

Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca

Horvat, Lana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:118130>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1111/SS/2019

Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca

Lana Horvat, 1785/336

Varaždin, rujan 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1111/SS/2019

Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca

Student

Lana Horvat, 1785/336

Mentor

Doc.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Lana Horvat	MATIČNI BROJ	1785/336
DATUM	26.8.2019.	KOLEGIJ	Sociologija zdravlja
NASLOV RADA	Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The relationship between socioeconomic status and health		
MENTOR	dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik		
	2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor		
	3. Melita Sajko, mag.soc.geront., član		
	4. doc.dr.sc. Ribić Rosana, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ 1111/SS/2019

OPIS

Pripadnost društvenoj skupini utječe na zdravlje pojedinca, pojavu bolesti, zdravstvenu zaštitu te očekivano trajanje života. Nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti te je zdravstveno stanje društvenih skupina rezultat dugoročno prisutnih zdravih ili štetnih utjecaja kojima su skupine u društvenoj strukturi izložene. Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između društvenog položaja i zdravlja pojedinca, odnosno postoje li razlike u pozitivnom zdravstvenom ponašanju ispitanika ovisne o socioekonomskim karakteristikama ispitanika. U završnom radu navedeni su rezultati istraživanja koji prikazuju razliku u zdravstvenim ponašanjima između muških i ženskih ispitanika, razliku u zdravstvenim ponašanjima ovisno o završenom stupnju obrazovanja te povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva. Navedena je ključna uloga medicinske sestre u smanjenju nejednakosti u zdravlju. Medicinske sestre, preuzimanjem uloge edukatora, nejednakosti u zdravlju mogu koristiti kao temelj za izgradnju javnozdravstvenih strategija usredotočenih na prevenciju bolesti i očuvanje zdravlja.

ZADATAK URUČEN

26.08.2019.

SVEUČILIŠTE
SJEVER

POTPIS MENTORA



Predgovor

Zahvaljujem se mentorici i profesorici doc.dr.sc. Marijani Neuberg na savjetima, uputama i vodstvu prilikom izrade završnog rada. Hvala svim profesorima Sveučilišta Sjever i mentorima vježbovne nastave 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 prvostupnice sestrinstva na Sveučilištu Sjever te na iznimnoj moralnoj podršci i razumijevanju.

Sažetak

Pripadnost društvenoj skupini uvelike utječe na zdravlje pojedinca, pojavu bolesti, zdravstvenu zaštitu te očekivano trajanje života. Raspodjela zdravlja, bolesti i zdravstvenog ponašanja u društvu nije slučajna, već je uzrokovana društvenom stratifikacijom. Zauzimanje određenog položaja unutar društvene ljestvice odražava se na zdravstveno stanje i razinu zdravstvene zaštite. Nejednakosti u socioekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti te je zdravstveno stanje društvenih skupina rezultat dugoročno prisutnih zdravih ili štetnih utjecaja kojima su skupine u društvenoj strukturi izložene. Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između društvenog položaja i zdravlja pojedinca, odnosno postoje li razlike u pozitivnom zdravstvenom ponašanju ispitanika ovisne o socioekonomskim karakteristikama ispitanika. Istraživanje je provedeno nestandardiziranim anketnim upitnikom preko *Google* obrasca na društvenim mrežama u periodu trajanja mjesec dana, a ukupno je sudjelovalo 630 ispitanika. Upitnik se sastojao od pitanja vezanih uz demografska obilježja, ekonomski status ispitanika, zdravlje i zdravstveno ponašanje. Prikupljeni podaci prikazani su pomoću frekvencije odgovora i postotaka, aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponom rezultata te *Cronbachovim* koeficijentom. Hipoteze su provjerene t-testom za nezavisne uzorke, analizom varijance i *Spearmanovom* korelacijom. Rezultati istraživanja pokazali su da ne postoji značajna razlika u zdravstvenim ponašanjima između muških i ženskih ispitanika. Razlika u zdravstvenim ponašanjima vidljiva je ovisno o završenom stupnju obrazovanja. Dobiveno je da oni ispitanici koji imaju završen magistarski ili doktorski studij imaju statistički značajno više pozitivnih zdravstvenih ponašanja od ostalih ispitanika. Nadalje, postoji povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva. Rezultati su pokazali da je ekonomski status pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u smanjenju nejednakosti u zdravlju. Preuzimanjem uloge edukatora, nejednakosti u zdravlju mogu koristiti kao temelj za izgradnju javnozdravstvenih strategija usredotočenih na prevenciju bolesti i očuvanje zdravlja.

Ključne riječi: nejednakosti u zdravlju, društveni položaj, zdravstveno ponašanje, gradijent zdravlja

Popis korištenih kratica

WHO - *eng. World Health Organization*

HIV - Virus humane imunodeficijencije

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Definicija i sociološki aspekti zdravlja	4
2.1.	Sociologija zdravlja.....	4
2.2.	Definicija i determinante zdravlja	5
3.	Zdravstveno ponašanje.....	7
4.	Nejednakosti u zdravlju	8
4.1.	Gradijent zdravlja	10
4.2.	Pravda i pravičnost kao odrednice zdravlja.....	11
4.3.	Otklanjanje nejednakosti u zdravlju	13
5.	Istraživački dio rada	14
5.1.	Cilj istraživanja	14
5.2.	Hipoteze	14
5.3.	Ispitanici i metodologija istraživanja	14
5.3.1.	<i>Uzorak</i>	14
5.3.2.	<i>Instrument</i>	16
5.3.3.	<i>Postupak</i>	16
5.3.4.	<i>Statistička obrada</i>	16
5.4.	Rezultati istraživanja	16
5.4.1.	<i>Ekonomski status ispitanika</i>	16
5.4.2.	<i>Zdravstveni status ispitanika</i>	18
5.4.3.	<i>Pozitivna zdravstvena ponašanja</i>	20
5.4.4.	<i>Procjena kontrole i zadovoljstva životom</i>	30
6.	Rasprava.....	33
7.	Zaključak.....	37
8.	Literatura.....	39
	Popis slika	41
	Popis tablica.....	42
	Popis grafikona	43

1. Uvod

Svi članovi društva međusobno se razlikuju, bilo da je riječ o prirodnim razlikama, odnosno biološkim obilježjima, ili razlikama koje proizlaze iz uvjeta društvenog života. Život ljudi u zajednici dovodi do diferencijacije, podjele rada i funkcija između članova društva. Kao rezultat ovog društvenog procesa nastaju društvene razlike koje mogu biti slučajne (nestrukturirane) i trajne (strukturirane). Razlog nastanka društvenih razlika je obavljanje različitih djelatnosti i zauzimanje različitih položaja i uloga u društvu. Osim iz podjele funkcija, društvene razlike nastaju i iz osobnih obilježja pojedinaca, kao što su razlike prema spolu, dobi, inteligenciji... Osobne razlike i razlike između uloga u društvu ne moraju nužno biti međusobno rangirane, već se ljudi mogu međusobno razlikovati i pritom ostati na istoj razini društvenog života, odnosno ne dolaziti u odnos društvene nejednakosti [1].

Društvene nejednakosti su strukturirane društvene razlike koje nastaju kao posljedica nejednake raspodjele materijalnih i nematerijalnih društvenih dobara između društvenih skupina ili pojedinaca. Zbog nejednake raspodjele društvenih dobara i vrijednosti, različite društvene skupine moguće je rangirati kao više ili niže. Društvene nejednakosti uzrok su društvene stratifikacije, nastanka društvenih slojeva. Društvena stratifikacija uvijek se odnosi na skupine, a ne na pojedince, te pripadnici tih skupina (društvenih slojeva) trpe ili uživaju zbog nejednake raspodjele društvenih dobara. Svaka je stratifikacija poduprta skupom ideja koje objašnjavaju postojeći sustav nejednakosti, nije slučajna već nastaje prema određenom obrascu. Nejednakosti u zdravlju su uklonjive i nepoštene razlike u zdravstvenom statusu između društvenih skupina, populacija ili pojedinaca. Nepravedne razlike u pojavnosti bolesti i očekivanom trajanju života pripisuju se nejednakostima u zdravlju te ih je potrebno smanjiti. Univerzalni pristup sigurnim, visokokvalitetnim, učinkovitim zdravstvenim uslugama 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 [1, 2].

Pripadnost društvenoj skupini, sloju, staležu ili klasi uvelike utječe na nečije zdravlje, pojavu bolesti, zdravstvenu zaštitu te naposljetku smrt. 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. Zauzimanje određenog položaja unutar društvene ljestvice značajno se odražava na zdravstveno stanje i zdravstvenu zaštitu. Upravo se razlike u zdravlju i zaštiti zdravlja među društvenim skupinama, koje se pojavljuju kao posljedica nejednakog stratifikacijskog položaja, nazivaju zdravstvenim nejednakostima. Ukupne društvene razlike i nejednakosti u položaju društvenih slojeva utječu na nejednakosti u društvenom ponašanju i zdravstvenom stanju, dostupnosti i korištenju zdravstvene zaštite [1].

Nejednakosti u zdravlju, između viših i nižih društvenih slojeva, proizlaze iz općih strukturiranih društvenih nejednakosti ili su rezultat društvene stratifikacije. Nejednakosti u socio-ekonomskom statusu u korijenu su zdravstvenih nejednakosti. Najčešće objašnjenje nastanka zdravstvenih nejednakosti objašnjava zdravstveno stanje društvenih skupina kao rezultat dugoročno prisutnih zdravih ili štetnih utjecaja kojima su skupine u društvenoj strukturi izložene. Zdravstvene nejednakosti pojavljuju se direktno, kao izravna posljedica društveno-ekonomske sredine (npr. kroz siromaštvo, rizično zdravstveno ponašanje, neadekvatnu prehranu, štetnu okolinu) ili indirektno (nedostatak obrazovanja ili nedostupnost zdravstvene zaštite) [1].

Iako je globalizacija smanjila razlike u prihodima i bogatstvu (ukupni iznos imovine u vlasništvu pojedinca ili kućanstva) između zemalja, one su često u porastu između društvenih skupina unutar zemalja. U Europi je uočljiv dugoročni trend porasta nejednakosti u prihodima i bogatstvu unutar zemalja. Rastuće nejednakosti u prihodima i bogatstvu dovode do većih razlika u kvaliteti četvrti u kojima ljudi žive, školama koje pohađaju djeca, radnim uvjetima, itd. To pak utječe na zdravstveno ponašanje pojedinaca i društvenih skupina, rizik od pojave bolesti i ukupnu kvalitetu života. Ti se uvjeti nazivaju socijalnim odrednicama zdravlja. Postoje mnogi modeli koji pokazuju kako su ove determinante međusobno povezane i koliko se faktora koji utječu na zdravlje nalazi izvan izravnog utjecaja zdravstvene skrbi [2].

Danas se zdravlje u razvijenim zemljama svijeta smatra izrazito dobrim. Brojne zarazne i parazitske bolesti više ne predstavljaju prijetnju ljudskom zdravlju, mortalitet dojenčadi je nizak, a izgledi za dugi životni vijek visoki. Životni uvjeti u bogatim, razvijenim zemljama prilično su dobri, no ipak nisu jednaki za sve pripadnike društva. Položaj pojedinca u društvenoj hijerarhiji usko je povezan s izgledima da se on razboli, kao i s duljinom životnog vijeka te su navedene razlike između vrha i dna s vremenom sve veće. Upravo su društvene nejednakosti u zdravlju, odnosno društveni gradijent, uzrok lošeg zdravlja pojedinih skupina u društvu [3].

U završnom radu naglasak će se staviti na nejednakosti u zdravlju između pojedinaca i/ili skupina koje su uzrokovane višim ili nižim društvenim položajem, na utjecaj različitih bioloških i socioloških čimbenika na zdravlje te na razlike u socioekonomskom statusu koje su korijen zdravstvenih nejednakosti. Nadalje, bit će prikazani rezultati istraživačkog dijela rada o različitim oblicima zdravstvenog ponašanja i bit će prikazana važnost medicinske sestre u prevenciji neprikladnih oblika zdravstvenog ponašanja.

2. Definicija i sociološki aspekti zdravlja

Većina nas zdravlje i život promatra kao dvije različite sfere. Smatra se da je zdravlje povezano s genetikom, zdravstvenom skrbi ili nepostojanjem iste te našim osobnim navikama i životnim stilom. Život se, s druge strane, povezuje s obrazovanjem, obitelji, karijerom, prijateljima, duhovnim i kulturnim životom i karakteristikama društva u kojem se to odvija. Geni, zdravstvena skrb i životni stil važne su odrednice zdravlja, no velik utjecaj na zdravlje ima upravo način života u društvu. Okolnosti u kojima ljudi žive i rade usko su povezane s rizikom za razvoj bolesti i s duljinom života. Na primjer, dijeleći pripadnike društva prema obrazovanju vrlo precizno bi ih se podijelilo i prema njihovom zdravlju i duljini trajanja života. Osobe čije je obrazovanje više bit će zdravije i živjeti dulje. Osim toga, prilikom izoliranja manje društvene skupine onih najvišeg stupnja obrazovanja isti bi gradijent ponovno bio vidljiv. To je društveni gradijent zdravlja koji je primjenjiv na cijelo društvo. U sustave rangiranja koji utječu na gradijent zdravlja ubrajaju se obrazovanje, prihodi, obiteljska pozadina, zanimanje i drugi [3].

2.1. Sociologija zdravlja

Sociologija, kao akademska disciplina, istražuje društvene uzroke i posljedice ljudskog ponašanja. Sukladno tome, medicinska se sociologija bavi društvenim uzrocima i posljedicama zdravlja i bolesti, izučava društvene aspekte zdravlja i bolesti, društvene funkcije zdravstvenih organizacija i institucija te zdravstveno ponašanje pojedinaca. Navedeno područje sociologije primjenjuje sociologijski pristup, koncepte, teorije i metodologije na pojave povezane s ljudskim zdravljem i bolešću, obuhvaća specifična znanja prema kojima zdravlje i bolest smještava u društveni, bihevioralni i kulturalni koncept. Medicinska sociologija opisuje i objašnjava teorije o distribuciji bolesti među različitim populacijskim skupinama, aktivnosti i ponašanja pojedinaca u svrhu održavanja, poboljšanja ili ponovne uspostave zdravlja, te stavove i uvjerenja o zdravlju [1].

2.2. Definicija i determinante zdravlja

Definicijom i konceptom zdravlja bave se pojedinci i organizacije socijalno-medicinskih struka te se tema zdravlja uobičajeno obrađuje prikazivanjem i kritičkim pregledom različitih znanstveno prihvaćenih definicija zdravlja. Ona najopćenitija definicija zdravlja glasi da je zdravlje odsutnost bolesti, no smatra se sociologijski najlošijom. Najpoznatija definicija zdravlja zapisana je u Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1946.): „Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti.“ Važno je spomenuti da se navedena definicija zdravlja, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, smatra idealno-tipskom definicijom. To znači da je ona misaona konstrukcija s izdvojenim i naglašenim elementima društvene stvarnosti, odnosno da pojmovno definira ideju nekog društvenog stanja ili fenomena, u ovom slučaju zdravlja. Takva definicija nije neposredni opis stvarnosti niti dominantni oblik pojavljivanja društvenog fenomena zdravlja. Predmet kritike su utopizam, statičnost, idealizam i rigidnost definicije. Zdravlje je apstraktan, višedimenzionalan i dinamičan biologijski, psihologijski i društveni 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. [4,5].

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“. 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 prihod, bogatstvo i obrazovanje kao temeljne uzroke širokog raspona različitih zdravstvenih ishoda [6].

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 [6].

3. Zdravstveno ponašanje

Pojmom zdravstvenog ponašanja izražava se oblik ljudskog ponašanja, koji je potaknut, motiviran i povezan s pokušajima pojedinca ili zajednice da poboljšaju vlastito zdravlje, spriječe bolest, dijagnosticiraju zdravstveni problem ili spriječe smrt. Razlikujemo više oblika zdravstvenog ponašanja: Pozitivnim zdravstvenim ponašanjem smatramo bilo koju aktivnost povezanu s poboljšanjem zdravlja, koju poduzima osoba koja za sebe vjeruje da je zdrava, no svejedno poduzima akcije u svrhu dodatnog poboljšanja zdravlja. Preventivno zdravstveno ponašanje podrazumijeva djelovanje osobe koja sebe smatra zdravom ili potencijalno zdravstveno ugroženom. To uključuje cijepljenje, sistematske preglede, prenatalnu zaštitu i slično. Nadalje, postoji i bolesničko ponašanje ili ponašanje pri traženju pomoći, a tipično je za osobu koja osjeća simptome bolesti ili se smatra bolesnom, zbog čega poduzima akciju da bi provjerila svoje zdravlje i definirala način liječenja. Ponašanje u ulozi bolesnika podrazumijeva ponašanje osobe koje se već nalazi u ulozi bolesnika. Motivi za njezino ponašanje mogu biti potpuno izlječenje, zalječenje, kontrola bola, porast kvalitete života i/ili produljenje života [1,7].

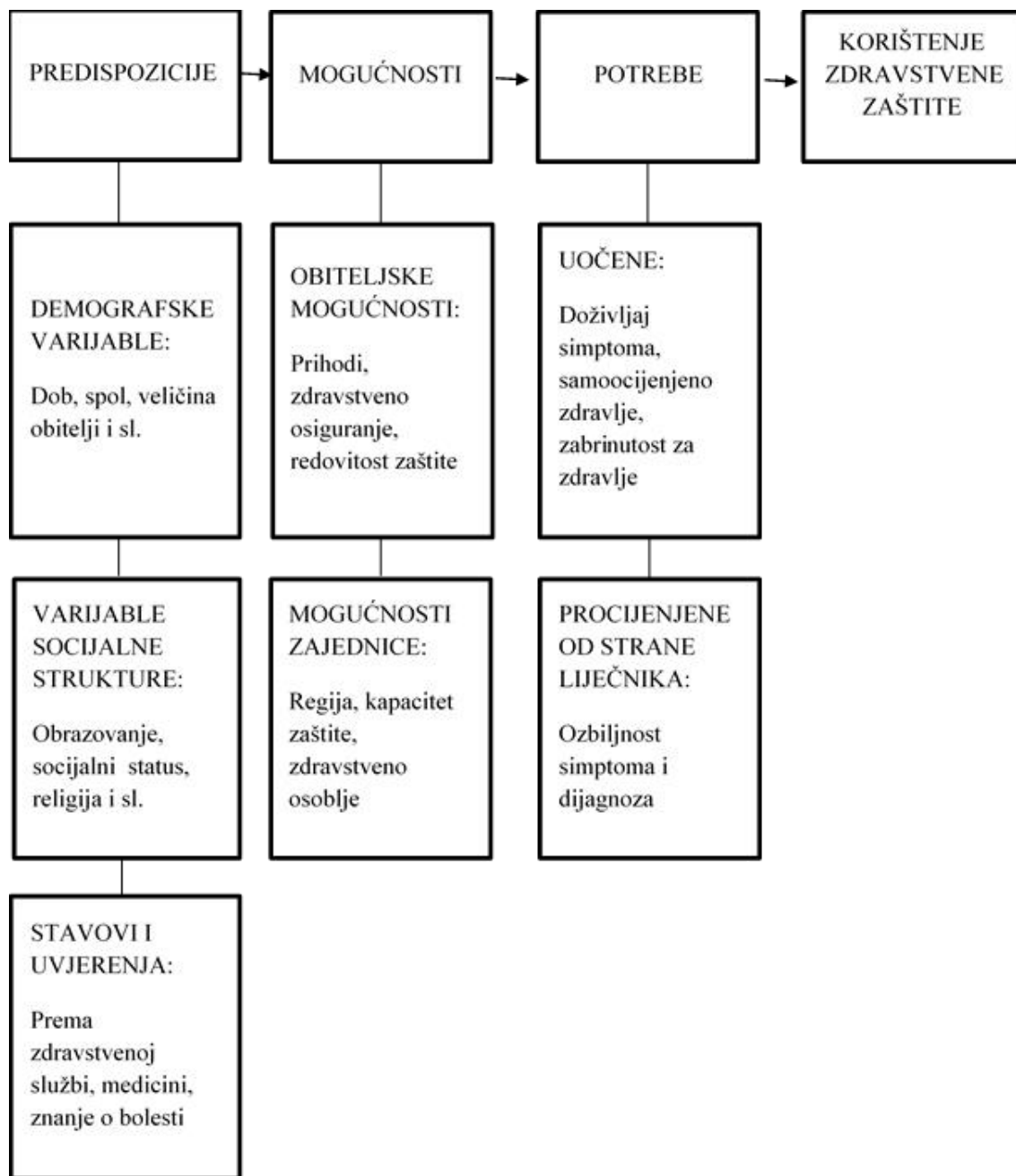
Socio-kulturalno podrijetlo i socio-psihološke osobine pojedinca kao pripadnika neke društvene skupine, utječu na odnos prema vlastitom zdravlju, vrednovanje zdravlja, informiranost i mogućnost prepoznavanja mogućih zdravstvenih problema. To se odražava na ponašanje u pogledu promicanja zdravlja i sprječavanja bolesti te u reagiranju i traženju zaštite kad bolest nastupi [1].

4. Nejednakosti u zdravlju

Na ukupno zdravstveno stanje društvenih slojeva utječu različiti stilovi života. Društvene skupine značajno se razlikuju po zdravstveno štetnim oblicima ponašanja. Dokazano je da su zdravstveni rizici koji proizlaze iz uvjeta života i načina ponašanja učestaliji među nižim društveno-ekonomskim skupinama. Preventivni i pozitivni oblici 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 zanimanja utječe na češće bavljenje sportom, izbor zdravije prehrane, umanjuje sklonost konzumaciji alkohola... Prema tome, niže socio-ekonomske skupine ponašaju se nezdravije ili rizičnije te u manjoj mjeri sudjeluju u preventivnim zdravstvenim programima, za razliku od društvenih skupina višeg socio-ekonomskog statusa koje su bolje preventivno zaštićene od rizika za nastanak bolesti. Smanjenje nejednakosti u zdravstvu postalo je međunarodni prioritet javnog zdravstva [1,8].

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. Studija provedena u Francuskoj 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. Najjače nejednakosti uočene su po uočenom financijskom statusu muškaraca i žena. Izgleda da je obrazovanje imalo veću ulogu u nejednakostima za žene, dok se za muškarce činilo da prihod ima veću ulogu [1,9].

Na društvene nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti utječu prostorna, socijalna, organizacijska i financijska (ne)pristupačnost zdravstvenih službi. Razlike u korištenju zdravstvene zaštite očituju se u češćem korištenju zdravstvenih službi od strane pripadnika viših socioekonomskih skupina u odnosu na niže skupine, u situaciji jednakih zdravstvenih potreba. Na korištenje zdravstvene zaštite, kao najznačajniji čimbenik, utječu zdravstvene potrebe, čimbenici predispozicija te materijalnih mogućnosti. Nejednakosti u korištenju zdravstvene zaštite mogu se objasniti prema Andersenovom modelu korištenja zdravstvene zaštite iz 1975. Slika 4.1. [1]:



Slika 4.1. Andersenov model korištenja zdravstvene zaštite, izvor: G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.

4.1. Gradijent zdravlja

Zdravstvene nejednakosti često 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 pojedinci koji su u društvenoj hijerarhiji pozicionirani više imaju bolje zdravlje, bilo da se mjeri u smislu bolesti i smrtnosti ili u smislu samoprocjene fizičkog i psiho-socijalnog zdravlja. Stoga je neophodno razumjeti i odgovoriti na socioekonomske determinante koje izravno i neizravno utječu na zdravlje. Na primjer, pozitivan odnos između obrazovanja i zdravstva je široko priznat i čini se da je uzajaman. Bolja izobrazba rezultira boljim zdravljem kroz bolja radna mjesta, višim prihodima i povećanjem zdravstvene pismenosti, a 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 ograničene samo na bogate i siromašne, već utječe na sve pripadnike društva, bili oni bogati, siromašni ili negdje između [2,3].

Važan uzrok društvenog gradijenta zdravlja je činjenica da su ljudi iz različitih društvenih skupina izloženi različitim društvenim i ekonomskim uvjetima. Ukazivanjem na važnost socijalnog okruženja ne umanjuje se važnost individualnih odrednica zdravlja. Na primjer, ako je pojedinac izložen vrlo lošim životnim uvjetima, a njegovi su roditelji doživjeli duboku starost, u takvim će uvjetima živjeti dulje od drugih. Također, ukoliko su nečiji roditelji živjeli u vrlo lošim uvjetima i umrli s četrdeset godina starosti, a taj pojedinac sada živi u povoljnijim životnim okolnostima, veliki su izgledi da će živjeti dulje od njih. Temelj usredotočenosti na okruženje je činjenica da pojedinci reagiraju na okruženje na predvidljive načine. Primjerice, ako u određenoj društvenoj sredini većina ljudi doživljava visoku stopu kriminala kao izvor prijetnje i iskazuje predvidljive tjelesne reakcije na tu prijetnju, moguće je proučavati učinke takvog okruženja na zdravlje [3].

4.2. Pravda i pravičnost kao odrednice zdravlja

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. Preslikavanjem pojmova pravde i pravičnosti u područje javnog zdravstva i zdravstvene zaštite nailazimo na zamku. Otvaraju se pitanja pravičnosti zdravstvene zaštite i interesa, vrijednosnih mjerila, zakona koji su na snazi, društvene hijerarhije nekog društva ili u krajnjoj instanci, utilitarizma. Definicija pravičnosti govori da je pravičnost odsutnost sistemskih ili nepoštenih razlika u zdravlju ili odsutnost sistemskih razlika u društvenim odrednicama zdravlja između društvenih skupina koje imaju u podlozi različiti stupanj društvenih prednosti i/ili nedostataka, tj. različit položaj u društvenoj hijerarhiji. Povlači se i paralela u razlici između pravičnosti u zdravlju i pravednosti u zdravlju. Pravičnost se temelji na vrijednostima, dok za pravednost u zdravlju to nije nužno. Pravičnost u zdravlju se temelji na ravnomjernoj distribuciji sredstava te procesima koji bi mogli dovesti do sistemskih nepravednosti u zdravlju ili zdravstvenim odrednicama [10].

Nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti nisu značajne samo u statističkom smislu, već imaju i moralnu i etičku dimenziju. Razlike koje nisu nužne ili se mogu spriječiti smatraju se nepravednima. U svojim dokumentima Zdravlje za sve i 21 cilj za 21. stoljeće (WHO, 1998.) Svjetska zdravstvena organizacija promiče princip pravednosti kao jedan od temeljnih principa zdravstvene politike. Kako bi se odredilo koje su zdravstvene razlike neizbježne, a koje možemo spriječiti, analiziraju se osnovne odrednice koje dovode do zdravstvenih razlika. Razlike u zdravlju nisu jednake u svim zemljama te se mijenjaju s vremenom, no općenito se navodi sedam glavnih odrednica razlika u zdravlju, prikazanih u tablici 4.2.1. [1]:

Odrednice zdravstvenih razlika	Moguće izbjeći	Smatrane neprihvatljivima
1. Biološke razlike	Ne	Ne
2. Slobodno izabrano zdravstveno štetno ponašanje	Da	Ne
3. Privremena zdravstvena prednost skupina koje prihvaćaju zdravstveno promotivno ponašanje	Da	Ne
4. Zdravstveno štetno ponašanje gdje je izbor stila življenja ograničen socio-ekonomskim čimbenicima	Da	Da
5. Izloženost zdravstvenim rizicima u fizičkom i socijalnom okruženju	Da	Da
6. Ograničena dostupnost osnovnih zdravstvenih službi	Da	Da
7. Socijalna pokretljivost povezana sa zdravljem	Da	Da

Tablica 4.2.1. Odrednice zdravstvenih razlika, izvor: G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.

Razlike u zdravlju koje su u tablici navedene pod 1, 2 i 3 ne smatraju se nepravednima. Prirodne biološke razlike nije moguće izbjeći. Pritom se misli na dobne razlike i pojavnost određenih zdravstvenih problema koji su rezultat prirodnog procesa starenja, kao i specifične zdravstvene probleme vezane uz određeni spol jer su one rezultat bioloških razlika, a ne utjecaja iz okoline. S druge strane, one zdravstvene razlike koje su uzrokovane čimbenicima iz društvenog okruženje, odnosno one koje je moguće spriječiti, smatraju se neprihvatljivima i imaju značenje nepravednosti. Hoće li se neke društveno uvjetovane razlike smatrati nepravednima, ovisi o tome mogu li pojedinci, i u kojoj mjeri, utjecati na čimbenike koji dovode do bolesti ili je to izvan njihove kontrole [1].

4.3. Otklanjanje nejednakosti u zdravlju

Otklanjanje nejednakosti u zdravlju, koje su desetljećima dokumentirane, postaje cilj javnozdravstvene politike u razvijenim zemljama. Opisani su vremenski trendovi u nejednakostima u zdravlju (prema spolu, rasnoj/etničkoj pripadnosti i socioekonomskom statusu), obvezama smanjenja nejednakosti u zdravlju i napretku koji je postignut u uklanjanju nejednakosti u zdravlju. Podaci o vremenskom trendu u Sjedinjenim Američkim Državama ukazuju na sužavanje jaza između najviših i najnižih skupina u nekim zdravstvenim pokazateljima, kao što su očekivano trajanje života, ali i širenje jaza u drugima, kao što je prevalencija dijabetesa. Slično tome, podaci vremenskog trenda u Velikoj Britaniji ukazuju na sužavanje jaza između najviših i najnižih skupina u nekim pokazateljima, kao što je prevalencija hipertenzije, dok se povećao jaz za očekivano trajanje života. Između 1997. i 2010. godine, engleska vlada provodila je program smanjenja nejednakosti u zdravlju. Procjene učinkovitosti programa dale su mješovite rezultate. Provedena je analiza kako bi se procijenilo jesu li promjene u trendovima zdravstvenih nejednakosti koje su uočene u Engleskoj nakon provedbe programa bile povoljnije od onih u drugim zemljama bez takvog programa. Nakon provedbe engleske strategije, u nekim zdravstvenim pokazateljima zabilježeni su povoljniji trendovi među niže pozicioniranim skupinama u društvu, no nisu bili značajno različiti od onih u drugim europskim zemljama [11, 12].

Medicinske sestre smatraju se ključnim sudionicima u provedbi strategija za smanjenje nejednakosti u zdravlju. Razumijevanje medicinskih sestara o tome kako nastaju nejednakosti u zdravstvu te obrazovna priprema za ulogu u smanjenju nejednakosti u zdravlju iznimno su važni. Medicinske sestre mogu preuzeti ulogu edukatora u javnom zdravstvu, a upravo nejednakosti u zdravlju koristiti kao temelj za izgradnju javnozdravstvenih strategija. Moguć je populacijski pristup koji se usredotočuje na preventivne strategije ili bihevioralni pristup usmjeren na osnaživanje ranjivih pojedinaca za poboljšanje vlastitog zdravlja [13].

5. Istraživački dio rada

5.1. Cilj istraživanja

Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost između društvenog položaja i zdravlja pojedinca, odnosno postoje li razlike u pozitivnom zdravstvenom ponašanju ispitanika ovisne o socioekonomskim karakteristikama ispitanika (spol, stupanj završenog obrazovanja te visina prihoda).

5.2. Hipoteze

Postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Postoji statistički značajna razlika u pozitivnom zdravstvenom ponašanju ispitanika ovisno o spolu. Pripadnice ženskog spola sklonije su pozitivnom zdravstvenom ponašanju od pripadnika muškog spola.

H2: Postoji statistički značajna razlika u pozitivnom zdravstvenom ponašanju ispitanika ovisno o završenom stupnju obrazovanja. Osobe višeg stupnja obrazovanja prakticiraju zdraviji način života.

H3: Postoji statistički značajna povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva. Ekonomski status (veća primanja po članu kućanstva) je pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja. Oni ispitanici koji imaju veća primanja bolje procjenjuju svoje zdravlje.

5.3. Ispitanici i metodologija istraživanja

5.3.1. Uzorak

Ukupno 630 ispitanika je sudjelovalo u istraživanju „Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca“. Većina ispitanika bile su osobe ženskog spola, njih 551 (87,5%), dok je 79 (12,5%) ispitanika bilo muškog spola. Najveći broj ispitanika imao je između 21 i 30 godina, a najmanje ispitanika je imalo manje od 20 godina. Podjela se nalazi u tablici 5.3.1.1.

Tablica 5.3.1.1. Dob ispitanika: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

<i>Dob</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
< 20 godina	36	5,7
21-30 godina	276	43,8
31-40 godina	155	24,6
41-50 godina	104	16,5
> 50 godina	59	9,4

Većina ispitanika je imala završenu srednju školu u trenutku ispunjavanja ankete, a najmanje ispitanika je imalo završenu samo osnovnu školu. Podjela ispitanika po trenutnom stupnju obrazovanja se nalazi u tablici 5.3.1.2.

Tablica 5.3.1.2. Završen stupanj obrazovanja: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

<i>Završen stupanj obrazovanja</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Završena osnovna škola	14	2,2
Završena srednja škola	324	51,4
Završen preddiplomski trogodišnji studij	193	30,6
Završen magistarski ili doktorski studij	99	15,7

5.3.2. Instrument

Za provedbu istraživanja korišten je posebno konstruiran anketni upitnik „Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca“. Upitnik se sastojao od tri pitanja vezanih uz demografska obilježja (spol, dob i stupanj obrazovanja ispitanika), tri pitanja vezanih uz ekonomski status ispitanika (status zaposlenja, procjenu materijalnog stanja i mjesečnih prihoda po članu kućanstva) te tri pitanja vezanih uz zdravlje ispitanika (samoprocjena zadovoljstva zdravljem, utjecaj zdravlja na društvene aktivnosti i kronične bolesti).

Anketni upitnik je nadalje sadržavao jedanaest pitanja vezanih uz oblike zdravstvenog ponašanja (prehrana, tjelovježba te zdravstvene navike).

Posljednjih šest pitanja u anketnom upitniku su ispitivala aspekte procjene kontrole i zadovoljstva životom. Anketni upitnik se nalazi u prilogu ovog rada.

5.3.3. Postupak

Istraživanje se provodilo putem anketnog upitnika u obliku Google obrasca objavljenog na društvenim mrežama u razdoblju od 5. svibnja do 8. lipnja 2019. godine. Sudjelovanje u istraživanju je bilo u potpunosti anonimno te dobrovoljno.

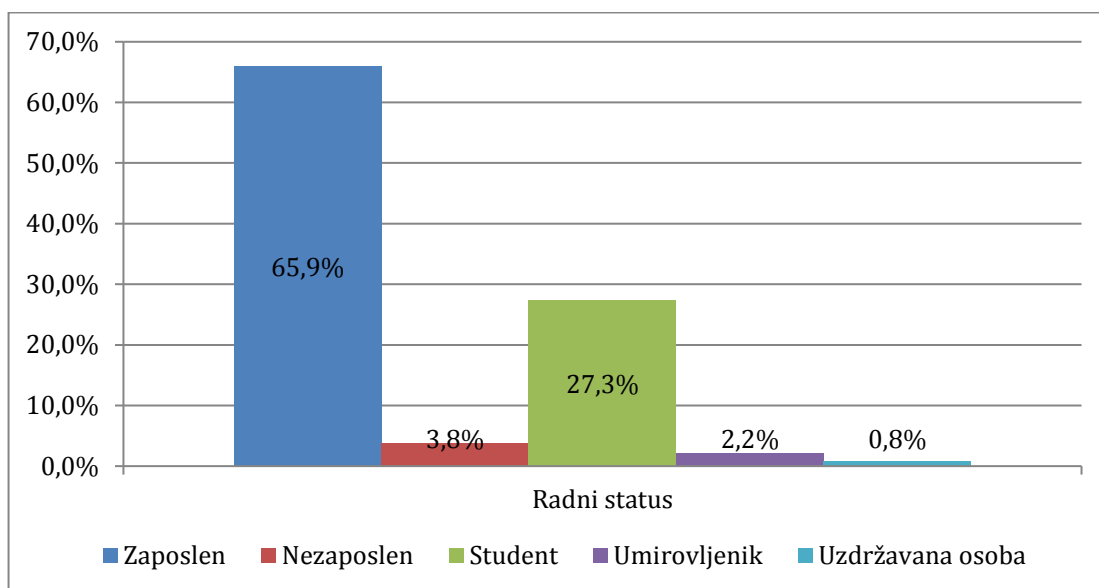
5.3.4. Statistička obrada

Nakon prikupljanja podataka od sudionika ankete, dobiveni rezultati su statistički analizirani u SPSS 23 statističkom IBM programu. Deskriptivni prikaz rezultata prikazan je putem frekvencije odgovora i postotaka, aritmetičke sredine, standardne devijacije, rasponom rezultata te Cronbach alfa koeficijentom pouzdanosti unutarnje konzistencije. Hipoteze su provjerene t-testom za nezavisne uzorke, analizom varijance i Spearmanovom korelacijom.

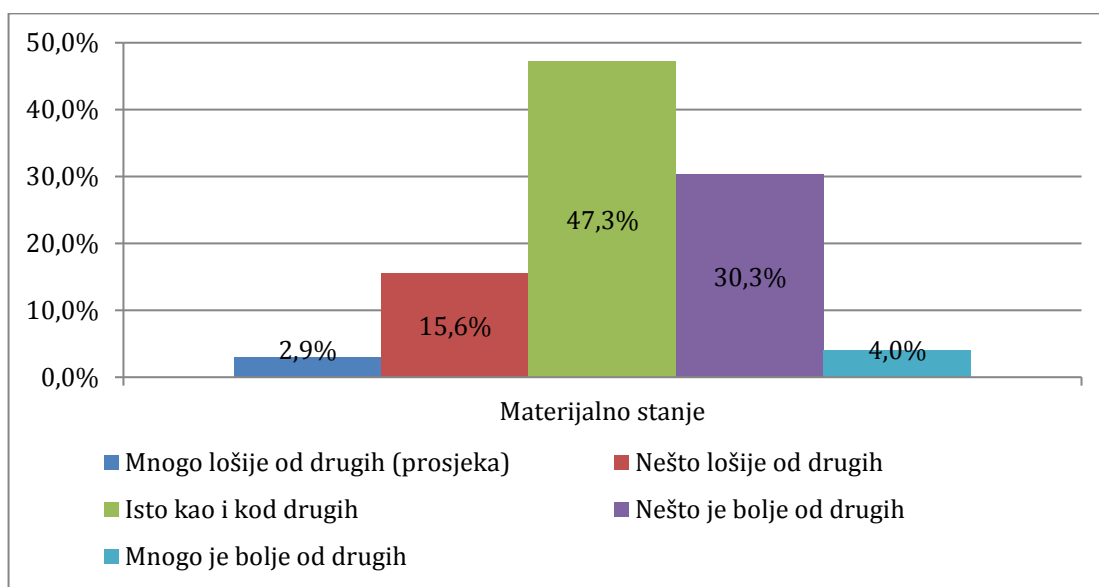
5.4. Rezultati istraživanja

5.4.1. Ekonomski status ispitanika

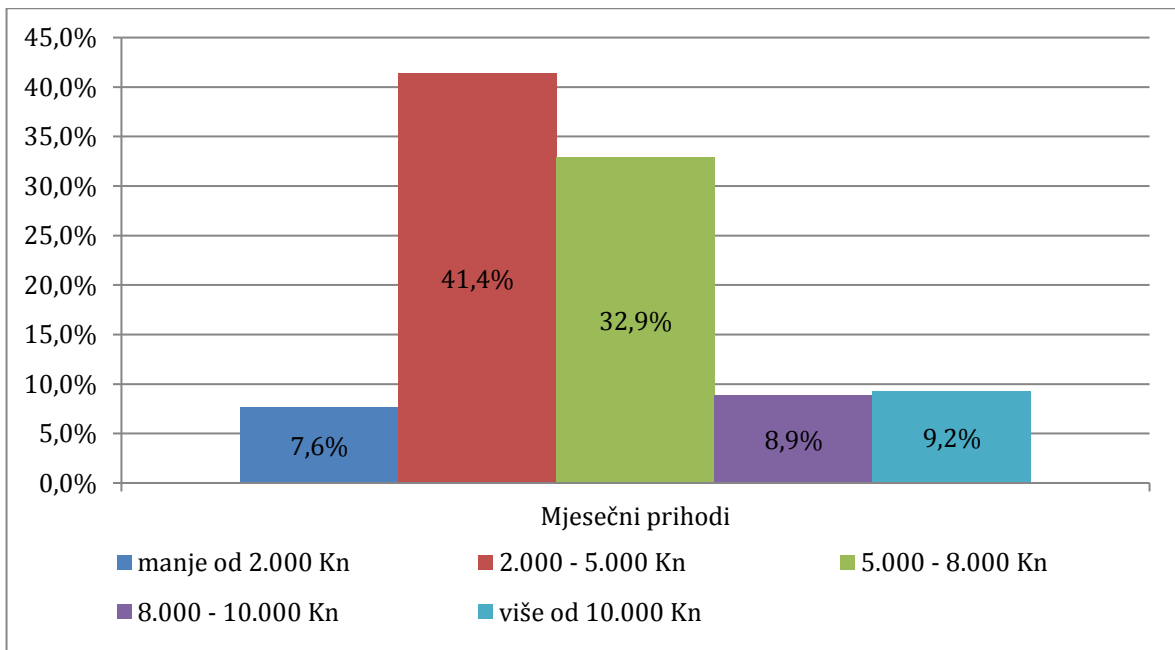
Tri pitanja unutar anketnog upitnika ispitivala su ekonomski status ispitanika. Ispitivala su radni status ispitanika, samoprocjenu materijalnog stanja u odnosu na druge te prosječne mjesečne prihode u kućanstvu po članu obitelji. Rezultati su grafički prikazani u nastavku.



Grafikon 5.4.1.1. Postotni prikaz radnog statusa ispitanika, izvor: autor, L.H.



Grafikon 5.4.1.2. Postotni prikaz samoprocjene materijalnog stanja ispitanika, izvor: autor, L.H.

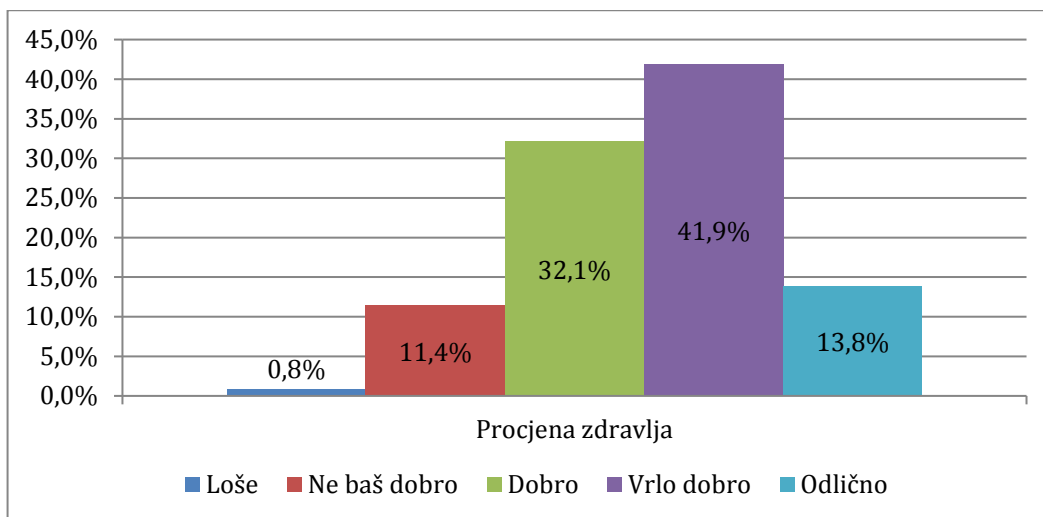


Grafikon 5.4.1.3. Postotni prikaz prosječnih mjesečnih prihoda ispitanika po članu obitelji u kućanstvu, izvor: autor, L.H.

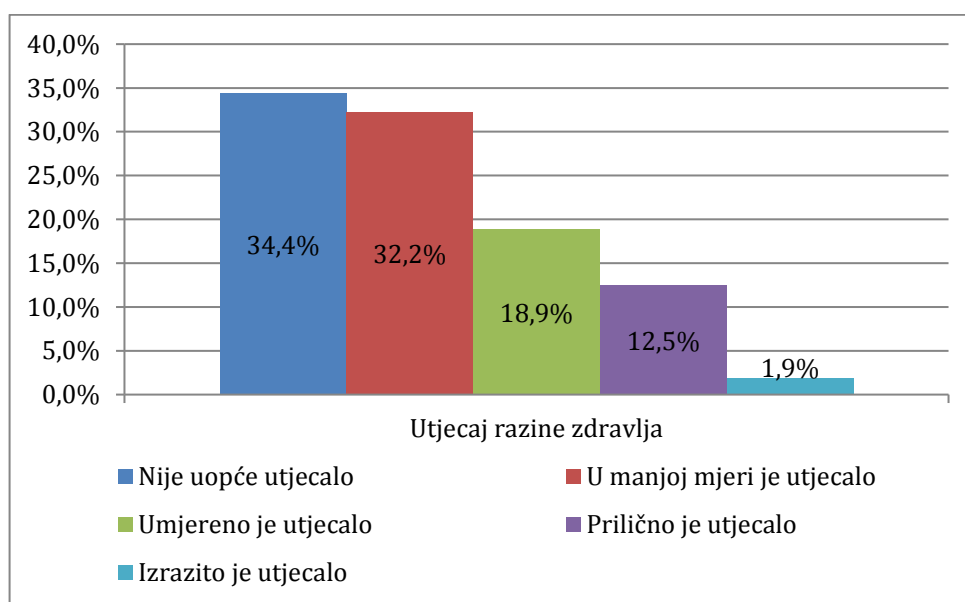
Najveći broj ispitanika je zaposlen, procjenjuje svoje materijalno stanje isto kao i kod drugih ljudi te ima prosječne prihode po članu kućanstva između 2.000 i 5.000 kn mjesečno.

5.4.2. Zdravstveni status ispitanika

Iduća tri pitanja ispitivala su aspekte zdravlja kod ispitanika. Tražila su od njih da procjene svoje trenutno zdravlje, utjecaj razine zdravlja na društvene aktivnosti u obitelji i s prijateljima te boluju li od nekog od navedenih stanja ili kroničnih bolesti. Prikazi rezultata nalaze se u nastavku.



Grafikon 5.4.2.1. Postotni prikaz samoprocjene zdravlja, izvor: autor, L.H.



Grafikon 5.4.2.2. Postotni prikaz procjene utjecaja razine zdravlja na aktivnosti s obitelji i prijateljima, izvor: autor, L.H.

Većina ispitanika svoje zdravlje procjenjuje kao vrlo dobro te da njegova razina uopće ne utječe na društvene aktivnosti u obitelji i s prijateljima.

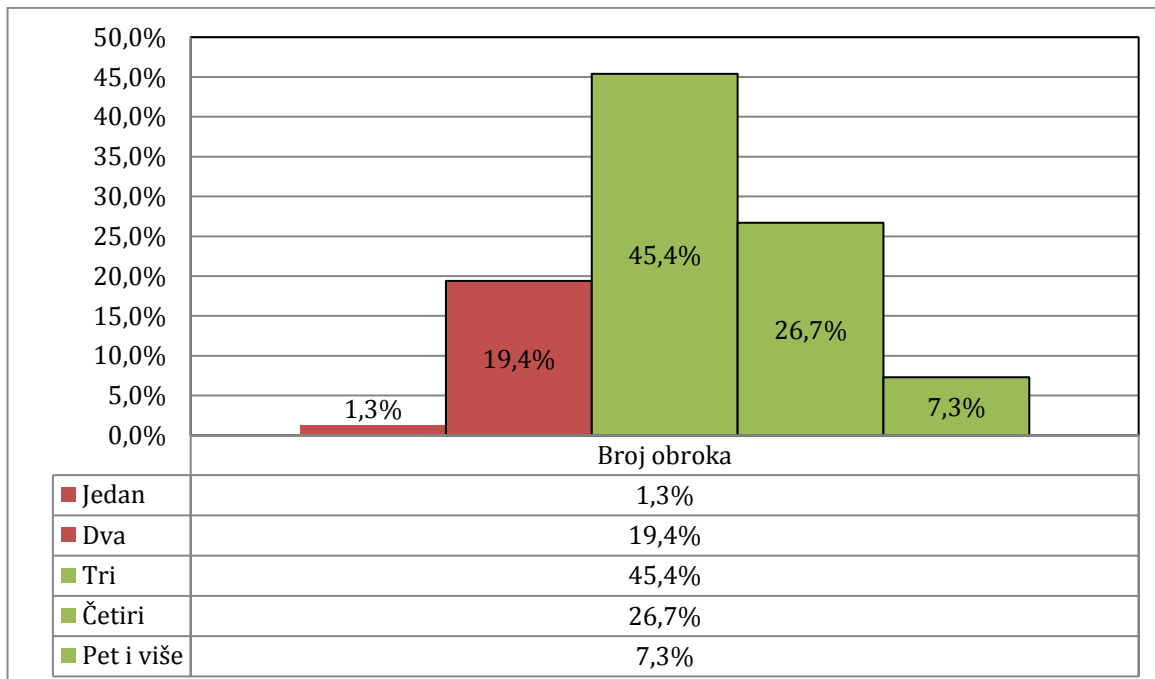
Tablica 5.4.2.1. Bolovanje od nekog stanja ili kronične bolesti: frekvencije i postotni prikaz, izvor: autor, L.H.

<i>Stanje ili kronična bolest</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Alergije	127	20,2
Bolesti dišnog sustava	37	5,9
Povišene ili snižene vrijednosti hormona	75	11,9
Bolesti jetre	5	0,8
Bubrežne bolesti	18	2,9
Čir na želudcu ili gastritis	44	7,0
Dijabetes mellitus	13	2,1
Povišene masnoće u krvi	29	4,6
Visok krvni tlak	71	11,3
Zloćudne bolesti	11	1,7
Niti jedne navedene	343	54,4

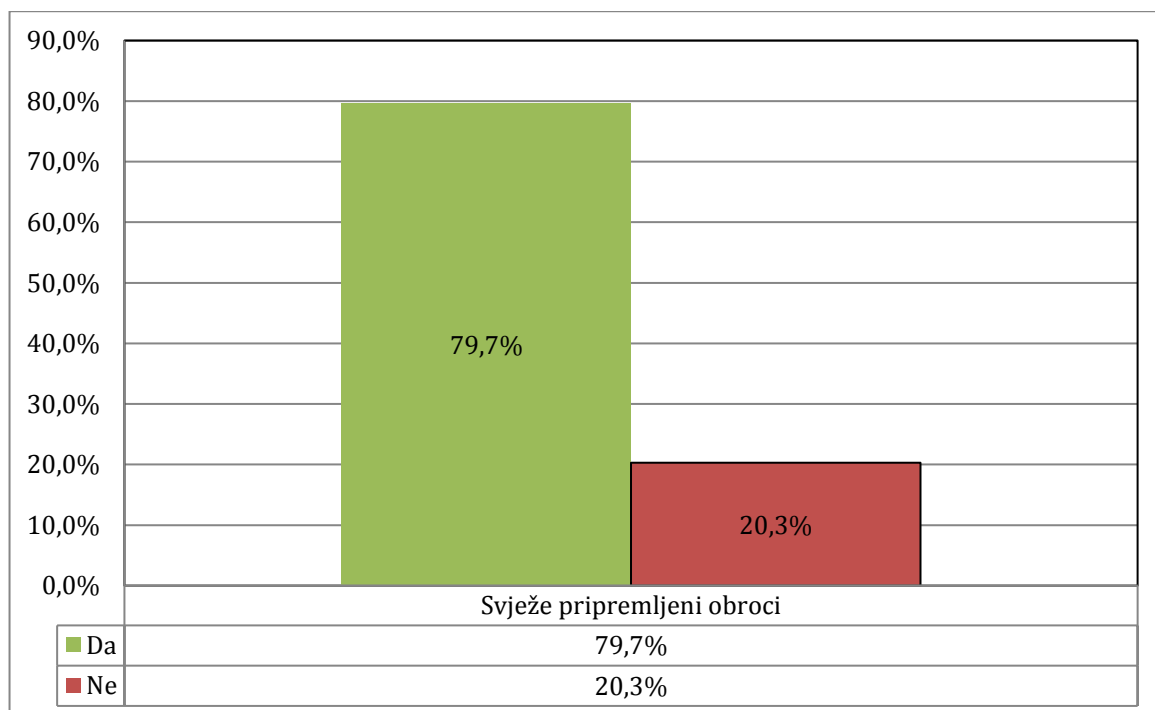
Najveći broj ispitanika je naveo kako ne boluje ni od jednog od ponuđenih stanja ili kroničnih bolesti, dok se oni koji boluju najčešće izjašnjavaju da boluju od alergija ili povišenih/sniženih vrijednosti hormona.

5.4.3. Pozitivna zdravstvena ponašanja

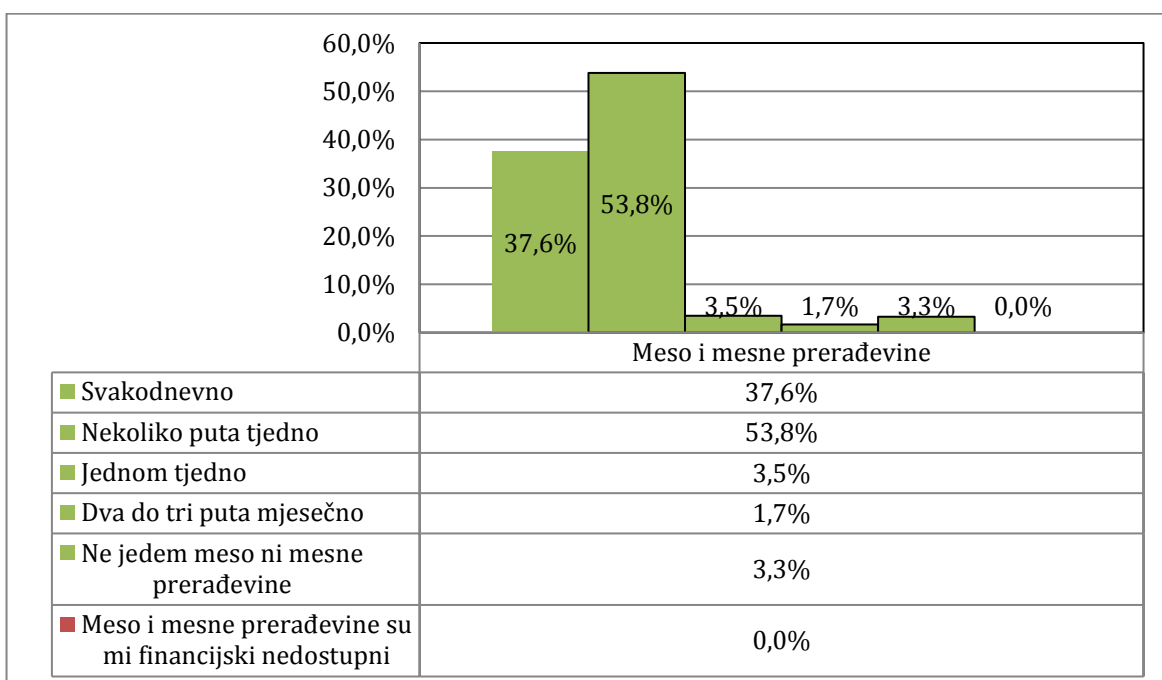
Upitnik je sadržavao jedanaest pitanja vezanih uz određena zdravstvena ponašanja. Ispitanici su mogli dati samo jedan odgovor, dok je bilo moguće da na jedno pitanje ima više odgovora koji su vezani uz pozitivno zdravstveno ponašanje. Za svaki odgovor koji se odnosio na pozitivno zdravstveno ponašanje ispitanik bi dobio 1 bod, dok je za svaki odgovor vezan uz negativno zdravstveno ponašanje dobio 0 bodova. Maksimalan rezultat koji je bio moguć iznosio je 11 (ispitanici koji imaju maksimalno pozitivna zdravstvena ponašanja), dok je minimalni mogući bio 0 (maksimalno negativna zdravstvena ponašanja). Deskriptivni rezultati pojedinačnih odgovora na pitanja su prikazani grafički (crvenom bojom su označena negativna zdravstvena ponašanja, a zelenom pozitivna zdravstvena ponašanja). Deskriptivni rezultati ukupnog rezultata nalaze u tablici 5.4.3.1.



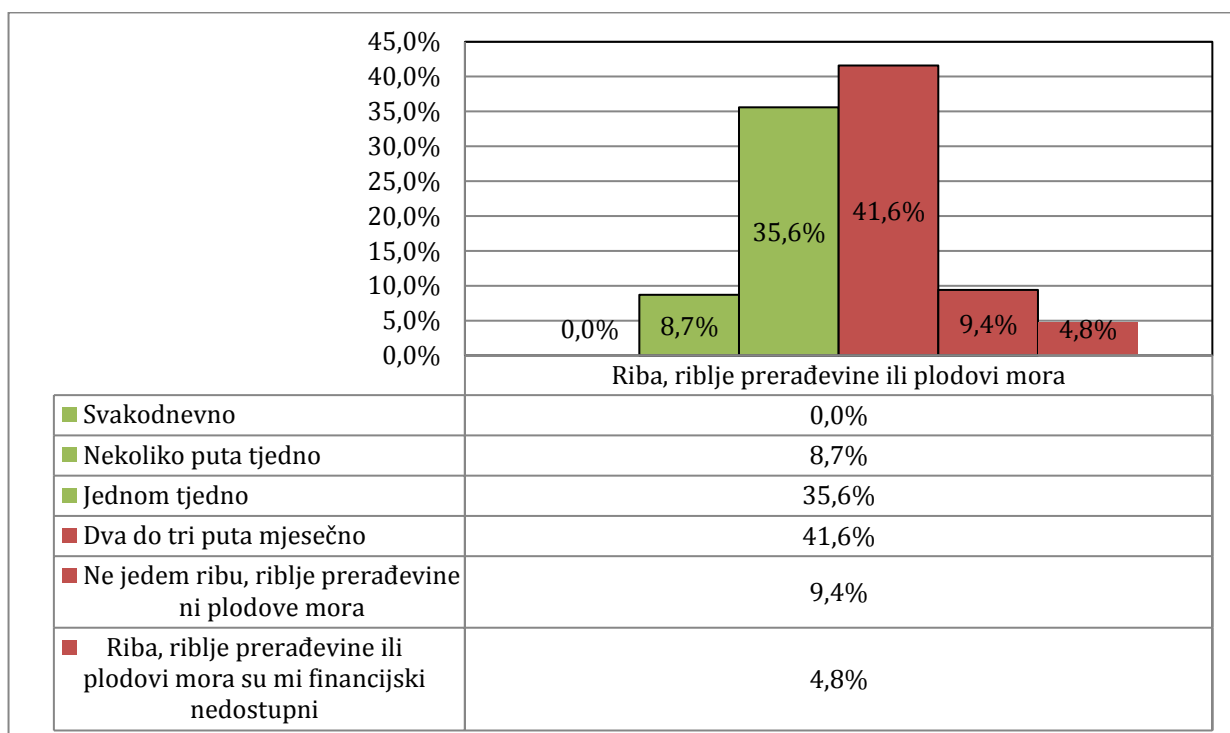
Grafikon 5.4.3.1. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko obroka najčešće dnevno jedete?“, izvor: autor, L.H.



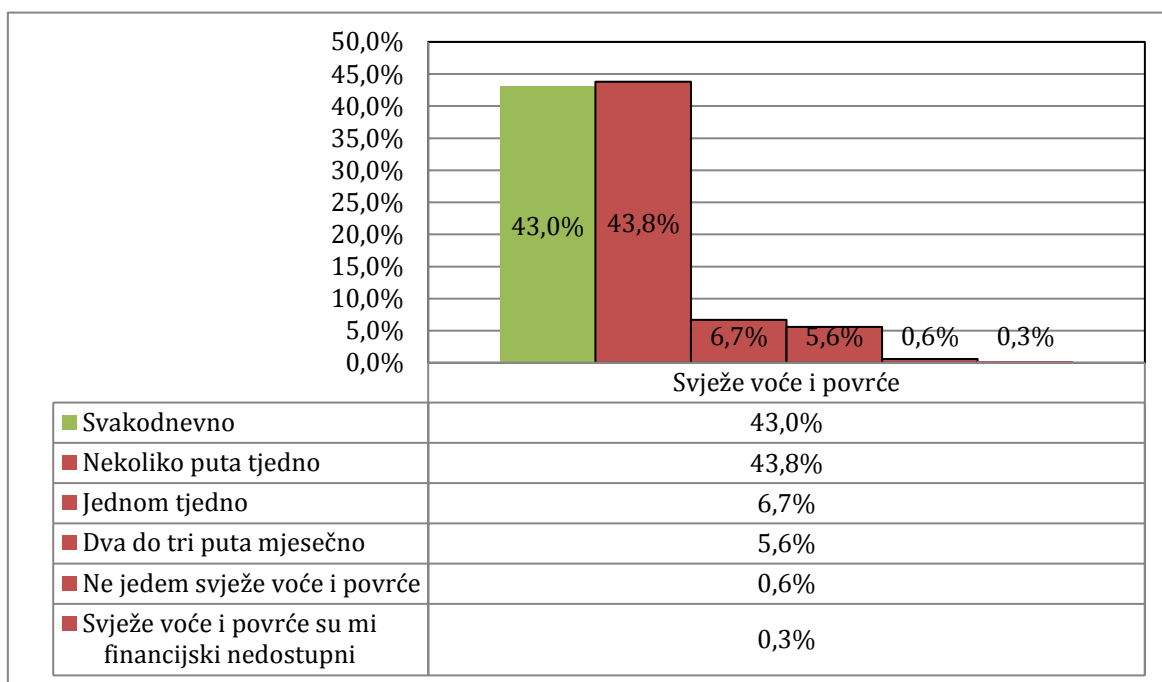
Grafikon 5.4.3.2. Postotna podjela odgovora na pitanje „Uzimate li svaki ili skoro svaki dan svježe pripremljene obroke?“, izvor: autor, L.H.



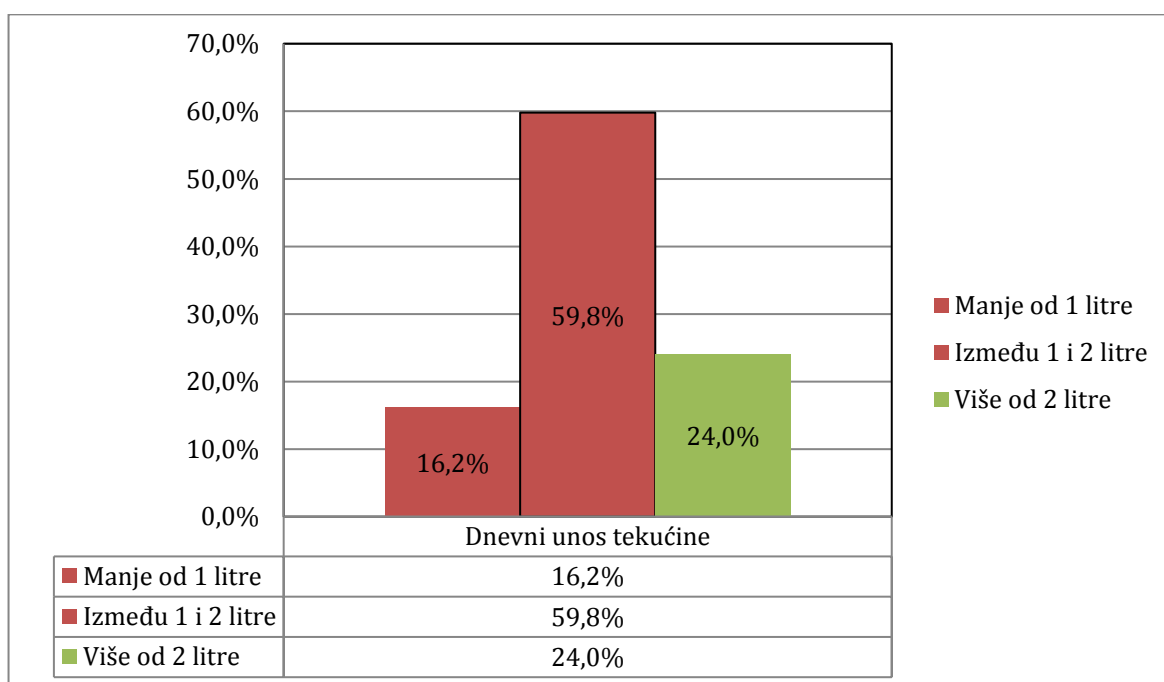
Grafikon 5.4.3.3. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate meso i mesne prerađevine?“, izvor: autor, L.H.



Grafikon 5.4.3.4. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate ribu, riblje prerađevine ili plodove mora?“, izvor: autor, L.H.

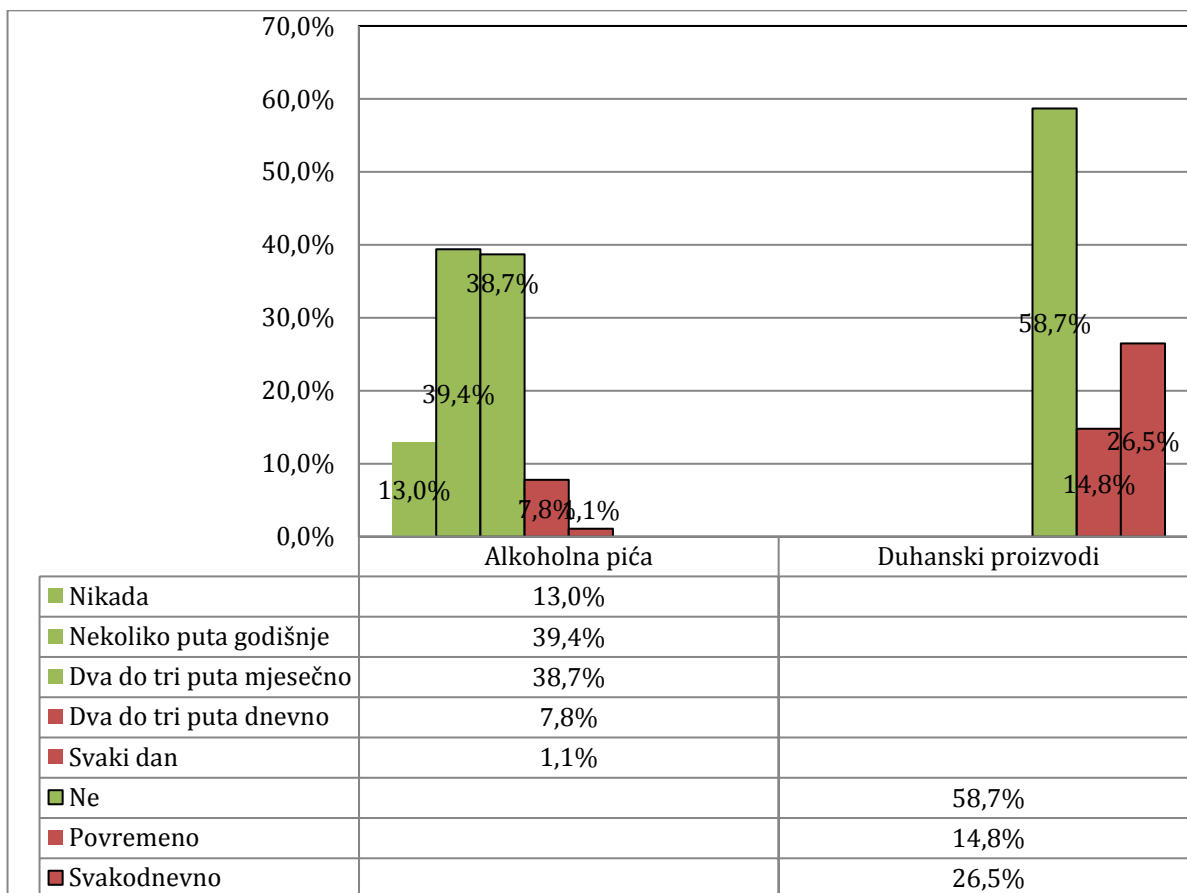


Grafikon 5.4.3.5. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate svježe voće i povrće?“, izvor: autor, L.H.



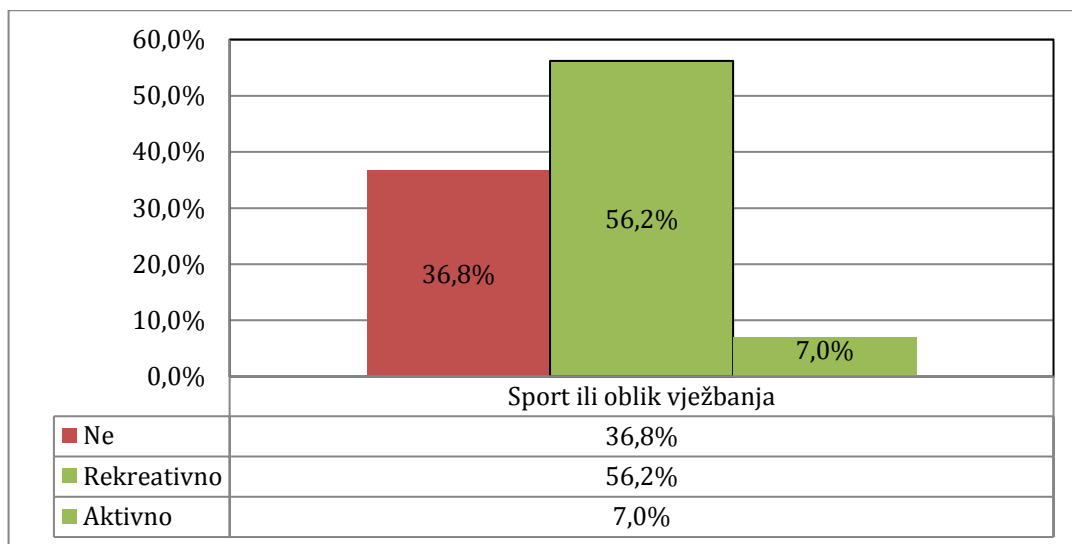
Grafikon 5.4.3.6. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko dnevno pijete tekućine?“, izvor: autor, L.H.

Kao što je vidljivo iz prva tri grafikona, većina ispitanika jede meso i mesne prerađevine gotovo svakodnevno ili nekoliko puta tjedno, dok ribu, riblje prerađevine ili plodove mora većina njih jede dva do tri puta mjesečno. Svježe voće i povrće većina ispitanika jede svakodnevno ili nekoliko puta tjedno. Dok za meso i mesne prerađevine ispitanici ne navode da su im financijski nedostupni, isto navode za ribu i svježe voće i povrće. Niti jedan ispitanik ne jede svakodnevno ribu, riblje prerađevine ili plodove mora. Većina ispitanika unosi između jedne i dvije litre tekućine dnevno, bilo u obliku pitke vode, mineralne i gazirane vode, čaja, kave ili juhe.

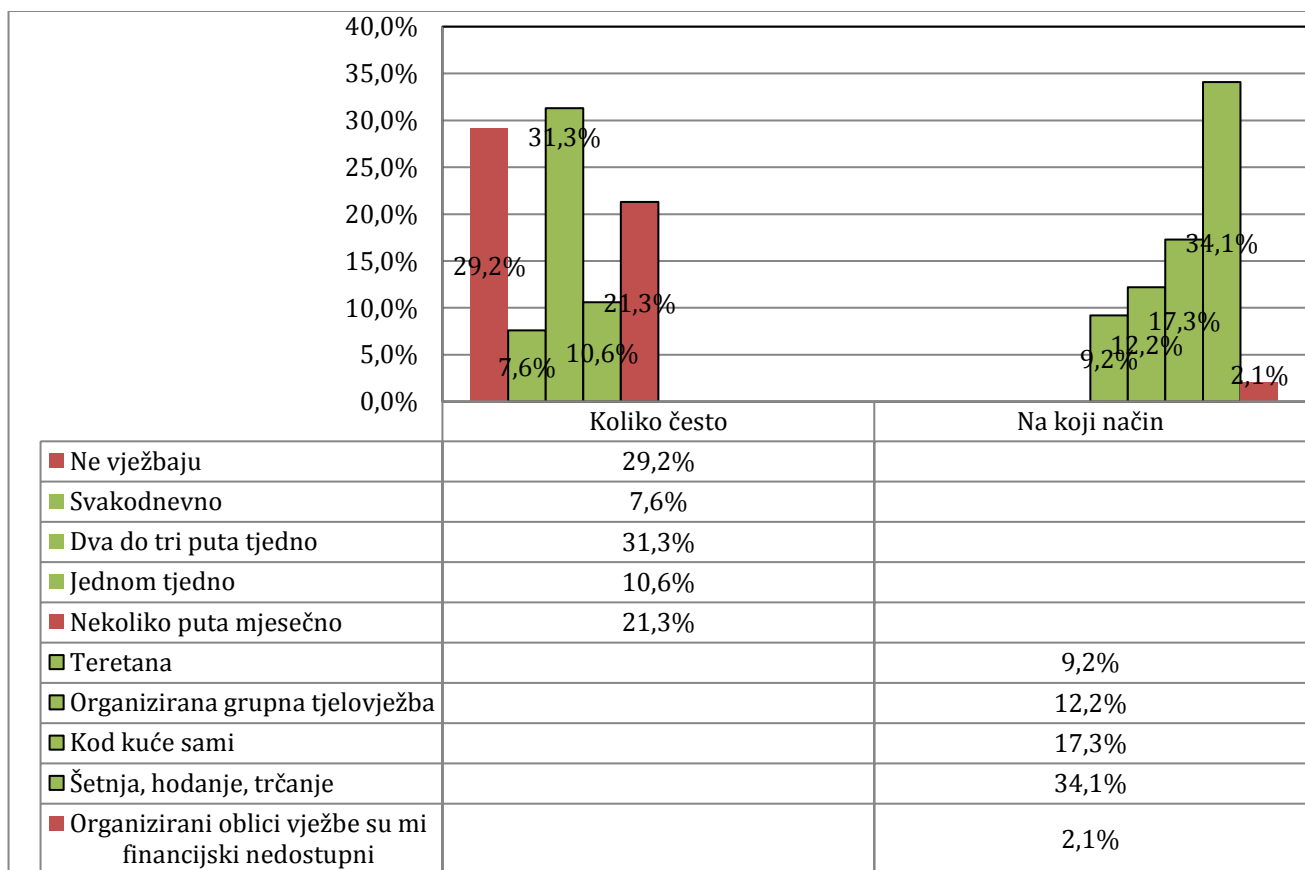


Grafikon 5.4.3.7. Postotna podjela odgovora na pitanja „Koliko često konzumirate alkoholna pića?“ i „Konzumirate li duhanske proizvode?“, izvor: autor, L.H.

Posljednja tri pitanja u dijelu anketnog upitnika koji se odnosio na pozitivna zdravstvena ponašanja odnosila su se na navike vezane uz tjelesnu aktivnost, odnosno bave li se sudionici ankete nekim sportom ili oblikom vježbanja, ako da koliko često i na koji način.



Grafikon 5.4.3.8. Postotna podjela odgovora na pitanje „Bavite li se sportom ili nekim oblikom vježbanja?“, izvor: autor, L.H.



Grafikon 5.4.3.9. Postotna podjela odgovora na pitanja „Koliko često vježbaju?“ i „Na koji način vježbaju?“, izvor: autor, L.H.

Najveći broj ispitanika se bavi sportom ili vježba rekreativno, a od onih koji to rade najveći broj njih se time bavi dva do tri puta tjedno te ide u šetnje, hoda ili na trčanje jer vole vježbati sami. 2,1% ispitanika je neki oblik organiziranog vježbanja (teretana, joga, pilates i sl.) financijski nedostupno.

Većina ispitanika nekoliko puta mjesečno pije alkoholna pića te većina njih ne konzumira duhanske proizvode.

Tablica 5.4.3.1. Deskriptivni podatci za upitnik pozitivnih zdravstvenih ponašanja: aritmetička sredina (\bar{X}), standardna devijacija (SD), raspon rezultata (min i max) i Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti unutarnje konzistencije (α), izvor: autor, L.H.

	\bar{X}	SD	Min	Max	α
<i>Upitnik pozitivnih zdravstvenih ponašanja</i>	7,33	1,90	2	11	0,55

Prosječan ispitanik na upitniku postiže rezultat od 7,33 +/- 1,90 bodova. Odnosno većina ispitanika pokazuje pozitivna zdravstvena ponašanja u gornjoj granici prosjeka. Što je ispitanik ostvario više bodova na upitniku to znači da iskazuje više pozitivnih zdravstvenih ponašanja. Cronbach alfa koeficijent unutarnje pouzdanosti u ovom istraživanju iznosi 0,55 što znači da bi se pitanja u idućim istraživanjima trebala možda revidirati da bi unutarnja pouzdanost bila viša i time i prihvatljivija.

Kako bi se provjerile postavljene hipoteze koje su vezane uz pozitivna zdravstvena ponašanja, zdravlje i socioekonomske razlike između ispitanika izračunati su t-test za nezavisne uzorke, analiza varijance i Spearmanova korelacija.

Tablica 5.4.3.2. Razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisno o spolu, izvor: autor, L.H.

	Spol	\bar{X}	SD	t	df	p
<i>Zdravstvena ponašanja</i>	Ž	7,30	1,90	0,89	628	0,38
	M	7,51	1,93			

Za provjeru prve hipoteze i postoji li razlika u smjeru da ženski ispitanici imaju više pozitivnih zdravstvenih ponašanja od muških ispitanika izračunat je t-test za nezavisne uzorke. Nije dobivena statistički značajna razlika u zdravstvenim ponašanjima između muških i ženskih ispitanika. Muški i ženski ispitanici pokazuju jednako pozitivna zdravstvena ponašanja. Time se ne potvrđuje prva hipoteza.

Za provjeru druge hipoteze postoji li statistički značajna razlika u količini zdravstvenih ponašanja ovisna o završenom stupnju obrazovanja ispitanika izračunata je analiza varijance. Obzirom na to da Levenov test homogenosti varijance nije bio značajan, bilo je opravdano koristiti analizu varijance.

Tablica 5.4.3.3. Razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisno o završenom stupnju obrazovanja, izvor: autor, L.H.

	Završen stupanj obrazovanja	Levenov test	p	\bar{X}	SD	F	df1 i df2	p
<i>Zdravstvena ponašanja</i>	Završena osnovna škola	0,94	0,42	7,43	1,91	6,71	3,630	0,00
	Završena srednja škola			7,14	1,83			
	Završen preddiplomski trogodišnji studij			7,25	1,95			
	Završen magistarski ili doktorski studij			8,09	1,88			

Napomena * $p < 0,01$

Dobivena je statistički značajna razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisna o završenom stupnju obrazovanja. Dobiveno je da oni ispitanici koji imaju završen magistarski ili doktorski studij imaju statistički značajno više pozitivnih zdravstvenih ponašanja od ostalih ispitanika neovisno o njihovom stupnju obrazovanja. Time je potvrđena druga hipoteza.

Treća hipoteza je glasila da postoji statistički značajna povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva odnosno da je ekonomski status (veća primanja po članu kućanstva) pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja. Pretpostavljeno je da će oni ispitanici koji imaju veća primanja bolje procjenjivati svoje zdravlje. Hipoteza je provjerena Spearmanovom korelacijom.

Tablica 5.4.3.4. Povezanost samoprocjene zdravlja i ekonomskog statusa ispitanika,
izvor: autor, L.H.

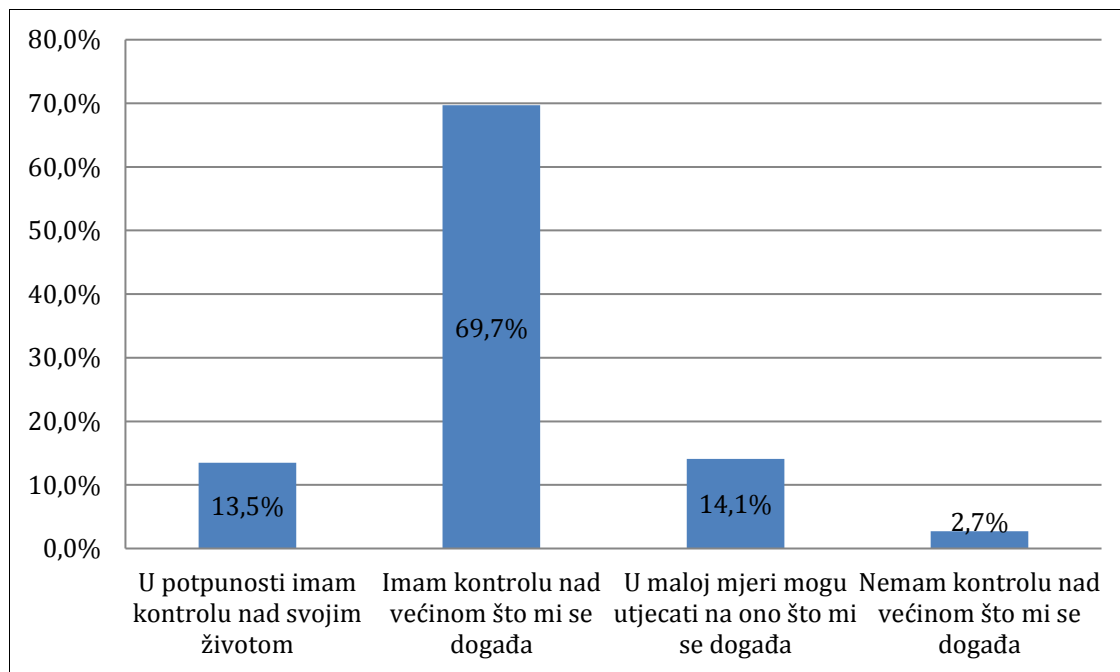
	Samoprocjena zdravlja
Ekonomski status ispitanika (prosječni mjesečni prihod ispitanika po članu kućanstva)	$r = 0,14^*$

Napomena * $p < 0,01$

Dobivena je niska pozitivna povezanost između ekonomskog statusa ispitanika i samoprocjene zdravlja. Kako rastu prosječna mjesečna primanja po članu kućanstva tako raste i samoprocjena zdravlja u smjeru da svoje zdravlje procjenjuju boljim. Time je potvrđena i treća hipoteza.

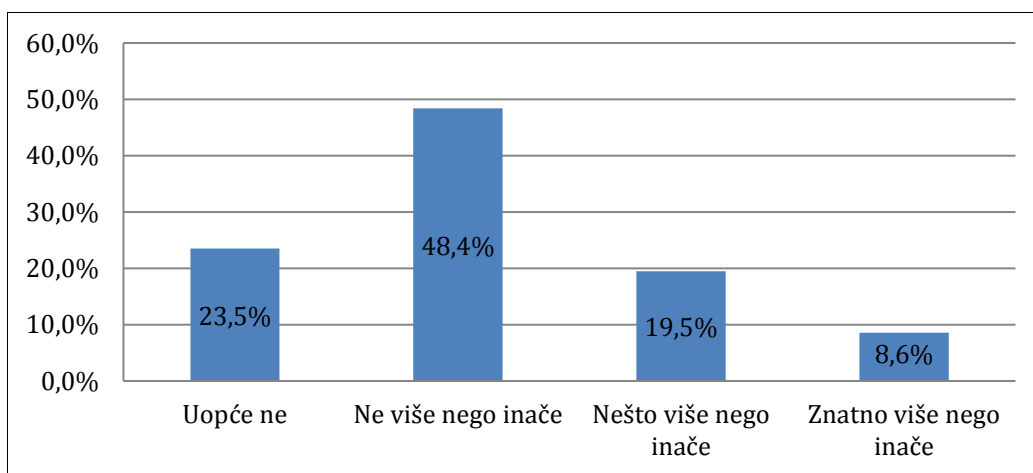
5.4.4. Procjena kontrole i zadovoljstva životom

Kao što je već navedeno ispitanici su odgovarali na šest pitanja vezanih uz neke aspekte kontrole i zadovoljstva životom. Odgovori su grafički prikazani u nastavku.



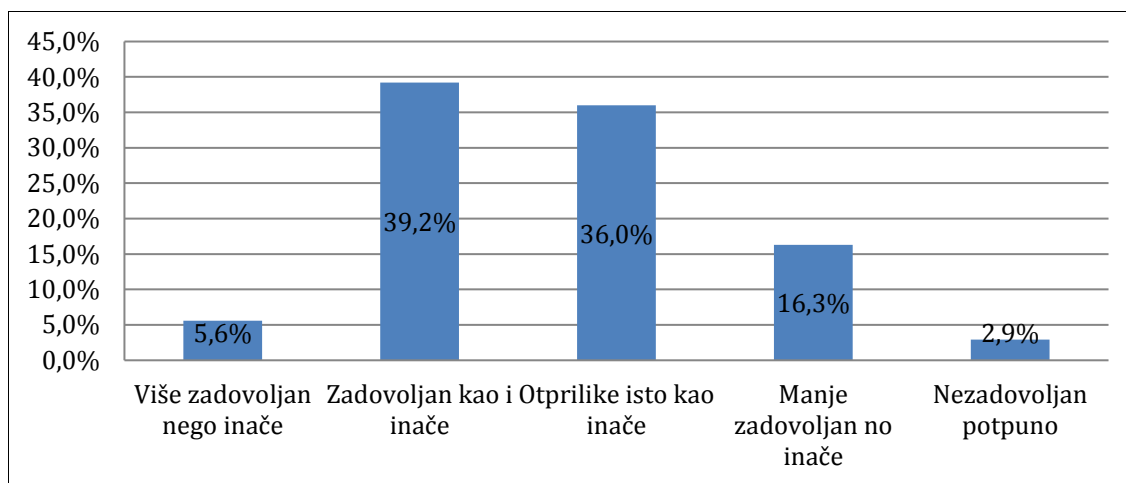
Grafikon 5.4.4.1. Postotni prikaz odgovora koliko slobode i kontrole nad svojim životom ispitanici procjenjuju da imaju, izvor: autor, L.H.

Ispitanici u ovom istraživanju procjenjuju kako imaju kontrolu nad većinom onoga što im se događa u životu.



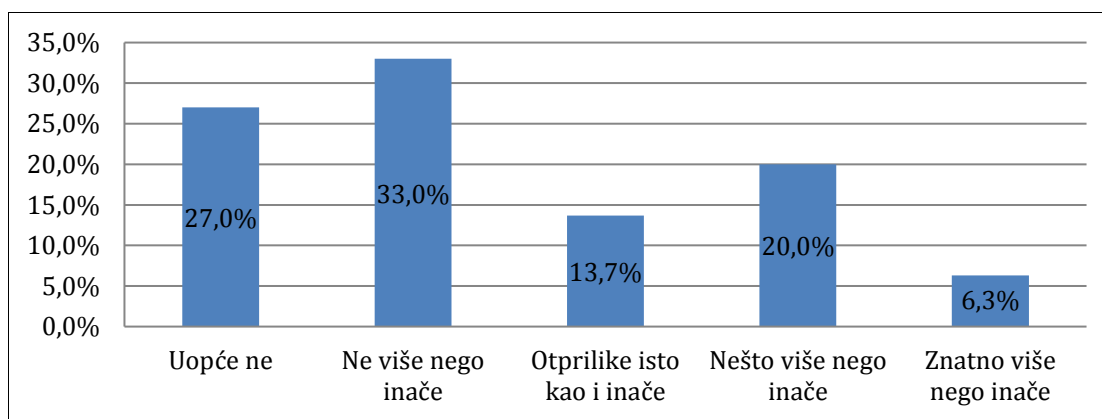
Grafikon 5.4.4.2. Postotni prikaz odgovora imaju li ispitanici u posljednje vrijeme problema sa spavanjem zbog zabrinutosti, izvor: autor, L.H.

Većina ispitanika se izjašnjava da u posljednje vrijeme nije imala problema sa spavanjem zbog zabrinutosti više nego što inače imaju.



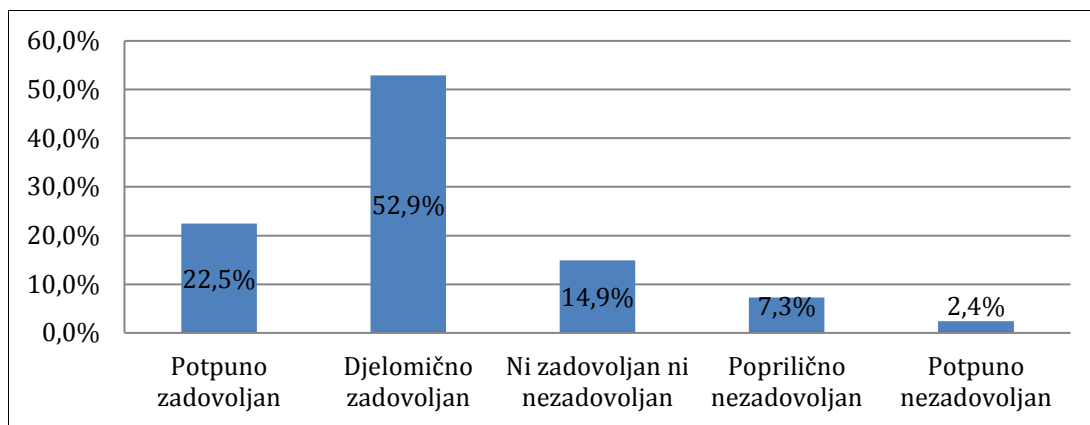
Grafikon 5.4.4.3. Postotni prikaz odgovora jesu li ispitanici u posljednje vrijeme zadovoljni načinom na koji su izvršavali svoje zadatke i obaveze, izvor: autor, L.H.

Ispitanici su u najvećem broju zadovoljni koliko su i inače s izvršavanjem svojih zadataka i obaveza u posljednje vrijeme.

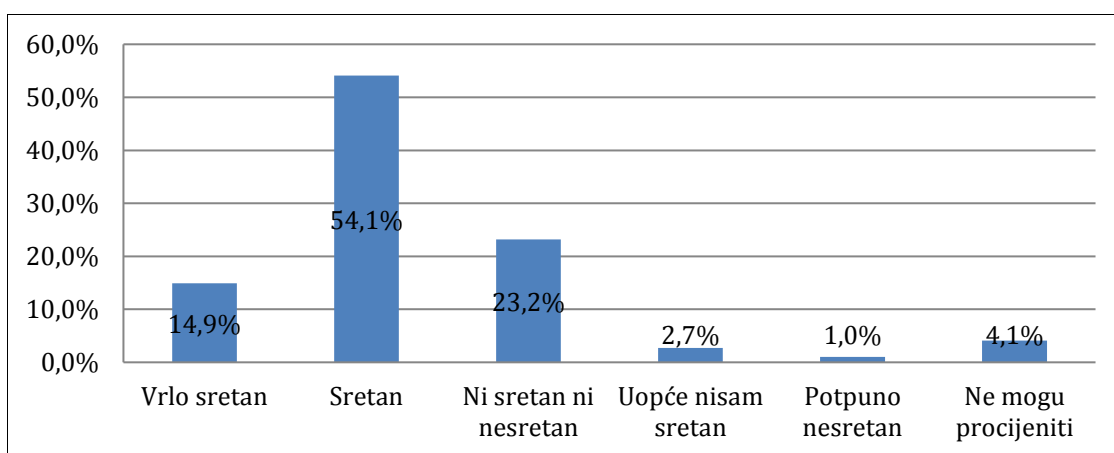


Grafikon 5.4.4.4. Postotni prikaz odgovora jesu li se ispitanici u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno, izvor: autor, L.H.

Većina ispitanika se ne osjeća nesretno i depresivno u posljednje vrijeme odnosno ne više nego što se inače tako osjeća, samo malen broj ispitanika se osjeća nesretno i depresivno znatno više nego inače.



Grafikon 5.4.4.5. Postotni prikaz odgovora koliko su ispitanici zadovoljni ili nezadovoljni životom, izvor: autor, L.H.



Grafikon 5.4.4.6. Postotni prikaz odgovora vezanih uz subjektivni osjećaj sreće, izvor: autor, L.H.

U ovom istraživanju ispitanici se izjašnjavaju da su djelomično zadovoljni sa svojim životom te procjenjuju da su sretni.

6. Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju da ne postoji značajna razlika u zdravstvenom ponašanju između pripadnika muškog spola i pripadnica ženskog spola. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 630 ispitanika, njih 551 (87,5%) ženskog spola i 79 (12,5%) ispitanika muškog spola. Pripadnici oba spola podjednako su skloni prakticiranju pozitivnog zdravstvenog ponašanja.

Socijalne uloge koje se tradicionalno pripisuju ženama i muškarcima relevantne su za spolne razlike u pogledu zdravlja i dobrobiti. Iako postoje empirijski dokazi da su žene i muškarci slični u većini psiholoških osobina, većina društava smatra da su različiti i upravo je spol društvena struktura koja ograničava ljude i dodjeljuje im različite uloge i pozicije unutar društva. Proučavanje spolnih razlika u zdravlju nije pokazalo nikakve jasne diferencijalne obrasce između žena i muškaraca. Zbog socijalnih (rodnih) i bioloških (spolnih) razlika, žene i muškarci se suočavaju s različitim zdravstvenim rizicima te doživljavaju različite odgovore od zdravstvenih sustava. Studije provedene u nekoliko zemalja otkrile su razlike između žena i muškaraca u nekim zdravstvenim pokazateljima. Usprkos činjenici da je očekivano trajanje života žena duže nego kod muškaraca, tradicionalno se smatralo da žene imaju lošije zdravlje i više stope obolijevanja nego muškarci, a zdravstvene usluge koriste češće nego muškarci. Američko istraživanje razlika u zdravlju među mladima ukazalo je na visoku razinu lošeg zdravstvenog ponašanja, posebice među muškarcima; 40 posto muškaraca karakterizira nezdravo ponašanje (loša prehrana, nedostatak tjelovježbe, uporaba sredstava ovisnosti), u usporedbi sa samo 22 posto žena. Nadalje, dokazano je da su osobe ženskog spola sklonije pozitivnijem zdravstvenom ponašanju nakon provedene edukacije [14, 15, 16].

Statističkom obradom rezultata provedenog istraživanja uočena je značajna razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisna o stupnju obrazovanja. S višim stupnjem obrazovanja raste i sklonost pozitivnim oblicima zdravstvenog ponašanja, čime je potvrđena je druga hipoteza. Ispitanici sa završenim doktorskim ili magistarskim studijem izjašnjavaju se o znatno pozitivnijem zdravstvenom ponašanju u odnosu na ostale ispitanike. Razina stečenog obrazovanja prepoznata je kao važna društvena odrednica zdravlja. Visoka obrazovna postignuća mogu imati značajnu ulogu u oblikovanju mogućnosti zapošljavanja, povećavaju sposobnost donošenja boljih odluka u vezi sa zdravljem te pružaju mogućnost za povećanje društvenih i osobnih resursa koji su vitalni za fizičko i mentalno zdravlje. U današnjem globaliziranom društvu utemeljenom na znanju, obrazovanje postaje uvjet za osiguravanje zaposlenja koje zatim osigurava ekonomske, socijalne i osobne resurse potrebne za očuvanje zdravlja [17].

Cilj slične kvantitativne analitičke studije bio je utvrditi koje društvene odrednice doprinose lošem zdravstvenom statusu pojedinaca. Dijagnoza kroničnih bolesti bila je glavna mjera zdravlja korištena kao varijabla ishoda. Prediktorske varijable bile su glavne društvene determinante zdravlja (obrazovanje, dohodak, spol, dob, zanimanje, kao i zdravstveno ponašanje koje se odnosi na pušenje, konzumaciju alkohola i vježbanje). Rezultati su pokazali da je obrazovanje imalo najveći utjecaj na dijagnozu kroničnih bolesti- kako se razina obrazovanja povećava, incidencija dijagnoze kronične bolesti se smanjuje. Nadalje, provedena je komparativna studija analize podataka iz 11 zemalja Europske unije. Procijenjene su razine zdravlja s obzirom na stupanj obrazovanja kao jednu od glavnih odrednica zdravlja. Rezultati potvrđuju pozitivan utjecaj srednjoškolskog obrazovanja na zdravlje u većini slučajeva i tercijarnog obrazovanja u svim slučajevima. Korelacija između obrazovanja i zdravlja tumači se na različite načine, no u svakom slučaju potrebna je bolja koordinacija između obrazovnih i zdravstvenih politika kako bi se poboljšala zdravstvena pismenost i briga o zdravlju [18,19].

Anketni upitnik sadržavao je tri pitanja koja su se odnosila na ekonomski status ispitanika. Ispitivala su radni status ispitanika, samoprocjenu materijalnog stanja u odnosu na druge te prosječne mjesečne prihode kućanstva. Iz rezultata je vidljivo da je većina ispitanika zaposlena, i to njih 65,9%. 27,3% ispitanika čine studenti, dok su ostali umirovljenici, nezaposleni ili uzdržavani članovi kućanstva. Gotovo polovica (47,3%) ispitanika procjenjuje da je njihov materijalni status isti kao i kod drugih. Na pitanje o mjesečnim prihodima po članu kućanstva 41,4% ispitanika se izjasnilo da oni iznose 2000-5000 kn, a 32,9% ispitanika da iznose 5000-8000 kn. Treća hipoteza, koja je glasila da postoji povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva, odnosno da je ekonomski status (veća primanja po članu kućanstva) pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja, je potvrđena. Ispitanici koji imaju veća primanja bolje procjenjuju svoje zdravlje. S porastom prosječnih mjesečnih primanja po članu kućanstva, raste i samoprocjena zdravlja.

Različita istraživanja su pokazala da je subjektivni društveni status važan prediktor zdravlja. Istraživanja povezanosti ekonomskog statusa i zdravlja dala su sljedeće rezultate: socioekonomski status je značajno povezan sa samoprocjenom zdravlja, depresijom i kroničnim bolestima. Postoje značajni dokazi da je niži objektivni socioekonomski status, mjeren obrazovanjem, zanimanjem i razinom prihoda, povezan s većim rizikom od depresije. Percepcija niskog društvenog statusa u odraslih osoba može biti uključena u patogenezu depresije i igrati posredničku ulogu u odnosu između objektivnog socioekonomskog statusa i depresivnih simptoma [20, 21].

Prema istraživanjima o psihologiji društvene klase, smatra se da materijalni uvjeti u kojima ljudi odrastaju i žive imaju trajan utjecaj na njihove osobne i društvene identitete, što utječe na osjećaje i misli o njihovom društvenom okruženju i na ključne aspekte njihovog društvenog ponašanja. U odnosu na pripadnike srednje klase, manje je vjerojatno da će se pojedinci niže klase definirati u smislu njihovog socioekonomskog statusa i vjerojatnije je da će imati međusobno ovisne koncepte razmišljanja; skloniji su objasniti društvene događaje u situacijskim terminima, kao rezultat nižeg osjećaja osobne kontrole. Subjektivni socioekonomski status, odnosno percepcija pojedinca o vlastitom društveno-ekonomskom položaju, je snažan prediktor fizičkog zdravlja [22, 23].

Naime, siromašne skupine nemaju drugog izbora nego živjeti u nezdravom okruženju i obavljati teške i opasne poslove koji im ugrožavaju zdravlje. Razlike uvjetovane nezdravim životnim i radnim okruženjem posljedica su nedostatka materijalnih sredstava za život. Nezdravo okruženje, siromaštvo, opasni radni uvjeti, nezaposlenost, loša prehrana, stres, nedostatak obrazovanja i nedovoljna socijalna skrb čimbenici su koji rezultiraju nepravednim razlikama u zdravlju. Kod nekih društvenih skupina, brojni čimbenici nepravednosti u zdravlju se isprepliću čineći te skupine posebno zdravstveno ugroženima te one podnose najveći teret bolesti i izloženosti zdravstvenim rizicima. Općenito govoreći, što je društveni položaj niži, viši je rizik za obolijevanje od većine srčanih bolesti, moždanog udara, plućnih bolesti, bolesti probavnog trakta, bubrega, bolesti povezanih s HIV-om, samoubojstva, nesreća i nasilja. Zdravstveni gradijent rezultat je socijalnih razlika u društvu. Siromaštvo i niži položaj u hijerarhiji karakterizira snažan osjećaj bespomoćnosti te osjećaj nedostatka kontrole nad životom. To ljude izlaže riziku od bolesti, ali i kroničnom stresu čiji učinci mogu biti snažni. Naime, agens određuje bolest od koje osoba obolijeva, no društveni uvjeti će odrediti slijedi li bolest zdravstveni gradijent [1, 3].

Postoje opće prihvaćena očekivanja da su medicinske sestre zdravi uzor, a biti uzor u ponašanju i promociji zdravlja uključuje primjer i predstavljanje slike zdravog životnog stila. Preventivna zdravstvena skrb postala je sve popularnije područje zdravstvenog sektora. Koristeći razne metode educiranja populacije i izbjegavanja bolesti, ova vrsta zdravstvene zaštite djeluje na poboljšanje općeg zdravstvenog stanja populacije. Preventivna zdravstvena zaštita informira populaciju, promiče zdrave stilove života i omogućuje rano liječenje bolesti. Medicinske sestre u preventivnoj zdravstvenoj skrbi imaju zadatak poboljšati zdravlje pacijenata preporukama temeljenim na dokazima, istovremeno potičući pojedince na preventivne usluge poput skrininga, savjetovanja i predostrožnih lijekova. Kroz javno zdravstveno obrazovanje medicinske sestre mogu potaknuti veću skupinu ljudi na zdraviji životni stil i u konačnici kvalitetniji život. Medicinske sestre edukacijom populacije promiču redovitu tjelovježbu, upravljanje tjelesnom težinom, izbjegavanje pušenja i zlouporabe droga, umjerenu upotrebu alkohola i kontrolu postojećih bolesti. Preventivna skrb obuhvaća širok spektar tehnika za prepoznavanje, edukaciju, prevenciju i liječenje bolesti u populaciji [24, 25].

Medicinske sestre igraju važnu ulogu u promicanju javnog zdravlja. Tradicionalno, fokus promocije zdravlja bio je na prevenciji bolesti i promjeni ponašanja pojedinaca u odnosu na njihovo zdravlje. Uloga promotora zdravlja je složena i kroz sestrinsku praksu zahtijeva multidisciplinarno znanje i iskustvo promicanja zdravlja. Uloga medicinskih sestara uključuje kliničku sestrinsku praksu, savjetovanje, daljnje liječenje, edukaciju pacijenata i prevenciju bolesti. Sve zajedno poboljšava raspoloživost zdravstvenih usluga, smanjuje simptome kroničnih bolesti, povećava ekonomičnost i zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. Promocija zdravlja i pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja može dovesti do mnogih pozitivnih zdravstvenih ishoda, uključujući pridržavanje savjeta, bolju kvalitetu života, pacijentovo znanje o bolesti i samoupravljanju. Prema istraživanjima o promicanju zdravlja, medicinske sestre još uvijek nisu pokazale jasnu i očitu političku ulogu u provedbi aktivnosti promicanja zdravlja. Umjesto toga, medicinske sestre se mogu smatrati općim promotorima zdravlja, a njihove aktivnosti promicanja zdravlja temeljene su na znanju i davanju informacija pacijentima. Medicinske sestre aktivnostima u lokalnom volonterskom radu promiču kulturu zdravlja u svojim zajednicama. Zalažu se za promicanje kulture zdravlja u svojim zajednicama, kako na radnom mjestu, tako i u svakodnevnom životu. Povećavanje interesa medicinskih sestara za volonterski rad moglo bi poboljšati način na koji medicinske sestre djeluju u zajednici, proširiti ulogu medicinskih sestara kao zdravstvenih radnika i potaknuti društvenu poželjnost zdravog života [26, 27].

7. Zaključak

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja. Zdravlje je apstraktan, višedimenzionalan i dinamičan biologijski, psihologijski i društveni fenomen. Socijalne odrednice zdravlja definirane su kao uvjeti u kojima se ljudi rađaju, rastu, žive, rade i dožive starost te kao temeljni pokretači tih uvjeta. Pojam socijalne odrednice odnosi se na čimbenike kao što su zdravstvene značajke okoline, koje mogu utjecati na ponašanje povezano sa zdravljem. Dokazano je da su socioekonomski čimbenici, kao što su prihod, bogatstvo i obrazovanje, temeljni uzroci širokog raspona različitih zdravstvenih ishoda. Osobe s nižim socioekonomskim statusom, odnosno nižim društvenim položajem, imaju lošije zdravlje, povećan rizik od kroničnih bolesti i umiru u mlađoj dobi od onih s višim socioekonomskim statusom. Procjenom proporcionalnog doprinosa različitih determinanti nejednakosti u zdravlju, pokazalo se da su obrazovanje, prihodi kućanstva i radni status najvažniji čimbenici koji doprinose razlikama u percipiranom zdravstvenom statusu. Na odnos prema vlastitom zdravlju, vrednovanje zdravlja, informiranost i mogućnost prepoznavanja mogućih zdravstvenih problema utječu socio-kulturalno podrijetlo i socio-psihološke osobine pojedinca kao pripadnika neke društvene skupine. To se odražava na razinu zdravlja, zdravstveno ponašanje pojedinca i reagiranje i traženje zdravstvene zaštite u slučaju bolesti.

Sukladno rezultatima provedenog istraživanja, može se zaključiti da su stupanj obrazovanja i razina prihoda, kao odrednice socioekonomskog statusa, povezani s razinom zdravlja pojedinca. Uočena je značajna razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisna o stupnju obrazovanja. S višim stupnjem obrazovanja raste i sklonost pozitivnim oblicima zdravstvenog ponašanja- ispitanici sa završenim višim stupnjem obrazovanja izjašnjavaju se o znatno pozitivnijem zdravstvenom ponašanju u odnosu ispitanike nižeg stupnja obrazovanja. Razina stečenog obrazovanja prepoznata je kao važna društvena odrednica zdravlja zbog uloge u oblikovanju mogućnosti zapošljavanja, povećanju sposobnost donošenja boljih odluka u vezi sa zdravljem te pružanju mogućnosti za povećanje društvenih i osobnih resursa vitalnih za fizičko i mentalno zdravlje. Vidljiva je i povezanost između samoprocjene zdravlja ispitanika i visine primanja po članu kućanstva. To dovodi do zaključka da je ekonomski status pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja. S porastom prosječnih mjesečnih primanja po članu kućanstva, raste i samoprocjena zdravlja.

Zdravstveni gradijent je rezultat socijalnih razlika u društvu, a razlike uvjetovane nezdravim životnim i radnim okruženjem posljedica su nedostatka materijalnih sredstava za život. Otklanjanje nejednakosti u zdravlju danas je cilj javnozdravstvene politike brojnih razvijenih zemalja. Nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti nisu značajne samo u statističkom smislu, već imaju i moralnu i etičku dimenziju. Razlike koje nisu nužne i moguće ih je spriječiti smatraju se nepravednima. Upravo se medicinske sestre smatraju ključnim sudionicima u provedbi strategija za smanjenje nejednakosti u zdravlju. Razumijevanje medicinskih sestara o tome kako nastaju nejednakosti u zdravstvu te obrazovna priprema za ulogu u smanjenju nejednakosti u zdravlju od velike su važnosti. Medicinske sestre mogu preuzeti ulogu edukatora te nejednakosti u zdravlju koristiti kao temelj za izgradnju javnozdravstvenih strategija, služeći se pritom populacijskim pristupom koji se usredotočuje na preventivne strategije ili bihevioralnim pristupom usmjerenim na osnaživanje ranjivih pojedinaca za poboljšanje vlastitog zdravlja.

U Varaždinu, 26.08.2019.

Potpis:
Lana Horvat

8. Literatura

- [1] G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
- [2] <http://www.health-inequalities.eu/about-hi/introduction>, dostupno 14.06.2019.
- [3] M. Marmot: Sindrom statusa: Kako društveni položaj utječe na naše zdravlje i dugovječnost, Algoritam, Zagreb, 2007.
- [4] 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
- [5] 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
- [6] P. Braveman, L. Gottlieb: The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes, Public Health Reports, br. 129, sijećanj 2014., str. 19–31
- [7] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [8] 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
- [9] 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
- [10] K. Vitale, S. Sović: Pravednost i pravićnost i okoliš kao determinanta zdravlja – novi koncepti o kojima treba razmišljati, Acta medica Croatica, br. 72, 2018., str. 247-250
- [11] S.N. Bleich, M.P. Jarlenski, C.N. Bell, T.A. LaVeist: Health Inequalities: Trends, Progress, and Policy, Annual Reviews in Public Health, br. 33, travanj 2012., str. 7-40
- [12] Y. Hu, F.J. van Lenthe, K. Judge, E. Lahelma, G. Costa, R. de Gelder, J.P. Mackenbach: Did the English strategy reduce inequalities in health? A difference-in-difference analysis comparing England with three other European countries, BMC Public Health, br. 16, kolovoz 2016., str. 865
- [13] M.A. Mabhala: Public health nurse educators' conceptualisation of public health as a strategy to reduce health inequalities: a qualitative study, International Journal for Equity in Health. br. 14, veljaća 2015., str. 1-11

- [14] <https://www.intechopen.com/books/gender-differences-in-different-contexts/gender-and-health>, dostupno 08.07.2019.
- [15] J. S. Olson, R. A. Hummer, K. M. Harris: Gender and Health Behavior Clustering among U.S. Young Adults, *Biodemography and Social Biology*, br. 63, ožujak 2017., str. 3-20
- [16] E. M. Hernandez, R. Margolis, R. A. Hummer: Educational and Gender Differences in Health Behavior Changes After a Gateway Diagnosis, *Journal of Aging and Health*, br. 30, ožujak 2018., str. 342-364
- [17] J. Shankar, E. Ip, G. Lam: Education as a Social Determinant of Health: Issues Facing Indigenous and Visible Minority Students in Postsecondary Education in Western Canada, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, br. 10, kolovoz 2013., str. 3908–3929
- [18] A. Mursal, W. Dong: Education as a key determinant of health: A case study from rural Anhui, China, *Journal of Health and Social Sciences*, br. 3, ožujak 2018., str. 59-74
- [19] C. Albert, M. A. Davia: Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries, *Health Promotion International*, br. 26, lipanj 2011, str. 163–170
- [20] P. Demakakos, J. Nazroo, E. Breeze, M. Marmot: Socioeconomic status and health: The role of subjective social status, *Social Science & Medicine*, br. 67, srpanj 2008., str. 330-340
- [21] Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169764>, dostupno 10.7.2019.
- [22] A. S. R. Manstead: The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour, *British Journal of Social Psychology*, br.57, travanj 2018., str. 267-291
- [23] J. Nobles, M. Ritterman Weintraub, N. Adler: Subjective socioeconomic status and health: relationships reconsidered, *Social Science and Medicine*, br. 82, travanj 2013., str. 58-66
- [24] J. Darch, L. Baillie, F. Gillison: Nurses as role models in health promotion: a concept analysis, *British Journal of Nursing*, br. 26, listopad 2017., str. 982–988
- [25] <https://online.ben.edu/programs/msn/resources/role-of-nurse-preventative-health-care>, dostupno 20.8.2019.
- [26] V. Kempainen, K. Tossavainen, H. Turunen: Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review, *Health Promotion International*, br. 28, prosinac 2013., str. 490–501
- [27] M. McCollum, C. T. Kovner, M. T. Ojemeni: Nurses Improve Their Communities' Health Where They Live, Learn, Work, and Play, *SAGE journals*, br. 18, ožujak 2017., str. 7-16

Popis slika

Slika 4.1 Andersenov model korištenja zdravstvene zaštite [Izvor: G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003].....9

Popis tablica

<i>Tablica 4.2.1. Odrednice zdravstvenih razlika</i> [Izvor: G. Cerjan-Letica, S. Letica i suradnici: Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003].....	12
<i>Tablica 5.3.1.1. Dob ispitanika: frekvencije i postotni prikaz</i> [izvor: L.H.].....	15
<i>Tablica 5.3.1.2. Završen stupanj obrazovanja: frekvencije i postotni prikaz</i> [izvor: L.H.].....	15
<i>Tablica 5.4.2.1. Bolovanje od nekog stanja ili kronične bolesti: frekvencije i postotni prikaz</i> [izvor: L.H.].....	20
<i>Tablica 5.4.3.1. Deskriptivni podatci za upitnik pozitivnih zdravstvenih ponašanja: aritmetička sredina (\bar{X}), standardna devijacija (SD), raspon rezultata (min i max) i Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti unutarnje konzistencije (α)</i> [izvor: L.H.].....	26
<i>Tablica 5.4.3.2. Razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisno o spolu</i> [izvor: L.H.].....	27
<i>Tablica 5.4.3.3. Razlika u zdravstvenim ponašanjima ovisno o završenom stupnju obrazovanja</i> [izvor: L.H.].....	28
<i>Tablica 5.4.3.4. Povezanost samoprocjene zdravlja i ekonomskog statusa ispitanika</i> [izvor: L.H.].....	29

Popis grafikona

<i>Grafikon 5.4.1.1. Postotni prikaz radnog statusa ispitanika [izvor: L.H.]</i>	17
<i>Grafikon 5.4.1.2. Postotni prikaz samoprocjene materijalnog stanja ispitanika [izvor: L.H.]</i>	17
<i>Grafikon 5.4.1.3. Postotni prikaz prosječnih mjesečnih prihoda ispitanika po članu obitelji u kućanstvu [izvor: L.H.]</i>	18
<i>Grafikon 5.4.2.1. Postotni prikaz samoprocjene zdravlja [izvor: L.H.]</i>	19
<i>Grafikon 5.4.2.2. Postotni prikaz procjene utjecaja razine zdravlja na aktivnosti s obitelji i prijateljima [izvor: L.H.]</i>	19
<i>Grafikon 5.4.3.1. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko obroka najčešće dnevno jedete?“ [izvor: L.H.]</i>	21
<i>Grafikon 5.4.3.2. Postotna podjela odgovora na pitanje „Uzimate li svaki ili skoro svaki dan svježe pripremljene obroke?“ [izvor: L.H.]</i>	21
<i>Grafikon 5.4.3.3. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate meso i mesne prerađevine?“ [izvor: L.H.]</i>	22
<i>Grafikon 5.4.3.4. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate ribu, riblje prerađevine ili plodove mora?“ [izvor: L.H.]</i>	22
<i>Grafikon 5.4.3.5. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko često konzumirate svježe voće i povrće?“ [izvor: L.H.]</i>	23
<i>Grafikon 5.4.3.6. Postotna podjela odgovora na pitanje „Koliko dnevno pijete tekućine?“ [izvor: L.H.]</i>	23
<i>Grafikon 5.4.3.7. Postotna podjela odgovora na pitanja „Koliko često konzumirate alkoholna pića?“ i „Konzumirate li duhanske proizvode?“ [izvor: L.H.]</i>	24
<i>Grafikon 5.4.3.8. Postotna podjela odgovora na pitanje „Bavite li se sportom ili nekim oblikom vježbanja?“ [izvor: L.H.]</i>	25
<i>Grafikon 5.4.3.9. Postotna podjela odgovora na pitanja „Koliko često vježbaju?“ i „Na koji način vježbaju?“ [izvor: L.H.]</i>	25
<i>Grafikon 5.4.4.1. Postotni prikaz odgovora koliko slobode i kontrole nad svojim životom ispitanici procjenjuju da imaju [izvor: L.H.]</i>	30
<i>Grafikon 5.4.4.2. Postotni prikaz odgovora imaju li ispitanici u posljednje vrijeme problema sa spavanjem zbog zabrinutosti [izvor: L.H.]</i>	30
<i>Grafikon 5.4.4.3. Postotni prikaz odgovora jesu li ispitanici u posljednje vrijeme zadovoljni načinom na koji su izvršavali svoje zadatke i obaveze [izvor: L.H.]</i>	31
<i>Grafikon 5.4.4.4. Postotni prikaz odgovora jesu li se ispitanici u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno [izvor: L.H.]</i>	31

<i>Grafikon 5.4.4.5. Postotni prikaz odgovora koliko su ispitanici zadovoljni ili nezadovoljni životom [izvor: L.H.].....</i>	<i>32</i>
<i>Grafikon 5.4.4.6. Postotni prikaz odgovora vezanih uz subjektivni osjećaj sreće [izvor: L.H.]...32</i>	

Prilozi

Anketni upitnik „Povezanost društvenog položaja i zdravlja pojedinca“

1. Spol:
 - a. M
 - b. Ž

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

3. Koji je Vaš trenutni 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
 - d. Umirovljenik
 - e. Uzdržavana osoba

5. 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

6. Koliki su 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
7. Kako biste ocijenili Vaše zdravlje?
- a. Odlično
 - b. Vrlo dobro
 - c. Dobro
 - d. Ne baš dobro
 - e. Loše
8. U kojoj je mjeri u posljednje vrijeme razina Vašeg zdravlja utjecala na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji i s prijateljima?
- a. Nije uopće utjecalo
 - b. U manjoj mjeri je utjecalo
 - c. Umjereno je utjecalo
 - d. Prilično je utjecalo
 - e. Izrazito je utjecalo
9. Bolujete li od nekog od navedenog stanja ili kronične bolesti?
- a. Visoki krvni tlak
 - b. Povišene masnoće u krvi
 - c. Dijabetes 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. Niti jedne navedene

10. Koliko obroka najčešće dnevno jedete?
- a. Jedan
 - b. Dva
 - c. Tri
 - d. Četiri
 - e. Pet i više
11. Uzimate li svaki ili skoro svaki dan svježe pripremljene obroke?
- a. Da
 - b. Ne
12. Koliko često konzumirate meso i mesne preradevine?
- a. Svakodnevno
 - b. Nekoliko puta tjedno
 - c. Jednom tjedno
 - d. Dva do tri puta mjesečno
 - e. Ne jedem meso ni mesne preradevine
 - f. Meso ni mesne preradevine su mi financijski nedostupni
13. Koliko često konzumirate ribu, riblje preradevine ili plodove mora?
- a. Svakodnevno
 - b. Nekoliko puta tjedno
 - c. Jednom tjedno
 - d. Dva do tri puta mjesečno
 - e. Ne jedem ribu, riblje preradevine i plodove mora
 - f. Riba, riblje preradevine i plodovi mora su mi financijski nedostupni
14. Koliko često konzumirate svježe voće i povrće?
- a. Svakodnevno
 - b. Nekoliko puta tjedno
 - c. Jednom tjedno
 - d. Dva do tri puta mjesečno
 - e. Ne jedem svježe voće i povrće
 - f. Svježe voće i povrće su mi financijski nedostupni

15. Koliko dnevno pijete tekućine (pitku vodu, mineralnu i gaziranu vodu, čaj, kava, juha...)?

- a. Manje od 1 litre dnevno
- b. Između 1 i 2 litre dnevno
- c. Više od 2 litre dnevno

16. Koliko često konzumirate alkoholna pića?

- a. Nikada
- b. Nekoliko puta godišnje
- c. 2-3 puta mjesečno
- d. 2-3 puta tjedno
- e. Svaki dan

17. Konzumirate li duhanske proizvode?

- a. Ne
- b. Povremeno
- c. Svakodnevno

18. Bavite li se sportom ili nekim oblikom vježbanja?

- a. Ne
- b. Rekreativno
- c. Aktivno

19. Ako vježbate, koliko često?

- a. Svakodnevno
- b. 2-3 puta tjedno
- c. Jednom tjedno
- d. Nekoliko puta mjesečno

20. Za vježbanje:

- a. Odlazim u teretanu – plaćam članarinu
- b. Bavim se nekom organiziranom grupnom tjelovježbom – pilates, aerobik i sl. – plaćam članarinu mjesečno
- c. Vježbam kod kuće sam/a
- d. Šetam, hodam, trčim jer volim sam/a vježbati
- e. Organizirani oblici vježbanja (teretana, pilates, aerobik i sl.) su mi financijski nedostupni

21. 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:

- a. U potpunosti imam kontrolu nad svojim životom
- b. Imam kontrolu nad većinom onoga što mi se događa
- c. U maloj mjeri mogu utjecati na ono što mi se događa
- d. Nemam kontrolu nad većinom onoga što mi se događa

22. Jeste li u posljednje vrijeme imali problema sa spavanjem zbog zabrinutosti?

- a. Uopće ne
- b. Ne više nego inače
- c. Nešto više nego inače
- d. Znatno više nego inače

23. Jeste li u posljednje vrijeme bili zadovoljni načinom na koji ste izvršavali svoje zadatke i obaveze?

- a. Više zadovoljan nego inače
- b. Zadovoljan kao i inače
- c. Otprilike isto kao inače
- d. Manje zadovoljan no inače
- e. Nezadovoljan potpuno

24. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali nesretno i depresivno?

- a. Uopće se nisam osjećao nesretno i depresivno
- b. Ne više nego inače nesretno i depresivno
- c. Otprilike isto kao inače nesretno i depresivno
- d. Nešto više nego inače
- e. Znatno više nego inače

25. Koliko ste zadovoljni ili nezadovoljni svojim životom?

- a. Potpuno zadovoljan
- b. Djelomično zadovoljan
- c. Ni zadovoljan ni nezadovoljan
- d. Prilično nezadovoljan
- e. Potpuno nezadovoljan

26. Za sebe biste rekli da ste:

- a. Vrlo sretan/na
- b. Sretan/na
- c. Ni sretan/na ni nesretan/na
- d. Uopće nisam sretan/na
- e. Potpuno nesretan/na
- f. Ne mogu procijeniti



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 POVEZANOST DRUŠTVENOG POLOŽAJA I ZDRAVLJA POSEJEDINCA (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 POVEZANOST DRUŠTVENOG POLOŽAJA I ZDRAVLJA POSEJEDINCA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Lana Horvat
(vlastoručni potpis)