

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

ANA STIPČIĆ

VAŽNOST SOCIOEKONOMSKIH POKAZATELJA
U ODREĐIVANJU ZDRAVLJA I ZDRAVSTVENIH RIZIKA
U JUŽNOJ HRVATSKOJ

DOKTORSKA DISERTACIJA

Split, 2018.

Ova doktorska disertacija izrađena je kao dio znanstveno-istraživačkog projekta „Odrednice zdravlja i bolesti u općoj i izoliranim ljudskim populacijama“ [MZOŠ 216-1080315-0302]

Istraživanje je provedeno na tri lokacije; u gradu Splitu na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu, na Korčuli pri Domu zdravlja Korčula i Domu zdravlja Vela Luka te na Visu pri Domu zdravlja Splitsko-Dalmatinske županija – ispostava Vis/Komiža.

Istraživanja su provedena uz potporu Medical Research Council UK, Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske [MZOŠ 216-1080315-0302] i EFIC-Grünenthal Grant.

Istraživanje ima dozvolu Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Splitu te su svi ispitanici upoznati s istraživanjem i dali svoj pismeni pristanak.

Voditelj rada: izv. prof. dr. sc. Ozren Polašek

Zahvala:

Zahvaljujem mentoru i kolegama na uloženom trudu i pomoći tijekom izrade i pisanja ovog rada te svojoj obitelji na podršci i razumijevanju.

SADRŽAJ

POPIS OZNAKA I KRATICA	1
1. UVOD	2
1.1. Odrednice socioekonomskog statusa i odrednice zdravlja	3
1.2. Socioekonomske nejednakosti u prirodi	9
1.3. Povijest istraživanja socioekonomskih nejednakosti u zdravlju	11
1.4. Teorije nastanka i modeli socioekonomskih nejednakosti u zdravlju	16
1.5. Razlike socioekonomskih nejednakosti u zdravlju među spolovima	26
1.6. Mjere za smanjenje učinka socioekonomskih nejednakosti na zdravlje	33
1.7. Socioekonomske nejednakosti u zdravlju u Hrvatskoj	35
2. CILJEVI I HIPOTEZE	46
2.1. Ciljevi istraživanja	46
2.2. Hipoteze istraživanja	47
3. METODE I MATERIJALI	48
3.1. Metode istraživanja	48
3.1.1. Ustroj i ishod istraživanja	48
3.1.2. Ispitanici	49
3.1.3. Postupci	50
3.2. Instrumenti istraživanja	52
3.3. Statistički postupci	54
4. Rezultati	55
5. Rasprava	100
6. Zaključci	108
7. Sažetak	109
8. Summary	110
9. Literatura	111

10.	Prilozi	131
10.1.	Upitnik o pokazateljima socioekonomskog statusa	131
10.2.	Upitnik o općim zdravstvenim podacima	133
10.3.	Upitnik o prehrambenim navikama	135
10.4.	Upitnik o općem zdravstvenom stanju (eng. <i>General Health Questionnaire</i>)	139
10.5.	Anketni upitnik rizika za šećernu bolest i kronične nezarazne bolesti (<i>WHO Diabetes and Chronic Non-Communicable Diseases Questionnaire</i>).....	142
11.	Životopis.....	143

POPIS OZNAKA I KRATICA

BDP	Bruto društveni proizvod
DCCT	eng. <i>The Diabetes Control and Complications Trial</i> , velika klinička studija provedena u razdoblju od 1983. do 1993. godine
GHQ	eng. <i>General Health Questionnaire</i> , upitnik za otkrivanje manjih psiholoških poremećaja u općoj populaciji, unutar zajednice ili ne-psihijatrijskom kliničkom okruženju
GHQ-30	inačica <i>General Health Questionnaire</i> s 30 pitanja
HbA1C	glikirani hemoglobin
HDL	lipoprotein visoke gustoće
LDL	lipoprotein niske gustoće
LSD	eng. <i>Fisher's least significant difference</i> , statistički test za višestruke usporedbe
SES	socioekonomski status
SPSS	IBM SPSS Statistics, programski alat za statističku analizu
UK PDS	eng. <i>UK Prospective Diabetes Study</i> , randomizirana studija glikemijskih terapija na 5,102 pacijenta s novootkrivenom šećernom bolesti tipa 2. (UK 1977. – 1997.)

1. UVOD

Socioekonomske nejednakosti u zdravlju jedan su od najvažnijih javnozdravstvenih problema današnjice, koje Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* - *WHO*) definira kao „razlike u zdravstvenom statusu ili u raspodjeli odrednica zdravlja među različitim skupinama stanovništva“ (1).

Raspon ovih nejednakosti unutar modernih društava današnjice iznenađujuće je širok (2) te označava razlike među različitim skupinama stanovništva (npr. pripadnici različitih regija, različite etničke skupine, različite društvene skupine ili spolovi) (3). Mnogi društveni čimbenici svojim utjecajem na zdravlje dovode do pojave nejednakosti u zdravlju (4). Zdravstvene nejednakosti imaju izravan učinak, poput siromaštva, okoliša i uvjeta življenja, nezdrave prehrane, rizičnog ponašanja ili neizravan, putem nedovoljnog obrazovanja ili nedostupne zdravstvene zaštite (5). Prihodi i nejednakosti u prihodima, društvena povezanost i društveni kapital uvelike utječu na zdravlje i pojavu bolesti i na razini populacije, ali i na osobnoj razini (6).

1.1. Odrednice socioekonomskog statusa i odrednice zdravlja

Socioekonomski status nije lako mjeriti niti odrediti, jer se radi o višedimenzionalnoj mjeri (7, 8). Jedna od definicija socioekonomskog statusa određuje ga kao relativan položaj osobe na društvenoj hijerarhijskoj ljestvici temeljen na pristupu bogatstvu, prestižu i moći (9). Socioekonomski status kao skupna mjera ujedinjuje društvena i ekonomska dobra, društveni poredak i ugled te pristup uslugama, usvajanju znanja i sredstavima potrebnima za život (8). U odnosu na zdravlje i zdravstveni status, socioekonomski status (SES) kao pojam označava pristup osnovnim sredstvima potrebnim za postizanje i održavanje dobrog zdravstvenog stanja (10).

Postoji više odrednica socioekonomskog statusa (10-12), a svrha im je pružiti informacije o pristupu pojedinca društvenim i ekonomskim dobrima (13, 14). Izbor najboljeg pristupa za mjerenje ovisi o populaciji i vrsti istraživanja na koje se primjenjuje (10), štoviše pogrešno odabrana mjera u istraživanju može dovesti do krivih zaključaka (11). Odrednice SES-a koje se najčešće koriste su obrazovanje, zanimanje i prihodi. Svaka od ovih odrednica, iako se međusobno nadopunjavaju, određuje SES na drugačiji način (10, 12, 13, 15).

Stupanj obrazovanja, možda i najpopularnija mjera SES-a (10, 11, 15, 16), može se mjeriti brojem godina školovanja ili najvišim završenim stupnjem obrazovanja (10). Prednosti korištenja ove mjere su lakoća mjerenja, dostupnost informacija, stabilnost tijekom života pojedinca (10, 16) i primjenjivost na nezaposlene i umirovljene osobe (11, 16). Stupanj obrazovanja obično se mjeri u jednom trenutku života i kao takav predstavlja prekretnicu iz socioekonomskog položaja naslijeđenog od roditelja u vlastiti socioekonomski položaj kao odrasle osobe (14). Stupanj obrazovanja dodatno određuje zanimanje i visinu prihoda (14, 15), budući da viši stupanj obrazovanja obično dovodi do boljeg zaposlenja koje se veže na veće prihode (14). Korištenje obrazovanja kao mjere SES-a može sa sobom donijeti i neka ograničenja. Obrazovanje često nosi različito značenje i različite utjecaje ovisno o kulturi ili vremenskom razdoblju (10, 14). Ono često različito utječe na prihode i dobra pojedinca, ovisno o dobi, spolu, rasi/etničkoj pripadnosti i kohorti rođenja (16). Također, iz broja godina obrazovanja ne može se iščitati kvaliteta te društvena i ekonomska vrijednost obrazovanja (14, 16).

Stupanj obrazovanja utječe na zdravlje pojedinca na više načina. Jedan od načina je utjecaj obrazovanja na obrasce preventivnog i rizičnog ponašanja. Što je veći stupanj obrazovanja

pojedince, veće su šanse za korištenje preventivnih mjera i oblika ponašanja (13, 17). Obrazovanjem se usvajaju znanja o važnosti preventivnih ponašanja i očuvanju zdravlja. Također, viši stupanj obrazovanja dovodi do prestižnijih zanimanja, viših prihoda i boljih radnih uvjeta (18, 19).

Druga važna i vrlo često korištena mjera SES-a jest zanimanje. Zanimanje je strukturalna poveznica između obrazovanja i prihoda (14). Zanimanje se može mjeriti statusom zaposlenja (zaposlen/nezaposlen/umirovljen) ili specifičnim skupinama zanimanja (profesionalci, službenici, radnici... ili skupine plavih i bijelih ovratnika) (10). Zanimanje je odrednica SES-a koja smješta pojedince na određenu poziciju u društvenoj strukturi te je njime definiran pristup dobrima, izloženost fizičkim i psihičkim rizicima kao i sam životni stil pojedinca (10, 13). Upravo činjenica da informacija o zanimanju pojedinca donosi i informacije o dobrima i prestižu, društvenom položaju i psihološkim i fizičkim utjecajima, prednost je korištenja ove mjere u istraživanjima. Još jedna od prednosti je što je zanimanje kao mjera manje podložna promjenama od prihoda kao mjere SES-a (10). Nedostatci korištenja ove mjere su što ne obuhvaća pojedince koji nisu na tržištu rada (nezaposlene, kućanice, umirovljenike) i što se iz podataka o zanimanju ne mogu očitati moguće spolne, dobne, rasne/etničke razlike u istim skupinama zanimanja (10, 16).

Zanimanje može imati izravan i neizravan utjecaj na zdravlje (13, 20), izravan preko dobara i prihoda koje sa sobom donosi određeno zanimanje i neizravan preko fizičkih i psihičkih utjecaja radnog okruženja i vrste zanimanja te stila života (14, 15). Također i radni status ima svoj utjecaj na zdravlje, te je, općenito govoreći, zaposlenost bolja za zdravlje pojedinca od nezaposlenosti (15, 21-24). Nezaposlenost utječe na zdravlje na dva načina. Kao prvo, utječe na standard i uvjete življenja te opće materijalne uvjete. Drugi utjecaj nezaposlenosti je kroz kroničan stres koji donosi sa sobom i zbog kojeg može doći do otuđivanja osobe u društvu i društvene osamljenosti (25).

Treća najčešće korištena mjera SES-a su prihodi. Prihodi predstavljaju ekonomska dobra s kojima raspolaže pojedinac za sva gledišta svog života u određenom razdoblju (10), uključujući i očuvanje zdravlja i zdravstvenu zaštitu (26). Može se mjeriti kao osobni prihod, prihod kućanstva ili obiteljski prihod (10). Prednost korištenja prihoda kao mjere SES-a jest činjenica da su izravno povezani s materijalnim uvjetima koji mogu utjecati na zdravlje (10, 14). Nedostatci korištenja ove mjere su što ovisi o dobi pojedinca, nestabilnija je od ostalih mjera te je u registrima podataka često nedostupna ili ispitanici ne žele dati točne podatke (10).

Razina prihoda izravno utječe na zdravlje samim tim što dostatni prihodi mogu pružiti bolju kvalitetu i mjesto življenja, bolju brigu o djeci ili više mogućnosti za rekreaciju (14, 15) te bolju medicinsku skrb (14). Neizravno, materijalna oskudica dovodi do siromaštva i moguće društvene osamljenosti, koji dovode do frustracija i loše utječu na tjelesno i psiho-društveno zdravlje pojedinca. Konačno, sve ovo dovodi i do usvajanja rizičnih i nezdravih obrazaca ponašanja (27). Skupno gledano, veći prihodi dovode do boljeg zdravlja pojedinca (28).

Uz mjeru prihoda često se veže i pojam siromaštva i oskudice. Pojam oskudice obično označava nemogućnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Siromaštvo se najčešće svodi na materijalnu oskudicu koja označava manjak financijskih sredstava potrebnih za život. Međutim, sve se više govori o relativnoj, višedimenzionalnoj oskudici. U ovom pogledu, siromaštvo se odnosi na nedostatak sredstava za osiguranje društveno prihvatljivih životnih uvjeta, dok se relativna oskudica odnosi na nemogućnost osiguranja primjerene prehrane, odjeće, kućanskih potrepština, zdravih radnih i životnih uvjeta i usluga uobičajenih u društvu. Na ove se pojmove veže i pojam društvene osamljenosti, koja je sadržajno širi, višedimenzionalni pojam. Dok se siromaštvo svodi na financijsku, materijalnu dimenziju, društvena osamljenost osim nedostatka financijskih sredstava podrazumijeva i oskudicu u drugim područjima kao što su zaposlenje, obrazovanje, stanovanje, društvene veze (29), pristup dobrima i uslugama, integracija u uobičajene kulturne procese i participacija i pridonosnje građanskom društvu (30). Društvena osamljenost dovodi do emotivnih poremećaja, budući da su društveno isključeni pojedinci, najčešće nezaposleni i samci, uz financijsku, lišeni i emocionalne potpore. Uz stresore iz okoline, društvena isključenost dovodi do osamljenosti i produbljuje osjećaje uskraćenosti zbog materijalne oskudice (30). Da bi se suzbila društvena isključenost, potrebno je osim preraspodjele sredstava, ostvariti i veći stupanj društvene integracije, što dakle uključuje i ekonomske i društvene mjere (29).

Kod određivanja oskudice u istraživanjima može doći i do određenih poteškoća. Na primjer, ne postoji usuglašen skup pokazatelja koji se koriste za mjerenje oskudice. Izbor pokazatelja za mjerenje oskudice u istraživanjima obično se svode na ono što se želi mjeriti ili na ono što je dostupno. Drugo, nije jednostavno odrediti što će se podrazumijevati pod najnižim prihvatljivim životnim standardom, odnosno egzistencijalnim minimumom. Nadalje, poteškoće se nameću i kod analize i interpretacije odabranih pokazatelja kada treba odlučiti hoće li se analizirati i interpretirati svaki zasebno ili skupno (31).

Još jedna od mjera koja se često koristi za određivanje socioekonomskog statusa je i društveni kapital. Društveni kapital se definira kao međusobno povjerenje članova društva i

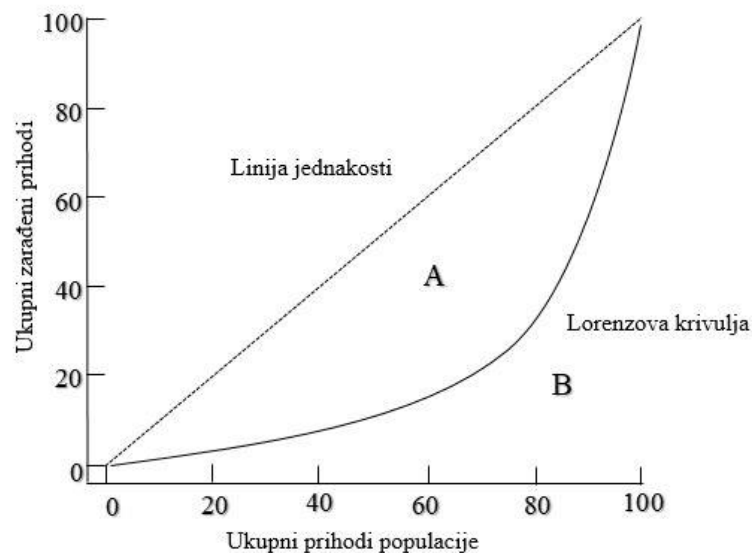
sudjelovanje u životu zajednice te predstavlja predanost i posvećenost građana društvu i društvenim ustanovama. Viši stupanj društvenog kapitala znači veće uzajamno povjerenje, solidarnost i toleranciju među sugrađanima. Javno zdravlje povezano je sa stanjem društvene povezanosti, odnosno s društvenim kapitalom koji je obrnuto povezan s razlikom u prihodima unutar društva, a njegov slom dovodi do društvene nestabilnosti i pogoršanja zdravlja u društvu (30). Društveni kapital može se promatrati na dvije razine; u okviru primarnih i u okviru sekundarnih skupina. Primarne skupine odnose se na obitelj, prijatelje i susjede, dok se sekundarne skupine odnose na civilna društva i organizacije. Povjerenje unutar obje vrste skupina utječe na zdravlje pojedinca i društva (32).

U literaturi se navode tri dokaza teorije društvenog kapitala koja iznose Pearce i Smith (33). Kao prvi dokaz navode kako su nejednakosti u prihodima važna odrednica stope smrtnosti jednog društva. Kao drugi dokaz navode kako povećane nejednakosti u prihodima smanjuju društveni kapital što dovodi do lošijeg zdravlja u društvu. Treći dokaz koji navode je kako društveni kapital uključuje duševne i društvene čimbenike koji utječu na zdravlje (33). Putnam navodi i četiri razloga zbog kojih društveni kapital utječe na zdravlje (34). Kao prvi razlog navodi mogućnost da društvene mreže dovedu do opipljive materijalne pomoći, što umanjuje stres. Kao drugi razlog navodi mogućnost osnaživanja zdravstvenih normi. Kao treći razlog navodi mogućnost da dobro uključeni građani učinkovitije lobiraju za zdravstvene usluge. Konačno, kao četvrto navodi kako društveno međudjelovanje može osnažiti djelotvornost imunološkog sustava (35).

U istraživanjima u zdravstvu društveni kapital se mjeri pokazateljima kao što su razina međusobnog povjerenja, prisutnost međusobne razmjene među građanima i članstvo u civilnim organizacijama (36). Pokazalo se kako su pokazatelji društvenog kapitala, kao što su povjerenje te pripadanje i sudjelovanje u zajednici, snažno povezani sa stopama smrtnosti (33). Niske stope društvenog povjerenja u društvu povezane su s višim stopama glavnih uzroka smrti koji uključuju bolesti moždanih krvnih žila i srčane bolesti, tumore, nenamjerne ozlijede i smrtnost dojenčadi (37). Za zdravlje je od posebne važnosti i usvajanje životnog stila koji promiče zdravlje i pomaže uklanjanju rizika kao što su pretilost i zlouporaba droga. I ovdje društveni kapital igra značajnu ulogu jer je vjerojatnije da će ljudi promijeniti životni stil i primjenjivati nova ponašanja ako ih usvoje od ljudi u koje imaju povjerenja i ako vjeruju da je takva promjena značajna za njihovo zdravlje (35). U pogledu društvenog kapitala, uvjet blagostanja društva bila bi ujednačena raspodjela bogatstva jer je razlika između bogatih i siromašnih važnija od razine

bogatstva samog društva. Pripadnici određenog društva su zdraviji što je manji raspon između naj imućnijih i najsiromašnijih članova tog društva (30).

Još jedna mjera koja se spominje po pitanju socioekonomskih nejednakosti je i Gini koeficijent. Gini koeficijent je najpopularnija mjera za mjerenje nejednakosti u prihodima. Gini koeficijent proizlazi iz Lorenzove krivulje (Slika 1.1) koja prikazuje postotak ukupno zarađenog prihoda prema postotku ukupnog prihoda populacije. U savršenom svijetu jednakosti, na najsiromašnijih 25% populacije bi otpadalo 25% zarade od ukupnih prihoda populacije, na najsiromašnijih 50% populacije bi otpadalo 50% zarade i tako dalje. U tom slučaju bi Lorenzova krivulja predstavljala liniju pod kutom od 45° i označavala ravnopravnost. Međutim, kako nejednakosti rastu tako se stvara krivulja koja označava neravnopravnost. Gini koeficijent tako predstavlja veličinu razlike između Lorenzove krivulje i linije ravnopravnosti podijeljeno s ukupnim dijelom koji se nalazi ispod linije ravnopravnosti (na slici $A/A+B$). Koeficijent može biti prikazan kao broj između vrijednosti 0 i 1 (gdje 0 predstavlja savršenu ravnopravnost s jednakom raspodjelom prihoda) ili kao postotak (gdje 100% ili koeficijent 1 predstavlja savršenu neravnopravnost pri kojoj svi prihodi otpadaju na jednog pojedinca). Nedostatak ove mjere je što ne može razaznati različite vrste nejednakosti te što je najosjetljivija na nejednakosti u sredini raspodjele što ju ne čini neutralnom mjerom (38, 39).



Prilagođeno iz: De Maio FG. Income inequality measures. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(10):849–52.

Slika 1.1 Prikaz Lorenzove krivulje na primjeru odnosa ukupno zarađenog prihoda i ukupnog prihoda populacije

Uz Gini koeficijent kao najpopularniju mjeru za mjerenje nejednakosti prihoda, u literaturi se spominju i ostale mjere kao što su Atkinsonov indeks i generalizirani indeks entropije koje pružaju uvid o nejednakostima u različitim dijelovima raspodjele (38). Atkinsonov indeks razvio se upravo zbog zabrinutosti za smanjenu osjetljivost Gini koeficijenta za ostale dijelove distribucije prihoda. Ovaj indeks uključuje pokazatelje osjetljivosti u rasponu od 0 (što predstavlja istraživačevu ravnodušnost prema prirodi distribucije prihoda) do beskonačnosti (što predstavlja istraživačevo zanimanje jedino za raspodjelu prihoda unutar skupine najnižih prihoda). Što je veći ovaj koeficijent to je veća osjetljivost Atkinsonovog indeksa za nejednakosti na samom dnu distribucije. Atkinsonov indeks se u području istraživanja nejednakosti može koristiti za izračunavanje udjela od ukupnih prihoda koji je potreban za postizanje savršeno jednake distribucije prihoda. Raspon indeksa bi tada bio od 0 do 1 gdje 0 predstavlja savršeno jednaku raspodjelu (38). Generalizirani indeks entropije također uključuje parametre osjetljivosti. I kod ovog indeksa raspon vrijednosti se kreće od 0 do 1, gdje također 0 označava savršeno jednaku distribuciju dok vrijednosti iznad 0 označavaju rast nejednakosti (38).

Kod određivanja socioekonomskog statusa u istraživanjima predstoji pitanje koju od odrednica SES-a koristiti. Kako bi se izabrala primjerena mjera SES-a potrebno je dobro razmotriti sam plan istraživanja i čimbenike koji utječu na njega. Problem koji se ovdje javlja je nepostojanje jedne univerzalne mjere koja bi bila prikladna za sva istraživanja i koja se može primijeniti na sve populacije i u svako vrijeme (40). Zbog nepostojanja standardizirane definicije i standardiziranih odrednica i mjera, ograničena je mogućnost usporedbi unutar i između različitih zemalja te između različitih vremenskih razdoblja (41). Ponekad je dobro koristiti i više mjera SES-a kako bi se rezultati mogli usporediti, pri čemu je zbog izbjegavanja grešaka i pristranosti bolje svaku mjeru tretirati zasebno nego skupno kao rezultat više mjera (41, 42).

Problemi koji se najviše vežu uz mjerenje SES-a su manjak preciznosti i pouzdanosti mjera, problemi do kojih može doći pri prikupljanju podataka (na primjer često neodgovaranje ispitanika na pitanja o prihodima), poteškoće pri utvrđivanju utjecaja SES-a kroz život, poteškoće pri klasifikaciji određenih skupina kao što su kućanice, umirovljenici i djeca te već spomenute poteškoće pri usporedbi SES-a među različitim skupinama (10).

1.2. Socioekonomske nejednakosti u prirodi

Pojava socioekonomskih nejednakosti među životinjama vrlo je uobičajena. Postojanje linearne hijerarhije zabilježeno je kod mnogih životinjskih vrsta, uključujući kokoši (43-46), krave (47, 48), ponije (49), primata (50-52), ptice (53), ribe (54), rakove (55-57), guštere (58, 59), štakore (60), žabe (61, 62) te kukce, i to posebno ose (63-65) i mrave (66-74).

Kod linearne hijerarhije jedna jedinka dominira svima ostalima, iduća nakon nje dominira svima ispod sebe i tako dalje sve do zadnje jedinice kojom svi dominiraju (75). Postoje dvije teorije kojima se objašnjava stvaranje linearne hijerarhije kod životinja. Jedna se temelji na razlikama u atributima povezanim s dominantnim obilježjima dok se druga temelji na međudjelovanjima koja rezultiraju s pobjednikom i gubitnikom, pri čemu pobjednik pokazuje sklonost za dominaciju (75, 76). Najčešći oblik međudjelovanja kojima se utvrđuje dominantnost jest tjelesni obračun. Tim međudjelovanjem utvrđuje se kasnija organizacija grupe u pogledu podjele rada, prikupljanja hrane i hranjenja, prava na razmnožavanje te ostalih zadaća. Dominantna alfa jedinka mora se truditi stalno biti dominantnija od ostalih kako bi zadržala svoj položaj. Hijerarhija je vidljiva i u položaju u grupi ili gnijezdu, gdje se snažnije i dominantne jedinice smještaju u glavnom dijelu grupe ili gnijezda, dok se slabije, dominirane jedinice povlače na rubne krajeve. Također, alfa jedinka uglavnom ne napušta stanište, dominantne rijetko dok poslove izvan staništa ili gnijezda uglavnom obavljaju najslabije, dominirane jedinice (63). Hijerarhija koja se jednom uspostavi obično ostaje nepromijenjena dugo vremena (77).

Linearna hijerarhija najvidljivija je na primjerima osa i mrava. Kod osa razlikujemo jednu dominantnu alfa jedinku i ostale jedinice kojima ona dominira. Kraljica, alfa jedinka, liježe jaja i dominira ostalima te jako rijetko napušta gnijezdo. Ostale ženske jedinice radnice grade, održavaju toplinu gnijezda, brane gnijezdo te izlaze i donose hranu. Ovdje je uočljiv društveni status. Dok alfa jedinka dominira nad svim ostalim jedinkama, iduća najjača jedinka, beta jedinka, također dominira slabijima od sebe i tako dalje. Što su jedinice višeg društvenog statusa to su pasivnije i manje rade i napuštaju gnijezdo. Međutim, moguća je i društvena regresija. Alfa jedinku kada ostari i/ili oslabi, mogu nadjačati jedinice kojima je nekoć dominirala. Također je moguće i kretanje na društvenoj ljestvici i to u slučaju smrti jedinice gdje iduća na ljestvici zauzima njeno mjesto te kod primanja novih jedinki u skupinu. U slučaju smrti alfa jedinice nasljeđuje ju beta jedinka koja odmah poprima njen obrazac ponašanja. Društveni status kod osa određen je plodnošću, dobi i spolom. Jedinice s razvijenijim jajnicima su dominantnije

i imaju bolji status. Starije radnice također dominiraju nad mlađima dok su muške jedinke najnižeg društvenog statusa i njima dominiraju i radnice i kraljica (47).

Kod mrava radnici formiraju linearnu hijerarhiju u kojoj se mogu uočiti različiti oblici ponašanja kao što su pokazivanje dominacije, izbjegavanje i agresivni obračuni (48). Mravi koji su boljeg položaja u hijerarhiji bolje se hrane jer im podložni mravi donose više hrane (48, 49) te su spolno razvijeniji i liježu više jaja od mravi koji imaju lošiji položaj (48, 49, 52, 53). Također se pokazalo da kraljica može raspoznati hijerarhijski položaj radnika te da hranu traži od najdominantnijih radnika kako bi im se umanjila reproduktivna snaga i tako ona ostala najdominantnija (49), budući da je njena glavna zadaća razmnožavanje dok su radnici zaduženi za održavanje kolonije (50). Može doći i do sukoba koji mogu nastati između kraljice i radnika te između više kraljica pri dokazivanju dominacije za razmnožavanje. Takvi sukobi uglavnom se rješavaju podčinjavanjem ili agresijom (50). Hijerarhija koja se očituje u redoslijedu hranjenja vidljiva je i kod žaba u skupini. Na vrhu hijerarhije nalaze se žabe koje su najučinkovitije u hvatanju hrane (62). Stoga žabe koje su agresivnije više jedu te su i teže od žaba koje su manje agresivne (61). Kod riba se također pokazalo da je dominantnost povezana s boljim hranjenjem i rastom te tako i boljim reproduktivnim uspjehom (54). Ovakva hijerarhija uočena je i kod krava, gdje se pokazalo kako postoje tri tipa hijerarhijskog poretka (nadmoć, vodstvo i mužnja) kojima se određuje status te pravo na pristup hrani i vodi (47).

Kod rakova je dominantnost izravno određena veličinom (55-57) i dobi (55); veći i stariji rakovi su dominantniji. Manji rakovi uglavnom se klone većih, a kada dođe do sukoba (oko hrane ili ženki) uglavnom pobjeđuju veći rakovi (57). Dominantnost je i spolno određena jer se pokazalo da kod odraslih rakova, rakovi muškog spola dominiraju nad rakovima ženskog spola (55, 57). Kod guštera hijerarhijski slijed također određuje veličina. Najveći gušteri su na vrhu hijerarhije, dok u njihovoj odsutnosti manji gušteri donekle uspostave određen stupanj dominantnosti nad grupom (59). Hijerarhija povezana s dobi također se pokazala prisutna i kod primata gdje stariji primati uživaju viši položaj i dominantnost (78).

1.3. Povijest istraživanja socioekonomskih nejednakosti u zdravlju

Još je od davnina uočeno postojanje povezanosti socioekonomskog statusa i zdravstvenog stanja. Kroz različita vremenska razdoblja i kod različitih populacija uočen je opći obrazac boljeg zdravlja kod ljudi boljeg socioekonomskog statusa. Još iz srednjovjekovne Europe postoje zapisi o visokoj stopi obolijevanja rudara (14). Do sredine 19-og stoljeća postojalo je već mnoštvo epidemioloških dokaza ove povezanosti. Razlike u zdravlju među različitim skupinama društva pripisivale su se siromaštvu i životnom stilu siromašne radne klase (79). U 20-om stoljeću počinje se ozbiljnije istraživati ova tematika (79), a većina najznačajnijih radova istraživanja su iz Ujedinjenog kraljevstva u drugoj polovici 20-og stoljeća. Razlog leži u činjenici da je Ujedinjeno kraljevstvo bilo prva država koja je prošla kroz industrijsku revoluciju i suočila se sa zdravstvenim problemima brzo rastućih industrijskih gradova gdje je razdor između bogatih i siromašnih postajao sve veći. Tada je 1977. godine britanska vlada oformila istraživačku radnu skupinu kako bi sustavno istražili, razumjeli i objasnili pojavu nejednakosti u zdravlju (3). Na čelo spomenute radne skupine postavljen je Sir Douglas Black, tada predsjednik Kraljevskog udruženja liječnika (eng. *Royal College of Physicians*) (80), zbog kojeg je izvješće proizašlo iz ovog istraživanja kasnije šire poznato kao *The Black Report* (81). Izvješće o pronalascima ovog istraživanja objavljeno je 1980. godine, tri godine nakon osnutka Radne skupine (80, 81). Glavni rezultat istraživanja jest veliki nerazmjer u obolijevanju i smrtnosti između viših i nižih društvenih skupina (80). Te su razlike u zaključcima izvješća povezane i s društvenim nejednakostima koje utječu na zdravlje i to u obliku prihoda, stupnja obrazovanja, zaposlenja, radnih uvjeta, uvjeta življenja i prehrane (81). Veliki doprinos ovom području istraživanja bilo je i određivanje različitih mogućih objašnjenja nejednakosti u zdravlju koja navodi *The Black Report* (82). Ovo izvješće od velike je važnosti i za Ujedinjeno kraljevstvo kao i za ostale zemlje (80) budući da predstavlja prvi pokušaj razumijevanja i objašnjavanja nejednakosti u zdravlju (79) i donosi preporuke strategija i društveno političkih mjera za suzbijanje nejednakosti u zdravstvu (81).

The Black Report tadašnje društvo Ujedinjenog kraljevstva dijeli na pet društvenih slojeva koji se temelje na zanimanjima. U prvi, najviši sloj na društvenoj ljestvici svrstani su stručnjaci (računovođe, liječnici, odvjetnici), dok su u drugom srednji niži stručnjaci, odnosno posrednici (upravitelji, učitelji, medicinske sestre). Treći sloj je podijeljen na dva podsloja; obučene nemanualne radnike (službenici, tajnici, prodavači) i obučene manualne radnike (vozači, mesari). Četvrtom sloju pripadaju djelomično obučeni radnici (poljoprivrednici, poštari), a

petom, najnižem društvenom sloju neobučeni radnici (čistači, lučki radnici). U izvješću se navode i uspoređuju podatci vezani uz zdravstveno stanje prema ovim društvenim slojevima (83).

Prema podacima o stopama smrtnosti na 1.000 stanovnika Engleske i Walesa 1971. godine, uočljive su značajne razlike i prisutnost nejednakosti među društvenim slojevima. Stope smrtnosti rastu proporcionalno spuštanju na društvenoj ljestvici i kod muškaraca i kod žena te su stope smrtnosti kod najnižeg sloja kod oba spola za 2,5 puta veće nego kod najvišeg društvenog sloja. Osim profesionalnih, vidljive su i razlike prema spolu; kod svakog društvenog sloja muškarci su imali skoro dvostruko veće stope smrtnosti od žena (Tablica 1.1) (83).

Tablica 1.1. Stope smrtnosti prema spolu i društvenom (profesionalnom) sloju (15-64 godina) Stope na 1000 stanovnika Engleske i Walesa 1971. godine (82)

Društveni (profesionalni) položaj	Muškarci	Žene (prema zanimanju muža)	Omjer muškarci/žene
I (stručnjaci)	3,98	2,15	1,85
II (srednji, niži stručnjaci, posrednici)	5,54	2,85	1,94
III N (obučeni nemanualni)	5,80	2,76	1,96
III M (obučeni manualni)	6,08	3,41	1,78
IV (djelomično obučeni)	7,96	4,27	1,87
V (neobučeni)	9,88	5,31	1,86
Omjer V/I	2,5	2,5	

Prilagođeno iz: Inequalities in Health: Black Report (Pelican Series). Townsend P, Davidson N, editors: Penguin Books; 1982.

Još jedan primjer na kojem ovo izvješće pokazuje razlike među društvenim slojevima jest usporedba porođajne težine novorođenčadi i društvenog položaja očeva. I na ovom primjeru vidi se socioekonomski gradijent budući da brojke rastu spuštajući se niz društvenu ljestvicu te je u najnižim društvenim skupinama postotak novorođenčadi s premalom porođajnom težinom bio gotovo dvostruko veći nego u najvišim društvenim skupinama. Društveni položaj žena očituje se i u podatku da je najveći postotak novorođenčadi s premalom porođajnom težinom bio kod samohranih majki što upućuje na poboljšanje SES-a kod žena sa supružnikom (Tablica 1.2) (83).

Tablica 1.2 Društveni položaj i porođajna težina djece

Porođajna težina (%)	Društveni položaj očeva			Djeca bez očeva
	I i II	III	IV i V	
Manje od 2500 grama	4,5	5,6	8,2	9,5
Više od 3000 grama	81,0	76,3	72,7	66,7

Prilagođeno iz: *Inequalities in Health: Black Report* (Pelican Series). Townsend P, Davidson N, editors: Penguin Books; 1982.

Na primjeru stopa oboljenja i savjetovanja s liječnikom u srednjoj dobi također je uočljiva razlika među društvenim slojevima. Muškarci prva dva najviša sloja imali su najniže stope dugotrajnih bolesti, ograničenih aktivnosti i savjetovanja s liječnikom, dok su najviše stope zabilježene kod najnižeg sloja. Kod dugotrajnih bolesti je također uočljiva i razlika među spolovima, budući da su stope obolijevanja bile više kod muškaraca, osim kod prva dva najviša društvena sloja (Tablica 1.3) (83).

Tablica 1.3 Stope oboljenja i konzultacija s liječnikom u srednjoj dobi (45-46 godina) (stope na 1000 stanovnika)

Socioekonomski sloj	Dugotrajne bolesti		Ograničena aktivnost		Zdravstveno-vezane konzultacije	
	Muškarci	Žene	Muškarci	Žene	Muškarci	Žene
I Stručnjaci	228,9	291,3	71,1	92,2	75,6	94,7
II Rukovoditelji	257,0	265,7	75,4	77,0	74,8	99,8
III Posrednici	368,0	329,7	98,4	94,6	122,1	122,4
IV Obučeni manualni	357,7	315,1	102,6	102,7	112,4	109,2
V Djelomični obučeni manualni	387,6	380,8	101,0	114,9	124,9	121,5
VI Neobučeni manualni	485,5	401,6	120,0	111,9	145,5	122,6

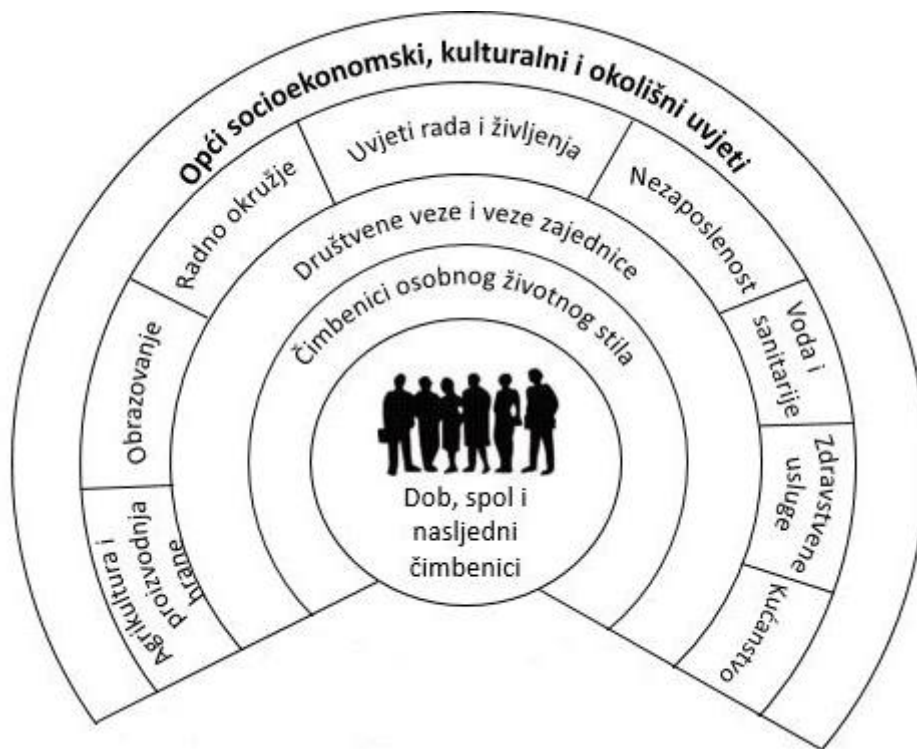
Prilagođeno iz: *Inequalities in Health: Black Report* (Pelican Series). Townsend P, Davidson N, editors: Penguin Books; 1982.

Još jedno od važnih izvješća uz *The Black Report*, bilo je *Independent Inquiry into Inequalities in Health* na čelu kojeg je bio Sir Donald Acheson, a objavljeno je 1998. godine. Achesonovo izvješće potvrdilo je rezultate *The Black Report*-a i pokazalo kako još uvijek postoje opsežne nejednakosti u zdravlju među različitim društvenim skupinama te da se razdor između najnižih i najviših skupina i dalje povećava. Proučavajući rezultate svog istraživanja,

Acheson je napravio klasifikaciju društvenih čimbenika koji utječu na zdravlje ljudi, i opisao svoju poznatu „lukovicu“ zdravlja (Slika 1.2) (84):

- opći socioekonomski čimbenici, kulturalni i okolišni čimbenici,
- čimbenici vezani za potporu društva i zajednice,
- čimbenici vezani za osobni životni stil.

Slika 1.2. Glavne odrednice zdravlja



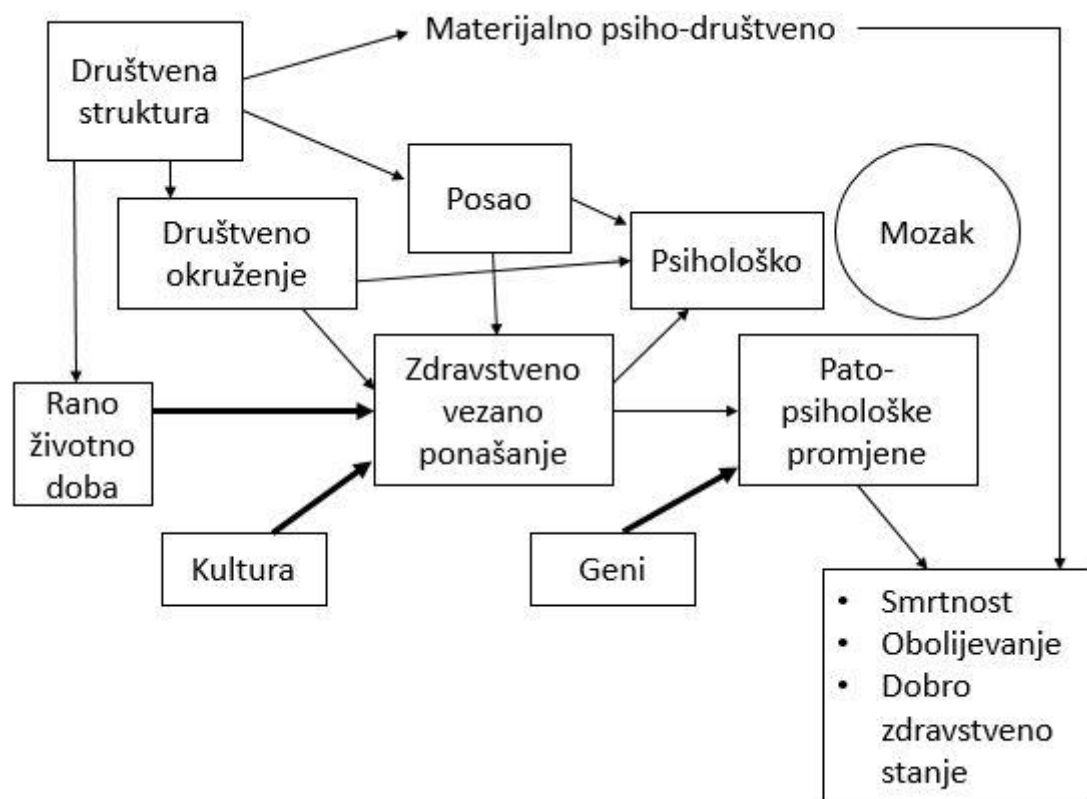
Prilagođeno iz: Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health: The Stationery Office; 1998.

U svom izvješću, Acheson je iznio i klasifikaciju socioekonomskih čimbenika koji utječu na zdravlje, a oni uključuju (Slika 1.3) (84):

- siromaštvo (relativno i apsolutno);
- nejednakosti u prihodima i raspodjeli bogatstva;
- razlike u obrazovanju, posebno u dostupnosti obrazovanja;
- razlike u uvjetima zaposlenja i radom uzrokovani stres;

- okolišne uvjete i uvjete kućanstva kao što su sanitarni uvjeti, uvjeti prehrane i okružja za djecu;
- pokretljivost i dostupnost javnog prijevoza, posebno za starije stanovništvo koje najviše pogađa društvena osamljenost;
- dostupnost različitih sadržaja za starije, majke, djecu i etničke manjine;
- dostupnost i pristupačnost zdravstvenih usluga i tretmana.

Slika 1.3 Socioekonomski čimbenici i zdravlje



Prilagođeno iz: Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health: The Stationery Office; 1998.

1.4. Teorije nastanka i modeli socioekonomskih nejednakosti u zdravlju

The Black Report donosi četiri različita objašnjenja nastanka socioekonomskih nejednakosti u zdravlju (81, 85); objašnjenje pogreškom, objašnjenje prirodnog i društvenog odabira, objašnjenje kulturalnih/ponašajnih razlika i materijalističko objašnjenje (27).

Objašnjenje pogreškom daje kritički osvrt na mjerenje zdravlja i socioekonomskog statusa navodeći kako bi trebala postojati povezanost između mjerenja ovih dviju varijabla (86). Navodi se kako podatci o populaciji mogu biti preuzeti iz jednog izvora podataka, a podatci o bolesti i smrti iz drugog, pri čemu može doći do pogreške uslijed razlika u podacima iz različitih izvora (87). Prema ovom objašnjenju, socioekonomske nejednakosti su ili rezultat pogreške u mjerenju ili na njihovu pojavu utječe način na koji su varijable mjerene. Iako priznaju da se mali dio nejednakosti može objasniti pogreškama, *The Black Report* odbacuje pretpostavku da su nejednakosti samo rezultat pogrešaka u mjerenju i prikupljanju podataka (88).

Objašnjenje prirodnog i društvenog odabira vidi zdravstveni status kao varijablu koja određuje socioekonomski status (87) i utječe na eventualno poboljšanje SES-a i napredovanje u društvu (86). Vezu između zdravlja i SES-a opisuje kao uzročnu sa SES-om kao zavisnom varijablom. Ističe se mogućnost društvene pokretljivosti povezane sa zdravstvenim statusom, odnosno mogućnost uzlazne društvene pokretljivosti pojedinaca boljeg zdravlja te silazne društvena pokretljivost pojedinaca lošijeg zdravlja (86). Prema ovom objašnjenju nejednakosti u zdravlju nastaju kao rezultat lošeg zdravlja koje dovodi do loših socioekonomskih uvjeta, a ne obrnuto. I ovo objašnjenje, iako priznaju da se mali dio nejednakosti može objasniti njime, *The Black Report* odbacuje (88).

Objašnjenje kulturalnih/ponašajnih razlika vezu između SES-a i zdravlja također vidi kao uzročnu, ali sa zdravljem kao zavisnom varijablom. Prema ovom objašnjenju razlike u zdravlju proizlaze iz razlika u ponašanju osoba različitog SES-a (rizična ponašanja i preventivna ponašanja) (86). Prema ovom objašnjenju nejednakosti se mogu objasniti činjenicom da su ljudi lošijeg SES-a više uključeni u zdravstveno rizična ponašanja. Ovdje se nejednakosti objašnjavaju ponašanjem pojedinaca ili ponašanjima ugrađenima u društvene strukture (88).

Materijalističko objašnjenje, kao i kulturalno/ponašajno, u uzročnoj vezi zdravstvenog statusa i SES-a zdravlje vidi kao zavisnu varijablu. Razlika je u tome što se kulturalno/ponašajno objašnjenje zadržava na ponašanjima povezanim sa SES-om, dok se

materijalističko objašnjenje koncentrira na utjecaj društvene strukture na zdravlje. Ovdje se nejednakosti u zdravlju objašnjavaju razlikama u platežnoj moći koje dovode do razlika u prehrani, uvjetima življenja i slično, što sve ujedno utječe na zdravlje i dovodi do razlika u zdravlju (86). Prema ovom objašnjenju nejednakosti u zdravlju su rezultat loših materijalnih uvjeta u kojima žive ljudi nižeg SES-a (loši uvjeti življenja i rada ili loša prehrana). Glavna stavka ovog objašnjenja su dakle prihodi (88).

Autori *The Black Report*-a zagovaraju materijalističko objašnjenje te ga ističu kao najvažnije od svih uzročnih mehanizama. Kao razlog navode činjenicu da jedino materijalno objašnjenje može objasniti promjene koje nastaju kada dođe do poboljšanja u sveukupnom zdravlju populacije pa s vremenom pripadnici najnižeg društvenog sloja dosegnu razinu najvišeg, a pripadnici najvišeg se pomiču na više razine. Ističu kako jedino materijalno objašnjenje vrijedi za obje pojave koje se ovdje javljaju; i za poboljšanje općeg zdravlja populacije i za održavanje nejednakosti u zdravlju (86). Iako zagovaraju materijalno objašnjenje, autori priznaju i kako su nejednakosti u zdravlju rezultat materijalnih uvjeta zajedno s psiho-društvenim procesima koji proizlaze iz društvenog i ekonomskog statusa pripadajućeg društvenog sloja (88).

Socioekonomske nejednakosti snažno utječu na zdravlje i rizik za pojavu bolesti, kako na razini cijele populacije, tako i na osobnoj razini (89-91). Socioekonomski gradijent u zdravlju pokazuje stupnjevito lošije zdravlje ljudi nižeg socioekonomskog statusa i to neovisno o korištenoj mjeri procjene SES-a (92). Općenito govoreći, ljudi nižeg socioekonomskog statusa lošijeg su zdravlja (90, 91, 93) te imaju veći rizik za obolijevanje i preuranjenu smrt (91, 94). U novije vrijeme također se u literaturi razaznaju četiri različita modela socioekonomskih nejednakosti. To su ponašajni model, materijalni model, psiho-društveni model i cjeloživotni model (87, 95, 96). Ovi modeli ne isključuju nužno jedan drugog (96).

Ponašajni model se temelji na obrascima ponašanja koja se vežu za socioekonomski status. To se posebno odnosi na rizična i preventivna ponašanja koja utječu na zdravlje, na primjer korištenje alkohola i droge, pušenje, izbor prehrane, tjelovježba (87, 95) te razni oblici ponašanja vezani uz preventivne zdravstvene preglede (91). Ovdje se radi o dnevnim odlukama koje utječu na životni stil i ponašajne obrasce pojedinca, a na koje utječu razlike u dostupnosti kulturnog, društvenog i ekonomskog kapitala. Viši socioekonomski status povezuje se s preventivnim ponašanjima koja pozitivno utječu na zdravlje (95), dok su negativni obrasci ponašanja zastupljeniji kod osoba nižeg socioekonomskog statusa i neizravno dovode do njihovog lošijeg zdravlja (91, 97). Niži socioekonomski status povezan je sa smrtnosti od

kroničnih bolesti, kao što su srčane bolesti, zbog utjecaja ponašanja kao što su pušenje i masna prehrana koji su zastupljeniji u skupinama nižeg SES-a te zbog činjenice da ljudi višeg SES-a češće i brže prisvoje preventivna ponašanja za smanjivanje rizika (98).

Istraživanja su pokazala povezanost negativnih zdravstvenih ponašanja s nižim socioekonomskim statusom. Istraživanje provedeno na populaciji šest zemalja (Finska, Švedska, Danska, Velika Britanija, Nizozemska, SAD) pokazalo je kako je socioekonomski status povezan s pušenjem i pretilosti. Pušenje je bilo znatno zastupljenije kod radnika na fizičkim poslovima u odnosu na ostale radnike u svim zemljama uključenim u istraživanje. Isto vrijedi i za pretilost (99). Veliko englesko istraživanje pokazalo je kako je pušenje čak četiri puta zastupljenije kod ispitanika s najnižim socioekonomskim statusom nego kod ispitanika iz najvišeg SES-a (100). Velika britansko istraživanje povezanosti obrazaca prehrane i socioekonomskog statusa pokazalo je kako su zdraviji obrasci prehrane bili znatno zastupljeniji kod ispitanika više rangiranih zanimanja u odnosu na one niže rangiranih zanimanja te su oni također izdvajali više novčanih sredstava na prehranu (101). Nizozemsko istraživanje koje je istraživalo povezanost unosa alkohola i problema povezanih s unosom alkohola sa socioekonomskim statusom pokazalo je kako suzdržavanje od alkohola znatno raste kako raste i stupanj obrazovanja ispitanika. Kod muškaraca je prekomjeren unos alkohola bio najzastupljeniji u skupini ispitanika s najnižim stupnjem obrazovanja, dok kod žena takva veza nije utvrđena (102). Također, veliko populacijsko istraživanje u Ujedinjenom kraljevstvu pokazalo je kako tip susjedstva utječe na unos alkohola. Rezultati istraživanja su pokazali kako su ispitanici iz susjedstva najviše razine oskudice znatno češće imali epizode opijanja od ispitanika iz susjedstva najniže razine oskudice (103). Istraživanja su dokazala i povezanost SES-a s tjelesnom aktivnošću (104-106). Istraživanje koje je ispitivalo povezanost SES-a iskazanog kroz mjeru prihoda kućanstva i tjelesne aktivnosti kod djece pokazalo je kako djeca nižeg SES-a imaju manje razine tjelesne aktivnosti i sklonija su sjedilačkim aktivnostima (npr. gledanje TV-a) (107). I talijansko istraživanje povezanosti SES-a mjerenog obrazovanjem, zanimanjem i prihodima s tjelesnom aktivnošću i bavljenjem sportom pokazalo je značajne razlike među različitim skupinama SES-a. Pokazalo se kako su ispitanici višeg stupnja obrazovanja znatno aktivniji od ispitanika nižeg obrazovanja te se znatno češće bave sportom. Isto se pokazalo i za ispitanike viših prihoda i viših zanimanja u odnosu na one nižih prihoda i nižih zanimanja (108). Istraživanje koje je ispitivalo stupanj na kojem rizično ponašanje u obliku pušenja, prekomjernog unosa alkohola, smanjene tjelesne aktivnosti i relativne tjelesne težine objašnjava povezanost socioekonomskog statusa i smrtnosti, pokazalo je kako je rizik od

smrti znatno veći u nižim socioekonomskim skupinama. Socioekonomski status je u ovom istraživanju mjeren razinom obrazovanja i prihoda, a pokazalo se kako je kod ljudi nižeg SES-a znatno zastupljenije bilo pušenje, prekomjerna tjelesna težina i smanjena tjelesna aktivnost. Ispitanici s najnižim socioekonomskim statusom imali su veći rizik od smrti, koji je za ovo istraživanje bio tri puta veći za ljude najmanjih prihoda u odnosu na one najviših prihoda. Utjecaj obrazovanja i prihoda na smrtnost također se pokazao većim za žene nego za muškarce (109). Istraživanje socioekonomskih nejednakosti u 22 europske zemlje pokazalo je lošije subjektivno zdravlje i veće stope smrtnosti među ljudima nižeg socioekonomskog statusa u gotovo svim zemljama obuhvaćenim istraživanjem. Socioekonomski status u ovom istraživanju mjeren je obrazovanjem, prihodima i zanimanjem. Stope smrtnosti pokazale su se većima među skupinama nižeg obrazovanja u odnosu na one višeg obrazovanja u cijeloj Europi. Ovo istraživanje pokazalo je i značajne razlike među uključenim zemljama. U nekim južnim europskim zemljama (Italija i Španjolska) nejednakosti u smrtnosti pokazale su se malima i ispod prosjeka, dok su se u većini istočnih i baltičkih zemalja (osim Slovenije) pokazale znatno velikima. Na primjer, nejednakosti u ovom pogledu u Švedskoj su dvostruko manje nego u Mađarskoj, Češkoj i Poljskoj. Najmanje nejednakosti zabilježene su u Španjolskoj, a najveće u Češkoj i Litvi. Autori razlike u smrtnosti među zemljama povezuju sa socioekonomskim razlikama u pušenju, prekomjernim unosom alkohola i pristupom zdravstvenim uslugama. Na primjer, u sjevernim, zapadnim i središnjim zemljama zabilježene su velike nejednakosti u pušenju povezane sa stupnjem obrazovanja, dok su se u južnim zemljama ove nejednakosti pokazale malima (110).

Na usvajanje preventivnih zdravstvenih ponašanja sve se više nastoji utjecati i putem promocije zdravlja i zdravstveno-pogodnih obrazaca ponašanja. Javno zdravstvene ustanove, osiguravajuća društva, političari i mediji sve više prenose ovakve poruke. Iako se ovakvim postupcima želi što više informirati ljude, ako su promidžbene poruke nejasne i složene učinak može djelomično ili potpuno izostati (111). Ljudi različitog SES-a mogu različito reagirati na ovakve promidžbene poruke (112). Norveško istraživanje koje je ispitalo kako se žene nose sa zdravstvenim porukama iz tiskanih medija pokazalo je kako su žene sklonije primjenjivanju preventivnih mjera kada su izložene promidžbenim materijalima nego kada nisu. U ovom istraživanju socioekonomski status mjeren stupnjem obrazovanja pokazao se negativno povezanim s nepoduzimanjem preventivnih mjera. Pokazalo se kako žene s nižim stupnjem obrazovanja pasivnije reagiraju na promidžbene materijale u odnosu na žene višeg stupnja obrazovanja (112). Američko istraživanje koje je ispitalo rizik od bolesti srčano-žilnog

sustava i povezanost razine obrazovanja s primanjem zdravstvenih promidžbenih informacija preko medija potvrdilo je ovu tvrdnju. Prema rezultatima ovog istraživanja ispitanici s nižim stupnjem obrazovanja imali su veći rizik od obolijevanja od bolesti srčano-žilnog sustava te su primali manje informacija preko medija u odnosu na ispitanike višeg stupnja obrazovanja. Također se pokazalo da niže obrazovani ispitanici imaju manje znanja o bolestima srčano-žilnog sustava, manje motivacije i manje samo-učinkovitosti za smanjenje rizika od bolesti srčano-žilnog sustava u odnosu na više obrazovane ispitanike. Ovakvi rezultati upućuju na potrebu izrade razumljivijih programa i poruka o preventivnom ponašanju prilagođenih ljudima nižeg stupnja obrazovanja (113).

Iako ovaj model pokazuje snažnu vezu ponašajnih obrazaca i zdravlja, istraživanja su pokazala da se na ovaj način objašnjava samo jedna trećina socioekonomskih nejednakosti u smrtnosti (87), što potkrjepljuje činjenicu da ovi modeli ne isključuju jedan drugog (96).

Psiho-društveni model oslanja se na osjećaje ljudi (96). Ističe se kako društvene nejednakosti mogu utjecati na osjećaje ljudi što može utjecati na podložnost obolijevanju (87). Primjer su stresni društveni uvjeti koji dovode do bioloških promjena u organizmu koje povećavaju rizik od obolijevanja (87, 95). Stres se ovdje manifestira zbog osjećaja pripadnosti skupini nižeg SES-a i zbog uvjeta života koji dolaze s nižim SES-om (92). Kao psiho-društveni rizični čimbenici koji utječu na zdravlje navode se društvena potpora, kontrola i autonomija na radnom mjestu (87, 95), postizanje ravnoteže između radnog i slobodnog dijela dana te ravnoteža između truda koji se ulaže u rad i učincima tog rada (87). Kod ovog modela važan je koncept društvenog kapitala. Ističe se kako dobri odnosi s obitelji i prijateljima te sudjelovanje u životu zajednice, za razliku od društvene osamljenosti, pozitivno utječu na zdravlje (87).

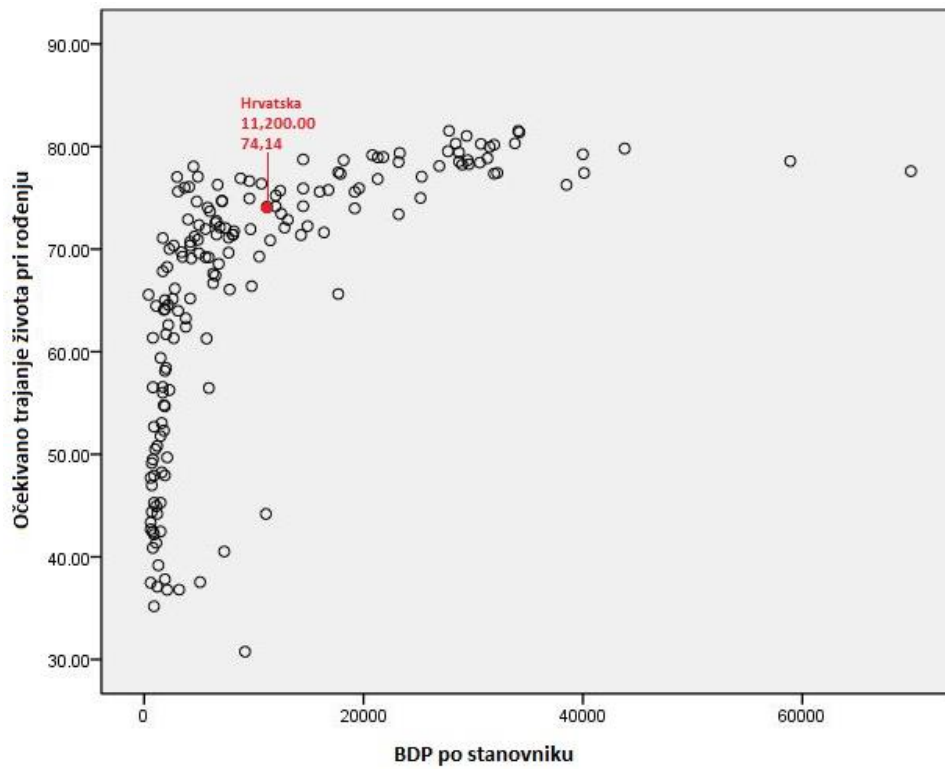
Istraživanja su pokazala kako društveno osamljeni ljudi imaju veće stope smrtnosti od društveno uključenih ljudi (114-116). Stope smrtnosti kod društveno osamljenih ljudi za dva do tri puta su veće od stopa smrtnosti društveno uključenih ljudi, što se, osim s manjkom materijalne potpore, povezuje i s manjkom emocionalne potpore (117). Američko istraživanje muških zdravstvenih djelatnika pokazalo je kako su društveno osamljeni muškarci pod povećanim rizikom za smrt od bolesti srčano-žilnog sustava, nesreća i samoubojstva te većim rizikom od moždanog udara od društveno uključenih muškaraca (118). Istraživanje koje se bavilo povezanošću društvenih veza i pripadnosti (brak, kontakt s prijateljima i rođacima, crkveno članstvo i članstvo u formalnim i neformalnim skupinama) sa smrtnosti pokazalo je kako su kod svih navedenih društvenih veza ispitanici koji su sudjelovali u takvim vezama imali niže stope smrtnosti od onih koji nisu sudjelovali u njima. Također, od navedene četiri veze,

kao najsnažniji pokazatelji pokazali su se brak i kontakt s prijateljima i rođacima (119). Također, istraživanje na preživjelima od akutnog infarkta srčanog mišića pokazalo je kako su bolesnici koji su bili društveno osamljeni i izloženi većim količinama stresa imali nešto više od četiri puta veći rizik od smrti u odnosu na bolesnike s manjim razinama stresa i društvene isključenosti (120).

Materijalni model zasniva se na odnosu materijalnih dobara i zdravlja (96). Glavna postavka ovog modela jest povezanost socioekonomskog statusa i dostupnosti materijalnih dobara koja može doprinijeti poboljšanju ili pogoršanju zdravstvenog stanja (95). Ovdje se radi o izravnom utjecaju opipljivih materijalnih dobara na uvjete življenja (87, 92, 95), što uključuje osnovne stvari kao što su opskrba hranom i mjestom za život (92), do uvjeta na radu, kućanskih uvjeta, susjedstva, (87, 95), posjedovanja automobila ili pristupa internetu (92). Niži materijalni prihodi dovode do lošijih uvjeta rada i življenja, što dovodi do lošijeg zdravlja ljudi nižeg socioekonomskog statusa (87).

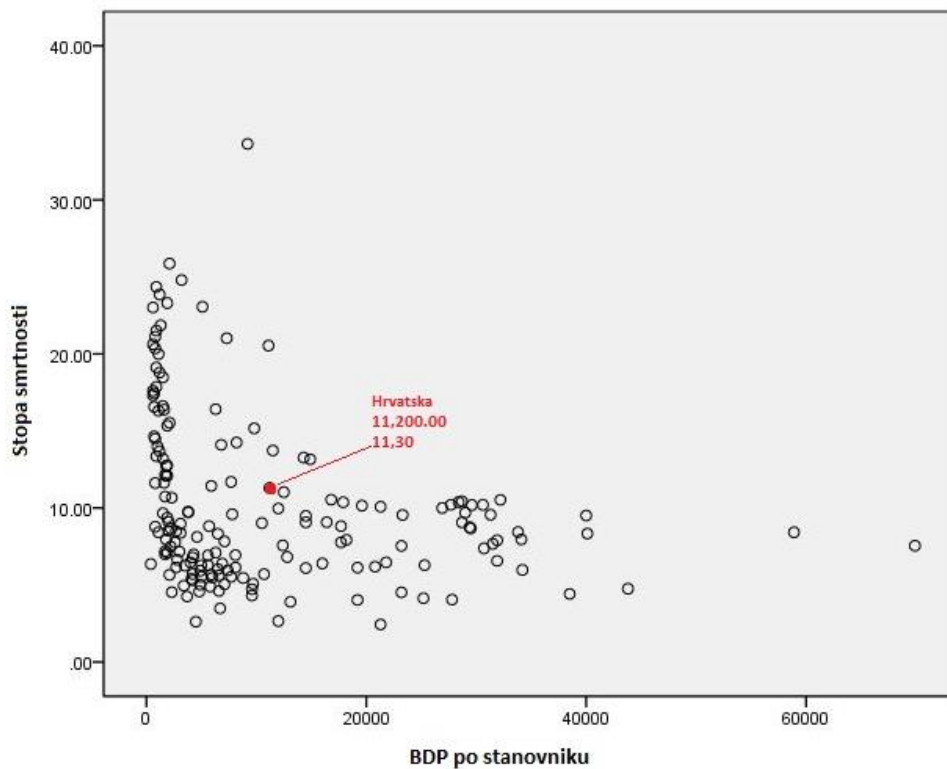
Siromaštvo, oskudica i društvena isključenost imaju veliki utjecaj na zdravlje i preuranjenu smrt. Svi ovi čimbenici koji utječu na zdravlje obično se nakupljaju tijekom cijelog života pojedinca i što su dulje prisutni to su zdravlje i šanse za preživljavanje pojedinca lošije. S lošijim zdravljem povezuju se dvije vrste siromaštva, apsolutno i relativno siromaštvo. Apsolutno siromaštvo predstavlja nedostatak osnovnih materijalnih dobara potrebnih za normalan život i najrasprostranjenije je među rizičnim skupinama kao što su beskućnici, nezaposleni, etničke manjine i izbjeglice. Relativno siromaštvo predstavlja život u siromašnijim uvjetima od većine pripadnika društva. Na zdravlje utječe jer ljudi koji su pogođeni relativnim siromaštvom nemaju uvjete za obrazovanje, dobre kućanske uvjete te su često isključeni iz života zajednice (24). Zemlje s najnižim BDP-om imaju najlošije zdravstvene pokazatelje, dok je stanovništvo bogatijih zemalja zdravije (30). Potvrđeno je i da BDP po stanovniku određuje dugoročne trendove u očekivanom trajanju života (121, 122) i stopama smrtnosti (123, 124) (Grafički prikazi 1.1 i 1.2).

Grafički prikaz 1.1 Očekivano trajanje života pri rođenju i BDP po stanovniku 2004. godine



Prilagođeno iz: IndexMundi. GDP - per capita (PPP) vs. Life expectancy at birth 2004

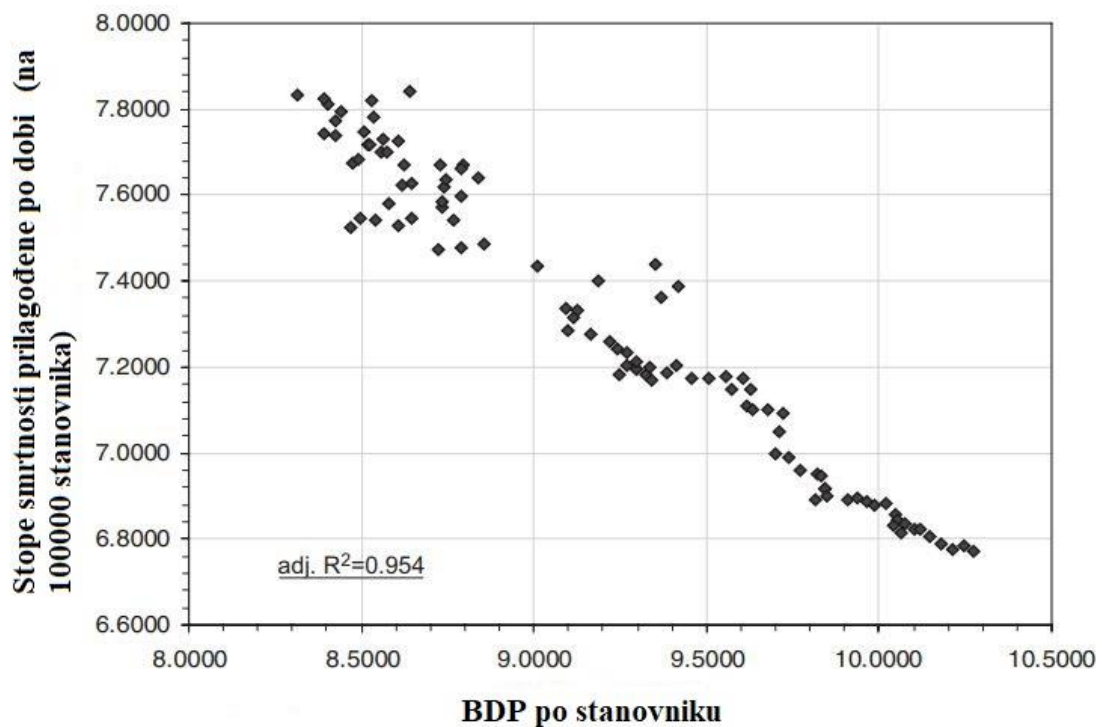
Grafički prikaz 1.2 Stope smrtnosti i BDP po stanovniku 2004. godine



Prilagođeno iz: IndexMundi. Death rate vs. GDP - per capita (PPP) 2004

Prikaz korelacije stopa smrtnosti i BDP-a po stanovniku u Americi u razdoblju od 1900. do 2000. godine pokazuje kako je ekonomski rast znatno povezan s opadanjem stopa smrtnosti u 20. stoljeću (123) (Grafički prikaz 1.3).

Grafički prikaz 1.3 Stope smrtnosti i BDP-a po stanovniku u Americi od 1900.-2000. godine



Prilagođeno iz: Brenner MH. Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century — experience of the United States 1901–2000. *International Journal of Epidemiology* 2005;34:1214–21.

Prosječno trajanje života i drugi pokazatelji zdravlja usko su vezani uz strukturu društva i stupanj nejednakosti u raspodjeli bogatstva u društvu. Što je veći raspon u primanjima nekog društva, to je zdravlje ljudi u društvu lošije (30). Stope smrtnosti niže su u društvima u kojima su razlike u prihodima između društvenih skupina manje (125, 126). Zemlje s najduljim trajanjem života, Japan, Island i Francuska, nisu najbogatije, ali imaju najmanji raspon razlika u prihodima unutar društva. Suprotno SAD i Velika Britanija imaju prilično velike razlike u prihodima te usto i slabije zdravstvene pokazatelje (30).

Istraživanje koje je ispitivalo socioekonomske nejednakosti na podacima iz 57 zemalja svijeta pokazalo je kako bolji socioekonomski status dovodi do boljeg zdravlja. Pokazalo se da

su ljudi koji žive u bogatijim zemljama boljeg zdravlja. Rezultati su pokazali i padajući gradijent lošeg zdravlja uspinjući se od najsiromašnijih do najbogatijih skupina, kao i od najslabije obrazovanih do najobrazovanijih skupina društva. Ovo istraživanje dokazalo je povezanost prihoda i obrazovanja na osam istraživanih domena zdravlja kao i na cjelokupno zdravlje (90). Na osobnoj razini, uvjeti življenja i kućanstva povezani s materijalnim statusom mogu utjecati na zdravlje. Istraživanja su pokazala kako odrastanje u lošim uvjetima kućanstva loše utječe na zdravlje. Štoviše, kod ljudi koji u odrasloj dobi žive u lošim uvjetima, loše zdravlje je češće kod onih koji su kroz život iskusili življenje u lošim uvjetima u usporedbi s onima koji nisu (127). Sustavni pregled 39 istraživanja o utjecaju uvjeta življenja na zdravlje pokazao je kako je život u lošim uvjetima povezan s alergijama, astmom, problemima s disanjem i zaraznim bolestima (128). Istraživanje preuranjene smrtnosti u SAD-u pokazalo je povezanost preuranjene smrti sa socioekonomskim statusom susjedstva. Rezultati su pokazali kako je preuranjena smrt zdravih ljudi češća u socioekonomski oskudnim susjedstvima nego u onim manje oskudnim. Ovo istraživanje pokazalo je i snažnu povezanost socioekonomskog statusa susjedstva sa zdravstveno vezanim ponašanjem i prevencijom kroničnih bolesti. Među zdravim ispitanicima pretilost, smanjena tjelesna aktivnost i lošiji obrasci prehrane, pokazali su se zastupljeniji u društveno oskudnim susjedstvima. Ovo istraživanje pokazalo je kako loši uvjeti življenja i život u sredini oskudice utječu na životi vijek zdravog pojedinca unatoč ostalim demografskim i obrazovnim atributima pojedinca (94).

Cjeloživotni model noviji je koncept koji zdravlje smatra procesom koji je rezultat dugoročnih učinaka na pojedinca kroz razdoblje njegova života (87, 92, 95). Ovdje se ističe kako na zdravstveno stanje utječu događaji još od prije rođenja pojedinca i iz ranog djetinjstva (87). Na zdravlje se stoga ne gleda kao na rezultat samo trenutnih učinaka, materijalnog stanja, životnog stila i obrazaca ponašanja već se smatra kako je ono određeno uvjetima događajima i učincima iz cijelog razdoblja života pojedinca (95).

Na primjer, materijalni uvjeti i obrasci ponašanja već od trudnoće mogu utjecati na zdravlje i razvoj djeteta. Loša prehrana (129, 130) u trudnoći te pušenje (131, 132) i izloženost stresu (133, 134) mogu utjecati na rizik za nisku porođajnu težinu. Takva ponašanja mogu utjecati i na djetetov kasniji život. Na primjer, porođajna težina je povezana s razvojem srčanih bolesti (135), visokog krvnog tlaka (136, 137), pretilosti i šećerne bolesti (138) u odrasloj dobi. Mala težina, visina i indeks tjelesne mase u dobi od jedne godine također povećavaju rizik od razvoja srčanih bolesti, dok se dobitak na težini i rast indeksa tjelesne mase pokazao povezanim sa smanjenim rizikom od ovih bolesti (135, 139). Meta-analiza provedena na 27 istraživanja

pokazala je kako se s povećanjem porođajne težine smanjuje rizik za razvoj povišenog krvnog tlaka u kasnijoj dobi (137). Veliko populacijsko istraživanje u Švicarskoj pokazalo je povezanost niske porođajne težine s povećanim rizikom za razvoj šećerne bolesti u odrasloj dobi te također povećan rizik za pretilost u odrasloj dobi kod djece rođene s premalom ili prevelikom porođajnom težinom u odnosu na djecu rođenu s normalnom tjelesnom težinom (138). Pokazalo se kako uvjeti odrastanja u kombinaciji s SES-om u odrasloj dobi utječu na smrtnost od srčanih bolesti, raka pluća i bolesti dišnog sustava (140). Odrastanje u obitelji niskog SES-a povećavalo je rizik za kasniji razvoj srčanih bolesti (141) i poremećaja tjelesne težine (99).

1.5. Razlike socioekonomskih nejednakosti u zdravlju među spolovima

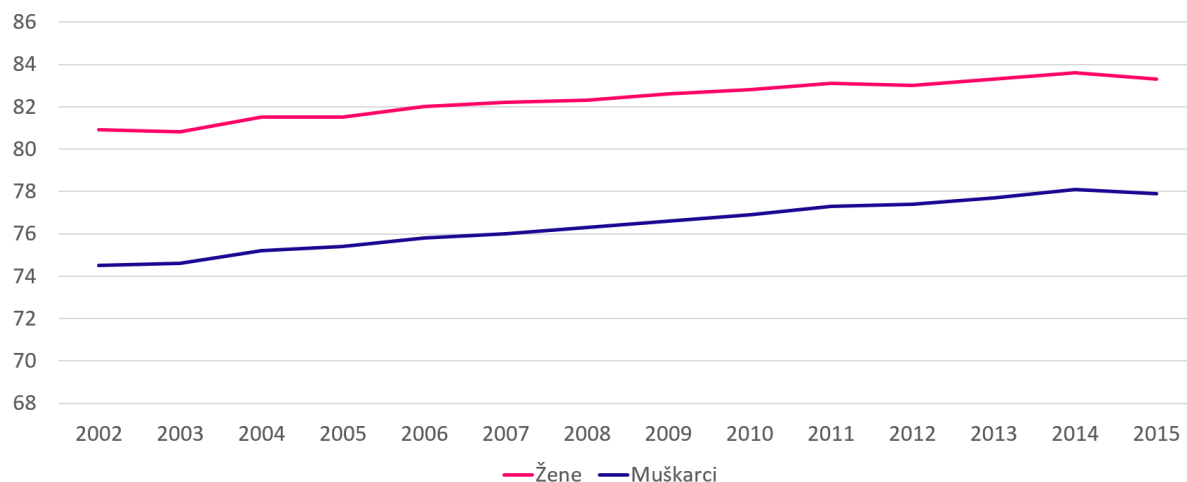
Unatoč velikom broju dosada objavljenih istraživanja o nejednakostima, usporedbe prema spolu objavljujane su mnogo rjeđe (142). Provedena istraživanja pokazuju da muškarci imaju bolji društveni položaj od žena (143), koji se odražava kroz lošiji socioekonomski status žena (144), njihov niži društveni položaj i niže plaće (142, 145). Neki autori smatraju kako uzrok ovih pojava leži u društvenim i kulturalnim normama prema kojima se od žena očekuje da brinu za obitelj (146) i usklade brigu o obitelji s radom izvan doma (147), što često dovodi i do prihvaćanja honorarnih poslova ili poslova s nepunim radnim vremenom (142, 145). Za žene se također pokazalo i da su izloženije stresnim uvjetima (145). Sve to postavlja žene na niže razine društvene ljestvice, što nepovoljno utječe na njihovo zdravlje (144, 147). Kada govorimo o spolnim razlikama u zdravlju, jedna od najparadoksnijih činjenica je da žene imaju veću stopu obolijevanja (142, 147), a u prosjeku žive dulje od muškaraca (142, 144, 145, 147, 148). Također žene češće pate od akutnih i kroničnih stanja koja nisu opasna po život, dok muškarci češće obolijevaju od bolesti opasnih po život (147). Objašnjenje za to bi se također moglo pronaći u društvenim i kulturalnim normama koje određuju spolne uloge. Stavovi o muževnosti (97, 149) često vode do rizičnih ponašanja kao što su pušenje, unos alkohola, neoprezna vožnja i nasilno ponašanje (144), zbog čega muškarci imaju veću stopu smrtnih slučajeva kada je riječ o nesrećama, nasilnoj smrti i kroničnim bolestima (97). Rizik od smrti veći je za muškarce nego za žene kod svih vodećih uzroka smrti. Iako muškarci općenito imaju manje zdravstvenih problema, oni problemi koje imaju su zdravstveno ozbiljniji nego kod žena. Muškarci češće stradavaju od ozljeda, dugotrajne invalidnosti i životno opasnih bolesti (150). U SAD-u, u svim socioekonomskim skupinama muškarci imaju veće stope smrtnosti od žena, a one su najveće u najnižim SES skupinama. Muškarci imaju dvostruko veće stope smrtnosti od žena kada su u pitanju nesreće, ubojstva, samoubojstva i ciroze jetre (97). Suprotno tomu, preventivni oblici ponašanja učestaliji su kod žena i pozitivno utječu na njihovo očekivano trajanje života (97). U pogledu preventivnog zdravstvenog ponašanja, žene češće uzimaju vitamine i odlaze na preventivne zdravstvene preglede, dok muškarci češće vježbaju, ali rjeđe odlaze na liječničke preglede (150). Ipak, žene češće od muškaraca koriste zdravstvene usluge i zaštitu, odlaze liječniku i češće su hospitalizirane (151-154). Češće odlaze liječniku dobrovoljno, po savjet i preventivno, dok muškarci češće odlaze liječniku jer im je pregled potreban zbog drugih razloga kao što su npr. zaposlenje, osiguranje i slično (152, 153). Također, postoje i razlike u percepciji socioekonomskog statusa između muškaraca i žena. Muškarci doživljavaju socioekonomski

status na osobnoj razini, dok se žene češće usmjeravaju na socioekonomski status cjelokupnog kućanstva (155).

Početkom dvadesetog stoljeća u industrijskim zemljama ženska populacija počela je nadživljavati mušku za nekoliko godina. U dvadeset i prvom stoljeću u tim istim zemljama žene nadživljavaju muškarce za skoro deset godina (156). Danas žene žive dulje od muškaraca u gotovo svim zemljama svijeta, a raskorak u godinama razlikuje se od društva do društva (157-160). Očekivano trajanje života muškaraca kraće je nego kod žena u većini zemalja svijeta za otprilike 6 do 8 godina (160). Razlike u očekivanom trajanju života veće su u zemljama s općenito većom stopom očekivanog trajanja života nego u onim s nižom. U zemljama s većom stopom očekivanog trajanja života razlike u trajanju života muškaraca i žena razlikuju se u rasponu od 4 do 7 godina više za žene, dok je u onima s nižim trajanjem života taj raspon 1 do 3 godine, također za žene (158). Ova razlika je veća u zemljama bivšeg Sovjetskog Saveza gdje je 1990-ih godina iznosila čak 13 godina. Suprotno, u SAD-u i drugim zemljama visokih prihoda ta razlika se smanjuje (160). Međutim, žene nisu oduvijek živjele dulje od muškaraca. U Europi i Sjevernoj Americi razlika u očekivanom trajanju života između žena i muškaraca povećavala se s ekonomskim razvojem i društvenim promjenama. Stopa smrti od posljedica trudnoće i poroda, koja je znatno utjecala na trajanje života žena, smanjila se s razvojem moderne medicine. Suprotno, spolna podjela rada muškarce izlaže rizičnijim zanimanjima (160).

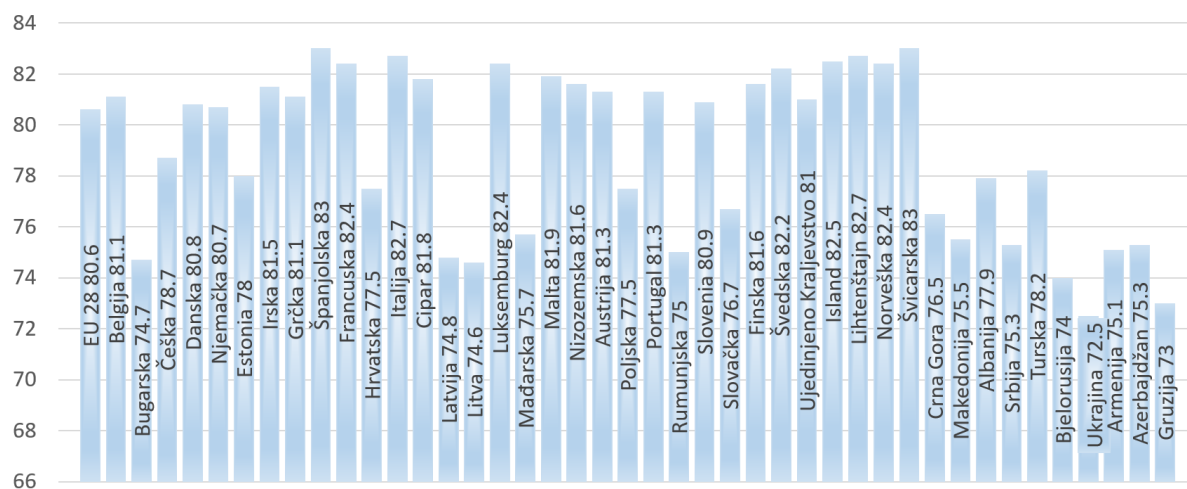
Prema podacima Eurostata (161) za 2015. godinu očekivano trajanje života žena u Europi i dalje je duže od očekivanog trajanja života muškaraca (Grafički prikaz 1.4). Razlika u očekivanom trajanju života između muškaraca i žena za zemlje EU-28 u toj je godini iznosila 5,4 godina. Ova razlika u očekivanom trajanju života razlikuje se među zemljama članicama te je tako najveća razlika od 10,5 godina zabilježena u Latviji, a najmanja od 3,3 godine u Nizozemskoj (Grafički prikaz 1.5).

Grafički prikaz 1.4 Očekivano trajanje života pri rođenju u godinama za EU-28 u razdoblju 2002-2015



Prilagođeno iz: Commission E. Eurostat: Statistics Explained (2017)

Grafički prikaz 1.5 Razlika u godinama u očekivanom trajanju života pri rođenju između muškaraca i žena 2015. godine



Prilagođeno iz: Commission E. Eurostat: Statistics Explained (2017)

Samo u nekim zemljama ekstremnog siromaštva i društvene nestabilnosti (npr. Zambija i Zimbabve) ne postoje razlike u očekivanom trajanju života među spolovima ili su vrlo male (najviše godinu dana) (158). U zemljama u kojima je društveni status žena vrlo nizak, očekivano trajanje života žena je manje. Na to utječu društveni čimbenici kao što su nedostatna i oskudna prehrana, komplikacije od čestih trudnoća, nedostatak moći i zaštite povezan sa spolno

prenosivim bolestima i ograničen pristup obrazovanju i modernoj zdravstvenoj skrbi (156, 160). Muškarci danas žive dulje od žena jedino u dijelovima svijeta gdje žene općenito imaju loš status i društveni položaj, na primjer u zemljama Sjeverne Azije (dijelovi Rusije i Mongolije) (159, 160).

Razlike u očekivanom trajanju života, kao i razlike u zdravstvenom stanju, između muškaraca i žena smanjene su u uvjetima gdje žene i muškarci žive i rade u sličnim uvjetima. Ovu je tezu potvrdilo i istraživanje zdravstvenog statusa 230 članova dva izraelska kibuca, gdje muškarci i žene jednako žive i rade u zajednici, a zdravstvena skrb je besplatna. Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali razlike ni u zdravlju ni u očekivanom trajanju života između muškaraca i žena (162).

Ovaj globalni trend većeg očekivanog trajanja života žena Lorber i Moore objašnjavaju dvjema pretpostavkama. Prva objašnjava ovu pojavu s biološkog stajališta, iznoseći tvrdnje obrambenih učinaka estrogena i potencijalno štetnih učinaka testosterona (156). Na primjer, kod ženskih fetusa je prisutan manji rizik od pobačaja i mrtvorodenosti, dok u samom početku života muške novorođenčadi testosteron usporava razvoj pluća u djeteta, što je glavni uzrok veće smrtnosti muške novorođenčadi. I u dječjoj dobi djeca muškog spola češće umiru od djece ženskog spola i tjelesno su slabija (156, 157, 159). U zrelim godinama života estrogen štiti žene od nekih vrsta srčano-žilnih bolesti (154), dok muškarci imaju i veći rizik od smrti do 75. godine starosti (157). Budući da ova pretpostavka ne uzima u obzir povijesne promjene i društvene razlike, druga pretpostavka koristi složeniji pristup u kojem spaja biološke i društvene čimbenike (156). Na primjer, žene prvenstveno manje unose alkohol i manje puše od muškaraca te manje sudjeluju u sukobima i nesrećama (154).

Trowler je 1996. godine iznio pet ključnih objašnjenja razlika u stopama obolijevanja i smrtnosti među spolovima i to: genetičko objašnjenje, strukturalno objašnjenje, objašnjenje vezano uz stres, kulturalno-ponašajno objašnjenje i materijalno objašnjenje. Genetički pristup razlikama u zdravlju između muškaraca i žena pristupa s biološkog stajališta. Objašnjenje razlika u obolijevanju ovdje leži u biološkim razlikama zbog kojih se smatra kako žene češće posjećuju liječnike radi menstruacije, kontracepcije, trudnoće i menopauze. Također, žene obolijevaju i od određenih bolesti specifičnih za žene kao što su rak grlića maternice i rak dojke (za muškarce isto vrijedi i za rak prostate). Strukturalni pristup ne objašnjava uzroke razlika, već ističe način na koji su razlike statistički određene. Ovaj pristup ne objašnjava zašto žene češće odlaze liječniku i ističe kako to ne znači da su muškarci zdraviji, već da statistički podatci pokazuju kako rjeđe odlaze liječniku. Objašnjenje vezano uz stres veću stopu obolijevanja za

žene objašnjava stresnom prirodom vođenja kućanstva što može dovesti do osjećaja usamljenosti, manjka potpore i osjećaja isključenosti. Stres je tim veći ako su žene ujedno i zaposlene i brinu se o kućanstvu. Kulturalno-ponašajni pristup objašnjava veću stopu umiranja i kraće trajanje života muškaraca ističući kako su oni češće uključeni u rizična ponašanja i nasilje te kako su češće nemarni u pogledu zdravstvenih i prehrambenih navika i zanemaruju posjete liječniku. Materijalni pristup objašnjava češće obolijevanje žena prirodom društvenih uloga koje im nameću velike odgovornosti brige za djecu i ostale ukućane. Također, žene uglavnom još uvijek rade za manju plaću od muškaraca i izloženije su riziku od siromaštva. Zbog svega toga su i izloženije stresu i razvitku bolesti vezanih uz stres (157).

Veliko istraživanje na 57 zemalja svijeta koje se bavilo društvenim odrednicama zdravlja kod muškaraca i žena nastojalo je objasniti razlike u samopoimanju zdravlja između žena i muškaraca. U istraživanje je bilo uključeno 103.154 muškaraca i 125.728 žena u razdoblju od 2002. do 2004. godine. Rezultati su pokazali kako su žene značajnije lošijeg zdravlja od muškaraca te kako je zdravlje povezano s obrazovanjem, prihodima, zaposlenjem i prihodima kućanstva. Autori su za 30% od svih nejednakosti između muškaraca i žena ponudili objašnjenja, od kojih se čak 75% odnosi na zaposlenje, obrazovanje i materijalni status. Najveći utjecaj na razlike imalo je zaposlenje, budući da je znatno veći broj muškaraca od žena bio zaposlen. Kao glavni razlog nezaposlenosti žene su navodile brigu za obitelj, dok su muškarci uglavnom navodili mirovinu, školovanje i nemogućnost pronalaska posla. Stupanj obrazovanja je još jedan od objašnjenja razlika budući da su muškarci imali i veći stupanj obrazovanja. Nizak stupanj obrazovanja, nezaposlenost i niski prihodi kućanstva pokazali su se povezanima s lošim zdravljem. Društveni uvjeti imali su drugačiji utjecaj na zdravlje muškaraca i žena. Na primjer, zaposlenost se pokazala kao veći pozitivni utjecaj za zdravlje muškaraca nego za zdravlje žena, dok je viši stupanj obrazovanja imao veći pozitivni utjecaj na zdravlje žena nego na zdravlje muškaraca. Ovo veliko istraživanje ukazalo je na postojanje potrebe za razmatranjem i uređivanjem društvenih struktura te smanjivanjem i ukidanjem institucionalne diskriminacije i štetnih spolno određenih normi i društvenih uloga koje utječu na kvalitetu zdravlja (143).

Rezultati jednog američkog istraživanja ukazuju na to kako su razlike u zdravlju između muškaraca i žena najmanje kod stanja opasnih po život. Isto istraživanje pokazalo je kako žene češće od muškaraca prijavljuju ograničenost u svakodnevnom životu te da se ta razlika s godinama starosti sve više povećava, dok muškarci češće od žena prijavljuju kako su izvrnog zdravlja, ali se razlika s godinama starosti smanjuje. Autori ističu kako bi trebalo dalje istraživati razlike u zdravstvenim ishodima kroz odraslu dob, budući da su rezultati njihovog

istraživanja pokazali kako se razmjeri nejednakosti razlikuju ovisno o životnoj dobi i mjeri zdravlja. Zaključuju kako rezultati upućuju na potrebu za reagiranjem na veći teret koji žene nose i na veću funkcionalnu ograničenost kroz cijelo odraslo doba te na uklanjanje uzroka i posljedica nepovoljnijeg društvenog položaja žena u odnosu na muškarce što bi vjerojatno dovelo do njihovog boljeg samopoimanja zdravlja (145).

I američko istraživanje utjecaja obrazovanja na zdravlje i smrtnost pokazalo je kako stupanj obrazovanja ima veći utjecaj na zdravlje žena nego muškaraca. Kod smrtnosti se utjecaj obrazovanja pokazao većim za muškarce nego za žene i to posebno kod smrti od raka pluća, bolesti dišnog sustava, moždanog udara, ubojstva, samoubojstva i nesreća. Dakle, rezultati su pokazali kako veći stupanj obrazovanja ima veći pozitivan utjecaj na zdravlje žena i na smrtnost muškaraca. Autori zaključuju kako obrazovanje smanjuje razlike među spolovima jer je kod žena zabilježeno lošije zdravlje, a kod muškaraca veća stopa smrtnosti. Iznose i pretpostavku kako će se nejednakosti u zdravlju i smrtnosti između muškaraca i žena, u slučaju da se trendovi u obrazovanju nastave razvijati u smjeru u kojem idu, a to je da žene sve više imaju visoko obrazovanje, sve više smanjivati (147).

Istraživanje koje je ispitivalo jednakost spolova na radnom mjestu i poimanje zdravlja pokazalo je kako žene koje smatraju da njihovo radno okruženje podržava jednakost spolova češće navode kako su dobro zdravlja od žena koje smatraju da njihovo radno okruženje ne podržava jednakost spolova. Naime, žene koje su osjećale jednakost spolova imale su 2,8 puta veće šanse za dobro zdravlje od onih koje nisu osjećale jednakost spolova. Nadalje, rezultati istraživanja nisu pokazali povezanost percepcije jednakosti i procjene zdravlja kod muškaraca. Autori kao moguće objašnjenje negativnih rezultata kod muškaraca navode kako su upravo muškarci oni koji najčešće profitiraju od uvjeta koji upućuju na nejednakost spolova u radnom okruženju (148).

I švedsko istraživanje iz 2007. godine pokazalo je kako muškarci manje iskuse nejednakost spolova od žena. Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako muškarci u prosjeku imaju niže obrazovanje od žena, ali unatoč tome i manje financijskih problema. Autori kao moguća objašnjenja navode potencijalan utjecaj obrazovanja i muškarca i žene iz kućanstva na financijsko stanje te također i mogućnost da razina obrazovanja ima veći utjecaj na vrstu zaposlenja i visinu prihoda kod žena nego kod muškaraca. Prema rezultatima istraživanja ove nejednakosti među spolovima u obrazovanju i financijskom stanju imale su utjecaj samo na zdravlje žena, ali ne i na zdravlje muškaraca. Razina obrazovanja i problemi s financijama pokazali su se izravno povezanim sa zdravljem samo kod žena (155).

Ekonomska kriza koja je započela 2007. godine imala je velik utjecaj na ekonomiju Europe. Tržište rada je jedan od krizom najjače zahvaćenih sustava. U cijeloj Europi stope zaposlenosti su padale dok je nezaposlenost osjetno rasla (163). Kriza nije jednako zahvatila muškarce i žene. Izvješće Europske komisije (164) koje je obuhvatilo 33 zemlje (EU članice, EEA-EFTA države i države kandidate za EU) pokazalo je kako se za vrijeme ekonomske krize razlike između muškaraca i žena smanjuju i to u zaposlenju, prihodima, uvjetima rada i stopama siromaštva. U izvješću se navodi kako je do ove pojave došlo iz više razloga. Kao prvo, muškarci su više pogođeni nezaposlenošću od žena i to dva do tri puta (ovisno o primijenjenoj mjeri). Drugo, nezaposlenost je kod muškaraca rasla više i brže te je porasla za 4,6 postotnih bodova više nego nezaposlenost kod žena. Kao rezultat navedenog, kod muškaraca je rasla neaktivnost dok se kod žena smanjivala. Na početku 2012. godine muškarci još uvijek nisu dosegli stopu aktivnosti od prije krize, dok su žene svoju neznatno prestigle. Također, u razdoblju od 2007. do 2010. godine razdor u plaćama između muškaraca i žena se smanjio u većini europskih zemalja i za 1,2 postotna boda u cijeloj Europi. Što se siromaštva tiče, stope siromaštva među zaposlenima su, od 2008. do 2010. godine, porasle jedino kod žena, iako neznatno, unatoč činjenici da su stope siromaštva veće kod muških radnika. Siromaštvo iskazano u prihodima je i dalje ostalo rasprostranjenije kod žena nego kod muškaraca, kao i prije krize, iako su se razlike i ovdje smanjile (164).

1.6. Mjere za smanjenje učinka socioekonomskih nejednakosti na zdravlje

Dok je o samim nejednakostima u zdravlju provedeno mnogo istraživanja, mjere za njihovo smanjenje znatno su manje istraživane (165).

U raspravi o mjerama za smanjenje učinka SES-a provlače se dva pitanja. Prvo je opravdanost provođenja ovih mjera, odnosno je li smanjenje učinka SES-a na zdravlje uopće nužno. Drugo je pitanje, ako je smanjenje učinka nužno, na koji način se može postići (166). Takve mjere mogu biti skupe i zahtjevne za provođenje što dodatno daje na važnosti pitanju opravdanosti njihova provođenja (167). Ako krenemo od pretpostavke da je nejednakost nepravedna te da je poželjno poticati jednakost, smanjenje nejednakosti u zdravlju čini se opravdanim. No, ovdje se postavlja pitanje treba li poticati jednakost u samom zdravlju ili u dostupnosti sredstava za postizanje i održavanje dobrog zdravlja (166, 167). Uzmemo li u obzir pravo čovjeka na slobodan izbor, svaki pojedinac, ako ima sredstva, može odlučiti kako će se odnositi prema svom zdravlju (166). Još jedan podatak koji ide u korist provođenju mjera za smanjenje utjecaja SES-a na zdravlje jest činjenica da nejednakosti utječu na sve pripadnike društva, što znači da bi smanjenje nejednakosti donijelo dobrobit ne samo skupini najbogatijeg zdravlja već i svima ostalima. Glavni primjer ovdje bi bile dobrobiti od smanjenja učestalosti zaraznih bolesti, korištenja alkohola i droga te smanjenje nasilja i kriminala, budući da sve navedeno utječe i na ostatak društva (167).

Mjere za smanjenje nejednakosti u zdravlju trebale bi obuhvaćati poboljšanje zdravlja siromašnih skupina, smanjenje razlika u zdravlju između siromašnih i bogatih skupina društva te poboljšanje zdravlja ostalih skupina društva pa i onih višeg SES-a. Budući da su siromašni samo jedna skupina društva i da se zdravstveni uvjeti brže poboljšavaju kod bogatijih skupina, važno je raditi na smanjenju razlika između ovih skupina na način da se zdravlje siromašnih brže poboljšava (165).

Budući da zdravlje ne određuje samo pristup i korištenje zdravstvenih usluga već čitav niz društvenih čimbenika koji se nakupljaju tijekom cijelog života, mjere za smanjenje učinka SES-a na zdravlje ne bi se trebale usmjeriti samo na zdravstveni sustav. Mjere bi svakako trebale uključivati postizanje jednake dostupnosti zdravstvene skrbi svima, ali i postizanje jednakosti u pristupu osnovnom obrazovanju, prikladnim uvjetima života i sigurnim prihodima (168). Učinkovite mjere bi trebale dovesti do pozitivnih promjena u zdravlju, izloženosti rizičnim čimbenicima i dostupnim dobrima ugroženih skupina (165).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (*WHO*) mjere za smanjenje učinka SES-a na zdravlje svrstavaju se u tri skupine. Prva skupina odnosi se na mjere za unaprjeđenje življenja, što uključuje uvjete u kojima se ljudi rađaju i odrastaju, uvjete obrazovanja, uvjete rada i življenja kao i uvjete za kvalitetniji život u starosti. Druga skupina odnosi se na mjere društvene politike, odnosno postizanje pravednije raspodjele moći, dobara koji su nužni za postizanje prihvatljivih uvjeta za život. Treća mjera odnosi se na mjere za povećanje dostupnosti zdravstvene skrbi i podizanje svijesti o društvenim odrednicama zdravlja. Za postizanje ovih mjera potreban je uključenost društva, vlada i civilnih organizacija (169).

1.7. Socioekonomske nejednakosti u zdravlju u Hrvatskoj

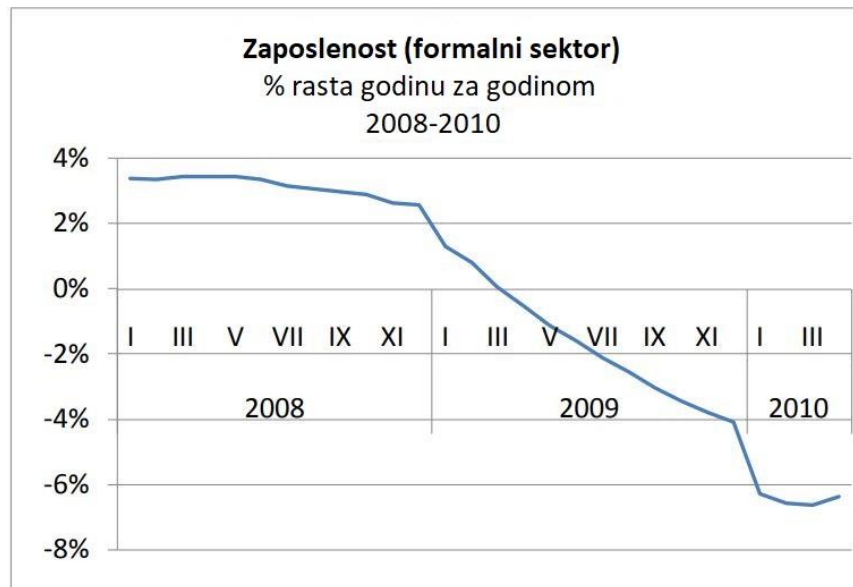
Socioekonomske nejednakosti u zdravlju povezuju se s tranzicijskim zemljama, pa tako i s Hrvatskom koja se u tranzicijskom razdoblju našla pred velikim promjenama u zdravstvenom sustavu kao što su sve veći troškovi i ograničenja u financiranju zdravstvene zaštite (170). U bivšim komunističkim zemljama socioekonomske nejednakosti su za vrijeme režima uglavnom bile potisnute. Tranzicija je dovela do razvoja novih društvenih slojeva, što je još više došlo do izražaja zbog posljedica rata u Hrvatskoj (40).

Hrvatsku je, kao i ostatak Europe u kasnom dvadesetom i ranom dvadeset i prvom stoljeću, pogodila ekonomska i društvena kriza. Društvo su zadesili problemi kao što su spor ekonomski rast, porast stope nezaposlenosti i inflacija. U Hrvatskoj je prisutan i razdor između raspodjele kapitala, što se često povezuje s procesom privatizacije državne imovine. Nejednaka raspodjela prihoda smatra se jednim od glavnih uzroka nejednakosti. Godine 1995. u najnižoj skupini prihoda bilo je 64,7% stanovnika Hrvatske te je na tu skupinu otpadalo 37,7% od ukupnih prihoda u državi. Godine 2001. broj stanovnika u najnižoj skupini prihoda gotovo se dvaput smanjio (36%), ali se i dio prihoda koji otpada na tu skupinu smanjio za čak tri puta (13%). S druge strane udio stanovnika u dvije najviše skupine prihoda 1995. godine bio je samo 2,8%, a u njihovoj kontroli bilo je 11,4% ukupnog prihoda. Tijekom 2001. godine na te je skupine otpadalo 15% populacije, a kontrolirali su čak 37% od ukupnih prihoda države. Najbogatija trećina stanovništva tada je kontrolirala čak 73% ukupnog državnog kapitala. Prije početka ekonomske krize, 2007. godine, najniža trećina društva posjedovala je između 10 i 11% ukupnog bruto dohotka, dok je gornja trećina posjedovala čak 65% bruto dohotka (171). U razdoblju od 2001. do 2009. godine dohodak 20% najbogatijih u društvu ubio je u prosjeku 4,4 puta veći od dohotka 20% najsiromašnijih u društvu (172). Prema ovome je vidljivo kako razdor raste i nejednakosti postaju sve izraženije. Ekonomska kriza također je ovdje imala utjecaja te je 2012. godine manjina od 4% stanovnika iz najviših skupina društva posjedovala čak 18,5% ukupnog bruto dohotka (171). Kriza je dovela do povećanih nejednakosti u zdravlju, koje su u Hrvatskoj čak i veće nego u ostatku Europe (170, 172). Hrvatska ima najvišu stopu rizika od siromaštva od svih zemalja Europske Unije. Tijekom 2012. godine ta je stopa bila 20,5% dok je za EU-27 bila 17% (171).

Prvo istraživanje siromaštva u Hrvatskoj provedeno je 1998. godine, a rezultate je objavila Svjetska banka 2000. godine (173) te je nakon toga nastavila objavljivati izvješća o siromaštvu u Hrvatskoj prema kojima su stope apsolutnog siromaštva od 1998. do 2008. godine iznosile u

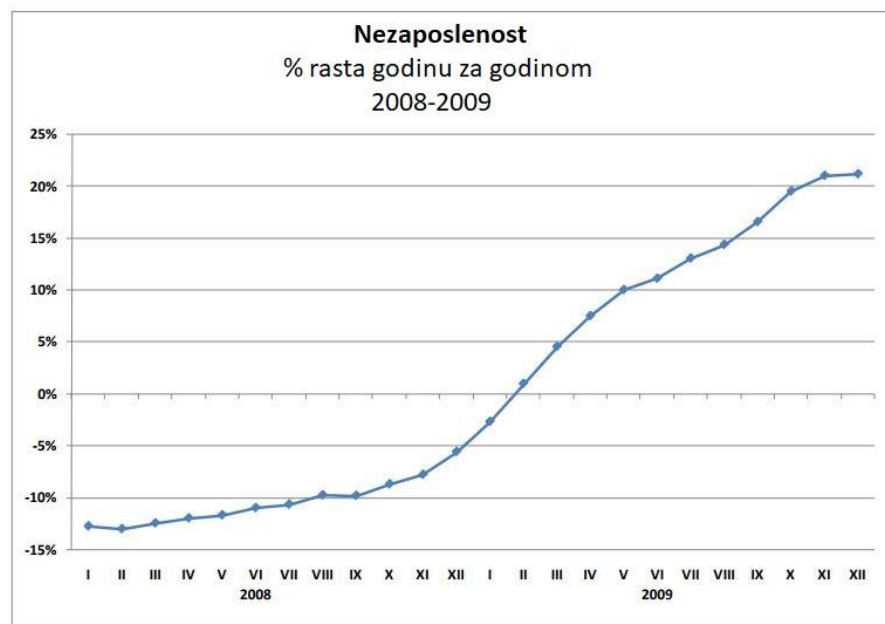
prosijeku 11% (173-175). U ovim je izvješćima zabilježeno kako je stopa rasta zaposlenosti osjetno pala za vrijeme ekonomske krize, počevši od 2008. godine, dok je stopa nezaposlenosti rasla (Grafički prikaz 1.6 i Grafički prikaz 1.7) (175).

Grafički prikaz 1.6 Pad potražnje za radnom snagom tijekom ekonomske krize u Hrvatskoj



Prilagođeno iz: Bank W. Croatia: Social impact of the crisis and the policy response - An assessment. Washington: 2010.

Grafički prikaz 1.7 Povećanje nezaposlenosti za vrijeme ekonomske krize u Hrvatskoj



Prilagođeno iz: Bank W. Croatia: Social impact of the crisis and the policy response - An assessment. Washington: 2010.)

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Hrvatska i dalje, u razdoblju od 2011. do 2014. godine doživljava pad zaposlenosti i rast nezaposlenosti, nakon čega 2015. godine broj zaposlenih počinje rasti, a broj nezaposlenih opadati (Tablica 1.4). No, usprkos padu stopa zaposlenosti, prema dostupnim podacima prosječne plaće s godinama rastu (Tablica 1.5) (176).

Tablica 1.4 Godišnji prosjek broja zaposlenih u Hrvatskoj 2011-2015

	Godina				
	2011	2012	2013	2014	2015
Ukupan broj zaposlenih, tis.	1 411	1 395	1 364	1 342	1 357

Prilagođeno iz: Državni zavod za statistiku RH: Hrvatska u brojkama 2016. Zagreb: 2016.

Tablica 1.5 Prosječna mjesečna plaća po zaposlenom u pravnim osobama 2011-2015

Godina	Prosječna mjesečna isplaćena plaća u kunama	
	neto	bruto
2011	5 441	7 796
2012	5 478	7 875
2013	5 515	7 939
2014	5 533	7 953
2015	5 711	8 055

Prilagođeno iz: Državni zavod za statistiku RH: Hrvatska u brojkama 2016. Zagreb: 2016.

Što se tiče razlika u zaposlenosti između muškaraca i žena, prema podacima iz 2015. godine, muškarci imaju veće stope zaposlenosti od žena, a žene veće stope nezaposlenosti te su zastupljenije među neaktivnim stanovništvom (Tablica 1.6). Muškarci su uglavnom u svim dobnim skupinama aktivniji od žena, dok im se žene po aktivnosti približavaju u dobi između 45-50 godina (Grafički prikaz 1.8). Također, žene imaju za oko 1 postotni bod veću stopu rizika od siromaštva od muškaraca, a razlika je najveća u najstarijoj dobnj skupini od 65 i više godina (6 postotnih bodova) te u skupinama neaktivnog i umirovljenog stanovništva (177).

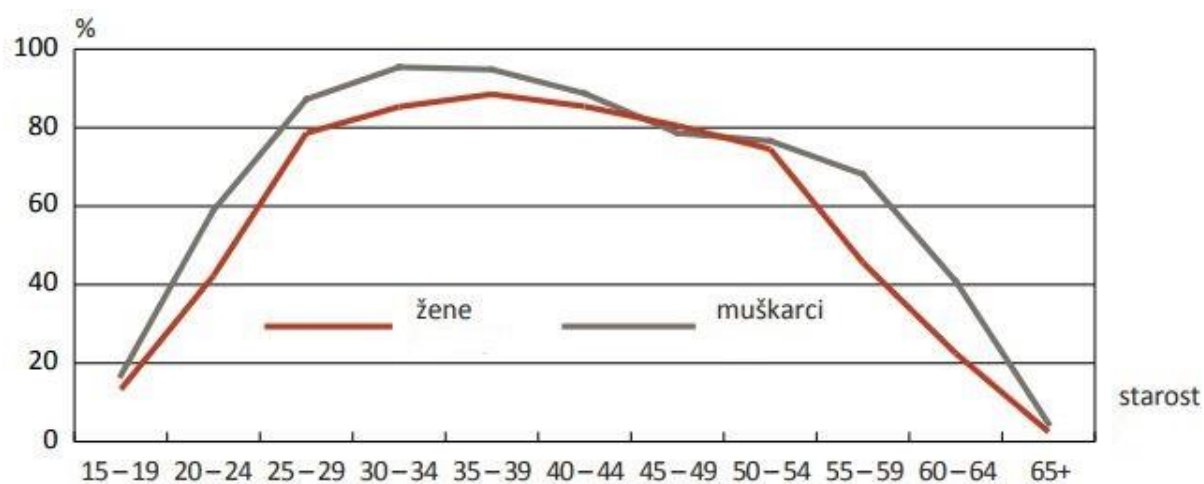
Kada pogledamo podatke o obrazovanju zaposlenih osoba u 2015. godini vidimo kako su žene i dalje nešto zastupljenije od muškaraca kod zaposlenih s nižim stupnjem obrazovanja, ali kako su također postale zastupljenije od muškaraca i u skupini zaposlenih s višim stupnjem obrazovanja (Grafički prikaz 1.9) (177).

Tablica 1.6 Stanovništvo Hrvatske od 15-e godine starosti prema aktivnosti u 2015.. godini

	Ukupno	Žene	Muškarci	Spolna raspodjela (%)	
				Žene	Muškarci
Ukupno	3 587	1 875	1 711	52,3	47,7
Aktivno stanovništvo	1 891	879	1 012	46,5	53,5
Zaposleni	1 585	730	855	46,1	53,9
Nezaposleni	306	149	157	48,6	51,4
Neaktivno stanovništvo	1 695	996	699	58,8	41,2
Stopa aktivnosti (%)	52,7	46,9	59,1	-	-
Stopa zaposlenosti (%)	44,2	39,0	50,0	-	-
Stopa nezaposlenosti (%)	16,2	16,9	15,6	-	-

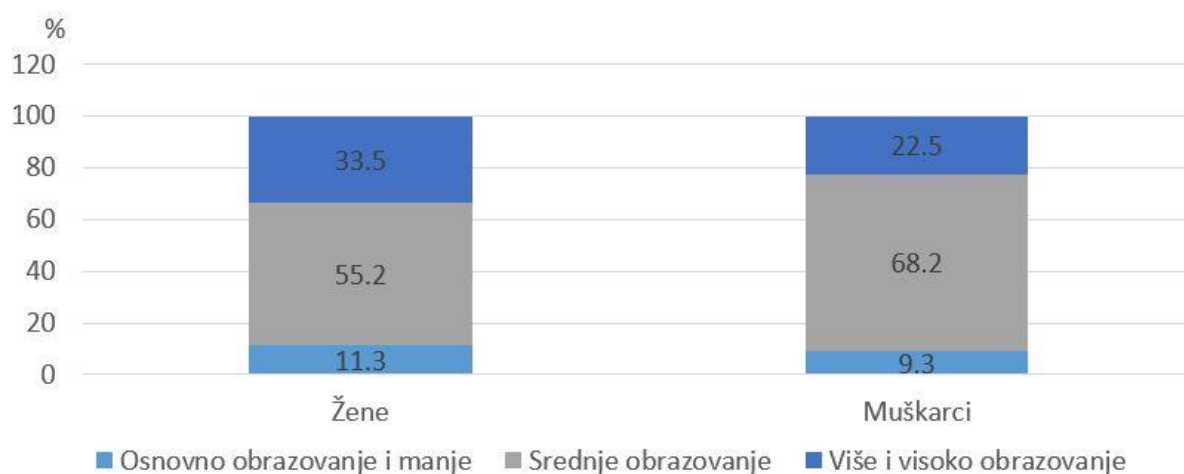
Prilagođeno iz: Državni zavod za statistiku RH: Žene i muškarci u Hrvatskoj 2017. Zagreb: 2017.

Grafički prikaz 1.8 Stopa aktivnosti prema starosti u 2015. godini



Prilagođeno iz: Državni zavod za statistiku RH: Žene i muškarci u Hrvatskoj 2017. Zagreb: 2017.

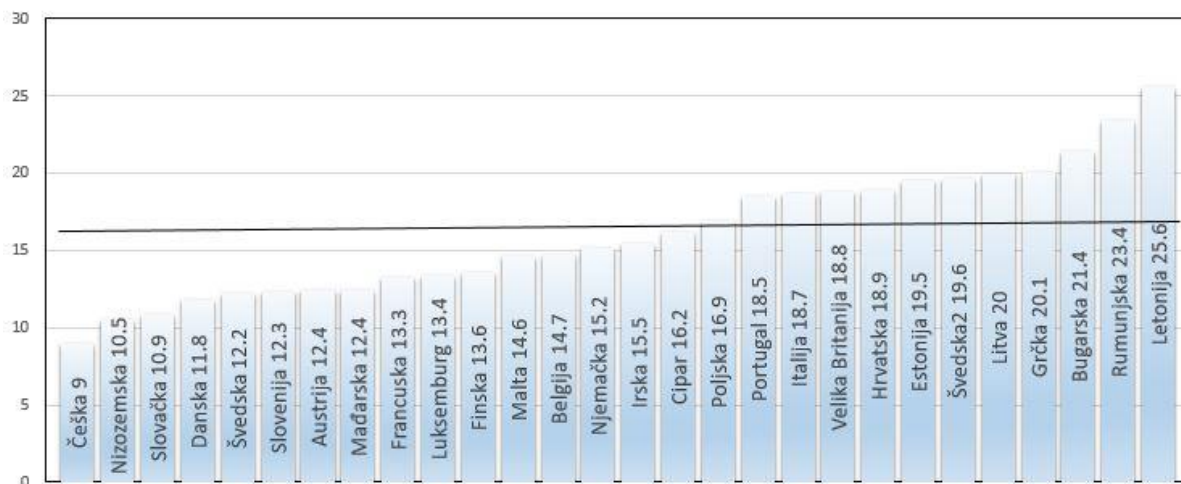
Grafički prikaz 1.9 Zaposlene osobe prema razini obrazovanja u 2015. godini



Prilagođeno iz: Državni zavod za statistiku RH. Žene i muškarci u Hrvatskoj 2017. Zagreb: 2017.

Istraživanje siromaštva u Hrvatskoj u razdoblju od 2001. do 2009. godine navodi kako se Hrvatska nalazi u 25% zemalja Europske unije koje imaju najviše stope relativnog siromaštva te da su stope relativnog siromaštva u vrijeme visokog ekonomskog rasta ostale gotovo nepromijenjene. Ističe se kako najveći rizik od siromaštva imaju skupine nezaposlenih, ali da je siromaštvo najrasprostranjenije među starijim stanovništvom i umirovljenicima. Iako je stopa relativnog siromaštva u Hrvatskoj u ovom razdoblju bila veća od prosjeka Europske unije, usporedba sa stopama siromaštva u tranzicijskim zemljama EU-a ukazuje da se Hrvatska nalazila negdje u prosjeku cijele razdiobe. Stope relativnog siromaštva u Hrvatskoj bile su znatno više nego u Češkoj, Sloveniji, Slovačkoj, Mađarskoj i Poljskoj, ali niže nego u Bugarskoj i Rumunjskoj. Također, podjednake ili više stope relativnog siromaštva imale su Italija, Portugal, Velika Britanija, Grčka i Španjolska (Grafički prikaz 1.10) (172).

Grafički prikaz 1.10 Stope relativnog siromaštva* u Hrvatskoj i zemljama EU 2008.



*Linija siromaštva 60% medijana nacionalnog dohotka; horizontalna linija prosjek EU

Prilagođeno iz: Šućur Z. Siromaštvo i dohodovne nejednakosti u Hrvatskoj: 2001.-2009. Revija za socijalnu politiku. 2011;18(2):245-56.

Istraživanje koje je za cilj imalo ispitati razlike u procjeni zdravlja i pristupu zdravstvenoj njezi prema prihodima, razini urbanizacije i regionalnoj distribuciji u Hrvatskoj i zemljama Europske Unije potvrdilo je nejednakosti u zdravlju prema navedenim pokazateljima. Pokazalo se kako ljudi u Hrvatskoj prijavljuju znatno lošije zdravlje nego u ostalim zemljama Europe te kako je razdor između najviših i najnižih društvenih skupina znatno veći nego u ostalim zemljama. U Hrvatskoj stanovnici seoskih područja mnogo češće ocjenjuju svoje zdravlje kao loše nego u ostalim zemljama Europe, dok je razlika u zdravlju između stanovnika seoskih i gradskih sredina značajna jedino u Hrvatskoj. Rezultati su pokazali značajne razlike između 4 skupine prihoda kod svih pokazatelja zdravlja uključenih u analizu (samo-procijenjen zdravstveni status, zadovoljstvo zdravljem, prisustvo dugotrajne bolesti ili ograničenja, pristup zdravstvenoj njezi i uslugama i kvaliteta zdravstvenih usluga). U svim zemljama uključenim u istraživanje ispitanici iz skupina viših prihoda prijavili su bolje zdravlje od onih s nižim prihodima, međutim znatno više hrvatskih ispitanika iz najniže skupine prihoda prijavilo je loše zdravstveno stanje nego ispitanika iz zemalja EU. Razlika između najsiromašnije i najniže skupine pokazala se znatno većom u Hrvatskoj nego u zemljama EU. Isto vrijedi i za ispitanike iz skupine s najnižim prihodima koji su prijavili kako udaljenost zdravstvenih ustanova smatraju velikim problemom. Također, znatno više seoskog stanovništva iz Hrvatske prijavilo je loše zdravlje od seoskog stanovništva iz EU. Omjer seoskog i gradskog stanovništva koje je

prijavljivalo loše zdravstveno stanje u ovom istraživanju u Hrvatskoj je bio čak za 80% veći u Hrvatskoj nego u zemljama EU. Također je ovaj omjer ispitanika koji su prijavili cijenu zdravstvenih usluga kao problem dvaput veći u Hrvatskoj nego u zemljama EU. Autori ovog istraživanja su stoga zaključili kako su nejednakosti u zdravlju znatno izraženije u Hrvatskoj nego u zemljama Europske Unije te za taj podatak smatraju kako bi trebao biti smjernica u oblikovanju reformi zdravstva u Hrvatskoj. U ovom istraživanju nisu korištene objektivne mjere, već subjektivna procjena zdravlja koja se može razlikovati od stvarnog zdravstvenog stanja, a i neke informacije su dostupne samo na upit upućen ispitanicima (na primjer zadovoljstvo zdravstvenim stanjem i zdravstvenim uslugama) (170).

Malo je istraživanja koja se bave isključivo utjecajem SES-a na zdravlje u Hrvatskoj, a postojeća istraživanja uglavnom ukazuju na povezanost nepovoljnih društvenih čimbenika s lošijim zdravljem i zdravstvenim ishodima. Rizična zdravstvena ponašanja pokazala su se povezanima s niskim SES-om (178), dok su se preventivna ponašanja pokazala su povezana s višim SES-om (179). Također, viši socioekonomski status i društveni kapital obitelji pokazali su se pozitivno povezanim s boljim zdravstvenim stanjem (170, 180).

Istraživanje povezanosti socioekonomskog statusa i obrazaca rizičnog ponašanja na odrasloj populaciji Hrvatske pokazalo je kako su rizična zdravstvena ponašanja povezana sa SES-om te kako su različita rizična ponašanja karakteristična za različite društvene skupine. Rezultati istraživanja pokazali su povezanost SES-a s prehranom, tjelesnom aktivnošću i pušenjem. Niski socioekonomski status pokazao se povezanim s nezdravim prehrabnim navikama ispitanika. Autori objašnjenje ovih rezultata pronalaze u izboru jeftinijih namirnica, manjku znanja o zdravoj prehrani, nereagiranju na preventivne poruke i pogrešnoj percepciji tjelesne težine, budući da skupinu niskog SES-a čine nisko obrazovani pojedinci, niskih primanja i jednostavnih zanimanja. Nadalje, prema rezultatima istraživanja niska tjelesna aktivnost i sjedilački način života pokazali su se najzastupljenijima u skupini visokog SES-a. Objašnjenje ovoga autori pronalaze u činjenici da pripadnici višeg SES-a uglavnom zaposleni u uredima za stolom, dok su pripadnici nižeg SES-a češće zaposleni na fizički napornijim poslovima (iako kao mogući problem i ograničenje navode činjenicu da pri analizi nisu klasificirali ispitanike na zaposlene i nezaposlene te prema vrsti posla kojeg obavljaju). Zanimljiv je i rezultat ovog istraživanja kako je pušenje bilo najzastupljenije u skupini srednjeg SES-a. Ovaj rezultat autori objašnjavaju ističući kako je pušenje u Hrvatskoj još uvijek trend, a skupinu srednjeg SES-a u uzorku činili su ispitanici mlađe i srednje dobi kod kojih je i inače pušenje zastupljenije u odnosu na ostale dobne skupine. Autori ovog istraživanja navode kako

su dosadašnje intervencije za smanjenje ovih rizičnih ponašanja uglavnom bile osmišljene na nacionalnoj razini za što smatraju da se nije pokazalo uspješnim jer na taj način teško dopiru do svih slojeva stanovništva. Stoga autori ističu kako rezultati ovog istraživanja upućuju na potrebu osmišljavanja intervencija koje bi bile usmjerene na specifične skupine stanovništva i rizična ponašanja koja su za te skupine karakteristična (178).

Istraživanje provedbe probira na odrasloj populaciji Hrvatske u vrijeme kada nisu postojali nacionalni programi probira, pokazalo je kako se ispitanici rijetko podvrgavaju preventivnim programima te kako je socioekonomski status povezan s pojedinim pregledima. Prema rezultatima žene višeg SES-a i iz gradskih područja češće su išle na preventivne preglede za rak dojke, kao i muškarci za rak prostate. Objašnjenje rijetkog podvrgavanja preventivnim programima autori nalaze u poslijeratnom tranzicijskom stanju zdravstva te u nepostojanju nacionalnih programa za promicanje probira. U skladu s tim vide i povezanost preventivnih pregleda s višim SES-om i gradskim porijeklom zbog veće osviještenosti i informiranosti ljudi iz tih društvenih skupina (179).

Istraživanja su pokazala i povezanost višeg društvenog kapitala s boljim zdravljem. Na uzorku hrvatskih srednjoškolaca provedena su dva istraživanja koja su ispitivala povezanost društvenog kapitala i zdravlja (180, 181). Istraživanje povezanosti društvenog kapitala i zdravlja na populaciji srednjoškolskih učenika u Hrvatskoj pokazalo je povezanost višeg društvenog kapitala s boljim samo-procijenjenim zdravljem. Točnije, rezultati su pokazali značajnu povezanost višeg društvenog kapitala obitelji (u vidu razumijevanja i pružanja pažnje), višeg povjerenja u susjedstvo i višeg uzajamnog slaganja učenika u školi s dobrim zdravljem (180). Drugo istraživanje provedeno na hrvatskim srednjoškolcima pokazalo je povezanost društvenog kapitala i mentalnog zdravlja. Psihološka rastrojenost pokazala se negativno povezana sa svim oblastima društvenog kapitala uključenima u istraživanje (potpora obitelji u školi, povjerenje u susjedstvo, povjerenje u odnos s nastavnicima i povjerenje u odnos s kolegama). Kod učenika s višom razinom obiteljske potpore, povjerenja u zajednicu i odnos s nastavnicima i ostalim učenicima te onih koji sudjeluju u životu zajednice manje je prisutna psihološka rastrojenost (181). Iako autori navode nekoliko ograničenja istraživanja kao što su mogućnost da uzročna veza ide u suprotnom smjeru (da je loše zdravlje zapravo uzrok niskoj razini povjerenja i drugih pokazatelja društvenog kapitala), korištenje subjektivnih mjera zdravlja i društvenog kapitala te mogućnost pogreške kod mjerenja u školama, ovi rezultati ističu važnost obitelji i okoline te osjećaja pripadnosti u životu mladih ljudi (180, 181).

Istraživanje na odrasloj populaciji Hrvatske pokazalo je povezanost nezaposlenosti s nastankom šećerne bolesti. Na uzorku od 2909 ispitanika istraživači su dijagnosticirali 163 nova slučaja šećerne bolesti. Ispitanici kojima je dijagnosticirana šećerna bolest bili su znatno stariji od ostalih ispitanika iz uzorka te je u toj skupini bilo znatno više nezaposlenih ispitanika. Između ove dvije skupine nije bilo znatne razlike u razini obrazovanja i financijskom stanju tako da je zaposlenost jedini pokazatelj socioekonomskog statusa korišten u istraživanju koji se pokazao povezan s prisustvom šećerne bolesti. Također, bračni status se pokazao povezan s nastankom šećerne bolesti, tako da su ispitanici koji su bili u braku ili vanbračnoj zajednici imali znatno veći rizik za obolijevanje od šećerne bolesti od onih koji nisu bili u braku ili vanbračnoj zajednici (182).

Istraživanje provedeno na umirovljenicama Osječko-Baranjske županije pokazalo je povezanost socioekonomskog statusa i prehrambenih navika te indeksa tjelesne mase. Pokazatelj socioekonomskog statusa bila su prosječna mjesečna primanja kućanstva na temelju čega su ispitanice podijeljene u skupine višeg i nižeg socioekonomskog statusa. Analiza je pokazala kako žene nižeg SES-a imaju veći indeks tjelesne mase i nezdravije prehrambene navike te su u skladu s tim izložene većem riziku od bolesti srčano-žilnog sustava. Autori ističu kako ovi rezultati pokazuju da socioekonomski status bitno utječe na prehrambene navike i indeks tjelesne mase. Smatraju kako loše prehrambene navike i visoki indeks tjelesne mase kod skupina nižeg SES-a posljedično dovode do većeg rizika od bolesti srčano-žilnog sustava. Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako i u Hrvatskoj postoji trend povezanosti niskog socioekonomskog statusa i značajnih rizičnih čimbenika s pojavom bolesti srčano-žilnog sustava, što ukazuje na potrebu usmjerenja preventivnih akcija na ranjive skupine među kojima su i oni lošijeg socioekonomskog statusa (183).

Pokazalo se i kako je kod žena viši stupanj obrazovanja povezan sa smanjenim rizikom od pretilosti. Istraživanje je pratilo 3229 ispitanika kroz 5 godina u razdoblju od 2003. do 2008. godine. Kod žena iz ispitivanog uzorka učestalo korištenje skrivenih masnoća u prehrani pokazalo se znatno pozitivno povezan, a viši stupanj obrazovanja znatno negativno povezan s razvojem pretilosti. Za ovaj negativan obrazac prehrane pokazalo se da povećava rizik od pretilosti za 20%, dok se za viši stupanj obrazovanja pokazalo da smanjuje rizik od pretilosti za 25%. Kod muškaraca iz uzorka nijedan prediktor se nije pokazao znatno povezanim s rizikom od pretilosti. Razlog tomu možda leži u znatno većem broju novo zabilježenih slučajeva pretilosti kod žena nego kod muškaraca (20,49% naspram 8,72%). Ovu se razliku možda može objasniti postojanjem naglog povećanja pretilosti kod žena u dobi od 35-45 godina dok kod

muškaraca takvog naglog skoka nema već učestalo postepeno dobivaju na težini. Autori ovog istraživanja ističu kako samo društveno stabilna i nepristrana društva mogu uspješno stati na kraj problemu sve veće pretilosti u društvu te napominju kako je Hrvatska doživjela promjenu u zdravstvenom ponašanju i zdravstvenim sustavu zbog posljedica rata i tranzicijskog procesa. Ističu kako je zdravstveno odgovorno ponašanje u Hrvatskoj zastupljenije u višim slojeva društva te kako su žene podložnije društvenim i ponašajnim rizicima za razvoj pretilosti. Smatraju kako se tradicionalni zdravstveni programi educiranja društva nisu pokazali učinkovitima, pogotovo kod nižeg društvenog sloja što bi svakako trebalo uzeti u obzir pri stvaranju novih preventivnih programa (184).

Petogodišnje kohortno istraživanje povezanosti stupnja obrazovanja i povišenog krvnog tlaka pokazalo je kako viši stupanj obrazovanja kod žena znatno bolje utječe krvni tlak. Povezanost se pokazala značajna za žene do 65 godina starosti, dok se za starije žene i za muškarce nije pokazala značajnom, iako je u skupini ljudi s povišenim krvnim tlakom bilo više ispitanika s nižim stupnjem obrazovanja. Također, pretilost se pokazala značajno povezanom s nižim stupnjem obrazovanja kod žena, dok kod muškaraca povezanost ni ovdje nije bila značajna. Autori navode kako bi se ovakvi rezultati dijelom mogli objasniti većim udjelom žena u ukupnom uzorku (987 žena naspram 396 muškaraca) te također i različitom percepcijom utjecaja obrazovanja na socioekonomski status kod muškaraca i žena, navodeći kako obrazovanje ima veći utjecaj na SES žena pa bi za muškarce možda primjerenija mjera bilo zanimanje. Nedostatak značajne povezanosti kod žena starije dobi objašnjavaju znatno većim brojem niže obrazovanih žena u toj dobnoj skupini što je utjecalo na percepciju nejednakosti među generacijama. Zaključuju kako skupine višeg obrazovanja i višeg socioekonomskog statusa bolje reagiraju na preventivne programe i više od njih profitiraju te kako bi se pri osmišljavanju istih svakako u obzir trebali uzeti u obzir društveni čimbenici (185).

Istraživanje koje je obuhvatilo populaciju starijih žena Hrvatske pokazalo je značajne razlike u zdravlju i preventivnim ponašanjima među kućanicama i umirovljenicama. Umirovljenice su znatno češće od kućanica odlazile na preventivne preglede dojki, dok za ostale preglede značajnih razlika nije bilo. Također, rezultati su pokazali lošije psihičko zdravlje i lošiju kvalitetu života kućanica u odnosu na umirovljenice. Što se tiče pokazatelja socioekonomskog statusa, znatno je više ispitanica iz skupine kućanica imalo niži stupanj obrazovanja od umirovljenica te su znatno više svoj standard života ocjenjivale kao ispodprosječan. Pošto su kućanice također imale i viši sistolički krvni tlak te opseg struka

posljedično su imale i veći rizik za nastanak bolesti srčano-žilnog sustava. Ovakvi rezultati upućuju na zaključak kako kućanice manje vode brigu o zdravlju od zaposlenih žena (186).

Pokazalo se i da nezaposlenost ima negativan utjecaj na tjelesno i psihičko zdravlje (187, 188). Istraživanje utjecaja nezaposlenosti na zdravlje na uzorku registriranih nezaposlenih osoba u Hrvatskoj pokazalo je kako je i tjelesno i psihičko zdravlje povezano s subjektivnom i objektivnom financijskom oskudicom, s tim što je stupanj povezanosti veći za subjektivnu oskudicu i psihičko zdravlje. Subjektivna oskudica ovdje je određena kao izraženost financijskih briga i dostatnost prihoda za zadovoljenje različitih potreba, a objektivna kao prihod po članu obitelji. Rezultati ovog istraživanja upućuju na postojanje značajne veze između financijskih okolnosti u kojima žive nezaposleni i njihovog zdravlja, kako tjelesnog tako i psihičkog, na način da su lošiji uvjeti povezani s lošijim zdravljem (187). Drugo istraživanje utjecaja nezaposlenosti na zdravlje Hrvata pokazalo je kako je u skupini nezaposlenih znatno veći broj prepisanih lijekova nego u skupini zaposlenih stanovnika, što upućuje na negativan utjecaj nezaposlenosti na zdravlje. Najveća razlika prisutna je kod prepisivanja antipsihotika i antidepresiva što ukazuje na utjecaj nezaposlenosti i na psihičko zdravlje. Ovi rezultati koji pokazuju da nezaposleni koriste više lijekova od zaposlenih upućuju na potrebu programa prevencije i smanjenja problema nezaposlenih koji utječu na njihovo zdravlje, a posebno na psihičko zdravlje (188).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi istraživanja

Glavni cilj disertacije bio je utvrditi opseg i obrasce povezanosti socioekonomskih pokazatelja sa zdravstvenim stanjem i učestalosti rizika za pojavu bolesti, odvojeno za muškarce i žene. Pri tome su u procjeni zdravstvenog stanja korišteni rezultati mjerenja, samoprijavljena povijest bolesti te Upitnik općeg zdravstvenog stanja eng. *General Health Questionnaire* (GHQ-30) (189), s posebnim naglaskom na rizicima za nastanak srčano-žilnih bolesti i rizicima za nastanak tumora. Dodatno je bila istražena i povezanost socioekonomskog statusa s pojedinim oblicima zdravstveno-vezanog ponašanja, poput obrasca prehrane, tjelesne aktivnosti te korištenja vitamina i minerala, zasebno za muškarce i žene.

Osim toga, dodatni cilj bio je i usporediti rezultate iz tri populacije – gradske, populacije većeg otoka i manjeg otoka, kako bi se istražio učinak društvenog okruženja na pojavu socioekonomskih nejednakosti u zdravlju kod muškaraca i žena.

2.2. Hipoteze istraživanja

Razlike u socioekonomskom statusu izraženije su u Splitu nego na otocima.

Povezanost socioekonomskog statusa i čimbenika rizika za razvoj bolesti izraženija je kod žena.

Povezanost socioekonomskog statusa i istraživanih bolesti izraženija je kod žena.

Povezanost socioekonomskog statusa i čimbenika rizika izraženija je u Splitu nego na otocima.

Povezanost socioekonomskog statusa i istraživanih bolesti izraženija je u Splitu nego na otocima.

3. METODE I MATERIJALI

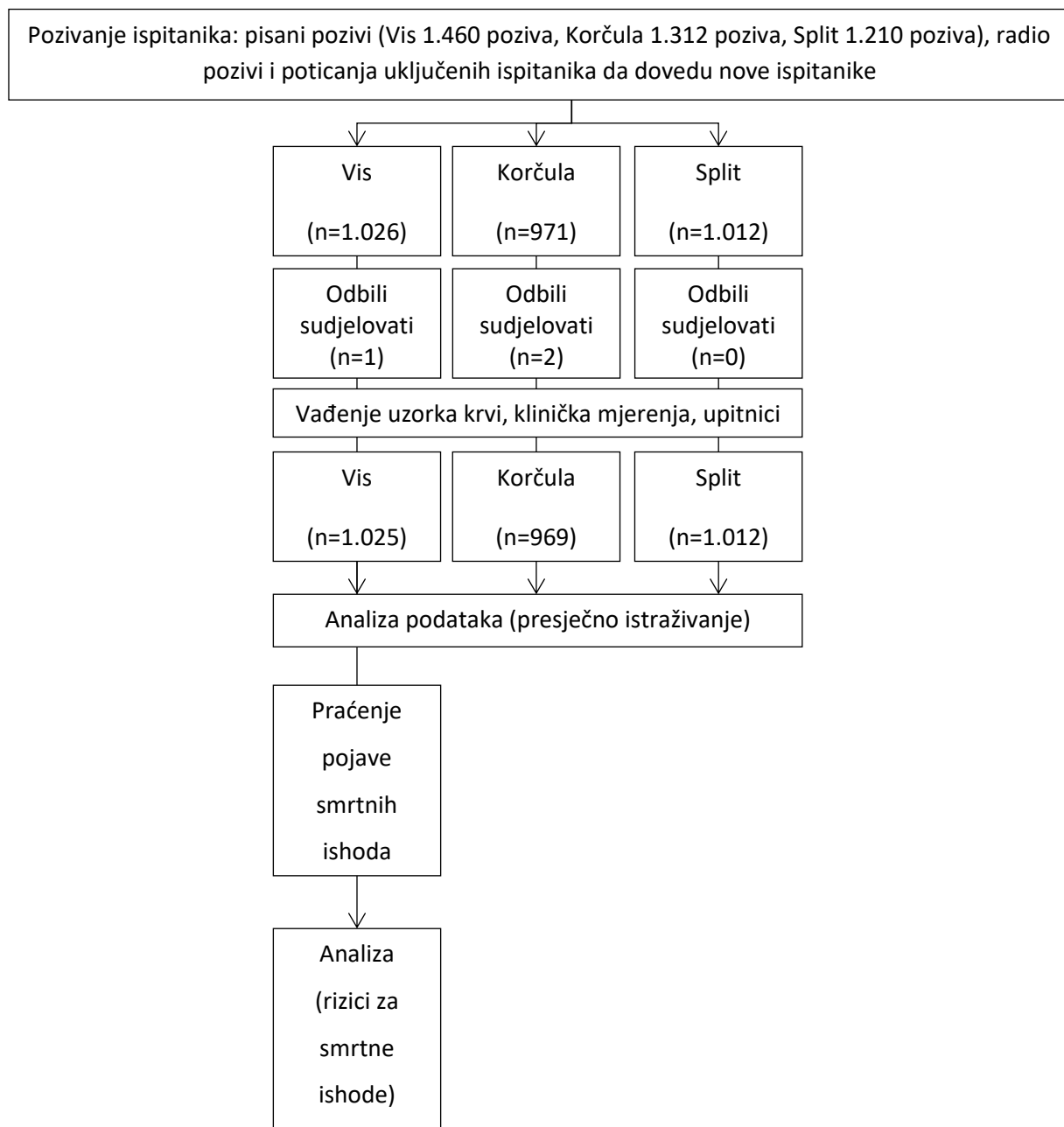
3.1. Metode istraživanja

3.1.1. Ustroj i ishod istraživanja

Ovo istraživanje prema svojem metodološkom okviru i pristupu bilo je presječno istraživanje na prigodnom uzorku. Mjesta provođenja istraživanja bila su grad Split te otoci Vis i Korčula. Uzorkovanje i prikupljanje podataka za otok Vis provedeno je 2003. i 2004. godine, za otok Korčulu 2007., a za grad Split 2008. i 2009. godine.

Analizirani su podatci prikupljeni mjerenjima i upitnikom. Za glavnu (primarnu) mjeru ishoda analizirane su razlike između muškaraca i žena u socioekonomskom statusu i zdravlju te utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje kod muškaraca i žena. U analizi podataka korištena je logistička regresija sa zasebnim modelom za oba spola i svaku istraživaču lokaciju. Kao izlazne varijable korištena su 33 binarna ishoda (pojedine bolesti, čimbenici prehrane i rizičnog ponašanja, psihološka rastrojenost, višestruko obolijevanje i smrtnost za otok Vis).

Slika 3.1 Hodogram istraživanja



3.1.2. Ispitanici

Ispitanici u ovom istraživanju potječu iz tri populacije: otok Vis, otok Korčula te grad i šire gradsko područje Splita. Uključivanje je na Visu provedeno 2003. i 2004. godine, na Korčuli 2007. godine, dok je u Splitu provedeno 2008. i 2009. godine. Ispitanici su dragovoljno pristupali istraživanju nakon pozivanja putem sredstava javnog informiranja (prezentacija

projekta, radijska emisija, posteri i plakati, pozivi putem lokalne vjerske zajednice i osobni kontakti) i poštanskih pozivnica poslanih svim stanovnicima istraživanih područja (ponajprije za otoke Vis i Korčulu). Kriteriji uključivanja bili su stanovanje na području grada Splita te otoka Visa i Korčule. Kriteriji isključivanja bili su maloljetnost i nesposobnost samostalnog odlučivanja. U gradu Splitu je u istraživanje uključeno 1012 ispitanika, na otoku Visu 1025, a na otoku Korčuli 969 ispitanika, što čini ukupan uzorak od 3006 ispitanika.

Pod pretpostavkom 3% pogreške anketnog uzorka i neograničene veličine populacije, uz 95% raspona pouzdanosti i pretpostavku ujednačene raspodjele anketnih odgovora, potrebna veličina uzorka iznosi 1009 osoba za grad Split. Pod istim pretpostavkama i ograničenom veličinom populacije za otoke Vis i Korčulu pripadajuće veličine uzorka određene su kao 927 uzoraka za otok Korčulu (pretpostavka je da na istočnom dijelu otoka koji je uključen u istraživanje realno obitava oko 7000 stanovnika) te 624 za otok Vis (uz pretpostavku da je ukupna populacija otoka Visa oko 1800 stanovnika).

3.1.3. Postupci

Zdravstveni rizici određeni su pomoću mjerenja (krvni tlak, masnoće, glukoza) i upitnika (prehrambene navike, opće zdravstveno stanje). Od mjerenja su analizirani krvni tlak (izmjeren manualnim tlakomjerom u sjedećem položaju, nakon najmanje 10 minuta mirovanja) i indeks tjelesne mase (izračunat kao omjer težine i kvadrirane vrijednosti visine, izraženo u kg/m^2). Od mjerenja iz uzorka krvi analizirane su četiri skupine lipidnih molekula (ukupni kolesterol, lipoprotein niske gustoće – LDL, lipoprotein visoke gustoće – HDL i trigliceridi, mjereni metodom fotometrije s kolesterol oksidazom [kolesterol], homogenom enzimatskom metodom uz izmijenjeni PEG i acikloheksan-sulfat [HDL], izračunom prema Friedwaldu [LDL] te UV fotometrijom s glicerolfosfat-oksidazom [trigliceridi]). Dodatno je analizirana i koncentracija glukoze i glikiranog hemoglobina (HbA1C), mjenjenih fotometrijom s UV heksokinazom (glukoza) te metodom kationske izmjene uz elektroforezu i vezanje prema srodnosti, kompatibilno s DCCT/UK PDS standardom.

Kao izlazne varijable korištena su 33 binarna ishoda koja prikazuju:

- zdravstveno stanje i bolesti [povišeni krvni tlak, neregulirani i povišeni krvni tlak, šećerna bolest, neregulirana šećerna bolest, giht, hiperuricemija, hiperlipidemija

(LDL), hiperlipidemija (HDL), hiperlipidemija (trigliceridi), hiperlipidemija (ukupni kolesterol)],

- obrasce ponašanja i životnog stila [prekomjeren unos alkohola, tjelesna aktivnost tijekom radnog dijela dana, tjelesna aktivnost tijekom slobodnog dijela dana, unos vitamina, unos minerala, pokazatelji prehrane (unos maslinovog ulja, životinjskih masnoća, svježeg voća, lisnatog povrća, korjenastog povrća, krumpira, bijele ribe, plave ribe, morskih plodova i školjki, rakova, svinjetine, govedine, divljači i piletine)] i
- psihološke rastrojenosti mjerene upitnikom *General Health Questionnaire 30* (189).

Višestruko obolijevanje je definirano kao prisustvo barem dvije bolesti kod istog ispitanika, što je uključivalo povišeni krvni tlak, hiperlipidemiju, hiperuricemiju, šećernu bolest i giht. U početnoj analizi usporedili smo ispitanike s dvije ili više bolesti s onima s nijednom bolesti. Poslije smo usporedili ispitanike s tri i ispitanike s četiri bolesti s onima s koji imaju dvije ili manje bolesti.

Povezanost socioekonomskog statusa i smrtnosti istraživali smo za populaciju Visa, budući da smo za taj uzorak imali dovoljno podataka o smrtnosti za analizu s obzirom na vrijeme koje je prošlo od prvotnog prikupljanja podataka. Podatci o smrtnosti su preuzeti iz registra Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

3.2. Instrumenti istraživanja

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti:

1. Upitnik o pokazateljima socioekonomskog statusa (Prilog 10.1.)

Ovaj upitnik je preuzet iz istraživanja socioekonomskih nejednakosti u zdravlju stanovnika Visa (190). Upitnik se sastoji od 8 pitanja kojima se propituje stupanj obrazovanja, zanimanje, radni status te materijalno stanje ispitanika. Za određivanje socioekonomskog statusa korišteno je ukupno pet odrednica: godine školovanja, procjena objektivnog materijalnog stanja prema prijavljenim prihodima (ova varijabla nije korištena na populaciji Visa), procjena subjektivnog materijalnog stanja, posjedovanje materijalnih dobara (lista od 16 dobara korištena u prijašnjim istraživanjima [vodovodne cijevi, dva televizora, WC s vodokotlićem, perilica posuđa, spavaća soba, računalo, centralno grijanje ili grijanje na plin, više od 100 knjiga, drveni podovi, umjetnine, telefon, auto, videorekorder, vikendica ili drugi stan, zamrzivač i brod]) (190, 191) i radni status.

2. Upitnik o općim zdravstvenim podacima (Prilog 10.2.)

Za prikupljanje općih zdravstvenih podataka ispitanika korištena je samoprijavljena anamneza 12 bolesti (povišeni krvni tlak, srčana bolest, moždani udar, shizofrenija, manija/depresija, zloćudni tumor, šećerna bolest, giht, glaukom, upala zglobova, bubrežna bolest, ulkusna bolest - čir), gdje su ispitanici uz potvrdu postojanja nekih od navedenih bolesti navodili koje godine je bolest dijagnosticirana te uzimaju li terapiju za tu bolest. Dodatno je za žene propitana dob menarhe i menopauze te povijest rađanja i pobačaja.

3. Upitnik o prehrambenim navikama (Prilog 10.3.)

Upitnik je preuzet iz istraživanja socioekonomskih nejednakosti u zdravlju stanovnika Visa (190). Ovim upitnikom ispitanici su propitani o brojčanosti dnevnih obroka i učestalosti konzumiranja različitih dnevnih obroka i namirnica te o načinu pripreme hrane. Prikupljene su informacije o masnoćama koje ispitanici koriste pri pripremi hrane, načinu pripremanja povrća, učestalosti korištenja svježe i smrznute hrane, navikama u uzimanju tekućine i šećera, provođenju dijete te uzimanju vitamina i minerala. Učestalost konzumiranja pojedinih vrsta prehrambenih namirnica iskazana je ljestvicom od 1 do 5, pri čemu 1 označava svaki dan, 2 dva do tri puta tjedno, 3 jednom tjedno, 4 rijetko, a 5 nikada. Namirnice su podijeljene u 14 skupina.

Podatci dobiveni iz ovog upitnika koji su korišteni u analizi su podatci o učestalosti pojedinih oblika prehrane te podatci o uzimanju vitamina i minerala u obliku dodataka prehrani.

4. Upitnik o općem zdravstvenom stanju (Prilog 10.4.)

Zdravlje je ispitivano korištenjem Upitnika o općem zdravstvenom stanju (engl. *General Health Questionnaire*), i to inačice s 30 pitanja (GHQ-30). Ovim upitnikom ispitana je psihološka rastrojenost ispitanika te različiti osjećaji kao što su osjećaji korisnosti, ograničenosti, uplašenosti i panike, opterećenosti, depresivnosti i nesreće, gubitka samopouzdanja i sreće. Iz ovog upitnika izvedene su i varijable koje su se temeljile na pokazateljima o koncentraciji, zaposlenosti i zadovoljstvu radom, snalaženju u vlastitim uvjetima, slaganju s i naklonosti prema drugim ljudima, sposobnosti donošenja odluka, prevladavanja poteškoća i suočavanja s problemima i uživanju u svakodnevnim aktivnostima. Psihološka rastrojenost je mjerena koristeći originalni binarni model ocjenjivanja sa skalom 0-0-1-1. Na odgovore o prisutnosti simptoma na koje su ispitanici odgovarali potvrdno dodijeljen je 1 bod, a na odgovore na koje su o prisutnosti simptoma odgovarali negativno dodijeljeno je 0 bodova (192, 193). Bodovi su na kraju zbrajani te je tako dobiven indeks psihološke rastrojenosti koji je mogao iznositi od 0 do 30 bodova. Svi ispitanici s indeksom 0-4 boda smatrani su psihološki nerastrojenima, dok su ispitanici s indeksom od 5 i više bodova smatrani psihološki rastrojenima. Specifičnost i osjetljivost ovakve metode već je istražena te je procijenjena na 80-81% (189).

5. Anketni upitnik rizika za šećernu bolest i kronične nezarazne bolesti (WHO *Diabetes and Chronic Non-Communicable Diseases Questionnaire*) (Prilog 10.5.)

Upitnikom su ispitana zdravstveno vezana rizična ponašanja kod ispitanika. Ispitani su obrasci pušenja ispitanika (puše li, što puše, koliko dugo i koliko često), unos alkohola i to tjedni unos alkoholnih pića u litrama te je iz tih podataka izvedena varijabla prekomjernog unosa alkohola koja je klasificirana kao konzumiranje više od dvije jedinice dnevno za žene i više od 3 jedinice dnevno za muškarce (pri čemu je za vino i pivo jedna jedinica definirana kao 200 ml, a za žestoka pića kao 30 ml), i tjelesna aktivnost tijekom svakodnevnog rada i slobodnog dijela dana.

3.3. Statistički postupci

U analizi su korištene deskriptivne i inferencijalne statističke metode. Za prikaz središnje tendencije korišten je prosjek ili medijan, a za mjere raspršenja standardna devijacija ili interkvartilni raspon, ovisno o raspodjeli podataka. U analizi podataka korištena je logistička regresija. Rađen je poseban analitički model za svaku od tri lokacije istraživanja i to zasebno za muškarce i zasebno za žene, što je rezultiralo s ukupno 6 posebnih analitičkih modela u kojima su kao izlazne varijable korištena 33 binarna ishoda. Ova 33 binarna ishoda su varijable koje prikazuju zdravstveno stanje i bolesti [povišeni krvni tlak, neregulirani povišeni krvni tlak, šećerna bolest, neregulirana šećerna bolest, giht, hiperuricemija, hiperlipidemija (LDL), hiperlipidemija (HDL), hiperlipidemija (trigliceridi), hiperlipidemija (ukupni kolesterol)], obrasce ponašanja i životnog stila [prekomjeren unos alkohola, tjelesna aktivnost tijekom radnog dijela dana, tjelesna aktivnost tijekom slobodnog dijela dana, unos vitamina, unos minerala, pokazatelji prehrane (unos maslinovog ulja, životinjskih masnoća, svježeg voća, lisnatog povrća, korjenastog povrća, krumpira, bijele ribe, plave ribe, morskih plodova i školjki, rakova, svinjetine, govedine, divljači i piletine)] i psihološke rastrojenosti mjerene upitnikom GHQ-30. Za ispitivanje povezanosti socioekonomskog statusa i višestrukog obolijevanja također je korištena binarna logistička regresija, dok je za ispitivanje povezanosti socioekonomskog statusa i smrtnosti korištena Cox-ova regresija. Učinak zbunjujućih čimbenika uklonjen je korištenjem multivarijatnih metoda (logističke i Cox-ove regresije). Analiza je provedena korištenjem statističkog programa SPSS ver. 18 (SPSS Inc, Chicago, IL), s razinom statističke značajnosti postavljenom na $P < 0,001$ zbog višestrukih testiranja.

4. Rezultati

Ukupno je u analizu uključeno 3006 ispitanika iz tri populacije; 1025 ispitanika na otoku Visu, 969 ispitanika na otoku Korčuli i 1012 ispitanika u gradu Splitu. Ispitanici u otočnim skupinama nisu se razlikovali po prosječnoj dobi, koja je u obje otočne populacije iznosila oko 56 godina, ali u usporedbi s prosječnom dobi ispitanika u gradu Splitu postojala je značajna razlika budući da je prosječna dob bila za oko 6 godina niža ($P < 0,001$). Prema spolnoj strukturi ove se tri populacije nisu značajno razlikovale (Tablica 4.1).

Kod pokazatelja socioekonomskog statusa postojala je značajna razlika između tri istraživane populacije kod 4 odrednice socioekonomskog statusa i to i kod muškaraca i kod žena. Subjektivna procjena materijalnog stanja pokazala je značajne razlike u procjenama između stanovnika otoka i stanovnika Splita i kod muškaraca i kod žena. Ispitanici iz gradske populacije znatno su bolje doživljavali svoj materijalni status od ispitanika iz otočnih populacija i značajno češće ga opisivali kao boljeg od drugih u društvu te značajno rjeđe kao lošijeg od drugih u odnosu na ispitanike iz otočnih populacija ($P < 0,001$). Isti rezultat dobili smo i za objektivni materijalni status budući da su ispitanici iz Splita značajno češće prijavljivali više prihode, a značajno rijede niže prihode u odnosu na ispitanike s Korčule ($P < 0,001$). Materijalni status kućanstva značajno se razlikovao u sve tri populacije te je najmanji bio na otoku Visu, a najveći u Splitu ($P < 0,001$). Razina obrazovanja kod muškaraca se značajno razlikovala između ispitanika s otoka i iz grada, dok značajne razlike između dva otoka nije bilo. Kod žena je osim razlike otoka i grada, postojala i značajna razlika između dva otoka ($P < 0,001$). I kod muškaraca i kod žena socioekonomski status mjeren ovim pokazateljima pokazao se najnižim na otoku Visu, a najvišim u gradu Splitu. Za sve se tri populacije pokazalo se kako žene imaju niži socioekonomski status od muškaraca, budući da su bile zastupljenije u skupinama lošijeg subjektivnog i objektivnog materijalnog stanja, da su imale nižu razinu obrazovanja za otprilike jednu godinu školovanja te su čak prijavljivale i nešto niži materijalni status kućanstva od muškaraca (Tablica 4.1).

Tablica 4.1 Demografska i socioekonomska obilježja tri istraživane populacije

	Populacija			P*
	Vis (n=1,025)	Korčula (n=969)	Split (n=1,012)	
Demografska obilježja				
Dob u godinama; prosjek±SD; (min-max)	56,1±15,6 (17,5-90,8)	56,3±14,2 (18,0-98,0)	50,3±14,4 (18,0-85,0)	<0,001
Spol; n (%)				
Muškarci	426 (41,6)	345 (35,6)	395 (39,0)	0,024
Žene	599 (58,4)	624 (64,4)	617 (61,0)	
Socioekonomska obilježja				
Muškarci				
Subjektivna procjena materijalnog statusa				
Lošije nego drugi	65 (15,3)	36 (10,8)	22 (5,6)	<0,001 ^{ks, vs}
Isto kao drugi	253 (59,5)	202 (60,8)	212 (53,8)	
Bolje nego drugi	107 (25,2)	94 (28,3)	160 (40,6)	
Objektivni materijalni status (samo-prijavljeni osobni prihodi)				
Do 4,000 kn	np	113 (34,0)	27 (6,9)	<0,001
4,001-6,000 kn	np	86 (25,9)	71 (18,0)	
6,001-8,000 kn	np	62 (18,7)	93 (23,6)	
8,001 kn i više	np	71 (21,4)	203 (51,5)	
Materijalni status kućanstva prema listi posjedovanja	9,98±2,56	10,76±2,89	11,49±2,34	<0,001 ^{vk, vs, ks}
Razina obrazovanja (godine školovanja)	10,85±3,40	11,41±3,08	13,49±2,82	<0,001 ^{vs, ks}
Žene				
Subjektivna procjena materijalnog statusa				
Lošije nego drugi	122 (20,5)	82 (13,6)	48 (7,8)	<0,001 ^{ks, vs}
Isto kao drugi	355 (59,7)	388 (64,6)	354 (57,5)	
Bolje nego drugi	118 (19,8)	131 (21,8)	214 (34,7)	
Objektivni materijalni status (samo-prijavljeni osobni prihodi)				
Do 4,000 kn	np	236 (39,3)	102 (16,6)	<0,001
4,001-6,000 kn	np	170 (28,3)	133 (21,6)	
6,001-8,000 kn	np	98 (16,3)	122 (19,8)	
8,001 kn i više	np	97 (16,1)	259 (42,0)	
Materijalni status kućanstva prema listi posjedovanja	9,10±2,78	10,32±2,73	11,16±2,51	<0,001 ^{vk, vs, ks}
Razina obrazovanja (godine školovanja)	9,37±3,60	10,57±3,45	12,90±3,07	<0,001 ^{vk, vs, ks}

*Analiza varijance, s LSD post-hoc testom, gdje vs označava značajnu razliku na razini $P < 0.001$ između Visa i Splita, vk između Visa i Korčule i ks između Korčule i Splita. T-test je korišten kod objektivnog materijalnog statusa, budući da podatci nisu bili dostupni za populaciju Visa; SD - standardna devijacija

Rezultati su pokazali i značajne razlike u ispitivanim zdravstvenim obilježjima između tri istraživane populacije. Iako je najveća prevalencija povišenog krvnog tlaka zabilježena na Korčuli, na Visu je zabilježeno značajno više slučajeva nereguliranog povišenog krvnog tlaka gdje je ispitanicima izmjeren krvni tlak iznad 140/90 mmHg unatoč uzimanju lijekova za povišeni krvni tlak ($P < 0,001$). Značajna razlika u populacijama vidi se i na primjeru šećerne bolesti gdje je najmanje slučajeva zabilježeno u Splitu (dvostruko manje nego na Korčuli), a najviše na Korčuli ($P < 0,001$). Značajne razlike zabilježene su i u slučaju hiperlipidemije i to

uglavnom s najmanjim brojem zabilježenih slučajeva na Visu, a najvećim na Korčuli (osim u slučaju triglicerida) ($P < 0,001$) (Tablica 4.2).

Tablica 4.2 Zdravstvena obilježja tri istraživane populacije

	Populacija			P
	Vis (n=1,025)	Korčula (n=969)	Split (n=1,012)	
Izmjeren povišeni krvni tlak (krvni tlak iznad 140/90 mmHg); n (%)	354 (34,5)	439 (45,3)	240 (23,7)	<0,001
Neregulirani povišeni krvni tlak (izmjeren povišeni krvni tlak unatoč uzimanju lijekova); n (%)	298 (84,2)	213 (48,5)	117 (48,8)	<0,001
Hiperlipidemija – ukupan kolesterol iznad 5 mmol/L; n (%)	424 (41,9)	687 (70,9)	695 (68,7)	<0,001
Hiperlipidemija - LDL iznad 3,5 mmol/L; n (%)	544 (53,8)	747 (77,1)	776 (76,7)	<0,001
Hiperlipidemija, trigliceridi; n (%)	370 (36,6)	248 (25,6)	289 (28,6)	<0,001
Hiperlipidemija, HDL; n (%)	493 (48,8)	815 (84,1)	771 (76,2)	<0,001
Šećerna bolest (povijest bolesti; HbA1c iznad 6,0; n (%))	132(12,9)	153 (15,8)	74 (7,3)	<0,001
Neregulirana šećerna bolest (HbA1c iznad 6,0 unatoč uzimanju lijekova za šećernu bolest); n (%)	36 (3,6)	27 (5,4)	27 (2,7)	0,028
Gigt (povijest bolesti); n (%)	65 (6,3)	46 (4,7)	32 (3,2)	0,003
Hiperuricemija (mokraćna kiselina iznad 403 mmol/L); n (%)	139 (13,6)	92 (9,5)	96 (9,5)	0,003

Kod zdravstveno vezanih rizičnih obrazaca ponašanja također su uočene značajne razlike između tri istraživane populacije. Na razini statističke značajnosti od $P < 0,001$ zabilježene su razlike kod tjelesne aktivnosti i prekomjernog unosa alkohola. Tjelesna aktivnost je ispitivana i za radni dio dana i za slobodni dio dana. Umjerenu ili tešku tjelesnu aktivnost i na poslu i u slobodno vrijeme najviše su prijavljivali ispitanici s Korčule što ih čini najviše tjelesni aktivnima. Najviše slučajeva prekomjernog unosa alkohola zabilježeno je na otoku Visu, a najmanje (i to dvostruko manje) u gradu Splitu (Tablica 4.3).

Tablica 4.3 Zdravstveno vezani rizični obrasci ponašanja u tri istraživane populacije

	Populacija			P
	Vis (n=1025)	Korčula (n=969)	Split (n=1012)	
Pušenje; n (%)	342 (33,5)	247 (25,9)	318 (31,5)	0,001
Tjelesna aktivnost za vrijeme rada (umjerena ili teška); n (%)	670 (68,1)	674 (70,9)	475 (47,6)	<0,001
Tjelesna aktivnost u slobodnom dijelu dana (umjerena ili teška); n (%)	477 (46,8)	586 (61,7)	514 (51,0)	<0,001
Prekomjerman unos alkohola*; n (%)	118 (11,5)	88 (9,1)	59 (5,8)	<0,001

*Više od 2 jedinice dnevno za žene i više od 3 jedinice dnevno za muškarce (1 jedinica=200 ml za vino i pivo i 30 ml za žestoka pića)

Kod obrazaca prehrane također su utemeljene značajne razlike među istraživanim populacijama. Razlike na statističkoj značajnosti od $P < 0,001$ zabilježene su kod uzimanja vitamina i minerala u obliku dodataka prehrani te kod unosa pojedinih namirnica jednom tjedno i češće. Rezultati su pokazali kako ispitanici iz Splita znatno više uzimaju vitamine i minerale u obliku dodataka prehrani u odnosu na ispitanike s otoka. U Splitu je zabilježena skoro pa tri puta češća upotreba životinjskih masti kod pripreme hrane u odnosu na otoke, dok je na otocima zabilježen značajno češći unos ribe u odnosu na Split, i to najčešći na Visu. Što se tiče svježeg voća i povrća najčešći je unos zabilježen u Splitu (Tablica 4.4).

Tablica 4.4 Obrasci prehrane i unosa dodataka prehrani u tri istraživane populacije

	Populacija			P
	Vis (n=1025)	Korčula (n=969)	Split (n=1012)	
Unos vitamina u obliku dodataka prehrani; n (%)	400 (40,1)	390 (41,2)	591 (58,9)	<0,001
Unos minerala u obliku dodataka prehrani; n (%)	203 (19,8)	117 (12,1)	253 (25,0)	<0,001
Unos maslinovog ulja jednom tjedno ili češće; n (%)	992 (98,2)	922 (97,9)	991 (98,8)	0,275
Unos životinjskih masnoća jednom tjedno ili češće; n (%)	122 (12,0)	110 (11,4)	317 (31,3)	<0,001
Unos svježeg voća jednom tjedno ili češće; n (%)	912 (89,7)	859 (94,5)	966 (95,7)	<0,001
Unos lisnatog povrća jednom tjedno ili češće; n (%)	696 (95,0)	835 (92,0)	965 (95,8)	0,001
Unos korjenastog povrća jednom tjedno ili češće ; n (%)	850 (83,8)	810 (89,1)	904 (90,0)	<0,001
Unos krumpira jednom tjedno ili češće; n (%)	969 (95,3)	805 (88,7)	929 (92,4)	<0,001
Unos bijele ribe jednom tjedno ili češće; n (%)	800 (79,2)	690 (76,2)	694 (69,4)	<0,001
Unos plave ribe jednom tjedno ili češće; n (%)	769 (75,8)	649 (71,6)	687 (68,6)	0,001
Unos morskih plodova jednom tjedno ili češće; n (%)	144 (14,4)	221 (24,3)	243 (24,3)	<0,001
Unos svinjetine jednom tjedno ili češće (%)	215 (21,3)	393 (43,4)	364 (36,4)	<0,001
Unos govedine jednom tjedno ili češće; n (%)	528 (52,5)	454 (50,1)	532 (53,1)	0,369
Unos divljači jednom tjedno ili češće; n (%)	33 (3,4)	93 (10,3)	31 (3,1)	<0,001
Unos piletine jednom tjedno ili češće; n (%)	895 (88,5)	754 (83,0)	912 (90,3)	<0,001

Rezultati izvedeni iz upitnika općeg zdravstvenog stanja, kojim je utvrđeno i postojanje psihološke rastrojenosti kod ispitanika, pokazali su kako je najviša prevalencija psihološke rastrojenosti kod ispitanika na otoku Visu u odnosu na otok Korčulu i grad Split ($P < 0,001$). Značajne razlike su se pokazale prisutne i kod pojedinih varijabli ovog upitnika koje su se

odnosile na osjećaje beznačajnosti, tjeskobe, ograničenosti, depresije i nervoze gdje su najgori pokazatelji zabilježeni otoku Visu ($P < 0,001$) (Tablica 4.5).

Tablica 4.5 Opće stanje i psihološka rastrojenost ispitanika u tri istraživane populacije

	Populacija			P
	Vis (n=1025)	Korčula (n=969)	Split (n=1012)	
Psihološka rastrojenost*; n (%)	416 (40,6)	297 (30,7)	333 (32,9)	<0,001
Manjak koncentracije; n (%)	229 (22,4)	132 (13,6)	174 (17,2)	<0,001
Osjećaj goreg stanja od drugih; n (%)	146 (14,3)	86 (9,1)	86 (8,5)	<0,001
Osjećaj stalne ograničenosti; n (%)	216 (21,2)	128 (13,6)	164 (16,3)	<0,001
Doživljaj života kao beskrajne borbe; n (%)	342 (33,5)	212 (22,5)	272 (27,0)	<0,001
Osjećaj nesreće i depresivnosti; n (%)	267 (26,2)	188 (19,9)	196 (19,5)	<0,001
Osjećaj beznačajnosti; n (%)	81 (7,9)	30 (3,2)	47 (4,7)	<0,001
Doživljaj beznadnog života; n (%)	116 (11,4)	49 (5,2)	62 (6,2)	<0,001
Stalni osjećaj nervoze i napetosti; n (%)	303 (29,7)	200 (21,2)	236 (23,5)	<0,001
Osjećaj nevrjednosti življenja; n (%)	103 (10,1)	48 (5,1)	37 (3,7)	<0,001
Osjećaj ograničavajućih problema s nervozom; n (%)	105 (10,3)	37 (3,9)	59 (5,9)	<0,001

*GHQ indeks ≥ 5 bodova

Rezultati analize izlaznih varijabli u modelima logističke regresije pokazali su znatan manjak značajne povezanosti socioekonomskog statusa sa zdravstvenim i zdravstveno rizičnim pokazateljima. Od ukupno 2,310 testiranih povezanosti samo ih se 10 pokazalo statistički značajnima na razini značajnosti $P < 0,001$, što je ukupno 0,43% od svih mogućih povezanosti. Također, nijedna od značajnih povezanosti nije ponovljena u oba spola niti u svim istraživanim populacijama te su podjednako zastupljene u oba spola (po 5 značajnih povezanosti za muškarce i žene). Ovaj neočekivani manjak značajne povezanosti upućuje na visoku razinu homogenosti u istraživanoj populaciji.

Kod analize povezanosti socioekonomskog statusa i ispitivanih bolesti nije utvrđena nijedna značajna povezanost na razini značajnosti $P < 0,001$.

Analiza povezanosti pokazatelja prehrane i socioekonomskog statusa rezultirala je s dvije značajne povezanosti na razini značajnosti $P < 0,001$ i to u slučaju uzimanja vitamina u obliku dodataka prehrani i u slučaju unosa divljači jednom tjedno i češće. Uzimanje vitaminskih dodataka prehrani pokazalo se značajno povezano s razinom obrazovanja kod žena s otoka Korčule. Pokazalo se kako viša razina obrazovanja kod ovih ispitanica dovodi do češćeg unosa vitaminskih dodataka prehrani (OR 1,13 [1,06-1,20]) (Tablica 4.19). Unos divljači jednom tjedno i češće također se pokazao značajno povezanim s razinom obrazovanja na otoku Korčuli, ali ovaj put kod muškaraca s tim da je viša razina obrazovanja bila povezana sa smanjenim unosom divljači (OR 0,76 [0,66-0,87]) (Tablica 4.32).

Analiza povezanosti zdravstveno rizičnih čimbenika ponašanja sa socioekonomskim statusom rezultirala je sa 7 značajnih povezanosti na razini značajnosti $P < 0,001$. Pušenje se pokazalo značajno povezanim sa subjektivnim socioekonomskim statusom kod žena na Korčuli te s razinom obrazovanja kod muškaraca u Splitu. Kod žena na Korčuli je samo-procijenjen srednji socioekonomski status pozitivno utjecao na smanjenu učestalost pušenja (OR 0,31 [0,16-0,60]), dok je kod muškaraca u Splitu viša razina obrazovanja također pozitivno utjecala na smanjenu učestalost pušenja (OR 0,81 [0,74-0,89]). U oba slučaja je bolji SES povezan sa smanjenim pušenjem (Tablica 4.34). Umjerena do teška tjelesna aktivnost pokazala se povezana sa socioekonomskim statusom u populaciji Splita i kod muškaraca i kod žena, ali kod različitih pokazatelja SES-a. U oba slučaja je niži SES bio povezan s težom tjelesnom aktivnošću za vrijeme rada, što je kod muškaraca vidljivo na primjeru obrazovanja, a kod žena na primjeru prihoda (Tablica 4.36). Tjelesna aktivnost za vrijeme slobodnog vremena pokazala

se povezanom s radnim statusom kod muškaraca i žena na otoku Visu. Nezaposlenost kod žena (OR 0,25 [0,12-0,54]) i umirovljenost/uzdržavanost kod muškaraca (OR 0,18 [0,10-0,33]) pokazala se povezanom sa smanjenom tjelesnom aktivnošću u slobodnom dijelu dana (Tablica 4.37).

Psihološka rastrojenost se pokazala povezanom sa socioekonomskim statusom kod žena na otoku Visu i to preko subjektivnom materijalnog statusa. Za žene je doživljaj socioekonomskog statusa kao srednjeg, odnosno istog kao i kod drugih, bio povezan sa smanjenom psihološkom rastrojenosti (OR 0,38 [0,23-0,63]) (Tablica 4.38).

Rezultati analize povezanosti socioekonomskog statusa i višestrukog obolijevanja nisu pokazali značajnu povezanost, ni kod višestrukog obolijevanja od dvije ili više prisutnih bolesti ni kod višestrukog obolijevanja od tri i više prisutnih bolesti.

Nakon razdoblja praćenja za otok Vis je utvrđeno 139 smrtnih slučajeva. Spolna struktura umrlih relativno je uravnotežena, s 64 muškarca (46%) i 75 žena (54%). I ovdje rezultati analize nisu pokazali značajnu povezanost socioekonomskog statusa sa smrtnošću i to s ukupnom smrtnošću, kao i smrtnošću od bolesti srčano-žilnog sustava i smrtnošću od tumora.

Povezanost socioekonomskog statusa i općih zdravstvenih pokazatelja

Tablica 4.6 Povezanost povišenog krvnog tlaka* i socioekonomskog statusa

Povišeni krvni tlak		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,386	1,00	0,613	1,00	0,632	1,00	0,777	1,00	0,477	1,00	0,465	1,00
	Isto kao i drugi	0,448	0,73 [0,33-1,61]	0,368	0,77 [0,44-1,34]	0,840	0,91 [0,40-2,10]	0,643	1,15 [0,62-2,14]	0,225	0,52 [0,18-1,48]	0,338	0,65 [0,27-1,56]
	Bolje nego drugi	0,185	0,51 [0,19-1,37]	0,370	0,70 [0,33-1,50]	0,673	1,23 [0,46-3,27]	0,986	0,99 [0,46-2,12]	0,307	0,56 [0,18-1,70]	0,705	0,82 [0,31-2,18]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,506	1,00	0,123	1,00	0,831	1,00	0,892	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,750	0,90 [0,47-1,70]	0,143	0,68 [0,41-1,13]	0,597	1,31 [0,47-3,62]	0,751	0,89 [0,45-1,77]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,246	0,63 [0,29-1,37]	0,231	0,67 [0,35-1,28]	0,889	0,92 [0,33-2,60]	0,894	1,05 [0,49-2,24]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,178	0,55 [0,23-1,31]	0,462	1,30 [0,64-2,64]	0,940	1,04 [0,36-2,93]	0,615	0,81 [0,37-1,79]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,654	1,00	0,366	1,00	0,779	1,00	0,635	1,00	0,234	1,00	0,327	1,00
	Nezaposlen/a	0,418	0,62 [0,20-1,94]	0,394	0,57 [0,16-2,04]	0,319	1,54 [0,65-3,66]	0,604	1,21 [0,58-2,52]	0,433	0,61 [0,18-2,05]	0,536	0,69 [0,21-2,22]
	Umirovljen/a/Udržavan/a	0,506	0,79 [0,39-1,57]	0,204	1,53 [0,79-2,96]	0,991	1,00 [0,51-1,96]	0,656	0,87 [0,50-1,54]	0,197	1,49 [0,81-2,74]	0,648	1,16 [0,60-2,26]
	Kućanica	np	np	0,241	1,56 [0,74-3,29]	np	np	0,518	1,23 [0,64-2,36]	np	np	0,239	0,51 [0,16-1,56]
	Materijalni status kućanstva	0,440	1,04 [0,93-1,16]	0,228	1,05 [0,96-1,14]	0,371	0,95 [0,86-1,05]	0,121	0,93 [0,84-1,01]	0,119	1,09 [0,97-1,22]	0,236	1,06 [0,95-1,18]
	Razina obrazovanja	0,249	0,95 [0,88-1,03]	0,011	0,91 [0,85-0,97]	0,192	0,94 [0,86-1,02]	0,270	0,96 [0,89-1,03]	0,773	0,98 [0,90-1,08]	0,016	0,90 [0,82-0,98]
	Dob	<0,001	1,05 [1,02-1,08]	<0,001	1,04 [1,02-1,06]	0,001	1,04 [1,01-1,06]	<0,001	1,09 [1,07-1,12]	<0,001	1,06 [1,03-1,08]	<0,001	1,11 [1,07-1,14]

*Krvni tlak iznad 140/90 mmHg; por. – poredbena skupina

Tablica 4.7 Povezanost nereguliranog povišenog krvnog tlaka* i socioekonomskog statusa

Neregulirani povišeni krvni tlak		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,744	1,00	0,584	1,00	0,719	1,00	0,875	1,00	0,311	1,00	0,621	1,00
	Isto kao i drugi	0,499	1,26 [0,63-2,52]	0,325	0,77 [0,47-1,28]	0,476	1,37 [0,57-3,33]	0,738	0,89 [0,46-1,71]	0,301	0,50 [0,13-1,85]	0,387	0,62 [0,21-1,82]
	Bolje nego drugi	0,452	1,37 [0,59-3,17]	0,360	0,73 [0,37-1,42]	0,792	1,15 [0,39-3,38]	0,605	0,8 [0,34-1,86]	0,143	0,34 [0,08-1,43]	0,332	0,54 [0,16-1,85]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,378	1,00	0,622	1,00	0,449	1,00	0,731	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,254	1,49 [0,75-2,96]	0,489	0,81 [0,46-1,44]	0,455	1,62 [0,45-5,76]	0,420	1,39 [0,61-3,16]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,864	1,08 [0,41-2,81]	0,576	0,79 [0,35-1,78]	0,800	0,83 [0,21-3,3]	0,882	1,07 [0,41-2,79]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,395	0,59 [0,18-1,96]	0,512	1,33 [0,56-3,20]	0,465	1,64 [0,43-6,17]	0,801	0,87 [0,31-2,43]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,024	1,00	0,156	1,00	0,135	1,00	0,129	1,00	0,883	1,00	0,391	1,00
	Nezaposlen/a	0,326	1,52 [0,65-3,55]	0,120	1,75 [0,86-3,56]	0,041	3,09 [1,04-9,14]	0,070	2,37 [0,93-6,03]	0,736	0,75 [0,14-3,85]	0,995	0,99 [0,19-5,10]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,006	2,21 [1,25-3,91]	0,301	0,75 [0,43-1,29]	0,045	2,50 [1,01-6,15]	0,720	1,14 [0,54-2,43]	0,790	1,12 [0,47-2,69]	0,373	1,55 [0,59-4,07]
	Kućanica	np	np	0,821	1,07 [0,57-2,02]	np	np	0,153	1,81 [0,80-4,12]	np	np	0,557	0,64 [0,14-2,81]
	Materijalni status kućanstva	0,634	0,97 [0,88-1,07]	0,154	1,05 [0,98-1,13]	0,974	0,99 [0,88-1,12]	0,193	0,93 [0,83-1,03]	0,073	1,15 [0,98-1,35]	0,167	1,10 [0,95-1,27]
	Razina obrazovanja	0,766	1,01 [0,94-1,08]	0,432	1,02 [0,96-1,08]	0,155	0,93 [0,84-1,02]	0,709	0,98 [0,91-1,06]	0,429	0,95 [0,85-1,07]	0,001	0,84 [0,76-0,93]
	Dob	0,150	0,98 [0,96-1,00]	0,078	1,01 [0,99-1,03]	0,009	1,04 [1,01-1,07]	<0,001	1,09 [1,06-1,12]	<0,001	1,07 [1,04-1,11]	<0,001	1,11 [1,06-1,16]

*Krvni tlak iznad 140/90 mmHg unatoč uzimanju lijekova; por. – poredbena skupina

Tablica 4.8 Povezanost šećerne bolesti* i socioekonomskog statusa

Šećerna bolest		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,083	1,00	0,076	1,00	0,444	1,00	0,611	1,00	0,292	1,00	0,847	1,00
	Isto kao i drugi	0,112	0,44 [0,16-1,20]	0,077	2,02 [0,92-4,43]	0,216	0,54 [0,20-1,42]	0,339	1,43 [0,68-3,00]	0,212	3,90 [0,45-33,3]	0,565	1,44 [0,41-5,09]
	Bolje nego drugi	0,878	0,90 [0,25-3,18]	0,894	1,07 [0,36-3,20]	0,477	0,66 [0,21-2,07]	0,633	1,26 [0,48-3,32]	0,424	2,51 [0,26-24,0]	0,631	1,42 [0,33-5,93]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,233	1,00	0,807	1,00	0,804	1,00	0,199	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,081	2,06 [0,91-4,65]	0,587	0,84 [0,45-1,56]	0,393	0,56 [0,14-2,11]	0,977	1,01 [0,41-2,49]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,119	2,26 [0,80-6,34]	0,340	0,65 [0,26-1,57]	0,509	0,63 [0,16-2,44]	0,213	0,48 [0,15-1,51]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,661	1,32 [0,38-4,56]	0,653	0,80 [0,30-2,08]	0,349	0,51 [0,13-2,05]	0,093	0,34 [0,09-1,19]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,112	1,00	0,292	1,00	0,601	1,00	0,216	1,00	0,125	1,00	0,141	1,00
	Nezaposlen/a	0,116	0,17 [0,01-1,54]	0,702	0,66 [0,08-5,46]	0,445	0,53 [0,11-2,63]	0,052	0,12 [0,01-1,01]	0,042	3,95 [1,05-14,8]	0,113	2,96 [0,77-11,4]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,083	0,40 [0,14-1,12]	0,548	1,35 [0,50-3,62]	0,387	1,49 [0,60-3,71]	0,920	0,96 [0,44-2,05]	0,559	1,35 [0,48-3,77]	0,602	1,34 [0,43-4,14]
	Kućanica	np	np	0,129	2,26 [0,78-6,52]	np	np	0,485	0,73 [0,30-1,75]	np	np	0,202	0,21 [0,02-2,28]
	Materijalni status kućanstva	0,702	1,02 [0,88-1,19]	0,767	0,98 [0,88-1,09]	0,868	1,01 [0,88-1,14]	0,405	0,95 [0,84-1,06]	0,920	1,00 [0,85-1,19]	0,920	1,00 [0,86-1,18]
	Razina obrazovanja	0,183	0,93 [0,84-1,03]	0,921	1,00 [0,91-1,09]	0,690	0,97 [0,87-1,09]	0,223	0,94 [0,87-1,03]	0,737	1,02 [0,89-1,16]	0,655	0,97 [0,87-1,08]
	Dob	<0,001	1,10 [1,06-1,15]	<0,001	1,05 [1,02-1,08]	0,111	1,02 [0,99-1,06]	0,001	1,05 [1,02-1,08]	0,003	1,05 [1,01-1,09]	0,002	1,07 [1,02-1,13]

*Povijest bolesti; HbA1c iznad 6.0; por. – poredbena skupina

Tablica 4.9 Povezanost neregulirane šećerne bolesti* i socioekonomskog statusa

Neregulirana šećerna bolest		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,669	1,00	0,123	1,00	0,350	1,00	0,887	1,00	0,806	1,00	0,329	1,00
	Isto kao i drugi	0,373	2,75 [0,29-25,6]	0,044	5,23 [1,04-26,2]	0,565	0,43 [0,02-7,42]	0,627	1,50 [0,28-7,84]	np	np	0,399	2,64 [0,27-25,4]
	Bolje nego drugi	0,427	2,94 [0,20-42,0]	0,228	3,64 [0,44-29,8]	0,685	1,98 [0,07-53,9]	0,788	1,35 [0,14-12,7]	np	np	0,176	5,42 [0,46-62,8]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,364	1,00	0,392	1,00	0,835	1,00	0,156	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	np	np	0,137	2,85 [0,71-11,3]	0,604	0,59 [0,08-4,22]	0,290	0,47 [0,12-1,88]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,148	6,24 [0,52-74,6]	np	np	0,865	0,84 [0,11-6,02]	0,073	0,12 [0,01-1,21]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,994	1,01 [0,03-27,8]	0,155	4,2 [0,58-30,3]	0,476	0,46 [0,05-3,78]	0,054	0,14 [0,02-1,03]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,994	1,00	0,931	1,00	0,845	1,00	0,594	1,00	0,674	1,00	0,873	1,00
	Nezaposlen/a	np	np	np	np	np	np	np	np	0,375	2,94 [0,27-32,0]	0,781	1,40 [0,12-15,3]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,911	1,10 [0,18-6,54]	np	np	0,366	0,21 [0,00-5,87]	0,190	4,95 [0,45-54,4]	0,719	1,37 [0,24-7,76]	0,988	0,98 [0,16-5,77]
	Kućanica	np	np	np	np	np	np	0,359	3,35 [0,25-44,4]	np	np	0,526	0,41 [0,02-6,3]
	Materijalni status kućanstva	0,672	0,94 [0,73-1,22]	0,677	0,96 [0,79-1,16]	0,803	0,95 [0,67-1,36]	0,303	0,85 [0,64-1,14]	0,866	0,97 [0,75-1,26]	0,803	0,96 [0,75-1,24]
	Razina obrazovanja	0,430	1,07 [0,89-1,28]	0,296	1,08 [0,93-1,26]	0,171	0,84 [0,67-1,07]	0,064	0,82 [0,67-1,01]	0,694	1,04 [0,85-1,26]	0,320	0,92 [0,78-1,08]
	Dob	0,049	1,07 [1-1,14]	0,063	1,04 [0,99-1,10]	0,093	1,14 [0,97-1,33]	0,520	1,02 [0,95-1,08]	0,030	1,06 [1,00-1,13]	0,235	1,04 [0,97-1,11]

*HbA1c iznad 6.0 unatoč uzimanju lijekova; por. – poredbena skupina

Tablica 4.10 Povezanost gihta* i socioekonomskog statusa

Giht		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,877	1,00	0,172	1,00	0,719	1,00	0,958	1,00	0,936	1,00	0,759	1,00
	Isto kao i drugi	0,625	0,75 [0,24-2,34]	0,896	0,92 [0,28-3,03]	0,698	0,78 [0,22-2,73]	0,796	1,20 [0,28-5,05]	0,936	0,93 [0,17-5,08]	np	np
	Bolje nego drugi	0,783	0,82 [0,20-3,29]	0,088	0,12 [0,01-1,36]	0,442	0,54 [0,11-2,53]	0,953	1,06 [0,14-7,96]	0,801	0,78 [0,12-5,12]	np	np
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,258	1,00	0,948	1,00	0,170	1,00	0,955	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,522	0,67 [0,20-2,23]	0,679	0,77 [0,23-2,59]	0,863	0,87 [0,20-3,83]	0,668	1,78 [0,12-24,8]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,163	2,46 [0,69-8,77]	0,580	0,62 [0,11-3,36]	0,611	1,47 [0,33-6,54]	0,569	2,27 [0,13-38,2]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,358	2,02 [0,45-9,07]	np	np	0,303	0,41 [0,08-2,18]	np	np
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,843	1,00	0,391	1,00	0,308	1,00	0,822	1,00	0,800	1,00	0,867	1,00
	Nezaposlen/a	0,739	0,75 [0,14-3,93]	np	np	0,943	1,06 [0,19-5,78]	0,562	0,51 [0,05-4,94]	0,569	1,64 [0,29-9,03]	np	np
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,581	0,75 [0,27-2,05]	0,285	2,67 [0,44-16,1]	0,571	0,69 [0,19-2,48]	0,443	0,53 [0,10-2,68]	0,606	1,36 [0,42-4,38]	0,394	3,32 [0,21-52,5]
	Kućanica	np	np	0,107	4,65 [0,71-30,2]	np	np	0,786	0,79 [0,15-4,20]	np	np	np	np
	Materijalni status kućanstva	0,213	1,10 [0,94-1,30]	0,104	1,15 [0,97-1,37]	0,743	1,02 [0,86-1,21]	0,893	1,01 [0,80-1,28]	0,229	1,13 [0,92-1,39]	0,974	0,99 [0,63-1,56]
	Razina obrazovanja	0,914	0,99 [0,88-1,11]	0,944	1,00 [0,86-1,16]	0,216	0,91 [0,79-1,05]	0,139	0,86 [0,72-1,04]	0,020	0,83 [0,72-0,97]	0,073	0,77 [0,59-1,02]
	Dob	0,034	1,04 [1,00-1,08]	0,058	1,04 [0,99-1,09]	0,020	1,05 [1,00-1,11]	0,536	1,01 [0,96-1,07]	0,012	1,05 [1,01-1,1]	0,672	0,98 [0,89-1,07]

*Povijest bolesti; por. – poredbena skupina

Tablica 4.11 Povezanost hiperuricemije* i socioekonomskog statusa

Hiperuricemija		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,837	1,00	0,113	1,00	0,046	1,00	0,126	1,00	0,080	1,00	0,525	1,00
	Isto kao i drugi	0,896	1,05 [0,44-2,50]	0,055	3,63 [0,97-13,5]	0,017	4,81 [1,33-17,4]	0,685	1,33 [0,33-5,31]	0,027	0,32 [0,11-0,87]	0,288	0,27 [0,02-2,99]
	Bolje nego drugi	0,657	1,25 [0,46-3,39]	0,329	2,27 [0,43-11,7]	0,087	3,53 [0,83-15,0]	0,114	3,59 [0,73-17,5]	0,037	0,31 [0,10-0,93]	0,491	0,40 [0,03-5,24]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,514	1,00	0,856	1,00	0,875	1,00	0,570	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,416	0,72 [0,33-1,57]	0,564	0,72 [0,24-2,17]	0,667	0,79 [0,27-2,29]	0,974	0,96 [0,11-7,81]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,209	0,52 [0,19-1,43]	0,495	0,56 [0,10-2,95]	0,789	0,86 [0,29-2,53]	0,451	2,17 [0,28-16,4]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,942	0,96 [0,34-2,67]	0,504	0,54 [0,09-3,23]	0,934	1,04 [0,35-3,08]	0,795	0,74 [0,07-7,12]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,742	1,00	0,285	1,00	0,526	1,00	0,689	1,00	0,694	1,00	0,820	1,00
	Nezaposlen/a	0,441	0,65 [0,22-1,92]	np	np	0,875	1,08 [0,38-3,04]	0,817	1,34 [0,11-16,1]	0,820	0,87 [0,26-2,86]	np	np
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,815	0,92 [0,48-1,76]	0,590	0,67 [0,16-2,83]	0,315	0,64 [0,27-1,51]	0,256	2,71 [0,48-15,2]	0,451	1,27 [0,67-2,41]	0,768	1,29 [0,22-7,37]
	Kućanica	np	np	0,595	1,49 [0,33-6,61]	np	np	0,356	2,42 [0,37-15,7]	np	np	0,362	2,72 [0,31-23,5]
	Materijalni status kućanstva	0,104	1,09 [0,98-1,22]	0,328	1,07 [0,93-1,23]	0,144	0,91 [0,81-1,03]	0,986	1,00 [0,81-1,23]	0,286	1,06 [0,94-1,20]	0,120	1,25 [0,94-1,66]
	Razina obrazovanja	0,296	0,95 [0,88-1,03]	0,905	0,99 [0,88-1,11]	0,205	0,93 [0,84-1,03]	0,870	1,01 [0,87-1,17]	0,845	1,00 [0,91-1,10]	0,353	0,91 [0,75-1,10]
	Dob	0,569	1,00 [0,98-1,02]	<0,001	1,09 [1,05-1,14]	0,682	1,00 [0,97-1,03]	0,048	1,05 [1-1,11]	0,002	1,03 [1,01-1,05]	0,243	1,04 [0,97-1,11]

*Mokraćna kiselina iznad 403 mmol/L; por. – poredbena skupina

Tablica 4.12 Povezanost osteoporozе* i socioekonomskog statusa

Osteoporozа		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,165	1,00	0,296	1,00	0,599	1,00	0,632	1,00	0,109	1,00	0,217	1,00
	Isto kao i drugi	0,066	26,6 [0,80-875,]	0,370	0,67 [0,29-1,58]	0,897	1,17 [0,10-13,2]	0,754	0,83 [0,26-2,60]	0,094	0,09 [0,00-1,48]	0,292	0,55 [0,18-1,66]
	Bolje nego drugi	0,070	39,8 [0,73-2153]	0,710	1,24 [0,38-4,03]	0,460	2,85 [0,17-46,3]	0,363	0,45 [0,08-2,48]	0,035	0,03 [0,00-0,79]	0,938	0,95 [0,28-3,16]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,981	1,00	0,438	1,00	0,551	1,00	0,119	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,758	1,34 [0,20-8,79]	0,138	0,44 [0,15-1,3]	np	np	0,029	2,66 [1,10-6,44]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,680	1,62 [0,16-16,2]	0,709	0,76 [0,19-3,04]	np	np	0,285	1,75 [0,62-4,89]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	np	np	0,291	0,39 [0,06-2,23]	np	np	0,618	1,32 [0,44-3,96]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,356	1,00	0,614	1,00	0,856	1,00	0,149	1,00	0,512	1,00	0,828	1,00
	Nezaposlen/a	0,152	15,8 [0,36-690,]	0,749	0,7 [0,07-6,25]	np	np	0,173	0,17 [0,01-2,17]	0,998	0 [0-,]	0,454	1,72 [0,41-7,14]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,389	3,82 [0,18-81,0]	0,646	1,30 [0,42-4,03]	0,380	0,30 [0,02-4,34]	0,031	0,19 [0,04-0,85]	0,247	3,27 [0,43-24,3]	0,757	1,16 [0,44-3,00]
	Kućanica	np	np	0,622	0,7 [0,16-2,89]	np	np	0,156	0,33 [0,07-1,51]	np	np	0,510	1,57 [0,41-6,00]
	Materijalni status kućanstva	0,001	0,51 [0,33-0,77]	0,014	0,85 [0,74-0,96]	0,943	0,98 [0,72-1,34]	0,528	1,06 [0,87-1,30]	0,106	1,42 [0,92-2,18]	0,340	0,93 [0,81-1,07]
	Razina obrazovanja	0,968	0,99 [0,76-1,29]	0,297	1,06 [0,94-1,18]	0,253	0,87 [0,68-1,10]	0,013	0,82 [0,70-0,95]	0,039	0,75 [0,58-0,98]	0,845	0,99 [0,90-1,08]
	Dob	0,903	1,00 [0,89-1,13]	<0,001	1,08 [1,04-1,12]	0,074	1,10 [0,99-1,23]	<0,001	1,13 [1,06-1,19]	0,269	1,04 [0,96-1,12]	<0,001	1,11 [1,06-1,16]

*T vrijednost niža od -2.5; por. – poredbena skupina

Tablica 4.13 Povezanost osteopenije* i socioekonomskog statusa

Osteopenija		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,573	1,00	0,104	1,00	0,851	1,00	0,310	1,00	0,428	1,00	0,888	1,00
	Isto kao i drugi	0,488	1,54 [0,45-5,27]	0,261	1,45 [0,75-2,80]	0,576	1,30 [0,51-3,30]	0,197	0,66 [0,35-1,23]	0,870	0,90 [0,29-2,84]	0,860	0,94 [0,47-1,86]
	Bolje nego drugi	0,973	1,02 [0,24-4,23]	0,628	0,80 [0,33-1,94]	0,624	1,33 [0,42-4,21]	0,131	0,55 [0,25-1,19]	0,640	1,33 [0,39-4,50]	0,933	1,03 [0,49-2,17]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,355	1,00	0,429	1,00	0,775	1,00	0,989	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,153	0,56 [0,25-1,23]	0,234	1,37 [0,81-2,31]	0,749	0,82 [0,25-2,66]	0,843	0,94 [0,53-1,67]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,104	0,44 [0,16-1,18]	0,646	0,86 [0,45-1,63]	0,830	1,13 [0,35-3,61]	0,731	0,89 [0,48-1,66]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,278	0,54 [0,18-1,62]	0,626	1,19 [0,59-2,4]	0,749	0,82 [0,25-2,70]	0,854	0,94 [0,51-1,74]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,040	1,00	0,684	1,00	0,376	1,00	0,480	1,00	0,011	1,00	0,574	1,00
	Nezaposlen/a	0,024	5,02 [1,23-20,5]	0,730	1,18 [0,45-3,04]	0,170	0,40 [0,11-1,46]	0,184	1,58 [0,80-3,12]	0,175	1,97 [0,73-5,25]	0,378	0,73 [0,36-1,47]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,055	2,45 [0,98-6,17]	0,987	1,00 [0,50-1,99]	0,135	0,52 [0,22-1,22]	0,403	1,27 [0,72-2,26]	0,019	0,42 [0,20-0,86]	0,410	1,20 [0,77-1,89]
	Kućanica	np	np	0,335	1,50 [0,65-3,45]	np	np	0,998	0,99 [0,50-1,97]	np	np	0,988	1,00 [0,46-2,19]
	Materijalni status kućanstva	0,102	0,88 [0,76-1,02]	0,589	1,02 [0,93-1,12]	0,170	0,92 [0,81-1,03]	0,675	0,98 [0,89-1,07]	0,536	0,96 [0,85-1,08]	0,151	0,94 [0,87-1,02]
	Razina obrazovanja	0,964	0,99 [0,89-1,11]	0,592	1,02 [0,94-1,10]	0,574	1,03 [0,93-1,14]	0,168	1,05 [0,97-1,13]	0,372	0,95 [0,87-1,05]	0,227	1,04 [0,97-1,10]
	Dob	0,587	0,99 [0,95-1,02]	0,116	1,01 [0,99-1,04]	0,005	1,04 [1,01-1,08]	0,001	1,03 [1,01-1,05]	<0,001	1,04 [1,02-1,07]	0,008	1,02 [1,00-1,03]

*T vrijednost između -1.1 i -2.5; por. – poredbena skupina

Tablica 4.14 Povezanost hiperlipidemije* i socioekonomskog statusa

Hiperlipidemija		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,653	1,00	0,018	1,00	0,489	1,00	0,355	1,00	0,966	1,00	0,285	1,00
	Isto kao i drugi	0,876	1,12 [0,26-4,73]	0,005	2,83 [1,37-5,83]	0,836	1,18 [0,23-6,00]	0,151	0,21 [0,02-1,76]	np	np	np	np
	Bolje nego drugi	0,654	0,68 [0,13-3,60]	0,027	2,80 [1,12-7,00]	0,335	2,73 [0,35-21,1]	0,193	0,21 [0,02-2,20]	np	np	np	np
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,606	1,00	0,257	1,00	0,252	1,00	0,635	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,227	2,47 [0,56-10,7]	0,704	1,26 [0,38-4,16]	0,484	1,93 [0,30-12,1]	0,218	2,94 [0,52-16,3]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,328	2,23 [0,44-11,1]	0,233	3,72 [0,43-32,3]	0,173	3,83 [0,55-26,5]	0,683	1,38 [0,29-6,53]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,316	2,55 [0,40-16,0]	0,314	0,49 [0,12-1,96]	0,084	5,69 [0,79-40,9]	0,563	1,58 [0,33-7,49]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,623	1,00	0,710	1,00	0,713	1,00	0,801	1,00	0,796	1,00	0,811	1,00
	Nezaposlen/a	0,346	0,52 [0,13-2,02]	0,913	0,95 [0,39-2,27]	0,299	3,33 [0,34-32,2]	0,746	0,75 [0,13-4,12]	0,673	1,58 [0,18-13,5]	0,869	1,14 [0,23-5,59]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,972	0,98 [0,31-3,04]	0,432	0,75 [0,37-1,52]	0,811	0,85 [0,23-3,13]	0,560	0,67 [0,18-2,50]	0,553	1,46 [0,41-5,17]	0,366	0,63 [0,23-1,70]
	Kućanica	np	np	0,259	0,61 [0,26-1,43]	np	np	0,317	0,49 [0,12-1,95]	np	np	np	np
	Materijalni status kućanstva	0,053	0,80 [0,64-1,00]	0,558	0,96 [0,87-1,07]	0,292	0,88 [0,70-1,11]	0,357	1,10 [0,89-1,36]	0,543	0,93 [0,74-1,17]	0,732	0,96 [0,78-1,18]
	Razina obrazovanja	0,049	1,16 [1,00-1,36]	0,994	1 [0,91-1,09]	0,406	0,92 [0,76-1,11]	0,299	1,09 [0,92-1,28]	0,706	0,96 [0,79-1,16]	0,367	0,92 [0,77-1,1]
	Dob	0,164	1,02 [0,99-1,05]	<0,001	1,05 [1,03-1,08]	0,134	1,03 [0,99-1,08]	0,268	1,02 [0,98-1,06]	0,485	1,01 [0,97-1,05]	<0,001	1,05 [1,02-1,09]

*Visoki kolesterol, trigliceridi, LDL ili HDL; por. – poredbena skupina

Tablica 4.15 Povezanost hiperlipidemije (LDL)* i socioekonomskog statusa

Hiperlipidemija. LDL		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,045	1,00	0,104	1,00	0,404	1,00	0,605	1,00	0,852	1,00	0,347	1,00
	Isto kao i drugi	0,892	1,04 [0,52-2,07]	0,038	1,74 [1,03-2,93]	0,283	0,58 [0,21-1,55]	0,353	0,72 [0,36-1,43]	0,601	0,74 [0,24-2,28]	0,811	0,89 [0,37-2,14]
	Bolje nego drugi	0,139	0,53 [0,23-1,22]	0,074	1,86 [0,94-3,68]	0,713	0,80 [0,25-2,52]	0,334	0,67 [0,29-1,50]	0,572	0,70 [0,21-2,34]	0,595	1,29 [0,5-3,35]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,836	1,00	0,720	1,00	0,813	1,00	0,183	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,427	0,75 [0,36-1,52]	0,879	0,96 [0,56-1,62]	0,558	1,37 [0,47-4]	0,035	2,32 [1,06-5,08]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,965	1,02 [0,41-2,51]	0,932	0,97 [0,52-1,81]	0,679	1,25 [0,43-3,62]	0,350	1,45 [0,66-3,19]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,810	0,88 [0,32-2,38]	0,312	0,70 [0,36-1,38]	0,408	1,57 [0,53-4,65]	0,359	1,44 [0,66-3,13]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,118	1,00	0,577	1,00	0,027	1,00	0,909	1,00	0,331	1,00	0,001	1,00
	Nezaposlen/a	0,055	0,41 [0,16-1,02]	0,638	1,19 [0,57-2,45]	0,394	1,67 [0,51-5,51]	0,835	1,07 [0,55-2,08]	0,553	1,38 [0,47-4,04]	0,568	1,26 [0,57-2,78]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,205	0,69 [0,39-1,22]	0,501	0,83 [0,48-1,42]	0,011	0,37 [0,17-0,8]	0,997	1,00 [0,57-1,73]	0,215	0,69 [0,38-1,23]	0,001	0,39 [0,22-0,68]
	Kućanica	np	np	0,220	0,66 [0,34-1,27]	np	np	0,526	1,23 [0,64-2,33]	np	np	0,093	5,84 [0,74-45,7]
	Materijalni status kućanstva	0,833	0,99 [0,90-1,08]	0,289	0,96 [0,89-1,03]	0,854	1,01 [0,90-1,13]	0,778	0,98 [0,90-1,08]	0,238	1,06 [0,95-1,18]	0,319	0,95 [0,85-1,05]
	Razina obrazovanja	0,165	1,05 [0,98-1,12]	0,923	1,00 [0,94-1,06]	0,984	1,00 [0,90-1,10]	0,975	0,99 [0,93-1,07]	0,059	0,91 [0,83-1,00]	0,062	0,92 [0,84-1,00]
	Dob	0,003	1,03 [1,01-1,05]	<0,001	1,05 [1,03-1,07]	0,063	1,02 [0,99-1,05]	0,086	1,01 [0,99-1,03]	0,012	1,02 [1,00-1,04]	<0,001	1,07 [1,05-1,09]

*Iznad 3.0 mmol/L; por. – poredbena skupina

Tablica 4.16 Povezanost hiperlipidemije (HDL)* i socioekonomskog statusa

Hiperlipidemija. HDL		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,112	1,00	0,725	1,00	0,378	1,00	0,834	1,00	0,054	1,00	0,233	1,00
	Isto kao i drugi	0,044	2,15 [1,02-4,55]	0,577	1,15 [0,70-1,89]	0,892	1,08 [0,33-3,49]	0,723	1,13 [0,56-2,28]	0,037	0,35 [0,13-0,94]	0,173	0,60 [0,29-1,24]
	Bolje nego drugi	0,209	1,76 [0,72-4,30]	0,969	0,98 [0,51-1,89]	0,476	0,60 [0,15-2,37]	0,933	0,96 [0,39-2,35]	0,016	0,27 [0,09-0,78]	0,088	0,49 [0,21-1,11]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,959	1,00	0,764	1,00	0,425	1,00	0,607	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,813	1,11 [0,45-2,72]	0,664	1,13 [0,63-2,04]	0,646	0,78 [0,27-2,23]	0,684	0,87 [0,46-1,65]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,696	1,23 [0,43-3,50]	0,644	0,83 [0,38-1,79]	0,265	0,54 [0,18-1,58]	0,606	0,83 [0,41-1,66]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,586	1,38 [0,43-4,41]	0,548	1,28 [0,57-2,86]	0,191	0,48 [0,16-1,43]	0,216	0,64 [0,31-1,29]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,670	1,00	0,656	1,00	0,992	1,00	0,862	1,00	0,360	1,00	0,401	1,00
	Nezaposlen/a	0,645	1,22 [0,51-2,91]	0,218	1,58 [0,76-3,27]	0,950	0,96 [0,31-3,00]	0,490	0,74 [0,31-1,74]	0,982	1,01 [0,41-2,46]	0,894	1,05 [0,49-2,26]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,527	0,83 [0,46-1,47]	0,592	1,15 [0,68-1,93]	0,754	0,87 [0,36-2,08]	0,487	0,79 [0,40-1,53]	0,164	0,65 [0,36-1,18]	0,119	1,50 [0,89-2,52]
	Kućanica	np	np	0,666	1,14 [0,61-2,13]	np	np	0,575	0,80 [0,38-1,70]	np	np	0,967	0,98 [0,37-2,53]
	Materijalni status kućanstva	0,080	1,09 [0,99-1,20]	0,949	1,00 [0,93-1,07]	0,794	1,01 [0,88-1,16]	0,223	0,93 [0,84-1,04]	0,040	1,12 [1,00-1,26]	0,623	1,02 [0,93-1,12]
	Razina obrazovanja	0,693	0,98 [0,91-1,05]	0,562	1,01 [0,95-1,08]	0,083	1,11 [0,98-1,26]	0,403	0,96 [0,89-1,04]	0,531	0,97 [0,88-1,06]	0,982	1,00 [0,93-1,07]
	Dob	0,203	1,01 [0,99-1,03]	0,018	1,01 [1,00-1,03]	0,773	0,99 [0,96-1,02]	0,592	1,00 [0,98-1,03]	0,028	0,98 [0,96-0,99]	0,937	1,00 [0,98-1,01]

*Iznad 1.0 mmol/L za muškarce i iznad 1.2 mmol/L za žene; por. – poredbena skupina

Tablica 4.17 Povezanost hiperlipidemije (trigliceridi)* i socioekonomskog statusa

Hiperlipidemija, trigliceridi		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (<i>Por.</i>)	0,668	1,00	0,212	1,00	0,369	1,00	0,157	1,00	0,111	1,00	0,984	1,00
	Isto kao i drugi	0,369	1,37 [0,68-2,75]	0,495	1,20 [0,70-2,04]	0,161	2,01 [0,75-5,34]	0,519	1,22 [0,66-2,27]	0,060	0,39 [0,15-1,03]	0,882	1,06 [0,46-2,42]
	Bolje nego drugi	0,472	1,35 [0,59-3,12]	0,460	0,76 [0,37-1,56]	0,286	1,82 [0,60-5,52]	0,409	0,71 [0,31-1,60]	0,207	0,51 [0,18-1,44]	0,941	1,03 [0,41-2,57]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (<i>Por.</i>)	np	np	np	np	0,540	1,00	0,425	1,00	0,374	1,00	0,516	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,773	0,90 [0,45-1,79]	0,537	1,17 [0,7-1,98]	0,495	0,71 [0,27-1,86]	0,678	1,14 [0,60-2,17]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,478	0,73 [0,31-1,71]	0,099	1,70 [0,90-3,21]	0,185	0,52 [0,19-1,36]	0,373	0,71 [0,34-1,48]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,555	1,30 [0,53-3,20]	0,630	1,20 [0,56-2,58]	0,635	0,79 [0,30-2,07]	0,565	0,80 [0,38-1,67]
Radni status	Zaposlen/a(<i>Por.</i>)	0,567	1,00	0,212	1,00	0,236	1,00	0,438	1,00	0,588	1,00	0,598	1,00
	Nezaposlen/a	0,491	0,74 [0,31-1,74]	0,238	1,61 [0,72-3,59]	0,511	0,73 [0,29-1,83]	0,435	0,71 [0,30-1,66]	0,821	0,90 [0,37-2,18]	0,503	1,33 [0,57-3,11]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,338	0,76 [0,43-1,32]	0,321	0,73 [0,40-1,34]	0,039	0,47 [0,23-0,96]	0,269	1,39 [0,77-2,51]	0,303	0,75 [0,44-1,28]	0,864	0,94 [0,52-1,72]
	Kućanica	np	np	0,740	1,12 [0,56-2,26]	np	np	0,434	1,30 [0,67-2,53]	np	np	0,334	1,55 [0,63-3,78]
	Materijalni status kućanstva	0,162	1,06 [0,97-1,17]	0,712	1,01 [0,94-1,09]	0,357	0,95 [0,85-1,05]	0,308	0,95 [0,86-1,04]	0,818	0,98 [0,89-1,08]	0,739	1,01 [0,92-1,11]
	Razina obrazovanja	0,229	1,04 [0,97-1,11]	0,324	1,03 [0,96-1,1]	0,317	1,04 [0,95-1,14]	0,798	1,00 [0,94-1,08]	0,196	0,94 [0,87-1,02]	0,137	0,94 [0,87-1,01]
	Dob	0,051	1,01 [1-1,03]	<0,001	1,05 [1,03-1,07]	0,387	1,01 [0,98-1,03]	0,021	1,02 [1,00-1,04]	0,090	1,01 [0,99-1,03]	<0,001	1,06 [1,03-1,09]

*Iznad 1.7 mmol/L; por. – poredbena skupina

Tablica 4.18 Povezanost hiperlipidemije (ukupan kolesterol)* i socioekonomskog statusa

Hiperlipidemija, ukupan kolesterol		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,534	1,00	0,010	1,00	0,573	1,00	0,348	1,00	0,629	1,00	0,602	1,00
	Isto kao i drugi	0,427	0,75 [0,37-1,50]	0,003	2,22 [1,31-3,75]	0,882	0,94 [0,42-2,09]	0,248	0,67 [0,35-1,30]	0,421	0,64 [0,22-1,88]	0,385	0,69 [0,3-1,59]
	Bolje nego drugi	0,265	0,62 [0,26-1,43]	0,118	1,73 [0,86-3,47]	0,577	1,31 [0,50-3,39]	0,146	0,56 [0,26-1,22]	0,340	0,57 [0,18-1,79]	0,618	0,79 [0,32-1,96]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,982	1,00	0,380	1,00	0,387	1,00	0,071	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,804	0,92 [0,48-1,75]	0,427	1,22 [0,74-2,02]	0,232	1,86 [0,67-5,15]	0,010	2,58 [1,25-5,31]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,796	0,90 [0,40-1,99]	0,218	1,46 [0,79-2,69]	0,332	1,65 [0,6-4,54]	0,101	1,85 [0,88-3,86]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,956	1,02 [0,42-2,49]	0,738	0,89 [0,47-1,70]	0,112	2,31 [0,82-6,47]	0,035	2,21 [1,05-4,64]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,079	1,00	0,718	1,00	0,053	1,00	0,711	1,00	0,909	1,00	0,040	1,00
	Nezaposlen/a	0,042	0,38 [0,15-0,96]	0,533	1,28 [0,58-2,79]	0,619	1,27 [0,49-3,26]	0,516	0,81 [0,44-1,51]	0,834	1,10 [0,44-2,76]	0,947	1,02 [0,5-2,1]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,138	0,64 [0,36-1,14]	0,728	0,90 [0,51-1,59]	0,015	0,43 [0,21-0,85]	0,553	1,17 [0,68-2,00]	0,736	0,91 [0,52-1,57]	0,014	0,50 [0,28-0,87]
	Kućanica	np	np	0,402	0,74 [0,37-1,47]	np	np	0,544	1,20 [0,65-2,22]	np	np	0,405	1,58 [0,53-4,67]
	Materijalni status kućanstva	0,824	1,01 [0,92-1,11]	0,257	0,95 [0,88-1,03]	0,781	0,98 [0,89-1,09]	0,547	0,97 [0,89-1,06]	0,685	1,02 [0,92-1,13]	0,360	0,95 [0,87-1,05]
	Razina obrazovanja	0,195	1,04 [0,97-1,12]	0,924	1,00 [0,94-1,06]	0,550	1,02 [0,94-1,12]	0,903	0,99 [0,92-1,06]	0,141	0,93 [0,86-1,02]	0,128	0,93 [0,86-1,01]
	Dob	0,005	1,02 [1,00-1,04]	<0,001	1,05 [1,03-1,07]	0,061	1,02 [0,99-1,04]	0,017	1,02 [1,00-1,04]	<0,001	1,03 [1,01-1,05]	<0,001	1,09 [1,07-1,11]

*Iznad 5.2 mmol/L; por. – poredbena skupina

Povezanost socioekonomskog statusa i pokazatelja prehrane

Tablica 4.19 Povezanost unosa vitamina i socioekonomskog statusa

Unos vitamina		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (<i>Por.</i>)	0,512	1,00	0,635	1,00	0,609	1,00	0,457	1,00	0,738	1,00	0,074	1,00
	Isto kao i drugi	0,252	1,57 [0,72-3,42]	0,341	1,26 [0,78-2,04]	0,516	0,75 [0,32-1,76]	0,283	0,73 [0,42-1,28]	0,509	1,40 [0,51-3,82]	0,295	1,43 [0,72-2,82]
	Bolje nego drugi	0,318	1,60 [0,63-4,05]	0,528	1,22 [0,65-2,31]	0,328	0,61 [0,22-1,64]	0,218	0,65 [0,33-1,28]	0,680	1,25 [0,43-3,60]	0,048	2,12 [1,00-4,50]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (<i>Por.</i>)	np	np	np	np	0,830	1,00	0,042	1,00	0,203	1,00	0,023	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,684	0,87 [0,44-1,70]	0,036	1,62 [1,03-2,54]	0,229	1,89 [0,67-5,34]	0,513	0,81 [0,45-1,48]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,505	0,75 [0,33-1,71]	0,810	1,07 [0,61-1,85]	0,130	2,22 [0,79-6,27]	0,537	0,81 [0,42-1,55]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,355	0,64 [0,25-1,63]	0,025	2,01 [1,09-3,71]	0,538	1,39 [0,48-3,96]	0,013	0,44 [0,23-0,83]
Radni status	Zaposlen/a (<i>Por.</i>)	0,611	1,00	0,273	1,00	0,435	1,00	0,503	1,00	0,148	1,00	0,559	1,00
	Nezaposlen/a	0,323	1,55 [0,65-3,70]	0,094	0,53 [0,26-1,11]	0,889	1,06 [0,44-2,52]	0,749	1,10 [0,60-2,00]	0,069	2,33 [0,93-5,81]	0,380	0,74 [0,38-1,43]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,863	1,05 [0,57-1,94]	0,778	1,07 [0,64-1,78]	0,153	0,60 [0,29-1,20]	0,499	0,84 [0,51-1,37]	0,733	0,91 [0,54-1,53]	0,329	0,79 [0,50-1,25]
	Kućanica	np	np	0,457	1,26 [0,68-2,31]	np	np	0,180	0,68 [0,38-1,19]	np	np	0,239	0,63 [0,29-1,35]
	Materijalni status kućanstva	0,697	0,98 [0,88-1,08]	0,553	1,02 [0,95-1,09]	0,660	1,02 [0,92-1,13]	0,590	1,02 [0,94-1,10]	0,778	1,01 [0,92-1,11]	0,398	1,03 [0,95-1,11]
	Razina obrazovanja	0,495	1,02 [0,95-1,11]	0,035	1,06 [1,00-1,13]	0,001	1,18 [1,07-1,30]	<0,001	1,13 [1,06-1,20]	0,008	1,11 [1,03-1,21]	0,014	1,08 [1,01-1,15]
	Dob	0,594	0,99 [0,97-1,01]	0,615	1,00 [0,98-1,02]	0,801	1,00 [0,98-1,02]	0,930	0,99 [0,98-1,01]	0,155	0,98 [0,97-1,00]	0,068	0,98 [0,97-1,00]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.20 Povezanost unosa minerala i socioekonomskog statusa

Unos minerala		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,840	1,00	0,314	1,00	0,594	1,00	0,247	1,00	0,652	1,00	0,701	1,00
	Isto kao i drugi	0,693	1,24 [0,41-3,74]	0,129	1,54 [0,88-2,71]	np	np	0,216	0,64 [0,32-1,29]	0,568	1,58 [0,32-7,72]	0,415	0,74 [0,37-1,50]
	Bolje nego drugi	0,987	1,01 [0,26-3,86]	0,242	1,54 [0,74-3,18]	np	np	0,095	0,47 [0,19-1,13]	0,423	1,95 [0,37-10,1]	0,559	0,79 [0,37-1,71]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,618	1,00	0,415	1,00	0,985	1,00	0,152	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,200	3,1 [0,54-17,5]	0,974	0,99 [0,55-1,77]	0,852	0,87 [0,20-3,7]	0,621	1,16 [0,63-2,15]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,271	2,97 [0,42-20,6]	0,232	0,61 [0,27-1,36]	0,827	0,85 [0,20-3,56]	0,432	1,29 [0,67-2,48]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,267	3,24 [0,40-25,9]	0,595	1,23 [0,56-2,68]	0,739	0,78 [0,18-3,32]	0,421	0,76 [0,39-1,47]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,731	1,00	0,251	1,00	0,611	1,00	0,698	1,00	0,258	1,00	0,384	1,00
	Nezaposlen/a	0,430	1,60 [0,49-5,19]	0,051	0,39 [0,15-1,00]	0,262	2,38 [0,52-10,9]	0,357	1,44 [0,66-3,13]	0,105	2,28 [0,84-6,19]	0,404	0,74 [0,37-1,48]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,869	1,07 [0,44-2,63]	0,524	0,83 [0,47-1,45]	0,716	0,75 [0,16-3,39]	0,298	1,40 [0,74-2,67]	0,500	1,26 [0,64-2,47]	0,660	0,90 [0,56-1,43]
	Kućanica	np	np	0,418	0,75 [0,38-1,49]	np	np	0,461	1,33 [0,62-2,83]	np	np	0,108	0,45 [0,17-1,18]
	Materijalni status kućanstva	0,479	0,94 [0,81-1,1]	0,557	1,02 [0,94-1,10]	0,775	0,96 [0,76-1,22]	0,030	1,12 [1,01-1,25]	0,105	1,12 [0,97-1,28]	0,442	1,03 [0,95-1,12]
	Razina obrazovanja	0,616	1,03 [0,91-1,15]	0,205	1,04 [0,97-1,11]	0,928	0,99 [0,79-1,23]	0,013	1,10 [1,02-1,20]	0,069	1,10 [0,99-1,23]	0,085	1,06 [0,99-1,13]
	Dob	0,361	0,98 [0,96-1,01]	0,591	1,00 [0,98-1,02]	0,574	0,98 [0,94-1,03]	0,238	1,01 [0,99-1,03]	0,091	0,98 [0,96-1,00]	0,669	1,00 [0,98-1,01]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.21 Povezanost unosa maslinovog ulja* i socioekonomskog statusa

Maslinovo ulje		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,169	1,00	0,900	1,00	0,169	1,00	0,463	1,00	0,694	1,00	0,901	1,00
	Isto kao i drugi	0,062	10,2 [0,88-118,]	0,681	1,35 [0,31-5,77]	0,572	2,26 [0,13-38,8]	0,554	0,49 [0,04-5,16]	0,393	3,44 [0,20-59,0]	0,779	0,70 [0,05-8,35]
	Bolje nego drugi	0,189	8,05 [0,35-180,]	0,706	1,60 [0,13-19,1]	0,347	0,23 [0,01-4,86]	0,283	0,23 [0,01-3,27]	0,545	2,66 [0,11-64,1]	0,654	0,51 [0,02-9,24]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,983	1,00	0,039	1,00	0,998	1,00	0,258	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,804	0,74 [0,07-7,71]	0,010	0,05 [0,00-0,50]	0,874	1,30 [0,05-33,5]	0,134	6,51 [0,56-75,4]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,896	1,22 [0,05-26,5]	0,396	0,28 [0,01-5,21]	np	np	0,150	6,58 [0,50-85,8]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	np	np	0,025	0,05 [0,00-0,70]	0,841	1,40 [0,05-39,4]	0,077	8,97 [0,79-101,]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,998	1,00	0,908	1,00	0,055	1,00	0,770	1,00	0,692	1,00	0,899	1,00
	Nezaposlen/a	np	np	0,509	0,53 [0,08-3,41]	np	np	0,588	1,84 [0,2-17,0]	np	np	0,858	1,24 [0,11-14,0]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,948	0,93 [0,11-7,75]	0,903	1,11 [0,19-6,45]	0,822	1,36 [0,09-20,2]	0,527	1,79 [0,29-10,8]	0,391	3,37 [0,21-53,9]	0,444	2,34 [0,26-20,7]
	Kućanica	np	np	0,906	0,88 [0,12-6,37]	np	np	0,766	0,78 [0,15-3,89]	np	np	np	np
	Materijalni status kućanstva	0,021	1,69 [1,08-2,64]	0,019	1,30 [1,04-1,62]	0,026	1,52 [1,05-2,20]	0,009	1,41 [1,09-1,84]	0,381	1,18 [0,81-1,71]	0,814	1,04 [0,74-1,46]
	Razina obrazovanja	0,249	0,84 [0,62-1,12]	0,268	1,13 [0,90-1,41]	0,572	0,89 [0,62-1,29]	0,183	1,15 [0,93-1,43]	0,577	1,09 [0,79-1,49]	0,921	1,01 [0,75-1,36]
	Dob	0,263	1,04 [0,97-1,11]	0,119	1,04 [0,98-1,10]	0,306	1,04 [0,96-1,13]	0,090	1,04 [0,99-1,10]	0,550	0,97 [0,90-1,05]	0,489	1,02 [0,95-1,09]

*Uvijek ili ponekad; por. – poredbena skupina

Tablica 4.22 Povezanost unosa životinjskih masnoća* i socioekonomskog statusa

Životinjske masnoće		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,571	1,00	0,497	1,00	0,078	1,00	0,081	1,00	0,440	1,00	0,972	1,00
	Isto kao i drugi	0,790	1,18 [0,34-4,05]	0,302	1,52 [0,68-3,38]	0,716	1,25 [0,37-4,17]	0,129	0,54 [0,24-1,19]	0,341	0,63 [0,24-1,63]	0,813	1,09 [0,52-2,26]
	Bolje nego drugi	0,422	1,76 [0,43-7,11]	0,245	1,77 [0,67-4,65]	0,248	0,41 [0,09-1,84]	0,025	0,28 [0,09-0,85]	0,213	0,52 [0,18-1,45]	0,823	1,09 [0,49-2,43]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,450	1,00	0,849	1,00	0,320	1,00	0,895	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,154	2,01 [0,76-5,28]	0,546	1,24 [0,61-2,54]	0,555	0,75 [0,28-1,94]	0,703	0,88 [0,48-1,62]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,284	1,87 [0,59-5,87]	0,634	1,23 [0,52-2,90]	0,115	0,45 [0,17-1,21]	0,803	1,08 [0,57-2,06]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,145	2,50 [0,72-8,59]	0,845	0,90 [0,32-2,51]	0,204	0,53 [0,2-1,40]	0,827	0,93 [0,48-1,77]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,880	1,00	0,188	1,00	0,361	1,00	0,201	1,00	0,688	1,00	0,992	1,00
	Nezaposlen/a	0,943	0,95 [0,27-3,30]	0,813	1,12 [0,42-2,98]	0,879	1,08 [0,36-3,22]	0,426	1,42 [0,59-3,42]	0,425	0,68 [0,27-1,72]	0,789	0,91 [0,45-1,81]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,614	0,79 [0,32-1,94]	0,523	1,25 [0,62-2,54]	0,234	0,57 [0,22-1,43]	0,704	1,17 [0,51-2,64]	0,874	1,04 [0,60-1,79]	0,907	0,97 [0,60-1,55]
	Kućanica	np	np	0,038	2,30 [1,04-5,07]	np	np	0,052	2,25 [0,99-5,09]	np	np	0,940	1,03 [0,47-2,25]
	Materijalni status kućanstva	0,317	0,92 [0,79-1,07]	0,933	0,99 [0,90-1,10]	0,166	1,11 [0,95-1,29]	0,422	1,05 [0,92-1,2]	0,121	1,08 [0,97-1,20]	0,892	0,99 [0,91-1,07]
	Razina obrazovanja	0,972	0,99 [0,88-1,12]	0,341	1,04 [0,95-1,13]	0,004	0,82 [0,72-0,94]	0,453	0,96 [0,86-1,06]	0,012	0,89 [0,82-0,97]	0,001	0,89 [0,83-0,95]
	Dob	0,037	0,97 [0,94-0,99]	0,079	0,98 [0,96-1,00]	0,341	0,98 [0,95-1,01]	0,030	0,97 [0,94-0,99]	0,540	0,99 [0,97-1,01]	0,728	0,99 [0,98-1,01]

*Uvijek ili ponekad; por. – poredbena skupina

Tablica 4.23 Povezanost unosa svježeg voća* i socioekonomskog statusa

Svježe voće		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,773	1,00	0,073	1,00	0,700	1,00	0,745	1,00	0,544	1,00	0,658	1,00
	Isto kao i drugi	0,572	1,38 [0,45-4,21]	0,604	0,79 [0,32-1,91]	0,687	1,29 [0,36-4,64]	0,671	1,29 [0,39-4,18]	0,373	0,35 [0,03-3,43]	0,636	1,50 [0,27-8,12]
	Bolje nego drugi	0,847	1,13 [0,31-4,09]	0,063	0,36 [0,12-1,05]	0,786	0,80 [0,17-3,82]	0,448	1,87 [0,36-9,59]	0,278	0,25 [0,02-2,96]	0,996	0,99 [0,16-5,98]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,854	1,00	0,246	1,00	0,278	1,00	0,503	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,907	0,93 [0,30-2,90]	0,258	0,53 [0,18-1,57]	0,086	4,48 [0,80-24,8]	0,648	1,45 [0,29-7,25]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,602	1,51 [0,31-7,31]	0,750	1,31 [0,24-6,99]	0,078	4,70 [0,84-26,3]	0,779	1,27 [0,23-6,94]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,476	1,89 [0,32-11,1]	0,100	0,31 [0,08-1,24]	0,109	3,87 [0,73-20,3]	0,485	0,58 [0,12-2,68]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,157	1,00	0,420	1,00	0,229	1,00	0,205	1,00	0,450	1,00	0,761	1,00
	Nezaposlen/a	0,768	0,85 [0,28-2,50]	0,997	1,00 [0,31-3,18]	0,787	0,77 [0,12-4,82]	0,500	2,09 [0,24-18,0]	0,284	0,39 [0,07-2,16]	0,558	1,87 [0,22-15,5]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,075	2,22 [0,92-5,38]	0,256	1,64 [0,69-3,86]	0,048	0,26 [0,07-0,98]	0,159	0,43 [0,13-1,38]	0,346	0,57 [0,18-1,81]	0,790	0,86 [0,29-2,52]
	Kućanica	np	np	0,728	0,84 [0,32-2,18]	np	np	0,085	0,33 [0,09-1,16]	np	np	0,415	0,53 [0,11-2,43]
	Materijalni status kućanstva	0,142	0,89 [0,76-1,03]	0,041	1,12 [1,00-1,26]	0,488	1,06 [0,89-1,26]	0,124	1,16 [0,95-1,41]	0,312	1,10 [0,90-1,35]	0,705	1,03 [0,86-1,23]
	Razina obrazovanja	0,413	1,04 [0,93-1,17]	0,086	0,91 [0,83-1,01]	0,174	1,11 [0,95-1,31]	0,628	1,03 [0,89-1,20]	0,971	0,99 [0,83-1,19]	0,095	1,13 [0,97-1,31]
	Dob	0,809	1,00 [0,97-1,03]	0,629	0,99 [0,96-1,01]	0,045	1,04 [1,00-1,08]	0,100	1,03 [0,99-1,07]	0,261	1,01 [0,98-1,05]	0,316	1,01 [0,98-1,05]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.24 Povezanost unosa lisnatog povrća* i socioekonomskog statusa

Lisnato povrće		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,739	1,00	0,541	1,00	0,006	1,00	0,049	1,00	0,394	1,00	0,329	1,00
	Isto kao i drugi	0,702	1,32 [0,31-5,61]	0,342	0,55 [0,16-1,88]	0,002	5,28 [1,88-14,7]	0,352	1,65 [0,57-4,78]	np	np	0,163	2,64 [0,67-10,3]
	Bolje nego drugi	0,460	1,99 [0,31-12,5]	0,798	0,80 [0,15-4,11]	0,141	2,64 [0,72-9,68]	0,405	0,59 [0,17-2,03]	np	np	0,167	3,03 [0,62-14,6]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,111	1,00	0,330	1,00	0,029	1,00	0,318	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,164	2,19 [0,72-6,65]	0,206	0,53 [0,20-1,41]	0,007	27,4 [2,42-311,]	0,100	0,26 [0,05-1,28]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,086	3,33 [0,84-13,1]	0,084	0,39 [0,13-1,13]	0,016	10,4 [1,55-70,5]	0,072	0,2 [0,03-1,15]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,019	7,04 [1,38-35,7]	0,563	0,69 [0,20-2,39]	0,063	4,95 [0,91-26,6]	0,115	0,23 [0,03-1,42]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,568	1,00	0,835	1,00	0,464	1,00	0,563	1,00	0,064	1,00	0,636	1,00
	Nezaposlen/a	0,441	2,39 [0,25-22,2]	0,454	0,62 [0,17-2,16]	0,112	3,56 [0,74-17,0]	0,320	1,82 [0,55-6,00]	0,026	0,16 [0,03-0,80]	0,547	0,60 [0,11-3,15]
	Umirovljen/a/Udržavan/a	0,375	1,76 [0,50-6,14]	0,502	0,69 [0,24-2,01]	0,482	1,49 [0,48-4,55]	0,766	0,87 [0,34-2,17]	0,186	0,46 [0,15-1,44]	0,213	0,47 [0,14-1,53]
	Kućanica	np	np	0,886	0,90 [0,22-3,68]	np	np	0,449	1,56 [0,49-4,96]	np	np	0,898	0,86 [0,08-8,66]
	Materijalni status kućanstva	0,107	1,17 [0,96-1,41]	0,436	1,06 [0,91-1,24]	0,976	0,99 [0,84-1,17]	0,044	1,18 [1,00-1,39]	0,883	1,01 [0,80-1,28]	0,009	1,28 [1,06-1,55]
	Razina obrazovanja	0,088	0,87 [0,75-1,02]	0,388	1,06 [0,92-1,23]	0,243	1,08 [0,94-1,24]	0,124	1,10 [0,97-1,25]	0,011	1,26 [1,05-1,51]	0,651	0,96 [0,81-1,13]
	Dob	0,484	0,98 [0,94-1,02]	0,002	1,05 [1,01-1,08]	0,019	1,04 [1,00-1,08]	0,001	1,05 [1,02-1,08]	0,018	1,04 [1,00-1,07]	0,885	0,99 [0,95-1,03]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.25 Povezanost unosa korjenastog povrća* i socioekonomskog statusa

Korjenasto povrće		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,048	1,00	0,462	1,00	0,126	1,00	0,668	1,00	0,357	1,00	0,187	1,00
	Isto kao i drugi	0,091	0,45 [0,18-1,13]	0,227	1,53 [0,76-3,04]	0,046	2,68 [1,01-7,06]	0,973	1,01 [0,43-2,39]	0,188	2,35 [0,65-8,43]	0,960	1,03 [0,27-3,95]
	Bolje nego drugi	0,846	0,89 [0,28-2,77]	0,306	1,61 [0,64-4,01]	0,273	1,92 [0,59-6,21]	0,486	1,52 [0,46-4,93]	0,153	2,69 [0,69-10,4]	0,395	0,54 [0,13-2,22]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,718	1,00	0,964	1,00	0,258	1,00	0,896	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,538	0,75 [0,30-1,86]	0,684	0,85 [0,39-1,83]	0,223	0,24 [0,02-2,33]	0,860	0,90 [0,29-2,78]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,760	1,19 [0,38-3,72]	0,726	0,84 [0,33-2,14]	0,173	0,20 [0,02-1,98]	0,645	1,34 [0,38-4,69]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,620	1,37 [0,39-4,83]	0,981	1,01 [0,33-3,10]	0,085	0,14 [0,01-1,31]	0,822	1,14 [0,34-3,79]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,281	1,00	0,772	1,00	0,354	1,00	0,858	1,00	0,848	1,00	0,337	1,00
	Nezaposlen/a	0,151	3,07 [0,66-14,2]	0,707	1,20 [0,45-3,16]	0,689	1,25 [0,41-3,85]	0,826	0,89 [0,34-2,33]	0,588	0,73 [0,24-2,22]	0,149	4,53 [0,58-35,3]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,657	0,85 [0,42-1,71]	0,989	0,99 [0,48-2,02]	0,073	2,42 [0,92-6,39]	0,510	1,33 [0,56-3,14]	0,766	0,89 [0,43-1,84]	0,401	0,72 [0,33-1,54]
	Kućanica	np	np	0,383	1,53 [0,58-3,98]	np	np	0,565	1,34 [0,49-3,64]	np	np	0,523	0,64 [0,16-2,51]
	Materijalni status kućanstva	0,429	1,04 [0,93-1,17]	0,134	1,08 [0,97-1,19]	0,902	1,00 [0,87-1,15]	0,120	1,11 [0,97-1,27]	0,548	1,04 [0,91-1,19]	0,273	1,07 [0,94-1,23]
	Razina obrazovanja	0,354	1,04 [0,95-1,13]	0,927	0,99 [0,91-1,08]	0,038	1,13 [1,00-1,27]	0,854	0,99 [0,89-1,10]	0,640	0,97 [0,86-1,09]	0,623	0,97 [0,85-1,09]
	Dob	0,517	1,00 [0,98-1,03]	0,065	1,02 [0,99-1,04]	0,510	1,01 [0,97-1,04]	0,891	0,99 [0,96-1,02]	0,058	1,02 [0,99-1,04]	0,005	1,03 [1,01-1,06]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.26 Povezanost unosa krumpira* i socioekonomskog statusa

Krumpir		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,953	1,00	0,341	1,00	0,939	1,00	0,292	1,00	0,027	1,00	0,016	1,00
	Isto kao i drugi	0,771	1,35 [0,17-10,3]	0,497	1,41 [0,52-3,82]	0,758	1,17 [0,41-3,36]	0,214	0,49 [0,16-1,50]	np	np	0,861	0,87 [0,18-4,14]
	Bolje nego drugi	0,766	1,42 [0,14-14,4]	0,643	0,74 [0,21-2,58]	0,728	1,25 [0,35-4,42]	0,118	0,36 [0,10-1,28]	np	np	0,192	0,34 [0,07-1,69]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,392	1,00	0,924	1,00	0,026	1,00	0,192	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,272	0,60 [0,24-1,48]	0,872	1,06 [0,50-2,24]	0,063	7,58 [0,89-64,3]	0,043	0,19 [0,04-0,95]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,978	1,01 [0,29-3,49]	0,651	1,23 [0,49-3,07]	0,039	8,59 [1,11-66,1]	0,081	0,23 [0,04-1,20]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,190	0,44 [0,13-1,49]	0,824	0,89 [0,35-2,29]	0,004	24,1 [2,84-204,]	0,034	0,17 [0,03-0,87]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,410	1,00	0,712	1,00	0,496	1,00	0,630	1,00	0,023	1,00	0,579	1,00
	Nezaposlen/a	0,401	0,44 [0,06-2,98]	0,840	0,84 [0,17-4,16]	0,266	0,50 [0,15-1,68]	0,770	1,15 [0,43-3,07]	0,317	0,47 [0,11-2,04]	0,423	1,84 [0,41-8,23]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,414	1,93 [0,39-9,45]	0,243	0,53 [0,18-1,52]	0,152	0,49 [0,18-1,29]	0,662	0,84 [0,39-1,80]	0,016	6,87 [1,42-33,1]	0,596	1,23 [0,56-2,70]
	Kućanica	np	np	0,490	0,64 [0,18-2,26]	np	np	0,387	1,54 [0,57-4,15]	np	np	0,242	3,62 [0,41-31,3]
	Materijalni status kućanstva	0,138	0,79 [0,58-1,07]	0,664	0,96 [0,83-1,12]	0,615	1,03 [0,90-1,18]	0,777	1,01 [0,89-1,16]	0,313	0,88 [0,70-1,11]	0,012	1,17 [1,03-1,33]
	Razina obrazovanja	0,571	0,94 [0,76-1,16]	0,680	0,97 [0,86-1,1]	0,047	1,13 [1,00-1,28]	0,815	0,98 [0,89-1,09]	0,805	0,97 [0,82-1,15]	0,072	0,89 [0,79-1,01]
	Dob	0,573	0,98 [0,93-1,03]	0,860	1,00 [0,97-1,03]	0,385	1,01 [0,98-1,04]	0,360	1,01 [0,98-1,04]	0,988	1 [0,96-1,03]	0,096	0,97 [0,95-1,00]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.27 Povezanost unosa bijele ribe* i socioekonomskog statusa

Bijela riba		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,153	1,00	0,028	1,00	0,489	1,00	0,147	1,00	0,472	1,00	0,738	1,00
	Isto kao i drugi	0,088	1,93 [0,90-4,15]	0,373	0,76 [0,43-1,37]	0,285	1,62 [0,66-3,92]	0,493	1,23 [0,68-2,23]	0,226	1,80 [0,69-4,68]	0,511	1,26 [0,62-2,55]
	Bolje nego drugi	0,588	1,30 [0,49-3,45]	0,167	1,80 [0,78-4,16]	0,663	1,26 [0,44-3,59]	0,072	2,06 [0,93-4,54]	0,333	1,65 [0,59-4,61]	0,436	1,36 [0,62-2,95]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,941	1,00	0,229	1,00	0,054	1,00	0,958	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,651	1,2 [0,54-2,64]	0,754	0,91 [0,53-1,56]	0,345	1,59 [0,60-4,19]	0,624	1,17 [0,62-2,21]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,854	0,91 [0,36-2,31]	0,829	1,07 [0,55-2,06]	0,921	1,05 [0,39-2,77]	0,854	1,06 [0,54-2,10]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,979	0,98 [0,35-2,76]	0,087	0,54 [0,26-1,09]	0,115	2,21 [0,82-5,94]	0,679	1,15 [0,58-2,27]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,450	1,00	0,152	1,00	0,898	1,00	0,360	1,00	0,938	1,00	0,805	1,00
	Nezaposlen/a	0,542	1,35 [0,51-3,60]	0,114	2,28 [0,81-6,38]	0,535	1,40 [0,48-4,11]	0,310	1,43 [0,71-2,85]	0,744	0,86 [0,35-2,08]	0,427	1,33 [0,65-2,73]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,214	1,57 [0,77-3,20]	0,545	1,21 [0,64-2,26]	0,810	0,90 [0,41-1,97]	0,088	1,64 [0,92-2,89]	0,836	0,94 [0,55-1,62]	0,536	1,16 [0,71-1,90]
	Kućanica	np	np	0,398	0,73 [0,35-1,50]	np	np	0,295	1,42 [0,73-2,76]	np	np	0,542	1,32 [0,53-3,25]
	Materijalni status kućanstva	0,059	1,11 [0,99-1,25]	0,069	1,08 [0,99-1,17]	0,027	1,14 [1,01-1,28]	0,002	1,15 [1,05-1,27]	0,075	1,09 [0,99-1,21]	0,001	1,14 [1,05-1,24]
	Razina obrazovanja	0,811	1,01 [0,92-1,10]	0,028	0,92 [0,85-0,99]	0,709	0,98 [0,88-1,08]	0,059	0,93 [0,86-1,00]	0,802	1,01 [0,93-1,09]	0,280	0,96 [0,89-1,03]
	Dob	0,749	1,00 [0,98-1,02]	0,758	0,99 [0,97-1,01]	0,046	1,02 [1-1,05]	0,838	1,00 [0,98-1,02]	0,014	1,02 [1,00-1,03]	0,020	1,01 [1,00-1,03]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.28 Povezanost unosa plave ribe* i socioekonomskog statusa

Plava riba		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,762	1,00	0,634	1,00	0,752	1,00	0,291	1,00	0,747	1,00	0,010	1,00
	Isto kao i drugi	0,899	1,05 [0,48-2,29]	0,496	0,82 [0,46-1,44]	0,492	1,34 [0,57-3,13]	0,486	1,23 [0,68-2,22]	0,768	1,16 [0,42-3,23]	0,002	0,25 [0,10-0,61]
	Bolje nego drugi	0,709	0,83 [0,32-2,16]	0,340	0,69 [0,33-1,46]	0,471	1,44 [0,53-3,95]	0,142	1,75 [0,82-3,69]	0,954	0,96 [0,32-2,86]	0,006	0,26 [0,10-0,67]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,469	1,00	0,136	1,00	0,867	1,00	0,513	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,751	0,89 [0,43-1,82]	0,217	0,73 [0,44-1,20]	0,711	0,81 [0,26-2,46]	0,200	1,49 [0,81-2,74]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,500	1,36 [0,55-3,40]	0,809	0,92 [0,50-1,70]	0,461	0,65 [0,21-2,00]	0,159	1,59 [0,83-3,06]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,430	0,68 [0,26-1,76]	0,033	0,49 [0,25-0,94]	0,515	0,68 [0,22-2,11]	0,209	1,51 [0,79-2,91]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,515	1,00	0,028	1,00	0,686	1,00	0,216	1,00	0,563	1,00	0,162	1,00
	Nezaposlen/a	0,251	1,84 [0,65-5,20]	0,069	2,77 [0,92-8,30]	0,744	0,85 [0,32-2,21]	0,210	0,67 [0,36-1,25]	0,330	0,65 [0,27-1,54]	0,326	1,43 [0,69-2,96]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,837	1,07 [0,56-2,03]	0,280	1,39 [0,76-2,54]	0,225	0,63 [0,30-1,32]	0,155	0,67 [0,39-1,15]	0,819	1,06 [0,61-1,84]	0,442	1,20 [0,75-1,92]
	Kućanica	np	np	0,327	0,71 [0,36-1,39]	np	np	0,772	1,09 [0,58-2,04]	np	np	0,138	0,56 [0,26-1,20]
	Materijalni status kućanstva	0,022	1,13 [1,01-1,26]	0,976	1,00 [0,92-1,08]	0,506	1,03 [0,93-1,15]	0,631	1,02 [0,93-1,11]	0,800	0,98 [0,88-1,09]	0,026	1,09 [1,01-1,18]
	Razina obrazovanja	0,091	1,07 [0,98-1,16]	0,055	1,07 [0,99-1,14]	0,239	1,06 [0,96-1,16]	0,223	1,04 [0,97-1,12]	0,067	1,08 [0,99-1,17]	0,792	1,00 [0,94-1,07]
	Dob	0,318	1,01 [0,99-1,03]	0,935	0,99 [0,98-1,01]	0,014	1,03 [1,00-1,05]	0,001	1,03 [1,01-1,05]	0,014	1,02 [1,00-1,03]	0,079	1,01 [0,99-1,03]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.29 Povezanost unosa morskih plodova (školjke, rakovi)* i socioekonomskog statusa

Morski plodovi		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,169	1,00	0,312	1,00	0,277	1,00	0,063	1,00	0,753	1,00	0,724	1,00
	Isto kao i drugi	0,756	0,85 [0,32-2,24]	0,861	1,07 [0,48-2,36]	0,879	1,07 [0,43-2,67]	0,838	0,93 [0,47-1,82]	0,585	1,44 [0,38-5,43]	0,439	0,73 [0,33-1,61]
	Bolje nego drugi	0,370	1,65 [0,55-4,97]	0,266	1,70 [0,66-4,39]	0,280	1,76 [0,62-4,97]	0,182	1,72 [0,77-3,82]	0,481	1,64 [0,41-6,54]	0,437	0,71 [0,30-1,67]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,378	1,00	0,050	1,00	0,866	1,00	0,050	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,231	0,63 [0,30-1,33]	0,171	0,68 [0,39-1,18]	0,739	1,24 [0,34-4,42]	0,016	2,38 [1,17-4,81]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,541	1,29 [0,56-2,99]	0,962	1,01 [0,54-1,88]	0,976	1,02 [0,28-3,67]	0,195	1,65 [0,77-3,52]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,982	1,01 [0,38-2,63]	0,019	0,40 [0,19-0,86]	0,664	1,32 [0,36-4,77]	0,405	1,37 [0,64-2,94]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,129	1,00	0,417	1,00	0,509	1,00	0,106	1,00	0,517	1,00	0,862	1,00
	Nezaposlen/a	0,083	2,26 [0,89-5,69]	0,405	1,45 [0,6-3,54]	0,133	2,03 [0,80-5,15]	0,072	0,5 [0,23-1,06]	0,729	1,19 [0,43-3,27]	0,555	1,23 [0,61-2,44]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,613	0,82 [0,39-1,74]	0,891	1,05 [0,52-2,12]	0,760	1,12 [0,52-2,41]	0,486	0,81 [0,45-1,45]	0,253	1,41 [0,78-2,54]	0,666	1,11 [0,68-1,81]
	Kućanica	np	np	0,225	0,53 [0,19-1,46]	np	np	0,399	1,31 [0,69-2,46]	np	np	0,482	1,35 [0,58-3,16]
	Materijalni status kućanstva	0,945	1,00 [0,88-1,14]	0,027	1,12 [1,01-1,25]	0,350	1,05 [0,94-1,17]	0,386	1,04 [0,94-1,15]	0,158	1,08 [0,96-1,22]	0,014	1,12 [1,02-1,22]
	Razina obrazovanja	0,679	0,97 [0,88-1,08]	0,629	1,02 [0,93-1,11]	0,266	0,94 [0,86-1,04]	0,472	0,97 [0,89-1,05]	0,554	1,02 [0,93-1,12]	0,932	0,99 [0,92-1,07]
	Dob	0,042	0,97 [0,95-0,99]	0,206	0,98 [0,96-1,00]	0,452	1,01 [0,98-1,03]	0,010	0,97 [0,95-0,99]	0,317	0,99 [0,97-1,00]	0,106	0,98 [0,97-1,00]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.30 Povezanost unosa svinjetine* i socioekonomskog statusa

Svinjetina		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,682	1,00	0,260	1,00	0,246	1,00	0,942	1,00	0,787	1,00	0,171	1,00
	Isto kao i drugi	0,576	0,80 [0,37-1,73]	0,258	0,68 [0,36-1,31]	0,102	0,49 [0,21-1,14]	0,991	0,99 [0,55-1,78]	0,566	0,74 [0,27-2,01]	0,630	0,83 [0,39-1,76]
	Bolje nego drugi	0,389	0,65 [0,25-1,70]	0,101	0,49 [0,21-1,14]	0,134	0,47 [0,17-1,26]	0,826	1,08 [0,53-2,21]	0,493	0,69 [0,24-1,98]	0,172	0,56 [0,24-1,28]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,800	1,00	0,404	1,00	0,011	1,00	0,173	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,938	1,02 [0,52-2,00]	0,394	1,22 [0,76-1,97]	0,214	1,84 [0,70-4,85]	0,104	1,74 [0,89-3,41]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,571	0,79 [0,34-1,78]	0,533	0,83 [0,46-1,48]	0,828	1,11 [0,42-2,91]	0,136	1,72 [0,84-3,54]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,737	1,17 [0,46-2,92]	0,488	0,79 [0,41-1,51]	0,368	0,64 [0,24-1,69]	0,635	1,19 [0,57-2,45]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,032	1,00	0,588	1,00	0,905	1,00	0,561	1,00	0,844	1,00	0,750	1,00
	Nezaposlen/a	0,009	0,23 [0,08-0,69]	0,892	1,05 [0,46-2,39]	0,705	1,19 [0,47-3,01]	0,319	1,36 [0,74-2,52]	0,785	0,88 [0,36-2,15]	0,437	1,30 [0,67-2,52]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,521	0,81 [0,43-1,51]	0,496	0,80 [0,42-1,51]	0,463	1,31 [0,63-2,70]	0,382	1,26 [0,75-2,12]	0,575	0,86 [0,50-1,45]	0,879	1,03 [0,64-1,67]
	Kućanica	np	np	0,509	1,28 [0,61-2,68]	np	np	0,866	0,95 [0,52-1,71]	np	np	0,518	0,74 [0,30-1,82]
	Materijalni status kućanstva	0,395	1,04 [0,94-1,17]	0,498	1,03 [0,94-1,13]	0,101	1,09 [0,98-1,21]	0,973	0,99 [0,91-1,08]	0,752	1,01 [0,92-1,12]	0,058	1,08 [0,99-1,19]
	Razina obrazovanja	0,028	0,91 [0,83-0,99]	0,940	1,00 [0,92-1,08]	0,024	0,89 [0,81-0,98]	0,031	0,92 [0,86-0,99]	0,048	0,92 [0,84-0,99]	0,096	0,94 [0,87-1,01]
	Dob	<0,001	0,95 [0,93-0,97]	0,009	0,97 [0,95-0,99]	<0,001	0,94 [0,91-0,96]	<0,001	0,94 [0,92-0,96]	0,009	0,97 [0,96-0,99]	0,004	0,97 [0,96-0,99]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.31 Povezanost unosa govedine* i socioekonomskog statusa

Govedina		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,613	1,00	0,100	1,00	0,276	1,00	0,649	1,00	0,191	1,00	0,291	1,00
	Isto kao i drugi	0,328	0,70 [0,34-1,42]	0,343	0,78 [0,48-1,28]	0,112	0,49 [0,21-1,17]	0,435	0,80 [0,46-1,39]	0,196	0,46 [0,14-1,49]	0,888	1,04 [0,53-2,05]
	Bolje nego drugi	0,395	0,69 [0,29-1,61]	0,040	0,50 [0,26-0,97]	0,166	0,49 [0,18-1,34]	0,803	0,91 [0,46-1,80]	0,502	0,65 [0,19-2,24]	0,496	0,77 [0,37-1,61]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,870	1,00	0,855	1,00	0,402	1,00	0,786	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,453	1,29 [0,66-2,50]	0,598	1,13 [0,71-1,78]	0,621	0,76 [0,26-2,20]	0,403	1,27 [0,72-2,25]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,942	1,03 [0,45-2,34]	0,713	0,90 [0,51-1,56]	0,163	0,47 [0,16-1,35]	0,446	1,26 [0,68-2,32]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,974	1,01 [0,39-2,58]	0,942	0,97 [0,52-1,80]	0,284	0,56 [0,19-1,61]	0,313	1,36 [0,74-2,50]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,071	1,00	0,869	1,00	0,830	1,00	0,846	1,00	0,617	1,00	0,523	1,00
	Nezaposlen/a	0,118	0,51 [0,22-1,18]	0,568	0,81 [0,39-1,67]	0,557	0,75 [0,29-1,93]	0,379	0,76 [0,42-1,39]	0,764	1,15 [0,44-2,98]	0,647	1,15 [0,62-2,15]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,039	0,54 [0,31-0,97]	0,728	0,91 [0,54-1,52]	0,654	1,18 [0,56-2,49]	0,718	0,91 [0,55-1,49]	0,392	0,78 [0,45-1,35]	0,350	0,81 [0,53-1,25]
	Kućanica	np	np	0,813	1,07 [0,58-1,98]	np	np	0,648	0,87 [0,49-1,54]	np	np	0,563	1,24 [0,59-2,60]
	Materijalni status kućanstva	0,974	0,99 [0,90-1,09]	0,073	1,06 [0,99-1,14]	0,009	1,15 [1,03-1,28]	0,722	1,01 [0,93-1,10]	0,680	0,97 [0,88-1,08]	0,231	1,04 [0,97-1,12]
	Razina obrazovanja	0,672	1,01 [0,94-1,08]	0,989	1 [0,94-1,06]	0,070	0,91 [0,83-1,00]	0,156	0,95 [0,89-1,01]	0,948	0,99 [0,91-1,08]	0,969	1,00 [0,94-1,06]
	Dob	0,228	0,98 [0,97-1,00]	0,002	0,97 [0,96-0,99]	<0,001	0,94 [0,92-0,97]	<0,001	0,96 [0,94-0,98]	0,082	0,98 [0,96-1,00]	0,807	1,00 [0,98-1,01]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.32 Povezanost unosa divljači* i socioekonomskog statusa

Divljač		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,477	1,00	0,562	1,00	0,893	1,00	0,470	1,00	0,570	1,00	0,663	1,00
	Isto kao i drugi	0,779	0,75 [0,10-5,40]	0,850	0,87 [0,22-3,42]	0,714	0,79 [0,22-2,75]	0,436	0,68 [0,26-1,76]	0,457	0,38 [0,03-4,67]	0,790	0,73 [0,07-7,37]
	Bolje nego drugi	0,678	1,58 [0,17-14,1]	0,343	0,37 [0,04-2,88]	0,634	0,70 [0,16-2,97]	0,998	1,00 [0,33-3,02]	0,316	0,24 [0,01-3,77]	0,827	1,31 [0,11-15,1]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,278	1,00	0,670	1,00	0,937	1,00	0,968	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,115	2,42 [0,80-7,26]	0,852	1,07 [0,50-2,28]	np	np	0,790	0,77 [0,11-5,30]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,249	2,13 [0,58-7,70]	0,302	0,57 [0,20-1,63]	np	np	0,820	1,24 [0,18-8,18]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,066	3,60 [0,91-14,1]	0,791	0,87 [0,32-2,35]	np	np	0,988	1,01 [0,14-7,32]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,675	1,00	0,529	1,00	0,668	1,00	0,197	1,00	0,859	1,00	0,093	1,00
	Nezaposlen/a	0,570	0,52 [0,05-4,94]	0,714	0,66 [0,07-5,76]	0,494	0,57 [0,11-2,81]	0,458	0,64 [0,20-2,05]	0,782	1,28 [0,22-7,42]	np	np
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,430	0,56 [0,13-2,36]	0,753	0,78 [0,17-3,53]	0,404	1,50 [0,57-3,91]	0,112	1,91 [0,86-4,24]	0,593	1,39 [0,40-4,79]	0,927	1,07 [0,22-5,26]
	Kućanica	np	np	0,349	2,05 [0,45-9,25]	np	np	0,880	1,07 [0,41-2,82]	np	np	0,029	6,81 [1,21-38,2]
	Materijalni status kućanstva	0,436	0,90 [0,71-1,15]	0,348	1,10 [0,89-1,37]	0,045	1,17 [1,00-1,38]	0,124	1,11 [0,97-1,28]	0,003	1,63 [1,18-2,26]	0,092	0,83 [0,67-1,03]
	Razina obrazovanja	0,864	0,98 [0,82-1,17]	0,790	1,02 [0,86-1,21]	<0,001	0,76 [0,66-0,87]	0,359	0,95 [0,85-1,05]	0,137	0,84 [0,68-1,05]	0,723	1,03 [0,85-1,25]
	Dob	0,758	0,99 [0,94-1,03]	0,559	0,98 [0,94-1,03]	0,178	0,97 [0,94-1,01]	0,052	0,97 [0,94-1]	0,071	0,96 [0,92-1,00]	0,978	0,99 [0,94-1,05]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Tablica 4.33 Povezanost unosa piletine* i socioekonomskog statusa

Piletina		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,594	1,00	0,005	1,00	0,176	1,00	0,067	1,00	0,096	1,00	0,408	1,00
	Isto kao i drugi	0,374	1,54 [0,59-4,06]	0,937	0,96 [0,4-2,32]	0,137	1,89 [0,81-4,39]	0,494	0,74 [0,31-1,74]	0,173	2,51 [0,66-9,50]	0,232	0,39 [0,08-1,81]
	Bolje nego drugi	0,317	1,80 [0,56-5,76]	0,029	0,31 [0,11-0,88]	0,725	1,19 [0,44-3,20]	0,060	0,38 [0,14-1,04]	0,795	1,20 [0,29-4,98]	0,181	0,33 [0,06-1,66]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,855	1,00	0,865	1,00	0,413	1,00	0,897	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,407	1,37 [0,65-2,88]	0,986	0,99 [0,51-1,93]	0,110	3,27 [0,76-14,0]	0,672	0,81 [0,30-2,13]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,907	1,05 [0,43-2,57]	0,989	0,99 [0,44-2,21]	0,456	1,67 [0,43-6,43]	0,946	1,03 [0,36-2,97]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,890	1,07 [0,39-2,94]	0,472	0,73 [0,31-1,7]	0,279	2,16 [0,53-8,81]	0,640	0,77 [0,27-2,22]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,685	1,00	0,812	1,00	0,806	1,00	0,582	1,00	0,123	1,00	0,273	1,00
	Nezaposlen/a	0,529	0,69 [0,21-2,18]	0,929	1,06 [0,28-3,89]	0,924	0,95 [0,33-2,67]	0,879	0,93 [0,39-2,19]	0,296	0,50 [0,14-1,82]	0,259	3,24 [0,42-25,0]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,451	0,73 [0,33-1,62]	0,518	0,76 [0,33-1,72]	0,885	0,94 [0,42-2,08]	0,577	0,82 [0,41-1,64]	0,140	1,99 [0,79-4,97]	0,150	0,57 [0,27-1,21]
	Kućanica	np	np	0,357	0,64 [0,24-1,65]	np	np	0,437	1,39 [0,60-3,24]	np	np	0,998	1276 [0-,]
	Materijalni status kućanstva	0,385	1,06 [0,92-1,21]	0,611	1,03 [0,91-1,15]	0,876	1,00 [0,90-1,12]	0,356	1,05 [0,94-1,18]	0,362	0,92 [0,78-1,09]	0,216	1,08 [0,95-1,23]
	Razina obrazovanja	0,016	0,88 [0,80-0,97]	0,334	0,95 [0,86-1,05]	0,218	1,06 [0,96-1,17]	0,119	1,07 [0,98-1,17]	0,332	1,06 [0,94-1,2]	0,115	0,91 [0,82-1,02]
	Dob	0,904	0,99 [0,97-1,02]	0,968	0,99 [0,97-1,02]	0,603	0,99 [0,96-1,02]	0,321	1,01 [0,98-1,03]	0,002	0,95 [0,92-0,98]	0,135	0,98 [0,95-1,00]

*Jednom tjedno ili češće; por. – poredbena skupina

Povezanost socioekonomskog statusa i zdravstveno rizičnih ponašanja

Tablica 4.34 Povezanost pušenja i socioekonomskog statusa

Pušenje		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (<i>Por.</i>)	0,892	1,00	0,067	1,00	0,728	1,00	0,002	1,00	0,242	1,00	0,928	1,00
	Isto kao i drugi	0,902	1,04 [0,51-2,14]	0,020	0,50 [0,28-0,89]	0,491	0,72 [0,29-1,80]	<0,001	0,31 [0,16-0,60]	0,171	0,48 [0,17-1,36]	0,916	1,04 [0,49-2,16]
	Bolje nego drugi	0,838	0,91 [0,38-2,18]	0,125	0,55 [0,26-1,17]	0,434	0,64 [0,21-1,93]	0,003	0,31 [0,14-0,67]	0,458	0,65 [0,21-2,00]	0,780	1,12 [0,50-2,48]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (<i>Por.</i>)	np	np	np	np	0,080	1,00	0,480	1,00	0,487	1,00	0,223	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,027	2,40 [1,10-5,24]	0,795	0,92 [0,52-1,63]	0,838	1,13 [0,34-3,76]	0,439	0,77 [0,41-1,47]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,942	0,96 [0,36-2,55]	0,239	1,45 [0,77-2,73]	0,584	1,40 [0,41-4,68]	0,388	1,33 [0,69-2,57]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,590	1,32 [0,47-3,65]	0,844	1,07 [0,53-2,17]	0,309	1,86 [0,56-6,22]	0,716	0,88 [0,45-1,71]
Radni status	Zaposlen/a (<i>Por.</i>)	0,030	1,00	0,280	1,00	0,778	1,00	0,009	1,00	0,193	1,00	0,921	1,00
	Nezaposlen/a	0,748	1,15 [0,47-2,79]	0,290	1,49 [0,71-3,14]	0,324	1,57 [0,64-3,84]	0,146	0,62 [0,33-1,17]	0,070	2,27 [0,93-5,52]	0,758	0,90 [0,47-1,73]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,009	2,25 [1,22-4,14]	0,216	0,70 [0,39-1,23]	0,983	1,00 [0,47-2,12]	0,042	0,55 [0,31-0,98]	0,763	1,09 [0,61-1,95]	0,511	0,85 [0,53-1,36]
	Kućanica	np	np	0,277	0,67 [0,33-1,37]	np	np	0,001	0,30 [0,15-0,62]	np	np	0,959	0,97 [0,44-2,18]
	Materijalni status kućanstva	0,732	1,01 [0,92-1,12]	0,192	0,94 [0,87-1,02]	0,150	0,91 [0,81-1,03]	0,249	1,05 [0,96-1,16]	0,737	1,02 [0,91-1,14]	0,952	0,99 [0,92-1,08]
	Razina obrazovanja	0,899	0,99 [0,92-1,07]	0,021	1,08 [1,01-1,16]	0,200	0,93 [0,83-1,03]	0,491	0,97 [0,90-1,05]	<0,001	0,81 [0,74-0,89]	0,308	0,96 [0,90-1,03]
	Dob	<0,001	0,94 [0,92-0,96]	<0,001	0,95 [0,93-0,97]	<0,001	0,93 [0,90-0,96]	<0,001	0,95 [0,93-0,97]	<0,001	0,95 [0,94-0,97]	<0,001	0,96 [0,95-0,98]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.35 Povezanost prekomjernog unosa alkohola* i socioekonomskog statusa

Prekomjeran unos alkohola		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,688	1,00	0,111	1,00	0,905	1,00	0,600	1,00	0,719	1,00	0,664	1,00
	Isto kao i drugi	0,967	1,01 [0,41-2,53]	0,148	0,53 [0,23-1,24]	0,963	1,02 [0,39-2,68]	0,632	1,47 [0,30-7,12]	0,429	0,58 [0,15-2,22]	np	np
	Bolje nego drugi	np	np	np	np	0,752	1,19 [0,38-3,70]	0,871	0,85 [0,12-5,87]	0,443	0,56 [0,12-2,46]	np	np
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,967	1,00	0,741	1,00	0,287	1,00	0,658	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,885	1,05 [0,49-2,28]	0,942	1,04 [0,36-2,99]	0,758	0,78 [0,17-3,63]	0,227	3,93 [0,42-36,2]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,719	0,83 [0,31-2,22]	0,485	1,53 [0,46-5,11]	0,405	1,87 [0,42-8,27]	0,260	3,68 [0,38-35,6]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,968	0,97 [0,34-2,78]	0,654	0,70 [0,14-3,32]	0,265	2,30 [0,53-9,99]	0,349	3,05 [0,29-31,5]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,727	1,00	0,987	1,00	0,266	1,00	0,662	1,00	0,051	1,00	0,106	1,00
	Nezaposlen/a	0,515	0,69 [0,23-2,08]	0,842	0,88 [0,27-2,85]	0,202	1,85 [0,72-4,76]	0,293	0,32 [0,03-2,65]	0,112	2,79 [0,78-9,92]	np	np
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,552	0,80 [0,39-1,64]	0,953	1,02 [0,42-2,49]	0,538	0,77 [0,33-1,77]	0,701	0,79 [0,24-2,57]	0,024	2,65 [1,13-6,20]	0,092	2,63 [0,85-8,12]
	Kućanica	np	np	0,786	1,16 [0,39-3,47]	np	np	0,403	0,56 [0,14-2,16]	np	np	0,017	6,67 [1,39-31,9]
	Materijalni status kućanstva	0,898	1,00 [0,89-1,14]	0,088	1,11 [0,98-1,26]	0,513	1,04 [0,92-1,17]	0,106	1,17 [0,96-1,43]	0,337	0,92 [0,79-1,08]	0,875	0,98 [0,79-1,21]
	Razina obrazovanja	0,953	0,99 [0,90-1,09]	0,020	1,13 [1,02-1,25]	0,082	0,91 [0,82-1,01]	0,172	0,90 [0,77-1,04]	0,008	0,83 [0,73-0,95]	0,212	1,12 [0,93-1,36]
	Dob	0,177	0,98 [0,96-1,00]	0,998	1 [0,97-1,02]	0,798	1,00 [0,97-1,03]	0,478	1,01 [0,97-1,06]	0,716	0,99 [0,97-1,02]	0,312	0,98 [0,94-1,01]

*Više od 2 jedinice dnevno za žene i više od 3 jedinice dnevno za muškarce (1 jedinica=200 ml za vino i pivo i 30 ml za žestoka pića) ; por. – poredbena skupina

Tablica 4.36 Povezanost tjelesne aktivnosti* (za vrijeme rada) i socioekonomskog statusa

Tjelesna aktivnost za vrijeme rada		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,055	1,00	0,546	1,00	0,484	1,00	0,657	1,00	0,034	1,00	0,553	1,00
	Isto kao i drugi	0,302	0,64 [0,28-1,47]	0,387	1,25 [0,75-2,08]	0,250	1,68 [0,69-4,09]	0,811	1,07 [0,57-2,00]	0,189	1,93 [0,72-5,14]	0,331	1,41 [0,70-2,85]
	Bolje nego drugi	0,034	0,35 [0,13-0,92]	0,278	1,46 [0,73-2,92]	0,483	1,44 [0,51-4,01]	0,445	1,35 [0,62-2,91]	0,906	1,06 [0,37-3,05]	0,278	1,53 [0,71-3,29]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,050	1,00	0,034	1,00	0,847	1,00	<0,001	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,018	0,41 [0,19-0,86]	0,044	0,58 [0,34-0,98]	0,909	1,06 [0,38-2,90]	0,358	1,32 [0,72-2,42]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,080	0,44 [0,18-1,09]	0,194	0,66 [0,35-1,23]	0,703	1,21 [0,44-3,29]	0,904	1,04 [0,55-1,95]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,011	0,28 [0,10-0,75]	0,004	0,37 [0,19-0,73]	0,915	0,94 [0,34-2,59]	0,006	0,41 [0,22-0,77]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,157	1,00	0,724	1,00	0,201	1,00	0,005	1,00	0,035	1,00	0,002	1,00
	Nezaposlen/a	0,055	3,60 [0,97-13,3]	0,256	0,64 [0,29-1,38]	0,206	1,94 [0,69-5,47]	0,034	2,11 [1,05-4,23]	0,180	1,81 [0,75-4,35]	0,009	2,4 [1,24-4,61]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,725	1,12 [0,59-2,1]	0,892	0,96 [0,54-1,69]	0,042	2,14 [1,02-4,46]	0,060	1,66 [0,97-2,84]	0,014	1,95 [1,14-3,34]	0,001	2,11 [1,35-3,30]
	Kućanica	np	np	0,975	0,98 [0,50-1,93]	np	np	0,001	3,17 [1,59-6,31]	np	np	0,745	1,14 [0,51-2,52]
	Materijalni status kućanstva	0,002	1,17 [1,06-1,30]	0,276	1,04 [0,96-1,12]	0,008	1,15 [1,04-1,28]	0,103	1,07 [0,98-1,17]	0,331	0,95 [0,85-1,05]	0,373	1,03 [0,95-1,12]
	Razina obrazovanja	0,158	0,94 [0,87-1,02]	0,056	0,94 [0,88-1,00]	0,001	0,84 [0,76-0,93]	0,157	0,95 [0,88-1,01]	<0,001	0,84 [0,76-0,92]	0,015	0,92 [0,86-0,98]
	Dob	0,205	0,98 [0,96-1,00]	0,003	0,97 [0,95-0,99]	0,045	0,97 [0,94-0,99]	0,531	0,99 [0,97-1,01]	0,701	0,99 [0,98-1,01]	0,829	1,00 [0,98-1,01]

*Umjerena i jaka tjelesna aktivnost; por. – poredbena skupina

Tablica 4.37 Povezanost tjelesne aktivnosti* (u slobodnom dijelu dana) i socioekonomskog statusa

Tjelesna aktivnost u slobodnom dijelu dana		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,178	1,00	0,836	1,00	0,112	1,00	0,777	1,00	0,175	1,00	0,942	1,00
	Isto kao i drugi	0,150	0,59 [0,29-1,20]	0,675	1,11 [0,67-1,83]	0,973	0,98 [0,44-2,17]	0,840	0,94 [0,55-1,62]	0,283	1,70 [0,64-4,51]	0,749	1,11 [0,57-2,18]
	Bolje nego drugi	0,063	0,44 [0,18-1,04]	0,550	1,22 [0,63-2,35]	0,180	0,53 [0,20-1,34]	0,746	1,11 [0,56-2,21]	0,792	1,15 [0,40-3,26]	0,833	1,08 [0,52-2,24]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,224	1,00	0,295	1,00	0,248	1,00	0,583	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,081	0,56 [0,3-1,07]	0,738	0,92 [0,58-1,46]	0,454	0,69 [0,26-1,80]	0,304	1,34 [0,76-2,38]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,085	0,49 [0,22-1,10]	0,470	1,24 [0,69-2,22]	0,819	1,11 [0,42-2,91]	0,979	1,00 [0,55-1,84]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,087	0,46 [0,19-1,11]	0,194	0,65 [0,35-1,23]	0,418	0,67 [0,25-1,76]	0,987	1,00 [0,55-1,83]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	<0,001	1,00	0,001	1,00	0,877	1,00	0,820	1,00	0,919	1,00	0,084	1,00
	Nezaposlen/a	0,060	0,45 [0,19-1,03]	<0,001	0,25 [0,12-0,54]	0,906	0,94 [0,39-2,29]	0,963	1,01 [0,53-1,92]	0,717	0,85 [0,35-2,02]	0,315	1,39 [0,72-2,69]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	<0,001	0,18 [0,10-0,33]	0,009	0,50 [0,30-0,84]	0,419	0,76 [0,39-1,47]	0,378	0,79 [0,48-1,32]	0,791	0,93 [0,55-1,57]	0,424	0,83 [0,54-1,28]
	Kućanica	np	np	0,037	0,52 [0,28-0,96]	np	np	0,698	0,89 [0,49-1,59]	np	np	0,028	0,42 [0,2-0,91]
	Materijalni status kućanstva	0,017	1,12 [1,02-1,24]	0,714	1,01 [0,94-1,08]	0,001	1,18 [1,07-1,31]	0,004	1,13 [1,04-1,22]	0,739	0,98 [0,89-1,08]	0,674	0,98 [0,91-1,06]
	Razina obrazovanja	0,908	0,99 [0,92-1,07]	0,166	1,04 [0,98-1,10]	0,273	0,95 [0,87-1,03]	0,184	0,95 [0,89-1,02]	0,037	0,91 [0,84-0,99]	0,106	0,95 [0,89-1,01]
	Dob	0,111	1,01 [0,99-1,03]	0,115	0,98 [0,97-1,00]	0,131	0,98 [0,96-1,00]	0,250	0,98 [0,97-1,00]	0,508	0,99 [0,97-1,01]	0,990	1 [0,98-1,01]

*Umjerena i jaka tjelesna aktivnost; por. – poredbena skupina

Tablica 4.38 Povezanost psihološke rastrojenosti* i socioekonomskog statusa

Psihološka rastrojenost		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,015	1,00	0,001	1,00	0,014	1,00	0,128	1,00	0,276	1,00	0,039	1,00
	Isto kao i drugi	0,024	0,45 [0,22-0,90]	<0,001	0,38 [0,23-0,63]	0,009	0,33 [0,14-0,76]	0,552	0,85 [0,49-1,45]	0,349	0,62 [0,23-1,67]	0,047	0,50 [0,26-0,99]
	Bolje nego drugi	0,004	0,26 [0,10-0,65]	0,003	0,37 [0,19-0,72]	0,347	0,62 [0,23-1,66]	0,073	0,53 [0,26-1,06]	0,874	0,91 [0,31-2,66]	0,011	0,38 [0,18-0,80]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,890	1,00	0,820	1,00	0,150	1,00	0,105	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,589	1,21 [0,59-2,48]	0,764	0,93 [0,59-1,46]	0,404	1,54 [0,55-4,31]	0,275	1,37 [0,77-2,41]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,867	0,92 [0,35-2,39]	0,765	0,91 [0,52-1,61]	0,710	0,81 [0,28-2,36]	0,766	0,91 [0,49-1,68]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,825	0,88 [0,30-2,55]	0,342	0,72 [0,37-1,40]	0,562	0,72 [0,24-2,13]	0,355	0,74 [0,40-1,38]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,740	1,00	0,449	1,00	0,736	1,00	0,989	1,00	0,497	1,00	0,279	1,00
	Nezaposlen/a	0,438	0,69 [0,27-1,75]	0,454	1,31 [0,64-2,68]	0,725	0,81 [0,27-2,48]	0,988	0,99 [0,52-1,88]	0,409	1,49 [0,57-3,83]	0,802	0,92 [0,48-1,74]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,804	0,92 [0,50-1,70]	0,222	0,72 [0,43-1,21]	0,720	0,86 [0,37-1,96]	0,981	0,99 [0,59-1,66]	0,308	1,35 [0,75-2,43]	0,054	0,64 [0,40-1,00]
	Kućanica	np	np	0,347	0,74 [0,40-1,37]	np	np	0,772	0,91 [0,50-1,65]	np	np	0,651	0,83 [0,39-1,8]
	Materijalni status kućanstva	0,187	0,93 [0,84-1,03]	0,494	0,97 [0,91-1,04]	0,344	0,94 [0,84-1,06]	0,391	0,96 [0,88-1,04]	0,942	0,99 [0,89-1,11]	0,607	1,02 [0,94-1,10]
	Razina obrazovanja	0,912	1,00 [0,93-1,08]	0,010	0,92 [0,87-0,98]	0,294	0,95 [0,86-1,04]	0,810	0,99 [0,93-1,05]	0,785	1,01 [0,92-1,10]	0,248	0,96 [0,90-1,02]
	Dob	0,516	1,00 [0,98-1,02]	0,285	1,00 [0,99-1,02]	0,048	1,03 [1-1,06]	0,010	1,02 [1,00-1,04]	0,925	1,00 [0,98-1,01]	0,299	1,00 [0,99-1,02]

*GHQ indeks \geq 5; por. – poredbena skupina

Povezanost socioekonomskog statusa i višestrukog obolijevanja

Tablica 4.39 Povezanost višestrukog obolijevanja (dvije i više bolesti) i socioekonomskog statusa

Višestruko obolijevanje (2 i više bolesti)		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,436	1,00	0,397	1,00	0,406	1,00	0,134	1,00	0,316	1,00	0,365	1,00
	Isto kao i drugi	0,213	0,62 [0,29-1,31]	0,359	1,31 [0,73-2,34]	0,294	0,61 [0,25-1,52]	0,187	1,53 [0,81-2,91]	0,136	0,45 [0,15-1,28]	0,283	0,64 [0,28-1,44]
	Bolje nego drugi	0,241	0,58 [0,23-1,44]	0,906	0,95 [0,43-2,08]	0,725	0,82 [0,29-2,35]	0,993	0,99 [0,45-2,16]	0,241	0,51 [0,16-1,56]	0,703	0,83 [0,33-2,07]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,487	1,00	0,224	1,00	0,981	1,00	0,113	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	0,191	1,57 [0,79-3,12]	0,073	0,62 [0,37-1,04]	0,989	1,00 [0,35-2,9]	0,507	1,24 [0,64-2,39]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,947	1,02 [0,46-2,28]	0,159	0,63 [0,34-1,19]	0,939	1,04 [0,36-3,01]	0,690	1,15 [0,56-2,39]
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,949	0,97 [0,39-2,36]	0,771	0,9 [0,44-1,83]	0,872	0,91 [0,31-2,67]	0,199	0,61 [0,28-1,29]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,225	1,00	0,186	1,00	0,972	1,00	0,682	1,00	0,474	1,00	0,618	1,00
	Nezaposlen/a	0,155	0,46 [0,16-1,33]	0,092	0,27 [0,06-1,23]	0,867	1,07 [0,44-2,59]	0,578	0,81 [0,39-1,68]	0,782	0,86 [0,30-2,46]	0,500	1,35 [0,56-3,24]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,167	0,63 [0,33-1,21]	0,323	1,37 [0,73-2,58]	0,711	0,87 [0,44-1,74]	0,240	0,71 [0,40-1,25]	0,276	1,39 [0,76-2,55]	0,372	1,31 [0,72-2,4]
	Kućanica	np	np	0,836	1,08 [0,51-2,28]	np	np	0,711	0,88 [0,45-1,70]	np	np	0,715	0,83 [0,30-2,26]
	Materijalni status kućanstva	0,868	1,00 [0,91-1,11]	0,485	1,03 [0,94-1,12]	0,620	0,97 [0,87-1,08]	0,096	0,92 [0,84-1,01]	0,067	1,11 [0,99-1,24]	0,682	1,02 [0,92-1,12]
	Razina obrazovanja	0,265	0,95 [0,89-1,03]	0,054	0,93 [0,87-1,00]	0,038	0,90 [0,82-0,99]	0,187	0,95 [0,88-1,02]	0,093	0,92 [0,83-1,01]	0,143	0,94 [0,86-1,02]
	Dob	<0,001	1,07 [1,04-1,09]	<0,001	1,07 [1,05-1,10]	<0,001	1,05 [1,02-1,08]	<0,001	1,10 [1,08-1,13]	<0,001	1,07 [1,05-1,10]	<0,001	1,12 [1,09-1,16]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.40 Povezanost višestrukog obolijevanja (3 bolesti) i socioekonomskog statusa

Višestruko obolijevanje (3 bolesti)		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (<i>Por.</i>)	0,712	1,00	0,725	1,00	0,783	1,00	0,067	1,00	0,014	1,00	0,269	1,00
	Isto kao i drugi	0,415	0,72 [0,33-1,57]	0,423	1,25 [0,71-2,19]	0,560	0,79 [0,36-1,72]	0,045	1,78 [1,01-3,13]	0,010	0,26 [0,09-0,73]	0,113	0,52 [0,23-1,16]
	Bolje nego drugi	0,482	0,71 [0,27- 1,84]	0,598	1,22 [0,57-2,62]	0,837	0,90 [0,36-2,27]	0,509	1,26 [0,62-2,56]	0,120	0,42 [0,14-1,24]	0,263	0,60 [0,25-1,46]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (<i>Por.</i>)	np	np	0,289	1,00	0,454	1,00	0,407	1,00	0,994	1,00	0,059	1,00
	4000-6000 kn	np	np	0,058	0,58 [0,33-1,01]	0,357	1,33 [0,72-2,47]	0,140	0,70 [0,44-1,12]	0,803	1,14 [0,40-3,21]	0,994	1,00 [0,53-1,89]
	6000-8000 kn	np	np	0,294	0,71 [0,37-1,34]	0,455	0,74 [0,33-1,62]	0,173	0,66 [0,37-1,19]	0,777	1,16 [0,40-3,30]	0,979	0,99 [0,49-2,00]
	8000-10000 kn i više	np	np	0,481	0,81 [0,45-1,44]	0,916	0,95 [0,40-2,24]	0,309	0,71 [0,36-1,37]	0,791	1,15 [0,40-3,31]	0,044	0,46 [0,22-0,98]
Radni status	Zaposlen/a(<i>Por.</i>)	0,274	1,00	0,113	1,00	0,592	1,00	0,990	1,00	0,495	1,00	0,619	1,00
	Nezaposlen/a	0,189	0,46 [0,15-1,45]	0,139	0,32 [0,07-1,44]	0,860	0,92 [0,39-2,19]	0,919	1,03 [0,53-2,02]	0,238	0,48 [0,14-1,62]	0,492	1,37 [0,55-3,36]
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,199	0,63 [0,31-1,27]	0,417	1,30 [0,68-2,50]	0,180	0,62 [0,31-1,23]	0,822	0,94 [0,55-1,59]	0,880	0,95 [0,51-1,75]	0,233	1,45 [0,78-2,67]
	Kućanica	np	np	0,525	0,77 [0,35-1,68]	np	np	0,809	0,92 [0,50-1,69]	np	np	0,304	1,64 [0,63-4,23]
	Materijalni status kućanstva	0,985	0,99 [0,89-1,11]	0,312	1,04 [0,96-1,13]	0,951	0,99 [0,90-1,09]	0,369	0,96 [0,88-1,04]	0,105	1,09 [0,98-1,22]	0,443	1,03 [0,94-1,14]
	Razina obrazovanja	0,491	0,97 [0,90-1,05]	0,120	0,94 [0,88-1,01]	0,125	0,93 [0,86-1,01]	0,322	1,03 [0,96-1,10]	0,212	0,94 [0,86-1,03]	0,293	1,04 [0,96-1,12]
	Dob	<0,001	1,05 [1,02-1,08]	<0,001	1,04 [1,02-1,07]	0,005	1,03 [1,01-1,06]	<0,001	1,05 [1,03-1,07]	<0,001	1,06 [1,03-1,08]	<0,001	1,09 [1,06-1,12]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.41 Povezanost višestrukog obolijevanja (4 bolesti) i socioekonomskog statusa

Višestruko obolijevanje (4 bolesti)		VIS				KORČULA				SPLIT			
		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene		Muškarci		Žene	
		P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]	P	OR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,623	1,00	0,642	1,00	0,599	1,00	0,432	1,00	1,000	1,00	0,501	1,00
	Isto kao i drugi	np	np	0,418	[0,00-6,99]	np	np	0,681	[0,28-6,86]	np	np	0,440	[0,02-5,38]
	Bolje nego drugi	np	np	0,891	[0,01-49,0]	np	np	0,241	[0,44-26,1]	np	np	0,904	[0,05-25,1]
Objektivni materijalni status	2000-4000 kn i manje (Por.)	np	np	np	np	0,666	1,00	0,851	1,00	0,998	1,00	0,924	1,00
	4000-6000 kn	np	np	np	np	np	np	0,433	[0,09-2,76]	np	np	0,568	[0,17-23,2]
	6000-8000 kn	np	np	np	np	0,216	4,67 [0,40-53,8]	0,898	1,12 [0,18-6,97]	np	np	np	np
	8000-10000 kn i više	np	np	np	np	0,592	2,32 [0,10-50,5]	0,750	0,67 [0,06-7,34]	np	np	0,983	1,03 [0,03-27,3]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,712	1,00	0,381	1,00	0,999	1,00	0,919	1,00	1,000	1,00	1,000	1,00
	Nezaposlen/a	np	np	np	np	np	np	np	np	np	np	np	np
	Umirovljen/a/Uz državan/a	0,410	0,31 [0,02-4,83]	np	np	0,861	1,31 [0,06-28,4]	0,494	0,46 [0,05-4,12]	np	np	np	np
	Kućanica	np	np	np	np	np	np	0,505	0,46 [0,04-4,44]	np	np	np	np
	Materijalni status kućanstva	0,848	1,03 [0,70-1,54]	0,901	1,03 [0,63-1,68]	0,350	0,85 [0,62-1,18]	0,566	0,91 [0,68-1,22]	0,989	0,99 [0,61-1,60]	0,802	0,94 [0,62-1,43]
	Razina obrazovanja	0,581	0,92 [0,68-1,23]	0,372	1,19 [0,80-1,76]	0,731	0,94 [0,70-1,27]	0,009	0,74 [0,60-0,93]	0,858	1,04 [0,64-1,69]	0,174	0,84 [0,66-1,07]
	Dob	0,126	1,09 [0,97-1,22]	0,343	1,05 [0,94-1,17]	0,231	1,07 [0,95-1,20]	0,160	1,05 [0,98-1,13]	0,966	0,99 [0,91-1,09]	0,330	1,07 [0,93-1,23]

Por. – poredbena skupina

Povezanost socioekonomskog statusa i smrtnosti na otoku Visu

Tablica 4.42 Povezanost ukupne smrtnosti i socioekonomskog statusa

Smrtnost		VIS			
		Muškarci		Žene	
		P	HR [95% CI]	P	HR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,337	1,00	0,072	1,00
	Isto kao i drugi	0,494	1,47 [0,48-4,42]	0,067	2,10 [0,95-4,65]
	Bolje nego drugi	0,714	0,76 [0,17-3,27]	0,987	0,99 [0,29-3,34]
Radni status	Zaposlen/a(Por.)	0,785	1,00	0,549	1,00
	Nezaposlen/a	0,521	1,89 [0,26-13,4]	0,740	1,45 [0,15-13,2]
	Umirovljen/a/Uzdržavan/a	0,586	1,43 [0,38-5,33]	0,203	0,45 [0,13-1,53]
	Kućanica	np	np	0,340	0,51 [0,13-2,00]
	Materijalni status kućanstva	0,735	0,97 [0,83-1,13]	0,350	0,94 [0,83-1,06]
	Razina obrazovanja	0,161	0,92 [0,83-1,03]	0,124	1,08 [0,97-1,19]
	Dob	<0,001	1,14 [1,08-1,20]	<0,001	1,15 [1,10-1,20]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.43 Povezanost smrtnosti od bolesti srčano-žilnog sustava i socioekonomskog statusa

Smrtnosti od bolesti srčano-žilnog sustava		VIS			
		Muškarci		Žene	
		P	HR [95% CI]	P	HR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,193	1,00	0,871	1,00
	Isto kao i drugi	0,373	0,56 [0,16-1,97]	0,635	0,77 [0,26-2,23]
	Bolje nego drugi	0,070	0,10 [0,00-1,20]	0,918	0,92 [0,19-4,35]
Radni status	Zaposlen/a(Por.)	1,000	1,00	0,364	1,00
	Nezaposlen/a	np	np	np	np
	Umirovljen/a/Uzdržavan/a	np	np	0,076	0,19 [0,03-1,18]
	Kućanica	np	np	0,154	0,24 [0,03-1,68]
	Materijalni status kućanstva	0,963	0,99 [0,81-1,22]	0,896	0,98 [0,84-1,16]
	Razina obrazovanja	0,375	0,93 [0,81-1,08]	0,898	1,00 [0,87-1,16]
	Dob	0,002	1,11 [1,03-1,18]	<0,001	1,16 [1,10-1,24]

Por. – poredbena skupina

Tablica 4.44 Povezanost smrtnosti od tumora i socioekonomskog statusa

Smrtnost od tumora		VIS			
		Muškarci		Žene	
		P	HR [95% CI]	P	HR [95% CI]
Subjektivni materijalni status	Lošije od drugih (Por.)	0,630	1,00	0,019	1,00
	Isto kao i drugi	0,387	2,21 [0,36-13,4]	0,016	5,42 [1,37-21,2]
	Bolje nego drugi	0,340	2,78 [0,34-22,7]	0,559	1,77 [0,25-12,1]
Radni status	Zaposlen/a (Por.)	0,797	1,00	0,502	1,00
	Nezaposlen/a	0,514	2,37 [0,17-31,7]	0,352	3,29 [0,26-40,6]
	Umirovljen/a/Uzdržavan/a	0,855	1,18 [0,18-7,46]	0,404	2,15 [0,35-13,1]
	Kućanica	np	np	0,193	3,56 [0,52-24,1]
	Materijalni status kućanstva	0,940	1,00 [0,81-1,25]	0,078	0,85 [0,71-1,01]
	Razina obrazovanja	0,159	0,9 [0,77-1,04]	0,050	1,14 [1-1,31]
	Dob	0,001	1,11 [1,04-1,18]	0,005	1,06 [1,02-1,12]

Por. – poredbena skupina

5. Rasprava

Rezultati ispitivanja povezanosti socioekonomskih nejednakosti i zdravstvenih pokazatelja u južnoj Hrvatskoj pokazali su neke očekivane podatke koji se podudaraju s većinom objavljenih istraživanja, ali i neočekivane podatke koji donekle odudaraju od većine do sada objavljenih istraživanja. Početna analiza pokazala je razlike u socioekonomskom statusu među istraživanim populacijama. Pokazalo se kako ispitanici iz veće gradske sredine imaju bolji socioekonomski status od ispitanika iz manjih osamljenih sredina, u ovom slučaju otočnih. Ovi podatci su u skladu s ostalim do sada objavljenim istraživanjima koja pokazuju veći socioekonomski status u gradskim sredinama u odnosu na ne-gradske sredine (194-197). Također su zabilježene i značajne razlike u socioekonomskom statusu između žena i muškaraca. Za žene se pokazalo kako imaju niži socioekonomski status od muškaraca i to u svim istraživanim populacijama, što je u skladu s brojnim istraživanjima koja su potvrdila lošiji socioekonomski status žena u odnosu na muškarce (142-145). Niži socioekonomski status žena u literaturi se često povezuje s kulturalnim i društvenim normama koje ulogu žene u društvu još uvijek vežu uz brigu za obitelj (146) zbog čega one često nisu zaposlene ili rade honorarno i nepuno radno vrijeme (142, 145). U Hrvatskoj žene još uvijek imaju niže stope zaposlenosti i veće stope nezaposlenosti od muškaraca te su izložene većem riziku od siromaštva. Također su u strukturi zaposlenih u Hrvatskoj u skupini zaposlenih s nižim stupnjem obrazovanja žene zastupljenije od muškaraca (177). Neka od pozitivnih zdravstvenih ponašanja u obliku pokazatelja prehrane pokazala su se zastupljenijima u gradu, gdje je zabilježen i veći socioekonomski status, nego na otocima, gdje je zabilježen i niži socioekonomski status, na primjer uzimanje vitamina i minerala u obliku dodataka prehrani te češći unos svježeg voća i povrća, dok je na otocima zabilježen znatno veći prekomjeren unos alkohola kao primjer negativnog zdravstvenog ponašanja. Istraživanja su već pokazala povezanost preventivnih ponašanja s višim socioekonomskim statusom, a rizičnih s nižim socioekonomskim statusom (91, 97). Istraživanja su pokazala i veći unos vitamina i minerala kao dodataka prehrani u gradskim sredinama (20). Također, prekomjeren unos alkohola i opijanje (198) te češće trovanje alkoholom (199) zabilježeni su u većem broju u seoskim u odnosu na gradske sredine. Povezanost preventivnih ponašanja s višim socioekonomskim statusom i gradskom sredinom mogao bi se objasniti većom informiranošću i osviještenosti stanovnika gradskih sredina i višeg SES-a (179).

Najveća prevalencija psihološke rastrojenosti zabilježena je u populaciji najosamljenijeg otoka Visa. Primjer istraživanja provedenog na devet zemalja bivšeg Sovjetskog sustava također pokazuje povezanost življenja u manjim sredinama s većim rizikom od psihološke rastrojenosti u odnosu na život u velikim gradovima (200).

Glavna analiza pokazala je donekle neočekivane rezultate s vrlo slabom povezanosti socioekonomskog statusa sa zdravljem i zdravstvenim pokazateljima. Međutim, 10 statistički značajnih povezanosti koje su pokazali rezultati, pokazuju povezanost višeg socioekonomskog statusa s nekim preventivnim ponašanjima kao što su uzimanje vitaminskih dodataka prehrani te povezanost nižeg socioekonomskog statusa s nekim negativnim zdravstvenim ponašanjima kao što su pušenje i teža tjelesna aktivnost na radu. Ovi su rezultati dijelom u skladu s do sada poznatom povezanošću lošijeg socioekonomskog statusa s rizičnim ponašanjima i boljeg socioekonomskog statusa s preventivnim ponašanjima (91, 97). Češće uzimanje vitamina i minerala u obliku dodataka prehrani već je zabilježeno među pripadnicima višeg socioekonomskog statusa u odnosu na pripadnike nižeg socioekonomskog statusa (20, 201, 202). Brojna su dosadašnja istraživanja povezala niži socioekonomski status i veću učestalost pušenja (91, 97, 98, 109) te težu tjelesnu aktivnost za vrijeme rada (203). Već su i neka do sada objavljena hrvatska istraživanja pokazala povezanost preventivnih ponašanja i socioekonomskog statusa. Istraživanje nejednakosti provedeno na širem području Zagreba 1990. godine pokazalo je kako više društvene skupine veću pažnju pridaju zdravoj prehrani, uzimanju vitamina i vježbanju te da rjeđe puše i piju alkohol (204). Pokazalo se i kako ljudi višeg socioekonomskog statusa češće idu na preventivne preglede (205, 206), dok ljudi nižeg socioekonomskog statusa češće posjećuju liječnika zbog bolesti (206). Istraživanje učestalosti preventivnih pregleda među nezaposlenima u Hrvatskoj pokazalo je kako ta skupina rjeđe ide na preventivne preglede. Moguće objašnjenje leži u općenito nižem socioekonomskom statusu nezaposlenih, ali i preventivnim pregledima koje poslodavci često organiziraju za svoje zaposlenike (205).

Niži socioekonomski status se pokazao i više povezanim s većom psihološkom rastrojenosti mjerenom s GHQ-30. I englesko istraživanje (207) je pokazalo kako ispitanici nižeg socioekonomskog statusa imaju veću vrijednost GHQ indeksa. Neki od razloga zbog kojih su ljudi nižeg SES-a podložniji stresu možda leže u činjenicama da ljudi višeg SES-a obično imaju širu mrežu potpore i bolje strategije suočavanja s problemima te se bolje oporavljaju od ljudi nižeg SES-a (207).

Glavni rezultati upućuju na vrlo male nejednakosti i vrlo malen utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje u južnoj Dalmaciji. Budući da većina do sada objavljenih istraživanja upućuje na jaku čvrstu vezu i jak utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje (90), moglo bi se reći da su rezultati zanimljivi ne samo lokalno, nego i u međunarodnim razmjerima. Postoji nekoliko mogućih objašnjenja za dobivene rezultate.

Prvo, uzorak su u ovom istraživanju, osim gradske, činile i dvije otočne populacije. Otoci su zasebne, često osamljene cjeline, razlikovane po stupnju odvojenosti od kopna (208), ali se također često smatra kako pripadaju onim dijelovima kopna od kojih su odvojeni morem (209). Bez kopna i obale otoci danas ne bi mogli opstati i zadovoljiti svoje potrebe (210).

Rezultati do sada objavljenih istraživanja već su pokazali homogenost otočnih populacija, od genetike i životnog stila (211, 212) do gotovo nepostojećih socioekonomskih nejednakosti (190). Ovakva homogenost prisutna je i u drugim otočnim populacijama u svijetu, a najviše je vidljiva na primjeru Kube (213). Znatan udio objašnjenja ove pojave na otoku Visu je posljedica stoljetne kontinuirane prisutnosti vojnog kompleksa na otoku do 1991. godine. U Jugoslaviji Vis je bio od posebnog vojnog značenja kao vojno uporište gdje je bilo 2.000 do 3.000 vojnika, a sam otok Vis imao je 4.338 stanovnika (prema Popisu stanovništva iz 1991. godine). Iz vojnih razloga na otok Vis bio je zabranjen dolazak stranih turista te se turističko gospodarstvo nije moglo razvijati kao na drugim otocima. Otok Vis imao je gospodarske monokulture vinogradarstva u Visu i ribarstva u Komiži. Obje te djelatnosti doživjele su propast te se sada pored vinogradarstva počelo razvijati maslinarstvo, uzgoj agruma i povrtnih kultura. Osamostaljenjem Republike Hrvatske dopušten je slobodni dolazak stranih turista na otok Vis još za vrijeme trajanja Domovinskog rata. Tako danas otok Vis bilježi pozitivan migracijski saldo više doseljenih nego iseljenih stanovnika. Prirodni prirast, premda je negativan, posljednjih godina bilježi trend porasta (214).

Usljed nagle industrijalizacije u drugoj polovici 20. stoljeća došlo je do snažne emigracije radno sposobnih i mlađih otočana u urbana središta na kopnu što je dovelo i do drastične promjene u dobnoj strukturi stanovništva otoka (215). Stanovništvo otoka je zbog toga vrlo staro, pogotovo na manjim otocima gdje je gotovo svaki drugi stanovnik stariji od 65 godina, a svaki sedmi mlađi od 20 godina (216). Pod utjecajem industrijalizacije i razvoja turizma te deagrarizacije i urbanizacije došlo je i do sloma ruralnih zajednica na otocima te do društvenih i kulturalnih promjena u načinu života otočana (208, 215). Uz ove procese došlo je i do promjene osnovne djelatnosti otoka iz poljoprivrede u turizam što je dovelo i do unutarnjih

migracija otočana iz unutrašnjosti otoka na obalu (215). Turizam je na otocima postao glavna gospodarska djelatnost te je bitno utjecao i na stil življenja (210).

Rezultati ukazuju na to kako su navedeni mehanizmi uspjeli održati homogenost otočne populacije i dovesti do izraženog manjka socioekonomskih nejednakosti u zdravlju. Iz svega navedenog može se zaključiti kako kontekst i okruženje mogu utjecati na socioekonomske nejednakosti te kako je moguće postojanje mehanizama koji zamagljuju društvenu stratifikaciju i njene učinke te sprječavaju učinke društvenih nejednakosti na zdravlje.

Primjer otoka Korčule je nešto manje ekstreman od primjera otoka Visa, ali i na ovu populaciju su utjecale ograničene ekonomske prilike i masovno iseljavanje otočnog stanovništva što je dovelo do višeg stupnja homogenosti karakterističnog za male i osamljene populacije (190). I dan danas su uvjeti na ovim otocima slični te su ekonomske prilike ograničene, a turizam je glavni izvor prihoda (210, 217).

U rezultatima najviše iznenađuje manjak značajne povezanosti nejednakosti i zdravlja u gradu Splitu. Ovakvi rezultati bi se mogli pokušati objasniti s nekoliko povezanih razloga koje bi se moglo grupirati u četiri povezane skupine: sustavna pogreška, odstupanje odabira ispitanika, odstupanje prikupljanja podataka i postojanje mogućih čimbenika zabune. Sustavna pogreška je moguća kao rezultat moguće neprikladnosti anketnih upitnika za istraživanu populaciju te mogućnosti da nisu zabilježene odgovarajuće i lokalno specifične informacije (40). Odstupanje odabira ispitanika moglo je nastati iz dva razloga. Kao prvo, moguće je da je struktura populacije grada Splita slična strukturi otočnih populacija Visa i Korčule, budući da Split predstavlja ekonomski, pravni i logistički centar cijele južne Dalmacije. Kao drugo, moguće je da uzorak nije bio reprezentativan u smislu da je obuhvaćao više pripadnika skupine srednjeg socioekonomskog statusa i višeg obrazovanja (191), a manje pripadnika ekstremnih gornjih i donjih skupina, odnosno onih najsiromašnijih i najbogatijih. Međutim, treba napomenuti kako ni velike ankete u Hrvatskoj, poput Hrvatske zdravstvene ankete 2003 (218), nisu uspjele pružiti uravnoteženu strukturu uzoraka u svim društvenim slojevima. Odstupanje prikupljanja podataka moguće je ukoliko ispitanici nisu iskreno odgovarali na pitanja i nisu davali točne informacije skrivajući točne iznose svojih prihoda, što je česta pojava u regiji (219). Ovo je usko povezano i s grupom zbunjujućih čimbenika. Ova skupina uključuje barem šest mehanizama, od kojih su neki usko povezani i mogu imati značajan utjecaj. Jedan od ovih mehanizama je formalna društvena potpora koja se očituje u pravičnoj zdravstvenoj njezi, širokopojasnim mirovinskim sustavom i potporom za djecu, subvencioniranim trajektnim prijevozom za otočane, subvencionirane jaslice i vrtići, olakšan upis u vrtiće i škole za djecu

branitelja, olakšano stjecanje vlasništva nad stanovima iz prijašnjeg režima, mali broj beskućnika itd. (220, 221). Moguće objašnjenje bi se moglo pronaći i u neformalnoj društvenoj potpori (velik broj društvenih mreža i potpora širih društvenih skupina) (222, 223) i strukturi proširene obitelji (društvena podrška unutar obitelji, nasljeđivanje stanova i posjeda) (220). Drugi oblici mehanizama iz ove skupine uključuju korupciju i nepotizam koji uključuju zaobilazanje službenih puteva i pravaca, ubrzavanje procesa odabira (224), sivu ekonomiju i izbjegavanje poreza (poslovi sa strane, plaćanje u gotovini i podmićivanje) (225, 226) te vlastitu proizvodnju za osobne potrebe (opskrba uzgojenom ili ulovljenom hranom). U Hrvatskoj je neslužbeno gospodarstvo veliki problem. Prema rezultatima istraživanja Instituta za javne financije, u ukupnom BDP-u na neslužbeno gospodarstvo otpada najmanje 25% te udio zaposlenih u tom gospodarstvu raste, što objašnjava istodoban pad zaposlenosti i nezaposlenosti (227). Također je razlika između registrirane nezaposlenosti i nezaposlenosti mjerene anketom radne snage u Hrvatskoj veća nego u većini drugih tranzicijskih zemalja, što također govori o rasprostranjenosti neformalnog rada (228).

Dakle, rezultati pružaju dodatnu potvrdu već uočenih socioekonomskih razlika u Europi, gdje južne zemlje poput Italije i Španjolske imaju znatno manje razine nejednakosti u odnosu na sjeverne zemlje (110). Male nejednakosti kod smrtnosti već su zabilježene u južnim europskim zemljama (110, 229). Iz rezultata istraživanja nejednakosti u zdravlju u zemljama Europe Mackenbacha i suradnika vidljivo je kako su relativne nejednakosti kod smrtnosti najveće u istočnim zemljama (Češkoj, Litvi, Mađarskoj, Estoniji i Sloveniji), a najmanje u južnim zemljama (Španjolskoj i Italiji) (230). Ističe se kako je smanjenje nejednakosti započelo 80-ih godina dvadesetog stoljeća i to prije pada komunističkog režima 1989. godine. Razlike u nejednakostima među zemljama koje su istraživali 1980-ih su bile male, ali tada u istočnim zemljama počinju rasti više nego u ostalim zemljama, dok su u južnim zemljama ostale relativno iste. Mackenbach i suradnici ističu kako ne postoji jedinstveno objašnjenje navedenih razlika. Ističu kako rezultati njihovih istraživanja ukazuju na činjenicu da su za objašnjenje malih nejednakosti u južnim zemljama važniji ponašajni i kulturalni čimbenici nego ekonomska stanja. Na primjer, male nejednakosti kod smrtnosti od srčano-žilnih bolesti u južnim zemljama mogle bi se pripisati zadržavanjem obrazaca mediteranske prehrane u nižim socioekonomskim skupinama kao i smanjenim nejednakostima u obrascima pušenja, budući da je u ovim zemljama pušenje zastupljenije kod viših socioekonomskih skupina (229). Na našim otocima također još uvijek prevladavaju obrasci mediteranske prehrane koja se smatra zdravom prehranom budući da je zasnovana na velikim količinama povrća i ribe, nešto manjim

količinama mesa koje je uglavnom pečeno na roštilju ili kuhano te maslinovom ulju što je nezasićena masnoća (231).

Također, nejednakosti kod smrtnosti od bolesti uzrokovanih alkoholom povećale su se u mnogim zemljama sjeverne, zapadne i istočne Europe, ali ne i na jugu Europe što bi se moglo objasniti razlikama u odredbama kontrole korištenja i mogućnosti pristupa alkoholu među zemljama (232). Dijelom bi se ovo moglo objasniti i s razlikama u kulturi ispijanja alkohola u različitim zemljama. U južnim zemljama prisutan je mediteranski stil ispijanja alkohola za kojeg je karakterističan unos alkohola gotovo na dnevnoj bazi kroz umjereno ispijanje vina uz obrok, što je pogotovo prisutno kod starijih generacija, uključujući i niže socioekonomske skupine, dok javno opijanje nije dobro društveno prihvaćeno (233).

Najvjerojatnije je da svi navedeni mehanizmi sudjeluju u stvaranju sadašnje visoke razine socioekonomske jednakosti, što se ogleda kroz prošlost i bivši komunistički režim za koji su karakteristične niska društvena nejednakost (234, 235) i ideologija jednakosti (234). Bivše komunističke zemlje u procesu tranzicije polazile su od naslijeđenog modela čiji raspad ne znači i raspad svih njegovih sastavnih dijelova, već su neki dijelovi ostali u naslijeđu nakon raspada te su usklađeni s novim modelima (228), što se najviše očituje u društvenom sektoru gdje je došlo do najmanjih promjena (236). Sustavi socijalne skrbi u tranzicijskoj Hrvatskoj, koji u svojoj nadležnosti imaju mirovine, zdravstvo, nezaposlenost i socijalnu skrb, naslijeđeni su iz socijalističkog režima i donekle prilagođeni (235). Kao socijalna prava naslijeđena iz komunizma najčešće se navode besplatno obrazovanje i zdravstvena njega, jeftini stanovi, sigurnost radnog mjesta, stabilna primanja, životni standard i mirovine (237).

Raspravljajući o zdravstvenoj politici 80-ih godina, Slaven Letica navodi kako u Jugoslaviji nije postojao uvid u zdravstvene nejednakosti s obzirom na različite socio-demografske i socio-kulturalne varijable jer je u društvu bila prisutna dogma o egalitarnom društvu i nepostojanju društvenih klasa, što se proširilo i na javnozdravstvenu ideologiju i zdravstvenu politiku (238). Nakon raspada komunističkog sistema naslijeđena ideologija egalitarizma još je uvijek ostala snažna (235).

Prije 1991. godine Split je također bio pod jakim vojnim utjecajem budući da su cijeli gradski blokovi i infrastrukture oko njih izgrađeni za vojno osoblje, što je uključivalo i posebnu vojnu bolnicu. Budući da je vojska gradila stanove predviđene za korištenje od strane vojnog osoblja, a druge civilne strukture su gradile stanove za civile, vlasništvo nad stanovima nije bilo u potpunosti svedeno na osobnu razinu. Takav sustav je očito doveo do visoke razine

homogenosti (barem za većinu populacije), s gotovo nepostojećim mehanizmima postizanja veće osobne dobiti i financijskog napretka iznad predviđenog za društveni sloj kojem je osoba pripadala. Bilo je očekivano da će s raspadom ovog sustava doći i do smanjenja ovakve homogenosti te da će nejednakosti rasti, kao što se dogodilo i s mnogim drugim postsocijalističkim zemljama (239, 240). U tranzicijskim zemljama, a ponajprije zemljama bivšeg Sovjetskog saveza, nejednakosti su u procesu tranzicije narasle (241), ali važno je naglasiti kako su one i dalje ostale manje nego u mnogim razvijenim zapadnim zemljama (236). Ovim je očito kako i između tranzicijskih zemalja Europe postoje brojne razlike, za koje Zrinščak smatra kako posebno dolaze do izražaja u slučaju Hrvatske i to zbog posljedica rata, procesa stvaranja nacionalne države i društvenog razvoja s odgođenom demokracijom (228).

U skladu s rezultatima ovog istraživanja su i rezultati istraživanja Jena i suradnika (242) o samo-procijenjenom zdravlju i nejednakostima u prihodima kojem je cilj ujedno bila i procjena Wilkinskove (2) hipoteze o nejednakostima prihoda prema kojoj društva s većom razinom nejednakosti imaju niži zdravstveni standard i kraće očekivano trajanje života. Ovo istraživanje nije pokazalo povezanost nejednakosti u prihodima s varijacijama u samo-procijenjenom zdravlju u 69 zemalja, u koje su bile uključene i bivše komunističke zemlje za koje se pokazalo kako imaju niži zdravstveni standard (242).

U skladu s gotovo nepostojećim socioekonomskim nejednakostima u zdravlju, rezultati ne pokazuju ni izražene razlike među spolovima, iako se za žene pokazalo kako imaju niži socioekonomski status od muškaraca. Ovakav rezultat bi također mogao biti povezan s nekim lokalnim specifičnostima i nejednakom percepcijom socioekonomskog statusa kućanstva među supružnicima, budući da se na otoku Visu pokazalo kako muškarci precjenjuju socioekonomski status kućanstva (191).

Uz već navedeno, na ovo istraživanje su utjecala i neka vanjska ograničenja. Problem postizanja reprezentativnosti uzorka temelji se na nemogućnosti definiranja ukupne populacije. Tijekom rada na terenu i kontakta s lokalnom populacijom i poštanskim uredom, postalo je jasno da stvarni podatci o otočnoj populaciji nisu isti kao i službeni podatci iz Popisa stanovništva 2001. godine. Prema ovom Popisu hrvatski otoci broje preko 120 000 stanovnika, međutim ti podatci nisu pouzdani zbog ljudi koji su prijavljeni kao stanovnici otoka, a zapravo su trajno nastanjeni na kopnu (209). Prema procjeni, čini se da gotovo polovica registriranog stanovništva zapravo ne živi na otoku. Ovakva praksa registriranja prebivališta na otoku česta je zbog smanjenog poreza na otocima. Drugi veliki problem pri generalizaciji rezultata povezan je s nemogućnošću usporedbe bilo kojeg oblika socioekonomske analize na ukupnoj populaciji

Hrvatske. Budući da od 2003. godine nije provedena ispravna populacijska anketa (218), jedini izvor informacija jest Popis stanovništva. Međutim, službeni Popis stanovništva iz 2011. godine još uvijek nema podatke o obrazovanju, što onemogućuje validaciju rezultata s ukupnom populacijom Hrvatske, pogotovo što se tiče manjka razlika kod podataka o smrtnosti. Ako ovi podatci u budućnosti postanu dostupni otvoriti će se i mogućnost unakrsne usporedbe rezultata i pružiti sveobuhvatniji odgovor na pitanje postoji li zaista veliki stupanj jednakosti u istraživanoj populaciji ili je takva pojava rezultat navedenih razloga.

6. Zaključci

Početna analiza pokazala je značajne razlike u socioekonomskom statusu, zdravstvenim pokazateljima, zdravstveno vezanim rizičnim ponašanjima, pokazateljima prehrane i psihološke rastrojenosti između tri istraživane populacije.

U gradskoj populaciji zabilježen je bolji socioekonomski status ispitanika u odnosu na otoke.

Najbolji socioekonomski status zabilježen je u gradskoj populaciji Splita, a najlošiji u najosamljenijoj populaciji otoka Visa.

Za žene je u sve tri populacije zabilježen niži socioekonomski status nego za muškarce.

Na Visu je zabilježena najviša prevalencija nereguliranog povišenog krvnog tlaka (gotovo dvostruko više u odnosu na Korčulu i Split). Najmanja prevalencija šećerne bolesti zabilježena je u Splitu (više nego dvostruko manje nego na Korčuli i gotovo dvostruko manje nego u Splitu).

U Splitu je zabilježena češća upotreba vitamina i minerala u obliku dodataka prehrani nego na otocima te češći unos svježeg voća i povrća. Na otocima je zabilježena znatno češći unos ribe nego u Splitu (najviše na Visu).

Na otocima je zabilježena znatno veća prevalencija prekomjernog unosa alkohola nego u Splitu (na Visu dvostruko više nego u Splitu). Najveća tjelesna aktivnost zabilježena je na Korčuli.

Najveća psihološka rastrojenost zabilježena je na otoku Visu.

Glavna analiza pokazala je vrlo male nejednakosti i vrlo malen utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje i zdravstveno vezana ponašanja.

Od ukupno 2,310 testiranih povezanosti samo ih se 10 pokazalo statistički značajnima na razini značajnosti $P < 0,001$, što je ukupno 0,43% od svih mogućih povezanosti.

Od značajnih povezanosti uzimanje vitaminskih dodataka prehrani i smanjena psihološka rastrojenost pokazali su se povezanim s boljim socioekonomskim statusom, a pušenje, teža tjelesna aktivnost za vrijeme rada i unos divljači sa nižim socioekonomskim statusom.

7. Sažetak

Uvod: Socioekonomske nejednakosti jedan su od najvažnijih javnozdravstvenih problema u praksi i istraživanju. Njihov utjecaj na zdravlje prepoznat je u cijelom svijetu. Socioekonomski status utječe i na zdravlje i zdravstvene odrednice kao što su životni stil i obrasci ponašanja što uključuje pušenje, izloženost stresu, društvenu osamljenost, tjelesnu aktivnost, obrasce prehrane i preventivna zdravstvena ponašanja.

Cilj: Istražiti povezanost socioekonomskog statusa i zdravstvenih pokazatelja u populacijama osamljenog otoka Visa (N=1,025), manje osamljenog otoka Korčule (N=969) i obalnog grada Splita kao drugog najvećeg grada u Hrvatskoj (N=1,012).

Materijali i metode: Pomoću povijesti bolesti i anketnih upitnika izvedene su 33 izlazne varijable koje su analizirane koristeći logističku regresiju kroz 6 analitičkih modela (za tri lokacije istraživanja i oba spola zasebno). U populacija otoka Visa je praćena i smrtnost te su ovi podaci analizirani pomoću Cox-ove regresije.

Rezultati: Socioekonomske nejednakosti pokazale su se slabo povezanima s zdravljem i zdravstvenim pokazateljima. U matrici od 33 izlazne varijable i 13 pokazatelja socioekonomskog statusa samo je 10 povezanosti bilo značajno na razini značajnosti $P < 0,001$. Nijedna od povezanosti nije se ponovila kroz različite populacije ni kroz oba spola. Nije zabilježena ni povezanost socioekonomskog statusa i smrtnosti na otoku Visu.

Zaključak: Očekivano je da homogene otočne populacije imaju veće razine homogenosti i sukladno tomu slabije izražene socioekonomske nejednakosti u zdravlju. Manjak jače povezanosti u gradskoj populaciji Splita vjerojatno je rezultat mehanizama koji su se održali iz bivšeg komunističkog režima i visoke razine zadržane formalne i neformalne društvene potpore.

8. Summary

Title: The importance of socioeconomic indicators in determining health and health-related risks in Southern Croatia

Background: Socioeconomic inequalities have been identified as one of the most interesting targets in public health research and practice. Their impact on health seems to be strongly expressed across the entire human population. The effect of socioeconomic inequalities also extends to more determinants of morbidity, such as lifestyle and behavioural patterns, including smoking, stress, social isolation, physical activity, diet and preventive health behaviours.

Objectives: The aim was to investigate the association of socioeconomic status and health outcomes in populations of the remote island of Vis (N=1,025), less remote island of Korcula (N=969) and the coastal city of Split (N=1,012), the second largest city in Croatia.

Materials and methods: Medical history and survey information were used to create 33 variables that were analysed using logistic regression in 6 analytic models (for every research location and both genders). The population from the island of Vis was followed up and mortality data was used to calculate hazard ratios using Cox regression.

Results: Socioeconomic inequalities were poorly associated with health and disease indices. In the matrix of 33 outcome variables and 13 socioeconomic predictor classes, only 10 associations were significant at the level of $P < 0.001$. None of the associations was replicated across samples or gender. We did not detect the association of any socioeconomic estimate with mortality data for the island of Vis.

Conclusions: Homogenous island populations were expected to have greater levels of social homogeneity and consequently less expressed inequalities in health. The lack of stronger association in the urban population of Split is likely the result of the mechanisms that persisted from the former communist regime and high level of retained formal and informal social support.

9. Literatura

1. Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on I, Policies to Reduce Inequalities in H. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362(9393):1409-14.
2. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge; 1996.
3. McKee M, Sim F, Pomerleav J. *Inequalities in Health*. U: Sim F, McKee M, ur. *Issues in Public Health*. Maidenhead: Open University Press; 2011. p. 78-106.
4. Crimmins EM, Saito Y. Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences. *Soc Sci Med* 2001;52(11):1629-41.
5. Mastilica M. Nejednakosti u zdravstvenom sistemu. U: Borovečki A, Lang, S., ur. *Javno zdravstvo, etika i ljudska prava*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“; 2010. p. 98-103.
6. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. *BMJ* 2000;320(7245):1303-7.
7. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status, and material resources. *Am J Public Health* 2005;95(8):1403-9.
8. Swift EK. *Guidance for the national healthcare disparities report*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2002.
9. Mueller C.W., T.L. P. Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations. *Child Dev* 1981;52:13-30.
10. Shavers VL. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J Natl Med Assoc* 2007;99(9):1013-23.
11. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988;10:87-121.

12. Preston SH, Taubman P. Socioeconomic Differences in Adult Mortality and Health Status. U: Martin LG, Preston SH, ur. *Demography of Aging*. Washington DC: National Academy Press; 1994. p. 279-318.
13. Daly MC, Duncan GJ, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health* 2002;92(7):1151-7.
14. Lynch JW, Kaplan GA. *Socioeconomic Factors*. U: Berkman LF, Kawachi I, ur. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 13-35.
15. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(2):60-76.
16. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341-78.
17. Ross CE, Wu C. The Links Between Education and Health. *Am Sociol Rev* 1995;60(5):719-45.
18. Ross CE, Mirowsky J. Why Education is The Key to Socioeconomic Differentials in Health. U: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, ur. *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press; 2010. p. 33-51.
19. Cardarelli KM, Low MD, Vernon SW, Preacely N, Baumler ER, Tortolero S. Critical Review of the Evidence for the Connection between Education and Health: A Guide for Exploration of the Causal Pathways. U: Kronenfeld JJ, ur. *Social Sources of Disparities in Health and Health Care and Linkages to Policy, Population Concerns and Providers of Care*. Bingley: Ewerald; 2009. p. 137-59.
20. Vončina L. *Nezaposlenost kao izravan ili neizravan čimbenik rizika za zdravlje*. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2013.
21. Ross CE, Mirowsky J. Does employment affect health? *J Health Soc Behav* 1995;36(3):230-43.
22. Linn MW, Sandifer R, Stein S. Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Public Health* 1985;75(5):502-6.
23. Voncina L, Pristas I, Mastilica M, Polasek O, Sosic Z, Stevanovic R. Use of preventive health care services among the unemployed in Croatia. *Croat Med J* 2007;48(5):667-74.

24. Wilkinson RG, Marmont MG. Social determinants of health: The solid facts. Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003.
25. Locker D. Social determinants of health and disease. U: Scambler G, ur. *Sociology as Applied to Medicine*. London, UK: Elsevier Health Sciences; 2008. p. 18-37.
26. Kronenfeld JJ. Social Sources in Health and Health Care: An Introduction to the Volume. U: Kronenfeld JJ, ur. *Social Sources in Health and Health Care and Linkages to Policy, Population Concerns and Providers of Care*. Bingley: Emerald; 2009. p. 3-20.
27. Raphael D. Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors — Not Lifestyles — are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere. Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2002.
28. Kawachi I, Kennedy BP. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Serv Res* 1999;34(1 Pt 2):215-27.
29. Šućur Z. Siromaštvo, višedimenzionalna deprivacija i socijalna isključenost u Hrvatskoj. *Rev Sociol* 2006;37(3-4):131-47.
30. Gajski L. Socijalni čimbenici bolesti. *Nova prisutnost* 2007;3:287-304.
31. Šućur Z. Stagnira li doista siromaštvo u Hrvatskoj? *Društvena istraživanja* 2012;3(117):607-29.
32. Kunitz SJ. Social capital and health. *Br Med Bull* 2004;69:61-73.
33. Pearce N, Smith GD. Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? *Am J Public Health* 2003;93:122–9.
34. Putnam RD. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster; 2000.
35. Field J. *Social Capital*. New York: Routledge; 2008.
36. Fujiwara T, Kawachi I. Social capital and health. A study of adult twins in the U.S. *Am J Prev Med* 2008;35(2):139-44.
37. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997;87(9):1491-8.

38. De Maio FG. Income inequality measures. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(10):849–52.
39. De Maio FG. *Global Health Inequities : A Sociological Perspective*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014.
40. Polasek O, Sogoric S. Socioeconomic Inequalities Estimation from Public Health Surveys – Data Considerations, Strengths and Limitations. *Coll Antropol* 2009;33(Suppl. 1):171-6.
41. Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ* 1999;77(7):537-43.
42. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997;44(6):757-71.
43. Guhl AM. Social inertia and social stability in chickens. *Anim Behav* 1968;16(2):219-32.
44. Robel RJ, Ballard WB. Lek Social Organization and Reproductive Success in the Greater Prairie Chicken. *Integr Comp Biol* 1974;14(1):121-8.
45. Chase ID. Behavioral sequences during dominance hierarchy formation in chickens. *Science* 1982;216(4544):439-40.
46. D'Eath RB, Keeling LJ. Social discrimination and aggression by laying hens in large groups: from peck orders to social tolerance. *Appl Anim Behav Sci* 2003;84(3):197-212.
47. Barton EP, Donaldson SL, Ross MA, Albright JL. Social rank and social index as related to age, body weight and milk production in dairy cows. *Proc Indiana Acad Sci* 1973;83:473-7.
48. Schein MW, Fohrman MH. Social dominance relationships in a herd of dairy cattle. *Anim Behav* 1955;3(2):45-55.
49. Tyler SJ. The Behaviour and Social Organization of the New Forest Ponies. *Anim Behav* 1972;5(2):87-196.
50. Leshner AI, Candland DK. Endocrine effects of grouping and dominance rank in squirrel monkeys. *Physiol Behav* 1972;8(3):441-5.

51. Mendoza SP, Barchas PR. Behavioral processes leading to linear status hierarchies following group formation in rhesus monkeys. *J Hum Evol* 1983;12(2):185-92.
52. Thierry B. Patterns of agonistic interactions in three species of macaque (*Macaca mulatta*, *M fascicularis*, *M tonkeana*). *Aggress Behav* 1985;11(3):223–33.
53. Bonadonna F, Nevitt GA. Partner-Specific Odor Recognition in an Antarctic Seabird. *Science* 2004;306(5697):835.
54. Höjesjö J, Johnsson I, Petersson E, T. J. The importance of being familiar: individual recognition and social behavior in sea trout (*Salmo trutta*). *Behav Ecol* 1998;9(5):445-51.
55. Bovbjerg RV. Some Factors Affecting Aggressive Behavior in Crayfish. *Physiol Zool* 1956;29(2):127-36.
56. Glass CW, Huntingford FA. Initiation and Resolution of Fights between Swimming Crabs (*Liocarcinus depurator*). *Ethology* 1988;77(3):237–49.
57. Jachowski RL. Agonistic Behavior of the Blue Crab, *Callinectes sapidus* Rathbun. *Behaviour* 1974;50(3/4):232-53.
58. Evans LT. Field study of the social behavior of the black lizard, *Ctenosaura pectinata*. *Am Mus Novit* 1951;1943:1-26.
59. Evans LT. Tail Display in an Iguanid Lizard, *Liocephalus carinatus coryi*. *Copeia* 1953;1:50-4.
60. Van de Poll NE, De Jonge F, Van Oyen HG, Van Pelt J. Aggressive behaviour in rats: Effects of winning or losing on subsequent aggressive interactions. *Behav Processes* 1982;7(2):143-55.
61. Haubrich R. Hierarchical behaviour in the South African clawed frog *Xenopus laevis* Daudin. *Anim Behav* 1961;9(1-2):71-6.
62. Boice R, Witter DW. Hierarchical feeding behaviour in the leopard frog (*Rana pipiens*). *Anim Behav* 1969;17(3):474-6.
63. Theraulaz G, Bonabeau E, Deneubourg JL. Self-organization of Hierarchies in Animal Societies: The Case of the Primitively Eusocial Wasp *Polistes dominulus* Christ. *J Theor Biol* 1995;174(3):313-23.

64. Tibbetts EA. Visual signals of individual identity in the wasp *Polistes fuscatus*. *Proc Biol Sci* 2002;269(1499):1423-8.
65. Pardi L. Dominance order in *Polistes* wasps. *Physiol Zool* 1948;21(1):1-13.
66. Cole BJ. Dominance hierarchies in *leptothorax* ants. *Science* 1981;212(4490):83-4.
67. Franks NL, Scovell E. Dominance and reproductive success among slave-making worker ants. *Nature* 1983;304:724 - 5.
68. Heinze J, Hölldobler B, Peters C. Conflict and Cooperation in Ant Societies. *Naturwissenschaften* 1994;81(11):489-97.
69. Bourke AFG. Dominance orders, worker reproduction, and queen-worker conflict in the slave-making ant *Harpagoxenus sublaevis*. *Behav Ecol Sociobiol* 1988;23(5):323–33.
70. Oliviera SP, Holldobler B. Dominance orders in the ponerine ant *Pachycondyla apicalis* (Hymenoptera, Formicidae). *Behav Ecol Sociobiol* 1990;27(6): 385–93.
71. Medeiros FNS, Lopes LE, Moutinho PRS, Oliveira PS, Hölldobler B. Functional Polygyny, Agonistic Interactions and Reproductive Dominance in the Neotropical Ant *Odontomachus chelifer* (Hymenoptera, Formicidae, Ponerinae). *Ethology* 1992;91(2):134-46.
72. D'Ettorre P, Heinze J. Individual recognition in ant queens. *Curr Biol* 2005;15(23):2170-4.
73. Kolmer K, Heinze J. Rank orders and division of labour among unrelated cofounding ant queens. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 2000;267(1454):1729-34.
74. Heinze J. Dominance behavior among ant females. *Naturwissenschaften* 1990;77:41-3.
75. Chase ID, Tovey C, Spangler-Martin D, Manfredonia M. Individual differences versus social dynamics in the formation of animal dominance hierarchies. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002;99(8):5744-9.
76. Bonabeau E, Theraulaz G, Schatz B, Deneubourg JL. Dominance orders in animal societies: The self-organization hypothesis revisited. *Bull Math Biol* 1999;64(4):727-57.
77. Chase ID. Models of hierarchy formation in animal societies. *Syst Res Behav Sci* 1974;19(6):374-82.

78. Ellis L. Dominance and reproductive success among nonhuman animals: A cross-species comparison. *Ethol Sociobiol* 1995;16(4):257-333.
79. Gibbons MC. A historical overview of health disparities and the potential of eHealth solutions. *J Med Internet Res* 2005;7(5):e50.
80. Smith GD, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ* 1990;301(6748):373-7.
81. Gray AM. Inequalities in health. *The Black Report: a summary and comment. Int J Health Serv* 1982;12(3):349-80.
82. *Inequalities in Health: Black Report (Pelican Series)*. Townsend P, Davidson N, ur.: Penguin Books; 1982.
83. Socialist Health Association. *The Black Report 1980* [Pristupljeno 2017 17.10.]. Dostupno na: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>.
84. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health: The Stationery Office*; 1998.
85. Blane D, Smith GD, Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociol Health Illn* 1993;15(1):1-15.
86. Blane D. An assesement of the Black Report's 'explanations of health inequalities. *Sociol Health Illn* 1985;7(3):423-45.
87. Steinbach R. Inequalities in the distribution of health and health care and its access, including inequalities relating to social class, gender, culture and ethnicity, and their causes 2009 [17.4.2017.]. Dostupno na: <https://www.healthknowledge.org.uk>.
88. Benzeval M, Bond L, Campbell M i sur. *How does money influence health? The Homestead*: 2014.
89. Plug I, Hoffmann R, Artnik B i sur. Socioeconomic inequalities in mortality from conditions amenable to medical interventions: do they reflect inequalities in access or quality of health care? *BMC Public Health* 2012;12:346.
90. Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Itani L, Chatterji S. Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys. *BMC Public Health* 2012;12:198.

91. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010;51 Suppl:S28-40.
92. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(9):647-52.
93. Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Quarterly* 1967;45:31-72.
94. Doubeni CA, Schootman M, Major JM i sur. Health status, neighborhood socioeconomic context, and premature mortality in the United States: The National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *Am J Public Health* 2012;102(4):680-8.
95. Sundmacher L, Scheller-Kreinsen D, Busse R. The wider determinants of inequalities in health: a decomposition analysis. *Int J Equity Health* 2011;10:30.
96. Shaw M. *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Mel Bartley. Cambridge: Polity Press, 2004, pp. 224, £16.99 (PB), ISBN: 0745627803 *Int J Epidemiol* 2005;34(2):500-502.
97. Williams DR. The health of men: structured inequalities and opportunities. *Am J Public Health* 2008;98(9 Suppl):S150-7.
98. Pamuk E, Makuc D, Heck K, Reuben C, Lochner K. *Socioeconomic Status and Health Chartbook*. Health, United States 1998. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 1998.
99. Power C, Graham H, Due P i sur. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. *Int J Epidemiol* 2005;34(2):335-44.
100. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Platt S. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smoker. *J Public Health* 2012;34(3):390-6.
101. Pechey R, Monsivais P. Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: Exploring the contributions of food expenditures. *Prev Med* 2016;88:203–9.

102. van Oers JA, Bongers IM, van de Goor LA, Garretsen HF. Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol* 1999;34(1):78-88.
103. Fone DL, Farewell DM, White J, Lyons RA, Dunstan FD. Socioeconomic patterning of excess alcohol consumption and binge drinking: a cross-sectional study of multilevel associations with neighbourhood deprivation. *BMJ Open* 2013;3(4).
104. Eime RM, Charity MJ, Harvey JT, Payne WR. Participation in sport and physical activity: associations with socio-economic status and geographical remoteness. *BMC Public Health* 2015;15:434.
105. Pan SY, Cameron C, Desmeules M, Morrison H, Craig CL, Jiang X. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009;9:21.
106. Veselskaa Z, Madarasova Geckovaab A, Reijneveld SA, van Dijkac JP. Socio-economic status and physical activity among adolescents: The mediating role of self-esteem. *Public Health* 2011;125(11):763-8.
107. Drenowatz C, Eisenmann JC, Pfeiffer KA i sur. Influence of socio-economic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8- to 11-year old children. *BMC Public Health* 2010;10:214.
108. Federico B, Falese L, Marandola D, Capelli G. Socioeconomic differences in sport and physical activity among Italian adults. *J Sports Sci* 2013;31(4):451-8.
109. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality. Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults. *JAMA* 1998;279(21):1703-8.
110. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ i sur. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81.
111. Russell C. Hype, hysteria, and women's health risks: The role of the media. *Womens Health Issues* 1993;3(4):191-7.
112. Iverson AC, Kraft P. Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? . *Health Educ Res* 2006;21(5):601-10.

113. Ribisl KM, Winkleby MA, Fortmann SP, Flora JA. The interplay of socioeconomic status and ethnicity on Hispanic and white men's cardiovascular disease risk and health communication patterns. *Health Educ Res* 1998;13(3):407-17.
114. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol* 1982;116(1):123-40.
115. Schoenbach VJ, Kaplan BH, Fredman L, Kleinbaum DG. Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *Am J Epidemiol* 1986;123(4):577-91.
116. Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988;128(2):370-80.
117. Kawachi I, Kennedy BP. Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care about Income Inequality? *BMJ* 1997;314(7086):1037-40.
118. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A i sur. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:245-51.
119. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204.
120. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984;311(9):552-9.
121. Hermanowski T, Bystrov V, Staszewska-Bystrova A i sur. Analysis of trends in life expectancies and per capita gross domestic product as well as pharmaceutical and non-pharmaceutical healthcare expenditures. *Acta Pol Pharm* 2015;72(5):1045-50.
122. IndexMundi. GDP - per capita (PPP) vs. Life expectancy at birth 2004 [Pristupljeno 2017 23.11.]. Dostupno na: <http://www.indexmundi.com/g/correlation.aspx?v1=30&v2=67&y=2004&l=en>.
123. Brenner MH. Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century — experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol* 2005;34:1214–21.

124. IndexMundi. Death rate vs. GDP - per capita (PPP) 2004 [Pristupljeno 2017 23.11.]. Dostupno na: <http://www.indexmundi.com/g/correlation.aspx?v1=26&v2=67&y=2004&l=en>.
125. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992;304(6820):165-8.
126. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 1997;314(7080):591-5.
127. Marsh A, Gordon D, Heslop P, Pantazis C. Housing Deprivation and Health: A Longitudinal Analysis. *Hous Stud* 2000;15(3):411-28.
128. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;28(2).
129. Godfrey KM, Barker DJ, Robinson S, Osmond C. Maternal birthweight and diet in pregnancy in relation to the infant's thinness at birth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(6):663-7.
130. Susser M. Maternal weight gain, infant birth weight, and diet: causal sequences. *Am J Clin Nutr* 1991;53(6):1384-1396.
131. Ko TJ, Tsai LY, Chu LC i sur. Parental Smoking During Pregnancy and Its Association with Low Birth Weight, Small for Gestational Age, and Preterm Birth Offspring: A Birth Cohort Study. *Pediatr Neonatol* 2014;55(1):20-7.
132. Conter V, Cortinovis I, Rogari P, Riva L. Weight growth in infants born to mothers who smoked during pregnancy. *BMJ* 1995;310(6982):768-771.
133. Rondó PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003;52(7):266-72.
134. Nkansah-Amankra S, Luchok KJ, Hussey JR, Watkins K, Liu X. Effects of maternal stress on low birth weight and preterm birth outcomes across neighborhoods of South Carolina, 2000-2003. *Matern Child Health J* 2010;14(2):215-26.
135. Eriksson JG, Forsén T, Tuomilehto J, Osmond C, Barker DJP. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ* 2001;322(9):949-53.
136. Gennser G, Rymark P, Isberg PE. Low birth weight and risk of high blood pressure in adulthood. *Br Med J* 1988;296(6635):1498-500.

137. Mu M, Wang SF, Sheng J i sur. Birth weight and subsequent blood pressure: A meta-analysis. *Arch Cardiovasc Dis* 2012;105(2):99-113.
138. Jornayvaz FC, Vollenweider P, Bochud M, Mooser V, Waeber G, Marques-Vidal P. Low birth weight leads to obesity, diabetes and increased leptin levels in adults: the CoLaus study. *Cardiovasc Diabetol* 2016;15:73-82.
139. Frankel S, Elwood P, Sweetnam P, Yarnell J, Smith GD. Birthweight, body-mass index in middle age, and incident coronary heart disease. *Lancet* 1996;348(9040):1478-80.
140. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiol Rev* 2004;26:7-21.
141. Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S. Association between childhood socioeconomic status and coronary heart disease risk among postmenopausal women: findings from the British Women's Heart and Health Study. *Am J Public Health* 2004;94(8):1386-92.
142. Erving CL. Gender and physical health: a study of African American and Caribbean black adults. *J Health Soc Behav* 2011;52(3):383-99.
143. Hosseinpoor AR, Stewart Williams J, Amin A i sur. Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. *PLoS One* 2012;7(4):e34799.
144. Sorlin A, Lindholm L, Ng N, Ohman A. Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *Int J Equity Health* 2011;10(1):37.
145. Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *J Health Soc Behav* 2006;47(2):95-110.
146. Diaz-Granados N, Pitzul KB, Dorado LM i sur. Monitoring gender equity in health using gender-sensitive indicators: a cross-national study. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(1):145-53.
147. Ross CE, Masters RK, Hummer RA. Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography* 2012;49(4):1157-83.

148. Sorlin A, Ohman A, Ng N, Lindholm L. Can the impact of gender equality on health be measured? A cross-sectional study comparing measures based on register data with individual survey-based data. *BMC Public Health* 2012;12:795.
149. Pietila I, Ryttonen M. 'Health is not a man's domain': lay accounts of gender difference in life-expectancy in Russia. *Sociol Health Illn* 2008;30(7):1070-85.
150. Štifanić M. Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. *Društvena istraživanja* 2001;10:191-211.
151. Loue S, Mendez N. Disparities in Women's Health and Health Care. U: Loue S, Sajatovic M, ur. *Encyclopedia of Women's Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004. p. 13-20.
152. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985;26(3):156-82.
153. Muller CF. *Health care and gender*. New York: Russell Sage Foundation; 1992.
154. Landrine H, Klonoff EA. Health and Health Care: How Gender Makes Women Sick. U: Worell J, ur. *Encyclopedia of Women and Gender Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender*. San Diego: Academic Press; 2001. p. 577-93.
155. Phillips SP, Hammarstrom A. Relative health effects of education, socioeconomic status and domestic gender inequity in Sweden: a cohort study. *PLoS One* 2011;6(6):e21722.
156. Lorber J, Moore JM. *Gender and the Social Construction of Illness*. Walnut Creek: Rowman Altamira; 2002.
157. Kirby M. *Sociology in Perspective*. Oxford: Heinemann Educational Publisher; 2000.
158. Bird CE, Rieker PP. *Gender and health: the effects of constrained choices and social policies*. New York: Cambridge University Press; 2008.
159. Pollard TM, Hyatt SB. *Sex, gender, and health*. New York: Cambridge University Press; 1999.
160. DeCola PR. Gender Effects on Health and Healthcare. U: DeCola PR, Pfaff DW, Pisetsky DS, ur. *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger Publisher; 2012. p. 10-7.

161. European Commission. Eurostat: Statistics Explained [Pristupljeno 2017 5.12.]. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page.
162. Anson O, Levenson A, Bonneh DY. Gender and health on the kibbutz. *Sex Roles* 1990;22(3-4):213–236.
163. Périvier H. Men and women during the economic crisis. Employment trends in eight European countries. *Revue de l'OFCE / Debates and policies* 2014;133:41-84.
164. Bettio F, Corsi M, D'Ippoliti C, Lyberaki A, Samek Lodovici M, Verashchagina A. The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies. Luxembourg, Publications Office of the European Union: 2012.
165. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London: Health Development Agency; 2004.
166. Stronks K, Gunning-Schepers LJ. Should equity in health be target number 1? *Eur J Public Health* 1993;3:104-11.
167. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:923-9.
168. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why Justice is Good for Our Health: The Social Determinants of Health Inequalities. *Daedalus* 1999;128(4):215-51.
169. CSDH. 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. Geneva: World Health Organization, 2008.
170. Sućur Z, Zrindcak S. Differences that Hurt: Self-perceived Health Inequalities in Croatia and European Union. *Croat Med J* 2007;48:653-66.
171. Sever I. Conclusions on social/income inequalities and poverty in the Republic of Croatia. Scientific Society of Economists Annual General Meeting; 15.3.2014.; Zagreb. Rijeka: Ekonomski fakultet Rijeka; 2014. p. 149-57.
172. Šućur Z. Siromaštvo i dohodovne nejednakosti u Hrvatskoj: 2001.-2009. *Revija za socijalnu politiku* 2011;18(2):245-56.
173. World Bank. Croatia economic vulnerability and welfare study. Washington: 2000.
174. World Bank. Croatia: Living standards assessment. Washington: 2006.

175. World Bank. Croatia: Social impact of the crisis and the policy response - An assessment. Washington: 2010.
176. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Hrvatska u brojkama 2016. Zagreb: 2016.
177. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Žene i muškarci u Hrvatskoj 2017. Zagreb: 2017.
178. Pilic L, Dzakula A. Socioeconomic Status and Risky Health Behaviors in Croatian Adult Population. *Acta Med Croatica* 2013;67:25-35.
179. Polasek O, Kolcic I, Voncina L, Strnad M, Vuletic S, Kern J. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural Remote Health* 2007;7(3):749.
180. Novak D, Suzuki E, Kawachi I. Are family, neighbourhood and school social capital associated with higher self-rated health among Croatian high school students? A population-based study. *BMJ Open* 2015;5(6):e007184.
181. Novak D, Kawachi I. Influence of different domains of social capital on psychological distress among Croatian high school students. *Int J Ment Health Syst* 2015;9:18-24.
182. Poljicanin T, Sekerija M, Boras J, Kolaric B, Vuletic S, Metelko Z. Cumulative Incidence of Self-Reported Diabetes in Croatian Adult Population in Relation to Socioeconomic Status and Lifestyle Habits. *Coll Antropol* 2012;36(Suppl. 1):41-6.
183. Peris D, Miskulin M, Sincek D. The connection between the socio-economic status and the body mass index of retired women from Osijek-Baranja County. *Medica Jadertina* 2012;42(3-4):103-9.
184. Music Milanovic S, Ivcevic Uhernik A, Fister K, Mihel S, Kovac A, Ivankovic D. Five-year Cumulative Incidence of Obesity in Adults in Croatia: the CroHort Study. *Coll Antropol* 2012;36(Suppl. 1):71-6.
185. Erceg M, Ivcevic-Uhernik A, Kern J, Vuletic S. Is There any Association between Blood Pressure and Education Level? the CroHort Study. *Coll Antropol* 2012;36(Suppl. 1):125-9.

186. Dzakula A, Bosanac SB, Brborovic O, Rukavina TV, Voncina L. Association of social roles, health, and health behavior of elderly women in Croatia. *Croat Med J* 2007;48(5):684-90.
187. Šverko B, Maslić Seršić D, Galić Z. Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja? *Revija za socijalnu politiku* 2006;13(3-4):257-69.
188. Dragun A, Russo A, Rumboldt M. Socioeconomic Stress and Drug Consumption: Unemployment as an Adverse Health Factor in Croatia. *Croat Med J* 2006;47:685-92.
189. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.
190. Smoljanovic A, Vorko-Jovic A, Kolcic I, Bernat R, Stojanovic D, Polasek O. Micro-scale socioeconomic inequalities and health indicators in a small isolated community of Vis Island, Croatia. *Croat Med J* 2007;48(5):734-40.
191. Kolcic I, Polasek O, Rudan I. Gender differences in spousal household material status estimation. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(2):175-6.
192. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Ann Epidemiol* 2004;14(7):467-72.
193. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *J Am Coll Cardiol* 2008;52(25):2156-62.
194. van Dis J. Where we live: Health Care in Rural vs Urban America. *JAMA* 2002;287(1):108.
195. Blumenthal SJ, Kagen J. The Effects of Socioeconomic Status on Health in Rural and Urban America. *JAMA* 2002;287(1):109.
196. Wen M, Kaneda T. A multi-level analysis of urban/rural and socioeconomic differences in functional health status transition among older Chinese. *Soc Sci Med* 2010;71(3):559-67.
197. Samuel P, Antonisamy B, Raghupathy P, Richard J, Fall CHD. Socio-economic status and cardiovascular risk factors in rural and urban areas of Vellore, Tamilnadu, South India. *Int J Epidemiol* 2012;41(5):1315-27.

198. Zhou X, Su Z, Deng H, Xiang X, Chen H, Hao W. A comparative survey on alcohol and tobacco use in urban and rural populations in the Huaihua District of Hunan Province, China. *Alcohol* 2006;39(2):87-96.
199. Stickley A, Razvodovsky Y. Alcohol Poisoning in Belarus: A Comparison of Urban–Rural Trends, 1990–2005 *Alcohol* 2009;44(3):326–331.
200. Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, McKee M. Urban-rural differences in psychological distress in nine countries of the former Soviet Union. *J Affect Disord* 2015;178:142-8.
201. Vatanparast H, Adolphe JL, Whiting SJ. Socio-economic status and vitamin/ mineral supplement use in Canada. *Health Rep* 2010;21(4):19-25.
202. Kim SH, Han JH, Keen CL. Vitamin and mineral supplement use by healthy teenagers in Korea: motivating factors and dietary consequences. *Nutrition* 2001;17(5):373-80.
203. Talaei M, Rabiei K, Talaei Z i sur. Physical activity, sex, and socioeconomic status: A population based study. *ARYA Atheroscler* 2013;9(1):51-60.
204. Mastilica M. Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita (I). *Rev Sociol* 1993;24(3-4):163-81.
205. Vončina L, Pristas I, Mastilica M, Polašek O, Šošić Z, Stevanović R. Use of Preventive Health Care Services among Unemployed in Croatia. *Croat Med J* 2007;48(5):667-74.
206. Pristas I, Bilić M, Pristas I i sur. Health Care Needs, Utilization and Barriers in Croatia – Regional and Urban-Rural Differences. *Coll Antropol* 2009;33(1):121-30.
207. Lazzarino AI, Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. The Combined Association of Psychological Distress and Socioeconomic Status With All-Cause Mortality. A National Cohort Study. *JAMA Intern Med* 2013;173(1):22-7.
208. Petak A. Kako živi narod na hrvatskim otocima? *Sociologija i prostor* 2002;39(1/4):5-14.
209. Starc N. Upravljanje razvojem otoka: hrvatski slučaj. *Sociologija i prostor* 2002;39(1/4):15-36.
210. Defilippis J. O gospodarskom razvoju hrvatskih otoka. *Sociologija i prostor* 2002;39(1/4):83-96.

211. Miljković A, Pehlić M, Budimir D i sur. Can genetics aggravate the health of isolated and remote populations? The case of gout, hyperuricaemia and osteoarthritis in Dalmatia. *Rural Remote Health* 2013;13(2):2153.
212. Vitart V, Biloglav Z, Hayward C i sur. 3000 years of solitude: extreme differentiation in the island isolates of Dalmatia, Croatia. *Eur J Hum Genet* 2006;14(4):478-87.
213. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health* 2012;102(8)::e13-22.
214. Smoljanović M, Smoljanović A. U: Zbornik radova Znanstveni skup Demografija u Hrvatskoj povodom 75. godišnjice života i 50. godišnjice rada akademkinje Alice Wertheimer-Baletić. Temeljne značajke stanovništva srednjodalmatinskih otoka Popisne 2011. godine. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet; 2014., str. 427-69.
215. Blagaić M. Otočna ekonomija - epizoda "Jugoplastika". *Etnološka tribina : Godišnjak Hrvatskog etnološkog društva* 2012;42(35):243-58.
216. Friganović MA. O demografskoj problematici hrvatskih otoka na Jadranu. *Sociologija i prostor* 2002;39(1/4):37-60.
217. Grgona J. Turizam u funkciji gospodarskog razvitka hrvatskih otoka. *Ekonomski pregled* 2002;53(7-8):738-749.
218. Vuletic S, Polasek O, Kern J, Strnad M, Baklaic Z. Croatian Adult Health Survey - a tool for periodic cardiovascular risk factors surveillance. *Coll Antropol* 2009;33(Suppl 1):3-9.
219. Nastav B, Bojnec S. The shadow economy in Bosnia and Herzegovina, Croatia, and Slovenia - The Labor approach. *East Europ Econ* 2007;45:29-58.
220. Raboteg-Šarić Z, Pećnik N. Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima. *Revija za socijalnu politiku* 2005;12:1-21.
221. Sekulić D. Društveni okvir i vrijednosni sustav. *Revija za socijalnu politiku* 2012;42:231-275.
222. Dobrotić I, Laklija M. Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja* 2012;21:39-58.

223. Jelusic I, Stevanovic A, Frandiakovic T, Grkovic J, Sukovic Z, Knezovic Z. Social support and posttraumatic stress disorder in combat veterans in Croatia. *Coll Antropol* 2010;34(853-8).
224. Budak J, Rajh E. Corruption survey in Croatia: survey confidentiality and trust in institutions. *Društvena istraživanja* 2012;21:291-313.
225. Bejakovic P. Tax evasion, state capacity and trust in transitional countries: the case of Croatia. *Društvena istraživanja* 2009;18:787-805.
226. Kurnoga Živadinović N, Groznica M. Procjena udjela zaposlenih u neslužbenom gospodarstvu u Republici Hrvatskoj. *Ekonomski pregled* 2012;63(1-2):73-86.
227. Zrinščak S. Zaposlenost, nezaposlenost i neslužbeno gospodarsstvo. *Revija za socijalnu politiku* 1997;4(3):335-8.
228. Zrinščak S. Skile i haribde socijalne sigurnosti. *Revija za socijalnu politiku* 2000;7(3):229-43.
229. Mackenbach JP. Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *Eur J Public Health* 2017;27(suppl_4):14-7.
230. Mackenbach JP, Bopp M, Deboosere P i sur. Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health Place* 2017;47:44-53.
231. Randić M. Prehrana na jadranskim otocima. Etnološki pogled na prehranu stanovništva hrvatskih jadranskih otoka. *Sociologija i prostor* 2002;39(1/4):319-41.
232. de Gelder R, Menvielle G, Costa G, Kovacs K, Martikainen P, Strand BH. Long-term trends of inequalities in mortality in 6 European countries. *Int J Public Health* 2017;62(1):127–141.
233. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M i sur. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PloS Med* 2015;12(12):e1001909.
234. Zrinščak S. Socijalna politika u kontekstu korjenite društvene transformacije postkomunističkih zemalja. *Revija za socijalnu politiku* 2003;10(2):135-59.

235. Matković T, Šućur Z, Zrinščak S. Inequality, Poverty, and Material Deprivation in New and Old Members of European Union. *Croat Med J* 2007;48(5):636-52.
236. Zrinščak S. Socijalna i obiteljska politika u zemljama u tranziciji. *Revija za socijalnu politiku* 2002;9(1):107-15.
237. Županov J. The social legacy of communism. *Društvena istraživanja* 1996;5(2):425-55.
238. Burić I. Slaven Letica, Zdravstvena politika u doba krize. *Rev Sociol* 1990;21(2):418-20.
239. Janković J, Janević T, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J* 2012;53:254-262.
240. Shkolnikov VM, Andreev EM, Jasilionis D, Leinsalu M, Antonova OI, McKee M. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(875-881).
241. Zrinščak S. Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi. *Revija za socijalnu politiku* 1999;6(1):3-19.
242. Jen MH, Jones K, Johnston R. Global variations in health: evaluating Wilkinson's income inequality hypothesis using the World Values Survey. *Soc Sci Med* 2009;68:643-653.

10. Prilozi

10.1. Upitnik o pokazateljima socioekonomskog statusa

I. POKAZATELJI SOCIO-EKONOMSKOG STATUSA

1. Koliko imate završenih razreda škole? _____

2. Zanimanje ispitanika: _____

3. Kakav je Vaš radni status? _____

(1) zaposlen

(2) samostalno zaposlen

(3) nezaposlen

(4) umirovljenik

(5) domaćica

(6) student

(7) uzdržavana osoba

(8) drugo, molimo Vas, navedite поближе _____

4. Koliko članova sadržava vaše kućanstvo? _____

5. Kako biste procijenili svoje materijalno stanje, odnosno materijalno stanje Vaše obitelji? _____

(1) Mnogo je lošije od drugih (prosjeaka)

(2) Nešto je lošije od drugih

(3) Isto je kao kod drugih

(4) Nešto je bolje od drugih

(5) Mnogo je bolje od drugih

6. Koliki su prosječni mjesečni prihodi u vašem kućanstvu? _____

(1) manje od 2.000 Kn

(2) 2.000 - 4.000 Kn

(3) 4.000 - 6.000 Kn

(4) 6.000 - 8.000 Kn

(5) 8.000 - 10.000 Kn

(6) više od 10.000 Kn

7. Koliki je broj soba u stanu/kući gdje živite (uključujući i dnevni boravak)? _____

8. Da li u stanu ili kući gdje živite imate (navedite sve što imate)?**Zbroj: ____**

vodovod	1	dva TV-a	1
WC s ispiranjem	1	stroj za pranje suđa	1
kupaonicu	1	kompjuter	1
centralno ili plinsko grijanje	1	biblioteku (više od 100 knjiga)	1
drvene podove	1	umjetničke slike/predmete	1
telefon	1	automobil	1
videorekorder	1	vikendicu/drugi stan	1
škrinja za zamrzavanje	1	brod	1

10.2. Upitnik o općim zdravstvenim podacima

II. OPĆI ZDRAVSTVENI PODACI

9. Ime liječnika: _____

10. Adresa ispitanika: _____

11. Broj telefona: _____

Imate li Vi osobno ili ste nekada imali neku od ovih bolesti:

	(a) Da/Ne	(b) God. Dg.	(c) Uzima lijekove:
12. Povišen krvni tlak:	_____	_____	_____
13. Koronarnu bolest srca:	_____	_____	_____
14. Moždani udar:	_____	_____	_____
15. Shizofreniju:	_____	_____	_____
16. Maniju / depresiju:	_____	_____	_____
17. Zloćudni tumor:	_____	_____	_____
18. Šećernu bolest:	_____	_____	_____
19. Giht:	_____	_____	_____
20. Glaukom:	_____	_____	_____
21. Upalu zglobova:	_____	_____	_____
22. Bubrežnu bolest:	_____	_____	_____
23. Ulkusnu bolest (čir):	_____	_____	_____

24. Ostale bolesti (na koje se tuži ispitanik):

25. Ostali lijekovi koje uzima (za dijabetes precizirati: dijeta / biljni / oralni / injekc. inzulin):

26. Jeste li ikada liječeni u bolnici i zbog čega? (navesti godinu i sve eventualne operacije):

27. Upitnik za žene:

- (27a) Dob menarhe: _____
- (27b) Imate li redovite menstruacije? _____
- (27c) Ako nemate, u kojoj su dobi prestale? _____
- (27d) Koliko ste djece rodili? _____
- (27e) Jeste li imali mrtvorođenčad i koliko puta? _____
- (27f) Koliko ste imali spontanih pobačaja? _____
- (27g) Koliko ste imali kirurški učinjenih pobačaja? _____

10.3. Upitnik o prehrambenim navikama

III. ANKETNI UPITNIK O PREHRAMBENIM NAVIKAMA

28. Koliko najčešće obroka dnevno jedete: _____
(1) jedan (2) dva (3) tri (4) četiri (5) pet i više

29. Navedite koliko često konzumirate pojedine obroke:

	(1) uvijek	(2) ponekad	(3) nikada
(29a) zajuttrak	_____	_____	_____
(29b) doručak	_____	_____	_____
(29c) ručak	_____	_____	_____
(29d) užina	_____	_____	_____
(29e) večera	_____	_____	_____

30. Koje vrste masnoće pri pripremanju obroka najčešće koristite?

	(1) uvijek	(2) ponekad	(3) nikada
(30a) biljna ulja (suncokretovo, bučino i sl.)	_____	_____	_____
(30b) maslinovo ulje	_____	_____	_____
(30c) maslac	_____	_____	_____
(30d) svinjsku mast ili drugu životinjsku masnoću	_____	_____	_____
(30e) uopće ne upotrebljavam masnoće	_____	_____	_____

31. Kod pripremanja obroka, povrće najčešće: _____
(1) kuhate (2) pirjate (dinstano) (3) pržite (4) pečete (5) ne jedem povrće

32. Uzimate li svaki ili skoro svaki dan svježe pripremljene obroke? _____
(1) da (2) ne

33. Koliko često upotrebljavate smrznuto povrće za pripremu obroka? _____
(1) svakodnevno (2) ponekad (3) nikada

34. Koliko često pripremate smrznuto meso za pripremu obroka? _____
(1) svakodnevno (2) ponekad (3) nikada

35. Koliko dnevno pijete tekućine (pitku vodu, mineralnu i gaziranu vodu, čaj, kava, juha i sl.)? _____
(1) manje od 1 litre (2) između 1 i 2 litre (3) više od 2 litre

36. Koliko šećera dnevno uzimate (za kavu, bijelu kavu, čaj, pri pripremi sokova)? _____
(1) jednu žličicu (2) jednu žlicu (3) više od 1 žlice

37. Jeste li na dijeti? _____
(1) ne (2) stalno (3) trenutno (4) ponekad

38. Ako ste na dijeti, navedite razlog: _____

(1) zdravstveni (2) osobni

39. Ako ste na dijeti, navedite kojoj: _____

(1) za mršavljenje (2) radi dijabetesa (3) radi srca ili tlaka (4) radi problema s jetrom
(5) radi gastritisa ili čira (6) bubrežni problemi (7) zbog drugih zdravstvenih problema

40. Jeste li vegetarijanac: _____

(1) da (2) ne

41. Uzimate li dodatno vitamine? _____

(1) svakodnevno (2) ponekad (3) nikada

42. Ako uzimate dodatno vitamine, navedite koje:

	(1) DA	(2) NE
(42a) A	_____	_____
(42b) B-kompleks	_____	_____
(42c) C	_____	_____
(42d) D	_____	_____
(42e) E	_____	_____
(42f) Multivitamini	_____	_____

43. Uzimate li dodatno minerale?

	(1) svaki dan	(2) ponekad	(3) nikada
(43a) zajutrak	_____	_____	_____
(43b) doručak	_____	_____	_____
(43c) ručak	_____	_____	_____
(43d) užina	_____	_____	_____
(43e) večera	_____	_____	_____

44. Ako uzimate dodatno minerale, navedite koje:

	(1) DA	(2) NE
(44a) kalcij	_____	_____
(44b) magnezij	_____	_____
(44c) željezo	_____	_____
(44d) ostalo	_____	_____

45. Ako ste zaposleni, kako odlazite na posao? _____

(1) pješke (2) biciklom/motorom (3) javnim prijevozom (4) automobilom

46. Bavite li se sportom (vježbanjem)? _____

(1) ne (*idite na pitanje 110*) (2) rekreativno (3) aktivno

47. Ako vježbate, koliko često? _____

(1) svakodnevno (2) 2-3 puta tjedno (3) jednom tjedno (4) ponekad

48. Koliko sati dnevno vježbate? _____

(1) manje od 1 sata (2) 1-2 sata (3) više od 2 sata

49.-102. Koliko često konzumirate slijedeće namirnice: (upitnik o učestalosti konzumiranja pojedinih vrsta prehrambenih namirnica)

NAMIRNICE	(1) Svaki dan	(2) 2-3 x tjedno	(3) 1 x tjedno	(4) Rijetko	(5) Nikada
MLIJEKO I MLIJEČNI PROIZVODI					
49. Mlijeko					
50. Jogurt, AB kultura, kefir					
51. Vrhnje					
52. Sir - svježi					
53. Sir - topljeni					
54. Sir - tvrdi					
MESO I MESNE PRERADEVINE					
55. Svinjetina					
56. Govedina					
57. Teletina					
58. Janjetina					
ORGANI I IZNUTRICE					
59. Jetra, mozak, pluća itd.					
MESNE PRERADEVINE					
60. Slanina, čvarci					
61. Hrenovke, kobasice					
62. Salame					
63. Mesne konzerve (pašteta, ragu)					
DIVLJAČ					
64. Zec, vepar, sretina itd.					
PERAD					
65. Piletina					
66. Patka, puretina					
RIBE I RIBLJE PRERADEVINE					
67. Bijela riba					
68. Plava riba					
69. "Plodovi mora" (školjke, rakovi i sl.)					
70. Lignje, hobotnica					
71. Sušena riba, slane srdele					
72. Riblje preradevine					
JAJA					
73. Jaja					
POVRĆE					
74. Lisnato (salata, kelj, špinat, blitva)					
75. Korjenasto (mrkva, cikla, mladi luk)					
76. Cvjetasto (brokula, cvjetača)					
77. Plodasto (patlidžan, rajčica)					
78. Leguminoze (grah, grašak, soja, bob)					
79. Konzervirano i ukiseljeno povrće					
80. Krumpir					
81. Gljive					

NAMIRNICE	(1) Svaki dan	(2) 2-3 x tjedno	(3) 1 x tjedno	(4) Rijetko	(5) Nikada
VOĆE					
82. Svježe voće					
83. Orasi i orašasti proizvodi					
84. Voćni kompoti					
85. Sušeno voće					
ŽITARICE I ŽITNI PROIZVODI					
86. Bijeli kruh i peciva					
87. Integralni kruh i peciva					
88. Muesli i sl.					
89. Tjestenina i riža					
90. Kolači					
KONDITORSKI PROIZVODI					
91. Čokolada					
92. Keksi					
93. Bomboni					
94. Džem, marmelada, žele, puding					
INDUSTRIJSKI PROIZVODI					
95. Industrijske (koncentrirane) juhe					
PIĆA I NAPICI					
96. Sokovi od povrća					
97. Voćni sokovi i sirupi					
98. Cedevita					
99. Osvježavajuća bezalkoholna pića					
100. Žestoka alkoholna pića					
101. Kava					
102. Čaj					

10.4. Upitnik o općem zdravstvenom stanju (eng. *General Health Questionnaire*)

IV. UPITNIK O OPĆEM ZDRAVSTVENOM STANJU (General Health Questionnaire)

103. Jeste li u posljednje vrijeme bili u stanju koncentrirati se na ono što radite? ___

(1) Bolje nego inače (2) Isto kao inače (3) Manje nego inače (4) Znatno manje nego inače

104. Jeste li u posljednje vrijeme imali problema sa spavanjem zbog briga? ___

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

105. Jeste li u posljednje vrijeme imali nemirne noći, tijekom kojih ste se često budili? ___

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

106. Jeste li u posljednje vrijeme uspijevali održati se zaposlenim i punim posla? ___

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Nešto manje nego inače (4) Znatno manje nego inače

107. Jeste li u posljednje vrijeme izlazili iz kuće jednako često kao inače? ___

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Nešto manje nego inače (4) Znatno manje nego inače

108. Je li vam u posljednje vrijeme išlo jednako kao i većini drugih ljudi u vašoj situaciji? ___

(1) Bolje nego većini njih (2) Otprilike isto kao i drugima (3) Nešto lošije (4) Znatno lošije

109. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali da sve u svemu dobro činite to što činite? ___

(1) Više nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Nešto lošije nego inače (4) Znatno lošije

110. Jeste li u posljednje vrijeme bili zadovoljni načinom na koji ste izvršavali svoje zadatke? ___

(1) Više zadovoljan (2) Otprilike isto kao inače (3) Manje zadovoljan no inače (4) Znatno manje

111. Jeste li u posljednje vrijeme bili u mogućnosti osjećati toplinu i naklonost za ljude oko sebe? ___

(1) Bolje nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Lošije nego inače (4) Znatno lošije no inače

112. Je li vam u posljednje vrijeme bilo lako slagati se s drugim ljudima? _____

(1) Lakše nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Teže nego inače (4) Znatno teže nego inače

113. Jeste li u posljednje vrijeme proveli mnogo vremena u neobaveznom razgovoru s drugim ljudima? _____

(1) Više nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Manje vremena nego inače (4) Mnogo manje

114. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali da imate korisnu ulogu u stvarima koje se zbivaju? _____

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Manje korisnu nego inače (4) Mnogo manje korisnu

115. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali sposobnim donositi odluke u vezi stvari koje se zbivaju? _____

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Lošije nego inače (4) Mnogo lošije sposoban

116. Jeste li se u posljednje vrijeme stalno osjećali ograničeno? _____

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

117. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali kako ne možete prevladati vaše poteškoće _____

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

118. Je li vam se u posljednje vrijeme činilo da je život naporna borba čitavo vrijeme? _____

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

119. Jeste li u posljednje vrijeme bili sposobni uživati u vašim normalnim svakodnevnim aktivnostima? _____

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Manje nego inače (4) Znatno manje nego inače

120. Jeste li u posljednje vrijeme primali događaje teška srca? _____

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

121. Jeste li u posljednje vrijeme postajali uplašeni ili panični bez valjanog razloga _____

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

122. Jeste li u posljednje vrijeme bili sposobni suočiti se sa svojim problemima? —

(1) Više nego inače (2) Isto kao inače (3) Manje sposoban no inače (4) Znatno manje sposoban

123. Da li vam se u posljednje vrijeme čini da vas sve opterećuje? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

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

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

125. Jeste li u posljednje vrijeme gubili samopouzdanje? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

126. Jeste li u posljednje vrijeme razmišljali o sebi kao o bezvrijednoj osobi? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

127. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali da je život potpuno beznadan? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

128. Jeste li u posljednje vrijeme bili puni nade za vašu budućnost? —

(1) Više nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Manje nego inače (4) Znatno manje no inače

129. Jeste li u posljednje vrijeme bili razmjerno sretni, sve u svemu? —

(1) Više nego inače (2) Otprilike isto kao inače (3) Manje nego inače (4) Znatno manje no inače

130. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali nervozni i napeti čitavo vrijeme? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

140. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali da život nije vrijedan življenja? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

141. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali povremeno da ne možete ništa učiniti jer vam živci nisu u redu? —

(1) Uopće ne (2) Ne više nego inače (3) Nešto više nego inače (4) Znatno više nego inače

10.5. Anketni upitnik rizika za šećernu bolest i kronične nezarazne bolesti (WHO Diabetes and Chronic Non-Communicable Diseases Questionnaire)

V. ANKETNI UPITNIK WHO

142. Pušite li duhan? _____

(1) Da (2) Ne (3) Bivši pušač

143. Ako pušite, to su: _____

(1) Cigarete (2) Lula (3) Cigare

144. Koliko ih popušite dnevno? _____

145. Tijekom koliko godina pušite? _____

146. Ako trenutno niste pušač, jeste li ikada pušili? _____

(1) Da (2) Ne

147. Ako ste bivši pušač:

(147a) koliko ste godina bili pušač? _____

(147b) koliko ste pušili dnevno? _____

(147c) prije koliko godina ste prestali pušiti? _____

148. Koliko tjedno alkohola konzumirate?

Tip pića	Količina u litrama (tjedno)
(a) Pivo	
(b) Bijelo vino	
(c) Crno/crveno vino	
(d) Bevanda	
(e) Žestoka pića	

149. Tjelesna aktivnost tijekom svakodnevnog rada: _____

(1) sjedeća (2) laka (3) umjerena (4) teška

150. Tjelesna aktivnost tijekom preostalog dijela dana: _____

(1) sjedeća (2) laka (3) umjerena (4) teška

11. Životopis

Osobni podatci

Ime i prezime: Ana Stipčić

Adresa: Put Ribole 5, 21220 Trogir

Mobilni telefon: +385 91 934 79 26

e-pošta: ana.stipcic@ozs.unist.hr

Datum rođenja: 9.3.1988.

Državljanstvo: Hrvatsko

Matični broj iz Upisnika znanstvenika: 336731

Školovanje

2013- Poslijediplomski studij Translacijska istraživanja u biomedicini (TRIBE),
Medicinski fakultet u Splitu

2009-2011 Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet, Diplomski sveučilišni studij Sociologija

2006-2009 Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet, Preddiplomski sveučilišni studij
Sociologija

2002-2006 Srednja škola Ivan Lucić Trogir, Opća gimnazija

Radno iskustvo

2012- Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Asistentica na
Katedri za društveno-humanističke znanosti

Profesionalno usavršavanje

2015 Erasmus+ Mobilnost osoblja u svrhu osposobljavanja, Sør-Trøndelag University
College, Trondheim, Norway

2015 EU škola Upravljanje programima i projektima financiranim iz bespovratnih
sredstava Europske Unije, Javna ustanova RERA S.D. za koordinaciju i razvoj
Splitsko-dalmatinske županije

- 2015 Europski strukturni i investicijski fondovi - prilike za Sveučilište, Ekonomski fakultet Split, Centar za cjeloživotno obrazovanje i obrazovanje odraslih
- 2014 Stručno usavršavanje: Razvoj i usavršavanje pedagoških kompetencija sveučilišnih nastavnika, Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet; CIRCO - Centar za istraživanje i razvoj cjeloživotnog obrazovanja
- 2014 Šesti hrvatski Cochrane simpozij; Bolji dokazi za bolju budućnost: strategija Cochraine kolaboracije, Poslijediplomski tečaj trajne medicinske izobrazbe II. kategorije, Medicinski fakultet Split, Cochrane Croatia
- 2014 Dijabetes, poremećaji metabolizma i metabolički učinci Vina, Poslijediplomski tečaj trajne medicinske izobrazbe I. kategorije, Klinički bolnički centar Split; Medicinski fakultet Split
- 2013 Osposobljavanje za rad na siguran način, Zavod za zaštitu na radu, zaštitu od požara i zaštitu čovjekove okoline

Funkcije

- Koordinator za suradnju s Universitas-om (2017-)
- Koordinator za nastavne baze Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2016-)
- Koordinator za post-akademsko zapošljavanje Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2016-)
- Erasmus koordinator Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2012-)
- ECTS povjerenik Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2012-)
- Tajnica Katedre za društveno-humanističke znanosti Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2012-)
- Zamjenik ISVU koordinatora Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2012-)

Članstva

- Povjerenstvo za dodjelu nagrada i priznanja Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2015-)
- Etičko povjerenstvo Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2014-)
- Povjerenstvo za izdavačku djelatnost Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija (2013-)

Strani jezici

Engleski jezik - B2

Znanja i vještine

Rad na računalu i programski paketi (Microsoft Office™, SPSS, EndNote)

Vozačka dozvola B kategorije

Nastavne aktivnosti

2012- Održavanje seminara i vježbi na preddiplomskoj i diplomskoj razini studija Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na kolegijima: Medicinska sociologija, Javno zdravstvo, Komunikacijske vještine, Etika u zdravstvu, Osnove zdravstvenog prava, Informatika u zdravstvu, Upotreba znanstvene tehnologije

Publikacije

- Rehberg J, **Stipčić A**, Čorić T, Kolčić I, Polašek O. Mortality patterns in Southern Adriatic islands of Croatia: a registry-based study. *Croatian Medical Journal*, 2018; 59: 118-123.
- Antičević V, Sindik J, Klarin M, Đogaš V, **Stipčić A**, Kardum G, Barać I, Zoranić S, Perković Kovačević M. Effects of social skills training among freshman undergraduate nursing students: a randomized controlled trial. *Medica Jadertina* 2018;48(1-2):23-32.
- Šolić I, **Stipčić A**, Pavličević I, Marušić A. Transparency and public accessibility of clinical trial information in Croatia: how it affects patient participation in clinical trials. *Biochemia Medica* 2017;27(2):259-69.
- Čeko J, Antičević V, **Stipčić A**. Zadovoljstvo studijem i percepcija profesionalnih perspektiva studenata zdravstvenih studija. *Sestrinski glasnik* (1331-7563) 20 (2015), 3; 196-201.
- Miljković A, **Stipčić A**, Braš M, Đorđević V, Brajković L, Hayward C, Pavić A, Kolčić I, Polašek O. Is experimentally induced pain associated with socioeconomic status – Do poor people hurt more? *Medical Science Monitor*, 2014; 20: 1232-1238.
- **Stipčić A**, Čorić T, Erceg M, Mihanović F, Kolčić, I, Polašek O. Socioeconomic inequalities show poor association with health and disease in Southern Croatia. *International Journal of Public Health*, 2015; 60 (4): 417-426.

- Leburic, A; Dadić, M; **Stipčić, A**: Kulturni turizam na splitski način: sociološko istraživanje. Split: Redak, 2010.
- Dadić, M, **Stipčić, A**. Važnost stvaranja kulturnih znanja u povećanju konkurentnosti turističke ponude // VII. naučno-stručna konferencija s međunarodnim sudjelovanjem Na putu ka dobu znanja - Učeca organizacija : zbornik radova / Ristić, Dušan (ur.). Novi Sad : Fakultet za menadžment, 2009. (predavanje, međunarodna recenzija, objavljeni rad, znanstveni).

Sažetci na znanstvenim skupovima:

- Šolić, I., **Stipčić, A.**, Marušić, A. Are Croatian patients aware of clinical trials? 8th Croatian Cochrane symposium Split, Croatia, May 9, 2016.
- Miljković A., **Stipčić A**, Kolčić I, Polašek O. Emerging biobank in South-Eastern Europe: „10 001 Dalmatians“. HandsOn: Biobanks 2014. Helsinki, Finland, 2014. 38-38 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni).
- Antičević V, Britvić D, **Stipčić A**, Kralj Ž. Seksualno samopoimanje i seksualno zadovoljstvo kod samaca i osoba u vezi: Uloga stilova privrženosti. 6. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem - Knjiga sažetaka. Zagreb, 2014. 157-158 (poster, međunarodna recenzija, sažetak).
- Šošić S, Antičević V, Britvić D, Krnić S, **Stipčić A**. Učinci grupne dinamske psihoterapije na emocionalnu kompetentnost i stilove uočavanja sa stresom poremećaja ličnosti. 6. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem - Knjiga sažetaka. Zagreb, 2014. 58-59 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni).

Sudjelovanje na projektima:

- “Izrada standard zanimanja/kvalifikacija uz unaprijeđenje dravstvenih studijskih programa” [HR 3.1.15.-0051] (2015-2016); voditeljica radne skupine za izradu standard kvalifikacija; članica radne skupine za unaprijeđenje postojećih studijskih programa
- “Odrednice zdravlja i bolesti u općoj i izoliranim ljudskim populacijama“, [MZOŠ 216-1080315-0302], Ozren Polašek (2013.)

- „Genome-wide association study of pressure pain threshold – a step forward to uncovering genes underlying pain sensation“, [EFIC-Grunenthal Research Grant], Ozren Polašek (2013.)
- “Razvoj turizma grada Splita”, University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Sociology, Anči Leburić (2008.-2011.)
- “Kulturni turizam grada Splita”, University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Sociology, Anči Leburić (2007.-2009.)
- “Socijalne potrebe splitskih obitelji”, University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Sociology, Anči Leburić (2008.)
- “Društveno ponašanje mladih”, University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Sociology, Anči Leburić (2007.-2008.)
- “Školovanje i društvena pokretljivost”, University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Sociology, Šime Pilić (2007.)

Pozvani predavač:

- „Etika i radiološka tehnologija“. Dani radiološke tehnologije. Hrvatska Kostajnica 2014.
- “Etika u primaljstvu”. Hrvatska komora primalja. KBC Split. Split, 2013.

Nagrade i priznanja

- Nagrada za najbolju poster prezentaciju u kategoriji mladih istraživača, HandsOn: Biobanks 2014, Helsinki, Finland.
- Rektorova nagrada Sveučilišta u Splitu za akademsku godinu 2010./2011.
- Stipendija Sveučilišta u Splitu za nadarene studente za akademsku godinu 2010./2011.
- Stipendija grada Trogira za nadarene studente za akademske godine 2009./2010. i 2008./2009.

