

4.1. SPOL

Statistički signifikantna veza utvrđena je između spola ispitanika i SZ-a. Muškarci u dobi od 50+, imali su veću šansu izjavljivanja viših kategorija SZ-a nego žene, nakon kontrole ostalih varijabli u modelu. Kada govorimo o samoprocjeni zdravlja, zaključci o razlikama među spolovima iz ranijih istraživanja nisu sasvim jasni (McDonough i Walters, 2001.). U brojnim slučajevima, odrednice SZ-a istražuju se odvojeno za žene i muškarce. Rodni jaz u odnosu na SZ opažen je u općoj populaciji, npr. u EU-SILC podacima za 2014. za sve članice EU-a. Pogleda li se hrvatsko stanovništvo u dobi od 16 i više godina, muškarci su imali veću vjerojatnost da će ocijeniti svoje zdravlje kao vrlo dobro ili dobro, dok su žene u većoj mjeri izjavljivale da je njihovo zdravlje lošije. Nadalje, očekivano trajanje zdravog života u dobi od 50 godina, temeljeno na samoprocjeni zdravlja, bilo je 17,8 godina za muškarce i 19,2 godina za žene u 2014. (Eurostat, 2016a). Još jedan zanimljiv pokazatelj dostupan iz EU-SILC baze je "samoprocjena dugotrajnih ograničenja u svakodnevnim aktivnostima zbog zdravstvenog problema". Među populacijom u dobi od 65+ u 2015., preko 27,7% muškaraca i 30,5% žena izjavili su kako imaju ozbiljnih ograničenja u obavljanju aktivnosti zbog zdravstvenih problema. Udjeli muškaraca i žena u dobi od 65+, koji su izjavili da su u određenoj mjeri ili ozbiljno ograničeni u obavljanju aktivnosti, iznosili su 68,5% odnosno 75,9% (Eurostat, 2016b). Čipin i Smolić (2013a) analizirali su odrednice samoprocjene zdravlja u Hrvatskoj iz četiri baze podataka, ali nisu pronašli statistički signifikantne razlike među spolovima, npr. u podacima iz Europskog društvenog istraživanja (ESS). Benyamini, Leventhal i Leventhal (2000.) smatraju kako kod muškaraca samoprocjene zdravlja reflektiraju uglavnom ozbiljne, po život opasne bolesti dok kod žena reflektiraju oboje, po život opasne i bezopasne bolesti.

Štoviše, kada ispitanici izjavljuju SZ čini se da je njihovo poimanje zdravstvenog stanja holističko tj. uključuje i informacije o zdravstvenom statusu. Muškarci i žene na različitim društvenim položajima, također vrednuju takve informacije različito u odnosu na različite referentne grupe, pružajući različite društvene usporedbe (Idler i Benyamini, 1997.). S druge strane, ponavljajuća studija sociodemografskih faktora SZ-a i mortaliteta u SAD-u pokazuje da žene izjavljuju lošije zdravstveno stanje, ali je kod njih veći mortalitet (Franks, Gold i Fiscella, 2003.). Lošije samoprocjene zdravlja kod muških ispitanika mogle bi sugerirati pojavnost ozbiljnijih zdravstvenih stanja, ali njihove loše ocjene zdravlja u većoj mjeri predviđaju mortalitet nego loše ocjene zdravlja kod žena (Idler i Benyamini, 1997.). U konačnici, ne smijemo zanemariti činjenicu da na SZ može utjecati subjektivna percepcija ispitanika, njihova socijalna i kulturološka pozadina kao i prethodno zdravstveno iskustvo.

4.2. RAZINA OBRAZOVANJA

Razina obrazovanja snažno je povezana s boljim SZ-om. Pojedinci koji su završili primarnu ili nižu razinu obrazovanja (npr. završili su samo osnovnu ili uopće nisu završili osnovnu školu) te sekundarnu razinu obrazovanja, imali su značajno manje šanse da izjave višu kategoriju SZ-a od onih s tercijskim obrazovanjem, *ceteris paribus*. Ovaj nalaz nas ne treba iznenaditi budući da je već potvrđen u brojnim ranijim istraživanjima. Niska razina obrazovanja često se smatra važnom odrednicom lošeg zdravlja i sistematično većih stopa morbiditeta i mortaliteta (Leinsalu, 2002.; Mackenbach, 2006.; Beam Dowd i Zajacova, 2007.). Općenito se može reći kako je obrazovanje jedna od temeljnih varijabli ključnih za poboljšanje zdravlja populacije. Grossmanova teorija potražnje prepoznaje središnju ulogu obrazovanja, a to implicira da su pojedinci s boljim obrazovanjem u

pravilu i ekonomski efikasniji u proizvodnji zdravlja (Grossman, 1972.).

4.3. ŽIVOTNI ARANŽMANI I POTPORA

Udovci, udovice, nikad oženjeni ili udane te razdvojeni/razvedeni pojedinci, u odnosu na osobe koje su oženjene ili udane, imali su manju šansu, međutim nesignifikantno, da izjave višu kategoriju SZ-a. Huijts i Kraaykamp (2011.) dokazali su da se snaga veze između bračnog statusa i SZ-a značajno razlikuje među zemljama i da na to utječe nacionalni sastav bračnog statusa. S obzirom da je udio oženjenih osoba u dobi od 50+ u Hrvatskoj velik, čini se da zdravstvena selektivnost prema braku tj. odabir zdravih pojedinaca u braku i onih s lošim zdravljem u udovištvu ili razvod (Huijts i Kraaykamp, 2011:284), igra značajnu ulogu.

U radu je analizirana i povezanost između veličine kućanstva i SZ-a ispitanika. Suživot samo sa supružnikom/partnerom ili samo s ostalim članovima obitelji, u pozitivnoj je vezi (ali statistički nesignifikantno) s boljim zdravljem. Osobe koje su živjele samo sa supružnikom/partnerom ili samo s ostalima, imale su veću šansu izjavljivanja više kategorije SZ-a u odnosu na samce, *ceteris paribus*. Varijabla "primljena pomoć" upotrijebljena je kako bi saznali tko je pružio potporu ili pomoć ispitanicima. Ispitanici koji su primili pomoć od člana/članova kućanstva imali su signifikantno manju šansu izjavljivanja više kategorije SZ-a. Sličan zaključak odnosi se na kategoriju "primljena pomoć izvan kućanstva", međutim, povezanost između te varijable i SZ-a nije bila statistički signifikantna.

4.4. RIZIČNA PONAŠANJA I FIZIČKO ZDRAVLJE

Osobe koje su prestale pušiti ili trenutačno puše, imale su malo veću šansu, ali nesignifikantno, da će izjaviti više kategorije SZ-a, dok za osobe koje konzumiraju alkohol vrijedi obratno tj. imali su manju šansu ocijeniti svoje zdravlje višim kategorijama, uz sve ostale varijable konstantne. Deskriptivnom analizom pokazali smo kako sa starenjem opada funkcionalni status tj. skoro 70% ispitanika u dobnoj skupini 50-64 godine nije imalo ograničenja (kombiniranih ADL i IADL) u odnosu na 43% osoba u dobi od 65+. Možemo zaključiti kako tzv. multi-morbiditet prevladava u starijim dobnim skupinama pa tako jedna od tri osobe u dobi od 65+ izjavljuje kako su joj dijagnosticirane ili pati od tri ili više bolesti, a to isto je izjavila samo jedna od sedam osoba u najmlađoj dobnoj skupini. Iako su ranija istraživanja u Hrvatskoj potvrdila da se SZ pogoršava usporedno s porastom dobi (npr. Čipin i Smolić, 2013a), nismo mogli jednoznačno potvrditi te nalaze. Kod analize kovarijata fizičkog zdravlja tj. svakodnevnog funkcioniranja, broja kroničnih zdravstvenih stanja i broja simptoma koji ometaju ljude u svakodnevnom životu, pronalazimo stabilnu povezanost sa SZ-om. Prosječni omjeri šansi koji se kreću od 1,78 do 7,46 ukazuju na nekoliko puta veću šansu izjavljivanja više kategorije SZ kod pojedinca koji su izjavili da pate od jednog ili dva simptoma, odnosno da nemaju nikakvih simptoma, u odnosu na pojedince s tri ili više simptoma, *ceteris paribus*. Također, osobe koje nemaju dijagnosticiran zdravstveni problem imale su signifikantno veću šansu izjavljivanja više kategorije SZ-a.

Uspoređujući kategorije (I)ADL ograničenja, osobe bez ijednog (I)ADL ograničenja imale su signifikantno veću šansu izjaviti više kategorije SZ-a nego osobe s tri ili više istih ograničenja. Manji broj fizičkih ograničenja u svakodnevnom funkcioniranju i manji broj dijagnosticiranih kroničnih oboljenja, pokazali su se vrlo važnima za bolje zdravlje tj. višu razinu SZ-a. Takav zaključak potvrdila je npr. studija koju su proveli Meng i D'Arcy (2016.) na longitudinalnim podacima u tri promatrana

vala. Reile i Leinsalu (2013.) ustanovile su to isto u studiji za Estoniju pri čemu su ispitanici s ograničenjima u svakodnevnim aktivnostima imali 4,5 puta veću šansu izjaviti da je njihovo zdravlje loše ili vrlo loše. Zaključile su također kako "skala SZ-a pokazuje kontinuitet u odnosu na mjere fizičkog zdravlja", tj. povezanost s fizičkim varijablama zdravlja bila je statistički signifikantna na svim razinama SZ-a (Reile i Leinsalu, 2013:561). Lima-Costa et al. (2012.) istražili su socioekonomske nejednakosti u zdravlju i zaključili da je fizičko funkcioniranje ključna mjera uspješnog starenja. Slični zaključci proizlaze iz studija provedenih za Japan (Sun et al., 2007.), Francusku i Italiju (Desesquelles, Egidi i Salvatore, 2009.), itd.

4.5. RADNI STATUS I DOHODAK

Oko 57% ispitanika iz radnog uzorka koji su bili zaposleni, izjavili su da je njihovo zdravlje vrlo dobro ili dobro u odnosu na nešto manje od polovine onih koji nisu bili zaposleni. Prethodna istraživanja potvrdila su signifikantnu povezanost između nezaposlenosti i lošijeg SZ-a (npr. Giatti, Sandhi i Cibebe, 2010.; Desesquelles, Egidi i Salvatore, 2009.), a financijska nesigurnost može uzrokovati loše zdravlje nezaposlenih osoba (Galić, Maslić Seršić i Šverko, 2006.). Manju šansu iskazivanja boljeg zdravlja imale su nezaposlene, umirovljene i osobe koje se bave obvezama u kućanstvu, međutim, nismo uspjeli potvrditi signifikantnu povezanost bilo koje od tih kategorija i SZ-a.

Bolja financijska situacija kućanstva, pod kojom podrazumijevamo kućanstva koja s mjesečnim prihodima mogu spojiti kraj s krajem lako ili vrlo lako, signifikantno je povezana s boljim zdravljem (višim kategorijama SZ-a) kod žena i muškaraca. Ispitanici iz kućanstava koja nemaju poteškoća u spajanju kraja s krajem s mjesečnim dohotkom, imali su 2,1 puta veću šansu da se nađu u višoj kategoriji SZ-a nego oni koji žive u kućanstvima koja su suočena s određenim ili velikim poteškoćama u spajanju kraja s krajem, kontrolirajući istovremeno sve ostale varijable modela. Ovi zaključci nedvosmisleno podupiru ranije zaključke o dohotku kao važnom prediktoru koji je snažno povezan sa zdravljem, kako kod žena tako i kod muškaraca.

5. ZAKLJUČAK

Zaključci iz ovog članka mogli bi biti korisni za nositelje politika u sustavima zdravstvene i socijalne skrbi u Hrvatskoj. Štoviše, oni bi trebali potaknuti mjere javnih politika utemeljenih na dokazima s ciljem poboljšanja fizičkog funkcioniranja starijeg stanovništva. Trenutačno se na sustav socijalne zaštite u Hrvatskoj odnosi veliki dio državne potrošnje, a troškovi mirovina, naknada za invalidnost i dugotrajnu zdravstvenu skrb postaju sve veći problem. Jedan od najvećih izazova u sljedećem desetljeću vjerojatno će biti značajan porast potražnje za uslugama dugotrajne zdravstvene skrbi. To će se dogoditi zbog veće pojavnosti kroničnih bolesti u kohortama stanovništva koje prelaze u starije dobne skupine i ekspanzije morbiditeta. Negativne posljedice navedenih promjena mogle bi se ograničiti ako bi efikasniji zdravstveni sustav uspio smanjiti morbiditet i razne oblike invalidnosti, primarno preko poboljšanja općeg zdravstvenog stanja populacije i povećanja očekivanog trajanja zdravog života. Ovo istraživanje otkrilo je iznimno pozitivne učinke obrazovanja na zdravlje pojedinca. Nositelji javnih politika trebaju shvatiti da je obrazovanje usko vezano s nejednakostima u zdravlju, te stoga poticati politike za povećanje broja godina provedenih u školovanju. Poseban poticaj treba dati programima obrazovanja u ranom djetinjstvu koji bi mogli pozitivno djelovati na zdravlje (Adler i Newman, 2002.). Nadalje, vlade bi trebale poticati obrazovne

institucije i programe kao što su cjeloživotno učenje za starije osobe, a pogotovo za skupinu starijih radnika. Naposljetku, prateći nalaze ovog članka, možemo nedvosmisleno zaključiti kako je za bolje zdravlje osoba u dobi od 50+ vrlo važna financijska situacija. Loše financijske prilike, koje su uglavnom obilježje današnjih kućanstava sa starijim osobama u Hrvatskoj, mogu se negativno odraziti na zdravlje. Iz današnje perspektive, međutim, izgledi za poboljšanje njihovog trenutnog životnog standarda nisu previše veliki, čak ni dugoročno. Broj umirovljenika će nastaviti rasti, a u kombinaciji s nedostatnim dohotcima od mirovina mogao bi voditi do još većeg opadanja prosječnog zdravlja starijih osoba.

Kao i brojne druge studije, tako i ova ima određenih ograničenja. Jedno od tih je činjenica da presječni podatci nisu pogodni za istraživanje uzročne veze između obrazovanja i zdravlja ili bilo koje druge odrednice zdravlja. Longitudinalni (panel) podatci potrebni su kako bi poboljšali razumijevanje zdravlja i promjena koje se događaju u zdravlju stanovnika u Hrvatskoj. Također, u našem modelu isključili smo neke druge odrednice SZ-a koje su također mogle pomoći kod objašnjenja zdravstvenih nejednakosti. Buduća istraživanja odrednica SZ-a u Hrvatskoj, pored korištenja longitudinalnih podataka, mogla bi se fokusirati na skup specifičnih varijabli svojstvenih Hrvatskoj npr. izloženost Domovinskom ratu određenih skupina stanovništva ili pravovaljano istaknuti regionalne razlike u SZ-u. Niska stopa odgovara u ovom istraživanju (npr. na razini kućanstva 53% i na razini pojedinaca 42%), također je jedan od mogućih ograničenja. Dodatan problem proizlazi iz zaključka kako ispitanici u dvjema različitim prilikama daju različite odgovore na standardno pitanje o samoprocjeni zdravlja, a to se pogotovo odnosi na starije pojedince. Na kraju, unatoč subjektivnoj prirodi zavisne varijable i prediktora, rezultati prezentirani u ovom članku trebaju se smatrati relevantnim i pouzdanim procjenama zdravstvenog stanja starijeg stanovništva Hrvatske kao i dobrim procjenama njihovih budućih zdravstvenih potreba.

PRILOG

SAŽETAK ODABRANIH STUDIJA O ODREDNICAMA SAMOPROCJENE ZDRAVLJA

Autor(i)	Istraživačka strategija	Vremensko razdoblje	Uključene zemlje	Glavni nalazi
Bobak et al. (1998.)	Presječna studija na nacionalnom uzorku stanovnika Rusije o socijalnim i psihosocijalnim odrednicama dvaju indikatora SZ-a: samoprocjene zdravlja i fizičkog funkcioniranja. Logistička regresija za dvije dihotomne zavisne varijable: loša samoprocjena zdravlja i loše fizičko funkcioniranje.	-	Rusija	Materijalna deprivacija je snažno povezana s oba ishoda. Obrazovanje je u inverznoj vezi sa SZ-om. Neoženjeni muškarci češće su izjavljivali loše fizičko funkcioniranje. Osobe koje su osporavale ekonomske promjene izjavljivale su lošije zdravlje. Osobe koje se u slučaju poteškoća nisu mogle osloniti na neformalne socijalne strukture, u većoj su mjeri izjavljivale da im je zdravlje lošije.
Bobak et al. (2000.)	Studija ispituje povezanost između percipirane kontrole i nekoliko socioekonomskih varijabli i samoprocjene zdravlja u sedam postkomunističkih zemalja. Povezanost između lošeg zdravlja i socioekonomskih čimbenika procijenjeni su logističkom regresijom.	1996.-1998.	Rusija, Estonija, Litva, Latvija, Mađarska, Poljska, Češka	Obrazovanje i materijalna deprivacija usko su povezane sa SZ-om.
Damian et al. (1999.)	Pet kategorija zavisne varijable svrstano je u dvije kategorije: dobar i loš SZ. Dob, spol, društvena klasa, korištenje usluga liječnika, broj kroničnih stanja i funkcionalne sposobnosti uključene su kao glavne nezavisne varijable. Prilagođeni omjeri šansi su procijenjeni u modelima logističke regresije.	1994.-1995.	Španjolska	Dob, kronična stanja i funkcionalno status bile su glavne odrednice percipiranog zdravlja među starijom populacijom u Španjolskoj. Učinak društvene klase na percepciju zdravlja značajno se smanjuje s dobi.
Desesquelles, Egidi i Salvatore (2009.)	Pojavnost lošeg SZ-a istražena je u presječnoj komparativnoj studiji temeljenoj na podacima <i>Nacionalnih anketa zdravlja</i> provedenih u Francuskoj i Italiji. Primijenjeni su modeli logističke regresije.	2002.-2003. (Francuska); 1999.-2000. (Italija)	Italija, Francuska	Razlike u strukturi stanovništva u pogledu individualnih obilježja (socio-demografska obilježja, bolesti i invaliditet, stil življenja i dr.) značajno utječu na SZ u dvije zemlje.
Franks, Gold i Fiscella (2003.)	U ovom istraživanju korištena je ordinalna linearna regresijska analiza prilagođenih odnosa između osnovne samoprocjene zdravlja, izvedene iz SF-20 podljestvica (percepcija zdravlja, fizičke funkcije, kvaliteta života i mentalno zdravlje) i sociodemografskih varijabli (dob, spol, rasa/etnička pripadnost, dohodak i obrazovanje), te posljedičnog mortaliteta.	1987.	SAD	Fizičko funkcioniranje je pokazalo najveći pad s dobi, dok se mentalno neznatno povećalo. Žene su izjavile lošije zdravlje na svim ljestvicama, osim kod kvalitete života. Veći dohodak je bio povezan s boljim zdravljem. Viša razina obrazovanja je povezana s boljim zdravljem. U usporedbi s bijelcima, crnci su ocjenjivali svoje zdravlje lošije, a Latinoamerikanci bolje.

Autor(i)	Istraživačka strategija	Vremensko razdoblje	Uključene zemlje	Glavni nalazi
Hujits i Kraaykamp (2011.)	Pomoću višerazinske regresijske analize istražuje se u kojoj mjeri, na često potvrđenu povezanost između bračnog statusa i SZ-a, utječe bračni sastav zemlje u kojoj ljudi žive.	2002., 2004., 2006.	29 europskih zemalja	Život u zemlji s visokim udjelom oženjenih ljudi čini se korisnim za zdravlje nikada oženjenih/udanih osoba, ali je istovremeno nepovoljan za udovce/udovice. Razvedenim, udovcima/udovicama, i nikada oženjenim/udanim osobama zdravlje može biti lošije u zemljama s visokim udjelima ljudi koji su u istoj situaciji. Nikada oženjenim/udanima je najteže u zemljama s visokim udjelom kohabitacija.
Hujits, Monden i Kraaykamp (2010.)	Višerazinska regresijska analiza primjenjuje se u istraživanju jesu li razina obrazovanja ispitanika i razina obrazovanja supružnika nezavisno povezane sa SZ-om u raznim europskim zemljama.	2002., 2004., 2006.	29 europskih zemalja	Osobna razina obrazovanja i razina obrazovanja supružnika pozitivno utječu na SZ u Europi. Stupanj "obrazovne heterogamije" ne utječe na prosječnu razinu SZ-a u pojedinačnoj zemlji.
Idler i Benyamini (1997.)	Pregled 27 međunarodnih istraživanja.	1982.-1997.	Švedska, Litva, Izrael, UK, Nizozemska, Francuska, Poljska, Hong Kong, Japan, Australija, Kanada, SAD	Opći SZ je nezavisni prediktor mortaliteta u gotovo svim istraživanjima, unatoč uključivanju brojnih specifičnih pokazatelja zdravstvenog stanja i drugih relevantnih i dobro poznatih prediktora mortaliteta.
Jürges, Avendano i Mackenbach (2008.)	Ordinalna probit regresija na SHARE podatcima. Studija uspoređuje verziju skale SZ-a preporučenu od WHO-a (u rasponu od "vrlo dobro" do "vrlo loše") s američkom verzijom (u rasponu od "izvrsno" do "loše") u europskim zemljama.	2004.	Njemačka, Španjolska, Grčka, Nizozemska, Austrija	Autori su ocijenili razliku u odgovorima kod američke i WHO verzije pitanja o SZ-u. Zaključuju da manje od 10% ispitanika daje nekonzistentne odgovore.
Jylhä (2009.)	Rad predstavlja model koji opisuje proces procjene zdravlja kako bi se pokazalo na koji način SZ može odražavati tjelesno i mentalno stanje. Temeljem predloženog modela, ispituje se povezanost SZ-a i mortaliteta.	-	-	Napravljena je analitička razlika između različitih vrsta informacija na kojima ljudi temelje svoje ocjene zdravlja i kontekstualnih okvira u kojima se te informacije procjenjuju i rezimiraju.
Mackenbach et al. (2005.)	Udio ispitanika koji su svoje zdravlje ocijenili lošije od kategorije "dobro", analiziran je u odnosu na razinu obrazovanja i razinu dohotka. Nejednakosti su mjerene pomoću dobro standardiziranih stopa pojavnosti i omjera šansi.	1980.-te i 1990.-te	Finska, Švedska, Norveška, Danska, Engleska, Nizozemska, Zapadna Njemačka, Austrija, Italija, Španjolska	Socioekonomske nejednakosti kod Sz-a, pokazuju visoki stupanj stabilnosti u europskim zemljama. Relativno povoljni trendovi u nordijskim zemljama pokazuju da su socijalne države blagostanja uspjele amortizirati mnoge od negativnih učinaka ekonomske krize na zdravlje ranjivih skupina.

Autor(i)	Istraživačka strategija	Vremensko razdoblje	Uključene zemlje	Glavni nalazi
Leinsalu (2002.)	Studija ispituje razlike u samoprocjeni zdravlja pomoću osam glavnih dimenzija društvene strukture na podacima iz <i>Estonskog istraživanja o zdravlju</i> provedenog 1996./97. Intervjui su provedeni na višerazinskom slučajnom uzorku (N=4.711) estonske populacije u dobi od 15 do 79 godina. Studija je uključila ispitanike u dobi od 25 do 79 godina (N=4.011) s odvojenim analizama za muškarce i žene.	1996./97.	Estonija	Niska razina obrazovanja, ruska nacionalnost, nizak osobni dohodak, i samo za muškarce, život u ruralnom području, glavni su čimbenici lošeg zdravlja. Obrazovanje je imalo najveći nezavisni učinak na ocjene zdravlja. Materijalni resursi, u ovom istraživanju mjereni dohotkom, bili su važni čimbenici u objašnjavanju dijela obrazovnih i etničkih razlika kod loše ocijenjenog zdravlja. Nisu pronađene razlike između muškaraca i žena u njihovim ocjenama zdravlja.
Mackenbach et al. (2005.)	Studija ispituje prirodu veze između ekvivalentnog dohotka kućanstava i SZ-a. Podatci su dobiveni iz nacionalnih reprezentativnih istraživanja o zdravlju, životnom standardu, ili drugih sličnih istraživanja i analizirani za muškarce i žene u dobi od 25 godina i više u 1990.-ima.	1990.-te	Belgija, Danska, Engleska, Finska, Francuska, Nizozemska, Norveška	Veći ekvivalentni dohodak kućanstva povezana je s boljim SZ-om kod muškaraca i žena u svim promatranim zemljama, posebno u srednje dohodovnim skupinama.
McFadden et al. (2009.)	Studija istražuje odnos između SZ-a i mortaliteta prema radnom i društvenom položaju, na uzorku od 22.457 muškaraca i žena u dobi od 39-79 godina, bez nekih težih oboljenja.	1993.-1997.	Norfolk – UK	Samoprocjena zdravlja stavljena je u odnos s naknadnom mortalitetom. Pojavnost lošeg ili osrednjeg SZ-a bila je veća kod fizičkih nego kod nefizičkih radnika. Međutim, SZ je povezan na sličan način s mortalitetom u fizičkim i nefizičkim grupama radnika.
Meng i D'Arcy (2016.)	Studija uspoređuje odrednice SZ-a starijih osoba u jednoj zajednici u Kanadi (N=3.255) u tri vremenske točke (1991., 1996. i 2001. godine), te ispituje učinke tih odrednica na promjene SZ-a u razdoblju od 10 godina. Multivarijatna ordinalna logistička regresija provedena je na podacima <i>Kanadske studije o zdravlju i starenju</i> .	1991.,1996., 2001.	Kanada	Faktori poput kognitivnih sposobnosti, svakodnevnog funkcioniranja, kroničnih bolesti i dostupnosti pomoći, signifikantno su povezani sa SZ-om tijekom vremena.
Nicholson et al. (2005.)	U presječnoj studiji ispituje se utjecaj socioekonomskih čimbenika rizika na SZ tijekom životnog vijeka, na uzorku starijih muškaraca i žena u Rusiji. Slučajni uzorak opće populacije Ruske Federacije iz 2002., obuhvatio je 1.004 muškaraca i 1.930 žena u dobi od 50+.	2002.	Rusija	SZ u starijih Rusa odražava socijalne izloženosti koje su akumulirane tijekom života. Opažene razlike mogu se samo djelomično objasniti trenutačnim socijalnim uvjetima. Zdravstvena ponašanja nisu bila uključena u posredovanje socijalnih razlika u SZ-u.

Autor(i)	Istraživačka strategija	Vremensko razdoblje	Uključene zemlje	Glavni nalazi
Pirani i Salvini (2012.)	Višerazinski i višefazni modeli logističke regresije primijenjeni su na podacima o zdravstvenim stanjima iz ankete talijanskog Nacionalnog zavoda za statistiku (ISTAT).	2004.-2005.	Italija	Svaka komponenta socioekonomskog statusa autonomno je korelirana s pojedinačnim percepcijama zdravlja. Nedostatak socijalnih mreža dovodi se u vezu s lošim zdravstvenim stanjem starijih Talijana.
Reile i Leinsalu (2013.)	Multinomialna logistička regresijska analiza korištena je za istraživanje povezanosti sociodemografskih obilježja, fizičkog i psihičkog zdravlja i blagostanja s pozitivnim (dobro ili vrlo dobro) i negativnim (loše ili vrlo loše) SZ-om u odnosu na zadovoljavajući SZ.	2006.	Estonija	Negativan SZ povezana je s muškim spolom, prisutnosti kroničnih bolesti, ograničenjima u svakodnevnim aktivnostima i fizičkim funkcioniranjem, emocionalnom patnjom, vanjskim čimbenicima koji se ne mogu kontrolirati, niskom razinom zadovoljstva životom i fizičkim sposobnostima. Pozitivan SZ povezuje se s mlađom dobi, estonskom etničkom pripadnošću te visokim obrazovanjem i dohotkom.
Schnittker i Bacak (2014.)	Cox regresija SZ-a kao prediktora mortaliteta na podacima GSS-a.	1980.-2002.	Njemačka	Više obrazovanja i bolje kognitivne sposobnosti povećavaju prediktivnu valjanost samoprocjene zdravlja, ali niti jedan od tih utjecaja ne objašnjava sve veću povezanost između SZ-a i mortaliteta.
Sun et al. (2007.)	Multivarijatna logistička regresija korištena je za istraživanje faktora povezanih s dobrim zdravljem (SZ-om), pri čemu je testiran specifični učinak spola.	2005.	Japan	Dobro zdravlje (SZ) je u korelaciji s varijablama: "može sam putovati na udaljena mjesta", bez depresije, bez gubitka težine, bez prisutnosti kroničnih bolesti, dobre sposobnosti žvakanja, te dobar vid kod muškaraca. Kod žena su to bile varijable: "može sama putovati na udaljena mjesta", odsutnost kronične bolesti, bez gubitka težine, bez depresije, bez rizika od pada, neovisnost u obavljanju IADL-a, dobra sposobnost žvakanja, dobar vid i socijalna integracija.

REFERENCE

1. Adler, N. E. i Newman, K. 2002. Socioeconomic Disparities in Health: Pathways And Policies. *Health Affairs*, 21(2), str. 60-76. doi: [10.1377/hlthaff.21.2.60](https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60)
2. Agresti, A., 2002. *Categorical Data Analysis*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. doi: [10.1002/0471249688](https://doi.org/10.1002/0471249688)
3. Bailis, D. S., Segall, A. i Chipperfield, J. G., 2003. Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56(2), str. 203-217. doi: [10.1016/S0277-9536\(02\)00020-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00020-5)
4. Beam Dowd, J. i Zajacova, A., 2007. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *International Journal of Epidemiology*, 36(6), str. 1214-1221. doi: [10.1093/ije/dym214](https://doi.org/10.1093/ije/dym214)
5. Benyamini, Y. [et al.], 2003. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*, 43(3), str. 396-405. doi: [10.1093/geront/43.3.396](https://doi.org/10.1093/geront/43.3.396)
6. Benyamini, Y., Leventhal, E. A. i Leventhal, H., 2000. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), str.354-364. doi: [10.1097/00006842-200005000-00009](https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00009)
7. Bobak, M. [et al.], 1998. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science & Medicine*, 47(2), str. 269-279. doi: [10.1016/S0277-9536\(98\)00095-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00095-1)
8. Bobak, M. [et al.], 2000. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51(9), str. 1343-1350. doi: [10.1016/S0277-9536\(00\)00096-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00096-4)
9. Bodenheimer, T., 2005. High and Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 142(10), str. 847-854. doi: [10.7326/0003-4819-142-10-200505170-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-10-200505170-00010)
10. Börsch-Supan, A. [et al.], 2013. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), str. 992-1001. doi: [10.1093/ije/dyt088](https://doi.org/10.1093/ije/dyt088)
11. Čipin, I. i Smolić, Š., 2013a. Socio-Economic Determinants of Health in Croatia: Insights from Four Cross-Sectional Surveys. *Croatian Economic Survey*, 15(1), str. 25-60.
12. Čipin, I. i Smolić, Š., 2013b. *The Economics of Ageing in Croatia – Research Results and Findings* [online]. Dostupno na: http://web.efzg.hr/dok/MGR/ssmolice/estarenja/brosura_eng_-_preview_03-12-2014.pdf.
13. CNIPH, 2016. Croatian National Institute of Public Health. *Croatian Health Service Yearbook 2015. (In Croatian)* [online]. Dostupno na: http://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2016/05/Ljetopis_2015.pdf.
14. Crossley, F. T. i Kennedy, S., 2002. The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 21(4), str. 643-658. doi: [10.1016/S0167-6296\(02\)00007-3](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00007-3)
15. Damian, J. [et al.], 1999. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of epidemiology and community health*, 53(7), str. 412-6. doi: [10.1136/jech.53.7.412](https://doi.org/10.1136/jech.53.7.412)
16. Desesquelles, A. F., Egidi, V. i Salvatore, M., 2009. Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health. *Social Science & Medicine*, 68(6), str. 1124-1128. doi: [10.1016/j.socscimed.2008.12.037](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.037)
17. Dominick, K. L. [et al.], 2002. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging clinical and experimental research*, 14(6), str. 499-508. doi: [10.1007/BF03327351](https://doi.org/10.1007/BF03327351)
18. Dormont, B., Grignon, M. i Huber, H., 2006. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 15(9), str. 947-963. doi: [10.1002/hec.1165](https://doi.org/10.1002/hec.1165)
19. Džakula, A. [et al.], 2006. Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2014; 16(3): 1-162.
20. Eurostat, 2016a. Eurostat Database. *Self-perceived health by sex, age and income quintile (update 21 July 2016)* [online]. Dostupno na: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_10.

21. Eurostat, 2016b. Eurostat Database. *Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile (update 21 November 2016)* [online]. Dostupno na: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_12>.
22. Ferraro, K. F. i Kelley-Moore, J. A., 2001. Self-Rated Health and Mortality Among Black and White Adults: Examining the Dynamic Evaluation Thesis. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 56B (4), str.195-205.
23. Follette, G. i Sheiner, L., 2005. The sustainability of health spending growth. *National Tax Journal*, 58(3), str. 391-408. doi: [10.17310/ntj.2005.3.06](https://doi.org/10.17310/ntj.2005.3.06)
24. Franks, P., Gold, M. R. i Fiscella, K., 2003. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*, 56(12), str. 2505-2514. doi: [10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00281-2)
25. Galić, Z., Maslić Seršić, D. i Šverko, B. 2006. Financial circumstances and health of unemployed persons in Croatia: does financial deprivation lead to poorer health. *Revija za Socijalnu Politiku*, 13(3-4), str. 257-269.
26. Giatti, L., Sandhi, M. B. i Cibebe, C. C., 2010. Unemployment and self-rated health: Neighborhood influence. *Social Science & Medicine*, 71(4), str. 815-821. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.05.021](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.021)
27. Grossman, M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), str. 223-255. doi: [10.1086/259880](https://doi.org/10.1086/259880)
28. Harper, S., 2006. Addressing the implications of global ageing. *Journal of Population Research*, 23(2), str. 205-223. doi: [10.1007/BF03031816](https://doi.org/10.1007/BF03031816)
29. Huijts, T. i Kraaykamp, G., 2011. Marital status, nation marital status composition, and self-assessed health. A multilevel test of four hypotheses in 29 European countries. *European Societies*, 13(2), str. 279-305.
30. Huijts, T., Monden, C. W. S. i Kraaykamp, G., 2010. Education, Educational Heterogamy, and Self-Assessed Health in Europe: A Multilevel Study of Spousal Effects in 29 European Countries. *European Sociological Review*, 26(3), str.261-276. doi: [10.1093/esr/jcp019](https://doi.org/10.1093/esr/jcp019)
31. Idler, E. L. i Angel, R. J., 1990. Self-Rated Health and Mortality in the NHANES-1 Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Public Health*, 72(8), str. 446-452. doi: [10.2105/AJPH.80.4.446](https://doi.org/10.2105/AJPH.80.4.446)
32. Idler, E. L. i Kasl, S., 1991. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology*, 46(2), str.55-65. doi: [10.1093/geronj/46.2.S55](https://doi.org/10.1093/geronj/46.2.S55)
33. Idler, E. L. i Benyamini, Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), str. 21-37. doi: [10.2307/2955359](https://doi.org/10.2307/2955359)
34. Jürges, H., Avendano, M. i Mackenbach, J. P., 2008. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *European Journal of Epidemiology*, 23(12), str.773-781. doi: [10.1007/s10654-008-9287-6](https://doi.org/10.1007/s10654-008-9287-6)
35. Jylhä, M., 2009. What is a self-rated health and why does it predict mortality? Towards an unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), str. 307-316. doi: [10.1016/j.socscimed.2009.05.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013)
36. Kaplan, G. A. [et al.], 1996. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*, 25(2), str. 259-65. doi: [10.1093/ije/25.2.259](https://doi.org/10.1093/ije/25.2.259)
37. Kaplan, G. A. i Camacho T., 1983. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3), str. 293-304.
38. Leinsalu, M., 2002. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 55(5), str. 847-861. doi: [10.1016/S0277-9536\(01\)00221-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00221-0)
39. Lima-Costa, M. F. [et al.], 2012. Socioeconomic inequalities in health in older adults in Brazil and England. *American Journal of Public Health*, 102(8), str. 1535-1541. doi: [10.2105/AJPH.2012.300765](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300765)
40. Lindeboom, M. i van Doorslaer, E., 2004. Cut-point shift and index shift in self-reported health. *Journal of Health Economics*, 23(6), str. 1083-1099. doi: [10.1016/j.jhealeco.2004.01.002](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.01.002)
41. Liu, I. i Agresti, A., 2005. The analysis of ordered categorical data: An overview and a survey of recent developments. *Spanish Statistical Journal, TEST*, 14(1) str. 1-73. doi:

10.1007/BF02595397

42. Long, J. S. i Freese, J., 2006. *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables Using Stata*. College Station, Texas: Stata Press.
43. Mackenbach, J. P. [et al.], 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU working group on socioeconomic inequalities in health. *The Lancet*, 349(9066), str. 1655-1659. doi: [10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)
44. Mackenbach, J. P. [et al.], 2005. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), str. 286-293. doi: [10.1093/ije/dyh338](https://doi.org/10.1093/ije/dyh338)
45. Mackenbach, J. P., 2006. *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: Department of Health.
46. McDonough, P. and Walters, V., 2001. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52(4), str. 547-559. doi: [10.1016/S0277-9536\(00\)00159-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00159-3)
47. McFadden, E. [et al.], 2009. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Social Science & Medicine*, 68(2), str. 275-280. doi: [10.1016/j.socscimed.2008.10.012](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.012)
48. Meng, X. i D'Arcy, C., 2016. Determinants of Self-Rated Health Among Canadian Seniors Over Time: A Longitudinal Population-Based Study. *Social Indicators Research*, 126(3), str. 1343-1353. doi: [10.1007/s11205-015-0941-6](https://doi.org/10.1007/s11205-015-0941-6)
49. Mossey, J. M. i Shapiro, E., 1982. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), str. 800-808. doi: [10.2105/AJPH.72.8.800](https://doi.org/10.2105/AJPH.72.8.800)
50. Newhouse, J., 1992. Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), str. 3-21. doi: [10.1257/jep.6.3.3](https://doi.org/10.1257/jep.6.3.3)
51. Nicholson, A. [et al.], 2005. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Social Science & Medicine*, 61(11), str. 2345-2354. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.07.034](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.034)
52. Okunade, A. A. i Murthy, V. N., 2002. Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture. *Journal of Health Economics*, 21(1), str.147-159. doi: [10.1016/S0167-6296\(01\)00122-9](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(01)00122-9)
53. Peersman, W. [et al.], 2012. Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. *International Journal of Public Health*, 57(3), str. 513-523. doi: [10.1007/s00038-011-0320-2](https://doi.org/10.1007/s00038-011-0320-2)
54. Priani, E. i Salvini, S., 2012. Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. *Population Research and Policy Review*, 31(1), str. 97-117. doi: [10.1007/s11113-011-9219-0](https://doi.org/10.1007/s11113-011-9219-0)
55. Reile, R. i Leinsalu, M. 2013. Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *International Journal of Public Health*, 58(4), str. 555-564. doi: [10.1007/s00038-013-0445-6](https://doi.org/10.1007/s00038-013-0445-6)
56. Schnittker, J. i Bacak, V., 2014. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *PLoS ONE*, 9(1): e84933. doi: [10.1371/journal.pone.0084933](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933)
57. Stuckler, D., Basu, S. i McKee, M., 2013. Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews*, 32(1), str. 213-242.
58. Sun, W. [et al.], 2007. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7(297), str. 1-9. doi: [10.1186/1471-2458-7-297](https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-297)
59. Šučur, Z. i Zrinščak, S., 2007. Differences that Hurt: Self-perceived Health Inequalities in Croatia and European Union. *Croatian Medical Journal*, 48(5), str. 653-666.
60. Vončina, L. [et al.], 2006. Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7), str. 1-108.
61. WHO, 2016a. *European Health for All Database (version July 2016)* [online]. Dostupno na: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
62. WHO, 2016b. *Global Health Observatory (GHO) data* [online]. Dostupno na: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/dashboard/en/.
63. Zajacova, A. i Beam Dowd, J., 2011. Reliability of Self-rated Health in US Adults. *American Journal of Epidemiology*, 174(8), str. 977-83. doi: [10.1093/aje/kwr204](https://doi.org/10.1093/aje/kwr204)