

Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje pojedinca

Horvat, Lana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:183668>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-09**

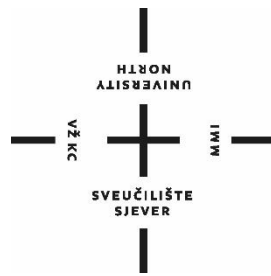


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 100/SSD/2021

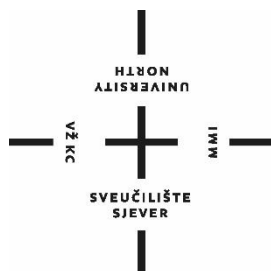
**UTJECAJ EPIDEMIJE BOLESTI COVID-19
NA SOCIOEKONOMSKI STATUS I
ZDRAVLJE POJEDINCA**

Lana Horvat

Varaždin, rujan 2021.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski sveučilišni
studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 100/SSD/2021

**UTJECAJ EPIDEMIJE BOLESTI COVID-19
NA SOCIOEKONOMSKI STATUS I
ZDRAVLJE POJEDINCA**

Student:
Lana Horvat, 1274/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2021.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Lana Horvat	MATIČNI BROJ	1274/336D
DATUM	31.8.2021.	KOLEGIJ	Vještine vođenja i organizacije rada u sestrinstvu
NASLOV RADA	Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje pojedinca		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The impact of the COVID-19 disease epidemic on the socioeconomic status and health of the individual		
MENTOR	dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović, predsjednik		
	2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor		
	3. doc.dr.sc. Ivan Milas, član		
	4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	100/SSD/2021
OPIS	<p>Epidemija bolesti COVID-19 pojačala je nejednakosti u zdravlju, prisutne između pojedinih slojeva društva ili pojedinaca, koje proizlaze iz strukturiranih društvenih nejednakosti, te o promjenama u razini zdravlja, navikama povezanim sa zdravljem, društvenom i materijalnom statusu, dostupnosti zdravstvene zaštite i osobnom zadovoljstvu...</p> <p>Epidemija bolesti COVID-19 prouzročila je brojne negativne posljedice na zdravlje populacije, kao i značajne socijalne i ekonomske poteškoće, što je u fokusu istraživačkog dijela rada. Cilj ovog diplomskog rada bio je istražiti promjene u socioekonomskom statusu i zdravlju pojedinca uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19. Za potrebe izrade ovog rada provedeno je anonimno anketno istraživanje s ciljem utvrđivanja utjecaja epidemije bolesti COVID-19 na socioekonmski status i zdravlje sudionika te su rezultati istraživanja prikazani u radu i uspoređeni s podacima iz dostupne literature. Također, prikazana je i važnost magistara sestrinstva u edukaciji stanovništva.</p>

ZADATAK URUČEN

02.09.2021.



POTPIS MENTORA

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici i profesorici doc.dr.sc. Marijani Neuberg na savjetima, uputama i vodstvu prilikom izrade diplomskog rada. Zahvaljujem se profesorima Sveučilišta Sjever na strpljenju, trudu i prenesenom znanju.

Hvala svim kolegicama i kolegama na podršci tijekom studiranja. Također, zahvaljujem se svojoj obitelji što mi je omogućila stjecanje obrazovanja magistre sestrinstva na Sveučilištu Sjever te na iznimnoj moralnoj podršci i razumijevanju.

Sažetak

Uvod: nejednakosti u zdravlju, prisutne između pojedinih slojeva društva ili pojedinaca, proizlaze iz strukturiranih društvenih nejednakosti i rezultat su društvene stratifikacije, a nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti. Epidemija bolesti COVID-19 prouzročila je brojne negativne posljedice na zdravlje svjetske populacije, kao i značajne globalne socijalne i ekonomske poteškoće.

Metode: za potrebe ovog rada, provedeno je istraživanje s ciljem utvrđivanja utjecaja epidemije bolesti COVID-19 na socioekonmski status i zdravlje pojedinaca. Istraživanje je provedeno pomoću anonimnog anketnog upitnika dostupnog na društvenim mrežama u obliku Google obrasca u razdoblju od svibnja do srpnja 2021. godine. U istraživanju je sudjelovalo 433 sudionika, pripadnika opće populacije, prosječne dobi između 21-30 godina starosti. Upitnik je ispitivao sociodemografske karakteristike sudionika, socioekonomske karakteristike sudionika kao što su razina obrazovanja, radni status, mjesečni prihodi po članu kućanstva te dodatne aspekte vezane za promjene u socioekonomskom statusu uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19.

Rezultati: rezultati istraživanja nisu pokazali statistički značajan utjecaj epidemije na ekonomski status sudionika, dok se utjecaj epidemije odrazio na promjene u percipiranom općem zdravlju prije i za vrijeme epidemije. Kvaliteta i dostupnost zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije ocijenjene su lošijima. Dobivena je statistički značajna povezanost između razine obrazovanja, zdrave prehrane i tjelovježbe, kao i povezanost između prosječnih mjesečnih prihoda po članu kućanstva i procjene opće razine zdravlja.

Zaključak: epidemija bolesti COVID-19 uzrok je globalne zdravstvene i socioekonomske krize s kojom će se svjetska populacija boriti i u narednim godinama. Kao globalni javnozdravstveni problem, epidemija bolesti COVID-19 prilika je za isticanje uloga magistara sestrinstva u upravljanju i organizaciji pojedinih dijelova zdravstvenog sustava, upravljanju ljudskim potencijalom i resursima te preventivnom djelovanju u svrhu održavanja zdravlja u zajednici.

Ključne riječi: epidemija bolesti COVID-19, zdravlje, socioekonomski status, kvaliteta života

Abstract

Introduction: Health inequalities, present between different strata of society or individuals, arise from structured social inequalities and are the result of social stratification. Inequalities in socioeconomic status are at the root of health inequalities. The COVID-19 disease epidemic has caused a number of negative consequences for the health of the world's population, as well as significant global social and economic difficulties.

Methods: For the purposes of this thesis, a study was conducted to determine the impact of the COVID-19 disease epidemic on the socioeconomic status and health of individuals. The survey was conducted using an anonymous survey questionnaire available on social media in the form of a Google form in the period from May to July 2021. The survey involved 433 participants, members of the general population, with an average age between 21-30 years of age. The questionnaire examined the sociodemographic characteristics of the participants, the socioeconomic characteristics of the participants such as education level, employment status, monthly income per household member and additional aspects related to changes in socioeconomic status caused by the COVID-19 epidemic.

Results: The results in this thesis did not show a statistically significant impact of the epidemic on the economic status of survey participants, while the impact of the epidemic was reflected in changes in perceived general health before and during the epidemic. The quality and availability of health services during the epidemic were rated worse. A statistically significant correlation was obtained between the level of education, healthy diet and exercise, as well as the correlation between the average monthly income per household member and the assessment of the general level of health.

Conclusion: The epidemic of the COVID-19 disease is the cause of the global health and socio-economic crisis that the world's population will fight in the coming years. As a global public health problem, the COVID-19 disease epidemic is an opportunity to highlight the roles of masters of nursing in the management and organization of individual parts of the health system, human resource and resource management, and preventive action to maintain community health.

Key words: COVID-19 disease epidemic, health, socioeconomic status, quality of life

Popis korištenih kratica

COVID-19	Koronavirusna bolest uzrokovana virusom SARS-CoV-2
SARS-CoV-2	eng. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
WHO	eng. World Health Organization
BDP	Bruto domaći proizvod
EU	Europska unija
EUROMOD	Mikrosimulacijski model poreznih olakšica Instituta za socijalna i ekonomska istraživanja Sveučilišta u Essexu
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj

Sadržaj

1. Uvod	11
2. Definicija i sociološki aspekti zdravlja.....	13
2.1. Odrednice zdravlja	13
2.2. Zdravstveno ponašanje.....	15
2.3. Nejednakosti u zdravlju i socijalni gradijent	16
2.4. Pravda i pravičnost u kontekstu zdravlja	18
3. Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje	19
3.1. Koronavirus kao uzročnik bolesti, utjecaj na demografske pokazatelje i čimbenici rizika za širenje bolesti COVID-19	20
3.2. Socioekonomski pokazatelji za vrijeme epidemije bolesti COVID-19	21
3.3. Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na bavljenje tjelesnom aktivnošću	23
3.4. Promjene u načinu prehrane uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19	24
3.5. Posljedice epidemije bolesti COVID-19 na mentalno zdravlje	25
4. Istraživački dio rada.....	27
4.1. Cilj istraživanja	27
4.2. Istraživačka pitanja i hipoteze.....	27
4.3. Uzorak.....	28
4.4. Opis instrumenta	28
4.5. Tehnike prikupljanja i obrade podataka.....	29
4.6. Rezultati istraživanja.....	30
4.6.1. Socioekonomski status sudionika anketnog istraživanja.....	30
4.6.2. Zdravstveni status sudionika i njegov utjecaj na društvene aktivnosti sudionika ...	32
4.6.3. Pozitivna zdravstvena ponašanja	37
4.6.4. Procjena kontrole i zadovoljstva životom	42
5. Rasprava	47
6. Zaključak	52

Literatura	54
Popis tablica.....	58
Popis grafikona	59
Prilozi.....	60

1. Uvod

Razlike u zdravlju i dugovječnosti u različitim društvima nerijetko su velike i etički uznemirujuće. Desetljeća epidemioloških istraživanja, u području biomedicinskih i društvenih znanosti, u brojnim zemljama potvrđuju da se nejednakosti u zdravlju međusobno razlikuju s obzirom na nejednakosti u obrazovanju, prihodima i drugim socijalnim pokazateljima. Prepreke pristupu zdravstvenoj zaštiti samo su jedan od faktora koji doprinosi nejednakostima. Nejednakost je višedimenzionalni pojam kojeg određuje, primjerice, jaz između pripadnika društva koji rade najlošije plaćene poslove i onih koji rade najbolje plaćene poslove ili jaz između onih koji rade najlošije plaćene poslove i medijana ili prosjeka. Relevantne nejednakosti mogu se odnositi na zdravlje kroz život, na trenutno zdravlje u određenom trenutku ili na zdravstvene izgleda od zadanog trenutka u budućnost. Prirodno je da život ljudi u zajednici dovodi do diferencijacije – pojedinci se kao članovi društva međusobno razlikuju. Razlike mogu proizlaziti iz bioloških obilježja, što spada u prirodne razlike, ili proizlaziti iz uvjeta društvenog života. Kao rezultat diferencijacije, podjele funkcija i zadaća među članovima društva, nastaju društvene razlike. Zauzimanje različitih društvenih položaja i uloga, kao i obavljanje različitih djelatnosti u društvu rezultira društvenim razlikama. Također, društvene razlike nastaju i iz osobnih obilježja pojedinaca, primjerice razlika prema spolu, dobi, kvocijentu inteligencije, sposobnostima... Osobne razlike i razlike u društvenim ulogama nisu uvijek ni nužno međusobno rangirane, što znači da se ljudi mogu međusobno razlikovati i pritom ostati na istoj razini društvenog života, odnosno ne se nužno nalaziti u odnosu društvene nejednakosti [1,2].

Društvene nejednakosti strukturirane su društvene razlike koje nastaju kao posljedica nejednake raspodjele materijalnih i nematerijalnih društvenih dobara i uzrok su društvene stratifikacije, odnosno nastanka društvenih slojeva. Pripadnost društvenoj skupini, sloju, staležu ili klasi uvelike utječe na zdravlje, pojavnost bolesti, zdravstvenu zaštitu te naposljetku smrtnost. Različite društvene skupine značajno se razlikuju po zdravstvenom stanju i zaštiti, međutim, raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja u društvu nije slučajna, već je uzrokovana društvenom stratifikacijom. Nejednakosti u zdravlju razlike su u zdravstvenom statusu između društvenih skupina, populacija ili pojedinaca. Tu spadaju razlike u pojavnosti bolesti i očekivanom trajanju života koje je potrebno smanjiti. Univerzalni pristup sigurnim, visokokvalitetnim, učinkovitim zdravstvenim uslugama, kao i bolja suradnja između socijalnih i zdravstvenih usluga te djelovanje na čimbenike rizika mogu pomoći u prekidu začaranog kruga lošeg zdravlja, siromaštva i nedostatne zdravstvene skrbi. Nejednakosti u zdravlju, prisutne između pojedinih slojeva društva, proizlaze iz strukturiranih društvenih nejednakosti i rezultat su društvene stratifikacije, a nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti

[1]. Nastanak zdravstvenih nejednakosti može biti objašnjen zdravstvenim stanjem društvenih skupina kao rezultatom dugoročno prisutnih povoljnih ili štetnih utjecaja kojima su određene društvene skupine izložene, što bi značilo da se zdravstvene nejednakosti pojavljuju kao izravne posljedice društveno-ekonomske sredine. Socijalna pravda često je pitanje života i smrti. Izravno utječe na način na koji ljudi žive, njihove šanse za obolijevanje od različitih bolesti i rizik od prerane smrti. Pomalo je začuđujuće kako se očekivano trajanje života i razina zdravlja povećavaju u pojedinim dijelovima svijeta, dok se isti parametri ne uspijevaju poboljšati u drugima. Primjerice, dijete rođeno danas može očekivati da će poživjeti više od 80 godina ukoliko je rođeno u razvijenijim zemljama svijeta, dok će, ako se rodi u nekoj od zemalja najnižeg stupnja razvoja doživjeti manje od 45 godina starosti. Zdravstvene nejednakosti koje se mogu izbjeći, nastaju zbog okolnosti u kojima pojedinci rastu, žive, rade i stare te zbog uspostavljenih sustava skrbi čija je zadaća brinuti za zdravlje. Životne uvjete pak oblikuju politički, socijalni i ekonomski faktori. Socijalne i ekonomske politike imaju značajan utjecaj na to može li se pojedinac razvijati i rasti do svog punog potencijala. O stupnju razvoja pojedinog društva možemo suditi prema kvaliteti života i razini zdravlja pripadnika tog društva [3,4].

Posljednjih mjeseci epidemija bolesti COVID-19 izazvala je značajne globalne socijalne i ekonomske poteškoće. Vlade i zdravstveni službenici širom svijeta uveli su obvezne preventivne mjere za borbu protiv širenja epidemije bolesti COVID-19, kao što su upotreba sredstava za dezinfekciju ruku, rukavica i maski, koje su utjecale na različite sfere života pojedinaca. Socijalno distanciranje također je jedna od mjera sprječavanja širenja zaraze bolesti COVID-19. Epidemija je prouzročila ozbiljne demografske promjene, porast nezaposlenosti te zaustavljanje brojnih ekonomskih aktivnosti kako bi se spasili ljudski životi. Industrija prijevoza i putovanja najteže je pogođena jer je globalni turizam posljednjih mjeseci pao na najniže razine. Ipak, ograničene gospodarske aktivnosti pridonijele su čišćem okolišu [5].

U ovom će radu biti riječi o povezanosti socioekonomskog statusa, odnosno društvenog položaja pojedinca, s njegovim zdravljem, kao i utjecaju epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i na zdravlje. U istraživačkom dijelu rada bit će prikazani rezultati anketnog upitnika o utjecaju epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i opće zdravlje sudionika istraživanja, utvrdit će se međusobna povezanost društvenog položaja i zdravlja, odnosno određuje li viši socioekonomski status i višu razinu zdravlja, pozitivnije zdravstveno ponašanje i višu razinu osobnog zadovoljstva. Također, biti će prikazano na koji je način epidemija bolesti COVID-19 utjecala na kvalitetu života i zadovoljstvo životom.

2. Definicija i sociološki aspekti zdravlja

Zdravlje i život često su promatrani kao dvije različite sfere. Na zdravlje se gleda kao nešto što je usko povezano s genetikom, zdravstvenom skrbi ili nepostojanjem iste te našim osobnim navikama i stilom života. Život je, s druge strane, pojam koji se najčešće povezuje s obrazovanjem, obitelji, karijerom, društvenim, kulturnim i duhovnim životom i svim karakteristikama društva u kojem se navedeno odvija. Genetika, zdravstvena skrb i životni stil važne su odrednice zdravlja, no velik utjecaj na zdravlje ima i način života u društvu. Okolnosti u kojima pojedinci žive i rade usko su povezane s rizikom za razvoj različitih bolesti i s očekivanim trajanjem života. Primjerice, dijeleći pripadnike društva prema stupnju obrazovanja vrlo precizno ih je moguće podijeliti i prema njihovom zdravlju i duljini trajanja života. Osobe čije je obrazovanje više obično su zdravije i žive dulje. Također, prilikom izoliranja manje društvene skupine pojedinaca s najvišim stupnjem obrazovanja isti bi gradijent ponovno bio vidljiv. Riječ je o društvenom gradijentu zdravlja koji je primjenjiv na cijelo društvo. U sustave rangiranja koji utječu na gradijent zdravlja ubrajaju se obrazovanje, prihodi, obiteljska pozadina, zanimanje i drugi [6].

2.1. Odrednice zdravlja

Definiciju i koncept zdravlja određuje socijalno-medicinska struka te se tema zdravlja uobičajeno obrađuje prikazom i kritičkim pregledom različitih definicija zdravlja koje su znanstveno prihvaćene. Najopćenitija i najčešće korištena definicija zdravlja glasi da je zdravlje odsutnost bolesti, no ista se smatra sociološki najlošijom. Najpoznatija definicija zdravlja zapisana je u Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije iz 1946. godine: „Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti“ [1]. Pritom je važno napomenuti kako se navedena definicija zdravlja, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, smatra idealno-tipskom definicijom. To bi značilo da je definicija kao takva misaona konstrukcija s izdvojenim i naglašenim elementima društvene stvarnosti, odnosno da ideju nekog društvenog stanja ili fenomena, u ovom slučaju zdravlja, definira pojmovno. Takva definicija nije neposredni ni potpuno točni opis stvarnosti, kao ni dominantni oblik pojavljivanja društvenog fenomena zdravlja. Predmet kritike navedene definicije su utopizam, statičnost, idealizam i rigidnost. Zdravlje je potrebno proučavati kao apstraktan, višedimenzionalan i dinamičan biološki, društveni i psihološki fenomen [1].

Tijekom proteklih desetljeća, istraživanja javnog zdravlja sve više su obraćala pozornost na socijalne determinante zdravlja. Širok raspon studija pokazuje da osobe s nižim socioekonomskim statusom imaju lošije zdravlje, povećan rizik od kroničnih bolesti i umiru u mlađoj dobi od onih s višim socioekonomskim statusom. Prilikom procjene proporcionalnog doprinosa različitih determinanti nejednakosti u zdravlju vezanih za socioekonomski status, otkriveno je da su obrazovanje, prihodi kućanstva i radni status najvažniji čimbenici koji doprinose razlikama u percipiranom zdravstvenom statusu [7]. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je socijalne odrednice zdravlja kao “uvjete u kojima se ljudi rađaju, rastu, žive, rade i dožive starost” te kao “temeljne pokretače tih uvjeta“ [4]. Pojam socijalne odrednice često se odnosi na čimbenike kao što su zdravstvene značajke okoline (npr. mogućnost rekreacije i dostupnost zdravih prehrambenih namirnica), koje mogu utjecati na ponašanje povezano sa zdravljem. Međutim, prikupljeni su dokazi koji upućuju na socioekonomske čimbenike, kao što su prihodi i obrazovanje, kao temeljne uzroke širokog raspona različitih zdravstvenih ishoda. Višestruko su uočeni stupnjevani odnosi između socioekonomskih čimbenika i različitih zdravstvenih ishoda. Oni mogu odražavati utjecaj subjektivnog društvenog statusa (kako se osoba doživljava kao prikladna u odnosu na druge u društvenoj hijerarhiji određenoj bogatstvom, položajem i prestižem). Odnosi između socioekonomskih čimbenika i zdravlja složeni su, dinamični i interaktivni; mogu uključivati višestruke mehanizme poput epigenetskih procesa te se ponekad mogu manifestirati tek desetljećima nakon izlaganja [8,9].

2.2. Zdravstveno ponašanje

Pojmom zdravstvenog ponašanja označava se oblik ljudskog ponašanja potaknut, motiviran i povezan s pokušajima pojedinca ili zajednice da poboljšaju vlastito zdravlje, spriječe pojavu bolesti, dijagnosticiraju potencijalni zdravstveni problem ili spriječe smrt [1]. Zdravstveno ponašanje oblikuje zdravlje i dobrobit pojedinaca i populacije. Zdravstveno ponašanje javlja se u više oblika. Pozitivnim zdravstvenim ponašanjem smatra se bilo koja aktivnost čija je svrha poboljšanje zdravlja, zatim ona koju poduzima osoba koja za sebe vjeruje da je zdrava, no svejedno poduzima određene akcije u svrhu dodatnog poboljšanja zdravlja. Preventivno zdravstveno ponašanje podrazumijeva djelovanje osobe koja sebe smatra zdravom ili potencijalno zdravstveno ugroženom. Takvo ponašanje uključuje akcije kao što su cijepljenje, sistematski pregledi, prenatalna zaštita i slično. Nadalje, postoji i bolesničko ponašanje ili ponašanje pri traženju pomoći i ono je karakteristično za osobu koja osjeća simptome bolesti ili se smatra bolesnom, zbog čega poduzima akciju da bi provjerila svoje zdravlje i odredila način liječenja. Ponašanje u ulozi bolesnika podrazumijeva ponašanje osobe koje se već nalazi u ulozi bolesnika. Motivi za ponašanje u ulozi bolesnika mogu biti izlječenje, kontrola bola, porast kvalitete života i/ili produljenje trajanja života [1,10]. Oslanjajući se na istraživanja, uočljiva je povezanost socijalnih odrednica sa zdravstvenim ponašanjem. Utjecaj socijalnih odrednica preusmjerava fokus s individualne atribucije i odgovornosti za vlastito zdravlje na društvenu organizaciju i bezbroj institucija, struktura, nejednakosti i ideologija koje određuju zdravstveno ponašanje. Provedene su studije koje povezuju socijalne odrednice s biosocijalnim pristupima dinamici zdravstvenog ponašanja. Zdravstvena ponašanja prepoznata su kao višedimenzionalna i ugrađena u način života, razlikuju se tijekom života i odražavaju povezanost između struktura i djelovanja koja zahtijevaju smještanje pojedinaca u kontekst zajednice. Socio-kulturalno podrijetlo i socio-psihološke osobine pojedinca kao pripadnika neke društvene skupine, utječu na odnos prema vlastitom zdravlju, vrednovanje zdravlja, informiranost i mogućnost prepoznavanja mogućih zdravstvenih problema. To se odražava na ponašanje u pogledu promicanja zdravlja i sprječavanja bolesti te u reagiranju i traženju zaštite u slučaju kada bolest nastupi [11].

2.3. Nejednakosti u zdravlju i socijalni gradijent

Na ukupno zdravstveno stanje pojedinih društvenih slojeva utječu različiti životni stilovi. Društvene skupine značajno se razlikuju po zdravstveno štetnim oblicima ponašanja. Dokazano je da su rizici po zdravlje koji proizlaze iz uvjeta života i načina ponašanja učestaliji među nižim socioekonomskim skupinama. Preventivni i pozitivni oblici zdravstvenog ponašanja manje su popularni među fizičkim radnicima, nego ne-fizičkim radnicima. S višim stupnjem obrazovanja i prihoda raste i interes za poboljšanje vlastitog zdravlja. Viša razina obrazovanja i bolja i uglednija zanimanja utječu na češće bavljenje sportom, izbor zdravije prehrane, manju sklonost konzumaciji alkohola... Prema tome, niže socioekonomske skupine ponašaju se nezdravije ili rizičnije te u manjoj mjeri sudjeluju u preventivnim zdravstvenim programima, za razliku od društvenih skupina višeg socioekonomskog statusa koje su bolje preventivno zaštićene od rizika za nastanak bolesti. Razlike koje se javljaju u pristupačnosti i korištenju te u kvaliteti zdravstvene zaštite između različitih društvenih skupina posljedica su nejednakog položaja na stratifikacijskoj ljestvici te imaju karakter društvenih nejednakosti. Nejednakosti u društvu očituju se u pristupačnosti zdravstvene zaštite. Iako je u europskim zemljama rijetkost da je nekim ljudima zdravstvena zaštita uskraćena zbog siromaštva, rasne, vjerske ili nacionalne pripadnosti, svejedno postoje financijske, organizacijske i kulturalne prepreke koje ljudima, koji teorijski imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, u praksi onemogućavaju pristup zdravstvenoj službi [1, 12]. Studija provedena u Francuskoj 2010. godine za cilj je imala procijeniti socioekonomske nejednakosti u općem i mentalnom zdravlju, sklonosti depresiji i upotrebi sredstava ovisnosti (svakodnevna upotreba duhana, konzumacija alkohola). U provedbi istraživanja korišteni su različiti socioekonomski pokazatelji položaja: obrazovanje, dohodak i percipirani financijski status. Rezultati su pokazali značajne relativne i apsolutne socioekonomske nejednakosti općenito, mentalno zdravlje i depresiju za sve razmatrane pokazatelje socioekonomskog položaja (obrazovanje, dohodak i percipirani financijski status). Apsolutne nejednakosti bile su veće za žene, nego za muškarce. Najizraženije nejednakosti uočene su u financijskom statusu muškaraca i žena, a uočeno je i kako je obrazovanje imalo veću ulogu u percipiranim nejednakostima za žene, dok se za muškarce pokazalo kako prihod ima veću ulogu [13].

Zdravstvene nejednakosti obično se promatraju uz socijalni gradijent: "postupno ili linearno smanjenje razine zdravlja koje dolazi sa snižavanjem društvenog položaja" (Marmot, 2004). Ovaj gradijent postoji u svim zemljama, bilo bogatima ili siromašnima, a uzorak se može uočiti kada se promatraju čimbenici kao što su dohodak, razina obrazovanja, geografska regija, spol ili etnička pripadnost. To znači da oni pojedinci koji su u društvenoj hijerarhiji pozicionirani više imaju bolje zdravlje, bilo da se mjeri u smislu učestalosti prijave bolesti i stope smrtnosti ili u smislu samoprocjene fizičkog i psiho-socijalnog zdravlja. Iz tog je razloga neophodno razumjeti i odgovoriti na socioekonomske determinante koje izravno i neizravno utječu na zdravlje [6]. Na primjer, pozitivan odnos između razine obrazovanja i zdravlja je široko priznat i čini se uzajaman. Bolja izobrazba rezultira boljim zdravljem kroz bolja radna mjesta, višim prihodima i povećanjem zdravstvene pismenosti, dok bolje zdravlje omogućuje ljudima da više ulažu u obrazovanje. Nejednakosti u zdravlju prisutne su globalno te su one rezultat djelovanja pojedinaca i zajednica. Na odrednice nejednakosti u zdravlju gleda se u binarnim terminima, pripadnike društva se dijeli na siromašne i nesiromašne, deprivirane i nedeprivirane, što nije potpuno točno. Upravo se prepoznavanjem gradijenta zdravlja na problem nejednakosti može gledati drugačije, u društvenom i znanstvenom smislu. U društvenom smislu, zdravstvena nejednakost nije ograničenje samo na bogate i siromašne, već utječe na sve pripadnike društva, bili oni bogati, siromašni ili „negdje između“. Važan uzrok društvenog gradijenta zdravlja je činjenica da su ljudi iz različitih društvenih skupina izloženi različitim društvenim i ekonomskim uvjetima [3,14].

2.4. Pravda i pravičnost u kontekstu zdravlja

Širom svijeta i unutar lokalnih zajednica pripadnici društva u različitoj mjeri pate od bolesti, invaliditeta i ranog mortaliteta. Neke od razlika, poput onih koje proizlaze iz socijalnih odrednica poput siromaštva, okolišnih uvjeta ili nedostatnog pristupa zdravstvenoj zaštiti, mogu se označiti kao nepravedne; druge, poput onih koje odražavaju osobne izbore, npr. za potencijalno sudjelovanje u opasnim sportovima, čini se, nisu usko povezane s pravdom. Za razumijevanje odnosa između zdravstvenih nejednakosti i pravde pod utjecajem brojnih čimbenika nužno je uključiti pojmove zasluženosti, izbora, ranjivosti, sreće, kulturne i obiteljske prakse i pripadnosti društvenim grupama. Istražujući ovu tematiku dublje, primjetno je kako se zdravstvene nejednakosti konstruiraju same, kroz izbore o načinu mjerenja i odražavanja zdravstvenih razlika, i kako koncepti pravde odražavaju različite ideale jednakosti i pravičnosti. Razvojem prirodnih i društvenih znanosti i modernog društva pojmovi pravde i pravičnosti postaju sve aktualniji, a interpretacija tih pojmova čini razliku koja određuje je li neko društvo zdravije [15]. Preslikavanjem pojmova pravde i pravičnosti na područje javnog zdravstva i zdravstvene zaštite otvara se pitanje pravičnosti zdravstvene zaštite i interesa, vrijednosnih mjerila, zakona i društvene hijerarhije. Definicija glasi kako je pravičnost odsutnost sistemskih ili nepoštenih razlika u zdravlju ili odsutnost sistemskih razlika u društvenim odrednicama zdravlja između društvenih skupina s različitim stupnjem društvenih prednosti i nedostataka. Također, postavlja se pitanje razlike između pravičnosti i pravednosti u zdravlju. Za pravičnost se smatra kako se temelji na vrijednostima, što za pravednost u zdravlju nije nužno [16].

3. Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje

Zarazni koronavirus SARS-CoV-2 otkriven je u Wuhanu u Kini te se od prosinca 2019. godine brzo proširio najprije unutar Kine, a zatim i u druge zemlje širom svijeta. Izvor virusa SARS-CoV-2 još uvijek nije u potpunosti jasan. Pandemija bolesti COVID-19 postavila je značajne izazove globalnoj sigurnosti i javnom zdravstvu. 31. siječnja 2020. godine Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), zbog sve većeg straha od brzog širenja koronavirusa, najavila je globalnu epidemiju i 11. ožujka 2020. godine bolest je prepoznata kao pandemija. Klinička ispitivanja bolesti COVID-19 pokazuju da gotovo svi zaraženi pacijenti primljeni u bolnicu imaju problema s disanjem i simptome slične upali pluća. Prvi znakovi bolesti COVID-19 najčešće su kašalj, febrilitet i kratkoća daha, a u kasnijim fazama moguća je teža upala pluća kao i smrtni ishod. Ranjivost starijih osoba (> 80 godina starosti) je velika, sa stopom smrtnosti od ~ 22% slučajeva oboljelih od bolesti COVID-19. Većina zemalja je za borbu protiv epidemije izabrala metode socijalnog distanciranja, skrining na virus i kasnije cijepljenje [17].

COVID-19 stvorio je globalnu zdravstvenu krizu u kojoj brojni ljudi umiru ili pate. Nije riječ samo o zdravstvenoj krizi, već o socijalnoj i ekonomskoj krizi, koje su ključne za održivost i razvoj. 11. ožujka 2020., kada je Svjetska zdravstvena organizacija proglasila globalnu pandemiju, bilo je prijavljeno 118.000 slučajeva zaraze iz 114 zemalja s preko 4.000 smrtnih slučajeva. Prema statističkim podacima iz literature, bilo je potrebno 67 dana od prvog prijavljenog slučaja do 100.000 slučajeva, 11 dana za drugih 100.000 slučajeva i samo četiri dana za trećih 100.000. Taj je tempo širenja zaraze preplavio zdravstvene sustave čak i najbogatijih zemalja, a zdravstvene djelatnike stavio u situaciju u kojoj su bili primorani odlučivati tko će od pacijenata dobiti priliku liječiti se, a tko će umrijeti. Pandemija bolesti COVID-19 gurnula je svijet u neizvjesnost, a jasne strategije za završetak pandemije prije dostupnosti cjepiva nije bilo. Pandemija je zahvatila sve segmente društva, međutim, posebno je štetila ranjivim društvenim skupinama, uključujući siromašno stanovništvo, stanovništvo starije životne dobi, osobe s invaliditetom, autohtono stanovništvo i etničke manjine. Uzroci patnje svjetskog stanovništva mogu biti različiti, poput ograničenog kretanja, manje mogućnosti zaposlenja, porasta ksenofobije... Društvena kriza koju je stvorila pandemija bolesti COVID-19 također povećava nejednakost, diskriminaciju te nezaposlenost [17].

3.1. Koronavirus kao uzročnik bolesti, utjecaj na demografske pokazatelje i čimbenici rizika za širenje bolesti COVID-19

SARS-CoV-2 virus uzročnik je bolesti COVID-19 i pripada obitelji koronavirusa, koja je patogena za ljude, a može se prenijeti i na životinje. Bynoe i Tyrell 1966. godine bili su prvi koji su proučavali koronavirus izolirajući ih iz bolesnika koji pate od prehlade te su virus nazvali koronavirusom zbog sličnosti površine sa solarnom koronom i klasificirali ga u četiri roda: gama-, beta-, delta-, i alfakoronavirus. Beta- i alfakoronavirusi potječu od šišmiša, dok delta- i gamakoronavirusi uglavnom pogađaju ptice i svinje. Betakoronavirusi su povezani s teškim bolestima, dok se alfakoronavirusi pripisuju asimptomatskim infekcijama. Uzročnik bolesti COVID-19 pripada betakoronavirusima. Prema mišljenjima zdravstvenih stručnjaka, uzročnik bolesti COVID-19 potječe s tržnice za trgovinu životinjama u kineskom Wuhanu, no točan put do infekcije ljudi ostaje nepoznat. Karakteristični simptomi bolesti COVID-19 slični su simptomima kod upale pluća [5].

Socioekonomski i demografski čimbenici ukazuju da epidemija bolesti COVID-19 ne utječe na sve na isti način. Teško je u potpunosti razumjeti zašto zarazne epidemije različito utječu na različite socioekonomske skupine te je prilikom istraživanja te pojave vjerodostojnost podataka ključna. Važni su socioekonomski pokazatelji kao što su stupanj obrazovanja, život u ruralnom ili urbanom području, gustoća naseljenosti stanovništva i broj članova u kućanstvima jer, nažalost, COVID-19 ima značajniji utjecaj na gusto naseljena siromašna područja. Postojeća literatura o epidemiji bolesti COVID-19 ukazuje na to da će područja s nižim prosječnim prihodima stanovnika vjerojatno biti u većoj opasnosti od zaraze od područja s višim prihodima. Slijede pokazatelji koji prema literaturi vjerojatno pridonose širenju epidemije bolesti COVID-19 [5]:

- 1) Veća gustoća naseljenosti koja predstavlja izazov u osiguravanju socijalnog distanciranja u urbanim područjima,
- 2) Kućanstva s više članova mogu dovesti do zaraze većeg broja ljudi bez puno socijalnih kontakata s drugima, jer je dovoljno da jedna osoba „donese“ virus i zarazi druge,
- 3) Socijalno distanciranje preventivna je metoda korištena širom svijeta koja je osigurala da širenje zaraze bolesti COVID-19 bude usporeno. Međutim, nekoliko razloga može pridonijeti različitim rezultatima kada je riječ o učinkovitosti ove metode:
 - a. Različite regije mogu usvojiti različite službene politike za sprječavanje širenja zaraze bolesti COVID-19,
 - b. Odluke o izbjegavanju izlazaka iz vlastitih domova, osim u slučaju nužde, mogu biti kontraproduktivne za gusto naseljena područja,

- c. Pacijenti koji boluju od kroničnih bolesti izloženi su većem zdravstvenom riziku od zdravih ljudi,
- 4) Svjetska zdravstvena organizacija navodi kako su pušači u mnogo većem riziku od razvoja težih simptoma bolesti COVID-19,
- 5) Područja s nižim socioekonomskim pokazateljima izložena su većem zdravstvenom riziku zbog nedostatka dostupnosti zdravstvenih usluga [5].

Prema tome, sa sigurnošću se može zaključiti kako su socioekonomski i demografski pokazatelji u središtu pandemije bolesti COVID-19, odnosno da su veće stope infekcije i smrtnosti povezane s gusto naseljenim područjima. COVID-19 također ima značajan utjecaj na industrijske i gospodarske aktivnosti, a provedba strategija potpunog i djelomičnog „lockdown-a“ osigurava da će ekonomski i socijalni ciljevi nakon epidemije bolesti COVID-19 biti u potpunoj suprotnosti s vremenskom linijom prije epidemije [5,17].

3.2. Socioekonomski pokazatelji za vrijeme epidemije bolesti COVID-19

COVID-19 zarazna je bolest koja je rezultirala zarazom više milijuna ljudi diljem svijeta i stotinama tisuća smrtnih slučajeva. COVID-19 značajno je negativno utjecao na industrijska gospodarstva i gospodarstva u usponu te je pridonio najgorim performansama burzi od financijske krize 2008. godine [5]. Preventivne mjere poduzete u svrhu spašavanja života ozbiljno pogađaju gospodarstva diljem svijeta. Kao što je prethodno spomenuto, ključna mjera zaštite koja je univerzalno usvojena je takozvani „lockdown“. Zatvaranje radnih mjesta poremetilo je lance opskrbe i smanjilo produktivnost. U mnogim slučajevima, vlade su zatvorile granice kako bi zaustavile širenje bolesti. Poduzete su i ostale mjere poput zabrane putovanja, zabrane održavanja sportskih događaja i drugih masovnih okupljanja. Također, mjere poput zabrana ili ograničenja korištenja javnog prijevoza i javnih prostora, na primjer, restorana, trgovačkih centara i javnih atrakcija također su bile na snazi. Otpuštanja, pad prihoda i povećana nesigurnost natjerali su ljude da troše manje, što dovodi do daljnjeg zatvaranja poslovanja i gubitka radnih mjesta. Sugerira se kako bi se opće zdravstvene reforme trebale baviti stopom zaraznosti bolesti COVID-19 kako bi ograničile ponovnu ovakvu pojavu, a zdravstvenim radnicima, starijim osobama i djeci morala bi se posvetiti posebna pažnja u zaštiti od zarazne bolesti COVID-19. Vlade širom svijeta dužne su osigurati da medicinsko osoblje i istraživači slijede smjernice WHO-a u svrhu zaštite ljudskih života [17].

Nakon izbijanja epidemije bolesti COVID-19 u prosincu 2019. u gradu Wuhanu, i rapidnog širenja svijetom, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) proglasila je ovu situaciju hitnim stanjem od međunarodnog značaja, zbog značajnog javnozdravstvenog rizika epidemije bolesti COVID-19 i opasnosti za globalno zdravlje koju ona predstavlja, čime je naglašena važnost koordinirane i brze globalne reakcije na epidemiju. U integriranom i globaliziranom svijetu, utjecaji bolesti, kao što su povišene stope mortaliteta i morbiditeta na globalnoj razini, vidljivi su već od samog izbijanja epidemije. Usred usporavanja i djelomične obustave kineske ekonomije funkcioniranje globalnih lanaca opskrbe bilo je narušeno. Tvrtke diljem svijeta, bez obzira na veličinu, ovisne o uvozu iz Kine, počele su bilježiti pad u proizvodnji. Restrikcije uvoza i izvoza dodatno su usporile globalnu ekonomiju. Svojevrсна panika među potrošačima i proizvođačima iskrivila je uobičajene obrasce potrošnje i uzrokovala anomalije na tržištu. Globalna financijska tržišta također su negativno reagirala na promjene, a globalni indeksi dionica su pali [18]. Nadalje, ekonomski pad izazvan epidemijom bolesti COVID-19 ima značajne implikacije na ravnopravnost spolova, kako tijekom pada, tako i kasnijeg oporavka. U usporedbi s "redovitim" recesijama, koje utječu na zapošljavanje muškaraca više, nego na zapošljavanje žena, pad zaposlenosti povezan s mjerama socijalnog udaljavanja ima velik utjecaj na sektore s visokim udjelom zaposlenosti žena. Uz to, zatvaranje škola i vrtića znatno su povećali potrebe za dječjom skrbi, što ima posebno velik utjecaj na majke koje rade. Nakon krize uzrokovane epidemijom, postojati će suprotstavljene snage koje u konačnici mogu promicati ravnopravnost spolova na tržištu rada. Prvo, poduzeća brzo usvajaju fleksibilne radne angažmane koji će vjerojatno ostati takvima i nakon epidemije. Drugo, mnogi očevi za vrijeme epidemije moraju preuzeti primarnu odgovornost za brigu o djeci, što može nagristi socijalne norme koje vode do nejednake raspodjele kućanskih poslova i skrbi o djeci [19].

3.3. Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na bavljenje tjelesnom aktivnošću

Epidemija bolesti COVID-19 rezultirala je razornom prijetnjom ljudskom društvu u pogledu zdravlja, ekonomije i načina života. U slučaju zaraze, već postojeća patološka stanja ili popratne bolesti ili starost glavni su razlog prerane smrti i povećanog morbiditeta i mortaliteta. Imobilizacija zbog hospitalizacije, odmor, mirovanje i nedostatna tjelesna neaktivnost zbog karantene i socijalnog distanciranja mogu smanjiti sposobnost organa da se odupru virusnim infekcijama i povećati rizik od oštećenja imunološkog, dišnog, kardiovaskularnog, mišićno-koštanog sustava i mozga [20]. Da bi ljudsko tijelo ostalo zdravo, potrebna mu je svakodnevna tjelesna aktivnost. Organizam neprestano osjeća promjene u unutarnjoj okolini i reagira na njih. Tako povećani zahtjevi mišića tijekom vježbanja predstavljaju glavni izazov za tjelesnu homeostazu izazivajući mnoštvo odgovora u organizmu. Stopa metabolizma mišića može se aktivacijom povećati čak 100 puta u usporedbi s uvjetima mirovanja. Da bi se podržala potreba za energijom radnih mišićnih vlakana, u našem se organizmu javljaju privremeni akutni odgovori da bi se izašlo u susret izazovu vježbanja. Kao rezultat nakupljanja sesija aktivnosti, organizam se prilagođava metaboličkim zahtjevima. Prilagodbe na vježbanja odnose se na dugoročne promjene koje se javljaju u našem tijelu kao posljedica treninga [20]. Tjelovježba je jedna od najčešće propisanih terapija kako za očuvanje zdravlja, tako i za tretiranje bolesti. Međutim, ponašanja u modernom društvenom načinu života promiču tjelesnu neaktivnost i sedentarnost. Ovu situaciju uvelike pogoršavaju mjere suzbijanja širenja zaraze koje su brojne zemlje nametnule kako bi kontrolirale širenje epidemije. Zdravstvene vlasti zatražile su od velikog broja ljudi da ostanu kod kuće u karanteni dulje vrijeme, a ova preporuka predstavlja značajan izazov za održavanje tjelesne aktivnosti. Istraživanja pokazuju da pogoršanje mitohondrijske homeostaze uslijed imobilizacije mišića može dovesti do organske i sistemske upale, važnog mehanizma za patogenezu bolesti COVID-19 [20]. U Španjolskoj je 2020. godine provedena studija o promjenama vezanima za tjelesnu aktivnost za vrijeme karantene. Prema istraživanju, već tijekom prvog tjedna sudionici su smanjili svoju tjednu razinu tjelesne aktivnosti za 20% [21]. Talijansko istraživanje iz 2020. godine bavilo se promjenama u načinu tjelesne aktivnosti za vrijeme karantene. Dobiveni rezultati pokazali su kako je glavna vrsta tjelesne aktivnosti koja se provodila tijekom karantene aerobna aktivnost 35%, zatim funkcionalni trening 27% te anaerobna aktivnost 19%. Sudionici istraživanja su tjelesnu aktivnost u prosjeku provodili dvaput tjedno po sat vremena i to u svojim domovima [22].

3.4. Promjene u načinu prehrane uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19

Rano razdoblje karantene zbog epidemije bolesti COVID-19 imalo je dubok utjecaj na svakodnevne životne aktivnosti stanovništva širom svijeta. Restriktivne mjere koje su provedene u većini zemalja, u kombinaciji s gašenjem većine industrija, uključujući i restorane, prisiljavale su ljude na zatvaranje u svoje domove duži niz mjeseci. Postoje sugestije da epidemija bolesti COVID-19 može imati izravne i neizravne učinke na sigurnost hrane i prehranu, s time da ishodi ovisе o početnoj situaciji u zajednicama, zemljama i regijama, kao i o njihovoj otpornosti na promjene. S jedne strane, moguće je pretpostaviti da je zatvaranje u svoje domove zbog karantene moglo dovesti do poboljšanja kvalitete prehrane na temelju dokaza koji sugeriraju da je učestalost kuhanja i konzumacije svježe pripremljenih jela kod kuće povezana s boljom ukupnom kvalitetom prehrane [23]. Kroz provedena istraživanja, pokazalo se da je pozitivna povezanost između prehrane kod kuće i kvalitete prehrane jača među pojedincima s visokim dohotkom, nego kod pojedinaca s niskim primanjima. Podržavajući hipotezu da se kvaliteta prehrane možda poboljšala tijekom ranog razdoblja karantene, polovica odraslih Amerikanaca u neznanstvenim istraživanjima navodila je kako su češće kuhali obroke za vrijeme karantene, nego to čine inače [23].

S druge strane, restriktivne mjere su imale neposredan utjecaj na opskrbu hranom i potražnju, dok se istovremeno neizravno smanjila financijsku sposobnost za kupnju hrane uslijed gubitka posla, posebice među ranjivijom populacijom. Ovakva promjena vjerojatno je povećala ekonomske i socijalne napetosti povezane s prehranom u osjetljivim podskupinama, što je dovelo do lošijih prehrambenih navika i slabije kvalitete sveukupne prehrane [23]. Karantena ima dugoročne učinke na razvoj kardiovaskularnih bolesti, uglavnom uzrokovane nezdravim načinom života i tjeskobom. Nakon karantene i kraja epidemije zasigurno će biti potrebna globalna javnozdravstvena akcija u svrhu promocije zdrave prehrane i tjelesne aktivnosti kako bi se ljude potaknulo na zdraviji način života [24].

3.5. Posljedice epidemije bolesti COVID-19 na mentalno zdravlje

Pojavom epidemije bolesti COVID-19 svjedoci smo najvećeg globalnog izazova u generaciji. Potpuni opseg utjecaja epidemije na mentalno zdravlje još uvijek nije poznat, ali očekuje se da će biti značajan i trajan te će se učinci epidemije bolesti COVID-19 na mentalno zdravlje protezati na gotovo sve elemente društva. Pretpostavlja se, na temelju postojećih podataka iz prethodnih pandemija, zajedno s novim podacima iz ove pandemije, da će se psihološki morbiditet neizbježno povećati. Ovaj morbiditet može doseći vrhunac kasnije i trajati duže od fizičkih zdravstvenih posljedica pandemije [25]. Nadalje, predviđeni porast mentalnih bolesti, s potencijalom i za povećano samoubojstvo, smatra se najvjerojatnijim u postpandemijskoj fazi, kada će se spojiti ekonomska kontrakcija, ograničeni resursi za brigu za mentalno zdravlje, pojedinačne ranjivosti i oštra stvarnost dramatično promijenjenih stilova života. Posebno je zabrinjavajuće što će najizraženiji ispadi u mentalnom zdravlju biti prisutni kod najugroženijih pripadnika društva, poput onih s već postojećim mentalnim zdravstvenim stanjima [26].

Ljudi se osjećaju tjeskobno i nesigurno prilikom značajnih promjena u njihovoj okolini. U slučaju izbijanja zaraznih bolesti, kada su uzrok ili progresija bolesti i ishodi nejasni, javlja se povišena razina anksioznosti i straha među pripadnicima društva [25]. Poznato je kako je razina anksioznosti značajno porasla kada se pojavila epidemija SARS-a 2002. godine. Na primjer, u Hong Kongu je oko 70% ljudi izrazilo tjeskobu zbog dobivanja SARS-a, a ljudi su se izjašnjavali kako vjeruju da je vjerojatnije da će oboljeti od SARS-a, nego od prehlade. Tjeskoba i strah povezani s infekcijom mogu dovesti i do diskriminacije određenih društvenih skupina [26]. Stanovnici Wuhana bili su na meti i optuženi za izbijanje epidemije bolesti COVID-19 od strane drugih Kineza, a Kinezi su od tada međunarodno stigmatizirani, na primjer, upotrebom pojma „kineski virus“ i upotrebom pojmova kao što su „virus Wuhan“ i „nova žuta opasnost“ u medijima [26].

Strah je stoljećima poznat kao odgovor na prijašnje epidemije, poput kuge, ali osim uobičajenih odgovora na pojavu bolesti, ljudi reagiraju i na mnoge individualizirane načine prema opaženoj prijetnji. Primjerice, hipervigilancija se može pojaviti kao posljedica straha i tjeskobe, a u težim slučajevima može rezultirati posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) i/ili depresijom. Strah od nepoznatog, u ovom slučaju širenja bolesti i utjecaja bolesti na ljude, njihovo zdravlje, zdravstvenu zaštitu i ekonomiju, povećava tjeskobu kod zdravih osoba, kao i kod onih s već postojećim mentalnim zdravstvenim stanjima. Pojedinci, obitelji i zajednice doživljavaju osjećaje beznađa, očaja, tuge, žalosti i dubokog gubitka svrhe zbog epidemije i njezinih posljedica [27]. Osjećaj gubitka kontrole pokreće osjećaje straha i neizvjesnosti. Nejasne poruke vladinih ili zdravstvenih službenika također mogu dovesti do javne nesigurnosti i straha. Reakcije ljudi na strah i neizvjesnost dovode do negativnog društvenog ponašanja. Nesigurnost povećava osjećaj uzbune što rezultira ponašanjem usmjerenim na smanjenje nekontroliranih situacija kojih se ljudi boje. Primjerice, vidjeli smo kako ljudi prazne police supermarketa što rezultira globalnom nestašicom hrane i potrepština poput toaletnog papira. Navodi se kako se ovakvo ponašanje javlja iz dva razloga: jedan je to što se prijetnja bolesti COVID-19 doživljava kao "stvarna" prijetnja i očekuje se da će potrajati neko vrijeme, a drugi razlog je to što takvo ponašanje služi kao sredstvo za povratak osjećaja kontrole nad situacijom [27]. Oporavak od negativnih utjecaja epidemije mora uključivati planove za rješavanje javnozdravstvenog problema mentalnog zdravlja i nadzor mentalnog zdravlja populacije kako bi se omogućio adekvatan odgovor na predviđena pitanja mentalnog zdravlja. Strah i izolacija bolesnih ili onih u karanteni, slom struktura socijalne potpore, poremećaj svakodnevnog života koji uzimamo zdravo za gotovo i utjecaji mentalnog zdravlja na zdravstvene radnike stvarni su i očekivani ishodi ove pandemije [26].

4. Istraživački dio rada

4.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi na koji način epidemija bolesti COVID-19 utječe na socioekonomski status i opće zdravlje pojedinca, utvrditi postoji li međusobna povezanost društvenog položaja i općeg zdravlja, odnosno utvrditi određuje li viši socioekonomski status i višu razinu zdravlja, pozitivnije zdravstveno ponašanje i višu razinu osobnog zadovoljstva. Također, cilj je otkriti na koji je način epidemija bolesti COVID-19 utjecala na kvalitetu života i zadovoljstvo životom.

4.2. Istraživačka pitanja i hipoteze

Istraživačka pitanja koja se postavljaju iz ciljeva su sljedeća:

1. Na koji je način epidemija bolesti COVID-19 utjecala na opće zdravlje i blagostanje pojedinca?
2. Na koji je način epidemija bolesti COVID-19 utjecala na socioekonomski status pojedinca?
3. Prakticiraju li pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom zdraviji način prehrane i jesu li skloniji redovitom bavljenju tjelovježbom?
4. Jesu li pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom boljeg općeg zdravlja za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19 te pokazuju li višu razinu općeg zadovoljstva?
5. Je li epidemija bolesti COVID-19 utjecala na kvalitetu života i zadovoljstvo životom?

Hipoteze koje proizlaze iz navedenih istraživačkih pitanja su:

H1: Postoji razlika u samoprocjeni zdravlja sudionika anketnog istraživanja prije pandemije bolesti COVID-19 i za vrijeme pandemije bolesti COVID-19.

H2: Pojedinci s višim stupnjem obrazovanja prakticiraju zdraviji način prehrane i skloniji su se baviti tjelovježbom.

H3: Pojedinci s višim socioekonomskim statusom prakticiraju zdraviji način prehrane i skloniji su se baviti tjelovježbom.

H4: a) Pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom boljeg su općeg zdravlja za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19.

b) Pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom pokazuju višu razinu općeg zadovoljstva životom za vrijeme trajanja epidemije COVID-19.

4.3. Uzorak

U anketnom istraživanju sudjelovalo je **433 sudionika**, pripadnika opće populacije, iz Republike Hrvatske. Većina sudionika je bila ženskog spola, njih 351 (87,5%), dok je 82 (12,5%) sudionika bilo muškog spola. Najveći broj sudionika bio je starosti između 21 i 30 godina (33,9%).

Dob	<i>f</i>	%
< 20 godina	12	2,8%
21-30 godina	147	33,9%
31-40 godina	111	25,6%
41-50 godina	96	22,2%
> 50 godina	67	15,5%

Tablica 4.3.1. Prikaz dobi sudionika: frekvencije i postotni prikaz, Izvor: autor, L.H.

4.4. Opis instrumenta

Za provedbu istraživanja konstruiran je anketni upitnik naslova „*Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje pojedinca*“. Upitnik je ispitivao sociodemografske karakteristike sudionika, spol i dob, te socioekonomske karakteristike sudionika kao što su razina obrazovanja, radni status, mjesečni prihodi po članu kućanstva te dodatne aspekte vezane za promjene u socioekonomskom statusu uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19.

Anketni upitnik je ispitivao i zdravstveno ponašanje sudionika, odnosno zdrave navike vezane za prehranu i tjelovježbu, sadržavao je pitanja o općem zdravlju sudionika te o stupnju kontrole i zadovoljstvu životom.

4.5. Tehnike prikupljanja i obrade podataka

Istraživanje je provedeno putem anketnog upitnika u obliku Google obrasca u razdoblju od 02.05.2021. do 06.07.2021., dostupnog na društvenim mrežama. Sudjelovanje u istraživanju bilo je u potpunosti anonimno te dobrovoljno i sudionici su mogli u bilo kojem trenutku odustati od istraživanja. Rezultati su kodirani i analizirani u SPSS 23 statističkom IBM programu. Deskriptivni podaci istraživanja prikazani su putem frekvencije odgovora i postotaka. Hipoteze su testirane t-testom za zavisne uzorke i Spearmanovim testom korelacije.

4.6. Rezultati istraživanja

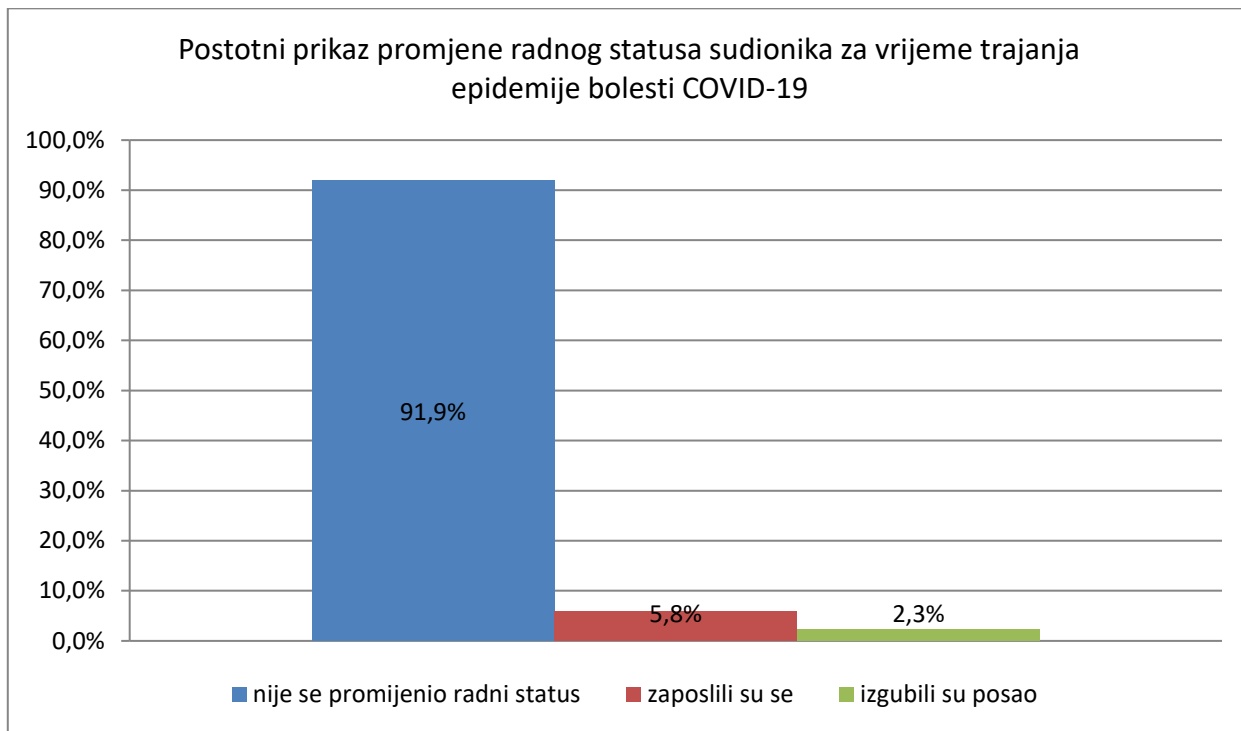
4.6.1. Socioekonomski status sudionika anketnog istraživanja

Kao mjere socioekonomskog statusa u ovom su istraživanju uzete tri varijable: završen stupanj obrazovanja, radni status te visina mjesečnih prihoda po članu kućanstva. Najveći broj sudionika istraživanja ima završenu srednju školu (43,6%), zaposleno je 79,9%, a 38,1% sudionika ima prosječne mjesečne prihode po članu kućanstva između 2000 kune i 5000 kuna. (Tablica 4.6.1.1.).

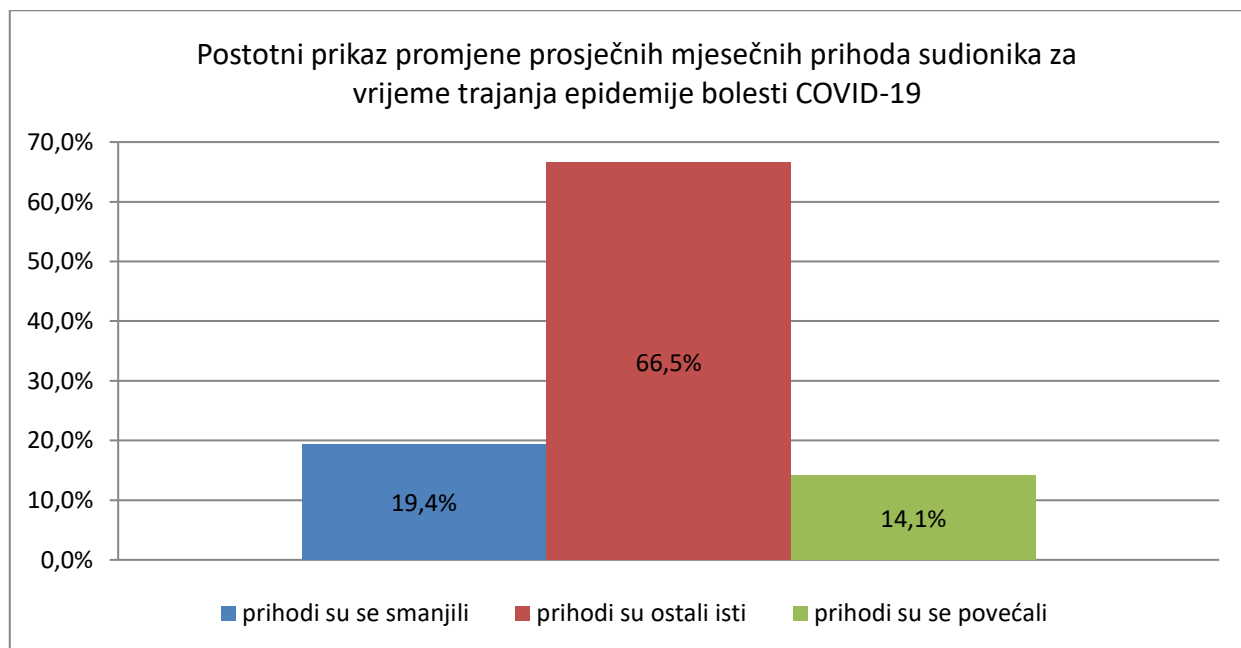
	varijabla	<i>f</i>	%
stupanj obrazovanja	Završena osnovna škola	1	0,2%
	Završena srednja škola	189	43,6%
	Završen preddiplomski studij	141	32,6%
	Završen diplomski studij	95	21,9%
	Završen poslijediplomski studij	7	1,6%
radni status	zaposlen/a	346	79,9%
	nezaposlen/a	19	4,4%
	student/ica ili učenik/ica	43	9,9%
	umirovljenik/ica	25	5,8%
prosječni mjesečni prihodi po članu obitelji u kućanstvu	manje od 2000kn	16	3,7%
	2000kn do 5000kn	165	38,1%
	5000kn do 8000kn	147	33,9%
	8000kn do 10 000kn	61	14,1%
	više od 10 000kn	44	10,2%

Tablica 4.6.1.1. Prikaz socioekonomskih karakteristika sudionika: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

Sudionici istraživanja su u anketi navodili je li se njihov radni status promijenio te jesu li se njihovi prosječni mjesečni prihodi promijenili za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19 te kako bi procijenili svoje materijalno stanje. Kod 91,9% sudionika radni status je ostao isti kao i prije epidemije bolesti COVID-19 (Grafikon 4.6.1.1.) te su kod 66,5% njih prosječni mjesečni prihodi ostali isti (Grafikon 4.6.1.2).

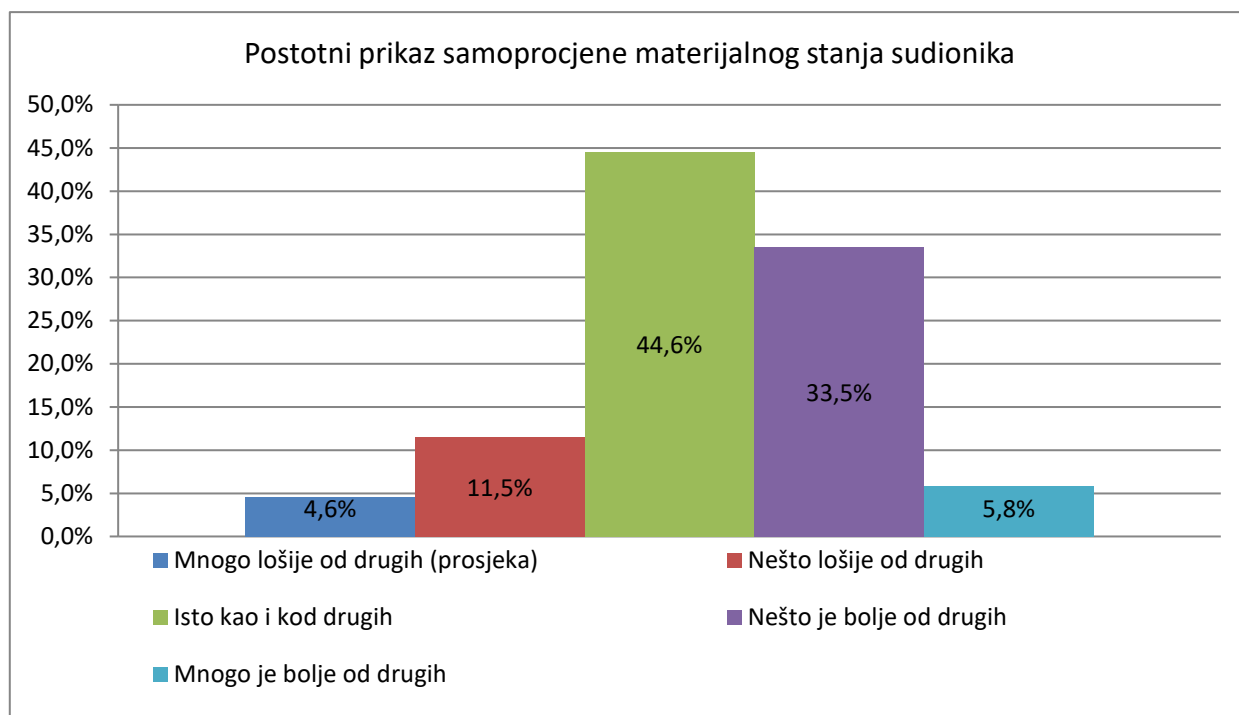


Grafikon 4.6.1.1. Postotni prikaz promjene radnog statusa sudionika za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H.



Grafikon 4.6.1.2. Postotni prikaz promjene prosječnih mjesečnih prihoda sudionika za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H.

Najveći broj sudionika istraživanja, njih 44,6% procjenjuje svoje materijalno stanje istim kao i kod drugih ljudi što je prikazano u grafikonu 4.6.1.3.

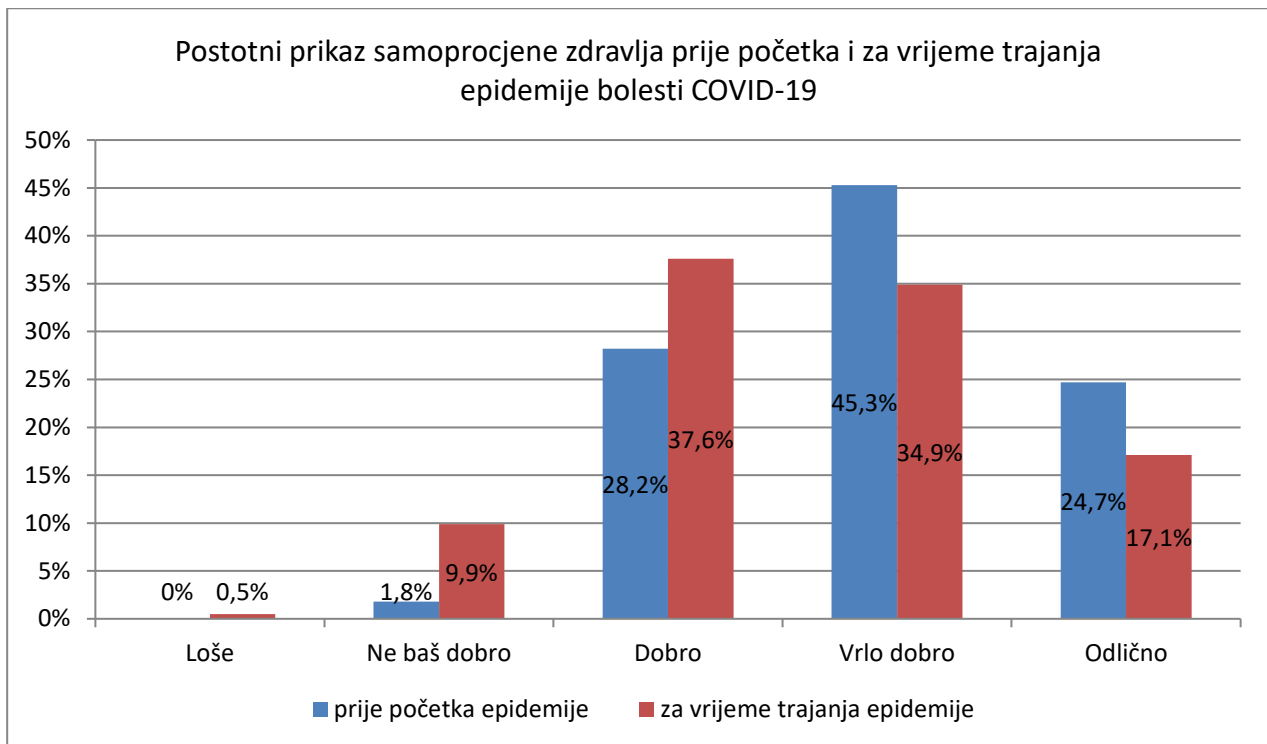


Grafikon 4.6.1.3. Postotni prikaz samoprocjene materijalnog stanja sudionika, izvor: autor, L.H.

S obzirom na rezultate koji pokazuju da je kod 91,9% sudionika istraživanja radni status ostao isti kao i prije epidemije, 80,6% sudionika ima iste ili veće prihode nego prije epidemije te da 83,9% sudionika procjenjuje svoje materijalno stanje istim kao i kod drugih ili boljim, zaključno je kako **epidemija bolesti COVID-19 nije imala utjecaja na socioekonomski status sudionika istraživanja, što je ujedno odgovor na drugo istraživačko pitanje.**

4.6.2. Zdravstveni status sudionika i njegov utjecaj na društvene aktivnosti sudionika

Na Likertovoj skali od 1 (loše) do 5 (odlično) sudionici istraživanja su procjenjivali svoje trenutno opće zdravlje te svoje zdravlje prije početka epidemije. Sudionici prosječno procjenjuju trenutno opće zdravlje za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 kao dobro (37,6%) ili vrlo dobro (34,9%), dok 45,3% sudionika procjenjuje svoje zdravlje vrlo dobrim prije početka epidemije bolesti COVID-19. (Grafikon 4.6.2.1.).



Grafikon 4.6.2.1. Postotni prikaz samoprocjene zdravlja prije početka i za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H.

Da bi se odgovorilo na **prvo istraživačko pitanje** o utjecaju epidemije bolesti COVID-19 na opće zdravlje i blagostanje pojedinca napravljen je t-test za zavisne uzorke, što je prikazano u tablici 4.6.2.1.

Procjena zdravlja		\bar{X}	SD	t	df	p
Opće zdravlje	Prije epidemije	3,93	0,77	-10.34	432	0,00**
	Trenutno	3,58	0,90			

Napomena **p<,001

Tablica 4.6.2.1. Prikaz razlike procjene općeg zdravlja prije i za vrijeme epidemije, izvor: autor, L.H.

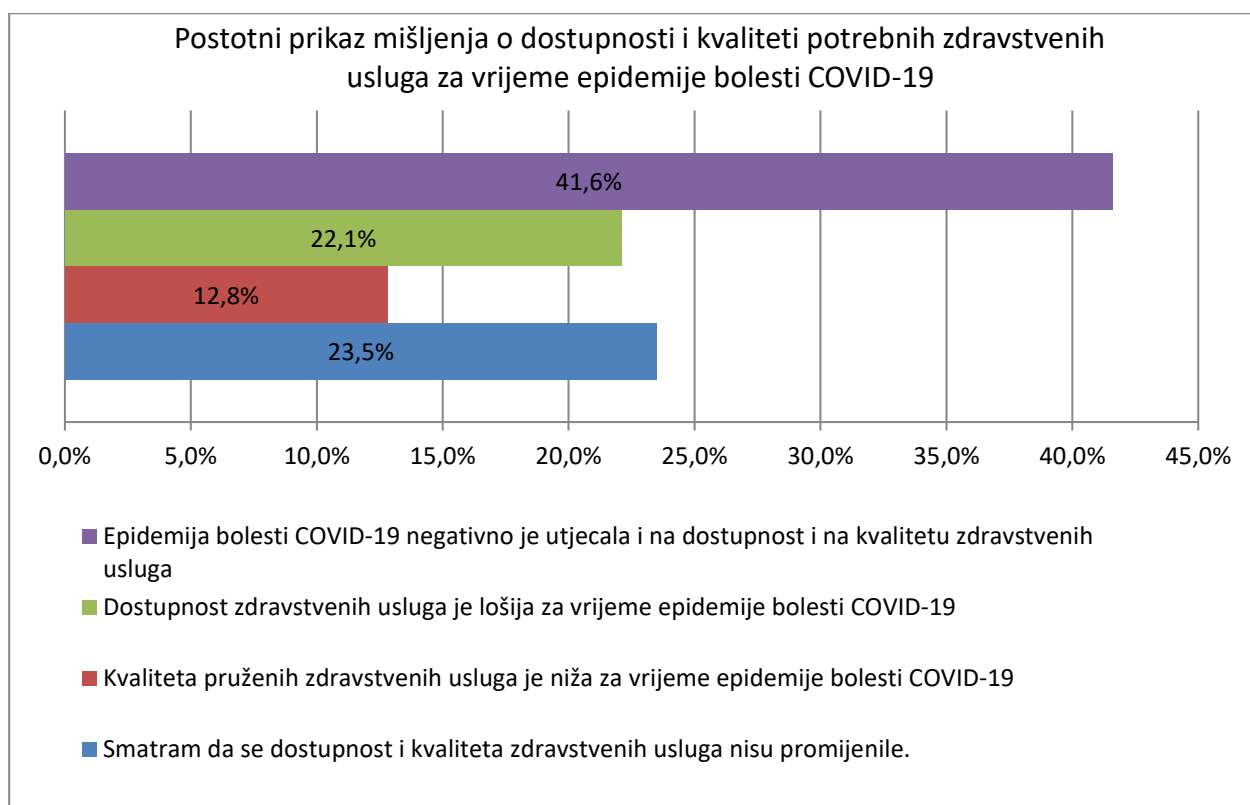
Sukladno rezultatima prikazanima u tablici 4.6.2.1., **potvrđena je prva hipoteza**, odnosno utvrđeno je kako **sudionici statistički značajno lošijim procjenjuju svoje zdravlje trenutno nego prije početka epidemije bolesti COVID-19**, što je ujedno odgovor i na prvo istraživačko pitanje.

Od ponuđenih zdravstvenih stanja, najveći broj sudionika istraživanja izjašnjava se kako boluje od nekog oblika alergija (18,7%) ili visokog krvnog tlaka (11,3%). Bolovanje od pojedinih stanja ili kroničnih bolesti kod sudionika istraživanja prikazano je u tablici 4.6.2.2.

Stanje ili kronična bolest	<i>f</i>	%
Bubrežne bolesti	2	0,5%
Zloćudne bolesti	4	0,9%
Bolesti jetre	5	1,2%
Diabetes mellitus	13	3%
Bolesti dišnog sustava	18	4,2%
Ostale	24	5,5%
Čir na želudcu ili gastritis	28	6,5%
Povišene razine masnoće u krvi	31	7,2%
Povišene ili snižene vrijednosti hormona	38	8,8%
Visok krvni tlak	49	11,3%
Alergije	81	18,7%

Tablica 4.6.2.2. Prikaz učestalosti bolovanja od nekog stanja ili kronične bolesti: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

Kod 75,8% sudionika se njihovo zdravstveno stanje nije promijenilo za vrijeme epidemije, dok je u 22,2% sudionika trenutno zdravlje lošije, nego što je bilo prije epidemije. Kada ih se pita o dostupnosti i kvaliteti njima potrebnih zdravstvenih usluga zbog kroničnih bolesti i stanja tada 41,6% sudionika procjenjuje da je epidemija negativno utjecala i na dostupnost i na kvalitetu zdravstvenih usluga. (Grafikon 4.6.2.2.).



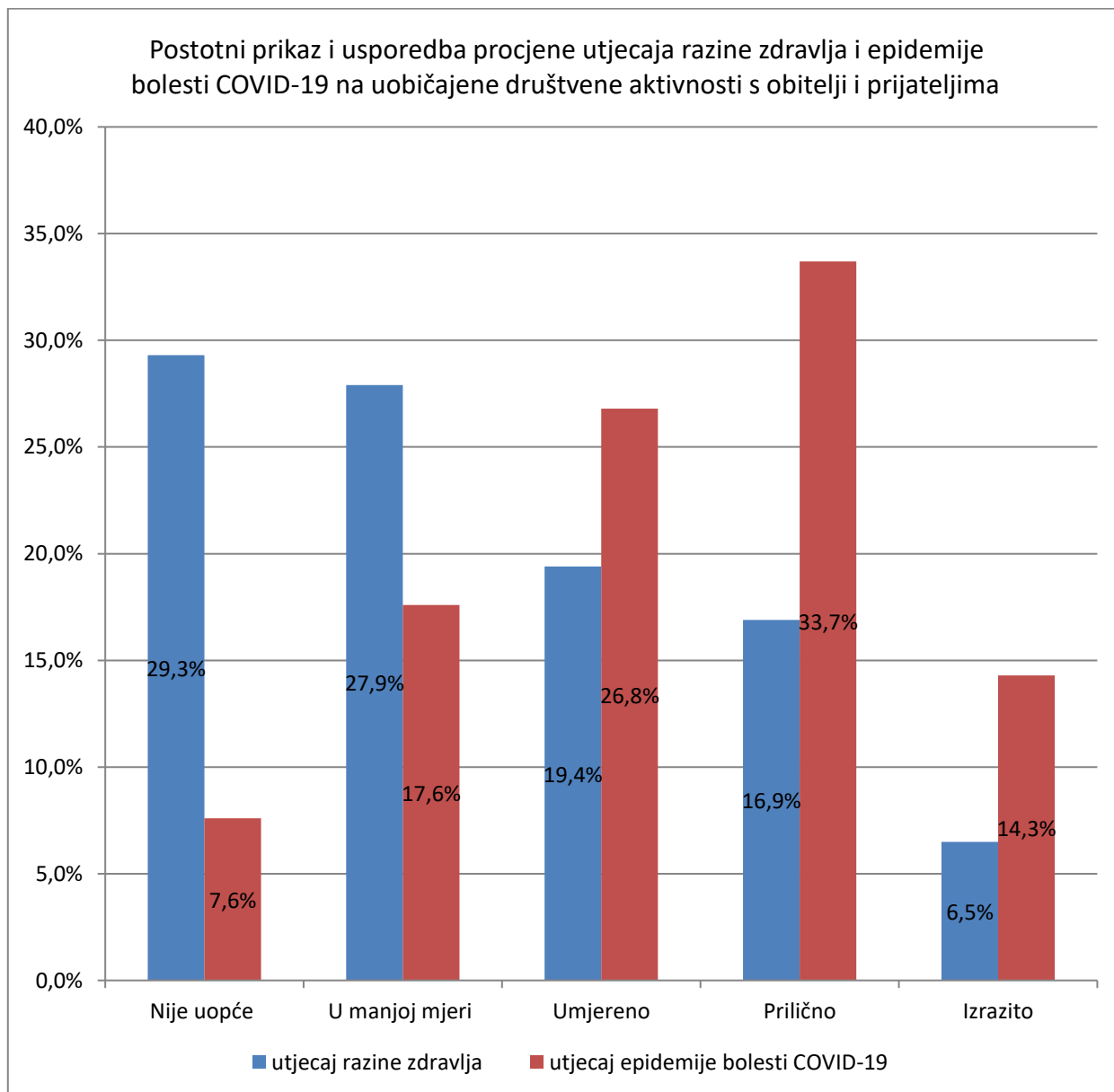
Grafikon 4.6.2.2. Postotni prikaz mišljenja o dostupnosti i kvaliteti potrebnih zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H.

Kod velikog broja sudionika istraživanja epidemija bolesti COVID-19 uzrokovala je dodatne zdravstvene poteškoće, u najvećoj mjeri visoku razinu stresa, kod njih 34,9%. Postotni prikaz odgovora na pitanje o pojavnosti dodatnih poteškoća za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 prikazan je u tablici 4.6.2.3.

Poteškoća	<i>f</i>	%
Ostale poteškoće	11	2,5%
Depresija	55	12,7%
Nesanica	76	17,5%
Snižena razina samoučinkovitosti	78	18%
Anksioznost	101	23,3%
Osjećaj usamljenosti	104	24%
Osjećaj straha za vlastitu sigurnost	111	25,6%
Visoka razina stresa	151	34,9%

Tablica 4.6.2.3. Prikaz pojavnosti dodatnih poteškoća za vrijeme trajanja epidemije: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

Sudionici su procjenjivali i koliko su njihovo trenutno zdravlje te epidemija bolesti COVID-19 utjecali na uobičajene aktivnosti s obitelji i prijateljima. Njihove procjene pokazuju kako je epidemija bolesti COVID-19 više utjecala na aktivnosti s obitelji i prijateljima, nego što je utjecalo njihovo zdravstveno stanje. (Grafikon 4.6.2.4.).



Grafikon 4.6.2.4. Postotni prikaz i usporedba procjene utjecaja razine zdravlja i epidemije bolesti COVID-19 na uobičajene društvene aktivnosti s obitelji i prijateljima, izvor: autor, L.H.

4.6.3. Pozitivna zdravstvena ponašanja

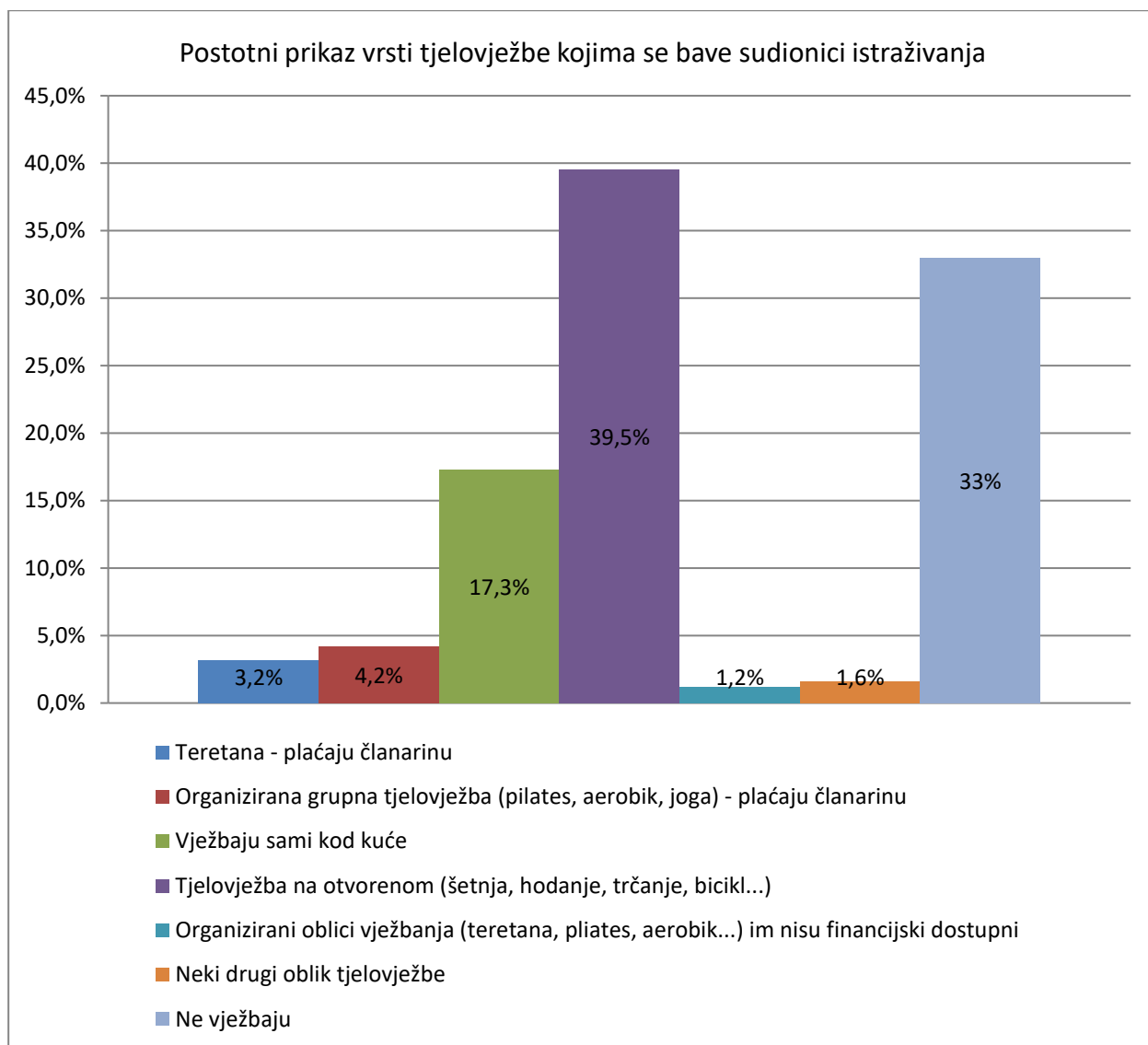
Osam pitanja anketnog upitnika ispitivalo je pozitivna, odnosno negativna zdravstvena ponašanja kod sudionika. Pozitivna zdravstvena ponašanja definirana su kao konzumiranje najmanje 3 obroka dnevno, svakodnevno konzumiranje svježe pripremljenih obroka te svježeg voća i povrća, dnevna konzumacija barem dvije litre tekućine (voda, gazirana voda, čaj...), konzumiranje ribe, ribljih prerađevina ili plodova mora minimalno jedanput tjedno, maksimalna konzumacija alkohola nekoliko puta mjesečno te potpuni izostanak konzumacije duhanskih proizvoda kao i bavljenje sportom ili tjelovježbom minimalno jednom tjedno. Tablica 4.6.3.1. prikazuje zdravstvena ponašanja sudionika prikazom postotka odgovora.

Zdravstveno ponašanje	nikada	nekoliko puta mjesečno	jednom tjedno	nekoliko puta tjedno	svaki dan
1. Dnevno konzumiram najmanje 3 obroka.	3,7%	10,9%	9,7%	15,7%	60%
2. Jedem svježe pripremljene obroke.	0,9%	7,4%	9,9%	32,1%	49,7%
3. Konzumiram svježe voće i povrće.	1,2%	8,8%	15,7%	36,3%	38,1%
4. Pijem barem dvije litre tekućine dnevno.	5,1%	9,5%	15%	24,7%	45,7%
5. Konzumiram ribu, riblje prerađevine ili plodove mora.	7,6%	39,5%	40,4%	9,2%	3,2%
6. Konzumiram alkoholna pića.	27,5%	44,1%	16,6%	9,9%	1,8%
7. Konzumiram duhanske proizvode.	59,8%	8,8%	4,6%	4,2%	22,6%
8. Bavim se sportom ili nekim oblikom tjelovježbe.	18,2%	30,9%	19,4%	22,4%	9%

Tablica 4.6.3.1. Postotni prikaz učestalosti prakticiranja pojedinih zdravstvenih ponašanja, izvor: autor, L.H.

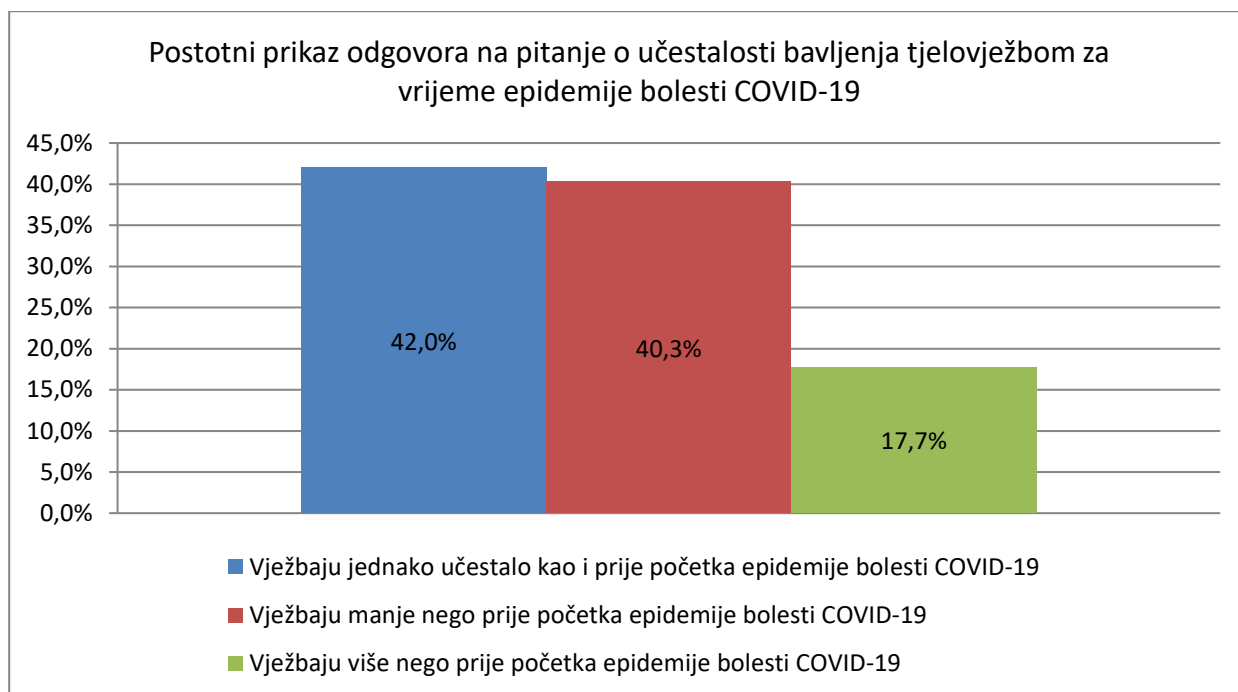
Od ukupnog broja sudionika, 70,2% sudionika navodi kako se njihove prehrambene navike nisu mijenjale za vrijeme epidemije, njih 10,6% navodi kako su im sada prehrambene navike bolje, a njih 19,2% navodi kako su im prehrambene navike lošije nego prije epidemije. Kod 48,7% sudionika se nije promijenila tjelesna težina za vrijeme epidemije, kod 34,4% se povećala, a kod 16,9% se smanjila tjelesna težina. (Tablica 4.6.3.1.).

Prilikom izjašnjavanja o vrsti tjeleovježbe koju praktikiraju, najveći broj sudionika istraživanja navodi kako se bavi tjeleovježbom na otvorenom, šetaju, hodaju ili trče (39,5%). (Grafikon 4.6.3.1.).



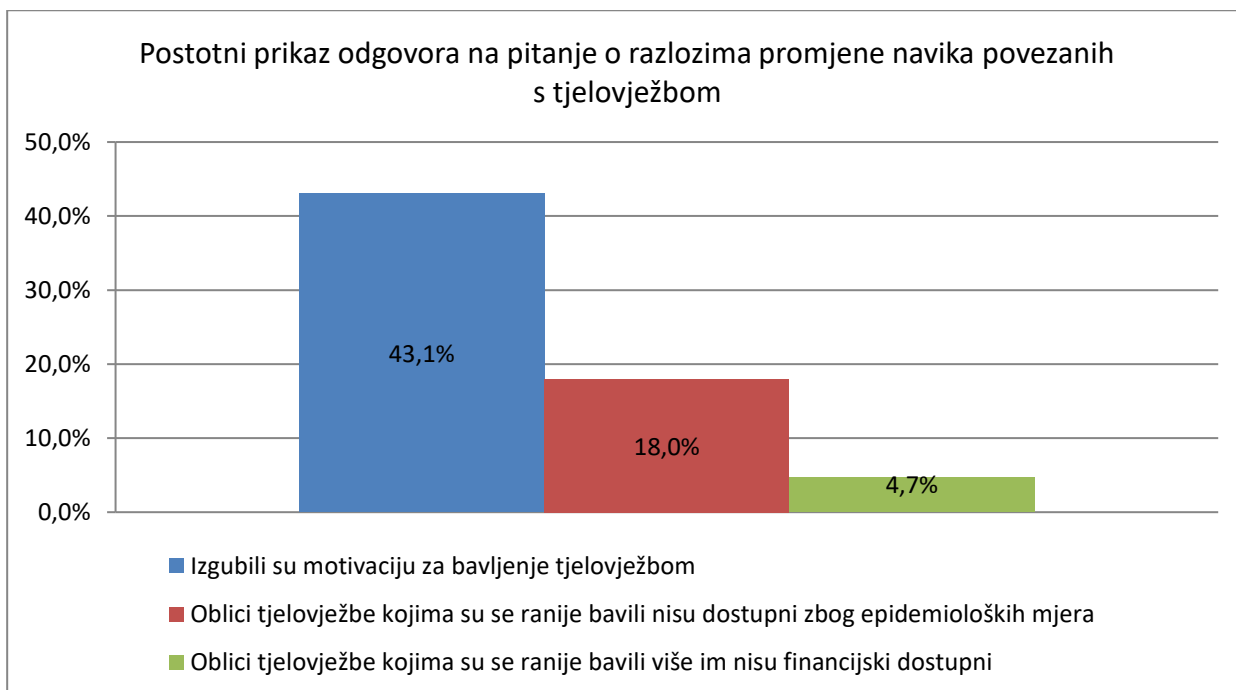
Grafikon 4.6.3.1. Postotni prikaz vrsti tjeleovježbe kojima se bave sudionici istraživanja, izvor: autor, L.H.

Od ukupnog broja, 42% sudionika vježba jednako učestalo kao i prije epidemije, 40,3% vježba manje, a 17,7% vježba više, nego prije početka epidemije bolesti COVID-19. (Grafikon 4.6.3.2.).



Grafikon 4.6.3.2. Postotni prikaz odgovora na pitanje o učestalosti bavljenja tjelovježbom za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H.

Sudionici istraživanja navode kako su se u najvećem postotku njihove navike vježbanja promijenile zbog toga jer su izgubili motivaciju za bavljenje tjelovježbom (43,1%). Za njih 18% oblici tjelovježbe kojima su se ranije bavili nisu bili dostupni zbog epidemioloških mjera, a za njih 4,7% nisu bili više financijski dostupni. (Grafikon 4.6.3.3.).



Grafikon 4.6.3.3. Postotni prikaz odgovora na pitanje o razlozima promjene navika povezanih s tjeľovjeŹbom, izvor: autor, L.H.

Da bi se testirala **druga, treća i prvi dio četvrte hipoteze**, koje glase da pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom prakticiraju zdraviji način prehrane i skloniji su se baviti tjelovježbom te da su boljeg općeg zdravlja, napravljena je Spearmanova korelacija. Kao varijabla socioekonomskog statusa korištena je varijabla mjesečni prihodi po članu kućanstva te je korelirana s varijablama učestalost bavljenja tjelovježbom te linearnom kombinacijom odgovora prvih pet pitanja upitnika o zdravstvenim ponašanjima vezanima za prehranu sudionika. Rezultati su prikazani u tablici 4.6.3.2.

	Zdrava prehrana	Tjelovježba	Procjena razine općeg zdravlja
Razina obrazovanja	0,18**	0,11**	0,07
Prosječni mjesečni prihodi po članu kućanstva	0,05	0,02	0,16**

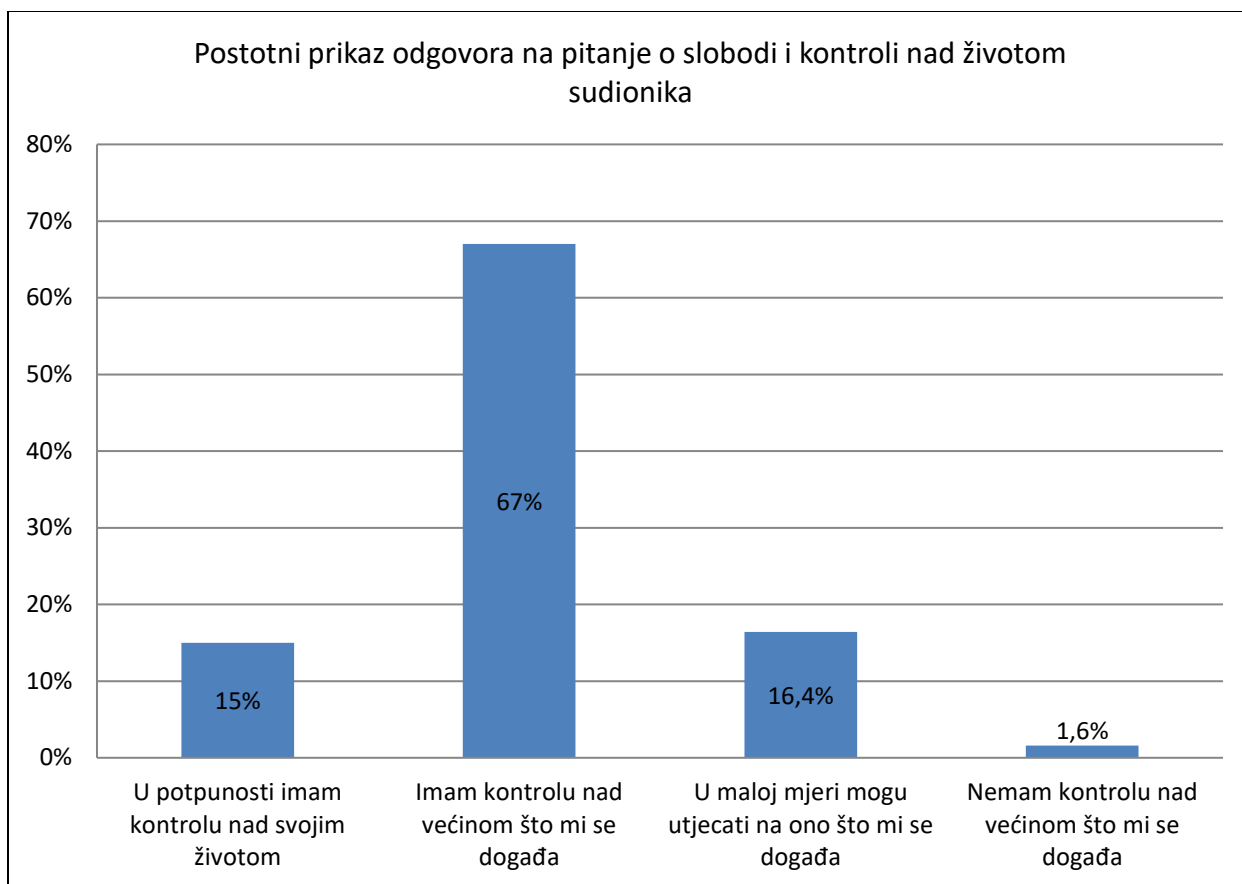
Napomena **p<0,01

Tablica 4.6.3.2. Prikaz povezanosti socioekonomskog statusa sudionika s pravilnom prehranom i tjelovježbom , izvor: autor, L.H.

Dobivena je statistički značajna povezanost između razine obrazovanja, pravilne prehrane i tjelovježbe. **Sudionici višeg stupnja obrazovanja se zdravije hrane i skloniji su češćoj tjelovježbi**, što je pozitivan odgovor na **treće istraživačko pitanje**, međutim nije dobivena statistički značajna povezanost između prosječnih mjesečnih prihoda , što je uzeto kao pokazatelj ekonomskog statusa, i pravilne prehrane i tjelovježbe. **Druga hipoteza je potvrđena**, odnosno potvrđeno je da se sudionici istraživanja s višim stupnjem obrazovanja hrane zdravije i češće vježbaju. **Treća hipoteza nije potvrđena** jer prema rezultatima prikazanim u tablici 4.6.3.2. **ne postoji statistički značajna povezanost između ekonomskog statusa i pravilne prehrane i tjelovježbe**. Dobivena je **statistički značajna povezanost između prosječnih mjesečnih prihoda po članu kućanstva i procjene opće razine zdravlja**, odnosno što su veći prosječni mjesečni prihodi po članu kućanstva to je procjena općeg zdravlja viša, čime je **potvrđen prvi dio četvrte hipoteze** i odgovoreno na **četvrto istraživačko pitanje**.

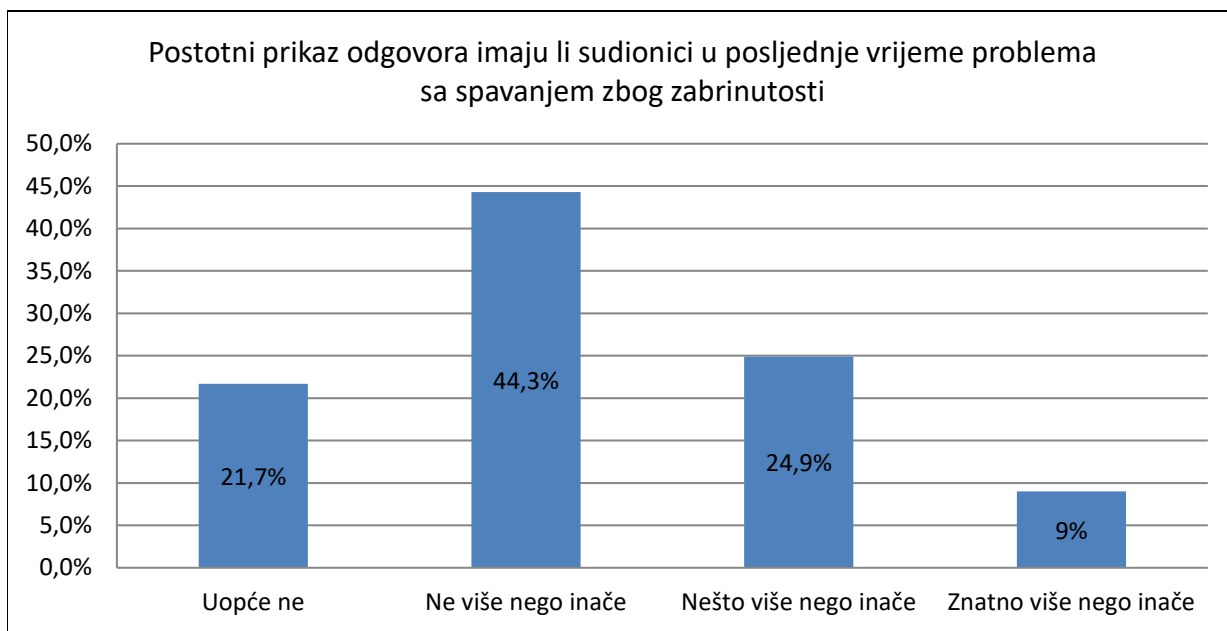
4.6.4. Procjena kontrole i zadovoljstva životom

Sudionici istraživanja procjenjuju da u najvećoj mjeri imaju kontrolu nad većinom onoga što im se događa u životu (67%). (Grafikon 4.6.4.1.).



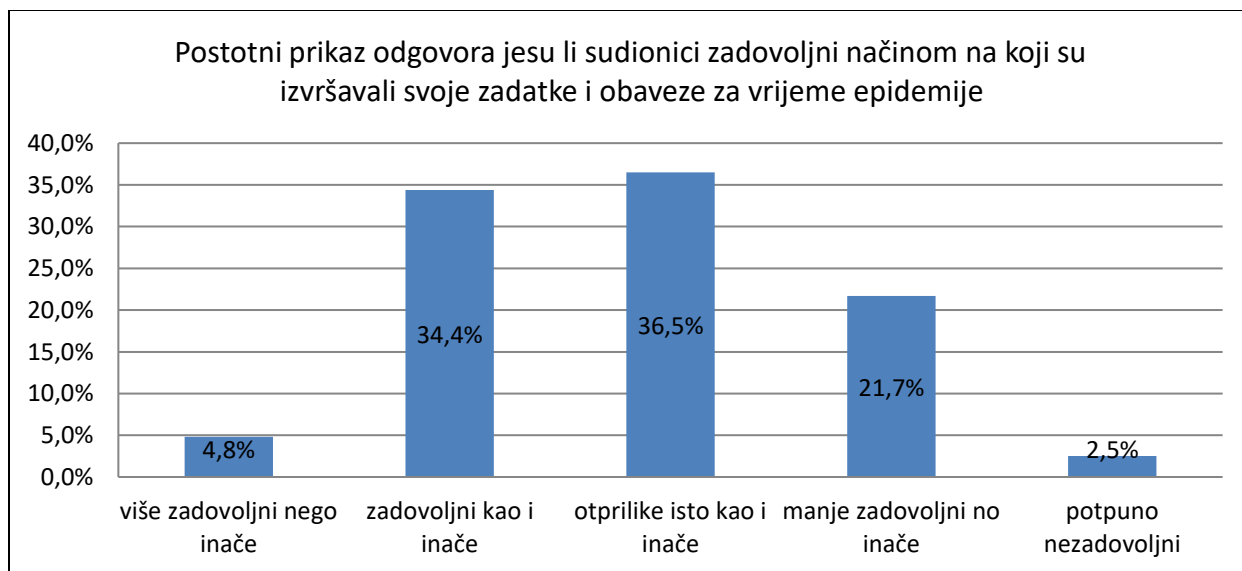
Grafikon 4.6.4.1. Postotni prikaz odgovora na pitanje o slobodi i kontroli nad životom sudionika, izvor: autor, L.H.

Većina sudionika se izjašnjava da u posljednje vrijeme nije imala problema sa spavanjem zbog zabrinutosti više nego što inače imaju (44,3%) (Grafikon 4.6.4.2.).



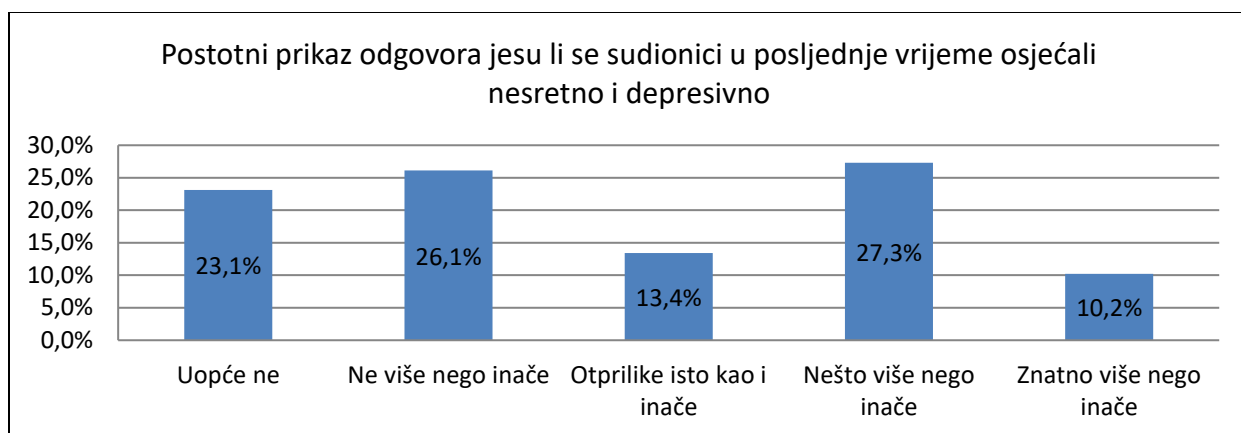
Grafikon 4.6.4.2. Postotni prikaz odgovora imaju li sudionici u posljednje vrijeme problema sa spavanjem zbog zabrinutosti, izvor: autor, L.H.

Sudionici su u najvećem broju zadovoljni koliko su i inače (34,4%) ili otprilike koliko su i inače (36,5%) s izvršavanjem svojih zadataka i obaveza za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, što je vidljivo iz rezultata prikazanih u grafikonu 4.6.4.3.



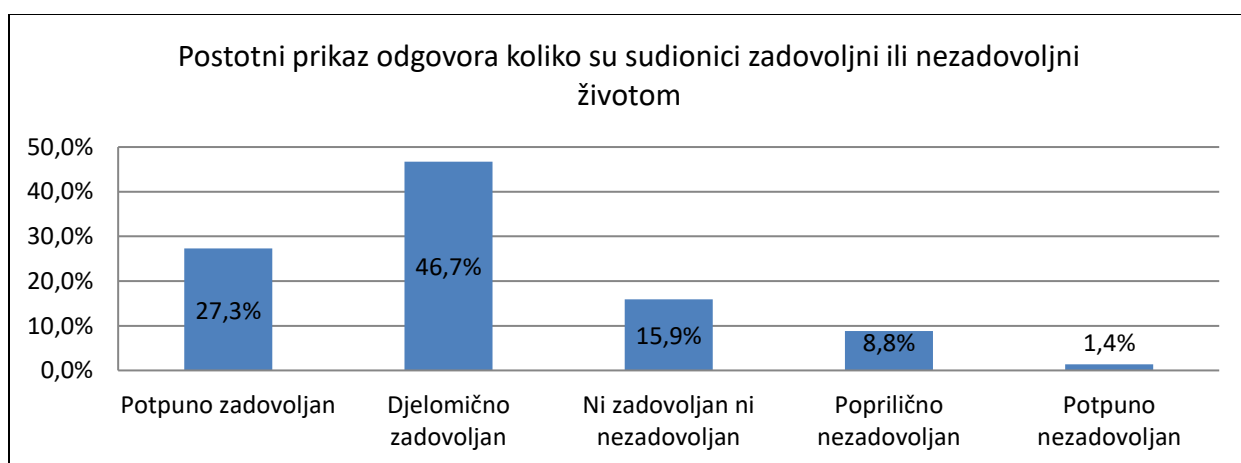
Grafikon 4.6.4.3. Postotni prikaz odgovora jesu li sudionici zadovoljni načinom na koji su izvršavali svoje zadatke i obaveze za vrijeme epidemije, izvor: autor, L.H.

Prema rezultatima odgovora na pitanje jesu li se sudionici u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno, prikazanima u grafikonu 4.6.4.4., većina sudionika navodi kako se u posljednje vrijeme osjeća nešto više nego inače nesretno i depresivno, njih 27,3%.

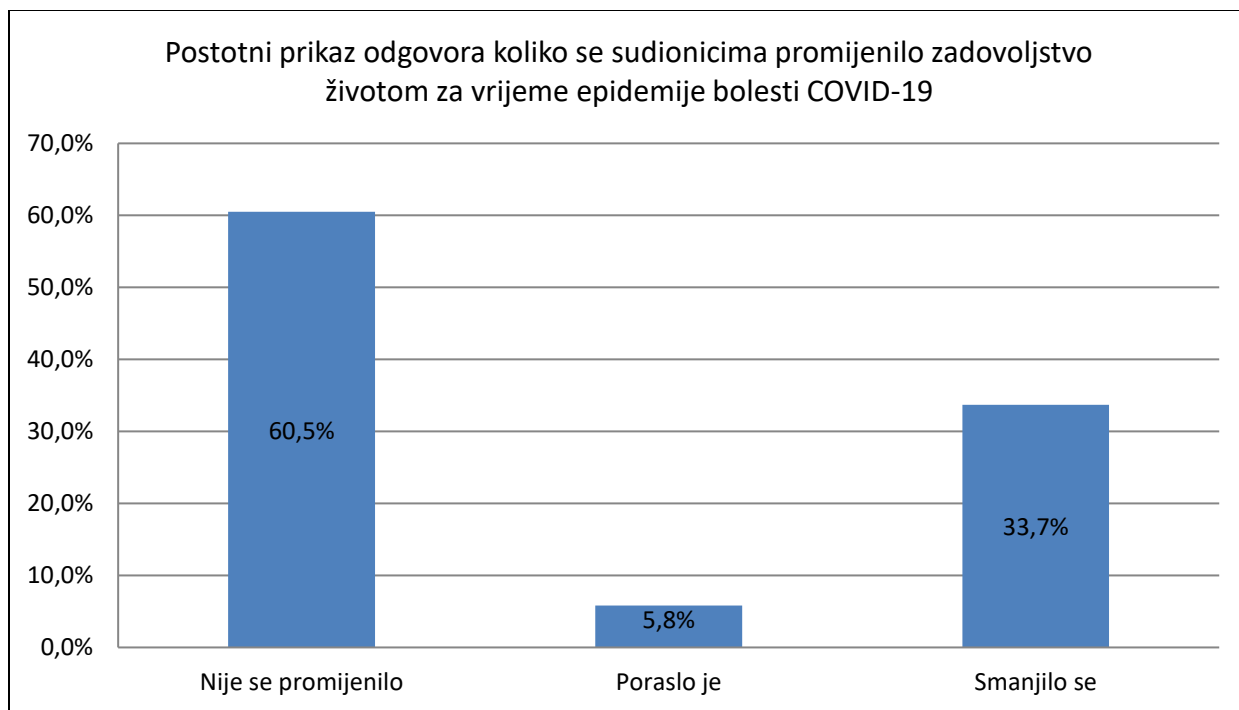


Grafikon 4.6.4.4. Postotni prikaz odgovora jesu li se sudionici u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno, izvor: autor, L.H.

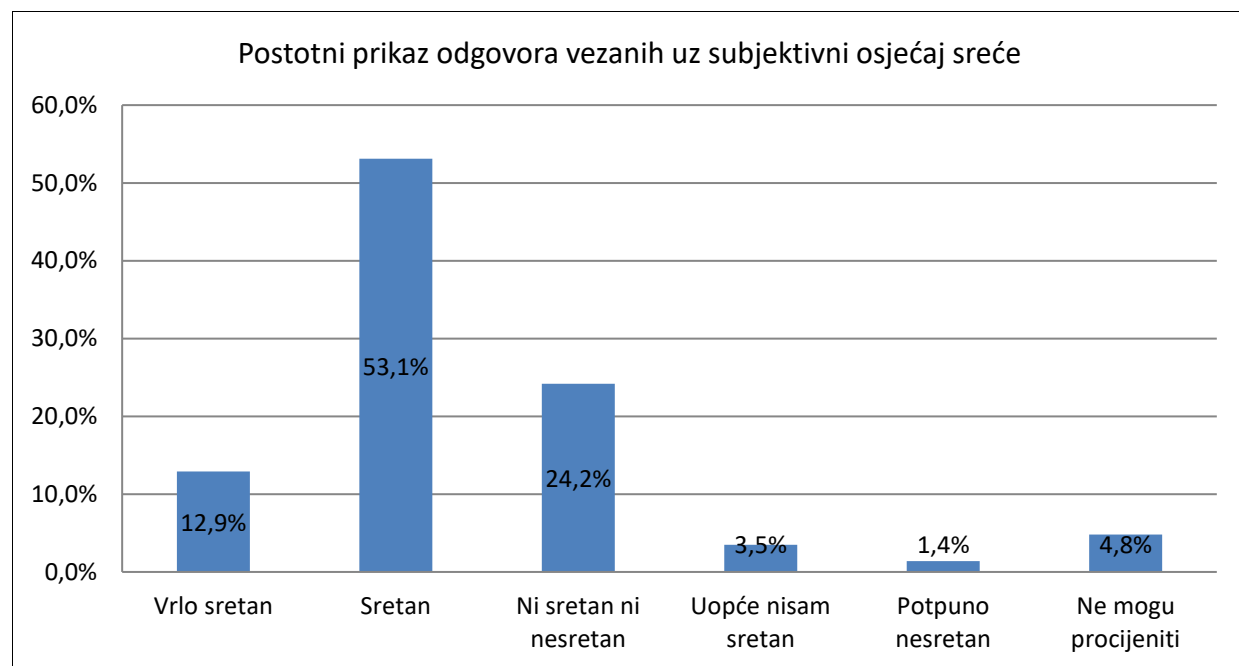
Većina sudionika istraživanja je djelomično zadovoljna svojim životom (46,7%), odnosno nije im se promijenilo zadovoljstvo životom za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 (60,5%) te bi za sebe rekli da su sretni (53,1%). Vidljivo u grafikonima 4.6.4.5., 4.6.4.6. i 4.6.4.7. Navedeni rezultati daju odgovor na **peto istraživačko pitanje**, odnosno pokazuju kako se **zadovoljstvo životom za sudionike istraživanja nije promijenilo za vrijeme epidemije bolesti COVID-19.**



Grafikon 4.6.4.5. Postotni prikaz odgovora koliko su sudionici zadovoljni ili nezadovoljni životom, izvor: autor, L.H.



Grafikon 4.6.4.6. Postotni prikaz odgovora koliko se sudionicima promijenilo zadovoljstvo životom za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, izvor: autor, L.H



Grafikon 4.6.4.7. Postotni prikaz odgovora vezanih uz subjektivni osjećaj sreće, izvor: autor,

L.H.

Nije uočena povezanost između razine obrazovanja i zadovoljstva životom. Zanimljivo je da što su, prema rezultatima ankete, manji mjesečni prihodi po članu kućanstva to je veće zadovoljstvo životom kod sudionika, što je prikazano u tablici 4.6.4.1.

	Zadovoljstvo životom
Razina obrazovanja	0,01
Prosječni mjesečni prihodi po članu kućanstva	-0,17**

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

Tablica 4.6.4.1. Prikaz povezanosti socioekonomskog statusa sudionika sa zadovoljstvom životom, izvor: autor, L.H.

Drugi dio četvrte hipoteze, koji glasi da pojedinci s višim stupnjem obrazovanja i višim socioekonomskim statusom pokazuju višu razinu zadovoljstva životom za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19, **nije potvrđen**. Prema rezultatima iz tablice 4.6.4.1., zadovoljstvo životom je veće što su mjesečni prihodi sudionika istraživanja niži. S obzirom na to da je više od polovice sudionika procijenilo da je njihovo zadovoljstvo životom ostalo isto u odnosu na stanje prije epidemije, odgovor na peto istraživačko pitanje, o utjecaju epidemije bolesti COVID-19 na kvalitetu života i zadovoljstvo životom, je negativan.

5. Rasprava

Ciljevi istraživanja provedenog za potrebe izrade ovog rada bili su utvrditi kako je epidemija bolesti COVID-19 utjecala na socioekonomski status sudionika, kako je utjecala na opće zdravlje, kvalitetu života i subjektivno zadovoljstvo životom. Od ukupno 433 sudionika anketnog istraživanja, najveći broj sudionika, njih 147 (33,9%), bio je mlađe životne dobi, između 21-30 godina starosti, iz čega se može pretpostaviti da se radilo o studentskoj populaciji i osobama u radnom odnosu. Nešto manji broj sudionika istraživanja izjasnio se da je starosti između 31 i 40 godina, njih 111 (25,6%), dok je njih 96 (22,2%) bilo starosti između 41 i 50 godina. Najveći broj sudionika istraživanja izjasnio se kako je njihov najviši stupanj obrazovanja srednjoškolsko obrazovanje, njih 43,6%, a od ukupnog broja sudionika njih 79,9% je zaposleno. Prosječni mjesečni prihodi po članu kućanstva za većinu sudionika iznose od 2000 do 5000 kuna. Uspoređujući stanje prije i nakon epidemije, prema odgovorima sudionika, kod njih 91,9% radni status je ostao isti, dok je njih samo 2,3% izgubilo radno mjesto. Od ukupnog broja sudionika, 66,5% sudionika navodi kako su njihovi mjesečni prihodi po članu kućanstva ostali isti za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19. Najveći broj sudionika, 44,6%, izjasnio se kako svoje materijano stanje smatra istim kao i kod drugih, dok njih 33,5% svoje materijalno stanje smatra boljim nego kod drugih. Uzimajući u obzir navedene rezultate anketnog istraživanja, zaključno je kako epidemija bolesti COVID-19 nije imala značajnog negativnog utjecaja na socioekonomski status sudionika. Rezultati britanskog istraživanja sa sličnim ciljem objašnjavaju kako promjene u приходима kućanstva ublažavaju poduzete političke mjere- različite financijske potpore poduzetnicima i slično [28]. Ipak, dostupna literatura potvrđuje kako je epidemija ostavila značajnog traga na globalnu ekonomiju. Globalni socioekonomski utjecaj epidemije bolesti COVID-19 uključuje veće stope nezaposlenosti i siromaštva, promjene u obrazovnom sektoru, promjene u prirodi posla i niži BDP [17]. Rezultate o promjenama socioekonomskog statusa sudionika može se usporediti s istraživanjem o utjecaju epidemije bolesti COVID-19 na prihode kućanstava zemalja članica Europske unije iz 2020. provedenog pomoću EUROMOD-a. Za potrebe istraživanja bila su izrađena dva makroekonomska scenarija. Prvi scenarij uključivao je zaustavljanje većih dijelova gospodarstva zbog pridržavanja mjera za suzbijanje širenja zaraze. Drugi je model uključivao mjere fiskalne politike. Oba su scenarija uspoređena s procjenama gospodarstva u odsustvu epidemije. Izračunato je kako bi dohodak u zemljama Europske unije pao za 9,3% u prvom scenariju, odnosno za 4,3% uz intervenciju politike sa svrhom ublažavanja gubitka dohotka za kućanstva [29]. Ista studija navodi kako će utjecaj epidemije bolesti COVID-19 u konačnici biti izrazito regresivan s porastom broja siromašnih kućanstava [29]. Slično britansko istraživanje iz 2020. godine navodi kako će epidemija imati izraženiji negativni učinak

na socioekonomski status kućanstava s niskim do srednjim prihodima, za razliku od onih s visokim prihodima koji ekonomske posljedice epidemije neće toliko snažno osjetiti. Također, radno sposobno, zaposleno stanovništvo bit će financijski ugroženije od umirovljenika i primatelja socijalne pomoći [28].

Kod većine sudionika istraživanja zdravstveno stanje nije se promijenilo za vrijeme trajanja epidemije (75,8%), no njih 22,2% navodi kako je njihovo trenutno zdravstveno stanje lošije, nego što je bilo prije epidemije. Na pitanje o usporedbi dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga prije i za vrijeme trajanja epidemije, većina sudionika, njih 41,6%, odgovara kako smatra da je epidemija bolesti COVID-19 negativno utjecala i na kvalitetu i na dostupnost zdravstvenih usluga. Kvaliteta i dostupnost zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije ocijenjene su lošijima i prema dostupnim podacima iz istraživanja koje se bavilo utvrđivanjem opsega i prirode promjena u korištenju zdravstvenih usluga tijekom epidemije bolesti COVID-19. Uspoređene su studije o korištenju zdravstvenih usluga tijekom epidemije bolesti COVID-19, što je uključivalo posjete, prijeme, dijagnostiku i terapiju. U istraživanje je bilo uključena 81 studija iz 20 zemalja, a dobiveni su sljedeći rezultati. Procijenjeno je kako se ukupna kvaliteta zdravstvenih usluga smanjila za 37%, mogućnost posjeta pacijentima za 42%, broj prijema je pao za 28%, ukupna dijagnostika za 31%, a primljena terapija pala je za 30%. Uočeno je značajnije smanjenje korištenja zdravstvenih usluga među osobama s blažim i kroničnim oblicima bolesti [30]. Od dodatnih zdravstvenih poteškoća koje su se javile za vrijeme epidemije sudionici najčešće navode povišene razine stresa (34,9%), zatim osjećaj straha za vlastitu sigurnost (25,6%), usamljenost (24%), anksioznost (23,3%) i nesanicu (17%). Dobivene rezultate moguće je usporediti s meta-analizom koja je također analizirala učestalost postepidemijskih zdravstvenih problema. Sedamdesetak studija koje su izvijestile o rezultatima za kinesko, japansko, talijansko, američko, tursko, indijsko, španjolsko, grčko i singapursko stanovništvo o pojavi dodatnih zdravstvenih problema za vrijeme epidemije pokazalo je sljedeće. Ukupna prevalencija simptoma anksioznosti iznosila je 32,6% tijekom epidemije bolesti COVID-19. Za depresiju je prevalencija iznosila 27,6%, nesanicu 30,3%, simptome posttraumatskog stresnog poremećaja 16,70% [31].

Većina sudionika istraživanja smatra kako je epidemija umjereno do prilično utjecala na njihove uobičajene društvene aktivnosti (60,5% sudionika). Australaska studija iz 2020. godine otkrila je kako su socijalni, radni i financijski poremećaji izazvani epidemijom bolesti COVID-19 povezani sa značajnim oštećenjima mentalnog zdravlja zajednice. U akutnoj fazi epidemije, strah od potencijalne izloženosti infekciji, gubitka zaposlenja i dodatnog financijskog opterećenja povećava razine psihološkog stresa u široj populaciji. U navedenoj studiji, od psiholoških smetnji, usamljenost se pokazala najzastupljenijom [32]. Nadalje, epidemija bolesti COVID-19 smatra se

jednim od najznačajnijih negativnih događaja ovog desetljeća, stvarajući nepredviđene socioekonomske implikacije u cijelom svijetu. Novi virus povećao je priljev pacijenata u bolnice, a zdravstvene organizacije suočene su s raznim ograničenjima u svom radu kako bi se nosile s povećanom potražnjom i pritiskom na dotadašnje kapacitete. Kada je riječ o kvaliteti i dostupnosti zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije, istraživanja su pokazala sljedeće. Kapacitet javne zdravstvene zaštite, definiran kao sposobnost rješavanja znatnog priljeva pacijenata tijekom epidemije bolesti COVID-19, mjeri se raspoloživošću bolničkih objekata, kreveta (uključujući jedinice intenzivnog liječenja), financijskih i ljudskih resursa. Da bi se nosile s neodrživim porastom broja zaraženih pacijenata, bolnice znatno povećavaju svoj kapacitet. Prilagodba zdravstvenih ustanova epidemiji izgledala je tako da su putevi kretanja kroz ustanove bili prilagođeni mjerama suzbijanja širenja zaraze, kompletne bolnice reorganizirane su kako bi se stvorili izolirani odjeli za oboljele od bolesti COVID-19, preraspoređeno je osoblje i stvarani su novi multidisciplinarni timovi. Uobičajeno poslovanje u obliku pružanja preventivnih programa i rutinskih probira je obustavljeno, odnosno zdravstvena zaštita je bila dostupna samo u slučaju hitnosti. Budući da se očekuje kako će bolest COVID-19 ostati prisutna u populaciji i u narednim godinama, bit će potrebno pronaći način na koji će se paralelno odvijati svi preventivni i rutinski programi zdravstvenih ustanova, kao i liječenje oboljelih od bolesti COVID-19. Takva reorganizacija, odnosno prilagodba, nužna je da bi se zadržala kvaliteta i dostupnost zdravstvenih usluga [33].

Pozitivni i negativni oblici zdravstvenog ponašanja, za potrebe istraživanja, promatrani su kroz sljedeće parametre: prehrambene navike, tjelesnu težinu i bavljenje tjelesnom aktivnošću. Navedeni parametri promatrani su u kontekstu socioekonomskog statusa, kao i promjena u načinu života izazvanih epidemijom bolesti COVID-19. Odgovori na pitanja o učestalosti prakticiranja pojedinih oblika pozitivnih i negativnih zdravstvenih ponašanja dali su sljedeće rezultate: 60% sudionika istraživanja dnevno konzumira najmanje 3 obroka, 49,7% sudionika svakodnevno jede svježe pripremljene obroke, 38,1% njih svakodnevno konzumira svježe voće i povrće, 45,7% dnevno pije barem dvije litre tekućine, dok 40,4% sudionika jednom tjedno jede ribu. Alkoholna pića većina sudionika (44,1%) konzumira nekoliko puta mjesečno, a duhanske proizvode većina (59,8%) ne konzumira. Od ukupnog broja sudionika, 70,2% sudionika navodi kako se njihove prehrambene navike nisu mijenjale za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, no njih 19,2% navodi kako su im prehrambene navike za vrijeme epidemije postale lošije. U istraživanju koje su proveli Perez-Rodrigo, Gianzo Citores, Hervas Barbara i suradnici u Španjolskoj 2020. godine sudjelovali su sudionici sličnih sociodemografskih karakteristika kao u istraživanju provedenom za potrebe izrade ovog rada. Sudionici španjolskog istraživanja većinom su bili ženskog spola (70,9%), a

trećina sudionika bila je mlađa od 35 godina starosti. Različiti obrasci promjena prehrambenih navika identificirani su u odraslih tijekom karantene zbog epidemije bolesti COVID-19. S jedne strane, ti obrasci pokazuju promjene prema zdravijim navikama s povećanom konzumacijom povrća, voća, mahunarki i ribe, ali u drugim slučajevima pokazuju promjene prema većoj konzumaciji alkoholnih i slatkih pića te prerađenih proizvoda s visokim udjelom masti, soli ili šećera [34]. Promjene navika povezanih s tjelovježbom pokazale su se raznolikima. Sudionici koji su ranije bili manje skloni redovitoj tjelovježbi, za vrijeme epidemije počeli su češće vježbati, dok su oni koji su ranije redovito vježbali izgubili motivaciju za tjelovježbom. Tjelesna težina nije se mijenjala za vrijeme epidemije kod 48,7% sudionika, dok je kod 34,4% sudionika tjelesna težina porasla. Na pitanja o navikama povezanim s tjelovježbom, najveći broj sudionika navodi kako se bave tjelovježbom na otvorenom (šetnja, trčanje i slično), što ne čudi s obzirom na epidemiološke mjere koje su zahtijevale privremeno zatvaranje centara u kojima se izvode oblici vježbanja u zatvorenom prostoru te aktualne preporuke o boravku u prirodi i držanju socijalne distance. Studija koja je proučavala promjene u načinu života i oblike zdravstvenog ponašanja u koju je bilo uključeno 7.753 sudionika otkrila je kako su se sudionici istraživanja tijekom epidemije hranili zdravije, a razlogom te promjene smatra se smanjenje ukupnog vremena provedenog izvan kuće i na radnom mjestu, odnosno češća priprema hrane kod kuće. Sjedilački provedeno slobodno vrijeme se povećalo, dok se vrijeme provedeno u tjelesnoj aktivnosti smanjilo. Povećanje tjelesne težine zabilježeno je u 27,5% ukupnog uzorka [35].

Po pitanju učestalosti vježbanja, 42% sudionika se izjašnjava kako za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 vježba jednako učestalo kao i prije, a podjednaki broj sudionika (40,3%) izjašnjava se kako vježba manje nego prije epidemije. Sudionici navode kako su se u najvećem postotku njihove navike vježbanja promijenile zato što su izgubili motivaciju (43,1%), no bitno je spomenuti i kako njih 18% navodi da im oblici vježbanja koje su ranije prakticirali za vrijeme trajanja epidemije nisu bili dostupni. Rezultati istraživanja iz 2020. u fokusu kojeg su također bile promjene u obrascima i učestalosti tjelovježbe pokazali su slične rezultate. Među sudionicima koji su redovito bili uključeni u neku vrstu tjelesne aktivnosti, većina (41,8–42,2%) sudionika izvijestila je o smanjenju učestalosti bavljenja aktivnostima kao što su hodanje, trčanje i različiti drugi sportovi. Također, sudionici spomenutog istraživanja izvijestili su o porastu gledanja televizije (72,3%), korištenja elektroničkih naprava (82,7%) i društvenih mreža (81,9%) [36]. Rezultati istraživanja provedenog za potrebe ovog rada pokazali su statistički značajnu povezanost između razine obrazovanja i zdrave prehrane i tjelovježbe, dok povezanost ekonomskog statusa i zdrave prehrane i tjelovježbe nije dobivena. Ipak, dobivena je statistički značajna povezanost između visine prosječnih mjesečnih prihoda i razine općeg zdravlja. Trajni utjecaj epidemije bolesti COVID-19

i s tim povezana ograničenja zasigurno će biti značajni u oblikovanju ponašanja povezanih s načinom života, uključujući prehranu, tjelesnu aktivnost i san. Slično je istraživanje provedeno 2020. godine sa svrhom procjene promjena u ponašanju povezanih sa životnim stilom pojedinca tijekom epidemije bolesti COVID-19. Navodi se kako su ograničenja povezana s epidemijom dovela do ozbiljnih poremećaja u svakodnevnoj rutini ljudi. „Lockdown“ u početku epidemije u brojnim zemljama doveo je do posljedica u opskrbi hranom i potrepštinama, što je dovelo u pitanje dotadašnje prehranbene navike. Štoviše, zatvaranje teretana, fitnes centara i ograničenje posjećivanja vježbališta, parkova i igrališta zbog suzbijanja širenja zaraze ograničili su pristup mnogim oblicima tjelesne aktivnosti. [37]. Nadalje, istraživanjem se nastojalo uvidjeti kako je epidemija bolesti COVID-19 utjecala na ukupnu kvalitetu života i zadovoljstvo životom. Prema rezultatima istraživanja, nije uočena statistički značajna povezanost između razine obrazovanja i zadovoljstva životom. Zanimljivo je i kako je dobivena povezanost između nižih mjesečnih prihoda po članu kućanstva s višom razinom ukupnog zadovoljstva životom. Većina sudionika istraživanja, njih 60,5% odgovorilo je kako se njihovo zadovoljstvo životom nije promijenilo za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19. Po pitanju trenutnog subjektivnog osjećaja sreće, 53,1% sudionika se izjašnjava kao sretno. Slične rezultate dala je i studija o zadovoljstvu životom i kvaliteti života u kojoj je sudjelovalo poljsko i njemačko stanovništvo. Starija populacija je svoje zadovoljstvo životom i ukupnu kvalitetu života označavala višom nego mlađa populacija. K tome, stariji su se izjašnjavali kako osjećaju niže razine anksioznosti i straha povezanih s epidemijom od mlađih sudionika istraživanja te su izrazili višu razinu optimizma. Na kvalitetu života, zadovoljstvo životom i dobrobit tijekom epidemije, prema istraživanju, utječu dob, tjeskoba zbog različitih osobina pojedinaca i strah od prijetnje koronavirusa [38]. Istraživanje koje su proveli Ammar, Chtourou, Boukhir i suradnici, u kolovozu 2020. godine, na međunarodnoj razini, otkrilo je prisutnost dodatnih psihosocijalnih poteškoća tijekom prisilnog zatvaranja u kuće, odnosno karantene izrečene zbog epidemije bolesti COVID-19. Zabilježen je značajan pad razine društvene aktivnosti unutar obitelji (-58%) te između prijatelja/susjeda (-44,9%). Ovi negativni učinci na socijalnu participaciju bili su povezani i s nižim zadovoljstvom životom (-30,5%) tijekom razdoblja karantene. Suprotno tome, rezultat socijalnih kontakata kroz digitalne tehnologije značajno se povećao tijekom razdoblja karantene te je više pojedinaca (+ 24,8%) bilo društveno povezano putem digitalnih tehnologija [39].

6. Zaključak

Zdravlje je nedvojbeno višedimenzionalni, apstraktni, dinamični, biologijski i psihologijski fenomen, obično definiran kao stanje potpunog tjelesnog, mentalnog, socijalnog i duhovnog blagostanja, te ga kao takvog u velikoj mjeri određuju socioekonomski čimbenici- uvjeti u kojima se pojedinci rađaju, rastu, žive, rade i dožive starost. Proučavanjem literature, brojnih istraživanja, moguće je zaključiti kako socioekonomski čimbenici poput razine prihoda, radnog statusa i stupnja obrazovanja određuju različite zdravstvene ishode i mogu u velikoj mjeri utjecati i na kvalitetu života i zadovoljstvo životom. Za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 socioekonomski pokazatelji na globalnoj razini bili su izmijenjeni. Epidemija se smatra globalnom zdravstvenom krizom i kao takva ostavila je posljedice na globalnu ekonomiju, demografske pokazatelje, funkcioniranje zdravstvenih sustava i ukupno zdravlje zajednice, kako mentalno tako i tjelesno. Iako rezultati istraživanja ne pokazuju značajni utjecaj epidemije na ekonomski status sudionika, literatura nudi dokaze o značajnom utjecaju epidemije i epidemioloških mjera poduzetih s ciljem sprječavanja širenja zaraze na gospodarstva širom svijeta, prihode kućanstava različitih zemalja svijeta, promjene radnog statusa i načina obavljanja pojedinih poslova, kao i promjene u obrazovnom sustavu. Kako su prema istraživanjima ekonomske promjene izazvane epidemijom najmanje zahvatile pojedince čiji se prihodi financiraju iz državnog proračuna, budući da su poduzete određene političke mjere kako bi pojedinci u što manjoj mjeri osjetili utjecaj financijske krize izazvane epidemijom, možemo pretpostaviti kako određeni dio sudionika istraživanja obavlja poslove za koje prihode osigurava državni proračun. Za razliku od financijskih promjena, promjene u percepciji općeg zdravlja sudionika prije i za vrijeme epidemije su značajne. Lošije opće zdravlje sudionika za vrijeme epidemije djelomično su odredili psihosocijalni učinci epidemije- strah od bolesti, anksioznost, povišene razine stresa, usamljenost i izoliranost izazvana provođenjem epidemioloških mjera. Dio sudionika zasigurno je i obolio od bolesti COVID-19 što je također narušilo percipirano zdravlje pojedinaca. Osim toga, kvaliteta i dostupnost zdravstvenih usluga, potrebnih za tretiranje od ranije prisutnih kroničnih bolesti i stanja, značajno su pale za vrijeme epidemije, što potvrđuju i mišljenja sudionika i rezultati drugih dostupnih istraživanja. Uzimajući u obzir socioekonomske promjene, promjene u razinama općeg zdravlja, oblika zdravstvenog ponašanja, utjecaj epidemije na mentalno zdravlje, na pad kvalitete i dostupnosti zdravstvenih usluga i promjene zadovoljstva i kvalitete života, zaključno je kako je epidemija bolesti COVID-19 uzrok globalne zdravstvene i socioekonomske krize s kojom će se svjetska populacija boriti i u narednim godinama. Epidemija bolesti COVID-19 promatrana kao globalni javnozdravstveni problem u fokus stavlja i ulogu magistara sestrištva čije su kompetencije, osim provođenja zdravstvene njege na svim razinama zdravstvene zaštite, organizacija funkcioniranja

pojedinih dijelova zdravstvenog sustava, upravljanje ljudskim potencijalom i resursima, komunikacija, edukacija, preventivno djelovanje u svrhu održavanja zdravlja u zajednici te analiza i evaluacija provođenja zdravstvenih programa. Zdravstvena kriza izazvana epidemijom veliki je izazov za zdravstvene sustave širom svijeta i možda prilika za dodatan angažman magistara sestrinstva sa svim stečenim znanjima, iskustvom i potencijalom.

U Varaždinu, 16.09.2021.

Lana Horvat

Literatura

- [1] G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
- [2] N. Eyal, S.A. Hurst, O.F. Norheim, D. Wikler: Inequalities in Health, Concepts, Measures, and Ethics, Oxford University Press, New York, 2013.
- [3] <https://health-inequalities.eu/health-inequalities/>, pristupljeno 10.07.2021.
- [4] World Health Organization: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, WHO Press, Geneva, 2008.
- [5] M. Bashir i L. Shahzad: A brief review of socio-economic and environmental impact of Covid-19, Air Qual Atmos Health, br. 13, lipanj 2020., str. 1403–1409
- [6] M. Marmot: Sindrom statusa: Kako društveni položaj utječe na naše zdravlje i dugovječnost, Algoritam, Zagreb, 2007.
- [7] J. Hoebel, B. Kuntz, I. Moor, L.E. Kroll, T. Lampert: Post-millennial trends of socioeconomic inequalities in chronic illness among adults in Germany, BMC Research Notes, br. 11, ožujak 2018., str. 1-6
- [8] A. Berķe-Berga, P. Paul, H. Valtonen: Examining Health Inequalities in Latvia: A Decade of Association between Socioeconomic Position and Perceived Health Status, BioMed Research International, br. 1, srpanj 2017., str. 1-10
- [9] P. Braveman, L. Gottlieb: The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes, Public Health Reports, br. 129, siječanj 2014., str. 19–31
- [10] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [11] S.E. Short i S. Mollborn: Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances, Curr Opin Psychol, br. 5, listopad 2015., str. 78-84
- [12] B.T. Smith, P.M. Smith, S. Harper, D.G. Manuel, C.A. Mustard: Reducing social inequalities in health: the role of simulation modelling in chronic disease epidemiology to evaluate the impact of population health interventions, Journal of Epidemiology and Community Health, br. 68, travanj 2014., str. 384–389
- [13] E. Jacquet, S. Robert, P. Chauvin, G. Menvielle, M. Melchior, G. Ibanez: Social inequalities in health and mental health in France. The results of a 2010 population-based survey in Paris Metropolitan Area, PLoS One, br. 13, rujan 2018., str. 1-14
- [14] M. Marmot: The Health Gap: The Challenge of an Unequal World, Bloomsbury Press, London, 2015.

- [15] K. Vitale, S. Sović: Pravednost i pravičnost i okoliš kao determinanta zdravlja – novi koncepti o kojima treba razmišljati, *Acta medica Croatica*, br. 72, 2018., str. 247-250
- [16] M. Buchbinder, M. Rivkin-Fish i R.L. Walker: *Understanding Health Inequalities and Justice*, The University of North Carolina Press, 2016.
- [17] M. Mofijur, I.M. Rizwanul Fattaha, M. Asraful Alam, A.B.M. Saiful Islam, H. Chyuan Ong i suradnici: Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic, *Sustainable Production and Consumption*, br. 26, travanj 2021., str. 343-359
- [18] R. Baldwin i B. Weder di Mauro: *Economics in the Time of COVID-19*, CEPR Press, London, 2020.
- [19] T. Alon, M. Doepke, J. Olmstead-Rumsey i M. Tertilt: *The Impact of COVID-19 on Gender Equality*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, 2020.
- [20] J.A. Woods, N.T. Hutchinson, S.K. Powers, W.O. Roberts, M.C. Gomez-Cabrerae i suradnici: The COVID-19 pandemic and physical activity, *Sports Medicine and Health Science*, br. 2, lipanj 2020., str. 55-64
- [21] R. López-Bueno, J. Calatayud, L.L. Andersen, C. Balsalobre-Fernández, J. Casaña i suradnici: Immediate Impact of the COVID-19 Confinement on Physical Activity Levels in Spanish Adults, *Sustainability*, br. 12, srpanj 2020.
- [22] G. Raiola, S. Aliberti, G. Esposito, G. Altavilla, T. D'Isanto, F. D'Elia: How has the Practice of Physical Activity Changed During the COVID-19 Quarantine? A Preliminary Survey, *Teoriâ Ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ*, br. 20, prosinac 2020., str. 242-247
- [23] B. Lamarche, D. Brassard, A. Lapointe, C. Laramée, M. Kearney i suradnici: Changes in diet quality and food security among adults during the COVID-19–related early lockdown: results from NutriQuébec, *The American Journal of Clinical Nutrition*, br. 113, travanj 2021., str. 984–992
- [24] A.V. Mattioli, S. Sciomer, C. Cocchi, S. Maffei, S. Gallina: Quarantine during COVID-19 outbreak: Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease, *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, br. 30, kolovoz 2020., str. 1409-1417
- [25] B. Gavin, J. Lyne i F. McNicholas: Mental health and the COVID-19 pandemic, *Irish Journal of Psychological Medicine*, br. 37, lipanj 2020., str. 156-15
- [26] K. Usher, J. Durkin, N. Bhullar: The COVID-19 pandemic and mental health impacts, *Int J Ment Health Nurs*. br.29, lipanj 2020., str. 315–318

- [27] W. Cullen, G. Gulati, B.D. Kelly: Mental health in the COVID-19 pandemic, *An International Journal of Medicine*, br. 113, svibanj 2020., str. 311–312
- [28] M. Brewer, L. Gardiner: The initial impact of COVID-19 and policy responses on household incomes, *Oxford Review of Economic Policy*, br. 36, lipanj 2020., str. 187–199
- [29] V. Almeida, S. Barrios, M. Christl, S. De Poli, A. Tumino i W. van der Wielen: The impact of COVID-19 on households' income in the EU, *The Journal of Economic Inequality*, lipanj 2021.
- [30] R. Moynihan, S. Sanders, Z. Michaleff: Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review, *BMJ Open*, br. 11, ožujak 2021.
- [31] X. Liu, M. Zhu, R. Zhang, J. Zhang, C. Zhang i suradnici: Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence, *Translational Psychiatry*, br.11, srpanj 2021.
- [32] A. Dawel, Y. Shou, M. Smithson, N. Cherbuin, M. Banfield i suradnici: The Effect of COVID-19 on Mental Health and Wellbeing in a Representative Sample of Australian Adults, *Frontiers in Psychiatry*, br. 11, listopad 2020.
- [33] H. Leite, C. Lindsay, M. Kumar: COVID-19 outbreak: implications on healthcare operations, *The TQM Journal*, srpanj 2020.
- [34] A. Kumari, P. Ranjan, N.K. Vikram, D. Kaur, A. Sahu i suradnici: A short questionnaire to assess changes in lifestyle-related behaviour during COVID 19 pandemic, *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, br.14, kolovoz 2020., str. 1697-1701
- [35] E.W. Flanagan, R.A. Beyl, S.N. Fearnbach, A.D. Altazan, C.K. Martin i L. M. Redman: The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults, *Obesity*, br. 29, listopad 2020., str. 438-445
- [36] M.A. Alomari, O.F. Khabour i K.H. Alzoubi: Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior Amid Confinement: The BKSQ-COVID-19 Project, *Risk management and healthcare policy*, br. 13, rujan 2020., str. 1757-1764
- [37] C. Perez-Rodrigo, M. Gianzo Citores, G. Hervas Barbara, V. Arija, F. Ruiz-Litago i suradnici: Patterns of Change in Dietary Habits and Physical Activity during Lockdown in Spain Due to the COVID-19 Pandemic, br. 13, siječanj 2021., str. 300
- [38] I. Bidzan-Bluma, M. Bidzan, P. Jurek, L. Bidzan, J. Knietzsch i suradnici: A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic, *Front Psychiatry*, studeni 2020.

- [39] A. Ammar, H. Chtourou, O. Boukhir, K. Trabelsi, L. Masmoudi: COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, br. 17, kolovoz 2020.

Popis tablica

Tablica 4.3.1. Prikaz dobi sudionika: frekvencije i postotni prikaz [izvor: autor, L.H.]	29
Tablica 4.6.1.1. Prikaz socioekonomskih karakteristika sudionika: frekvencije i postotni prikaz [izvor: autor, L.H.]	31
Tablica 4.6.2.1. Prikaz razlike procjene općeg zdravlja prije i za vrijeme epidemije [izvor: autor, L.H.].....	34
Tablica 4.6.2.2. Prikaz učestalosti bolovanja od nekog stanja ili kronične bolesti: frekvencije i postotni prikaz [izvor: autor, L.H.]	35
Tablica 4.6.2.3. Prikaz pojavnosti dodatnih poteškoća za vrijeme trajanja epidemije: frekvencije i postotni prikaz [izvor: autor, L.H.]	36
Tablica 4.6.3.1. Postotni prikaz učestalosti prakticiranja pojedinih zdravstvenih ponašanja [izvor: autor, L.H.]	38
Tablica 4.6.3.2. Prikaz povezanosti socioekonomskog statusa sudionika s pravilnom prehranom i tjelovježbom [izvor: autor, L.H.]	42
Tablica 4.6.4.1. Prikaz povezanosti socioekonomskog statusa sudionika sa zadovoljstvom životom [izvor: autor, L.H.]	47

Popis grafikona

Grafikon 4.6.1.1. Postotni prikaz promjene radnog statusa sudionika za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.]	32
Grafikon 4.6.1.2. Postotni prikaz promjene prosječnih mjesečnih prihoda sudionika za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.]	32
Grafikon 4.6.1.3. Postotni prikaz samoprocjene materijalnog stanja sudionika [izvor: autor, L.H.]	33
Grafikon 4.6.2.1. Postotni prikaz samoprocjene zdravlja prije početka i za vrijeme trajanja epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.]	34
Grafikon 4.6.2.2. Postotni prikaz mišljenja o dostupnosti i kvaliteti potrebnih zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.]	36
Grafikon 4.6.2.3. Postotni prikaz i usporedba procjene utjecaja razine zdravlja i epidemije bolesti COVID-19 na uobičajene društvene aktivnosti s obitelji i prijateljima [izvor: autor, L.H.]	37
Grafikon 4.6.3.1. Postotni prikaz vrsti tjelovježbe kojima se bave sudionici istraživanja [izvor: autor, L.H.]	39
Grafikon 4.6.3.2. Postotni prikaz odgovora na pitanje o učestalosti bavljenja tjelovježbom za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.].....	40
Grafikon 4.6.3.3. Postotni prikaz odgovora na pitanje o razlozima promjene navika povezanih s tjelovježbom [izvor: autor, L.H.].....	41
Grafikon 4.6.4.1. Postotni prikaz odgovora na pitanje o slobodi i kontroli nad svojim životom sudionici procjenjuju da imaju [izvor: autor, L.H.]	43
Grafikon 4.6.4.2. Postotni prikaz odgovora imaju li sudionici u posljednje vrijeme problema sa spavanjem zbog zabrinutosti [izvor: autor, L.H.]	44
Grafikon 4.6.4.3. Postotni prikaz odgovora jesu li sudionici zadovoljni načinom na koji su izvršavali svoje zadatke i obaveze za vrijeme epidemije [izvor: autor, L.H.]	44
Grafikon 4.6.4.4. Postotni prikaz odgovora jesu li se sudionici u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno [izvor: autor, L.H.]	45
Grafikon 4.6.4.5. Postotni prikaz odgovora koliko su sudionici zadovoljni ili nezadovoljni životom [izvor: autor, L.H.]	45
Grafikon 4.6.4.6. Postotni prikaz odgovora koliko se sudionicima promijenilo zadovoljstvo životom za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 [izvor: autor, L.H.]	46
Grafikon 4.6.4.7. Postotni prikaz odgovora vezanih uz subjektivni osjećaj sreće [izvor: autor, L.H.]	46

Prilozi

Prilog 1: Anketni upitnik „Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje pojedinca“

Prilog 2: Izjava o autorstvu i suglasnost za javnu obranu

Prilog 1:

Poštovani,

pred Vama je anketni upitnik naslova: „Utjecaj epidemije bolesti COVID-19 na socioekonomski status i zdravlje pojedinca“. Sudjelovanje u anketnom istraživanju je dobrovoljno i u potpunosti anonimno. Rezultati upitnika neće biti prikazani pojedinačno i bit će korišteni isključivo u svrhu izrade diplomskog rada pod mentorstvom doc.dr.sc. Marijane Neuberg, na diplomskom sveučilišnom studiju Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever u Varaždinu, i za objavu u stručnim i znanstvenim radovima. Molim Vas da na postavljena pitanja odgovarate iskreno.

Unaprijed hvala na utrošenom vremenu!

Lana Horvat, bacc.med.techn., studentica 2. godine diplomskog studija Sestrinstvo-
menadžment u sestrinstvu, Sveučilište Sjever

1. Spol:

- a. M
- b. Ž
- c. Ne želim se izjasniti

2. Dob:

- a. < 20 godina
- b. 21-30 godina
- c. 31-40 godina
- d. 41-50 godina
- e. > 50 godina

OBRAZOVANJE, POSAO I PRIHODI:

3. Koji je Vaš trenutni završeni stupanj obrazovanja?
 - a. Završena osnovna škola
 - b. Završena srednja škola
 - c. Završen preddiplomski trogodišnji studij
 - d. Završen magistarski ili doktorski studij
4. Kakav je Vaš trenutni radni status?
 - a. Zaposlen
 - b. Nezaposlen
 - c. Student ili učenik
 - d. Umirovljenik
 - e. Uzdržavana osoba
5. Na koji se način za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 promijenio Vaš radni status?
 - a. Nije se promijenio
 - b. Zaposlio/la sam se
 - c. Izgubio/la sam posao
6. Kako biste procijenili svoje materijalno stanje?
 - a. Mnogo je lošije od drugih (prosjeaka)
 - b. Nešto je lošije od drugih
 - c. Isto je kao kod drugih
 - d. Nešto je bolje od drugih
 - e. Mnogo je bolje od drugih
7. Koliko iznose prosječni mjesečni prihodi u vašem kućanstvu po članu obitelji?
 - a. manje od 2.000 Kn
 - b. 2.000 - 5.000 Kn
 - c. 5.000 - 8.000 Kn
 - d. 8.000 - 10.000 Kn
 - e. više od 10.000 Kn
8. Na koji su se način Vaši prosječni mjesečni prihodi promijenili za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?
 - a. Prihodi su se smanjili
 - b. Prihodi su ostali isti
 - c. Prihodi su se povećali

ZDRAVLJE:

9. Kako biste ocijenili Vaše zdravlje?

- a. Odlično
- b. Vrlo dobro
- c. Dobro
- d. Ne baš dobro
- e. Loše

10. Bolujete li od nekog od navedenih stanja ili kroničnih bolesti?

- a. Visoki krvni tlak
- b. Povišene razine masnoće u krvi
- c. Diabetes mellitus
- d. Čir na želucu ili gastritis
- e. Zloćudne bolesti
- f. Bubrežne bolesti
- g. Bolesti jetre
- h. Bolesti dišnog sustava
- i. Povišene ili snižene vrijednosti hormona
- j. Alergije
- k. Drugo (navesti)

11. Na koji se način Vaše zdravlje promijenilo za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?

- a. Moje se zdravlje nije promijenilo za vrijeme epidemije bolesti COVID-19
- b. Moje trenutno zdravlje bolje je nego prije epidemije bolesti COVID-19
- c. Moje trenutno zdravlje lošije nego prije epidemije bolesti COVID-19

12. Na koji se način, prema Vašem mišljenju, promijenila dostupnost i kvaliteta zdravstvenih usluga za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?

- a. Smatram da se dostupnost i kvaliteta zdravstvenih usluga nisu promijenile
- b. Kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga je niža za vrijeme epidemije bolesti COVID-19
- c. Dostupnost zdravstvenih usluga je lošija za vrijeme epidemije bolesti COVID-19
- d. Epidemija bolesti COVID-19 negativno je utjecala i na dostupnost i na kvalitetu zdravstvenih usluga

13. Je li epidemija bolesti COVID-19 kod Vas izazvala neke od navedenih poteškoća?
- Nesanica
 - Visoka razina stresa
 - Anksioznost
 - Depresija
 - Osjećaj usamljenosti
 - Snižena razina samoučinkovitosti
 - Osjećaj straha za vlastitu sigurnost
 - Ostalo: (navesti)
14. U kojoj je mjeri u posljednje vrijeme razina Vašeg zdravlja utjecala na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji i s prijateljima?
- Nije uopće utjecalo
 - U manjoj mjeri je utjecalo
 - Umjereno je utjecalo
 - Prilično je utjecalo
 - Izrazito je utjecalo
15. U kojoj je mjeri epidemija bolesti COVID-19 utjecala na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji i s prijateljima?
- Nije uopće utjecala
 - U manjoj mjeri je utjecala
 - Umjereno je utjecala
 - Prilično je utjecala
 - Izrazito je utjecala

PREHRANA:

16. Koliko obroka najčešće dnevno jedete?
- Jedan
 - Dva
 - Tri
 - Četiri
 - Pet i više

17. Uzimate li svaki ili skoro svaki dan svježe pripremljene obroke?
- Da
 - Ne
18. Na koji su se način Vaše prehrambene navike promijenile za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?
- Moje prehrambene navike nisu se mijenjale
 - Moje prehrambene navike bolje su nego prije epidemije
 - Moje prehrambene navike su lošije nego prije epidemije
19. Kako se Vaša tjelesna težina promijenila za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?
- Nije se promijenila
 - Moja tjelesna težina je porasla
 - Moja tjelesna težina se smanjila
20. Koliko često konzumirate meso i mesne prerađevine?
- Svakodnevno
 - Nekoliko puta tjedno
 - Jednom tjedno
 - Dva do tri puta mjesečno
 - Ne jedem meso ni mesne prerađevine
 - Meso i mesne prerađevine su mi financijski nedostupni
21. Koliko često konzumirate ribu, riblje prerađevine ili plodove mora?
- Svakodnevno
 - Nekoliko puta tjedno
 - Jednom tjedno
 - Dva do tri puta mjesečno
 - Ne jedem ribu, riblje prerađevine i plodove mora
 - Riba, riblje prerađevine i plodovi mora su mi financijski nedostupni
22. Koliko često konzumirate svježe voće i povrće?
- Svakodnevno
 - Nekoliko puta tjedno
 - Jednom tjedno
 - Dva do tri puta mjesečno
 - Ne jedem svježe voće i povrće
 - Svježe voće i povrće su mi financijski nedostupni

23. Koliko dnevno pijete tekućine (pitku vodu, mineralnu i gaziranu vodu, čaj, kava, juha...)?
- Manje od 1 litre dnevno
 - Između 1 i 2 litre dnevno
 - Više od 2 litre dnevno
24. Koliko često konzumirate alkoholna pića?
- Nikada
 - Nekoliko puta godišnje
 - 2-3 puta mjesečno
 - 2-3 puta tjedno
 - Svaki dan
25. Konzumirate li duhanske proizvode?
- Ne
 - Povremeno
 - Svakodnevno

TJELOVJEŽBA:

26. Bavite li se sportom ili nekim oblikom vježbanja?
- Ne
 - Rekreativno
 - Aktivno
27. Ako vježbate, koliko često?
- Svakodnevno
 - 2-3 puta tjedno
 - Jednom tjedno
 - Nekoliko puta mjesečno
28. Za vježbanje:
- Odlazim u teretanu – plaćam članarinu
 - Bavim se nekom organiziranom grupnom tjelovježbom – pilates, aerobik i sl. – plaćam članarinu mjesečno
 - Vježbam kod kuće sam/a
 - Šetam, hodam, trčim jer volim sam/a vježbati
 - Organizirani oblici vježbanja (teretana, pilates, aerobik i sl.) su mi financijski nedostupni

29. Na koji su se način za vrijeme epidemije bolesti COVID-19 promijenile Vaše navike vezane za tjelesnu aktivnost?
- Vježbam jednako kao i prije epidemije
 - Vježbam manje nego prije epidemije
 - Vježbam više nego prije epidemije
30. Ukoliko su se Vaše navike vezane za tjelovježbu promijenile za vrijeme epidemije bolesti COVID-19, navedite na koji način:
- Oblici vježbanja kojima sam se ranije bavio/la nisu mi dostupni zbog epidemioloških mjera
 - Oblici vježbanja kojima sam se bavio/la više mi nisu financijski dostupni
 - Izgubio/la sam motivaciju za bavljenje tjelovježbom
 - Ostalo: (navesti)

ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM:

31. Neki ljudi osjećaju da imaju potpunu slobodu izbora i kontrolu nad svojim životima, dok drugi osjećaju da ono što čine nema nikakvog stvarnog utjecaja na ono što im se događa. Naznačite koliko slobode izbora i kontrole mislite da imate nad svojim životom:
- U potpunosti imam kontrolu nad svojim životom
 - Imam kontrolu nad većinom onoga što mi se događa
 - U maloj mjeri mogu utjecati na ono što mi se događa
 - Nemam kontrolu nad većinom onoga što mi se događa
32. Jeste li u posljednje vrijeme imali problema sa spavanjem zbog zabrinutosti?
- Uopće ne
 - Ne više nego inače
 - Nešto više nego inače
 - Znatno više nego inače
33. Jeste li u posljednje vrijeme bili zadovoljni načinom na koji ste izvršavali svoje zadatke i obaveze?
- Više zadovoljan nego inače
 - Zadovoljan kao i inače
 - Otprilike isto kao inače
 - Manje zadovoljan no inače
 - Nezadovoljan potpuno

34. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno?
- Uopće se nisam osjećao nesretno i depresivno
 - Ne više nego inače nesretno i depresivno
 - Otprilike isto kao inače nesretno i depresivno
 - Nešto više nego inače
 - Znatno više nego inače
35. Koliko ste zadovoljni ili nezadovoljni svojim životom?
- Potpuno zadovoljan
 - Djelomično zadovoljan
 - Ni zadovoljan ni nezadovoljan
 - Prilično nezadovoljan
 - Potpuno nezadovoljan
36. Na koji se način Vaše zadovoljstvo životom promijenilo za vrijeme epidemije bolesti COVID-19?
- Moje zadovoljstvo životom nije se promijenilo
 - Moje zadovoljstvo životom je poraslo
 - Moje zadovoljstvo životom se smanjilo
37. Za sebe biste rekli da ste:
- Vrlo sretan/na
 - Sretan/na
 - Ni sretan/na ni nesretan/na
 - Uopće nisam sretan/na
 - Potpuno nesretan/na
 - Ne mogu procijeniti

Sveučilište
Sjever

HABON
ALISBAINA

SVEUČILIŠTE
SIEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, LANA HORVAT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UTJECAJ EPIDEMIJE BOLESTI COVID-19 NA SOCIO-EKONOMSKI STATUS I ZDRAVLJE POJEDINCA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lana Horvat
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, LANA HORVAT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UTJECAJ EPIDEMIJE COVID-19 NA SOCIO- (upisati naslov) čiji sam autor/ica. EKONOMSKI STATUS I ZDRAVLJE POJEDINCA

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lana Horvat
(vlastoručni potpis)