

Društvene i osobne odrednice zdravstvenog stanja i ponašanja žena u Hrvatskoj s posebnim osvrtom na zdravstvenu zaštitu žena domaćica

Džakula, Aleksandar

Doctoral thesis / Disertacija

2009

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:841744>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Aleksandar Džakula

**Društvene i osobne odrednice zdravstvenog stanja i
ponašanja žena u Hrvatskoj s posebnim osvrtom na
zdravstvenu zaštitu žena domaćica**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Zagreb, 2009.

Rad je sačinjen na Školi narodnog zdravlja »Andrija Štampar« Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Mentor: prof. dr. sc. Silvije Vuletić, profesor emeritus

ZAHVALA:

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Silviju Vuletiću, na spremnosti da preuzme mentorstvo ove disertacije. Posebice zahvaljujem za uloženi trud kojim je osnovnu zadaću mentora obogatio i ulogom učitelja te mi omogućio da izrada ovog rada ne bude samo znanstveno-autorsko postignuće, nego i osobito iskustvo učenja.

Zahvaljujem prof. dr. Davoru Ivankoviću, te kolegama dr. sc. Ozrenu Polašku i dr. med. Ognjenu Brboroviću na pomoći pri izradi ovog rada.

POPIS KRATICA

DZS	– Državni zavod za statistiku
HZA	– Hrvatska zdravstvena anketa
IP	– interval pouzdanosti (<i>engl.</i> confidence interval)
LOM	– liječnik obiteljske medicine
MCS	– mjera komponente mentalnoga zdravlja prema upitniku SF-36 (<i>engl.</i> mental component score)
MKB X	– Deseta međunarodna klasifikacija bolesti
OR	– omjer izgleda (<i>engl.</i> odds ratio)
OŠ	– osnovna škola
PCS	– mjera komponente tjelesnoga zdravlja prema upitniku SF-36 (<i>engl.</i> physical component score)
PZZ	– primarna zdravstvena zaštita
RH	– Republika Hrvatska
SMR	–standardizirani omjer smrtnosti (<i>engl.</i> standardized mortality ratio)

SADRŽAJ

1.	UVOD	7
1.1	ZDRAVLJE ŽENA U SUVREMENOM DRUŠTVU	8
1.1.1.	Spolno i rodno određenje	8
1.1.2.	Društveno određenje zdravlja	10
1.1.3.	Specifične društvene uloge i odrednice zdravlja žena	12
1.2.	SPECIFIČNOSTI ŽIVOTA DOMAĆICE	16
1.2.1.	Utjecaji na zdravlje domaćica	17
1.2.2.	Mnogostruke uloge i opterećenje domaćice	19
1.2.3.	Društveni položaj žena u Republici Hrvatskoj	20
1.2.4.	Istraživanje »Idealna žena«	22
2.	HIPOTEZE I CILJEVI ISTRAŽIVANJA	24
2.1.	HIPOTEZE	25
2.2.	OPĆI CILJ	26
2.3.	SPECIFIČNI CILJEVI	26
3.	ISPITANICI I METODE	27
3.1.	IZVORI PODATAKA	28
3.1.1.	HRVATSKA ZDRAVSTVENA ANKETA 2003. - ustroj studije	28
3.1.2.	Statistička obrada	32
3.2.	KVALITATIVNA OBRADA UZORKA	33
4.	REZULTATI	34
4.1.	KARAKTERISTIKE ŽENSKE POPULACIJE U HRVATSKOJ	35
4.1.1.	Struktura ženske populacije u Republici Hrvatskoj	35
4.1.2.	Obrazovanje, mjesto stanovanja i prihodi žena u Hrvatskoj	35
4.2.	ZDRAVLJE I SMRTNOST ŽENA U HRVATSKOJ	42
4.3.	ODREDNICE ZDRAVLJA ŽENA U HZA 2003. UZORKU	47
4.4.	USPOREDBA DOMAĆICE / »NEDOMAĆICE« ŽENE DOBI 65+	52
4.5.	TJELESNO I MENTALNO ZDRAVLJE (SF-36)	55
4.5.1.	Tjelesna i mentalna komponenta zdravlja – logistička regresija	58
4.6.	REZULTATI KVALITATIVNOG ISTRAŽIVANJA	67
4.6.1.	Analiza ključnih kategorija	71

5.	RASPRAVA	74
5.1.	ZDRAVLJE I BOLEST DOMAĆICA U HRVATSKOJ	75
5.2.	SPECIFIČNOSTI POLOŽAJA I ZDRAVLJA DOMAĆICA	79
5.2.1.	Obitelj, majčinstvo i zdravlje	79
5.2.2.	Mentalno zdravlje žena	81
5.2.3.	Domaćice - radno mjesto	83
5.3.	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA I INTERVENCIJE	84
5.4.	LJUDSKA PRAVA I ZDRAVLJE ŽENA	87
5.4.1.	Pravednost u zdravlju i zdravlje žena	90
6.	ZAKLJUČAK	94
7.	SAŽETAK	96
8.	SUMMARY	99
9.	ŽIVOTOPIS	102
10.	POPIS TABLICA	104
11.	POPIS SLIKA	107
12.	LITERATURA	109

1 UVOD

Danas se prepoznavanje specifičnosti zdravlja žena kao društvenog problema može činiti nejasnim ili preopćenitim, međutim situacija otprije tridesetak godina bila je značajno drukčija. Zdravlje žena bilo je dio ukupnog promatranja muško-ženske populacije, a vrlo često i sagledavano isključivo kroz, tada dominantan, »muški pogled na svijet«. ^{1,2}

Suvremena javnozdravstvena istraživanja prepoznaju dva okvira u kojima se sagledava i analizira zdravlje žena. Jedan okvir čini ukupnost života žena u suvremeno organiziranim zajednicama, a drugi specifičnosti zdravlja žena prema ulogama koje žene u svom životu dominantno preuzimaju.

1.1 ZDRAVLJE ŽENA U SUVREMENOM DRUŠTVU

Bio je potreban niz društvenih promjena i pokreta da bi se problem zdravlja žena počeo promatrati kao specifično pitanje, određeno složenim društvenim čimbenicima, a ne samo biološkom razlikom između žena i muškaraca.

1.1.1 Spolno i rodno određenje

Uobičajeno se zdravlje žena prati i analizira korištenjem standardnih metoda i pokazatelja kojima se prati i zdravlje muškaraca. Također se za obje skupine koriste standardne mjere da bi se međusobno mogle uspoređivati. Pri tome se kao jedina razlika za svaku skupinu uvode pokazatelji vezani uz spol (bolesti reproduktivnog sustava, bolesti dojki, bolesti prostate, neka hormonska stanja). Iako usporedbe osnovnih bioloških pokazatelja i specifičnosti vezanih za pojedini spol pružaju niz vrijednih informacija, takav univerzalni model analize zdravlja žena značajno je izložen kritikama jer zadovoljava tek osnovne biološke pokazatelje zdravlja.

Naime, suvremeno tumačenje zdravlja i bolesti žena i muškaraca u potpunosti je određeno nizom faktora koji nadilaze osnovnu sferu biološkog te značajno uključuju psihološko i društveno. Zbog toga se u studijama koje uključuju društvene dimenzije zdravlja umjesto spolnog koristi rodni identitet.^{3,4,5,6,7,}

Korištenje pojma rodnog određenja (*engl. gender*) ima svoje ishodište u borbi za promjenu tradicionalnih vrijednosti u odnosima između spolova, a posebice u nastojanju da se različita ponašanja vezana uz spolni život, navike i identitet mogu preciznije i jasnije odrediti. Rodno određenje predstavlja ukupne odrednice muškarca i žene u društvu i nadilazi samo biološke (kromosomske) razlike. Koncept roda uključuje rodne uloge i rodna određenja kao dio cjelovitog društvenog određenja neke osobe. Danas koncept rodnog određenja, te iz njega izvedene kategorije, predstavlja osnovni model prema kojem se izučavaju razlike između muškaraca i žena, ali i unutar tih skupina.^{8,9} Značenje rodnog određenja kao specifičnosti koje treba posebno izučavati naglašeno je i posebnim dokumentima organizacije Ujedinjenih naroda te drugih međunarodnih organizacija.^{10,11,12}

Koncept rodnog određenja osobito je značajan u proučavanju zdravlja jer uključuje sve društvene odrednice kao dio određenja neke osobe, neovisno o njenom biološkom, odnosno kromosomskom određenju. Biološko određenje u istraživanjima zdravlja žena bilo je dominantno određeno zdravstvenim problemima specifično vezanim uz bolesti reproduktivnog sustava čime je ukupno promatranje žena i zdravstvenog određenja žena bilo definirano perspektivama bolesti.^{1,2,13}

Iako je rodno određenje velikim dijelom univerzalno vezano uz oba spola, njegovo značenje u tumačenju društvenih odrednica zdravlja žena ima i dodatnu vrijednost. Raščlamba jedinstvene slike žene na odrednice njenog

društvenog određenja i ponašanja otvara mogućnost razmatranja društvenih odrednica zdravlja zasebno ili u različitim kombinacijama s drugim čimbenicima. Tako je moguće specifično promatrati značenje nekih uobičajenih čimbenika koji utječu na zdravlje žena (posao, obitelj, djeca, susjedstvo) kao dijelove ukupnog zdravstvenog stanja.³

Suvremeno tumačenje zdravlja i bolesti žena i muškaraca u potpunosti je određeno nizom faktora koji nadilaze osnovnu sferu biološkog te najšire uključuju psihološko i društveno utemeljeno određenje zdravlja kao predmet istraživanja i intervencija.^{14, 15,}

1.1.2 Društveno određenje zdravlja

Izrazito brz i sveobuhvatan razvoj medicinskih znanosti u prvoj je fazi sredinom 20. stoljeća društvene odrednice zdravlja stavio u drugi plan. Međutim, iskustva država s najrazvijenijim medicinskim tehnologijama vrlo su brzo pokazala kako ne samo da je značenje društvenih odrednica iznova aktualno, nego da i zahtijeva razumijevanje složenih mehanizama i odnosa u društvu kao ključnih odrednica zdravlja i bolesti. Tako je i koncept društvenog/socijalnog kapitala oživio u izučavanju zdravlja i oblikovanju zdravstvenih intervencija.¹⁶

1.1.2.1 Koncept socijalnog kapitala

Pojam društvenog/socijalnog kapitala spominje se prije više od osamdeset godina, a njegovo aktivno korištenje u društvenim znanostima počinje sedamdesetih godina prošlog stoljeća. U suvremenim definicijama socijalni kapital objašnjava se kao »sustav povezanosti pojedinaca te normi i mreža u društvu koje olakšavaju kolektivnu akciju« ili »društveni resurs koji

olakšava ili otežava pristup pojedinca drugim društvenim, ekonomskim ili prirodnim resursima«. U Colemanovim i zatim Putmanovim radovima ističe se značenje društvenog položaja i veza s ukupnom dobrobiti pojedinca. Ovaj pristup posebno dolazi do izražaja početkom devedesetih godina prošlog stoljeća kada se u programima Svjetske banke modeli socijalnog kapitala počinju koristiti kao platforme na kojima se mora graditi ukupan razvoj društva.^{17,18}

Za proučavanje položaja i zdravlja žena koncept socijalnog kapitala može biti značajan jer omogućuje uvid u društvene odnose u nekoj zajednici, vitalnost društvenih skupina te ukupnu snagu nekog društva u odgovorima na izazove i probleme koji se u njemu javljaju. Kao takav, socijalni kapital predstavlja i moguću mjeru u proučavanju zdravlja žena.^{19,20}

Ta snaga društva može se sagledavati kroz društvene odnose u susjedstvu, razne vrste civilnog udruživanja, aktivnosti vezane uz crkvu, humanitarni rad ili sportske aktivnosti. Sveukupno, ključ odnosa i snage čini horizontalno povezivanje i tako stvorene mreže. Unapređenjem i razvojem socijalnog kapitala omogućuju se ishodi i zajedničke koristi svima uključenim u mrežu, odnosno ukupni društveni boljitak.^{21,22}

Značenje socijalnog kapitala u društvu može se ogledati i u načinu na koji se organiziraju intervencije, koriste resursi i provode javne politike. Razvoj socijalnog kapitala može biti postavljen kao cilj djelovanja društva koji time stvara uvjete za opće društveno blagostanje, pa tako i zdravlje specifičnih skupina i pojedinaca. S druge strane, socijalni kapital može biti iskorišten kao sredstvo kojim se društvenim skupinama daje mogućnost da kroz svoj socijalni kapital odgovore na vlastite potrebe te iskoriste potencijal svoje mreže koja uz vanjsku potporu postaje primarni oslonac intervencije. Upravo zbog toga socijalni kapital ima veliko značenje za unapređenje zdravlja

žena. Višestruke uloge koje žene u društvu imaju te mnogobrojnost mreža koje tako mogu ostvariti, pružaju brojne prilike za specifično oblikovanje intervencija i korištenje sinergijskoga učinka socijalnog kapitala.^{23,24}

1.1.3 Specifične društvene uloge i odrednice zdravlja žena

1.1.3.1 Radni status

Jedan od ključnih socioekonomskih odrednica svakako je i radni status, odnosno radni položaj žene. Zaposlenje osigurava prihod i neposrednu ekonomsku značajnost te donosi drukčiji stil života i proširenu društvenu mrežu u kojoj se aktivno i pasivno komunicira. S druge strane, zaposlenje donosi i posebno, dodatno radno opterećenje za žene.

U odnosu prema radu i zaposlenju, kao važnom faktoru koji određuje zdravlje i ukupnu dobrobit žene, važno je razumjeti postojanje nekih stavova koji još uvijek otežavaju razumijevanje odnosa radnog statusa i zdravlja žene. Tu je, prije svega, stav kako je zaposlenje u punom radnom vremenu uobičajeno i »prirodno« za muškarca, dok je zaposlenje žene moguće, ali ne i nužno. Uz to, i ukupno tržište rada negativno diskriminira žene, kako kroz ograničenje mogućnosti za zaposlenje, tako i manjim zaradama u odnosu na muškarce. Prema tvrdnjama nekih istraživača, značajan doprinos održavanju tradicionalnog, »univerzalnog« pristupa pridonose i neke predrasude ili uvriježeni stavovi. Tu su, ponajprije, modeli uloge žene kao majke te odnos prema radu u kući. Uvriježena su linearna tumačenja »uloge« žene u kojima se sve uloge koje žena ima jednostavno zbrajaju - bilo kao ukupno opterećenje, bilo kao vrijeme utrošeno za pojedinu aktivnost. Pri tome se isključuju međusobne interakcije, porast stresa ili mogući pozitivni učinak različitih uloga koje žena ima.^{25, 26}

1.1.3.2 Djeca i obitelj

Djeca i obitelj u životu žena ne predstavljaju samo jednostavne biološke, odnosno društvene pojave, nego i složene mehanizme u kojima se uzajamno povezuju osnovna obiteljska struktura s radnim angažmanom u kući te ponašanjem koje se izgrađuje u obitelji temeljem vrijednosti koje se preuzimaju od najbližih srodnika.

U promatranju odnosa prema obitelji i djeci izazov predstavlja i prihvaćanje koncepta majke kao nositeljice brige za djecu. Iako je biološka i psihološka uloga majke nezamjenjiva, postavlja se pitanje u kojoj se mjeri ona može zlorabiti te koristiti za zadržavanje žene u nepovoljnom društvenom i ekonomskom položaju. Koliki utjecaj mogu imati »tradicionalne« vrijednosti i »mitovi«, pokazuje stav o ženama kao boljim njegovateljima. Kroz takav stav ženama se nameću dva modela ponašanja: jedan koji podrazumijeva prihvaćanje ovog stava kao obaveze te punog posvećivanja obitelji i djeci (a nerijetko i drugim članovima obitelji kao što su svekrve ili druga muževa rodbina) te drugi do kojeg dolazi prihvaćanjem ovog stava kao komplimenta koji vodi u preopterećenje, jer se žene nerijetko uza svoj posao dodatno žele dokazati i u ovoj zahtjevnoj ulozi.^{3,27}

Sagledavajući ukupnu ulogu i odnose žena prema potomcima, moguće je izdvojiti nekoliko faza u životu majke. One počinju s preobražavanjem djevojčice u reproduktivno sposobnu ženu, a nastavljaju se periodom u kojem žena rađa svoje potomke i brine se o njima u razdoblju potpune ovisnosti o roditeljima (prije svega majci). Nakon ove faze žene ulaze u fazu kada se javlja društvena interakcija s djecom, to jest period njihova odrastanja koji uključuje pubertet i sazrijevanje te formiranje novih naraštaja. Nakon odrastanja djece u ženinu životu javlja se drugi biološki ciklus odnosa s djecom, u ovom slučaju unucima, potomcima drugog

naraštaja. Ovaj odnos može biti posebno značajan jer se odnosi razvijaju bez direktne ovisnosti između aktera – žene i njenih unuka.

Navedene se faze, ovisno o sociološkim, psihološkim ili pravnim kriterijima, mogu različito interpretirati, no suštinski one prate biološke i sociološke promjene koje predstavljaju osnovni životni put žene. U ovom će se radu razmatrati taj kontinuitet u kojem se izmjenjuju različite uloge i utjecaji između žena i okoline te njihov utjecaj na zdravlje žene.

1.1.3.3 Društvene promjene i zajednice u kojima žene žive

Iako se promjena u proučavanju zdravlja žena u svojim najizraženijim oblicima veže uz feminističke pokrete i grupe, sve više postaje i dio općeprihvaćenog pristupa. Tome svakako pridonosi i bliskost feminističkog pristupa u proučavanju zdravlja žena i suvremenog promicanja zdravlja.

Osim nedostatnosti »univerzalnih« modela kao polazišta u istraživanjima ili intervencijama, valja istaknuti i iznimne društvene promjene koje se događaju, a zbog kojih, primjerice, tek četvrtina obitelji u SAD-u ima tradicionalno uobičajenu strukturu u kojoj je muškarac okrenut ulozi onoga koji osigurava ekonomsku sigurnost obitelji, dok je žena dominantno okrenuta poslovima u obitelji. U Hrvatskoj, po županijama, udio muškaraca koji brinu o djeci u obitelji kreće se od 31 do 90 posto, s prosjekom od 70 posto. Prosjek u zemljama EU 25 iznosi 75 posto. Isto tako, svakodnevno kućanske poslove obavlja 81 posto žena i tek 33 posto muškaraca.²⁸

Osim izmjene uloga u obitelji i njihovih značaja, u suvremenom društvu sve su izraženiji i drugi oblici zajednica i stilova života koje je nemoguće uklopiti u tradicionalni koncept obitelji, majki i očeva (neudane ili neoženjene osobe,

samohrani roditelji, parovi bez djece, obitelji u kojima su očevi domaćice, lezbijske zajednice). U analizi šireg okružja nerijetko se koriste procjene bliže okoline, na primjer susjedstva, ali bez jasne slike kako to susjedstvo u suvremenom načinu života izgleda i postoji li ono uopće.^{29,30,31}

Izneseni rezultati različitih istraživanja pokazuju kako žene i njihovo zdravlje nisu primjereno izučavani. Predmet rasprave jesu načini na koje se žensko zdravlje proučava te način na koji se organiziraju intervencije radi unapređenja zdravlja žena. Kritičari i tu ukazuju na snažnu hipoteku koju imaju naslijeđene društvene vrijednosti i tradicionalan pristup u istraživanjima.¹

1.2 SPECIFIČNOSTI ŽIVOTA ŽENE DOMAĆICE

Pojam *domaćica* u standardnom hrvatskom jeziku definira se kao **1.** *gospodarica doma, domaćinova žena* **2.** *ona koja nije zaposlena izvan kuće, koja vodi kućanstvo; sinonim: kućanica* **3.** *ona koja upravlja posluživanjem, brine za domaći ugođaj*³²

Pojam *kućanica* u standardnom hrvatskom jeziku definira se kao *ona kojoj je posao da vodi kućanstvo svoje obitelji, koja nije u radnom odnosu izvan kuće; domaćica, kućedomaćica*.³³

Ove definicije koriste se i pri određivanju oblika poslovne aktivnosti u službenim statističkim izvješćima te kao društvena i ekonomska kategorija. U engleskom jeziku za riječ *domaćica* koristi se riječ *housewife*, a definira se kao *a married woman whose main occupation is caring for her family and running the household*.³⁴

Riječ *housewife* korištena je pri pretraživanju literature za ovu disertaciju.

U ovom radu i istraživanju bit će primarno korišten izraz *domaćica* i njegova definicija kao određenje radnog/poslovnog statusa. Međutim, u raspravi će dio pažnje biti posvećen i široj ulozi *domaćice*, to jest širem značenju *rada u kući* te brige za domaćinstvo i obitelj. Ovi elementi izabrani su kao oni koji mogu imati značaja za ponašanje žena te u konačnici utjecati na njeno zdravlje. Drugim riječima, razmatrat će se uloga *domaćice* te njezino značenje i za život žena koje nisu *domaćice*, to jest poslovno isključivo vezane za svoje kućanstvo.

Status domaćica uglavnom se pojavljuje u istraživanjima društvenih nejednakosti kao jedna od determinanti, a rijetko ili nikada kao neposredni predmet istraživanja. Pritom je ipak moguće prepoznati niz odrednica društvenog i zdravstvenog statusa koji specifično određuju poziciju domaćica kao skupine sa specifičnim odrednicama zdravlja. Tu se ističu tri problema: prepoznavanje specifičnosti koje određuju život domaćica, definiranje društvenih i osobnih uloga koje žene imaju te odnos društva i društvenih trendova prema zdravlju žena.^{35,36,37,38}

1.2.1 Utjecaji na zdravlje domaćica

Istraživanje razlika u utjecajima na zdravlje pokazalo je da opterećenje obiteljskim obvezama ima veliko značenje za zdravlje žena te ukupne razlike između zdravlja žena i muškaraca. Istraživanja provedena u Španjolskoj pokazala su kako zaposlene žene imaju bolje zdravlje i bolju percepciju vlastitog zdravlja nego domaćice. Isto tako, utvrđeno je da poslovi koje zaposlene žene obavljaju u svojem kućanstvu imaju snažan utjecaj na zdravlje žena. U skupini žena s nižim obrazovanjem veće obaveze u kućanstvu imale su negativan utjecaj na zdravlje, dok kod žena s višim obrazovanjem i domaćica nije bilo toga negativnog efekta.³⁹

Ocjena čimbenika koji utječu na zdravlje žena pokazala je da se uz uobičajeno radno opterećenje poslom koji obavlja na radnome mjestu moraju uključiti i pokazatelji vezani uz obitelj, njene članove te s njima povezane odgovornosti koje žena ima.⁴⁰ Nadalje, utvrđena je veća osjetljivost žena naspram muškaraca na mikrokružje u kojem žive, odnosno uvjete u kućanstvu i u susjedstvu.⁴¹

U istraživanju utjecaja radnog opterećenja muškaraca i žena te njegova utjecaja na zdravlje pronađene su razlike između muškaraca i žena. Kod muškaraca ukupno radno opterećenje u kombinaciji s radnim položajem i sigurnosti na radnome mjestu predstavlja snažan utjecaj na zdravlje. Kod žena takav učinak imaju opći radni uvjeti na poslu te obiteljski odnosi, materijalna sigurnost obitelji i radno opterećenje u kućanstvu. Tako je i negativan utjecaj na zdravlje žena u Japanu, Velikoj Britaniji te Finskoj izravno povezan s većim radnim opterećenjem, kao i dodatnim brojem radnih sati u kućanstvu.^{42,43,44} Vežanost uz obitelj i obaveze u kućanstvu često smanjuje mogućnost promjene posla, napredovanja ili mobilnosti u potrazi za poslom. Tako je vežanost uz kućanstvo u istraživanju provedenom u Italiji prepoznata kao jedan od generatora društvene nejednakosti.⁴⁵

U većini istraživanja koja su uspoređivala utjecaj socioekonomskog statusa na fizičko zdravlje najveće razlike pronađene su u skupini kardiovaskularnih bolesti, u prisutnosti rizika za nastanak bolesti, razvijenoj bolesti ili smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Maligne bolesti i mentalno zdravlje pokazalo je značajno manje razlike. Posebno su izraženi negativni utjecaji socioekonomskog položaja kod žena koje nisu zaposlene (osobe s invaliditetom, nezaposlene, domaćice).^{46,47,48,49}

U različitim istraživanjima prepoznate su razlike među pojedinim regijama i državama te gradijenti na europskom kontinentu koji pokazuju veće utjecaje socioekonomskih razlika na zdravlje na sjeveru i manje na jugu. Međutim, negativan utjecaj loših socioekonomskih prilika na tjelesno zdravlje je sveprisutan i uvijek se navodi nužnost specifičnoga djelovanja prema ugroženim društvenim skupinama.⁵⁰

Među uzrocima smrti posebno su uočene razlike i negativni trendovi u smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti, što se povezuje s lošijim preventivnim intervencijama u ugroženim društvenim skupinama.^{51,52}

Studija provedena u Iranu pokazala je da su indeks tjelesne mase, opseg struka, sistolički i dijastolički arterijski tlak, trigliceridi i ukupni kolesterol bili viši kod domaćica nego kod zaposlenih žena. Broj domaćica s četiri do šest kardiovaskularnih faktora rizika bio je dvostruko veći u odnosu na zaposlene žene.⁵³ U studiji provedenoj u jednoj regiji u Španjolskoj prevalencija debljine bila je veća u populaciji domaćica.⁵⁴ Druge studije na različitim mjestima u svijetu pokazale su također veće rizike za nastanak kardiovaskularnih bolesti, smrti od karcinoma dojke te alkoholizma kod domaćica.^{55,56,57}

1.2.2 Mnogostruke uloge i opterećenje domaćice

Mogući razloga za slabije poznavanje zdravlja domaćica jest i potreba da se zdravlje žena tumači kroz složene mnogostruke uloge (*engl.* multiple role) koje žene imaju.^{58,59} Naime, kompleksan međuodnos ovih uloga onemogućava jednoznačno tumačenje međuodnosa mnogih bioloških i još više društvenih determinanti (zaposlenje, bračni status, broj djece, edukacija) koje čine život svake žene.^{60,61,62}

U većini istraživanja rezultati dokazuju da bolji ekonomski status, manji broj djece te više obrazovanje imaju pozitivan učinak na zdravlje. Međutim, zaposlene žene s djecom pokazale su znatno veću zdravstvenu osjetljivost od majki s istim brojem djece koje nisu bile zaposlene, što otvara pitanje mogućeg pozitivnog utjecaja života domaćice.

Rezultati istraživanja siromaštva i društvenih nejednakosti u starijoj dobi u Hrvatskoj pokazali su značajne razlike između umirovljenica i domaćica starijih od 65 godina.⁶³ Razlike su pronađene u određenim socioekonomskim

stanjima i nekim pokazateljima zdravlja, ali ne svima. Ovim je rezultatima otvoreno pitanje društvenog položaja i zdravstvenog stanja domaćica kao izrazito loše istražene populacije. Prepoznavanje zdravlja domaćica nije samo problem Hrvatske. Moguće ga je prepoznati u najširoj znanstvenoj i stručnoj sferi gdje je vrlo teško pronaći radove koji u sebi sadrže ključnu riječ *domaćica* iako se ona redovito navodi kao jedna od društvenih skupina.

U brojnim istraživanjima domaćice se jednostavno svrstavaju u skupinu nezaposlenih (*engl.* unemployed) to jest, ne analizira se njihov specifični radni položaj, što je i dio šireg problema proučavanja zdravlja žena u svijetu. Isto tako, pitanje domaćica navodi se i obrađuje kroz procjenu utjecaja obitelji, zaposlenja ili životnoga okružja na žene, ali ne kao specifično i jasno opisan status.⁶⁴

1.2.3 Društveni položaj žena u Republici Hrvatskoj

Republika Hrvatska provodi aktivnu višegodišnju politiku ravnopravnosti spolova, koju ugrađuje u svoj pravni sustav, te uvodi i opće i specifične mjere. Pri tome se posebice nastoje osigurati te unaprijediti ona prava žena koja bi dugoročno osnažila položaj žene u društvu.^{65,66,67}

Položaj žena u društvu te značenje toga položaja za zdravlje žena može se sagledati u nekoliko dimenzija – zastupljenost žena u pojedinim tijelima državne uprave, društveni angažman, radna aktivnost, ekonomska moć i socijalna sigurnost. Isto tako, značajna je zastupljenost žena u nekim društvenim grupama koje bi svojim neposrednim djelovanjem (primjerice zdravstveni radnici) te osiguravanjem dugoročne socijalne sigurnosti i

društvenog utjecaja (visokoškolsko obrazovanje, rukovodeće pozicije u javnim službama) mogle pozitivno utjecati na odrednice zdravlja žena.

Prema Popisu stanovništva iz 2001. godine u RH je bilo 2,8 posto nepismenih žena i 0,7 posto nepismenih muškaraca. U školskoj godini 2005./2006. od učenika koji su završili srednju školu bilo je 50,9 posto žena. Od upisanih u visokoškolske ustanove u 2006. godini 54,1 posto bile su žene, a 45,9 posto muškarci. Od studenata koji su diplomirali u 2006. godini na hrvatskim sveučilištima 59,3 posto su žene, a 40,7 posto muškarci. Istodobno na visokim učilištima među nastavnicima bilo je 42,8 posto žena. Ovakvo stanje objašnjava se promjenom trenda školovanja, odnosno porastom udjela žena u populaciji studenata na visokim učilištima koji je prije tridesetak godina bio značajno u korist muškaraca.

Prema podacima za 2007. godinu, u populaciji starijih od 15 godina 60,1 posto radno neaktivnih su žene. Istodobno, prema HZZ-ovoj evidenciji, među nezaposlenima je 61,2 posto žena. Anketna nezaposlenost pokazuje da je udio žena u populaciji nezaposlenih 52,2 posto. Ovakva razlika tumači se razlikom u metodologiji praćenja nezaposlenosti, različitim stavovima žena o potrebi i mogućnostima traženja posla (slabija motiviranost, nepovoljna dob, neodgovarajuća edukacija, posvećivanje obitelji).^{64,65}

Prema prihodima i materijalnom položaju, postoje znatne razlike između muškaraca i žena. Prosječna plaća žene u RH iznosi 89,3 posto plaće muškarca. Isto tako, žene imaju niže mirovine u svim kategorijama i prosječna mirovina koje primaju žene iznosi 83,0 posto mirovine koju primaju muškarci. U skupini osoba koje nemaju dovoljno sredstava za život i primali su socijalnu skrb bilo je 54,9 posto žena i 45,1 posto muškaraca. Broj žena koje su politički aktivne ili rade kao visoki državni i javni službenici kontinuirano se prati na nacionalnoj razini, međutim udio žena još uvijek je

značajno ispod udjela muškaraca. Udio zastupnica u Hrvatskom saboru u posljednja tri izborna ciklusa kretao se od 21,9 posto u 2000. godini preko 17,8 posto 2003. do 20,9 posto 2007. godine. Broj žena, izabranih zastupnika u županijskim skupštinama, ni u jednom izbornom ciklusu nije prešao 20 posto. Na pozicijama visokih državnih i javnih službenika u 2007. bilo je zaposleno 27,1 posto žena i 72,9 posto muškaraca. U sastavu Vlade RH najviši udio žena bio je 28,6 posto, tijekom 2006. godine. Posebno značajan za zdravlje žena može biti udio žena koje rade u zdravstvu. Uz dominantnu prisutnost žena u sestrijskoj struci, udio liječnica dosegao je u 2006. godini 58,2 posto.⁶⁸

1.2.4 Istraživanje »Idealna žena«

Istraživanje stavova građana o ideji »idealne žene« provedeno je Hrvatskoj 1995., 2002. i 2007. godine.⁶⁹ Najznačajnije promjene zabilježene su u periodu između 1995. i 2007. u doživljaju *uspješne poslovne žene koja gradi svoju karijeru te žene domaćice/majke*. Naime, broj ispitanika koji uspješnu poslovnu ženu smatra idealnom porastao je s 30 na 40 posto, dok je broj onih koji idealnom smatraju majku/domaćicu pao s 24 posto (1995.) na 15 posto (2007.).

Druga značajna dimenzija ovog istraživanja jest vlastiti doživljaj uspjeha žena. Naime, zanimljivo je rezultate pogledati i u odnosu na neka važna obilježja. Tako se uspješna poslovna žena koja gradi svoju karijeru i uspješna zaposlena žena angažirana u javnom i političkom životu (prosjek Hrvatske 41+ 5 posto= 46 posto za obje skupine) češće nalazi u Zagrebu s okolicom (56 posto) te u Dalmaciji (51 posto), a znatno rjeđe u sjevernoj Hrvatskoj (36 posto) i u Istri s Primorjem (35 posto). Koncept idealne žene kao uspješne poslovne žene manje je zastupljen u manjim mjestima (naselja

do 2000 stanovnika – 36 posto), a značajno više u gradovima s više od 100.000 stanovnika (60 posto). Žene češće od muškaraca vide idealnu ženu kao poslovnu i uspješnu (50 naprama 41 posto), dok muškarci nešto češće navode idealnu ženu kao domaćicu/majku koja se posvećuje obitelji i djeci (17 naprama 14 posto).

Mnogobrojna znanstvena istraživanja, kao i podaci različitih stručnih i statističkih izvora, ukazuju da ne postoji jedinstvena ocjena uloge i zdravlja domaćica. Iako spominjane u različitim dokumentima i izvješćima, domaćice zapravo ostaju tek kategorija ili pojava prema kojoj se određuju druge skupine, dok one same nikad nisu postale neposredni objekt proučavanja. Takvo stanje uvjetovalo je značajna ograničenja u spoznajama o životu i zdravlju domaćica. Ta ograničenja nadilaze stručno-znanstvene probleme i otvaraju cijeli niz pitanja vezanih uz (ne)pravednost u zdravlju kojem su izložene žene čija je primarna uloga život domaćice.

U takvim okolnostima opće i specifične odrednice zdravlja te mnogostruke uloge žena predstavljaju jedinstveni analitički okvir za prepoznavanja zdravstvenog stanja i ponašanja žena u Hrvatskoj, a među njima i specifično - domaćica.

2 HIPOTEZE I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

2.1 HIPOTEZE

Status domaćice moderira zdravstveno stanje žene: u pozitivnom socioekonomskom okruženju unapređuje zdravlje žene i obitelji, dok u nepovoljnim socioekonomskim uvjetima dodatno otežava zdravstveno stanje i negativno utječe na zdravstveno ponašanje.

- Status domaćice specifično određuje socioekonomski položaj žena te negativno utječe na zdravlje i korištenje zdravstvene zaštite.
- Domaćice imaju lošiji socioekonomski položaj, lošije zdravlje i manje koriste zdravstvenu zaštitu.
- Iznimno od ovoga uloga majke domaćice može imati pozitivan utjecaj na zdravlje žena ako su osigurani dobri socioekonomski preduvjeti i zadovoljavajuće stanje u obitelji.
- Domaćice su teško dostupne provedbi javnozdravstvenih programa

2.2 OPĆI CILJ

Cilj je istraživanja procijeniti socioekonomske značajke, zdravstveno stanje i korištenje zdravstvene zaštite domaćica u odnosu na žene drukčijeg radnog statusa u Republici Hrvatskoj.

2.3 SPECIFIČNI CILJEVI

Specifični ciljevi istraživanja su:

1. istražiti socioekonomske odrednice uloge domaćica i njihova zdravlja u Hrvatskoj;
2. istražiti vodeće zdravstvene probleme i uzorke smrti domaćica u Hrvatskoj;
3. usporediti zdravstvene pokazatelje, odrednice zdravlja te smrtnost između domaćica i ostalih žena u Hrvatskoj;
4. utvrditi čimbenike koji specifično određuju položaj domaćica te njihov učinak na zdravlje.

3 ISPITANICI I METODE

3.1 IZVORI PODATAKA

Izvori podataka za ovu disertaciju bili su:

1. Hrvatska zdravstvena anketa provedena 2003. godine;
2. Službeni demografski podaci za Republiku Hrvatsku prema Popisu stanovništva 2001. godine;
3. Podaci Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske o umrlima (Baza umrlih u 2004.);
4. Intervjui provedeni 2006. i 2007. godine na informacijama bogatom uzorku žena s iskustvom domaćice.

3.1.1 HRVATSKA ZDRAVSTVENA ANKETA 2003. - ustroj studije

Hrvatska zdravstvena anketa, iz koje su korišteni podaci za ovaj rad, provedena je 2003. godine kao dio nacionalnog projekta ocjene zdravstvenog stanja populacije i korištenja zdravstvene zaštite. Projekt je provodio posebno organizirani istraživački tim stručnjaka iz Hrvatske, u suradnji s Kanadskim društvom za međunarodno zdravlje. U provođenju anketa autor ovoga rada sudjelovao je kao istraživač-supervizor za područje Sisačko-moslavačke i Karlovačke županije.⁷⁰

Istraživanja na terenu provelo je 238 patronažnih sestara iz domova zdravlja mjerodavnih za područje na kojem se nalazio definirani uzorak. Rad patronažnih sestara nadgledali su posebno obučeni supervizori, kao i tim koji je koordinirao sveukupno istraživanje. Cilj ovoga nadzora bio je postizanje pune ujednačenosti u provedbi istraživanja na cijelom teritoriju Republike Hrvatske.

Ispitanici

Ciljanu populaciju istraživanja činile su osobe starije od 18 godina s područja Republike Hrvatske. Institucionalno zbrinute osobe nisu uključene u uzorak. Ovako definirana populacija obuhvaćala je 98 posto stanovništva Hrvatske. Ciljana populacija ispitanika za oba spola definirana je prema slijedećim kriterijima:

- Tri dobne grupe: 18-29, 30-64, 65 i više; oba spola; očekivani odaziv od 85 posto; detekcija minimalne proporcije od 8 posto u populaciji, uz koeficijent varijabilnosti od najviše 25 posto;
- Eksplicitna stratifikacija u šest regija: Grad Zagreb, istočna Hrvatska, sjeverna Hrvatska, središnja Hrvatska, zapadna Hrvatska i južna Hrvatska;
- Raspodjela – ukupni uzorak raspodijeljen u šest regija, proporcionalno kvadratnom korijenu procijenjene populacije u svakoj regiji, čime je osigurana pouzdanost procjene na razini regija i na razini cijele Hrvatske.

Temeljem ovih kriterija načinjen je slučajni uzorak adresa kućanstava prema Popisu stanovništva Hrvatske 2001. godine (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske). Izbor pojedinog ispitanika u izabranom kućanstvu učinjen je tako da anketar načini popis članova kućanstva te prema tablici slučajnih brojeva bira ispitanika.

Uzorak u ovoj disertaciji činile su sve žene anketirane u istraživanju Hrvatska zdravstvena anketa, njih ukupno 6180.

Opis i obrada varijabli

U istraživanju je korišten i za tu svrhu priređen upitnik s varijablama podijeljenim u blokove pitanja i jedan blok antropometrijskih mjerenja. (Tablica 3.1).^{71,72,73}

Tablica 3.1. Struktura i sadržaj upitnika prema skupinama varijabli

Modul	Opis
Kućanstvo	Veličina kućanstva, broj prostorija, prihod kućanstva, procjena ekonomskog statusa, stupanj urbaniziranosti naselja
Socioekonomske, demografske karakteristike odabranog ispitanika	Dob, spol, bračni status, izobrazba, profesija, zaposlenički status
SF-36	MCS - mental component score (pokazatelj mentalnoga zdravlja prema upitniku SF-36) PCS - physical component score (pokazatelj fizičkoga zdravlja prema upitniku SF-36)
Pristup i korištenje zdravstvenih usluga	Odlasci liječniku, specijalisti, zubaru, ginekologu, boravak u bolnici, zdravstveno osiguranje, privatno plaćanje usluga
Pušenje	Navika pušenja, izloženost pasivnom pušenju, broj popušanih cigareta dnevno, pokušaj prestajanja pušenja
Prehrambene navike	Doručkovanje, namirnice u prehrani: masti, kofein, kruh, sol, voće i povrće
Konзумiranje alkohola	Konzumacija alkoholnih pića
Fizička aktivnost	Vrijeme utrošeno na rad i odmaranje
Kvaliteta života	Vlastiti iskaz
Antropometrijska mjerenja	Puls, sistolički krvni tlak, dijastolički krvni tlak, visina i težina, silueta

Podaci za analizu pripremljeni su u Excelu. Obrazac za unos podataka u računalo sadržavao je algoritme s ugrađenim kontrolama točnosti podataka. Od ukupno prikupljenih upitnika, njih 10 posto, (100 na svakih 1000 upisanih) upisano je dva puta nakon čega se provela usporedba upisanih podataka. Uvjetna logička kontrola podataka na kraju upisa provedena je

programski. Konačna datoteka za statističku obradu podataka iz ankete oblikovana je programski u Excel-formatu. Nadalje, podaci su opisani rječnikom – metapodacima (Data Dictionary) u kojem se nalazi opis svakog pojedinog pitanja/varijable (minimalna i maksimalna vrijednost za kvantitativne varijable, šifre i opis za kvalitativne varijable, distribucija varijabli za uzorak i procjena za populaciju).

Uz varijable prikupljene u upitniku, u bazu podataka uključene su i izvedene varijable: indeks tjelesne mase (ITM), prosječni sistolički i dijastolički tlak i puls, grupe ITM-a, opsega struka, fizičke aktivnosti, školovanja i prehrane.

Za potrebe obrade podataka iz upitnika SF-36 korištene su varijable izvedene prema standardnoj proceduri obrade SF upitnika: MCS (mentalna komponenta zdravlja) i PCS (tjelesna komponenta zdravlja). Upitnik i rezultati SF-36 korišteni su i interpretirani kao metodološki primjereni za ocjenu subjektivnog zdravlja stanovnika Hrvatske.⁷⁴

3.1.2 Statistička obrada

Prikupljeni rezultati prikazani su deskriptivno u tablicama kontingencije te kao prevalencije relevantnih obilježja ispitanika s 95-postotnim intervalima pouzdanosti.

Analize podataka provedene su korištenjem χ^2 –testa, t-testa i logističke regresije.

Podaci su obrađeni statističkom programskom podrškom SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC USA; Proprietary Software Release 8.2 – TS2MO; Licenca: SRCE 0082452004)

3.2 KVALITATIVNA OBRADA UZORKA

U svrhu što obuhvatnijeg istraživanja društvenog položaja i zdravlja domaćica uz kvantitativno provedeno je i kvalitativno istraživanje. Cilj ovog istraživanja bio je prepoznati specifične odrednice te osobne uloge i položaj domaćica u društvu, to jest detaljno istražiti ispitanikovu percepciju problema koji se istražuje – odnos specifične uloge domaćice i zdravlja. Istraživanje je provedeno intervjuima na temu utjecaja statusa domaćice na njeno i zdravlje njenih ukućana.

Kao metoda istraživanja korišteno je izvaninstitucionalno intervjuiranje uz prethodni pristanak ispitanica. Za ispitanice izabrane su domaćice od 30 do 65 godina. U istraživanju je korištena metoda vođenog intervjua na seriji lančanih uzoraka koji se prekidaju nakon dobivanja redundantnih informacija.⁷⁵ U vođenom intervjuu praćena je životna priča svake ispitanice, odnosno značajni događaji ili promjene u životu koje je ispitanica sama objašnjavala. Uz to, potican je razgovor o odnosu svake od spomenutih pojava ili događaja s njenim zdravljem.

Svi su intervjui snimljeni kao tonski zapis. Nakon završetka intervjua na temelju tonskog zapisa napravljen je transkript koji je korišten za detaljnu analizu. Transkripti su analizirani metodom detekstualizacije i prepoznavanja značajnih kategorija stavova, obrazaca ponašanja ili događaja koji određuju život domaćica. Cjelokupna analiza provedena je dvostrukim nezavisnim čitanjem.

4 REZULTATI

4.1 DEMOGRAFSKE I SOCIOEKONOMSKE KARAKTERISTIKE POPULACIJE ŽENA HRVATSKE

4.1.1 Struktura populacije žena u Republici Hrvatskoj

Prema Popisu stanovnika iz 2001. godine, u Hrvatskoj je bilo ukupno 4,437.460 stanovnika od čega 1,933.093 žene starije od 15 godina. U toj populaciji bile su ekonomski aktivne 867.482 žene (zaposlenih 682.589; nezaposlenih 184.893). U preostaloj populaciji bilo je ekonomski neaktivnih 1,061.295 žena (učenice, studentice, umirovljenice, domaćice...). Od ukupnog broja žena starijih od 15 godina sa suprugom ili partnerom živjela je 1,064.001 žena, od čega 338.013 bez djece i 725.988 s djecom. Bez supruga ili bračnog partnera živjele su 869.092 žene od čega 713.055 bez djece i 156.037 s djecom. Prema vidu ekonomske aktivnosti, kao domaćice izjasnile su se 303.374 žene. Uz njih, kao domaćice izjasnila su se i 284 muškaraca. U istom popisu evidentirane su 531.463 umirovljenice. Prema Popisu iz 1991. godine u Hrvatskoj je bilo 416 145 domaćica.^{76,77}

4.1.2 Obrazovanje, mjesto stanovanja i prihodi žena u Hrvatskoj – prema HZA 2003.

U ovom dijelu prikazani su izabrani socioekonomski pokazatelji za populaciju žena u Hrvatskoj dobiveni u istraživanju HZA 2003.

U uzorku ovog istraživanja od ukupno 6175 ispitanica 1960 (31,7 posto) svoj je radni položaj karakteriziralo kao *domaćica*. U istom uzorku bilo je 1119 (18,1 posto) radnica, poljoprivrednica ili službenica. Žena na poziciji predradnika, poslovođa ili šefa bilo je 184 (3,0 posto). Obrtnica je bilo 124

(2,0 posto). Od skupina koje nisu u radnom odnosu najbrojnije su bile žene u mirovini, njih 1902 (30,8 posto). Nadalje, bilo je 450 (7,3 posto) nezaposlenih žena te 156 (2,5 posto) učenica ili studentica.

Tablica 4.1. Mjesto stanovanja ispitanica – prema HZA 2003.

Razina urbanizacije Radni status Broj i % ispitanika	Domaćica	Radnik	Obrtnik, poljoprivrednik	Poslovođa, obrtnik	Direktor	Zaposlena u vojsci ili policiji	Umirovljenik	Student	Nezaposlen	Ostalo	UKUPNO
Grad %	597 30,5	650 58,2	66 53,2	121 65,8	34 68	5 83,3	1117 58,7	100 64,1	229 50,9	127 56,7	3046 49,4
Predgrađe %	308 15,7	200 17,9	25 20,2	33 17,9	11 22	0 0	270 14,2	25 16	86 19,1	49 21,9	1007 16,3
Selo %	1047 53,4	264 23,6	32 25,8	29 15,8	5 10	1 16,7	505 26,6	29 18,6	135 30	48 21,4	2095 33,9
Kuća na osami %	7 0,4	3 0,3	1 0,8	1 0,5	0 0	0 0	10 0,5	2 1,3	0 0	0 0	24 0,4
Ukupno %	1959 100	1117 100	124 100	184 100	50 100	6 100	1902 100	156 100	450 100	224 100	6172 100

S obzirom na mjesto stanovanja, najveći dio ispitanih domaćica živi na selu, njih 53,4 posto. U gradu živi 30,5 posto, a u predgrađima 15,7 posto domaćica (Tablica 4.1.). U svim ostalima promatranim populacijama žena najmanje 50 posto populacije živi u gradu. Ovaj podatak značajan je jer govori i o mogućnostima bavljenja domaćica poljoprivredom u vlastitom domaćinstvu. Takvo bavljenje poljoprivredom nije ni prikazano niti registrirano kao poslovna djelatnost, ali može biti razlog značajnog radnog opterećenja žena.

Tablica 4.2. Školska sprema ispitanica – prema HZA 2003.

Stupanja obrazovanja Radni status Broj i % ispitanika	Domaćica	Radnik	Obrtnik, poljoprivrednik	Poslovođa, obrtnik	Direktor	Zaposlena u vojsci ili policiji	Umirovljenik	Student	Nezaposlen	Ostalo	UKUPNO
Bez OŠ %	702 35,8	33 2,9	5 4,1	2 1,1	0 0	0 0	531 27,9	0 0	24 5,3	27 12,1	1324 21,4
Osnovna škola %	766 39,1	168 15	7 5,7	8 4,3	0 0	1 16,7	522 27,4	2 1,3	76 16,9	28 12,5	1578 25,6
Srednja škola %	447 22,8	683 61	93 75,6	80 43,5	16 32	3 50	656 34,5	128 82,1	302 67,1	74 33	2482 40,2
Viša škola %	14 0,7	106 9,5	8 6,5	34 18,5	8 16	0 0	104 5,5	8 5,1	17 3,8	37 16,5	336 5,4
Fakultet %	10 0,5	127 11,3	10 8,1	60 32,6	26 52	2 33,3	83 4,4	17 10,9	31 6,9	57 25,4	423 6,9
Nepoznato %	21 1,1	2 0,2	0 0	0 0	0 0	0 0	6 0,3	1 0,6	0 0	1 0,4	31 0,5
UKUPNO %	1960 100	1119 100	123 100	184 100	50 100	6 100	1902 100	156 100	450 100	224 100	6174 100

Obrazovanje žena predstavlja značajan pokazatelj društvenog statusa (Tablica 4.2.). U ovom istraživanju ispitanice domaće najviše su imale završenu osnovnu školu, a na drugom mjestu bile su domaće bez završene škole, njih čak 35,8 posto. Sveukupno bez ili samo sa završenom osnovnom školom bilo je 74,9 posto domaćica. Domaćica s višom ili visokom školom bilo je svega 1,2 posto, što je značajno manje od prosjeka za ukupnu populaciju i populaciju žena u Hrvatskoj.

Tablica 4.3. Mjesečni prihodi domaćinstava u kojima žive žene – prema HZA 2003.

Prihodi domaćinstva Radni status Broji % ispitanika	Domaćica	Radnik	Obrtnik, poljoprivrednik	Poslovođa, obrtnik	Direktor	Zaposlena u vojsci ili policiji	Umirovljenik	Student	Nezaposlen	Ostalo	UKUPNO
do 1000 kuna	323	22	3	0	0	0	130	5	57	15	555
%	16,7	2	2,5	0	0	0	6,9	3,3	13	6,8	9,1
1000-2000 kuna	515	62	10	9	0	0	599	12	76	16	1299
%	26,6	5,6	8,2	5	0	0	31,7	7,9	17	7,3	21,2
2000-3000 kuna	409	132	14	8	3	2	373	18	88	24	1071
%	21,1	11,8	12	4,4	6,1	33,3	19,7	12	20	11	17,5
3000-4000 kuna	264	174	15	24	3	1	285	24	81	32	903
%	13,6	15,6	12	13,3	6,1	16,7	15,1	16	18	15	14,8
4000-5000 kuna	186	175	19	19	6	0	171	29	63	32	700
%	9,6	15,7	16	10,5	12,2	0	9,1	19	14	15	11,4
5000-6000 kuna	120	221	24	41	4	0	150	25	48	31	664
%	6,2	19,8	20	22,7	8,2	0	7,9	16	11	14	10,9
6000- 10000 kuna	100	260	28	54	18	3	144	28	25	49	709
%	5,2	23,3	23	29,8	36,7	50	7,6	18	5,6	22	11,6
Više od 10000 kuna	22	68	9	26	15	0	37	11	8	21	217
%	1,1	6,1	7,4	14,4	30,6	0	2	7,2	1,8	9,5	3,5
UKUPNO	1939	1114	122	181	49	6	1889	152	446	220	6118
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Prema vrsti zanimanja u populaciji domaćica najučestalija su jednostavna zanimanja, odnosno nepostojanje kvalifikacije koje je ustanovljeno u 56,1 posto domaćica.

Uslužna zanimanja zastupljena su sa 7,1 posto, poljoprivredne i šumske radnice sa 6,1 posto, žene zaposlene u obrtima 3,5 posto, službenice s 3,3 posto, a inženjerke i službenice s 2,6 posto. Ostala zanimanja zastupljena su s manje od 1 posto.

Prihodi domaćinstava u kojima žive domaćice mjereni su prema razredima prihoda od po 1000 kuna za ukupni prihod domaćinstva (Tablica 4.3.). Pretežni broj ispitanih domaćica ima prihode u najnižim prihodovnim razredima. U skupini domaćinstava s prihodom manjim od 1000 kuna bilo je 16,7 posto domaćica, što ih prema prihodima svrstava u najsiromašniju kategoriju, iza nezaposlenih žena, kojih je bilo 13 posto, te umirovljenica kojih je bilo 6,9 posto u ovoj skupini. Podaci o prihodima domaćinstava kasnije su detaljnije obrađeni u specifičnim analizama koje prikazuju značenje ekonomskog stanja za zdravlje žena u različitim dimenzijama.

4.2 ZDRAVLJE I SMRTNOST ŽENA U HRVATSKOJ

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske, u 2004. godini u Hrvatskoj je ukupno umrlo 49.756 osoba. Od toga bilo je 25.307 muškaraca i 24.449 žena. Među uzrocima smrti u općoj populaciji na prvome je mjestu ishemijska bolest srca (I20-I25) s 9173 umrle osobe, što čini 18,44 posto svih umrlih. Na drugom mjestu nalaze se cerebrovaskularne bolesti (I60-I69) s 7962 umrle osobe i udjelom od 16 posto svih umrlih. Na trećem mjestu je insuficijencija srca (I50) s 2956 osoba što čini 5,94 posto. Zloćudne novotvorine dišnoga sustava (C33-C34) uzrok su smrti 2635 osoba što čini 5,30 posto svih umrlih. Zloćudne novotvorine debelog crijeva (C18-C21) uzrok su smrti 1564 osobe, i to s udjelom od 3,14 posto. Pneumonije (J12-J18) bile su uzrok smrti 1504 osobe, odnosno 3,02 posto svih umrlih. Kronične bolesti jetara (K70 i K73) bile su uzrok smrti 1253 osobe, odnosno 2,52 posto svih umrlih. Bronhitis i povezane bolesti pluća (J40-J46) bile su uzrok smrti 1185 osoba, odnosno 2,38 posto. Dijabetes melitus (E10-E14) uzrokovao je smrt 973 osobe, to jest 1,96 posto svih umrlih. Zloćudna novotvorina želuca uzrok je smrti 967 osoba, to jest 1,94 posto svih umrlih.

U ukupnoj populaciji vodeći uzroci smrti žena (Tablica 4.4.) su iz skupine cirkulacijskih bolesti sa stopom smrtnosti 577,2/100.000 stanovnika. Novotvorine, kao druga po redu skupina bolesti, imaju stopu smrtnosti od 286,2/100.000 stanovnika. Tri četvrtine svih uzroka smrti u Hrvatskoj je iz ovih dviju skupina bolesti, a preostale smrti odnose se na ozljede i trovanja, bolesti dišnog i probavnog sustava te druge manje zastupljene uzroke. Više od 60 posto uzroka smrti odnosi se na deset dijagnostičkih entiteta.

Broj nasilnih smrti značajno je manji kod žena nego muškaraca, kako pri uzrocima koji dolaze izvana, tako i pri samoubojstvima. Naime, žene čine

samo 27,9 posto svih slučajeva samoubojstava u populaciji. Prema procjenama i podacima različitih organizacija, nasilje nad ženama koje ne završava smrtnim ishodom te općenito nasilje u obitelji predstavlja značajan društveni problem, ali u ovom radu neće biti posebno obrađivano.⁷⁸

Tablica 4.4. Vodeći uzroci smrti žena umrlih u Hrvatskoj 2004. godine

UZROK SMRTI MKB-X ŠIFRA	D I J A G N O Z A	BROJ	%
I20-I25	Ishemijske bolesti srca	4741	19,39
I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	4632	18,95
I50	Insuficijencija srca	1849	7,56
C50	Zloćudna novotvorina dojke	825	3,37
J12 – J18	Pneumonija	731	2,99
C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva	666	2,72
I51	Komplikacije i nedovoljno definirani opisi srčane bolesti	612	2,5
I70	Ateroskleroza	610	2,49
E10-E14	Dijabetes melitus	576	2,36
C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	512	2,09
PRVIH 10 UZROKA		15.754	64,43
UKUPNO		24.449	100

Izvor podataka: www.hzjz.hr

4.2.1 Smrtnost žena u Hrvatskoj – usporedba domaćice/nedomaćice

Smrtnost od različitih bolesti jedan je od pokazatelja razlika između pojedinih društvenih skupina. Za potrebe ovog istraživanja uspoređivana je smrtnost žena koje su kao zanimanje u statističkom izvještaju o smrti imale evidentirano »domaćica« sa ženama za koje je iskazano neko drugo zanimanje. Osobe bez navedenog zanimanja nisu uključene u usporedbu. U skladu s ovim kriterijima, a prema podacima iz baze umrlih za 2004. godinu u Hrvatskoj, provedena je usporedba podataka za domaćice i nedomaćice. Usporedba je provedena prema vodećim uzrocima smrti po skupinama bolesti te prema vodećim uzrocima smrtnosti žena u Hrvatskoj prema dijagnozama. Indirektnom standardizacijom učestalosti uzroka smrti domaćica i nedomaćica dobiveni su standardizirani omjeri mortaliteta (SMR) (Tablica 4.5.).

**Tablica 4.5. Standardizirani omjeri mortaliteta (SMR) žena u Hrvatskoj
– prema skupinama uzroka smrti**

Šifra uzroka smrti (prema MKB X) i dijagnoza	SMR domaćice/nedomaćice [95% interval pouzdanosti]	p
C18 Karcinom kolona	0,88 [0,68-1,11]	0,286
C19-C20 Karcinom sigmoidnog crijeva i rektuma	0,91 [0,68-1,19]	0,500
C51-C58 Tumori reproduktivnih organa	1,11 [0,93-1,34]	0,225
C54 Karcinom maternice	0,96 [0,52-1,63]	0,883
C34 Karcinom pluća i bronha	0,95 [0,77-1,15]	0,610
E00-E99 Bolesti endokrinog sustava	0,99 [0,82-1,18]	0,896
F00-F99 Psihičke bolesti	1,45 [1,13-1,83]	0,003
I00-I99 Bolesti cirkulacijskog sustava	1,48 [1,44-1,53]	<0,001
J10-I52 Bolesti dišnog sustava	1,50 [1,44-1,56]	<0,001
S00-T98 Ozljeđe i nesreće	1,29 [1,13-1,48]	<0,001

Izvor podataka: www.hzjz.hr

Rezultati pokazuju veće i statistički značajne vjerojatnosti smrtnosti domaćica od bolesti cirkulacijskoga sustava 1,48 puta, dišnoga sustava 1,50 puta, ozljeda i nesreća 1,29 puta te smrti povezanih s psihičkim bolestima 1,45 puta. Nisu pronađene statistički značajne razlike za uzroke smrti iz skupine tumora i malignih bolesti, i to karcinoma kolona, karcinoma sigmoidnog i debelog crijeva, karcinoma maternice, karcinoma pluća te tumora reproduktivnog sustava. Isto tako, nisu pronađene razlike u smrtnosti čiji se uzrok povezuje s bolestima endokrinog sustava.

Tablica 4.6. Standardizirani omjeri mortaliteta (SMR) žena u Hrvatskoj – prema vodećim uzrocima smrtnosti*

Šifra uzroka smrti (prema MKB X) i dijagnoza	SMR domaćice/nedomaćice [95% interval pouzdanosti]	p
I20-I25 Ishemijske bolesti srca	1,43 [1,35-1,51]	<0,001
I60-I69 Cerebrovaskularne bolesti	1,41 [1,34-1,50]	<0,001
I50 Insuficijencija srca	1,67 [1,53-1,82]	<0,001
C50 Zloćudna novotvorina dojke	1,08 [0,93-1,25]	0,303
J12-J18 Pneumonija	1,30 [1,11-1,51]	<0,001
C18-C21 Zloćudne novotvorine debelog crijeva	0,88 [0,73-1,01]	0,185
I51 Komplikacije i nedovoljno definirani opisi srčane bolesti	2,20 [1,91-2,52]	<0,001
I70 Ateroskleroza	1,94 [1,67-2,24]	<0,001
E10-E14 Dijabetes melitus	0,98 [0,81-1,18]	0,871
C33-C34 Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	0,94 [0,77-1,15]	0,573

*Izvor podataka i pregled vodećih uzroka smrti: www.hzjz.hr

U analizi provedenoj za deset vodećih uzroka smrtnosti kod žena u Hrvatskoj (Tablica 4.6.) više vrijednosti, odnosno vjerojatnost smrtnosti domaćica utvrđena je za dijagnoze ateroskleroze 1,94 puta, ishemijske bolesti srca 1,43, insuficijencije srca 1,67 puta, cerebrovaskularne bolesti 1,41 puta, pneumonije 1,30 puta te ukupne komplikacije srčanih bolesti 2,20 puta. Među deset vodećih uzroka smrti prema dijagnozama, statistički značajne razlike između domaćica i nedomaćica nisu utvrđene za uzroke smrti vezane uz dijagnoze zloćudnih novotvorina dojke, zloćudne novotvorine debelog crijeva, zloćudne novotvorine dušnika i pluća te dijabetesa melitusa.

4.3 ODREDNICE ZDRAVLJA ŽENA U HZA 2003. UZORKU

Utjecaj socioekonomskih determinanti zdravlja te razlike zdravstvenog ponašanja žena u Hrvatskoj analiziran je usporedbom populacije domaćica sa zaposlenim te nezaposlenim ženama primjenom logističke regresije (Tablice 4.7. -Tablica 4.10.).

Tablica 4.7. Socioekonomske razlike domaćice/zaposlene/nezaposlene žene – logistička regresija

Varijabla	Domaćice vs. zaposlene žene			Domaćice vs. nezaposlene žene		
	P	OR	95% IP	P	OR	95% IP
Starosna skupina						
18-34 godine						
35-49 godina	<0,001	0,86	0,84 - 0,88	0,003	1,04	1,01 - 1,06
50-64 godine	<0,001	1,66	1,61 - 1,71	<0,001	1,49	1,43 - 1,54
65 i više	<0,001	16,20	15,01 - 17,50	<0,001	19,74	17,66 - 22,08
Razina obrazovanja						
Bez završene škole						
Završena osnovna škola	0,176	0,96	0,92 - 1,02	<0,001	2,56	2,44 - 2,70
Završena srednja škola	<0,001	0,32	0,30 - 0,33	<0,001	0,69	0,65 - 0,72
Završena viša škola ili fakultet	<0,001	0,08	0,07 - 0,08	<0,001	0,36	0,34 - 0,38

Nastavak tablice s prethodne stranice						
Varijabla	Domaćice vs. zaposlene žene			Domaćice vs. nezaposlene žene		
Bračno stanje	P	OR	95% IP	P	OR	95% IP
Udana						
Neudana	<0,001	0,16	0,15 - 0,16	<0,001	0,01	0,09 - 0,10
Razvedena	<0,001	0,06	0,06 - 0,06	<0,001	0,14	0,13 - 0,15
Udovica	<0,001	0,67	0,64 - 0,71	<0,001	0,60	0,57 - 0,64
Broj djece u kućanstvu	<0,001	1,28	1,27 - 1,29	<0,001	1,22	1,21 - 1,23
Prihodi kućanstva						
Do 2000 kn						
2001-4000 kn	<0,001	0,20	0,19 - 0,22	<0,001	1,87	1,79 - 1,95
4001-6000 kn	<0,001	0,06	0,06 - 0,06	0,953	1,00	0,95 - 1,05
6001 kn i više	<0,001	0,02	0,02 - 0,02	<0,001	0,50	0,46 - 0,54
Procjena materijalnog stanja						
Mnogo lošije od drugih						
Lošije od drugih	<0,001	0,68	0,67 - 0,70	0,001	1,05	1,02 - 1,09
Jednako kao i drugi	<0,001	0,58	0,57 - 0,60	<0,001	1,26	1,23 - 1,30
Bolje od drugih	<0,001	0,74	0,72 - 0,77	<0,001	2,59	2,45 - 2,74
Mnogo bolje od drugih	<0,001	1,77	1,66 - 1,88	<0,001	6,56	5,77 - 7,46
Razina urbanizacije						
Gradsko naselje						
Prigradsko naselje	<0,001	1,14	1,11 - 1,16	<0,001	0,80	0,76 - 0,82
Selo	<0,001	1,45	1,41 - 1,47	<0,001	1,35	1,31 - 1,38
Kuća na osami	<0,001	0,27	0,25 - 0,30	-	-	-

Domaćice u usporedbi sa zaposlenim ženama starije su dobi, češće žive na selu i u prigradskim naseljima te su manje obrazovane. Također, imaju lošije prihode u kućanstvu od zaposlenih žena. Domaćice materijalno stanje svog kućanstva u oko 30 slučajeva procjenjuju lošijim od zaposlenih žena.

U odnosu na nezaposlene žene ima više onih sa završenom osnovnom školom i manje onih s višim stupnjem obrazovanja. Domaćice imaju bolje prihode kućanstva od nezaposlenih žena te materijalno stanje svog kućanstva procjenjuju boljim od nezaposlenih žena.

Tablica 4.8. Tjelesne mjere - logistička regresija

	Domaćice vs. zaposlene žene			Domaćice vs. nezaposlene žene		
	P	OR	95% IP	P	OR	95% IP
Indeks tjelesne mase						
Do 24,9						
25,0-29,9	<0,001	0,61	0,60 - 0,63	0,001	0,96	0,93 - 0,98
30,0 i više	<0,001	0,66	0,64 - 0,68	<0,001	1,48	1,42 - 1,55
Opseg struka	<0,001	1,04	1,03 - 1,04	<0,001	1,02	1,02 - 1,02
Sistolički tlak	<0,001	1,01	1,01 - 1,01	0,001	1,01	1,01 - 1,01
Dijastolički tlak	<0,001	0,99	0,99 - 0,99	<0,001	0,97	0,97 - 0,97

Pokazatelji tjelesnog zdravlja također ukazuju na neke razlike među promatranim populacijama (Tablica 4.8.). Domaćice imaju oko 40 posto učestalost indeksa tjelesne mase iznad 25 i oko 30 posto iznad 30 u odnosu na zaposlene žene. U odnosu na domaće, nezaposlene 1,5 puta češće imaju indeks tjelesne mase iznad 30.

**Tablica 4.9. Pušenje, prehrambene navike i ponašanje
domaćice/zaposlene/nezaposlene žene - logistička regresija**

	Domaćice vs. zaposlene žene			Domaćice vs. nezaposlene žene		
	P	OR	95% IP	P	OR	95% IP
Pušenje						
Ne puši						
Ponekad puši	<0,001	1,38	1,34 - 1,42	<0,001	1,24	1,19 - 1,29
Svakodnevno puši	<0,001	1,16	1,14 - 1,18	<0,001	1,15	1,13 - 1,18
Tip masnoće						
Biljno porijeklo						
Životinjsko porijeklo	<0,001	1,14	1,12 - 1,17	<0,001	0,64	0,63 - 0,66
Konzumacija voća						
Nikada	<0,001			<0,001		
Povremeno	<0,001	1,74	1,65 - 1,84	0,003	1,01	1,03 - 1,16
Često	<0,001	1,55	1,46 - 1,64	<0,001	0,85	0,79 - 0,90
Svakodnevno	<0,001	1,62	1,53 - 1,71	<0,001	0,67	0,63 - 0,72
Dodavanje soli jelu						
Nikada						
Ako nije dovoljno slano	<0,001	1,39	1,37 - 1,41	<0,001	1,32	1,30 - 1,35
I prije nego probam	<0,001	2,32	2,24 - 2,39	<0,001	1,73	1,67 - 1,80

U populaciji domaćica u odnosu na zaposlene i nezaposlene veća je vjerojatnost da ponekad i svakodnevno puše cigarete.

Prehrambene navike pokazuju da domaćice u odnosu na zaposlene žene koriste više masnoća životinjskog porijekla, više dosoljavaju hranu, ali i jedu više voća.

U odnosu na nezaposlene žene domaćice koriste manje masti životinjskog porijekla, više dosoljavaju hranu te jedu manje voća (Tablica 4.9.).

Tablica 4.10. Tjelesna aktivnost i korištenje zdravstvene zaštite domaćice/zaposlene/nezaposlene žene - logistička regresija

	Domaćice vs. zaposlene žene			Domaćice vs. nezaposlene žene		
	P	OR	95% IP	P	OR	95% IP
Razina tjelesne aktivnosti	<0,001	1,34	1,33 - 1,35	<0,001	1,38	1,36 - 1,40
Odlazak liječniku obiteljske medicine	<0,001	1,01	1,01 - 1,02	<0,001	0,98	0,97 - 1,00
Odlazak ginekologu	<0,001	0,87	0,86 - 0,88	<0,001	0,89	0,88 - 0,90

U korištenju zdravstvene zaštite liječnika obiteljske medicine utvrđene su neznatne razlike između domaćica i ostalih žena (Tablica 4.10.). Međutim, znatno manji broj domaćica koristi zdravstvenu zaštitu ginekologa. Značajno je također da u odnosu na obje promatrane populacije domaćice imaju veću tjelesnu aktivnost.

4.4 USPOREDBA DOMAĆICE / NEDOMAĆICE- ŽENE DOBI 65+

U uzorku ovog istraživanja bile su ukupno 1942 žene starije od 65 godina od koji je 791 bila domaćica i 1151 nedomaćica. Uspoređivana su njihova socijalna obilježja, antropometrijska mjerenja i samoprocjena zdravlja te kvalitete života.

Bez obrazovanja ili samo s osnovnim školom je 92,54 posto domaćica i 65,86 posto nedomaćica ($\chi^2=250,3706$, $DF=5$, $P<0,0001$) starijih od 65 godina. U samoprocijeni materijalnoga stanja domaćinstva 62,58 posto domaćica i 49,09 posto nedomaćica ($\chi^2=49,4004$, $DF=5$, $p<0,0001$) smatra da živi ispod društvenoga prosjeka. Na skali ukupnih primanja domaćinstva 24,40 posto domaćica i 7,91 posto nedomaćica živi ispod 1000 kuna mjesečno ($\chi^2=128,2060$, $DF=8$, $p<0,0001$). U samačkom domaćinstvu živi 38,43 posto domaćica i 49,52 posto nedomaćica ($\chi^2=38,7896$, $DF=10$, $p<0,0001$). U braku živi 36,41 posto domaćica i 22,76 posto domaćica, a od udovica 59,54 posto su domaćice i 65,07 posto nedomaćice ($\chi^2=73,33$, $DF=4$, $p<0,0001$).

U analizi antropometrijskih mjerenja pronađena je razlika u visini sistoličkog krvnog tlaka nedomaćica i domaćica starijih od 65 godina ($146,22 \pm 21,95$ vs. $150,97 \pm 24,77$, $p<0,0001$). Razlika dijastoličkoga tlaka nije statistički značajna. Opseg struka kod nedomaćica manji je nego u domaćica ($96,49 \pm 13,54$ vs. $98,45 \pm 13,85$, $p=0,0020$). Mjere tjelesne težine, visine, opsega bokova i siluete nisu pokazale statistički značajne razlike (Tablica 4.11.).

Tablica 4.11. Antropometrijska mjerenja, krvni tlak, puls i silueta – usporedba domaćica i nedomaćica starijih od 65 godina

Varijabla	Društvena uloga /socijalna grupa (srednja vrijednost ± SD)		t	p
	Domaćice (n=790)	Nedomaćice (n=1150)		
Visina / cm	160,17±7,9	161,2±7,0	-3,28	0,001
Težina / kg	71,47±13,1	72,04±13,1	-0,94	0,346
Opseg struka / cm	98,44±13,9	96,49±13,5	3,09	0,002
Sistolički tlak / (mm/Hg)	152,88±25,2	147,79±22,8	4,63	<0,001
Dijastolički tlak / (mm/Hg)	84,30±12,3	83,27±11,4	1,89	0,056
Otkucaji srca	75,34±11,4	74,22±10,8	2,16	0,031
Silueta*	5,23±1,7	5,24±1,6	-0,15	0,878

*U Hrvatskoj zdravstvenoj anketi 2003. korišteno je pitanje koje je sadržavalo skalu silueta od 1-9 na kojoj je svaki ispitanik trebao izabrati onu skalu za koju smatra da najviše odgovara njegovoj tjelesnoj figuri.

Utvrđena je značajna razlika korištenja nekih oblika zdravstvene zaštite. Domaćice rjeđe koriste specijalističku zdravstvenu zaštitu ($\chi^2=18,67$, DF=5, $p=0,0022$), manje koriste usluge za koje je potrebno dodatno plaćanje ($\chi^2=15,99$, DF=1, $p<0,0001$) te izrazito manje koriste dopunsko zdravstveno osiguranje, 26,84 posto domaćica naprama 46,55 posto nedomaćica ($\chi^2=76,74$, DF=1, $p<0,0001$). Domaćice su bile značajno manje na preventivnim pregledima dojke u zadnjih 12 mjeseci od umirovljenica (7,47 posto naprama 13,55 posto, $\chi^2=18,04$, DF=2, $p=0,0001$).

Tablica 4.12. Samoprocjena zdravlja (SF-36) i kvaliteta života

Varijabla	Društvena uloga /socijalna grupa (srednja vrijednost ± SD)		t	p
	Domaćice (n=765)	Nedomaćice (n=1114)		
PCS	37,62±10,8	38,29±11,0	-1,31	0,190
MCS	40,28±12,5	42,96±12,4	-4,59	<0,001
Kvaliteta života	5,74±2,7*	6,10±2,7†	-2,83	0,006

MCS - Mentalna komponenta zdravlja
 PCS - Tjelesna komponenta zdravlja
 Procjena kvalitete života (1-12 raspon)

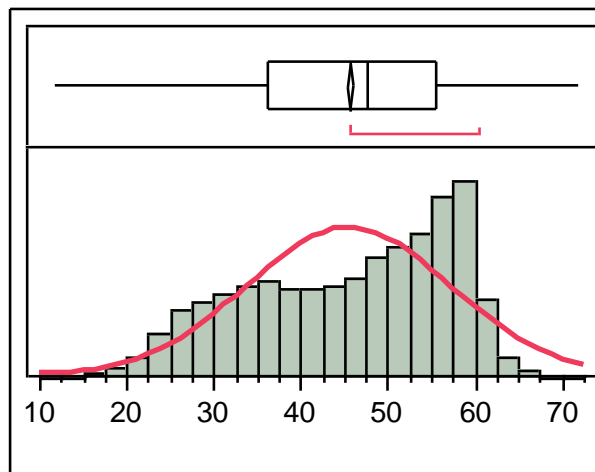
Za ocjenu vlastitoga zdravlja korištena su pitanja prema upitniku SF-36 i utvrđena je statistički značajna razlika za index SF ($t=3,46$, $DF=1936$, $p=0,0005$) te MCS (Mentalna komponenta zdravlja) ($t=4,57$, $DF=1924$, $p<0,0001$). Statistički značajna razlika nije utvrđena za PCS (tjelesna komponenta zdravlja). U procjeni kvalitete života nije utvrđena statistički značajna razlika između domaćica i nedomaćica (Tablica 4.12.).

4.5 TJELESNO I MENTALNO ZDRAVLJE DOMAĆICA I NEDOMAĆICA (SF-36)

Primarni cilj ove usporedbe bio je utvrditi postojanje povezanosti između ključnih socioekonomskih pokazatelja i ocjene mentalnog, odnosno fizičkog zdravlja. Analizirani su odnosi između socioekonomskih pokazatelja te samoprocjene zdravlja domaćica i nedomaćica. Cilj ovakve usporedbe jest što preciznije utvrđivanje zdravstvenih odrednica domaćica, odnosno mogućih čimbenika koji specifično djeluju na njihovo zdravlje.

Tijekom obrade podataka iz sekcije pitanja SF-36 isključeni su ispitanici kod kojih je utvrđena logička pogreška ili niska vrijednost pokazatelja pouzdanosti ispitanika (Respondent Confidence Indeks – RCI \leq 3). Završna analiza pitanja iz sekcije SF-36 provedena je na uzorku od 6129 žena od kojih su 1944 domaćice.

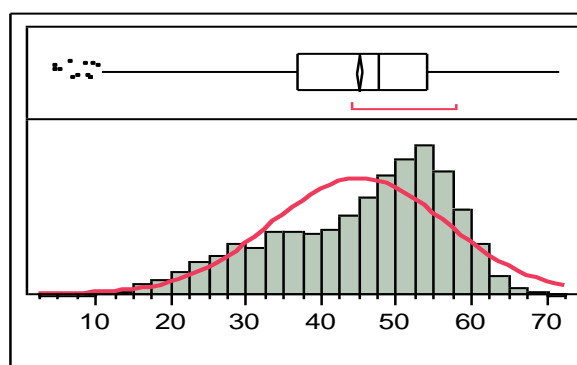
Slika 4.1. Distribucija PCS pokazatelja



Distribucija PCS (Kvantile)	
100% Max	71,99
99%	63,83
95%	60,38
90%	59,07
75%	55,69
50% Median	47,69
25%	36,14
10%	28,40
5%	25,25
1%	19,89
0% Min	11,94

Prosječna vrijednost za PCS bila je 45,53 , medijan 47,69, maksimalna vrijednost 71,99, a minimalna vrijednost 11,94 (Slika 4.1.). Prosječna vrijednost za MCS bila je 45,21, medijan 47,90, maksimalna vrijednost 71,98, a minimalna vrijednost 4,70. (Slika 4.2).

Slika 4.2. Distribucija MCS pokazatelja



Distribucija MCS (Kvantile)	
100% Max	71,98
99%	64,63
95%	60,56
90%	58,21
75%	54,23
50% Median	47,90
25%	36,85
10%	27,69
5%	23,50
1%	16,61
0% Min	4,70

4.5.1 Tjelesna komponenta zdravlja (PCS) i mentalna komponenta zdravlja (MCS) prema socioekonomskim odrednicama –logistička regresija

U svrhu što jasnijeg utvrđivanja specifičnosti zdravlja ovih dviju populacija analizirane su ispitanice s 25 posto maksimalnih, odnosno 25 posto minimalnih vrijednosti PCS i MCS pokazatelja.

Grupe od 25 posto ispitanica s visokim vrijednostima PCS-a i MCS-a (gornje granične kvartile) bile su definirane kao ispitanice čije su vrijednosti za $PCS > 55,69$ i za $MCS > 54,23$. Grupe od 25 posto ispitanica s niskim vrijednostima PCS-a i MCS-a (donje granične vrijednosti) bile su definirane kao ispitanice čije su vrijednosti za $PCS < 36,14$ i za $MCS < 36,85$.

Postupkom logističke regresije u populacijama domaćica i nedomaćica analiziran je omjer izgleda za subjektivnu ocjenu tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Skupina ispitanica s visokim vrijednostima MCS-a

U grupi ispitanica koji iskazuju visoke vrijednosti MCS-a kod nedomaćica je utvrđena pozitivna povezanost obrazovanja s iskazivanjem boljeg mentalnog zdravlja (Tablica 4.13.).

Tablica 4.13. Skupina ispitanica s visokim vrijednostima MCS-a

Varijabla	DOMAĆICE		NEDOMAĆICE	
	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti
DOB	0,986	0,9780,994	0,995	0,990-1,000
OBRAZOVANJE				
Nezavršena OŠ				
Osnovna škola	1,222	0,914 -1,633	1,422	1,074-1,882
Srednja škola	1,262	0,873 -1,823	1,686	1,281-2,219
Viša škola	1,274	0,378 -4,291	2,224	1,580-3,130
Fakultet, akademija	1,320	0,324 -5,374	1,183	0,832-1,683
OCJENA MATERIJALNOG STANJA (u odnosu na prosjek sugrađana)				
Značajno lošije				
Malo lošije	1,712	1,227-2,387	1,346	1,037-1,748
Prosječno	1,989	1,472-2,687	2,059	1,636-2,592
Malo bolje	2,356	1,406-3,948	2,890	2,154-3,878
Puno bolje	1,777	0,550-5,741	3,078	1,802-5,257
MJESTO STANOVANJA				
Gradsko naselje				
Prigradsko naselje	0,897	0,639-1,260	0,916	0,752-1,116
Seosko naselje	0,805	0,623-1,041	0,911	0,760-1,092
Kuća na osami	1,708	0,316-9,244	0,718	0,200-2,581

U odnosu na nedomaćice bez završene osnovne škole, veće izgleda za bolje mentalno zdravlje imaju: nedomaćice sa završenom osnovnom školom 1,422 puta, sa završenom srednjom školom 1,686 puta te nedomaćice sa završenom višom školom 2,224 puta. Za ne-domaćice sa završenim fakultetom ili akademijom nisu jednoznačno utvrđeni drukčiji izgledi za bolje mentalno zdravlje.

Za skupinu domaćica ni u kojoj obrazovnoj kategoriji nisu jednoznačno utvrđeni drukčiji izgledi za bolje mentalno zdravlje.

Ocjena materijalnog stanja pozitivno je povezana s izgledima za bolje materijalno stanje i kod domaćica i kod nedomaćica. Kod nedomaćica povećani izgledi kreću se od 1,346 puta, kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka, do 3,078 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su puno bolje od prosjeka.

Kod domaćica povećani izgledi kreću se od 1,712 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 2,356 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su malo bolje od prosjeka. U skupini domaćica koje su svoje materijalno stanje ocijenile kao puno bolje od prosjeka nisu jednoznačno utvrđeni drukčiji izgledi za dobro mentalno zdravlje.

Mjesto stanovanja, odnosno razina urbanizacije, ni kod domaćice niti kod nedomaćice ne mijenja jednoznačno izgleda za bolje mentalno zdravlje.

Skupina ispitanica s visokim vrijednostima PCS-a

U grupi ispitanica koji iskazuju visoke vrijednosti PCS-a kod nedomaćica utvrđena je pozitivna povezanost obrazovanja s iskazivanjem boljeg tjelesnog zdravlja (Tablica 4.14.). U odnosu na nedomaćice bez završene osnovne škole veće izglede za bolje tjelesno zdravlje imaju: nedomaćice sa završenom osnovnom školom (1,193 puta), sa završenom srednjom školom (1,725 puta), nedomaćice sa završenom višom školom (3,092 puta) te nedomaćice sa završenim fakultetom (2,470 puta).

U odnosu na domaćice bez završene osnovne škole veće izglede za bolje tjelesno zdravlje imaju: domaćice sa završenom osnovnom školom (1,632 puta), sa završenom srednjom školom (1,995 puta) te domaćice sa završenim fakultetom (4,171 puta).

Ocjena materijalnog stanja pozitivno je povezana s izgledima za bolje tjelesno zdravlje i kod domaćica i kod nedomaćica. Kod nedomaćica povećani izgledi kreću se od 1,095 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 1,361 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su puno bolje od prosjeka.

Kod domaćica povećani izgledi za bolje tjelesno zdravlje kreću se od 1,449 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 4,163 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su puno bolje od prosjeka.

Mjesto stanovanja, odnosno razina urbanizacije, ni kod domaćice niti kod nedomaćice ne mijenja jednoznačno izgleda za bolje tjelesno zdravlje.

Tablica 4.14. Skupina ispitanica s visokim vrijednostima PCS-a

Varijabla	DOMAĆICE		NEDOMAĆICE	
	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti
DOB	0.942	0.932-0.951	0.947	0.942-0.952
OBRAZOVANJE				
nezavršena OŠ				
osnovna škola	1,632	1,113-2,392	1,193	0,814-1,749
srednja škola	1,995	1,292-3,080	1,725	1,201-2,478
viša škola	0,525	0,109-2,535	3,092	2,038-4,693
fakultet, akademija	4,171	1,088-15,989	2.470	1,628-3,749
OCJENA MATERIJALNOG STANJA (u odnosu na prosjek sugrađana)				
značajno lošije				
malo lošije	1,449	0,998-2,103	1,095	0,832-1,442
prosječno	1,433	1,030-1,995	1,388	1,094-1,761
malo bolje	2,038	1,173-3,543	1,438	1,058-1,954
puno bolje	4,163	1,367-12,672	1,361	0,771-2,404
MJESTO STANOVANJA				
Gradsko naselje				
Prigradsko naselje	1,191	0,822-1,725	0,939	0,762-1,157
Seosko naselje	0,860	0,640-1,157	0,890	0,730-1,084
Kuća na osami	1,212	0,127-11,535	3,275	1,020-10,520

Skupina ispitanica s niskim vrijednostima MCS-a

U grupi ispitanica koji iskazuju niske vrijednosti MCS-a kod nedomaćica s porastom stupnja obrazovanja smanjuju se izgledi da ispitanica iskazuje loše mentalno zdravlje. (Tablica 4.15.). U odnosu na nedomaćice bez završene osnovne škole izgledi za loše mentalno zdravlje imaju: nedomaćice sa završenom osnovnom školom (0,654 puta), sa završenom srednjom školom (0,558 puta), nedomaćice sa završenom višom školom (0,388 puta) te nedomaćice sa završenim fakultetom (0,438 puta).

U odnosu na domaćice bez završene osnovne škole izgledi za loše mentalno zdravlje imaju: domaćice sa završenom osnovnom školom (0,673 puta) te sa završenom srednjom školom (0,579 puta). Kod domaćica sa završenom višom školom ili fakultetom nisu jednoznačno određeni drukčiji izgledi za iskazivanje lošijeg mentalnog zdravlja.

Bolja ocjena materijalnog stanja smanjuje izgledi za lošu ocjenu mentalnog zdravlja i kod domaćica i kod nedomaćica. Kod nedomaćica smanjeni izgledi kreću se od 0,801 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 0,560 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su malo bolje od prosjeka. Kod domaćica smanjeni izgledi za loše tjelesno zdravlje kreću se od 0,671 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 0,277 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su malo bolje od prosjeka.

Mjesto stanovanja ni kod domaćica niti kod nedomaćice ne mijenja izgledi za lošu samoprocjenu tjelesnog zdravlja.

Tablica 4.15. Skupina ispitanica s niskim vrijednostima MCS-a

Varijabla	DOMAĆICE			NEDOMAĆICE		
	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti		Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti	
DOB	1,029	1,021	1,037	1,019	1,014	1,025
OBRAZOVANJE						
Nezavršena OŠ						
Osnovna škola	0,673	0,528 -0,857		0,654	0,518-0,825	
Srednja škola	0,579	0,404-0,829		0,558	0,439-0,709	
Viša škola	1,278	0,382-4,274		0,388	0,261-0,579	
Fakultet, akademija	2,177	0,577-8,214		0,438	0,298-0,645	
OCJENA MATERIJALNOG STANJA (u odnosu na prosjek sugrađana)						
Značajno lošije						
Malo lošije	0,671	0,514-0,875		0,801	0,642-1,001	
Prosječno	0,525	0,410-0,673		0,532	0,426-0,663	
Malo bolje	0,277	0,141-0,541		0,386	0,262-0,570	
Puno bolje	1,003	0,329-3,059		0,560	0,270-1,161	
MJESTO STANOVANJA						
Gradsko naselje						
Prigradsko naselje	1,154	0,834-1,597		1,122	0,905-1,392	
Seosko naselje	1,170	0,918-1,491		0,988	0,815-1,198	
Kuća na osami	1,413	0,294-6,783		2,306	0,824-6,454	

Skupina ispitanica s niskim vrijednostima PCS-a

U grupi ispitanica koji iskazuju niske vrijednosti PCS-a kod nedomaćica s porastom stupnja obrazovanja smanjuju se izgledi da ispitanica iskazuje loše tjelesno zdravlje. (Tablica 4.16.). U odnosu na nedomaćice bez završene osnovne škole izgledi za loše tjelesno zdravlje imaju: nedomaćice sa završenom osnovnom školom (0,600 puta), sa završenom srednjom školom (0,581 puta), nedomaćice sa završenom višom školom (0,335 puta) te nedomaćice sa završenim fakultetom (0,303 puta).

U odnosu na domaćice bez završene osnovne škole izgledi za loše tjelesno zdravlje imaju: domaćice sa završenom osnovnom školom (0,778 puta) te sa završenom srednjom školom (0,426 puta). Kod domaćica sa završenom višom školom ili fakultetom nisu jednoznačno određeni drukčiji izgledi za iskazivanje lošijeg tjelesnog zdravlja.

Bolja ocjena materijalnog stanja smanjuje izgledi za lošu ocjenu tjelesnog zdravlja i kod domaćica i kod nedomaćica. Kod nedomaćica smanjeni izgledi kreću se od 0,881 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 0,350 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su puno bolje od prosjeka. Kod domaćica smanjeni izgledi za loše tjelesno zdravlje kreću se od 0,667 puta kod ispitanica s materijalnim stanjem malo lošijim od prosjeka do 0,510 kod onih ispitanica koje procjenjuju da su malo bolje od prosjeka.

Život na selu i kod domaćica i nedomaćice povećava izgledi za lošu samoprocjenu tjelesnog zdravlja, i to 1,460 puta za domaćice i 1,321 puta za nedomaćice.

Tablica 4.16. Skupina ispitanica niskim vrijednostima PCS-a

Varijabla	DOMAĆICE		NEDOMAĆICE	
	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti	Omjer izgleda	95% interval pouzdanosti
DOB	1,059	1,049-1,068	1,057	1,051-1,064
OBRAZOVANJE				
Nezavršena OŠ				
Osnovna škola	0,778	0,609-0,994	0,660	0,522-0,835
Srednja škola	0,426	0,281-0,644	0,581	0,455-0,742
Viša škola	0,439	0,055-3,481	0,335	0,218-0,516
Fakultet, akademija	<0,001		0,303	0,193-0,476
OCJENA MATERIJALNOG STANJA (u odnosu na prosjek sugrađana)				
Značajno lošije				
Malo lošije	0,667	0,502-0,886	0,881	0,693-1,121
Prosječno	0,625	0,481-0,813	0,620	0,488-0,788
Malo bolje	0,510	0,270-0,964	0,798	0,538-1,182
Puno bolje	0,652	0,163-2,616	0,350	0,125-0,977
MJESTO STANOVANJA				
Gradsko naselje				
Prigradsko naselje	1,325	0,934-1,879	1,060	0,833-1,348
Seosko naselje	1,460	1,129-1,889	1,321	1,078-1,619
Kuća na osami	0,707	0,123-4,049	0,418	0,107-1,625

4.6 REZULTATI KVALITATIVNOG ISTRAŽIVANJA

Proveden je intervju s devet žena za koje je utvrđeno da su u jednom razdoblju živjele ili žive kao domaćice. Rezultati analize intervjuja grupirani su u tri razine:

- Opća analiza intervjuja
- Karakteristične rečenice
- Ključne kategorije

Opća analiza intervjuja

Ukupno su zabilježene 4144 riječi s 16.380 znakova koji su analizirani. U sadržaju su prepoznate istovrsne priče i u njima karakteristične rečenice koje su grupirane u kategorije (Tablica 4.17.).

Tablica 4.17. Pregled sadržaja intervjuja

7 sličnih, istovrsnih redundantnih priča
67 karakterističnih rečenica koje govore o osebnosti domaćice
5 kategorija koje govore o vezama postojanja i mišljenja domaćica
2 kategorije su dihotomnog karaktera, a tri su jednosmjerne

Karakteristične rečenice

Karakteristične rečenice prepoznate u intervjuima opisuju stanja i pojave karakteristične za život žene. U njima se specifično prepoznaju elementi uloge domaćice (Tablica 4.18.).

Tablica 4.18. Karakteristične rečenice:

1. Sve sam iznijela na svojim leđima.
2. Da nisam radila, bila bih bolesnija.
3. Gdje bih bila da ne radim.
4. Bolje raditi i biti u društvu.
5. Kod kuće si osamljen.
6. Djeca uvijek imaju mamu.
7. U neko vrijeme žena kod kuće opterećuje djecu.
8. U kuhinji sam jedina.
9. Mužu podrška, a on nije brinuo ništa.
10. Ne bih poželjela nekome da bude domaćica.
11. Voljela sam da je svima lijepo.
12. Muž mi ne da raditi.
13. Da mi je ova pamet, ne bih ja pristala.
14. Ostanak kod kuće olakšalo bi mi s djecom.
15. A da je lakše kod kuće, e nije.
16. Bolje da žena radi.
17. Ne možeš samo kuhati, postaje dosadno.
18. Nemam se sa čime baviti, sjedim i heklam kao mati.
19. Ne bih nikome poželjela da NE radi.
20. Meni paše malo akcije.
21. Meni je kao nekad u zatvoru.
22. Malo je problem financijski, ipak to je samo jedna plaća.
23. Drugačije je kad imaš svoj novac.
24. Zaradiš i osjećaš da si nešto donio.
25. Ja nemam ništa, živim u stanu, moraš mislit' svojom glavom, a to je stres.
26. Ženi koja radi je teže, novci su tu.
27. Ja sam spavala sa svekrvom, a muž da ide ća. To ne bih voljela nikom.

28. I na poslu i kod kuće teško.
29. Onda sam živjela, a sada sama u penziji, smirenija i usporenija.
30. Ne bih nikada ostala kod kuće, bolje je raditi.
31. Veći mi je gušt kod kuće, radiš i ništa se ne vidi.
32. Voljela sam raditi.
34. Djeca dobro jer su kod kuće sa babom.
36. Biti u penziji kao na godišnjem odmoru.
37. Čuvam unuke po cijeli dan, a muž hoće sve gotovo, pa mi se digne tlak.
38. Žena kad ostane kod kuće zapusti se i baca po koju kilu.
38. Na poslu moram raditi, biti sređena jer me tamo mjerkaju, može biti i varka.
39. Kuća je jako važna.JA SAM GAZDA.
40. Mali utjecaj žene na ukućane. Vidim muževe mame u njima.
41. Ja sam bila na poslu i kada sam trebala i kada nisam trebala.
42. Psihički sam odlazila k vragu, ali me posao vraćao natrag.
43. Da sam i jako bogata, morala bih nešto raditi
44. Ne možemo se samo baviti s djecom.
45. Za djecu dolazi baka., a gdje je mama?
46. Najsretnija sam bila kad su me zvali iz vrtića.
47. Djeci je bilo dobro, ali možda bi meni bilo bolje da sam radila.
48. Teško je reći kojoj je bolje, ženi koja radi ili ženi koja ne radi.
49. Lakše i bolje da sam radila na nekom državnom poslu. imala bih, a sada nemam ništa.
50. Djeci sam bila s njima, oni su bili uz mene, i ne znam koliko je bilo bolje.
51. Unukama bi preporučila da rade, što sam ja radila i stvarala, a od toga ništa. Ima nešto - moj sin kuću, ali nemam ja ništa i ne vraća se ništa.
52. Gradili smo, a onda proširili, a sad rađe da je mala, jer sam sama.
53. Sve sam sama.
54. Nekad mi je falilo da imam svoje novce, nešto što bi samo meni odgovaralo. Usprkos tomu nisam se osjećala u zatvoru; ja sam imala slobodu.

55. A meni nikad nije bio problem. Voljela sam biti kod kuće.
56. Nisam se nikada isticala i nisam primijetila da me drugačije gledaju. Samo čekala svoj red.
57. Žene koje rade bile su u boljem položaju, imale su svoj novac, ali u drugom su bile uskraćene.
58. Kad si kod kuće, ipak si u prednosti. Sve sam iznijela na svojim leđima, jedino nemaš svoj novac.
59. Žene koje rade malo više se druže, mi imamo samo svoje susjede.
60. On je radio, sve je donio kući, ja sam bila tu, i to je tako.
61. Posao mi je bio impuls za obavljanje i poslova u kući.
62. Mi smo sanjale tu subotu popodne.
63. Mogla sam samo sanjati da s njima budem doma jer sam radila.
64. Nijednoj ženi ne bih preporučila da bude domaćica.
65. Kad žena radi, to je sasvim nešto drugo.
66. Kad radiš, imaš osjećaj samopouzdanja.
67. Nisam sklona bolestima, ja sam uvijek djelovala preventivno.

4.6.1 Analiza ključnih kategorija

Općom analizom intervjua utvrđeno je pet kategorija koje specifično govore o stavovima i položaju domaćica. Od navedenih kategorija dvije u svom sadržaju prenose oprečne stavove različitih, ali i istih ispitanica, vezane uz radno opterećenje žene kod kuće te odnos domaćica prema djeci (Tablica 4.19).

Tablica 4.19. Kategorije prema položaju i stavovima domaćica

<p>1. Osamljenost opisana kao: 'Meni je kao u zatvoru' , 'Sve sam sama', ' Jer sam ostala sama', 'Ja nemam ništa, živim u stanu, a moraš mislit' svojom glavom, a to je stres', 'Onda sam živjela, a sada sam nekako smirenija, usporenija, nemam se čime baviti, sjedim i heklam kao moja mati'.</p>
<p>2. Dihotomija (oprečnost) radne žene opisana kao: 'Gdje bih bila da ne radim', 'Ne bih nikom poželjela da ne radi', 'Žena koja ostaje kod kuće zapuštena je', 'Psihički sam odlazila k vragu, a posao me vraćao natrag', <i>prema</i>: 'Veći mi je gušt kod kuće', 'Nikad nije bio problem, voljela sam biti kod kuće', 'Kad si kod kuće, ipak si u prednosti, jedino nemaš novce'.</p>
<p>3. Odnos prema suprugu opisan kao: 'Sve sam iznijela na svojim leđima', 'Mužu sam podrška, a on nije brinuo ništa', 'Muž mi ne da raditi', ' Po cijeli dan čuvam unuke i do 7 sati, a muž opet želi sve gotovo, posvađamo se, a meni se digne tlak'.</p>
<p>4. Odnos prema djeci/ukućanima opisan kao: ' Djeca uvijek imaju babu, a gdje je mama', ' 'Djeci je dobro, imaju babu', ' Djeca uvijek imaju mamu', ' Ostati kod kuće olakšava sa djecom', <i>prema</i>: 'U neko vrijeme žena kod kuće opterećuje djecu', ' Mali utjecaj na ukućane, vidim muževe mame u njima', ' Ne može se baviti samo sa djecom', 'Ja sam radila i stvarala - sin ima kuću, a ja nemam ništa i ne vraća se ništa'.</p>
<p>5. Čvrstina žene opisana kao: 'Kuća je jako važna, ja sam gazda', 'Ja sam bila to i tako je bilo', 'Nisam sklona bolestima, ja sam uvijek djelovala preventivno'.</p>

Ispitanice istodobno navode pozitivne i negativne aspekte života domaćice. Pet dominantnih kategorija i stavova, odnosno problema koji obilježavaju život domaćice su: osamljenost, (ne)opterećenost zaposlenjem, odnos prema suprugu, odnos prema djeci/ukućanima i čvrstina žene. Osamljenost se prepoznaje kao problem kojem su posebno izložene domaćice. Radno opterećenje kojem je izložena radna žena prepoznaje se kao mogući problem u smislu visokog fizičkog opterećenja i ukupnog radnog opterećenja na poslu i kod kuće. S druge strane, radno opterećenje, odnosno zaposlenje, prepoznaje se i kao značajna pozitivna odrednica koja podiže kvalitetu života, kako ekonomski status, tako i kroz ukupno obogaćenu društvenu poziciju. Odnos prema djeci i ukućanima prepoznat je kao proces snažnijeg davanja kod domaćica. Domaćice više pružaju svojim ukućanima i djeci, ali istodobno majke domaćice prepoznaju da svojim prisustvom opterećuju i sputavaju djecu. Čvrstina žene ističe se kao posebna odlika žena koja im omogućuje da se uspješno nose s težinom života kojem je izložena domaćica, bez prihoda i uz fizičko opterećenja koje ima.

Prikupljeni intervjui i specifične izjave pokazuju kompleksnost uloge domaćice. Naime, osim uobičajenih odrednica socioekonomskog položaja i zdravlja u životu žena opće populacije, domaćice se izdvajaju i specifičnostima vezanim uz svoju ulogu. Ove specifičnosti ukazuju na dodatnu kompleksnost koja nije obuhvaćena uobičajenim izučavanjem života i zdravlja žena, a to su: isključiva ekonomska ovisnost o suprugu, intenzivan i specifičan odnos s djecom, isticanje vlastite borbe za postignuća u životu, kontradiktoran odnos prema zapošljavanju, specifična uloga domaćica u poslovima vezanim uz kuću (gradnja kuće, sudjelovanje u obiteljskom poslu) te intenzivan odnos s ostalim ukućanima.

Ukupno gledano, kvalitativno istraživanje pokazuje dodatne dimenzije i odrednice zdravlja koje postoje kod domaćica. S obzirom na dvojak doživljaj istih ili sličnih odrednica, kao pozitivnih ili negativnih, nužno je u njihovom izučavanju razmatrati i pojedinačni kontekst u kojem se javlja neka odrednica te ukupan profil osobe, kako ne bi došlo do krivog interpretiranja i zaključivanja.

5 RASPRAVA

Ovo istraživanje te dostupna literatura u značajnoj mjeri doprinose rasvjetljavanju postavljenih hipoteza, ali istodobno ukazuju na složene mehanizme i odnose koje treba analizirati kako bi se razumio problem zdravlja domaćica. Stoga će u raspravi biti obrađeno nekoliko pristupa i skupina odrednica zdravlja te mogućnosti društva i zdravstvenog sustava da pruži odgovor na pitanje kako osigurati zdravlje domaćica.

5.1 ZDRAVLJE I BOLEST DOMAĆICA U HRVATSKOJ

Demografski podaci jasno pokazuju kako populacija žena nikako nije tek marginalna društvena skupina ili jedna od statističkih kategorija, nego velika populacija žena koja čini gotovo 15 posto ukupne ženske populacije u Hrvatskoj. Štoviše, riječ je o populaciji koja ima izrazito nisku obrazovnu razinu, slabu ili nikakvu profesionalnu kvalificiranost te vrlo niska primanja. Ekonomski i društveni položaj, neovisno o količini primanja, određuje činjenica da su te žene ovisne o prihodima druge osobe, najčešće supruga. Iako se u ovoj općenito deprimiranoj populaciji izdvajaju pojedinke koje imaju visoko obrazovanje i visoke prihode, iz ovog istraživanja ne možemo zaključiti da se radi o nekoj strukturiranoj subpopulaciji bogatih domaćica koje dijele zajedničke probleme. Ipak, vrlo je važno razmotriti i društvenu poziciju te osobne pozicije ovih žena. Upravo njihovo iskustvo može ukazati na pozitivne dimenzije zdravlja domaćica koje u općoj populaciji žena, zbog loših drugih socioekonomskih pokazatelja, mogu biti maskirane.

Iako bi se i iz pojedinih slučajeva ekonomski situiranih (bogatih?) domaćica moglo posumnjati u pozitivan stav građana prema poziciji domaćice, provedena istraživanja o »idealnoj ženi« u Hrvatskoj to demantiraju. Ne samo da domaćice nisu prepoznate kao jedan od poželjnijih načina života

idealne žene, već se kroz period 1995.-2007. broj onih koji poslovnu ženu prepoznaju kao idealnu povećao za 10 posto, dok se broj oni koji idealnom ženom smatra domaćicu smanjio za gotovo 10 posto. Uz to, regionalne razlike dodatno su ukazale na nešto snažnije isticanje vrijednosti uloge domaćice tek u manjim mjestima i selima.

Podaci o zdravstvenom stanju i smrtnosti domaćica pokazuju kako problem domaćica nije samo socioekonomski fenomen, nego i značajan javnozdravstveni problem. Naime, smrtnost domaćica od kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti značajno je veća u odnosu na populaciju ostalih žena, što je jedan od značajnih pokazatelja društvenih nejednakosti i nepravednosti u zdravlju kojem su izložene domaćice. Činjenica da se radi o velikoj populaciji žena u Hrvatskoj i skupini preventabilnih uzroka smrti čini taj problem ne samo relativno, nego i apsolutno velikim te značajnim za javnozdravstvenu intervenciju na nacionalnoj razini.

Pokazatelji smrtnosti domaćica jasno ukazuju na značajne razlike u zdravlju domaćica i nedomaćica, međutim nije moguće jasno prepoznati sve faktore koji do toga dovode. Naime, iako u populaciji domaćica dominiraju lošiji ekonomski pokazatelji, oni u nekim slučajevima nisu lošiji od pokazatelja nezaposlenih žena. Nadalje, i u nekim oblicima zdravstvenoga ponašanja razlike su vrlo nejasne. Primjerice, domaćice u odnosu na zaposlene koriste više masnoća životinjskoga porijekla, više dosoljavaju hranu, ali i jedu više voća. U odnosu na nezaposlene žene, domaćice koriste manje masti životinjskoga porijekla, više dosoljavaju hranu te jedu manje voća. Ove razlike pokazuju koliko su osjetljive razlike među subpopulacijama te koliko i kako stil života u pojedinoj ulozi može doprinijeti pozitivno i negativno ukupnoj slici o nekoj društvenoj skupini.

U korištenju zdravstvene zaštite liječnika obiteljske medicine utvrđene su male razlike između domaćica, zaposlenih i nezaposlenih žena. Međutim, domaćice značajno manje koriste zdravstvenu zaštitu ginekologa. Isto tako, u usporedbama umirovljenica i domaćica starijih od 65 godina utvrđeno je da manje koriste usluge specijalista te manje idu na preventivne preglede dojki.

S aspekta utjecaja na zdravstveno stanje treba istaknuti i podatak da u odnosu na obje promatrane populacije, zaposlenih i nezaposlenih žena, domaćice imaju veću tjelesnu aktivnost.

Nakon prikaza svih podataka nameće se pitanje: Kako tumačiti rezultate? Za jasnije prikazivanje i razumijevanje rezultata ovog istraživanja o zdravlju domaćica nužno je razdvojiti tri razine promatranja: socioekonomske aspekte života žena, zdravstveno stanje te ishode (smrtnost) – odnosno, posljedice za zdravlje nastale uslijed djelovanja okružja i navika kojima je okružena domaćica.

Većina socioekonomskih pokazatelja ukazuje na velike razlike između domaćica i nedomaćica u Hrvatskoj. S druge strane, zdravstveno stanje tek je u nekim pokazateljima lošije od žena nedomaćica (neke vrijednosti tlaka, neki znakovi pretilosti), i samo su neki pokazatelji ponašanja nešto lošiji, primjerice dosoljavanje hrane, iako ne u vrijednostima koje bi pokazivale jasnu i potpunu razliku između domaćica i ostalih žena. Nadalje, razlike u smrtnosti vrlo su izražene za sve oblike kardiovaskularnih bolesti, što ukazuje da neovisno o pojedinim odrednicama zdravlja, ukupni učinak jest izrazito negativan.

Tumačenje ovakvog stanje moguće je temeljem dviju odrednica specifične uloge domaćica. Jedna je pozitivan učinak stila života kojega domaćice

vode (uredan život, manja izloženost stresu, više kretanja), a druga negativan utjecaj te iste uloge koja očigledno ograničava društvene mogućnosti te umanjuje utjecaj sustava na zdravlje domaćice. Ovo se prije svega odnosi na korištenje preventivnih pregleda, usluga specijalista, ali i moguće negativne stavove zdravstvenih radnika prema domaćicama, što je situacija već zabilježena u literaturi.¹⁰⁷

Kako se društvo odnosi prema domaćicama u Hrvatskoj, najbolje pokazuju stavovi građana u istraživanju o »idealnoj ženi«, kako je zamišljaju građani Hrvatske. Koncept idealne žene kao uspješne poslovne žene manje je zastupljen u manjim mjestima (naselja do 2000 stanovnika – 36 posto), a značajno više u gradovima s više od 100.000 stanovnika (60 posto). Žene češće od muškaraca vide idealnu ženu kao poslovnu i uspješnu, muškarci nešto češće navode idealnu ženu kao domaćicu/majku koja se posvećuje obitelji i djeci (17 naprama 14 posto).

I prema bračnom statusu uočene su razlike u percepciji idealne žene. Tako oni koji nisu u braku češće navode idealnu ženu kao poslovnu i uspješnu (56 naprama 40 posto). Obrazovni je status također varijabla prema kojoj se razlikuje percepcija idealne žene. S višim stupnjem obrazovanja raste i udio onih koji vide idealnu ženu kao poslovnu i uspješnu (65 posto visokoobrazovanih). Tradicionalnu ulogu žene (kao majke i domaćice) češće navode oni s nižim stupnjem obrazovanja (31 posto).⁷⁹

5.2 SPECIFIČNOSTI POLOŽAJA I ZDRAVLJA DOMAĆICA

U mnogo je studija utvrđena snažna povezanost lošijih socioekonomskih pokazatelja s lošijim zdravljem, međutim unutar sveukupno loših pokazatelja nije moguće jednoznačno i specifično definirati utjecaje svih društvenih čimbenika, pa čak ni predznak njihova učinka.^{80,81,82,83,84} Ipak, prikazani rezultati upućuju na načine kako je moguće izučavati i intervenirati prema zdravlju domaćica.

Međutim, osim općih društvenih odrednica u proučavanju zdravlja domaćica, ali i značenja same uloge domaćice, neke dimenzije zdravlja ili pojave treba dodatno izučiti. To su, prije svega, uloga majke i supruge, zatim značenje boravka u kući kao radnoga mjesta te ukupnost mentalnoga zdravlja kao odraza osobne uloge ili društvenoga statusa.^{3,6,26,25}

5.2.1 Obitelj, majčinstvo i zdravlje

U prvo fazi majčinstva dominantna je biološka uloga majke u kojoj se ona skrbi za u potpunosti ovisno dijete, a trudnoća, porod i dojenje pri tome predstavljaju osnovne biološke odrednice života i zdravlja majke. Uz biološku, u suvremenom svijetu majke nerijetko imaju i ekonomsku ulogu jer svojim prihodima moraju osigurati socijalnu sigurnost za sebe i novorođenče. Nakon prve, a posebice treće godine života, uloga majke postaje sve značajnija za odgoj, ali i za socijalnu i materijalnu sigurnost djeteta. Odrastanjem djece uloga majke postaje sve više partnerska, a ogleđa se kroz potporu djeci da se osamostale (odvoje!) od obitelji. Nakon faze osamostaljivanja djece, žene se često (ponovo, nakon više godina!) nađu u obiteljima sa samo dva člana, i tako se okreću životu samo sa

suprugom ili u potpunosti samačkom životu nakon smrti supružnika. Sljedeću fazu u ženinu životu predstavlja odnos prema drugom redu potomaka – unucima. Ovaj odnos teško je šire sagledavati, jer izrazito ovisi o strukturi i odnosima u obitelji. Međutim, rezultati kvalitativnog istraživanja ukazuju na produženu ulogu majke domaćice koja se prenosi i na unuke, jer majka domaćica jednostavno postaje baka domaćica koja je podrška cjelokupnom domaćinstvu, ali i cijeloj, proširenoj obitelji.^{57,58,59}

U promatranju odnosa prema obitelji i djeci izazov predstavlja i prihvaćanje koncepta majke kao nositeljice brige za djecu. Iako je biološka i psihološka uloga majke nezamjenjiva, postavlja se pitanje u kojoj mjeri se ona može i zlorabiti u smislu zadržavanja žene u nepovoljnom društvenom i ekonomskom položaju? Koliki utjecaj mogu imati »tradicionalne« vrijednosti i »mitovi« pokazuje stav o ženama kao boljim njegovateljima. Kroz takav stav ženama nameću se dva modela ponašanja. Prvi, kao prihvaćanje ovoga stava, odnosno obaveze posvećivanja obitelji i djeci, koji ograničava ženu u njejoj društvenoj mobilnosti i veže ju uz kuću i obitelj te drugi, koji ovaj stav prepoznaje kao kompliment u kontekstu mnogostrukih uloga žene. Međutim, takvo prihvaćanje i ponašanje vodi u preopterećenje, jer se žene nerijetko uza svoj posao dodatno žele dokazati i u ovim drugim zahtjevnim ulogama.^{85,86,87}

Značenje obitelji i uloga majke mnogostruke su i u odnosu prema svojim ukućanima, bilo da se radi o direktnim štetnim utjecajima na zdravlje, bilo da se radi o prenošenju štetnih navika kakvo je, primjerice, pušenje.^{88,89,90,91} Ovaj primjer, slično kao i problemi prehrane, pokazuju kratkoročne i dugoročne posljedice koje nastaju kao odraz stila života i ponašanja u kući.⁹² Značenje utjecaja obitelji u Hrvatskoj može biti dodatno naglašeno lošim pokazateljima za navike pušenja ili stanja prehrane u odnosu na druge razvijene države.^{93,94,95,96}

5.2.2 Mentalno zdravlje žena

Među deset vodećih uzroka zdravstvenih poremećaja u svijetu njih pet su poremećaji psihičkoga stanja, a neke procjene govore da će breme (*engl. burden of disease*) psihijatrijskih bolesti do 2020. biti veće od onog uzrokovanog kardiovaskularnim bolestima. Među stanjima koja prednjače u ovim zabrinjavajućim prognozama nalaze se depresija, zlouporaba alkohola, shizofrenija te kompulzivni poremećaji. Posebno značenje ovi poremećaji i ukupna epidemija mentalnih bolesti imaju na ukupno društvo, odnosno njegovu dinamiku, ali i gospodarske pokazatelje. Tako se, prema nekim istraživanjima, na mentalno zdravlje u SAD-u troši više od 1000 dolara godišnje po stanovniku, a u nekim europskim zemljama (Švedska, Finska) i više od tri , odnosno dva posto BNP-a.⁹⁷

Iako su problemi mentalnoga zdravlja ne samo sve prisutniji nego i sustavno proučavani, kod mentalnoga zdravlja žena prisutne su neke temeljne kontroverze. Tako se na primjeru depresije ukazuje na cijeli niz ograničenja koja postoje u izučavanju mentalnoga zdravlja. Postojeći kriteriji za procjenu depresije nisu prilagođeni specifičnim simptomima koji se javljaju kod žena. Zbog potreba mjerenja mentalnoga zdravlja mnogi indikatori očišćeni su od subjektivnih pokazatelja, čime se gubi važna dimenzija mentalnoga zdravlja kod žena. Proučavanje mentalnoga zdravlja, a posebice depresije, odvija se unutar pojedinih struka, pa se često i tumači izvan konteksta u kojem nastaju. Na posljetku, usporedbe među spolovima temelje se, prije svega, na biološkim kategorijama čime je zanemarena snažna dimenzija društvenih i psiholoških odrednica koje muškarci, odnosno žene, imaju kao dio svojeg identiteta, što može biti posebno značajno za domaćice.^{13,15,98}

Suvremene preporuke pokazuju nužnost ulaganja u preventivne programe i unapređenje mentalnoga zdravlja. Pri tome se takvi programi pokazuju kao učinkoviti i isplativi za zajednicu. S obzirom na njihovo značenje i mogućnosti intervencije, posebno se značajnima čine intervencije prema zajednicama s većim udjelom djece i adolescenata.. Istraživanja provedena o utjecajima okoline i faktorima koji utječu na mentalno zdravlje i ponašanje pokazali su veliko značenje obitelji, a posebice majki za uspješan mentalni razvoj djece. Tome u prilog idu i rezultati intervencija provedenih kroz programe u kući gdje su značajno unaprijeđeni subjektivni pokazatelji zdravlja, ali i procijenjena kvaliteta života (osjećaj blagostanja, zadovoljstvo životom, seksualni život) u obiteljima gdje su provođeni programi intervencija prema ženama.^{99,100}

Isto tako, specifični rezultati programa u kućanstvu i obitelji pokazali su značajne učinke, prije svega u odnosu djece prema vršnjacima, ali i unaprijeđenog roditeljstva. Osim samih subjektivnih promjena, programi intervencija pokazali su i značajne učinke na samopouzdanje i međuljudske odnose, što je rezultiralo boljom komunikacijom te uključenošću pojedinaca u život zajednice. Ukupan učinak ovakvih programa tako je poprimao osobne, društvene, a zatim i ekonomske dimenzije, odnosno promjenu ukupnog položaja pojedinca u zajednici. Uzimajući u obzir ove rezultate, pokazatelji mentalnoga zdravlja majki mogu biti od iznimnoga značenja za cijelu obitelj, a s obzirom na specifičnost utjecaja majki domaćica, takvi odnosi poprimaju dodatne dimenzije.

5.2.3 Domaćice - radno mjesto

Kako se u svakodnevnom životu, a nerijetko i u literaturi, domaćeice poistovjećuje ili stavlja u istu skupinu s nezaposlenima, tako i pitanje radnoga mjesta domaćeice nije bilo prepoznato. Značenje ovoga problema u najvećoj su mjeri pokrenula istraživanja zdravlja žena i djece u nerazvijenim zemljama. Naime, utvrđeno je da milijuni žena i djece godišnje pate od izloženosti vrlo štetnim tvarima u svom domaćinstvu. Ovako promatrano mjesto stanovanja ukazuje na visoku sličnost domaćinstva s radnim mjestom. Naime, izloženost štetnim utjecajima i tvarima u domaćinstvu može biti i znatno izraženija nego li na nekom radnome mjestu. Osim toga, za većinu radnih mjesta postoje sustavi nadzora uvjeta i načini zaštite, dok boravak žene u vlastitom domaćinstvu u potpunosti ostaje prepušten stjecaju okolnosti.

U nerazvijenim zemljama problem je, prije svega, korištenje raznih vrsta goriva za kuhanje i grijanje, i to bez odgovarajućih sustava za sagorijevanje. U takvim uvjetima ukućani su izloženi iznimno visokim koncentracijama čestica i plinova. Pri tome su pod najvećim rizikom upravo žene i djeca, koji provode najviše vremena u kući.¹⁰¹

Da problem kućnoga onečišćenja nije samo pitanje nerazvijenosti, pokazala su i istraživanja provedena u razvijenim zemljama. Osim dokazane štetnosti radona, kao prirodnog plina koji se može nakupljati u kućama, utvrđena je vrlo visoka prisutnost čestica onečišćenja i štetnih plinova. Izvori ovakvih onečišćenja mnogobrojni su i kreću se od oslobađanja čestica prilikom kuhanja do otpuštanja štetnih plinova iz materijala koje unosimo u kuću (namještaj, sredstva za čišćenje, ambalaža).^{102,103,104} Zaključno možemo reći da je radno mjesto domaćeice visokorizično te s potpunim odsustvom bilo kojeg oblika nadzora ili mogućnosti za intervenciju.

5.3 ZDRAVSTVENA ZAŠTITA I JAVNOZDRAVSTVENE INTERVENCIJE

U mnogim je istraživanjima pronađena nejednakost u korištenju zdravstvene zaštite među različitim skupinama, a uglavnom su ključni faktori bili vezani uz socioekonomski status pojedinca. U različitim sustavima zdravstvene zaštite takav utjecaj se razlikuje, ali društvene mogućnosti pojedinca predstavljaju snažan čimbenik koji utječe i na zdravlje i na korištenje zdravstvene zaštite. Ipak, prije zaključivanja za svaku populaciju specifično, potrebno je sagledati sve prisutne odrednice socioekonomskog statusa i okružja. Sveukupno gledano, otvara se put prema zaključku kako društveni status određuje zdravstveno stanje i korištenje zdravstvene zaštite i kako je, u cilju više pravednosti, nužno izmijeniti društveni status kao ključnu determinantu nejednakosti. I doista, brojne intervencije pokazuju kako je takvo djelovanje učinkovito. Često je uspjeh mjera za unapređenje socioekonomskoga statusa pojačavan i posebnim zdravstvenim programima te ciljno namijenjen nekim društvenim skupinama.^{55,105,106}

Upravo u takvu skupinu možemo svrstati zdravlje domaćica, odnosno širi utjecaj okružja u kojem žene u svojem domaćinstvu rade i žive. Osim toga, njihov društveni položaj i obaveze te osobna osnaženost određuju njihovo ponašanje. Isto tako, važno je i poznavati odnose drugih, posebice nositelja zdravstvenog sustava prema nekoj populaciji. Nerijetko predrasude ili neznanje mogu dovesti do ozbiljnih problema u odnosu prema nekoj društvenoj skupini, a to u slučaju zdravlja može biti izrazito ozbiljno. Tako su u jednom istraživanju stavova studenata medicine utvrdili da zbog predrasuda prema domaćicama njima obraćaju manje pažnje i pružaju manje kvalitetnu medicinsku skrb.¹⁰⁷ Isto tako, u istraživanjima literature o zdravlju žena pronađena je značajna neprilagođenost zdravstvenih sadržaja suvremenom poimanju zdravlja žena i općenito ulozi i položaju žena u društvu.^{108,109}

Uloga majke na specifičan je način povezana sa zaposlenjem. Položaj žene i majke u zakonodavstvu i radnom pravu različito je i specifično riješena u različitim državama i društvima. Zaposlenje direktno određuje socioekonomski položaj žene, a uloga majke u odnosu prema poslu zakonski se regulira kroz prava na rodiljini dopust (plaćeni ili neplaćeni, sa zadržavanjem zaposlenja!), pravo na bolovanje za bolest djeteta, pravo na pauzu za dojenje. Ovaj opseg prava značajno se razlikuje među pojedinim državama i može biti stimulirajući za ulogu majke kao oblik populacijske politike, ali i opseg minimalnih radnih prava. Pri tome posebnu dimenziju ovom obliku prava žena daje specifičnost tržišta rada za zanimanje koje žena obavlja. Stoga, ovisno o okolnostima u društvu, ali i specifičnostima vezanim za pojedina zaposlenja, neka prava mogu biti shvaćena kao pozitivna i afirmirajuća za majku, dok se istodobno neka prava mogu tumačiti kao konzervativna i tradicionalna koja ugrožavaju ravnopravnost žena, a time i njenu socioekonomsku poziciju.

Ukupno promatrana aktivnost za unapređenje skrbi domaćica mogla bi se podijeliti na tri velike istraživačke i intervencijske cjeline. Prvu čine opće društvene mjere kojima se unapređuje socioekonomski status, a time i okolnosti koje su direktno i indirektno povezane sa zdravljem. Drugu čine specifični programi koje je potrebno oblikovati kako bi se djelovalo prema specifičnim potrebama i kroz specifične kanale prema domaćicama. Treću skupinu čine mjere kojima se djeluje u i prema postojećem zdravstvenom sustavu i profesionalcima koji u njemu rade. Prva skupina intervencija zapravo nije direktno zdravstvena, ali su joj krajnji učinci direktno povezani sa zdravstvenim stanjem. Uz to, unutar mogućih aktivnosti važno je prepoznati ključne čimbenike koji su pogodni kao predmet za uspješne intervencije (prihodi, uvjeti stanovanja, različiti oblici pismenosti,...) i prema njima odrediti listu prioriteta.¹¹⁰

Izbor prioriteta zbog složenosti uloge i položaja domaćice sve je samo ne lak i jednostavan, a uz to nema ni jasnih i prihvatljivih iskustava drugih. Naime, kako je i prije spomenuto, domaćice se uglavnom opisuju kao podskupina unutar šire društvene akcije, a rjeđe kao dio ciljne populacije.

Iskustva iz svijeta ukazuju da ovakve intervencije nisu jednostavne, a uz to im posebnu dimenziju daju upravo načini na koje se može pristupiti domaćicama. Naime, iskustva širih javnozdravstvenih intervencija pokazuju kako se uspješno mogu koristiti okruženja kao što su radno mjesto, javni prijevoz i općenito javna mjesta za oglašavanje. Činjenica da domaćice ne rade izvan kuće zapravo sužava mogućnost intervencije samo na njihov dom, odnosno djelovanjem u njihovu domu direktno posjetom ili indirektno (korištenjem nekog medija: televizija, radio, novina). Činjenica da postoje funkcionalne mreže patronažnih sestara nudi dio rješenja, međutim njihova postojeća preopterećenost dovodi u pitanje održivost intervencije bazirane samo na radu patronažnih sestara te uopće njihovog mogućeg djelovanja. Ipak, primjeri angažiranja crkve te frizerskih i kozmetičkih salona u preventivnim programima pokazuju i nove modele odgovora na specifičnosti stila života i potreba domaćica.^{111,112,113,}

5.4 LJUDSKA PRAVA I ZDRAVLJE ŽENA

Pravednost u zdravlju temeljna je odrednica suvremenog javnozdravstvenog djelovanja u društvu. Svoje korijene zahtjevi za pravednost i jednakost u najvećoj mjeri vuku iz borbe za ljudska prava. Posebno mjesto u drukčijem javnozdravstvenom djelovanju i njegovom osvještavanju zauzima *Black Report*, a prije njega i *New perspectives on the Health of Canadians*.^{114,115,116} Ova dva značajna dokumenta na različit način, ali obrađujući iste probleme, otvaraju pitanja šire društvene odgovornosti za zdravlje, odnosno odgovornost društva za nemedicinske determinante zdravlja. U *Black Reportu* eksplicite se donose istine o teškom stanju i izraženim nejednakostima u zdravlju. Upravo temeljem ovog dokumenta u Europi je u značajnoj mjeri otvoreno pitanje pravednosti u zdravlju kao koncepta koji mora doći kao odgovor na tada postojeće sustave jednakosti za sve, koji očigledno nisu pokazali potrebnu učinkovitost. S druge strane, pokreti unapređenja zdravlja oblikuju intervenciju kao ukupno djelovanje društva. Prepoznaje se ključan negativan utjecaj okružja, ali i velike mogućnosti koje se pružaju za djelovanje. U potpuno novom svjetlu prepoznaju se mogućnosti djelovanja prema pojedincima, zajednicama, društvu u cjelini, ali i samom zdravstvenom sustavu kroz njegovu reorijentaciju. U svemu ovome temeljno mjesto zadržava borba za ljudska prava, i to prije svega pravo svakog pojedinca na život i zdravlje. Duboku povezanost društvenih nejednakosti i ljudskih prava žena aktivno prepoznaju i u središnjim političkim tijelima u Europi te kao temeljni dokumenti postaju dio svakodnevnih političkih prakse.^{117,118} Istovjetni procesi i rasprave postaju dio javne prakse i u Hrvatskoj, prije svega kroz djelovanja različitih aktera u društvu. Tu se posebno ističe rad Ureda Vlade RH za ravnopravnost spolova.⁶²

Gledano u širem kontekstu, zdravlje žena određeno je s dvije snažne odrednice - pravima žena te pravima osoba lošijeg socioekonomskog statusa, a to su češće upravo žene. Tako se problemi zdravlja žena mogu (i moraju) sagledavati kroz ove dvije prizme. Iako se može činiti da nije potrebno kompliciranje u sagledavanju zdravlja žena, situacija je znatno drukčija. Društveni položaj žena uvjetovan je u najvećoj mjeri društvenim odnosima (tradicija, religija, naslijeđeni odnosi) i prema njemu položaj žene određen je u relativno stalnim odnosima i ulogama (uloga supruge, majke, bake, zaposlene žene...). Promjenom ukupnih društvenih okolnosti, prije svega ekonomskim razvojem, ovi se odnosi prilagođavaju ili vrlo sporo mijenjaju. U suštini, osnovne vrijednosti ostaju iste te se ili uklapaju u nove odnose ili u stanovitoj mjeri maskiraju. S druge strane, promjene trenutnih društvenih okolnosti, prije svega ekonomski razvoj, neposredno utječu na životne uvjete žene, odnosno na njen socioekonomski položaj. Tako će se ekonomski razvoj direktno odraziti na povećanje prihoda, veću materijalnu sigurnost i samostalnost žena te sposobnost da same osiguraju svoje materijalne potrebe. Međutim, on ne može direktno izmijeniti sam društveni položaj žene. Ovi odnosi posebno su značajni u analizi društvenog i radnog položaja žene, jer u određenim okolnostima borba za pravo na rad može biti istupanje iz okvira postojeće društvene »sigurnosti« dok u drugim okolnostima predstavlja put u poslovnu samostalnost i sigurnost.

Ukupna kretanja u posttranzicijskoj Europi pokazuju da usprkos brojnim programima i nastojanjima da se smanje društvene razlike te aktivno oblikuju javne politike prema posebno ugroženim skupinama, problemi društvenih nejednakosti još su uvijek izraženi. Ovi problemi posebice su prisutni u skupinama koje se ne uspijevanju nositi s uvjetima rastuće tržišne ekonomije.¹¹⁹ U Hrvatskoj, ali i većini zemalja istočne Europe, upravo

populacije žena, nezaposlenih ili osoba pred mirovinu predstavljaju najugroženije skupine.^{120,121,122,}

U ovakvim okolnostima uloga majke je posebice izložena utjecajima i preklapanjima dvaju sustava. Majčinstvo, kao biološka uloga primarno određena brigom za svoju djecu i ukupnu obitelj, predstavlja i značajnu tradicionalnu vrijednost. S druge strane, takva uloga direktno uvjetuje ekonomsku ovisnost žene, odnosno stavlja je u pasivnu društvenu i aktivnu obiteljsku ulogu. A upravo pasivna i podređena društvena uloga jedna je od determinanti koje negativno utječu na zdravlje. S druge strane, zaposlena žena, uz ulogu majke (i domaćice), ima i društvenu i ekonomsku samostalnost. Iako dio uloge majke u suvremenom svijetu mogu zamijeniti javne službe (vrtići, škole, klubovi), osnovne majčinske uloge i obaveze ostaju. Tako se žene u izboru ili prihvaćanju društvene uloge moraju pozicionirati na skali koja s jedne strane ima »mir i sigurnost svoje obitelji« obilježen najčešće lošim društvenim položajem i nesamostalnošću, a s druge strane »samostalnost i sigurnost« mnogostrukih uloga snažno određenih preopterećenjem i nužno štetnim vanjskim pritiscima. Pitanja ljudskih prava vezanih za položaj žene u društvu, rad te odgovornost društva za pojedinca i obitelj, najizravnije se odnose baš na zdravlje žena.

5.4.1 Pravednost u zdravlju i zdravlje žena

Pravednost u zdravlju jedan je od najviših standarda koje zdravstveni sustav nastoji zadovoljiti. Naime, radi se o postizanju stanja u kojem se u razmatranje ravnopravno uzimaju zdravstveno stanje i mogućnosti svakog pojedinca na zadovoljavajuće zdravlje. Osnovu pravednosti čini etički princip koji će svima pružiti istu šansu za zdravlje. Međutim, iako se radi o konceptu, njegovo oživotvorenje ne smije se ni na trenutak ispustiti iz vida, bilo pri provođenju javnozdravstvene prakse, bilo pri znanstveno istraživačkom radu.¹²³ Sustavna sociološka istraživanja pri tome mogu dodatno pomoći i mogu detaljnije objasniti povezanost društvenog statusa sa zdravljem te pružiti jasnije uvide u moguća rješenja.¹²⁴

Iako se u ovom radu primarno radi o znanstvenom istraživanju, u svakom se trenutku nastoji istaknuti mogućnost neposredne primjene rezultata. (Tablica 5.1.) Takvo nastojanje nije isključivo akademski napor, što pokazuju iskustva drugih država od koje su neke, baš na tragu znanstvenih istraživanja pravednosti, formirale i specifična operativna tijela s ciljem postizanja pravednosti u zdravlju u cijelom društvu.¹²⁵

Tablica 5.1. Stanje društvenog položaja i zdravlja domaćica u Hrvatskoj

Odrednice/populacija	Domaćice (i u odnosu prema nedomaćicama)
Demografski	Starija populacija koja više živi na selu i prigradskim naseljima. Žive u obiteljima s više djece.
Socio-ekonomski status	Slabo obrazovane. Najčešće samo s osnovnom školom ili bez završene osnovne škole. Materijalni status procjenjuju lošije od zaposlenih žena, ali bolje od nezaposlenih žena.
Percepcija društva	Prepoznate kao neatraktivna društvena uloga.
Zdravstveno stanje i smrtnost	Veća smrtnost od krvožilnih bolesti, bolesti dišnog sustava i ozljeda.
Rizična ponašanja	Veće su šanse za svakodnevno i povremeno pušenje te nepotrebno dosoljavanje hrane.
Pozitivna ponašanja	Veće su šanse za bolju tjelesnu aktivnosti i konzumiranje više voća .
Mogućnosti zdravstvenih intervencija	Mogućnosti intervencija prema njima su ograničene. Zdravstveni sustav ih ne prepoznaje kao ciljnu skupinu. Zdravstvena intervencija ima ograničene mogućnosti za umrežavanje s drugim socijalnim programima jer nema razvijenih programa za ovu populaciju.
Pravednost u zdravlju	Imaju lošije pokazatelje smrtnosti, lošiji socioekonomski status i prepoznate su kao nepoželjan model »idealne žene«. Zdravstveni sustav ne prepoznaje ni specifičnosti ove populacije niti ima mogućnost da se pruže posebni ili dodatni oblici skrbi. Skrb za ovu populaciju predstavlja značajan javnozdravstveni izazov.

Osim za provođenje nacionalnih javnih politika, koncept pravednosti značajan je jer može imati neposredne učinke na funkcioniranje zdravstvenog sustava, ponajprije primarne zdravstvene zaštite.^{126,127} Pri planiranju zdravstvene zaštite tako se posebno mora uzeti u obzir utjecaj susjedstva (primarne zajednice) odnosno mikrookružja koje ima iznimno značenje za sprečavanje velikog broja smrti i oboljenja u razvijenim i nerazvijenim zajednicama. Uz to, nužno je kontinuirano sagledavati razlike među spolovima koje dodatno određuju specifične uvjete i utjecaj okružja.^{128,129,130} Isto tako, uzajamni utjecaj okruženja i dobi, posebice kod žena, moraju biti zasebno izučavani i praćeni kako bi se odredio njihov zbirni učinak.^{131,132} Dodatnu dimenziju izučavanju problema domaćica daju i neprekinuti procesi promjene društvenih odnosa, položaja žena te stanja na tržištu rada. Stoga ukupno izgrađeni sustavi zaštite zdravlja žena moraju prepoznavati ključne trendove te biti sposobni na njih reagirati.^{133,134,135,136,137}

U radu je potvrđena hipoteza da populacija domaćica u Hrvatskoj ima lošije zdravstvene pokazatelje, posebice smrtnost od kardiovaskularnih bolesti te da nema primjerene zdravstvene programe koji bi skrbili za ovu populaciju. Iz rezultata rada i dostupne literature moguće je zaključiti da postojeća klasifikacija radnoga položaja žena kao domaćica ne odražava specifičnost i kompleksnost ove društvene uloge i nije primjerena za korištenje specifičnim zdravstvenim programima.

Potvrđena je kompleksnost životnih uloga žena te značenje multiplih uloga među kojima specifično mjesto u životu svake žene zauzima uloga domaćice u svakodnevnom životu. Manje razlike ili nepostojanje razlika u pojedinim zdravstvenim stanjima i zdravstvenim rizicima između domaćica i ostalih žena u populaciji pokazuju da usprkos lošim socioekonomskim odrednicama, postoje i pozitivni učinci uloge domaćice na zdravlje.

Neodgovarajući znanstveno-istraživački i stručni odnos prema populaciji domaćica rezultira njihovom marginalizacijom i nejednakostima u zdravlju.

6 ZAKLJUČAK

Domaćice predstavljaju značajnu populaciju unutar stanovništva Republike Hrvatskoj koja broji više od 300.000 žena, a za koju ne postoje ni jasni pokazatelji zdravlja i bolesti niti korištenja zdravstvene zaštite.

Uloga domaćice koju može imati svaka žena značajna je determinanta društvenog statusa i osobna odrednica koju treba analizirati kao komponentu ukupnog osobnog određenja. Međutim, ne smije se miješati s osobama koje jesu i žive punim stilom života domaćice.

Domaćice u Hrvatskoj imaju lošije samo neke pokazatelje zdravlja, ali značajno više umiru od bolesti krvožilnog sustava u odnosu na ostale žene u populaciji.

Domaćice u Hrvatskoj manje koriste preventivnu i specijalističku zdravstvenu zaštitu u odnosu na ostale žene u populaciji.

Nerazmjer između relativno manjih razlika u zdravstvenom stanju i velikih razlika u smrtnosti može se pripisati »zaštitnom učinku« uloge domaćice na zdravlje te negativnom utjecaju uloge domaćice na korištenje i dobit utjecaja zdravstvenih intervencija.

Organiziranje svih oblika društvene skrbi, uključujući zdravstveni sustav i intervencije, mora uključivati, u prvom redu, prepoznavanje pozitivnih i negativnih učinaka uloge domaćice na zdravlje svih žena. Nadalje, specifični i cjeloviti programi moraju se organizirati za populaciju žena koje u cijelosti žive stilom života domaćice.

7 SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti zdravstveno stanje i odrednice zdravlja populacije domaćica u Hrvatskoj. Korišteni su podaci iz istraživanja „Hrvatska zdravstvena anketa 2003.“ u kojoj je bilo uključeno 9077 ispitanika. Taj populacijski uzorak bio je reprezentativan za populaciju odraslih osoba u Hrvatskoj. Također su korišteni i javnodostupni demografski i mortalitetni podaci. Prema Popisu stanovnika 2001. godine u Hrvatskoj, u populaciji od 4,437.460 stanovnika bile su 303.374 domaćice. U uzorku ovog istraživanja od ukupno 6175 ispitanica, 1960 (31,7 posto) svoj je radni položaj karakteriziralo kao *domaćica*. S obzirom na mjesto stanovanja, najveći dio ispitanih domaćica živi na selu, njih 53,4 posto. Sveukupno bez ili samo sa završenom osnovnom školom bilo je 74,9 posto domaćica.

Domaćice češće žive u seoskim i prigradskim područjima, imaju niži stupanj obrazovanja i manja primanja od zaposlenih žena. Svoj ekonomski položaj ocjenjuju lošije nego zaposlene, ali bolje nego nezaposlene žene. U ocjeni atraktivnosti životnih uloga nisu prepoznate kao atraktivne. Domaćice imaju više stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti, bolesti pluća te ozljeda nego ostale žene u populaciji.

Rezultati pokazuju veće i statistički značajne vjerojatnosti smrtnosti žena domaćica od bolesti cirkulacijskoga sustava 1,48 puta, dišnoga sustava 1,50 puta, ozljeda i nesreća 1,29 puta te smrti povezanih s psihičkim bolestima 1,45 puta. Među deset vodećih uzroka smrti prema dijagnozama, statistički značajne razlike između domaćica i nedomaćica nisu utvrđene za uzroke smrti vezane uz dijagnoze zloćudnih novotvorina dojke, zloćudne novotvorine debelog crijeva, zloćudne novotvorine dušnika i pluća te dijabetesa melitusa.

Domaćice imaju veće šanse da budu ovisne o duhanu te više dosoljavaju hranu. Pozitivne oblike ponašanje u ovoj populaciji čine veća tjelesna aktivnost te više voća u prehrani.

Prehrambene navike pokazuju da domaćice u odnosu na zaposlene žene koriste više masnoća životinjskog porijekla, više dosoljavaju hranu, ali i jedu više voća. U odnosu na nezaposlene žene domaćice koriste manje masti životinjskog porijekla, više dosoljavaju hranu te jedu manje voća.

Postupkom logističke regresije u populacijama domaćica i nedomaćica analiziran je omjer izgleda za subjektivnu ocjenu tjelesnog i mentalnog zdravlja. U odnosu na nedomaćice bez završene osnovne škole veće izgleda za bolje mentalno zdravlje imaju: nedomaćice sa završenom osnovnom školom (1,42 puta), sa završenom srednjom školom (1,69 puta) te nedomaćice sa završenom višom školom (2,22) puta. Za skupinu domaćica ni u jednoj obrazovnoj kategoriji nisu jednoznačno utvrđeni drukčiji izgledi za bolje mentalno zdravlje. U odnosu na domaćice bez završene osnovne škole veće izgleda za bolje tjelesno zdravlje imaju: domaćice sa završenom osnovnom školom (1,63 puta), sa završenom srednjom školom (2,00) puta te domaćice sa završenim fakultetom (4,17 puta). Mjesto stanovanja, odnosno razina urbanizacije, ni kod domaćice niti kod nedomaćice ne mijenja jednoznačno izgleda za bolje tjelesno zdravlje.

Prikupljeni intervjui pokazuju kompleksnost uloge domaćice. Naime, osim uobičajenih odrednica socioekonomskog položaja i zdravlja u životu žena opće populacije, domaćice se izdvajaju i specifičnostima vezanim uza svoju ulogu. To su isključiva ekonomska ovisnost o suprugu, intenzivan i specifičan odnos s djecom, isticanje vlastite borbe za postignuća u životu, kontradiktoran odnos prema zapošljavanju, specifična uloga domaćica u poslovima vezanim uz kuću (gradnja kuće, sudjelovanje u obiteljskom poslu) te intenzivan odnos s ostalim ukućanima.

Ukupno rezultati ukazuju na lošije socioekonomsko i zdravstveno stanje domaćica u odnosu na ostatak ženske populacije.

8 SUMMARY

The aim of this study was to investigate health status and determinants of health in the housewife population in Croatia. The data were collected during the Croatian health survey in 2003, and compose representative sample of the Croatian population. Official demographic and mortality data for female population were used from the national census. Out of 4 437 460 citizens, 303 374 were housewives.

Out of 6175 women in this study 1960 were housewives, 53,4% of them live in rural areas, whereas 74,9% don't have any or have only primary education.

Housewives more often live in rural or suburban settings, have a lower education level and lower income than employed women. Their self assessment of the economic status is worse than of the employed, but better than the unemployed ones. Their position in the society is not recognized as attractive. Mortality rates for cardiovascular disease, pulmonary disease and injuries are higher in the housewife than in the non-housewife population.

In comparison to non-housewives, housewives have higher chances for death caused by the following causes: 1,48 times for cardiovascular disease, 1,50 times for lung disease, 1,29 due to accidents and 1,45 due to psychiatric disorders. Among ten leading causes of death there are no significant differences between housewives and non-housewives for the cancers (breast, colon, lung), and diabetes.

Smoking and higher salt consumption are important health risks for the housewives. Higher physical activity rates and fruit consumption are positive behavioural determinants.

In comparison to employed women, housewives eat more animal fats, add more salt to food and eat more fruit. In comparison to unemployed women, housewives eat less animal fat, add more salt to food, and eat less fruit.

Logistic regression models were used to analyze socioeconomic determinants for mental and physical health. In comparison to non-housewives without formal education, non-housewives with some degree of education have higher chances for better mental health: with primary school 1,42 times, with secondary school 1,69 times, and with higher education level 2,22 times. Among housewives there is no recognized influence of the observed socioeconomic determinants to the mental wellbeing.

In comparison to the housewives without formal education, the housewives with some degree of education have higher chances for better physical health: with primary school 1,63 times, secondary school 2,00 times and with university degree 4,17. There was no clear relation between place of living and better physical health among housewives and non-housewives.

Information collected in the interviews show very complex structure of the housewife role. Apart from usually recognized health determinants among general female population, there are many specific factors relevant for housewives. These are: economic relation with employed husband, intensive relations with children, ambivalent attitude to the employment possibilities, specific workload related to the household (family business, house construction) and very intensive relation with other family members.

Overall results suggest worse socioeconomic and health status of the housewife population than the general female population in Croatia.

Key words: housewife, women's health, health needs, inequity, Croatia

9 ŽIVOTOPIS

Rođen sam 5. listopada 1973. u Sisku. Godine 1998. završio sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Trenutačno sam zaposlen kao znanstveni novak u suradničkom zvanju asistenta na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite u ŠNZ-u »Andrija Štampar«. Profesionalno sam usmjeren na područje upravljanja i organizacije skrbi za zdravlje. Do sada sam sudjelovao u brojnim programima te projektima koji stručno i znanstveno obrađuju probleme skrbi za zdravlje u Republici Hrvatskoj. Među njima su programi »Zdrave županije« te »Hrvatska zdravstvena anketa 2003.-2008«. Specijalistički ispit iz javnog zdravstva položio sam 2007. godine. Autor sam više stručnih, nastavnih i znanstvenih radova od kojih je šest objavljeno u časopisima koji su indeksirani u bazi Current Contents.

Aleksandar Džakula, dr.med.

Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Rockefellerova 4, Zagreb

adzakula@snz.hr

10 POPIS TABLICA

Tablica 3.1. Struktura i sadržaj upitnika prema skupinama varijabli

Tablica 4.1. Mjesto stanovanja ispitanica – prema HZA 2003.

Tablica 4.2. Školska sprema ispitanica – prema HZA 2003.

Tablica 4.3. Mjesečni prihodi domaćinstava u kojima žive žene – prema HZA 2003.

Tablica 4.4. Vodeći uzroci smrti žena umrlih u Hrvatskoj 2004. godine

Tablica 4.5. Standardizirani omjeri smrtnosti (*engl.* standardized mortality ratio) – prema skupinama bolesti

Tablica 4.6. Standardizirani omjeri smrtnosti (*engl.* standardized mortality ratio) – prema vodećim uzrocima smrtnosti

Tablica 4.7. Socioekonomske razlike domaćice/zaposlene/nezaposlene žene

Tablica 4.8. Tjelesne mjere domaćice/zaposlene/nezaposlene žene

Tablica 4.9. Pušenje, prehrambene navike i ponašanje domaćice/zaposlene/nezaposlene

Tablica 4.10. Tjelesna aktivnost i korištenje zdravstvene zaštite domaćice/zaposlene/nezaposlene žene

Tablica 4.11. Antropometrijska mjerenja, sistolički i dijastolički tlak, puls i silueta

Tablica 4.12. Samoprocjena zdravlja (SF-36) i kvaliteta života

Tablica 4.13. Skupina ispitanica s visokim vrijednostima MCS-a

Tablica 4.14. Skupina ispitanica s visokim vrijednostima PCS-a

Tablica 4.15. Skupina ispitanica s niskim vrijednostima MCS-a

Tablica 4.16. Skupina ispitanica s niskim vrijednostima PCS-a

Tablica 4.17. Pregled sadržaja intervjua

Tablica 4.18. Karakteristične rečenice

Tablica 4.19. Kategorije prema položaju i stavovima domaćica

Tablica 5.1. Stanje društvenog položaja i zdravlja domaćica u Hrvatskoj

11 POPIS SLIKA

Slika 4.1.. Distribucija PCS pokazatelja

Slika 4.2.. Distribucija MCS pokazatelja

12 LITERATURA

-
- ¹ Ussher JM. Women's health: contemporary concerns. In: Ussher JM, editor. Women's health: contemporary international perspectives. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 1-7.
- ² Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. Soc Sci Med. 1996;42:1203-16.
- ³ Lee C. Psychology of women health: a critique. In: Ussher JM, editor. Women's health: contemporary international perspectives. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 26-38.
- ⁴ Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. Soc Sci Med. 1993;36:33-46.
- ⁵ Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. Soc Sci Med. 1993;37:1055-68.
- ⁶ Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med. 2004;58:2585-600.
- ⁷ Szaflarski M. Gender, self-reported health, and health-related lifestyles in Poland. Health Care Women Int. 2001;22:207-27.
- ⁸ Spol. <http://hr.wikipedia.org/wiki/Spol>. (Pristupljeno 28.12.2008.)
- ⁹ Gender Identity. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/228219/gender-identity> (Pristupljeno 28.12.2008.)
- ¹⁰ Ujedinjeni narodi. Četvrta konferencija žena. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm> (Pristupljeno 18.08.2008.)
- ¹¹ Međunarodna organizacija rada <http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm> (Pristupljeno: 18.08.2008.)
- ¹² Expert Group Meeting on Population and Women. Popul Bull UN. 1993;(34-35):56-78. <http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/catalogue/catint1.htm> (Pristupljeno: 20.09.2008.)

-
- ¹³ Raikes A, Shoo R, Brabin L. Gender-planned health services. *Ann Trop Med Parasitol.* 1992;86 Suppl 1:19-23.
- ¹⁴ Lee C. Psychology of women health: a critique. In: Ussher JM, editor. *Women's health: contemporary international perspectives.* Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 1-26.
- ¹⁵ The Centre of Research and Promotion of Women's Health (CRPWH) About CRPWH http://www.cuhk.edu.hk/crpwh/web_new/eng/about.html (Pristupljeno: 12.12.2008.)
- ¹⁶ Berkman L, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.* 1979;109:186-204.
- ¹⁷ Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol.* 1988;94 (suppl):S95-S120.
- ¹⁸ House JS, Robbins C, Metzner LH. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *A J Epidemiol.* 1982;116:123-40.
- ¹⁹ Putnam R. Social capital: measurement and consequences. *ISUMA. Can J Policy Res.* 2001;2:41-51
- ²⁰ Glaeser EL. The formation of social capital. *ISUMA. Can J Policy Res.* 2001;2:34-40.
- ²¹ Putnam R. Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy* 1995;6(1):65-78. http://muse.jhu.edu/demo/journal_of_democracy/v006/putnam.html (Pristupljeno: 17.01.2009.)
- ²² Wilkinson RG. Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch. *Int J Health Serv.* 1999;29:525-43.
- ²³ Social Capital as a Health Determinant - How is it Defined? Health Canada, 2003; ISBN 0-662-32985-6. <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0207-social-defin/index-eng.php> (Pristupljeno: 20.08.2008.)
- ²⁴ Markku HT, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med.* 2001;32:148-55.

-
- ²⁵ Baruch GK, Barnett R. Role quality, multiple role involvement and psychological well-being in midlife women. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51: 578-85.
- ²⁶ Repetti RL, Matthews KA, Waldron I. Employment and women's health. *Am Psychol.* 1989;44:1394-401.
- ²⁷ Caplan PJ, Hall-McCorquodale I. Mother-blaming in major clinical journals. *Am J Orthopsychiatry.* 1985;55:345-53.
- ²⁸ Istraživanje o kvaliteti života u Hrvatskoj. Ured za ravnopravnost spolova RH. http://www.uredravnopravnost.hr/slike/File/UN/undp/Istrazivanje_o_kvaliteti_zivota_u_Hr.pdf (Pristupljeno: 17.01.2009.)
- ²⁹ Ainslie J, Feltey KM. Definitions and dynamics of motherhood and family in lesbian communities. *Marriage Fam Rev.* 1991;17:63-85.
- ³⁰ Grbich CF. Male primary caregivers and domestic labour: Involvement or avoidance. *J Fam Studies.* 1995; :114-29.
- ³¹ Davies L, Rains P. Single mothers by choice? *Fam Soc.* 1995;76:543-50.
- ³² Anić V. Veliki rječnik hrvatskog jezika Anić. Novi Liber, Zagreb 2003.
- ³³ Hrvatski jezični portal. <http://hjp.srce.hr/index.php?show=search>
- ³⁴ Compact Oxford English Dictionary of Current English. http://www.askoxford.com/concise_oed/housewife?view=uk
- ³⁵ Arber S, Khlal M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Soc Sci Med.* 2002;54:643-7.
- ³⁶ Waldron I, Hughes ME, Brooks TL. Marriage protection and marriage selection: prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Soc Sci Med.* 1996;43:113-23.
- ³⁷ Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med.* 2002;54:649-61.

-
- ³⁸ Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:192-9.
- ³⁹ Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2000;55:639-47.
- ⁴⁰ Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *Eur J Public Health*. 2004;14:43-8
- ⁴¹ Chandola T, Kuper H, Singh-Manoux A, Bartley M, Marmot M. The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Soc Sci Med*. 2004;58:1501-9.
- ⁴² Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O, Roos E, Laaksonen E, Martikainen P, et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. *Soc Sci Med*. 2008 ;66:1681-98.
- ⁴³ Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869-87.
- ⁴⁴ Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008;29:640-8.
- ⁴⁵ Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study . *Soc Sci Med*. 2004;5:1563-74.
- ⁴⁶ Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindström M, Merlo J. Contribution of main causes of death to social inequalities in mortality in the whole population of Scania, Sweden. *BMC Public Health*. 2006;6:79.
- ⁴⁷ Ross NA, Tremblay S, Khan S, Crouse D, Tremblay M, Berthelot JM. Body mass index in urban Canada: neighborhood and metropolitan area effects. *Am J Public Health*. 2007;97:500-8.

-
- ⁴⁸ Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Egan KM, Titus-Ernstoff L, Baron JA, Storer BE, et al. Weight change and risk of postmenopausal breast cancer (United States). *Cancer Causes Control*. 2000;11:533-42.
- ⁴⁹ Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Storer BE, Remington PL. Risk factors for carcinoma in situ of the breast. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2000;9:697-703.
- ⁵⁰ Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *Eur Heart J*. 2000;21:1141-51.
- ⁵¹ Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol*. 2005;34:316-26.
- ⁵² Avendano M, Kunst AE, van Lenthe F, Bos V, Costa G, Valkonen T, et al. Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981-1985 and 1991-1995. *Am J Epidemiol*. 2005;161:52-61.
- ⁵³ Ainy E, Azizi F. Women, occupation and cardiovascular risk factors: findings from the Tehran Lipid and Glucose Study. *Public Health*. 2007;121:950-3.
- ⁵⁴ Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25:1372-80.
- ⁵⁵ Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *Int J Epidemiol*. 2001;30:275-84.
- ⁵⁶ Gomes AL, Guimarães MD, Gomes CC, Chaves IG, Gobbi H, Camargos AF. A case-control study of risk factors for breast cancer in Brazil, 1978-1987. *Int J Epidemiol*. 1995;24:292-9
- ⁵⁷ Farid B, Elsherbini M, Ogden M, Lucas G, Williams R. Alcoholic housewives and role satisfaction. *Alcohol Alcohol*. 1989;24:331-7.
- ⁵⁸ Women's Health Surveillance Report: A Multidimensional Look at the Health of Canadian Women Date published: September 30, 2003.

http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_29_E&cw_topic=29&cw_rel=AR_342_E (Pristupljeno: 18.08.2009.)

⁵⁹ Froberg D, Gjerdingen D, Preston M. Multiple roles and women's mental and physical health: what have we learned? *Women Health* 1986;11:79-96.

⁶⁰ Lee c. Psychology of women's health: a criique. In: Usher JM, editor. *Women's health: contemporary international perspectives*. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 27-33.

⁶¹ Avison WR. Roles and resources: the effects of family structure and employment on women's psychosocial resources and psychological distress. *Res Community Ment Health*. 1995;8:233-56.

⁶² Lahelma E, Arber S, Kivela K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med*. 2002;54:727-40.

⁶³ Dzakula A, Bosanac SB, Brborović O, Rukavina TV, Voncina L. Association of social roles, health, and health behavior of elderly women in Croatia. *Croat Med J*. 2007;48:684-90

⁶⁴ Ussher MJ. The legacy of early critiques of women's health. In: Ussher JM, editor. *Women's health: contemporary international perspectives*. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 1-14.

⁶⁵ Ured za ravnopravnost spolova Vlade Republike Hrvatske. O Uredu. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=2> (Pristupljeno: 20.08.2009.)

⁶⁶ Zakon o ravnopravnosti spolova. Narodne novine 82/2008. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/slike/File/Dokumenti/zakon.pdf> (Pristupljeno: 19.02.2009.)

⁶⁷ Ured za ravnopravnost spolova Vlade Republike Hrvatske. Institucionalni mehanizmi. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=9> (Pristupljeno: 19.02.2009.)

⁶⁸ Državni zavod za statistiku. Žene i muškarci u Hrvatskoj. http://www.dzs.hr/Hrv/publication/men_and_women.htm (Pristupljeno: 29.12.2009.)

⁶⁹ Ured Vlade Republike Hrvatske za ravnopravnost spolova. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=61>

-
- ⁷⁰ Béland Y, Bailie L, Page J. Statistics Canada, Croatian Ministry of Health and Central Bureau of Statistics: a joint effort in implementing the 2003 Croatian Adult Health Survey". 2004 Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods. Toronto, Canada: American Statistical Association; 2004.
- ⁷¹ World Health Organization, Regional Office for Europe. CINDI Health Monitor: A Study of feasibility of a health behaviour monitoring survey across CINDI countries. <http://www.euro.who.int/document/e79396>. (Pristupljeno: 20.07.2007.)
- ⁷² Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. 1995;33(4 Suppl):264-79.
- ⁷³ Maslic Sersic D, Vuletic G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croat Med J*. 2006;47:95-102.
- ⁷⁴ Jureša V, Ivanković D, Vuletić G, Babić-Banaszak A, Srček I, Mastilica M, et al. The Croatian Health Survey--SF-36: I. General quality of life assessment. *Coll Antropol*. 2000;24:69-78.
- ⁷⁵ Patto MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. London: Sage Publications; 1990.
- ⁷⁶ Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2001. <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/Census2001/census.htm>
- ⁷⁷ Državni zavod za statistiku. Statističke informacije 2007. www.dzs.hr (Pristupljeno: 23.08.2009.)
- ⁷⁸ Državni zavod za statistiku. Nasilje u obitelji. 2006. www.dzs.hr
- ⁷⁹ Istraživanje «Idealna žena». Ured Vlade Republike Hrvatske za ravnopravnost spolova. http://www.ured-ravnopravnost.hr/slike/File/istrazivanja/zena_idealna%20zena.pdf (Pristupljeno: 18.10.2008.)

-
- ⁸⁰ Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M. Is income inequality a determinant of population health? Part 2. U.S. National and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality. *Milbank Q.* 2004;82:355-400.
- ⁸¹ Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is Income Inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q.* 2004;82:5–99.
- ⁸² Mullis RJ. Measures of economic wellbeing as predictors of psychological well-being. *Soc Indic Res.* 1992;26:119-35.
- ⁸³ Duncan GJ. Income dynamics and health. *Int J Health Serv.* 1996;26:419-44.
- ⁸⁴ Swerdlow AJ, De Stavola BL, Floderus B, Holm NV, Kaprio J, Verkasalo PK, et al. Risk factors for breast cancer at young ages in twins: an international population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94:1238-46.
- ⁸⁵ Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med.* 2004;59:263-74.
- ⁸⁶ Ellis JB. Children's sex role development: implications for working mothers. *Soc Behav Pers.* 1994;22:131-6.
- ⁸⁷ Phares V. Where's poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *Am Psychol.* 1992;47:427-49.
- ⁸⁸ Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax.* 1997;52:1081-94.
- ⁸⁹ Ohlander E, Vikström M, Lindström M, Sundquist K. Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *Eur J Public Health.* 2006;16:78-84.
- ⁹⁰ Sellström E, Arnoldsson G, Bremberg S, Hjern A. The neighbourhood they live in: does it matter to women's smoking habits during pregnancy? *Health Place.* 2008;14:155-66.
- ⁹¹ Bierut LJ, Dinwiddie SH, Begleiter H, Crowe RR, Hesselbrock V, Nurnberger JI Jr, et al. Familial transmission of substance dependence:

alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:982-8.

⁹² Perel P, Langenberg C, Ferrie J, Moser K, Brunner E, Marmot M. Household wealth and the metabolic syndrome in the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2006;29:2694-700.

⁹³ Kulčar Z, Kovačić L, Bedenić B. Smoking in the population of Croatia. *Lijec Vjesn*. 1974;96:467-72.

⁹⁴ Turek S, Rudan I, Smolej-Narancin N, Szivoczka L, Cubrilo-Turek M, Zerjavic-Hrabak V, et al. A large cross-section study of health attitudes, knowledge, behaviour and risks in the post war Croatian population. *Coll Antropol*. 2001;25:77-96.

⁹⁵ Kern J, Strnad M, Coric T, Vuletic S. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide the evidence for developing policy recommendations. *BMJ*. 2005;331:208-10.

⁹⁶ Kern J, Ivankovic D, Sogoric S, Vuletic S. What was the lifestyle of people who died by cardiovascular diseases? *Med Arh*. 2004;58:351-3.

⁹⁷ Hosman C, Lopis EJ. Mental health: the work of health promotion in meeting a growing crisis –an epidemic – of mental illness. In: International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in new Europe, IUHPE and EC. Brussels: The Institute; 2000.

⁹⁸ Stoppard JM. Understanding depression in women: limitations of mainstream approaches and material-discursive alternative. In: Ussher JM, editor. *Women's health: contemporary international perspectives*. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2000. p. 45-76.

⁹⁹ Aronen E, Kurelka S. Long-term effects on an early home-based intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1665-72.

¹⁰⁰ Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*. 1997;25:115-52.

¹⁰¹ Schvela D. Air pollution and human health in developing countries. *J Human Environ Syst*. 2002;6:1-7

-
- ¹⁰² MedlinePlus: Indoor Air Pollution
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/indoorairpollution.html> (Pristupljeno: 14.11.2008.)
- ¹⁰³ Indoor air pollution. http://www.titlelibrary.com/indoor_air_polution.htm (Pristupljeno: 14.11.2008.)
- ¹⁰⁴ Studies of Childhood Exposure to Indoor Air Pollution.
<http://www.ehso.com/ehshome/children3indoorair.htm> (Pristupljeno: 14.11.2008.)
- ¹⁰⁵ Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2004;58:1563-74.
- ¹⁰⁶ Borrell C, Rue M, Pasarín MI, Rohlf s I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med.* 2000;31:691-701.
- ¹⁰⁷ Johnson SM, Kurtz ME, Tomlinson T, Howe KR. Students' stereotypes of patients as barriers to clinical decision-making. *J Med Educ.* 1986;61:727-35.
- ¹⁰⁸ Clark JP, Feldberg GD, Rochon PA. Representation of women's health in general medical versus women's health specialty journals: a content analysis. *BMC Womens Health.* 2002;2(1):5.
- ¹⁰⁹ Millner L, Widerman E. Women's health issues: a review of the current literature in the social work journals, 1985-1992. *Soc Work Health Care.* 1994;19:145-72.
- ¹¹⁰ Phillips S. The social context of women's health: goals and objectives for medical education. *Can Med Assoc J.* 1995;152:507-11.
- ¹¹¹ Gladwel M. Tipping point. Točka preokreta. Zagreb: Naklada Jesenski Turk; 2005.
- ¹¹² Linnan LA, Ferguson YO. Beauty salons: a promising health promotion setting for reaching and promoting health among African American women. *Health Educ Behav.* 2007;34:517-30.
- ¹¹³ Wilson TE, Fraser-White M, Feldman J, Homel P, Wright S, King G, et al. Hair salon stylists as breast cancer prevention lay health advisors for African American and Afro-Caribbean women. *J Health Care Poor.* 2008;19:216-26.

-
- ¹¹⁴ Macintyre S. The Black Report and beyond what are the issues? Soc Sci Med. 1997; 44:723-45.
- ¹¹⁵ Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? Lancet. 1991;338:1059-63.
- ¹¹⁶ Gunning SI, Gepkens A. Review of interventions to reduce social inequalities in health: research and policy implications. Health Educ J. 1996;55:226-38.
- ¹¹⁷ Draft Resolution - "Achieving gender equality: a challenge for human rights and a prerequisite. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=61> (Pristupljeno: 12.02.2009.)
- ¹¹⁸ Directive 2002/73/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 amending Council Directive 76/207/EEC on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion, and working conditions. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=61> (Pristupljeno 28.12.2008.)
- ¹¹⁹ European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe, <http://data.euro.who.int/hfad/> (Pristupljeno: 23.01.2009.)
- ¹²⁰ Matković T, Sucur Z, Zrinscak S. Inequality, poverty, and material deprivation in new and old members of the European Union. Croat Med J. 2007;48:636-52.
- ¹²¹ Šverko B, Galešić M, Maslić Seršić D. Aktivnosti i financijsko stanje nezaposlenih u Hrvatskoj. Ima li osnova za tezu o socijalnoj isključenosti dugotrajno nezaposlenih osoba? Rev Soc Pol. 2004;11:283-298.
- ¹²² Šverko B, Maslić Seršić D, Galešić M. Nezaposlenost i subjektivno zdravlje. Jesu li najugroženije osobe srednje dobi? Suvremena psihologija. 2004;7:201-12.
- ¹²³ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254-8.
- ¹²⁴ Siegrist J. Contributions of sociology to the prediction of heart disease and their Implications for public health. Eur J Public Health. 1991;1:10-21.

-
- ¹²⁵ Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes.. *Lancet*. 2007;370:1153-63.
- ¹²⁶ Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med*. 2002;54:1621-35.
- ¹²⁷ Deaton A. Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:13-30.
- ¹²⁸ Weisz D, Gusmano MK, Rodwin VG, Neuberg LG. Population health and the health system: a comparative analysis of avoidable mortality in three nations and their world cities. *Eur J Public Health*. 2008;18:166-72.
- ¹²⁹ Tobiasz-Adamczyk B, Bartoszevska E, Brzyski P, Kopacz M. Long-term consequences of education, working conditions, and health-related behaviors on mortality patterns in older age. A 17-year observational study in Kraków, Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2007;20:247-56.
- ¹³⁰ Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity and mortality from cancer in prospectively studied cohorts of US adults. *N Eng J Med*. 2003;348:1625-38.
- ¹³¹ Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:438-40.
- ¹³² Fors S, Lennartsson C, Lundberg O. Health inequalities among older adults in Sweden 1991-2002. *Eur J Public Health*. 2008;18:138-43.
- ¹³³ Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med*. 1999;48:99-115.
- ¹³⁴ Schulz A, Parker E, Israel DB, Fisher DT. Social context, stressors, and disparities in women's health. *J Am Med Womens Assoc*. 2001;56:143-9.
- ¹³⁵ Chandola T, Jenkinson C. The new UK National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC); investigating social class differences in self-reported health status. *J Public Health Med*. 2000;22:182-90.
- ¹³⁶ Beaglehole R. Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet*. 2004;363:2084-6.

¹³⁷ Bloom DE, Canning D. The health and the wealth of nations. *Science*. 2000;287:1207-8.