dobili generalni faktor zdravlje kojim smo krenuli u daljnju analizu podataka, a zatim sumirali čestice na svakoj dimenziji te dobili pet dimenzija koje smo potom uveli u faktorsku analizu. Faktorskom analizom pod komponentnim modelom uz GK-kriterij za zaustavljanje ekstrakcije faktora i uz primjenu oblimin rotacije bazične solucije u našoj zavisnoj varijabli *zdravlje* dobili smo jednofaktorsku strukturu koja je

tumačila 57% varijance (eigenvalue 2,849). U analizama koje slijede, kao pokazatelj zdravlja koristimo dobiveni faktor. Veći rezultat na ljestvici odražava bolji zdravstveni status.

4.1.2. Nezavisne varijable

SES – socioekonomski status

SES je kompozitna varijabla koja mjeri socioekonomski status sudionika, a u literaturi najčešće obuhvaća varijable materijalnog statusa i obrazovanja. U uzorku iz 2003. godine uključuje obrazovni status i materijalno stanje sudionika. Obrazovni status određen je temeljem pitanja „Koja je Vaša školska sprema (najviša završena škola)?“ a ponuđeni su odgovori na ljestvici od 1 do 5 (od nezavršene osnovne škola do fakulteta).

Jedan od čimbenika socioekonomskog statusa pojedinca je njegovo materijalno stanje. Za procjenu materijalnog stanja sudionika u anketi koristila se procjena mjesečnog prihoda kućanstva na ljestvici raspona od 0 kuna do 10.000 kuna i više.

S obzirom na to da smo u uzorku iz 2010. godine imali još dvije relevantne varijable, obrazovanje majke i oca, u ispitivanjima odnosa između SES-a i zdravlja u drugom valu koristili smo kompozitnu varijablu sastavljenu od sve četiri čestice. Između socioekonomskog statusa sa četiri varijable i onog s dvije postoji statistički značajna snažna pozitivna povezanost ($r=0,75$) čime opravdavamo korištenje „slabije“ varijable sa samo dvije čestice.

Kod analize socioekonomskog statusa 2003. faktorskom analizom pod komponentnim modelom uz GK-kriterij za zaustavljanje ekstrakcije faktora i uz primjenu varimax bazične solucije u našem instrumentu za socioekonomski status ekstrahirana je 1 latentna dimenzija koja tumači 68% varijance čestica (eigenvalue 2,220). Jednofaktorska struktura nam govori o jednostavnosti ove varijable. Saturacije čestica su bile veće od 0,8. Postupak faktorizacije socioekonomskog statusa je bio identičan za 2010. godinu, pri čemu je ekstrahirana jedna latentna dimenzija koja tumači 55% varijance čestica (eigenvalue 1,376). Saturacije čestica su bile veće od 0,5. U daljnjim analizama orijentirat ćemo se na oba faktorska rezultata SES-a. Veći rezultat označava veći socioekonomski status.

Psihološka obilježja

Drugi kompozitni pokazatelj, korišten samo na uzorku iz 2010. g, predstavlja *psihološka obilježja*. Pokazatelj se sastoji od lokusa kontrole, zadovoljstva poslom i životom, pri čemu su sudionici sami procijenili svoje zadovoljstvo životom („Sveukupno uzevši, koliko ste zadovoljni ili nezadovoljni svojim poslom?“, „Kada uzmete sve u obzir, koliko ste ovih dana zadovoljni sa svojim životom?“), samoprocjenom sreće na ordinalnoj ljestvici od 5 stupnjeva (veći rezultat naznačuje veći osjećaj sreće) te pet čestica za procjenu optimizma, preuzetih iz Scheierove ljestvice životne orijentacije (Scheier i sur., 1994) s ljestvicom slaganja od 5 stupnjeva ordinalnog tipa, pri čemu veći rezultat naznačuje veći stupanj optimizma (Cronbachov $\alpha=0,86$).

Načinivši kompozitnu varijablu optimizma zbrojem pet čestica iz ljestvice životne orijentacije te dodavanjem ostalih spomenutih čestica tom zbroju, faktorizirali smo pod komponentnim modelom uz GK-kriterij za zaustavljanje ekstrakcije faktora i uz primjenu varimax bazične solucije ekstrahirali jednu latentnu dimenziju koja tumači 54% varijance čestica. Svih sedam čestica bilo je visoko saturirano – više od 0,6 – pri čemu veći rezultat naznačuje zadovoljniju i optimističniju osobnost.

Indeks društvene povezanosti

Sljedeći složeni pokazatelj, *indeks društvene povezanosti*, također načinjen samo iz uzorka 2010. godine, okuplja čestice koje mjere osjećaj izoliranosti, odnosno povezanosti i prihvaćenosti. Ove čestice su preuzete iz većeg instrumenta razvijenog za potrebe mjerenja socijalne uključenosti (Secker i sur., 2009). Instrument se sastoji od četiri tvrdnje s ljestvicom procjene od 5 stupnjeva ordinalnog tipa („Osjećam se jako usamljeno i izolirano“, „Često se družim sa znancima i prijateljima“ itd.). Koeficijent pouzdanosti aditivne ljestvice društvene povezanosti iznosio je 0,76. Rezultati su varirali u rasponu od 4 do 20. Veći rezultat ovog indeksa naznačuje veću razinu percipirane društvene povezanosti.

Indeks dostupnosti zdravstvenih usluga

Posljednja nezavisna varijabla, *indeks dostupnosti zdravstvenih usluga*, korištena u uzorku iz 2010. g, dobivena je zbrojem odgovora na devet pitanja koja su mjerila poteškoće vezane uz pristup zdravstvenim servisima (dugo čekanje, neljubaznost osoblja, poteškoće zbog udaljenosti liječnika itd.). Kompozitna varijabla sastavljena od tih devet čestica imala je pouzdanost 0,77. Veći rezultat naznačuje veću dostupnost medicinskih i

ostalnih usluga. U indeks nismo uključili financijsku dostupnost zato što je ona dijelom sadržana u SES-u, te bi time povezanost ove dvije varijable bila puno veća.

4.2. ANALITIČKA STRATEGIJA

Obrada i analiza podataka provedene su uporabom programskog paketa SPSS Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Uz primjenu eksploratorne faktorske analize za konstrukciju kompozitnih varijabli, dobiveni podaci analizirani su različitim procedurama koje su uključile deskriptivnu statistiku, bivarijantne analize (jednosmjernu analizu varijance – ANOVA) i multivarijantnu linearnu regresijsku analizu. Pri ispitivanju druge i pete hipoteze korištena je hijerarhijska regresijska analiza. Hijerarhijski pristup korišten je da bismo ustanovili specifičan doprinos SES-a, nakon kontrole sociodemografskih obilježja (dob i spol) u protumačenoj varijanci varijable zdravlje. Cilj je bio hijerarhijskim pristupom omogućiti razlikovanje doprinosa SES-a društvene povezanosti, dostupnosti i psiholoških obilježja varijabilnosti zdravlja. U svim regresijskim modelima kontroliran je doprinos dobi i spola.

Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim odrednicama istraživanja u društvenim znanostima, što je potvrdilo etičko povjerenstvo Odsjeka za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

5. REZULTATI

5.1. Deskripcija zavisne varijable zdravlje

Deskripcija zavisne varijable zdravlja važna je ne samo zato što su nalazi literature ukazali na važnost definiranja i opisivanja ove varijable, već i zbog načina na koji se zdravlje i razlike u zdravlju percipiraju. Najčešći interes je onaj za razlike u odnosu na sociodemografske karakteristike; prema spolu, očekivane razlike prema dobnim skupinama, obrazovnom statusu, prihodima, statusu zaposlenosti te bračnom statusu.

Rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u razini zdravlja između muškaraca i žena (2003: $F(1, 5122)=1,73$, $p=0,188$; 2010: $F(1, 1005)=3,51$, $p=0,061$). Očekivano, dob je negativno povezana sa zdravljem u obje godine (2003: $F(2, 5120)=310,96$, $p=0,000$; 2010: $F(2, 1004)=84,36$, $p=0,000$). Sve tri dobne skupine se značajno razlikuju prema prosječnoj razini zdravlja, pri čemu najmlađu skupinu (25-34 godine) odlikuje najviša, a najstariju skupinu (50-65 godina) najniža vrijednost. Obrazovni status se također pokazao značajnim prediktorom zdravlja, kako 2003. godine tako i 2010. godine (2003: $F(1, 5121)=57,96$, $p=0,000$; 2010: $F(1, 997)=7,88$, $p<0,005$). Osobe nižeg obrazovanja iskazale su značajno nižu razinu zdravlja od onih s višim obrazovanjem. Povezanost između bračnog statusa i zdravlja je donekle iznenađujuća budući da su dosad često popularizirani rezultati o protektivnoj ulozi braka na zdravlje (osobito muškaraca). Osobe koje nisu u braku iskazale su, naime, značajno višu razinu zdravlja u obje godine i od udanih/oženjenih sudionika i od rastavljenih, odnosno udovaca/udovica. Imajući u vidu dobne razlike među pojedinim skupinama, za pretpostaviti je intervenirajući utjecaj dobi na gornji nalaz (2003: $F(4, 5119)=41,22$, $p=0,000$; 2010: $F(3, 1000)=17,75$, $p=0,000$).

Slično vrijedi u slučaju veze između radnog statusa i zdravlja. U obje godine istraživanja studenti su, očekivano, iskazali statistički značajnu višu razinu zdravlja od ostale tri skupine. Zaposleni također pokazuju višu razinu zdravlja od nezaposlenih i umirovljenika (2003: $F(3, 4860)=187,62$, $p=0,000$; 2010: $F(3, 882)=49,16$, $p=0,000$) što je u skladu i s domaćim istraživanjima o povezanosti zaposlenosti i zdravlja (Vončina, 2013). Prihod sudionikova kućanstva pokazao se značajno povezanim s iskazanom razinom zdravlja. Osobe s najmanjim prihodima obilježava značajno niža razina zdravlja od onih s većim prihodima (2003: $F(3, 5075)=58,06$, $p=0,000$; 2010: $F(3, 802)=24,75$, $p=0,000$).

Tablica 3 prikazuje razlike u prosječnom rezultatu na dimenziji zdravlje s obzirom na niz sociodemografskih i sociokulturnih obilježja.

Tablica 3 Razlike u prosječnom rezultatu na dimenziji zdravlje s obzirom na sociodemografska obilježja

		2003 M (SD)	Razlika među skupinama	2010 M (SD)	Razlika među skupinama
Spol	Muškarci	0,03 (1,05)		0,06 (1,03)	
	Žene	-0,01 (0,98)		-0,61 (0,99)	
Dob (2003.** i 2010.)	25-34	0,54 (0,71)		0,55 (0,63)	
	35-49	0,25 (0,83)	1≠2,3;2≠3	0,06 (0,98)	1≠2,3;2≠3
	50-65	-0,31 (1,06)		-0,45 (1,07)	
Obrazovanje (2003.**; 2010.*)	Niže	-0,05 (1,02)	1≠2	-0,04 (1,03)	1≠2
	Više	0,24 (0,83)		0,22 (0,87)	
Bračno stanje (2003.** i 2010.)	U braku	-0,03 (0,99)		-0,05 (1,02)	
	Neoženjen/ neudata	0,32 (0,92)	1≠2,4;2≠3,4;3	0,41 (0,82)	1≠2,4;2≠3,4
	Rastavljen/a	-0,16 (1,02)	≠4	-0,37 (1,10)	
	Udovac/ica	-0,44 (1,07)		-0,54 (0,982)	
Radni status (2003.** i 2010.)	Zaposleni	0,18 (0,87)	1≠2,3,4;2≠3,4;	0,28 (0,79)	1≠2,3,4;2≠3,
	Nezaposleni	-0,100 (1,03)	3≠4	-0,165 (1,08)	4;3≠4

Prihod (2003.** i 2010.)	Studenti	0,628 (0,59)		0,708 (0,44)	
	Umirovljenici	-0,70 (1,07)		-0,70 (1,22)	
	4.000 kn ili manje	-0,18 (1,06)		-0,44 (1,17)	
	4.001-6.000 kn	0,13 (0,93)		-0,00 (1,03)	
	6.001-10.000 kn	0,21 (0,87)	1≠2,3,4;2≠4	0,19 (0,87)	1≠2,3,4;2≠4
	10.000 kn ili više	0,29 (0,78)		0,40 (0,81)	

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

n₂₀₀₃= 5123, n₂₀₁₀= 1007

5.1.1. Hipoteza 1. Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje

Prema prvoj hipotezi očekujemo da će utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje biti veći 2010. godine nego 2003. godine. Navedena pretpostavka temelji se na rastu broja zdravstvenih usluga koje se naplaćuju te blagog porasta socioekonomskih nejednakosti u Hrvatskoj.

Hipotezu smo ispitali hijerarhijskom multivarijatnom linearnom regresijom uz kontrolu sociodemografskih varijabli spol i dob te varijable SES odvojeno po godini istraživanja.

Tablica 4 prikazuje rezultate provedene analize. U prvom koraku (model A), u regresijski su model, kao korelati zdravlja, uvedene sociodemografske varijable uključene u složeni pokazatelj socioekonomskog statusa. U drugom koraku (model B), sociodemografskim pokazateljima pridodana je varijabla SES. Hijerarhijski pristup tako omogućuje razlikovanje doprinosa sociodemografskih čimbenika varijabilnosti zdravlja od utjecaja varijable socioekonomskog statusa.

Tablica 4 Utjecaj SES-a na zdravlje po godinama – multivarijatna linearna regresija

	2003 n = 5124		2010 n = 784		2003 n = 5124		2010 n = 784	
	Model A	Model B	Model A	Model B	Model A	Model B	Model A	Model B
	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
	(SE)		(SE)		(SE)		(SE)	
Spol ^a	-0,04	0,006*	-0,03	0,022*	-0,70	0,034*	-0,06	0,048*
	(0,03)		(0,03)		(0,07)		(0,07)	
Dob	-0,36	0,000*	-0,33	0,000*	-0,37	0,000*	-0,28	0,000*
	(0,00)		(0,00)		(0,00)		(0,00)	
SES			0,20	0,000*			0,23	0,000*
			(0,01)				(0,04)	
	F=368,94*		F=331,33*		F=63,87*		F=59,85*	
	R ² =0,13		ΔR ² =0,03		R ² =0,14		ΔR ² =0,04	

^a1=muškarac, 2=žena

*p<0,05

Dob se pokazala nešto snažnijim prediktorom od spola. U 2003. godini uvođenje varijable SES povećalo je postotak koeficijenta determinacije za 3% te je, kao i u 2010. godini, ta razlika iznosila 4%. U cjelini, dob se pokazala snažnijim prediktorom nego SES. Usporedbom protumačene varijance zavisne varijable u dva mjerenja možemo zaključiti kako hipoteza nije potvrđena.

5.1.2. Hipoteza 2. Povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a 2010. godine

U modelu zdravstvenih nejednakosti koji se ispituje u ovom radu pretpostavlja se povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i socioekonomskog statusa (SES-a) u uzorku iz 2010. godine.

Metodom multivarijatne linearne regresije ispitali smo povezanost između varijable dostupnosti zdravstvenih usluga i socioekonomskog statusa uz kontrolu sociodemografskih varijabli spol i dob.

Tablica 5 prikazuje rezultate provedene multivarijatne linearne regresije provedene na varijablama dostupnosti i SES-a kontrolirano za spol i dob.

Tablica 5 Povezanost dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a 2010. godine

	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>
Spol ^a	0,06 (0,24)	0,265
Dob	0,01 (0,01)	0,887
SES	0,12 (0,12)	0,040*
F=1,88		
R ² =0,02		

^a1=muškarac, 2=žena

*p<0,05, n=322

Promatrajući odnos, tj. povezanost dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a, zaključujemo kako, uz kontrolu sociodemografskih varijabli, postoji statistički značajna ali slaba pozitivna povezanost između te dvije varijable ($\beta=0,12$; $p\leq 0,05$).

5.1.3. Hipoteza 3. Povezanost dimenzija psihološka obilježja i društvena povezanost sa zdravljem

Prema ovoj hipotezi, očekujemo povezanost dimenzija psiholoških obilježja i društvene povezanosti na dimenziji zdravlje, koja se temelji na istraživanjima koja osjećaje sreće i optimizma usko vezuju uz društvenu umreženost u uzorku iz 2010. godine. Hipotezu smo ispitali multivarijatnom linearnom regresijom uz kontrolu sociodemografskih varijabli spol i dob.

Hipotezom smo ispitali postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između varijabli – psiholoških obilježja ($\beta=0,317$; $p<0,001$) i društvenih povezanosti ($\beta=0,152$; $p<0,001$) na dimenziji zdravlje. Promotivši koreliranost između te dvije dimenzije ($r=0,471$; $p<0,001$), možemo reći da ovaj nalaz doprinosi potvrdi iz prijašnjih istraživanja o povezanosti osobne dobrobiti i društvene umreženosti. Pogledom na hijerarhijsku regresijsku analizu zaključujemo kako se uvođenjem psiholoških obilježja postotak koeficijenta determinacije povećao za 8% – s 24% bez dimenzije psiholoških obilježja na 32% kad smo pridodali psihološka obilježja u drugom koraku hijerarhijske regresijske analize. U tablici 6 prikazani su rezultati provedene regresije.

**Tablica 6 Povezanost dimenzija psihološka obilježja i društvena povezanost sa
zdravljem**

	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>
	-0,05	
Spol ^a	(0,06)	0,076
	-0,31	
Dob	(0,00)	0,000*
Društvena povezanost	0,15 (0,01)	0,000*
Psihološka obilježja	0,32 (0,03)	0,000*
F=102,20		
R ² =0,32		
* $p<0,05$, n=895		

U tablici 7 prikazana je hijerarhijska regresijska analiza u kojoj se vidi da je razlika 8% u R² – 24% bez psiholoških obilježja i 32% s psihološkim obilježjima.

Tablica 7 Povezanost psiholoških obilježja i društvene povezanosti s dimenzijom zdravlje (hijerarhijska regresijska analiza)

	Model A		Model B	
	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>
Spol ^a	-0,03 (0,06)	0,266	-0,05 (0,06)	0,076
Dob	-0,35 (0,00)	0,000*	-0,31 (0,00)	0,000*
Društvena povezanost	0,30 (0,01)	0,000*	0,15 (0,01)	0,000*
Psihološka obilježja			0,32 (0,03)	0,000*
	F=92,85*		F=102,20*	
	$\Delta R^2=0,24$		$\Delta R^2=0,32$	

* $p < 0,05$, $n=895$

5.1.4. Hipoteza 4. SES i dostupnost zdravstvenih usluga snažniji su prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti i društvene povezanosti

Na temelju dosadašnjih empirijskih uvida (Putnam R., 1993, 2000, Wilkinson RG, 1996, Kawachi, 1997), pretpostavljamo da će SES i dostupnost zdravstvenih usluga biti snažniji prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti (psiholoških obilježja) i društvene povezanosti. U sljedećoj analizi korelati zdravlja ispitani su multivarijatnom linearnom regresijom, statističkim postupkom u kojoj se analizira veza svake pojedine nezavisne varijable sa zavisnom uz kontrolu utjecaja svih ostalih pokazatelja. Za razliku od bivarijatnih analiza, multivarijatna procedura isključuje prividne veze, to jest omogućuje identifikaciju snažnih veza između nezavisnih varijabli i zdravlja kao zavisne

varijable. Prvi korak analize bio je ustanoviti unakrsne korelacije među varijablama, pri čemu smo ustanovili kako korelacija varira od 0,12 do 0,47.

U tablici 8 prikazani su rezultati regresije provedene kako bi se ispitalo jesu li SES i dostupnost zdravstvenih usluga jači prediktori boljeg zdravlja od psiholoških obilježja i društvene povezanosti, a u tablici 9 je prikazano isto ali s obrnutim ulazom varijabli kako bi se provjerili rezultati.

Tablica 8 SES - dostupnost zdravstvenih usluga i psihološka obilježja - društvena povezanost kao korelati zdravlja

	Model A		Model B		Model C	
	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>	<i>Beta</i> (SE)	<i>p</i>
Spol ^a	-0,03 (0,13)	0,616	-0,03 (0,12)	0,535	-0,01 (0,10)	0,839
Dob	-0,31 (0,00)	0,000*	-0,19 (0,00)	0,001*	-0,18 (0,00)	0,000*
SES			0,32 (0,06)	0,000*	0,23 (0,05)	0,000*
Dostupnost Zdravstvenih usluga			0,23 (0,03)	0,000*	0,13 (0,02)	0,008*
Psihološka obilježja					0,26 (0,06)	0,000*
Društvena povezanost					0,24 (0,02)	0,000*
	F=14,25*		F=23,28*		F=32,98*	
	R ² =0,09		ΔR ² =0,16		ΔR ² =0,17	

^a1=muškarac, 2=žena

*p<0,05, n=271

Tablica 9 Psihološka obilježja - društvena povezanost i SES - dostupnost zdravstvenih usluga kao korelati zdravlja

	Model A		Model B		Model C	
	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
	(SE)		(SE)		(SE)	
Spol ^a	-0,03	0,616	-0,06	0,909	-0,01	0,839
	(0,13)		(0,11)		(0,10)	
Dob	-0,31	0,000*	-0,26	0,000*	-0,18	0,000*
	(0,00)		(0,00)		(0,00)	
Psihološka obilježja			0,34	0,000*	0,26	0,000*
			(0,06)		(0,06)	
Društvena povezanost			0,26	0,000*	0,24	0,008*
			(0,02)		(0,02)	
SES					0,23	0,000*
					(0,05)	
Dostupnost Zdravstvenih usluga					0,13	0,008*
					(0,02)	
	F=14,25*		F=38,44*		F=32,98*	
	R ² =0,09		ΔR ² =0,27		ΔR ² =0,06	

^a1=muškarac, 2=žena

*p<0,05, n=271

Varijable socioekonomskog statusa, društvene povezanosti, psiholoških obilježja te dostupnosti zdravstvenih usluga su u obje analize statistički značajno pozitivno povezane s varijablom zdravlje – što je viši socioekonomski status, što je bolja društvena povezanost, što su pozitivnija psihološka obilježja i što je veća dostupnost zdravstvenih usluga, to je viši stupanj zdravlja. Također zapažamo da su tri dimenzije psihološka obilježja, SES i društvena povezanost nešto važnije od dostupnosti. Ljudi različito percipiraju dostupnost – nije svima određena kilometraža jednako blizu ili daleko.

Promotivši razliku koeficijenta determinacije između modela A i modela B (16% i 27% u obrnutom ulazu varijabli), te modela B i model C (17% i 6% u obrnutom ulazu varijabli) primjećujemo kako smo dobili različite koeficijente. Ovime se potvrđuju raniji nalazi o tome da individualne osobine i povezanost s drugima ima veću težinu za zdravlje

od strukturalnih obilježja. Drugim riječima, ta skupina varijabli objašnjava više varijance, odnosno bolje objašnjava kriterijsku varijablu te je hipoteza potvrđena.

5.1.5. Hipoteza 5. **Struktura utjecaja nezavisnih dimenzija bit će spolno specifična**

Očekujemo da će struktura utjecaja četiri dimenzija u modelu kojega ispituje biti spolno specifična, dijelom i zbog sustavnih spolnih razlika u SES-u te društvenoj povezanosti Naime, u literaturi o društvenoj povezanosti razlike muškaraca i žena ukazuju na to da su muškarci uspješniji u stvaranju društvenih povezanosti u poslovnim, političkim i sličnim udruženjima, dok su žene uspješnije u dobrovoljnim, edukativnim i sličnim skupinama. Čini se da su muškarci ipak u posjedu snažnijeg društvenog kapitala koji proširuju dalje od obitelji i prijatelja (Muñoz-Go, 2013.). Ovu hipotezu ispitali smo provedši multivarijatnu linearnu regresiju prema varijablama spola.

U tablici 10 prikazani su rezultati provedene analize.

Tablica 9 Spolna specifičnost zdravlja - multivarijatna linearna regresija

	Muškarci		Žene	
	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Dob	-0,21 (0,11)	0,003*	-0,17 (0,11)	0,020*
SES	0,15 (0,07)	0,035*	0,30 (0,08)	0,000*
Društvena povezanost	0,34 (0,03)	0,000*	0,15 (0,03)	0,062
Psihološka obilježja	0,21 (0,08)	0,010*	0,30 (0,08)	0,000*
Dostupnost zdravstvenih usluga	0,23 (0,04)	0,001*	0,04 (0,03)	0,547
	F=23,29*		F=20,28*	
	R ² =49%		R ² =42%	

*p<0,05, n=271 (125+146)

Rezultati pokazuju da su varijable društvene povezanosti i dostupnosti zdravstvenih usluga spolno specifične. Žene, za razliku od muškaraca, ne pokazuju statistički značajnu povezanost na varijabli zdravlje. Provedbom multivarijatne linearne regresije zaključujemo kako postoji određena spolna specifičnost u strukturi utjecaja na varijabli zdravlje.

6. RASPRAVA

Ključni nalazi

Ovaj rad prikazuje podatke o samoprocijenjenom zdravlju (koje je u ovom istraživanju zavisna varijabla) i nejednakostima u zdravlju mjerenima kroz dimenzije socioekonomske nejednakosti, dostupnosti zdravstvenih usluga, psiholoških obilježja i društvene povezanosti u dva uzorka. Rezultati prvoga uzorka odnose se na projekt Hrvatske zdravstvene ankete iz 2003. godine, a rezultati drugoga uzorka odnose se na projekt mjerenja nejednakosti u zdravlju iz 2010. godine. Ideja je bila ispitati u jednom dijelu promjene u nejednakostima u zdravlju u dvije vremenske točke, te u drugom dijelu, na uzorku iz 2010. godine, detaljnije ispitati odnose nezavisnih dimenzija SES-a, dostupnosti, društvene povezanosti i psiholoških obilježja sa zavisnom varijablom zdravlje. Također, u radu se istražuje struktura i spolna specifičnost toga utjecaja.

Nalazi po hipotezama

Gledajući deskriptivne rezultate varijable zdravlje, možemo promatrati razlike u odnosu na sociodemografska obilježja između dva uzorka – prema spolu, očekivane razlike prema dobnim skupinama, obrazovnom statusu, prihodima, statusu zaposlenosti te bračnom statusu – kako bismo ocijenili validnost procjenjivanja promjena SES-a u ova dva uzorka.

Nije ustanovljena statistički značajna razlika u razini zdravlja između muškaraca i žena, a dob je, očekivano, bila negativno povezana sa zdravljem u obje godine. Obrazovni status se također pokazao značajnim prediktorom zdravlja – kako 2003. godine, tako i 2010. godine. Ono što je u nekoj mjeri iznenadilo bila je povezanost između bračnog statusa i zdravlja. Osobe koje nisu u braku iskazale su, naime, značajno višu razinu zdravlja u obje godine i od udanih/oženjenih sudionika i od rastavljenih,

odnosno udovaca/udovica. Pregled bračnog statusa na varijabli zdravlje uz kontrolu dobi pokazao je da nema razlike unutar regresijske analize uz dodatak bračnog statusa ($R^2=15\%$ samo s dobi i $R^2=15\%$ uz dodatak bračnog statusa) ako gledamo hijerarhijsku analizu. Unutar regresije, brak nije statistički značajno povezan sa zdravljem uz primjenu kontrole dobi ($r=0,728$). Naime, literatura najčešće nalazi protektivni učinak braka u starijoj dobi (Kiecolt-Glaser i Newton, 2001). Dob je imala intervenirajući utjecaj, kako je ustanovljeno i u slučaju veze između radnog statusa i zdravlja. Zaposleni također pokazuju višu razinu zdravlja od nezaposlenih i umirovljenika. Pregledom varijable zaposlenja na varijabli zdravlje uz kontrolu dobi evidentirano je da postoji razlika od 4% unutar regresije uz dodatak bračnog statusa (hijerarhijsku regresija). Unutar regresije, zaposlenje je značajno povezano sa zdravljem uz kontrolu dobi ($\beta=-0,21$; $p<0,001$) – zaposleni su zdraviji. Ovaj nalaz potvrđen je i u analizi povezanosti zaposlenosti i zdravlja na cijelom uzorku HZA 2003, što znači da je uključivao i umirovljenike (Vončina, 2013). Podsjećamo da je u našem istraživanju uzorak bio 25-65 godina starosti.

Nakon zaposlenosti, gledamo prihode: nalazi su pokazali da osobe s najnižim prihodima obilježava značajno niža razina zdravlja od onih s većim prihodima.

Prva hipoteza kojom smo pretpostavljali da će povezanost socioekonomskog statusa sa zdravljem biti veća 2010. godine nego 2003. godine nije potvrđena, odnosno nalazi upućuju na to da nema pomaka ili razlike u povezanosti SES-a sa zdravljem 2003. g. i 2010. g. Očekivali smo da će narasti broj usluga koje se plaćaju ili nadoplaćuju i kako će time doći do jačeg utjecaja SES-a na zdravlje 2010. godine. Čini se da su te usluge i dalje dostupne najvećem broju stanovništva te ne čine dodatnu razliku, odnosno da postoji odnos posredovanja nezavisne i zavisne varijable preko dimenzije dostupnosti, što ćemo detaljnije objasniti kasnije.

Istraživanje druge hipoteze koja je pretpostavljala povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i socioekonomskog statusa (SES-a) u uzorku iz 2010. godine pokazalo je slabu ali značajnu povezanost SES-a i dostupnosti zdravstvenih usluga, pri čemu se prvenstveno misli na fizičku dostupnost zdravstvene usluge. Objašnjenje se može naći u činjenici da je u Hrvatskoj dostupnost liječnika obiteljske medicine uglavnom vrlo dobra, ili u činjenici da onaj dio populacije koji je boljeg statusa procjenjuje fizičku udaljenost „dostupnijom“ ukoliko, primjerice, posjeduje osobni automobil ili resurse kojima može nadomjestiti udaljenost. Nadalje, pitanje je koliko je zahvaćen uzorak osoba kojima je zdravstvena usluga najudaljenija, a to su osobe koje žive na nekima od otoka i u unutrašnjosti Hrvatske, te starijih osoba (65 godina i više),

koje nisu bile uključene u ovo istraživanje a kod kojih bi ova povezanost, procjenjujemo, bila snažnija.

Gledajući dalje treću hipotezu, na uzorku iz 2010. godine rezultati su pokazali statistički značajnu pozitivnu povezanost između varijabli – psiholoških obilježja i društvenih povezanosti – s dimenzijom zdravlje. Uvođenjem psiholoških obilježja u drugom koraku hijerarhijske regresijske analize postotak koeficijenta determinacije se povećao za 8%.

U modelu zdravlja (četvrta hipoteza) ispitali smo odnos između zdravlja i nezavisnih dimenzija psiholoških obilježja i društvene povezanosti te dostupnosti i SES-a. Sve četiri navedene dimenzije varijable bile su statistički značajno pozitivno povezane s varijablom zdravlje – što je viši socioekonomski status, što je bolja društvena povezanost, što su pozitivnija psihološka obilježja i što je veća dostupnost zdravstvenih usluga, to je viši stupanj zdravlja. Ono što se razlikuje jest da su individualne osobine i društvena povezanost pokazale veću težinu za zdravlje od strukturnih obilježja: dostupnosti i SES-a.

Pokazalo se da dostupnost zdravstvenim uslugama ima najslabiju povezanost sa zdravljem u odnosu na ostale tri dimenzije, koje su podjednako značajno bile povezane sa zdravljem: psihološka obilježja, SES i društvena povezanost. Spolna specifičnost ovoga rezultata (peta hipoteza) pokazala je da su SES i psihološka obilježja značajni za žene i muškarce, a društvena povezanost i dostupnost samo za muškarce. Povezanost psiholoških obilježja sa zdravljem pokazala se malo boljom kod žena.

Sociodemografske značajke uzorka

U kontekstu dosad provedenih istraživanja i analiza na podacima Hrvatske zdravstvene ankete 2003. redovito je utvrđivan utjecaj SES-a na zdravlje, uz snažne regionalne razlike (Turek i sur., 2001; Samardžić, 2009; Džakula, 2009; Polašek, 2009; Brborović, 2010; Musić Milanović, 2010; Vončina, 2013). Međusobne povezanosti elemenata SES-a: obrazovanja, statusa i tipa zaposlenja, te samoprocjene financijskog stanja potvrđivane su u više radova.

U ovom istraživanju željelo se analizirati odrednice nejednakosti u zdravlju kontrolirajući dob, pa je tako i HZA 2003. sadržavala ispitanike u radno aktivnoj dobi. Razlike u zdravlju s obzirom na dob ukazuju na veću podložnost bolestima kako se povećava dob, što je evidentno iz službenih statistika (Statistički Ljetopisi HZJZ-a i DZS-a). Djelomično smo se željeli pozvati na pretpostavku da bolji uvjeti u jednom dijelu života uvjetuju nastavak sličnih uvjeta u drugom dijelu života i obrnuto. Obrazovni status

ostaje značajni prediktor zdravlja, pa su tako osobe bez završene srednje škole iskazale značajno nižu razinu zdravlja, odnosno važno je i obrazovanje roditelja, a u oba naša uzorka obrazovanje majke podjednako je bilo povezano sa zdravljem. Obrazovanje korelira sa čitavim asortimanom životnih ishoda, od onih vezanih za tržište rada do načina na koji stvaramo obitelj, te pak do zdravlja, osjećaja kontrole i društvene integracije (Vuletić i Mujkić, 2003). Međutim, postoje različite interpretacije povezanosti postignuća u obrazovanju i psiholoških obilježja, odnosno povezanosti uspješnosti u obrazovanju i, primjerice, optimizma i internog lokusa kontrole i obrnuto (Conti, 2010).

Od ostalih sociodemografskih značajki iznenadio je izostanak često spominjanog protektivnog faktora bračnog statusa, odnosno osobe koje nisu u braku iskazale su značajno višu razinu zdravlja u obje ispitne godine od one koju su iskazali udani/oženjeni sudionici, kao i od one koju su iskazali rastavljeni, odnosno udovci/udovice. S druge strane, nalazi u literaturi pokazuju da osobe u braku imaju niži pobol i smrtnost (karcinomi, srčani udar, operacije) od osoba koje nisu u braku i udovica/udovaca (Kiecolt-Glaser, 2001) odnosno da je brak jedan od najsnažijih prediktora zdravlja kako sugeriraju sociolozi obitelji (Wilson, 2005). Pomnijim promatranjem ovih nalaza dolazimo do zaključka da je brak preventivna kategorija – osobe u braku prije će prepoznati simptome bolesti, tražiti medicinsku pomoć, izbjegavati rizična ponašanja i jesti zdravije (Kiecolt-Glaser, 2001). Žene podržavaju partnere u smanjenju količine konzumiranih alkohola i cigareta, a muškarci smanjuju tzv. autodestruktivne tipove ponašanja (ibid). Ono što je zanimljivo jest da isti dokazi nisu nađeni kod veza, odnosno kohabitacije (Kim, 2002), pa je pitanje je li riječ o obrnutom pozitivnoj selekciji radi dobrog zdravlja – žene li se samo sretni i zdravi? Veliko istraživanje RAND organizacije tijekom 22 godine na 4.000 muškaraca analiziralo je nijanse utjecaja braka na zdravlje muškaraca (Lillard, 1996). Samoprocijenjeno zdravlje pokazalo je da ženidba (prvi brak) sama po sebi nije dovela do uočljivih dobrobiti. Usporedba pak starijih oženjenih i starijih rastavljenih muškaraca pokazala je da se zdravstveni status značajnije pogoršava kod rastavljenih zajedno s dobi. Za tu skupinu ponovno stupanje u brak nudi izravnu dobrobit do razine onih koji su ostali u braku. U tom smislu može se reći da je brak puno važniji u starijoj dobi. Lillardova studija (1996) navodi čimbenike kao što je njega tijekom bolesti, bolja prehrana i zdraviji stil života, te zaključuje kako postoji niz latentnih varijabli koje su u pozadini ovog odnosa, a koje tek treba otkriti.

Stoga rezultat naše studije, u kojemu je izostao protektivni čimbenik braka, uz spomenutu intervenciju dobi možda i nije toliko iznenađujući u kontekstu drugih istraživanja, a s obzirom na gornju granicu dobi našeg uzorka od 65 godina.

Dodatno, promatrajući ograničenja našeg uzorka, vjerojatno (kao i u većini istraživanja) nismo obuhvatili ono stanovništvo koje je hospitalizirano ili na nekom drugom obliku liječenja, odnosno koje zbog teške bolesti nije bilo u stanju sudjelovati u anketi.

Hipoteza 1. Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje

Prva hipoteza pretpostavlja da je utjecaj SES-a veći u uzorku iz 2010. g. nego onaj u uzorku iz 2003. godine, što se nije pokazalo točnim. Razmatrali smo nekoliko razloga zbog kojih smo pretpostavljali promjene u utjecaju SES-a na zdravlje.

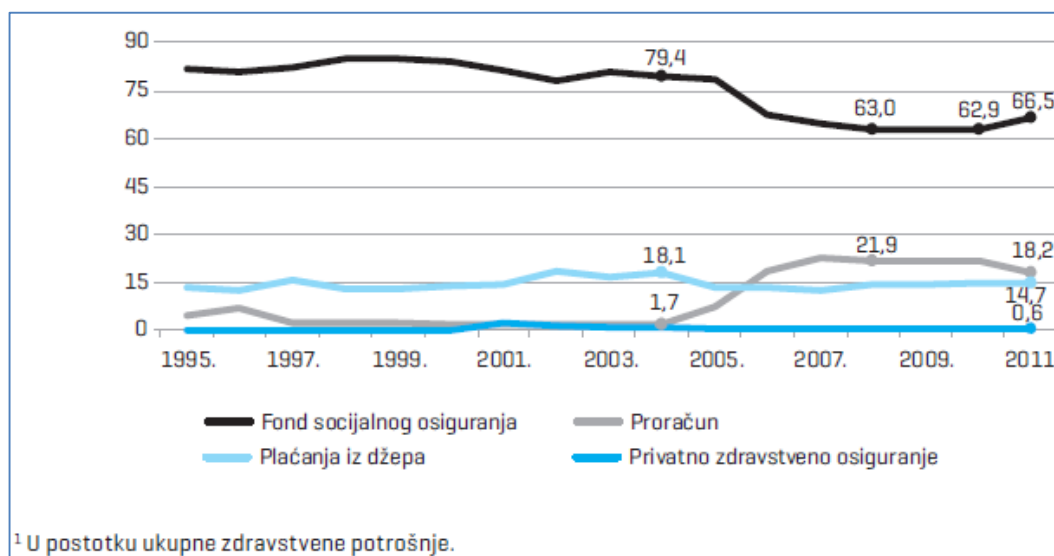
Prvo, pretpostavljali smo da bi se neoliberalni trend u zdravstvu mogao povećati a time bi se povećale i participacije za sve veći broj zdravstvenih usluga i lijekova. Drugi razlog našli smo u zdravstvenim reformama u navedenom razdoblju, koje su dijelom prebacile troškove na privatnu potrošnju, pri čemu smo pretpostavili da zbog toga utjecaj SES-a na zdravlje raste. Pretpostavke na kojima smo temeljili hipotezu većim su se dijelom pokazale utemeljenima, ali postoje drugi utjecaji za koje pretpostavljamo da su „amortizirali“ ove utjecaje, kao što su povećanje javne potrošnje za zdravstvene usluge, povećanje preventivnih programa i kontinuirana dostupnost zdravstvenih usluga.

Pogledamo li širu sliku, možemo promotriti strukturu trenda financiranja zdravstva u razdoblju koje nas zanima. Na taj način možemo sagledati i bolje razumjeti financijski makroekonomski aspekt troškova za zdravstvo koje plaćaju građani i onih koje plaća država.

Slika 5 pokazuje strukturu financiranja zdravstva u Hrvatskoj u razdoblju od 1995. godine do 2011. godine, iz koje se vidi smanjenje sredstava socijalnog osiguranja i povećavanje troškova financiranja iz proračuna. Na osi y prikazan je postotak ukupne zdravstvene potrošnje, a na osi x godine mjerenja. Ono što je manje-više stabilno jest plaćanje za zdravstvo iz džepova građana¹¹, koje se nije značajnije promijenilo. Stabilnost

¹¹ U području farmakoeonomike i ekonomike zdravstva takozvani troškovi „iz vlastita džepa“, engl. *out-of-pocket expenses*, odražavaju dio troškova zdravstvene zaštite koji pokrivaju građani. Upravo ti troškovi mogu stvoriti značajne troškove za kućni proračun te dodatno osiromašiti kućanstva (Mastilica, 1999).

privatnih plaćanja dijelom podržava nalaz da nije bilo promjene utjecaja SES-a na zdravlje u naša dva uzorka.



Slika 5 Struktura financiranja zdravstva u Hrvatskoj

Izvor: WHO, World Health Statistics 2013; Preuzeto iz Mihaljek, 2014.

Za bolji uvid u kontekst našeg istraživanja u daljnjem tekstu kratko prikazujemo strukturno okruženje koje je moglo utjecati na promjene u utjecaju SES-a na zdravlje.

Započnimo sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, koji je stupio na snagu 2002. godine a kojim se povećala participacija za niz zdravstvenih usluga i uvelo dopunsko osiguranje (kako bi se pokrili deficiti odnosno razlike do pune cijene usluga koje plaća HZZO)¹². Dodatno, Zakonom se smanjila najniža visina naknade za bolovanje s 80 posto na 70 posto osnovice za naknadu bolovanja (Zrinščak, 2007). Time se načelo dostupnosti dijelom smanjilo i kako smo pretpostavljali, povećao utjecaj SES-a. Iako je utjecaj ovakvih reformi na populaciju spor, smatrali smo da će promjene toga utjecaja biti uočljive u rezultatima za 2010. godinu.

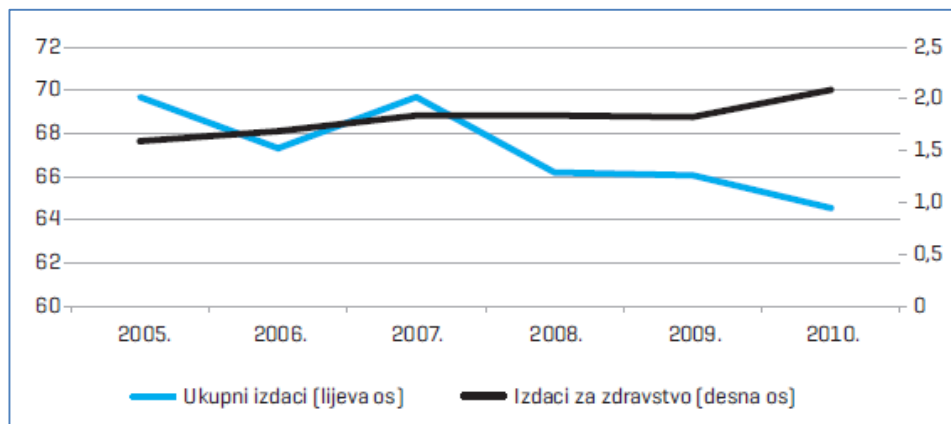
Nadalje, važna reforma koja je prethodila našem uzorku iz 2010. godine bila je reforma Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi iz 2008. godine¹³. Kako bi se osiguralo bolje financiranje zdravstva (koje je tada već imalo značajne dugove), Ministarstvo je usvojilo mjere povećanja obveznih plaćanja za zdravstvene usluge „iz džepa građana”.

¹² Zakon o obveznom osiguranju, NN br. 94/2001.

¹³ Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2008, Prezentacija, <http://www.mzss.hr/content/download/3625/30692/file/prijedlogreforme-zdravstva.pdf>

Udio stanovnika koji moraju plaćati participacije time je značajno povećan, povećan je iznos participacija kao i broj osoba koje su ugovorile dopunsko zdravstveno osiguranje (Broz i Švaljek, 2014). Ono što je napravljeno u korist dostupnosti jest da su mjesečne svote za dopunsko osiguranje progresivno određene s obzirom na prihode (najniža svota od 50 kuna za umirovljenike s mjesečnim mirovinama ispod 5.108 kuna, a najviša 130 kuna za one s dohotkom većim od 5.108 kuna). Time je je jedan dio tereta financiranja zdravstva prebačen na kućanstva, što pokazuju podaci ankete ankete o potrošnji kućanstava.

Slika 6 prikazuje ukupne izdatke kućanstava u odnosu na troškove (izdatke) za zdravstvo.

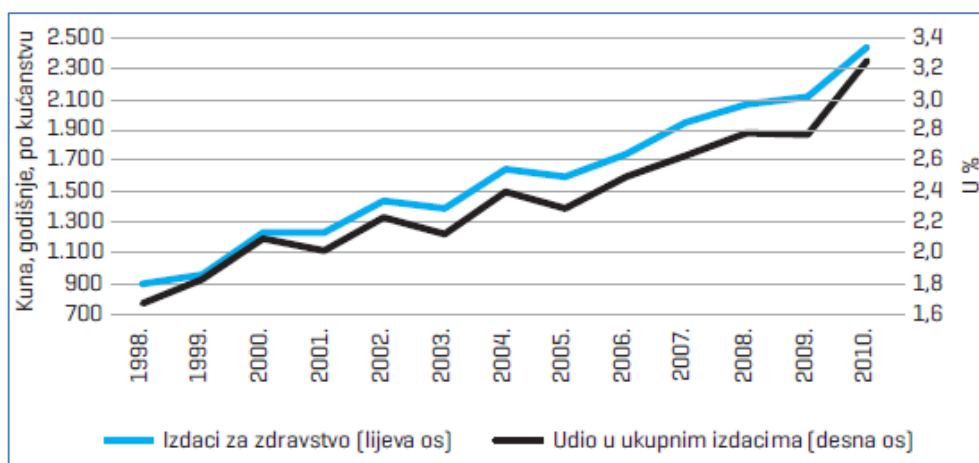


Slika 6 Ukupni troškovi kućanstava i troškovi za zdravstvo u tisućama kuna

Izvor: DZS. Preuzeto iz: Nestić i Rubil, 2014.

Osim što su se povećali privatni troškovi za zdravstvo, veći dio tereta rasta troškova pao je na leđa najsiromašnijih kućanstava. Privatni troškovi za zdravstvo obično se dijele na dva osnovna oblika – izravni troškovi za zdravstvene usluge (takozvani troškovi „iz vlastita džepa“) i troškovi za privatno zdravstveno osiguranje (Nestić i Rubil, 2014).

Slika 7 prikazuje odnos godišnje privatne potrošnje za zdravstvo po kućanstvu u ukupnim troškovima, također iz Ankete DZS-a o privatnoj potrošnji.



Slika 7 Izravni privatni troškovi za zdravstvo 1998.-2010. g.

Izvor: DZS Anketa o potrošnji; preuzeto iz Nestić i Rubil, 2014.

Iz podataka o troškovima za zdravstvo po kvintilima dohotka (Slika 8) vidljivo je da su i bogatija kućanstva imala u apsolutnom broju veće izravne troškove za zdravstvo (Nestić, 2014).

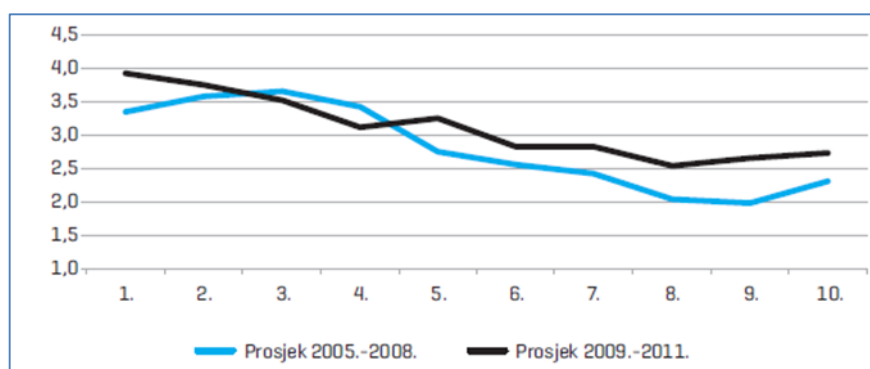
Kvintil	Prosječni izdaci za zdravstvo (kuna per capita godišnje)	Udio izdatka za zdravstvo (% ukupnih izdataka)
1. (najsiriomašnjih 20%)	516	2,9
2.	605	2,9
3.	734	3,1
4.	984	3,4
5. (najbogatijih 20%)	1.550	3,8

Slika 8 Izravni troškovi za zdravstvo po kvintilima dohotka per capita

Izvor: Preuzeto iz Nestić, 2014, na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Nestić zaključuje da je razina obrazovanja u prosjeku najznačajnija odrednica visine dohotka, a veći dohodak omogućuje veće izravne troškove za zdravstvo. Dalje navodi kako više obrazovanje može biti povezano sa zdravijim životnim stilom, kao i s boljim prepoznavanjem važnosti zdravstvene njege, što znači investiranjem više novca za

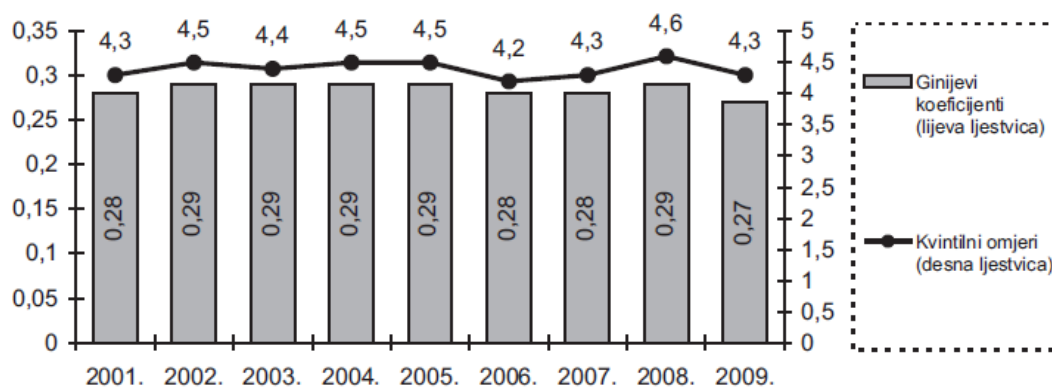
zdravlje (3,8 posto u odnosu na 2,9 kod najsiromašnijih u njegovu istraživanju). Kako pretpostavljamo, bolji SES znači više novca koji se može investirati u zdravlje a time i bolje zdravlje. Ono što je zanimljivo u kontekstu naše hipoteze jest to da je najsiromašnijih 10 posto kućanstava imalo veći rast troškova (0,63%) u odnosu na najbogatijih 10 posto (0,49%). Kako navodi Nestić, najsiromašniji su podnijeli relativno veći udio. Gledajući udjele troškova za zdravstvo u ukupnim troškovima kućanstava, u prosjeku je došlo do ujednačavanja (Slika 9). Na slici 9 na osi y prikazani su u postocima troškovi za zdravstvo u odnosu na ukupne troškove kućanstava, a na osi x su decili prihoda kućanstava.



Slika 9 Troškovi kućanstava za zdravstvo po decilima, u % ukupnih troškova
Preuzeto iz: Broz i Švaljek, 2014.

Nejednakosti u dohotku mjere se obično na dva načina, kvintilnim omjerom (koji je više ekonomska mjera) te Ginijevom koeficijentom. Kvintilni omjer opisuje omjer između gornjeg i donjeg kvintila stanovništva prema dohotku: onoga kojim raspolaže 20% stanovništva s najnižim dohotkom i 20% stanovništva s najvišim dohotkom.

U vremenu od 2001. do 2009. godine dohodak 20% najbogatijih u prosjeku bio je 4,4 puta veći od dohotka 20% najsiromašnijih (Slika 10), što se poklapa s prosjekom za zemlje EU-a (veći kvintilni omjer od Hrvatske imaju baltičke i južnoeuropske zemlje te Rumunjska, Bugarska i Velika Britanija) ali nije bilo većih promjena (Šućur, 2011).



Slika 10 Kvintilni omjeri i Ginijevi koeficijent u Hrvatskoj

Izvor: DZS, preuzeto iz Šućur, 2011.

Ginijev indeks nejednakosti prihoda u određenoj zemlji (ili zajednici), često korišten kao pokazatelj nejednakosti unutar društva, odnosno pokazatelj socijalne distance i važnosti društvene hijerarhije i klase, kreće se u vrijednostima od nula do jedan. Jednostavnije rečeno, ako svi imaju ista primanja Gini je jednak nuli, a ako jedna osoba dobije sve, Gini je jednak 1 – veći Gini znači više nejednakosti. Štoviše, za razliku od drugih mjera Ginijev koeficijent omogućuje i prikaz negativnih krivulja – kad građani duguju novac, tad se krivulja nejednakosti (Lorenzova krivulja¹⁴) spušta ispod x osi. Kao što smo naveli, veće razlike u prihodima među bogatima i siromašnima djeluju korozivno na društvo. Gini koeficijent pokazuje da tamo gdje su veće razlike u prihodima, ljudi s manjim prihodima doživljavat će svoj položaj još nižim na društvenoj ljestvici. Klasični primjer su Švedska i Sjedinjene Američke Države. To su približno jednako razvijene zemlje, ali vrlo različitih razina nejednakosti. Švedski Gini je 0,23 a američki je 0,45 (Bičanić, 2014). Budući da nema pravila određivanja idealne razine nejednakosti za određenu zemlju, hrvatski Gini od 0,30 odnosno 0,27 može se promatrati kroz njegovu dinamiku ili u usporedbi s drugim zemljama. Od 1998. g. do 2002. g. došlo je do umjerenog rasta Gini koeficijenta u Hrvatskoj (Nestić, 2005), a prema DZS-u Gini se

¹⁴ Grafički prikazuje stupanj nejednakosti u distribuciji neke varijable, a najčešće za prikazivanje i analizu raspodjele dohotka i bogatstva. Na osi x prikazuju se kumulativni postoci populacije (obično kućanstva), a na osi y kumulativni postoci dohotka poredani od najnižega prema najvišem. Potpuna jednakost u distribuciji postoji kada Lorenzova krivulja postaje pravac koji zatvara kut s koordinatnim osima od 45 stupnjeva i prolazi kroz ishodište (Atkinson, 1970; Lorenz, 1905).

povećao s 0,29 u 2003. g. na 0,31 u 2010. godini (DZS, 2012), te je zanimljivo vidjeti odnos s, primjerice, susjednom Slovenijom (Tablica 10).

Tablica 10 Pokazatelji siromaštva i Ginijev indeks za RH, EU i Sloveniju u 2007. godini

	Stopa od rizika siromaštva	Kvintilni omjer	Ginijev koeficijent
Hrvatska	19	4,9	0,3
EU 27	17	5,0	0,31
Slovenija	12	3,3	0,23

Izvor: DZS, 2009.

Iako izgleda da Gini koeficijent fluktuirao, a u prosjeku možemo reći i da postoji određena stagnacija, to ne znači da nema promjena društvenih nejednakosti. Možemo zaključiti da opaženi blagi rast Gini koeficijenta od 2003. godine do 2010. godine nije imao za posljedicu jači utjecaj SES-a na zdravlje u uzorku NUZ 2010. u odnosu na HZA 2003. godine. Iako je Ginijev koeficijent najčešće korištena mjera za nejednakost raspodjele (prihoda ili bogatstva), on nije savršena mjera nejednakosti raspodjele. Na primjer, dvije različite distribucije mogu imati isti Gini iznos, a sam Gini koeficijent je vrlo osjetljiv na netipične vrijednosti distribucije (engl. *outlier*), što znači da može prilično podcijeniti nejednakosti u koncentraciji bogatstva koje ima nekoliko najbogatijih, a to se nastoji riješiti dodatnim procjenama distribucije gornjeg sloja najbogatijih građana. Ukoliko je naš Gini koeficijent narastao više nego to pokazuju izračuni DZS-a, moguće je da je dostupnost zdravstvenih usluga bila dovoljna za nadoknaditi rast u Gini koeficijentu (ako ga je bilo).

Dostupnost se očito nije bitno smanjivala i bila je osigurana raznim mjerama (financiranjem iz povećanog proračuna za zdravstvo), pa možemo pretpostaviti da SES nije najvažniji. Mogli bismo reći da su navedene reforme i eventualne manje promjene u zdravstvenom sustavu možda čak malo „nagrizle“ dostupnost, ali nedovoljno da bi utjecale na zdravlje. S druge strane, možda je potrebno dulje razdoblje kako bi se taj utjecaj pokazao na zdravlju populacije.

Jedan od razloga zbog kojeg smo također pretpostavljali veći utjecaj SES-a na zdravlje 2010. godine bio je pad BDP-a, posebno onaj 2009. godine, a time i manje budžetskih sredstava za financiranje zdravstvene zaštite. Naime, prosjek izdvajanja za zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj iznosi otprilike 8% BDP-a, s otprilike 16% zdravstvene potrošnje koja se financira iz privatnih izvora (Vehovec, 2014).

Prisjetimo se kako je krajem 2008. godine, kad je započela najveća globalna financijska kriza od Velike depresije 1930.-ih, tadašnji premijer Ivo Sanader na sastanku sa sindikatima prvi puta priznao da su proračun i gospodarstvo „u banani“. Zatim 2009. godine, nakon ogromnog pada industrijske proizvodnje, potrošnje i izvoza, najvećeg pada BDP-a od 7% otkad DZS vodi podatke (DZS, 2010), isti premijer poručuje da oni koji zarađuju u dobrim vremenima moraju u lošima snositi dio tereta i vraćati dio dobiti društvu (nakon što mu je HDZ kupio/darovao novi BMW). Nakon što je donesen novi proračun za 2010. godinu, čelnik Hrvatske udruge poslodavaca Ivica Mudrinić je upozorio (najavio) kako je zbog nepromijenjene strategije ekonomske politike moguće da će se izgubiti još 40.000 do 50.000 radnih mjesta. Guverner Hrvatske narodne banke 2010. godine je poručio da će to biti godina bez strukturnih promjena, godina „preživljavanja“, a analitičari jedne banke objasnili su da osim daljnjeg pada od 2% „analitički gledano potonuli smo još dublje u odnosu na razdoblje prije krize.“ (Lider, HINA 2014). Slično se izrazio i čelnik Hrvatske udruge sindikata Ozren Matijašević: „Ako se hitno ne krene u raščišćavanje nelikvidnosti i strukturne reforme, Hrvatskoj prijete kolaps gospodarstva.“ Pretpostavljali smo i da će navedena kriza i česta upozorenja o percipiranom smanjivanju srednjeg sloja intenzivirati produbljenje društvenih nejednakosti.

Međutim, ukupno gledano BDP Hrvatske povećao se s 30.265 milijuna EUR (6.813 EUR po stanovniku) 2003. godine na 44.441 milijuna EUR (10.057 EUR po stanovniku) 2010. godine (Tablica 11).

Tablica 11 Trendovi BDP-a - stope rasta

Godina	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Trend BDP-a	4,9	4,1	4,2	4,8	5,2	2,1	-7,4	-1,7

Izvor: DZS.

Ovdje je vrijedno napomenuti kako je u istraživanjima nejednakosti u zdravlju poznata zamka promatranja rasta BDP-a kao pokazatelja manje nejednakosti u zdravlju (odnosno njezina smanjenja). Jedan od razloga jest taj što BDP ne pokazuje distribuciju dobara i dobiti unutar države već samo opisuje vrijednost svih dobara proizvedenih u nekom gospodarstvu tijekom određenog razdoblja. Zatim, BDP ne opisuje što se točno proizvelo (mogla se, na primjer, proizvesti velika količina oružja ili se pak većina rasta proizvodnje odnosila na nekoliko većih kompanijskih grupacija). Često navođen primjer je SAD s usporedno visokim BDP-om i slabim zdravstvenim pokazateljima (Cooper, 2000).

(Ne)jednakost nije samo stvar brojki i statističkih procesa prikazanih u tablicama, već je stvar ljudi, njihovih vrijednosti i očekivanja od života. Nije dovoljno orijentirati se samo na mjere prihoda i siromaštva, već i na davanje mogućnosti ljudima za sigurnost, dostojanstvo života i rada. Pojmovi *siromaštvo* i *nejednakost* nisu nužno sinonimi. Novac je važan za zadovoljavanje osnovnih potreba (grijanje, voda, hrana), no nakon određene granice rast prihoda prestaje utjecati na zdravlje (opet navodimo arhetipski primjer SAD-a, u kojemu rast financijskih ulaganja u zdravstvo ne donosi bolje zdravlje). Iako postoji čvrsta povezanost između nejednakosti i relativnog siromaštva, nejednakost se često smatra „deskriptivnim konceptom“ uvijek otvorenim za raspravu, dok je siromaštvo „preskriptivni“ koncept i kao moralni imperativ podrazumijeva određenu akciju (Becker u: Šućur, 2001). Kao što se dalje navodi, rast nejednakosti ne znači da se nužno pogoršava položaj siromašnih i obrnuto. Dva društva mogu imati isti stupanj nejednakosti u raspodjeli resursa a različito siromaštvo i očekivanja. Idealan sustav, često zvan jakim konceptom jednakosti (Aday, 1980), ambiciozno pretpostavlja da i u uvjetima ozbiljnih nejednakosti zdravstveni sustav treba moći osigurati dovoljno ozdravljujućih učinaka kako bi smrt i bolest bili nezavisni od osobnog SES-a. Dostupnost dijagnostike, preventive i kurative u tom bi slučaju bila potpuna i savršena, što znači da bi isključivo bolest bila glavna odrednica raspodjele zdravstvenih resursa.

Naša hipoteza bila je temeljena na očekivanjima da će navedene reforme, potencijalno prebacivanje troškova dijela zdravstvenih servisa na građane i pad BDP-a utjecati na promjene u utjecaju SES-a na zdravlje. U opaženom razdoblju nije došlo do ukupnog pada BDP-a, a porast osobnih troškova za zdravstvene usluge bio je razmjerno malen. Naši podaci ne omogućuju jasan zaključak je li to razlog odbacivanja naše hipoteze. Ono što je moguće jest dodatno razmotriti odnos dostupnosti i SES-a.

Hipoteza 2. Povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a 2010. godine

U ovu analizu krenuli smo s očekivanjima koja su u skladu s dosadašnjim nalazima o odrednicama nejednakosti u zdravlju, a jedno od očekivanja bilo je da će dostupnost zdravstvenih usluga biti snažno povezana sa SES-om. Analiza je pokazala da postoji slaba ali značajna povezanost sa SES-om. Podsjetimo, u dimenziji dostupnosti zdravstvenih usluga uključili smo pokazatelje dostupnosti dugog čekanja, neljubaznost osoblja, poteškoće zbog udaljenosti liječnika te fizičke dostupnosti.

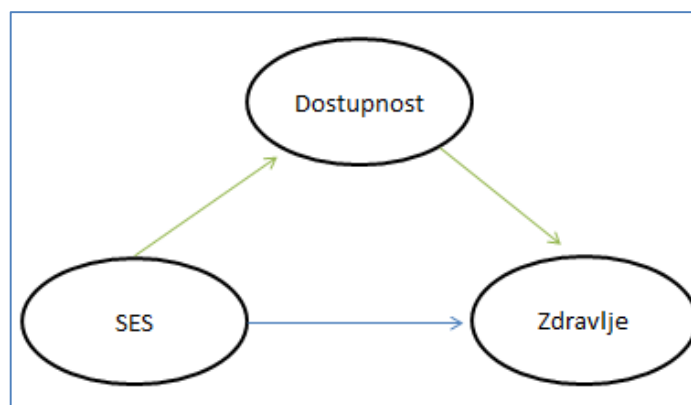
Zastanimo kratko s promišljanjem dostupnosti zdravstvenih usluga, koja je sama po sebi vrlo složen koncept. Mnogi istraživači je smatraju sinonimom korištenja zdravstvenih usluga, implicirajući da je korištenje zdravstvene zaštite ujedno i dokaz da su osobi te usluge dostupne. Dostupnost može implicirati mogućnost korištenja usluga kroz manifestaciju tih mogućnosti, a razlike u korištenju usluga mogu predstavljati prihvatljive razloge (osobne preferencije) ili neprihvatljive razloge (troškovi, udaljenost, gubitak radnih dana). Whitehead i suradnici su definirali dostupnost kao mogućnost da osoba ima osiguran raspon usluga, na specifičnoj razini kvalitete koja je podložna specifičnoj maksimalnoj razini osobnog troška i pogodnosti, uz istovremeno posjedovanje specifične razine informacija (Whitehead i sur., 1997). U tom smislu postoji razlika između dostupnosti usluga i realnog korištenja tih usluga. Prepreke dostupnosti, kako smo ranije opisivali, mogu biti financijske, organizacijske, društvene ili kulturne. Ne treba zaboraviti vrijeme, odnosno pravovremenost– dobivanje kvalitetne zdravstvene usluge tada kada je osobi potrebna. Sa strane ponude zdravstvenih usluga, da se izrazimo ekonomskim rječnikom, zdravstveni resursi trebali bi biti geografski raspoređeni prema veličini populacije i potrebama, a ne kako je to najčešće slučaj, prema historijskom uzorku distribucije po relativno bogatijim regijama (Oliver i Mossialos, 2004). Na sličan način, liste čekanja ne bi se smjele značajno razlikovati prema prihodovnim razredima. Na potražnju za zdravstvenim uslugama osim osobnih preferencija utječu znanje, informiranost i troškovi putovanja. Kako ćemo kasnije vidjeti, razina znanja i informiranosti o zdravstvenim uslugama važna je i u percepciji dostupnosti u Hrvatskoj.

Razmišljajući o utjecaju SES-a na zdravlje te o nalazu ove hipoteze, pretpostavljamo da je riječ o tome da je dostupnost zdravstvenih usluga posrednik odnosa SES-a i zdravlja. Kako bi rasprava o različitim načinima na koje nezavisne varijable djeluju na našu promatranu zavisnu varijablu zdravlje bila jasnija, spomenut ćemo ukratko konceptualne definicije izravnog i posrednog utjecaja. Odnos dviju varijabli

može biti konceptualiziran kroz uzročno-posljedični odnos i kao model neizravnih utjecaja – ishod moderatorskih i medijacijskih odnosa (Berger, 2003).

Moderator je varijabla koja utječe na smjer i/ili jačinu veze između nezavisne i zavisne varijable (prediktora i kriterija), drugim riječima kroz interakciju s prediktorom utječe na kriterij. Moderator može biti kvalitativna (obično spol, rasa i sl.) i kvantitativna varijabla (na primjer iznos Gini koeficijenta), koja određuje kada će određeni utjecaj biti prisutan (Baron i Kenny, 1986).

Medijatorska varijabla objašnjava kako i zašto se određeni utjecaj manifestira, odnosno predstavlja generativni mehanizam kroz koji prediktor djeluje na kriterij. Tip medijacijskog odnosa u ovom slučaju (tipologija četiri medijacijskih odnosa prema Shoutu i Bolgeru, 2002) jest da prediktor SES, pored specifičnog izravnog utjecaja na kriterij zdravlje utječe i neizravno – putem medijacijske varijable dostupnosti (Slika 11).



Slika 11 Prikaz odnosa medijatorske varijable dostupnost

Bez inzistiranja na detaljima možemo reći da je SES povezan sa zdravljem, ali da je barem dio njihovog međusobnog odnosa posredovan dostupnošću zdravstvenih usluga. Da bismo ilustrirali kako dostupnost djeluje na zdravlje, u daljnjem ćemo tekstu objasniti kako djeluje u različitim sredinama.

Pogledamo li kontekst europskih istraživanja, vidjet ćemo da je u Europskoj socijalnoj povelji jedno od glavnih načela zdravstvenih sustava imperativ dostupnosti (zdravstvenih usluga odnosno zdravstvene zaštite)¹⁵. Države članice EU usuglasile su se 2006. godine o zajedničkim ciljevima u pogledu dostupnosti, kvalitete i financijske

¹⁵ Revidirana Europska socijalna povelja, Strassbourg, 3. svibnja 1996.

održivosti zdravstvene zaštite u kontekstu otvorene metode koordinacije za socijalnu zaštitu i socijalnu uključenost.¹⁶ Osim same dostupnosti, naglašena je važnost transparentnih kriterija za pristup liječenju i obveza država da imaju prikladan sustav zdravstvene zaštite koji osigurava da su svi dijelovi stanovništva uključeni u primanje usluga zdravstvene zaštite.

Pogledamo li dalje kontekst dokaza o dostupnosti, nailazimo na podatke UNDP-ovog istraživanja (UNDP, 2006; Šućur, 2007) o kvaliteti života u Hrvatskoj provedenog 2006. godine (Slika 12), te vidimo da dvije trećine stanovnika Hrvatske (67%) navodi dobar pristup zdravstvenim uslugama. Oni koji su percipirali poteškoće, oko petina građana, su većinom žene, osobe starije životne dobi, oni s nižim stupnjem obrazovanja i nižim prihodom kućanstva, stanovnici ruralnih područja te nezaposleni. Rezultati našeg istraživanja sugeriraju, između ostalog, medijacijsku ulogu dostupnosti u odnosu između SES-a i zdravlja.

Poteškoća	Četiri južnoeuropske zemlje	Ostale EU 15 zemlje	Novo članice EU	Zemlje kandidatkinje	HR
Udaljenost od mjesta liječenja	9	2	6	26	12
Odgoda termina pregleda	19	7	14	27	22
Čekanje u ordinaciji	20	7	15	29	17
Troškovi povezani s liječenjem	17	4	15	32	19

Slika 12 Poteškoće u pristupu zdravstvenim uslugama (% onih koji su izjavili da im je određen problem jako otežao pristup)¹⁷

Izvor: European Foundation for the Improving of Living Conditions (2004)¹⁸, preuzeto iz Šućur, 2007.

Gledajući deskriptivno čestice dimenzije dostupnosti kod naših nalaza uzorka iz 2010. godine, najviše prepreka dostupnosti bilo je izraženo kroz dugo čekanje (28%), što je usporedivo s odgodom termina pregleda (također čekanje), a fizička dostupnost bila je

¹⁶ Mišljenje Zajedničkog odbora za socijalnu zaštitu / Odbora za gospodarsku politiku o komunikaciji Komisije „Raditi zajedno, raditi bolje: prijedlozi za novi okvir modela otvorene koordinacije socijalne zaštite i politike uključivanja u Europskoj uniji” iz ožujka 2006. g.

¹⁷ U ovom radu, varijabla financijske dostupnosti nije uključena u dimenziju (instrument) dostupnosti koju smo koristili kod analiza, budući da je ona snažno povezana s primanjima u SES-u, te je zbog visoke korelacije nismo željeli uključiti.

¹⁸ <http://www.eurofound.europa.eu/surveys>

na zadnjem mjestu sa 7% te nije bila tako izražena kao kod Šućura i sur. Financijski troškovi bili su prepreka dostupnosti kod 14% našeg uzorka, odnosno, kako vidimo na 19% uzorka iz 2004. g.

Razlike u pristupu povezane s osobnim dohotkom, na koje upućuju službene statistike Europske komisije, potvrđuju rezultati UNDP-ove ankete, prema kojima su u Hrvatskoj razlike u dostupnosti s obzirom na SES mnogo veće nego u ostalim zemaljama. Stanovnici u najnižem dohodovnom kvartilu imaju puno veće poteškoće u dostupnosti nego oni u najvišem (Slika 13).

Poteškoća	Ukupno	Prvi dohodovni kvartil (najniži)	Četvrti dohodovni kvartil (najviši)	Odnos prvog i četvrtog kvartila
<i>Udaljenost od mjesta liječenja</i>				
EU 15	4,1	5,4	2,3	2,3
Nove članice EU	6,5	9,4	3,8	1,5
Hrvatska	12,8	26,0	3,9	6,7
<i>Odgoda termina pregleda</i>				
EU 15	11,1	12,0	7,9	1,5
Nove članice EU	14,3	16,4	12,1	1,4
Hrvatska	23,3	32,8	20,0	1,6
<i>Čekanje u ordinaciji</i>				
EU 15	11,3	11,9	8,7	1,4
Nove članice EU	14,7	18,4	12,9	1,4
Hrvatska	18,3	25,6	15,5	1,7
<i>Troškovi povezani s liječenjem</i>				
EU 15	8,2	9,9	4,5	2,2
Nove članice EU	15,4	22,1	10,3	2,1
Hrvatska	20,3	38,1	8,7	4,4

Slika 13 Poteškoće u pristupu zdravstvenim uslugama i dohodovne razlike (% onih kojima je određen problem jako otežao pristup)

Preuzeto iz: Šućur, Zrinščak, 2007

S druge strane, velik dio dokaza ukazuje na to da je dostupnost zdravstvene zaštite uglavnom povezana s osobnim dohotkom i socioekonomskim statusom, preciznije privatnim troškovima za zdravstvo. U području javnozdravstvene znanosti (i ekonomike zdravstva) često se raspravlja o učinkovitosti različitih modela zdravstvenih sustava na zdravlje i jednakosti u zdravlju. Najčešće spominjan primjer je zdravstveni sustav SAD-a (temeljen uglavnom na financiranju zdravstvene zaštite iz privatnih izvora) s izuzetno ograničenim pristupom zdravstvenim uslugama onih koji nemaju sredstava. Često se navodi naizgled paradoksalna situacija – s jedne strane visoka izdvajanja za zdravstvo

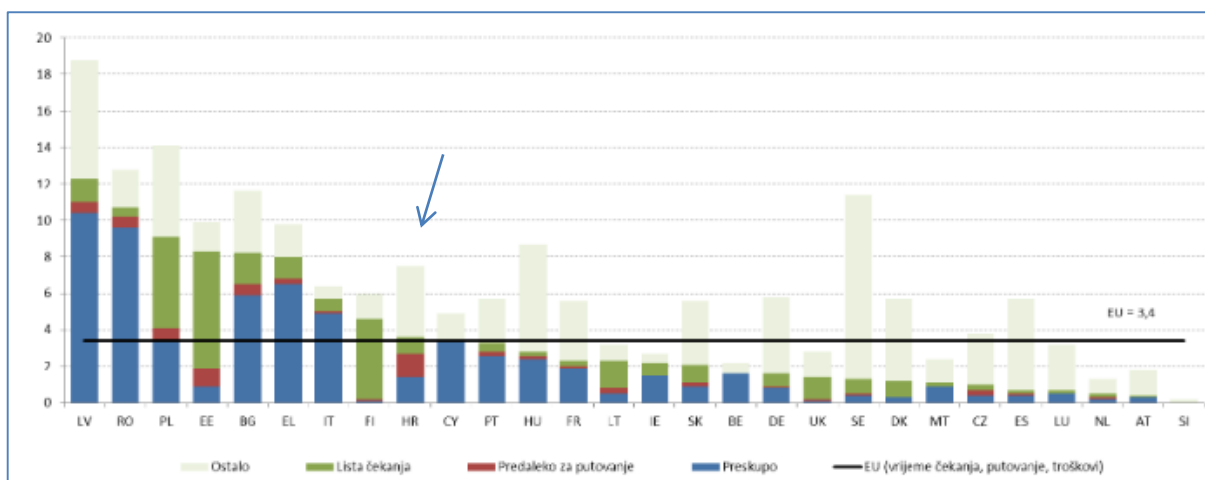
(17% BDP-a naspram OECD prosjeka od 9,6%), a s druge strane vrlo slabi zdravstveni pokazatelji (ispod OECD prosjeka, OECD, 2011; Cooper, 2000).

U kontekstu dostupnosti zdravstvenim uslugama vezane za privatne troškove dokazi domaćih i studija iz susjednih zemalja pokazuju da su privatni troškovi za lijekove znatno veći od onih za druge vrste zdravstvene zaštite pokrivena vlastitim sredstvima (Mastilica, 1993; Baji, 2012). Nacionalne odluke o određivanju cijena lijekova i naknadama troškova skupih lijekova imaju izravne i neizravne utjecaje na pristup lijekovima u cijelom EU-u: inovativni proizvodi nisu uvijek u isto vrijeme dostupni u svim državama članicama, a u nekim zemljama možda uopće neće biti dostupni¹⁹. Napretkom suvremene farmacije i medicine sve je više skupih lijekova koje si građani ne mogu priuštiti svakako zbog cijene ili posredno, jer zbog skupoće ili nekog drugog razloga lijek nije uvršten na listu lijekova financiranih iz javnih izvora.

Osim dohodovnih i financijskih prepreka, na dostupnost zdravstvene zaštite izravno utječu i modeli organizacije i upravljanja zdravstvenim sustavom. Pacijentu se pristup zdravstvenoj zaštiti može činiti otežanim ako su zdravstveni sustavi složeni i nedostaje im transparentnosti – na primjer, javno (ne)dostupne liste čekanja.

Pokazatelj koji se često upotrebljava u službenim statistikama su poteškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti zbog razloga kao što su vrijeme čekanja, udaljenosti i troškovi (EK 2014). Navedeni rezultati proizlaze iz samoprijavljenih potreba, pa se neke od razlika među zemljama mogu objasniti kulturnim različitostima i percepcijama različitih zemalja (Slika 14).

¹⁹ Komunikacija EK o učinkovitim, pristupačnim i otpornim zdravstvenim sustavima, Bruxelles, 4.4.2014.



Slika 14 Neispunjene potrebe za liječničkim pregledima po razlogu, udjelu stanovništva (%), prema vlastitim navodima²⁰

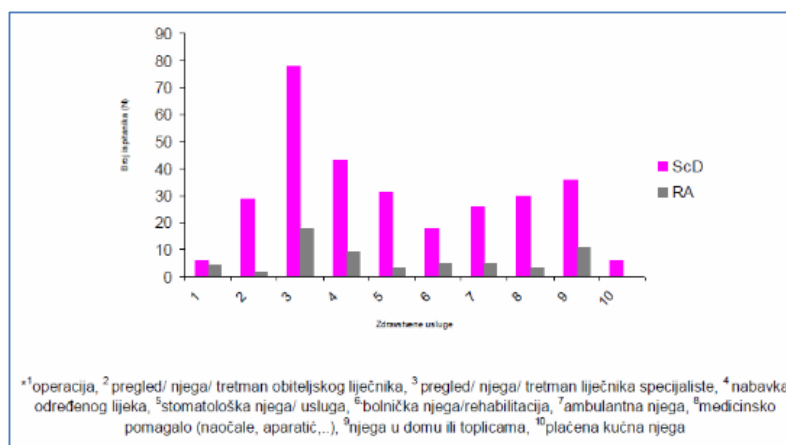
Iako je pokrivenost zdravstvenim osiguranjem u Hrvatskoj visoka, odnosno univerzalna, čini se da je najsnažniji razlog percipiranoj nedostupnosti predugo putovanje (Slika 14). To predstavlja posebno ozbiljan izazov u ruralnim i udaljenim područjima, pretpostavljajući da organizacija zdravstvene zaštite (odnosno dostupnost) posebno na otocima i u unutrašnjosti nije dovoljno kvalitetna. Osobe kojima je potrebna zdravstvena njega ne žele predaleko putovati ili predugo čekati da bi dobili usluge koje su im potrebne. Specifična obilježja kao što su prostorna udaljenost i izolacija od kopnenih medicinskih centara te mali broj i nepovoljne dobne strukture korisnika otežavaju pružanje kvalitetne i kontinuirane zdravstvene skrbi na otocima (Popović, 2013). Otok Lastovo, naš najjužniji naseljeni otok, dobar je primjer neodrživosti koncepta „jednake zdravstvene skrbi“ za stanovništvo od kopna udaljenijih otoka. Neki autori pokušali su pak s druge strane objasniti kako dobra društvena povezanost na otocima intevenira i „pobjeđuje“ slabiji ekonomski i socioekonomski status (Smoljanović, 2007; Stipčić, 2015).

Od domaćih radova koji su nastojali istražiti načine dostupnosti, Stanić je u istraživanju o nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti dobio najslabije ocjene na varijablama povezanosti ambulante s ostalim dijelovima zdravstvenog sustava (bolnica, specijalisti, dijagnostika, ljekarne), dostupnosti ambulante javnim prijevozom i

²⁰ Napomena: „ostali razlozi“ odnosi se na razloge kao što su „nedostatak vremena“, „strah od liječnika“ itd.

medicinskoj opremljenosti ordinacije (Stanić, 2007). U našem radu dostupnost zdravstvenim uslugama je bila najizraženija u smislu prepreka dugog čekanja, što je dijelom usporedivo s povezanošću razina zdravstvenog sustava (nedostatak integriranosti sustava može rezultirati dužim čekanjem na zdravstvenu uslugu). Može se reći da je dostupnost različito percipirana među građanima, što prema navedenom istraživanju dijelom ovisi o socioekonomskom statusu sudionika. Važno je naglasiti da se ovdje radi o percepciji, a kako možemo vidjeti kasnije, muškarci i žene imaju različitu percepciju vremena čekanja na pregled ili fizičke udaljenosti liječnika.

Također, u kontekstu istraživanja u Hrvatskoj koja su se bavila istraživanjem razlika u dostupnosti zdravstvenih usluga nalazimo na rezultate istraživanja koje se naslanja na NUZ 2010. Bilajac (2015) je istraživala percepciju dostupnosti zdravstvenih usluga vezanu uz udaljenosti u dvije skupine sudionika: one koji primaju socijalnu pomoć (ScD – socijalno deprivirana skupina) te radno aktivnih sudionika (RA) (Slika 15).



Slika 15 Prepreke u dostupnosti zdravstvenih usluga

Preuzeto iz: Bilajac, 2015.

Najčešće zdravstvene usluge kod kojih je percipirana manja dostupnost zbog udaljenosti u ovom uzorku bile su pregled liječnika specijalista, nabava potrebnog medicinskog pomagala te stomatološke usluge. Financijska nedostupnost bila je najčešće vezana uz nabavu lijeka, pregled liječnika specijalista te pregled stomatologa. S druge strane, u spomenutom radu je zadovoljstvo sudionika dobivenom zdravstvenom zaštitom na svim razinama percipirano vrlo visoko, a posebno kod sudionika iz socijalno deprivirane skupine. Nalaz ovoga istraživanja upućuje da povjerenje u zdravstveni sustav može dijelom premostiti percipiranu dostupnost (bilo vremensku zbog čekanja na uslugu,

lokacijsku zbog udaljenosti ili financijsku) kod osoba kod kojih bi se očekivalo da je zbog slabijeg socioekonomskog statusa dostupnost ozbiljnije ugrožena.

Problemi udaljenosti korisnika zdravstvenih usluga i servisa u Hrvatskoj nastoje se djelomično prevladati rješenjima e-zdravstva i telemedicine, kao i povećanjem transparentnosti koncepta „nepotrebne odgode” pri čekanju na liječenje, u skladu s Uredbom 883/0420 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004.²¹ i Direktivom 2011/24 o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti²². Ovo se odnosi na dio građana koji pate od akutnih bolesti s potencijalom fatalnog ishoda, a kojima je potrebna hitna dijagnostika i intervencija (na ovom području su najduže liste čekanja). HZZO je uveo mjere i kriterije nepotrebne odgode, a jasnije javno komuniciranje kriterija i modaliteta ove usluge doprinosi smanjenju nejednakosti u pristupu ovim uslugama i mjerama.

Ovakvi napori mogli bi utjecati na smanjenje povezanosti SES-a i dostupnosti zdravstvenih usluga.

Sljedeći čimbenik koji utječe na percepciju dostupnosti predstavlja opseg javno financiranih zdravstvenih postupaka, te razinu i razumijevanje usluga dostupnih u javnom zdravstvu (ili bolje rečeno besplatnih). U opsežnoj studiji provedenoj 2012. g. koja je istraživala dostupnost zdravstvene zaštite u sedam europskih zemalja (Belgija, Francuska, Njemačka, Grčka, Nizozemska i Velika Britanija) ustanovljeno je da znanje bilo glavna prepreka dostupnosti zdravstvenim uslugama, odnosno nerazumijevanje zdravstvenog sustava i administracije u zdravstvu (Chauvin, 2012).

U Hrvatskoj vrlo dobar primjer razine razumijevanja i dostupnosti predstavljaju usluge stomatološke zaštite. Naime, određeni suvremeni postupci liječenja pokriveni (financirani) su u različitim omjerima (stoga je radi različitog stupnja pokrivenosti postupaka stomatološke zaštite ova usluga često percipirana kao manje dostupna). Konkretni primjer koji dijelom objašnjava ovu percepciju je situacija u kojoj je prije donošenja Pravilnika o opsegu osnovnih usluga koje plaća HZZO, postojala različita praksa naplate određenih tipova postupaka među stomatolozima, pa čak i praksa naplaćivanja besplatnih usluga.²³ Privatni ugovorni stomatolozi, koji imaju ugovor s HZZO-om su dio javnog zdravstva i ne smiju naplaćivati pacijentima svoje usluge, jer su

²¹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=CELEX:02004R0883-20140101&from=HR>

²² http://aaz.hr/sites/default/files/direktiva_primjena_prava_pacijenata_u_prekograncnoj_zdravstvenoj_skrbi.pdf

²³ Pravilnik o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN 38/2013

za to već plaćeni od HZZO-a. Prema Pravilniku Stomatološke komore, naplata po cjeniku Stomatološke komore obvezujuća je za one izvan sustava javnog zdravstva, no medijski napisi ukazuju da to nije bilo tako, te je HZZO primio niz pritužbi na ovu temu. Jedan od uzroka percepcije nedostupnosti stomatoloških usluga koju navodi nekoliko spomenutih domaćih radova svakako je financijska nedostupnost (povezana sa SES-om), kao i netransparentnost sustava.

Razlog relativno slabe povezanosti dostupnosti i SES-a u našem istraživanju vjerojatno su strukturne karakteristike hrvatskog zdravstvenog sustava koji stvarno i ustavno jamči dostupnost zdravstvenih usluga svim građanima. Naime, Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje da se mjerila za organiziranje mreže javne zdravstvene službe odrede uvažavajući dostupnost zdravstvene zaštite po područjima, te se u Zakonu posebno spominju otoci i unutrašnjost. Također, sustavno se radi na nabavci zdravstvenih uređaja (koji se kupuju iz županijskih proračuna, dobivaju iz donacija ili financiraju iz redovnih proračunskih sredstava) kako bi se smanjili redovi čekanja i povećala dostupnost. Organizacijska struktura hrvatskoga zdravstvenog sustava kao i njegove strategije nastoje dosljedno i održivo osigurati dostupnost i kvalitetu zdravstva bez obzira na regiju ili socioekonomski status. U tom smislu može se reći da je dostupnost zdravstvene zaštite mjesto kontinuiranog poboljšanja u sustavu, posebno u vrijeme komuniciranja predizbornih programa političkih stranaka.

Zaključno možemo sugerirati da su, unatoč percipiranim preprekama u dostupnosti, građanima zdravstvene usluge bile ipak dostupne bez obzira na njihov SES.

Hipoteza 3. Povezanost dimenzija psihološka obilježja i društvena povezanost sa zdravljem

Pretpostavili smo da, osim strukturnih dimenzija, kao što je SES, na zdravlje utječu individualne dimenzije (psihološka obilježja) i društvene dimenzije. Preciznije, zanimala nas je povezanost dimenzija psiholoških obilježja i društvene povezanosti, čimbenika društvenog kapitala. U razmatranju ove povezanosti obično se nameće povratno-zaštitni utjecaj ovog odnosa. Banalno rečeno, optimističniji ljudi su druželjubiviji, više privlače druge ljude – veze među ljudima će možda biti kvalitetnije i trajnije.

Psihološka obilježja operacionalizirali smo kroz ljestvice sreće i optimizma i lokusa kontrole. Započnemo li s optimizmom, vidjet ćemo da su studije koje su se bavile optimizmom velikim dijelom vezivane za kontekst zdravlja, redom nalazeći povezanosti

između optimizma i pokazatelja psihološko i fizičkog zdravlja (Kubzansky, 2001; Puig-Perez, 2015; Rasmussen, 2009). Nalazi studija pokazuju da kod fizičkog zdravlja optimizam utječe kroz dva mehanizma – zdravstveno ponašanje i mehanizam suočavanja s teškim situacijama kao što je bolest. Optimizam, često definiran kao očekivanje da se dogode dobre stvari, povezan je također s motivacijom i upornosti u zahtjevnim i teškim životnim situacijama (Carver i Scheier, 2014; Hitlin i Elder, 2007). Kao i optimizam, osjećaj sreće utječe na strukturne okolnosti, ima motivacijska svojstva i temelj je za važne stavove, percepcije i napore koji su usmjereni k ostvarivanju ciljeva (Peterson, 2000; Turner i Stets, 2006). Međutim, optimizam je prilično jedinstven i još važnije, trajan izvor aktivacije, društvene stratifikacije, povezan s nizom ekonomskih, zdravstvenih i društvenih koristi kao što su samoučinkovitost, lokus kontrole, obrazovanje (za koje znamo da ima pozitivan doprinos zdravlju), povećanje samopouzdanja, povećanje zdravlja i osjećaj vlastite vrijednosti (Hitlin i Elder, 2007). Ostali psihološki resursi kao što su osjećaj kontrole i samopouzdanje više su podložni promjenama kroz tijek životnih događaja (Andersson, 2014). Sve navedene koristi aktiviraju se u vrijeme krize i jače su izražene kod žena nego kod muškaraca (Andersson, 2014), što smo potvrdili u ovomu radu.

U skladu s prethodnim objašnjenjima, u medicinskoj literaturi nalazimo uglavnom dokaze o povezanosti kroničnih bolesti (i s njima povezanih boli i ostalih problema) sa srećom i optimizmom, a jedna od meta-analiza pokazala je da optimizam ima snažniji učinak na subjektivno percipirano zdravlje nego na fizičko zdravlje (Rasmussen i sur., 2009).

Iako jedan dio nalaza ukazuje da je optimizam poprilično snažan i dosljedan kroz život u našem uzorku, dob se pokazala značajno (negativno) povezanom s dimenzijom psiholoških obilježja, odnosno sa životnim optimizmom, srećom i lokusom kontrole. Vrijednost našega rezultata korelacije povezanosti smatra se niskom²⁴, a relevantni nalazi povezanosti dobi i optimizma se podosta razlikuju u literaturi (ovisno, naravno i o tipovima istraživanja i uzorcima). Jedan dio nalaza objašnjava da se optimizam lagano smanjuje s dobi (Gallup, 2000), što je moguće objasniti povezanošću smanjenja osjećaja optimizma, lokusa kontrole i sreće s većim pobolom u kasnijoj dobi ili spoznajom o nemogućnosti interne kontrole tijekom bolesti (ozdravljenja) s procesima koje donosi starenje (Wise, 2014). S druge strane, sve veći broj nalaza upućuje na suprotno, kako je

²⁴ Vrijednost od -0.168 općenito se smatra slabom povezanosti.

starenje povezano s većim optimizmom (Shallcross, 2013), no upitno je koji sve mehanizmi posreduju ovom povezanosti (npr. mehanizam prihvaćanja, koji kroz prihvaćanje životnih okolnosti povećava optimizam i aktivira pozitivne emocije). Dodatno, s vremenom (starenjem) promjene u optimizmu prate promjene u razini zdravlja (Chopik, 2015). U domaćoj studiji provedenoj na starijim osobama optimizam je bio povezan s većim stupnjem zadovoljstva životom i stupnjem sreće (Ambrosi-Randić i Plavšić, 2008).

No, nije samo optimizam jedina obrana od utjecaja „svijeta“. Iako se ovaj rad nije bavio zdravstvenim ponašanjem niti životnim stilom, dosadašnja saznanja upozoravaju da životni stil i ponašanje ovise dijelom o vjerovanju osobe u kontrolu nad vlastitim ponašanjem, odnosno zdravljem, čime dolazimo do lokusa kontrole.

Kako bismo pojasnili svoje nalaze, obratit ćemo detaljniju pozornost mehanizmima djelovanja ovoga konstrukta. Mehanizam djelovanja visokog internog lokusa kontrole podrazumijeva pozitivnu povezanost višeg internog lokusa kontrole s boljim zdravljem (odnosno boljim percipiranim zdravljem). Na dnevnoj osnovi postoji izloženost potencijalnim bolestima koje prijete zdravlju, a način na koji osoba percipira stvarnost i prijetnje većeg broja bolesti u višoj dobi ima veze s internim lokusom kontrole (Jacobs-Lawson, 2011).

Snažniji eksterni lokus kontrole u brojnim studijama pokazao se kod osoba sa slabijim SES-om, kod manjina i drugih depriviranih društvenih skupina. Kao takav dovodi do nedostatka aktivacije, budući da osobe ne vjeruju u vlastiti utjecaj na životna događanja (Lefcourt, 1976), a vrlo vjerojatno doprinosi nejednakostima u zdravlju, odnosno slabijem zdravlju. U tom smjeru, nalazi pokazuju povezanost lokusa kontrole sa smanjenjem pobola i smrtnosti, a rezultati na različitim uzorcima pokazali su da osjećaj kontrole osnažuje i može nadvladati imunološke deficite često povezane s osjećajima bespomoćnosti (Andersson i Conley, 2008; Peterson i Seligman, 1987). Lokus kontrole posebno je važan u konceptu održavanja i kontrole bolesti vlastitim resursima, jednostavnije rečeno zdravstvenog ponašanja kod niza bolesti kao što su dijabetes, hipertenzija, artritis, rak, srčanih i plućnih bolesti (Norman i Bennett, 1995). Autori dalje objašnjavaju da je prediktivna moć zdravstvenog lokusa kontrole povezana s moderatorskom varijablom, a to je vrijednost koja se pripisuje zdravlju. Na primjer, Weiss i Larsen (1990) identificirali su pojačani odnos internog lokusa kontrole i zdravlja kad se procjenjivala vrijednost zdravlja. U tom smislu, kod osoba kod kojih zdravlje

predstavlja vrijednost postoji povećana svijest o zdravstvenom ponašanju te je kod takvih osoba interni lokus kontrole snažnije povezan sa zdravljem²⁵.

U našem istraživanju lokus kontrole kao dio psiholoških obilježja također je značajno statistički povezan sa zdravljem. Na tragu navedenih radova, autori koji su proučavali psihološka obilježja sreće optimizma i lokusa kontrole ukazuju da su veći optimizam i manji pesimizam bili povezani s boljim mentalnim zdravljem, kvalitetom života i manjim invaliditetom (Gruber-Baldini, 2009).

Međutim, lokus kontrole osjetljiv je na težinu bolesti: radi li se o teškoj bolesti, osoba može slabije kontrolirati svoju bolest i pretpostavlja se da je interni lokus kontrole manje koristan. Christensen i suradnici (1991) ustanovili su povezanost lokusa kontrole s depresijom kod bolesnika s terminalnim zatajenjem bubrega i barem jednom neuspješnom transplantacijom, za razliku od osoba koje su prethodno imale uspješnu transplantaciju. Zbog toga osobe s internim lokusom kontrole vjerojatno bolje reagiraju na intervencije koje ih uključuju u izbore terapije, donošenje odluka i naglašavaju osobnu odgovornost, dok su u onih s eksternim bolje intervencije u kojima im se omogućuje društvena potpora i smanjenje stresa uz potporu zdravstvenog osoblja (Coulter, 1997). Od domaćih autora treba spomenuti Petriček (2012), koja je ukazala upravo na navedene različitosti utjecaja lokusa kontrole kod bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 i infarkta miokarda, na tijek i kontrolu njihovih bolesti.

Razmotrimo li povezanost psiholoških obilježja i društvenih povezanosti, nalazimo da su studije s područja društvenih odnosa pokazale da optimisti imaju bolje društvene odnose, djelomično i zbog toga što se više trude oko tih odnosa (Carver i Scheier 2014). Kako navode Scheier i Carver (2014), optimizam je kognitivni konstrukt vezan uz motivaciju: optimistične osobe aktiviraju napore dok se pesimistične osobe isključuju iz napora. Nalazi jedne presječne studije pokazali su da optimizam kao osobina u partnerskim odnosima pozitivno utječe na ishod sukoba i stvara veće zadovoljstvo odnosom (Srivastava i sur., 2006). Učinak optimizma bio je posredovan percipiranom potporom koja čini se promovira niz podržavajućih procesa u partnerskim odnosima. Štoviše, nakon jedne godine, optimizam kod muškaraca bio je prediktor statusa odnosa (ibid).

²⁵ Pa ipak, neke studije ukazale su na to da povećana vrijednost zdravlja i internog lokusa kontrole nisu nužno prediktori zdravstvenog ponašanja (Bennett i sur., 1993).

U našem istraživanju pokazala se povezanost između konstrukta društvene povezanosti i psiholoških obilježja uz kontrolu sociodemografskih varijabli. O tome da je društvena povezanost snažno korelirana s visokim razinama sreće u literaturi postoji veliki broj nalaza (Kimweli i Stilwell, 2002; Lee i Robbins, 1998; Myers, 2000; Putnam, 1995).

Odnos između društvenih povezanosti i zdravlja (odnosno bolesti) složen je i vjerojatno dvosmjernan, pa vjerojatno i slabo samoprocijenjeno zdravlje i njegovo pogoršanje mogu biti prediktori slabih društvenih odnosa (Lund i sur., 2004).

Kako bismo malo rasvijetlili ovaj nalaz, navodimo nekoliko radova koji su se vrlo dosljedno bavili ulogom psiholoških obilježja: optimizma i lokusa kontrole u nejednakostima u zdravlju i povezanosti s drugim dimenzijama (prvenstveno društvenom povezanosti).

U zemljama OECD-a najkonkretniji nalazi o povezanosti društvene povezanosti, sreće (psihološka obilježja) i zdravlja imaju izvor u urbanim (Gittel i Vidal, 1998; Sampson, Morenhoff i Earls, 1999) i javnozdravstvenim studijama (Kawachi, Kennedy i Glass, 1999; Kawachi i Berkman, 2000) u kojima, uz kontrolu ključnih varijabli, oni koji su dobro povezani bit će prije zaposleni, imati osigurane stambene uvjete, biti zdravi i sretni, bit će prije promovirani, imati bolje plaće i živjeti duže. Kapacitet optimizma, kroz visoko kvalitetne odnose povećava pozitivna psihološka obilježja. tj. kroz interakciju s drugima i uspostavu pozitivnih odnosa osobe stvaraju optimistična stanja i kod drugih (Hatfield i sur., 1994; Hsee i sur., 1990). Empirijske studije o utjecaju društvenih povezanosti na zdravlje pokazale su da su društveni odnosi poput neke vrste društvenog štita koji upravlja rizicima i apsorbira utjecaj ekonomske krize na društveni kapital (Woolcock, 1998).

Bez obzira kvalitetu na društvenih kontakata, njihova količina također je vrlo važna za zdravlje: čini se da postoje prednosti za one s većim društvenim mrežama (Stansfeld i sur., 1998). Studija iz 2004. godine otkrila je da prosječni Amerikanac ima samo dvije bliske osobe u koje može imati povjerenja, dok je gotovo 25% osoba izjavilo da nema niti jednu takvu osobu (McPherson, 2006). Dio objašnjenja ponudio je puno ranije Thoits, objašnjavajući kako varijabilnost društvenih veza dopušta osobama održavati višestruke identitete u velikom rasponu odnosa, što je dobar protektivni čimbenik od utjecaja stresa (Thoits, 1982). U našim nalazima preko 25% ispitanika izjavilo je da ima dvije bliske osobe te njih 25% da ima između tri i 5 bliskih osoba u

koje može imati povjerenja (posuditi manju svotu novaca ili može računati na njihovu pomoć sa starijim roditeljima dok su na putu i sl.)

Fragmenti ovog koncepta povezanosti te razne kombinacije subjektivnih i objektivnih varijabli koje utječu na zdravlje opsežno su opisivani u literaturi o nejednakostima u zdravlju i zdravstvu (Yang i sur., 2016), dok sve veći broj konceptualnih i empirijskih radova opisuje utjecaj društvenih mreža na zdravlje (Fischer, 1982; Wasserman i Faust, 1994). Istraživanja obično započinju s utjecajem društvenih povezanosti i mreža na smrtnost (Cobb, 1976; Berkman i Syme, 1979; House et al., 1982). Štoviše, temeljem istraživanja provedenih u nekoliko desetljeća neki autori tvrde da nalazi upućuju na uzročan odnos društvenih povezanosti i smrtnosti, tj. na to da nedostatak društvenih povezanosti povećava smrtnost za 50% (Marmot, 2006; Holt-Lunstad, 2010). Ljudi žive dulje ako imaju više društvenih veza, društvena izolacija u ranijoj dobi jednako šteti tijelu kao i fizička neaktivnost, dok u starosti pak šteti zdravlju više od dijabetesa (Yang i sur., 2015). Tijekom srednje životne dobi nije važna veličina društvenog kruga, već je važno da nam društvo u kojem se nalazimo daje potporu i poštuje nas (ibid). Koautorica studije temeljene na četiri nacionalne ankete SAD-a Harris tako objašnjava nalaze „Odnos između zdravlja i stupnja integriranosti u velikim društvenim vezama najjači je na početku i na kraju života, dok u srednjoj životnoj dobi veličina društvenog kruga zapravo nije toliko bitna: tada je naglasak na kvaliteti, a ne kvantiteti”.

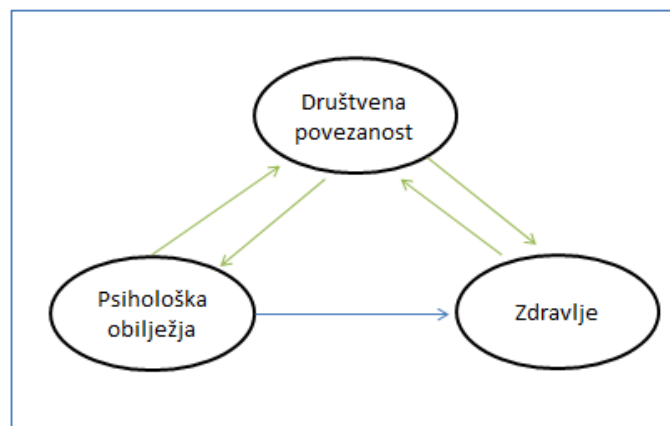
Društvene povezanosti i mreže mogu imati razne utjecaje na zdravlje, kako navode autori Smith i Christakis (2008): kroz dostupnost društvene potpore, društveni utjecaj (norme i društvena kontrola), angažman u društvu, osobne kontakte (pod time se misli na izloženost patogenima i sl.) i kroz dostupnost resursa (novac, poslovi, informacije) (Berkman & Glass, 2000).

U radovima koji su razmatrali kvalitetu dostupnosti društvene potpore vrlo konkretni nalazi pokazuju utjecaj kvalitetnog odnosa kod preživjelih od karcinoma dojke. Za razliku od osoba koje uz sebe nisu imale blisku osobu, kod osoba koje su imale potporu relaps bolesti dogodio se kasnije (radi se o sedmogodišnjoj studiji praćenja, uz kontrolu dobi, tipa karcinoma i tipa liječenja) (Maunsell i sur., 1995), a ako je bolesnik imao više od jedne osobe od povjerenja, relaps je bio još kasniji. Jedna druga studija pokazala je da je stopa preživljenja osoba koje pate od različitih tipova karcinoma u stvari funkcija broja bliskih osoba i stope preživljenja: više od četiri osobe rezultira značajno povećanom stopom preživljenja (Burns i sur., 2005). Stoga potreba za intimnim i

kvalitetnim društvenim vezama može dijelom objasniti zašto se brak često pojavljuje kao protektivni čimbenik u smislu fizičkog zdravlja (Argyle, 1999; Argyle i Furnham, 1983) i dugovječnosti (Tucker i sur., 1996).

Budući da je većina utvrđenih povezanosti uglavnom temeljena na presječnim istraživanjima, ne može se pretpostaviti da postoje uzročni odnosi (iako neki autori, kako smo prije spomenuli, smatraju da zbog jednostavne činjenice da postoji veliki broj nalaza, postoji i uzročni odnos). Dodatne prospektivne longitudinalne studije omogućile bi bolje razmatranje različitih pristranosti i čimbenika koji utječu na rezultate, uključujući i povratnu uzročnost, kako bi bolje objasnile put od društvenih povezanosti do fiziološke regulacije mehanizama bolesti (odnosno ozdravljenja).

Na kraju možemo također pretpostaviti da psihološka obilježja osim na zdravlje posredno utječu na društvene povezanosti, koje također utječu na zdravlje, te pretpostaviti da se dijelom radi i o mehanizmu povratne sprege (Slika 16).



Slika 16 Model pretpostavljenog utjecaja psiholoških obilježja i društvene povezanosti

Ne ulazeći u radove koji su pokazali povezanost pozitivnih dijelova osobnosti (kojima se u ovom radu ne bavimo: otvorenost, susretljivost, savjesnost itd.) s genskim izražajem, koji štiti od upala, odnosno omogućuje bolji imunitet (Vedhara i sur., 2015), ostaje pitanje iz našeg istraživanja, a to je jesu li psihološka obilježja pokazala važnijom od povezanosti. Čini se, prema našim rezultatima, da su individualna obilježja nešto snažnija od skupnih, posebno optimizam i lokus kontrole, ali to može biti vezano uz način mjerenja i načine na koji smo pripremili instrumente. Od niza različitih dijelova osobnosti koje su se proučavale kao zaštitni čimbenici povezani sa zdravljem, optimizam

ima najviše empirijske potpore (Berg i sur., 2007), pa možemo djelomično s time povezati, odnosno razumjeti naše nalaze.

Drugi dio objašnjenja može biti u negativnim učincima društvenih odnosa (prvenstveno obitelji): pretjeranom brigom kod kroničnih bolesnika, odnosno anksioznošću davatelja potpore ili potkrepljivanjem uloge bolesnika kada to nije potrebno (De Leeuw i sur., 2000; Penning i Strain, 1994, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006; i Plavšić, 2012). Kako objašnjava Plavšić, često se događa da bračni partner potkrepljuje pacijentova ponašanja vezana za iskazivanje boli i ulogu bolesnika, što povećava vjerojatnost da bolesna osoba dulje ostane u krevetu, ne odlazi na posao ili se ne koristi svojim optimalnim potencijalima za normalno funkcioniranje. Moguć negativni učinak potpore obitelji, premda pružene s najboljom namjerom, kod bolesnika će smanjiti osobni osjećaj kontrole, što dovodi do bespomoćnosti i ovisnosti o drugim osobama te do povećanja simptoma depresivnosti (De Leeuw i sur., 2000; Penning i Strain, 1994, prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Još jedno objašnjenje jest da su pozitivni i negativni socijalni odnosi snažnije povezani s mentalnim nego s tjelesnim zdravljem (Walen i Lachman, 2000). Walen i Lachman objašnjavaju u svom istraživanju da je kod različitih tipova odnosa (obitelj, prijatelji i partner) jedino napetost u partnerskim odnosima s partnerom povezana s objektivnim zdravstvenim problemima, dok je napetost u obiteljskim odnosima češće povezana s mentalnim i tjelesnim zdravljem žena nego muškaraca (što je opet logično zbog rodne uloge žena). U našem istraživanju društvene povezanosti su pak imale značajnijeg utjecaja kod muškaraca nego kod žena, no mi nismo radili razlike u tipovima odnosa.

Raspravu o ovoj hipotezi možemo zaključiti rekavši kako ideja da osoba ima unutarnje kapacitete koji doprinose zdravlju i koji pomažu prevladavanje bolesti zvuči ohrabrujuće i omogućuje da osoba dio rješenja za zdravstvene probleme nađe u većoj mjeri unutar sebe, a u manjoj kod drugih. Možda je riječ o tome da su psihološka obilježja snažnije povezana sa zdravljem kod osoba koje imaju interni lokus u odnosu na osobe koje imaju izraženiji eksterni lokus kontrole.

Hipoteza 4. SES i dostupnost zdravstvenih usluga snažniji su prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti i društvene povezanosti

Nastavljajući se na empirijske uvide iz literature koje smo dosad spominjali (prvenstveno autori Marmot, Wilkinson, Mastilica itd), dali smo prednost strukturnim a

ne pojedinačnim čimbenicima. Pretpostavili smo da će SES i dostupnost zdravstvenih usluga biti snažniji prediktori zdravstvenih nejednakosti od osobnosti (psiholoških obilježja) i od društvene povezanosti.

Ono što se pokazalo je da skupina dimenzija osobna obilježja i društvena povezanost imaju veću težinu za zdravlje u odnosu na strukturne dimenzije SES i dostupnost zdravstvenih usluga.

Ovdje treba reći da u ovom radu baratamo kompozitnim varijablama i ponašamo se kao da je predmet mjerenja odmjeren savršeno, pa je pitanje jesu li razlike koje smo izmjerili značajne. Upravo radi toga ne možemo sa sigurnošću tvrditi da su razlike u standardiziranim regresijskim koeficijentima značajne. To se prvenstveno odnosi na nalaz da su tri dimenzije: psihološka obilježja, društvene povezanosti i SES, bile nešto važnije od dostupnosti zdravstvenih usluga.

Rezultati su pokazali da su varijable socioekonomskog statusa, društvene povezanosti, psiholoških obilježja te dostupnosti zdravstvenih usluga u obje analize statistički značajno pozitivno povezane s varijablom zdravlje – što je viši socioekonomski status, što je bolja društvena povezanost, što su pozitivnija psihološka obilježja i što je veća dostupnost zdravstvenih usluga, to je viši stupanj zdravlja.

Uvažavajući važnost i specifične načine povezanosti ovih pokazatelja sa zdravljem, možemo ih razlikovati kao individualna (psihološka obilježja), skupna (društvena povezanost) i strukturna obilježja (SES i dostupnost zdravstvenih usluga).

Razmišljajući iz kojeg razloga bi dostupnost zdravstvenih usluga mogla biti nešto slabiji prediktor zdravlja od ostalih tri, vraćamo se na pitanje same percepcije dostupnosti. Ljudi različito percipiraju dostupnost: nije svima određena udaljenost do liječnika percipirana jednako blizu ili daleko. Dalje, muškarci i žene ne percipiraju jednako vrijeme čekanja. Percepcija može biti pitanje učenja – žene više posjećuju liječnike s djecom pa se može reći da su se senzibilizirale na čekanje, ili jednostavno žene čekanje kod liječnika ne percipiraju na jednak način kao muškarci. Ljudi različito percipiraju dostupnost, pa tako možda pesimistična osoba percipira zdravstvene usluge nedostupnima i manje ih koristi – i posljedično ima slabije zdravlje. Također, dio dostupnosti neutralizira se kroz SES – onome tko je bogatiji sve je dostupno, nije problem niti putovanje, a vjerojatno je i čekanje na zdravstvene usluge minimalno.

Studija EUROSTAT-a iz 2007. godine koja je proučavala percepciju dostupnosti u europskim zemljama²⁶ pokazala je da osobe koje imaju niske prihode, slabije zdravlje, nezaposlene su i/ili su žene²⁷ imaju sustavno veću vjerojatnost percepcije nedostupnosti zdravstvenih usluga (Cylus i Papanycolas, 2015). Iako je povezanost prihoda i percepcije dostupnosti očekivano bila snažna, percepcija poteškoća s dostupnosti nije bila fokusirana samo u skupinama s nižim prihodima. Čimbenici kao što su loša kvaliteta zdravstva i dugi redovi čekanja predstavljali su prepreke u podjednakoj mjeri u svim skupinama. Najveći utjecaj na percepciju nezadovoljenih potreba bila je skupoća određene usluge.

U prilog našem nalazu (dostupnost je bila nešto slabije povezana sa zdravljem od ostalih dimenzija) ide rasprava iz knjige *Ethics and Public Policy* (Wolf, 2011) u kojoj se objašnjava kako ljude ne čini bolesnima nedostatak zdravstvene zaštite već siromaštvo, neadekvatna prehrana, loši radni uvjeti i nezdrav način života. Ove odrednice utječu u velikoj mjeri na zdravlje, a omogućavanje bolje dostupnosti nije dovoljno i ne smije biti jedino rješenje. Wolf navodi dobar primjer kako je u Velikoj Britaniji nakon uvođenja univerzalnog sustava zdravstvene zaštite (1948. godine) nejednakost u zdravstvenoj zaštiti ostala podjednaka, te se čak dijelom i povećala. Wolf dalje objašnjava kako se se pokazalo da jednak pristup zdravstvenoj zaštiti ne znači automatski jednakost u zdravlju. Socioekonomski status ima veći utjecaj od dostupnosti; viša društvena klasa dulje i bolje živi. Dobar zdravstveni sustav (liječnici i bolnice) mogu pomoći bolesnoj osobi, no to ne znači da će osoba moći koristiti bolovanje, imati bolju prehranu i životne uvjete te se oporaviti i ozdraviti u potpunosti.

Na dostupnost zdravstvenih usluga se pak može djelovati nizom programa, kako je već spomenuto, pa to možda nije objektivna dimenzija. Neće svako povećanje dostupnosti zdravstvenih usluga odmah dovesti do boljih zdravstvenih rezultata (zato je jako bitna dobra informacijska kampanja).

Kako bismo ilustrirali povezanost dimenzija psiholoških obilježja, društvene povezanosti, SES-a i dostupnosti sa zdravljem u našoj studiji, možemo spomenuti Andersenov bihevioralni model korištenja zdravstvenih usluga, koji utjelovljuje individualna i kontekstualna (okolišna) obilježja (Andersen, 2008). Ovaj model uzeli smo kao primjer jer se usredotočuje na korištenje zdravstvenih usluga, te smo pokušali objasniti podjednaku povezanost četiriju dimenzija sa zdravljem koju smo mi dobili u

²⁶ EU-SILC anketu proveo je EUROSTAT 2007. godine.

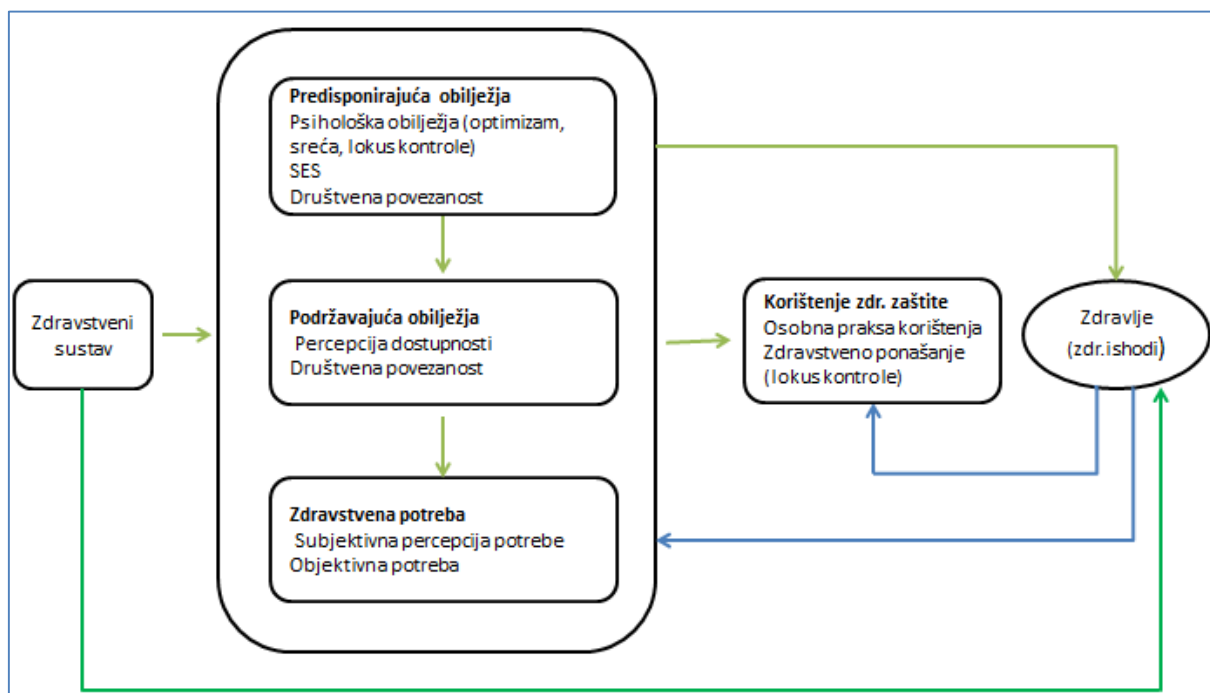
²⁷ U našem uzorku od navedenih varijabli iz EU-SILC ankete niti jedna nije značajno povezana, a žene u našem uzorku čak imaju slabu pozitivnu povezanost dostupnosti i zdravlja.

nalazima ove hipoteze. U navedenom modelu korištenje zdravstvenih usluga pod utjecajem je tri skupine komponenti (također, model pretpostavlja da korištenje zdravstvenih usluga značajno utječe na zdravstvene ishode).

Prva skupina su predisponirajući čimbenici individualnih i društvenih obilježja osobe, koji mogu utjecati na prepoznavanje potrebe za zdravstvenom uslugom ili korištenje usluge. Sociodemografske varijable (spol, obrazovanje, zanimanje, SES), znanja i vrijednosti povezane sa zdravljem i korištenjem usluga, kao i interni lokus kontrole ubrajaju se u predisponirajuće čimbenike (Andersen, 2001). U kontekstu naših nalaza ovdje se nalaze psihološka obilježja, SES i dio društvenih povezanosti.

Druga skupina odnosi se na podržavajuće (ili jednostavnije rečeno logističke) čimbenike okolnosti ili osobnih obilježja (ibid.). Ti čimbenici mogu otežati ili olakšati korištenje usluga, a u njih se ubrajaju dostupnost zdravstvenih usluga (udaljenost, liste čekanja, financijska nedostupnost), znanje o zdravstvenim uslugama, strukturna obilježja zdravstvenog sustava i društvena povezanost (Hendryx i sur., 2002). Društvene veze i potpora mogu pomoći ili odmoći osobi potražiti formalni oblik pomoći (Despot–Lučanin, 2006), pa možemo pretpostaviti da su društvene veze povezane s dostupnosti. Treća skupina podrazumijeva čimbenik subjektivne percepcije potrebe i koristi od usluge (kojom upravljaju individualna obilježja) i objektivne kliničke procjene (Andersen, 1995; 2001).

Pogledamo li Andersenov model, koji smo prilagodili našim nalazima (Slika 17), vidjet ćemo kako psihološka obilježja (osobnost), dostupnost, SES i društvena povezanost djeluju na zdravlje i izravno i posredno. Pretpostavljamo i da se dostupnost zdravstvenih usluga dijelom nalazi i u području zdravstvenog sustava koji može imati izravan utjecaj na zdravlje, odnosno da se dio percepcije dostupnosti nalazi u osobnoj praksi korištenja zdravstvenih usluga. S druge strane, moguće je da na dostupnost posredno djeluju psihološka obilježja, SES i društvena povezanost.



Slika 17 Prilagođeni Andersenov bihevioralni model korištenja zdravstvenih usluga
Izvor: Andersen, 2001, prilagođen za autoričine nalaze i potrebe rasprave

Naši podaci o većoj težini psiholoških obilježja i društvenih povezanosti potvrdili su velik dio nalaza koji idu u prilog tome kako su psihološka obilježja važan prediktor zdravlja. Psihološka obilježja predstavljaju resurse osobnosti koji oblikuju i odražavaju način na koji se nosimo sa životnim okolnostima a time i smanjuju nejednakosti u zdravlju (Stets i Cast, 2007).

U ovom radu naš indeks osobnosti konstruiran je od varijabli zadovoljstva poslom, zadovoljstva životom, skale sreće i skale optimizma. Razmišljajući o tome kako poboljšati resurse osobnosti pitanje je može li se na njih utjecati promjenom materijalno-strukturnih okolnosti kao što su (bolje) zaposlenje ili bolji uvjeti stanovanja ili pak promjenom psihosocijalnih čimbenika (bolje nošenje sa stresom, veći optimizam). Premda odgovor na ovo pitanje nadmašuje doseg ovoga rada, kratko ćemo se dotaknuti nekih od mogućih objašnjenja. Jedan dio autora koji se bave internalizacijom okolišnih čimbenika (Cullen, 1999), navodi kako upravo vanjsko društveno i fizičko okruženje utječe na osobnost pa dalje na zdravlje i pobol. Tome u prilog idu nalazi koji ukazuju na povezanost (ne)zadovoljstva poslom i životom sa zdravljem - prije svega smrtnošću, kardiovaskularnim i plućnim bolestima (Lyngne, 1997; Mathers & Schofield, 1998; Cohen,

1999;), a zatim i s duševnim zdravljem (Murphy & Athanasou, 1999; Fryers et al., 2003) kao i s većom stopom korištenja zdravstvenih usluga (Mathers & Schofield, 1998). Ne manje bitni su i mehanizmi kojima psihološka obilježja posredno utječu na zdravlje; kako smo spomenuli radi se o optimizmu koji se pokazao vrlo robusnim „zaštitnim“ faktorom za zdravlje koji djeluje posredno preko društvenih veza ali i preko SES-a.

Osim psiholoških obilježja zdravstvene posljedice okolišnih čimbenika mogu dijelom biti posredovane SES-om (Saunders & Taylor, 2002; Fryers et al., 2003). SES je također povezan sa zdravljem i posredno i neposredno. U našim nalazima SES je povezan sa zdravljem, ali je barem dio njihovog međusobnog odnosa posredovan dostupnošću zdravstvenih usluga. O povezanosti SES-a i zdravlja raspravljalo se u kontekstu prve i druge hipoteze. Iako su razlike u povezanostima sa zdravljem prilično male među dimenzijama u našem nalazu, zanimljivo je da SES nije na prvom mjestu, odnosno nije bio najviše povezan sa zdravljem. Brojni primjeri istraživanja nejednakosti u zdravlju (uglavnom sve studije Marmota i Wilkinsona) ukazivali su kako je upravo SES najvažniji. Istraživanja koja su se bavila srećom i zadovoljstvom životom pokazuju blagu povezanost između bogatstva i psiholoških obilježja (odnosno psihološke dobrobiti). Pa opet, iako osobe iz bogatijih zemalja procjenjuju sebe sretnijima od onih iz manje bogatih zemalja, novac nije garancija sreće (Diener i sur., 1985; Costa i sur., 1987). Kad se dosegne razina zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba, novac i materijalna imovina relativno malo pridonose daljnjem povećanju osjećaja sreće (Bowling, 2005)²⁸.

Naposlijetku, društvena povezanost je kao preostali dio slagalice naših dviju dimenzija podjednako povezana sa zdravljem. Društveno uključivo društvo je ono u kojem se ljudi osjećaju vrijednima, društvo u kojem se njihove razlike poštuju i u kome su njihove bazične potrebe ispunjene kako bi mogli živjeti dostojanstveno. S druge strane, društvena isključenost je proces u kome se ljudi isključuju iz društvenih, ekonomskih, političkih i kulturno vrijednosnih sustava koji doprinose integritaciji osobe u zajednicu (Cappo 2002).

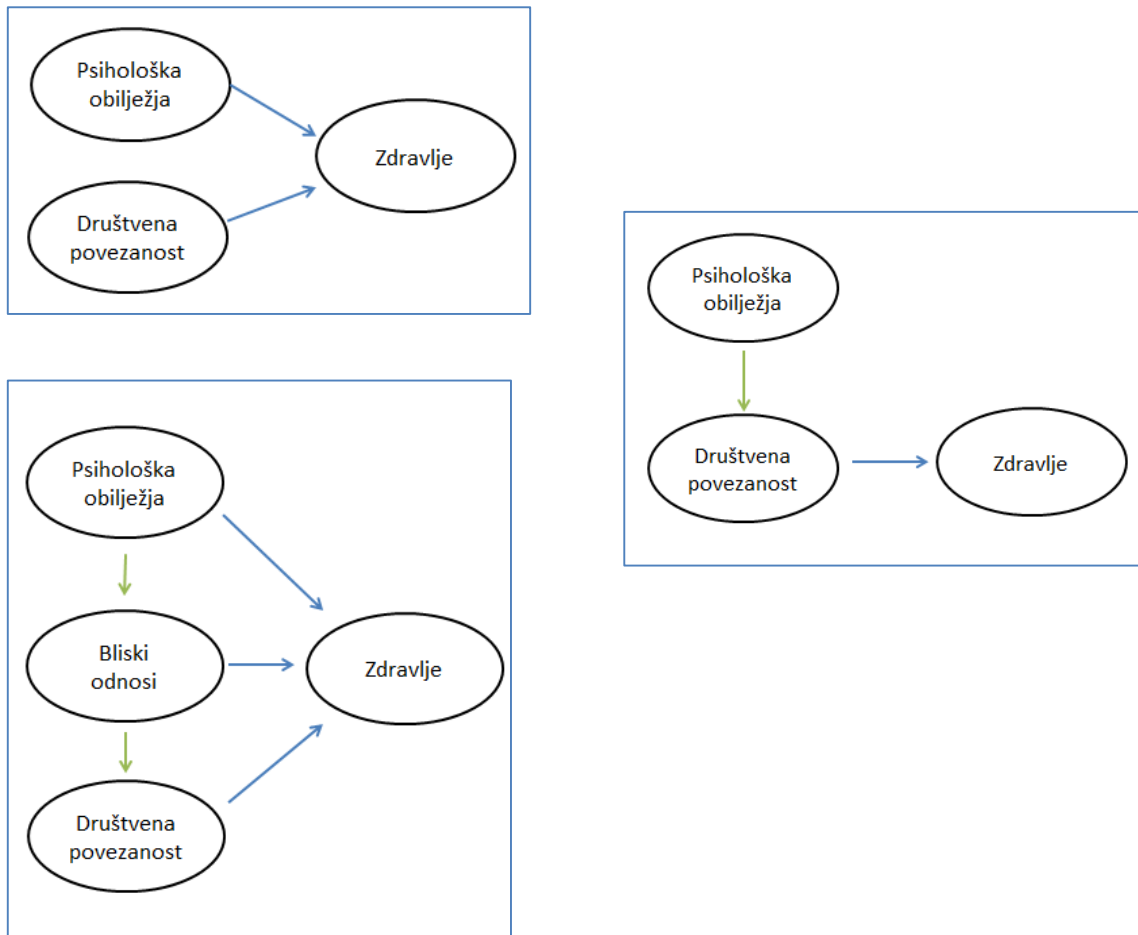
Osjećaj izoliranosti i usamljenosti (nasuprot odnosno povezanosti i prihvaćenosti) pokazao se kao faktor rizika za kardiovaskularne bolesti kroz sustavnu pretragu i meta

²⁸ Bowlingov se rad odnosi na kvalitetu života osoba starije dobi.

analizu autora Valtorta i suradnika (2015), te i naši nalazi idu u tom smjeru²⁹. Valja napomenuti da iako smo navedene varijable uključili u naš indeks povezanosti pitanje je koji od navedenog više nosi negativnih ishoda, osjećaj usamljenosti ili nedostatak fizičkog i društvenog kontakta s drugima? Iako se ovim pitanjem nismo bavili u hipotezi, nalazi ukazuju da izoliranost intenzivnije djeluje te je ovaj dio bitan u kontekstu terapijskih intervencija. Razlikovanje navedenog važno je budući da terapije koje mijenjaju percepciju usamljenosti neće imati prevelikog utjecaja ako je pravi problem nedostatak obitelji i prijatelja koji mogu dati podršku. Postoji nekoliko razloga zašto je društvena povezanost (odnosno izoliranost) bitna. Na primjer u situaciji u kojoj bolesna osoba nema (bliske) osobe u blizini, nema onoga tko će primijetiti pogoršanje simptoma i bolesti, što može oduljiti zdravstvenu pomoć i dovesti do ranije smrti. Također, sam nedostatak fizičkog kontakta bliske osobe utječe na razine hormona stresa i upale, a pokazano je da čak i fizička podrška u vidu jednostavnog držanja osobe za ruku može smanjiti krvni tlak i bol (Stepson i sur., 2013). Unatoč velikom broju istraživanja koja su dokumentirala zdravstvene rizike društvene nepovezanosti i izolacije i dalje ne razumijemo u potpunosti mehanizme kroz koje ova dimenzija djeluje na zdravlje. Postojeća istraživanja nemaju zasada širi kontekst koji bi uključio sve socioekonomske, psihosocijalne karakteristike odnosa zdravlja i društvene povezanosti.

Možemo pretpostaviti da postoji niz različitih mehanizama djelovanja psiholoških obilježja i društvene povezanosti na zdravlje. Autori Gurung i Sarason pokušali su taj dio objasniti kroz poddimenziju bliskih društvenih odnosa i kroz tri načina djelovanja (Slika 18). Prvi način je naše dvije dimenzije postavio kao nezavisne u odnosu na zdravlje, drugi pretpostavlja da osobnost djeluje kao medijator društvene povezanosti i njenog utjecaja na zdravlje, dok treći pristup podrazumijeva važnost osobnosti u gradnji bliskih odnosa a time i ostalih društvenih povezanosti (Gurung i sur., 1997).

²⁹ U našim rezultatima varijabla „slabo srce“ slabo je ali značajno povezana s društvenom povezanosti



Slika 18 Tri modela mehanizma djelovanja psiholoških obilježja i društvene povezanosti

Izvor: Gurung i sur., 1997., prilagođeno za potrebe rasprave

Čini se da su važne upravo smislene društvenih povezanosti u odnosu na zdravlje koje dijelom štite od stresa i imaju medijatorsku ulogu u fizioloških procesima zdravlja (Cassel, 1976). Pod pojmom smisljena društvena povezanost smatra se povezanost, odnosno odnos koji je dovoljno blizak da bi bio značajan, a kroz koji osoba prima tri tipa informacija koje podržavaju uvjerenje da je osoba: a) voljena i da se za nju brine, zatim b) da je osoba cijenjena i vrijedi, te c) dio mreže međusobnih obaveza odnosno obostranog računanja na pomoć i podršku kad zatreba. Ove informacije mogu podržati osjećaj osobne vrijednosti percepciju kao osobe za koju se vrijedno brinuti, te dodatno smanjiti tjeskobu povezanu s brigom o vlastitim resursima za „borbu“ s bolesti, jer postoje i drugi koji će pružiti podršku.

Ovaj treći dio informacija u ovom smo radu obuhvatili pitanjima koji se odnose upravo na pomoć i podršku bliskih osoba (prijatelja i rođaka) u slučaju potrebe. Rezultati naše studije o prosječno 25% koje imaju barem 2 osobe na koje mogu računati, te prosječno 35% koji imaju od 3 do 5 osoba na koje mogu računati, dijelom se podudaraju s rezultatima EHIS ankete provedene u Hrvatskoj koja je pokazala da 24% ispitanika ima 1-2 osoba na koje može računati u slučaju ozbiljnih osobnih problema (Slika 19).

	Broj osoba za soc. podršku kod osobnih problema			
	Nitko	1 ili 2	3 do 5	6 ili više
Muškarci	1,0*	24,0	44,8	30,2
Žene	0,6*	24,8	48,3	26,3
Ukupno	0,8	24,4	46,6	28,1

* niska pouzdanost podatka

Slika 19 Broj osoba za društvenu podršku iz EHIS istraživanja 2014. godine

Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo³⁰

Dio radova ukazao je na to da slaba društvena povezanost može povećati (negativni) utjecaj slabog SES-a i smanjiti dobar utjecaj resursa psiholoških obilježja (Lee, 2015). U tom smislu kao i kod ostalih naših dimenzija i ovdje je SES dimenzija koja posreduje, pa se tako pretpostavlja da su osobe manjeg SES-a još više podložne negativnom utjecaju društvene (ne) povezanosti.

Ne zadirući dalje u detalje ovoga pitanja, možemo reći da su naše četiri dimenzije podjednako povezane sa zdravljem, no osobnost i društvena povezanost značajnije doprinose objašnjenju zavisne varijable zdravlje. Način na koji su naše četiri nezavisne dimenzije povezane sa zdravljem vjerojatno je dijelom strukturiran razlikama po spolu, čime se bavi sljedeća hipoteza.

Hipoteza 5. Struktura utjecaja nezavisnih dimenzija bit će spolno specifična

U istraživanju povezanosti nezavisnih dimenzija sa zdravljem zanimala nas je struktura utjecaja na zdravlje, odnosno njena spolna specifičnost.

U istraživanju nije bilo značajnih razlika u zdravlju s obzirom na spol (zbog intervenirajućeg utjecaja dobi). S druge strane, analiza cijele populacije HZA 2003.

³⁰ https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/04/EHIS_kor.pdf

(ispitanici u dobi od 18 godina i više, bez dobnog ograničenja, za razliku od uzorka koji analiziramo u ovom radu, 25-65 godina starosti) pokazala je da su žene ekonomski slabijeg statusa, bez obzira na zdravstvene potrebe, rjeđe posjećivale ginekologa od onih boljeg SES-a. Upravo ovaj primjer spolnog zdravlja žena često je spominjan u globalnim studijama (SZO, 2009) koje ukazuju na problematiku nejednakosti u zdravlju kroz spolne razlike (kao središnju os nejednakosti u zdravlju). To se objašnjava time da žene imaju lošiji pristup i kontrolu nad zdravstvenim resursima od muškaraca. Jasno je da se veće spolne razlike uglavnom javljaju u afričkim državama i sličnim društvenim sustavima gdje još uvijek postoji vrlo nejednak odnos (i prava) muškaraca i žena (Vlassoff, 2007; SZO, 2009; Sen, 1990). Međutim, ne treba zaboraviti da postoje okruženja u kojima muškarci žive u značajno lošijim uvjetima zbog kojih su lošijeg zdravlja, pri čemu se primarno misli na rat i ratna zbivanja (World Bank, 2002). Zastanimo nakratko s nalazima o nejednakostima u zdravlju žena i muškaraca (kojih uglavnom ima u kontekstu nerazvijenih zemalja) kako bismo pogledali nalaze našeg uzorka.

Prema našim nalazima, razlika u prediktorima zdravlja po spolu vidljiva je isključivo u dvije dimenzije: društvena povezanost i dostupnost značajne su samo za muškarce. U daljnjem tekstu fokusiramo se upravo na ove dvije dimenzije budući da su se pokazale značajnima.

Što to znači? Prvo smo razmatrali mogućnost veće disperzije društvene povezanosti kod muškaraca. No, u analizama se pokazalo da su standardne devijacije podjednake (3,5 naspram 3,1, oko aritmetičke sredine od 21,9), pa možemo reći da su kod muškaraca društvene povezanosti prediktivne za zdravlje a kod žena nisu. Sljedeća mogućnost je da je veza zapravo obrnuta – nije povezanost ta koja djeluje na zdravlje nego obrnuto: kad su muškarci bolesni njihove povezanosti trpe, a pretpostavljamo da kod žena nije tako. Vrlo vjerojatno su zdravlje i društvene povezanosti povezane na dva načina – zdravlje omogućuje održavanje društvenih veza kod muškaraca. Kod muškaraca bolest djeluje puno restriktivnije na društvene povezanosti. Kod žena nije ustanovljena povezanost zdravlja i društvenih povezanosti. Drugim riječima, bez obzira na zdravlje, žene imaju jednaku društvenu povezanost. Ako gledamo povezanost sa zdravljem u drugom smjeru, tada možemo reći da kod muškarca mreže utječu na povećano informiranje, odnosno veću vjerojatnost korištenje prevencije i usluga. Kod žena to možda ne funkcionira na takav način, odnosno ne potiče ih dodatno. Treće moguće objašnjenje je da su žene možda puno informiranije, zainteresiranije za zdravlje i same po

sebi motivirane, dok je kod muškaraca drugačije (Kalben, 2000; Rieker i Bird, 2000; Waldron, 1985; Waldron, McCloskey i Earle, 2005).

Time možemo nastaviti pogled na disperziju kod dostupnosti, gdje je razlika standardnih devijacija bila također podjednaka po spolu (2,0 naspram 2,1 uz srednju vrijednost 16). U našem radu, kod muškaraca dostupnost više utječe na zdravlje nego kod žena, za žene dostupnost ne igra nikakvu ulogu i one će koristiti zdravstvene usluge bez obzira na percepciju njihove dostupnosti, dok će kod muškaraca percepcija dostupnosti zdravstvenih usluga utjecati na korištenje tih usluga pa tako i na zdravlje. Pitanje je koriste li muškarci zdravstvene usluge manje, pa imaju i manji problem s dostupnosti tih usluga. Žene možda opet zbog svoje rodne uloge moraju više čekati s djecom i obitelji kod liječnika pa imaju drugačiju percepciju dostupnosti i drugačije (već razvijene) navike korištenja zdravstvenih usluga, odnosno dostupnost zdravstvenih usluga nije prediktor zdravlja kod žena.

Zbog kontinuirane prisutnosti pitanja dostupnosti zdravstvenih usluga, očitog i vrlo važnog čimbenika zdravlja, stvoren je velik broj strategija i akcijskih planova na razini države i EU za poboljšanje dostupnosti zdravstvene zaštite. Dio strategija podrazumijeva da spolno specifične razlike i nejednakosti u zdravlju proizlaze iz društvenog, kulturnog (uključujući i vjerski) i političkog poretka u društvu. Iako se u ovom radu ne bavimo sučeljavanju rodnih (rod kao društveni konstrukt) i spolnih (percipirane i interpretirane kroz biološku datost) razlika, u dijelu mjera i intervencija potrebno je voditi računa o prepoznavanju ovih razlika. U tom smjeru idu i preporuke EU prema zemljama članicama³¹.

Na kraju smatramo da ipak treba spomenuti biološke odrednice spolnih specifičnosti u zdravlju. Ono što je zanimljivo jest da je u modelu kliničkih studija (koje dominiraju među istraživanjima zdravstvenih ishoda) donedavno bio korišten takozvani muški model (Vlassoff, 2007). Da bismo to bolje razumjeli treba uzeti u obzir da su kliničke studije imale u vidu zaštitu žena i njihove (buduće) djece od neželjenih nuspojava. Devedestih godina 20. stoljeća taj pristup bio je doveden u pitanje te se otad posvećuje puno veća pozornost razumijevanju spolnih razlika u zdravlju i dimenzija koje utječu na zdravlje. Jedan od primjera je kardiovaskularno zdravlje – studije su se uglavnom bavile muškarcima, pa su se i protokoli liječenja temeljili na nalazima tih studija. Time je dobar dio žena ostao nedijagnosticiran, odnosno nezaštićen (ibid).

³¹ <https://ravnopravnost.gov.hr/>

Ograničenja i prednosti studije

Dio ograničenja studije je vezan za uzorkovanje. Kad govorimo o uzorkovanju, jedno od ograničenja studije je svakako činjenica da se iz praktičnih razloga u istraživanju iz 2010. godine nije moglo doći do teže bolesnih osoba niti do onog dijela populacije koji je u tom času bio na liječenju u zdravstvenim institucijama. Također, iz etičkih i drugih razloga vjerojatnije je da ćemo naći zdravije ispitanike nego bolesne (Curry, 2009; Koops, 2002). Naime, oko 6% osoba koje su odbile sudjelovanje u istraživanju navele su kao razlog loše zdravstveno stanje, čime su iz uzorka isključene teže (akutno ili kronično) bolesne osobe, zbog čega je moguće podcjenjivanje nekih težih akutnih ili kroničnih zdravstvenih poteškoća.

Postoje daljnja ograničenja metodoloških pristupa vezana za uzorkovanje i ponderiranje općenito u ovakvim studijama. Autori Kolčić i Polašek (2009) nastojali su ukazati na problematiku uzorkovanja na tri različita nacionalna uzorka zdravstvenih anketa (ovdje se ubraja i Hrvatska zdravstvena anketa), otkrivši da su tri subpopulacijske skupine ozbiljno podreprezentirane. Radi se o muškarcima, mlađim ljudima i starijima iz nižih obrazovnih kategorija. Iako je u postupku analize proveden postupak ponderiranja podzastupljenih skupina, pitanje je ekstrapoliramo li zbog toga pogrešno stavove i ponašanje uzorka na populaciju koju želimo istražiti. Ponderiranje je često praćeno raspravom o tome koja metoda je najbolja te naglašava li ponderiranje dodatno pristranost, te stoga valja imati na umu ovo ograničenje. Primjerice RIM (regresijsko) utežavanje³², koje je relativno popularno u nacionalnim uzorcima, ima potencijal velikog broja interakcija te može dovesti do visokih varijacija u regresijskim podešavanjima (Gelman, 2007).

Dio ograničenja odnosi se na konstrukte, odnosno pokazatelje koji su bili obilježeni određenim ograničenjima. U odnosu na najbolju trenutnu praksu, pokazatelj samoprocjene zdravlja mogao je biti širi u smislu uključivanja većeg broja bolesti, premda se veliki dio studija trudi biti specifičniji pri odabiru dijagnoza i tipova bolesti.

S obzirom na činjenicu da su resursi dostupni za provedbu istraživanja dopustili presječno istraživanje, zaključivanje o uzročnim odnosima nije moguće. Kad bismo se željeli približiti razumijevanju uzročno-posljedičnih odnosa između nejednakosti i zdravlja bilo bi potrebno longitudinalno istraživanje (Greenhalgh, 1997).

³² Regresijskim modelom izračunate vrijednosti faktora utežavanja za svakog ispitanika zasebno na temelju njegovih karakteristika te realne i ciljne strukture uzorka.

Iako je HZA 2003. imala mogućnost analize i fiziološko-antropoloških varijabli (antropološka mjerenja koje su provodile patronažne sestre) za NUZ 2010. nije bilo takvih mogućnosti, pa se stoga taj dio varijabli ne može uspoređivati. Istraživanje iz 2010. godine bilo je u odnosu na ono iz 2003. godine bogatije za psihološke dimenzije i dimenziju društvene povezanosti.

Snaga ovog istraživanja je u tome što su oba korištena uzorka probabilistički nacionalno reprezentativni uzorci, što je omogućilo usporedbu. Validnost podataka dobivena je dijelom i kroz standardizirane instrumente i međunarodno validirane pokazatelje. Upitnik koji nije bio predug te educirani kvalitetni anketari govore u prilog valjanosti podataka.

Stope odziva oba istraživanja svakako su povezane s činjenicom da se radilo o osobnim intervjuima u kućanstvu, gdje su odziv i kvaliteta bolji u usporedbi s, primjerice, telefonskim istraživanjem.

7. ZAKLJUČAK

Cilj rada bio je istražiti utjecaj ekonomskih i psihosocijalnih nejednakosti na zdravstveni status i pristup zdravstvenim uslugama građana Hrvatske u dobi od 25 do 65 godina, te usporediti povezanosti zdravlja i društvenih nejednakosti u dvije vremenske točke: 2003. godine i 2010. godine. Dodatno, u radu se propituje društvena određenost zdravlja, odnosno njegova povezanost s individualnim (optimizam, lokus kontrole i društvena povezanost) i skupnim obilježjima (društvene povezanosti), materijalnim resursima (socioekonomski status) te strukturnim ograničenjima (dostupnost zdravstvenih usluga).

Nije ustanovljena statistički značajna razlika u razini zdravlja između muškaraca i žena, a dob je, očekivano bila negativno povezana sa zdravljem u obje godine. Obrazovni status se također pokazao značajnim prediktorom zdravlja – kako 2003. godine, tako i 2010. godine. Ono što je u nekoj mjeri iznenadilo bila je povezanost između bračnog statusa i zdravlja. Osobe koje nisu u braku iskazale su, naime, značajno višu razinu zdravlja u obje godine i od udanih/oženjenih sudionika i od rastavljenih, odnosno udovaca/udovica. Dob je imala intervenirajući utjecaj, kako je ustanovljeno i u slučaju veze između radnog statusa i zdravlja. Zaposleni također pokazuju višu razinu zdravlja od nezaposlenih i umirovljenika. Nalazi su pokazali da osobe s manjim prihodima obilježava značajno niža razina zdravlja od onih s većim prihodima.

Prva hipoteza, kojom smo pretpostavljali da će povezanost socioekonomskog statusa sa zdravljem biti veća 2010. godine nego 2003. godine, nije potvrđena. Naša hipoteza bila je temeljena na očekivanjima da će provedene zdravstvene reforme, potencijalno prebacivanje troškova dijela zdravstvenih servisa na građane i pad BDP-a utjecati na promjene u utjecaju SES-a na zdravlje. U opaženom razdoblju nije došlo do ukupnog pada BDP-a, a porast osobnih troškova za zdravstvene usluge bio je razmjerno malen. Naši podaci ne omogućuju jasan zaključak je li to razlog odbacivanja naše hipoteze. Istraživanjem druge hipoteze, koja je pretpostavila povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i socioekonomskog statusa (SES-a) u uzorku iz 2010. godine, pokazana je slaba ali značajna povezanost SES-a i dostupnosti zdravstvenih usluga, što se prvenstveno odnosi na fizičku dostupnost.

Kad je riječ o trećoj hipotezi, u istraživanju 2010. godine rezultati ustanovili smo statistički značajnu pozitivnu povezanost između psiholoških obilježja i zdravlja te društvenih povezanosti i zdravlja. Ideja da osoba ima unutarnje kapacitete koji doprinose

zdravlju i koji pomažu prevladavanje bolesti zvuči ohrabrujuće i omogućuje da osoba dio rješenja za zdravstvene probleme nađe u većoj mjeri unutar sebe, a u manjoj kod drugih.

U sklopu ispitivanja četvrte hipoteze pokazalo se da su sve dimenzije SES-a, društvene povezanosti, psiholoških obilježja i dostupnosti statistički značajno pozitivno povezane sa zdravljem – što je viši socioekonomski status, što je bolja društvena povezanost, što su pozitivnija psihološka obilježja i što je veća dostupnost zdravstvenih usluga, to je viši stupanj zdravlja. Ono što se razlikuje jest da su pokazalo da individualne osobine i društvena povezanost imaju veću težinu za zdravlje od strukturnih obilježja – dostupnosti i SES-a. Dimenzija dostupnosti nešto je slabije povezana sa zdravljem od ostale tri, te pretpostavljamo da je dio njenog utjecaja može pripisati povezanosti SES-a i zdravlja.

Ispitivanjem posljednje hipoteze pokazalo se da su SES i psihološka obilježja značajni za žene i muškarce, a društvena povezanost i dostupnost samo za muškarce. Psihološka obilježja bila su nešto snažnije povezana sa zdravljem kod žena.

Rezultati sugeriraju da bi pri planiranju intervencije trebalo načiniti razliku između individualnih, skupnih i strukturnih odrednica zdravlja. Time bi se mjere intervencije mogle bolje usmjeriti, odnosno procijeniti koja mjera utječe na koji tip odrednica i, posebno važno, ne zanemariti niti jedne niti druge.

U budućim studijama preporuča se detaljnije analizirati spolna specifičnost odnosa između dimenzija dostupnosti, društvene povezanosti i zdravlja. Za bolje razumijevanje uzročnih odnosa među dimenzijama koje su ispitivane u ovom radu bit će potrebna longitudinalna odnosno prospektivna istraživanja. Iako su takva istraživanja logistički i finacijski vrlo zahtjevna, bez takvih podataka neće biti moguće formulirati zaključke potrebne za učinkovitu politiku javnog zdravstva. Preporuke za buduća istraživanja uključuju i provođenje manje, specifične studije usredotočene na odnos strukturnih i psihosocijalnih dimenzija u posebno ranjivim skupinama kao što su jednoroditeljske obitelji, te uspoređivanje podataka povezanosti zdravlja i SES-a odnosu na populacijske parametre korištene u ovom radu.

8. LITERATURA

- Aday, L., Andersen, R. (1981). Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview, *Medical Care*, 19: 4-27.
- Aday, L., Andersen, R., Fleming, G. B. (1980). *Health Care in the U.S.: Equitable for Whom?* Beverly Hills, CA: Sage.
- Ahern, M. M., Hendryx, M. S., Siddharthan, K. (1996). The importance of sense of community on people's perceptions of their health-care experience. *Medical Care*, 34: 911-923.
- Ambrosi - Randić, N. i Plavšić, M. (2008). *Uspješno starenje*. Pula: Društvo psihologa Istre – Sveučilište J. Dobrile – Istarska županija.
- Andersen, RM. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7):647–653.
- Andersen, R. M, Davidson, P. L. (2001). Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: Andersen, R. M., Rice, T. H., Kominski, E. F. (Eds.) *Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy, and management*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 3–30.
- Andersen, RM. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal Health Soc Behav*;36:1-10
- Andersson, MA. (2014) *Expecting good things and feeling good: a sociological approach to health inequalities*. PhD thesis, University of Iowa. , <http://ir.uiowa.edu/etd/1287>. (pristupljeno 20.7.2014.)
- Andersson, MA. i Conley, C.S. (2008). Expecting to Heal through Self-Expression: A Perceived Control. *Theory of Writing and Health. Health Psychology Review* 2:138-162.
- Antonovsky, A. (1967). *Social class, life expectancy and overall mortality*. Millbank, Mewt Fund;45: 31-73.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London: Jossev-Bass.
- Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of Happiness. In: *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, 353–373. New York: Russell Sage Foundation.
- Argyle, M., Furnham, A. (1983). Sources of Satisfaction and Conflict in Long-Term Relationships. *Journal of Marriage and The Family* 45 (3): 481–493.
- Atkinson, A.B. (1970). On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2, 244–263.

- Bagić, D. (2013). *Sustav industrijskih odnosa u Republici Hrvatskoj: hrvatski sindikati između društvene integracije i tržišnog sukoba*, Doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Bailis, D.S, Segall, A., Chipperfield, J.G. (2010). Age, relative autonomy and change in health locus of control beliefs: a longitudinal study of members of a health-promotion facility. *J Health Psychol.*, Apr;15(3):326-38.
- Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L., Groot, W. (2012). Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: evidence from Hungary. *Int J Equity Health.*, Jul 24;11:36.
- 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.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., Williams, R.V. (1983). Hostility, CHD Incidence and total mortality: a 25yr follow up study of 255 physicians. *Psychosom Med*; 45 (1): 59-63
- Barnes, M. (2002). Social Exclusion and the Life Course, in Barnes et al., *Poverty and Social Exclusion in Europe*, Edward Elgar.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.*;51(6):1173-1182.
- Beito DT. (2000). *From Mutual Aid to the Welfare State: Fraternal Societies and Social Services, 1890–1967*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Béland, Y., Bailie, L., Page, J. (2004). *Statistics Canada, Croatian Ministry of Health and Central Bureau of Statistics: a joint effort in implementing the 2003 Croatian Adult Health Survey*, 2004 Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods. Toronto, Canada: American Statistical Association
- Berger, E. (2003) *Using Regression Analysis in Evaluation*. In: Wholey, J., Hatry, H. & Newcomer, K. (Eds.). *Handbook of Practical Program Evaluation*. New York: Joessey 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 .

- Berkman, L.F, Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. In: Berkman, L.F., Kawachi, I., eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford Univ. Press , pp. 137–73
- Bičanić, I. (2014). *Društveno raslojavanje u Hrvatskoj vidimo, ali o njemu ne znamo ništa*, objavljeno u online časopisu Banka, <http://www.banka.hr/komentari-i-analize/drustveno-raslojavanje-u-hrvatskoj-vidimo-ali-o-njemu-ne-znamo-nista> 13.12. (pristupljeno 3.2.2014.)
- 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
- Blas, E. (2005). *1990–2000: A decade of health sector reform in developing countries – why and what did we learn?*. Göteborg, Nordic School of Public Health.
- Blaxter, M., (1990). Patterns of Behaviour in Health. British Health and Lifestyle Survey. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 14: 45-89.
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol.*,115: 684–94.
- Bobak, M., Marmot, M. (1996). East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*, 17;312(7028):421-5.
- 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
- Bowling, A. (2005). *Ageing Well: Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Brainerd, E., Cutler, D.M. (2005). Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 19, No, 1. Pg: 107–13
- Brborović, O. *Povezanost formalne edukacije i pritiska okoline sa subjektivnim osjećajem duševnog i tjelesnog zdravlja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
- 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 97–109.

- Broz, T. i Švaljek, S. (2014). *Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme*, u knjizi: O zdravstvu iz ekonomske perspektive Urednica: Vehovec, M. Izdavač: Ekonomski institut, Zagreb.
- Broadhead, W.E., Grimson, R., Heyden, S. et al. (1983) .The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol.*, 117: 521–37.
- Buckser, A. (2009). Institutions, agency, and illness in the making of Tourette syndrome. *Human Organization*, 68(3), 293–306.
- Burns, C. M., Craft, P., Roder, D.M. (2005). Does Emotional Support Influence Survival? Findings from a Longitudinal Study of Patients with Advanced Cancer. *Support Care Cancer*, 13 (5): 295–302.
- Bussmann, R.W. (2013). The Globalization of Traditional Medicine in Northern Peru: From Shamanism to Molecules. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2013*.
- Byrne, P., Long, B. (1976). *Doctors talking to Patients*. HMSO: London.
- Carver, C.S. i Scheier, F. (2014). Dispositional Optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6): 293–299.
- Cassel, J. (1976) .The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.*, 104: 107–23,
- Cerjan-Letica, G. (2004). Teorija zdravstvene pravednosti. *Revija za sociologiju*, Vol XXXV. No 3–4: 205–216.
- Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F. (2013). *Access to health care in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems*. Doctors of the World.
http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf. (pristupljeno u siječnju 2016).
- Chopik, W.J., Kim, E.S., Smith, J.(2015). Changes in Optimism Are Associated With Changes in Health Over Time Among Older Adults. *Social Psychological and Personality Science*, June 29.
- Christensen, A.J, Turner, C., Smith, T., Holman, J., Gregory, M. (1991). Health locus of control and depression in endstage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3).
- Cifrić, L. (2002). *Okoliš i održivi razvoj – ugroženost okoliša i estetika krajolika*, Biblioteka Razvoj i okoliš, HSD i Zavod za sociologiju FF-a u Zagrebu, Zagreb.

- Cini, V., Drvenkar, N., Marić, J. (2011). Problem raspodjele dohotka i analiza siromaštva republike Hrvatske. *Ekonomski vjesnik: časopis Ekonomskog fakulteta u Osijeku*, XXIV, 1-2011., Ekonomski fakultet u Osijeku, Osijek.
- Clarke, A. (2001) .*Sociology of Health Care*, Prentice Hall, Harlow.
- Clarke, P. M., Gerdtham, U. G., Johannesson, M., Bingefors, K., Smith, L. (2002), On the measurement of relative and absolute income-related health inequality. *Soc Sci Med.*, 55(11):1923-1928.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*; 38: 300–14.
- Cohen, S. (1999). Social status and susceptibility to respiratory infections. *Annals New York Academy of Sciences*, 896: 246-253.
- Cohen, S. (2006) Positive Emotional Style Predicts Resistance to Illness After Experimental Exposure to Rhinovirus or Influenza A Virus, *Psychosomatic Medicine*, 68:809-815.
- 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.
- Conti, G., Hansman, C. (2013). Personality and the Education-Health Gradient: A Note on ‘Understanding Differences in Health-Behaviors by Education. *Journal of Health Economics*, 32:480-485.
- Cooper, R. et al. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. *Circulation*, 102, str. 3137-3147.
- Cullen, M. (1999) *Psychobiological and Psychosocial Pathways and Mechanisms to Disease U: Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways*, U: Nancy E. Adler, Michael Marmot, Bruce S. McEwen, and Judith Stewart, editors New York Academy of Sciences, New York,
- Coulter, A, Entwistle, V, Gilbert D. (1997). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *J Health Services Res Policy*. 2:112121.

- Costa, P.T.Jr., McCrae, R.R., Zonderman, A.B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *The British Journal of Psychology*, 78(3), 299-306.
- Curry, L.A., Nembhard, I.M, Bradley, E.H. (2009). Key Issues in Outcomes Research Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. *Circulation*, 119: 1442-1452
- Cylus, J., Papanycolas, I. (2015) An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? *Health Policy*, 119 1133–1144,
- Dahlstrom, W.G, Williams, R.V., (1983). Hostility, CHD Incidence and total mortality: a 25yr follow up study of 255 physicians. *Psychosom Med*, 45 (1): 59-63.
- Daly, R. (2011) Obama puts Dems on guard. Some senators wary of healthcare cuts. *Mod Healthc*. 2011 Sep 26;41(39):8-9.
- Deneve, K., M., Cooper, H. (1998.) The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Despot Lučanin, J., Lučanin, D. i Havelka, M. (2006). Kvaliteta starenja – samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 15(4-5), 801-817.
- D'Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M., McKee, M. (2007.) *Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries.*, European Comission, Institute for Protection and Security of the Citizens: <http://ideas.repec.org/p/pramprapa/1862.html> (pristupljeno 24. siječnja 2015.)
- Diener, E., Horwitz, J. i Emmons, R.A. (1985). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16(3), 263-274.
- Dubos, R. (1995). *Mirage of health*. In Davey B. *Health and Disease: A Reader*, 2nd edition, Milton Keynes: Open University Press pp 4-10.
- Dutton, D B., (1986), *Social Class, Health and Illness*, in Linda Aiken and David Mechanic, eds., *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, pp. 31-62.
- DZS (2009). http://www.dzs.hr/Hrv/publication/2009/14-1-2_1h2009.htm (pristupljeno 13.2.2010.)
- DZS (2013). *Pokazatelji siromaštva* http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2013/14-01-01_01_2013.htm

- Džakula, A. (2009). *Društvene i osobne odrednice zdravstvenog stanja i ponašanja žena u Hrvatskoj s posebnim osvrtom na zdravstvenu zaštitu žena domaćica*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D., Williams, K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*;302(5643):237-9.
- EK – Europska komisija (2014). *Komunikacija Komisije o učinkovitim, pristupačnim i otvorenim zdravstvenim sustavima*, Bruxelles.
https://webapi.cor.europa.eu/.../com215-2014_part1_ext_HR.doc. (pristupljeno 15.2.2015.)
- Elisabetsky, E. (1991). Folklore, tradition or know-how? *Cultural survival quarterly*, 15(3): 9-13.
- Engel G.L., *The medicine of a new medical model: a challenge for biomedicine*, *Science*, 196, 4289, 8 April 1977.
- Evans, T. et al. (2001). *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action*, Whitehead, Dahlgren i Gilson..
- Evans, R.G. and Stoddart, G.L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care, *Social Science and Medicine* 31:1347–1363.
- Everson, S.A. , Kauhanen, J., Kaplan, G. i sur. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *Am J Epidemiol.*, 146 (2): 142-52.
- Fischer, C.S., Jackson, R.M., Steuve, C.A., Gerson, K., Jones, et al. (1977). *Networks and Places: Social Relations in the Urban Setting*. New York: Free Press.
- Fitzpatrick, R. and Charandola, T. (2000), *Health*. In Halsey, A.H. and Webb, J. (eds), *Twentieth-Century British Social Trends*, Macmillan table 3.8.
- Fox, A.J. and Collier, P. P. (1976). Low mortality rates in industrial cohort studies due to selection for work and survival in the industry. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 30/ 4 .225.
- Friel, S., Marmot, M., et al. (2008). Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. *The Lancet*, Nov 8;372(9650):1677-83.
- Fryers T., Melzer, D., Jenkins R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 38: 229-237

- Gallup, G. (2001). *The Gallup Poll: Public Opinion, 2000*. Scholarly Resources. The Gallup organization.
- Garza, M., Dubant, B. (1990). *La Chamanisme nahua et maya*. Pariz: Tredaniel.
- Geckova, A. (2002). *Inequalities in health among Slovak adolescents*, doktorska disertacija Rijksuniversiteit Groningen, Nizozemska,
- Gelman, A. (2007). Struggles with Survey Weighting and Regression Modelling. *Statistical Science*, Vol. 22, No. 2, 153–164.
- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about Illness: an Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Macmillan.
- Global Education Digest. (2010).
http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/GED_2010_EN.pdf (pristupljeno u siječnju 2014.)
- Goldberg, E.M. and Morrison, S. L. (1963). Schizophrenia and social class. *Brit.J. Psychiatry*, 109. 785.
- Goodman, E., i sur. (2005). Social Inequalities in Biomarkers of Cardiovascular Risk in Adolescence. *Psychosomatic Medicine*, 67:9-15.
- Greenhalgh, T. (1997). How to read a paper. Getting your bearings (deciding what the paper is about). *BMJ*, 315:243-6.
- Gruber-Baldini, A.L., Ye, J., Anderson, K.E., Shulman, L.M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.*, Nov;15(9):665-9.
- Gregson, S., Mushati, P., Grusin, H., Nhamo, M., Schumacher, C., et al. (2011). Social capital and women's reduced vulnerability to HIV infection in rural Zimbabwe. *Popul Dev Rev.*,37(2):333-59.
- Grossardt, BR. i sur. (2009). *Pessimistic, Anxious, and Depressive Personality Traits Predict All-Cause Mortality: The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging*. *Psychosomatic Medicine*, 71:491-500.
- Gurung, R., Sarason, B., & Sarason, I. (1997). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions*, 547-573.
- Hanson, B.S., Isacson, S.O., Janzon, L. et al. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *Am J Epidemiol.*, 130: 100–11.
- Hart, J.T. (1971). The Inverse Care Law. *Lancet*. i:405-12.

- Hatfield, J. T, Cacioppo and Rapson R. L. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge University Press, New York.
- Heim, I. (2007). Spatial distribution of cardiovascular risk in Croatia. *Acta Med Croatica*, 61(3):227-229.
- Hendryx, M.S., Ahern, M.M., Lovrich, N.P. i McCurdy, A.H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Services Research*, 37(1), 85-101.
- Hitlin, S. i Elder GH. (2007). *Agency: An Empirical Model of an Abstract Concept*. Pp. 33-67 in *Advances in Life Course Research*, Vol. 11, edited by R.Macmillan. Netherlands: Elsevier/JAI Press.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7):e1000316.
- Horwitz, A. (1977). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(2), 169-178. (pristupljeno na <http://www.jstor.org/stable/2955380>. (pristupljeno 15.1.2010.)
- House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241: 540–5.
- House, J.S., Metzner, H.L., Robbins, C. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Study. *Am J Epidemiol.*;116: 123–40
- Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.
- Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu. (2011).Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2003). *Croatian Health Survey*. Zagreb: Canadian Society for International Health & Republic of Croatia Ministry of Health.
- Hsee, C.K., Hatfield, E., Carlson, J. G. and Chemtob, C. (1990). The Effects of Power on Susceptibility to Emotional Contagion. *Cognition and Emotion*, Vol. 4, No. 4, , pp. 327-340.
- Hsies, C.C., Pugh, M.D. (1993). Poverty, income inequality, and violent crime: a meta – analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 18: 1941-8.
- Ioannidis, J.P. (2005). Contradicted and initially stronger effects in highly cited clinical research. *JAMA*, Jul 13;294(2):218-28.
- Jacobs-Lawson, J. M.; Waddell, E. L.; Webb, A. K. (2011) . Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Current Psychology*, 30 (2),: 173–183.

- Jafarov, E., Gunarrson, V. Učinkovitost državne socijalne potrošnje u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*, 32 (3) str. 291-322 (2008.)
- Janzen, B.L., Muhajarine, N. (2003). Social role occupancy, gender, income adequacy, life stage and health: a longitudinal study of employed Canadian men and women. *Soc Sci Med*. Oct;57(8):1491-503.
- Johnson, H, Broder, D. (1996). *The System: The American Way of Politics at the Breaking Point*. New York: Little, Brown & Co.
- Jureša, V., Ivanković, D., Vuletić, G., Babić-Banaszak, A, Srcek, I., Mastilica, M., Budak, A. (2000). The Croatian Health Survey--SF-36: I. General quality of life assessment. *Coll Antropol.*, 24:69-78.
- Kalben, B.B. (2000). Why Men Die Younger: Causes of Mortality Differences by Sex. *North American Actuarial Journal*, 83–111.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W. et al. (1996). Income inequality and mortality in the United States. *BMJ*, 312: 999–1003.
- Kardum, I., Gračanin, A., Dankić, K. i Perhat, A. (2008). *Mentalno zdravlje Riječana/Mental health of Rijeka's citizens*. Rijeka: Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.
- Kaufman, J. (2002). *For the Common Good? American Civic Life and the Golden Age of Fraternity*. New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I. et al, (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American journal of Public Health*, 87: 1491-8.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: cross section ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *BMJ*, 312: 1004–7.
- Kiecolt-Glaser, J.K. and Newton, T.L. (2001). Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kim, H.K. and McKenry, P.C. (2002).The Relationship Between Marriage and Psychological Well-Being: A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Issues*, 23, 905.
- Klaić, B. (2012). Novi rječnik stranih riječi, Školska knjiga, Zagreb.
- Kluthe, J. (2002). *Equity&Equality: A Core Values in Canadian Health Care*. PHET In Touch 5(7).

- 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.
- Kelly PM i sur. (2007). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization,
- Kimweli, D.M.S., Stilwell, W.E. (2002). Community Subjective Well-Being, Personality Traits, and Quality of Life Therapy. *Social Indicators Research* 60 (1–3): 193–225.
- Kolin, M. (1997). Siromaštvo i socijalna isključenost. *Sociološki pregled*, Vol. XXXI, No. 2, str. 169-183.
- Koops, L., Lindley, R.I. (2002). Thrombolysis for acute ischaemic stroke: consumer involvement in design of new randomised controlled trial. *BMJ*, 325: 415.
- Kraemer, H.C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., Kupfer, D. (2001), How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry*. 158(6):848-856.
- Kubzansky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., Kawachi, I. (2001) Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63:910-916.
- Kunst, A.E. (1997). *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. Dissertation, Erasmus University Rotterdam.
- Kunitz, S. J. (2004). Social capital and health. *British Medical Bulletin*, 69, 61-73.
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lee, R.M., Robbins. S.B. (1995). Measuring Belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (2): 232–241.
- Lee, J. (2015). *Social isolation and health: structural sources, psychosocial resources, and social contexts*. Doktorska disertacija, The University of Texas at Austin, SAD.
- Lefcourt, H.M. (1966). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review. *Psychological Bulletin*, 65(4), 206-220.

- Levine, S. and Kozloff, M. (1978), The sick role: assessment and overview, *Annual Review of Sociology*, 54, 317–43.
- Lider, Hina (2015). *Kronologija hrvatske recesije Šest godina sporih reformi: Kako smo došli tu gdje smo sada*. <http://liderpress.hr/biznis-i-politika/hrvatska/sest-godina-sporih-reformi/?display=mobile> (pristupljeno 5.1.2015.)
- Lillard, L.A. and Panis, C.W.A. (1996). Marital Status and Mortality: The Role of Health. *Demography*, 33(3):313-327,
- Lomas, J. (1998). *Social capital and health: Implications for public health and epidemiology*. *Social Science and Medicine*, 47, 1181-1188.
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the social construction of illness* (2nd ed.). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Lorenz, M.O. (1905). *Methods of measuring the concentration of wealth*. Quarterly Publications of the American Statistical Association, 9 (New Series, No. 70), 209–219.
- Lund, R., Avlund, K., Modvig, J., Due, P. i Holstein, B.E. (2004). Development in self-rated health among older people as determinant of social relations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 419-425.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *J Health Psychol*; 2: 297–314
- Lynch, J.W., Kaplan, GA, Pamuk, E.R. et al. (1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *J Pub Health*; 88: 1074–80.
- Lynge E. (1997). Unemployment and cancer: a literature review. *IARC Sci Publ* (138): 343-351.
- Macintyre, S. (1986). The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research. *Social Science and Medicine*, vol.23, no 4, str 393-415.
- Macintyre, S., Hunt, K. (1997). Socioeconomic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology*, Vol.2, no.3, str. 315-334.
- Mackintosh M. (2001). *Do health care systems contribute to inequalities?* In: Leon D, Walt G (eds). *Poverty, Inequality and Health: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*, The Marmot Review.
- Marmot, M. (2007). *Sindrom statusa*, Algoritam, Facta, Zagreb.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *Lancet*, 368(9552):2081–2094.

- Marmot, M., Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of Health*, Oxford University Press, New York.
- Marmot, M., Wilkinson R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322: 1233-6.
- Marmot, M. i sur. (1997). Social inequalities in health. Next questions and converging evidence. *Soc Sci Med*, 44 (6): 301-10.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32 (4): 244–249.
- Mastilica, M. (1991). *Zdravstvene nejednakosti : društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita*. Doktorska disertacija, Zagreb: Odsjek za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Mastilica, M. (1993). Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita. *Revija za sociologiju*, 1-2, str. 163-181.
- Mastilica, M, Božikov J., (1999). Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity. *Croat Med J*. Jun;40(2):152-9.
- Mathers, CD, Schofield, DJ. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust*. 168: 178-182
- Mathews, K.A. i sur. (1998). Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosom Med*, 60 (5): 633-8.
- Matković, T., Štulhofer, A. (2006). *Istraživanja socijalne isključenosti – empirijska analiza socijalne isključenosti*. U: N. Starc, L. Ofak i Šelo Šabić, S. /ur./ Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Zagreb: UNDP, 2006.
- Maunsell, E., Brisson J, Deschênes, L. (1995). Social Support and Survival among Women with Breast Cancer. *Cancer*, 76 (4): 631–637.
- McDonald, S., Mai, C.A. (2010). Social Capital Across the Life Course: Age and Gendered Patterns of Network Resource. *Sociological Forum*. Volume 25, Issue 2, pages 335–359.
- McPherson, M., Brashears, M.E. and Smith-Lovin, L. (2006). Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*, 71 (3): 353–375.

- McKevitt, C., Morgan, M. (1997). Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med.* Sep; 90(9):491-5.
- McKinlay, J. and Stoeckle, J. (1988). Corporatization and the social transformatization of doctoring. *Health Services*, 18: 191-205.
- Mead, G. H. (2003). *Um, osoba i društvo sa stajališta socijalnog biheviorista*, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb.
- Miettinen, O.S. (1989). The clinical trial as a paradigm for epidemiologic research. *J Clin Epidemiol.*, 42(6):491-6; discussion 497-8.
- Mihaljek, D. (2014). *Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?*, U: O zdravstvu iz ekonomske perspektive / Vehovec, Maja (ur.). Zagreb : Ekonomski institut, Zagreb,
- Moore, G. (1990). Structural determinants of Men`s and Women`s Personal Networks. *American Sociological Review*, Vol. 55, Issue 5, 726-735.
- Muñoz-Go, C. (2013). Social capital in Spain: Are there gender inequalities? *European Journal of Government and Economics*, Volume 2, Number ISSN: 2254-7088
- Murphy, GC, Athanasou, JA. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 72: 83-99
- Musić - Milanović, S. (2010). *Demografske, bihevioralne i socio-ekonomske odrednice debljine odraslih u Hrvatskoj*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Myers, D.G. (2000). The Funds, Friends, and Faith of Happy People. *American Psychologist*, 55 (1): 56–67.
- Nabi, H. i sur. (2008). Does personality explain social inequality in mortality? The French GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology*.
- Navarro, V. (1978). The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism. *Int J Health Serv.*, 8(2):179-211.
- Narby, J. (2007). *Kozmička zmija – DNK i podrijetlo znanja*, VBZ; Zagreb.
- Nelson. J-M. (1989). *The Politics of Pro-Poor Adjustment*. In Nelson JM (ed.). *Fragile Coalitions: The Politics of Economic Adjustment*. Transaction Books: New Brunswick.
- Nestić. D. (2005). Raspodjela dohotka u Hrvatskoj: što nam govore podaci iz ankete o potrošnji kućanstava. *Financijska teorija i praksa*, 29 (1) str. 59-73.

- Nestić, D., Rubil, I. (2014). *Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj // O zdravstvu iz ekonomske perspektive / Vehovec, Maja (ur.)*. Zagreb : Ekonomski institut, Zagreb, Str. 79-108.
- Norman, P., Bennett, P. (1995). *Health Locus of Control*. In Conner, M., Norman, P. Predicting Health Behaviour. Buckingham: Open University Press. pp. 62–94.
- O'Donnell, D. (2002). *Social Acupuncture: A Guide to Suicide, Performance and Utopia / 002* by Coach House Books Paperback.
- OECD <http://www.oecd.org/dataoecd/24/8/49084488.pdf> (pristupljeno u srpnju 2012.)
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.
- Oliver, A., Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. Evidence based public health policy and practice *J Epidemiol Community Health*;58:655-658.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scand J Public Health*; 39(6 Suppl):11-18.
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A., Wilhelmsen L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, Vol 55, Issue 1 37-43.
- Ostojić R, ur. (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.
- Parsons, T. (1972). *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illnesses* (pp. 97–117). New York,: The Free Press str 110.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*: Collier – MacMillan Limited, London, str 436-437.
- Patrick, D.L. and Wickizer, T. M. (1995). *Community and health*. In *Society and Health*, eds. B. C. Amick, S. Levine, A. R. Tarlov and C. D. Walsh. Oxford University Press, New York.
- Pennington, D.C. (1997). *Osnovne socijalne psihologije*. Naklada Slap. Jastrebarsko.
- Peter, F. (2000). *Health Equity and Social Justice*. Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series (10)2:1–18.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism. *The American Psychologist*, 50:44–55.

- Petriček, B. (2012). *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika*. Doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb.
- Pettigrew, A., Ferlie, E. and McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change*. Sage, London.
- Petz, B. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta.
- Phelan, J C., Link, B, Diez-Roux, A., Kawachi, I., Levin, B.(2004). Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45.:265-285.
- Plavšić, M. (2012). *Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*. Doktorska disertacija, Filozofski fakultet Zagreb,
- Polašek, O., Šogorić, S. (2009). Socioeconomic Inequalities Estimation from Public Health Surveys – Data Considerations, Strengths and Limitations. // *Collegium antropologicum*. 33, S1; 171-176.
- Popović, S. (2013). *Zdravlje za sve, ali za otočane ne?! Zdravstvena zaštita na otoku Lastovu, iz Zdravlje za sve?! Knjiga sažetaka/ Vasiljev Marchesi, Vanja ; Rukavina, Tomislav (ur.). - Rijeka : Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 22-23.*
- Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, Izvješću o radu pravobraniteljice za 2011. godinu. Zagreb, 2012.
- <http://www.prs.hr/attachments/article/178/Istra%C5%BEivanje%20o%20zastupljenosti%20%C5%BEena%20i%20mu%C5%A1karaca%20na%20rukovode%C4%87im%20pozicijama%20u%20poslovnim%20subjektima%20RH.pdf>
(pristupljeno u srpnju 2014.)
- Pristaš I. i sur. (2009). Health Care Needs, Utilization and Barriers in Croatia – Regional and Urban-Rural Differences, *Coll. Antropol.*, 33 Suppl. 1: 121–130.
- Puig-Perez, S., Villada C., Pulpulos, M.M., Almela, M., Hidalgo, V., et al. (2015). Optimism and pessimism are related to different components of the stress response in healthy older people. *Int J Psychophysiol.*, 98(2 Pt 1):213-21.
- Putnam, R. (1996). *The strange disappearance of civic America*, *The American prospect.*, 24, 34-48.
- Putnam, R. (1995). *Bowling alone: America's declining social capital*. Simon and Shuster paperbacks, New York.
- Putnam, R. (1993). The prosperous community: social capital and public life, *The American prospect*, 13, 35-42

- Qin, X., Liu, G.G. (2012). Does the US health care safety net discourage private insurance coverage?, *Eur J Health Econ*.
- Raboteg-Šarić, Z. & Pećnik, N. (2006). Bračni status, financijske teškoće i socijalna podrška kao odrednice roditeljske depresivnosti i odgojnih postupaka. *Društvena istraživanja*; 15(6):961-986.
- Raha S. (2011). A critique of statistical hypothesis testing in clinical research. *J Ayurveda Integr Med*. Jul;2(3):105-14.
- Ranchor, A.V., Bouma, J., Sanderman, R. (1996). Vulnreability and social class: differential patterns of personality and social support over the social classes. *Personality and Individual Differences*, Vol.20, No 2. Str 229-238.
- Rasmussen, HN., Scheier, M.F. i Greenhouse, JN. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37:239-56.
- Reed, D., McGee, D., Yano, K., i sur. (1983.). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *Am. J. Epidemiol*, 1 17:384-96.
- Richey, S. (2010). Corruption and Social Trust. *American Politics Research*, 36 (3): 676-690.
- 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. 98–113.
- Romero, M. i Margolis, E. (2005). *The Blackwell Companion to Social Inequalities*, Wiley-Blackwell.
- Roos, N.P., Black, C.D., Frohlich, N., et al. (1995). *A Population-Based Health Information System*. *Medical Care*, 33(12):DS13–20.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol*; 43: 56-67.
- Rozanski, A., Kubzansky, L. (2005) Psychologic Functioning and Physical Health: A Paradigm of Flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67:S47-S53
- Russell, D.J., Kuechler, M., Burklin, W. (1990). *The Challenge of New Movements*. In: Dalton, Russell J. i Manfred Kuechler (eds.), *Challenging the Political Order, New Social and Political Movements in Western Democracies*, OxfordUniversity Press, New York, 3-22.

- Ryan, R.M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Sahlins, M. (1974). *Stone age economics*. Tavistock London.
- Samardžić, S. (2009). *Breme pušenja u populaciji mladih odraslih*. Doktorska disertacija. Osijek: Medicinski fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera.
- Sapolsky, R.M. (1999). *Hormonal correlates of personality and social contexts: from non-human to human primates*. In: Hormones, health and behaviour: a socio-ecological and lifespan perspective (ed. C. Painter-Brick, C.M, Worthman). Cambridge University Press, New York.
- Saunders, P, Taylor, P. (2002). *The price of prosperity. The economic and social costs of unemployment*. University of New South Wales Press, Sydney
- Schrouf, P.E. i Bolger, N. (2002). Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445.
- Schwartz, C. i sur. (2003). Altruistic Social Interest Behaviors Are Associated With Better Mental Health. *Psychosomatic Medicine*, 65:778-785.
- Secker, J., Hacking, S., Kent, L., Shenton, J., Spandler, H. (2009). Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants. *Journal of Mental Health*, 18, 65-72.
- Seeman, T.E., Kaplan, G.A., Knudsen, L., Cohen, R., Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J Epidemiol*; 126:714-23.
- Sen, A. (1990). *More Than 100 Million Women Are Missing*. New York Review of Books.
- Shallcross, A.J, Ford, B.Q., Floerke, V., Mauss, I.B. (2013). Getting better with age: The relationship between age, acceptance, and negative affect. *J Pers Soc Psychol*. Apr; 104(4): 734–749.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994). *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Shapiro, J. (1995). *The Russian Mortality Crisis and Its Causes,*” in *Russian Economic Reform in Jeopardy?* Anders Aslund, ed. London and New York: Pinter Publishers, pp. 149 –78.

- Shekelle, R.B, Gale, M., Ostfeld, A.M., Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart diseases and mortality. *Psychosom Med*; 45(2): 109-14
- Shimizu, M., Pelham, B.W. (2004). The Unconscious Cost of Good Fortune: Implicit and Explicit Self-Esteem, Positive Life Events, and Health. *Health Psychology*, Vol 23(1), 101-105.
- Shively, C.A., Clarkson, T.B., (1994). Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis and Thrombosis*; 14: 721-6.
- Shy, C. M. 1997). The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Epidemiology*, 145, 479±484.
- Silver, H., Miller, S.M. (2003). Social Exclusion: The Europe Approach to Social Disadvantages, *Indication* Vol.2, No. 2.
- Silver, G.A., Lembcke, P.A. (1990). A pioneer in medical care evaluation. *American Journal of Public Health*, 80:342-8.
- Siontis, K.C., Evangelou, E., Ioannidis, J.P. (2011). Magnitude of effects in clinical trials published in high-impact general medical journals. *Int J Epidemiol.*, 40(5):1280-91.
- Smith, P. et al. (2012). Comparing the risk factors associated with serious versus and less serious work-related injuries in Ontario between 1991 and 2006. *Am J Ind Med.* Jan;55(1):84-91
- Smoljanović, A., Vorko-Jović, A., Kolčić, I., Bernat, R., Stojanović, D., Polašek, O. (2007). Micro-scale socioeconomic inequalities and health indicators in a small isolated community of Vis Island, Croatia. *Croatian Medical Journal*, 48, 5; 734-740
- Stanić A., Stevanović R., Pristaš I. Tiljak H., Benković V., Krčmar N., Jovanović A., Jurlina N., Nott T. (2007). *Djelatnost obiteljske medicine u Hrvatskoj – kvaliteta mjerena subjektivnim zadovoljstvom korisnika* (Projekt MIZSS u suradnji s HZJZ) *Medicus*. 16, 1; 111-119
- Stansfeld, S.A., Rael, E.G.S., Head, J., Shipley, M., Marmot, M. (1997). Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*; 27: 35-48.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J. (1998). *Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study)*. *Psychological Medicine*, 28:881–892.

- Stein, M., Smith, M., Wallston, K. A. (1984). Cross-cultural issues in health locus of control beliefs. *Psychological Studies*, 29, 112-116.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., Wardle, J. (2013) Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol. 110 no. 15.
- Stets, J. E. i Cast AD. (2007). Resources and Identity Verification from an Identity Theory Perspective. *Sociological Perspectives*, 50:517–43.
- Stewart, M., Roter, D. (eds) (1989). *Communicating with medical patients*. Sage, London.
- Stipčić, A., Čorić, T., Erceg, M., Mihanović, F., Kolčić, I., Polašek. (2015). Socioeconomic inequalities show remarkably poor association with health and disease in Southern Croatia. *International Journal Of Public Health*, 60, 4; 417-426.
- Stronks, K. (1997). *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?*, doktorska disertacija, Erasmus University Rotterdam.
- Stronks K., van den Mheen, D., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. (1998). The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health, *Social Science and Medicine*, Vol-46, No.4-5, str 611-623.
- Subotić, A. (2013). *Jednoroditeljske obitelji kao determinanta zdravlja*. Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb.
- Svjetska zdravstvena organizacija*. (2009). *Women & Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda (PDF) (Report)*. WHO Press. (pristupljeno u ožujku 2013.)
- Šogorić, S. (2009). *Epoha zdravlja*, broj 14, godina 5. Zagreb
- Šonje, V., i Vujčić, B. (2000). *Hrvatska u drugoj fazi tranzicije 1994.-1999*. Hrvatska narodna banka. Preuzeto s <http://www.hnb.hr/publikac/istrazivanja/i-004.pdf> (pristupljeno u ožujku 2013.)
- Špoljar Vržina S. (2008). Neoliberalno "zdravlje", globalna bolest i štamparovska medicina. *Druš. istraž.*, Zagreb, Br. 6 (98), Str. 999-1021
- Srivastava S., McGonigal, M.K., Richards, J.M., Butler, E.A., Gross J.J. (2006). Optimism in Close Relationships: How Seeing Things in a Positive Light Makes Them So. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 91, No. 1, 143–153.

- Štulhofer, A. (2000). *Proces privatizacije i hrvatska javnost* u Štulhofer, A. Nevidljiva ruka tranzicije: ogledi iz ekonomske sociologije. Zagreb: Hrvatsko sociološko društvo i Zavod za sociologiju FFZG.
- Šućur, Z. (2007). *Zdravlje i kvalitete zdravstvenih usluga, U: Japec, L., Šućur, Z. (ur.). Kvaliteta života u Hrvatskoj. Regionalne nejednakosti.* Zagreb: program UNDP u Hrvatskoj.
- Šućur, Z. (2011). Siromaštvo i dohodovne nejednakosti u Hrvatskoj 2001.-2009. *Rev. soc. polit.*, br. 2, str. 245-256, Zagreb.
- Šućur, Z., Zrinščak, S. (2007). Differences that Hurt: Self-Perceived Health Inequalities in Croatia and European Union. *Croat Med J. Oct*; 48(5): 653–666.
- Tarlov, A., Ware, J., Kosinsikt, M. & McHorney, W. (1996) Comparison of Methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 Health Profile. *Medical Care*, 33.
- Therborn. G. (ur.) (2006). *Inequalities of the world: New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches* Verso, London – New York, str. 332.
- Thoits, P.A. (1982). Stress coping, and social support processes: Where are we? What Next? *J Health. Soc Behav Extra Issue*: 53–79.
- Thoits PA. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*, 23: 145–59.
- de Tocqueville, A. (1995). *O demokraciji u Americi*, Informator, Zagreb, bibl. “Politička misao”.
- Tombs, S. (1990). Industrial injuries in British manufacturing, *The Sociological Review*, 39, 324- 43.
- Trzesniewski, K.H. Donnellan, M., et al. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, Vol 42(2), 381-390.
- Tucker, J.S., Friedman, H.S., Wingard, D.L., and Schwartz, J.E. (1996). Marital History at Midlife as a Predictor of Longevity: Alternative Explanations to the Protective Effect of Marriage. *Health Psychology*, 15 (2): 94–101.
- Tumin, M. (1967). *Social Stratification: The Forms and Functions of Inequality*, Prentice-Hall.
- Turek, S, Rudan I et al. (2001). A large cross-sectional study of health attitudes, knowledge, behaviour and risks in the post-war Croatian population (the First Croatian Health Project). *Coll Antropol.*, 25:77-96.

- Turner, J.H. i Stets, J.E. (2006). Sociological Theories of Human Emotions. *Annual Review of Sociology*, 32:25-52.
- Turner, B. (1986) *Sickness and social structure: Parsons' contribution to medical sociology*. In: Holton, R. and Turner, B. (eds) Talcott Parsons on Economy and Society. London: Routledge.
- Twenge, J.M., Cambell, W.K. i Carter, N.T. (2014). Declines in Trust in Others and Confidence in Institutions Among American Adults and Late Adolescents, 1972-2012. *Psychological Science*, 25 (10): 1914-1923.
- UNDP. (2006). *Kvaliteta života u Republici Hrvatskoj i rizik od socijalne isključenosti*. Istraživački izvještaj.
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York: UN,
- Valkonen, R. (1987). *Social inequality in the face of death*. In: European Population Association conference Helsinki: Central Statistics Office, 1987:201-60.
- Valtorta, NK, Kannan, M., Gilbody S., Ronzi, S., Hanratty, B. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
- Van Horne E.W. i Tonneson, T.V. (1988). *Inequalities in Private and Public Health Systems: The United States, France, Canada and Britain*. Ethnicity and Health. Madison: University of Wisconsin System American Ethnic Studies.
- Vedhara, K., Gill, S., Eldesouky, L., et al. (2015). Personality and gene expression: Do individual differences exist in the leukocyte transcriptome? *Psychoneuroendocrinology*. Feb;52:72-82.
- Veugelers, P.J., Yip, A.M. (2003). Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? Public health policy and practice. *J Epidemiol Community Health*;57:424-428.
- Vlassoff, C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness.. *Journal of health, population, and nutrition* 25 (1): 47–61.
- Vuletić, G., Mujkić, A. (2003). Self-assessment of health related quality of life in Croatian population - gender and educational differences. *Periodicum biologorum* Vol.105, No. 1, 53-57,
- Vuletić, G., Polašek, O., Kern, J., Strnad, M., Baklaić, Ž. (2009). Croatian Adult Health Survey – A Tool for Periodic Cardiovascular Risk Factors Surveillance. *Coll. Antropol.* 33 Suppl. 1: 3–9

- Vončina L. (2013). *Nezaposlenost kao izravan ili neizravan čimbenik rizika za zdravlje*. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Splitu.
- Wade, N. (2014). *A Troublesome Inheritance: Genes, Race and Human History*. New York, Penguin Press.
- Wagstaff, A. (2001). *Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on (and Alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index*. World Bank Working Paper No. 2550:1–22.
- Waldron I. (1985). *What Do We Know About Causes of Sex Differences in Mortality? A Review of the Literature*. Population Bulletin of the United Nations.;18:59–76.
- Waldron, I., McCloskey, C., Earle, I. (2005). Trends in Gender Differences in Accidents Mortality: Relationships to Changing Gender Roles and Other Societal Trends. *Demographic Research*.;13:415–54.
- Walen, R.H. i Lachman, M.E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), 5530.
- Wallston, K.A. & Wallston, B.S. (1982). *Who is responsible for your health: The construct of health locus of control*. In G. Sanders & J Suls (Eds.) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum & Associates, 65-95.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*.;30:473-83
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center.
- Ware, J.E., Kosinski M, Gandek B. (2003). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Lincoln: Quality Metric Incorporated.
- Wasserman, S, Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press.
- Weiss, G.L. and Larsen, D.L. (1990). Health Value, health locus of Control and the prediction of health protective behaviours. *Social Behaviour and Personality*, 18: 121-36.
- Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K., i sur. (1985). Prospective study of social influences on mortality. *Lancet*, 915-8.

- Welin, L., Larsson, B., Svardsudd, K. et al. (1992). Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: A 12 year follow-up of the study of men born in 1913 and 1923. *J Epidemiol Community Health*, 46: 127–32.
- West, O. (1991). Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine*, Vol 32. No.4, str. 373-384.
- Whitehall studija 2, <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/> (pristupljeno u siječnju 2013.)
- Whitehead, M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. WHO Regional Office for Europe Copenhagen.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006.) *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Whitehead, M., Evandrou, M., Haglund, B., and Diderichsen, F. (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ.*, 315(7114): 1006–1009.
- Whiteman, M.C. I sur. (2000). Personality and Social Predictors of Atherosclerotic Progression: Edinburgh Artery Study, *Psychosomatic Medicine*, 62:703-714.
- Wilbert, W. (1996). *Environment, Society and disease: The response of phytotherapy to disease among the Warao Indians of Orinoco Delta*. In: Medicinal resources of the tropical forest: Biodiversity and its importance to human health Michael J. Balich et al (eds). 366-385. New York: Columbia University Press.
- Wilkinson, R.G. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*; 314: 591-5
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge,
- Wilson, C.M., Oswald, A. J. (2005). *How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence*. Institute for Study of Labor Study Paper 1619 (Bon, Germany: Institute for the Study of Labor, 2005.
- Wise, D.A. (2014). *Discoveries in the Economics of Aging*. The University of Chicago Press, London.
- Wolff, J. (2011). *Ethics and Public Policy: A Philosophical Inquiry*. Routledge.
- Wolinsky, F. (1988). *The Sick Role Concept*. In; *The sociology of Health*, 2nd ed., 101-116. Belmont, CA: Wadsworth.

- Woolcock, M. (1998). Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework. *Theory and Society*, 27(2): 151-208.
- World Bank. World Development Indicators (1999). [CD ROM]. Washington, DC: IBRD, World Bank,
- The World Bank (2012). *World Development Report 2012: Gender Equality and Development* (Report). Washington, DC: The World Bank.
- 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(3):578-83.
- Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi, *Revija za socijalnu politiku*, Svezak 6, Br. 1.

9. PRILOZI

UPITNIK NUZ – travanj/svibanj, 2010.

U anketu je uključeno 1000 ispitanika iz cijele Hrvatske. Vaše sudjelovanje je dobrovoljno i anonimno.

Ispitanik je osoba stara između 25 godina i 65 godina, izabrana prema kvotama

P-1	TOČNO VRIJEME POČETKA ANKETIRANJA: SATI, MINUTA.	
P-2	REDNI BROJ ANKETE	
P-3	DATUM ANKETIRANJA	
P-4	IME I PREZIME ANKETARA	
P-5	IME I PREZIME KOORDINATORA	
P-6	NASELJE	
P-7	ADRESA POČETNE TOČKE	
P-8	TIP NASELJA	1 – selo 2 – grad
P-9 (SD_12)	VELIČINA NASELJA	1 – do 2000 stanovnika 2 – 2 001 – 10 000 stanovnika 3 – 10 001 – 100 000 stanovnika 4 – 100 001 i više stanovnika
P-10	REGIJA	1 – Zagreb i okolica 2 – Sjeverna Hrvatska 3 – Slavonija 4 – Lika i Banovina 5 – Istra, Rijeka, Sjeverno hrvatsko primorje i Gorski Kotar 6 – Dalmacija
(SD_11)	ŽUPANIJA (OBAVEZNO)	

TABLICE ZA BILJEŽENJE KVOTA

Radi lakšeg praćenja kvota zabilježi u tablici u koju dobno-spolnu kategoriju pripada ispitanik koji je odgovarao na upitnik

	M	Ž
25-34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ODBIJANJA

Pitanja O1 do O3 bilježite na način da za svaku navedenu situaciju koja vam se dogodi pri dolasku u neko kućanstvo upišete crticu. Kada ovaj upitnik bude popunjen zbrojite crtice za svako pitanje i upišite u prostor s desne strane.

O1. Zabilježite broj osoba koje ste od posljednjeg obavljenog do ovog intervjua kontaktirali, ali su odbile sudjelovati u anketi?

--	--

O2x1. Bilježi razloge odbijanja:

1 – Prezauzet, nema vremena, ima druge obaveze	
2 – Lošeg zdravlja	
3 – Nije kompetentan, ne zna ništa, ne želi govoriti o temi	
4 – Boji se, ne želi da se povrijedi privatnost	

5 – Već anketiran, ne vjeruje u ankete i sl.	
6 – Drugo	

O2x2. Spol osobe koja je odbila:

Muškarac	
Žena	

O2x3. Starost osobe koja je odbila:

Do 30 godina	
31 – 50	
51 i više	

O3. Između posljednjeg obavljenog i ovog intervjua, na koliko adresa ste se pokušali BAREM 2 ili više puta, ali ni nakon drugog puta nikoga niste našli kod kuće i zbog toga ste odustali od daljnjih pokušaja da ih kontaktirate?

--	--

Glavni cilj projekta je izmjeriti i procijeniti nejednakosti u zdravlju i pristupu zdravstvenoj njezi. Vašim sudjelovanjem pomoći ćete uočavanju nejednakosti u zdravlju, te doprinjeti procesu smanjivanja nejednakosti u zdravstvu i zdravlju.

ZS_1a) Za početak molim Vas recite mi koliko ste visoki? (MOLIM VAS ZAPIŠITE U CENTIMETRIMA)

ZS_1b) A koliko ste teški? (MOLIM VAS ZAPIŠITE U KILOGRAMIMA)

ZS3–8. Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju sljedećih aktivnosti?

Ako da, u kojoj mjeri? (JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

	AKTIVNOSTI	1 – DA, prilično	2 – DA, malo	3 – 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

ZS9–12. Je li Vam u protekla 4 tjedna Vaše zdravstveno stanje uzrokovalo neke od sljedećih promjena u radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima? (JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Da	2 – 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	<i>Niste mogli obaviti</i> 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? (JEDAN ODGOVOR)

- 1 – Nije utjecalo
- 2 – U manjoj mjeri
- 3 – Umjereno
- 4 – Prilično
- 5 – Izrazito

ZS14–22. U protekla 4 tjedna, koliko ste se često: (JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Stalno	2 – Skoro stalno	3 – Veći dio vremena	4 – Povremeno	5 – Rijetko	6 – 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, tzv. kronično, 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 → NE ČITAJ

KB1_99. Od kojih kroničnih bolesti s ove kartice bolujete?)

KB_1	Visoki tlak	1 – Ne	2 – 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_99	Neka druga, koja? _____	1	2

ZN1_3. Koliko često konzumirate:

		1– Nikada	2 – Nekoliko puta godišnje	3 – 2–3 puta mjesečno	4 – 1 tjedno	5 – 2–3 puta tjedno	6 – 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
- 2 – Povremeno → IDI NA PITANJE FA_1
- 3 – Svakodnevno → IDI NA PITANJE FA_1

ZN_5) Jeste li ikada pušili?

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

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)
- 5 – Nisam zaposlen/a

FA_2) Koliko ste često u svoje slobodno vrijeme fizički aktivni najmanje 30 min, tako da se pritom barem umjereno zapažete 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

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

- 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 – Nema izabranog liječnika

K_2) Jeste li u prošlih godinu dana bili kod liječnika specijalista (internista, okulista, diabetologa). Pod "specijalistima" ne mislimo na ginekologe.

- 1 – Da
- 2 – Ne

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 – Nema izabranog stomatologa

→ PITATI SAMO ŽENE! MUŠKARCI IDU NA PITANJE K_5

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 – Odbija 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

K6_9. Unatrag dvije godine, jeste li koristili neku od sljedećih njegovateljskih usluga?

		1– Da	2 –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

Q1a_d. U posljednjih godinu dana, na koje ste poteškoće naišli kada je riječ o uslugama Vašeg liječnika obiteljske medicine?

		1– Da	2 –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

→ PITATI SAMO ISPITANIKE KOJI SU BILI KOD SPECIJALISTA, K_2=1

Q2a_d. U posljednjih godina dana, na koje ste poteškoće naišli kada je riječ o uslugama liječnika specijalista?

		1– Da	2 –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

Q3a_d. 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)?

		1– Da	2 –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

Q4a_c. Koliko ste, općenito govoreći, zadovoljni sljedećim zdravstvenim slugama u našoj zemlji:

		1 – Potpuno zadovoljan/ na	2 – Djelomično zadovoljan/n a	3 – Ne znam	4 – Djelomično nezadovoljan/ na	5 – Vrlo nezadovoljan /na
Q_4 a	Bolničkim tretmanom	1	2	3	4	5
Q_4 b	Liječnicima opće i obiteljske medicine	1	2	3	4	5
Q_4c	Liječnicima specijalistima, uključuje stomatologe	1	2	3	4	5

QD1_3. Jeste li u proteklih godinu dana platili usluge:		1– Da	2 –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 → IDI NA PITANJE D_6

D5. Koju vrstu njege/usluge si niste mogli priuštiti? (MOGUĆE VIŠE ODGOVORA)

D_5a. Operacija	1
D_5b. Pregled/njega/tretman obiteljskog liječnika	2
D_5c. Pregled/njega/tretman liječnika specijalista	3
D_5d. Nabavka određenog lijeka ili lijekova	4
D_5e. Stomatološka njega/usluga	5
D_5f. Bolnička njega, rehabilitacija	6
D_5g. Ambulantna njega, rehabilitacija (bez zadržavanja u bolnici)	7
D_5h. Medicinsko pomagalo (naočale, aparatić za zube)	8
D_5i. Njega u domu ili toplicama	9
D_5j. Plaćena kućna njega	10
D_5_99. Nešto drugo, što: _____	99

D_6) U protekloj godini, je 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 → IDI NA PITANJE D_8

D7. Koji tip njege/usluge niste obavili zbog nedostupnosti njege/usluge? (, MOGUĆE VIŠE ODGOVORA)

D_7a. Operacija	1
D_7b. Pregled/njega/tretman obiteljskog liječnika	2
D_7c. Pregled/njega/tretman liječnika specijalista	3
D_7d. Nabavka određenog lijeka ili lijekova	4
D_7e. Stomatološka njega/usluga	5
D_7f. Bolnička njega, rehabilitacija	6
D_7g. Ambulantna njega, rehabilitacija (bez zadržavanja u bolnici)	7
D_7h. Medicinsko pomagalo (naočale, aparatić za zube)	8
D_7i. Njega u domu ili toplicama	9
D_7j. Plaćena kućna njega	10
D_7_99. Nešto drugo, što: _____	99

D_8) Koliko je udaljena ordinacija Vašeg obiteljskog liječnika od mjesta gdje stanujete?

_____ (u km)

D_9) U prosjeku, koliko dugo čekate da Vas primi Vaš obiteljski liječnik?, JEDAN ODGOVOR

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. Molim Vas navedite ukupan iznos u kunama.

Ukupan iznos (u kn) _____

D_11) Posljednji put kada ste trebali posjetiti liječnika opće prakse ili specijalista, koliko su Vam sljedeće stvari otežale posjet? (PROČITAJ, JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Jako je otežalo	2– Malo je otežalo	3– Nimalo nije otežalo	4 – Nikad nisam trebao/la liječnika	5 – 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? (PROČITAJ, JEDAN ODGOVOR)

- 1 – Da, više puta
- 2 – Da, jednom
- 3 – Ne

DP13_15. Koliko često sudjelujete u niže navedenim aktivnostima? (PROČITAJ, JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Svaki tjedan	2 – Jednom ili dva puta na mjesec	3– Nekoliko puta godišnje	4 – Rjeđe	5 – Ne sudjelujem
DP_13	Provodite vrijeme s prijateljima i poznanicima.	1	2	3	4	5
DP_14	Provodite vrijeme u obiteljskim i rodbinskim druženjima.	1	2	3	4	5
DP_15	Provodite vrijeme u dobrovoljnim organizacijama i udrugama (profesionalnim, sportskim, kulturnim, religijskim, političkim..)	1	2	3	4	5

DP16_20. Koliko se sljedeće tvrdnje odnose na Vas osobno? (PROČITAJ, JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Uopće se ne odnosi na mene	2 – Uglavnom se ne odnosi na mene	3 – Ne mogu procijeniti	4 – Uglavnom se odnosi na mene	5 – 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

DP21_24. Od koliko biste prijatelja ili rođaka, mogli očekivati pomoć u sljedećim situacijama: (UPIŠI BROJ PRIJATELJA I ROĐAKA U ODGOVARAJUĆI STUPAC)

		Upiši broj rođaka	Upiši broj prijatelja
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.		

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									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									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									Zadovoljan/–na
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SZ_4) Biste li za sebe rekli da ste:

- 1 – Vrlo sretni
- 2 – Sretni
- 3 – Ne baš sretni
- 4 – Uopće nisam sretan
- 5 – Ne mogu procijeniti

SZ5. Koliko se slažete sa sljedećim tvrdnjama? JEDAN ODGOVOR PO RETKU)

		1 – Potpuno se slažem	2 – Uglavn om se slažem	3 – Ne mogu procijenit i	4 – Uglavno m se ne slažem	5 – 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

DEMOGRAFIJA:**SD_1) Godina rođenja:** _____**SD_2) Spol :**

- 1 – Muški
- 2 – Ženski

SD3. Broj članova kućanstva.

		UPIŠITE BROJ ČLANOVA ZA SVAKU DOBNU SKUPINU
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 (uključujući dnevni boravak) _____

SD_5) Koliki je mjesečni prihod Vašeg kućanstva (u prosjeku)? Odaberite s ove kartice slovo pokraj iznosa koji odgovara prosječnim ukupnim prihodima svih članova Vašeg kućanstva, uključujući i Vas osobno (uključiti osim redovitih prihoda i honorare i sve ostale izvore prihoda).

- 1 – D – bez prihoda u kućanstvu prošli mjesec
- 2 – E – do 1000 kuna
- 3 – F – od 1001 do 2000 kuna
- 10–M – od 8001 do 9000 kuna
- 11–N – 9000 do 10000 kuna
- 12–O – 10001 do 11000 kuna

- 4 – G – od 2001 do 3000 kuna
- 5 – H – od 3001 do 4000 kuna
- 6 – I – od 4001 do 5000 kuna
- 7 – J – od 5001 do 6000 kuna
- 8 – K – od 6001 do 7000 kuna
- 9 – L – od 7001 do 8000 kuna

- 13–P – 11001 do 12000 kuna
- 14–R – 12001 do 13000 kuna
- 15–S – 13001 do 14000 kuna
- 16–T – 14001 do 15000 kuna
- 17–U – 15001 i više
- 98–ne zna ili ne želi odgovoriti

SD_6) Koje je Vaše bračno stanje?

- 1 – U braku
- 2 – U izvanbračnoj zajednici
- 3 – Neoženjen/neudata
- 4 – Rastavljen/rastavljena
- 5 – Udovac/udovica

SD_7) Koji je Vaš 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
- 5 – Studiram
- 6 – U mirovini

SD_8) Koje je 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/Kućanica
- 12 – Student
- 13 – Umirovljenik

SD_9) Koja je školska sprema Vaših roditelja?

SD_9c) A koja je Vaša školska sprema?

	SD_9a otac	SD_9b majka	SD_9c Ispitanik
1 – nezavršena osnovna škola	1	1	1
2 – završena osnovna škola	2	2	2
3 – nezavršena srednja škola (3 god ili 4 god)	3	3	3
4 – završena srednja škola	4	4	4
5 – nezavršena viša škola ili fakultet	5	5	5
6 – završena viša škola	6	6	6
7 – završen fakultet	7	7	7

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

SD_13) Osim prilikom vjenčanja ili sprovoda, otprilike koliko često pohađate vjerske službe? (PROČITAJ – SAMO JEDAN ODGOVOR)

- 1 - Češće od jednom tjedno
- 2 - Jednom tjednom
- 3 - Otprilike jednom mjesečno
- 4 - Jednom u svaka 2-3 mjeseca
- 5 - Samo na posebne svetke
- 6 - Otprilike jednom godišnje
- 7 - Još rjeđe
- 8 - Nikad
- 9 - Ne zna

SAŽETAK

Ovaj rad bavi se fenomenom nejednakosti u zdravlju. Rad se fokusirao na razlike u nejednakostima u zdravlju u dvije vremenske točke promatrane na temelju samo procijenjenog zdravlja (u ovom istraživanju zavisna varijabla) i četiri nezavisne dimenzije: psiholoških obilježja, društvene povezanosti, socioekonomskog statusa i dostupnosti zdravstvenih usluga.

Cilj rada bio je istražiti utjecaj ekonomskih i psihosocijalnih nejednakosti na zdravstveni status i pristup zdravstvenim uslugama građana Hrvatske, u dobi od 25 do 65 godina, te usporediti povezanosti zdravlja i društvenih nejednakosti u dvije vremenske točke: 2003. godine i 2010. godine. Dodatno, u radu se propituje društvena determiniranost zdravlja, odnosno njegova povezanost s individualnim i skupnim psihosocijalnim obilježjima (optimizam, lokus kontrole i društvena povezanost) te strukturnim ograničenjima (socioekonomski status i dostupnost zdravstvenih usluga).

Za potrebe ovoga rada korištena su dva istraživanja: HZA (Hrvatska zdravstvena anketa) 2003. i anketa NUZ 2010. (Nejednakosti u zdravlju). U prvom dijelu analize uspoređuju se rezultati ova dva istraživanja, dok drugi dio obrađuje isključivo rezultate NUZ 2010. Ideja je bila ispitati u jednom dijelu promjene u nejednakostima u zdravlju u dvije vremenske točke, te u drugom dijelu, na uzorku iz 2010. godine detaljnije ispitati odnose nezavisnih dimenzija SES-a, dostupnosti zdravstvenih usluga, društvene povezanosti i psiholoških obilježja sa zavisnom varijablom zdravlje. Također, u radu se istražuje struktura i spolna specifičnost odnosa tih dimenzija.

Anketa HZA 2003. provedena je 2003. godine, na uzorku od ukupno 8.806 osoba, a za potrebe ovoga rada od ukupnog broja sudionika izdvojili smo ciljani uzorak – sudionike u dobi od 25 do 65 godina (N=5.143) kako bi se omogućila usporedba uzoraka, te su odabrane određene varijable koje se podudaraju s varijablama u NUZ 2010. Istraživanje NUZ 2010. provedeno je metodom ankete 2010. godine na višestapnom stratificiranom probabilističkom uzorku iz populacije muškaraca i žena u dobi od 25 do 65 godina (N=1.026). Prva polovina upitnika sadržava indikatore zdravlja (uključujući i indeks tjelesne težine) i zdravstvenih poteškoća, čestice koje opisuju životni stil (pušenje, konzumacija alkohola, fizička aktivnost) te indikatore korištenja zdravstvenih usluga i s tim povezanih prepreka dostupnosti zdravstvenih usluga

(udaljenost od liječnika, 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 sudionika, njihovih roditelja i kućanstva u kojem žive.

Uz korištenje eksploratorne faktorske analize za konstrukciju kompozitnih varijabli, dobiveni podaci analizirani su različitim procedurama koje su uključile deskriptivnu statistiku, bivarijantne analize (jednosmjerna analiza varijance – ANOVA), multivarijantnu linearnu regresijsku analizu i hijerarhijsku regresijsku analizu. Hijerarhijski pristup korišten je da bismo ustanovili specifičan doprinos SES-a nakon kontrole sociodemografskih karakteristika (dob i spol) u protumačenoj varijanci varijable zdravlje, kao i da se omogući razlikovanje doprinosa SES-a, društvene povezanosti, dostupnosti zdravstvenih usluga i psiholoških obilježja varijabilnosti zdravlja.

Nije ustanovljena statistički značajna razlika u razini zdravlja između muškaraca i žena, a dob je, očekivano bila negativno povezana sa zdravljem u obje godine. Obrazovni status se također pokazao značajnim prediktorom zdravlja kako 2003. tako i 2010. godine. Ono što je donekle iznenadilo bila je povezanost između bračnog statusa i zdravlja – osobe koje nisu u braku iskazale su značajno višu razinu zdravlja u obje godine i od udanih/oženjenih sudionika i od rastavljenih, odnosno udovaca/udovica, što je objašnjeno intervenirajućim utjecajem dobi. Nalazi su pokazali da osobe s najmanjim prihodima obilježava značajno niža razina zdravlja od onih s većim prihodima.

Prva hipoteza, kojom smo pretpostavljali da će povezanost SES-a sa zdravljem biti veća 2010. nego 2003. godine nije dokazana, odnosno nalazi upućuju na to da nema pomaka ili razlike u povezanosti SES-a sa zdravljem 2003. godine. i 2010. godine. Istraživanjem druge hipoteze, koja je pretpostavljala povezanost između dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a u uzorku iz 2010. godine pokazana je slaba ali značajna povezanost SES-a i dostupnosti zdravstvenih usluga, pri čemu se prvenstveno misli na fizičku dostupnost zdravstvene usluge. Jedno od objašnjenja može se naći u činjenici da je u Hrvatskoj dostupnost liječnika obiteljske medicine uglavnom vrlo dobra, a dio se može pripisati činjenici da onaj dio populacije koji je boljeg socioekonomskog statusa procjenjuje fizičku udaljenost „dostupnijom“ ukoliko primjerice imaju osobni automobil ili resurse kojima će nadomjestiti udaljenost. Također, pitanje je koliko su u

uzorku zastupljene osobe kojima je zdravstvena usluga najudaljenija, a to su osobe koje žive na nekim od hrvatskih otoka i u unutrašnjosti države. Osim toga, osobe iznad 65 godina starosti, kod kojih bi po našoj procjeni ova povezanost bila snažnija, nisu bile uključene u ovo istraživanje. Gledajući dalje treću hipotezu, na uzorku iz 2010. godine rezultati su pokazali statistički značajnu pozitivnu povezanost između varijabli – psiholoških obilježja i društvenih povezanosti i dimenzije zdravlja. U modelu zdravlja testirali smo odnos između zdravlja i nezavisnih dimenzija psiholoških obilježja i društvene povezanosti te dostupnosti i SES-a. Pokazalo se da su dimenzije SES-a i dostupnosti te psihološka obilježja i društvene povezanosti statistički značajno pozitivno povezane sa zdravljem – što je viši socioekonomski status, što je bolja društvena povezanost, što su pozitivnija psihološka obilježja i što je veća dostupnost zdravstvenih usluga, to je viši stupanj zdravlja. Dodatno, rezultati su pokazali da individualne osobine i društvena povezanost imaju veću težinu za zdravlje od strukturalnih obilježja SES-a i dostupnosti zdravstvenih usluga. Dimenzija dostupnosti nešto je slabije povezana sa zdravljem od ostale tri, te pretpostavljamo da se dio njenog utjecaja može pripisati povezanosti SES-a i zdravlja. Spolna specifičnost ovoga rezultata pokazala je da su SES i psihološka obilježja značajni za žene i muškarce, a društvena povezanost, psihološka obilježja i dostupnost zdravstvenih usluga samo za muškarce. Psihološka obilježja malo su bolje bila povezana sa zdravljem kod žena. Potvrđena je hipoteza o statistički značajnoj ali slaboj pozitivnoj povezanosti dostupnosti zdravstvenih usluga i SES-a, te nema razlike u utjecaju SES-a na zdravlje 2003. godine u odnosu na 2010. godinu. Dokazano je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti dimenzija psiholoških obilježja i društvenih povezanosti, a dob se pokazala značajno povezanom s dimenzijom psiholoških obilježja. SES, društvena povezanost i psihološka obilježja statistički značajnije su pozitivno povezani s varijablom zdravlja od dostupnosti zdravstvenih usluga. Što se tiče spolne strukture, SES i psihološka obilježja pokazali su se značajnijim prediktorima zdravlja kod žena, dok su društvena povezanost i dostupnost zdravstvenih usluga bili važniji za muškarce.

Praktične implikacije ukazuju da bi pri planiranju intervencije trebalo načiniti razliku između individualnih i skupnih, odnosno strukturalnih odrednica zdravlja. Time bi se mjere intervencije mogle bolje usmjeriti, odnosno procijeniti koja mjera utječe na koji tip odrednica i, što je posebno važno, ne zanemariti niti jedne niti druge. U slijedećim studijama preporuča se detaljnije analizirati spolnu specifičnost odnosa između bolesti i društvene povezanosti.

Preporuke za buduća istraživanja uključuju manje, specifične studije fokusirane na odnos naših elemenata u posebno ranjivim skupinama kao što su jednoroditeljske obitelji, te uspoređivanje podataka povezanosti zdravlja i SES-a odnosu na populacijske parametre korištene u ovom radu.

Ključne riječi: nejednakosti, zdravlje, psihološka obilježja, Hrvatska, odrednice zdravlja

SUMMARY

This thesis discusses the phenomenon of health inequalities. The focus is on the differences in health inequalities at two points in time considered on the basis of self-assessed health (dependent variable) and four independent dimensions: psychological characteristics, social connectedness, socioeconomic status (SES), and access to health care.

The objective was to research the influence of economic and psychosocial inequalities on the health status and access to health care as relating to citizens of Croatia aged between 25 and 65, and to compare the connections between health and social inequalities at two points in time (in the years 2003 and 2010). Moreover, the thesis examines the social determination of health, that is, the connections between health and individual and group psychosocial characteristics (optimism, locus of control, and social connectedness) as well as with structural limitations (socioeconomic status and access to health care).

The results of two surveys were used in the thesis: the HZA 2003 (Croatian Health Poll 2003) and the NUZ 2010 (Health Inequalities 2010). In the first part of the analysis, the results of the two surveys are compared, while the second addresses only the results of the NUZ 2010. The idea was to examine the changes in health inequalities at two points in time and proceed to explore in more detail the relationships between the independent dimensions – the SES, access to health care, social connectedness, and psychological characteristics – and the dependent variable of health on the sample used in the NUZ 2010. Additionally, the thesis explores the structure and gender specificity of the relations among the dimensions.

The HZA 2003 survey was conducted in the year 2003 on a sample of 8,806 respondents. For the purpose of this thesis, a target sample was selected consisting of respondents aged between 25 and 65 (N=5,143) to allow sample comparison, and variables consistent with the variables in the NUZ 2010 were selected. The NUZ 2010 survey was conducted in the year 2010 using poll method on a multi-stage stratified probability sample of male and female population aged between 25 and 65 (N=1,026). The first half of the survey form includes health indicators (including body weight index) and indicators of health problems, lifestyle components (smoking, alcohol consumption, physical activity), and indicators of use of health services and associated barriers to health care access (distance from health care facilities, financial costs, etc). The second half of the survey form examines personal characteristics (happiness, satisfaction, optimism, and locus of control), social connectedness (networks and personal social capital), and

the sociodemographic characteristics of the participants, their parents, and the households in which they live.

Using exploratory factor analysis in the construction of composite variables, the obtained data were analyzed in various procedures that included descriptive statistics, bivariate analyses (one-way analysis of variance -- ANOVA), multivariate linear regression analysis, and hierarchy regression analysis. The hierarchy approach was used to establish the specific contribution of the SES following control of sociodemographic characteristics (age and gender) in the interpreted variance of the health variable as well as to differentiate among the contributions of the SES, social connectedness, access to health care, and the psychological characteristics to health variability.

No statistically significant difference in the health level of men and women was established, while age was established to have a negative connection to health in both tested years, as had been expected. Educational status was a significant predictor of health both in 2003 and in 2010. A finding that was to some extent unexpected was the connection between marital status and health – the respondents who were single reported a considerably higher level of health in both surveys than did the married, divorced, and widowed respondents, which is accounted for by the intervening influence of age. The findings showed a considerably lower health level in persons with the lowest income than in those with higher income.

The first hypothesis, which assumed that the connection between the SES and health would be greater in 2010 than in 2003, was not supported. The data indicate that there is no difference between the connection of the SES and health in 2003 and that in 2010. The testing of the second hypothesis, which assumed that a connection existed between access to health care and the SES in the sample from the year 2010, led to the result that showed a low but significant connection between the SES and health care access, which primarily relates to physical access to health care services. One of the explanations for this lies in the fact that access to family physicians in Croatia is mostly quite good, while another can be attributed to the fact that the part of the population with a higher SES considers physical distance "more accessible" if they own a vehicle or have resources available with which to compensate for the distance. Moreover, the question is to what extent the sample included persons in locations with the greatest distance to health care services, which are some of the Croatian islands and inland. Furthermore, elderly

persons (over the age of 65), for whom a stronger connection would be expected, were not included in the surveys.

As regards the third hypothesis, the results of the 2010 survey showed a statistically significant positive connection between the variables of psychological characteristics and social connectedness on the one hand and the dimension of health on the other. The relationship between health and the independent dimensions of psychological characteristics, social connectedness, access to health care and the SES was tested in a health model. It was shown that psychological characteristics and social connectedness as well as SES and health care access were statistically significantly positively correlated to health – the higher the socioeconomic status, the better the social connectedness; with more positive psychological characteristics access to health care services is better, and so is health. However, dimensions of psychological characteristics and social connectedness (or support) showed better connection and explained health better than SES and access to health care dimensions. Access to health care was shown to have a somewhat weaker connection to health in relation to the other three dimensions, which is assumed to be partly due to the connectedness of the SES and health. The gender specificity of this result showed that the SES and psychological characteristics were significant for both women and men, while social connectedness, psychological characteristics, and health care access were significant only for men. The connection between health and psychological characteristics was somewhat stronger in women.

The thesis on statistically significant but weak positive connection between health care access and the SES was confirmed. There is no difference between the impact of the SES on health in the year 2003 and that in the year 2010. A statistically significant positive connection between the dimensions of psychological characteristics and social connectedness was established, with age proving to be significantly connected to the dimension of psychological characteristics. The positive connection between the SES, social connectedness, and psychological characteristics on the one hand and the health variable on the other hand is statistically more significant than the connection between health care access and health. As far as gender structure is concerned, the SES and psychological characteristics were shown to be more significant predictors of health in women, while social connectedness and health care access were more important for men.

Practical implications indicate that, in intervention planning, a distinction should be made between individual health determinants and group health determinants, that is, structural health determinants. This would facilitate a better intervention focus, that is, a better assessment of which measures influence which type of determinant and, very importantly, including both. It is recommended that further studies analyze in more detail the gender specificity of the relationship between disease and social connectedness.

Recommendations for further research also include smaller, specific studies focused on the relationships among the elements included in this thesis, in particularly vulnerable groups such as single-parent families, as well as on comparison of data on connections between health and the SES on the one hand and the population parameters used in this thesis on the other.

Key words: inequalities, health, psychological characteristics, Croatia, health determinants

ŽIVOTOPIS

Vanesa Benković rođena je 17. siječnja 1976. godine u Zagrebu. Osnovnu školu i gimnaziju završila je u Zagrebu. Diplomirala je orgulje na Institutu za crkvenu glazbu Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Na poslijediplomskom studiju Menadžmenta u zdravstvu na Medicinskom fakultetu magistrirala je 2008. godine s radom *Korisnost studije zdravlja u kontekstu regionalnog i nacionalnog planiranja za zdravlje*, a u prosincu 2011. godine Fakultetsko vijeće Filozofskog fakulteta u Zagrebu odobrilo joj je stjecanje doktorata i prihvatilo temu pod nazivom “Promjene u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. i 2010. godine”. Od 2005-2009. radila je kao direktorica besplatne dnevne novine Metro Express, od 2010–2013. godine vodila je istraživačku agenciju Media Metar i vlastitu kompaniju za istraživanje tržišta, farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva, od kada radi kao glavni istraživač u Hrvatskom društvu za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva. Predaje farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva na Medicinskom fakultetu te je predavač na kolegiju Marketinška istraživanja i primijenjena istraživanja na Bernays Visokoj školi za komunikacijski menadžment. Trenutno je zaposlena u kompaniji Novartis Hrvatska d.o.o.

Objavila je dvadesetak radova u domaćim i stranim znanstvenim časopisima i zbornicima radova. Bavi se istraživanjima iz područja ekonomike zdravstva, sociologije zdravlja i medijskim istraživanjima.