



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Luka Jurković

**INDIVIDUALNI I KONTEKSTUALNI
ČIMBENICI ZDRAVLJA STANOVNIKA
REPUBLIKE HRVATSKE**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2026



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Luka Jurković

**INDIVIDUALNI I KONTEKSTUALNI
ČIMBENICI ZDRAVLJA STANOVNIKA
REPUBLIKE HRVATSKE**

DOKTORSKI RAD

Mentor:
prof. dr. sc. Dragan Bagić

Zagreb, 2026



University of Zagreb

Faculty of Humanities and Social Sciences

Luka Jurković

INDIVIDUAL AND CONTEXTUAL FACTORS OF HEALTH IN CROATIA

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor:
professor Dragan Bagić, PhD

Zagreb, 2026

SADRŽAJ

1. UVOD I OBRAZLOŽENJE TEME.....	1
2. TEORIJSKA POLAZIŠTA	2
2.1. Kulturalno-bihevioralni model	4
2.2. Materijalno-strukturalistički model	6
2.3. Kontekstualno-kompozicijski pristup	7
2.3.1. Hipoteza o amplifikacijskom efektu deprivacije	9
2.4. Psihosocijalni model	12
2.4.1. Neo-materijalistički pristup kao kritika psihosocijalnog modela zdravstvenih nejednakosti	14
2.4.2. Društveni kapital	16
2.5. Relacijska sociologija kao „alternativni smjer” u istraživanjima prostornih nejednakosti u zdravlju.....	21
3. PREGLED ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI U HRVATSKOJ.....	26
4. CILJEVI I SVRHA ISTRAŽIVANJA	28
4.1. Istraživačka pitanja i hipoteze.....	28
5. METODOLOGIJA	30
5.1. Metodološki pristup u okviru mješovito-metodskog istraživanja.....	30
5.2. Kvantitativni dio istraživanja.....	32
5.2.1. Sudionici i procedura kvantitativnog istraživanja	32
5.2.2. Mjerni instrumenti	33
5.2.3. Analitička strategija	38
5.3. Kvalitativni dio istraživanja.....	48
5.3.1. Uzorkovanje, odabir i regrutacija sudionika.....	49
5.3.2. Procedura i metoda intervjuiranja.....	51

5.3.3.	Analiza kvalitativnih podataka	54
5.3.4.	Refleksivnost istraživača	56
6.	REZULTATI	57
6.1.	Prvi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja.....	57
6.1.1.	Klasifikacija naselja na temelju analize latentnih profila	65
6.1.2.	Višerazinska regresijska analiza	68
6.1.3.	Rezultati analize robusnosti.....	75
6.1.4.	Sažetak glavnih nalaza i implikacije za kvalitativni dio istraživanja	77
6.2.	Rezultati kvalitativnog dijela istraživanja.....	78
6.2.1.	„Teško je živjeti u kraju gdje je bolnica daleko” - mjesto stanovanja kao izvor ograničenja za mogućnost donošenja dobrih odluka za svoje zdravlje.....	79
6.2.2.	„Tu nemaju baš prave doktore” - međuovisnost percepcije mjesta i kvalitete zdravstvenih usluga.....	90
6.2.3.	„Moraš biti kao riba koja zna plivati u tom sustavu” - mobiliziranje fleksibilnih resursa za prevladavanje prepreka u pristupu zdravstvenoj skrbi	97
6.2.4.	„Kad moraš nešto napraviti, onda platiš” - privatne zdravstvene ustanove kao „linija manjeg otpora”	114
6.2.5.	Kratki prilog raspravi o kognitivnim procesima tijekom samoprocjene općeg zdravlja u anketnim istraživanjima – što nam govore nalazi iz kvalitativnog istraživanja?	119
6.2.6.	Sažetak glavnih nalaza refleksivne tematske analize	121
6.3.	Drugi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja - specifikacija međurazinskih interakcijskih efekata na temelju nalaza kvalitativnog istraživanja.	122
7.	RASPRAVA.....	129
7.1.	Zdravlje u prostoru – igraju li obilježja mjesta stanovanja ulogu u oblikovanju zdravstvenih ishoda pojedinaca?	129
7.2.	Simboličke reprezentacije mjesta kao dodatni izvor ograničenja za donošenje kvalitetnih odluka o zdravlju	133

7.3.	Mobilizacija fleksibilnih resursa kao dominantna strategija uspješne navigacije društvenim poljem zdravlja.....	135
7.3.1.	Na koji način relacijska svojstva društvenih odnosa mogu oblikovati sposobnost uspješne mobilizacije resursa dostupnih u društvenim mrežama?	137
7.4.	„Ne pokazujemo na našem licu da smo bolesne“ – rodne dimenzije zdravstvenih nejednakosti	140
7.5.	Ograničenja studije i preporuke za buduća istraživanja	141
8.	ZAKLJUČAK.....	145
9.	POPIS LITERATURE.....	147
10.	PRILOZI.....	166
	Prilog 1. Analize robusnosti	166
	Prilog 2. Poziv na istraživanje i tekst informiranog pristanka.....	177
	Prilog 3. Mišljenje Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja.....	180
	Prilog 4. Protokol za intervjuiranje	181
	Prilog 5. Bivarijatne korelacije sociodemografskih varijabli te zavisnih i nezavisnih varijabli korištene u višerazinskoj regresijskoj analizi, na poduzorku bez samozaposlenih ispitanika (N = 2.222).	187
	Prilog 6. Tablica bivarijatnih korelacija indikatora razvijenosti dostupnih iz Popisa stanovništva 2021. godine na razini naselja (N = 479).	188
11.	ŽIVOTOPIS AUTORA.....	189

Informacije o mentoru

Dragan Bagić je redoviti profesor na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Samostalno ili u koautorstvu objavio je četiri znanstvene monografije te više od trideset znanstvenih radova u domaćim i inozemnim znanstvenim časopisima. Područja njegovog znanstvenog interesa su sociologija politike, industrijski odnosi, sociologija migracija te metodologija društvenih istraživanja. Ima dugogodišnje iskustvo u provođenju primijenjenih društvenih istraživanja, posebice istraživanja javnog mnijenja. Nacionalni je koordinator Europskog društvenog istraživanja za Hrvatsku, a vodio je veći broj razvojnih i infrastrukturnih projekata financiranih iz fondova Europske unije. Obnašao je upravljačke dužnosti na Filozofskom fakultetu, bio je član Senata Sveučilišta u Zagrebu te je član Nacionalnog vijeća za visoko obrazovanje, znanost i tehnološki razvoj.

Zahvale

SAŽETAK

U posljednjih nekoliko desetljeća porastao je akademski interes za istraživanje potencijalnog utjecaja društvenog i fizičkog prostora na zdravlje ljudi, povrh individualnih čimbenika poput socioekonomskih i sociodemografskih obilježja. Primarni cilj disertacije jest utvrditi u kojoj mjeri obilježja mjesta stanovanja pridonose lošijim zdravstvenim ishodima ljudi te istražiti kako međuodnos individualnih, kontekstualnih i relacijskih čimbenika objašnjava te razlike. U svrhu ostvarivanja navedenih ciljeva disertacije razvijen je eksplanatorni sekvencijalni dizajn u okviru mješovite metodologije, pri čemu se kvalitativni dio istraživanja provodi u svrhu objašnjavanja i nadopune nalaza kvantitativnog istraživanja. U prvoj fazi provedena je sekundarna analiza skupnih podataka na ukupno 2551 ispitanika iz 479 naselja koji su sudjelovali u desetom (2021.) i jedanaestom (2023.) krugu Europskog društvenog istraživanja (ESS) u Hrvatskoj. U drugoj fazi istraživanja provedeno je 33 biografskih narativnih intervjua sa sugovornicima starijima od 50 godina koji su tijekom prethodne godine koristili zdravstvene usluge. Rezultati pokazuju da obilježja mjesta stanovanja mogu oblikovati zdravstvene ishode pojedinaca, pri čemu taj doprinos, iako nezanemariv, nije snažan kao onaj koji proizlazi iz socioekonomskih i sociodemografskih karakteristika pojedinca. Sudionici koji žive u urbanim naseljima te naseljima s višim razinama društvenog povjerenja imaju bolje zdravstvene ishode u odnosu na ispitanike iz ruralnih naselja i naselja s nižim razinama društvenog povjerenja. Za stanovnike ruralnih naselja, fizička dostupnost zdravstvenih usluga je temeljna prepreka dobivanja potrebne skrbi, čije prevladavanje ovisi o količini vlastitih fleksibilnih resursa, kao i mogućnosti mobilizacije resursa iz društvenih mreža. Istraživanje također pokazuje važnost relacijskih svojstava društvenih odnosa za razumijevanje sposobnosti uspješne mobilizacije resursa, pri čemu snaga veza, količina dostupnih resursa te relativna pozicija pojedinca unutar mreže oblikuju strategije navigacije zdravstvenim sustavom. Disertacija time nudi teorijski i empirijski doprinos razumijevanju zdravlja kao višedimenzionalnog fenomena oblikovanog individualnim karakteristikama, obilježjima društvenog i fizičkog prostora te relacijskim svojstvima društvenih odnosa, otvarajući pritom niz pitanja za buduća istraživanja društvenih, fizičkih i relacijskih dimenzija mjesta.

KLJUČNE RIJEČI: zdravlje, mjesto stanovanja, kontekstualni čimbenici, relacijska svojstva, prostorne nejednakosti

EXTENDED SUMMARY

There has been a growing academic interest in researching the potential effect of place of residence on people's health, over and above individual factors such as socioeconomic status. The primary aim of this dissertation is to investigate the extent to which features of place of residence shape health and how individual, contextual, and relational factors jointly account for this association. This study employs an explanatory sequential mixed-methods design. The quantitative phase uses pooled data of 2551 Croatian participants across 479 settlements from the 10th (2021) and 11th (2023) rounds of the European Social Survey (ESS). The qualitative phase consisted of 33 biographical narrative interviews with individuals over 50 who had used healthcare services in the previous year, which were analyzed using reflexive thematic analysis.

The first research question examined the extent to which place of residence contributes to differences in health and which contextual factors may explain these differences. The findings of multilevel regression models in the quantitative phase revealed small but significant variation between settlements in the prevalence of longstanding illnesses and unmet healthcare needs. Individuals living in rural areas and in settlements with lower levels of general social trust had higher odds of reporting longstanding illnesses. Insights gained from the qualitative phase provided a deeper understanding of why respondents living in more urban environments were better off than those living in rural areas. Most importantly, the geographical distribution of healthcare facilities plays a crucial role in people's ability to access health services. For individuals living in smaller settlements without available primary or secondary healthcare services, the absence of public transportation to larger metropolitan areas where healthcare institutions are concentrated constitutes a significant barrier to accessing care. Their ability to successfully overcome the constraints arising from limited opportunity structures in their local environment depends primarily on the amount of flexible resources they possess, but also on their capacity to mobilize the resources held by members of their social networks. The qualitative findings further shows that barriers arising from the characteristics of physical space are not the only obstacles people face when making decisions about their health. Symbolic representations of the place, including reputations of local healthcare institutions and perceptions of service quality, also help shape healthcare decisions. Therefore, individuals' choices do not stem solely from the objective lack of opportunity structures in the local environment, but also from subjective perceptions of

their place of residence, within which their everyday health-related experiences and practices are shaped.

The second research question focused on how individual and contextual factors interact in producing health outcomes. Quantitative findings indicate that the availability of support from strong ties (as indicated by the frequency of social contact with family members, friends and colleagues) play a particularly important protective role against poorer health outcomes among participants living in highly rural settlements. Individuals who lack support from strong ties often turn to neighbors and rely on collective resilience strategies to mitigate institutional shortcomings and maintain a basic level of security in accessing healthcare. These strategies, which are deeply rooted in norms of generalized reciprocity and shared responsibility – help explain why settlements with higher general social trust show lower likelihood of longstanding illness. Furthermore, additional strategies of collective resilience are formed on the basis of local or regional identities, which function as a foundation for improving an individual's relative position within their social network and thereby gaining better access to flexible resources. One strategy described by participants involved identifying and contacting doctors who originate from the same area but work in nearby hospitals, in an effort to secure privileged access to resources within the healthcare field, such as faster or higher-quality care. These local identities thus become important factors in navigating the healthcare system. The solidarity built upon them represents a specific form of social capital that, at the manifest level, can act as a pragmatic resource used by individuals to bypass institutional barriers to healthcare, such as long waiting lists.

The third and final research question addressed how the dynamics, intensity, and structure of social networks shape individuals' health-related decisions and strategies for navigating the healthcare system. The qualitative findings show that people's relative positions within their networks, the strength of the relationships they maintain, and the distribution of power and influence across network members are all crucial elements that help shape their ability to act effectively in health-related situations. These relational properties determine not only who has access to health-relevant information, but also who can successfully mobilize network resources and support to overcome place-based constraints.

Overall, this dissertation provides a theoretical and empirical contribution to understanding health as a multidimensional phenomenon shaped by individual characteristics, features of social and

physical space, and the relational properties of social ties, while also opening avenues for future research into the social, physical, and relational dimensions of place, and their implications for health inequalities.

KEYWORDS: health, place of residence, contextual factors, relational properties, geographical inequalities

1. UVOD I OBRAZLOŽENJE TEME

Društveni kontekst u kojemu ljudi žive snažno oblikuje zdravstvene rizike kojima su izloženi, njihovu ranjivost na bolesti te na sam tijek i ishod obolijevanja (Cockerham, 2014). Ova se disertacija, kao što se može naslutiti iz njezina naslova, bavi dvjema skupinama čimbenika koji oblikuju zdravstvene odluke i ishode pojedinca. Prvoj skupini pripadaju individualni čimbenici, a odnose se na ona temeljna sociodemografska i socioekonomska obilježja pojedinca poput dobi, roda i klasne pozadine. Jedno od temeljnih pitanja iz kojeg proizlazi tema ovoga rada glasi: u kojoj mjeri naša individualna obilježja, dakle, ono što jesmo, kako živimo i kako se ponašamo – određuju naše zdravstveno stanje?

Pružanje odgovora na ovo pitanje desetljećima je bilo u središtu interesa medicinske sociologije. To nimalo ne iznenađuje budući da su u ovom području dominantna teorijska polazišta najčešće fokusirana upravo na individualne karakteristike te naglašavaju ulogu agencije u odnosu na strukturu (Cockerham, 2014). Posljedica toga, kako napominju Macintyre i suradnici (2002), jest da obilježja društvene i fizičke okoline u kojoj pojedinci žive ostaju u drugom planu. Upravo ta kontekstualna obilježja predstavljaju drugu skupinu čimbenika zdravlja kojima se ova disertacija bavi. Polazim od jednostavnog, ali važnog pitanja: koliko je za naše zdravlje važno gdje živimo? Je li za zdravstvene ishode svejedno živi li osoba u velikom gradu, manjem općinskom središtu ili u ruralnom naselju? U kojoj mjeri mjesto stanovanja može ograničiti pojedinca da donosi dobre odluke za vlastito zdravlje?

Glavni cilj rada je utvrditi u kojoj mjeri obilježja mjesta stanovanja doprinose zdravstvenim ishodima ljudi te kako se ti učinci isprepliću s individualnim karakteristikama. Nadalje, cilj je rasvijetliti način na koji relacijska svojstva, odnosno struktura, intenzitet i dinamika društvenih mreža, doprinose sposobnosti pojedinca da mobiliziraju resurse potrebne za prevladavanje ograničenja koji proizlaze iz mjesta stanovanja.

Znanstveni doprinos rada proizlazi iz obogaćivanja razumijevanja potencijalnih mehanizama koji doprinose zdravstvenim nejednakostima na razini mjesta stanovanja u Republici Hrvatskoj. Naime, bez razumijevanja načina na koji se stvaraju prostorne nejednakosti u zdravlju, istraživanja efekta mjesta na zdravlje pojedinaca ne mogu informirati javnozdravstvene politike oko

adresiranja konkretnih problema. Dobiveni nalazi stoga mogu poslužiti zdravstvenim stručnjacima u kreiranju javnozdravstvenih politika.

2. TEORIJSKA POLAZIŠTA

Unatoč uspjesima epidemiologije i javnoga zdravstva u suzbijanju i prevenciji širenja infektivnih bolesti prošlih stoljeća te posljedičnom poboljšanju općeg zdravstvenog stanja stanovništva, produljenju očekivanog trajanja života, kao i podizanju javne informiranosti o rizičnim čimbenicima mnogih opasnih bolesti – sustavne nejednakosti u mortalitetu i morbiditetu do danas su opstale u gotovo svim državama svijeta (Mackenbach, 2012). Zdravstvene su nejednakosti prisutne i u državama s visoko razvijenim socijalnim sustavima i koje su visoko rangirane na indeksima ekonomskog prosperiteta i ljudskog razvoja (Phelan i sur., 2010). Dosadašnja istraživanja pokazuju da je jedan od najvažnijih čimbenika koji doprinosi nejednakostima u zdravlju socioekonomski status (SES), pri čemu pojedinci s nižim SES-om imaju veći rizik od morbiditeta i mortaliteta od gotovo svih bolesti (Adler i Newman, 2002; Glymour i sur., 2014; Phelan i sur., 2010). Niži socioekonomski status povezan je s lošijim zdravstvenim stanjem u svim životnim stadijima pojedinaca, od rođenja do starije životne dobi (Glymour i sur., 2014; Marmot, 2005a; 2005b). Negativni zdravstveni ishodi povezani sa socioekonomskim statusom pritom se ne pojavljuju samo među najsiromašnijima, već je navedena povezanost prisutna u cijelom spektru socioekonomskog statusa (Adler i sur., 1994; Glymour i sur., 2014). Drugim riječima, bez obzira na to gdje se nalazimo u hijerarhijskoj ljestvici društvenog statusa, naše je zdravlje bolje od zdravlja onih koji su ispod nas, a lošije od zdravlja onih koji su iznad nas (Marmot, 2005; 2016)

Imajući u vidu gotovo univerzalnu povezanost između SES-a i zdravstvenih ishoda u dosadašnjim sociološkim i epidemiološkim istraživanjima, autori Link i Phelan (Link i Phelan, 1995; Phelan i sur., 2004; Phelan i sur., 2010) socioekonomski status nazivaju temeljnom odrednicom zdravlja. Teorija „temeljnih odrednica zdravlja” autora Linka i Phelana (engl. „fundamental cause theory”) pokazala se vrlo korisnom za razumijevanje razloga zašto su kroz vrijeme zdravstvene nejednakosti opstale na vrlo sličnim razinama od 19. stoljeća, iako su se glavni uzroci morbiditeta i mortaliteta kroz vrijeme bitno mijenjali (Glymour i sur., 2014). Navedeni autori polaze od pretpostavke da pojedinci s višim SES-om imaju na raspolaganju ključne resurse, poput znanja, novca, moći, prestiža te društvenih mreža koje mogu koristiti kako bi zaštitili svoje zdravlje i izbjegli potencijalne zdravstvene rizike (Link i Phelan, 1995; Phelan i sur., 2010). Neovisno o

tome koji su zdravstveni rizici prisutni u određenom vremenu i prostoru, pojedinci većim SES-om u manjoj su mjeri izloženi rizicima od pojedinaca s nižim SES-om jer imaju pristup fleksibilnim resursima koje mogu koristiti za zaštitu svojeg zdravlja (Mackenbach, 2012; Phelan i sur., 2010).

Mehanizmi pomoću kojih navedeni fleksibilni resursi mogu imati učinak na zdravlje pojedinaca odvijaju se na dvjema razinama. Na individualnoj razini, resursi mogu potencijalno imati pozitivan utjecaj na zdravlje pojedinaca kroz bolji pristup zdravstvenim ustanovama, veću razinu korištenja zdravstvene zaštite te bolji pristup relevantnim zdravstvenim informacijama (Phelan i sur., 2010). Osim toga, pojedinci s nižom razinom obrazovanja, nižim prihodima ili društveno izolirani pojedinci u većoj su mjeri izloženi „riziku od rizika” od pojedinaca s višim SES-om (Link i Phelan, 1995), odnosno češće usvajaju loše zdravstvene navike, poput pušenja, loše prehrane, konzumacije alkoholnih pića i nedostatka tjelovježbe (Mackenbach, 2012; Pampel i sur., 2010).

Međutim, djelovanje navedenih individualnih mehanizama uvelike ovise o širem društvenom i fizičkom kontekstu u kojem se pojedinci nalaze. Stoga, kako bismo mogli razumjeti zašto su neke društvene skupine izloženije rizicima od drugih, potrebno je proširiti analizu s individualnih čimbenika na obilježja društvenog i fizičkog prostora koji oblikuju zdravstvene ishode i obrasce ponašanja (Berkman i Kawachi, 2014; Cummins i sur., 2007; Glymour i sur., 2014). Primjerice, pojedinci koji žive u okruženju u kojem je zdrava hrana nedostupna te u kojemu nedostaju mogućnosti za rekreaciju potencijalno mogu dovesti do pretilosti ili kardiovaskularnih problema (Berkman i Kawachi, 2014; Cummins i sur., 2007). Drugi su kontekstualni čimbenici manje izravni. Primjerice, društvene norme vezane uz različite vrste zdravstvenog ponašanja (npr. konzumacija alkoholnih ili duhanskih proizvoda, korištenje usluga zdravstvene zaštite, svakodnevna prehrana, itd.) važan je mehanizam pomoću kojega društveni kontekst može imati utjecaj na zdravlje pojedinaca (Berkman i sur., 2014). Prema tome, javnozdravstvene mjere bi trebale uzeti u obzir okruženje u kojem ljudi žive i prepoznati čimbenike koje ljude nižeg socioekonomskog statusa dodatno izlažu rizicima (Phelan i sur., 2010).

U posljednjih nekoliko desetljeća proveden je veliki broj empirijskih istraživanja koja ukazuju na važnost kontekstualnih čimbenika za razumijevanje zdravstvenih ishoda pojedinaca, od kojih obilježja mjesta stanovanja igraju najvažniju ulogu (Cummins i sur., 2007; Macintyre i sur., 2002). Primarni cilj navedenih istraživanja bio je razumijevanje i objašnjavanje načina na koji obilježja društvene i fizičke okoline mogu imati utjecaj na zdravstvene ishode pojedinaca, povrh

individualnih čimbenika poput socioekonomskog statusa i zdravstvenih navika. Osim toga, jedan od važnijih ciljeva bio je razumjeti načine na koji navedena obilježja proizvode prostorne nejednakosti u zdravlju (Bernard i sur., 2007; Dunn i Cummins, 2007). Ta je građa teorijskih i empirijskih radova proizišla iz područja medicinske sociologije, epidemiologije, javnoga zdravstva i medicinske geografije te je dobila naziv „efekta mjesta“ na zdravlje (engl. *place effects*). Štoviše, 1995. godine etabliran je i znanstveni časopis *Health & Place* (Macintyre i sur., 2002).

U sljedećim ću poglavljima prikazati dominantne teorijsko-konceptualne modele koji se koriste u objašnjavanju zdravstvenih nejednakosti općenito. Riječ je o kulturno-bihevioralnom, materijalno-strukturalnom te psihosocijalnom modelu. Osim toga, pokazat ću kako su ti modeli usko povezani uz teorijsko-konceptualne pristupe usmjerene na objašnjavanje prostornih dimenzija zdravstvenih nejednakosti. Točnije, riječ je o kompozicijsko-kontekstualnom (Macintyre i sur., 1993; Macintyre i sur., 2002), neo-materijalističkom (Bambra i sur., 2019; Lynch i sur., 2000) i relacijskom pristupu (Cummins i sur., 2007).

2.1. Kulturno-bihevioralni model

Kulturno-bihevioralni model polazi od pretpostavke da se socioekonomske nejednakosti u zdravlju u najvećoj mjeri mogu objasniti razlikama u ponašanju pojedinaca različitih klasnih pozadina (Bartley, 2017). Ova perspektiva proizlazi iz opažanja da se osobe s nižom razinom obrazovanja, nižim prihodima ili društveno izolirani pojedinci razlikuju od osoba s višim socioekonomskim statusom u pogledu načina potrošnje i provođenja slobodnog vremena, pri čemu češće usvajaju štetne zdravstvene navike poput pušenja, loše prehrane, konzumacije alkohola i nedostatka tjelesne aktivnosti (Bartley, 2017; Mackenbach, 2012; Pampel i sur., 2010). Prema tom pristupu, bolesti koje najviše doprinose smrtnosti mogu se spriječiti usvajanjem zdravijih životnih stilova, odnosno prestankom pušenja, redovitim vježbanjem te smanjenjem unosa alkohola te masti i šećera u prehrani (Okechukwu i sur., 2014).

Iako usvajanje rizičnih zdravstvenih ponašanja nesumnjivo doprinose lošijem populacijskom zdravlju u državama diljem svijeta, Bartley (2017) ističe da većina istraživanja u okviru kulturno-bihevioralnog pristupa nedovoljno propituje razloge zbog kojih se obrasci ponašanja sustavno razlikuju između društvenih klasa. Zdraviji životni stilovi te izbjegavanje rizičnih navika najčešće

se tumače kao stvar slobodne volje pojedinca, pri čemu se naglasak stavlja na individualnu odgovornost, a ne na strukturne nejednakosti koje oblikuju njihove mogućnosti i ograničenja (Cockerham, 2014).

Ovakav pogled na životne stilove nije uvijek bio dominantan. O povezanosti životnih šansi, društvenog položaja i načina življenja pisao je još Max Weber (Cockerham, 2014; Frohlich i sur., 2001). Prema Weberu, klasni položaj, određen sličnim položajem pojedinaca na tržištu, oblikuje životne izgled pojedinaca, smatrajući to jednom od najosnovnijih ekonomskih činjenica (Đurić, 1964). Drugim riječima, životne šanse nisu stvar puke slučajnosti, već rezultat prilika i privilegija koje proizlaze iz društvene strukture te specifičnog društvenog položaja pojedinca (Frohlich i sur., 2001). Osim toga, klasni položaj također ima izuzetno snažan utjecaj na životne stilove. Weber je, kako ističe Cockerham (2014), prepoznao da način provođenja slobodnog vremena i oblici potrošnje predstavljaju vidljivu razliku između različitih statusnih skupina (staleža), pri čemu je usvajanje tog načina života važan preduvjet za društvenu mobilnost. Prema tome, životni stilovi nisu nasumično distribuirani i nepovezani sa strukturom, nego je riječ o izborima koji su ipak uvelike oblikovani životnim šansama i drugim strukturnim čimbenicima (Cockerham, 2014; Frohlich i sur., 2001). Međutim, Frohlich (2001: 783) upozorava da je pojam „životog stila, koji je široko prihvaćen u (...) socijalnoj epidemiologiji i drugim granama javnog zdravstva, poprimio vrlo specifično i drugačije značenje od Weberova značenja. Kada se o stilu života trenutno raspravlja u sociomedicinskom diskursu, postoji odlučna tendencija da se koristi u odnosu na individualne obrasce ponašanja koji utječu na status bolesti.” Napominje da se taj koncept okrenuo bihevioralnom determinizmu jer promatra ponašanje odvojeno od društvenog značenja i strukturalnih uvjeta. Takav pristup vodi istraživače prema zaključku da su pojedinci u konačnici odgovorni za svoje ponašanje, kao da ne postoje društvene strukture, sociokulturni utjecaji ili značenja koja oblikuju te odluke. Rješavanje problema zdravstvenih nejednakosti suženo je stoga na javnozdravstvene politike koje su usmjerene na promjenu ponašanja kroz širenje informacija (primjerice, kroz edukacije o štetnosti pušenja) te poticanje samoeфикаsnosti i samoregulacije kod pojedinaca nižeg socioekonomskog statusa (Frohlich i sur., 2001; Okechukwu i sur., 2014).

Cockerham (2014) ovakav pristup u medicinskoj sociologiji naziva „krivljenjem žrtve” i smatra ga vrlo problematičnim jer zanemaruje jedno od temeljnih pitanja kojima se sociologija bavi još od svojih početaka – međuodnos agencije i strukture. To je pitanje ključno i za razumijevanje

zdravlja i životnih stilova. Kako ističe Cockerham (2014: 64), temeljna je dilema „jesu li odluke koje ljudi donose u vezi s hranom, vježbanjem, pušenjem i drugim navikama primarno stvar individualnog izbora ili su ponajprije oblikovane strukturnim varijablama poput društvene klase i roda?” Za njega, odgovor je vrlo jasan – odluke o tome hoće li netko pušiti, vježbati ili se zdravo hraniti neosporno imaju element osobnog izbora, ali te odluke nisu neovisne o strukturi koja oblikuje životne obrasce pojedinaca. Agencija omogućuje pojedincima da preoblikuju te obrasce ili ih u potpunosti odbace, ali struktura uvelike ograničava spektar mogućih izbora (Cockerham, 2014). Prema tome, ako želimo razumjeti zašto su pojedinci nižeg socioekonomskog statusa skloniji rizičnim zdravstvenim ponašanjima, potrebno je istražiti kako obilježja društvenog konteksta ograničavaju njihove mogućnosti izbora i istodobno reproduciraju obrasce takvog ponašanja (Berkman i Kawachi, 2014). Takav je model opisan u idućem poglavlju.

2.2. Materijalno-strukturalistički model

Materijalističko-strukturalni model u objašnjavanju zdravstvenih nejednakosti proizlazi iz izvještaja „Black Report“, nazvanom prema glavnom autoru istraživanja, Douglasu Blacku (Black i Townsend, 1984). Ovaj je izvještaj britanska laburistička vlast naručila 70-ih godina prošloga stoljeća kako bi mogla bolje razumjeti zašto i dalje postoje klasne nejednakosti u zdravlju, unatoč porastu društvenog standarda.

Materijalistički model, kojeg autori predlažu kao glavni eksplanatorni pristup, polazi od pretpostavke da se razlike u zdravlju mogu pripisati razlikama u osobnim prihodima, pri čemu manji prihodi mogu utjecati na zdravlje kroz ograničavanje mogućnosti kupovine nutritivno bogate hrane, nedostatka vremena za tjelovježbu i rekreaciju te nemogućnost osiguravanja dobrog smještaja bez vlage i u području bez onečišćenja zraka, prometne buke i drugih okolišnih opasnosti (Atkinson, 2015; Bartley, 2017; Black i Townsend, 1984). Izuzev toga, autori „Black Reporta“ napominju da su nižoj klasi u pravilu svojstvena bitno drugačija radna mjesta i drugačiji radni uvjeti od više klase (Black i Townsend, 1984). Ljudi nižeg socioekonomskog statusa češće su izloženi opasnostima na radnom mjestu te češće su izloženi prašini, dimu, kemijskim parama, vrlo visokim temperaturama i glasnoj buci (Bartley, 2017). Razlika između manualnih i nemanualnih zanimanja stoga se smatra polazišnom točkom za objašnjenje socioekonomskih razlika u zdravlju iz materijalističke perspektive. Kako ističe Bartley (2017), kvalitetan posao i siguran smještaj u ovom se pristupu promatraju kao resursi za koje se ljudi natječu, koristeći pritom druge

fleksibilne resurse akumulirane tijekom života. Takva je višeslojna priroda društvenih nejednakosti u zdravlju u potpunosti sukladna teoriji temeljnih odrednica zdravlja autora Linka i Phelana (Bartley, 2017).

Materijalističko-strukturalni pristup, kako se može naslutiti već iz samog naziva, usmjeren je na iskustva ljudi koja proizlaze iz društvene strukture i organizacije, odnosno na razlike koje proizlaze iz neposredne okoline u kojoj ljudi žive i rade. Ti se životni uvjeti, navodi Bartley (2017), mogu smatrati temeljnom odrednicom zdravlja kroz mehanizme poput klasne pozicije koja određuje razinu dostupnih fleksibilnih resursa. Naime, raspoloživost resursa oblikuje mogućnosti i ograničenja pojedinaca, uključujući i mogućnost osiguravanja kvalitetnih stambenih uvjeta. Pojedinci slične klasne pozadine uglavnom žive u sličnim uvjetima i prostorno se klasteriraju. To nas dovodi do glavnog pitanja koje je 90-ih godina prošloga stoljeća uokvirilo raspravu u literaturi o prostornim nejednakostima o zdravlju – jesu li zdravstveni ishodi lošiji u siromašnim naseljima zato što ondje žive pojedinci s manje fleksibilnih resursa važnih za zdravlje ili ta naselja posjeduju obilježja koja su neovisna o karakteristikama stanovnika te koja samostalno utječu na zdravlje i bolest, poput nedostatka infrastrukturnih resursa? Formirajući suprotne zaključke, razvila su se dva ključna pristupa – kompozicijski i kontekstualni. U idućem ću poglavlju predstaviti glavne argumente oba navedena pristupa.

2.3. Kontekstualno-kompozicijski pristup

Kompozicijski pristup polazi od pretpostavke da su obilježja populacije određenog mjesta glavni čimbenik koji doprinosi prostornim varijacijama u zdravlju stanovništva. Istraživači koji se oslanjaju na ovaj pristup stoga se fokusiraju na doprinos različitih oblika rizičnih ponašanja pojedinaca (poput pušenja, konzumacije alkohola, nedostatka tjelesne aktivnosti i loše prehrane), kao i na socioekonomske (obrazovne i klasne) te sociodemografske (etnicitet, dob) karakteristike ljudi koji žive u određenom društvenom i fizičkom okruženju (Bambra, 2022). Razlike u zdravstvenim ishodima, poput mortaliteta ili učestalosti kroničnih bolesti u različitim područjima (od gradskih četvrti do većih regija), u ovom se okviru objašnjavaju društvenom klasom pojedinaca koji u tim područjima žive. Primjerice, niži mortalitet u južnim regijama Engleske u usporedbi sa sjevernim tumači se kroz koncentraciju privilegiranih, bolje obrazovanih te imućnijih pojedinaca u južnim krajevima države (Macintyre i sur., 1993; Sloggett i Joshi, 1994). Drugim riječima, klasteriranje pojedinaca s boljim pristupom fleksibilnim resursima koji su važni

za zdravlje u određenom prostoru rezultira kvalitetnijim i zdravijim mjestima (Bambra, 2022). Ovaj teorijsko-konceptualni pristup daje prednost pitanju tko živi na određenom mjestu u odnosu na pitanje kakva su obilježja samih mjesta. Stoga rizične čimbenike na individualnoj razini postavlja kao primarni pokretač prostornih nejednakosti u zdravlju, dok obilježja šireg društvenog konteksta imaju manji analitički značaj (Macintyre i sur., 1993). Prostorne se nejednakosti tako mogu shvatiti prije kao statistički artefakt koji nastaje zbog koncentriranja društvenih nejednakosti u prostoru, nego kao posljedica obilježja mjesta u kojima ljudi žive i rade.

U takvom shvaćanju prostornih nejednakosti u zdravlju implicitna je pretpostavka da je važnije fokusirati se na ljude, a ne na obilježja područja u kojima žive, što ima važne implikacije za način oblikovanja i donošenja javnozdravstvenih politike koje nastoje adresirati problem nejednakosti (Macintyre i sur., 1993; Sloggett i Joshi, 1994). Naime, Macintyre i suradnici (1993) u svom su pregledu zaključili da takav pristup zanemaruje ulogu društvenog i fizičkog konteksta u oblikovanju mogućnosti pojedinaca da vode zdrav život te umanjuje prostor za donošenje javnozdravstvenih politika temeljenih na dokazima, a koje mogu poboljšati zdravlje ljudi koji žive u nepovoljnim uvjetima, neovisno o njihovim životnim stilovima.

Prema tome, oni predlažu da su potrebna dodatna istraživanja koja izravno proučavaju obilježja društvenog i fizičkog prostora koja mogu utjecati na zdravlje ljudi i tako doprinijeti stvaranju prostornih nejednakosti u zdravlju (Macintyre i sur., 1993; Macintyre i sur., 2002). Takav se analitički fokus u istraživanjima, nazvan „kontekstualni pristup”, formirao kao opozicija kompozicijskom pristupu (Cummins i sur., 2007). Autori koji se vode kontekstualnim pristupom polaze od pretpostavke da prostorne nejednakosti u zdravlju ne nastaju samo kao posljedica socioekonomskih i sociodemografskih karakteristika te životnog stila stanovništva koji žive na određenom području, već i zbog izravnog doprinosa obilježja društvenog i fizičkog konteksta te dostupnosti za zdravlje važnih resursa na određenom geografskom području. Većina takvih istraživanja fokusirala se na pokazatelje gospodarskog razvoja određenog područja, poput razine socioekonomske deprivacije (Rejineveld, 1998; Shouls i sur., 1996; Sloggett i Joshi, 1994; Stafford i Marmot, 2003), dostupnosti različitih oblika zdravstvenih usluga na određenom području, uključujući udaljenost do najbliže bolnice i dostupnost javnog prijevoza (Chaix i sur., 2005; Field i Briggs, 2001; Haynes i sur., 2003), dostupnosti resursa u lokalnom području koji pridonose očuvanju zdravlja, poput pristupačne i nutritivno kvalitetne hrane ili sadržaja za tjelesnu

aktivnost u susjedstvu (Cummins i Macintyre, 2006; Krukowski i sur., 2010; Macintyre i sur., 1993; Sooman i sur., 1993) te na izloženost okolišnim čimbenicima i stresorima poput prometne buke, onečišćenja zraka, kvalitete vode i dostupnosti zelenih površina.

Istraživanja koja polaze od kontekstualnog pristupa pokazala su da mjesto stanovanja igra važnu ulogu u zdravlju ljudi, premda ne u jednakoj mjeri kao osobne karakteristike pojedinca (Macintyre i sur., 2002; Pickett, 2001). Primjerice, istraživanja pokazuju da život u urbanim i materijalno bolje stojećim područjima omogućuje bolji fizički pristup zdravstvenoj skrbi u usporedbi s ruralnim i/ili manje razvijenim područjima (Bourke i sur., 2012; Dixon i Welch, 2000; Field i Briggs, 2001; Haynes i sur., 2003; Pickett, 2001; Wilkinson i Pickett, 2006). U takvim kontekstima prepreke u pristupu zdravstvenim ustanovama mogu dovesti do odgođenog korištenja zdravstvene usluge te do slabijeg pridržavanja preporučene preventivne skrbi i liječenja. Primjerice, Jiang i sur. (2023) su pokazali da je odgađanje skrbi zbog nedostatka prijevoza bilo povezano s povećanom učestalošću posjeta hitnoj službi i višim rizikom od smrtnosti među odraslom populacijom. Osim toga, važan uvid iz istraživanja koja polaze od kontekstualnog pristupa jest da pojedinci sličnog socioekonomskog statusa mogu imati znatno različite zdravstvene ishode ovisno o tome u kakvom području žive. U pravilu, boljeg su zdravlja osobe koje žive u gospodarski razvijenijim područjima, gdje je zdrava hrana dostupnija i cjenovno prihvatljivija, zdravstvene usluge koncentriranije, javni prijevoz kvalitetniji, više je mogućnosti za rekreaciju i lokalno je okruženje sigurnije (Macintyre i sur., 1993; Macintyre, 2007). One također u većoj mjeri percipiraju da mogu donositi dobre odluke vezane uz vlastito zdravlje (Lewis i sur., 2018).

2.3.1. Hipoteza o amplifikacijskom efektu deprivacije

Na temelju svojih istraživanja Macintyre i suradnici (2002) formuliraju hipotezu o „amplifikacijskom efektu deprivacije”, prema kojoj siromašnija područja u većoj mjeri trpe ograničenja društvenog i fizičkog okruženja (poput nedostatka javnog prijevoza i nedostatka potrebnih zdravstvenih usluga u blizini). Ta ograničenja stoga nesrazmjerno pogađaju najmanje privilegirane članove društva koji nemaju pristup fleksibilnim resursima (primjerice vlastitom prijevozu ili društvenim kontaktima) koje bi mogli koristiti kako bi zaštitili svoje zdravlje. Brojna su istraživanja nastojala utvrditi koja obilježja mjesta stanovanja mogu ograničavati pojedince nižeg socioekonomskog statusa u vođenju zdravijeg života. Pregled istraživanja provedenih u SAD-u, Australiji, Kanadi i državama zapadne Europe iz 2008. godine (Smith i sur.,

2008), pokazao je da ograničena dostupnost i pristup zdravstvenim uslugama u ruralnim područjima ne dovode izravno do prostornih nejednakosti u zdravlju, ali mogu dodatno pojačati nepovoljan položaj koji proizlazi iz niskog socioekonomskog statusa. Slične su obrasce pokazala i recentnija istraživanja. Primjerice, Nogueira (2010) je u svojoj studiji o dostupnosti resursa i ustanova (zdravstvene ustanove, javni prijevoz, vrtići, mogućnosti za rekreaciju itd.) u Lisabonskom metropolitanskom području utvrdila da se stanovnici nižeg socioekonomskog statusa češće suočavaju s nedostatkom resursa i usluga, kao i s ograničenjima poput slabije dostupnosti javnog prijevoza. Takav ograničen pristup resursima dodatno otežava osobama iz manje privilegiranih društvenih slojeva izbjegavanje zdravstvenih rizika i donošenje dobrih odluka za svoje zdravlje.

Hipoteza amplifikacijskog efekta deprivacije stoga nudi okvir za pomirenje kontekstualnih i kompozicijskih pristupa, jer prostorne nejednakosti u zdravlju proizlaze iz činjenice da: a) pripadnici nižeg socioekonomskog statusa češće žive u područjima koja se u društvenim i fizičkim obilježjima razlikuju od onih u kojima žive srednjeg i višeg SES-a (kompozicijski pristup); i b) ta su područja u određenim aspektima štetna za zdravlje ili ograničavaju mogućnosti za donošenje dobrih odluka za svoje zdravlje te razvijanje zdravih životnih navika. Prema tome, ova nas perspektiva upućuje na zaključak da usmjeravanje isključivo na kontekstualne čimbenike poput nedostatka materijalnih i infrastrukturnih resursa može skrenuti pozornost s dubljih društvenih i strukturnih procesa koji djeluju u širem kontekstu, a koji mogu imati posredan utjecaj na zdravlje kroz interakciju s individualnim čimbenicima poput socioekonomskog statusa. Osim toga, uvidi iz navedenih istraživanja jasno nam ukazuju da su obilježja pojedinaca i mjesta u kojima žive usko povezana, a promatrati kontekstualne i kompozicijske pristupe kao međusobno isključiva objašnjenja prostornih nejednakosti u zdravlju znači zanemariti njihove međusobne interakcije i recipročan odnos između ljudi i prostora te agencije i strukture (Bambra, 2022; Cummins i sur., 2007; Frohlich i sur., 2001; Macintyre i sur., 2002). Cummins i sur. (2007) to ilustriraju primjerom djece koja odrastaju u određenom mjestu. Njihovi su životi oblikovani društvenim i fizičkim obilježjima prostora, poput dostupnosti resursa i zdravstvenih usluga, mogućnosti za kvalitetno obrazovanje te prevladavajućih normi i vrijednosti. No istovremeno, njihova ponašanja i društvene interakcije tijekom djetinjstva i odrasle dobi također doprinose oblikovanju tog prostora i proizvodnji njegovih kontekstualnih obilježja (poput društvenog kapitala). Autori stoga ističu da

bi istraživači trebali izbjegavati lažnu dihotomiju između konteksta i kompozicije te usmjeriti pažnju na procese kroz koje takve interakcije oblikuju prostorne nejednakosti u zdravlju.

Recentna istraživanja koja su se bavila ovim fenomenom sugeriraju da amplifikacijski efekt deprivacije može djelovati na više razina (Munford i sur., 2022; Simpson i sur., 2025). Dok je Nogueira (2010) svoje istraživanje provela na razini kvartova u Lisabonu, Simpson i suradnici (2025) u ekološkoj su studiji o promjenama u razini nejednakosti u očekivanom životnom vijeku u Engleskoj koristili podatke na razini lokalnih jedinica i regija. Utvrdili su sve izraženiji jaz u očekivanom trajanju života između 2004. i 2020. godine između 20% najsiromašnijih lokalnih jedinica na sjeveru Engleske i onih u ostatku zemlje. Drugim riječima, pojedinci koji žive u lokalnim jedinicama sa sličnim razinama gospodarske razvijenosti (koristeći pokazatelje poput stope nezaposlenosti, udjela ekonomski neaktivnih pojedinaca u dobi od 16 do 64 godina, bruto domaći proizvod, itd.) imaju različito očekivano trajanje života ovisno o tome nalazi li se ta jedinica na sjeveru ili jugu Engleske. Nalazi ove studije, prema tome, sugeriraju da na očekivano trajanje života mogu utjecati i čimbenici koji nadilaze individualnu i lokalnu razinu, odnosno oni koji djeluju na regionalnoj razini (Simpson i sur., 2025). To je u skladu s istraživanjima koja pokazuju da očekivano trajanje života „ponajviše ovisi o ekonomskom i društvenom razvoju, životnom standardu i blagostanju te o kvaliteti zdravstvenih usluga” (Čipin i Međimurec, 2019, p.:7), odnosno čimbenicima koji mogu djelovati na različitim prostorno-analitičkim razinama. Slične su nalaze dobili i Munford i sur. (2022) analizirajući nejednake ishode pandemije bolesti COVID-19. Njihovi rezultati pokazuju da su područja s višim razinama ekonomske deprivacije imala veću vjerojatnost za višu stopu mortaliteta u usporedbi s manje depriviranim područjima. Također su utvrdili efekt „regionalne amplifikacije deprivacije”, pri čemu su deprivirana područja na sjeveru Engleske prošla znatno lošije od jednako depriviranih područja u ostatku zemlje.

Međutim, nalazi brojnih studija koje su se bavile amplifikacijskim efektom deprivacije nisu u potpunosti konzistentni. Dok su neka od istraživanja prikazana u ovom poglavlju pokazala da u slabije razvijenim područjima nedostaju ključni resursi potrebni za vođenje zdravog života, druga istraživanja nisu potvrdila postojanje takvog obrasca (Ellaway i sur., 2007; Macintyre, 2007; Schneider i sur., 2019; Timperio i sur., 2007). Važno je za napomenuti da se većina navedenih istraživanja bavila ishodima poput pretilosti, loše prehrane, nedostatka fizičke aktivnosti te načinom na koji ti ishodi bivaju onime što Macintyre i suradnici (2002) nazivaju *strukturama*

moćnosti u lokalnom okruženju, odnosno materijalnim i infrastrukturnim čimbenicima nad kojima pojedinci imaju vrlo malo utjecaja, poput dostupnosti zdravstvenih usluga i usluga skrbi za djecu i starije (Nogueira, 2010; Taylor i sur., 2006), zelenih površina, dječjih igrališta te prostora za fizičku rekreaciju i sport (Ellaway i sur., 2007; Moore i sur., 2008; Schneider i sur., 2019), kao i dostupnost zdrave hrane, odnosno prisutnosti trgovina brze hrane (Cummins, 2005; Cummins i Macintyre, 2006). Međutim, paralelno se razvijala i opsežna literatura usmjerena na posredne čimbenike zdravlja, koja naglašava važnost zajedničkih normi, vrijednosti i interesa, kao i osjećaja autonomije i kontrole nad svojim životom. Istraživanja povezanosti kolektivnog društvenog funkcioniranja i društvenog kapitala, koja su zbog predloženih mehanizama u pozadini zdravstvenih nejednakosti označena kao ‘psihosocijalni model’ zdravstvenih nejednakosti, unose dodatnu sociološku dimenziju u literaturu o socioekonomskim nejednakostima u zdravlju. Time se nadopunjuju epidemiološki pristupi koji su u tim analizama često dominirali (Macintyre i sur., 2002).

2.4.Psihosocijalni model

Jedna od popularnih perspektiva za objašnjavanje povezanosti dohodovnih nejednakosti i lošijeg zdravlja je psihosocijalna perspektiva, koja naglasak stavlja na različite aspekte emocionalnog života poput intrapersonalnih vezanosti, društvene podrške te procesa socijalne usporedbe (Atkinson, 2015). Prema Atkinsonu (2015), ova se perspektiva temelji na nizu studija koje je započeo epidemiolog Michael Marmot sa suradnicima. Njihova istraživanja zdravstvenih nejednakosti pokazala su da ne postoji oštra granica između onih s „dobrim” i „lošim” zdravljem, primjerice između manualnih radnika i stručnjaka. Umjesto toga, identificiran je tzv. *zdravstveni gradijent*, odnosno obrazac prema kojem se zdravstveni ishodi postupno poboljšavaju kako se pojedinac uspinje na društvenoj ljestvici. Na svakoj razini hijerarhije, čak i kada su razlike relativno male, uočava se sustavno pogoršanje zdravlja, pri čemu osobe na dnu društvene strukture imaju najlošije ishode, dok se zdravlje poboljšava s rastom društvenog položaja, s najboljim ishodima među onima na vrhu.

Marmot tvrdi da se takvi obrasci ne mogu u potpunosti objasniti razlikama u prihodima ili količini dostupnih fleksibilnih resursa. Kako bi inače bilo moguće objasniti da „obrazovani ljudi s dobrim i stabilnim poslovima imaju veći rizik od smrti od ljudi s malo više obrazovanja ili poslom nešto višeg statusa?” (Marmot, 2005a: 2). Odgovor, tvrdi Marmot (2005a), leži u činjenici da nakon što

je dostignuta određena razina materijalnog blagostanja, prihodi i obrazovanje postaju manje važna obilježja za zdravlje, a dominantnu ulogu preuzimaju osjećaj autonomije i kontrole nad vlastitim životom. Naime, osobe koje se nalaze niže u društvenoj hijerarhiji raspolažu s manje kontrole, autonomije i autoriteta, što dovodi do niza negativnih psiholoških stanja poput kroničnog stresa, tjeskobe, niskog samopoštovanja i osjećaja nesigurnosti. Drugim riječima, presudno nije samo koliko netko zarađuje, koliko je obrazovan ili kakvi su fizički uvjeti rada, već i način na koji pojedinci doživljavaju svoj posao i društvene odnose na radnom mjestu (Atkinson, 2015; Bartley, 2017).

Njihova istraživanja nadopunjuju Wilkinson i Pickett (Wilkinson, 1996; Wilkinson i Pickett, 2009), koji se slažu da ključ za razumijevanje zdravstvenih nejednakosti unutar pojedinog društva ne leži prvenstveno u apsolutnoj razini materijalnog standarda, već u posljedicama koje društvene nejednakosti imaju na psihosocijalno stanje pojedinaca (Atkinson, 2015). Za razliku od Marmota, koji se usredotočio na nejednakosti u zdravlju među pojedincima, Wilkinson i Pickett istražuju zdravlje čitavih društava. Prema ovim autorima, društva s većim dohodovnim razlikama proizvode intenzivniji stres, osjećaj tjeskobe, srama, nesigurnosti i depresije – stanja koja mogu doprinijeti narušavanju fizičkog i mentalnog zdravlja pojedinaca.

Postoje brojni mehanizmi koji su predloženi za objašnjavanje načina na koji dohodovne nejednakosti „ulaze pod kožu” i doprinose razvoju stanja poput stresa. Prema Wilkinson i Pickett (2009), one pojačavaju frustraciju i zabrinutost oko toga kako nas drugi vide i vrednuju. U takvim uvjetima, društveni status i položaj u hijerarhiji postaju još važniji za način na koji doživljavamo vlastitu vrijednost i osjećaj pripadnosti. Drugim riječima, razlike u zdravlju između društava s višim i nižim razinama nejednakosti mogu se objasniti kroz važnost koja se pridaje vlastitoj percepciji relativnog položaja unutar društvene hijerarhije. Što je raspodjela dohotka unutar društva ravnomjernija, to je percepcija vlastitog položaja među pojedincima pozitivnija, a zdravstveni ishodi populacije u prosjeku bolji. Wilkinson i Pickett (2009) to potkrepljuju empirijskim podacima, pokazujući da ekonomski razvijene zemlje s višim razinama dohodovne nejednakosti u pravilu bilježe veći udio osoba s mentalnim poteškoćama i pretilošću, višu stopu kriminala i maloljetničkih trudnoća te slabija obrazovna postignuća.

Ostaje, međutim, pitanje koji konkretni mehanizmi stoje u pozadini rastućih dohodovnih nejednakosti i zdravstvenih ishoda. S jedne strane, frustracije povezane s percepcijom vlastitog

položaja u društvima s velikim nejednakostima potiču rizična ponašanja poput pušenja i konzumacije alkohola, dok je s druge strane još važnija dugotrajna izloženost stresu, koja može dovesti do depresije, povišenog krvnog tlaka i kolesterola, oslabljenog imunološkog sustava te povećane ranjivosti na različite bolesti (Atkinson, 2015). Autori poput Kawachi i sur. (1997) nude alternativnu hipotezu. Oni tvrde da dohodovne nejednakosti potkopavaju društvenu koheziju i erodiraju društveni kapital, pri čemu društveni kapital na razini zajednice posreduje odnos između dohodovne nejednakosti i stopa mortaliteta. Prema tom tumačenju, upravo gubitak zajedničkih vjerovanja i normi može objasniti povezanost između raspodjele dohotka i zdravlja kroz mehanizme poput smanjene dostupnosti društvene podrške, koja ima važnu zaštitnu ulogu spram stresa (Bartley, 2017; Song i Lin, 2009).

Iako su navedeni autori ponudili važne uvide u načine na koje nejednakosti utječu na zdravlje, recentnija istraživanja dovela su u pitanje i Wilkinsonovu i Kawachijevu tezu. Iako u medicinskoj sociologiji postoji konsenzus da relativna deprivacija može imati važnu ulogu u zdravlju putem psihosocijalnih mehanizama poput stresa, hipoteza da će redistribucija bogatstva izravno poboljšati zdravstvene ishode populacije nije lako dokaziva (Cockerham, 2014). Autori koji pripadaju tzv. „neo-materijalističkom” pristupu u objašnjavanju zdravstvenih nejednakosti bili su među prvima koji su doveli u pitanje psihosocijalni model za objašnjavanje zdravstvenih nejednakosti (Bartley, 2017; Song i Lin, 2009).

2.4.1. Neo-materijalistički pristup kao kritika psihosocijalnog modela zdravstvenih nejednakosti

Baš poput autora koji polaze od psihosocijalnog pristupa, i ovi su autori željeli razumjeti zašto ljudi u egalitarnijim društvima češće imaju iskustva koja pogoduju boljem zdravlju u različitim životnim situacijama. Psihosocijalna objašnjenja, međutim, ovim autorima nisu bila zadovoljavajuća. Ne radi se jednostavno o tome da ljudi u jednakijim društvima imaju niže razine psihološkog stresa zato što njihov položaj u hijerarhiji nije toliko važan za njihovu samopercepciju. Kao što primjećuje Bartley (2017, odjeljak „Income inequality and population health“): „ima nešto prilično obeshrabrujuće u toj ideji da to što nismo „na vrhu“ neke fiksne hijerarhije može biti toliko psihološki pogubno da utječe čak i na očekivano trajanje života.” Oni stoga predlažu drugu interpretaciju, odnosno da objašnjenje mehanizama koji dovode do povoljnije situacije s fizičkim i mentalnim zdravljem u egalitarnijim društvima mora poći od strukturnih uzroka nejednakosti, a

ne individualnih percepcija tih nejednakosti (Lynch i sur., 2000). Pravi odgovor leži u drukčijim javnim politikama tih država, posebice u području zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi (Bartley, 2017; Lynch i sur., 2000). Prema tome, potrebno je usmjeriti se na proučavanje načina na koji ekonomske, društvene i javnozdravstvene politike utječu na dostupnost javnih i osobnih resursa i na taj način oblikuju životna iskustva pojedinaca (Ross i sur., 2000).

Neo-materijalistički pristup, s naglaskom na utjecaj ekonomskih, političkih i institucionalnih čimbenika na makro razini, doprinio je razvoju literature o prostornim nejednakostima u zdravlju, osobito kroz kritiku ranijih istraživanja koja su zanemarivala širu sliku doprinosa strukturnih uvjeta (Bambra i sur., 2019; Bambra, 2022). Prema Bambri (2019), iako su istraživanja Macintyre i sur. (2002) odigrala ključnu ulogu u etabliranju važnosti mjesta stanovanja za zdravlje ljudi unutar medicinske sociologije i socijalne epidemiologije, njihov pretjerani fokus na kontekstualne i kompozicijske čimbenike imao je dvije važne posljedice. Prije svega, istraživanja o tome kako mjesto može utjecati na zdravlje postala su „hiper-lokalizirana”, odnosno previše usmjerena na ulogu najneposrednije okoline (poput kvartova, predgrađa, „prostora aktivnosti” i sl.), zanemarujući pritom velike razlike u zdravlju između naselja, regija i država¹. Naime, neomaterijalistički pristup polazi od pretpostavke da su kompozicijski i kontekstualni čimbenici zdravlja na lokalnoj razini sami proizvod šireg političkog i ekonomskog okvira poput javnozdravstvenih, stambenih i obrazovnih politika, države blagostanja te strukture tržišta rada. Kako navodi Bambra (2019: 37): „mjesto je važno za zdravlje, ali politika je važna za mjesto”. Takav pristup proučavanju utjecaja mjesta na zdravlje dovelo je do druge, još važnije posljedice, a to je da javnozdravstvene politike i dalje imaju dominantno individualizirani pristup zdravlju, odnosno da su usmjerene na mijenjanje ponašanja pojedinaca unutar njihove najbliže okoline, ne baveći se pritom načinom na koji su društvene determinante zdravlja oblikovane širim makro (političkim ili ekonomskim) strukturama (Bambra i sur., 2019).

¹ Ovdje se ponajprije misli na intenzivan porast studija u posljednjih dvadesetak godina koje istražuju razlike među ljudima s obzirom na kvart u kojem žive - u literaturi poznatih kao „neighborhood effects”. Primjerice, Arcaya i sur. (2016) u svom su sustavnom pregledu identificirali 256 publikacija objavljenih između 1994. i 2014. koje su koristile višerazinsku analizu za ispitivanje utjecaja neposrednog lokalnog okruženja u različitim područjima SAD-a na zdravstvene ishode. Osim tog, identificirali su još 20 sustavnih pregleda literature o najneposrednijem lokalnom okruženju i zdravlju, fokusiranih na različite karakteristike lokalnih područja, poput dostupnosti hrane, etničke kompozicije, razine siromaštva i kriminala te mogućnosti i iskustva pješaćenja (eng. walkability).

Unatoč navedenim kritikama, psihosocijalni model objašnjavanja društvenih nejednakosti u zdravlju ostavio je snažan utjecaj u istraživanju zdravstvenih nejednakosti. Posebno je oblikovao istraživanja prostornih nejednakosti u zdravlju, ponajviše kroz koncepte koji naglašavaju dimenzije kolektivnog funkcioniranja zajednica, poput društvene kohezije i društvenog kapitala (Bartley, 2017; Kawachi i sur., 1997; Kawachi i Berkman, 2014; Wilkinson, 1997; Wilkinson i Pickett, 2006). O tome svjedoči nagli porast literature koja istražuje povezanost različitih oblika društvenog kapitala s nizom zdravstvenih ishoda, poput očekivanog trajanja života, mortaliteta, fizičkog i mentalnog zdravlja, zdravstvenih ponašanja te dostupnosti zdravstvene skrbi i informacija (Song i Lin, 2009). Imajući u vidu važnost navedenih koncepata u literaturi o prostornim nejednakostima, na to ću se detaljnije usredotočiti u idućem poglavlju.

2.4.2. Društveni kapital

Koncept društvenog kapitala ušao je u javnozdravstvena istraživanja sredinom 1990-ih godina i zauzeo važno mjesto u proučavanju društvenih determinanti zdravlja. Brojne studije ukazale su na pozitivan učinak društvenog kapitala na objektivne i subjektivne zdravstvene ishode (Kawachi i Berkman, 2014; Moore i Carpiano, 2020; Poortinga, 2006). Ipak, u literaturi postoje vrlo različiti pristupi objašnjenju povezanosti društvenog kapitala i zdravlja, pri čemu predloženi mehanizmi ovise prije svega o konceptualnoj definiciji i razini analize društvenog kapitala. Kako primjećuje Moore (2020), razlog za ovu raznolikost jest taj što društveni kapital predstavlja sintezu nekoliko već etabliranih istraživačkih tradicija.

Istraživanja koja analiziraju društveni kapital na kontekstualnoj razini ukazuju na njegov pozitivan učinak na društvenu i političku okolinu te na opću dobrobit zajednice, pri čemu se učinak na zdravlje pojedinaca ostvaruje posredno. Ova istraživačka tradicija razvila se pod utjecajem radova Jamesa Colemana i Roberta Putnama, koji društveni kapital definiraju kao obilježja društvene organizacije, poput društvenih mreža, građanske participacije, norme reciprociteta i povjerenja, pri čemu ona nadilaze obilježja pojedinih članova zajednice (Moore i Carpiano, 2020; Putnam i sur., 1993; Putnam, 2000). Mehanizmi putem kojih društveni kapital na kontekstualnoj razini utječe na zdravlje uključuju neformalnu društvenu kontrolu nad rizičnim ponašanjima i zlouporabom sredstava ovisnosti, promoviranje normi zdravog ponašanja, lakši pristup uslugama i resursima te brže širenje informacija u čvrsto povezanim zajednicama (Kawachi i Berkman, 2014). U ovom je kontekstu važan koncept kolektivne efikasnosti, odnosno sposobnosti zajednice da se mobilizira i

djeluje kolektivno pri savladavanju ograničenja i rješavanju problema zajednice. Očekuje se da takva sposobnost utječe na zdravlje putem pružanja društvene podrške i osiguravanja „sigurnosnih mreža” koje sprječavaju da društveno izolirani pojedinci budu zdravstveno ugroženi zbog njihova nedostatka fleksibilnih resursa. Također, pojedinci koji žive u zajednicama s visokim stupnjem povjerenja i povezanosti mogu računati na uzajamno poštovanje, podršku i reciprocitet, što može biti važan izvor fleksibilnih resursa na razini mjesta. Kawachi i suradnici (1997) daju primjer starije društveno izolirane udovice koja unatoč manjku fleksibilnih resursa kojima može pristupiti putem vlastitih egocentričnih mreža, ona može imati pristup zalihama društvenog kapitala u svojoj zajednici u obliku pasivne brige i neformalnog nadzora njezinih susjeda koji vode računa o njezinoj dobrobiti (Kawachi i sur., 1997). Čini se, dakle, da članstvo u povezanoj, kohezivnoj zajednici pruža određene zdravstvene koristi koje nadilaze mogućnosti mobilizacije izravne društvene podrške putem bliskih odnosa ili pristupa zdravstveno relevantnih informacija putem slabih veza (Kawachi i Berkman, 2014).

S druge strane, istraživanja na individualnoj razini definiraju društveni kapital kao resurse kojima pojedinci pristupaju putem svojih egocentričnih mreža. Ovi resursi mogu djelovati na zdravlje kroz širenje informacija putem slabih veza te kroz društvenu, materijalnu i instrumentalnu podršku koju pružaju jake veze. Ovakav pristup, nazvan „mrežna perspektiva”, uvelike se oslanja na radove Pierrea Bourdieua (Bourdieu i Wacquant, 1992) i teoriju resursa sociologa Nan Lina (Lin, 2000, 2001).

Za Bourdieua, društveni kapital označava materijalne i nematerijalne resurse koji proizlaze iz mreža institucionaliziranih veza i poznanstava. Njegov ključni uvid bio je da se različiti oblici kapitala mogu međusobno izmjenjivati. Primjerice, pojedinci mogu koristiti ekonomski kapital kako bi stvorili nove društvene veze, dok kulturni kapital olakšava njihovo uspostavljanje i održavanje (Portes, 2000). Stoga, kako bismo preciznije odredili poziciju pojedinca u klasnoj hijerarhiji, potrebno je analizirati ne samo ukupnu količinu kapitala kojom raspolaže, već i njegovu strukturu, odnosno specifične oblike kapitala od kojih se ta ukupna količina sastoji (Joas i Knöbl, 2009). Količina društvenog kapitala koju pojedinac može mobilizirati ovisi o veličini mreže te o ukupnoj količini kapitala kojem može pristupiti putem tih veza (Cockerham, 2014). Nisu, dakle, sve mreže jednako vrijedne u ovom procesu jer neke raspolažu fleksibilnijim resursima, dok su pojedinci u određenim mrežama izloženiji isključenju.

Slično Bourdieuvu shvaćanju, Nan Lin (2001) društveni kapital definira kao resurse ugrađene u društvene mreže. Društveni kapital pritom ne shvaća kao obilježje pojedinca na mikro razini, niti društvene organizacije na makro razini, već resurs koji proizlazi iz položaja članova mreže na mezo razini (Lin, 2001; Song i Pettis, 2020). U skladu s tradicijom teorija osobnog kapitala, Lin ga tumači kao investiciju u društvene odnose s očekivanim povratom, pri čemu se društveni kapital mobilizira s ciljem ostvarivanja određene akcije. Dostupnost i učinkovitost društvenog kapitala, prema Linovu pristupu, ovise o dvama čimbenicima. Prije svega, on ovisi o položaju članova mreže u hijerarhijskoj socioekonomskoj strukturi, pri čemu viši status članova mreže omogućuje pristup vrijednijim i raznovrsnijim resursima koji povećavaju vjerojatnost uspješnog djelovanja. Kako bi se operacionalizirali društveni kapital, Lin i suradnici razvili su instrument kojeg su nazvali Pozicijski generator (engl. *Position generator*), kojim se mapira hijerarhija mreža i ispituje u kojoj mjeri poznanstva s osobama višeg društvenog statusa utječu na ishode pojedinca (Song i Pettis, 2020). Ovim se instrumentom mjeri, primjerice, prosječni i najviši status zanimanja kojem pojedinac ima pristup u svojoj mreži.

Drugo, mogućnost mobilizacije društvenog kapitala ovisi i o jačini veza sa članovima mreže. Pozivanje na društvene veze radi ostvarivanja određene koristi uvijek podrazumijeva ulazak u odnos društvenog dugovanja, pa se društveni kapital ne može smatrati neiscrpnim resursom. Čak i kada pojedinac ima pristup resursima putem mreže, uspješna mobilizacija ovisi o procjeni članova mreže da je odnos recipročan. U tom je smislu jačina veze ključan čimbenik, odnosno što je veza snažnija, to je vjerojatnije da će pojedinac uspješno mobilizirati resurse iz društvenih mreža. Međutim, slabije veze nisu nužno bezvrijedne. Po uzoru na Granovetterovu tezu o „snazi slabih veza” (Granovetter, 1973), Lin (2001) ističe da one omogućuju pristup većoj heterogenosti fleksibilnih resursa jer često djeluju kao mostovi prema društvenim krugovima izvan vlastite mreže. Takvi mostovi olakšavaju protok informacija između različitih društvenih krugova, što je osobito važno kada je riječ o širenju relevantnih zdravstvenih informacija. Ovaj oblik društvenih veza, koje povezuju mreže različitih klasnih, etničkih ili drugih pozadina i omogućuju pristup raznolikim resursima, u literaturi se često naziva premošćujući (engl. *bridging*) društveni kapital. Suprotno tome, povezujući (engl. *bonding*) društveni kapital odnosi se na mreže koje okupljaju pojedince slične socioekonomske ili sociodemografske pozadine. Putnam (2000) ističe da, iako povezujući društveni kapital može biti važan za jačanje unutarnje kohezije i solidarnosti unutar

grupe kroz pružanje podrške njezinim članovima, takve mreže nerijetko „gledaju prema unutra” te mogu poticati antagonizam prema onima izvan skupine (Berkman i Krishna, 2014).

I Bourdieu i Lin naglašavaju da društveni kapital nije ravnomjerno raspoređen. Osobe nižeg socioekonomskog statusa često posjeduju niže razine društvenog kapitala, što Lin (2000) objašnjava konceptom homofilije, odnosno tendencijom da pojedinci formiraju mreže s osobama sličnog društvenog položaja. Takve mreže obično imaju ograničen pristup kapitalu, dijele manji raspon informacija i imaju slabiji utjecaj, pa pojedinci iz tih mreža rjeđe ostvaruju kontakte korisne za zdravlje. S druge strane, osobe s više osobnog kapitala ujedno su u povoljnijem položaju za uspješno mobiliziranje društvenog kapitala, čime ostvaruju dodatne zdravstvene koristi. Društveni kapital time postaje zaseban izvor zdravstvenih nejednakosti, budući da njegovi učinci na zdravlje, ostvareni kroz dostupne informacije u mreži te normativni utjecaj i podršku članova mreža, djeluju neovisno o osobnim resursima pojedinca. Na taj način društveni kapital nadopunjuje teoriju temeljnih odrednica zdravlja autora Linka i Phelana (1995), pri čemu se društveni kapital može vidjeti kao jedan oblik fleksibilnih resursa na mezo razini (Song i Lin, 2009). Ipak, postoji i alternativna hipoteza prema kojoj pojedinci s manjkom osobnog kapitala imaju veću motivaciju oslanjati se na društveni kapital te iz njega mogu izvući proporcionalno više koristi za zdravlje (Song i Pettis, 2020). Empirijska istraživanja pružaju određenu potporu ovoj tvrdnji. Primjerice, Rostila (2013) pokazuje da su pojedinci u postsocijalističkim društvima, u kojima je država blagostanja slabije razvijena, a resursi su slabije dostupni, često prisiljeni oslanjati se na pomoć svoje obitelji, prijatelja i poznanika, što predstavlja poseban problem za one koji takvu podršku nemaju (primjerice, društveno izolirani pojedinci).

Iz ovog kratkog pregleda jasno je da u istraživanjima društvenog kapitala ne postoji konsenzus ni oko njegove definicije ni oko razine na kojoj ga treba analizirati. Kako ističe Portes (2000), društveni kapital na kontekstualnoj razini kvalitativno se razlikuje od onoga na individualnoj razini, što objašnjava zašto su se te dvije istraživačke tradicije razišle. Primjerice, dok neki autori koriste taj pojam kako bi objasnili zašto određeni kvartovi, gradovi ili čitave regije ostvaruju gospodarski prosperitet ili bolje zdravstvene ishode, drugi ga koriste za analizu načina na koji prijatelji ili poznanici „na visokim mjestima” pojedincima omogućuju pristup informacijama ili im pomažu u ostvarivanju uspjeha. Upravo je u toj razlici, naglašava Portes (2000: 4), ključna razlika: „individualni društveni kapital u takvim slučajevima sastoji se upravo u sposobnosti da se

potkopa kolektivni društveni kapital”, budući da pozivanje na status članova mreže narušava principe građanske solidarnosti i normi reciprociteta koje bi trebale spriječiti da pojedinci s boljim vezama, pozivajući se na moć, novac i autoritet, ostvaruju osobnu korist. Song i Lin (2009) upozoravaju da takva situacija nužno vodi do suštinski različitih pristupa operacionalizaciji i mjerenju koncepta, različitih predloženih mehanizama, nekonzistentnih empirijskih nalaza te raznorodnih implikacija za postojeće spoznaje. Recentni pregledi literature stoga naglašavaju važnost uključivanja obje vrste analize te razdvajanja specifičnog doprinosa kontekstualne i individualne razine društvenog kapitala (Ehsan i sur., 2019; Murayama i sur., 2012).

Dosadašnja istraživanja konzistentno ukazuju na snažnu vezu između društvenog kapitala i zdravlja na objema razinama analize, na što ukazuju nekoliko i sustavnih pregleda (Ehsan i sur., 2019; Uphoff i sur., 2013). Primjerice, Waverjin i suradnici (2014) su na podacima prikupljenima od 1.048 ispitanika s kroničnim bolestima iz 259 nizozemskih četvrti pokazali da su individualni i kontekstualni društveni kapital pozitivno povezani sa samoprocijenjenim općim zdravljem. Autori nisu utvrdili interakciju između ove dvije razine, što sugerira da svaka od njih neovisno doprinosi zdravstvenim ishodima. Slične su nalaze na podacima više od 21.000 ispitanika iz 40 naselja iz SAD-a dobili Subramanian, Kim i Kawachi (2002). Autori su pokazali da osobe koje žive u naseljima s višom razinom društvenog povjerenja imaju manju vjerojatnost za lošije zdravlje. Za razliku od studije Waverjin i suradnika (2014), ovi su autori utvrdili interakciju između individualne i kontekstualne razine društvenog kapitala, pri čemu je zaštitni učinak društvenog povjerenja na razini mjesta stanovanja snažniji za one ispitanike koji imaju veće razine društvenog kapitala na individualnoj razini. Nadalje, u ekološkoj studiji društvenog kapitala i zdravlja na razini saveznih država u SAD-u, Kawachi i suradnici (1997) su utvrdili da je građanska participacija i društveno povjerenje negativno povezano s različitim oblicima smrtnosti.

Istraživanja također pokazuju da se navedene povezanosti bitno razlikuju od društva do društva s obzirom na oblik socijalne države (Rostila, 2007), stupanj egalitarnosti (Islam i sur., 2006) te kulturne vrijednosti i norme društva (Ichida i sur., 2009; Mansyur i sur., 2008). Imajući u vidu da se norme povjerenje i reciprociteta, kao i načini formiranja društvenih veza te distribuiranja resursa kroz društvene mreže bitno razlikuju od društva do društva, Shiell i suradnici (2010) navode da se doprinos društvenog kapitala u zdravlju ljudi ne može posve razumjeti bez referiranja na specifični

društveni, fizički, ekonomski i politički kontekst u kojemu se društvene mreže stvaraju, razvijaju, odražavaju i distribuiraju.

U Hrvatskoj je dosad provedeno tek nekoliko istraživanja koja su se bavila odnosom društvenog kapitala i zdravlja. Rezultati nekolicine domaćih studija ukazuju na to da različite dimenzije društvenog kapitala imaju različit značaj za zdravstvene ishode. Tako analiza podataka iz 9. kruga ESS-a pokazuje da je društvena participacija na individualnoj razini povezana sa samoprocijenjenim zdravljem, dok učestalost druženja s članovima obitelji i prijateljima nema značajan učinak (Jurković, 2021). Ovi nalazi sugeriraju da slabe veze, odnosno premošćujući odnosi između pojedinaca, mogu igrati važniju ulogu u zdravlju od snažnih veza unutar obitelji i kruga bliskih prijatelja. Slično tome, Benković (2017) na podacima iz 2010. pokazuje da viša razina društvene povezanosti, odnosno manji osjećaj izoliranosti i veći osjećaj prihvaćenosti, pridonosi boljem samoprocijenjenom zdravlju. Osim toga, doprinos društvenog kapitala utvrđen je i u području zdravih životnih navika. Istraživanje Novaka i suradnika (2016) provedeno na uzorku od 3.428 zagrebačkih srednjoškolaca pokazalo je da adolescenti s višim razinama povjerenja, reciprociteta i neformalne društvene kontrole na razini obitelji, škole i lokalne zajednice češće sudjeluju u redovitoj tjelesnoj aktivnosti umjerenog do snažnog intenziteta.

Međutim, dosadašnja istraživanja u Hrvatskoj društveni su kapital razmatrala isključivo na individualnoj razini. Koliko je autoru ovoga rada poznato, nijedno istraživanje nije analiziralo vezu između zdravlja i društvenog kapitala na kontekstualnoj razini. Ova doktorska disertacija stoga predstavlja prvi pokušaj da se taj nedostatak u literaturi djelomično nadomjesti kroz ispitivanje doprinosa obje razine analize društvenog kapitala u objašnjavanju zdravstvenih ishoda stanovnika Republike Hrvatske. Time se ujedno otvara prostor za oblikovanje i provedbu intervencija i društvenih politika utemeljenih na istraživačkim nalazima.

2.5. Relacijska sociologija kao „alternativni smjer” u istraživanjima prostornih nejednakosti u zdravlju

Relacijski pristup polazi od pretpostavke da dosadašnja istraživanja odnosa između mjesta i zdravlja (ona koja se temelje na strukturno-materijalističkim i kontekstualno-kompozicijskim pristupima), nude nepotpunu sliku budući da se uvelike oslanjaju na konvencionalne ideje o mjestu i prostoru. Autori koji se pozivaju na relacijski pristup ističu kako postoje i drugačiji tipovi prostora

unutar kojih se takve nejednakosti i njihove odrednice mogu istraživati i predložiti (Gatrell i sur., 2004). Cummins i suradnici (2007), koji su među prvima jasno definirali ovaj teorijsko-konceptualni okvir u istraživanjima prostornih nejednakosti u zdravlju, predlažu pristup koji mjesto konceptualizira kao nestrukturiran, dinamičan i relacijski prostor. Prema njihovom shvaćanju, pojedinci kroz aktivnosti, interakcije i kretanje istovremeno oblikuju i bivaju oblikovani od strane mjesta stanovanja.

Takvo poimanje prostora nadilazi uobičajene jasno definirane (administrativne) granice fizičkog prostora poput kvartova, naselja, općina i županija. Ono uključuje i ono što Bourdieu naziva društvenim prostorom², koji ne obuhvaća samo fizičke (infrastrukturne) resurse, nego i društvene odnose. Ti su odnosi hijerarhijski strukturirani, pri čemu pojedinci u tom simboličkom društvenom prostoru zauzimaju različite pozicije na temelju ukupne količine raspoloživog kapitala te njegove strukture (Bourdieu, 1989). Ovo poimanje društvenog prostora kao prostorne koncepcije društvene strukture ključno je za razumijevanje načina na koji se društvena struktura reproducira. Naime, „društveni prostor konstruiran je tako da se akteri koji zauzimaju slične ili susjedne pozicije nalaze u sličnim uvjetima i podložni su sličnim utjecajima, te stoga *imaju svaku šansu razviti slične dispozicije i interese, a time i proizvoditi prakse koje su same po sebi slične*“ (Bourdieu, 1989: 17, vlastiti prijevod i naglasak). Drugim riječima, na temelju znanja o posjedovanju određene količine kapitala te njegove strukture (ekonomski, kulturni i društveni kapital), moguće je anticipirati i druge karakteristike pojedinaca koji zauzimaju određeni položaj u društvenom prostoru, odnosno njihove prakse, ukuse i afinitete, političke orijentacije, ulaženje u prijateljske i partnerske odnose i slično (Petricić i sur., 2022).

Pozicija pojedinca u društvenom prostoru utjelovljuje određene dispozicije za djelovanje, što Bourdieu (1984) označava pojmom *habitus*. Riječ je o shemama mišljenja, percepcije i djelovanja koje omogućuju pojedincima da se, unutar određenih društvenih polja, snalaze u različitim situacijama i bez svjesnog promišljanja rješavaju praktične zadatke (Joas i Knöbl, 2009). *Habitus*

² Iako Cummins i suradnici (2007) sami ne posežu za Bourdieuevim konceptualnim aparatom, brojni su autori u razradi relacijskog pristupa za razumijevanje prostornih nejednakosti u zdravlju koristili različite teorijske pristupe, uključujući Bourdieuevu teoriju prakse s ključnim konceptima društvenog prostora, habitusa, polja i kapitala (npr. Frohlich i sur., 2001; Lewis i sur., 2018; Willis i sur., 2016), teoriju strukturacije Anthonyja Giddensa (Bernard i sur., 2007) te teoriju aktera-mreža Bruna Latoura (Cummins i sur., 2007; Duff, 2011).

se oblikuje kroz klasno utemeljene oblike socijalizacije te tako reproducira razlike među klasama. On pruža prividno „naturalizirane” načine mišljenja, osjećanja, djelovanja i klasificiranja društvenog svijeta, uključujući i vlastitu poziciju unutar njega, čime se oblikuju životni stilovi (Frohlich i sur., 2001; Williams, 1995). Kako napominje Williams (1995), ovakvo shvaćanje ima važne implikacije za razumijevanje zdravstvenih nejednakosti. Naime, iako pojedinci donose vlastite životne odluke, njihov je raspon predisponiran relacijskim svojstvima koja, na temelju posjedovanja različitih oblika kapitala, oblikuju „osjećaj za vlastito mjesto” u društvenom prostoru (Bourdieu, 1989), pridonoseći time distanci i razlikama među akterima.

Bourdieu društveni prostor primarno shvaća kao skup *strukturnih relacija* koja se odnose na odnose između pozicija unutar konkretnih društvenih polja. Polja, kao jedan od središnjih pojmova njegova teorijskog pristupa, definira kao „prostore objektivnih relacija između pozicija definiranih njihovim rangom u raspodjeli sukobljenih moći i oblika kapitala“ (Bourdieu i Wacquant, 1992: 114, vlastiti prijevod). Svako društveno polje, poput polje akademije, religije, umjetnosti ili zdravstva, ima vlastita pravila, logiku djelovanja i oblike kapitala koji se u njemu najviše cijene. Ukupnost polja, napominju Papilloud i Schultze (2018: 347), čini cjeloviti društveni prostor koji „odražava društvenu raspodjelu resursa prema raznolikosti habitusa, njihovim klasama te obujmu i strukturi kapitala.“

Međutim, za Bourdieua u fokusu nisu bile konkretne, empirijske veze među pojedincima (Crossley, 2011). Kako on sam ističe, „struktura polja [...] se razlikuje od više ili manje trajnih mreža kroz koje se manifestira. Upravo ta struktura određuje mogućnost ili nemogućnost [...] uspostavljanja veza koje izražavaju i održavaju postojanje mreža. Zadatak znanosti jest razotkriti strukturu raspodjele oblika kapitala koja teži određivanju strukture individualnih ili kolektivnih stavova, putem interesa i dispozicija koje uvjetuje“ (Bourdieu i Wacquant, 1992: 114). Drugim riječima, odnosi među akterima u Bourdieovom teorijskom pristupu se ne odnose na stvarne veze koje su temelj društvenih mreža, već na sličnosti, razlike i udaljenosti između objektivnih pozicija pojedinaca u društvenom prostoru. Sociolozi Bottero i Crossley (2011) ističu da iz takvog poimanja društvenog prostora proizlazi zaključak da je društveni svijet sastavljen od atomiziranih pojedinaca čija je međusobna interakcija od manje teorijske važnosti u odnosu na njihove strukturne relacije sa različitim oblicima kapitala. Ono što nedostaje u Bourdieuovoj viziji društvenog prostora, napominju autori, jest razmatranje konkretnih mehanizama pomoću kojih

pojedinci, posredstvom habitusa, razvijaju slične dispozicije i prakse. Ti mehanizmi sastoje se od različitih načina na koji mreže aktera, kroz međusobnu interakciju, formiraju zajedničke interese i konvencije, mobiliziraju dostupne resurse i dijele informacije. Kroz taj proces prilagodbe i formiranja zajedničkih interesa i konvencija, pojedinci unutar mreža konvergiraju na određene životne stilove i tako proizvode zajedničke prakse (Crossley, 2011).

Društveni svijet stoga moramo shvatiti kao sastavljen od relacijskih svojstava koje Gobo i Mauceri (2014:29) definiraju kao „intenzitet, strukturu i dinamiku društvenih odnosa koje svaki pojedinac održava s drugim pojedincima unutar jedne grupe/kolektiva”. Ti su društveni odnosi prožeti značenjima i narativima na temelju kojih pojedinci konstruiraju identitete (Fuhse, 2018) i oni pripadaju mezo razini društvene konstelacije te oblikuju individualno ponašanje i stavove neovisno o utjecajima makro razine (obilježja društvenog konteksta) i mikro razine (individualne karakteristike) (Fuhse, 2018; Fuhse i Mützel, 2011; Gobo i Mauceri, 2014).

Autori su pokušali zahvatiti relacijska svojstva društvenog prostora kombinacijom kvantitativnih i kvalitativnih pristupa (za pregled, vidi Fuhse i Mützel, 2011). Bourdieu i njegovi suradnici, u skladu sa svojom empirijskom i teorijskom orijentacijom, rekonstruirali su društveni prostor francuskog društva primjenom analize višestrukih podudarnosti (engl. *multiple correspondence analysis*) (Bourdieu i Wacquant, 1984). Drugi su autori, nastojeći proširiti Bourdieuovu teoriju prakse na konkretne društvene veze unutar mreža, koristili sofisticiranije kvantitativne metode poput mrežne analize za mapiranje pozicija pojedinaca i njihovih odnosa (Bottero i Crossley, 2011; Gobo i Mauceri, 2014; Mu, 2020; Turnbull i sur., 2019). Međutim, kako ističu Fuhse i Mützel (2011) te Cummins i suradnici (2007), uske međuovisnosti između pojedinaca i konteksta teško je u potpunosti operacionalizirati kvantitativnim tehnikama. Upravo zato, dio autora okreće se kvalitativnim pristupima koji omogućuju dublje istraživanje mrežnih struktura i značenja koja im pripisuju pojedinci, otvarajući pristup informacijama o dinamičnim odnosima na mezo razini (Gobo i Mauceri, 2014; Fuhse i Mützel, 2011).

Primjena relacijskog pristupa u području prostornih nejednakosti u zdravlju dovela je do nekoliko važnih uvida. Jedan od najznačajnijih jest potreba da se fokus istraživanja proširi izvan razumijevanja mjesta u prostorno-geografskom smislu (tj. na temelju resursa dostupnih u određenom prostoru) na razmatranje društvenog konteksta prostora (Cummins i sur., 2007; Gatrell i sur., 2004). Mjesto se iz relacijske perspektive stoga može shvatiti ne samo kao fizički prostor,

već i kao dinamična, nestrukturirana mreža društvenih odnosa, pri čemu interakcije između pojedinaca istovremeno oblikuju i bivaju oblikovane mjestom. Kako napominje David Harvey, „mjesto se oblikuju i doživljavaju kao materijalni i ekološki artefakti te kao *zamršene mreže društvenih odnosa*” (Harvey, 1996: 316, vlastiti naglasak). Ovaj pristup naglašava značaj pozicija i relacija između pozicija u okviru mreža društvenih odnosa za razumijevanje odnosa između obilježja mjesta stanovanja i zdravstvenih ishoda pojedinaca.

Iako su resursi uvijek nejednako raspoređeni u prostoru, mogućnost pojedinaca da im pristupi uvelike ovisi o društvenim mrežama koje su se u njemu etablirale (Cummins i sur., 2007; Lin, 2000, 2001). Stoga je važno ne fokusirati se isključivo na razlučivanje kontekstualnih i kompozicijskih učinaka i dostupnost resursa u fizičkom prostoru, već koncentrirati se na procese i interakcije koji se odvijaju između ljudi i mjesta na mezo razini, poput strukture, dinamike i intenziteta društvenih mreža, distribucije moći i utjecaja u mreži te relativne pozicije pojedinca unutar određenog kolektiva. Ta se mezo razina može zahvatiti sljedećim istraživačkim pitanjem koje su, polazeći od Bourdieove relacijske sociologije, formulirali Frohlich i suradnici (2001): „na koji način društvene veze, putem odnosa moći, mogu „pripisati” određene životne stilove i voditi ka zdravstvenim nejednakostima?”

Drugi važan uvid relacijske perspektive jest da društvene dimenzije mjesta stanovanja mogu biti jednako važne kao i infrastrukturni resursi u fizičkom prostoru kada je riječ o donošenju odluka o vlastitom zdravlju. Naime, pojedinci, kroz međusobne interakcije s drugima, simbolički percipiraju i aktivno konstruiraju reprezentacije geografskih područja u kojima žive (Cummins, 2007). Kako napominje Harvey (1996: 322), „materijalnost, reprezentacija i imaginacija nisu odvojeni svjetovi” – oni se međusobno prožimaju i oblikuju društvenu praksu. Harvey navodi primjer gradskih područja koja se simbolički percipiraju kao „opasna”, što može dovesti do samoispunjavajućeg proročanstva i učvršćivanja obrazaca devijantnog ponašanja. Sličan se mehanizam može prepoznati i u zdravstvenom ponašanju. Na primjer, Lewis i suradnici (2018) su pokazali da percepcija kvalitete usluga na određenom mjestu može imati veći utjecaj na odluku od geografske blizine (iako je ovo manje relevantno za ruralna područja gdje nema alternative – na tim mjestima usluge se smatraju „dovoljno dobrima”). Pozivajući se na Bourdieuov teorijski okvir, autori nalaz interpretiraju tako da ljudi oblikuju „simboličke mape” prostora. Te mape služe kao

dispozicijski okvir unutar kojeg se puno veća vrijednost pridaje zdravstvenim ustanovama i stručnjacima u urbanim područjima u odnosu na periferna i ruralna područja.

U ovome sam poglavlju prikazao relevantnost relacijske sociologije za razumijevanje načina na koji se zdravstvene nejednakosti reproduciraju na mezo razini analize. U radu ću primijeniti relacijski pristup kako bih istražio na koji način intenzitet, struktura i dinamika društvenih odnosa koje pojedinci održavaju unutar svojih društvenih mreža utječu na to kako doživljavaju i simbolički percipiraju mjesto stanovanja te kako ti doživljaji oblikuju njihove odluke o zdravlju.

3. PREGLED ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI U HRVATSKOJ

Dosadašnja istraživanja zdravstvenih nejednakosti u Hrvatskoj većinom su se fokusirala na povezanost između samoprocijenjenog zdravlja i individualnih čimbenika poput socioekonomskog statusa. Primjerice, Galić i suradnici (2006) su na reprezentativnom su uzorku od 1.138 nezaposlenih osoba u Hrvatskoj pokazali da su niži prihodi i veći stupanj subjektivne financijske deprivacije povezani s lošijim zdravstvenim ishodima poput fizičkog i psihičkog zdravlja.

Također, koristeći se podacima iz četiri presječnih istraživanja u Hrvatskoj, Čipin i Smolić (2013) su pokazali da pojedinci s nižim obrazovanjem i prihodima češće iskazuju da su lošijeg zdravlja od pojedinaca s višim prihodima i obrazovanja. Od recentnijih istraživanja koja su istraživala odnos između socioekonomskog statusa i zdravlja, Jurković (2021) je na podacima 9. kruga Europskog društvenog istraživanja iz 2018. godine u Hrvatskoj pokazao da manualni radnici i dugoročno nezaposleni pojedinci u Hrvatskoj imaju lošije samoprocijenjeno zdravlje od nemanualnih radnika.

Recentni pregled zdravstvenog sustava u Hrvatskoj (Džakula i sur., 2021) ukazuje na značajne prostorne nejednakosti, pri čemu se najveći izazovi odnose na nerazvijenost zdravstvene infrastrukture, neadekvatnu teritorijalnu pokrivenost uslugama zdravstvene zaštite na sekundarnoj razini te manjak zdravstvenog osoblja u ruralnim područjima. Kako ističe Zrinščak (2007), teritorijalna pokrivenost bolnicama osobito je problematična, budući da postoje velika područja u kojima nema bolnica u blizini. Ove nalaze potvrđuju i podaci Eurostata o nepodmirenim zdravstvenim potrebama (2022), prema kojima je u posljednjih pet godina Hrvatska među

državama članicama EU-a zabilježila jednu od najviših razina nezadovoljenih zdravstvenih potreba zbog fizičke udaljenosti zdravstvenih ustanova. Godine 2024. taj je udio u Hrvatskoj iznosio 0,7%, dok je prosjek EU-a bio tek 0,1%. Razlike su još izraženije među starijim osobama. U dobnoj skupini od 65 ili više godina, udio u EU-u iznosi 0,3%, dok u Hrvatskoj doseže 1,9%. Posebno se ističe rodna dimenzija ovog problema, pri čemu udio nezadovoljenih potreba među starijim ženama u Hrvatskoj iznosi 2,3%, naspram 0,4% u prosjeku EU-a.

Na slične obrasce ukazuju i sociološka empirijska istraživanja provedena u Hrvatskoj. Primjerice, Šućur i Zrinščak (2007) su pokazali da ruralni stanovnici češće od urbanih percipiraju udaljenost do zdravstvenih ustanova i s time povezane troškove kao „vrlo ozbiljan problem”. Ovi su rezultati potvrđeni i u recentnim kvalitativnim istraživanjima provedenim među ruralnim stanovnicima Republike Hrvatske (Ivanović, 2024; Šimac, 2024), koja ukazuju na izraženo nezadovoljstvo dostupnošću i kvalitetom zdravstvenih usluga. Najčešće istaknute prepreke u ovim istraživanjima odnose se na nepostojanje stalne osnovne i hitne zdravstvene skrbi, potrebu za putovanjem u udaljenija gradska središta radi pristupa potrebnim specijalističkim uslugama, izostanak adekvatne zdravstvene zaštite žena i opću neučinkovitost zdravstvenog sustava.

Kako napominje Ivanović (2024), problem pristupa specijalističkim pregledima i nužnosti putovanja u veća gradska središta nije isključivo vezan uz ruralna područja. Ipak, kombinacija nepovoljnih čimbenika, odnosno veće geografske udaljenosti, nedostatne prometne infrastrukture, ograničenog ili posve nepostojećeg javnog prijevoza te manjka osnovnih, a osobito specijalističkih zdravstvenih usluga, stvara višestruke prepreke koje posebno pogađaju ruralno stanovništvo. Putovanje izvan mjesta stanovanja radi ostvarivanja osnovne zdravstvene zaštite pritom predstavlja značajan vremenski i financijski teret, a taj je problem pritom osobito izražen kod osoba nižeg imovinskog statusa. Primjerice, u istraživanju o nejednakostima u zdravlju provedenom 2010. godine, Benković (2017) je pokazala značajnu pozitivnu povezanost između socioekonomskog statusa i fizičke dostupnosti zdravstvenih usluga, što nam ukazuje na to da osobe višeg socioekonomskog statusa lakše mobiliziraju resurse kojima mogu ublažiti problem udaljenosti, dok su ranjivije skupine stanovništva u tom pogledu u znatno nepovoljnijem položaju.

Međutim, dok je Benković (2017) svoje analize provela na individualnoj razini analize, potrebno je provedba dodatnih istraživanja koja bi uzela u obzir kontekstualne čimbenike zdravlja u Hrvatskoj. Naime, kako bi javnozdravstvene politike i druge intervencije mogle bolje usmjeriti,

potrebni su uvidi iz istraživanja koja bi načinila „razliku između individualnih i skupnih, odnosno strukturnih odrednica zdravlja.” (Benković, 2017). Također, iako su Ivanović (2024) i Šimac (2024) identificirali ključne infrastrukturne prepreke s kojima se suočavaju stanovnici ruralnih područja, manje je poznato o strategijama koje pojedinci iz različitih tipova naselja koriste kako bi prevazišli te prepreke. Ovom se disertacijom stoga nastoji popuniti praznina u literaturi kroz istraživanje specifičnog doprinosa individualnih i kontekstualnih čimbenika za zdravlje stanovnika Republike Hrvatske te razumijevanje njihovog međusobnog odnosa na mikro, mezo i makro razini analize.

4. CILJEVI I SVRHA ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj disertacije jest utvrditi u kojoj mjeri obilježja mjesta stanovanja pridonose lošijim zdravstvenim ishodima ljudi te istražiti kako međuodnos individualnih (mikro) i kontekstualnih (makro) čimbenika objašnjava tu povezanost. Nadalje, cilj je razumjeti i način na koji relacijska svojstva na mezo razini doprinosi sposobnosti pojedinaca da mobilizacijom resursa dostupnima u društvenim mrežama prevladaju ograničenja koje proizlaze iz mjesta stanovanja i donose povoljne odluke za vlastito zdravlje.

4.1. Istraživačka pitanja i hipoteze

Prvo istraživačko pitanje planiram adresirati u kvantitativnoj dionici istraživanja, a iz njih su izvedene i dvije osnovne (opće) hipoteze koje će biti testirane u višerazinskim regresijskim modelima:

- **IP1)** U kojoj mjeri mjesto stanovanja doprinosi razlikama u zdravstvenim ishodima ljudi i koji kontekstualni čimbenici mogu objasniti te razlike?
 - **H1)** Postoji statistički značajna varijabilnost u samoprocijenjenom zdravlju, prisutnosti dugotrajne bolesti i nepodmirenim zdravstvenim potrebama, a koja se može pripisati kontekstualnoj razini naselja.
 - **H2)** Kontekstualni indikatori razvijenosti i ruralnosti, dostupnosti zdravstvenih usluga i društvenog kapitala imaju statistički značajan doprinos objašnjenju

varijabiliteta u samoprocijenjenom zdravlju, prisutnosti dugotrajne bolesti i nepodmirenim zdravstvenim potrebama na razini naselja.

Drugo istraživačko pitanje planira se adresirati kombinacijom kvantitativnih i kvalitativnih metoda istraživanja:

- **IP2)** U kakvom su međusobnom odnosu individualni i kontekstualni čimbenici te na koji način zajednički doprinose zdravstvenim ishodima pojedinaca?

Naposljetku, treće istraživačko pitanje planira se dominantno adresirati u kvalitativnoj dionici istraživanja. Kao što napominju Gobo i Mauceri (2014) i Cummins i sur. (2007), kvantitativni pristupi često nisu dostatni za obuhvaćanje relacijskih obilježja koja mogu imati značajan utjecaj na ponašanje pojedinaca, poput strukture i intenziteta društvenih mreža te pozicija i relacija između pozicija unutar društvenog prostora. Upravo zato su kvalitativne strategije izuzetno korisne za prikupljanje i analizu podataka o tim relacijskim svojstvima. Slijedom navedenog, trećim bi se istraživačkim pitanje zahvatila mezo razina analize:

- **IP3)** Kako i na koji način dinamika, intenzitet i struktura društvenih mreža oblikuje odluke pojedinaca vezane uz zdravlje i njihove strategije „navigiranja” zdravstvenim sustavom?

5. METODOLOGIJA

5.1. Metodološki pristup u okviru mješovito-metodskog istraživanja

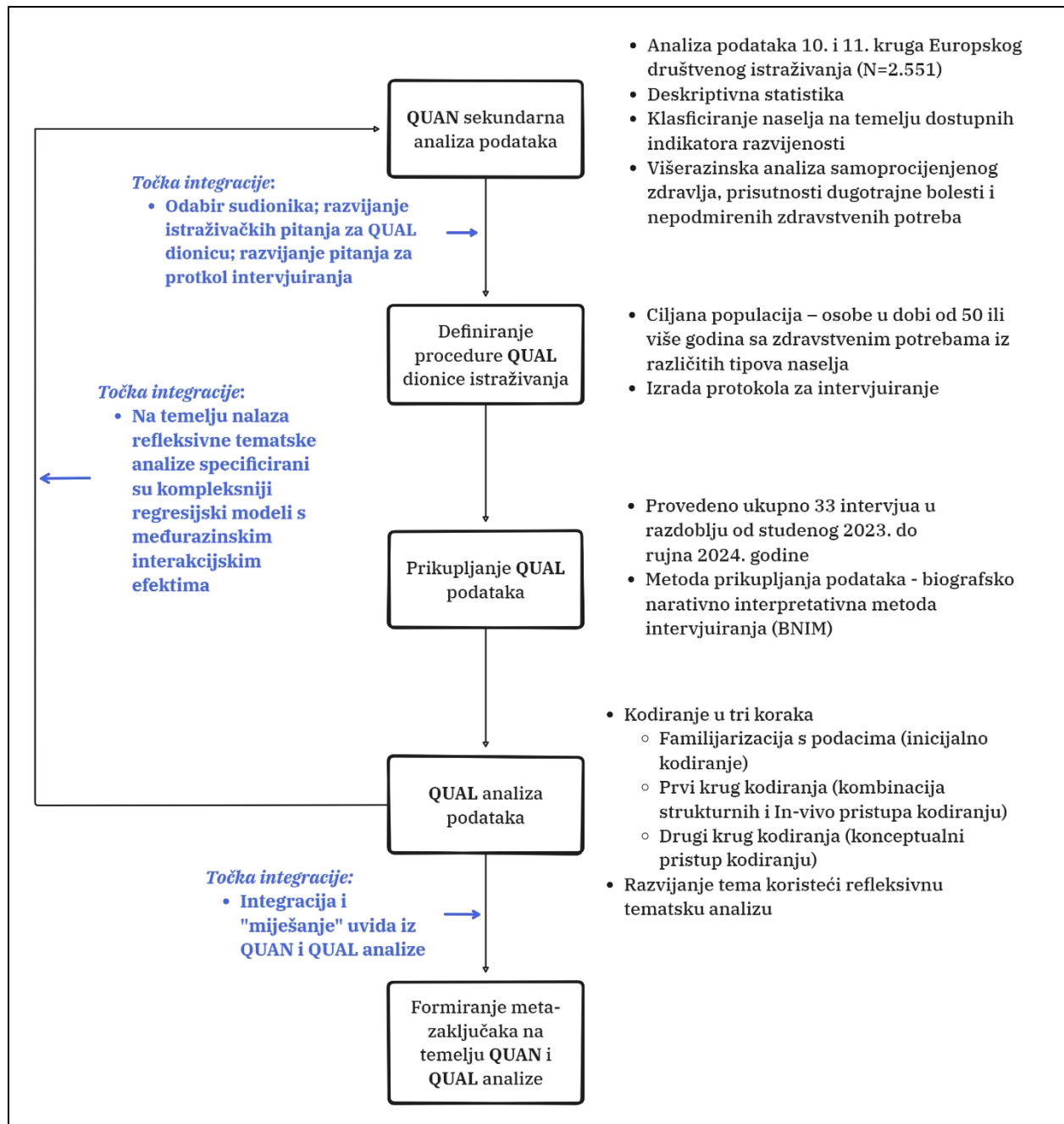
Predložena istraživačka pitanja disertacije adresirana su u okviru mješovitog istraživačkog dizajna koji kombinira elemente kvalitativnih i kvantitativnih pristupa. Takav pristup uključuje prikupljanje i analizu podataka, integraciju nalaza te izvođenje zaključaka temeljenih na oba tipa podataka, s ciljem potpunijeg razumijevanja istraživačkog problema (Creswell i Clark, 2017; Teddlie i Tashakkori, 2010).

Dizajn istraživanja slijedio je logiku eksplanatornog sekvencijalnog pristupa (Creswell i Clark, 2017; Schoonenboom i Johnson, 2017). Vizualni prikaz dizajna istraživanja prikazan je na Slici 1. U prvoj fazi provedena je sekundarna analiza kvantitativnih podataka s ciljem ispitivanja doprinosa individualnih i kontekstualnih čimbenika zdravlju stanovnika Republike Hrvatske. Dobiveni nalazi poslužili su kao temelj za oblikovanje kvalitativne faze istraživanja na dvije razine. Prije svega, ključni nalazi regresijskih analiza (poput statistički značajnih prediktora zdravlja ili neočekivanih i kontradiktornih nalaza) usmjerili su formuliranje istraživačkih pitanja u kvalitativnoj dionici istraživanja, kako bi se dublje razumjeli mehanizmi koji stoje iza uočenih obrazaca. Drugo, nalazi iz kvantitativne dionice igrali su ključnu ulogu u definiranju postupaka prikupljanja kvalitativnih podataka, uključujući odabir sudionika i izradu protokola za intervjuiranje.

Druga ključna točka integracije odnosila se na fazu nakon provedene kvalitativne analize. Na temelju refleksivne tematske analize razvijene su teme i obrasci značenja koji su potom poslužili kao teorijski utemeljen okvir za specifikaciju novih višerazinskih modela s među-razinskim interakcijama. Na ovaj je način kvalitativna analiza povratno informirala kvantitativnu. Takav postupak omogućio je fokusiraniji izbor među-razinskih varijabli te smanjio rizik od problema s konvergencijom i nestabilnih procjena, koji su česti u složenim višerazinskim modelima.

Slika 1

Shematski prikaz mješovito-metodskog dizajna istraživanja.



Važno je naglasiti da je studija vođena onime što Schoonenboom i Johnson (2017) opisuje kao interaktivni dizajn. U tom pristupu istraživački dizajn nije unaprijed strogo definiran, nego se razvija postupno. Pritom se metode, točke integracije i način povezivanja istraživačkih pitanja ne određuju pri definiranju nacrtu mješovitometodskog istraživanja, već u skladu s izazovima koji se javljaju tijekom različitih faza istraživanja. Time se otvara prostor za dinamičniji proces u kojem se kvalitativne i kvantitativne komponente nadopunjuju i uzajamno informiraju.

5.2.Kvantitativni dio istraživanja

5.2.1. Sudionici i procedura kvantitativnog istraživanja

Analize predstavljene u ovoj studiji temelje se na skupnim podacima iz desetog (2021.) i jedanaestog (2023.) kruga Europskog društvenog istraživanja (ESS) u Hrvatskoj. ESS pokriva širok raspon tema, a upitnik se sastoji od osnovnog modula, koji se ponavlja u svakom valu, te rotirajućeg modula, koji se mijenja u svakom krugu. Podaci se prikupljaju metodom intervjua licem u lice na nacionalnim probabilističkim uzorcima osoba u dobi od 15 i više godina. Kako bi se osigurala visoka usporedivost podataka među krugovima, pojedinci se odabiru striktnim metodama slučajne vjerojatnosti u svim fazama, a dizajn uzorka pridržava se rigoroznih unaprijed definiranih metodoloških standarda. Deseti krug ESS-a u Hrvatskoj proveden je od svibnja do listopada 2021., dok je jedanaesti krug proveden od lipnja do prosinca 2023.

U oba kruga istraživanja procedura uzorkovanja vodila se dizajnom koji je sadržavao dvije domene. Prvu domenu uzorkovanja čini najveći gradovi u Hrvatskoj, odnosno oni koji imaju više od 6.500 stanovnika u dobi od 15 i više godina (u 10. valu to je 47 gradova, dok je u 11. valu to 42 grada). Ispitanici iz ovih gradova uzorkovali su se jednostavnim nasumičnim uzorkom (eng. *simple random sample*), pri čemu je udio ispitanika iz svakoga grada u uzorku proporcionalan njegovom udjelu u populaciji osoba u dobi od 15 i više godina. Druga domena uzorkovanja sastoji se od naselja s manje od 6.500 stanovnika u dobi od 15 i više godina. U drugoj se domeni koristio stratificirani klaster uzorak. Stratifikacija se radila prema regiji (šest standardnih statističkih regija) i veličini naselja (dvije kategorije), čineći ukupno 12 stratumata. Ovdje se pritom koristio dvoetačni dizajn, pri čemu su naselja bila primarna jedinica uzorkovanja,

pri čemu je vjerojatnost izbora bila proporcionalna njihovoj veličini. U drugoj fazi, osam osoba u dobi od 15+ biralo se jednostavnim slučajnim uzorkom iz svakog odabranog naselja.

S obzirom na nisku prevalenciju ispitanika s dugotrajnim bolestima i s lošom ili vrlo lošom samoprocjenom zdravlja u mlađim dobnim skupinama, sve su analize ograničene na sudionike starije od 30 godina ($N = 2.551$).

5.2.2. *Mjerni instrumenti*

5.2.2.1. Zavisne varijable

Dvije varijable iz podataka ESS-a korištene su kao zavisne varijable u višerazinskim regresijskim modelima. Prva je samoprocjena općeg zdravlja, mjereno pitanjem: „Kakvo je vaše zdravlje općenito?” Odgovori su se kretali od 1 (Vrlo loše) do 5 (Vrlo dobro). Druga varijabla je prisustvo dugotrajnih bolesti, procijenjeno pitanjem: „Jesu li vaše dnevne aktivnosti na bilo koji način otežane zbog neke dugotrajne bolesti, invalidnosti, nemoći ili problema s mentalnim zdravljem?” Mogući odgovori su bili: „Da, značajno su otežane”; „Da, donekle su otežane” i „Ne”. Za potrebe višerazinske logističke regresijske analize, ove su kategorije rekodirane u binarnu varijablu, pri čemu kod 1 označava prisustvo dugotrajnih bolesti, dok kod 0 označava izostanak bolesti.

Obje varijable spadaju među najčešće korištene indikatore subjektivnog zdravlja u medicinskoj sociologiji i javnozdravstvenim istraživanjima. Literatura potvrđuje njihovu pouzdanost i prediktivnu vrijednost za smrtnost i različite zdravstvene ishode poput fizičkog funkcioniranja te kronične boli i umora (Idler i Benyamini, 1997; Miilunpalo i sur., 1997; Schnittker i Baćak, 2014; Jylha, 2009). Iako se radi o samoprocjenama ispitanika, ove varijable mjere kvalitativno različite aspekte zdravlja. S jedne strane, samoprocjena općeg zdravlja odražava subjektivni doživljaj vlastitog zdravstvenog stanja, dok prisutnost dugotrajnih bolesti ukazuje na objektivnija funkcionalna ograničenja u svakodnevnom životu. Zajedno pružaju potpuniji uvid u zdravstveno stanje populacije i omogućuju istraživanje kako individualni i kontekstualni čimbenici međusobno utječu na zdravlje stanovnika.

Treća zavisna varijabla koja će se koristiti u analizama prikazanima u ovom radu su nepodmirene zdravstvene potrebe. Naime, neobavljanje potrebnih liječničkih pregleda ili liječenja povezano je s ishodima poput većeg mortaliteta i depresije te smatra se ključnim indikatorom prepreka u

pristupu zdravstvenom sustavu (Marshall, 2011; Rahman i sur., 2022). Zdravstvene potrebe mogu ostati nepodmirene iz različitih razloga poput dugih lista čekanja, nedostatne dostupnosti zdravstvenih ustanova u mjestu stanovanja ili bližoj okolini, nedostatka javnog prijevoza te percipirane neprihvatljivosti pruženih usluga (Marshall, 2011). Za potrebe ovoga rada, sudionici su kategorizirani kao osobe s nepodmirenim zdravstvenim potrebama ukoliko im se u posljednjih godinu dana dogodilo da nisu uspjeli obaviti potrebni liječnički pregled ili liječenja iz sljedećih razloga: 1) zbog toga što je lista čekanja bila preduga ili nije bilo slobodnih termina; 2) jer potrebno liječenje nije bilo dostupno u mjestu stanovanja ili bližoj okolini; 3) zato što nisu mogli izostati s posla ili su imali druge obaveze te 4) zato što to nisu mogli platiti. Sukladno tome, ova je zavisna varijabla operacionalizirana kao binarna, pri čemu razlikuje pojedince koji imaju nepodmirene zdravstvene potrebe iz navedenih razloga (kod 1) od onih koji nemaju (kod 0). Imajući u vidu da je ovaj indikator uključen u okviru rotirajućeg modula o društvenim nejednakostima u zdravlju u 11. krugu ESS-a, analize u kojima se koristi ovaj indikator bit će ograničene samo na podatke iz tog kruga istraživanja. S obzirom na niske apsolutne frekvencije pojedinačnih razloga nepodmirenih potreba (vidi Tablicu 5 u potpoglavlju „Prvi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja”), višerazinska regresijska analiza provedena je za zavisnu varijablu ukupnih nepodmirenih zdravstvenih potreba, neovisno o konkretnom razlogu njihova nastanka.

5.2.2.2. Nezavisne varijable

5.2.2.2.1. Socioekonomski status

U ovome radu socioekonomski status mjeri se pomoću tri indikatora: obrazovanja, društvene klase i prihoda kućanstva. Obrazovanje je operacionalizirano kao najveći postignuti stupanj obrazovanja, kategoriziran u skladu s međunarodnim standardom klasifikacije obrazovanja (ISCED – *International Standard Classification of Education*). Primarno obrazovanje definirano je kao završena osnovna škola ili manje (ISCED 0–II), sekundarno obrazovanje uključuje završenu srednju strukovnu školu ili gimnaziju (ISCED III–IV), dok tercijarno obrazovanje obuhvaća završene stručne, preddiplomske i diplomske studije te poslijediplomske kvalifikacije, uključujući magisterij ili doktorat (ISCED V–VI).

Društvena klasa mjerena je korištenjem Erikson–Goldthorpe–Portocarero klasifikacije društvenih klasa (EGP) (Erikson i sur., 1979). Riječ je o široko korištenoj, nacionalno usporedivoj

klasifikacijskoj shemi koja definira socioekonomske pozicije u smislu radnih odnosa (Rose i Harrison, 2012). Dodjeljivanje kategorija zanimanja provedeno je pomoću algoritma kojeg su razvili Ganzeboom i Treiman (n.d.), a za ESS podatke prilagodili Leiulfsrud i sur. (2005). Izvorna desetostupanjska klasifikacija naknadno je rekodirana u pet kategorija: „ne-manualni nadzornici” (razredi I II), „rutinski ne-manualni radnici” (III), „kvalificirani manualni radnici” (V i VI), „nekvalificirani manualni radnici” (VIIa i VIIb) te „samozaposleni” (IVa–c). Sudionici koji u vrijeme provedbe istraživanja nisu bili zaposleni (primjerice kratkotrajno nezaposleni i umirovljeni) upitani su o prethodnom zaposlenju te raspoređeni u odgovarajuću kategoriju. Budući da shema ne uključuje osobe trajno isključene iz plaćenog zaposlenja, dodana je i kategorija „dugotrajno nezaposleni, (osobe koje nikada nisu imale plaćeni posao) (Rose i Harrison, 2007).

Prihod kućanstva mjeren je kao ukupni mjesečni neto prihod kućanstva, bez poreza i doprinosa, pri čemu su sudionici mogli odabrati jednu od deset kategorija prihoda koje predstavljaju decile raspodjele ukupnih neto prihoda kućanstva u zemlji. Za potrebe deskriptivne analize, varijabla je rekodirana tako da kategorije odgovora predstavljaju kvintile, dok je u regresijskim analizama korištena originalna skala mjerenja.

5.2.2.2.2. Društveni kapital

S obzirom na to da recentni pregledi literature naglašavaju važnost razlikovanja individualnih i kontekstualnih dimenzija društvenog kapitala (Murayama i sur., 2012), u ovom se radu koncept društvenog kapitala promatra na obje razine analize.

Na individualnoj razini, društveni kapital operacionaliziran je u skladu s teorijskim pristupom Bourdieua, koji društveni kapital promatra kao ukorijenjen u društvenim mrežama. U skladu s time, društveni kapital mjeren je pomoću triju indikatora uključenosti u mreže: učestalosti društvenih kontakata, društvene participacije i društvene podrške. Učestalost kontakata mjerena je pitanjem o tome koliko se često ispitanici sastaju s prijateljima, rodbinom ili kolegama, s odgovorima na ljestvici od 1 („Nikad”) do 7 („Svaki dan”). Društvena participacija procijenjena je pitanjem „U usporedbi s drugim ljudima vaše dobi, koliko često sudjelujete u društvenim aktivnostima?”, s rasponom odgovora od 1 („Mnogo manje od većine”) do 5 („Mnogo više nego većina”). Treći indikator odnosio se na društvenu podršku, pri čemu su sudionici odgovarali na pitanje „S koliko ljudi, ako s ikime, možete razgovarati o intimnim i osobnim temama?”, uz

odgovore od 0 („Ni s kim”) do 6 („10 ili više osoba”). Svi indikatori uključeni su u regresijske analize kao zasebni kontinuirani prediktori, pri čemu viši rezultati označavaju veću učestalost kontakata, veću participaciju i veću dostupnost podrške.

Na kontekstualnoj razini polazim od teorijskog okvira društvene kohezije koji su razvili Putnam i Coleman, a koji društveni kapital promatra kao obilježje društvene organizacije i uključuje elemente poput društvenog povjerenja i normi koji se odnose očekivanja reciprociteta, obaveze i učinkovite sankcije (Song i sur., 2021). Ova dimenzija društvenog kapitala operacionalizirana je trima česticama dostupnima u podacima ESS-a koje se odnose na društveno povjerenje (npr. „Općenito govoreći, biste li rekli da većini se ljudi može vjerovati ili da ne možete biti previše oprezni u ophođenju s ljudima?”). Skala odgovora kretala se od 0 („Nikada ne možeš biti previše oprezan”) do 10 („Većini ljudi može se vjerovati”). Na temelju tih čestica konstruirana je kompozitna varijabla općeg povjerenja zbrajanjem odgovora. Skala je pokazala prihvatljivu unutarnju konzistenciju (Cronbachov alfa koeficijent iznosio je 0,67 u 10. krugu i 0,68 u 11. krugu). Dobiveni rezultati standardizirani su dijeljenjem s brojem čestica, kako bi vrijednosti bile vraćene na izvornu ljestvicu mjerenja. Na kontekstualnoj razini, društveni kapital definiran je kao aritmetička sredina pojedinačnih rezultata svih ispitanika unutar pojedinog naselja, što je uobičajena procedura u višerazinskoj analizi (Hox, 2010).

5.2.2.2.3. Kontekstualne varijable

Uz društveni kapital na razini naselja, u analizu su uključene i druge kontekstualne varijable. S obzirom na to da brojna istraživanja naglašavaju važnost socioekonomskog statusa područja za objašnjavanje zdravstvenih ishoda, u analizu su uključena dva uobičajena pokazatelja društveno-gospodarske razvijenosti: udio stanovnika s primarnim obrazovanjem te udio nezaposlenih osoba u ukupnom radno aktivnom stanovništvu. Nadalje, jedan od važnijih pokazatelja socioekonomske strukture područja jest i sastav stanovništva prema sektorima gospodarske djelatnosti. Iz tog razloga je kao kontekstualni prediktor uključen i udio poljoprivrednog stanovništva. Naime, ovaj pokazatelj široko se primjenjuje u literaturi kao aproksimacija ruralnosti jer ne odražava samo strukturu zaposlenosti, već i širi socioekonomski i demografski kontekst života u pojedinom naselju. U hrvatskom kontekstu ovaj se indikator često koristio kako bi zahvatio razlike između urbanih središta te perifernih i ruralnih, poljoprivredno orijentiranih područja (Ostroški, 2011) u kojima su infrastrukturna ograničenja i smanjena dostupnost zdravstvene zaštite među ključnim

izazovima (Džakula i sur., 2021). Naposljetku, zbog izrazito negativnih demografskih kretanja u Republici Hrvatskoj (Puljiz, 2019), važnim se pokazateljem vitalnosti stanovništva smatra i udio starijih osoba (Bogović i sur., 2017). Kako navodi Puljiz (2019: 19): „nepovoljni učinci demografskog starenja čine velik izazov za državu i za društvo u cjelini, a posebno se izdvajaju rastući troškovi mirovinskog, zdravstvenog i sustava socijalnog osiguranja, niža potrošnja i manji potencijalan ekonomski rast, te pad broja radno aktivnih.” Iz tog razloga kao kontekstualni prediktor na razini naselja uključen je i udio osoba u dobi od 65 ili više godina. Nažalost, pokazatelji poput prosječnog dohotka po stanovniku, koji se često koriste u izradi indeksa razvijenosti, nisu bili dostupni na razini naselja u svrhu znanstvenog istraživanja, što predstavlja određeno ograničenje u analizi socioekonomskog konteksta.

Naposljetku, na temelju dostupnih podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o ugovorenim sadržajima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, za svako naselje u uzorku prikupljeni su podaci o dostupnosti zdravstvene zaštite na trima razinama: primarnoj (prisutnost ordinacije opće prakse), sekundarnoj (prisutnost opće bolnice) i tercijarnoj (prisutnost kliničkog bolničkog centra). Za naselja u kojima zdravstvena zaštita na sekundarnoj i tercijarnoj razini nije bila dostupna, izračunate su udaljenosti do najbliže bolnice i kliničkog bolničkog centra³. Na temelju tih informacija kreiran je kontekstualni prediktor dostupnosti zdravstvene zaštite u naselju sa pet kategorija:

- Bolnica ili KBC u naselju – U naselju je dostupna zdravstvena zaštita na primarnoj i sekundarnoj/tercijarnoj razini.
- Liječnik u naselju, bolnica u blizini – U naselju je dostupna zdravstvena zaštita na primarnoj razini, dok je zdravstvena zaštita na sekundarnoj razini dostupna na udaljenosti od 20 kilometara.
- Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini – U naselju nije dostupna nijedna razina zdravstvene zaštite, no zdravstvena zaštita na primarnoj i sekundarnoj razini dostupna je na udaljenosti od 20 kilometara.

³ Udaljenosti su izračunate korištenjem alata Google Maps, polazeći od centroida naselja prema najbližoj bolnici i kliničkom bolničkom centru, pri čemu je uzeta u obzir procijenjena cestovna udaljenost.

- Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini – U naselju je dostupna zdravstvena zaštita na primarnoj razini, no sekundarna ili tercijarna razina nisu dostupne na udaljenosti od 20 kilometara.
- Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini – U naselju nije dostupna zdravstvena zaštita na primarnoj razini, a sekundarna i tercijarna razina nisu dostupne na udaljenosti od 20 kilometara.

5.2.3. *Analitička strategija*

U svrhu analize doprinosa individualnih i kontekstualnih čimbenika zdravlja pojedinaca koristit će se analitički pristup višerazinskog regresijskog modeliranja. Najveća prednost ovog pristupa u odnosu na standardne regresijske tehnike je to što omogućuje istovremeno uključivanje i razlikovanje specifičnog doprinosa individualne i kontekstualne razine analize, uzimajući pritom u obzir statističku zavisnost hijerarhijski ustrojenih podataka. Imajući u vidu da su naselja primarna jedinica uzorkovanja u 10. i 11. krugu ESS-a u Hrvatskoj, ugniježđenost pojedinaca u naselja predstavlja razinu ‘klasteriranja’ iznad individualnih podataka. Na temelju te hijerarhijske strukture podataka, konstruirane su mjere na razini naselja, čime se omogućuje povezivanje individualnih ponašanja i stavova s kontekstom u kojem ljudi žive i rade. Velika prednost višerazinskog regresijskog modeliranja je dakle to što omogućuje kontroliranje doprinosa različitih kontekstualnih varijabli. Osim toga, pomoću višerazinskog modeliranja možemo istražiti ovisi li jačina povezanosti između dvije varijable na individualnoj razini o kontekstualnom čimbeniku na višoj razini.

Tablica 1 prikazuje veličinu klastera, odnosno ukupan broj ispitanika ($N = 2.551$) u uzorkovanim naseljima ($N = 479$) u skupnim podacima iz 10. i 11. vala ESS-a. Raspon veličine klastera kretao se od $N = 1$ do $N = 337$. Iz tablice je vidljivo da najveći broj klastera, odnosno njih 35%, sadrži između 3 i 5 ispitanika. U uzorku su tek četiri naselja s 50 ili više ispitanika, no u njima je koncentrirano 553 ispitanika, odnosno 22% ukupnog uzorka. S druge strane, 15% naselja obuhvaća samo jednog ispitanika. Premda to na prvi pogled može djelovati problematično, za procjenu parametara u višerazinskim modelima važniji je ukupan broj klastera nego broj ispitanika po klasteru. Simulacijska studija Theall i sur. (2011) analizirala je utjecaj male veličine klastera na procjene u linearnim i logističkim višerazinskim modelima. Autori su pokazali da niti fiksne

niti slučajne komponente nisu bile narušene malom veličinom klastera, pod uvjetom da je broj klastera velik (u simulacijskoj studiji taj je broj iznosio $N = 459$). Procjena je bila nepristrana čak i slučajevima kada je 90% klastera sadržavalo samo jednog ispitanika ili kada se u model uključivala agregirana varijabla na razini klastera. U našem uzorku udio takvih klastera iznosi svega 15%, a u njima je obuhvaćeno tek 2% ukupnog broja sudionika. Stoga se može zaključiti da mala veličina pojedinih klastera u ovom istraživanju neće dovesti do pristranih procjena parametara.

Tablica 1

Broj naselja i ispitanika prema veličini klastera.

Kategorije veličine klastera (broj ispitanika unutar uzorkovanih naselja)	Naselja ($N = 479$)	Ispitanici ($N = 2.551$)
	N (%)	N (%)
1 ispitanik	70 (15%)	70 (3%)
2 ispitanika	88 (18%)	176 (7%)
3 do 5 ispitanika	226 (47%)	879 (35%)
6 do 10 ispitanika	72 (15%)	504 (20%)
11 do 20 ispitanika	11 (2%)	153 (6%)
21 do 50 ispitanika	8 (2%)	216 (9%)
50 ili više ispitanika	4 (1%)	553 (22%)

Prije procjene višerazinskih modela, naselja su klasificirana pomoću analize latentnih profila (engl. *latent profile analysis* – LPA) kako bi se razvila empirijski utemeljena tipologija, koristeći četiri indikatora razvijenosti iz Popisa stanovništva 2021.: 1) udio stanovništva s primarnim obrazovanjem, 2) udio poljoprivrednog stanovništva, 3) udio nezaposlenih u radno aktivnom stanovništvu i 4) udio stanovnika starijih od 65 godina.

Ovaj pretkorak ima dvostruku funkciju. Prije svega, on omogućuje sažimanje više međusobno povezanih indikatora naselja u nekoliko kvalitativno smislenih profila naselja utemeljenih na objektivnim kriterijima indeksa pristajanja. Latentni profili su se zatim koristili kao kontekstualni prediktori u višerazinskim modelima, čime se omogućuje smislenija i potpunija interpretacija nalaza regresijske analize. Dodatna prednost provedbe analize latentnih profila jest i uklanjanje problema multikolinearnosti u regresijskom modelu. Naime, korišteni indikatori visoko su korelirani na razini naselja⁴, što bi u regresiji moglo dovesti do pristrane procjene koeficijenata. Prema Stanley i sur. (2017), LPA je posebno prikladna u takvim slučajevima jer se temelji na procjeni vjerojatnosti pripadnosti profilima, čime multikolinearnost postaju manje problematična pojava.

U sljedećim su odjeljcima detaljno prikazani koraci provedeni tijekom provedbe analize latentnih profila i višerazinske regresijske analize.

5.2.3.1. Analiza latentnih profila

LPA pripada skupini statističkih tehnika poznatih pod nazivom mješovito modeliranje (engl. *mixture modelling*), u koju se ubrajaju i analiza latentnih klasa (LCA), analiza latentnih tranzicija (LTA), mješovito modeliranje latentnog rasta (LGMM) te niz drugih metoda. Zajednička značajka svih tehnika mješovitog modeliranja jest mogućnost identifikacije skrivenih podgrupa unutar populacije putem grupiranja pojedinaca sa sličnim obrascima odgovora na promatranim indikatorima (Masyn, 2013; Nylund i sur., 2007; Oberski, 2016). Budući da su usmjerene na klasifikaciju pojedinaca s obzirom na specifične obrasce odgovora, ove se tehnike opisuju kao pristup koji je usmjeren na osobe (eng. *person-centered approach*). Time se razlikuju od pristupa usmjerenih na varijable (eng. *variable-centered approaches*), poput regresijskog modeliranja ili faktorske analize, koji ispituju povezanosti među varijablama i procjenjuju relativnu važnost pojedinih prediktora (Masyn, 2013).

Analiza latentnih profila (LPA) ima određene prednosti u odnosu na druge tehnike klasifikacije, poput klaster analize. Dok se klaster analiza u pravilu temelji na mjerama sličnosti ili udaljenosti

⁴ Primjerice, udio stanovnika s primarnim obrazovanjem i udio poljoprivrednog stanovništva imaju Pearsonov koeficijent korelacije 0,58, što je statistički značajno na razini rizika od 1%. Tablica korelacija ovih indikatora na razini naselja dostupna je u Prilogu 6.

između objekata, a broj klastera određuje se često subjektivnom procjenom (primjerice vizualnim pregledom dendrograma), LPA se oslanja na rigoroznije i objektivnije kriterije pri identifikaciji broja i sadržaja profila. Optimalan broj profila određuje se na temelju statističkih pokazatelja pristajanja modela podacima, čime se smanjuje oslanjanje na proizvoljne odluke istraživača. LPA omogućuje procjenu vjerojatnosti pripadanja svakog ispitanika svim profilima, pri čemu se uvažava nesigurnost klasifikacije i izbjegava kruto svrstavanje u unaprijed definirani broj skupina (Masyn, 2013; Stanley i sur., 2017). Naposljetku, skrivene podskupine koje se analizom latentnih profila otkrivaju nisu izravno opažljive, već su latentne, što metode mješovitog modeliranja svrstava u širu skupinu tehnika modeliranja latentnih varijabli (Masyn, 2013). Zbog svega navedenog, LPA se smatra preciznijim pristupom u identifikaciji latentnih podskupina u uzorku, u usporedbi s drugim klasifikacijskim metodama (Stanley i sur., 2017).

Spomenute prednosti tehnika mješovitog modeliranja u odnosu na tradicionalne klasifikacijske metoda otvaraju prostor za njihovu primjenu i u širem istraživačkom kontekstu. Tako se u posljednjem desetljeću tehnike mješovitog modeliranja sve češće koriste za razvijanje tipologija različitih socioprostornih jedinica, poput kvartova, popisnih jedinica, predgrađa ili tzv. „prostora aktivnosti”, te za analizu njihovih učinaka na zdravlje (za sistemski pregled, vidi Lekkas i sur. (2019)). Ova inovativna upotreba, koju provodim u ovome radu, označava zaokret u odnosu na raniju praksu, u kojoj su modeli prvenstveno bili primjenjivani u analizama usmjerenima na pojedince. Lekkas i suradnici (2019) pokazali su da većina studija izvještava o smislenim tipologijama na razini naselja, koje doprinose boljem razumijevanju prostornih nejednakosti u zdravstvenim ishodima (Lekkas i sur., 2019). Iako je broj entiteta na višoj razini analize često ograničen, za pouzdanu procjenu parametara i stabilnu identifikaciju latentnih profila preporučuje se minimalna veličina uzorka od oko 300 entiteta (Nylund-Gibson i Choi, 2018), što je u ovome radu zadovoljeno ($N = 479$ naselja).

Analiza je provedena tako da je specificiran niz modela, pri čemu je broj latentnih profila u svakom sljedećem modelu uvećan za jedan, počevši s modelom s jednim profilom. Usporedba modela izvršena je na temelju vrijednosti indikatora relativnog pristajanja AIC i BIC te iz njih izvedenih informacijskih kriterija (CAIC i SABIC), pri čemu niže vrijednosti ukazuju na bolje pristajanje modela podacima. Dodatno, pri određivanju optimalnog broja profila korišten je i *bootstrapped likelihood ratio test* (BLRT), koji uspoređuje dva uzastopna modela. Prema rezultatima

simulacijskih studija koje su ispitivale performanse različitih informacijskih kriterija i testova najčešće korištenih pri usporedbi modela, najpouzdanijima su se pokazali upravo BIC i BLRT (Nylund i sur., 2007). Stoga su ovi pokazatelji imali najveću težinu u procesu odlučivanja o konačnom broju profila.

Prilikom usporedbe modela s različitim brojem latentnih profila uzeo sam u obzir i dijagnostičke pokazatelje klasifikacije, koji pokazuju u kojoj mjeri je analiza rezultirala jasno razlučenim i snažno diferenciranim skupinama. Jedan od najvažnijih dijagnostičkih pokazatelja su prosječne posteriori vjerojatnosti latentnih profila. Naime, model za svako naselje generira vjerojatnost pripadanja svakom latentnom profilu na temelju *maximum likelihood* procjene parametara i vrijednosti korištenih indikatora (Masyn, 2013). Svako naselje dodjeljuje se profilu za koji ima najveću posteriori vjerojatnost⁵, a zatim se za svaki latentni profil izračunava prosječna posteriori vjerojatnost svih naselja koja mu pripadaju. Modeli u kojima značajan udio entiteta iz pojedinog profila pokazuje visoku vjerojatnost pripadanja drugim profilima nisu korisni. Prema Nagin (2009), vrijednosti veće od 70% ukazuju na zadovoljavajuću klasifikaciju i separaciju profila, što znači da naselja unutar svakog profila pokazuju visok stupanj homogenosti s obzirom na korištene indikatore. Naposljetku, pri odabiru broja latentnih profila vodio sam se i brojem naselja koja pripadaju svakom profilu, pri čemu profili ne bi smjeli sadržavati manje od 20 entiteta (Masyn, 2013). Konačno, u obzir je uzeta i interpretacijska smislenost i snaga modela. Vrijednosti entropije veće od 0,7 ukazuju na prihvatljivu preciznost klasifikacije u svim latentnim profilima, no, prema preporukama Masyna (2013), entropija neće biti korištena za usporedbu različitih modela. Svaki model proveden je sto puta, pri čemu su se prilikom svake iteracije koristile nasumične početne vrijednosti u procjeni *maximum likelihood* parametara, kako bi se smanjila mogućnost konvergiranja na lokalni maksimum.

Analiza latentnih profila provedena je uz pomoć statističkog paketa *Mplus*, verzija 8.9. (Muthén i Muthén, 1998), dok je grafički prikaz procijenjenih prosječnih vrijednosti latentnih profila izrađen u paketu *ggplot2* (Wickham, 2016) u programu R (R Core Team, 2023).

⁵ Imajući u vidu da je analiza latentnih profila provedena na naseljima, u višerazinskim regresijskim nije bilo moguće uzeti u obzir probabilističku nesigurnost klasifikacije naselja jer su te analize provedene na posve drugačijim entitetima (pojedincima). Više informacija o ovome ograničenju može se pronaći u poglavlju 7.5. „Ograničenja studije i preporuke za buduća istraživanja“.

5.2.3.2. Višerazinska regresijska analiza

Višerazinska regresijska analiza provedena je u nekoliko koraka. Kao prvi korak specificiran je nulti model, bez uključenih prediktora (tzv. *intercept-only model*). U ovom modelu predviđene vrijednosti zavisne varijable temelje se isključivo na odsječku, koji u višerazinskoj analizi može varirati između klastera (zbog čega se naziva nasumičnim odsjekom – *random intercept*). Drugim riječima, dok bi u standardnom regresijskom modelu bio procijenjen samo jedan odsječak koji bi bio jednak za sva naselja (*fixed intercept*), ovdje svako naselje ima vlastitu očekivanu vrijednost zavisne varijable, u ovom slučaju samoprocijenjenog zdravlja, prisutnosti dugotrajne bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba. Ovaj nulti model posebno je važan jer omogućuje procjenu intraklasnog koeficijena korelacije (ICC), pokazatelja koji označava koliki se udio ukupne varijabilnosti u zavisnoj varijabli može pripisati razlikama između klastera (npr. koliki dio varijabilnosti u samoprocijenjenom zdravlju proizlazi iz toga u kojem naselju pojedinac živi). ICC može poprimiti vrijednosti od 0 do 1. Na primjeru zavisne varijable dugotrajne bolesti, vrijednost $ICC=0$ značilo bi da vjerojatnost da netko ima dugotrajnu bolest je u potpunosti jednaka u svim naseljima. S druge strane, $ICC=1$ značilo bi da u pojedinom naselju, ili svi imaju dugotrajnu bolest, ili je nitko nema⁶ (Sommet i Morselli, 2017).

S obzirom na to da su zavisne varijable prisutnosti dugotrajnih bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba dihotomne, korištena je logistička višerazinska analiza, dok je za samoprocijenjeno opće zdravlje primijenjena standardna linearna višerazinska analiza. Budući da se u logističkoj regresiji ne procjenjuju reziduali na razini pojedinca (koji su sastavni dio formule za ICC), potrebno je koristiti alternativne metode procjene. Prema preporukama Sommet i Morselli (2017) te Wu i suradnika (2012), ICC se za zavisne varijable s binarnim ishodom definira kao omjer varijabiliteta između klastera i ukupnog varijabiliteta, pri čemu se procjena odvija prema formuli:

⁶ Nije iznenađujuće, stoga, da vrijednosti intraklasne korelacije u istraživanjima zdravstvenih ishoda su u pravilu niske (Hox, 2010). Primjerice, Gulliford i suradnici (1999) donose pregled procjena ICC-a za različite zdravstvene ishode i rizična ponašanja, pri čemu su sudionici bili ugniježđeni u poštanske kodove. Izvještavaju da je među-klasterska varijabilnost uglavnom manja od 0,05, odnosno 5%. Cummins i suradnici (2007) pritom sugerira da oslanjanje na konvencionalne teritorijalne jedinice pridonosi takvim nalazima te da relacijski pristup može pružiti korisne uvide kod razumijevanja izvora varijabiliteta u kvantitativnim istraživanjima.

$$ICC = \frac{\hat{\sigma}_v^2}{\hat{\sigma}_v^2 + \left(\frac{\pi^2}{3}\right)}$$

...u kojoj σ_v^2 predstavlja varijabilitet između klastera, a $\pi^2 / 3 \approx 3,29$ predstavlja pretpostavljenu vrijednost reziduala prema standardnoj logističkoj distribuciji.

Slijedeći preporuke za provedbu linearnih i generaliziranih višerazinskih modela (Aguinis i sur., 2013; Sommet i Morselli, 2017; Tabachnick i sur., 2019), u drugom se koraku postupno uključuju prediktori: najprije oni na individualnoj razini, zatim prediktori na razini naselja, potom nasumični nagibi (*random slopes*), a na kraju i međurazinske interakcije (eng. *cross-level interactions*). Uvođenje nasumičnih nagiba omogućuje ispitivanje razlikuje li se snaga povezanosti zavisne i nezavisne između naselja. Primjerice, važnost društvenih kontakata za zdravlje pojedinaca može biti veća u nekim naseljima, a manja u drugima. Takve razlike moguće je dodatno istražiti uključivanjem prediktora na razini naselja kroz međurazinske interakcije.

Međutim, prilikom procjene većeg broja nasumičnih nagiba u višerazinskoj analizi često se javljaju problemi nekonvergencije jer su takvi modeli podložni prespecifikaciji (engl. *overfitting*). Jedino rješenje je stoga pojednostavljivanje modela izostavljanjem određenih komponenti (Hox, 2010). Pritom se postavlja pitanje: koje od njih je opravdano izostaviti? U literaturi je predloženo nekoliko rješenja. Prema Heisig i Schaeffer (2019), istraživači mogu postupno uključivati pojedine slučajne nagibe kako bi dobili uvid u standardne pogreške za različite prediktore na nižoj razini. Ipak, sami autori priznaju da ovo nije u potpunosti uvjerljivo rješenje. S obzirom na to da se ovdje radi o mješovitometodskom istraživanju, odlučio sam se za teorijski utemeljen pristup, pri čemu će se nalazi kvalitativne analize koristiti kao smjernice pri odabiru slučajnih nagiba i međurazinskih interakcija koje vrijedi uključiti u model. Pritom će se pri analizi kvalitativnih podataka posebno usmjeriti na slučajeve gdje sugovornici slične socioekonomske i sociodemografske pozadine formiraju različite obrasce značenja s obzirom na obilježja mjesta stanovanja.

Višerazinska je analiza, dakle, podijeljena na dva dijela. Prvo će se analizirati doprinos individualnih i kontekstualnih čimbenika samoprocijenjenog zdravlja, prisutnosti dugotrajne bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba. Na temelju uvida iz kvalitativne analize podataka, u drugom dijelu višerazinske analize specificirat će se modeli koji uključuju nasumične nagibe i

međurazinske interakcije. Ovakav interaktivan pristup analizi podataka Onwuegbuzie i Johnson (2021) nazivaju „vertikalnom mješovitom analizom”.

Budući da su modeli ugniježđeni, standardnim hi-kvadrat testom moguće je provjeriti pruža li složeniji model statistički značajno bolje pristajanje podacima u odnosu na jednostavniji model. Ugniježđenost modela (eng. *model nestedness*) znači da složeniji model sadrži sve parametre jednostavnijeg modela, ali i dodatne prediktore ili nasumične efekte. *Maximum likelihood* estimator generira statistik koji se temelji na log-vjerojatnostima, a koji se zove devijacija. Taj statistik koristit će se za usporedbu dvaju modela jer slijedi hi-kvadrat distribuciju, s brojem stupnjeva slobode jednakim razlici u broju parametara koji se procjenjuju u ta dva modela (Gelman i Hill, 2007). Ako složeniji model ne poboljšava pristajanje, odabire se jednostavnija specifikacija. U skladu s preporukama Gelman i Hill (2007), nakon uključivanja određene skupine prediktora u model, statistička značajnost nije korištena kao kriterij za odabir varijabli. Drugim riječima, sve relevantne varijable zadržane su radi potpune i teorijski utemeljene specifikacije modela.

Podaci korišteni u ovom istraživanju su ponderirani kako bi se uzele u obzir pogreške uzorkovanja i pristranost zbog neodaziva. Ipak, budući da je primjerenost korištenja pondera u složenim multivarijatnim analizama predmet rasprave te ne postoji konsenzus o adekvatnom načinu njihove primjene u višerazinskim regresijskim modelima (Atasever i sur., 2025), ponderi su korišteni isključivo u deskriptivnim analizama. Sve analize rađene su u programu R uz pomoć paketa za procjenu linearnih i generaliziranih mješovitih regresijskih modela *lme4* (Bates i sur., 2015).

5.2.3.3.Provjera robusnosti nalaza

U svrhu provjere robusnosti glavnih nalaza (engl. *robustness checks*) provedene su dodatne višerazinske regresijske analize koje se od osnovnih analiza prikazanih u radu razlikuju u nekoliko aspekata. Prvo, umjesto EGP klasifikacije kao indikatora socioekonomskog statusa korištene su mjere obrazovanja i prihoda kućanstva. Drugo, umjesto latentnih profila naselja korištena je kvantitativna varijabla udjela poljoprivrednog stanovništva naselja. Naposljetku, zavisna varijabla nepodmirenih zdravstvenih potreba sužena je na one uzrokovane predugim listama čekanja i/ili nedostatkom slobodnih termina, što predstavlja najučestaliji razlog njihova nastanka.

U glavnim je analizama prikazanima u radu za indikator socioekonomskog statusa korištena EGP klasifikacija društvenih klasa, dok su obrazovanje i prihodi kućanstva uvedeni kao prediktori u

zasebnim analizama koje služe kao provjera robusnosti nalaza. Razlog takvom pristupu jest činjenica da sva tri indikatora (društvena klasa, obrazovanje i prihodi) reflektiraju poziciju pojedinca u društvenoj stratifikaciji te su međusobno snažno povezani (Glymour i sur., 2014). Drugim riječima, oni se mogu smatrati manifestnim varijablama koje mjere istu latentnu dimenziju socioekonomskog statusa, zbog čega postoji značajno preklapanje.

Stupanj tog preklapanja prikazan je u Tablici 2 koja sadrži kontingencijsku tablicu triju indikatora SES-a. Vidljivo je da među osobama s tercijarnim obrazovanjem, njih 58% nalazi se u dva najviša prihodovna kvintila, dok je udio takvih među osobama s primarnim obrazovanjem svega 10%. Nadalje, među osobama s tercijarnim obrazovanjem, 85% pripada nemanualnim zanimanjima, dok je taj udio kod osoba sa sekundarnim obrazovanjem 44%, a s primarnim obrazovanjem tek 7% (većina pojedinaca s primarnim obrazovanjem su kvalificirani ili nekvalificirani manualni radnici, odnosno dugotrajno nezaposleni).

Tablica 2

Kontingencijska tablica indikatora socioekonomskog statusa.

	Primarno obrazovanje (N=448)	Sekundarno obrazovanje (N=1498)	Tercijarno obrazovanje (N=602)	<i>p</i>- vrijednost
	n (%)	n (%)	n (%)	
Prihodovni kvintili				
1. kvintil	189 (53%)	190 (18%)	30 (7%)	<0,001
2. kvintil	85 (24%)	303 (29%)	65 (16%)	
3. kvintil	46 (13%)	232 (22%)	80 (19%)	
4. kvintil	17 (5%)	197 (19%)	102 (25%)	
5. kvintil	17 (5%)	130 (12%)	137 (33%)	
Nedostajuće vrijednosti	94	446	188	
EGP društvena klasa prema zanimanjima				
Nemanualni nadzornici	7 (2%)	295 (21%)	416 (73%)	<0,001
Rutinski nemanualni radnici	23 (5%)	331 (23%)	69 (12%)	
Kvalificirani manualni radnici	49 (11%)	266 (19%)	21 (4%)	
Nekvalificirani manualni radnici	178 (40%)	339 (24%)	14 (3%)	
Samozaposleni radnici	31 (7%)	136 (10%)	35 (6%)	
Dugoročno nezaposleni	153 (35%)	47 (3%)	13 (2%)	
Nedostajuće vrijednosti	7	84	34	

Napomena: Prikazane p-vrijednosti odnose se na rezultate standardnog hi-kvadrat testa.

Odabir indikatora koji će biti korišten u glavnoj analizi temeljen je na dvama kriterijima: 1) udjelu nedostajućih vrijednosti (engl. *missing values*) te 2) usporedbi pristajanja modela podacima pomoću AIC i BIC kriterija, koji omogućuju usporedbu modela kada oni nisu ugniježđeni. Očekivano, najveći udio nedostajućih vrijednosti zabilježen je kod indikatora prihoda ($N = 730$, 30% uzorka), potom kod društvene klase ($N = 127$; 5% uzorka), dok je najmanji bio kod obrazovanja ($N = 2$; 0,1% uzorka). Zbog znatno većeg udjela nedostajućih vrijednosti, prihod nije uključen kao glavni indikator SES-a. Budući da je model koji uključuje društvenu klasu pokazao bolje pristajanje modela podacima ($AIC = 2391$; $BIC = 2466$) u usporedbi s modelom u kojemu je uključeno obrazovanje ($AIC = 2511$; $BIC = 2570$), društvena je klasa odabrana kao glavni indikator socioekonomskog statusa u analizama prikazanima u radu, dok su analize koje su uključivale druge indikatorima SES-a uključene u Prilogu 1 (Tablica P1.1 do P1.4).

Nadalje, radi provjere robusnosti glavnih nalaza provedene su dodatne dvije višerazinska regresijske analize u kojima su, umjesto kategorijalne varijable dobivene klasifikacijom naselja u analizi latentnih profila, korištene dvije kvantitativne varijabla koje su najviše doprinijele razlikovanju između latentnih profila naselja – udio stanovništva s primarnim obrazovanjem te udio poljoprivrednog stanovništva (vidi Sliku 3 u potpoglavlju 6.1.1. „Klasifikacija naselja na temelju analize latentnih profila“). Razlog zašto ove dvije varijable nisu uključene u istom modelu je zbog njihove visoke korelacije u bivarijatnoj analizi (vidi Prilog 6), što u regresijskom modelu može dovesti do problema multikolinearnosti.

Posljednja analiza robusnosti uključivala je provedbu nove analize sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba suženom na najučestaliji razlog njihova nastanka, odnosno zbog predugih lista čekanja i/ili nedostatak slobodnih termina. Naime, u glavnim analizama korištena je sveobuhvatna mjera nepodmirenih potreba koja obuhvaća sve razloge njihova nastanka. Ovakav pristup odabran je jer ispitanici mogu navesti različite razloge koji međusobno nisu nužno povezani, dok su apsolutne frekvencije pojedinih razloga bile preniske za provođenje zasebnih analiza. Međutim, jedan je razlog bio izrazito dominantan, čineći približno 77% svih prijavljenih slučajeva nepodmirenih potreba (vidi Tablicu 5 u poglavlju 6.1. „Prvi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja“). Stoga je, u svrhu provjere robusnosti nalaza, provedena dodatna analiza ograničena na taj razlog, a rezultati su uspoređeni s glavnim modelom kako bi se procijenila stabilnost učinaka.

5.3.Kvalitativni dio istraživanja

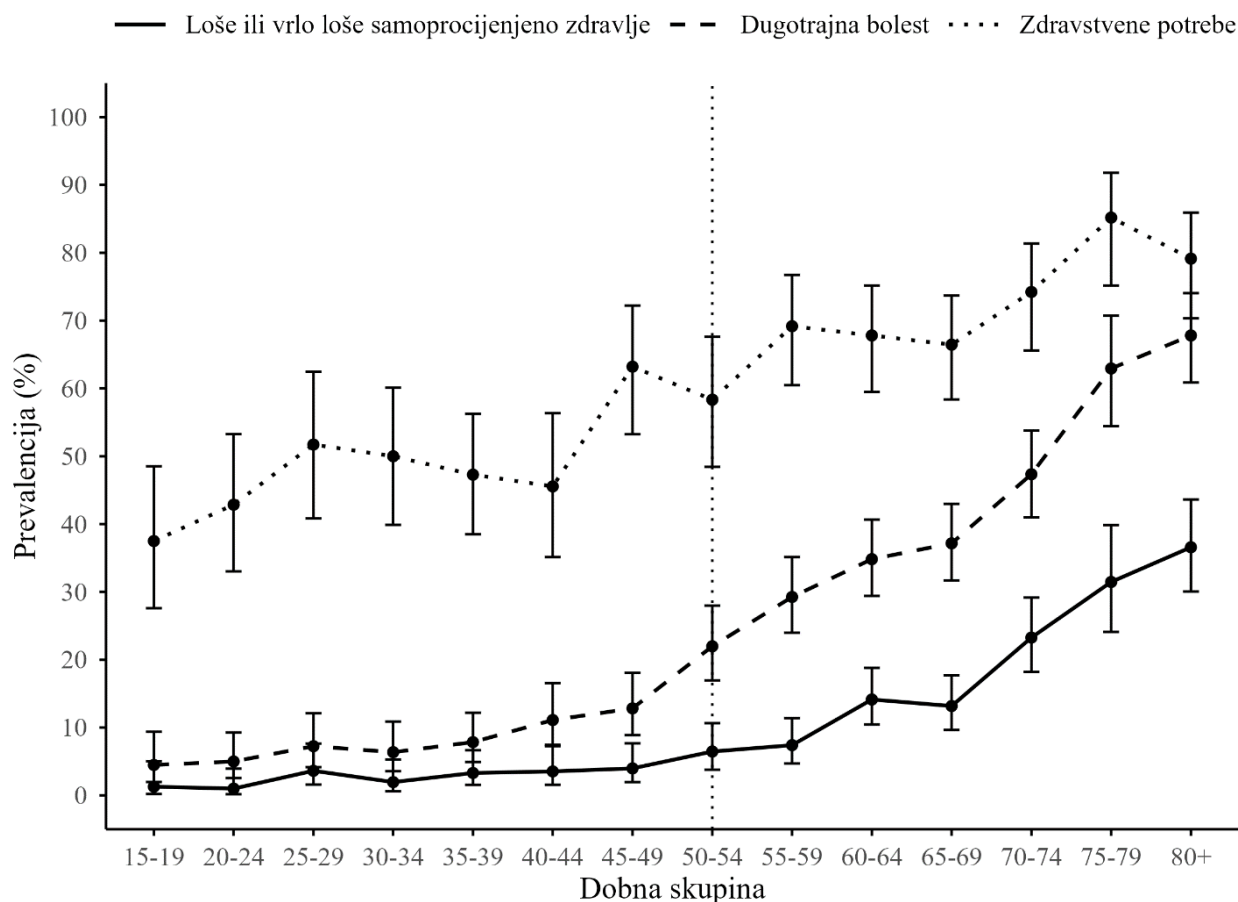
Kvalitativna analiza podataka prikazana u ovome radu temelji se na 33 biografska narativna intervjua prikupljena u razdoblju od studenoga 2023. do rujna 2024. godine. Ciljana populacija obuhvatila je osobe starije od 50 godina koje su tijekom prethodne godine imale potrebu koristiti neki oblik zdravstvenih usluga.

Odabir populacije osoba sa zdravstvenim potrebama temelji se na pretpostavci da upravo one posjeduju relevantno i bogato iskustvo u interakciji s pružateljima zdravstvene zaštite te da mogu prepoznati prepreke u pristupu sustavu i druge čimbenike koji utječu na njihovo zdravlje. Dobna granica od 50 i više godina određena je na temelju nalaza kvantitativnog dijela istraživanja, koji upućuju na relevantnost dobi u oblikovanju iskustava s bolestima i zdravstvenim sustavom.

Temeljem podataka iz ESS-a, slika 2 prikazuje udio ispitanika s dugotrajnim bolestima, lošim i vrlo lošim samoprocijenjenim zdravljem te zdravstvenim potrebama, odnosno činjenicu da su u posljednjih 12 mjeseci trebali obaviti liječnički pregled ili liječenje. Iz grafikona je vidljivo da se prevalencija lošeg i vrlo lošeg samoprocijenjenog zdravlja te zdravstvenih potreba počinje povećavati od dobne skupine 50-54 (označene isprekidanom vertikalnom crtom), dok su dugotrajne bolesti osobito učestale u starijim dobnim kategorijama.

Slika 2

Prevalencije dugotrajnih bolesti, lošeg ili vrlo lošeg samoprocijenjenog zdravlja te zdravstvenih potreba stanovnika RH.



Napomena. Isprekidanom linijom označena je granica od koje se počinje povećavati prevalencija dugotrajnih bolesti i lošeg i vrlo lošeg samoprocijenjenog zdravlja.

5.3.1. Uzorkovanje, odabir i regrutacija sudionika

Za odabir slučajeva bogatih informacijama primijenjeno je svrhovito uzorkovanje, pri čemu su kombinirane strategije uzorkovanja maksimalne varijacije (radi obuhvaćanja što šireg spektra iskustava i perspektiva povezanih s promatranim fenomenom) (Palys, 2008) te kvotnog uzorkovanja. Kako navodi Morgan (2008), u kvalitativnim istraživanjima kvotno uzorkovanje ne služi stvaranju reprezentativnog uzorka, već osiguravanju uključivanja ključnih obilježja kako bi

se izbjegla pristranost. Kvote se pritom obično postavljaju prema istraživački relevantnim kategorijama u razumno izvedivom opsegu. Imajući u vidu da je jedan od temeljnih ciljeva istraživanja objasniti način na koji kontekstualni čimbenici u interakciji s relacijskim i individualnim svojstvima pojedinaca oblikuju njihove odluke, ključno obilježje bili su različiti tipovi naselja: i) naselja s dostupnim uslugama sekundarne ili tercijarne razine zdravstvene zaštite (u pravilu makroregionalni i županijski centri); ii) naselja s dostupnim uslugama primarne razine zdravstvene zaštite (u pravilu općinski centri); iii) naselja bez dostupnih primarnih zdravstvenih usluga (u pravilu ruralna naselja).

Istraživanje je dobilo pozitivno mišljenje nadležnog etičkog povjerenstva (Prilog 3). Radi zaštite povjerljivosti sudionika, svi podaci se prikazuju uz korištenje pseudonima. Kako bih pružio kontekst citatima iz intervjua, uz pseudonim i dobnu kategoriju sugovornika, prikazujem i tip mjesta stanovanja prema razini dostupne zdravstvene zaštite. Oznaka RZZ3 označava naselje u kojem je dostupna tercijarna razina zdravstvene zaštite (klinički bolnički centar), RZZ2 sekundarnu razinu (opća bolnica), RZZ1 primarnu razinu (liječnik opće prakse), dok RZZ0 upućuje na naselja u kojima zdravstvena zaštita nije dostupna ni na primarnoj razini. U prikazu rezultata ne navodim mjesta stanovanja sugovornika niti bilo koje druge potencijalno identificirajuće podatke koji nisu nužni za razumijevanje nalaza. Iznimka su slučajevi kada su se sugovornici referirali na makroregionalna središta poput Zagreba, Splita, Rijeke ili Osijeka. Naime, s obzirom na veličinu navedenih gradova, ti se podaci ne smatraju identificirajućima i zato su ostavljeni u transkriptima i uključeni u prikaz rezultata.

Tablica 3 prikazuje sociodemografska i socioekonomska obilježja sugovornika prema tipovima naselja. U skladu sa strategijom maksimalne varijacije i kvotnog uzorkovanja, nastojalo se postići heterogenost uzorka s obzirom na spol, dob i socioekonomski status. Iako nije bilo izvedivo pokriti sve moguće kombinacije ovih obilježja, cilj je bio osigurati zastupljenost na ključnoj dimenziji uzorkovanja, odnosno tipu naselja. Intervjui su pritom provedeni u različitim regijama Hrvatske: Istri (11 sugovornika iz 5 naselja), Slavoniji (11 sugovornika iz 4 naselja), Gradu Zagrebu (5 sugovornika), Dalmaciji (4 sugovornika iz jednog naselja) i Zagorju (2 sugovornika iz dva naselja).

Tablica 3*Sociodemografske i socioekonomske karakteristike uzorka kvalitativnog istraživanja*

	Bolnica ili KBC u naselju (RZZ3/RZZ2)	Liječnik opće prakse u naselju (RZZ1)	Nije dostupna zdravstvena zaštita u naselju (RZZ0)
	N	N	N
Spol			
Muškarci	4	7	2
Žene	7	8	5
Dob			
Od 50 do 60 godina	3	4	0
Od 61 do 70 godina	7	9	2
Više od 70 godina	1	2	5
Stupanj obrazovanja			
Primarno	0	3	0
Sekundarno	5	6	3
Tercijarno	6	6	4

Sudionici su regrutirani putem osobnih kontakata istraživača, a nakon identifikacije više početnih točaka regrutacija se nastavila metodom snježne grude. U ovoj fazi posebno su iskorištene mreže udruga pacijenata i umirovljenika. Naime, voditelji udruga posredovali su u uspostavljanju kontakata sa svojim članovima, čime je omogućeno uključivanje osoba koje zadovoljavaju specifične profile sudionika koji su u tom trenutku nedostajali u uzorku. Na taj je način osigurana veća raznolikost sudionika s obzirom na zdravstvene potrebe i sociodemografske karakteristike, a postupak je također pridonio smanjenju rizika da uzorak ostane ograničen isključivo na neposredne osobne mreže istraživača. Poziv na istraživanje, koji uključuje i informacije potrebne za dobivanje informiranog pristanka, dostupan je u Prilogu 2.

5.3.2. Procedura i metoda intervjuiranja

Podaci za kvalitativnu dionicu istraživanja prikupljeni su biografsko-narativno-interpretativnom metodom intervjuiranja (BNIM). Ovu je metodu razvio Wengraf (2001) na temelju interakcionističke i fenomenološke tradicije istraživanja razvijane od 1970-ih na berlinskom Institutu za kvalitativna društvena istraživanja *QUATEX*T. Tehnike i metode triangulacije koje je

razvila ova škola omogućuju istraživačima prikupljanje životnih priča pojedinaca, pri čemu je posebna pozornost usmjerena na interpretaciju narativa u širem društvenom kontekstu (Wengraf, 2001).

Kako bi se istraživačka pitanja preciznije adresirala, fokus je stavljen na specifičan tip biografskog narativa koji se odnosi na iskustva života s kroničnim bolestima i navigacije kroz često vrlo kompleksan sustav zdravstvene zaštite. Narativni pristup, konkretno BNIM metoda, odabran je zato što mnoga iskustva, pretpostavke i oblici znanja koji oblikuju život pojedinca i njihove zdravstvene ishode često nisu izravno dostupni standardnim kvalitativnim metodama poput polustrukturiranih intervjua (Wengraf, 2001). Dobar primjer za to jest razumijevanje načina na koji društveni kapital može oblikovati zdravstvene odluke i ishode. Naime, za očekivati je da ne bi bilo korisno izravno pitati sugovornike na koji im način, primjerice, povjerenje u druge ljude u njihovoj okolini (kao indikator društvenog kapitala na kontekstualnoj razini) pomaže donijeti odluke oko svojeg zdravlja. Kao što ističe Wengraf (2001), traženjem eksplicitnog znanja od osobe možemo dobiti samo onaj materijal koji sudionik sam doživljava kao svjesno problematičan, važan ili u nekom obliku kontroverzan. Takve probleme sugovornici s lakoćom mogu verbalno artikulirati. Međutim, kroz njihove narative o suočavanju sa zdravstvenim poteškoćama, ovi se mehanizmi otkrivaju posredno i nenamjerno. Tijekom artikulacije narativa, sugovornik prenosi implicitne i nesvjesne pretpostavke i norme pojedinca ili grupe kroz materijal kojeg svjesno ne problematiziraju, odnosno na kojeg on ili ona ne obraća izravnu pažnju.

Ova je metoda prema tome vrlo sukladna relacijskoj perspektivi koja je u ovome radu važna za razumijevanje relacijskih svojstva koje oblikuju način na koji ljudi donose zdravstvene odluke. Naime, za Bourdieua koncept habitusa, koji se formira kroz trajna iskustva u određenoj društvenoj poziciji i relaciji s drugim pozicijama, predstavlja internalizirani okvir za akciju koji djeluje na *podsvjesnoj* razini. Drugim riječima, habitus, kao sistem trajnih dispozicija koje oblikuju percepcije, razmišljanje i djelovanje, postaje ključnim dijelom naših identiteta i životnih priča, pri čemu ljudi održavaju taj identitet uglavnom podsvjesno (Joas i Knöbl, 2009). Poticanjem narativa o iskustvima s kroničnim bolestima možemo doći do materijala kojeg svjesno ne problematiziraju i tako dobiti bolji uvid u to kako su ta iskustva oblikovana kombinacijom ograničenja i resursa koja proizlaze iz mjesta stanovanja, ali i individualnih i relacijskih svojstava.

Slijedeći preporuke Wengrafa (2001), intervju je proveden u tri cjeline. U prvoj se cjelini, nakon kratkog uvodnog pitanja osmišljenog da „probije led” i stvori ugodnu atmosferu pogodnu za intervjuiranje, postavlja jedno inicijalno narativno pitanje čiji je cilj potaknuti sugovornika na iznošenje biografskog narativa (SQUIN – *Single Question Aimed at Inducing Narrative*). Pitanje koje je osmišljeno za potrebe ovog istraživanja bilo je:

Možete li mi molim Vas ispričati priču o Vašem iskustvu s [tom bolešću] od trenutka kada ste prvi put dobili simptome do danas? Ispričajte mi o svim iskustvima i svim događajima koji su Vam osobno bili važni. Na raspolaganju imate vremena koliko god trebate. Ja ću prvo samo slušati, neću prekidati. Samo ću raditi neke bilješke za pitanja koja bih mogao imati o svemu tome nakon što završite sa svojim pričanjem.

U ovoj fazi sva dodatna pitanja ili druge intervencije intervjuera svode se na minimum i ostavljaju se za kasniju cjelinu intervju. Nakon što sudionik iznese svoj inicijalni narativ, slijedi druga cjelina intervju. U ovoj fazi intervjuer postavlja pitanja koja služe isključivo za poticanje daljnjih priča o temama koje je sudionik već spomenuo, prateći kronološki redoslijed iznošenja i koristeći točne riječi, fraze i sintagme koje je sudionik prethodno izrekao i koje je intervjuer zabilježio. Cilj je dobiti dodatne narative o konkretnim slučajevima (PIN – *Particular Incident Narrative*) koji zahtijevaju daljnju pažnju. Primjerice, u jednom intervjuu sudionica je u inicijalnom narativu spomenula poteškoće s dolaskom do potrebne zdravstvene usluge, pri čemu sam u drugoj cjelini zamolio da se na to vrati i dodatno produbi priču, koristeći pritom njezine vlastite riječi:

Ranije ste rekli da s obzirom na te ogromne liste čekanja i odgađanje (...), treba često tražiti neke „obilazne načine” da se dođe do (...) zdravstvene usluge. Možete li mi malo opisati kako to funkcionira?

U završnoj, trećoj cjelini intervju postavljana su dodatna pitanja koja se odnose na teme koje sudionik nije obradio u inicijalnom narativu, ali su relevantne za istraživačka pitanja studije. Iako Wengraf (2001) preporučuje da se ovakva dodatna ispitivanja provedu kao zasebni intervju u drugom terminu, iz praktičnih razloga sva su pitanja postavljena unutar jedne sesije. Ova je cjelina intervju strukturirana nalik klasičnom polustrukturiranom intervjuu, u kojem interakcija između istraživača i sudionika više nije pasivno slušanje narativa, već aktivni dijalog. Pitanja u ovoj fazi

nisu bila usmjerena na poticanje narativnog pripovijedanja, nego su se fokusirala isključivo na dobivanje informacija relevantnih za istraživačka pitanja.

Za potrebe intervjuiranja razvijen je vodič koji uključuje uvodno pitanje za uspostavljanje povjerenja, inicijalno pitanje usmjereno na dobivanje narativa (SQUIN), te niz pitanja koja su postavljena u trećoj cjelini BNIM intervjuja, a pokrivaju teme dostupnosti zdravstvene zaštite, zadovoljstva zdravstvenim uslugama te uloge društvenih mreža i društvene podrške u navigaciji sustavom zdravstvene zaštite. Ona su bila postavljena samo u slučajevima kada sudionici u svom inicijalnom narativu nisu sami otvorili navedene teme. Protokol za intervjuiranje dostupan je u Prilogu 4. Intervjui su se u pravilu održavali u domovima sudionika, a manji broj razgovora odvijao se u kafiću te u prostorima udruga pacijenata i umirovljenika, uz osiguravanje uvjeta za privatnost i kvalitetno snimanje.

5.3.3. *Analiza kvalitativnih podataka*

Kvalitativni podaci analizirani su tematskom analizom, metodom koja se široko koristi za identificiranje i interpretiranje obrazaca značenja unutar kvalitativnog skupa podataka, a čiji je krajnji cilj razvoj tematskih cjelina (Braun i Clarke, 2022). U ovom istraživanju primijenjena je specifična varijanta koju Braun i Clarke (2022) nazivaju refleksivna tematska analiza, a koja naglašava aktivnu ulogu istraživača u proizvodnji znanja te uključuje kontinuiranu kritičku refleksiju o vlastitoj istraživačkoj poziciji, praksi i analitičkom procesu.

S obzirom na to da je primarni cilj kvalitativne faze istraživanja bio istražiti mehanizme koji stoje iza kvantitativnih nalaza, primijenjen je eksplorativan i induktivan analitički pristup. Za razliku od kvantitativne analize, koja je bila usmjerena na varijable i njihove povezanosti, ovdje je naglasak bio na zahvaćanju složenosti životnih iskustava kroz prepoznavanje različitih obrazaca značenja. Podaci stoga nisu analizirani prema unaprijed zadanom teorijskom okviru, nego je analiza građena induktivno, „odozdo prema gore”, odnosno od sirovih podataka prema kodovima i kategorijama te širim tematskim cjelinama.

Kodiranje je bilo organizirano u tri faze, pri čemu je analitički postupak bio inspiriran radovima Braun i Clarke (2022) te Saldaña (2016). Prva faza, koju Braun i Clarke nazivaju – *familijarizacija*, a Saldaña – *inicijalno kodiranje*, podrazumijevala je detaljno upoznavanje s podacima i razvijanje dubinskog razumijevanja materijala. U ovoj fazi istraživač zapisuje ideje i opažanja koja se javljaju

tijekom procesa upoznavanja s podacima, a koja mogu poslužiti za daljnje usmjeravanje i oblikovanje teorijsko-analitičkog pristupa. Time istraživač ostaje otvoren prema različitim teorijskim mogućnostima koje proizlaze iz interpretacije podataka (Saldaña, 2016). Nakon faze familijarizacije započelo je kodiranje. U prvom ciklusu korištena je kombinacija strukturnih i *in-vivo* kodova, dok je u drugom ciklusu primijenjen princip kodiranja obrazaca (engl. *pattern coding*), kako bi se podaci saželi u manji broj analitičkih kodova, kategorija ili tema. Kodiranje i upravljanje podacima većinom su provedeni u softveru MAXQDA 2022⁷.

Validaciju svojih interpretacija proveo sam primjenom metode negativnih slučajeva, kojom istraživač ponovno prolazi kroz podatke, tražeći obrasce ili primjere koji se protive postojećim interpretacijama ili zaključcima. Na taj način razumijevanje obrazaca značenja dobivenih tematskom analizom može biti produbljeno razmatranjem slučajeva koji od njih odstupaju, odnosno onih koji nisu u skladu s generalnim zaključcima istraživanja (Patton, 1990).

Pri opisivanju metodoloških aspekata te strategije analiziranja podataka kvalitativnog dijela istraživanja, vodio sam se smjernicama i primjerima dobre prakse u kvalitativnom izvještavanju koje je u uvodniku tematskog broja Revije za sociologiju „Kvalitativna istraživanja rodni procesa i odnosa” opisala Vučković Juroš (2022).

⁷ U duhu transparentnosti, važno je naglasiti da se analiza u softveru nije završila jasno definiranim temama koje su prikazane u ovom radu. Umjesto toga, teme kao glavni nalazi proizašle su iz samoga procesa pisanja. Nakon drugog kruga kodiranja, analiza je u softveru završila kombinacijom inicijalnih tema i onoga što Braun i Clarke (2022) nazivaju tematskim sažecima (engl. *topic summaries*), odnosno sažecima svega što je rečeno, grupiranim u klastere prema određenom ključu.

Za razliku od „pravih” tema, tematski sažeci ne dijele nužno zajedničko središnje značenje, niti se ono moglo jasno identificirati. Primjerice, inicijalna podtema „instrumentalna podrška” obuhvaćala je čitav raspon odgovora, uključujući i međusobno kontradiktorne obrasce, bez jasne koherentne ideje. Stoga sam se odlučio za pristup kojeg Richardson i St. Pierre (2005) opisuje kao „pisanje kao metoda istraživanja”. Taj pristup polazi od pretpostavke da je pisanje nerazdvojni dio analitičkog procesa, jer istraživači u samom činu pisanja istodobno razmišljaju, analiziraju i dolaze do novih uvida. Ovakvo razumijevanje analize u potpunosti je usklađeno s refleksivnom tematskom analizom. Kako ističu Braun i Clarke (2022), pisanje je ujedno i proces *produciranja* analize, pri čemu analiza nikada nije u potpunosti dovršena u softveru, a zatim opisana u izvještaju (za razliku od kvantitativnih istraživanja), nego je uvijek otvorena i podložna daljnjem propitivanju.

5.3.4. Refleksivnost istraživača

Refleksivnost ima ključnu ulogu u procjeni valjanosti odluka i zaključaka u kvalitativnim studijama općenito (Vučković Juroš, 2022), a posebno u refleksivnoj tematskoj analizi (Braun i Clarke, 2022). Ona podrazumijeva preuzimanje odgovornosti za istraživačke odluke te prepoznavanje načina na koji te odluke oblikuju odnose s ispitanicima, pitanja koja se postavljaju, prikupljanje podataka i njihovu konačnu interpretaciju (Braun i Clarke, 2022). Kako ističe Vučković Juroš (2022), odluke i zaključci temeljeni na osobnim dojmovima, osjećajima i mišljenjima trebaju biti eksplicitno uključeni u istraživački proces i kontekstualizirani u analizi, jer se istraživač uvijek prilagođava kontekstu i situacijama na terenu. Taj proces, međutim, ne smije ostati nesvjestan ili nerazmotren.

Stoga su izjave o pozicioniranju istraživača, njegovim odnosima sa sudionicima, pretpostavkama koje unosi u analizu i promišljanjima vlastite uloge ključne za razmatranje valjanosti nalaza u kvalitativnim studijama, a danas se u izvještavanju standardno zahtijevaju. Primarni cilj takve prakse jest dovesti u pitanje konvencionalne predodžbe o tome da se znanje proizvodi neovisno o samom istraživaču (Creswell i Clark, 2017) i prepoznavanje činjenice da je istraživač, odnosno njegov ili njezin subjektivitet, ključan element istraživačkog procesa (Vučković Juroš, 2022). Činjenica da sam mladi, visokoobrazovani i oženjeni muškarac imala je utjecaj na interakciju sa sugovornicima te uspostavljanje atmosfere povjerenja. U nekim slučajevima to je bilo i eksplicitno izraženo – primjerice, jedna je sugovornica komentirala moj bračni status riječima: „oho, pa vi ste i oženjeni - baš lijepo!” Ta mi je situacija jasno dala do znanja da činjenica da je moj bračni status, usklađen s dominantnim heteronormativnim modelom tradicionalne obitelji (muž i žena), doprinio stvaranju povjerenja sa sugovornicima. Moj je rod također utjecao na način oblikovanja narativa, osobito kada su teme obuhvaćale ginekologiju, trudnoću ili porod. Jedna je sudionica to i izravno adresirala: „Žensko sa ženskim je strah. A sad, [kako] da vam objasnim kako? Muško ste, pa ... [smijeh].” Takvi su trenuci bili rijetki, ali su pokazali kako rodna dinamika oko osjetljivih zdravstvenih pitanja može utjecati na razinu ugone sudionika i artikulaciju njihovih iskustava.

Osim toga, refleksivnost je uključivala i kritičko preispitivanje moje istraživačke „pozadine” i epistemoloških usmjerenja. Iako sam već imao iskustva u provođenju kvalitativnih intervjua, moj je akademski put bio snažno usmjeren na kvantitativne metode i pozitivističko-empiricistički pristup. To je otežavalo izgradnju onoga što Braun i Clarke (2022) nazivaju „kvalitativnom

senzibilnošću”, odnosno sposobnosti prepoznavanja i propitivanja dominantnih pretpostavki ukorijenjenih u vlastitom kulturnom kontekstu te razumijevanja znanja kao situiranog i konstruiranog. Ipak, upoznavanje s tim konceptom pomoglo mi je da te senzibilnosti osvijestim i postupno usvojim. Naposljetku, kao netko tko nije do sada imao iskustvo s provedbom biografskih narativnih intervjuja, bilo je vrlo izazovno držati se forme intervjuja na način na koji je opisano u knjizi Wengraf (2001). Primjerice, kod nekih intervjuja narativna forma inicijalnog narativa nije se u potpunosti održala, jer su sudionici preferirali da im se postavljaju konkretna pitanja na koje mogu dati jednoznačni odgovor. U takvim slučajevima smjernice nalažu kontinuirano usmjeravanje razgovora natrag prema narativu, no u praksi su pojedini intervjui završili bliže polustrukturiranim intervjuima nego standardnim BNIM intervjuima, upravo zbog nedostatka istraživačkog iskustva koje bi mi olakšalo da se držim protokola.

6. REZULTATI

6.1.Prvi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja

U Tablici 4 prikazane su apsolutne i relativne frekvencije sociodemografskih obilježja i ostalih nezavisnih i zavisnih varijabli koje će se koristiti u višerazinskim regresijskim analizama na uzorku sudionika u dobi od 30 i više godina, prema krugu ESS-a. Iz tablice je vidljivo da se sudionici dvaju krugova ESS-a po većini obilježja ne razlikuju značajno. Jedina razlika uočena je u prosječnoj dobi, pri čemu je u 11. krugu ona nešto veća u odnosu na 10. krug.

Kao što je prikazano u tablici, u dva analizirana kruga istraživanja 13% ispitanika procijenilo je svoje opće zdravlje kao loše ili vrlo loše, dok je između 29% i 32% navelo da ima dugotrajne bolesti koje ograničavaju svakodnevno funkcioniranje. Nadalje, podaci pokazuju da 77% ispitanika ima određene zdravstvene potrebe, odnosno da su tijekom posljednjih godinu dana imali potrebu obaviti liječnički pregled ili liječenje. Također, 15% ukupnog uzorka ima nepodmirene zdravstvene potrebe, što znači da nisu uspjeli obaviti potrebni pregled ili liječenje.

Tablica 4

Deskripcija sociodemografskih obilježja te nezavisnih i zavisnih varijabli (ponderirani podaci 10. i 11. kruga Europskog društvenog istraživanja na poduzorku stanovnika RH u dobi od 30 i više godina).

	10. krug (N = 1.270)	11. krug (N = 1.281)	<i>p – vrijednost</i>
	N (%)	N (%)	
Spol			
Muškarci	578 (47%)	624 (48%)	0,573
Žene	657 (53%)	676 (52%)	
Društvena klasa (EGP shema)			
Nemanualni nadzornici	335 (28%)	344 (28%)	0,480
Rutinski nemanualni radnici	207 (18%)	198 (16%)	
Kvalificirani manualni radnici	175 (15%)	161 (13%)	
Nekvalificirani manualni radnici	252 (21%)	298 (24%)	
Samozaposleni radnici	100 (8%)	105 (9%)	
Dugoročno nezaposleni	109 (9%)	121 (10%)	
Obrazovanje			
Primarno	253 (20%)	268 (21%)	0,778
Sekundarno	719 (58%)	736 (57%)	
Tercijarno	261 (21%)	295 (23%)	
Prihodovni kvintili			
1. kvartil	206 (23%)	218 (25%)	0,450
2. kvartil	222 (25%)	225 (26%)	
3. kvartil	173 (19%)	171 (19%)	
4. kvartil	166 (19%)	129 (15%)	
5. kvartil	129 (14%)	136 (16%)	
Samoprocijenjeno opće zdravlje			
Vrlo dobro	333 (27%)	350 (27%)	0,697
Dobro	365 (30%)	366 (28%)	
Zadovoljavajuće	369 (30%)	417 (32%)	
Loše	124 (10%)	130 (10%)	
Vrlo loše	42 (3%)	35 (3%)	
Prisutnost dugotrajne bolesti			
Nema	870 (71%)	880 (68%)	0,194
Ima	363 (29%)	419 (32%)	

	10. krug (N = 1.270)	11. krug (N = 1.281)	<i>p – vrijednost</i>
	N (%)	N (%)	
Zdravstvene potrebe (samo 11. krug)			
Nema zdravstvene potrebe	–	416 (33%)	–
Ima podmirene zdravstvene potrebe	–	643 (52%)	
Ima nepodmirene zdravstvene potrebe	–	183 (15%)	
Učestalost društvenih kontakata			
Nikad	21 (2%)	24 (2%)	0,220
Rjeđe nego jednom mjesečno	120 (10%)	90 (7%)	
Jednom mjesečno	108 (9%)	105 (8%)	
Nekoliko puta mjesečno	256 (21%)	240 (19%)	
Jednom tjedno	175 (14%)	190 (15%)	
Nekoliko puta tjedno	291 (24%)	349 (27%)	
Svaki dan	265 (21%)	299 (23%)	
Društvena participacija			
Mnogo manje nego drugi	219 (18%)	262 (20%)	0,437
Manje nego drugi	352 (29%)	380 (29%)	
Uglavnom podjednako	497 (41%)	471 (36%)	
Više nego drugi	115 (9%)	135 (10%)	
Mnogo više nego drugi	38 (3%)	45 (4%)	
Broj ljudi za razgovor o intimnim i osobnim temama			
Ni s kim	126 (10%)	171 (13%)	0,734
1	269 (22%)	288 (22%)	
2	316 (26%)	312 (24%)	
3 ili više	518 (42%)	519 (40%)	
Dob, M (SD)	56.5 (15.3)	58.8 (15.5)	0,003

Napomena: Prikazane p-vrijednosti odnose se na rezultate hi-kvadrat testa, dok je za usporedbu prosječnih vrijednosti dobi iznimno korišten t-test za nezavisne uzorke (M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija).

Tablica 5 prikazuje glavne razloge zbog kojih sudionici s nepodmirenim zdravstvenim potrebama nisu uspjeli obaviti potrebni pregled ili liječenje. Najveći udio ispitanika (77%) naveo je da su potrebe nepodmirene zbog preduge liste čekanja ili nedostatak slobodnih termina, što čini oko 11% ukupnog uzorka. S druge strane, tek 8% onih s nepodmirenim potrebama navelo je da je razlog nedostupnost potrebnog liječenja u mjestu stanovanja ili njegovoj bližoj okolini, što predstavlja oko 1,2% ukupnog uzorka.

Tablica 5

Apsolutne i relativne frekvencije razloga za nepodmirene zdravstvene potrebe (ponderirani podaci 11. kruga Europskog društvenog istraživanja).

Razlozi za nepodmirene zdravstvene potrebe	Apsolutna frekvencija	Udio među sudionicima s nepodmirenim zdravstvenim potrebama (N = 184)	Udio u ukupnom uzorku sudionika (N = 1.281)
Lista čekanja je bila predugačka ili nije bilo slobodnih termina	141	77,0%	11,0%
Nemogućnost izostanka s posla ili zbog drugih obaveza	25	13,7%	2,0%
Potrebno liječenje nije bilo dostupno u mjestu stanovanja ili bližoj okolini	15	8,2%	1,2%
Nisu to mogli platiti	8	4,4%	0,6%
Drugi razlozi	12	6,5%	0,9%

Bivarijatne povezanosti zavisnih i nezavisnih varijabli korištenih u višerazinskim regresijskim analizama prikazane su u Tablici 6. Bolje samoprocijenjeno opće zdravlje statistički je značajno povezano s mlađom dobi, većim obrazovanjem i prihodima kućanstva te češćim društvenim kontaktima, većom participacijom i podrškom. Druga zavisna varijabla pokazuje sličan obrazac, odnosno dugotrajne su bolesti češće prisutne u starijoj dobi te kod niže obrazovanih i s nižim prihodima, a povezane su i s rjeđim društvenim kontaktima, manjom participacijom i društvenom podrškom.

Varijabla društvena klasa nije uključena u glavnu korelacijsku tablicu prikazanu u Tablici 6 jer EGP klasifikacija uključuje samozaposlene, koji kvalitativno odstupaju od ostatka hijerarhije i time narušavaju ordinalni „raspored” varijable. Stoga je provedena zasebna bivarijatna analiza u kojoj su samozaposleni isključeni ($N = 2.222$), čime je društvena klasa mogla biti tretirana kao ordinalna, a rezultati te analize su prikazani u Prilogu 5. Rezultati te zasebne bivarijatne korelacijske analize pokazuju očekivane obrasce: društvena klasa značajno je povezana s samoprocijenjenim zdravljem ($r = -0,24$, $p < 0,01$) i prisutnošću dugotrajnih bolesti ($r = 0,24$, $p < 0,01$).

Kako bismo ilustrirali razlike u zdravstvenim ishodima prema socioekonomskom statusu, na Slici 3 prikazane su predviđene vjerojatnosti i 95% intervali pouzdanosti za dvije zavisne varijable: prisutnost dugotrajne bolesti te lošeg ili vrlo lošeg samoprocijenjenog općeg zdravlja (za potrebe ove analize, samoprocijenjeno opće zdravlje je rekodirano u binarnu varijablu). Vjerojatnosti su procijenjene pomoću binarne logističke regresije, kontrolirajući za dob i spol ispitanika.

Tablica 6

Bivarijatne korelacije sociodemografskih varijabli te zavisnih i nezavisnih varijabli koje se koriste u višerazinskoj regresijskoj analizi.

Varijable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Spol	—								
2. Dob	0,04*	—							
3. Obrazovanje	-0,04*	-0,34**	—						
4. Prihodi kućanstva	-0,07**	-0,43**	0,43**	—					
5. Samoprocijenjeno opće zdravlje	0,06**	0,49**	0,32**	0,35**	—				
6. Prisutnost dugotrajnih bolesti	0,05*	0,41**	-0,28**	-0,31**	-0,60**	—			
7. Učestalost društvenih kontakata	-0,08**	-0,25**	0,13**	0,15**	0,24**	-0,18**	—		
8. Društvena participacija	-0,13**	-0,26**	0,26**	0,26**	0,31**	-0,24**	0,31**	—	
9. Društvena podrška	-0,08**	-0,17**	0,15**	0,19**	0,17**	-0,13**	0,23**	0,29**	—

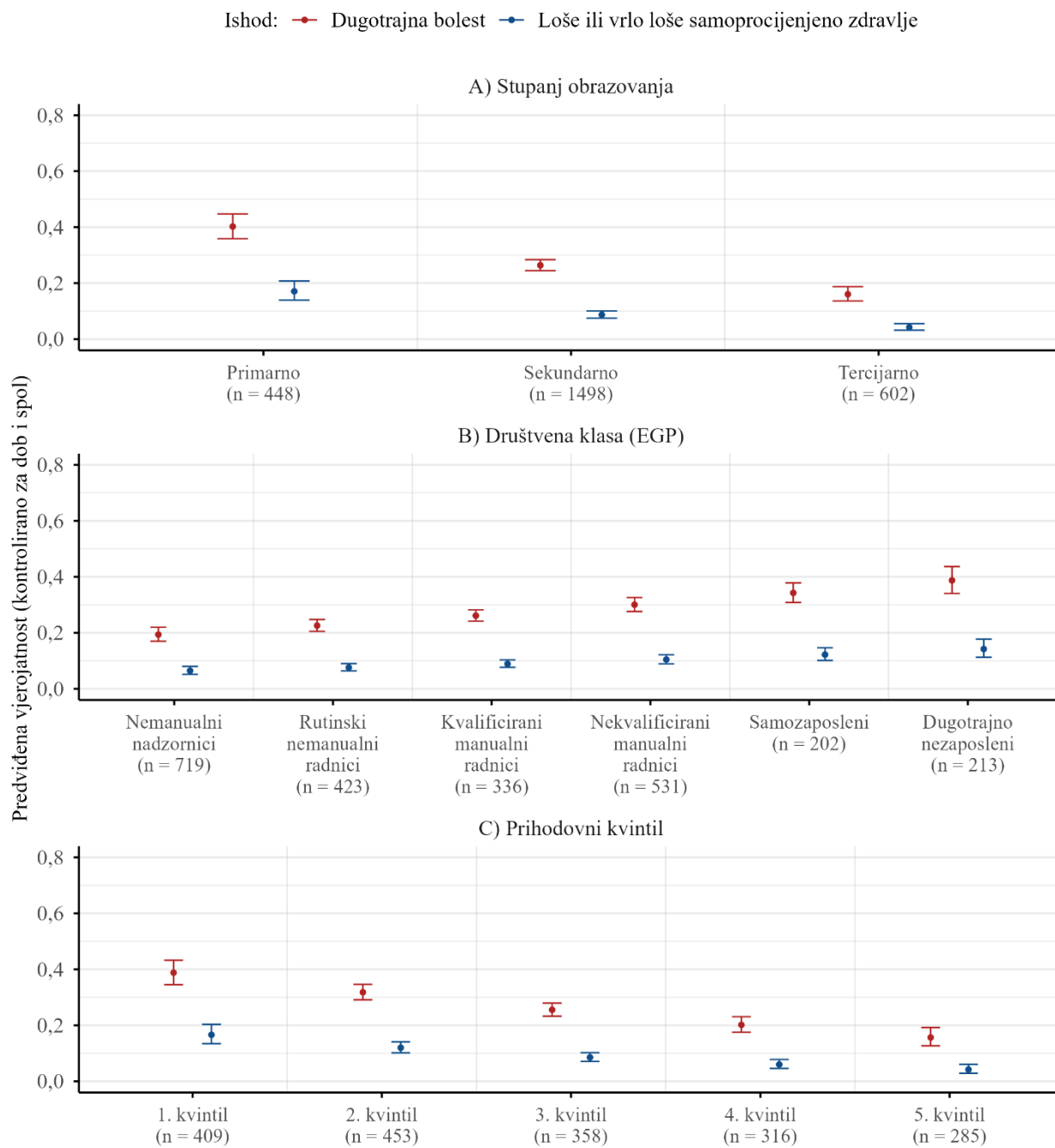
Napomena: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Predviđene vjerojatnosti pritom su prikazane za tri indikatora socioekonomskog statusa, odnosno za obrazovanje (panel A), društvenu klasu (panel B) te prihodovne kvintile (panel C). Graf jasno pokazuje da se predviđena vjerojatnost loših zdravstvenih ishoda povećava s nižim obrazovanjem, nižom društvenom klasom te nižim prihodovnim kvintilima, pri čemu je ta razlika izraženija za dugotrajne bolesti nego za samoprocijenjeno opće zdravlje. Konkretnije, osobe s primarnim obrazovanjem imaju znatno veću vjerojatnost prisutnosti dugotrajne bolesti (40%) u odnosu na one s tercijarnim obrazovanjem (16%), dok se sličan obrazac vidi i za loše samoprocijenjeno zdravlje (17% naspram 4%).

Razlike su prisutne i među društvenim klasama i prihodima, pri čemu najsiromašnija petina stanovništva i dugotrajno nezaposleni imaju najviše procijenjene vjerojatnosti bolesti, dok su one najniže među nemanualnim nadzornicima i najimućnijim ispitanicima. Ukupno gledajući, predviđanja potvrđuju dosljedan socioekonomski gradijent, pri čemu je niži socioekonomski status povezan je s većom vjerojatnošću loših zdravstvenih ishoda.

Slika 3

Predviđene vjerojatnosti za ishode prisutnosti dugotrajne bolesti te lošeg ili vrlo lošeg samoprocijenjenog zdravlja prema trima indikatorima socioekonomskog statusa.



6.1.1. Klasifikacija naselja na temelju analize latentnih profila

Rezultati analize latentnih profila prikazani su u Tablici 7. Iako su pokazatelji pristajanja modela bili najpovoljniji za model s pet latentnih profila, taj je model rezultirao profilima koji su bili mali (u dva najmanja profila svrstano je samo 9, odnosno 10 naselja). Stoga je odluka sužena na izbor između modela s tri i četiri latentna profila.

Usporedba ovih dvaju modela pokazuje da BLRT test podupire rješenje s četiri profila, dok su razlike u informacijskim kriterijima u odnosu na model s tri profila bile relativno male. Međutim, pregledom prosječnih vrijednosti indikatora unutar svakog profila, uočeno je da je u modelu s četiri profila, jedan od profila nastao „raspadanjem” većeg profila iz solucije s tri profila. Taj zaključak potvrđuju i vrlo slične srednje vrijednosti tih dvaju profila na korištenim indikatorima, kao i niže prosječne posteriori vjerojatnosti u soluciji s četiri profila. S druge strane, zadovoljavajuće prosječne posteriori vjerojatnosti u modelu s tri profila (Tablica 7) pokazuju da model s tri latentna profila sadrži dobro diferencirane profile. Ti su profili su ujedno interpretativno smisleniji i proporcionalno veći profile od modela s četiri profila. Osim toga, entropija ovog rješenja bila je visoka (0,91), što dodatno potvrđuje njegovu adekvatnost. Iz navedenih razloga, za daljnje analize odabran je model s tri latentna profila.

Tablica 7

Pokazatelji pristajanja te dijagnostički kriteriji modela.

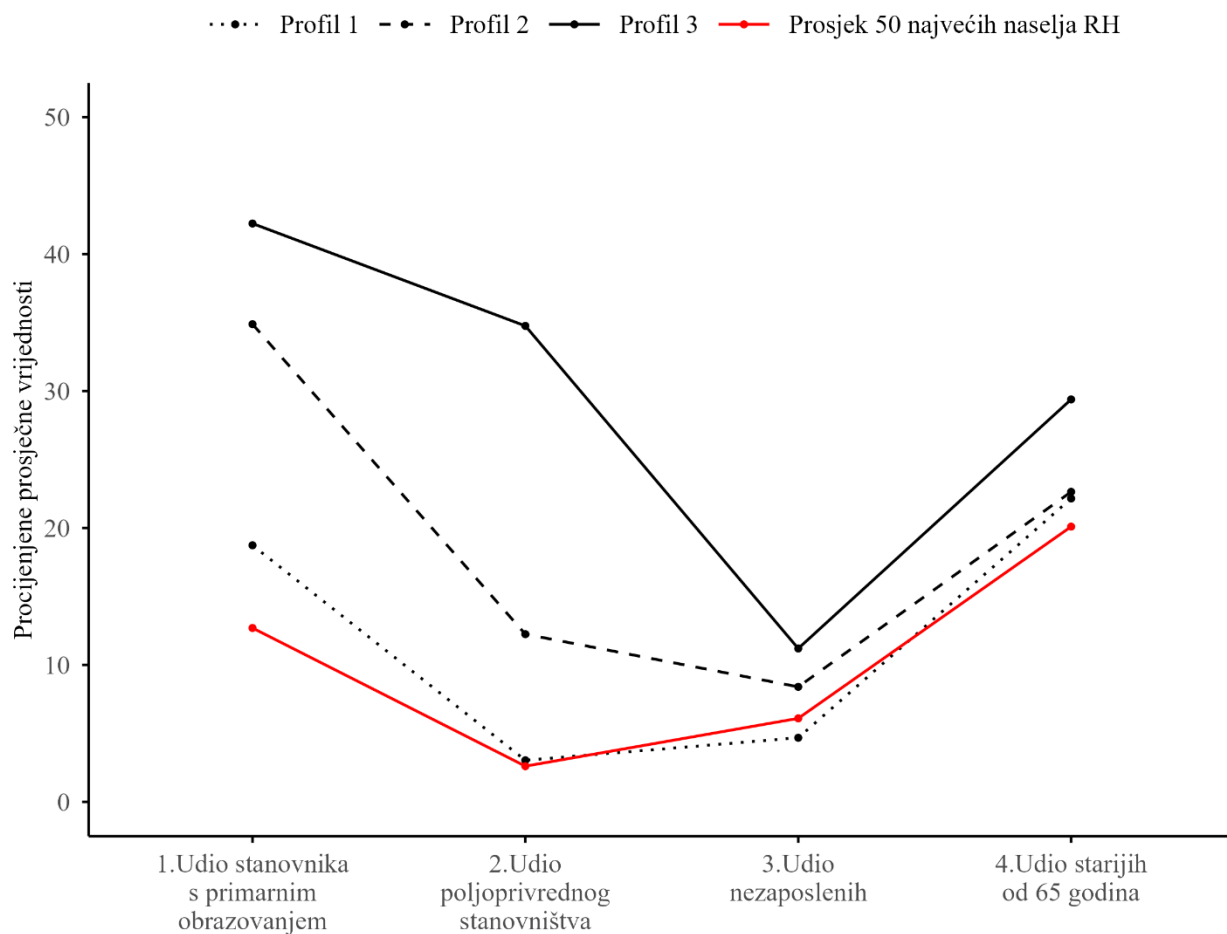
Model	LL	AIC	BIC	SABIC	CAIC	Broj naselja u najmanjem profilu (n)	Entropija	BLRT
1 profil	-6373	12762	12769	12770	12803	479	-	-
2 profila	-6188	12403	12457	12416	12471	31	0,97	369,6**
3 profila	-6060	12155	12230	12173	12247	21	0,91	258,1**
4 profila	-6011	12069	12165	12092	12187	16	0,91	95,7**
5 profila	-5963	11983	12100	12011	12127	9	0,93	81,4**

Napomena. LL = Log likelihood; AIC = Akaike information criterion; BIC = Bayesian information criterion; SABIC = sample-size adjusted BIC; CAIC = consistent Akaike information criterion; BLRT = bootstrapped likelihood ratio test. *p < 0,05; ** p < 0,01.

Slika 4 prikazuje procijenjene prosječne vrijednosti (na y osi) triju latentnih profila za svaki od četiri indikatora na razini naselja (na x osi). Crvenom linijom označene su prosječne vrijednosti za 50 najvećih naselja u RH prema Popisu stanovništva iz 2021. godine, pri čemu ona ne predstavlja latentni profil, već služi radi lakše interpretacije i smještanja profila u širi nacionalni kontekst.

Slika 4

Procijenjene prosječne vjerojatnosti triju latentnih profila naselja na zadanim indikatorima



Najveći udio naselja (72%) svrstan je u profil 1, kojeg karakterizira niski udio stanovnika s primarnim obrazovanjem i poljoprivrednog stanovništva te niske stope nezaposlenosti. Imajući u vidu da se prosječne vrijednosti svih indikatora vrlo bliske prosjeku 50 najvećih naselja (crvena linija na slici), što upućuje da se radi o urbanim i bolje razvijenim naseljima, ovaj profil sam stoga nazvao „urbana naselja”.

Drugi po veličini latentni profil sadrži 23% naselja u uzorku. Radi se o naseljima koja nešto većim prosječnim vrijednostima udjela poljoprivrednog stanovništva i znatno većim udjelom udjela stanovništva s primarnim obrazovanjem, pri čemu su po prosjecima na preostala dva indikatora vrlo slična prvom profilu. Radi se dakle o naseljima koja se od najvećih gradova razlikuju po većem udjelu poljoprivrednog stanovništva i stanovništva s primarnim obrazovanjem. Ovaj sam latentni profil stoga nazvao „ruralna naselja“.

Posljednji latentni profil sadrži najmanji udio naselja u uzorku (4%). Taj profil karakterizira najviši udio poljoprivrednog stanovništva i stanovništva s primarnim obrazovanjem te nešto veću nezaposlenost i udio stanovnika starijih od 65 godina. Kombinacija visokog udjela poljoprivrede, niskog obrazovanja i snažnog demografskog starenja sugerira područja s relativno izraženim socioekonomskim i demografskim izazovima. Ovaj sam latentni profil stoga nazvao „izrazito ruralna naselja“. Ova će tipologija poslužiti kao kontekstualni prediktor u višerazinskim modelima.

Tablica 8 prikazuje broj naselja i ispitanika unutar svakog latentnog profila, razvrstanih prema kategorijama dostupnosti zdravstvene zaštite. Iz tablice je razvidno da u latentni profil prosječnih urbanih naselja ulaze ona naselja u kojima postoje klinički bolnički centri (makroregionalni centri) ili opće bolnice (pretežito županijski centri), dok se u druga dva profila takva naselja ne pojavljuju. Ukupno 38% ispitanika svrstanih u ovome profilu žive u makroregionalnim ili županijskim centrima. Također, uočljivo je da se udio naselja bez ikakve zdravstvene zaštite (niti liječnika u naselju niti bolnice u blizini) povećava s razinom ruralnosti: u latentnom profilu urbanih naselja takvih je 28%, u ruralnima 38%, dok su u izrazito ruralnim naseljima najzastupljenija (45%). Sličan obrazac vidljiv je i za naselja u kojima nema zdravstvene zaštite na primarnoj razini u samom naselju, ali se unutar 20 kilometara nalazi sekundarna zdravstvena zaštita: njihov udio iznosi 23% u urbanim naseljima, 26% u ruralnim te 30% u izrazito ruralnim naseljima.

Tablica 8

Apsolutne i relativne frekvencije dostupnosti zdravstvene zaštite na razini naselja (N = 479) i ispitanika (N = 2.551), prema latentnim profilima naselja.

		Profil 1: Urbana naselja (N = 347)	Profil 2: Ruralna naselja (N = 112)	Profil 3: Izrazito ruralna naselja (N = 20)
Razina dostupnosti zdravstvene zaštite		N (%)	N (%)	N (%)
Bolnica ili KBC u naselju	Naselja	22 (6)	0 (0)	0 (0)
	Ispitanici	793 (38)	0 (0)	0 (0)
Liječnik u naselju, bolnica u blizini	Naselja	80 (23)	16 (14)	1 (5)
	Ispitanici	395 (19)	66 (17)	3 (4)
Liječnik u naselju, <u>nema</u> bolnice u blizini	Naselja	72 (21)	24 (21)	4 (20)
	Ispitanici	321 (15)	90 (23)	7 (10)
Liječnik <u>nije</u> u naselju, bolnica u blizini	Naselja	81 (23)	29 (26)	6 (30)
	Ispitanici	290 (14)	97 (25)	24 (32)
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini	Naselja	92 (27)	43 (38)	9 (45)
	Ispitanici	291 (14)	133 (34)	40 (54)

6.1.2. Višerazinska regresijska analiza

Tablica 9 prikazuje rezultate višerazinske logističke regresijske analize za prisutnost dugotrajne bolesti. U prvom koraku procijenjen je nulti model u kojemu je procijenjen samo fiksni i nasumični odsječak (Model 0). Intraklasni koeficijent korelacije (ICC) iznosio je 4%. Iako je ovaj iznos mali, *likelihood ratio* test pokazuje da višerazinski model pruža značajno bolje pristajanje podacima od modela bez nasumičnog odsjeka (Δ devijacija = 7, Δ df = 1, $p < 0,01$), što ukazuje na postojanje varijabilnosti među naseljima u prevalenciji dugotrajne bolesti.

Tablica 9

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti.

	Model 0 (N = 2.548)		Model 1 (N = 2.391)		Model 2 (N = 2.384)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,43***	0,38 – 0,47	0,19***	0,14 – 0,26	0,20***	0,13 – 0,29
Krug ESS-a (ref. = 10)			1,00	0,81 – 1,24	1,00	0,81 – 1,24
Spol (ref. = Muški)			1,07	0,86 – 1,35	1,10	0,88 – 1,38
Dob			1,07***	1,06 – 1,07	1,07***	1,06 – 1,08
Društvena klasa (ref. = Nemanualni nadzornici)						
Rutinski nemanualni radnici			1,52*	1,09 – 2,12	1,52*	1,09 – 2,13
Kvalificirani manualni radnici			1,89***	1,34 – 2,67	1,86***	1,32 – 2,63
Nekvalificirani manualni radnici			1,91***	1,41 – 2,57	1,78***	1,32 – 2,41
Samozaposleni			1,47	0,97 – 2,24	1,48	0,97 – 2,27
Dugoročno nezaposleni			3,10***	2,06 – 4,66	2,98***	1,97 – 4,52
Učestalost društvenih kontakata			0,94	0,88 – 1,00	0,95	0,89 – 1,01
Društvena participacija			0,75***	0,67 – 0,84	0,75***	0,67 – 0,84
Društvena podrška			0,98	0,90 – 1,05	0,95	0,91 – 1,06
Latentni profili naselja (ref.= urbana)						
Ruralna naselja					1,52*	1,11 – 2,09
Izrazito ruralna naselja					1,17	0,62 – 2,23
Društveno povjerenje					0,86*	0,76 – 0,97
Dostupnost zdravstvene zaštite						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,71	0,46 – 1,10
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,78	0,51 – 1,21
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					1,33	0,87 – 2,04
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,80	0,52 – 1,22
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,16		0,24		0,21	
ICC	0,040		0,076		0,060	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	3,114		2,364		2,333	
Δ Devijacija (Δ df)	-		750 (11)***		32 (7)***	
AIC	3,118		2,391		2,373	
BIC	3,129		2,466		2,488	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,0

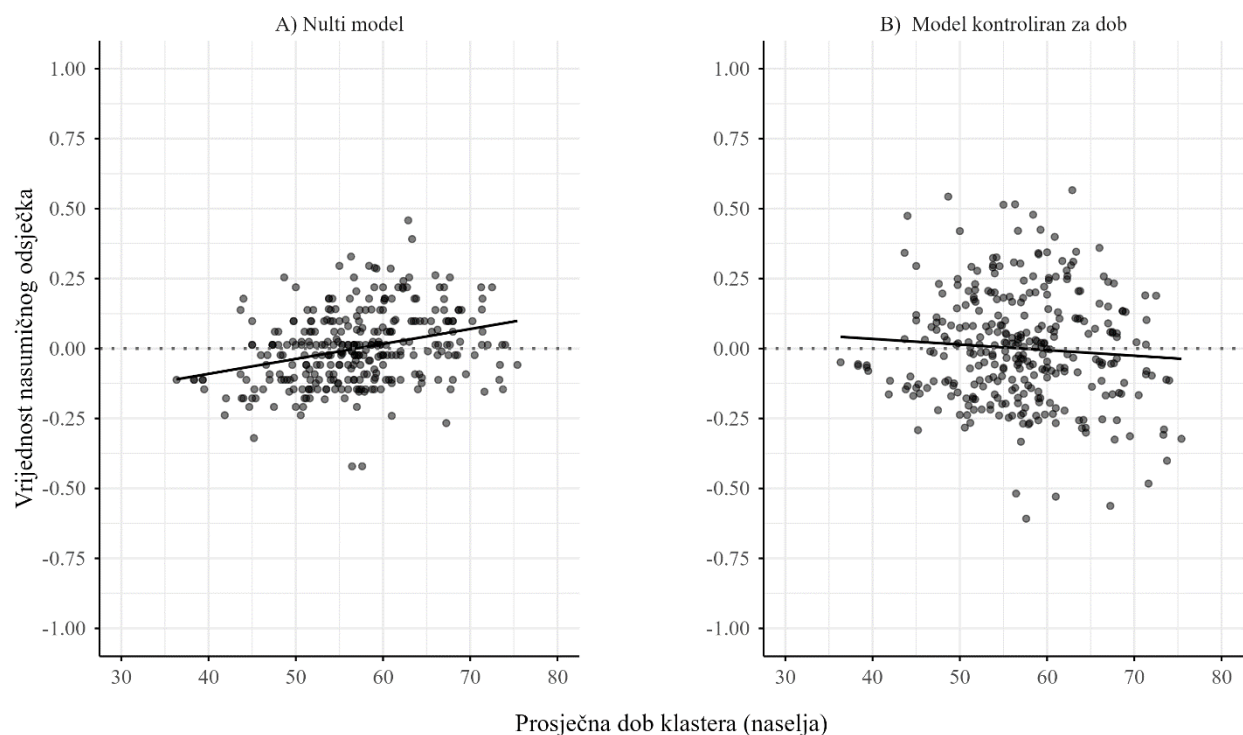
Dodavanjem skupa individualnih prediktora u Modelu 1 značajno je poboljšano pristajanje modela podacima, na što ukazuje značajan LRT te smanjenje AIC i BIC pokazatelja u odnosu na nulti model. Neočekivano, ukupni varijabilitet u prisutnosti dugotrajne bolesti na razini naselja se povećao s 4% na 7,6%. Povećanje ICC-a nakon uključivanja pojedinačnih prediktora upućuje na to da je u nultom modelu dio varijacije na razini naselja bio prikriven te se „otkrio” tek kada su pojedinačne karakteristike bile kontrolirane⁸ (Gelman i Hill, 2007).

Kako bismo identificirali prediktor koji uzrokuje ovaj efekt, procijenili smo niz modela u kojima je svaki model uključivao samo jedan individualni prediktor. Ova analiza pokazala je da je dob glavni uzrok povećanja ICC-a. Model koji je uključivao samo varijablu dobi gotovo je u potpunosti reproducirao porast varijance nasumičnog odsječka uočen u punom modelu, dok su ostali prediktori imali zanemariv učinak. Ovaj nalaz upućuje na zaključak da je nesimetrična dobna struktura između naselja djelomično prikrivala stvarne kontekstualne razlike u prevalenciji bolesti sve dok dob nije bila kontrolirana. Drugim riječima, razlog povećanja ICC-a nakon kontroliranja dobi jest postojanje kompozicijskog efekta koji maskira prave razlike između naselja. Način na koji dob „potiskuje” varijabilitet na razini naselja prikazan je na Slici 5.

⁸ U svom udžbeniku o višerazinskim modelima, Gelman i Hill (2007) objašnjavaju zašto dodavanje prediktora na individualnoj razini može dovesti do povećanja varijabiliteta na grupnoj razini, koristeći stvarni primjer iz vlastitih istraživanja razina radona (prirodnog radioaktivnog plina koji može uzrokovati rak pluća) u različitim okruzima u SAD-u. Budući da radon dolazi iz tla, istraživači su mjerili razinu radona na najnižoj mogućoj razini mjerenja koja je bila dostupna, pri čemu je njegova je koncentracija uvijek viša u kućama s podrumima, bez obzira na okrug. Međutim, neki okruzi imaju više kuća s podrumima, neki manje. Ako okruzi s niskom prirodnom razinom radona imaju veći udio kuća s podrumima od okruga gdje je prirodna razina radona veća, prosječne razine radona u ta dva tipa okruga bit će slične. Drugim riječima, razlike između okruga bit će maskirane jer su istraživači u okruzima gdje je niža razina plina češće provedena u podrumu, gdje je razina plina u pravilu veća. No kada se u model uključi kat na kojemu je mjerenje provedeno kao prediktor na individualnoj razini, razlike među okruzima postaju jasnije vidljive. Sličan obrazac vidljiv je i u našim podacima.

Slika 5

Odnos između prosječne dobi naselja i nasumičnih odsječaka u nultom i modelu kontroliranom za dob.



Napomena. Svaka točka predstavlja jedno naselje, pozicionirano prema svojoj prosječnoj dobi i vrijednosti nasumičnog odsjeka dobivenoj iz višerazinskog modela. Lijevi panel prikazuje odsječke iz nultog modela (bez kontrole za dob), dok desni panel prikazuje odsječke nakon kontroliranja za dob. Vodoravna isprekidana linija u oba panela označava fiksni odsječak.

Na y-osi prikazani su za svako naselje nasumični odsječci (vjerojatnosti prisutnosti dugotrajnih bolesti u tom naselju), odnosno njihova devijacija od prosječne vjerojatnosti dugotrajne bolesti na cijelom uzorku (fiksni odsječak, prikazan vodoravnom isprekidanom linijom). S druge strane, na x-osi prikazana je prosječna dob klastera. Panel A prikazuje procijenjene nasumične odsječke naselja u nultom modelu. Vidljivo je da naselja s većom prosječnom dobi je ujedno imaju i veće procijenjene vjerojatnosti dugotrajne bolesti. Panel B prikazuje iste efekte nakon statističke kontrole za dob pojedinca, pri čemu naselja s višom prosječnom dobi sada imaju niže procijenjene

slučajne efekte nego prije, dok su se efekti za neka „mlađa” naselja povećali. Drugim riječima, neka naselja su „zdravija” unatoč starijoj prosječnoj dobi naselja, dok su druga bila manje zdrava unatoč mlađoj dobnoj strukturi. Statistička kontrola za dob omogućila je da te „prave” razlike između naselja dođu do izražaja, odnosno one koje se ne mogu pripisati individualnim obilježjima sudionika pojedinih naselja.

Nastavljajući interpretaciju rezultata višerazinske logističke regresije iz Tablice 9, vidljivo je da se predviđena vjerojatnost prisutnosti dugotrajne bolesti povećava s dobi ($OR = 1,07$; $95\% CI = 1,06 - 1,07$; $p < 0,01$) i prema nižim razinama društvene klase. U odnosu na referentnu kategoriju nemanualnih nadzornika, svaka niža razina u hijerarhiji društvenih klasa povezana je s većom šansom za prisutnost bolesti, s izuzetkom kategorije samozaposlenih. Rutinski nemanualni radnici imaju oko 1,5 puta veće šanse za prisutnost dugotrajne bolesti u odnosu na nemanualne nadzornike ($OR = 1,52$; $95\% CI = 1,09 - 2,12$; $p < 0,05$), dok su šanse još izraženije među kvalificiranim ($OR = 1,89$; $95\% CI = 1,34 - 2,67$; $p < 0,001$) i nekvalificiranim manualnim radnicima ($OR = 1,91$; $95\% CI = 1,41 - 2,57$; $p < 0,001$). Najviši rizik bilježe dugoročno nezaposleni, čije su šanse za prisutnost dugotrajne bolesti tri puta veće u odnosu na referentnu skupinu ($OR = 3,10$; $95\% CI = 2,06 - 4,66$; $p < 0,001$). Među indikatorima društvenog kapitala na individualnoj razini, statistički značajan prediktor bila je jedino društvena participacija, pri čemu ispitanici s većom uključenosti u društvene aktivnosti imaju manju šansu prisutnosti dugotrajne bolesti ($OR = 0,75$, $p < 0,01$).

U posljednjem koraku u model su uključeni kontekstualni prediktori (Model 2). LRT test i AIC pokazatelja upućuju na poboljšano pristajanje modela podacima, dok povećanje BIC pokazatelja upućuje na prihvaćanje jednostavnijeg modela. S obzirom na statističku značajnost LRT testa, odlučeno je zadržati i interpretirati rezultate ovog modela. Vrijednosti ICC-a pokazuju da kontekstualne varijable objašnjavaju 1,6% varijabiliteta na razini naselja (ICC je smanjen s 7,6% na 6%), što upućuje da postoje drugi kontekstualni čimbenici koji nisu uključeni u model, a koji pridonose razlikama između naselja.

Iz rezultata je vidljivo da pojedinci koji žive u ruralnim naseljima imaju 1,52 puta veće šanse za prisutnost dugotrajne bolesti u usporedbi s osobama iz urbanih naselja ($CI = 1,11 - 2,09$; $p < 0,05$). Nadalje, društveno povjerenje na razini naselja također je bio značajan prediktor, pri čemu sudionici koji žive u naseljima s većim prosječnim razinama općeg povjerenja imaju manje šanse

za dugotrajnu bolest ($OR = 0,86$; $CI = 0,76 - 0,97$; $p < 0,05$). Dostupnost zdravstvene zaštite u naselju nije bio značajan prediktor prisutnosti dugotrajne bolesti.

Rezultati višerazinske linearne regresijske analize za zavisnu varijablu samoprocijenjenog općeg zdravlja pokazali su da se samo 2,2% varijabiliteta može pripisati razini naselja, dok je LRT test koji uspoređuje nulti model višerazinske analize sa modelom bez uključenog nasumičnog odsječka pokazao da jednostavniji model bolje pristaje podacima, što upućuje na zaključak da nema značajnog varijabiliteta u samoprocijenjenom općem zdravlju na razini naselja. Stoga za ovu varijablu nije bila potrebna višerazinska analiza, već je dovoljno provesti standardnu multivarijatnu regresijsku analizu. Međutim, imajući u vidu da se istraživačka pitanja u ovome radu odnose na međudnos individualnih i kontekstualne čimbenika zdravlja, nisu provedene daljnje analize na zavisnoj varijabli samoprocijenjenog općeg zdravlja.

Rezultati logističke višerazinske regresijske analize za zavisnu varijablu nepodmirenih zdravstvenih potreba prikazani su u Tablici 10. Kao što je vidljivo iz nultog modela, 11% varijabiliteta u zavisnoj varijabli se može pripisati razini naselja. Taj je model najprije uspoređen s modelom binarne logističke regresije bez procijenjenog nasumičnog odsječka pomoću LRT testa. Rezultati pokazuju da višerazinski model bolje pristaje podacima od standardnog logističkog modela bez nasumičnog odsječka ($\Delta devijacija = 6$, $\Delta df = 1$, $p < 0,01$), što potvrđuje opravdanost primjene višerazinske analize.

U Modelu 1, koji uključuje prediktore na individualnoj razini, model je pokazao bolje pristajanje podacima. Kao i u analizi dugotrajnih bolesti, koeficijent intraklasne korelacije blago je porastao, što sugerira da je dio varijabiliteta bio prikriven prije uvođenja kontrolnih varijabli. Spol je bio statistički značajan prediktor, pri čemu su žene imale gotovo dvostruko veće šanse za nepodmirene zdravstvene potrebe u odnosu na muškarce ($OR = 1,96$; $95\% CI = 1,31 - 2,91$; $p < 0,01$). Također, učestalost društvenog kontakta bio je značajan prediktor, pri čemu je češće druženje s obitelji, prijateljima i kolegama bilo povezano s nižim šansama za iskazivanje nepodmirenih zdravstvenih potreba ($OR = 0,89$; $95\% CI = 0,79 - 0,99$; $p < 0,05$).

Tablica 10

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba.

	Model 0 (N = 1.242)		Model 1 (N = 1.167)		Model 2 (N = 1.166)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,14***	0,10 – 0,18	0,10***	0,06 – 0,16	0,14***	0,07 – 0,26
Spol (ref. = Muški)			1,96***	1,31 – 2,91	1,95***	1,31 – 2,90
Dob			1,01	0,99 – 1,02	1,01	0,99 – 1,02
Društvena klasa (ref. = Nemanualni nadzornici)						
Rutinski nemanualni radnici			0,81	0,48 – 1,38	0,79	0,47 – 1,35
Kvalificirani manualni radnici			0,75	0,40 – 1,41	0,76	0,40 – 1,43
Nekvalificirani manualni radnici			0,88	0,54 – 1,43	0,87	0,53 – 1,42
Samozaposleni			0,99	0,49 – 2,00	1,02	0,51 – 2,05
Dugoročno nezaposleni			0,66	0,34 – 1,30	0,70	0,35 – 1,38
Učestalost društvenih kontakata			0,89*	0,79 – 0,99	0,90	0,80 – 1,01
Društvena participacija			0,85	0,70 – 1,03	0,84	0,69 – 1,02
Društvena podrška			1,07	0,93 – 1,22	1,07	0,94 – 1,23
Društveno povjerenje					0,80	0,64 – 1,01
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,60	0,31 – 1,17
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,51	0,26 – 1,03
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,77	0,39 – 1,51
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,68	0,36 – 1,36
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,41		0,46		0,37	
ICC	0,111		0,122		0,101	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	1,027		926		914	
Δ Devijacija (Δ df)	-		101 (10)***		11 (5)*	
AIC	1,031		950		949	
BIC	1,041		1,011		1,035	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,0

U Modelu 2 prediktori na razini naselja uključeni su bez varijable latentnih profila naselja, budući da model nije konvergirao kada je ta varijabla bila dodana. Takav je ishod nije bio neočekivan s obzirom na niske apsolutne frekvencije u trećem, najmanjem latentnom profilu nakon što je uzorak ograničen isključivo na jedanaesti krug ESS-a. Model 2 je imao značajno bolje pristajanje podacima u odnosu na prethodni (Model 1), dok vrijednosti BIC kriterija ukazuju na lošije pristajanje. Međutim, društveno povjerenje na kontekstualnoj razini i dostupnost zdravstvene zaštite u naselju nisu se pokazali kao značajni prediktori nepodmirenih potreba.

6.1.3. Rezultati analize robusnosti

U Prilogu 1 su prikazani rezultati analize robusnosti koja uključuje dvije dodatne mjere socioekonomskog statusa (obrazovanje i prihode kućanstva) umjesto društvene klase. Rezultati su u većini modela ostali u potpunosti nepromijenjeni. Baš kao i društvena klasa, varijable obrazovanja i prihoda kućanstva pokazali su se značajnim prediktorima prisutnosti dugotrajnih bolesti (vidi tablice P1.1 i P1.2 u Prilogu 1), ali ne i nepodmirenih zdravstvenih potreba (vidi tablice P1.3 i P1.4 u Prilogu 1).

Analize robusnosti za zavisnu varijablu dugotrajnih bolesti pokazali su da pojedinci sa srednjoškolskim obrazovanjem imali su 1,69 puta veće šanse za dugotrajne bolesti u odnosu na one s tercijarnim obrazovanjem ($CI = 1,28 - 2,24$; $p < 0,001$), dok je među osobama s osnovnim obrazovanjem ta šansa bila 3,32 puta veća ($CI = 2,35 - 4,69$; $p < 0,001$). Također, svaki uzastopni porast u prihodovnom decilu povezan je sa 14% manjom vjerojatnošću pojave dugotrajne bolesti ($OR = 0,86$; $CI = 0,83 - 0,91$; $p < 0,01$). Kao i u glavnoj analizi, dob i učestalost društvenih kontakata pokazali su se statistički značajnim prediktorima na individualnoj razini, dok su pojedinci koji žive u ruralnim naseljima imali veće šanse za dugotrajnu bolest od pojedinaca koji žive u urbanim naseljima. Jedina razlika u modelu sa zavisnom varijablom obrazovanja bilo je to što se učestalost društvenih kontakata, odnosno druženja s prijateljima, članovima obitelji i kolegama, pokazala kao dodatni značajni prediktor.

Nešto veće razlike u odnosu na glavnu analizu sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti uočene su u modelima s prihodom kućanstva za indikatorom SES-a, što je i očekivano s obzirom na velik udio nedostajućih vrijednosti i posljedično smanjeni uzorak. Ispitanici koji žive u naselju bez dostupnog liječnika opće prakse (ali s bolnicom u blizini), imali su 1,6 puta veće

šanse ($CI = 1,04 - 2,47$; $p < 0,001$) imati dugotrajne bolesti od ispitanika iz naselja u kojemu postoji opća bolnica ili klinički bolnički centar. U modelima s prihodom, međutim, pojedinci iz ruralnih naselja nisu imali značajno veće šanse za dugotrajnu bolest, a društveno povjerenje na razini naselja također nije bio značajan prediktor.

Analize robustnosti za zavisnu varijablu nepodmirenih zdravstvenih potreba (vidi tablice P1.3 i P1.4 u Prilogu 1) pokazuje da je struktura značajnih odnosa identična za sve indikatore socioekonomskog statusa, izuzev izostanka značajnog efekta učestalosti društvenih kontakata u modelu s prihodima kućanstva. Taj prediktor također nije značajan u analizi gdje je zavisna varijabla nepodmirenih potreba ograničena na specifičan razlog predugih lista čekanja i/ili nedostatka slobodnih termina (vidi tablice P1.9 do P1.11 u Prilogu 1). Izuzev izostanka značajnog efekta na tom prediktoru, nisu uočene bitne promjene u odnosu na glavni model u kojem je uključena zavisna varijabla nepodmirenih zdravstvenih potreba neovisno o razlogu njihova nastanka.

Naposljetku, modeli u kojima su umjesto kategorijalne varijable latentnih profila naselja korištene kvantitativne varijable udjela poljoprivrednog stanovništva te udjela stanovništva s primarnim obrazovanjem, prikazani su u tablicama P1.5 do P1.8 u Prilogu 1. Modeli sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti pokazuju identičnu strukturu značajnih povezanosti u odnosu na glavne modele. Pri tome su udio poljoprivrednog stanovništva ($OR = 1,02$; $95\% CI = 1,00 - 1,03$) i udio stanovništva s primarnim obrazovanjem ($OR = 1,01$; $95\% CI = 1,00 - 1,03$) značajni prediktori prisutnosti dugotrajnih bolesti na razini naselja.

Slično tome, modeli sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba pokazuju da uključivanje te dvije varijable ne mijenja glavne nalaze, osim što je u modelu sa udjelom poljoprivrednog stanovništva ukupni model nije značajno bolje pristajao od modela bez kontekstualnih prediktora. Nadalje, iako se prediktor udjela stanovništva s primarnim obrazovanjem nije pokazao značajnim, jedan se drugi nalaz izdvojio: ispitanici iz naselja u kojemu nema bolnice imali su značajno niže šanse iskazati nepodmirene zdravstvene potrebe u odnosu na ispitanike iz naselja u kojemu je dostupna zdravstvena zaštita na sekundarnoj ili tercijarnoj razini. Ovaj rezultat sugerira da su liste čekanja izraženi problem u velikim gradovima.

6.1.4. Sažetak glavnih nalaza i implikacije za kvalitativni dio istraživanja

Nalazi višerazinskih regresijskih analiza provedenih u kvantitativnom dijelu istraživanja pokazuju da postoji mali, ali statistički značajan varijabilitet u prisutnosti dugotrajnih bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba koji se može pripisati razini naselja. Drugim riječima, pri objašnjavanju razlika u zdravstvenim ishodima među pojedincima, važno je uzeti u obzir i obilježja mjesta u kojem žive. Ispitanici koji žive u ruralnim naseljima, kao i oni u naseljima s nižim razinama općeg društvenog povjerenja, imali su veće šanse za prisutnost dugotrajne bolesti koja ograničava svakodnevno funkcioniranje. Ipak, ovi su kontekstualni prediktori objasnili tek manji dio ukupne varijabilnosti na razini naselja.

Ovaj nalaz upućuje na to da postoje i druga, u analizama neobuhvaćena obilježja društvenog i fizičkog prostora, važna za razumijevanje veze između mjesta stanovanja i zdravlja. Kvalitativni dio istraživanja stoga je usmjeren na dublje razumijevanje mehanizama koji stoje u pozadini tih povezanosti. Ključno je istražiti zašto pojedinci koji žive u ruralnim sredinama imaju lošije zdravstvene ishode od onih u urbanim područjima, te kako razina društvenog povjerenja u naselju može djelovati kao resurs koji pojedinci koriste u suočavanju sa zdravstvenim izazovima. Uz to, cilj je bio prepoznati i druga kontekstualna obilježja koja oblikuju zdravstvene nejednakosti, osobito kroz načine na koje prostorna i društvena ograničenja utječu na pristup zdravstvenim uslugama i mogućnosti djelovanja pojedinaca.

Zanimljivo je da je utvrđen značajan varijabilitet na razini naselja za prisutnost dugotrajnih bolesti te za nepodmirene zdravstvene potrebe, dok to nije bio slučaj za samoprocijenjeno opće zdravlje. Jedno od mogućih objašnjenja, kako sugerira Kaplan (2003), jest da se samoprocjena vlastitog zdravlja temelji prvenstveno na usporedbama koje pojedinci vrše s vršnjacima u svojoj neposrednoj okolini. U tom kontekstu, „dobro” i „loše” zdravlje predstavljaju dva konceptualno odvojena okvira procjene, pri čemu pojedinci svoje zdravlje vrednuju ne samo u odnosu na objektivne pokazatelje, već i prema društvenim očekivanjima i normama koje oblikuju njihovu percepciju. S druge strane, očekuje se da su pitanja o nepodmirennim zdravstvenim potrebama te prisutnosti dugotrajnih bolesti manje podložna navedenim pristranostima. Ovaj će nalaz višerazinske regresijske analize biti dodatno produbljen u kvalitativnom dijelu istraživanja.

Naposljetku, nalazi upućuju na jasan zdravstveni gradijent u odnosu na socioekonomski status, mjeren društvenom klasom, najvišim postignutim stupnjem obrazovanja i prihodima kućanstva. Na svakoj nižoj razini ljestvice socioekonomskog statusa, neovisno o korištenoj mjeri, zabilježene su veće šanse za prisutnost dugotrajnih bolesti. Osim toga, ispitanici koji rjeđe sudjeluju u društvenim aktivnostima češće su imali nepovoljnije zdravstvene ishode, dok su nepodmirene zdravstvene potrebe češće prijavljivale žene nego muškarci te ispitanici koji se rjeđe druže s članovima obitelji, prijateljima i kolegama.

S ciljem dubljeg razumijevanja mehanizama koji stoje u pozadini utvrđenih povezanosti, u kvalitativnom dijelu istraživanja fokus će biti usmjeren na načine na koji pojedinci s različitim količinama fleksibilnih resursa razvijaju strategije za poboljšanje svojih zdravstvenih ishoda. Dodatno, istražit će se kako se pojedinci različito snalaze ovisno o obilježjima mjesta stanovanja i dostupnosti resursa u društvenom i fizičkom prostoru, što je u skladu s postavljenim istraživačkim pitanjima.

6.2.Rezultati kvalitativnog dijela istraživanja

Na temelju provedenih intervjuja identificirao sam četiri glavne teme koje ilustriraju ograničenja s kojima se sugovornici suočavaju ovisno o mjestu njihova stanovanja, kao i strategije koje koriste kako bi ta ograničenja zaobišli. Prva tema, „Teško je živjeti u kraju gdje je bolnica daleko”, bavi se fizičkim preprekama u pristupu zdravstvenim ustanovama te načinima na koje sugovornici pokušavaju uspješno prevladati te prepreke mobilizirajući resurse dostupne putem snažnih i slabih društvenih veza i formiranjem strategija kolektivne otpornosti u nedostatku infrastrukturnih resursa. Druga tema, „Tu nemaju baš prave doktore”, istražuje kako sugovornici percipiraju stručnost i kompetentnost lokalnih liječnika te kvalitetu zdravstvenih usluga, pri čemu mjesto stanovanja postaje ključni okvir za oblikovanje i mišljenja o kvaliteti usluge i formiranja „reputacije” zdravstvenih ustanova. Treća tema, „Moraš biti kao riba koja zna plivati u tom sustavu” fokusira se na različite načine na koje su sugovornici nastojali prevladati prepreke poput dugih lista čekanja u zdravstvenom sustavu, poput njihova oslanjanja na privilegirani pristup resursima dostupnima putem društvenih mreža. Konačno, četvrta tema, „kad moraš nešto napraviti, onda platiš”, pokazuje da, u nedostatku mogućnosti oslanjanja na resurse unutar društvenih mreža, pojedinci često pribjegavaju vlastitom ekonomskom kapitalu, koristeći i plaćajući usluge privatnih zdravstvenih ustanova kako bi osigurali potrebne preglede i tretmane.

6.2.1. „Teško je živjeti u kraju gdje je bolnica daleko” – mjesto stanovanja kao izvor ograničenja za mogućnost donošenja dobrih odluka za svoje zdravlje

Sugovornici su mjesto stanovanja doživljavali kao čimbenik koji omogućava ili ograničava donošenje dobrih odluka o zdravlju. Za sugovornike koji žive u manjim mjestima, daleko od bolnica, ključnu prepreku predstavlja izostanak javnog prijevoza, što uvelike otežava pristup potrebnim zdravstvenim uslugama. Iskustva sugovornika su pritom raznolika. Dok neki ta ograničenja doživljaju kao nepremostiva, zbog čega odgađaju važne preglede i liječenje, drugi pronalaze načine kako se prilagoditi. Prevladavanje percipiranih ograničenja uvelike ovisi o mogućnosti mobilizacije različitih fleksibilnih resursa, poput društvene podrške snažnih i slabih veza. Primjerice, u nedostatku javnog prijevoza, sugovornici naglašavaju svoju ovisnost o članovima obitelji, ponajprije djeci ili supružnicima, kako bi mogli pristupiti zdravstvenim uslugama. Kada takva podrška nije dostupna, oslanjaju se na susjede te razvijaju različite strategije kolektivne otpornosti, što pokazuju brojne njihove priče.

Dunja opisuje kako je u njezinoj sredini javni prijevoz sve rjeđi, što posebno otežava starijim osobama koji se moraju oslanjati na „vlastitog šofera”. Dok joj odlazak liječniku opće prakse u obližnjem općinskom centru ne predstavlja veliki problem jer može računati na pomoć kćeri i susjeda, odlazak u bolnicu u nešto udaljenijem makroregionalnom centru je znatno zahtjevnije:

Teško je živjeti u kraju u kojem su veze s bolnicama daleko. Recimo, nekad smo imali svakodnevno autobus (...) za Rijeku. Sada autobus ide samo tri puta tjedno. (...) Tako da vi, ako želite biti dostupni, ako vam treba biti dostupna neka usluga – morate imat svog vlastitog šofera. (...) Teško je jako, pogotovo za starije ljude koji nemaju (...) nikoga i onda moraju molit susjede. Ili djeca moraju doći izdaleka. (...) Teško je jako (...) jer su te usluge van mjesta stanovanja. (Dunja, više od 70 godina, RZZ0)

Slično ističu Maša i Klara, naglašavajući da sustav bez organiziranog prijevoza stvara dodatne teškoće upravo za starije pacijente koji moraju moliti djecu da uzmu godišnji odmor kako bi roditelje odveli na pretrage:

Jako su rijetki busevi na lokalnoj razini. Povezanost je nikakva. (...) Tko nema svoj osobni automobil ili djecu da ga voze (...) djeca moraju uzimati godišnji odmor da bi te odvelo cijeli dan negdje da ideš na pretragu i da čekaš. (...) I žene, mahom starije, ne voze, moraju

supružnici voziti ili djeca. Veliki problem je to. To je ustvari najveći problem. (Maša, 61 do 70 godina, RZZ1)

Za [dnevnu bolnicu u blizini rodnog mjesta] ti nemaš prevoza. (...) Išao si za tim da svaki ima svoje auto? Ne može svako imati auto! Osim toga, ako imaš, recimo stariji članovi obitelji koji ne rade, a trebaju ići u bolnicu; njihovi mlađi članovi obitelji rade, znači ne mogu ih voditi. Ne mogu uzimati slobodan dan, godišnji, (...) da bi ih vozili (...) a prevoz do [tamo] nemaš. (...) Pacijenti ne mogu doći do njih. A da tako naprave (...) poveznicu prijevoza, lakšeg, dostupnosti - mislim da bi bilo puno, puno jednostavnije (Klara, 61 do 70 godina, RZZ3).

Problem postaje izraženiji ukoliko pojedinac nema bližnje osobe na koje može računati za prijevoz do bolnice, primjerice, kada djeca žive u inozemstvu ili u većim gradovima, što je česta situacija u manjim sredinama. Sara taj nedostatak podrške opisuje kao najveći izazov za prevladavanje prepreka u pristupu zdravstvenim uslugama:

Ako imaš djecu tu - sve O.K, djeca će te odvest. Neće te ni pitat: „Jel ti treba?“ *Ali naša su sva djeca otišla.* Njemačka, Irska, nema di nema. To bi bio po meni, najveći problem (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1).

Za neke sugovornike, poput Lovre, Sare i Valentine, prepreke u ovom trenutku nisu prisutne jer se još uvijek snalaze u organizaciji prijevoza. Primjerice, Lovro i dalje vozi automobil, a Sara i Valentina oslanjaju se na članove svoje obitelji. Takva rješenja trenutačno uklanjaju barijere pri pristupu zdravstvenim ustanovama, no činjenica da njihova djeca ne žive u blizini stvara im osjećaj nesigurnosti i straha kod razmišljanja o budućnosti. Njihove priče pokazuju da pitanje mobilnosti i prijevoza nije samo praktičan problem, već i izvor brige o životu u starijoj dobi, kada više neće moći samostalno brinuti o sebi, a obiteljska podrška neće biti lako dostupna.

Mislim, ja nisam ovisan o djeci, bar zasad. Samo, *imam strah – kad budem stariji, da ne znam kako ću.* Ja imam jako malu mirovinu i neću ostvariti pravo na starački dom. To sad već razmišljam. Kad dođete u sedamdesetu, onda razmišljaš da padneš u krevet, da si u pelenama. *Tko će ti pomoć? Nitko.* Nemam pojma. (Lovro, 61 do 70 godina, RZZ1)

Djeca su nam otišla. I to je vrlo teško. A ne bih htjela ni njih opterećivati. (...) Pokušavam biti samostalna, da ja to rješavam. (...) Ako doživim da budem starija, bit će još i gore. (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1)

Recimo, naša djeca nisu tu. Kako da oni meni pomognu? (...) Velim, moja djeca meni ne mogu pomoći. Ne mogu. (Valentina, više od 70 godina, RZZ0)

Kada pomoć obitelji nije bila dostupna, neki su se sudionici oslanjali na susjede kao izvor podrške, osobito kada je bila riječ o prijevozu do liječnika. Susjedi su često opisivani kao spremni pomoći u kriznim trenucima, kao što je vidljivo iz Nikolininog iskaza.

Al' ako nemaš svoj prijevoz, to je malo problematično. Ali kako se kaže, *ako imaš dobrog susjeda - neboj' se*. (...) Ja kažem: „dok moj tata i mama dođu, ja mogu davnih dana da odapnem”. Susjedi su jako važni. Sad, prije mjesec dana, moj sin, (...) samo se srušio dolje. (...) Ne mogu da kažem, susjed je došao i pomogao. *Jako su važni susjedi. Ne samo za prijevoz - za bilo šta* (Nikolina, 51 do 60 godina, RZZ1).

Međutim, za razliku od pomoći koju pružaju djeca, ukućani i druge bliske osobe, pomoć susjeda doživljavala se kao uvjetovana i temeljena na normama reciprociteta i uzajamnog povjerenja. Drugim riječima, susjedska solidarnost je resurs kojeg pojedinac mora na neki način „zaslužiti”. To se može vidjeti iz iskaza Dunje, koju je susjed koji radi u obližnjem većem gradu često vozio do bolnice i poveo nazad:

Ja imam sreću da imam dobre susjede. Ali *možda treba malo to i zaslužiti* (...) Morate biti strpljivi. Morate znati da i onaj drugi ima problema i da se ne moraš baš u sve petljati - da moraš biti strpljiv. (Dunja, više od 70 godina, RZZ0)

Iz iskaza sudionika bilo je jasno da se pomoć susjeda vidi kao ograničeni resurs, kao nešto na što se pojedinac može, u krajnjim slučajevima nužde, povremeno osloniti. Ona se implicitno podrazumijeva u izvanrednim okolnostima, ali iz perspektive sugovornika nije zamišljena kao trajni oblik pomoći i skrbi. To se može vidjeti iz priče Ruže, koja je zbog nedostupnosti zdravstvenih ustanova odgađala redovite odlaske specijalistima:

Susjed govori: „Pa reci, pa šta nisi rekla? Pa mi bismo te vozili”. Ma jednostavno, (...) rađe bi da imam neki prijevoz. *Teško mi to pada - molit. Ajde, molit ću jedanput ako znam da*

mi neće više trebati. Ali ako znam, recimo, ako bi otišla specijalisti, a specijalista mi drugom specijalisti naruči, pa onda tamo, pa sim. Mislim, to ne bi više pitala da me vozikaju. (Ruža, više od 70 godina, RZZ0)

Baš kao i Ruža, Sara i Jasmina također ističu da se na pomoć susjeda ne može računati kao na izvor stalne podrške. Iz njihovih narativa jasno je da razlog tome leži u nezadovoljenom principu reciprociteta koji se u literaturi često ističe kao važan izvor društvenog kapitala. Kada nema mogućnosti da se pomoć uzvрати, bilo kroz novčanu naknadu, bilo kroz sličnu uslugu, pojavljuje se osjećaj da se drugima stavlja veliki teret i da se prelazi granica prihvatljivog susjedskog odnosa. Jasmina to povezuje i sa socioekonomskim okolnostima u kojima se nalaze susjedi, naglašavajući kako većina njih i sama raspolaže vrlo skromnim resursima:

Mislim, jedanput [ili] dvaput će te netko vozit. Treći put ti ćeš morati nekome platiti. I taj netko 'ko te vozi je u penziji. Možda ima 400 eura penzije. Mislim, otkuda? (Jasmina, 61 do 70 godina, RZZ0)

Osjećaji nelagode i suzdržanosti koji proizlaze iz toga što ne može uspostaviti reciprocitet za uslugu, vidljiva je i u Sarinom narativu. Iz njene perspektive, ti su osjećaji razlog zašto često odgađa preglede, a situaciju zamišlja drukčije kada bi si mogla priuštiti da plati vožnju taksijem:

*Uvijek nekako imaš da ne bi bio nekome teret. (...) Neugodno mi je pitat. Gnjavit nekoga za ovo, za ono. Uvijek nešto. Možda da sam drugačija, da onako ne razmišljam. „Ma baš me briga kako je njemu, nek' me vozi.” Ili da sam u nekoj situaciji financijskoj da mogu plaćati taksi da me vozi, možda ne bi odgađala. Znači, *sklop tih nekakvih okolnosti učini da se odgađa* [potrebno liječenje]. (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1)*

Baš kao i Sara, Ruža se često osjećala primorano odgoditi obavljanje potrebnih zdravstvenih pregleda. Iako susjedi pomažu u svakodnevnim situacijama koje ne zahtijevaju puno truda, redoviti odlazak liječniku predstavlja veći izazov jer zahtijeva intenzivniji i učestaliji angažman.

U sljedećem se citatu jasno ocrtava granica između obiteljskih i susjedskih oblika podrške, odnosno između snažnih i slabih veza. Po pitanju instrumentalne podrške kao što je redovito prevoženje do zdravstvenih ustanova, od snažnih veza očekuje se kontinuirana pomoć, dok se od slabih veza očekuje tek povremena solidarnost, i to u društveno prihvatljivim granicama.

Posljedica toga je da osobe poput Ruže, koje nemaju blisku obiteljsku podršku, „prolaze ispod radara”, odnosno njihove stvarne zdravstvene potrebe, zbog nedostatka adekvatnog prijevoza i ograničene podrške, ostaju nepodmirene:

[Mogu se osloniti na susjeda] ako (...) trebam ići u trgovinu, kod doktora i tako. Samo, znate kako je - *jednom ćete pitat, a drugi put mi je malo problem*. Malo mi je problem - jer druga stvar kad bi to bilo taksi, pa pozoveš taksi, pa te vozi. A nezgodno je pitat [susjeda] više puta. A baš mi treba. *Doktor mi treba, a ne idem. Ne idem doktoru. Svako toliko me hitna vozi jer zadnji čas zovem. Zadnji čas!* (...) To mi je najveći problem (Ruža, više od 70 godina, RZZ0)

Ružin narativ jasno pokazuje kako je njezino odgađanje posjeta specijalistu usko povezano s ograničenom dostupnošću zdravstvenih ustanova i izostankom društvene podrške. Sama prostorna udaljenost pritom ne bi predstavljala nepremostivu prepreku kada bi postojao pouzdan javni prijevoz. Međutim, u situaciji kada nedostatak javnog prijevoza dolazi u kombinaciji s izostankom oslonca na snažne društvene veze, potreba za specijalističkom skrbi izvan mjesta stanovanja pretvara se u ozbiljnu barijeru za pristup zdravstvenim uslugama. U Ružinom slučaju, odlazak na specijalistički pregled u obližnji grad pretvorio se u cjelodnevno iscrpljujuće putovanje koje je uključivalo višesatna čekanja, nekoliko presjedanja autobusa i oslanjanje na druge osobe za završni dio puta. Ovakva iskustva pokazuju kako složeni logistički zahtjevi mogu dovesti do dugotrajnog odustajanja od potrebne skrbi, kao što se može vidjeti iz sljedećeg citata:

Od tuda sam krenula u 7. I došla sam, ali s obzirom da je bilo puno ljudi, (...) nisu [me] primili baš u deset, nego su me primili u podne. [Zato sam] zakasnila na autobus koji ide (...) u jedan i po. Zakasnila, pa čekala onog koji ide iz željezničke stanice u Rijeci, [koji je išao] tu do [obližnjeg općinskog središta]. A onda [od tamo] nisan imala [prijevoz za] tu [gdje živim], pa sam morala nekoga zvati da dođe po mene. I tako je to trajalo, znači od sedam do sedam - cijeli dan! I onda normalno, to smo pregledali, lijekove sam dobila i rekli su mi da dođem za godinu dana. A to je prošlo. Pet [godina], možda i više. *I nisam uopće išla poslije, jer ne želim to proć. Samo te lijekove pijem. Sad ne znam da li mi je dobro [ili] nije dobro. Najveći problem je prijevoz.* (Ruža, više od 70 godina, RZZ0)

Slučajevi poput Ružinog ilustriraju kako osobe s višestrukim ograničenjima, odnosno starije osobe bez vlastitog prijevoza i s ograničenim mrežama podrške, mogu biti posebno ranjive i izložene zdravstvenim rizicima. O problemima takvih višestruko izloženih pojedinaca u svom narativu svjedoči i Neven, koji kroz angažman u lokalnoj udruzi aktivno pomaže takvim, često samačkim kućanstvima da dođu do potrebnog liječenja, pri čemu naglašava važnost zajedničke podrške u prevladavanju ovih barijera:

Oni ovise o nama i ovise o dobrim odnosima sa susjedima. Zadnji popis stanovništva je pokazao da svako treće domaćinstvo u [ovom naselju] je samac. I onda, o čemu ovise? Ovdje [ima] susjeda [koja] vozi njih tri u bolnicu kad njima zatreba. [I] mi smo vozili. (Neven, 50 do 59 godina, RZZ1).

6.2.1.1. „Organiziramo se i slažemo tablice” – formiranje strategija kolektivne otpornosti u nedostatku infrastrukturnih resursa

Za sugovornike koji žive u manjim mjestima u kojima je dostupnost zdravstvenih ustanova ograničena, imati bliske osobe koje žive u makroregionalnom centru poput Zagreba, Splita, Rijeke ili Osijeka, kod kojih mogu osigurati smještaj, omogućuje im da pretrage i liječenje obave brže, efikasnije i jeftinije nego da redovito putuju iz manjeg naselja u veći centar. Klarina priča o njezinoj majci, koja bi inače morala redovito putovati u makroregionalno središte, slična je Ružinoj, tj. obje moraju prolaziti kroz logistički zahtjevna i iscrpljujuća putovanja kako bi dobile potrebne preglede ili liječenje. No, Klarina majka taj problem zaobilazi tako što mjesec dana provede u većem gradu u kojem joj je osiguran smještaj i gdje sve može obaviti u obližnjem kliničkom bolničkom centru u relativno kratkom roku:

S: Moja mama više živi u Dalmaciji nego tu, ali ona se nikad iz Zagreba nije odjavila samo zbog doktora. Dođe tu, bude mjesec dana. Sve si tako narihta samo da bi to mogla obaviti. To je njoj jeftinije nego svaki dan ići do Splita. Jer je nemoguće. Jer je nemoguće kad si iz malog mjesta doći do Splita da ti to slože. Ona mora ići busom. To je taj problem, kad ne vozi, pa se vozi busom sat i pol vremena, pa dođe tamo, pa dok čeka u bolnicama, pa bla bla, kako to već ide. Vрати se i ona se izmori. A tu lijepo ode [u klinički bolnički centar] - pola sata i zdravo! (...) Ona (...) ne živi tu, ali ona se nikad nije odjavila samo zbog toga. (Klara, 61 do 70 godina, RZZ3)

Slične strategije spominju Mihael i Fran, koji zahvaljujući bliskim osobama koje žive u makroregionalnom središtu, mogu osigurati smještaj i podršku tijekom operacije i oporavka:

Žena ima svoje prijateljice. (...) Pa onda je bilo: „Ja ću doći gore, parkirat ću, priležat ćemo tamo. Ići ću na operaciju. Poslije operacije ću imati oporavak kod njih”. (...) Tako da mi [prijevoz] nije predstavljalo [problem]. (Mihael, 61 do 70 godina, RZZ1).

Budući da su kćerke tamo stanovale blizu [kliničkog bolničkog centra], tamo sam, dakle, bio i odlazio pješice. (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Ovakvi primjeri pokazuju da se pristup zdravstvenim uslugama ne oblikuje samo infrastrukturnim ograničenjima, nego i raspoloživošću mreža podrške izvan mjesta stanovanja, pri čemu snažne veze mogu amortizirati teškoće povezane s udaljenošću i nedostatkom javnog prijevoza. Oni također pokazuju da u kontekstu nedostatka institucionalnih resursa i ograničene dostupnosti zdravstvenih usluga, sudionici razvijaju vlastite strategije kako bi ublažili posljedice strukturalnih nedostataka. Za sugovornike koji ne mogu računati na podršku snažnih veza, ključan element formiranja takvih strategija postaje norma reciprociteta, odnosno načelo uzajamnosti koje omogućava da se teret organizacije i financijskih troškova raspodijeli među više članova zajednice. Sugovornici opisuju kako se u neformalnim (slabim) mrežama društvenih veza, kroz zajedničke dogovore i razmjenu informacija, razvijaju strategije održavanja otpornosti u uvjetima ograničenog pristupa.

Iz sljedećeg Klarinog iskaza jasno proizlazi da se ovakvi dogovori ne temelje samo na pragmatičnoj podjeli troškova prijevoza ili organizacije, već i na osjećaju zajedničke odgovornosti i obaveze, odnosno na ideji da ono što danas učiniš za drugoga, sutra može biti učinjeno za tebe:

Ja sam iz malog mjesta koji ima Dom zdravlja u kojem ne postoji laboratorij. Znači vadite krv, (...) [ali u tom mjestu] ne mogu napraviti analizu. I onda se dogovorimo nas petero: „Idemo sad vaditi krv. Onda platimo vozača koji će to odnijeti u Split (...) da naprave analizu.” (Klara, 61 do 70 godina, RZZ3)

[Susjedi se] *slažu, organiziraju, rade tablice*. Dodeš na rivu na kavu: „Kad ti tribaš ovoga”, „kad ideš u ovoga”, „ajmo sad, pa ćemo zvati, pa će nas odvesti Pero taj dan.” Mislim, to je smiješno. To je problem. (Klara, 61 do 70 godina, RZZ3)

Za razliku od prethodno opisanih oblika pomoći susjeda, koji se smatraju ograničenim resursom upravo zbog nemogućnosti uzvraćanja konkretne usluge, što predstavlja kršenje norme *specifičnog* reciprociteta, formiranje strategija kolektivne otpornosti temelji se na normama *generaliziranog* reciprociteta, koji nadilazi neposrednu situaciju. Drugim riječima, strategije kolektivne otpornosti formiraju se na temelju principa: „ja ću to učiniti za tebe, ne očekujući ništa zauzvat, uz pretpostavku da će netko drugi učiniti nešto takvo za mene kada mi to bude potrebno“ (Putnam, 2000). Taj oblik reciprociteta za Putnama (2000) predstavlja temelj društvenog kapitala jer stvara atmosferu povjerenja i očekivanja unutar koje pojedinci mogu računati jedni na druge. U tom smislu, ad hoc dogovori „na kavi na rivi” ili „stvaranje tablice rasporeda” oko zajedničkog odlaska na zdravstvene preglede o kojim priča Klara predstavljaju svakodnevne prakse koje tvore kolektivne strategije otpornosti. Upravo kroz ovakve mreže podrške, zajednica uspijeva amortizirati posljedice institucionalnih manjkavosti i održati minimalnu razinu sigurnosti i predvidljivosti u pristupu zdravlju.

Sličnu strategiju opisuje i Lucija, čija se oftalmologinja preselila u drugo naselje, udaljeno gotovo sat vremena vožnje automobilom. Budući da u njezinoj sredini ne postoji odgovarajuća alternativa, Lucija zajedno s mužem i prijateljicom nekoliko puta godišnje organizira zajednički odlazak, kako bi svi obavili preglede u istom terminu. Naglašava pritom da takav oblik organizacije nije iznimka, već uobičajena praksa u zajednici. Ovakvi dogovori ilustriraju kako se kroz neformalne mreže i zajedničko planiranje pokušavaju smanjiti troškovi i napor povezan s ograničenom dostupnošću specijalističkih zdravstvenih usluga.

Otkad je [oftalmologinja] otvorila [liječničku praksu] u [drugom naselju], mi smo svi [odavde] krenuli doli za njom. I odemo doli, tu je uru vrimenta autom. I to čak idemo ja, [moj suprug] i naša prijateljica. Uvik idemo nas troje [i] obavimo doli preglede. I jako puno ljudi [radi tako] (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1).

Lucija također ističe i druge strategije koje ljudi iz manjih mjesta formiraju, jedna kojih je dijeljenje informacija oko načina za najbrže i najjednostavnije dobivanje određene zdravstvene usluge. Ističe da je to znanje dostupno zato što puno liječnika i drugih zdravstvenih radnika iz njenog naselja radi u obližnjim županijskim bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama i preko njih onda dobiju potrebne informacije.

Zato šta ljudi pričaju. I onda ovaj jedan kolega (...) poznaje kolegu. *Jer dosta naših doktora iz [naselja u kojem živi] radi u [obližnjem županijskom središtu]. Dosta medicinskih sestara radi [tamo]. Dosta doktora radi u [drugom županijskom središtu]. Onda prijatelj zna prijatelja: „Imaš tamo, ovi je sredio”, i šta ja znam. (...) Ljudi pričaju, požale se jedan drugome, savjetuju se. Reču ti: „Ajde tamo, sredit ćeš prije nego u [makroregionalnom središtu].” (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1).*

6.2.1.2. „Meni je doktor u kvartu. Zašto bi išao živjeti negdje drugdje?” – važnost blizine zdravstvenih ustanova za kvalitetu života u makroregionalnim središtima

Suprotno iskustvima sugovornika koji, zbog fizičke udaljenosti bolnica, vide život u manjim mjestima kao izvor ograničenja za pristup potrebnim zdravstvenim uslugama, većina sudionika iz makroregionalnih središta isticala je da imaju širok izbor pri odabiru zdravstvenih ustanova, budući da su im dostupne usluge na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite:

Sve mi je blizu i dostupno. (...) Ja se držim u [jednog kliničkog bolničkog centra], ali mogu ipak birati puno više bolnica. Puno je poliklinika. Mi imamo i taj [dom zdravlja] gdje mogu puno toga obaviti [te] doktore po kvartovima. (Josip, 61 do 70 godina, RZZ3).

Poput Josipa, i Zoran naglašava mogućnost izbora, posebno naglašavajući mogućnost odlaska privatnim zdravstvenim ustanovama, što je iz njegove perspektive jedan od načina da se zdravstveni problem riješi brže nego u državnim ustanovama.

Zoran: Dakle, ima više mogućnosti. Ima više izbora. I u konačnici ako već ne mogu preko toga zdravstvenog kojega ste plaćali cijeli život, imate na izboru hrpu privatnih tih poliklinika gdje ćete rješavati problem. A to dolje nemate. Ta mogućnost ne postoji.

I: Dakle, ono što je prednost (...) većih gradova je to što, osim bolnica, još ima i puno privatnih [zdravstvenih] ustanova?

Zoran: Naravno, ima puno privatnih ordinacija. Ako je nešto hitno i ako to morate riješiti, onda ćete i napraviti (Zoran, više od 70 godina, RZZ3)

Za razliku od sugovornika koji se suočavaju s problemom otežanog pristupom zdravstvenim ustanovama i koji su često isticali da im je problem što im djeca nisu na raspolaganju za pružanje podrške i skrbi u starijoj dobi, stanovnici gradova s dostupnom sekundarnom ili tercijarnom

razinom zdravstvene zaštite naglašavali su sasvim suprotno iskustvo. Blizina zdravstvenih ustanova, često dostupnih i pješice, pruža im osjećaj sigurnosti i neovisnosti o članovima obitelji. Upravo zbog toga ne osjećaju potrebu biti bliže svojoj djeci. Tako je i Josip svoju odluku da se ne preseli bliže svojoj djeci obrazložio upravo dostupnošću zdravstvenih usluga u Zagrebu i osjećaju neovisnosti o drugim članovima obitelji:

Čak smo i razmišljali malo kako su djeca samostalna da možda odemo iz ovog stana. (...) Ali meni je doktor tu u [kvartu]. (...) Zašto bi išao negdje gdje je naša kćerka? Možda jednog dana neću moći ni auto voziti. Ideš s godinama u starost i onda... Mislim da nam je sve dostupno, što se tiče Zagreba. Svi kvartovi naši imaju i liječnika, ambulante, opće medicine. (Josip, 61 do 70 godina, RZZ3).

Bilo je ponuda, na primjer, sin i snaha i naši unuci su kupili kuću (...) u [obližnjem naselju]. (...) Čak su nas nagovarali da se nekako približimo njima. Ali razmišljajući o autu i razmišljajući o starosti i da ja već imam nekih tegoba, nekako mi je ljepše tu nego da idem. Da ovisim čak o nekome. Jer ne bih želio nikoga opterećivati s mojom bolešću, s potrebama. (Josip, 61 do 70 godina, RZZ3).

Nada također naglašava da, iako ima želju za mirnijim životom u manjoj sredini, presudna prepreka ostaje nedostatak zdravstvene infrastrukture. Za nju je ostanak u gradu kompromis koji omogućuje sigurnost u starijoj dobi:

Vaditi krv u [općinskom središtu blizu mjesta odrastanja]? Morate ići u Split. To je (...) jedna od prednosti življenja u većem gradu. Ali što smo stariji, to težimo da idemo na neka mirnija mjesta, a to je baš i problem jer otić, recimo, u [manjem naselju na obali] je nemoguća misija što se tiče zdravstvenog. *Jer godine na stišću i sve će biti veća zdravstvena pomoć ljudima našeg doba.* To je malo upitno glede zdravstvene zaštite ljudi naše dobi. (Nada, 61 do 70 godina, RZZ3)

Ovi iskazi pokazuju da se u gradskom kontekstu zdravstvena dostupnost ne percipira samo kroz dimenziju pristupa uslugama, već postaje i temelj životnih odluka, poput pitanja gdje živjeti u starijoj dobi. Dostupnost zdravstvene skrbi pritom pruža starijim osobama da zadrže osjećaj neovisnosti, rasterete svoju djecu i održe kontinuitet svakodnevnog života.

Uz prostorne razlike u pristupu, u narativima sudionika snažno je prisutna i percepcija vremenske promjene. Mnogi uspoređuju današnju situaciju s onom iz prošlih desetljeća, naglašavajući da je zdravstvena zaštita nekad bila bliža, dostupnija i organiziranija. Osjećaj gubitka proizlazi kako iz smanjenja lokalnih resursa (nestanak ambulanti, „babica”, ginekoloških ordinacija), tako i iz degradacije javnog prijevoza, koji se u prošlosti percipira kao češći i pouzdaniji.

Recimo, kad sam ja došla u [ovo naselje] stanovat i kad sam počela radit, (...) *zdravstvene usluge su bile drugačije*. (...) recimo, [tu] je bila babica koja je bila kao zdravstveni radnik za cijelo područje. (...) U [obližnjem naselju] je bila medicinska sestra ili babica koja je bila za cijelo [to područje]. I u [naselje u kojem živim] je dolazio jedanput tjedno liječnik. (...) Danas em ima manje ljudi, em ljudi su opremljeni automobilima pa idu [u obližnje općinsko središte] - ali nemaju svi to. *A danas svega toga nema, tako da zdravstvene usluge jesu dostupne, ali teže za one koji su nepokretni, koji nemaju sredstva - koji nemaju kako* (Dunja, više od 70 godina, RZZ0).

Možda sam ja ono kad kažu da samo mislim da je nekad bilo bolje. Ali bilo je bolje u [obližnjem općinskom centru]. Mi smo imali puno veći izbor. Imali smo stacionar, to je bilo onda, tak' se zvao, stacionar, gdje smo za sitne stvari si mogao tam' obaviti. Imali smo dvije stalne ginekološke ambulante. A sad (...) je to jedna - jedanput tjedno (...) Dakle, tu je problem (Valentina, više od 70 godina, RZZ0).

Ovi iskazi pokazuju da se zdravstveni sustav ne doživljava samo kroz sadašnje stanje, nego i u relaciji prema idealiziranom prijašnjem vremenu kada je bio efikasnije organiziran i prilagođen lokalnoj zajednici. Pojedini sudionici dodatno problematiziraju pad kvalitete usluga i profesionalnog kadra, povezujući ga s odlaskom liječnika u inozemstvo. Time se osjećaj gubitka ne odnosi samo na infrastrukturu, već i na kvalitetu pruženih usluga u zdravstvenom sustavu:

Moram priznati da u to vrijeme, znači trinaest godina unatrag, *zdravstvo je funkcioniralo daleko bolje nego što funkcionira sada*. I da briga za pacijenta i način ophođenja, a i pružanja usluga, je bilo na daleko većem nivou. (...) A sve to opet je posljedica odlaska tih kvalitetnih liječnika. (...) Većina njih, nažalost, završava vani. (Zoran, više od 70 godina, RZZ2)

Kao što će biti vidljivo iz iduće teme, kvaliteta zdravstvenih usluga različito se doživljava ovisno o mjestu stanovanja, što pokazuje da se percepcija zdravstvenog sustava snažno isprepliće s percepcijom mjesta. Ta međuovisnost između percepcije mjesta i percepcije kvalitete zdravstvenih usluga pritom ima važne implikacije kod donošenja odluka vezanih za zdravlje jer, kako napominje Harvey (1996, str.: 321), „reprezentacije mjesta imaju materijalne posljedice kada se fantazije, želje, strahovi i čežnje očituju u stvarnim ponašanjima.”

6.2.2. „Tu nemaju baš prave doktore” – međuovisnost percepcije mjesta i kvalitete zdravstvenih usluga

Iako fizička udaljenost do najbliže bolnice i nedostatak javnog prijevoza predstavljaju ključni problem za sugovornike iz naselja gdje zdravstvena zaštita uopće nije dostupna, za one koji žive u manjim gradovima s bolnicom (ali bez kliničkog bolničkog centra), prepreka se pojavljuje na drugoj razini. Za njih, prepreka nije blizina bolnice, već percipirana kvaliteta liječničkog kadra i zdravstvenih usluga koje se tamo pružaju. Naime, sugovornici su često isticali uvjerenje da najstručniji i najambiciozniji liječnici napuštaju manje bolnice i odlaze u inozemstvo i makroregionalne centre, dok u lokalnim ustanovama ostaju oni koje se doživljava kao manje kompetentne, slabije opremljene i nedovoljno motivirane.

Povjerenje pacijenata u stručnost i kompetentnost liječnika najčešće nije oblikovano osobnim iskustvom, već „reputacijom” bolnice koja se formira na više razina. Prije svega, sugovornici često uzimaju u obzir iskustva članova obitelji, prijatelja, kolega ili poznanika, pri čemu njihova negativna iskustva imaju posebno snažan doprinos u formiranju stavova o kvaliteti usluge i stručnosti liječničkog osoblja. Ta se iskustva zatim dodatno interpretiraju u širem kontekstu javnosti poznatih problema hrvatskog zdravstvenog sustava, poput nedostatka liječnika, njihova kontinuirana odlaska u inozemstvo te nejednake atraktivnosti specijalizacija između većih i manjih mjesta (Hrvatska liječnička komora, 2016; Pintarić, 2024). Sugovornici su si stoga često postavljali pitanje: „ako najstručniji i najambiciozniji liječnici odlaze raditi u inozemstvo, u veće gradove ili u privatne zdravstvene ustanove, tko ostaje raditi u manjim bolnicama?”

Nepovjerenje spram liječnicima koji rade u županijskim bolnicama motiviralo je dio sugovornika iz manjih gradova da potraže skrb u udaljenijim kliničkim bolničkim centrima, koje su doživljavali kao „centre izvrsnosti” i mjesta gdje su stručnost i kompetentnost liječnika neusporedivo veći. U

tom smislu, iako je bolnica fizički blizu, mjesto stanovanja se i dalje doživljava kao ograničavajući čimbenik u mogućnosti donošenja dobrih odluka za vlastito zdravlje, osobito kod onih koji nemaju financijska sredstva ili podršku društvenih veza kako bi potražili liječenje u mjestima koja se percipiraju kvalitetnijima.

Jedan od takvih narativa donosi Vida, koja je suočena s ozbiljnom dijagnozom karcinoma u početku odlučila liječiti se u obližnjoj bolnici županijskog centra, ali je kasnije promijenila mišljenje i liječenje odradila u Zagrebu:

Onako neki moji prvi put, odnosno prva moja namjera je bila da se liječim u [obližnjoj županijskoj bolnici], zato što mi je (...) Zagreb [i] Rijeka - sve mi je to izgledalo jako komplicirano. Možda čak i nedostupno jer sam možda mislila da moram imati neke veze i neka poznanstva da bi došla. Nisam bila upoznata s tim zdravstvenim ustanovama i zbilja sam se odlučila otići ovdje u [županijsku bolnicu]. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Iako svoja prva iskustva s liječnicima u lokalnoj bolnici opisuje kao vrlo pozitivna, razgovori s poznanicima i njihova upozorenja o kvaliteti usluge snažno su utjecali na njezinu daljnju odluku. U tom kontekstu, reputacija ustanove i iskustva poznanika nadjačala su neposredna iskustva i stručne preporuke. Na kraju se, uz potporu mreže poznanika, odlučila potražiti pomoć u Zagrebu:

Kako sam komunicirala s poznanicima koji su se, nažalost, susreli s istom dijagnozom, *onda su me one uvjerile da je ipak potražim pomoć negdje van [županijske] bolnice*. S obzirom da su neka iskustva bila ne baš tako dobra. (...) Tako da, nagovorili su me, iako sam pričala sa svojom onkologicom i ona me uvjeravala da mi ona ipak preporuča da napravim operativni zahvat ovdje u [županijskoj bolnici]. Ali sam ja nekako ipak krenula vrtjeti, odnosno zvati poznanike koji su mi, eto, omogućili da dođem do vrhunskog kirurga. Tako da sam se ja odlučila ipak taj operativni zahvat napraviti u [KBC-u u Zagrebu] (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Glavni razlog zašto je donijela tu odluku bio je prioritet dobivanja vrhunske usluge nad blizinom liječenja, pri čemu je smatrala da najbolju uslugu može dobiti upravo u Zagrebu:

Nekima je jako važno da su tu blizu svog doma, da im tijekom liječenja u svakom trenutku budu na raspolaganju (...) njihovi članovi obitelji. (...) Meni u tom trenutku to nije bilo

važno. *Meni je bilo važno da ja odem da mi se pruži vrhunska usluga, da ja riješim taj problem. (...) Nekako [mi je] bilo važno baš ta operacija, da kirurg (...) [to] izvede kako treba.* I nekako ja mislim da bi i naši zdravstvu trebali ići k tome da bi se stvarno trebali ti klinički centri, da bi morali biti zaduženi za to. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Sličnu dilemu opisuje i Marta, koja je nakon postavljanja dijagnoze razmišljala hoće li liječenje potražiti u lokalnoj županijskoj bolnici ili u udaljenijem makroregionalnom centru. Baš kao i u Vidinom slučaju, odluka o tome gdje će se liječiti nije bila motivirana blizinom ustanove, već percipiranom kvalitetom usluge koju će dobiti. Iako je isprva razmatrala potražiti drugo mišljenje u kliničkom bolničkom centru, liječnica ju je uvjerila da će u lokalnoj bolnici dobiti jednaku kvalitetu skrbi kao i u kliničkom bolničkom centru, što je presudilo da ostane liječiti se u svom gradu.

Ja kad sam došla prvi put kod našeg onkologa u [županijskoj bolnici], (...) normalno da sam se bavila mišlju da ću ići na još jedno mišljenje. Pa tako da sam išla [s mišlju] : „*samo Zagreb*” – *pošto je [to] kao centar i tako.* (...) Pa ne znam, nešto se prelomilo i ja sam rekla: „Okej, da li ću dobiti isto ono što ću dobiti u Zagrebu?” Rekli su: „Da.” I ja sam zbilja onda odlučila da nema smisla. I kažem, evo, imala sam stvarno neku sreću da je to sve jako dobro odrađeno i da sam ja to sve skupa i dobro podnosila. (Marta, 61 do 70 godina, RZZ2).

Sličan obrazac pronalazimo i kod Marine, koja je u trenutku nesigurnosti posegnula za mišljenjem liječnice opće prakse. Iako ona ne dovodi u pitanje kvalitetu usluge koju bi mogla dobiti u lokalnoj županijskoj bolnici, upravo u trenutcima neizvjesnosti presuđuju nijanse koje potiču pacijente da biraju opciju koja se percipira kao sigurnija, odnosno ona za koju se podrazumijeva da ima veći kapacitet i specijalističko znanje. Iz Marininog iskaza vidljivo je da se takve percepcije ne formiraju samo na temelju (negativnih) iskustva poznanika, nego i na stavovima i preporukama zdravstvenih radnika:

Ja sam samo s mojom obiteljskom liječnicom pričala. Kaže: „*Ipak je to KBC koji ima jednu širu paletu pretraga i kažu da su u KBC-u jako kvalitetni hematolozi.*” Ja ne mislim da ovdje nisu kvalitetni, ali išla sam na drugu instancu jer sam se stvarno prestrašila. Znae,

to je trenutak kada čovjek hvata se za sve i za svašta. Ali hvatala sam se racionalno, ne iracionalno. Zato sam se prijavila u Zagreb. (Marina, 61 do 70 godina, RZZ2)

U sve tri priče vidljivo je da u odluci o mjestu liječenja presudnu ulogu nije imala blizina ustanove, već povjerenje u stručnost i kompetenciju liječničkog osoblja te percipirana kvaliteta zdravstvene usluge. Ipak, postoje važne razlike u načinu na koji se oblikuje povjerenje u liječnike i reputacija bolnice. Dok je u Vidinom slučaju odluka o liječenju izvan mjesta stanovanja primarno motivirana negativnim iskustvima poznanika, Marta, Fran i Teo razlike u percipiranoj kvaliteti zdravstvene skrbi vide kao posljedicu širih problema zdravstvenog sustava poput nedostatka liječnika uoči njihova napuštanja bolnica i odlaska u veće gradove, inozemstvo ili privatne zdravstvene ustanove. Tako Marta ističe problematiku kontinuiranog odlaska iskusnih specijalista iz manjih bolnica te nesigurnost koju pacijenti osjećaju kada se liječe kod liječnika u čiju stručnost i iskustvo imaju manje povjerenja. Upravo ta nesigurnost može objasniti i početno premišljanje treba li se liječiti u lokalnoj bolnici ili potražiti skrb u većem centru:

Mislim da [lokalna županijska bolnica] ima iste probleme kao (...) sve druge bolnice, odnosno nedostatak kadra. Odnosno, otvaranjem privatnih klinika, puno liječnika, specijalista koji su dugogodišnjim djelatnici i koje svi znamo i možemo imati povjerenja u njih, pomalo napuštaju [tu] bolnicu. I onda sad je problem u [našem mjestu stanovanja] - nemamo radiologa jer oni očito su tražena roba svagdje. I onda sad obaviš pregled, ali *nisi siguran, taj 'ko čita taj pregled – da li ga dobro čita? Da li je on dovoljno kompetentan za to? Da li ima dovoljno iskustva?* To je najveći problem. (Marta, 61 do 70 godina, RZZ2).

Fran i Lovro dijele sličan stav s Martom glede percepcije kvalitete usluge i stručnosti liječnika u obližnjim županijskim bolnicama, u usporedbi s liječnicima u kliničkim bolničkim centrima u makroregionalnim središtima:

Danas je ta fluktuacija liječnika užasna. Jako idu u inozemstvo svi za boljim parama. Vjerojatno nema ni dovoljno liječnika, naročito onih koji su jako dobri, vrhunski. To vam je u tom malom mjestu nedostatak. (Lovro, 61 do 70 godina, RZZ1)

[Liječnici u Zagrebu] su daleko stručniji, upućeniji i više se trude. I tehnički [su] opremljeniji. (...). I motivirani su da se obrazuju na tom stručnom planu jer imaju šanse da pokažu znanje i napreduju. Dočim imam dojam da u [bolnici u obližnjem općinskom

centru] nema ni tih ambicija. *Oni koji imaju ambicija otiđu već kao mlađi ili kao perspektivni dobri liječnici u neku jaču, u neku drugu bolnicu.* (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Fran i Teo su, poput Vide, odlučili potražiti skrb u Zagrebu, gdje smatraju da se „koncentriraju” liječnici s većom stručnošću i ambicijom. Za Tea, koji boluje od plućne bolesti, upravo taj nedostatak povjerenja u stručnost lokalnih liječnika postaje odluka o prelasku iz županijske bolnice u kliničke bolničke centre u Zagrebu. Nakon što je prvi pregled obavio u obližnjoj županijskoj bolnici, stekao je dojam da liječnici koji tamo rade nemaju dovoljno iskustva ni specijalističke ekspertize, što ga je potaknulo da potraži skrb u Zagrebu, gdje, kako kaže: „ima najviše stručnjaka”:

... vidio [sam] da tu [na odjelu u županijskoj bolnici], da *tu nemaju baš prave doktore*. I taj doktor koji me primil’ je isto u penziji i radi honorarno. Pa sam to malo išao kod svoje doktorice malo pogledat da se ja prebacim u Zagreb. (...) Čujte, tamo ima najviše stručnjaka. Oni su baš za to. (Teo, 61 do 70 godina, RZZ1)

To se posebno odnosi i na zdravstvenu zaštitu žena te odabir zdravstvene ustanove u kojoj će obaviti porod. Tanja i Lucija žive u naselju gdje postoji rodilište, ali napominju da žene idu rađati u obližnje makroregionalno središte upravo zbog percipirane kvalitete i opremljenosti zdravstvenih ustanova.

[Žene iz ovog naselja] sve idu rađati u [makroregionalno središte]. Mislim, ja i razumijem, to mi je normalno. (...) žene idu jer [je] i suvremenije i modernije. Ne daj Bože nečega - tamo su liječnici. A [ovdje] ipak su prepuštene babicama. (...) Ja to razumijem. Ide, novije je, suvremenije. I to je u redu. (Tanja, 50 do 60 godina, RZZ1)

(...) trend više nije rađanja u [ovom naselju]. Sve idu doli u rodilište [makroregionalnog centra]. Naše [rodilište] je na izdisaju. (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1)

Za mnoge su sugovornike, dakle, loša reputacija lokalnih zdravstvenih ustanova i percipirana kvaliteta usluga bili dovoljno snažni čimbenici da se odluče potražiti skrb u udaljenijim kliničkim bolničkim centrima. Međutim, mnogi su također isticali da su se za to mogli odlučiti zbog svoje privilegirane pozicije i dostupnosti ekonomskog kapitala, kao što napominju Vida i Teo:

Znam da (...) neki ne odu [u makroregionalno središte] zbog financijskih problema. Neki ne od straha od nepoznatog: (...) „veliki grad, kako ću doći, kako ću pronaći bolnicu?“ (...) Evo kažem, meni to nije predstavljalo problem i ja sam si to u konačnici mogla priuštiti. Nekome zbilja, znate, možda nemaju auto. Možda nemaju nekoga tko bi ih odvezao, nekoga tko bi došao po njih. A i kažem, tu su uvijek i financijska sredstva. Ipak vi morate imati za put. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

I: A recite, s obzirom na to da ipak putujete za Zagreb na nekoj redovitoj bazi za preglede, (...) u kojoj mjeri biste rekli da imate financijskih poteškoća, baš toga što morate financirati odlazak tamo?

Teo: Pa nemam, to nije [problem]. Svakih tri mjeseca jedanput otić u Zagreb, pa nije to [puno]. Nema problema. (Teo, 61 do 70 godina, RZZ1)

Drugi sugovornici, poput Valentine i Sare, koji zbog niskih mirovina žive u financijski nesigurnim okolnostima, suočavaju se s poteškoćama prilikom putovanja u makroregionalna središta radi obavljanja pretraga. Ne odlaze ondje zato što vjeruju da će dobiti bolju zdravstvenu uslugu, nego zato što im, zbog slabe prometne povezanosti s bližim županijskim bolnicama, to često ostaje jedina dostupna opcija.

Što se tiče putovanja do Osijeka, dvadeset i nešto eura je. Ali je do nedavno bilo da (...) umirovljenici su imali popust. A to puno znači – svaki euro. (...) Naravno da mi znači. Da bi sad, zadnji put kad idem, kaže: "Nemate više pravo na popust". Kažu: „Jednostavno ukinuto.“ (...) Dok sam radila, (...) pa i muž je bio – nije se osjetilo. (...) Ali sad kad sam sama, itekako se osjeti. (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1)

I: A recite, s obzirom na to da morate putovati u Zagreb, osim što je naravno, problem doći tamo, snaći se oko prijevoza i tako dalje, predstavlja li vam to i neku vrstu financijskih poteškoća?

Valentina: Naravno, i to dosta. Jer prvo moraš imati za prijevoz. Sada da li ga plaćaš ovome, onome ili [imaš] svoj prijevoz - svejedno. Drugo, ti si tamo cijeli dan zapravo. Moraš nešto pojesti i popiti. Sve to je problem. A naše mirovine su nažalost jako male. (Valentina, više od 70 godina, RZZ0)

Nalazi ovog istraživanja pokazuju da pojedinci s većim ekonomskim kapitalom imaju mogućnost proširiti prostor izbora mjesta liječenja i potražiti skrb izvan najbliže zdravstvene ustanove. Za druge je, međutim, putovanje u makroregionalna središta nužnost koja sa sobom nosi logističke, a ponajprije financijske izazove. Drugim riječima, potraga za zdravstvenom skrbi koja se percipira kao najkvalitetnija razotkriva tko uistinu ima mogućnost izbora, a tko ne.

6.2.2.1.,,Postupili su profesionalno jer ih je netko nazvao i potaknuo” – reinterpretacija osobnih pozitivna iskustava u ustanovama s lošom reputacijom

Osim stručnosti kadra, bolje opremljenosti i percepcije kvalitete usluge, pojedini sugovornici naglašavali su i percipirane razlike u pristupu liječnika. Iako su i Fran i Vida imali pozitivna iskustva s liječnicima u lokalnoj bolnici, oboje napominju da liječnici u većim centrima djeluju pristupačnije i otvorenije prema pacijentima:

Nekako imam osjećaj (...) da liječnici u tim većim centrima (...) su nekako pristupačniji od, recimo, liječnika ovdje kod nas. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

(...) kao da ta manja sredina, (...) više djeluje onako kao da su [liječnici] sad bogovi ili neznam. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Pozitivna iskustva s liječnicima iz županijskih bolnica pritom ne tumače kao pokazatelj općeg stanja, već kao iznimku uvjetovanu vlastitim privilegiranim položajem. Drugim riječima, dobra iskustva pripisuju okolnostima koje ih izdvajaju od „običnih” pacijenata. Vida smatra da je prema njoj pristup bio osobito dobar jer je zajednici prepoznatljiva osoba i jer liječnici nastoje održati dobar odnos s ljudima iz njene institucije, dok Fran svoj doživljaj povezuje s činjenicom da su liječnici reagirali drugačije jer su ih njegovi prijatelji liječnici prethodno kontaktirali i „najavili” ga:

Ja nisam uobičajeni pacijenti jer sam bila u drugačijoj poziciji. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Taj neki moj prvi feedback [u obližnjoj županijskoj bolnici] je bio zbilja onako odličan. Ja uvijek vjerujem da je to bilo zbog moje dobi, ali isto tako možda je i posao u tome pomogao jer sam radila i u instituciji koja, (...) možda neki ljudi žele biti dobri s ljudima koji rade u

toj instituciji. Ali možda samim time što sam isto tako bila medijski malo izložena, tako da su me ljudi poznavali. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Uvijek sam imao osjećaj da [u kliničkom bolničkom centru u Zagrebu] rade maksimalno profesionalno. E sad, ovdje, [u dvjema obližnjim županijskim bolnicama], imao sam dojam da su *pristupili meni maksimalno koliko je to u njihovim mogućnostima profesionalno iz razloga što je netko njih nazvao i potaknuo*. (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Takva iskustva ukazuju na rašireno uvjerenje sugovornika da do većih mogućnosti izbora te „bolje” ili brže usluge ne mogu doći „uobičajenim putem”, odnosno kroz različite institucionalne kanale, nego putem neformalnih kontakata, preporuka ili privilegiranog društvenog statusa, koji se smatraju ključnim resursima za osiguravanje pristupa kvalitetnoj i bržoj skrbi.

U sljedećem ću odjeljku predstaviti različite načine na koje su sugovornici oslanjali na društvene mreže i druge fleksibilne resurse kako bi ostvarili određene privilegije i kako su te privilegije oblikovale njihova iskustva sa zdravstvenim sustavom.

6.2.3. „Moraš biti kao riba koja zna plivati u tom sustavu” – mobiliziranje fleksibilnih resursa za prevladavanje prepreka u pristupu zdravstvenoj skrbi

U prethodnim su se temama snažne veze pokazale kao ključan resurs u prevladavanju prepreka fizičke dostupnosti zdravstvenih ustanova, osobito za one sugovornike koji, kako napominje Dunja, „nisu šoferi” i kojima udaljenost, uz nedostatak javnog prijevoza i podrške bližnjih, predstavlja ozbiljan problem u dobivanju potrebne skrbi. U takvim slučajevima, nemogućnost osiguranja prijevoza može dovesti do odgađanja pretraga i time do nepodmirenih zdravstvenih potreba, što ilustriraju narativi Ruže i Sare.

Međutim, rezultati kvantitativnog dijela istraživanja pokazuju da fizička udaljenost, iako je to važna i ozbiljna prepreka, nije dominantan uzrok nepodmirenih zdravstvenih potreba. Mnogo češće, ključni problem nemogućnosti obavljanja potrebnih pretraga ili liječenja predstavljaju duge liste čekanja i nedostatak slobodnih termina, pri čemu su taj problem isticali sugovornici bez obzira na mjesto stanovanja ili socioekonomske i sociodemografske karakteristike. Međutim, oni se razlikuju u strategijama kojima se služe kako bi te prepreke zaobišli, pri čemu one primarno ovise o strukturi i količini raspoloživog ekonomskog, društvenog i kulturnog kapitala. Sugovornici su

pritom isticali dva osnovna načina na koja pokušavaju zaobići te prepreke. Prije svega, u slučajevima kada je pretragu bilo potrebno obaviti u što je kraćem mogućem roku, sugovornici su potrebni pregled često obavljali u privatnim zdravstvenim ustanovama, ako su im financijske mogućnosti to dozvoljavale. Drugi su nastojali zaobići navedene prepreke oslanjanjem na društvene veze za koje smatraju da im kroz svoj privilegirani status mogu omogućiti bržu ili kvalitetniju uslugu. Te se veze pritom ne mobiliziraju isključivo radi ostvarivanja privilegiranog pristupa kod dobivanja skrbi, već i za ono što Willis i suradnici (2016) nazivaju „sistemskim znanjem”, odnosno nepisana „pravila igre” zdravstvenog sustava koja omogućuju uspješniju navigaciju kroz njegove složenosti. U ovoj su temi stoga prikazani različiti načini na koje su se sugovornici oslanjali na resurse koji su dostupni unutar njihovih društvenih mreža kako bi, iz vlastite perspektive, uspješnije „navigirali” te otkrili nepisana „pravila igre” zdravstvenog sustava i tako zaobišli problem dugih lista čekanja te osigurali najbržu i najbolju moguću skrb.

6.2.3.1. „Redovni putevi” i „krivudave ceste” kao mogući smjerovi pri navigaciji zdravstvenim sustavom

Dok su snažne veze bile presudne za prevladavanje fizičkih prepreka, u slučaju dugih lista čekanja važnu ulogu imaju i slabe veze, osobito one koje djeluju kao „mostovi” prema mrežama ljudi iz medicinske struke. Valentina, koja živi u malom ruralnom naselju, ističe da joj udaljenost do bolnice ne predstavlja problem jer je suprug može voziti. Ipak, zbog predugačkih listi čekanja napominje da je do potrebnog termina u, prema njenoj procjeni, razumnom vremenskom intervalu često moguće doći jedino ako se traže „krivudave ceste” koje zaobilaze uobičajeni put:

Nama nije daleko [obližnja županijska bolnica], ali i tu treba dugo vremena dok dođeš ti dok ti dobiješ termin. (...) Liste čekanja su dosta duge. Nažalost, ono [što] se ne smije reći – *treba tražiti krivudave ceste za dolazak na [red]*. (Valentina, više od 70 godina, RZZ0)

Sličnu metaforu za strategiju zaobilaženja formalne procedure kod dolaska do potrebne usluge koristi i Fran, koji opisuje kako je, zahvaljujući visokopozicioniranim poznanicima iz medicinske struke, uspio izbjeći „redovni put” i time ubrzati proces dolaska do operacije:

Sreća je u svemu tome što to *nije išlo onim redovnim putem, da se čeka* i tako dalje. Ne znam kako bi išlo da je na taj način išlo. Išlo je, dakle, direktno na ove čelne ljude koji se bave time [u kliničkom bolničkom centru]. I bilo je što je moguće hitnije operacija.

U njihovim se narativima dihotomija „krivudavih cesta” i „redovitih puteva” pojavljuju kao simbolički okvir koji označava sposobnost uspješne „navigacije” zdravstvenim sustavom izvan njegovih formalnih procedura. Ona se shvaća kao oblik praktičnog znanja o tome „kome se obratiti” kako bi se osigurala brža i kvalitetnija zdravstvena skrb. Kada se formalni kanali doimaju neadekvatnima, strategija pronalaženja „krivudavih cesta” postaje dominantan način snalaženja u zdravstvenom sustavu, što jasno ilustrira Valentinin iskaz:

Već ti dođe smiješno kad hoćeš nešto i sad prvo kaj razmišljaš, razmišljaš: „Kome sad reći? Koga zamoliti? Kud krenuti? Koga zamoliti da ti do toga dođeš?” I masu puta smo molili, (...) tražili i dali. (Valentina, više od 70 godina, RZZ0)

Valentina, Fran i Teo suočili su se s ozbiljnim zdravstvenim problemima koji su zahtijevali hitnu reakciju, no zbog dugih lista čekanja jedini su izlaz vidjeli u mobilizaciji resursa koji su dostupni putem njihovih društvenih mreža. Valentina opisuje kako je, zbog problema s bubrezima, dugo pokušavala dogovoriti CT pregled, sve dok nije zamolila članicu obitelji koji radi u obližnjoj bolnici da joj omogući dolazak do pravovremenog termina:

Prvo kad mi je došao taj problem, onda sam se naručila. I onda sam pod hitno došla [u obližnju županijsku bolnicu]. I poslije toga sam trebala obaviti CT. I sad probam [u toj bolnici] - nema termina. Probam u [drugoj županijskoj bolnici] - zauzeti, sve je puno, nema šanse. A meni je bilo hitno jer u pitanju su bubrezi. I onda sam ja zamolila jednu gospođu koja radi u [toj drugoj bolnici], da mi proba to nekako [riješiti]. I eto, onda sam došla za tjedan dana. (...) To mi je familija pa sam onda mogla na taj način preko nje. A inače ne volim [to raditi] ... ali, eto, bila sam u takvoj situaciji kaj sam morala. Bilo je još takvih trenutaka (Valentina, više od 70 godina, RZZ0).

Sličnu situaciju opisuje Teo, kojem je, zbog ozbiljnih respiratornih tegoba koji su ograničavali njegovo svakodnevno funkcioniranje, bilo važno obaviti pregled u što kraćem roku. Za razliku od Valentine, nije ni pokušavao doći do termina „redovnim putem” jer, kako napominje, „ako se javite pulmologu, pa dok vas naruči – to bi trebalo par mjeseci čekati.” Umjesto toga, izlaz je vidio u pozivanju na društvene kontakte koji su mu mogli omogućiti privilegirani pristup „preko reda” čekanja:

Imao sam jednog prijatelja koji je ono, (...) pričao sam mu: „Vidiš kako mi je loše. Loše dišem.” Pa veli: „Imam ja tu prijatelja jednoga koji je pulmolog tu [u obližnjoj županijskoj bolnici]. Pa dogovorim ti susret s njim.” I onda, (...) to je bilo: „Daj čovječe, daj ga nazovi, daj pitaj dal’ bi mogal’ doći. Nek me pregleda da vidim kaj je.” I tak’ je i bilo. Tak’ da sam se čisto snašao to. Snašao sam se. Imao sam sreću da čovjek me je htel’ primiti onak’ prek’ reda, prek’ veze. Jer inače ne bi došel’. (Teo, 61 do 70 godina, RZZ1)

Način na koji slabe veze mogu djelovati kao mostovi i tako se koristiti u svrhu osiguranja boljeg pristupa može se vidjeti iz narativa Frana, koji opisuje kako su mu prijatelji iz medicinske struke, koji su svi umreženi, razgovarali sa svojim poznanicima iz medicinske struke i pomogli da „ništa ne čeka”. Drugim riječima, njegove veze funkcionirale su kao mostovi prema širem krugu liječnika iz različitih bolnica, za koje navodi da su mu zajednički omogućili bržu dijagnostiku i liječenje:

Druženje i [sportske aktivnosti] s (...) četvoricom liječnika (...) iz [naselja u kojem živi] i [obližnjeg naselja koje ima bolnicu] – oni se znaju međusobno, (...) tako da su i oni puno pomogli. Ne znam kako ide kod ljudi koji nemaju takvu vrstu pomoći, ali evo, hvala Bogu, ja sam imao tu pomoć od ljudi iz te struke medicinske koji su, što se u ovim našim uvjetima može najviše dati - pomogli da to odradim. (...) Dakle, *velika pomoć prijatelja koji su iz te medicinske struke i koji su mi pomogli i odradili*. (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Ta pomoć je bila u tome da se nije ništa čekalo. (...) A ovo drugo je išlo na način da ti liječnici koji rade ovdje, recimo, mogu spomenuti doktora [prezime liječnika uklonjeno], koji je vrhunski [liječnik] i koji poznaje i zna ljude. (...) On zna [liječnike] u [obližnjoj županijskoj bolnici]. Ovaj drugi zna [liječnike] u [drugoj županijskoj bolnici]. [Član moje obitelji koji je liječnik] [poznaje specijaliste] u [KBC-u] koji su tamo šefovi bili [i] operatera koji su tada radili. *Dakle, da jednostavno intervenira i kaže: „Hitno treba.” I određeno je.* Dakle, išlo je na taj način. Nije da mi nekad nije došlo do savjesti. A šta ljudi koji nemaju vezu? Kako oni prođu? Međutim, kad je čovjek bolestan, onda gleda iskoristiti sve da sebi pomogne. (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Fran je u opisao dva različita izvora putem kojih može doći do privilegiranog pristupa u zdravstvenom sustavu. Jedan je, kao što je opisano, preko članova obitelji i prijatelja iz medicinske struke koji služe kao mostovi prema širem krugu liječnika diljem zemlje. Drugi izvor proizlazi iz

njegova profesionalnog statusa koji je omogućio razvijanje brojnih slabijih veza. Naime, Fran je dugogodišnji radnik u prosvjeti koji je držao nastavu brojnim učenicima, od kojih su mnogi postali zdravstveni radnici. Ta poznanstva i činjenica da „tu zna sve i svi znaju njega”, omogućili su mu da sve usluge, pa i one manje ozbiljnije, odraduje „preko reda”:

S obzirom na posao koji sam radio, (...) znao sam sve te ljude. Moje iskustvo je uvijek bilo da su mi izašli u susret. (...) I kada sam išao za Zagreb, kada je trebalo uputnicu, da je taj liječnik izašao, došao, napravio i odradio sve. I poslije toga, svi ovi liječnici koji su u obiteljskoj medicini, s obzirom da su sve moji učenici, uvijek je sve bilo maksimalno korektno. I sad, evo, da ne kažem – *sve preko reda. Nigdje nisam morao čekati.* (...) E sad, kažem, *ja to doživljavam da sam na te ljude, na nas liječnike, ostavio dobar dojam (...), da sam odradio svoj posao. (...) neću reći da sad vraćaju, nego jednostavno se odnose tako prema meni i supruzi.* I sad kažem: „Dobro se dobrim vraća, koliko se može vratiti”. Jer ono što sam rekao, kako je živjeti [u ovom naselju] – *praktično tu znam (...) sve i svi znaju mene. To je dobra stvar, da ti izlaze u susret.* (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

(...) mislim da nema vjerojatno odavde do Zagreba sigurno ni jedne bolnice gdje nemam nekoga od bivših učenika. Negdje ili znam da je tamo ili ga tamo sretnem. Onda na taj način kad je: „Gdje si profesore, šta treba?” I odradi se. (Fran, 61 do 70 godina, RZZ1)

Slična iskustva opisuju Tanja i Neven, bračni par koji su u posljednjih nekoliko desetljeća kroz dugogodišnji volontaristički rad s djecom, mnoga od kojih su kasnije u životu upisali medicinu i postali liječnici, razvili široku mrežu slabijih veza sa zdravstvenim radnicima diljem zemlje:

[Puno] te djece je upisalo medicinu [i] oni su danas liječnici. [Neven] sada zovne: „Alo, [ime liječnika uklonjeno], triba mi to i to.” „Nema problema, [Nevene]” (...) On njega zna od kikića. Shvaćaš? Puno smo takvih generacija djece izveli na takvu nekakvu razinu. *I toliko smo sad umreženi po cijeloj Hrvatskoj jer su otišli [iz naselja u kojem živimo].* (Tanja, 50 do 60 godina, RZZ1)

Iskazi Frana, Tanje i Nevena pokazuju kako ekstenzivne mreže koje obuhvaćaju velik broj zdravstvenih radnika mogu biti važan izvor samoefikasnosti u snalaženju unutar zdravstvenog sustava. Iz njihove perspektive, pristup pretragama i liječenju olakšan je činjenicom da im brojni

liječnici, raspoređeni u različitim zdravstvenim ustanovama diljem zemlje, često žele „izaći u susret”.

Osim toga, ovi narativi pokazuju da spremnost članova mreže s privilegiranim pristupom resursima da pomognu ne ovisi samo o postojanju veze, nego i o tome kako članovi mreže percipiraju i vrednuju pojedinca. Tako su, primjerice, Neven i Fran kroz dugogodišnji rad s djecom koja su kasnije postala liječnici, osigurali važnu poziciju u mreži koja im je omogućila „zasluženi” privilegirani pristup resursima. To se jasno nazire iz Franova mišljenja da spremnost liječnika da mu samoinicijativno pomognu vidi kao oblik uzvraćanja usluge iz potrebe da se zadovolji norma reciprociteta, odnosno, zato što se žele pobrinuti da se „dobro dobrima vraća”.

Ovaj nam nalaz pokazuje da uspješnost mobilizacije resursa ne ovisi samo o strukturi, veličini te količini dostupnih resursa u mreži, već i o poziciji ega unutar nje, pri čemu je bolja pozicija povećava spremnost drugih članova mreže na aktivaciju resursa i ostvarivanja privilegiranog pristupa resursima.

6.2.3.2. Nisam ja tražila nikakvu vezu, nego se ona sama po sebi stvorila” – svjesna i spontana mobilizacija resursa dostupnih u društvenim mrežama

Za razliku od sugovornika koji ističu da se uvijek mogu osloniti na resurse dostupne unutar vlastitih mreža koje ih povezuju s brojnim zdravstvenim radnicima, priče Anje, Lovre, Jasmine i Krešimira pokazuju da ekstenzivne mreže sa zdravstvenim radnicima nisu nužan preduvjet za ostvarivanje privilegiranog pristupa resursima. Za njih, dovoljan je bio jedan jedini, često „slučajno otkriveni” član mreže koji je bio spreman preuzeti premošću ulogu te aktivno mobilizirati resurse iz svojih društvenih mreža. Primjerice, Anja nije promišljeno i ciljano nastojala pronaći „krivudave ceste” za dolazak na red, kao što smo vidjeli u slučaju Frana, Tea i Valentine, već navodi da joj je, sasvim slučajno, u spontanom s razgovoru s prijateljicom omogućeno da ostvari kontakt sa specijalistom kod kojeg je dobila bržu uslugu:

(...) slučajno sam srela svoju jednu jako dobru prijateljicu i (...) u razgovoru [sam joj rekla] kaj se dešava. I ona meni veli: "Pa dobro, za Boga miloga, da si mi bar prije javila. Mi smo kao sad s [specijalistom nefrologije] super dobri", jer je [član njezine šire obitelji] bio [liječnik u jednom KBC-u]. I ja velim, "a gle ono" (...) "pa daj, ako ti nije teško, bilo bi mi super." Ona je i taj [član njezine obitelji], oni su njega kontaktirali. Mislim, ja sam u roku

tri, četiri dana prvi put došla kod njega. Eto, to je bilo preko veze. Meni nikad nije moja doktorica rekla da bi ga ja trebala [posjetiti]. (Anja, 60 do 70 godina, RZZ3)

Sličnu priču o tome kako se jedan slučajni susret s poznanicom pretvorio u privilegirani pristup zdravstvenoj skrbi ispričao je i Lovro. Nakon što joj se požalio na svoje zdravstvene probleme, poznanica ga je povezala s „vrhunskim kirurgom” koji mu je osobno operirao tumor i koji je, smatra Lovro, njemu posvetio više pažnje nego što bi to učinio bilo koji drugi liječnik:

Sad u ovom (...) slučaju imao sam nekakvu vrstu sreće. (...) Jednom sam došao kod [poznanice], kad sam (...) neposredno [saznao] da imam karcinom. Ona nije znala. Pita me kako sam. Pa reko: "Nikako." "Šta je?" Ja kažem. Kaže ona: "Joj, aj ti dođi kod mene oko pola tri, (...) moj kum ti je kirurg u [KBC-u u obližnjem makroregionalnom središtu]." I onda sam ja [tamo] dogovorio operaciju (smijeh). Bilo je vrlo zanimljivo. Čovjek je savršen. Izvanredan (...) kirurg, vrhunski. Strahovito brižno je to sa mnom obavio. (...) Dakle, primio me preko reda bez ikakvih novaca. Nikad mu ništa nisam ni kupio ni dao - zaista prijateljski. (...) Jako je pažljiv bio, izuzetno. (...) Kaže (...) [da je] našao je da je taj tumor s unutarnje strane crijeva i bio je naslonjen na bubreg jako. Kaže, bilo mu je rizično operirati kamerom. (...) Ja sam mu izuzetno zahvalan zato što, (...) da je bio neki drugi doktor, izvršio bi operaciju (...) i rekao: "Idem na ručak, na ćevape s lukom" (smijeh). A ovaj je ponovo sve to radio. I kad bi netko nekoga natjerao četiri i pol sata da stoji na mjestu, mislim već je to velika stvar. (Lovro, 70+ godina, RZZ1)

Baš kao i Lovro, Jasmina navodi da je imala sreću što se veza uspjela formirati „sama po sebi”, odnosno bez njezinog aktivnog angažmana u mobilizaciji resursa iz društvenih mreža. Prema Jasmini, ona se zbog toga osjećala sigurnije oko svoje operacije:

Imala sam tu sreću što, kako je sve povezano u bolnici, rođak od neviste je liječnik tamo. I govori mu, kolega njegov: „znaš ko ti je kod nas na Hitnoj?” (...) I onda je on došao dole na Hitnu. (...) *Nisam ja tražila nikakvu vezu, nego je ona sama po sebi tamo stvorila.* On je mene došao svako jutro vidit, donijet mi kavu. (Jasmina, 60 do 70 godina, RZZ0)

(...) nisan puno brinula jer je (...) [tamo bio] taj liječnik koji je rod od moje nevjestice. Onda je on isto odmah došao u tamo na intenzivnu. Rekao [je]: „ne brini, daj, zlato - sve što ti treba, ja ću ti spremić”. Tako da ja ne znam kako je drugima. Ja nisam brinula zbilja o

ničemu i znala sam da će on to riješit. A i znala sam da će on pratit (...) i da će znat, čim bude gotova operacija, i kako je prošla i šta je bilo. (Jasmina, 60 do 70 godina, RZZ0)

Također, Krešimir je mobilizaciju resursa iz društvenih mreža prepustio onima za koje smatra da raspolažu većim znanjem, iskustvom ili društvenim kapitalom, odnosno, kako to opisuje u sljedećem citatu: „nekome tko je pametniji”. Opisujući svoje iskustvo s potrebnom operacijom, Krešimir ističe da mu je bilo svejedno koji će kirurg obaviti zahvat. Međutim, članovi njegove obitelji svojom su voljom preuzeli aktivnu ulogu u potrazi za „najboljim mogućim” kirurgom, mobilizirajući pritom resurse iz vlastitih društvenih mreža:

[Zet] i [kćer] su mi (...) jako [pomogli]. Odmah su pogledali: "Ej, idi kod ovoga", "probaj kod ovog tamo", "trebao bi ovo, trebao bi ono". Znači, ima netko tko je pametniji (smijeh). Tako da, uvijek se nađe netko. (...) [Kćerin poznanik] je na kirurgiji radio. I zna se s liječnikom i sve. (...) On je zvao odmah. (...) Na primjer, ja, kao bolesnik, ja bi otišao, pa kod koga dopadnem. Ono, moram to napraviti i gotovo. Dok oni su: "Ajde da vidimo koji bi to najbolje bio, najsigurnije". Brinu se za mene pa onda... A u biti, sam liječnik je rekao: "Ej, netko je zvao za vas, ne znam sad ni tko. Ajde me sjetite." Onda sam ga ja podsjetio. (...) To je taj način. Kažem, nisam uopće u tim razgovorima sudjelovao. Nisam se ni čuo s tim [kćerinim poznanikom] (...), niti ništa. (Krešimir, 61 do 70 godina, RZZ3)

Anjina, Lovrina, Jasminina i Krešimirova priča produbljuju naše razumijevanje o tome kako društvene mreže, osobito slabe veze, mogu postati važan resurs pri nastojanju da se učinkovitije navigira zdravstvenim sustavom. Njihova iskustva pokazuju kako se, širenjem informacija o vlastitim zdravstvenim problemima, dominantna uloga u mobilizaciji resursa može premjestiti s pojedinca na njegove kontakte. Taj se pristup bitno razlikuje od priča Frana i Tea, koji su, prepoznajući potencijal vlastitih društvenih mreža, sami nastojali aktivno mobilizirati resurse pozivajući se na kontakte za koje su vjerovali da bi im mogli ubrzati pristup usluzi. Ovakav oblik djelovanja možemo nazvati *svjesnom mobilizacijom resursa*.

S druge strane, Anja, Lovro, Jasmina i Krešimir nisu sami aktivno nastojali mobilizirati resurse članova svojih mreža. Oni, naime, nisu željeli ili nisu poznavali nikoga tko bi im, prema njihovom sudu, mogao omogućiti povlašteni pristup zdravstvenim uslugama. Ipak, razgovarajući o svojim zdravstvenim problemima s članovima obitelji, prijateljima i poznanicima, informacije su se

spontano proširile, što je dovelo do toga da su njihovi kontakti preuzeli aktivnu ulogu u mobilizaciji resursa. Drugim riječima, uspješna mobilizacija resursa proizašla je iz samoinicijativnog djelovanja drugih članova mreže, a ne izravne inicijative sugovornika, i to na način kojeg sugovornici često opisuju kao „slučajnim”, „sretnim” ili izvan njihove vlastite kontrole. Ovaj oblik djelovanja stoga možemo nazvati *spontanom mobilizacijom resursa*.

Anjina, Krešimirova, Lovrina priča dodatno pokazuju da se resursi dostupni putem društvenih mreža ne koriste samo u pokušajima da se zaobiđu duge liste čekanja, nego i da se ostvari kontakt s „vrhunskim” liječnicima za koje se vjeruje da će pružiti najbolju moguću uslugu. Slično Lovri i Krešimiru, i Vida opisuje kako su joj poznanici pomogli doći do „vrhunskog kirurga”:

Pa čisto, ono, preko šefa koji je poznavao nekog prijatelja, koji je slučajno imao nekog kuma, koji mu je taj kirurg bio prijatelj. Evo to, tako neka hrvatska priča. Ali nekako sam, kažem, uspjela doći do njega. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

Strategiju mobilizacije slabih veza koje djeluju kao mostovi prema mrežama s privilegiranim pristupom resursima Vida naziva „hrvatskom pričom”. Kao i Neven u idućem citatu, ona potragu za „najboljim” specijalistom vidi kao uobičajenu strategiju snalaženja u zdravstvenom sustavu:

(...) ono što mislim da je možda čak specifično za nas u Hrvatskoj i nekako možda nama usađeno da *moraš imati neko poznanstvo, da moraš imati neku vezu, da dobiješ vrhunsku uslugu*, što možda čak (...) možda se samo treba opustiti, možda samo treba nazvati [zdravstvenu ustanovu] i recimo reći: „Evo, ja imam taj i taj problem. Da li me može netko primiti? Mogu li se naručiti?” I mislim da je to zbilja moguće. Evo, (...) ja sam išla tim nekim putem jer sam (...) u tom trenutku (...) imala mogućnost, imala sam tad poznanstva i mogla sam ići na taj način. (Vida, 50 do 60 godina, RZZ1)

[Konzultirao sam se] s obiteljskim liječnikom, pa s tim liječnikom specijalistom, pa s nekoliko liječnika u Zagrebu. Onda su mi svi na kraju savjetovali da je najbolji taj liječnik u [klinici], koji je pristao da me pregleda. *Kako sam došao do njega? Jednostavno - vezom, kao i sve drugo što se ovdje događa.* (...) Do konkretnog liječnika sam došao rodbinskim vezom, koji je imao svoju neku prijateljicu koja je radila kao sestra u toj bolnici. I ta je sestra jednostavno uspjela nas ubaciti preko reda. (...) Kad smo zvali bolnicu, kada smo dobili broj [telefona], bez ikakve veze, rekli su: „Otprilike nekih 18 mjeseci da se čeka.”

(...) Zaista nisam očekivao da će mi se riješiti. Međutim, eto. Jednostavno su došle do te medicinske sestre. Kako i na koji način? Zaista ne znam. Samo sam dobio poruku da se javim, da potvrdim pregled. Ja sam se javio potvrditi pregled. (Neven, 60 do 70 godina, RZZ1)

Slučajevi prikazani u ovome potpoglavlju pokazuju da se privilegirani pristup zdravstvenom sustavu ne ostvaruje samo kroz bliske obiteljske ili prijateljske veze, već i putem mreža slabijih, ali široko rasprostranjenih poznanstava. U njihovom slučaju, te su mreže proizašle iz bliskih rodbinskih veza, profesionalnih uloga, dugogodišnjeg društvenog angažmana u zajednici te putem slabih veza koji služe kao mostovi prema mrežama s privilegiranim pristupom resursima.

6.2.3.3. „Naši i vaši liječnici” – zavičajni identiteti kao mostovi ka privilegiranom pristupu resursima

Za one sugovornike koji nemaju takve mreže, mostovi prema mrežama s privilegiranim pristupom resursima često se grade na temelju zajedničkog porijekla, pripadnosti mjestu te zavičajnim ili regionalnim identitetima. Ti identiteti tako postaju ključan čimbenik u premošćivanju društvenih mreža i ostvarivanju kontakta s liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima koji dijele istu pripadnost i za koje se očekuje da će biti spremni pomoći. Primjerice, Lucija napominje da se u manjim mjestima informacije šire „od usta do usta” te da se na taj način pronalaze zdravstveni radnici iz istog naselja, a koji zaposleni u bolnicama u okolnim gradovima. Kako ih Lucija naziva, radi se o „našim” liječnicima preko kojih se zdravstvene usluge mogu „napraviti odma”:

... ovo [je] malo misto, razumiš? I onda kad se sastanemo - pričamo, razgovaramo. Onda kažu: „*Pa imaš našega tu.*” *Mi imamo sad, recimo, tu našega doktora iz [naselja], kojeg mi svi poznajemo - on je u [obližnjoj županijskoj bolnici]. Bilo šta da triba, javiš se.* Kaže: „Dođi, pogledat ću, sredit ćemo, napraviti ćemo odma.” (...) I to za bilo kakve pretrage šta [ta bolnica] ima. Sve se može napraviti i sredit. (...) Tako da to funkcionira, ono, od usta do usta. (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1)

U manjim naseljima, zdravstveni djelatnici mogu biti važan izvor informacija na temelju kojih ljudi donose odluke oko toga gdje će se liječiti. Sara također opisuje kako se u manjim mjestima „svi znaju”, što joj je omogućilo da potraži savjet zdravstvenih djelatnika o najboljem izboru za potrebnu operaciju:

[u naselju] (...) ima tehničara medicinskih, medicinskih sestara, koji rade u [obližnjoj županijskoj bolnici], pa sam s njima u kontaktu, pošto se u [ovom naselju] svi znamo. [Pitala sam ih], pošto ima njih troje koji operiraju vene, šta misle, koji bi bio najbolji? Onda njihova preporuka je bila. (...) Znači, kombinacija medicinskog osoblja u bolnici i prijatelja. (...) Tako da sam se onda odlučila i otišla. Jednostavno potražila, predstavila se i [rekla] da bi želila. (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1)

Za Mihaela, ti su zavičajni identiteti ključne odrednice u navigaciji zdravstvenim sustavom, pri čemu solidarnost temeljena na njima predstavlja pragmatični resurs koji se može koristiti u svrhu zaobilazanja institucionalnih prepreka zdravstvenoj skrbi poput dugih lista čekanja.

I ovaj sistem - dakle, ti imaš nekog [liječnika] u [obližnjem županijskom središtu]. Netko će imati nekoga u [županijskom središtu u drugom dijelu zemlje]. Netko će imati nekoga tamo. Znači, stvarno kad bi se sve to skupa zbrojilo, te veze i vezice, važno je da se obavljaju pregledi i da to ide svojim tokom. A sada - da neće Slavonac malo više za Slavoniju, da neće Istranin za Istrijana? Pa mislim... pa gledaš onaj Voice, pa kaže: „A, ti si iz Rijeke - ti si moj”. Pa Bože moj, to je tako! I da imaš i sa svih strana, da svi uzimaju, da svi svoje samo pacijente uzimaju - ako svi uzimaju i ima ih isti broj, znači svi su pacijenti pokriveni (Mihael, 61 do 70 godina, RZZ1).

To je, napominje Mihael, način na koji se problem dugih lista čekanja može zaobići bez potrebe redovitog odlaska u privatne zdravstvene institucije. To je nešto što vidi kao specifično za manja mjesta, u kojima stvari funkcioniraju „na obraz”, odnosno na temelju prešutnog dogovora koji omogućuje pojedincima da ne moraju redovito ići u privatne zdravstvene ustanove kako bi izbjegli problem dugih lista čekanja:

Ti možeš ići u privatnika (...) i on će ti napraviti uslugu. Ti možeš jedanput privatnika, a drugi put nećeš. Tako da ipak je to uvijek, reklo bi se nekako – *na obraz. To u malim mistima još uvijek funkcionira*. Fala Bogu da funkcionira! (Mihael, 61 do 70 godina, RZZ1)

Primjer načina na koji stvari u manjim mjestima funkcioniraju „na obraz” možemo vidjeti iz citata Lucije, koja opisuje situaciju u kojoj joj je, uz povjerenje i prešutni dogovor između liječnika, pacijenta i ljekarnika, omogućeno da dobije potreban lijek iz ljekarne, iako bi, kad bi išla

„redovnim putem”, morala čekati radni dan da recept bude zaprimljen u sistemu prije nego što ga može podignuti:

Vikend je bio. I sad je bio taj ružni kašalj, bronhitis, to išlo u temperaturu. [Liječnica opće prakse] je bila na vikendici. Al’ ona je zvala i odma rekla: „Ajde, u apoteku na moje ime. Bez obzira što je vikend, uzmi to, to, to. To je na moje ime.” To je prednost malog grada. Kad mi dođemo u tu apoteku, u toj apoteci uvijek ima netko koga znamo. Jer su tu uvijek neki stariji radnici, ovo, ono. Pa mi rečemo: „Doktorica [ime liječnice uklonjeno] je dala.” „Nema problema, ona će pustiti u ponedjeljak recept.” Šta recimo u velikom gradu to sigurno ne funkcionira. (...) Oću reć, tako mi funkcioniramo. I sad bilo šta da se dogodi, on je meni reka: „Otiđi u apoteku, nek ti daju na moje ime i ja ću to riješiti u ponedjeljak.” I ja sam već počela pit antibiotik dva dana prije, dok bi ja njega dočekala u ponedjeljak. (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1)

Mihael taj prešutni dogovor na temelju kojeg je Lucija dobila lijek opisuje kao „diskreciono pravo” i temelji ga na uzajamnom povjerenju stanovnika manjih mjesta pomoću kojih se mogu zaobići formalne procedure institucija:

Luka, *tamo di se ljudi znaju, tu imaš to (...) diskreciono pravo. Znači, da si ti došao [na moje radno mjesto] i nemaš osobne karte - ja znam da je to Luka, šta ću ja sad mudrovati? A ako dođe neko nepoznat, neću mu dat. Mislim, to je tako. To je prednost malog mista.* (Mihael, 61 do 70 godina, RZZ1)

Lucijin, Sarin i Mihaelov narativ pokazuju kako se poznanstvo i uzajamno povjerenje u manjim sredinama pretvaraju u specifičan oblik društvenog kapitala u kojem zdravstveni djelatnici djeluju, s jedne strane, mogu biti važan izvor zdravstvenih informacija kao neformalni savjetnici, a s druge kao posrednici između pacijenata i institucija. U Sarinom i Lucijinom narativu vidljivo je da uspostavljanje kontakta sa zdravstvenim radnicima iz istog naselja nije problematično jer se „svi znaju”, pa se i neformalna komunikacija o dostupnosti usluga, „dobrim” liječnicima ili „krivudavim cestama” odvija spontano. S druge strane, neki su sugovornici isticali da zavičajni identiteti, iako mogu poslužiti nekima kao resurs za ostvarivanje privilegiranog pristupa skrbi, istovremeno mogu dodatno marginalizirati pojedince u sustavu koji bi trebao počivati na jednakom pristupu za sve:

Recimo, ja sam bila naručena. [Specijalist] je masovno uzimao ljude preko veze. Ono: „Vi ostali čekajte.” Što je meni odma minus do neba jer ti onda sebi te svoje privatnjake naruči u neko određeno vrijeme. (...) Od tih njegovih [ljudi iz istog naselja], (...) [iz istog područja] – pa to nemreš uopće doći na red. I kad dođeš na red, on te ofrlje pregleda, izjuri te van da mu opet uđu njegovi. I to je ono što se u javnom zdravstvu ne smije dogoditi. (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3)

Anjino iskustvo u skladu je sa onime što Portes (1998) naziva negativnim posljedicama društvenog kapitala, odnosno tendencijom isključivanja pojedinaca koji nisu članovi određene grupe. Takva dinamika ističe dvojni karakter mobilizacije resursa dostupnih u okviru društvenih mreža, pri čemu one mogu u isto vrijeme biti izvor koristi za jedne, a štete za druge.

6.2.3.4. „Čovjek mora svugdje kopati za informacije” – slabe veze kao izvor znanja o mogućnostima i pravima pacijenata

U dosadašnjem prikazu vidjeli smo kako su sugovornici koristili privilegirani pristup resursima dostupnima kroz njihove mreže, posebice kod dobivanja usluge „preko reda” te dobivanja usluge kod liječnika koji se smatraju kvalitetnijima. U ovom ću odjeljku prikazati kako društvene veze, osobito one slabije, mogu djelovati kao važni izvori informacija koje pojedincima omogućuju lakše snalaženje u često vrlo kompleksnom i netransparentnom sustavu zdravstvene skrbi.

Primjer Anje to jasno ilustrira. Ona je, sasvim slučajno, u jednoj zdravstvenoj instituciji susrela liječnika kojeg je poznavala od ranije. Taj susret pokazao se presudnim jer joj je liječnik dao ključne informacije o tome što treba učiniti i točno kako treba postupiti da bi došla do potrebne pretrage u što kraćem roku. Na temelju tih informacija, Anja razvija osjećaj da „zna plivati u sustavu”:

Ja sam prvo krenula s ovim svojim koštanim problemima u [jednoj zdravstvenoj instituciji]. Tu sam naletjela na doktora kod kojeg sam bila negdje devedesetih (...). I to je njemu tak’ bilo super, simpa, kaj smo se nas dva opet našli. I on si je stvarno dao truda da mi raščistimo situaciju s tim mojim šakama. I on meni veli da trebam napraviti magnet šaka. I veli on: „Dajte se probajte naručiti u [privatnoj zdravstvenoj instituciji].” Ja reko: „Ali ja si to nemrem platiti.” Veli: „Primaju vam oni i preko uputnice.” „OK.” On mi to kaže. Ja zovem [tu ustanovu], to vam je bilo deseti mjesec. Vele oni meni: „Gledajte, mi smo vam sve ovo

preko uputnice ispucali. Dajte vi lijepo izvadite si uputnicu i odmah iza Nove godine, kad mi sklopimo ugovor, pošaljite uputnicu i narudžbu za to.” (...) I tu sad ja već znam da ako trebam kakav magnet ili nekakvu složeniju pretragu, da ću si ja to negdje sve posložiti - krajem godine izvaditi uputnice, poslati u [tu ustanovu], lijepo sve u prvom mjesecu i riješila do petog mjeseca sve probleme. Ali to vam je ono kaj masa ljudi ne zna. *Znači to već moraš biti ono ko riba i jegulja koja zna plivati u tom sustavu.* Masa ljudi to ne zna. Recimo, ja sam to, kome sam god mogla, sam prenijela. Ono vidim, recimo, na Twitteru ljudi pišu: „joj, ne mogu dobit”, „pa red [čekanja]”. Pa reko: „Gle ak ti nije frka, (...) odi na taj sistem. Nemaš druge. Jednostavno, nemaš druge.” Činjenica je da se na pretrage predugo čeka. (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3)

Anjin primjer pokazuje kako se informacije o zdravstvu šire kroz društvene mreže. Na temelju saznanja koje je dobila od slabe veze s privilegiranim pristupom zdravstveno relevantnim informacijama, ona je to znanje podijelila sa drugima, kako bi se i oni mogli lakše snaći u sustavu. Slično iskustvo opisuje i Krešimir, koji je informaciju o mogućnosti obavljanja pretrage u privatnoj zdravstvenoj instituciji preko uputnice na temelju braniteljskog statusa, dakle bez plaćanja „iz džepa”, prenio članovima svoje braniteljske udruge, potencijalno olakšavajući drugima pristup bez dugog čekanja:

Meni je samome bilo to dugo čekati. Teško mi je disati bilo. Ajde da probam, da vidim hoće li to ići brže. I tako da išao sam probati pa da vidim. Čak bih ja to i platio tu pretragu [u privatnoj zdravstvenoj ustanovi], onda bi došao drugi dan. Ali kad sam rekao da sam išao preko branitelja, oni su mi sami rekli: „Pošaljite nam nalaze, pošaljite nam sve”. I sutradan su me nazvali: „Evo, možete s uputnicom doći.” (...) Ali evo, to na primjer nismo znali. Ja sam to već rekao ovima ima u udruzi, mojima: „Možete probati, kome treba, da znate. Nazovite, probajte, pitajte šta vam treba, on će vam reći možete li ili ne možete.” (Krešimir, 61 do 70 godina, RZZ3)

Kao što je vidljivo iz prikazanih citata, informacije koje se šire putem društvenih mreža mogu znatno povećati sposobnost navigacije kroz zdravstveni sustav. Prije svega, one postaju izvorom praktičnog znanja koje omogućuju strateško planiranje i anticipaciju prepreka. Također, one mogu pomoći ljudima u prepoznavanju prava i mogućnosti do kojih pojedinci često ne bi sami došli. Mnogi su sugovornici napominjali da pacijenti suočeni s ozbiljnim bolestima često ne dobiju sve

relevantne informacije od liječnika i stoga je potrebno oslanjati se na informacije iz društvenih mreža, kao što je vidljivo iz sljedećeg citata:

Samo, što je najgore, *vi kad se prvi put susrećete s nekom bolešću, ne znate kakva prava, šta imate, šta vam ko može pomoć. I onda to sve ubadate, tražite.* I onda kada prođe voz, onda dođete do nekih saznanja da ste mogli puno više tražiti i dobit, a da niste znali. Jer baš te informacije, liječnici opće prakse...ne znam da li ne znaju, da li neki ne govore, ali ne znam. Nekako, ono, više ovako, „rekla - kazala”. Ono kad uskunete: „netko je nekome pomogao”, onda idete i vi tražiti tako. (Jelena, 61 do 70 godina, RZZ1)

Slično iskustvo opisuje i Sara. Ona je od prijateljice, a ne od svoje liječnice, saznala da kao supruga branitelja ima pravo na besplatno liječenje u toplicama, uključujući smještaj i prehranu:

Iskreno rečeno, dobra je doktorica [opće prakse] i sve to, ali ipak nekad razmišljam da bi možda trebala malo drugačije. (...) Evo, sad nedavno kad sam htjela u toplice da idem, doktor fizijatar mi je rekao da ja mogu otići s uputnicama za fizikalne terapije, ali moram smještaj i put i hranu si sama platit. Naravno, s mirovinom koju imam, malo je to teško, ali dobro, napraviti ću nekako. A kad sam došla kod nje i kad sam rekla da trebam uputnicu, ona je rekla: „Dobro”, napraviti će ona to. Ja otiđem kući i sretnem prijateljicu; kaže ona: „Pa kud, šta?” Ja ispričam. Ona: „Ti kao osoba iz obitelji koji je muž bio branitelj, imaš pravo da ideš na bolničko liječenje za ta dva tjedna da ne platiš ni spavanje niti ništa.” [Liječnica] je to meni trebala... ja smatram da mi je trebala to reći, nego [da] ja od nekog saznam. (Sara, 61 do 70 godina, RZZ1)

I Teo je za svoje pravo na naknadu saznao isključivo zahvaljujući poznanstvima, točnije, preko kćerine prijateljice koja je dobro upoznata sa sustavom socijalne skrbi:

Pošto je ta teška bolest invalidska, onda sam išao viditi dal' da imam pravo na socijalnu skrb, na osobnu invalidninu. Onda sam išel' tam' i na osnovu te bolesti imam naknadu (...). I tu sam si pomogao, (...) to mi je 300 eura svaki mjesec. A za to [pravo] mi je kćer rekla. Neka njezina prijateljica je bila na socijalnom radu. Onda je ona rekla njoj da sam ja tako bolestan. I veli: „pa ima on to pravo.” Onda sam si ja to pogledao, zainteresirao. I nazvao. Veli: „Vi imate pravo, dođite. Donesite papire, donesite povijesti bolesti.” I opet sam išao na komisiju i to su mi ustanovili. I odlično. (...) *A mora čovjek... morate kopati svugdje.*

Ovi primjeri pokazuju kako se slabije društvene veze pretvaraju u kanale putem kojih se šire ključne informacije vezane uz zdravstveni sustav. U kontekstu složenog i netransparentnog sustava zdravstvene skrbi, upravo takve veze mogu značiti razliku između onih koji uspješno ostvaruju svoja prava i onih koji ostaju izvan dosega potrebne skrbi.

6.2.3.5. „Ja sam mali čovjek da bih hvatao neke veze” – dostupnost resursa i pozicioniranost pojedinca unutar društvene mreže kao važni čimbenici uspješne mobilizacije resursa

Sugovornici koji nisu preuzeli aktivnu ulogu u kontaktiranju članova društvenih mreža kako bi probali ostvariti privilegirani pristup resursima, bilo zato što to ne žele ili nisu u mogućnosti učiniti, svejedno su isticali percipiranu raširenost tog obrasca ponašanja, kao što se može vidjeti iz sljedećeg citata iz intervjua s Mašom i Marijom:

Nikad ne biram doktora, nego ono što imam i što me dopadne. Ne tražim ništa, naručim se preko centralnog sustava ili ako doktorica sama naruči koji termin dobijem kod koga dobijem i nisam ništa nezadovoljna takvim načinom. Ne volim nikog moliti, ne volim nikome dosađivati. To mi je nekako (...) nisam taj tip. *A vidim da to ljudi puno [rade] - odma traže vezu, odma traže prijateljicu, odmah: „De, preporuči me”, „de vodi me.”* Nisam [za] to. (Maša, 61 do 70 godina, RZZ1)

Marija također ukazuje na to da je mobilizacija resursa dostupnih unutar društvenih mreža česta praksa, ističući kako je to jedan od načina na koji se može doći do „dobrih doktora”. Međutim, u njezinoj vlastitoj mreži nedostaju takvi društveni kontakti ili „mostovi” koje bi mogla aktivirati kako bi ostvarila određenu prednost u sustavu:

Jedino ono, zna se desiti, ako već imate neku tešku bolest, onda normalno... onda tražite, hvatate se za slamčicu. Ne znam, *ja sam mali čovjek, tako da je meni teško doći, da bih ja sad hvatala neke veze i to.* Jer ne poznajem nikoga, ustvari. Nikoga ne poznajem. *A imaju ljudi, imaju veza i vezice. Tako da znaju doći do dobrih doktora.* (Marija, više od 70 godina, RZZ1).

Baš kao i Marija, koja navodi da je „mali čovjek” bez pristupa društvenim kontaktima koji bi joj mogli omogućiti privilegirani pristup, Mirko opisuje svoju mrežu kao široku, ali sastavljenu od „običnih ljudi” koji mu ne mogu pomoći kada je riječ o pristupu skrbi i liječenju:

Znači, poznam jako puno prijatelja, ali *ti prijatelji su obični ljudi koji ne mogu ništa napraviti u smislu da mi nešto pomognu u bilo čemu*. Pogotovo kod mog liječenja, tu mi nije mogao nitko pomoći. (Mirko, više od 70 godina, RZZ1)

Veličina društvenih mreža stoga ne podrazumijeva i njezinu percipiranu korisnost u kontekstu zdravstva. Za razliku od Frana ili Tea, koji su bili istaknuti da su zahvaljujući poznanstvima sa ljudima iz medicinske struke uspjeli dobiti uslugu „preko reda”, Mirko unatoč brojnim snažnim i slabim vezama smatra da svoj društveni kapital pretvoriti u resurs relevantan za pristup zdravstvenim uslugama. Taj nalaz pokazuje da posjedovanje društvenih veza nije presudno samo po sebi, nego je važna i „kvaliteta” mreže, odnosno pozicioniranost njezinih članova u društvenom prostoru i povezanost s institucijama moći.

Za Mirka i mnoge druge sugovornike, jedina alternativa za dobivanje potrebne skrbi jest odlazak u privatnu zdravstvenu ustanovu. Međutim, u situaciji ograničenih financijskih mogućnosti, kao što je često slučaj sa umirovljenicima, to nije opcija. Duge liste čekanja u javnom zdravstvu u tom slučaju postaju nepremostiva prepreka koja vodi nepodmirenim zdravstvenim potrebama:

I: Ranije ste rekli, kad ste se naručili [kod kardiologa], lista čekanja je bila sedam mjeseci. Rekli ste da je to problem jer „ipak je to srce.” Što napraviti tako jednoj situaciji?

Mirko: Ništa, privatno otići. Nekad [liječnici] kažu: „Ako vam je dugo čekati, odite privatno”, a to je jako skupo. Tako da nisam još do sad išao. (...) Nemam baš veliku mirovinu. (Mirko, više od 70 godina, RZZ1)

U sljedećem odjeljku prikazat ću načine na koji su sugovornici, u nedostatku drugih mogućnosti, nastojali osigurati pravovremenu skrb u privatnim zdravstvenim ustanovama te kako su se nosili s financijskim i drugim poteškoćama koje proizlaze iz potrebe plaćanja zdravstvenih usluga „iz vlastitog džepa”.

6.2.4. „Kad moraš nešto napraviti, onda platiš” – privatne zdravstvene ustanove kao „linija manjeg otpora”

Mnogi sugovornici istaknuli su kako je, zbog predugih lista čekanja, privatne zdravstvene ustanove su često jedini način da se pravodobno zadovolje zdravstvene potrebe. U slučajevima kada se potrebna usluga ne može dobiti putem javnog sustava zdravstva u roku koji se smatra adekvatnim, sugovornici su plaćanje usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama vidjeli kao „liniju manjeg otpora”.

Nada, primjerice, svake godine mora obaviti magnetnu rezonancu, ali ju je, prema vlastitom iskustvu, gotovo nemoguće na vrijeme dobiti putem javnog zdravstva:

(...) moram učestalo ić svaku godinu na [magnetnu rezonancu]. Međutim, to je nemoguća misija. Prilikom naručivanja je uvijek trajanja 1,8 godina. I onda se to rješava privatno. (Nada, 61 do 70 godina, RZZ3)

U sustavu je tako kako je. Vrijeme čekanja je dugo. Onda *idete linijom manjeg otpora, platite i to je to* (Nada, 61 do 70 godina, RZZ3)

Slično ističe i Zoran, koji preglede u privatnim ustanovama vidi kao nužno ulaganje u vlastito zdravlje:

[Probleme s koljenima] sam rješavao privatno jer je ako si htio u socijalno zdravstveno, to su uvijek čekanja godina, godinu i pol. Život je kratak, a ako si radio i *ako si zaradio nešto novaca, ulož i u sebe*. (Zoran, više od 70 godina, RZZ3)

Neki su sugovornici, poput Maše, Lucije i Krešimira, navodili da povremeno plaćanje usluga u privatnim ustanovama ne vide kao ozbiljniji financijski teret, ukoliko im je to jedini način da izbjegnu duge liste čekanja i dođu do potrebne pretrage:

Jednom godišnje ako uspiješ dobiti ultrazvuk abdomena, to je dobro. Kad te naruče, ako te danas naručuje, dobit ćeš ga možda u desetom mjesecu na godinu. E, sad, ako je to nešto hitno, uvijek postoje te poliklinike privatne. To je pregled koji nije... mislim to je pregled koji može čak i umirovljenik podnijet. Tipa ono šezdesetak eura, recimo, taj ultrazvuk

abdomena, što je meni bitan. Tako da sam i tako znala riješit. (Maša, 61 do 70 godina, RZZ1)

Tu odem privatno, napravim ultrazvuk abdomena i to je to. Isto nema problema - platim kad je jedanput godišnje. (...) *Kad moraš nešto napraviti – platiš.* (Lucija, 61 do 70 godina, RZZ1)

I: Što biste opisali kao neke glavne nedostatke kod zdravstvenih usluga u [makroregionalnom središtu]?

Krešimir: Pa to čekanje samo. Da ide brže. Ne ono sad što sam ja čekao šest do deset mjeseci samo za ultrazvuk. Da nisam to platio, mislim ono... A što je s ljudima koji ne mogu platiti? Jedino to. Meni nije 70 eura nešto, dok je nekom umirovljeniku to veliki novac. (Krešimir, 61 do 70 godina, RZZ1)

Međutim, za mnoge druge sugovornike, plaćanje usluga „iz džepa” predstavlja značajni financijski teret. U krajnjem slučaju, u situaciji kada su lista čekanja preduge, a obavljanje potrebne usluge u privatnim ustanovama je financijski nedostupno, takve okolnosti mogu dovesti do nepodmirenih zdravstvenih potreba. To je jasno vidljivo u slučaju Mirka, koji unatoč ozbiljnim zdravstvenim potrebama navodi da potrebnu uslugu nije tražio u privatnoj zdravstvenoj ustanovi jer mu je to preskupo, a iznos njegove mirovine je neadekvatan. U takvoj situaciji, gdje je mogućnost brzog dolaska na termin pregleda u sustavu javnog zdravstva, kako navodi Nada, „nemoguća misija”, javlja se osjećaj nemoći i gubitka agencije, kao što se vidi iz sljedećeg citata:

I: (...) s obzirom na to da su privatne zdravstvene ustanove skupe, koliko je ta lista čekanja vama problem osobno?

Mirko: Pa sigurno [je] velik. Čujte, srce je to. Ja osjetim da mi nije dobro. Osjetim se slab. Osjetim (...) osjećaj bespomoćnosti. Jednostavno ne znaš šta će ti se dogodit. Jer ja mogu jednog trena ono samo srce odustane. (...) Tako da je to veliki problem i opterećuje. Ali da budem iskren, skoro smo se navikli na to. Ja to čekam skroz tako. (Mirko, više od 70 godina, RZZ1)

Unatoč financijskom pritisku koji proizlazi iz plaćanja privatnih usluga „iz vlastitog džepa“, mnogi su sugovornici navodili da se, zbog predugih lista čekanja, nalaze u poziciji u kojoj moraju pronaći način za podmirivanje tih trošova, smatrajući da nemaju drugog izbora, kao što se vidi iz Jasmininog iskaza:

I: Možete li opisati kako ste se odlučili na [obavljanje pretrage u privatnoj zdravstvenoj ustanovi]?

Jasmina: Zato što – kad moraš čekat. Jednostavno, zbog listi čekanja. Recimo, sad sam u problemu isto. I mislim da je to tužno da ti moraš dići kredit da bi napravio jednu glupu pretragu. (Jasmina, 61 do 70 godina, RZZ0)

Sugovornici su predstavili niz strategija kojima pokušavaju ublažiti financijski pritisak, primjerice, oslanjanjem na instrumentalnu pomoć članova obitelji ili bliskih prijatelja, strogim planiranjem kućnog budžeta, nastavkom s plaćenim radom unatoč lošem zdravlju i dizanjem gotovinskih kredita.

Primjerice, Helena i Anja ističu kako im je za podmirivanje troškova nastalih u tijeku obavljanja pregleda i liječenja jedina dostupna strategija bila osloniti se na financijske resurse članova obitelji te bliskih prijatelja:

To sam trebala čekati jako dugo, a meni bilo zlo i ja nisam mogla toliko čekati. (...) To se jako dugo čeka, čak i po godinu dana. Međutim, (...) meni je jako bilo zlo. Ja nisam mogla čekat toliko. Meni je trebalo pomoći odma. I onda sam zvala sina. I šta će sin? Imao [ili] nema [novac] - on [ga] je morao poslat. (Helena, 50 do 60 godina, RZZ1)

Što se tiče tog nekakvog financijskog aspekta i nekakve podrške u svim tim mojim bolestima, su mi prije svega sestrična, nećakinja [i] moja najbolja prijateljica (...). Ne volim djecu opterećivati sa svojim zdravljem i masu stvari niti ne znaju, (...) ali ako trebam nekako, ovo [plaćanje zdravstvenih usluga na] rate - tu mi je zet (...) i kćer. Ali ja ne mogu reći, da mi nešto malo financijski mama pomogne, što je tužno u mojim godinama (smijeh) (...), ali eto, tako je. (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3)

Za Anju i Valentinu, redovito obavljanje zdravstvenih pretraga podrazumijeva striktno praćenje kućnog budžeta kako bi mogli podmiriti troškove usluga u privatnim zdravstvenim institucijama

ili prijevoza do bolnica u drugim naseljima. Imajući u vidu da im je financijski teret teško podnijeti s niskim iznosom mirovine, obavljanje potrebnih pretraga često dolazi uz odricanje i pažljivo balansiranje između zdravstvenih potreba i osnovnih životnih troškova:

S obzirom na to da ja imam cijelu bilježnicu, imam plan šest, sedam mjeseci unaprijed kad kod kojeg doktora moram ići. I onda se ja *napišem kaj trebam privatno napraviti, kaj ide preko uputnica. (...) I onda u biti iskombiniram da taj mjesec nema luksuza*. Mislim, nemrete niti živjeti luksuzno, ali recimo, odričeš se povrća. (...) *Znači, ja moram strogo kontrolirati*. (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3)

(...) uvijek sam vodila evidenciju (...). Postoji jedan registrator koji sve troškove bilježi da vidim na početku kako sam i kako ide. Ne želim biti u minusu da idem djeci na teret. (...) Tako da *vrlo dobro moram paziti na svaki euro* - di sam potrošila, kako sam [potrošila]? (...) Tako da, *financijska situacija, baš jako, jako moram pazit. Zabilježiti i sve voditi*. Onda, ako sam jedan dan više potrošila, sutradan znam da ne smijem toliko. (Valentina, 61 do 70 godina, RZZ1)

Imajući u vidu financijski teret, Anja i Dora ističu kako ih visoki troškovi liječenja prisiljavaju da nastave raditi unatoč narušenom zdravlju i svakodnevnim ograničenjima u funkcioniranju. Ove sugovornice objašnjavaju im je povratak na posao bio nužan kako bi pokrili troškove nastali tijekom liječenja. Bez obzira na zdravstveno stanje, jedini preostali način preživljavanja postaje prihod od rada:

Činjenica je da sam ja do prije godinu dana *na crnjaka radila, ovako bolesna, jer sam jednostavno morala popuniti svoj budžet*. Međutim, kako je meni to s kičmom, s rukama i s nogama postalo ubitačno, ja sam to morala zaključiti. Bilo mi je, naravno da mi je od onda još deset puta teže. Našla sam si nešto što radim, ali to je sezonski. (...) Ajde, neka sića padne pa si to pustim sa strane. (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3)

[Ja] sam bila nekih dvije godine kući na bolovanju. *I normalno kako sam bila financijski, od pregleda, od ovoga, od onoga - sve napravila minuse (...) razne. Jednostavno, ja sam morala ići raditi*. Nudili su mi mirovinu invalidsku. Ne bi mogla od toga živjeti. Ne bi mogla pokriti sve što sam do tada nakrcala. I ja sam otišla raditi. Eto. I to je bilo, znači,

iduće tri godine. Da, ja sam radila, malo na bolovanjima, ali uglavnom - mučila sam se, iskreno. To je bilo mučenje. (Dora, 50 do 60 godina, RZZ1)

A ja inače još uvijek radim jer *jednostavno moram raditi jer sam sama i moram preživjeti nekako*. (Dora, 50 do 60 godina, RZZ1)

Neki su sugovornici, poput Klare, bili u poziciji gdje je jedini način za obavljanje potrebne pretrage ili liječenja bio podizanje kredita, kao što je u ranijem citatu sugerirala Jasmina. Klara tako navodi da je u nedostatku financijskih sredstava za dentalne zahvate morala zatražiti gotovinski kredit, pri čemu kamatne stope predstavljaju dodatni izazov:

(...) ja sam, recimo, zadnje kad sam radila nedavno zube, morala dignuti kredit gotovinski. Ja jednostavno nisam imala toliko keša (...). I onda sam digla [kredit]. Mislim toliko je to znači jedna nepovoljna situacija. Kamate nisu male, naravno, na gotovinske kredite. (...) Dobro, ja jesam imala relativno dobra primanja, pa onda si nekako možda i zbog toga razmišljaš. Sigurno da ljudi koji su radili drugačije poslove ne mogu ni zamisliti da tako nešto naprave. (Klara, 61 do 70 godina, RZZ3)

Sve do sada opisane strategije ublažavanja financijskog pritiska nastalog zbog troškova liječenja proizlaze iz iskaza žena. One su, naime, u većoj mjeri isticale da se suočavaju s financijskim poteškoćama povezanim s liječenjem, zbog čega su prisiljene tražiti dodatne izvore prihoda:

(...) mi ovako se pokazujemo da mi nismo bolesne, mi smo jake, zdrave žene. Ne damo se. *Ne pokazujemo na našem licu da smo bolesne*. Ali, evo kad nas uhvati to da možemo nekako negdje zaraditi nešto. *I to te nitko ne pita da li ti možeš ili ne možeš [raditi]. Ako ti treba novac, ti moraš raditi*. (Helena, 50 do 60 godina, RZZ1)

Osim toga, žene su, u usporedbi s muškarcima, suočene s dodatnim poteškoćama oko pristupa usluga iz područja zdravstvene zaštite žena. Naime, neke su sugovornice isticale da problemi s dugim čekanjem se odnose i na obavljanje rutinskih ginekoloških pregleda, uključujući i provedbu standardnih citoloških testiranja putem konvencionalnog papa testa.

Primjerice, Anja, koja živi u makroregionalnom središtu, ginekološke preglede obavlja u naselju od kuda je došla jer se kod ginekologa u blizini „za dobiti pregled čeka jako dugo”. Njezina kćer je zbog tog problema ginekološki pregled obavila kod privatnika:

Ja se nisam čak iz [naselja iz kojeg dolazim] niti prebacila s ginekologom zato jer [u ovom dijelu grada] (...) ima jedan jedini (...) ginekolog za ovo cijelo područje. (...) ako se i upišeš, za dobiti pregled čeka se jako dugo. Znam da recimo, kod privatnog ginekologa dobiješ nalaz papa testa za sedam dana, dok je moja kćer kod HZZO-a čekala nalaz tri mjeseca i još ga nije dobila. I da je onda otišla kod privatnog ginekologa jer nije bilo bezazleno (...). (Anja, 61 do 70 godina, RZZ3).

6.2.5. Kratki prilog raspravi o kognitivnim procesima tijekom samoprocjene općeg zdravlja u anketnim istraživanjima – što nam govore nalazi iz kvalitativnog istraživanja?

U kvantitativnom dijelu istraživanja utvrđen je statistički značajan varijabilitet u prisutnosti dugotrajnih bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba koji se može pripisati razini naselja, dok taj varijabilitet nije utvrđen kod zavisne varijable samoprocijenjenog općeg zdravlja. Mogu li nam nalazi kvalitativne analize pomoći da bolje razumijemo ove nalaze?

Kaplan i suradnici (2003) navode da prilikom subjektivne procjene vlastitog općeg zdravlja ispitanici ne uzimaju u obzir samo objektivne aspekte koji se odnose na njihov zdravstveni status, poput dijagnoza ili drugih relevantnih zdravstvenih informacija, nego i subjektivne elemente poput društvenih očekivanja i norma koje oblikuju njihovo viđenje „dobrog” zdravlja. Te su norme kulturno specifične, pri čemu se pojedinci iz različitih dijelova svijeta razlikuju u sklonosti prikazivanja svojeg zdravlja u pozitivnom ili negativnom svijetlu (Jylhä, 2009). Ovakva vrsta prosudbe, dakle, kvalitativno se razlikuje od pružanja odgovora na pitanja o nepodmirenim potrebama ili prisutnosti bolesti koja ograničava svakodnevno funkcioniranje, za što se očekuje da je bliže objektivnoj procjeni i u manjoj mjeri biva oblikovano društvenim normama i očekivanjima.

Nalazi iz intervjua potvrđuju tu razliku, pri čemu sugovornici aktivno formiraju značenje „dobrog zdravlja” na relativan i kontekstualan način koji uključuje složen obrazac uspoređivanja s drugima iz svoje okoline i situiranja vlastitog zdravstvenog statusa u širi društveni kontekst. Primjerice, Lovro procjenjuje svoje zdravlje u relaciji prema vršnjacima. Premda navodi vrlo teška iskustva povezana s dvjema dijagnozama zloćudnog karcinoma, ističe da se, u usporedbi s drugima svoje životne dobi, osjeća zadovoljnim i sretnim:

Pa na neki način sam zadovoljan. Imao sam jako loša iskustva. Preživio sam dva karcinoma zloćudna. I osjećam se dobro sada, (...) zadovoljan sam. Mislim, kad vidim neke ljude (...) Na primjer, (...) imam prijatelja školskog. (...) I sad, ja sam nezadovoljan nekad što bole me koljena. A taj moj prijatelj je skoro nepokretan. (...) I onda vidim koliko sam sretan, ustvari. (Lovro, 61 do 70 godina, RZZ1)

Slično tome, u odgovoru na pitanje o tome koliko je trenutno zadovoljna svojim zdravljem, Maša kaže da, unatoč tome što se prije sedam godina borila s ozbiljnom dijagnozom karcinoma, danas ne može biti nezadovoljna jer su neke žene njezine dobi u lošijem stanju:

Ne mogu sada biti nezadovoljna, iako nisam sasvim zadovoljna baš. Imam generacijski prijateljica koje su (...) u puno boljoj formi od mene. (...) A ima i onih koji su lošije, tako da ne mogu reći da sam baš previše nezadovoljna. (Maša, 61 do 70 godina, RZZ1)

Usporedbe s generacijom kojoj pripada pojavljuje se i u iskazu Nevena, koji unatoč zdravstvenim problemima ističe zadovoljstvo općim zdravljem:

Pa u suštini sam zadovoljan kad vidim kako moja generacija živi. Nisam top zdravstveno dobar, ali nisam ni najlošiji. (...) Zadovoljan sam. (Neven, 50 do 60 godina, RZZ1)

Slično ističe i Ruža, koja usprkos brojnim zdravstvenim problemima navodi da, s obzirom na dob, „treba biti zadovoljan” i „ne smije [se] previše žaliti”:

(...) ne želim se puno. (...) Trebamo biti zadovoljni jer smo već u godinama. Evo baš imam susjeda, on je (...) dosta stariji od mene. I onda mi govori: „Blago vama – vi možete”. (...) Zadovoljna sam. Mislim, imam godine i ne smijem se previše žaliti. (Ruža, više od 70 godina, RZZ0)

Ovi nalazi upućuju na zaključak da subjektivna procjena općeg zdravlja uključuje složen proces usporedbe s drugima iste dobi, kao i prilagodbu očekivanja o tome što u starijoj životnoj dobi znači biti „dobrog zdravlja”. U tom smislu, ispitanici koji su lošijeg zdravlja mogu zadržati pozitivnu sliku o vlastitom zdravlju unatoč kroničnim bolestima, prilagođavajući standarde procjene u odnosu na svoje vršnjake ili vlastito ranije zdravstveno stanje (Kaplan i sur., 2009). To može objasniti zašto za zavisnu varijablu samoprocijenjenog općeg zdravlja nije utvrđen varijabilitet na razini naselja, dok za varijable prisutnosti dugotrajnih bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba

jest. Naime, pretpostavlja se da se procesi usporedbe i prilagodbe očekivanja ne aktiviraju u istoj mjeri prilikom iskazivanja odgovora na navedena pitanja u anketnom upitniku, zbog čega postaju jasnije stvarne razlike u zdravstvenim ishodima kojima doprinose obilježja mjesta stanovanja.

6.2.6. Sažetak glavnih nalaza refleksivne tematske analize

Za stanovnike manjih i udaljenijih mjesta, fizička dostupnost usluga je temeljna prepreka dobivanja potrebne skrbi, čije prevladavanje ovisi o kapacitetu mobilizacije društvene podrške. Pritom se jasno ocrta razlika između snažnih veza (obitelj i bliski prijatelji), od kojih se očekuje kontinuirana instrumentalna pomoć, i slabih veza (poznanici i susjedi), koje pružaju tek povremenu ispomoć.

Međutim, analiza otkriva da, iz perspektive sugovornika, fizička blizina zdravstvene ustanove sama po sebi nije jamstvo kvalitetne skrbi, pri čemu percepcija kvalitete usluge često nadilazi važnost fizičke dostupnosti. Oni su pritom često izražavali nepovjerenje u stručnost osoblja u manjim bolnicama, potaknuto javnim diskursom o problemima u zdravstvu i negativnim iskustvima članova društvenih mreža, što ih je da motiviralo da potraže skrb u udaljenim kliničkim bolničkim centrima koje percipiraju kao „centre izvrsnosti” u kojima se koncentriraju vrhunski liječnici. Time mjesto stanovanja, čak i uz postojeću lokalnu bolnicu, ostaje ograničavajući čimbenik za sve koji nemaju fleksibilne resurse potrebne za liječenje u drugim gradovima.

U takvom kontekstu, snalaženje u zdravstvenom sustavu postaje vještina „navigacije” kroz kompleksni zdravstveni sustav, pri čemu se ističe dihotomija između formalnih, „redovnih puteva” i neformalnih, „krivudavih cesta”. Dominantno je uvjerenje da se brža i kvalitetnija usluga osigurava upravo zaobilaženjem službenih procedura putem društvenih veza, preporuka i privilegiranog statusa. Uspješnost te navigacije ne ovisi o veličini društvene mreže, već o strateškom položaju unutar nje i resursima kojima ona raspolaze. Za one bez takvih kontakata, zavičajni identitet i poznanstva u manjim sredinama postaju specifičan oblik društvenog kapitala pomoću kojeg sugovornici nastoje doći do privilegiranog pristupa resursima.

U konačnici, nalazi refleksivne tematske analize upućuju na zaključak da je mogućnost donošenja dobrih odluka za vlastito zdravlje neraskidivo povezana s nejednakom distribucijom resursa. U sustavu koji se percipira kao neprohodan i nejednak, pacijenti su primorani strateški koristiti svoj

društveni kapital kako bi osigurali skrb. Za one kojima nedostaju takve mreže, ekonomski kapital, odnosno plaćanje privatnih usluga, ostaje posljednja, ali mnogima nedostupna alternativa.

6.3.Drugi dio rezultata kvantitativnog dijela istraživanja – specifikacija međurazinskih interakcijskih efekata na temelju nalaza kvalitativnog istraživanja

Na temelju nalaza kvalitativne analize specificirani su višerazinski modeli koji uključuju nasumične nagibe i međurazinske interakcijske efekte. Prije svega, kvalitativni nalazi su pokazali da su snažne veze, odnosno oslanjanje na podršku prijatelja i članova obitelji, ključne za prevladavanje prepreka fizičke dostupnosti zdravstvenih ustanova, osobito kod ispitanika koji nemaju mogućnost vlastitog prijevoza i koji žive u manjim mjestima gdje su bolnice daleko. Za te je osobe udaljenost, u kombinaciji s nedostatkom javnog prijevoza i podrške bližnjih, ozbiljan problem u ostvarivanju potrebne skrbi. Međutim, manje je poznato u kojoj je mjeri društvena izoliranost u urbanim i ruralnim mjestima rizični čimbenik za lošije zdravlje. Kako bismo to provjerili, u model sa zavisnom varijablom dugotrajne bolesti uključen je nasumični nagib varijable učestalosti društvenih kontakata, čime se omogućuje da se jačina povezanosti između prisutnosti dugotrajnih bolesti i učestalosti druženja s prijateljima, rodbinom ili kolegama razlikuje između naselja⁹.

Na temelju nalaza kvalitativnog istraživanja možemo pretpostaviti da je taj učinak slabiji u urbanim naseljima jer sugovornicima je u manjoj mjeri potrebno oslanjati se na snažne veze za podršku, dok je u ruralnim i manje razvijenim sredinama izraženiji jer u nedostatku drugih resursa snažne veze postaju osobito važne. Prema tome, izvedena je sljedeća hipoteza:

H3: Povezanost između učestalosti društvenog kontakta i prisutnosti dugotrajne bolesti snažnija u ruralnim i izrazito ruralnim naseljima, nego u urbanim naseljima.

⁹ Iako učestalost društvenih kontakata sama po sebi nije statistički značajan prediktor zavisne varijable, u skladu s preporukama Aguinis i sur. (2013) međurazinski interakcijski efekt uključen je u model jer postoji teorijski potkrijepljen razlog za njegovo ispitivanje. Naime, autori ističu da nedostatak statističke značajnosti direktnog efekta ne bi trebala sprječavati istraživače za procjenu međurazinskih efekata ako za to postoji teorijski opravdan razlog.

Tablica 11 prikazuje usporedbu višerazinskih modela. Model 2, koji uključuje prediktore s nasumičnim odsječkom i fiksnim nagibima služi kao referentni model s kojim će se uspoređivati kompleksniji modeli. U Modelu 3 dodaje se nasumični nagib varijable učestalosti društvenog kontakta. Iako Model 3 ne pokazuje statistički značajno bolje pristajanje podacima od Modela 2, dosadašnja su istraživanja pokazala da standardni hi-kvadrat test za usporedbu modela s nasumičnim komponentama je previše konzervativan i može propustiti stvarne razlike između modela zbog povećane pogreške tipa II (Aguinis i sur., 2013; 2015). Budući da alternativne metode testiranja značajnosti, koliko je autoru rada poznato, nisu dostupne za generalizirane mješovite modele koji se koriste u ovom istraživanju, odlučeno je zadržati nasumični nagib i nastaviti s procjenom međurazinskih interakcija.

Tablica 11

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti s uključenim nasumičnim nagibom (Model 3) i međurazinskim interakcijskim efektom (Model 4).

	Model 2 (N = 2.384)		Model 3 (N = 2.384)		Model 4 (N = 2.384)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,20***	0,13-0,29	0,19***	0,12-0,28	0,20***	0,13-0,29
Krug ESS-a (ref. = 10)	1,00	0,81-1,24	1,01	0,81-1,25	0,98	0,79-1,21
Spol (ref. = Muški)	1,10	0,88-1,38	1,11	0,88-1,39	1,09	0,87-1,37
Dob	1,07***	1,06-1,08	1,07***	1,06-1,08	1,07***	1,06-1,08
Društvena klasa (ref. = Nemanualni nadzornici)						
Rutinski nemanualni radnici	1,52*	1,09-2,13	1,53*	1,09-2,13	1,50*	1,07-2,10
Kvalificirani manualni radnici	1,86***	1,32-2,63	1,87***	1,32-2,64	1,79***	1,26-2,53
Nekvalificirani manualni radnici	1,78***	1,32-2,41	1,80***	1,32-2,44	1,77***	1,30-2,40
Samozaposleni	1,48	0,97-2,27	1,46	0,95-2,24	1,45	0,94-2,22
Dugoročno nezaposleni	2,98***	1,97-4,52	3,03***	1,99-4,61	3,16***	2,08-4,81
Učestalost društvenih kontakata	0,95	0,89-1,01	0,97	0,90-1,04	0,92*	0,85-0,99
Društvena participacija	0,75***	0,67-0,84	0,75***	0,67-0,84	0,74***	0,66-0,83
Društvena podrška	0,98	0,91-1,06	0,98	0,91-1,06	0,98	0,90-1,06
Latentni profili naselja (ref.= urbana naselja)						
Ruralna naselja	1,52*	1,11-2,09	1,54***	1,12-2,12	1,59***	1,16-2,18
Izrazito ruralna naselja	1,17	0,62-2,23	1,13	0,59-2,17	1,00	0,51-1,98
Društveno povjerenje	0,86*	0,76-0,97	0,86*	0,76-0,96	0,86*	0,76-0,96
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini	0,71	0,46-1,10	0,75	0,47-1,19	0,71	0,46-1,11
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini	0,78	0,51-1,22	0,82	0,52-1,28	0,77	0,50-1,18

	Model 2 (N = 2.384)		Model 3 (N = 2.384)		Model 4 (N = 2.384)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini	1,33	0,87-2,04	1,39	0,89-2,18	1,30	0,85-2,00
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini	0,80	0,52-1,22	0,82	0,53-1,28	0,82	0,54-1,27
Međurazinski interakcijski efekt						
Učestalost društvenih kontakata X ruralna naselja					1,38***	1,17-1,63
Učestalost društvenih kontakata X izrazito ruralna naselja					0,56***	0,37-0,84
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,21		0,18		0,21	
Varijanca nasumičnog nagiba			0,02		0,01	
ICC	0,060		0,065		0,055	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	2,333		2,330		2,306	
Δ Devijacija (Δ df)	-		2 (2)		24 (2)***	
AIC	2,373		2,374		2,352	
BIC	2,488		2,502		2,479	

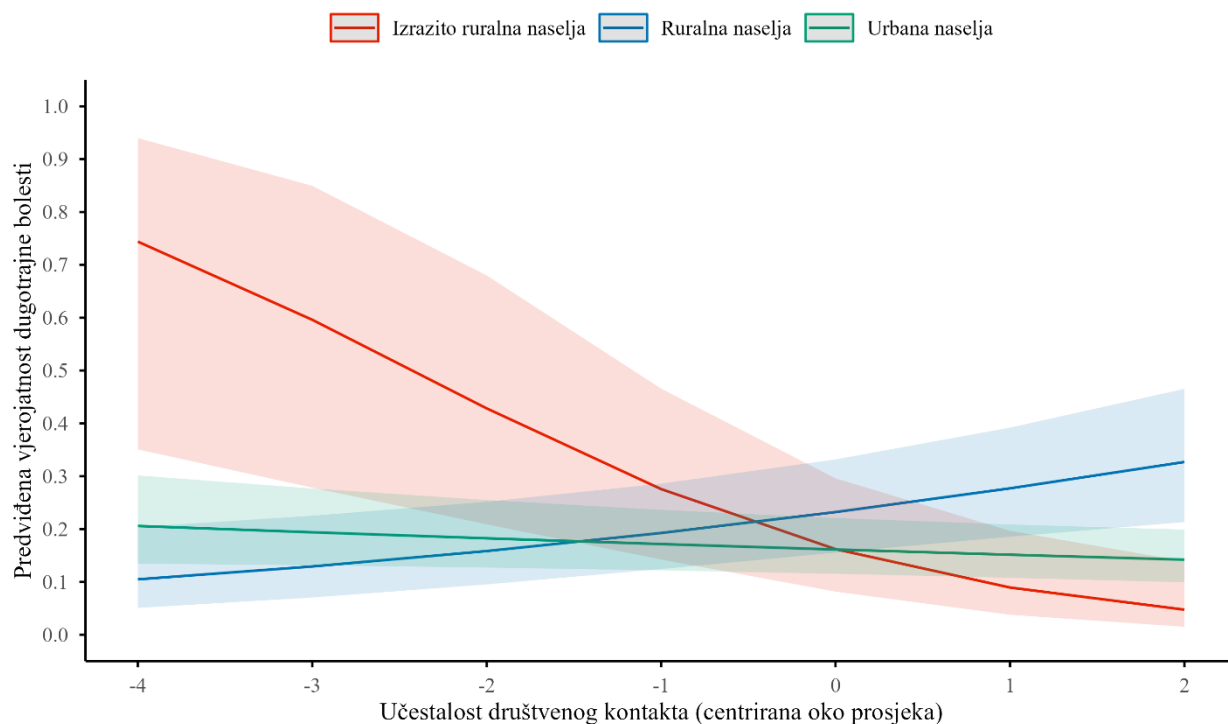
Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Model 4 uključuje međurazinski interakcijski efekt između latentnih profila naselja i učestalosti druženja s prijateljima, obitelji i kolegama. Slijedeći preporuke Heisiga i suradnika (2019), nasumični nagib zadržan je i u ovom modelu kako bi se izbjegla pristranost procjena parametara. LRT test pokazuje da ovaj model značajno bolje pristaje podacima u odnosu na Model 3, pri čemu je interakcijski efekt statistički značajan ($p < 0,01$), čime se dodatno potvrđuje opravdanost njegova uključivanja.

Međurazinski interakcijski efekt, koji je prikazan na Slici 6 pokazuje da se odnos između učestalosti društvenih kontakata i zdravlja mijenja ovisno o kontekstu. U izrazito ruralnim naseljima, vjerojatnost prisutnosti dugotrajne bolesti znatno je viša među ispitanicima koji rijetko održavaju društvene kontakte s obitelji, prijateljima i kolegama, dok je kod onih koji se češće druže ta vjerojatnost niža.

Slika 6

Međurazinski interakcijski efekt između latentnih profila naselja te učestalosti društvenog kontakta s obitelji, prijateljima i kolegama.



Nalazi kvalitativnog istraživanja su pokazali da pojedinci koji žive u manjim mjestima gdje su bolnice daleko i koji nemaju podršku snažnih veza teže prevladavaju fizičke prepreke u pristupu zdravstvenim ustanovama, pri čemu značajni međurazinski interakcijski efekt upućuje na zaključak da su takvi pojedinci posebno izloženi riziku od lošijih zdravstvenih ishoda.

Oni iz ruralnih naselja koji ne mogu računati na podršku od snažnih veza češće ostaju bez adekvatnog liječenja, što može pridonijeti odgađanju potrebnog liječenja i lošijem zdravlju, kao što se može vidjeti iz sljedećeg citata:

Mislim, ne idem [liječniku]. Jednostavno ne idem. (...) svaki puta kad mi je zlo, dođe mi hitna i hitna me vozi. Jer jednostavno, ne da mi se nikoga moliti me da me vozi. (...) Evo, imam sina, ali sin je daleko, a njega mi se ne da gnjaviti. (Ruža, više od 70 godina, RZZ0)

S druge strane, sugovornici koji su mogli računati na pomoć svojih bližnjih su imali veće mogućnosti prevladati prepreke fizičke udaljenosti, što im je olakšalo obavljanje potrebnih pretraga i liječenja. Međurazinski interakcijski efekt pokazuje da je takve sudionike rizik od lošijih zdravstvenih ishoda bio manji od onih koji ne mogu računati na podršku snažnih veza:

Ovdje [je] saobraćaj, taj autobus, jako je loš. Vikendom gotovo da nemate. (...) u većini slučajeva kad sam jako loše onda imam sreće da zovem ovaj nećakinju ili šogora, jer uvijek netko dođe pa me odveze kad ne mogu na autobus ili kad nema autobusa. Kad si mlad, to ti nije problem. Normalno, imaš vozilo. (...) A za [starije ljude], to ne. Ali moja je sreća što imam nećakinju i šogora, pa će neko doć' po mene. (David, 61 do 70 godina, RZZ1)

Suprotno tome, među sudionicima koji žive u urbanim naseljima, vjerojatnost dugotrajne bolesti bila je jednaka za sudionike različitih razina učestalosti društvenih kontakata. Naime, prema nalazima kvalitativnog istraživanja, sudionici koji žive u makroregionalnim i županijskim središtima koji raspolažu boljom dostupnošću resursa i različitih zdravstvenih usluga u blizini, njima snažne veze ne predstavljaju ključan resurs kojima si mogu pomoći, kao što se može vidjeti iz sljedećeg citata Krešimira, koji u slučaju ako ne može u tom trenutku računati na pomoć bližnjih, to nije nikakav problem:

Taksi ulazi u krug bolnice. On me odveze unutra skroz, maltene do ulaznih vrata, gdje se ulazi na kirurgiju. Nije nikakav problem. (Krešimir, 61 do 70 godina, RZZ3)

Zanimljivo je da u profilu ruralnih naselja odnos poprima blago pozitivan smjer, pri čemu ispitanici koji češće održavaju društvene kontakte pokazuju nešto veću vjerojatnost dugotrajne bolesti. Ovaj neočekivani nalaz može upućivati na obrnutu kauzalnost, gdje osobe s narušenim zdravljem češće održavaju kontakte zbog potrebe za podrškom i neformalnim oblicima skrbi.

Nadalje, polazeći od nalaza kvalitativnog istraživanja koji upućuju da starije osobe, osobito starije žene u ruralnim naseljima, imaju veće poteškoće s pristupom zdravstvenim ustanovama što može rezultirati lošijim zdravstvenim ishodima, u sljedećem sam koraku želio provjeriti varira li doprinos dobi i spola između naselja. Osim toga, na temelju nalaza Subramanian i suradnika (2002), koji su utvrdili interakcijski efekt individualne i kontekstualne razine društvenog kapitala, pri čemu je pozitivan učinak društvenog povjerenja na razini naselja za zdravlje najsnažniji među pojedincima s višim razinama individualnog društvenog kapitala – nastojao sam ispitati postoji li sličan interakcijski efekt između učestalost društvene participacije i društvenog povjerenja na razini naselja.

Međutim, zbog problema s estimacijom i konvergencijom višerazinskih modela, ove analize nije bilo moguće provesti, što nije neočekivano s obzirom na kompleksnost modela. Kao što je prethodno istaknuto u potpoglavlju analitičke strategije, povećavanje broja nasumičnih komponenti u pravilu povećava rizik od poteškoća s konvergencijom modela.

7. RASPRAVA

Primarni cilj istraživanja provedenog za potrebe ove disertacije bio je utvrditi u kojoj mjeri obilježja mjesta stanovanja pridonose lošijim zdravstvenim ishodima ljudi te istražiti kako međuodnos individualnih (mikro) i kontekstualnih (makro) čimbenika objašnjava tu povezanost. Također, cilj je bio razumjeti način na koji relacijska svojstva na mezo razini, a koja se odnose na intenzitet, strukturu i dinamiku društvenih odnosa koje pojedinci održavaju s članovima svojih mreža, doprinosi sposobnosti pojedinaca da mobilizacijom resursa dostupnima u društvenim mrežama prevladaju ograničenja koje proizlaze iz mjesta stanovanja i donose povoljne odluke za vlastito zdravlje.

U ovom ću poglavlju prikazati interpretaciju objedinjenih rezultata kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja, uzimajući u obzir širi društveni kontekst te teorijske rasprave o prostornim nejednakostima u zdravlju. Poglavlje je pritom organizirano u nekoliko potpoglavlja u kojima se nastoji pružiti odgovore na postavljena istraživačka pitanja. U prvom će potpoglavlju biti prikazana rasprava o tome u kojoj mjeri mjesto stanovanja doprinosi razlikama u zdravlju ljudi i koji kontekstualni čimbenici mogu objasniti te razlike. U drugom potpoglavlju fokus je na društvenim aspektima mjesta stanovanja, uz raspravu o tome kako pojedinci formiraju simboličke reprezentacije mjesta te na koje načine te predodžbe mogu igrati ulogu u donošenju zdravstvenih odluka. Treće potpoglavlje fokusira se na doprinos relacijskih svojstava društvenih odnosa u tim procesima donošenja odluka, poput strukture, intenziteta i dinamike društvenih odnosa koje pojedinac održava sa članovima svojih društvenih mreža. U posljednjem će potpoglavlju biti istaknuta ograničenja rada i preporuke za buduća istraživanja.

7.1. Zdravlje u prostoru – igraju li obilježja mjesta stanovanja ulogu u oblikovanju zdravstvenih ishoda pojedinaca?

Prvo istraživačko pitanje u ovom radu bilo je u kojoj mjeri mjesto stanovanja doprinosi razlikama u zdravlju ljudi i koji kontekstualni čimbenici mogu objasniti te razlike. Rezultati kvantitativnog dijela istraživanja pokazuju da postoji statistički značajni varijabilitet u prisutnosti dugotrajnih bolesti i nepodmirenih zdravstvenih potreba na razini naselja. Drugim riječima, društvena i fizička (infrastrukturna) obilježja mjesta stanovanja mogu pridonijeti objašnjenju zašto neki ljudi češće imaju dugotrajne bolesti ili teže dolaze do zdravstvene skrbi od drugih, pri čemu taj doprinos, iako

nezanemariv, nije snažan kao onaj koji proizlazi iz dobnih, rodni i socioekonomskih razlika na razini pojedinca. Imajući u vidu da nije utvrđen značajan varijabilitet u samoprocijenjenom općem zdravlju na razini naselja, prva je hipoteza tek djelomično potvrđena.

Drugom se hipotezom nastojalo utvrditi koja obilježja mjesta stanovanja mogu objasniti taj varijabilitet i tako pružiti odgovor na pitanje: „zašto su ispitanici iz nekih naselja imali bolje zdravstvene ishode od ispitanika iz drugih naselja?” Nalazi kvantitativnog dijela istraživanja pokazali su da su ispitanici koji žive u ruralnim naseljima te u naseljima s nižim razinama općeg društvenog povjerenja imali veće šanse za prisutnost dugotrajnih bolesti. Međutim, imajući u vidu da se navedena kontekstualna obilježja mjesta stanovanja nisu pokazala kao značajni prediktori nepodmirenih zdravstvenih potreba, za drugu hipotezu također možemo reći da je tek djelomično potvrđena.

Uvidom u životne priče osoba iz različitih tipova naselja, koji je omogućio kvalitativni dio istraživanja, steklo se dublje razumijevanje zašto su ispitanici koji žive u urbanijim sredinama, čak i nakon statističke kontrole niza relevantnih karakteristika na razini pojedinca, rjeđe navodili da imaju dugotrajne bolesti koje im ograničavaju svakodnevno funkcioniranje u odnosu na ispitanike iz ruralnih naselja. Prije svega, geografska distribucija zdravstvenih ustanova igra važnu ulogu u mogućnosti ljudi da koriste usluge zdravstvene zaštite. Konkretnije, za osobe koji žive u manjim naseljima u kojima nisu dostupne zdravstvene usluge na primarnoj ili sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, nedostatak javnog prijevoza do obližnjih makroregionalnih ili županijskih centara u kojima su koncentrirane zdravstvene ustanove važno je ograničenje za pristup zdravstvenim uslugama, posebice za starije osobe koje ne posjeduju automobil ili iz drugih razloga ne mogu osigurati prijevoz do većih gradova. Ovaj je nalaz u skladu dosadašnjim istraživanjima u području medicinske sociologije i zdravstvene geografije koje ukazuju na diskrepanciju u distribuiranosti kroničnih bolesti između urbanih i ruralnih sredina (Bourke i sur. 2012; Thomas i sur., 2014). Prema tome, zdravstvena bi politika se trebala i dalje usmjeravati na poboljšanje dostupnosti zdravstvene skrbi, osobito u ruralnim sredinama. To uključuje rješavanje dugotrajnog problema teritorijalne neujednačenosti različitih kapaciteta zdravstvenog sustava poput ustanova sekundarne zdravstvene zaštite i zdravstvenih radnika, kao i velike koncentracije specijalističko-konzilijarnih usluga u makroregionalnim središtima (Džakula i sur., 2021; Zrinščak, 2007).

Sposobnost pojedinaca da uspješno prevladaju ograničenja koja proizlaze iz nedostatka struktura mogućnosti u lokalnom okruženju ponajprije ovisi o količini vlastitih fleksibilnih resursa, ali i o sposobnosti mobilizacije resursa koje posjeduju članovi njihovih društvenih mreža. Dominantna strategija u tom kontekstu bila je oslanjanje na članove uže i šire obitelji, bliske prijatelje i poznanike, osobito kada je riječ o prijevozu do zdravstvenih ustanova, pomoći u podmirivanju troškova vezanih uz liječenje te drugim oblicima instrumentalne podrške.

U ovom dijelu dolazimo do odgovora na drugo istraživačko pitanje, odnosno: „u kakvom su međusobnom odnosu individualni i kontekstualni čimbenici te na koji način zajednički doprinose zdravstvenim ishodima pojedinaca?“ Rezultati kvantitativnog dijela istraživanja pokazuju da dostupnost podrške snažnih veza i sposobnost uspješne mobilizacije resursa imaju posebno važnu zaštitnu ulogu spram lošijih zdravstvenih ishoda među sudionicima u ruralnim naseljima. Naime, sudionici iz izrazito ruralnih naselja koji su se češće družili s članovima obitelji, prijateljima i kolegama imali su manju vjerojatnost pojave dugotrajne bolesti. Ovaj je nalaz u skladu s prethodnim istraživanjima koja su pokazala da pojedinci koji žive u okruženjima s ograničenim resursima često moraju računati na društvene resurse dostupne u društvenim mrežama kao izvor podrške (Rostila, 2013).

Kvalitativni nalazi dodatno rasvjetljuju kako se iskustvo dostupnosti zdravstvene skrbi razlikuje ovisno o kontekstu mjesta stanovanja. Sudionici iz ruralnih naselja, koji se često suočavaju s otežanim pristupom zdravstvenim ustanovama, isticali su osjećaj ovisnosti o drugima, osobito o djeci na koju mogu računati da će im pružiti podršku i skrb u starijoj dobi. Nasuprot tome, stanovnici većih gradova, u kojima su zdravstvene usluge dostupne na sekundarnoj ili tercijarnoj razini, često su naglašavali da im blizina bolnica i ambulantni pruža osjećaj sigurnosti i autonomije u svakodnevnom životu te smanjuje potrebu za oslanjanjem na podršku snažnih veza. Taj osjećaj autonomije koji proizlazi iz fizičke dostupnosti zdravstvenih ustanova u većim gradskim središtima predstavlja važan čimbenik koji oblikuje životne odluke pojedinaca, uključujući i odluke o mjestu stanovanja u starijoj dobi.

Drugo, nalazi višerazinskih regresija pokazali su da pojedinci koji žive u naseljima s višom razinom općeg društvenog povjerenja imaju manju vjerojatnost pojave dugotrajnih bolesti u odnosu na one koji žive u naseljima s nižim razinama povjerenja. Ovi su nalazi u skladu s dosadašnjim empirijskim istraživanjima koja upućuju na važnost društvenog kapitala na

kontekstualnoj razini za zdravstvene ishode pojedinaca (Ehsan i sur., 2019; Murayama i sur., 2012; Uphoff i sur., 2017). Međutim, manje je poznato o potencijalnim mehanizmima koji stoje u pozadini te povezanosti.

Uvid u potencijalne mehanizme nude nalazi kvalitativne analize koji su pokazali da se, u nedostatku podrške snažnih veza, pojedinci često oslanjaju na pomoć susjeda te zajedno s njima formiraju strategije kolektivne otpornosti kojima nastoje ublažiti posljedice institucionalnih manjkavosti i održati minimalnu razinu sigurnosti i predvidljivosti u pristupu zdravstvenoj skrbi. Te strategije uključuju dijeljenje odgovornosti za prijevoz i financijske troškove potrebne za obavljanje pretraga, a temelje se na normama generaliziranog reciprociteta i osjećaju zajedničke odgovornosti i obaveze, odnosno na ideji da ono što danas učinimo za drugoga, sutra može biti učinjeno za nas. Norma generaliziranog reciprociteta, prema Putnamu i suradnicima (1993), predstavlja temelj društvenog kapitala jer stvara atmosferu društvene kohezije, općeg povjerenja i uzajamnih očekivanja unutar koje pojedinci mogu računati jedni na druge, što može objasniti zašto je u naseljima s višom razinom općeg društvenog povjerenje utvrđena manja vjerojatnost pojave dugotrajnih bolesti.

Ovi su nalazi u skladu s recentnim istraživanjem otpornosti ruralnih područja u Hrvatskoj, koje pokazuje da kapaciteti snalaženja i prilagodbe „omogućuju ruralnom stanovništvu da se u slučaju ugroza snađe, prilagodi i zadrži postojeću razinu kvalitete života“ (Ivanović, 2024: 211). Iako autor ne povezuje te kapacitete izravno sa strategijama navigacije zdravstvenim sustavom, on naglašava da oni „proizlaze iz snažnih međuljudskih veza, društvene kohezije i solidarnosti koja se manifestira na svakodnevnoj razini“, posebice u „odnosu i solidarnosti prema starijim i nemoćnim članovima zajednice, ali i općenitoj solidarnosti i spremnosti na djelovanje za pomoć drugima“. Taj kapaciteta snalaženja i prilagodbe zabilježen je i u ovome istraživanju, pri čemu su nalazi ukazuju da je on pojedincima uvelike olakšao pristup uslugama zdravstvene skrbi, osobito u ruralnim sredinama.

Naposljetku, nalazi kvalitativnog istraživanja također pokazuju da se dodatne strategije kolektivne otpornosti formiraju na temelju zavičajnih ili regionalnih identiteta, koji funkcioniraju kao osnova za poboljšanje relativne pozicija pojedinca u društvenoj mreži i time za ostvarivanje boljeg pristupa fleksibilnim resursima. Jedna od strategija koju su opisivali sugovornici bila je pronalaženje i kontaktiranje liječnika koji su podrijetlom iz istog kraja, a koji rade u obližnjim

bolnicama, kako bi na taj način pokušali osigurati privilegirani pristup resursima u društvenom polju zdravstva, poput brže ili kvalitetnije skrbi. Ti zavičajni identiteti tako postaju važni čimbenici u navigaciji zdravstvenim sustavom. Solidarnost koja se na njima temelji predstavlja specifični oblik društvenog kapitala koji na manifestnoj razini može djelovati kao pragmatični resurs kojeg pojedinci koriste u svrhu zaobilazjenja institucionalnih prepreka zdravstvenoj skrbi poput dugih lista čekanja.

7.2.Simboličke reprezentacije mjesta kao dodatni izvor ograničenja za donošenje kvalitetnih odluka o zdravlju

Geografska udaljenost do zdravstvenih ustanova, nedostatak javnog prijevoza, slaba prometna povezanost i druge prepreke koje proizlaze iz obilježja fizičkog prostora nisu jedine s kojima se ljudi suočavaju pri donošenju odluka o vlastitom zdravlju. Nalazi kvalitativnog dijela istraživanja pokazuju da su i simboličke reprezentacije mjesta stanovanja važan čimbenik u tim odlukama, kroz formiranja reputacija zdravstvenih ustanova i percepcije kvalitete usluga koje se u njima pružaju. Drugim riječima, odluke o tome gdje će pojedinci potražiti zdravstvenu skrb ne proizlaze samo iz objektivnog nedostatka struktura mogućnosti u lokalnom okruženju, već i iz subjektivnih percepcija mjesta stanovanja unutar kojih se svakodnevno oblikuju njihova iskustva i prakse povezane sa zdravljem (Gatrell i sur., 2004; Lewis i sur., 2018).

David Harvey (1996) napominje da je *mjesto* društveni konstrukt kojeg možemo shvatiti kao zamršenu mrežu društvenih odnosa prožetu simboličkim značenjima, reprezentacijama i diskurzivnim praksama. Te simboličke reprezentacije mjesta ne postoje samo na razini percepcije, već imaju stvarne učinke jer oblikuju načine na koje ljudi, vođeni svojim željama, očekivanjima i strahovima, donose odluke i djeluju u prostoru (Harvey, 1996: 321). Nalazi ovog istraživanja pokazuju da odluka o tome gdje se liječiti najčešće se ne donosi na temelju geografske udaljenosti zdravstvenih ustanova, već na njihovoj reputaciji, pri čemu strahovi od loše usluge i želje za „najboljim mogućim liječnicima“ snažno usmjeravaju odluke pojedinaca.

Kao što su pokazala prethodna istraživanja, te su želje i strahovi snažno povezani s načinom na koji pojedinci simbolički percipiraju mjesto svojeg stanovanja. Primjerice, Lewis i suradnici (2018) su pokazali da pojedinci aktivno stvaraju hijerarhijski strukturirane „simboličke mape“ mjesta koje imaju važnu ulogu pri donošenju odluka o tome gdje će potražiti zdravstvenu skrb. U

tim mapama veća se simbolička vrijednost pridaje zdravstvenim ustanovama smještenima u centralnim metropolitanskim područjima, dok se one u perifernim i ruralnim sredinama doživljavaju manje pouzdanima i prestižnima. Kako autori ističu, odluke o tome gdje će se liječiti ne temelji se nužno na objektivnim činjenicama (npr. koja je zdravstvena ustanova najbliža ili gdje će najbrže dobiti uslugu), već na društvo konstruiranom hijerarhijskom poretku zdravstvenih ustanova i aktera unutar zdravstvenog sustava, pri čemu je taj poredak oblikovan simboličkim reprezentacijama mjesta u kojima su zdravstvene ustanove smještene (Lewis i sur. 2018).

Formiranje simboličkih reprezentacija mjesta u društvenom imaginariju pritom se ne odvija u vakuumu. Ovo je istraživanje pokazalo da je njihov nastanak potaknut osobnim iskustvima članova društvenih mreža te preporukama zdravstvenih radnika. Ta se iskustva i preporuke interpretiraju u skladu s percepcijom širih strukturnih problema unutar zdravstvenog sustava, poput kroničnog nedostatka zdravstvenih radnika, njihova odlaska u inozemstvo te različite atraktivnosti specijalizacija u većim i manjim gradovima.

Kako bi se jasnije prikazao proces formiranja tih simboličkih reprezentacija, korisno je osvrnuti se na recentno istraživanje fenomena migracija zdravstvenih radnika u Hrvatskoj koje je provela Pintarić (2024). Nalazi tog kvalitativnog istraživanja pokazali su da su kvaliteta života i iskustvo rada zdravstvenih radnika u Hrvatskoj ovisila o stupnju urbaniteta, odnosno ruraliteta mjesta u kojem su živjeli i radili. Pri tome je nemogućnost dobivanja željene specijalizacije u većem gradu imala važnu ulogu u donošenju odluke o iseljenju u inozemstvo. Nalazi kvalitativnog istraživanja prikazanog u ovome radu upućuju na to da su pacijenti svjesni tih strukturnih obrazaca, pri čemu su izražavali zabrinost zbog implikacija takvih makro trendova na mikro razini, postavljajući pitanja poput: „Ako znamo da liječnici imaju snažnu preferenciju raditi u većim gradovima, a oni koji to ne mogu ostvariti često odlaze u inozemstvo, možemo li se pouzdati u one liječnike koji ostaju raditi u županijskim bolnicama u manjim gradovima?” Upravo je to nepovjerenje potaknulo dio sugovornika iz manjih sredina da potraže skrb u udaljenijim kliničkim bolničkim centrima koji percipiraju se kao centri izvrsnosti u kojima rade „najstručniji“ i „najambiciozniji“ liječnici. S druge strane, opće bolnice u manjim gradovima često se doživljavaju kao ustanove u kojima se koncentriraju manje stručni i nedovoljno motivirani liječnici.

Prema tome, čak i kada su zdravstvene ustanove dostupne u lokalnom okruženju i kada ne postoje jasne prepreke u njihovu korištenju, mjesto stanovanja i dalje se doživljava kao ograničavajući

čimbenik u mogućnosti donošenja kvalitetnih odluka o vlastitom zdravlju. Takva percepcija proizlazi iz reputacija ustanova i percipirane kvalitete pruženih usluga, koje mnogi sugovornici ne smatraju zadovoljavajućima. Nalazi kvalitativnog istraživanja su dodatno pokazali da su pojedinci s više fleksibilnih resursa imali veću mogućnost proširiti prostor izbora i aktivno birati zdravstvene ustanove za koje vjeruju da nude bolju skrb, često izvan svoga mjesta stanovanja. Za one s ograničenim resursima, međutim, odlazak u druga naselja najčešće nije stvar izbora, nego nužnosti, pri čemu ta nužnost često nosi značajne financijske i logističke izazove. Drugim riječima, mogućnost izbora mjesta liječenja postaje odraz nejednakosti u raspodjeli fleksibilnih resursa. U sljedećem će odjeljku biti riječi o tome na koje sve načine dostupnost različitih resursa može oblikovati strategije koje se primjenjuju pri navigaciji zdravstvenim sustavom.

7.3. Mobilizacija fleksibilnih resursa kao dominantna strategija uspješne navigacije društvenim poljem zdravstva

Polazeći od Bourdieuovog teorijskog okvira, zdravstvo se može razumijeti kao društveno polje unutar kojeg vrijede specifična pravila, norme i ograničenja te u kojem se različiti oblici kapitala mogu koristiti za ostvarivanje različitih prednosti (Chang i sur., 2016; Collyer i sur., 2017; Williams, 1995; Willis i sur., 2016). Bourdieu ističe da se pojedinci socijaliziraju unutar određenog polja, usvajajući pritom njegova pravila i obrasce prihvatljivog ponašanja te razvijajući strategije potrebne za uspješno djelovanje i navigiranje u njegovim okvirima (Joas i Knöbl, 2009). Polja predstavljaju prostore objektivnih relacija unutar kojih se akteri sukobljavaju i bore za resurse, pri čemu je položaj pojedinca određen strukturom i količinom različitih oblika kapitala kojime raspolažu, što određuje njihove mogućnosti djelovanja i strategije kojima navigiraju poljem. Uvidi iz dosadašnjih empirijskih istraživanja pokazuju da uspješniju navigaciju zdravstvenim sustavom ostvaruju oni koji raspolažu većom količinom fleksibilnih resursa, poput novca (ekonomski kapital), znanja, vještina i dispozicija (kulturni kapital) te korisnih društvenih veza putem kojih pojedinac može ostvariti privilegirani pristup resursima (društveni kapital) (Chang i sur., 2016; Willis i sur., 2016). Prema tome, polje zdravstva odražava šire obrasce društvene stratifikacije, pri čemu nejednakosti i odnosi moći postaju manifestni u interakcijama između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata.

Nalazi ovog istraživanja pokazuju da su pojedinci višeg socioekonomskog statusa, mjenog razinom obrazovanja, društvene klase prema zanimanju i prihodima kućanstva, imali statistički

značajno manju vjerojatnost imati dugotrajne bolesti u odnosu na pojedince nižeg statusa. Pritom nije utvrđena jasna granica ispod koje bi se zdravlje naglo pogoršalo, već je, u skladu s dosadašnjim istraživanjima, utvrđen *zdravstveni gradijent* prema kojem pojedinci na svakoj nižoj razini društvene hijerarhije imaju lošije zdravstvene ishode. Kako ističe Marmot (2005; 2016), gdje god se nalazili u statusnoj hijerarhiji, naše je zdravlje bolje od zdravlja onih koji su ispod nas, a lošije od zdravlja onih koji su iznad nas.

Osim toga, u skladu s teorijom temeljnih odrednica zdravlja (Link i Phelan, 1995), nalazi pokazuju da pojedinci višeg socioekonomskog statusa mogu koristiti svoj privilegirani pristup različitim fleksibilnim resursima poput ekonomskog i društvenog kapitala kako bi lakše prevladali ključne prepreke u pristupu zdravstvenoj skrbi i smanjili izloženost zdravstvenim rizicima. Pritom je važno napomenuti da na ovom mjestu dolazi do prividno kontradiktornih nalaza između kvantitativnog i kvalitativnog dijela istraživanja. Naime, dok su rezultati višerazinskih regresija pokazali da se pojedinci različitog socioekonomskog statusa ne razlikuju u vjerojatnosti iskazivanja nepodmirenih zdravstvenih potreba, nalazi kvalitativne analize ukazuju na jasne razlike u načinima na koje pojedinci s različitom količinom dostupnih resursa navigiraju sustavom zdravstva.

Kako bismo to pojasnili, najprije je potrebno identificirati razloge zbog kojih uopće dolazi do nepodmirenih zdravstvenih potreba. Uvidi iz kvantitativnog dijela istraživanja pokazuju da najčešći uzrok nepodmirenih zdravstvenih potreba su duge lista čekanja i nedostatak slobodnih termina u sustavu javnog zdravstva. Osim toga, nalazi pokazuju da ti problemi u podjednako mjeri pogađaju sudionike vrlo različitih statusnih pozicija. To potvrđuju životne priče sudionika prikupljene u kvalitativnom dijelu istraživanja, koje pokazuju da većina onih koji su se suočili s dugim listama čekanja, neovisno o njihovom socioekonomskom statusu, pribjegava plaćanju usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama kao jedinoj dostupnoj alternativni za dobivanje pravovremene dobivanje skrbi. Ipak, privilegirani sudionici te prepreke znatno lakše zaobilaze jer im troškovi privatnih usluga ne predstavljaju veće financijsko opterećenje. Nasuprot tome, za one manje privilegirane sudionike, plaćanje usluge „iz vlastitog džepa“ često podrazumijeva strogo ograničavanje kućnog budžeta, posuđivanje novca ili vraćanje na posao unatoč narušenom zdravlju. Razlike u socioekonomskom statusu, prema tome, ne očituju se toliko u učestalosti nepodmirenih zdravstvenih potreba, koliko u kapacitetu da se s njima uspješno nose, uz manje ili veće financijske i druge poteškoće. Ovaj primjer ilustrira prednost mješovitometodskog

istraživačkog pristupa jer omogućuje bolji uvid u složene obrasce koji bi ostali nevidljivi kada bi se analizirali isključivo kvantitativni ili kvalitativni podaci.

7.3.1. Na koji način relacijska svojstva društvenih odnosa mogu oblikovati sposobnost uspješne mobilizacije resursa dostupnih u društvenim mrežama?

U kvantitativnom dijelu istraživanja važnim čimbenicima pokazali su se indikatori društvenog kapitala na individualnoj razini, pri čemu je participacija u društvenim aktivnostima bila značajan prediktor dugotrajnih bolesti, a učestalost društvenog kontakta s članovima obitelji, prijateljima i kolegama bio je značajan prediktor nepodmirenih zdravstvenih potreba. Ti su nalazi u skladu s istraživanjima koja su ukazala na zaštitnu ulogu neformalnih društvenih kontakata za zdravlje ljudi (Rostila, 2013; Vonneilich et al., 2020).

Potencijalni mehanizmi koji stoje u pozadini navedenih povezanosti dodatno su ispitani u kvalitativnom dijelu istraživanja. Posebna pozornost prilikom analize podataka posvećena je doprinosu relacijskih svojstava društvenih odnosa na mezo razini, poput relativne pozicije pojedinca u društvenoj mreži, dinamike društvenih odnosa koje održava sa članovima svojih društvenih mreža, te distribuciju moći i utjecaja unutar mreže. Time se nastojalo odgovoriti na treće i posljednje istraživačko pitanje: „Kako i na koji način dinamika, intenzitet i struktura društvenih mreža oblikuje odluke pojedinaca vezane uz zdravlje i njihove strategije „navigiranja” zdravstvenim sustavom?“

a) Količina, dostupnost i heterogenost dostupnih resursa u društvenim mrežama

Količina i raznolikost resursa koji su dostupni u društvenim mrežama, osobito onih za koje se procijenjuje da se mogu iskoristiti za uspješnije navigiranje zdravstvenim sustavom, oblikuje načine na koje pojedinci nastoje osigurati što povoljnije zdravstvene ishode i privilegiranu poziciju u polju zdravstva.

Prije svega, u skladu s nalazima istraživanja Collyer i suradnika (2017), ovo je istraživanje pokazalo da sugovornici liječnike i druge zdravstvene radnike često vide kao *gatekeepere*, odnosno kao aktere koji igraju značajnu ulogu u kontroliranju resursa u društvenom polju zdravstva i koji imaju mogućnost osiguravanja brže i kvalitetnije usluge u sustavu javnog zdravstva. Pojedinci koji su navodili da se mogu osloniti na društvene mreže koje uključuju brojne zdravstvene radnike i

druge relevantne kontakte češće su primjenjivali strategiju *svjesne mobilizacije resursa*, što znači da su oni, svjesni da raspolažu mrežama bogatima resursima, preuzeli inicijativu i aktivnu ulogu u traženju pomoći, ubrzavanju postupka i osiguravanju boljeg tretmana u zdravstvenom sustavu. Ovaj se nalaz može protumačiti u skladu s teorijskom perspektivom Lina (2001), koji društveni kapital vidi kao resurse dostupne u društvenim mrežama i koje pojedinci mobiliziraju s ciljem ostvarivanja određenog ishoda. Prema Linu, društvene mreže se ne razlikuju samo po intenzitetu odnosa, već i po „kvaliteti“ pozicija koje njihovi članovi zauzimaju u društvenoj hijerarhiji, pri čemu uspješnost mobilizacije resursa ovisi o njihovom statusu i položaju (Song i Pettis, 2020). Što je status članova mreže viši, to je veća vjerojatnost da će oni imati pristup vrijednijim i raznovrsnijim resursima koji mogu biti od koristi pojedincu.

Prema tome, ako su pojedinci u mreži smješteni na strateškim mjestima unutar institucija ili organizacija koje raspolažu relevantnim resursima u određenom društvenom polju, njihove veze mogu imati stvaran učinak na ishode, jer im omogućuju utjecaj na aktere koji donose odluke važne za pojedinca (Lin, 2001; Song i Lin, 2009; Song i Pettis, 2020). Brojna su empirijska istraživanja pritom pokazala da je pristup članovima mreže s višim obrazovnim ili profesionalnim statusom povezan s boljim samoprocijenjenim zdravljem, većom zdravstvenom pismenošću, uspješnijom potragom zdravstvenih informacija, uspješnijim prestankom pušenja i većim životnim zadovoljstvom (za pregled istraživanja vidi Song, 2013 i Song i Pettis, 2020). Imajući u vidu da pojedinci često formiraju mreže s osobama sličnog društvenog položaja (Lin, 2001), oni s višim socioekonomskim statusom ujedno su u povoljnijem položaju za uspješno mobiliziranje resursa jer će njihove mreže biti bogatije resursima koji se mogu koristiti za uspješno navigiranje društvenim poljem zdravlja.

Za pojedince koji ne raspolažu mrežama bogatima resursima, proces mobilizacije često poprima drugačiji oblik. Nalazi ovog istraživanja pokazali su da u takvim slučajevima informacije i pomoć ne proizlaze iz svjesne i strateške akcije samog pojedinca, već najčešće dolaze posredno, odnosno putem članova mreže koji samoinicijativno preuzimaju aktivnu ulogu u povezivanju s relevantnim resursima, nakon što se informacija o zdravstvenoj potrebi pojedinca spontano proširi mrežom. Taj proces, koji sam opisao kao *spontanu mobilizaciju resursa*, u većoj se mjeri oslanja na slabe veze koje djeluju kao mostovi prema društvenim krugovima izvan neposredne mreže pojedinca.

Na taj način one olakšavaju protok informacija između različitih društvenih skupina, što se pokazalo osobito važim kada je riječ o širenju informacija vezanih uz zdravstveni sustav.

Dok pojedinci koji imaju mreže koje su bogate resursima ciljano primijenjuju strategiju svjesne mobilizacije resursa u svrhu „zaobilazanja redovnih puteva“, odnosno osiguravanja brže ili kvalitetnije usluge u sustavu javnog zdravstva, spontana mobilizacija resursa pokazala se ključnom za stjecanje *sistemskeg znanja*, koje Willis i suradnici (2016) opisuju kao suptilan način razmijevanja i primjene često neizrečenih „pravila igre“ u društvenom polju zdravstva. Sugovornici u ovom istraživanju isticali su da im je sistemsko znanje omogućilo učinkovitije snalaženje u kompleksnom zdravstvenom sustavu. Njime su, primjerice, saznali koja prava imaju, na koji način ih mogu ostvariti te gdje i kako se prijaviti kako bi dobili najbržu zdravstvenu uslugu. Takvo sistemsko znanje predstavlja važan oblik kapitala koji se može strateški upotrijebiti za ostvarivanje prednosti u društvenom polju zdravstva (Collyer i sur., 2017; Willis i sur., 2016).

b) Relativna pozicija pojedinca u društvenoj mreži

Osim što uspješnost mobilizacije resursa i ulaganja u društvene odnose ovisi o količini, dostupnosti i raznolikosti resursa u društvenim mrežama, istraživanje je pokazalo da je ona dodatno uvjetovana i relativnim položajem samog pojedinca u odnosu na članove mreže. Kao što napominje Lin (2001), imajući u vidu da mobilizacija resursa koje posjeduju članovi mreže podrazumijeva ulazak u odnos dugovanja koji sa sobom donosi i očekivanje o uzvraćanju, uspješnost te mobilizacije prije svega ovisi o jačini veze i reciprocitetu između aktera. Prema tome, čak i ako određeni član mreže raspolaže vrijednijim resursima, to ne znači da će ih nužno dati pojedincu na raspolaganje ako njihov odnos ne počiva na principu uzajamnosti, međusobnom povjerenju i obavezama. Lin stoga zaključuje: „bliski odnosi predstavljaju nužan preduvjet za pristup društvenom kapitalu“ (Lin, 2001: 66, vlastiti prijevod).

Ovo istraživanje pokazalo je da je nemogućnost uzvraćanja usluge, odnosno kršenje norme reciprociteta, jedan od temeljnih razloga zbog kojih su sugovornici podršku slabih veza doživljavali kao ograničeni resurs. Naime, za razliku od snažnih veza, koje predstavljaju relativno stabilan izvor instrumentalne i emocionalne podrške, pomoć slabih veza obično se percipira kao oblik povremene solidarnosti na koju pojedinac može računati tek u izvanrednim okolnostima, osobito kod onih oblika pomoći koji zahtijevaju veće razine angažmana i ulaganja resursa poput

vremena, novca te fizičkog i mentalnog napora. Posljedica toga je da osobe koje u mjestu stanovanja nemaju dostupne zdravstvene usluge i koje pritom ne mogu računati na podršku snažnih veza „prolaze ispod radara”, odnosno njihove stvarne zdravstvene potrebe, zbog nedostatka adekvatnog prijevoza i ograničene podrške, ostaju nepodmirene. Ipak, kao što je vidljivo iz primjera spontane mobilizacije resursa, slabe veze mogu biti važan izvor sistemskog znanja i informacija relevantnih za navigiranje zdravstvenim sustavom, kao i različitih oblika društvene podrške koji ne zahtijevaju veću količinu angažmana i uloženi resursa.

7.4. „Ne pokazujemo na našem licu da smo bolesne“ – rodne dimenzije zdravstvenih nejednakosti

Rezultati kvantitativnog dijela istraživanja pokazali su da žene imaju gotovo dvostruko veće šanse od muškaraca iskazati nepodmirene zdravstvene potrebe, što ukazuje na rodne razlike u percipiranim poteškoćama u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Taj je nalaz u skladu s prethodnim istraživanjima koja su ukazala na rodne nejednakosti kod uspješnog podmirivanja zdravstvenih potreba (Smolić i sur., 2024; Tavares, 2022). Primjerice, OECD-ov izvještaj o rodnom nejednakostima (2025) pokazuje da u 27 država članica Europske unije, žene češće od muškaraca prijavljuju nepodmirene zdravstvene potrebe te rjeđe smatraju da imaju pristup kvalitetnoj i cjenovno dostupnoj zdravstvenoj skrbi. Slično tomu, Smolić, Čipin i Međimurec (2022) su na podacima iz Istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi (SHARE) pokazali da su žene u dobi od 50 i više godina tijekom pandemije bolesti COVID-19 u većoj mjeri iskazivale neostvarene potrebe u zdravstvenoj skrbi u odnosu na muškarce.

Takve rodne razlike vjerojatno odražavaju kombaniciju više čimbenika, poput veće potrebe za formalnim i neformalnim oblicima skrbi žena u starijoj dobi, kao i nejednake raspodjele ekonomskih i društvenih resursa između muškaraca i žena (OECD, 2025). Nalazi ovog kvalitativnog istraživanja pokazali su da su žene znatno češće od muškaraca isticale da im pokrivanje troškova privatnih zdravstvenih usluga, koje se u kontekstu dugih lista čekanja percipiraju kao nužnost, predstavlja značajan veliki teret. One su pritom opisivale strategije kojima se koriste kako bi lakše podnijele navedene troškove, poput striktno kontrole kućnog budžeta, posuđivanja novca ili povratak na posao i u situacijama kada im zdravstveno stanje to otežava.

Dosadašnja istraživanja također pokazuju da rodne razlike u nepodmirenim zdravstvenim potrebama mogu odražavati i različite obrasce korištenja zdravstvene skrbi. Primjerice, muškarci se rjeđe odazivaju na preventivne zdravstvene preglede te rjeđe koriste zdravstveni sustav općenito (Bertakis i sur., 2000; OECD, 2025). Imajući u vidu da su žene sklonije potražiti skrb, ujedno se i povećava njihova vjerojatnost nepodmirenih zdravstvenih potreba (Tavares, 2022).

Dio rodni razlika u nepodmirenim potrebama može se povezati i sa specifičnim zdravstvenim potrebama vezanim uz reproduktivno zdravlje žena, uključujući menopauzu, trudnoću i porod (OECD, 2025). S obzirom na to da rezultati kvalitativnog istraživanja pokazali da su duge liste čekanja glavni uzrok nepodmirenih zdravstvenih potreba, moguće je da se dio rodni razlika može objasniti time da su žene suočene s dodatnim poteškoćama oko pristupa uslugama iz područja zdravstvene zaštite žena. Naime, neke su sugovornice isticale da se njihovi problemi s dugim čekanjem odnose na obavljanje pregleda u području zdravstvene zaštite žena, poput rutinskih ginekoloških pregleda i preventivna testiranja poput mamografije i Papa-testa. Slične obrasce pokazalo je kvalitativno istraživanje Ivanović (2024) o otpornosti ruralnih područja, u kojemu je istaknut problem (ne)dostupnosti skrbi u području zdravstvene zaštite žena. Ovaj se problem, ističe Ivanović, ponajviše javlja među mlađim ženama u reproduktivnoj dobi, budući da one te usluge koriste češće od žena starije životne dobi. U tom smislu, činjenica da je u kvalitativnom istraživanju u ovome radu postavljena dobna granica od 50 godina vjerojatno je ograničila uvide koji bi se mogli dobiti o specifičnim izazovima pristupa zdravstvenoj zaštiti žena. Imajući u vidu da je ovo pitanje ključno za razumijevanje rodni nejednakosti u pristupu zdravstvenoj skrbi, buduća bi istraživanja trebala provesti intersekcionalnu analizu u kojoj bi se analizirao doprinos intersekcije rodni, dobni i klasni obilježja u formiranju zdravstvenih ishoda pojedinaca.

7.5. Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Naposljetku, potrebno je osvrnuti se na glavne nedostatke ovog istraživanja. Prije svega, imajući u vidu da se u kvantitativnom dijelu istraživanja zavisne varijable nisu temeljile na objektivnim zdravstvenim pokazateljima, nego na subjektivnoj percepciji zdravlja (samoprocjeni), pojedinci su mogli sustavno pogrešno procjenjivati svoje zdravstveno stanje. Ipak, dosadašnja istraživanja povezanosti između subjektivnih i objektivnih indikatora zdravstvenih ishoda pokazuju da samoprocijenjeno zdravlje ima snažnu prediktivnu valjanost i da njezina korisnost u predviđanju objektivnih zdravstvenih ishoda poput mortaliteta ostaje visoka (Jylhä, 2009; Schnittker i Baćak,

2014). Dodatno, mjere društvene participacije i učestalosti društvenog kontakta koje se koriste u ESS-u ne omogućuju dovoljno jasan uvid u razlikovanje između snažnih i slabih veza, pri čemu se ta distinkcija pokazala važnom u kvalitativnom dijelu istraživanja. Pitanje društvene participacije posebno je problematično operacionalizirano jer mjeri relativnu učestalost sudjelovanja u društvenim aktivnostima u usporedbi s vršnjacima, što može dovesti do efekta „velike ribe u malom jezeru“, odnosno osoba s općenito visokom razinom društvene participacije može imati manji rezultat na ovoj varijabli ukoliko je društvena mreža tog pojedinca sastavljena od vrlo aktivnih članova. Ova metodološka ograničenja upućuju na to da indikatori društvenog kapitala u ESS-u nedovoljno precizno mjere snagu i kvalitetu veza te resurse koje pojedinac posjeduje. Stoga bi buduća istraživanja trebala koristiti složenije i bolje diferencirane indikatore društvenog kapitala, uključujući informacije o kvaliteti i snazi veza, kao i količini i dostupnosti resursa u društvenim mrežama.

Drugo, ponderi su u analizi kvantitativnih podataka istraživanju korišteni isključivo u deskriptivnim analizama te standardnim hi-kvadrat testovima i logističkim regresijama, dok u glavnim višerazinskim regresijskim analizama nisu primijenjeni. Razlog tome jest činjenica da je primjena pondera u višerazinskim modelima i dalje predmet metodološko-statističkih rasprava, osobito u pogledu njihove uporabe na različitim razinama modela i učinaka koje mogu imati na procjenu parametara (Atasever i sur., 2025). Iako nalazi simulacijskih studija pokazuju da razlike između ponderiranih i neponderiranih procjena u višerazinskim modelima često ostaju relativno male (Laukaityte i Wiberg, 2018), valja imati na umu mogućnost da su procjene u višerazinskim modelima prikazanim u ovome radu pristrane. Stoga bi buduća istraživanja trebala posvetiti posebnu pažnju implementaciji ispravno „skaliranih“ pondera u višerazinskim regresijskim analizama.

Treće, u analizi latentnih profila naselja su „dodijeljena” pojedinim latentnim profilima bez uzimanja u obzir probabilističke nesigurnosti klasifikacije, odnosno činjenicu da u LPA svako naselje ima određenu vjerojatnost pripadanja i drugim profilima izuzev onoga kojemu je pripisano. Iako postoje metode za korekciju pristranosti koje adresiraju tu nesigurnost, one se mogu primijeniti samo u slučajevima kada jedinica analize ostaje ista u oba koraka, odnosno pri klasifikaciji i analizi (Lekkas i sur., 2019). U ovom radu, kao i u većini studija obuhvaćenih sistematskim pregledom Lekkas i sur. (2019), to nije slučaj. Naime, u prvom koraku se klasificiraju

naselja, dok se u drugom koraku analiza provodi na razini pojedinca. Autori stoga pozivaju na razvijanje novih metoda korekcije pristranosti u slučajevima gdje se jedinica analize razlikuje u koracima klasifikacije i analize.

U ovome istraživanju pokušao sam objasniti na koji način mjesto stanovanja može doprinijeti razlikama u zdravlju ljudi i koji kontekstualni čimbenici mogu objasniti te razlike. Međutim, relacijska perspektiva polazi od pretpostavke da je mjesto rezultat društvenih procesa koji se istodobno odvijaju na više prostornih razina (Cummins, 2007). Prema tome, nužno je proširiti analitički okvir kako bi uključivao različite socio-prostorne razine koje mogu biti relevantne za specifične zdravstvene procese – od lokalne i regionalne do nacionalne i međunarodne razine. Takvo proširenje omogućuje preciznije sagledavanje kako makrostrukturni uvjeti (npr. nacionalne zdravstvene politike, regionalne nejednakosti i širi gospodarski trendovi) i obilježja neposrednog lokalnog okruženja (npr. fizička dostupnost zdravstvenih ustanova, lokalna infrastruktura, obrasci svakodnevne mobilnosti) zajedno djeluju u oblikovanju zdravstvenih nejednakosti. Osim toga, u skladu s preporukama Cummins i suradnika (2007), potrebno je provesti daljnja istraživanja koja bi multidimenzionalnim pristupima obuhvatila različite načine na koje možemo shvatiti i razumijeti mjesta. Takav pristup trebao bi uključivati ne samo sociodemografske karakteristike mjesta stanovanja (npr. dobnu i rodnu strukturu te udio zaposlenih u poljoprivredi) ili agregirane mjere individualnih obilježja (poput općeg povjerenja agregiranog na razinu naselja), nego i objektivne mjere o lokaciji i dostupnosti različitih resursa te sustavno opažanje fizičkih i društvenih aspekata prostora.

Nalazi višerazinske regresijske analize pokazali su da su uključeni kontekstualni čimbenici objasnili tek manji dio varijabiliteta zdravstvenih ishoda na razini mjesta stanovanja. To upućuje na mogućnost da postoje i drugi kontekstualni čimbenici, neobuhvaćeni ovom studijom, koji doprinose prostornim razlikama u zdravlju. Fox i Powell (2023) pritom naglašavaju da, osim društvenih obilježja mjesta stanovanja, poput razine društvene podrške i povjerenja, utjecaja društvenih normi ili prisutnosti stigme, važno je uzeti u obzir i različite gospodarske čimbenike koji mogu biti relevantni za proučavanje prostornih nejednakosti u zdravlju. Na primjer, dok urbani centri često nude šire mogućnosti zaposlenja, ekonomske koristi tih mogućnosti mogu biti neravnomjerno raspoređene u ruralnim sredinama, što može rezultirati različitim učincima na zdravlje, među ostalim i putem mehanizama biološkog stresa.

Osim toga, jedan od načina na koji bi se zdravstvene nejednakosti mogle dublje adresirati jest primjena intersekcionalnog teorijskog okvira, što predstavlja jedan od važnijih trendova u suvremenim istraživanjima zdravstvenih nejednakosti (Evans, 2019a; 2019b; Evans i sur., 2024). Naime, iako se ovo istraživanje nije izravno oslanjalo na intersekcionalni pristup, nalazi kvalitativnog istraživanja sugeriraju da je za razumijevanje zdravstvenih ishoda nužno uzeti u obzir međudjelovanje klasnih, rodnih i dobničkih obilježja pojedinaca. Ovakvi se nalazi podudaraju s literaturom koja naglašava da se društvene pozicije ne mogu shvatiti izolirano, već u njihovoj međusobnoj isprepletenosti (Evans, 2019a). Osim toga, u literaturi se također pojavio i važan naglasak na uključivanje obilježja društvenog i fizičkog prostora u intersekcionalne analize, pri čemu ista pozicija u društvenom prostoru može imati različita značenja te različite zdravstvene ishode u različitim kontekstima (Evans, 2019a). U posljednjih nekoliko godina pritom je razvijen inovativni kvantitativni pristup za analizu intersekcionalnih nejednakosti u zdravlju: intersekcionalna višerazinska analiza individualne heterogenosti i diskriminatorne preciznosti (engl. *Intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy: I-MAIHDA*) (Evans, 2019b; Evans i sur., 2024; Merlo, 2018). Ovaj pristup omogućuje istovremeno ispitivanje heterogenosti unutar intersekcionalnih „stratuma“, pri čemu se procjenjuje doprinos specifičnih kombinacija društvenih obilježja u ukupnoj varijabilnosti zdravstvenih ishoda. Time se pomiče fokus s pojedinačnih „osovina“ nejednakosti na njihove jedinstvene konfiguracije, što predstavlja pomak u smjeru teorijski utemeljenijeg i analitički robusnijeg proučavanja zdravstvenih nejednakosti (Merlo, 2018).

Buduća bi istraživanja individualnih i kontekstualnih čimbenika zdravlja stoga trebala, primjenom navedenih inovativnih pristupa, obuhvatiti složene načine na koje specifične konfiguracije društvenih obilježja i kontekstualnih uvjeta zajednički doprinose nastanku i održavanju zdravstvenih nejednakosti. Doolan, Cepić i Tonković (2018) pritom ističu da je intersekcionalni pristup važan ne samo kao analitički alat, nego i kao kritički praksis. Intersekcionalnost se pritom ne ograničava samo na opis međupovezanosti društvenih obilježja, nego je usmjerena na analizu međuodnosa sustava moći poput kapitalizma i patrijarhata u reprodukciji društvenih nejednakosti. U tom smislu, intersekcionalnost predstavlja teorijski okvir čija je svrha razotkrivanje strukturalnih mehanizama koji oblikuju iskustva pojedinaca unutar konkretnog društvenog konteksta.

Naposljetku, jedno od važnijih ograničenja kvantitativnog dijela istraživanja bio je presječni dizajn Europskog društvenog istraživanja (ESS). Takav dizajn omogućuje isključivo procjenu povezanosti između varijabli u određenom vremenskom razdoblju, ali ne dopušta utvrđivanje uzročno-posljedičnih odnosa između individualnih i kontekstualnih čimbenika te zdravstvenih ishoda. Zbog toga je potrebno provesti longitudinalna istraživanja, koja bi omogućila praćenje promjena u zdravlju i u društvenim i prostornim uvjetima tijekom vremena.

8. ZAKLJUČAK

U ovoj je doktorskoj disertaciji cilj bio objasniti u kojoj mjeri i na koje načine obilježja mjesta stanovanja pridonose zdravstvenim ishodima pojedinaca te kako međudjelovanje individualnih, kontekstualnih i relacijskih čimbenika objašnjava tu povezanost. Kombinacija kvantitativne i kvalitativne analize omogućila je sveobuhvatno sagledavanje problema i pružila niz važnih uvida koji značajno doprinose razumijevanju prostornih nejednakosti u zdravlju u Hrvatskoj.

Prvo istraživačko pitanje ispitalo je u kojoj mjeri mjesto stanovanja doprinosi razlikama u zdravlju te koji kontekstualni čimbenici mogu objasniti te razlike. Nalazi višerazinskih regresijskih analiza pokazali su da se zdravstveni ishodi u najvećoj mjeri mogu objasniti individualnim karakteristikama pojedinaca poput socioekonomskog statusa. Međutim, iako obilježja mjesta stanovanja predstavljaju manji izvor varijabiliteta, nalazi pokazuju da ona igraju nezanemarivo važnu ulogu u oblikovanju zdravstvenih ishoda pojedinaca, i to na nekoliko ključnih načina.

Prije svega, pojedinci koji žive u urbanijim naseljima i u naseljima sa većim razinama društvenog povjerenja imali su manju vjerojatnost imati dugotrajne bolesti. Nalazi kvalitativnog istraživanja pokazuju da su geografska udaljenost do zdravstvenih ustanova, nedostatak javnog prijevoza te slaba prometna povezanost temeljne prepreke za dobivanje potrebne skrbi među stanovnicima udaljenijih ruralnih naselja. Njihova sposobnost prevladavanja ograničenja koja proizlaze iz nedostatka struktura mogućnosti u lokalnom okruženju ponajprije ovisi o količini vlastitih fleksibilnih resursa, ali i o mogućnosti mobilizacije resursa koje posjeduju članovi njihovih društvenih mreža. Važno je spomenuti da uključeni kontekstualni čimbenici objašnjavaju tek manji dio varijabiliteta zdravstvenih ishoda na razini mjesta stanovanja, što ukazuje da postoje i drugi aspekti prostora koji doprinose zdravstvenim razlikama. U skladu s argumentima Cummins (2007), ovaj nalaz možemo protumačiti time da prostorne nejednakosti u zdravlju ne proizlaze

samo iz fizičkih i infrastrukturnih karakteristika naselja, nego i iz njihovih društvenih i relacijskih obilježja. Kvalitativni nalazi dodatno pokazuju da prepreke koje proizlaze iz obilježja fizičkog prostora nisu jedine s kojima se ljudi suočavaju pri donošenju odluka o zdravlju. Primjerice, odluke o tome gdje se liječiti te kojim akterima u zdravstvenom sustavu vjerovati također oblikuju simboličke reprezentacije mjesta na temelju kojih se formiraju reputacije lokalnih zdravstvenih ustanova i percepcije kvalitete usluga.

Drugo istraživačko pitanje odnosilo se na način na koji se individualni i kontekstualni čimbenici međusobno isprepliću i zajednički doprinose zdravstvenim ishodima pojedinaca. Značajni međurazinski interakcijski efekt u okviru višerazinske regresijske analize pokazao je da dostupnost podrške snažnih veza ima posebno važan zaštitni učinak među ispitanicima iz izrazito ruralnih naselja. Kvalitativni nalazi dodatno su pokazali da se pojedinci s višestrukim ograničenjima, primjerice, stariji stanovnici ruralnih naselja bez vlastitog prijevoza i bez adekvatne mreže podrške, suočavaju s povećanim rizicima od odgađanja pregleda i liječenja, što predstavlja važan mehanizam reprodukcije zdravstvenih nejednakosti. Osobe koje nemaju podršku snažnih veza često se oslanjaju na susjede i na kolektivne strategije otpornosti kako bi ublažili institucionalne nedostatke i održali osnovnu razinu sigurnosti u pristupu zdravstvenim uslugama. Te strategije, duboko ukorijenjene u normama generaliziranog reciprociteta i dijeljene odgovornosti, pomažu objasniti zašto naselja s višim razinama općeg društvenog povjerenja pokazuju manju vjerojatnost dugotrajnih bolesti. Nalazi pokazuju da se one formiraju i na temelju lokalnih ili regionalnih identiteta koji služe kao osnova za poboljšanje relativnog položaja pojedinca unutar društvene mreže i time za pristup fleksibilnijim resursima. Na temelju tih identiteta formira se specifičan oblik društvenog kapitala na koji se pojedinci oslanjaju u svrhu prevladavanja različitih prepreka.

Naposljetku, treće istraživačko pitanje bavilo se načinom na koji relacijska svojstva društvenih odnosa na mezo razini, poput strukture, dinamike i intenziteta odnosa koje pojedinac održava s članovima društvenih mreža – imaju ulogu u tome tko uspijeva mobilizirati resurse koji se smatraju ključnima za očuvanje zdravlja i tako oblikuju odluke pojedinca vezane za zdravlje i njihove strategije navigiranja zdravstvenim sustavom. Kvalitativni nalazi pokazuju da je uspješnost mobilizacije resursa uvjetovana količinom dostupnih resursa, snagom veza te relativnom pozicijom pojedinca unutar mreže.

Disertacija time daje važan teorijski i empirijski doprinos u razumijevanju zdravlja kao fenomena koji je istovremeno oblikovan individualnim obilježjima, kontekstualnim ograničenjima i relacijskim svojstvima društvenih odnosa. Osim toga, ovaj je doktorski rad otvorio niz pitanja za buduća istraživanja, posebno ona koja bi sustavnije ispitala društvene i relacijske dimenzije prostora koje su u dosadašnjim analizama bile često zanemarene.

9. POPIS LITERATURE

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., i Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15>
- Adler, N. E., i Newman, K. (2002). Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies. *Health Affairs*, 21(2), 60–76. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60>
- Aguinis, H., i Culpepper, S. A. (2015). An expanded decision-making procedure for examining cross-level interaction effects with multilevel modeling. *Organizational Research Methods*, 18(2), 155–176. <https://doi.org/10.1177/1094428114563618>
- Aguinis, H., Gottfredson, R. K., i Culpepper, S. A. (2013). Best-Practice Recommendations for Estimating Cross-Level Interaction Effects Using Multilevel Modeling. *Journal of Management*, 39(6), 1490–1528. <https://doi.org/10.1177/0149206313478188>
- Arcaya, M., Tucker-Seeley, R., Kim, R., Schnake-Mahl, A., So, M., i Subramanian, S. (2016). Research on Neighborhood Effects on Health in the United States: A Systematic Review of Study Characteristics. *Social Science i Medicine (1982)*, 168, 16–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.047>
- Atasever, U., Huang, F. L., i Rutkowski, L. (2025). Reassessing weights in large-scale assessments and multilevel models. *Large-Scale Assessments in Education*, 13(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40536-025-00245-y>
- Atkinson, W. (2015). *Class*. Polity Press.
- Bambra, C. (2022). Placing intersectional inequalities in health. *Health i Place*, 75, 102761. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102761>

- Bambra, C., Smith, K. E., i Pearce, J. (2019). Scaling up: The politics of health and place. *Social Science i Medicine*, 232, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.036>
- Bartley, M. (2017). *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods* (Second edition). Polity.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., i Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1). <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>
- Benković, V. (24.03.2017.). *Promjene u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. i 2010. g.* [Doktorska disertacija, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu]. <https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/ocjenski-rad/417082>
- Berkman, L. F., i Kawachi, I. (2014). A Historical Framework for Social Epidemiology. U L. F. Berkman, I. Kawachi, i M. M. Glymour (ur.), *Social Epidemiology* (pp. 1–16). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0001>
- Berkman, L. F., Kawachi, I., i Glymour, M. M. (ur.). (2014). *Social epidemiology* (Second edition). Oxford University Press.
- Berkman, L. F., i Krishna, A. (2014). Social Network Epidemiology. U L. Berkman, I. Kawachi, i M. M. Glymour (ur.), *Social Epidemiology* (Second edition, pp. 234–289). Oxford University Press.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., i Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science i Medicine*, 65(9), 1839–1852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.037>
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. i Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147–152.
- Black, D. i Townsend, P. (Eds.). (1984). *Inequalities in health: the black report* (Repr). Penguin Books.
- Bogović, D., Drezgić, S. i Čegar, S. (2017). *Evaluacija postojećeg i prijedlog novog modela za izračun indeksa te izračun novog indeksa razvijenosti jedinica lokalne i područne*

- samouprave u Republici Hrvatskoj*. <https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/radostalo/789474>
- Bottero, W., i Crossley, N. (2011). Worlds, Fields and Networks: Becker, Bourdieu and the Structures of Social Relations. *Cultural Sociology*, 5(1), 99–119. <https://doi.org/10.1177/1749975510389726>
- Bourdieu, P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*, 7(1), 14–25. <https://doi.org/10.2307/202060>
- Bourdieu, P., (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste* (8th printing). Harvard Univ. Press.
- Bourdieu, P., i Wacquant, L. (ur.). (1992). *An invitation to reflexive sociology* (Repr). Polity Pr.
- Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakerman, J., i Taylor, J. (2012). Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place*, 18(3), 496–503. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.02.009>
- Braun, V., i Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Chaix, B., Merlo, J., i Chauvin, P. (2005). Comparison of a spatial approach with the multilevel approach for investigating place effects on health: the example of healthcare utilisation in France. *Journal of Epidemiology i Community Health*, 59(6), 517–526. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.025478>
- Čipin, I., i Međimurec, P. (2019). Suvremeni vitalni demografski procesi u Hrvatskoj. *Socijalno-demografska reprodukcija Hrvatske*, 5–23. <https://www.bib.irb.hr:8443/1043738>
- Čipin, I., i Smolić, Š. (2013). Socio-Economic Determinants of Health in Croatia: Insights from Four Cross-Sectional Surveys. *Croatian Economic Survey*, 15, 25–60. <https://hrcak.srce.hr/clanak/147823>
- Cockerham, W. C. (2014). *Social Causes of Health and Disease* (2nd ed). Wiley.

- Collyer, F. M., Willis, K. F., & Lewis, S. (2017). Gatekeepers in the healthcare sector: Knowledge and Bourdieu's concept of field. *Social Science & Medicine*, 186, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.004>
- Creswell, J. W., i Clark, V. L. P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Crossley, N. (2011). *Towards relational sociology*. Routledge.
- Cummins, S. (2005). Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England. *Journal of Epidemiology i Community Health*, 59(3), 207–213. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.016147>
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., i Macintyre, S. (2007). Understanding and representing „place” in health research: A relational approach. *Social Science i Medicine*, 65(9), 1825–1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.036>
- Cummins, S., i Macintyre, S. (2006). Food environments and obesity—neighbourhood or nation? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 100–104. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi276>
- Dixon, J., i Welch, N. (2000). Researching the Rural-Metropolitan Health Differential Using the „Social Determinants of Health“. *Australian Journal of Rural Health*, 8(5), 254–260. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2000.tb00366.x>
- Doolan, K., Cepić, D., i Tonković, Ž. (2023). Što (ni)je dobiveno revitalizacijom klasne analize u hrvatskoj sociologiji? *Revija za sociologiju*, 53(1), 155–165.
- Duff, C. (2011). Networks, resources and agencies: On the character and production of enabling places. *Health & Place*, 17(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.012>
- Dunn, J. R., i Cummins, S. (2007). Placing health in context. *Social Science i Medicine*, 65(9), 1821–1824. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.040>
- Đurić, M. (1964). *Sociologija Maxa Webera*. Matica Hrvatska.

- Džakula, A., Vočanec, D., Banadinovic, M., Vajagić, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., Radin, D., i Rechel, B. (2021). Croatia - Health System Review 2021. *Health Systems in Transition*, 23(2), 1–180.
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., i Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Population Health*, 8, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>
- Ellaway, A., Kirk, A., Macintyre, S., i Mutrie, N. (2007). Nowhere to play? The relationship between the location of outdoor play areas and deprivation in Glasgow. *Health & Place*, 13(2), 557–561. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.03.005>
- Erikson, R., Goldthorpe, J. H., i Portocarero, L. (1979). Intergenerational Class Mobility in Three Western European Societies: England, France and Sweden. *The British Journal of Sociology*, 30(4), 415. <https://doi.org/10.2307/589632>
- Eurostat. (2022). *Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and degree of urbanisation* [Dataset]. Eurostat. https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_22
- Evans, C. R. (2019a). Modeling the intersectionality of processes in the social production of health inequalities. *Social Science i Medicine*, 226, 249–253. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.017>
- Evans, C. R. (2019b). Reintegrating contexts into quantitative intersectional analyses of health inequalities. *Health & Place*, 60, 102214. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102214>
- Evans, C. R., Leckie, G., Subramanian, S. V., Bell, A. i Merlo, J. (2024). A tutorial for conducting intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). *SSM – Population Health*, 26, 101664. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101664>

- Field, K. S. i Briggs, D. J. (2001). Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care: Utilization of primary health-care. *Health & Social Care in the Community*, 9(5), 294–308. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0410.2001.00303.x>
- Fox, N. J. i Powell, K. (2023). Place, health and dis/advantage: A sociomaterial analysis. *Health*, 27(2), 226–243. <https://doi.org/10.1177/13634593211014925>
- Frohlich, K. L., Corin, E., i Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776–797. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>
- Fuhse, J. A. (2018). Deconstructing and Reconstructing Social Networks. U F. Dépelteau (ur.), *The Palgrave handbook of relational sociology*. Palgrave Macmillan.
- Fuhse, J. i Mützel, S. (2011). Tackling connections, structure, and meaning in networks: quantitative and qualitative methods in sociological network research. *Quality & Quantity*, 45(5), 1067–1089. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9492-3>
- Galić, Z., Maslić Seršić, D. i Šverko, B. (2006). Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja? *Revija za socijalnu politiku*, 13(3-4), 257–269. <https://doi.org/10.3935/rsp.v13i3.418>
- Ganzeboom, H. B. G. i Treiman, D. J. (n.d.). *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools*. <http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>
- Gatrell, A. C., Popay, J. i Thomas, C. (2004). Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & Place*, 10(3), 245–257. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2003.09.005>
- Gelman, A. i Hill, J. (2007). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge University Press.
- Glymour, M. M., Avendano, M. i Kawachi, I. (2014). Socioeconomic Status and Health. U L. F. Berkman, I. Kawachi, i M. M. Glymour (ur.), *Social Epidemiology* (pp. 17–62). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0002>

- Gobo, G. i Mauceri, S. (2014). *Constructing survey data: an interactional approach*. SAGE Publications.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. <https://doi.org/10.1086/225469>
- Gulliford, M. C., Ukoumunne, O. C., i Chinn, S. (1999). Components of Variance and Intraclass Correlations for the Design of Community-based Surveys and Intervention Studies: Data from the Health Survey for England 1994. *American Journal of Epidemiology*, 149(9), 876–883. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009904>
- Harvey, D. (1996). *Justice, nature and the geography of difference* (Reprinted). Blackwell Publ.
- Haynes, R., Lovett, A., i Sünnerberg, G. (2003). Potential accessibility, travel time, and consumer choice: Geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. *Environment and Planning A*, 35(10), 1733–1750. Scopus. <https://doi.org/10.1068/a35165>
- Heisig, J. P., i Schaeffer, M. (2019). Why You Should *Always* Include a Random Slope for the Lower-Level Variable Involved in a Cross-Level Interaction. *European Sociological Review*, 35(2), 258–279. <https://doi.org/10.1093/esr/jcy053>
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis: techniques and applications* (2. ed). Routledge, Taylor i Francis.
- Hrvatska liječnička komora. (2016). *Anketa HLK-a: Čak 60 posto mladih liječnika aktivno razmišlja o odlasku iz Hrvatske*.
- Ichida, Y., Kondo, K., Hirai, H., Hanibuchi, T., Yoshikawa, G., i Murata, C. (2009). Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Social Science i Medicine*, 69(4), 489–499. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.006>
- Idler, E. L., i Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>

- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., i Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>
- Ivanović, V. (2024). *Otpornost ruralnih područja Republike Hrvatske na temelju pokazatelja kvalitete života* [Info:eu-repo/semantics/doctoralThesis, University of Zagreb. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Sociology]. <https://doi.org/10.17234/diss.2024.271634>
- Jiang, C., Yabroff, K. R., Deng, L., Wang, Q., Perimbeti, S., Shapiro, C. L., i Han, X. (2023). Transportation barriers, emergency room use, and mortality risk among US adults by cancer history. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 115(7), 815–821. <https://doi.org/10.1093/jnci/djad050>
- Joas, H., i Knöbl, W. (2009). *Social theory: Twenty introductory lectures* (A. Skinner, Prev.). Cambridge University Press.
- Jurković, L. (2021). Assessing Socioeconomic Inequality in Self-Rated Health in Four ex-Yugoslav Countries: Does Social Capital Play a Role? *Revija Za Sociologiju*, 22.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kaplan, G., i Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56(8), 1669–1676. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00179-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00179-X)
- Kawachi, I., i Berkman, L. F. (2014). *Social Capital, Social Cohesion, and Health*. U L. F. Berkman, I. Kawachi, i M. M. Glymour (ur.), *Social Epidemiology* (pp. 290–319). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0008>
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., i Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491–1498. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.9.1491>

- Krukowski, R. A., West, D. S., Harvey-Berino, J., i Elaine Prewitt, T. (2010). Neighborhood Impact on Healthy Food Availability and Pricing in Food Stores. *Journal of Community Health*, 35(3), 315–320. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9224-y>
- Laukaityte, I. i Wiberg, M. (2018). Importance of sampling weights in multilevel modeling of international large-scale assessment data. *Communications in Statistics - Theory and Methods*, 47(20), 4991–5012. <https://doi.org/10.1080/03610926.2017.1383429>
- Leiulfsrud, H., Bison, I., i Jensberg, H. (2005). *Social Class in Europe. European Social Survey 2002/3*. NTNU Social Research Ltd.
- Lekkas, P., Stankov, I., Daniel, M., i Paquet, C. (2019). Finite mixture models in neighbourhoods-to-health research: A systematic review. *Health & Place*, 59, 102140. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.05.018>
- Lewis, S., Willis, K., i Collyer, F. (2018). Navigating and making choices about healthcare: The role of place. *Health & Place*, 52, 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.06.009>
- Lin, N. (2000). Inequality in Social Capital. *Contemporary Sociology*, 29(6), 785–795. <https://doi.org/10.2307/2654086>
- Lin, N. (2001). *Social capital: a theory of social structure and action*. Cambridge university press.
- Link, B. G., i Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., i House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7243), 1200–1204. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7243.1200>
- Macintyre, S. (2007). Deprivation amplification revisited; or, is it always true that poorer places have poorer access to resources for healthy diets and physical activity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-32>

- Macintyre, S., Ellaway, A., i Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science i Medicine*, 55(1), 125–139. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00214-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00214-3)
- Macintyre, S., Maciver, S., i Ellaway, A. (1993). Area, Class and Health: Should we be Focusing on Places or People? *Journal of Social Policy*, 22. <https://doi.org/10.1017/S0047279400019310>
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science i Medicine*, 75(4), 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., i Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science i Medicine*, 66(1), 43–56. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.015>
- Marmot, M. (2005a). *The status syndrome: how your social standing affects our health and longevity* (1st Holt paperbacks ed). Holt.
- Marmot, M. (2005b). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M. (2016). *The health gap: the challenge of an unequal world* (First paperback edition). Bloomsbury Press.
- Marshall, E. G. (2011). Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs? *Journal of Adolescent Health*, 49(5), 490–497. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.03.005>
- Masyn, K. E. (2013). *Latent Class Analysis and Finite Mixture Modeling*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199934898.013.0025>
- Merlo, J. (2018). Multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA) within an intersectional framework. *Social Science & Medicine*, 203, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.026>
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., i Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician

- services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517–528. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00045-0)
- Moore, L. V., Diez Roux, A. V., Evenson, K. R., McGinn, A. P., i Brines, S. J. (2008). Availability of Recreational Resources in Minority and Low Socioeconomic Status Areas. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.021>
- Moore, S., i Carpiano, R. M. (2020). Introduction to the special issue on „social capital and health: What have we learned in the last 20 Years and where do we go from here?” *Social Science i Medicine*, 257, 113014. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113014>
- Morgan, D. L. (2008). Quota sampling. U L. M. Given (ur.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* (Vol. 2, pp. 722.–723.). SAGE Publications.
- Mu, G. M. (2020). A Bourdieusian rebuttal to Bourdieu’s rebuttal: social network analysis, regression, and methodological breakthroughs. *Educational Philosophy and Theory*, 52(12), 1266–1276. <https://doi.org/10.1080/00131857.2020.1738920>
- Munford, L., Khavandi, S., i Bambra, C. (2022). COVID-19 and deprivation amplification: An ecological study of geographical inequalities in mortality in England. *Health & Place*, 78, 102933. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102933>
- Murayama, H., Fujiwara, Y., i Kawachi, I. (2012). Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *Journal of Epidemiology*, 22(3), 179–187. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20110128>
- Muthén, L. K., i Muthén, B. O. (1998). *Mplus User’s Guide* (8th ed.). CA: Muthén i Muthén.
- Nagin, D. (2009). *Group-Based Modeling of Development*. Harvard University Press.
- Nogueira, H. G. (2010). Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country. *Social Science i Medicine*, 70(9), 1391–1395. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.011>

- Novak, D., Doubova, S. V., i Kawachi, I. (2016). Social capital and physical activity among Croatian high school students. *Public Health*, 135, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.02.002>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., i Muthén, B. O. (2007). Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Nylund-Gibson, K., i Choi, A. Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440–461. <https://doi.org/10.1037/tps0000176>
- Oberski, D. (2016). Mixture Models: Latent Profile and Latent Class Analysis. U J. Robertson i M. Kaptein (ur.), *Modern Statistical Methods for HCI* (pp. 275–287). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26633-6_12
- OECD. (2025). Gender Equality in a Changing World: Taking Stock and Moving Forward. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e808086f-en>
- Okechukwu, C., Davison, K., i Emmons, K. (2014). Changing Health Behaviors in a Social Context. In L. F. Berkman, I. Kawachi, i M. M. Glymour (Eds.), *Social Epidemiology* (Second edition, pp. 365–395). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0010>
- Onwuegbuzie, A. J., i Johnson, R. B. (ur.). (2021). *The Routledge reviewer's guide to mixed methods analysis*. Routledge.
- Ostroški, L. (2011). *Model diferencijacije urbanih, ruralnih i prijelaznih naselja u Republici Hrvatskoj*. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. U L. M. Given (ur.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* (Vol. 2, pp. 697.–698.). SAGE Publications.

- Pampel, F. C., Krueger, P. M., i Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Papilloud, C. i Schultze, E.-M. (2018). Pierre Bourdieu and Relational Sociology. U Dépelteau, F, *The Palgrave handbook of relational sociology*. Palgrave Macmillan.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd ed (p. 532). Sage Publications, Inc.
- Petrić, M., Tomić-Koludrović, I., Zdravković, Ž., Cvetičanin, P., i Leguina, A. (2022). Class in Contemporary Croatian Society: A Post-Bourdieuian Analysis. *Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja*, 60(1 (223)), 39–88. <https://doi.org/10.5673/sip.60.1.2>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., i Levin, B. (2004). „Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- Phelan, J. C., Link, B. G., i Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Pickett, K. E. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology i Community Health*, 55(2), 111–122. <https://doi.org/10.1136/jech.55.2.111>
- Pintarić, L. (2024). *Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske* [Info:eu-repo/semantics/doctoralThesis, University of Zagreb. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Sociology]. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:150764>
- Poortinga, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science i Medicine*, 62(2), 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.008>
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>

- Portes, A. (2000). The Two Meanings of Social Capital. *Sociological Forum*, 15(1), 12.
- Puljiz, V. (Ed.). (2019). *Socijalno-demografska reprodukcija Hrvatske*. Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. Simon i Schuster.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., i Nanetti, R. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.
- R Core Team. (2023). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (Version 4.3.2.) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Rahman, Md. M., Rosenberg, M., Flores, G., Parsell, N., Akter, S., Alam, M. A., Rahman, Md. M., i Edejer, T. (2022). A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Economics Review*, 12(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>
- Rejineveld, S. A. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *International Journal of Epidemiology*, 27(1), 33–40. <https://doi.org/10.1093/ije/27.1.33>
- Richardson, L., i St. Pierre, E. A. (2005). Writing: A Method of Inquiry. U *The Sage handbook of qualitative research*, 3rd ed (pp. 959–978). Sage Publications Ltd.
- Rose, D., i Harrison, E. (2007). The European Socio-economic Classification: A New Social Class Schema for Comparative European Research. *European Societies*, 9(3), 459–490. <https://doi.org/10.1080/14616690701336518>
- Rose, D., i Harrison, E. (ur.). (2012). *Social class in Europe: an introduction to the European socio-economic classification* (First issued in paperback). Routledge, Taylor i Francis Group.
- Ross, N. A., Wolfson, M. C., Dunn, J. R., Berthelot, J.-M., Kaplan, G. A., i Lynch, J. W. (2000). Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross

- sectional assessment using census data and vital statistics. *BMJ*, 320(7239), 898–902.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7239.898>
- Rostila, M. (2007). Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach. *Journal of European Social Policy*, 17(3), 223–239.
<https://doi.org/10.1177/0958928707078366>
- Rostila, M. (2013). *Social Capital and Health inequality in European Welfare States*.
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3E [Third edition]). SAGE.
- Sauzet, O., i Leyland, A. H. (2017). Contextual effects on health inequalities: a research agenda. *European Journal of Public Health*, 27(4), 587–588.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx038>
- Schneider, S., Bolbos, A., Fessler, J., i Buck, C. (2019). Deprivation amplification due to structural disadvantage? Playgrounds as important physical activity resources for children and adolescents. *Public Health*, 168, 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.11.016>
- Schnittker, J., i Baćak, V. (2014). The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *PLOS ONE*, 9(1), e84933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
- Schoonenboom, J., i Johnson, R. B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 69(2), 107–131.
<https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>
- Shiell, A., Hawe, P., i Kavanagh, S. (2020). Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions. *Social Science i Medicine*, 257, 111930.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.006>
- Shouls, S., Congdon, P., i Curtis, S. (1996). Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *Journal of Epidemiology i Community Health*, 50(3), 366–376. <https://doi.org/10.1136/jech.50.3.366>

- Šimac, B. (2024). *Društvene odrednice namjere ostanka mladih u ruralnim područjima Republike Hrvatske* [Thesis, University of Zagreb. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Sociology]. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:393939>
- Simpson, J., Albani, V., Munford, L., i Bambra, C. (2025). Left behind? A longitudinal ecological study of „regional deprivation amplification” and life expectancy growth in in England (2004 to 2020). *Health & Place*, 94, 103478. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103478>
- Sloggett, A., i Joshi, H. (1994). Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage? *BMJ*, 309(6967), 1470–1474. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6967.1470>
- Smith, K. B., Humphreys, J. S., i Wilson, M. G. A. (2008). Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56–66. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x>
- Smolić, Š., Čipin, I. and Međimurec, P., 2022. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing*, 19(4), pp. 793-809
- Smolić, Š., Blaževski, N., & Fabijančić, M. (2024). Perceived unmet healthcare needs among older Europeans in the COVID-19 pandemic and beyond: The telemedicine solution. *Public Sector Economics*, 48.(2), 125–150. <https://doi.org/10.3326/pse.48.2.1>
- Sommet, N., i Morselli, D. (2017). Keep Calm and Learn Multilevel Logistic Modeling: A Simplified Three-Step Procedure Using Stata, R, Mplus, and SPSS. *International Review of Social Psychology*, 30(1), 203–218. <https://doi.org/10.5334/irsp.90>
- Song, L. (2013). Social capital and health. U Cockerham, W.C. (ur.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (pp. 233-257). Dordrecht, the Netherlands: Springer.
- Song, L., i Lin, N. (2009). Social Capital and Health inequality: Evidence from Taiwan*. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 149–163. <https://doi.org/10.1177/002214650905000203>

- Song, L., i Pettis, P. J. (2020). Does whom you know in the status hierarchy prevent or trigger health limitation? Institutional embeddedness of social capital and social cost theories in three societies. *Social Science i Medicine*, 257, 111959. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.035>
- Song, L., Son, J. i Lin, N. (2021). Social Capital and Health. U Cockerham, W. C. (ur.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (1st ed., pp. 184–210). John Wiley i Sons, Ltd. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781444314786.ch9>
- Sooman, A., Macintyre, S., i Anderson, A. (1993). Scotland's health--a more difficult challenge for some? The price and availability of healthy foods in socially contrasting localities in the west of Scotland. *Health bulletin*, 51(5), 276–284.
- Stafford, M., i Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg084>
- Stanley, L., Kellermanns, F. W., i Zellweger, T. M. (2017). Latent Profile Analysis: Understanding Family Firm Profiles. *Family Business Review*, 30(1), 84–102. <https://doi.org/10.1177/0894486516677426>
- Subramanian, S. V., Kim, D. J. i Kawachi, I. (2002). Social trust and self-rated health in US communities: A multilevel analysis. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79(4), S21–34. https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl_1.s21
- Šućur, Z., i Zrinščak, S. (2007). Differences that Hurt: Self-perceived Health inequalities in Croatia and European Union. *Croatian Medical Journal*, 48.(5), 653–666. <https://hrcak.srce.hr/clanak/32960>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., i Ullman, J. B. (2019). *Using multivariate statistics* (Seventh edition). Pearson.
- Tavares, A. I. (2022). Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *BMC Health Services Research*, 22(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07563-9>

- Taylor, W. C., Poston, W. S. C., Jones, L., i Kraft, M. K. (2006). Environmental Justice: Obesity, Physical Activity, and Healthy Eating. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(s1), S30–S54. <https://doi.org/10.1123/jpah.3.s1.s30>
- Teddlie, C., i Tashakkori, A. (2010). *Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences* (Nachdr.). SAGE Publ.
- Theall, K. P., Scribner, R., Broyles, S., Yu, Q., Chotalia, J., Simonsen, N., Schonlau, M., i Carlin, B. P. (2011). Impact of small group size on neighbourhood influences in multilevel models. *Journal of Epidemiology i Community Health*, 65(8), 688–695. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.097956>
- Timperio, A., Ball, K., Salmon, J., Roberts, R., i Crawford, D. (2007). Is availability of public open space equitable across areas? *Health & Place*, 13(2), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.02.003>
- Turnbull, S. M., Locke, K., Vanholsbeeck, F., i O’Neale, D. R. J. (2019). Bourdieu, networks, and movements: Using the concepts of habitus, field and capital to understand a network analysis of gender differences in undergraduate physics. *PLOS ONE*, 14(9), e0222357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222357>
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., i Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>
- Vučković Juroš, T. (2022). Primjeri dobre prakse u kvalitativnom izvještavanju: transparentnost i refleksivnost. *Revija Za Sociologiju*, 52(3), 255–266. <https://hrcak.srce.hr/clanak/427104>
- Waverijn, G., Wolfe, M. K., Mohnen, S., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., i Groenewegen, P. (2014). A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. *BMC Public Health*, 14(1), 675. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-675>

- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods*. Sage publ.
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis* (2nd ed. 2016). Springer International Publishing : Imprint: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-24277-4>
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge.
- Wilkinson, R. G. (1997). Comment: income, inequality, and social cohesion. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1504–1506. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1504>
- Wilkinson, R. G., i Pickett, K. (2009). *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. Allen Lane.
- Wilkinson, R. G., i Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science i Medicine*, 62(7), 1768–1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577–604. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10932093>
- Willis, K., Collyer, F., Lewis, S., Gabe, J., Flaherty, I., i Calnan, M. (2016). Knowledge matters: producing and using knowledge to navigate healthcare systems. *Health Sociology Review*, 25(2), 202–216. <https://doi.org/10.1080/14461242.2016.1170624>
- Wu, S., Crespi, C. M., i Wong, W. K. (2012). Comparison of methods for estimating the intraclass correlation coefficient for binary responses in cancer prevention cluster randomized trials. *Contemporary Clinical Trials*, 33(5), 869–880. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2012.05.004>
- Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 193–220. <https://doi.org/10.3935/rsp.v14i2.697>

10. PRILOZI

Prilog 1. Analize robusnosti

Tablica P1.1

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti, uz obrazovanje uključeno kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 2,548)		Model 1 (N = 2,510)		Model 2 (N = 2,503)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,43***	0,38 - 0,47	0,18***	0,13 - 0,24	0,19***	0,13 - 0,29
Krug ESS-a (ref. = 10)			1,08	0,88 - 1,32	1,08	0,88 - 1,33
Spol (ref. = Muški)			1,00	0,82 - 1,23	1,02	0,83 - 1,26
Dob			1,06	1,05 - 1,07	1,06***	1,05 - 1,07
Stupanj obrazovanja (ref. = Tercijarno)						
Sekundarno			1,69***	1,28 - 2,24	1,70***	1,28 - 2,26
Primarno			3,32**	2,35 - 4,69	3,16**	2,22 - 4,50
Učestalost društvenih kontakata			0,92***	0,86 - 0,98	0,93***	0,87 - 0,99
Društvena participacija			0,77***	0,69 - 0,86	0,76***	0,68 - 0,85
Društvena podrška			0,98	0,91 - 1,06	0,99	0,91 - 1,06
Latentni profili naselja (ref.= urbana)						
Ruralna naselja					1,50*	1,10 - 2,04
Izrazito ruralna naselja					1,06	0,57 - 2,00
Društveno povjerenje					0,88*	0,79 - 0,99
Dostupnost zdravstvene zaštite						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,66	0,43 - 1,01
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,72	0,47 - 1,09
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					1,15	0,76 - 1,74
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,71	0,47 - 1,08
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,13		0,23		0,20	
ICC	0,040		0,066		0,056	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	3,114		2,491		2,462	
Δ Devijacija (Δ df)	-		623 (8)***		29 (7)***	
AIC	3,118		2,511		2,496	
BIC	3,129		2,570		2,595	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.2

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti, uz prihode kućanstva uključeno kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 2,548)		Model 1 (N = 1,800)		Model 2 (N = 1,799)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0.43***	0.38, 0.47	0.65***	0.47, 0.90	0.56**	0.36, 0.87
Krug ESS-a (ref. = 10)			1.02	0.81, 1.30	1.04	0.82, 1.32
Spol (ref. = Muški)			1.06	0.84, 1.35	1.08	0.85, 1.37
Dob			1.05***	1.04, 1.06	1.05***	1.04, 1.06
Prihodi kućanstva			0.87***	0.83, 0.91	0.87***	0.83, 0.92
Učestalost društvenih kontakata			0.94	0.88, 1.01	0.95	0.89, 1.03
Društvena participacija			0.75***	0.66, 0.85	0.74***	0.66, 0.85
Društvena podrška			0.96	0.89, 1.05	0.97	0.89, 1.06
Latentni profili naselja (ref.= Urbana naselja)						
Ruralna naselja					1.37	0.98, 1.93
Izrazito ruralna naselja					1.00	0.50, 1.97
Društveno povjerenje					0.93	0.81, 1.06
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0.78	0.50, 1.22
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0.91	0.57, 1.44
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					1.60***	1.04, 2.47
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0.90	0.58, 1.39
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,13		0,18		0,13	
ICC	0,040		0,052		0,045	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	3,114		1,850		1,829	
Δ Devijacija (Δ df)	-		1264 (7)***		20 (7)***	
AIC	3,118		1,868		1,862	
BIC	3,129		1,917		1,950	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.3

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba, uz obrazovanje uključeno kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 1,242)		Model 1 (N = 1,128)		Model 2 (N = 1,227)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,14***	0,10 – 0,18	0,10***	0,06 – 0,17	0,16***	0,08 – 0,31
Spol (ref. = Muški)			1,83***	1,28 – 2,60	1,80***	1,26 – 2,56
Dob			1,00	0,99 – 1,01	1,00	0,99 – 1,01
Obrazovanje (ref. = Primarno)			—	—	—	—
Sekundarno			0,96	0,61 – 1,51	0,94	0,60 – 1,48
Tercijarno			0,85	0,49 – 1,48	0,82	0,47 – 1,45
Učestalost društvenih kontakata			0,87**	0,78 – 0,97	0,88*	0,79 – 0,98
Društvena participacija			0,85	0,71 – 1,02	0,84	0,70 – 1,01
Društvena podrška			1,12	0,99 – 1,27	1,13	1,00 – 1,29
Društveno povjerenje					0,83	0,67 – 1,02
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)					—	—
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,58	0,32 – 1,04
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,50*	0,27 – 0,93
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,75	0,41 – 1,36
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,62	0,34 – 1,13
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,41		0,45		0,37	
ICC	0,111		0,122		0,102	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	1027		926		914	
Δ Devijacija (Δ df)	-		101 (7)***		11 (5)*	
AIC	1,031		1,004		1,002	
BIC	1,041		1,050		1,074	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.4

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba, uz prihode kućanstva kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 1,242)		Model 1 (N = 868)		Model 2 (N = 867)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,14***	0,10 – 0,18	0,16***	0,09 – 0,28	0,21***	0,10 – 0,43
Spol (ref. = Muški)			1,66*	1,10 – 2,48	1,62*	1,08 – 2,44
Dob			1,00	0,98 – 1,01	1,00	0,98 – 1,01
Prihodi kućanstva			0,94	0,87 – 1,01	0,94	0,87 – 1,02
Učestalost društvenih kontakata			0,89	0,78 – 1,00	0,90	0,79 – 1,01
Društvena participacija			0,84	0,69 – 1,04	0,83	0,67 – 1,02
Društvena podrška			1,08	0,93 – 1,25	1,10	0,95 – 1,27
Društveno povjerenje					0,79	0,61 – 1,03
Dostupnost zdravstvene zaštite					—	—
(ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,66	0,34 – 1,30
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,60	0,29 – 1,26
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,72	0,36 – 1,45
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,70	0,36 – 1,38
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,41		0,33		0,29	
ICC	0,112		0,091		0,081	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	1027		742		613	
Δ Devijacija (Δ df)	-		285 (6)***		9 (5)	
AIC	1,031		1,004		1,002	
BIC	1,041		1,050		1,074	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.5

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti, uz kvantitativnu varijablu udjela poljoprivrednog stanovništva umjesto latentnih profila naselja.

	Model 0 (N = 2,548)		Model 1 (N = 2,391)		Model 2 (N = 2,385)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,43***	0,38 – 0,47	0,19***	0,14 – 0,26	0,20***	0,14 – 0,31
Krug ESS-a (ref. = 10)			1,00	0,81 – 1,24	1,00	0,81 – 1,23
Spol (ref. = Muški)			1,07	0,86 – 1,35	1,10	0,87 – 1,37
Dob			1,07***	1,06 – 1,07	1,07***	1,06 – 1,08
Društvena klasa (ref. = Nemanualni nadzornici)						
Rutinski nemanualni radnici			1,52*	1,09 – 2,12	1,53*	1,10 – 2,13
Kvalificirani manualni radnici			1,89***	1,34 – 2,67	1,88***	1,33 – 2,65
Nekvalificirani manualni radnici			1,91***	1,41 – 2,57	1,81***	1,34 – 2,46
Samozaposleni			1,47	0,97 – 2,24	1,46	0,95 – 2,23
Dugoročno nezaposleni			3,10***	2,06 – 4,66	3,02***	2,00 – 4,57
Učestalost društvenih kontakata			0,94	0,88 – 1,00	0,95	0,89 – 1,01
Društvena participacija			0,75***	0,67 – 0,84	0,75***	0,67 – 0,84
Društvena podrška			0,98	0,90 – 1,05	0,98	0,91 – 1,06
Udio poljoprivrednog stanovništva					1,02*	1,00 – 1,03
Društveno povjerenje					0,86*	0,77 – 0,97
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,74	0,48 – 1,15
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,81	0,52 – 1,25
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					1,37	0,90 – 2,10
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,81	0,53 – 1,25
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,16		0,24		0,22	
ICC	0,040		0,076		0,063	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	3,114		2,364		2,336	
Δ Devijacija (Δ df)	-		750 (11)***		29 (6)***	
AIC	3,118		2,391		2,374	
BIC	3,129		2,466		2,483	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.6

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom prisutnosti dugotrajnih bolesti, uz kvantitativnu varijablu udjela stanovništva s primarnim obrazovanjem umjesto latentnih profila naselja.

	Model 0 (N = 2,548)		Model 1 (N = 2,391)		Model 2 (N = 2,384)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,43***	0,38 – 0,47	0,19***	0,14 – 0,26	0,22***	0,14 – 0,33
Krug ESS-a (ref. = 10)			1,00	0,81 – 1,24	1,00	0,81 – 1,24
Spol (ref. = Muški)			1,07	0,86 – 1,35	1,10	0,88 – 1,38
Dob			1,07***	1,06 – 1,07	1,07***	1,06 – 1,08
Društvena klasa (ref. = Nemanualni						
Rutinski nemanualni radnici			1,52*	1,09 – 2,12	1,52*	1,09 – 2,12
Kvalificirani manualni radnici			1,89***	1,34 – 2,67	1,85***	1,31 – 2,62
Nekvalificirani manualni radnici			1,91***	1,41 – 2,57	1,76***	1,30 – 2,39
Samozaposleni			1,47	0,97 – 2,24	1,45	0,94 – 2,21
Dugoročno nezaposleni			3,10***	2,06 – 4,66	2,87***	1,89 – 4,37
Učestalost društvenih kontakata			0,94	0,88 – 1,00	0,95	0,89 – 1,01
Društvena participacija			0,75***	0,67 – 0,84	0,75***	0,67 – 0,84
Društvena podrška			0,98	0,90 – 1,05	0,98	0,91 – 1,06
Udio stanovništva s primarnim obrazovanjem					1,01*	1,00 – 1,03
Društveno povjerenje					0,86*	0,77 – 0,97
Dostupnost zdravstvene zaštite						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,70	0,45 – 1,09
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,77	0,49 – 1,19
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					1,20	0,76 – 1,89
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,70	0,44 – 1,12
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,16		0,24		0,22	
ICC	0,040		0,076		0,062	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	3,114		2,364		2,334	
Δ Devijacija (Δ df)	-		750 (11)***		31 (6)***	
AIC	3,118		2,391		2,372	
BIC	3,129		2,466		2,482	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.7

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba uz dodanu kvantitativnu varijablu udjela poljoprivrednog stanovništva.

	Model 0 (N = 1,281)		Model 1 (N = 1,167)		Model 2 (N = 1,166)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,14***	0,10 – 0,18	0,10***	0,06 – 0,16	0,13***	0,07 – 0,25
Spol (ref. = Muški)			1,96***	1,31 – 2,91	1,94***	1,30 – 2,88
Dob			1,01	0,99 – 1,02	1,00	0,99 – 1,02
Društvena klasa (ref. = Nemanualni						
Rutinski nemanualni radnici			0,81	0,48 – 1,38	0,79	0,47 – 1,35
Kvalificirani manualni radnici			0,75	0,40 – 1,41	0,76	0,40 – 1,43
Nekvalificirani manualni radnici			0,88	0,54 – 1,43	0,88	0,53 – 1,44
Samozaposleni			0,99	0,49 – 2,00	1,04	0,52 – 2,10
Dugoročno nezaposleni			0,66	0,34 – 1,30	0,71	0,36 – 1,41
Učestalost društvenih kontakata			0,89*	0,79 – 0,99	0,90	0,80 – 1,01
Društvena participacija			0,85	0,70 – 1,03	0,84	0,69 – 1,01
Društvena podrška			1,07	0,93 – 1,22	1,07	0,94 – 1,23
Udio poljoprivrednog stanovništva					0,99	0,96 – 1,02
Društveno povjerenje					0,80	0,64 – 1,01
Dostupnost zdravstvene zaštite						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,62	0,32 – 1,19
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,53	0,26 – 1,07
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,81	0,41 – 1,62
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,74	0,37 – 1,48
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,41		0,46		0,37	
ICC	0,111		0,122		0,101	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	1,027		926		914	
Δ Devijacija (Δ df)	-		101 (10)***		12 (6)	
AIC	1,031		950		950	
BIC	1,041		1,011		1,041	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.8

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba uz dodanu kvantitativnu varijablu udjela stanovništva s primarnim obrazovanjem.

	Model 0 (N = 1,281)		Model 1 (N = 1,167)		Model 2 (N = 1,166)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,14***	0,10 – 0,18	0,10***	0,06 – 0,16	0,16***	0,08 – 0,31
Spol (ref. = Muški)			1,96***	1,31 – 2,91	1,98***	1,33 – 2,95
Dob			1,01	0,99 – 1,02	1,01	0,99 – 1,02
Društvena klasa (ref. = Nemanualni						
Rutinski nemanualni radnici			0,81	0,48 – 1,38	0,79	0,46 – 1,34
Kvalificirani manualni radnici			0,75	0,40 – 1,41	0,75	0,40 – 1,41
Nekvalificirani manualni radnici			0,88	0,54 – 1,43	0,81	0,49 – 1,35
Samozaposleni			0,99	0,49 – 2,00	0,97	0,48 – 1,96
Dugoročno nezaposleni			0,66	0,34 – 1,30	0,63	0,32 – 1,27
Učestalost društvenih kontakata			0,89*	0,79 – 0,99	0,90	0,81 – 1,01
Društvena participacija			0,85	0,70 – 1,03	0,84	0,70 – 1,02
Društvena podrška			1,07	0,93 – 1,22	1,07	0,93 – 1,22
Udio stanovništva s primarnim obrazovanjem					1,02	1,00 – 1,04
Društveno povjerenje					0,82	0,65 – 1,02
Dostupnost zdravstvene zaštite						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,55	0,28 – 1,07
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,44*	0,22 – 0,90
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,58	0,27 – 1,24
Nema liječnika u naselju ni bolnice u					0,51	0,23 – 1,10
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,41		0,46		0,37	
ICC	0,111		0,122		0,101	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	1,027		926		912	
Δ Devijacija (Δ df)	-		101 (10)***		14 (6)*	
AIC	1,031		950		948	
BIC	1,041		1,011		1,039	

*Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05*

Tablica P1.9.

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba zbog predugih lista čekanja ili nedostatka slobodnih termina.

	Model 0 (N = 1,242)		Model 1 (N = 1,167)		Model 2 (N = 1,166)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,09***	0,07 – 0,13	0,07***	0,04 – 0,12	0,09***	0,04 – 0,18
Spol (ref. = Muški)			2,08***	1,33 – 3,26	2,07***	1,33 – 3,24
Dob			1,01	1,00 – 1,03	1,01	1,00 – 1,03
Društvena klasa (ref. = Nemanualni nadzornici)						
Rutinski nemanualni radnici			0,90	0,51 – 1,58	0,86	0,49 – 1,53
Kvalificirani manualni radnici			0,74	0,37 – 1,50	0,75	0,37 – 1,51
Nekvalificirani manualni radnici			0,76	0,44 – 1,33	0,76	0,43 – 1,33
Samozaposleni			1,15	0,54 – 2,45	1,17	0,55 – 2,48
Dugoročno nezaposleni			0,58	0,28 – 1,23	0,60	0,28 – 1,28
Učestalost društvenih kontakata			0,91	0,81 – 1,03	0,92	0,81 – 1,04
Društvena participacija			0,90	0,73 – 1,11	0,89	0,72 – 1,10
Društvena podrška			1,00	0,86 – 1,17	1,01	0,87 – 1,17
Društveno povjerenje					0,88	0,68 – 1,13
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,70	0,34 – 1,46
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,53	0,24 – 1,14
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,86	0,41 – 1,79
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,76	0,36 – 1,59
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,47		0,47		0,47	
ICC	0,131		0,125		0,102	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	864		784		776	
Δ Devijacija (Δ df)	-		90 (10)***		8 (5)	
AIC	868		808		810	
BIC	878		869		896	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.10.

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba zbog predugih lista čekanja ili nedostatka slobodnih termina, uz obrazovanje uključeno kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 1,242)		Model 1 (N = 1,288)		Model 2 (N = 1,227)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,09***	0,07 - 0,13	0,06***	0,03 - 0,11	0,08***	0,03 - 0,18
Spol (ref. = Muški)			1,97***	1,32 - 2,93	1,94***	1,30 - 2,89
Dob			1,01	1,00 - 1,02	1,01	1,00 - 1,02
Obrazovanje (ref. = Primarno)						
Sekundarno			1,10	0,66 - 1,83	1,08	0,64 - 1,80
Tercijarno			0,94	0,51 - 1,76	0,93	0,50 - 1,76
Učestalost društvenih kontakata			0,89	0,79 - 1,00	0,90	0,80 - 1,01
Društvena participacija			0,94	0,76 - 1,15	0,93	0,76 - 1,14
Društvena podrška			1,03	0,90 - 1,20	1,04	0,90 - 1,20
Društveno povjerenje					0,89	0,70 - 1,14
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,70	0,35 - 1,43
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,56	0,26 - 1,18
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,87	0,43 - 1,77
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,72	0,35 - 1,49
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,50		0,44		0,43	
ICC	0,131		0,116		0,076	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	864		833		825	
Δ Devijacija (Δ df)	-		31 (7)***		8 (5)	
AIC	868		851		853	
BIC	878		897		925	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica P1.11.

Rezultati hijerarhijskog višerazinskog modeliranja sa zavisnom varijablom nepodmirenih zdravstvenih potreba zbog predugih lista čekanja ili nedostatka slobodnih termina, uz prihode kućanstva kao indikator socioekonomskog statusa umjesto društvene klase.

	Model 0 (N = 1,242)		Model 1 (N = 1,868)		Model 2 (N = 867)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Fiksni dio modela						
Odsječak	0,09***	0,07 - 0,13	0,10***	0,05 - 0,19	0,12***	0,05 - 0,28
Spol (ref. = Muški)			1,94***	1,21 - 3,10	1,90***	1,18 - 3,05
Dob			1,00	0,99 - 1,02	1,00	0,99 - 1,02
Prihodi kućanstva			0,93	0,85 - 1,02	0,93	0,85 - 1,02
Učestalost društvenih kontakata			0,91	0,79 - 1,04	0,91	0,79 - 1,05
Društvena participacija			0,93	0,73 - 1,17	0,91	0,72 - 1,16
Društvena podrška			1,01	0,85 - 1,19	1,02	0,86 - 1,21
Društveno povjerenje					0,87	0,65 - 1,17
Dostupnost zdravstvene zaštite (ref. = Bolnica ili KBC u naselju)						
Liječnik u naselju, bolnica u blizini					0,81	0,37 - 1,77
Liječnik u naselju, nema bolnice u blizini					0,71	0,31 - 1,66
Liječnik nije u naselju, bolnica u blizini					0,79	0,35 - 1,79
Nema liječnika u naselju ni bolnice u blizini					0,78	0,36 - 1,72
Nasumični dio modela						
Varijanca na 1. razini	1,00		1,00		1,00	
Varijanca na 2. razini	0,50		0,45		0,45	
ICC	0,131		0,120		0,114	
Sažetak modela						
Devijacija (-2*Log-vjerojatnost)	864		619		613	
Δ Devijacija (Δ df)	-		244 (6)***		6 (5)	
AIC	868		635		639	
BIC	878		674		701	

Napomena: OR = omjeri šansi; CI = interval pouzdanosti; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Prilog 2. Poziv na istraživanje i tekst informiranog pristanka

Poštovani,

Pozivamo Vas da sudjelujete u intervjuima u kojima ćemo razgovarati o Vašim iskustvima, osjećajima i mišljenjima vezanim uz Vaše zdravlje i sustav zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. U istraživanju mogu sudjelovati osobe starije od 50 godina koje su u posljednjih godinu dana imale potrebu koristiti bilo koji oblik zdravstvenih usluga.

Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti dobrovoljno i anonimno, a svi podaci će biti povjerljivi. Također, za sudjelovanje nije potrebno nikakvo predznanje ili specifično iskustvo. Istraživanje je odobrilo Povjerenstvo Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja na Filozofskom fakultetu u Zagrebu (broj odluke: 03-2023/2024).

Procijenjeno je da će intervjui trajati oko 45 do 90 minuta, a po Vašem izboru provode se osobno ili online (Microsoft Teams). U znak zahvalnosti za uloženo vrijeme i trud svi sudionici istraživanja će na kraju razgovora dobiti poklon bon u vrijednosti od 20 eura jednog lanca maloprodajnih trgovina.

Istraživanje provodi Luka Jurković s Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prikupljeni podaci koristit će se isključivo za potrebe doktorske disertacije na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu te za druge znanstvene i nastavne svrhe. Za više informacija o samome istraživanju ili o proceduri, slobodno možete kontaktirati istraživača preko elektronske pošte ljurkovi@ffzg.unizg.hr.

S poštovanjem,

Luka Jurković, mag. soc.

Odsjek za sociologiju, Filozofski fakultet Zagreb

E-mail: ljurkovi@ffzg.unizg.hr

Broj mobitela: [uklonjeno iz priloga]

INFORMACIJE O ISTRAŽIVANJU

Zahvaljujemo Vam na interesu za sudjelovanje u istraživanju kojim se nastoji istražiti iskustva, osjećaje i mišljenja osoba iz različitih sredina o zdravlju i sustavu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

U istraživanju mogu sudjelovati svi stariji od 50 godina koji su u posljednjih godinu dana imali potrebu koristiti bilo koji oblik zdravstvenih usluga. Nije potrebno nikakvo posebno predznanje za sudjelovanje u istraživanju i željeli bi razgovarati s osobama iz različitih sredina i s različitim iskustvima.

Ovo istraživanje provodi Luka Jurković s Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Podaci iz ovog projekta koristit će se za potrebe doktorske disertacije na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu te za druge znanstvene i nastavne svrhe.

PROCEDURA

Glavni dio ovog istraživanja čini individualni intervju u kojem ćemo Vam postavljati pitanja o Vašim iskustvima, brigama i odlukama vezanim uz Vaše zdravlje i sustav zdravstvene zaštite.

Očekivano trajanje intervjua je između 45 i 90 minuta, a provodit će se u mjestu po Vašem izboru ili putem online platforme Microsoft Teams. Uz Vaš pristanak, intervju će biti snimljen diktafonom ili putem opcije snimanja na online platformi.

POVJERLJIVOST I ČUVANJE PODATAKA

Sve podatke o Vama i Vašim mišljenjima i iskustvima tretirat ćemo kao povjerljive podatke. Vaše ime i druge identificirajuće informacije bit će uklonjene iz svih istraživačkih materijala, a Vaši će se podaci prikupljati pod kodovima. Imena trećih osoba koje nisu javno poznate, a prema potrebi i organizacija, lokaliteta ili situacija spomenutih u intervjuu također će biti anonimizirana uklanjanjem identificirajućih podataka. Nijedna treća strana neće dobiti pristup Vašim osobnim podacima.

U slučaju dijeljenja materijala s ostalim istraživačima, isključivo u istraživačke svrhe, tada će ti materijali uvijek biti anonimizirani i smatrani strogo povjerljivim. U slučaju da se podaci pohrane u arhivu istraživačkih podataka, pohranjivat će se isključivo anonimizirani podaci iz kojih će biti uklonjene sve Vaše identificirajuće informacije. Prilikom predstavljanja rezultata istraživanja, koristit ćemo pseudonime i anonimizirane podatke.

Za vrijeme trajanja istraživanja, sve audio snimke i transkripti bit će pohranjeni u enkriptiranoj mapi na zaštićenom serveru. Pristup snimkama intervjua imat će isključivo voditelj istraživanja te suradnici angažirani za transkribiranje intervjua, pri čemu će oni potpisati izjavu o povjerljivosti podataka. Vaše ime ili podaci koji Vas mogu identificirati neće biti vezani uz snimku ni uz ostale materijale prikupljene u istraživanju.

Nakon završetka projekta, svi digitalni i audio podaci koji će biti spremljeni kod voditelja istraživanja uništiti će se u roku od 12 mjeseci od završetka projekta. Nakon tog razdoblja, bit će uništeni. Transkripti intervjua će, za potrebe daljnjih analiza i objavljivanja, ostati u neograničenom posjedu Luke Jurkovića. No, ti transkripti neće uključivati informacije koje mogu identificirati sudionike.

RIZICI I NELAGODE

Ne očekuju se izravni rizici ili nelagode za sudionike.

KORISTI

U znak zahvalnosti za uloženo vrijeme i trud, svi sudionici istraživanja će na kraju razgovora dobiti poklon bon u vrijednosti od 20 eura u jednom lancu maloprodajnih trgovina. Osim toga, Vaši nam odgovori mogu pomoći da bolje razumijemo različite probleme vezane uz pristup sustavu zdravstvene zaštite u različitim sredinama u Republici Hrvatskoj.

ZAŠTITA PRAVA SUDIONIKA ISTRAŽIVANJA

Sudjelovanje u ovom istraživanju jest u potpunosti dobrovoljno. Možete odbiti sudjelovati bez ikakvih posljedica. Ako odlučite sudjelovati, Vaše je pravo odustati od sudjelovanja u istraživanju u bilo kojem trenutku i to bez ikakvih posljedica ili gubitaka i bez davanja razloga ili ispitivanja o Vašem odustajanju. Također je Vaše pravo i da nakon intervjua ograničite korištenje svojih podataka – npr. da zatražite da Vas se izravno ne citira ili da zatražite da se Vaši podaci ne mogu pohraniti u arhivu istraživačkih podataka. Možete se i naknadno predomisлити te povući svoj pristanak do godinu dana nakon završetka projekta, a Vaši podaci će vam biti vraćeni ili uništeni, bez ikakvih posljedica ili gubitaka.

Ako imate bilo kakvih briga ili problema vezanih uz sudjelovanje u ovom istraživanju, možete se obratiti Povjerenstvu Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja na: eticko-soc@ffzg.hr

U slučaju pitanja ili briga vezanih uz zaštitu Vaših osobnih podataka, možete se obratiti službenici za zaštitu osobnih podataka na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Ivančici Benaković, na: zastita-podataka@ffzg.hr

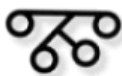
INFORMIRANI PRISTANAK

Na početku intervjua, tražit će se od Vas da zvučno snimate svoj pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Time potvrđujete da dobrovoljno sudjelujete u istraživanju, da se slažete da se intervju snima, da ste dobili odgovore na svoja pitanja o projektu i Vašem sudjelovanju i da Vam je jasno objašnjena procedura kojom se osigurava povjerljivost, kao i upotreba podataka.

Ako u bilo kojem trenutku imate daljnjih pitanja o istraživanju ili o proceduri, slobodno možete izravno kontaktirati istraživača:

- Luku Jurkovića, preko elektronske pošte: ljurkovi@ffzg.unizg.hr

Prilog 3. Mišljenje Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za sociologiju
Ivana Lučića 3
10000 Zagreb

University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Sociology
Ivana Lučića 3
10000 Zagreb, Croatia



Tel./Phone: +385 (0)1 4092007; Fax: +385 (0)1 4092007; 4092879; URL: <http://www.ffzg.unizg.hr/socio>

Datum/Date: 16/11/2023

Broj odluke/Reference Number: 03-2023/2024

MIŠLJENJE

Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja

Naziv istraživanja: Individualni i kontekstualni čimbenici zdravlja stanovnika Republike Hrvatske

Voditelj/ica istraživanja: Luka Jurković

Autori istraživanja: Luka Jurković

Povjerenstvo je mišljenja da je predloženo istraživanje u skladu s važećim etičkim normama.

STATEMENT

Research Ethics Committee of the Department of Sociology

Project Title: Individual and contextual factors of health in Croatia

Principal Investigator: Luka Jurković

Author(s): Luka Jurković

The Committee agrees that the proposed research project is in accordance with current ethical standards.

Doc. dr. sc. Goran Koletić
Predsjednik Povjerenstva/Chairman

Prilog 4. Protokol za intervjuiranje

PROTOKOL INTERVJUA (Osobe 50+ sa zdravstvenim potrebama)

1. Pričekati da sugovornik pročita tekst informiranog pristanka
2. Tražiti dozvolu za snimanje intervjua diktafonom
3. Zamoliti za usmeno odobrenje za sudjelovanje u istraživanju (dobiti odobrenje na snimci)
4. Započeti intervju

PITANJA PRIJE POČETKA INTERVJUA:

Imate li kakvih pitanja za mene?

Jeste li suglasni da se intervju snima?

USMENO ODOBRENJE ZA SUDJELOVANJE (IMATI NA SNIMCI):

Prije nego započnemo, molim Vas da potvrdite za snimku da razumijete prava i obveze koje proizlaze iz sudjelovanja u ovom istraživanju, da ste dobili odgovore na postavljena pitanja i da se slažete da sudjelujete u intervjuu.

UVOD U RAZGOVOR:

Hvala Vam što ste odvojili vrijeme kako biste razgovarali danas sa mnom. Kao što znate, zainteresiran sam za iskustva ljudi koji žive u različitim sredinama. Možete mi malo reći kako vam je ovdje živjeti?

ISKUSTVA SA ZDRAVSTVENIM POTEŠKOĆAMA I SUSTAVOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE:

Kao što znate, istražujemo iskustva ljudi različitih zdravstvenih stanja u različitim sredinama. Kako ste trenutno zadovoljni svojim zdravljem?

[PITATI AKO NISU SPOMENULI] Imate li trenutno ili ste imali kroničnu bolest koja je zahtijevala redovitu liječniku pomoć?

- **[AKO IMA VIŠE KRONIČNIH BOLESTI]** – „Za koju od navedenih bolesti biste rekli da vam je predstavljala najveći problem za vaše zdravlje...„

SQUIN: Možete li mi molim Vas ispričati priču o Vašem iskustvu s tom bolešću od trenutka kada ste prvi put dobili simptome do danas? Ispričajte mi o svim iskustvima i svim događajima koji su Vam osobno bili važni. Na raspolaganju imate vremena koliko god trebate. Ja ću prvo samo slušati, neću prekidati. Samo ću raditi neke bilješke za pitanja koja bih mogao imati o svemu tome nakon što završite sa svojim pričanjem.

- **[SQUIN AKO NIKADA NIJE IMAO/LA KRONIČNU BOLEST** – Jeste li ikada bili na nekom specijalističkom pregledu zbog neke zdravstvene poteškoće? **[AKO IH JE VIŠE OD JEDNOG** – 'Molim Vas fokusirajte se na specijalistički pregled za poteškoću koja vam je predstavlja najveći problem za vaše zdravlje']. Možete li mi ispričati priču o tom iskustvu i svim događajima koji su Vam osobno bili važni. Na raspolaganju imate vremena koliko god trebate. Ja ću prvo samo slušati, neću prekidati. Samo ću raditi neke bilješke za pitanja koja bih mogao imati o svemu tome nakon što završite sa svojim pričanjem.

[SUGOVORNICE SE OVDJE NE PITA ZA GINEKOLOŠKE PREGLEDE]

[SLJEDEĆA PITANJA POSTAVITI SAMO AKO IH SAMI NE SPOMENU]

- Sjećate li se trenutka/razdoblja u kojem ste saznali da imate tu bolest/zdravstvenu poteškoću? Kako je do svega toga došlo? Što ste učinili kad ste prvi put dobili simptome? **[Pobrinuti se da sugovornik/ca pruži informacije o koracima do liječenja – prvi simptomi/posjet liječniku/dijagnoza/početak liječenja]**
- Kako ste se isprva informirali o bolesti/zdravstvenoj poteškoći? Na koje ste se sve izvore informacija oslanjali? S kime ste se sve savještovali oko vaše bolesti ili obavljanja pretraga prije nego što ste se javili liječniku?

- Sjećate li se trenutka kad ste se naručili za specijalistički pregled? Možete li mi opisati kako je do toga došlo?
 - a. Kako ste odlučili gdje ćete ići na specijalistički pregled? Je li vas netko potaknuo da se javite liječniku? Jeste li se prethodno raspitali?
 - b. Je li vam netko preporučio tog liječnika ili zdravstvenu ustanovu?
 - c. Jeste li obavljanje tog pregleda odabrali najbližu ustanovu koja nudi tu uslugu? **[AKO NE]** iz kojeg razloga niste išle u specijalistu koji vam je najbliži?

- Jeste li imali kakve poteškoće oko pristupa specijalističkim pretragama? Koliko ste dugo morali čekati da dobijete potrebni specijalistički pregled?
 - a. **[AKO SE SPECIJALIST NE NALAZI U ISTOM MJESTU KAO SUGOVORNIK]** - Koliko ste daleko morali putovati da biste došli do tog specijalista? Je li vam ta udaljenost predstavljala problem? Kako ste se organizirali za prijevoz? Jeste li imali financijske poteškoće s obzirom na to da ste morali putovati?
 - b. Jeste li imali nekoga tko vam je pomagao pri savladavanju prepreka koje ste mogli imati dok ste obavljali pretrage? Na koga sve ste mogli računati?
 - c. Recite mi, oslanjate li se na još nekoga u tijeku nošenja s vašom bolešću? Jeste li se ikada oslonili na pomoć neke udruge? A na pomoć susjeda?

- Jeste li zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge koju ste dobili?

- Možete li mi opisati vaše iskustvo s komunikacijom sa specijalistima i drugim osobljem? Kako su razgovarali s vama o vašoj bolesti, liječenju, pretragama, nalazima?
 - a. Recite mi – jeste li možda tražili drugo mišljenje? **[AKO DA]** Prisjetite se trenutka kada ste odlučili potražiti drugo mišljenje. Kako je to izgledalo? Je li vas netko na to potaknuo? Kod koga ste išli? Kako ste došli do liječnika koji vam je dao drugo mišljenje?

- Jeste li radili ikakve pretrage u privatnim zdravstvenim institucijama? **[AKO DA]** – zašto ste se na to odlučili? **[AKO NE]** – Jeste li ikada promišljali o tome da neke pretrage odradite u privatnim zdravstvenim ustanovama?

ZDRAVSTVENE USLUGE U MJESTU STANOVANJA:

- Što ste koristili od zdravstvenih usluga koje su vam dostupne u vašem mjestu?
- Što biste istaknuli kao glavne nedostatke sa zdravstvenim uslugama u vašem mjestu življenja? Kako to rješavate?

[UKOLIKO NE SPOMENU]

OPĆA MEDICINA

- Jeste li u posljednjih godinu dana zbog nekih zdravstvenih poteškoća imali potrebu ići liječniku opće prakse? Gdje se nalazi Vaš liječnik opće prakse?
- Koliko daleko morate putovati da biste došli do vašeg liječnika opće prakse? Predstavlja li vam ta udaljenost problem? Kako se organizirate za prijevoz?
- Možete li mi opisati vaša iskustva s liječnicima opće prakse (u vašem mjestu stanovanja)? Jeste li zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge koju dobijete kod vašeg liječnika?

DENTALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

- Koliko često idete stomatologu radi redovitog pregleda? Gdje idete? Idete li u javnu ili privatnu ordinaciju? Kako ste se odlučili za to?
- Možete li mi opisati vaša iskustva sa stomatolozima (u vašem mjestu stanovanja)? Jeste li zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge koju dobijete kod vašeg stomatologa?
- Koliko ste zadovoljni dostupnošću različitih stomatoloških usluga u vašem mjestu?
- Imate li osjećaj da imate dovoljno izbora pri odabiru stomatologa?
- Koliko daleko morate putovati da biste došli do vašeg stomatologa? Predstavlja li vam ta udaljenost problem? Kako se organizirate za prijevoz?

[SAMO ZA ŽENE] ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA

- Koliko često idete na redovite ginekološke preglede? Idete li u javnu ili privatnu ordinaciju? Kako ste se odlučili za to?
- Možete li mi opisati vaša iskustva s ginekolozima (u vašem mjestu stanovanja)? Jeste li zadovoljni kvalitetom zdravstvene usluge koju dobijete kod vašeg ginekologa?
- Koliko ste zadovoljni dostupnošću različitih ginekoloških usluga u vašem mjestu? Imate li osjećaj da imate dovoljno izbora pri odabiru ginekologa?
- Koliko daleko morate putovati da biste došli do vašeg ginekologa? Predstavlja li vam ta udaljenost problem? Kako se organizirate za prijevoz?
- Koliko dugo morate čekati da biste dobili pregled? Predstavlja li vam to problem?

COVID-19 PITANJA [PITATI AKO IH SAMI NE SPOMENUJ]

[AKO SE LIJEČENJE KRONIČNE BOLESTI ODVIJALO I TIJEKOM PANDEMIJE] Je li vam zbog pandemije koronavirusa bilo teže dobiti preglede ili tretmane koji vam potrebni? Na koji način? Je li se dogodilo da ste imali zakazani zdravstveni pregled koji je liječnik ili zdravstvena ustanova odlučila odgoditi zbog koronavirusa? Možete li mi to opisati? Što ste onda učinili?

[AKO JE LIJEČENJE PRESTALO PRIJE PANDEMIJE] Jeste li tijekom pandemije koronavirusa imali neke zdravstvene poteškoće za koje ste smatrali da morate rješavati kod liječnika? Je li vam zbog pandemije bilo teže dobiti potrebni pregled? Možete li mi to opisati?

Jeste li tijekom pandemije izbjegavali obaviti neki zdravstveni pregled ili ići na tretman zbog straha od zaraze koronavirusom?

ZAVRŠETAK INTERVJUA

- Bližimo se kraju našeg razgovora. Mislite li da postoji još nešto važno što vas nisam pitao/la u vezi sustava zdravstvene zaštite u RH?

- Možete li mi za kraj reći nešto o sebi? Koliko imate godina, koliko dugo živite ovdje, koji ste najviši stupanj obrazovanja postigli? Imate li djece, živite li s partnerom, živi li još netko s vama u kućanstvu?
- Čime se sada bavite? Možete li mi malo opisati svoj posao?

Prilog 5. Bivarijatne korelacije sociodemografskih varijabli te zavisnih i nezavisnih varijabli korištene u višerazinskoj regresijskoj analizi, na poduzorku bez samozaposlenih ispitanika (N = 2.222).

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Spol	-									
2. Dob	0,04	-								
3. Društvena klasa	0,03	0,23**	-							
4. Obrazovanje	-0,04*	-0,35**	-0,62**	-						
5. Prihodi kućanstva	-0,07**	-0,44**	-0,39**	0,44**	-					
6. Samoprocijenjeno opće zdravlje	-0,06**	-0,50**	-0,24**	0,33**	0,36**	-				
7. Prisutnost dugotrajnih bolesti	0,05*	0,42**	0,24**	-0,30**	-0,32**	-0,60**	-			
8. Učestalost društvenih kontakata	-0,07**	-0,25**	-0,12**	0,14**	0,15**	0,23**	-0,17**	-		
9. Društvena participacija	-0,13**	-0,26**	-0,22**	0,28**	0,27**	0,32**	-0,25**	0,30**	-	
10. Društvena podrška	-0,08**	-0,17**	-0,17**	0,16**	0,21**	0,17**	-0,14**	0,24**	0,30**	-

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

Prilog 6. Tablica bivarijatnih korelacija indikatora razvijenosti dostupnih iz Popisa stanovništva 2021. godine na razini naselja (N = 479).

Indikatori	1	2	3	4
1. Udio stanovništva s primarnim obrazovanjem	—			
2. Udio poljoprivrednog stanovništva	0,58**	—		
3. Udio stanovništva starijih od 65 godina	0,13**	0,21**	—	
4. Udio nezaposlenih u ukupnom broju radno aktivnog stanovništva	0,29**	0,34**	0,01	—

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

11. ŽIVOTOPIS AUTORA

Luka Jurković (1995., Pula) diplomirao je 2019. godine, završivši jednopredmetni studij sociologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Od 2018. do 2020. radio je kao istraživač na području istraživanja tržišta i javnog mnijenja. Od 2020. radi kao asistent na Odsjeku za sociologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, gdje je sudjelovao kao izvođač u nastavi na nekoliko kolegija iz klasične sociološke teorije te osnova statistike i mješovite metodologije u društvenim znanostima. Član je hrvatskog nacionalnog tima Europskog društvenog istraživanja (ESS ERIC) u kojem je odgovoran za adaptaciju nacionalnog upitnika, dizajn uzorka te prikupljanje i obradu podataka.

Samostalno ili u koautorstvu objavio je šest radova u recenziranim znanstvenim časopisima i sudjelovao je na nekoliko nacionalnih i međunarodnih znanstvenih konferencija. Njegovi glavni istraživački interesi obuhvaćaju područja iz sociologije zdravlja, javnog zdravstva, sociologiju seksualnosti i kvantitativne metodologije društvenih istraživanja.

Objavljeni radovi

Koletić, G., Jurković, L., Tafro, A., Milas, G., Landripet, I., i Štulhofer, A. (2023). A meta-analytic exploration of associations between religious service attendance and sexual risk taking in adolescence and emerging adulthood. *Journal of Health Psychology*, 28(12), 1103–1116. <https://doi.org/10.1177/13591053231164542>

Koletić, G., Landripet, I., Tafro, A., Jurković, L., Milas, G., i Štulhofer, A. (2021). Religious faith and sexual risk taking among adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Social Science & Medicine*, 291, Article 114488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114488>

Landripet, I., Koletić, G., Jurković, L., Zrinščak, S., Štulhofer, A. (2020). Konstrukcija i validacija Skale vjerom inspiriranog društvenog angažmana (VIDA) među mladima u Hrvatskoj. *Revija za sociologiju*, 50 (3); 407-434. <https://doi.org/10.5613/rzs.50.3.4>

Jurković, L. (2021). Assessing socioeconomic inequality in self-rated health in four ex-Yugoslav countries: Does social capital play a role? *Revija za sociologiju*, 51(3), 409–429. <https://doi.org/10.5613/rzs.51.3.4>

Jurković, L. (2020). Uloga sukoba radne i obiteljske uloge te zadovoljstva intimnom vezom u seksualnoj dobrobiti zaposlenih osoba. *Društvena istraživanja*, 29(4), 621–641. <https://doi.org/10.5559/di.29.4.06>

Jurković, L., Koletić, G., i Štulhofer, A. (2018). Uloga komunikacije s roditeljima o seksualnosti u dinamici adolescentskog zadovoljstva tjelesnim izgledom. *Revija za sociologiju*, 48(3), 275–296. <https://doi.org/10.5613/rzs.48.3.1>