

UDK: 316.334.52:316.728]:613(497.5)
Izvorni znanstveni rad

Prehrana i zdravlje kao elementi kvalitete života u mreži naselja Hrvatske

Andjelina Svirčić Gotovac
Jelena Zlatar

Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska
e-mail: svircic@idi.hr; jelena@idi.hr

SAŽETAK Tekst se odnosi na istraživanje određenih elemenata kvalitete života, odnosno elemenata prehrane i zdravlja u sociologiji. Kvaliteta života kao sociološki koncept odnosi se na određenje razine zadovoljenosti osnovnim i ostalim potrebama stanovnika, životnim uvjetima, te standardom života. Postoje brojni elementi kvalitete života proizašli iz različitih područja života ljudi kao što su stanovanje, uvjeti rada, obrazovanje, slobodno vrijeme, zdravlje, prehrana, itd. Prehrana i zdravlje segmenti su kvalitete života koji se mogu promatrati i kao posebne sociološke poddiscipline, a u današnjem turbulentnom vremenu zauzimaju sve veće područje interesa, pod nazivima *sociologija prehrane* i *sociologija zdravlja (medicinska sociologija)*. Upravo njih se nastojalo dijelom prikazati i ovim radom. Ovdje izneseni podaci dobiveni su istraživanjem koje je proveo Institut za društvena istraživanja u Zagrebu 2004. godine pod nazivom *Sociološki aspekti mreže naselja u kontekstu tranzicije* na reprezentativnom uzorku od 2.220 ispitanika na prostoru cijele Hrvatske kao mreže naselja. Prema dobivenim podacima stvorena je slika o trenutnoj situaciji kod nas u područjima prehrane i zdravlja za koju se može reći da je relativno zadovoljavajuća, ali i da se može mijenjati, te poboljšavati za većinu stanovnika. S obzirom na dobivene rezultate, koji su dijelom i očekivani, potvrđuje se tranzicijski i transformacijski kontekst istraživanih područja. Isto tako sve se više potvrđuje međusobna i nerazdvojna veza prehrane i zdravlja koja se očituje u stalnoj brizi za zdravi život u suvremenim uvjetima.

Ključne riječi: prehrana, zdravlje, mreža naselja, kvaliteta života, tranzicija, Hrvatska

Primljeno: svibanj 2007.

Prihvaćeno: lipanj 2007.

1. Prehrana i zdravlje kao elementi kvalitete života

Različiti i mnogobrojni elementi kvalitete života proizašli su iz različitih područja života ljudi: stanovanja, uvjeta rada, obrazovanja, slobodnog vremena, te zdravlja i prehrane. Od brojnih aspekata kvalitete života u radu će se analizirati elementi

Copyright © 2007 Institut za društvena istraživanja u Zagrebu – Institute for Social Research in Zagreb
Sva prava pridržana – All rights reserved

prehrane i zdravlja koji se mogu promatrati i kao posebne sociološke poddiscipline, a u današnjem turbulentnom vremenu zauzimaju sve veće područje interesa, pod nazivima *sociologija prehrane* i *sociologija zdravlja (medicinska sociologija)*. Ova dva područja međusobno su povezana i srodna pa na sličan način iznose vezu između načina života i dostignute razine kvalitete života na koju i direktno utječu. Daljnji tekst temeljit će se na analizi podataka o prehrani i zdravlju dobivenih istraživanjem koje je proveo Institut za društvena istraživanja u Zagrebu 2004. godine pod nazivom *Sociološki aspekti mreže naselja u kontekstu tranzicije* na reprezentativnom uzorku od 2.220 ispitanika na prostoru cijele Hrvatske¹. Sociološka analiza elemenata prehrane i zdravlja odnosi se i na prostorni kontekst, tj. na mrežu naselja cijele Hrvatske. Ukupni hrvatski prostor može se promatrati i kao mreža naselja koju čine različiti tipovi naselja od ruralnih do urbanih, određenih prema veličini i teritorijalnom statusu. U mreži naselja postoje različiti tipovi naselja klasificirani prema postojećem teritorijalnom ustroju Republike Hrvatske.

Istraživanje je provedeno na uzorku od 154 naselja: 47 od ukupno 123 gradska naselja, 19 županijskih središta (od čega su, ne računajući metropolu, tri makroregionalna centra i 27 ostalih slučajno izabranih gradskih naselja, te 107 slučajno izabranih (od ukupno 6.531) ostalih, odnosno seoskih naselja od kojih su 33 općinska središta, a 74 ostala seoska naselja. Planirana veličina uzorka bila je 2.200, a anketirano je 2.220 ispitanika (Hodžić, 2005.). Distribucija funkcija (političkih, privrednih i kulturnih) na teritoriju RH bila je temelj za klasifikaciju naselja korištenu u istraživanju. Obuhvaća podjelu od najsloženije naseljske strukture (Zagreb) do najjednostavnije (seoska naselja u kojima se ne nalazi nijedna funkcija za stanovnike drugih naselja). Prema tome, sva su naselja Hrvatske podijeljena u šest tipova:

1. *glavni grad Zagreb,*
2. *makroregionalni centri* (Split, Rijeka i Osijek),
2. *regionalni centri* (u pravilu županijski centri),
3. *širi lokalni centri* (manja gradska naselja),
4. *seoski lokalni centri* (u pravilu općinski centri),
5. *seoska naselja.*

¹ Kvalitetom života u IDIZ-ovim istraživanjima bavili su se zadnjih 30-ak godina neki autori, ali je od 90-ih godina 20. stoljeća kod nekih elemenata kvalitete života istraživačka tradicija prekinuta, te se obnavlja 2004. godine spomenutim istraživanjem. Tih se godina dogodio odlazak pojedinih znanstvenika u druge institucije (domaće i međunarodne) pa je zbog niza nastalih okolnosti ovaj segment socioloških istraživanja doživio stagnaciju. Tako su odlaskom V. Popovski, A. Stojkovića, S. Čolić i dr. iz Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu dijelom zapostavljeni elementi prehrane, zdravlja i slobodnog vremena pa ih se ovim radom nastoji vratiti u interes socioloških proučavanja. Kvaliteta stanovanja kao element ukupne kvalitete života ima neprekinutu dugogodišnju tradiciju istraživanja od strane nekoliko autora unutar Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu, naročito Dušice Seferagić i Alije Hodžića, kontinuirano u zadnja tri desetljeća.

“Hrvatska ima sustav od gotovo 700 središnjih naselja. Osim gradova u toj je mreži oko 75% seoskih središta” (Župančić, 2005.:617). Prema popisu stanovništva iz 2001. godine više je od dvije trećine seoskih naselja u kategoriji do 300 stanovnika, a naročito je povećan broj najmanjih: 37% sela ima manje od 100 stanovnika (Župančić, 2005.:629). Ovi nam podaci govore o današnjoj slici hrvatske mreže naselja u kojoj je u nekim njenim dijelovima teško postići zadovoljavajuću razinu kvalitete života koju prvenstveno određuje i implicira mjesto stanovanja i življenja. Kvaliteta života stoga u većini naselja ostaje određena kvalitetom opremljenosti (infrastrukturne i institucionalne) tih naselja. Stoga je teško uspoređivati naše najveće gradove kao što su Zagreb i Split, s ostatkom brojnih, naročito seoskih naselja u kojima se kvaliteta života često svodi na osnovnu egzistencijalnu razinu dok se ostale razine teže postižu za većinu stanovnika u njima. Urbane aglomeracije u nas, tj. makroregionalni centri, daleko su ispred većine ostalih (gradskih i seoskih) naselja po kvaliteti života iako zbog svoje veličine imaju i brojne nedostatke, pa se općenito može reći da kod nas i nadalje gradovi odnose bolje rezultate. Upravo stoga, gradovi su i stalna mjesta privlačenja i primanja novih stanovnika, a naročito je to slučaj sa Zagrebom kao najvećim urbanim središtem. Može se, međutim, pronaći i neke seoske primjere u kojima je život, po nekim preduvjetima kvalitete života, bolji nego u gradovima, ali ih je još uvijek nedovoljno².

Zbog tako neravnomjernog odnosa ruralnih i urbanih naselja može se pretpostaviti da će i prehrana i zdravlje kao elementi kvalitete života biti nejednake kvalitete, ovisno o tipu naselja. Hipotetski se može reći da je očekivano da se kvaliteta i način prehrane kod nas, kako u odnosu na razdoblje bivše države tako i u vremenu tranzicije, nisu značajnije mijenjali. Međutim, tranzicijski uvjeti i privatizacija tržišta rada doveli su do brojnih promjena u načinu života većine stanovnika u zemlji što utječe na kvalitetu njihova života, pa tako i prehranu i zdravlje. Prema rezultatima istraživanja analiziranih u daljnjem tekstu može se vidjeti da su najčešće konzumirane namirnice kruh, krumpir, tjestenina i riža, odnosno namirnice nezamjenjive u svakodnevnoj prehrani. Zatim slijede povrće i mliječni proizvodi, a nešto rjeđe se konzumiraju meso i riba. Neki utjecaji, kao što su alternativni pravci prehrane (vegetarijanstvo i makrobiotika), novija su pojava uglavnom prisutna u gradovima, za razliku od seoskih naselja u kojima se javljaju rjeđe ili nikako. Kod elementa zdravlja situacija je nešto kompleksnija jer se od početka 90-ih godina 20. stoljeća pojavio privatni zdravstveni sektor koji je donio brojne promjene u pružanju zdravstvenih usluga. Međutim, premda je povećan ukupan broj liječnika na broj stanovnika³, njihov broj u javnom zdravstvenom sektoru smanjen je čime

² Vidjeti tekst D. Seferagić (2005): Piramidalna mreža gradova. *Sociologija sela*, 43, 169 (3):579–617 i M. Župančića (2005): Infrastrukturna opremljenost hrvatskih seoskih naselja. *Sociologija sela*, 43, 169 (3):617–659, te magistarski rad A. Svirčić Gotovac (2006): Sociološki aspekti mreže naselja u zagrebačkoj regiji, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 180 str.

³ Vidjeti poglavlje 3.1. *Pregled novijih podataka iz područja prehrane i zdravlja* o broju liječnika na broj stanovnika u proteklim godinama 1971–2004. (tablica 3.)

se kvaliteta zdravstva dijelom pogoršala. Iako velik dio liječnika radi u privatnom zdravstvenom sektoru, njihove usluge većina stanovnika sebi ne može priuštiti.

Kvaliteta života kao teorijski koncept u sociologiji uključuje mnoga područja ljudskog rada i djelovanja i ovisi o brojnim čimbenicima (vanjskim i unutarnjim), te je također ovisna i o stalnim transformacijama u društvu. “Kvaliteta života je cjelovit proces proizvodnje, raspodjele i potrošnje upotrebničkih vrijednosti i ljudskih odnosa primjerenih neotuđenim potrebama svih grupa i pojedinaca” (Seferagić, 1988.:17). Postignutu i postojeću razinu kvalitete stanovanja, obrazovanja, uvjeta rada, zdravlja, odmora i rekreacije (slobodnog vremena), prehrane, te opremljenosti kućanstava i neposredne okoline življenja stanovnika, može se prikazati kao pojedinačne elemente i indikatore u ukupnoj kvaliteti života. U tom kontekstu osnovni je cilj postizanje zadovoljavajuće razine pojedinog elementa kvalitete života, od primarne ili osnovne razine do sekundarne i ostalih viših razina (duhovnih, psiholoških). Zadovoljavajuća razina teško je određiva na jednak i objektivna način za ukupnu populaciju, naročito jer na nju utječu različite preferencije i izbor stanovnika, ali se ipak postiže mjerenjem određenog dogovorenog minimuma za pojedinu razinu (Svirčić Gotovac, 2006.:107).

Ipak, istraživanjem kvalitete života nastoje se odrediti načini i metode kojima se može utvrditi njena objektivna razina za većinu stanovnika. “Neki glavni elementi koji su izabrani i dogovoreni jesu tzv. indikatori blagostanja ili osnovnih potreba stanovnika, a to su: prehrana, zdravlje, stanovanje, uvjeti rada, odmor i rekreacija (slobodno vrijeme), obrazovanje, itd. Svaki se od ovih elemenata koristi određenim brojem varijabli da bi se dobili *indeksi kvalitete života*” (Svirčić Gotovac, 2006.:12). Zdravlje i prehrana su, prema tome, indikatori koji utječu na određenje ukupne kvalitete života. U suvremenim uvjetima kvaliteta života neodvojiva je od tranzicijskih uvjeta života i rada koji na nju zatim utječu i mijenjaju je.

Sintagma kvaliteta života može se povezati sa sintagmom *društvenog kapitala* P. Bourdieua, koja također na općoj razini govori o postojanju ili nepostojanju kvalitetnog načina života za različite skupine, populacije ili klase, a iz kojega zatim slijede određene posljedice. Spomenuto je da se veza i međuodnos između socioekonomskih obilježja pojedinaca i grupa s npr. zdravljem objašnjava na način da ljudi koji su angažiraniji u društvu u raznim društvenim mrežama, imaju veći pristup novcu, prijevozu, kućnoj njezi i ostalim stvarima koje zatim poboljšavaju njihov zdravstveni status ili ishod bolesti. Prema tome, društveni se kapital definira i kao kvaliteta društvenih odnosa, u ovom slučaju i kao “posrednik” između nejednakosti i zdravstvenog statusa. Prema toj hipotezi, s porastom društvenih nejednakosti u društvu zalihe društvenog kapitala smanjuju se, što negativno utječe na zdravlje. Istraživanje veza koje postoje između društvenog kapitala i zdravlja još je u začetku, ali je nesumnjivo način objašnjenja današnjeg položaja pojedinca u sve kompleksnijem i nesigurnijem društvu (prema Putnam, 1996.; Ritzer, 2007.).

U spomenutom istraživanju iz 2004., čiji se rezultati o prehrani i zdravlju kasnije obrađuju u tekstu, pojavljuju se društveno uvjetovane teme kao što su: kako način

života (pušenje, konzumiranje alkohola, droge, vitamina i dr.) utječe na nečije zdravlje; kako pojedinac procjenjuje vlastito zdravstveno stanje; kakav je odnos pojedinca prema liječničkoj pomoći; koliko poseže za njom radi preventive, a koliko radi zdravstvenih problema; korištenje privatnih liječničkih usluga i dr. U sociološkom smislu to znači da se zdravlje proučava kroz širi društveni kontekst pokušavajući otkriti povezanosti između načina života, socioekonomskog položaja, dobi, spola, obrazovanosti, itd., i zdravlja. Društveni položaj pojedinca često nam nudi različite odgovore o njegovom ponašanju unutar neke društvene grupe ili zajednice, a također i u odnosu na pojavu brige o zdravlju ili pojavu neke bolesti. "Stoga brojni istraživači ispituju izravne ili neizravne utjecaje socioekonomskih osobina, dobi, spola, religije, rase, etničke pripadnosti, bračnog stanja, zanimanja i širokog niza drugih demografskih i strukturalnih osobina na zdravlje" (Štifanić, 2001.:40). Uvidjeti u kakvom su odnosu obrazovanje, dob, spol i mjesto stanovanja ispitanika prema zdravstvenim teškoćama, odlascima liječniku i ostalim indikatorima zdravlja i bolesti, način je utvrđivanja *kvalitete zdravlja* kao posebnog elementa kvalitete života. Na isti način se, a prema različitim sociostrukturnim obilježjima, određuje i *kvaliteta prehrane*, također poseban element kvalitete života, a preko sljedećih tema: učestalosti korištenja pojedinih namirnica, različitim utjecajima na način prehrane, konzumaciji hrane izvan kuće (u restoranima, gostionicama) ovisno o tipu naselja ili obrazovnom statusu, konzumaciji brze hrane ili fast fooda, učestalosti korištenja alternativne prehrane prema spolu i obrazovanosti, te zadovoljstvu kvalitetom prehrane prema tipu naselja stanovanja i sličnim obilježjima.

Brojni su autori nastojali mjeriti kvalitetu zdravlja ili zdravstvenog stanja pojedinca, a jedan od postojećih pokušaja je Thienhaus-Grothjanova (1978.) podjela faktora koji determiniraju zdravstveno stanje u pet skupina: 1. oni koji zavise samo o pojedincu: npr. dob, spol, nasljeđe; 2. oni koji zavise o pojedincu i njegovoj okolini: prehrana, imunitet, socijalna pripadnost i dr.; 3. oni koji zavise o fizičko-kemijskom okruženju: stanovanje, radno mjesto, klima, itd.; 4. oni koji zavise o biologijskom okruženju: virusi, bakterije, životinje, itd.; 5. oni koji zavise o psihosocijalnom okruženju: obitelj, društvo, škola (Culyer, 1981.:48, prema Letica, 1989.:17). Prema ovoj podjeli faktora možemo primijetiti kako se zdravlje, odnosno bolest, smatra posljedicom djelovanja nasljednih, socijalnih i okolinskih faktora, te zdravstvene zaštite. Zdravlje i bolest postaju ovisni o pojedinoj skupini faktora što znači da oni nisu ovisni samo o pojedincu, već i njegovoj široj okolini (okruženju). Na osnovi tih zaključaka i na globalnoj se razini nastoji bolest prvo spriječiti, a zatim tek liječiti jer je to nesumnjivo najučinkovitiji pristup. Tako je i osnovna zadaća *Pokreta za unapređivanje zdravlja*⁴ pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) orijentacija na preventivu, a ne na izlječenje bolesti. Suprotno medicinskim institucijama taj se pokret fokusirao na brigu pojedinca o vlastitom zdravlju (Popovski, 1990.:107). U tom smislu *Pokret za unapređivanje zdravlja* povezan je s kvalitetom života budući da i samo zdravlje definira kao iznimno važan dio kvalitete života.

⁴ Povelja o unapređenju zdravlja, Ottawa, 1986.

2. Prehrana i zdravlje kao sociološki fenomen

2.1. Prehrana

Već je spomenuto da je prehrana jedan od elemenata kvalitete života na koju utječu društvo i kultura u cjelini, ali i *tradicija* kao njihov nerazdvojni dio. Prehrana, kao način pripremanja i konzumiranja hrane, te kao osnovna i egzistencijalna potreba ljudi, najčešće se nastavlja na već naslijeđene vrijednosti i običaje. Stoga je prehrana dugo bila predmet interesa samo antropoloških i etnoloških istraživanja⁵ (C. Levi-Strauss, F. Braudel, M. Mead), a tek početkom 20. stoljeća postaje i interesom sociologije (Simmel, Bourdieu, Elias, Parsons). Simmel je u svom članku *The Sociology of the Meal* (1910.) istaknuo “ceremonijalnu upotrebu hrane u religiji od pradavnih vremena, te posljedice socijalizacije obroka” (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:9), odnosno usvajanja nametnutih normi ponašanja pri jelu koje zatim utječu na doživljaj obroka u cjelini budući da imaju psihološki utjecaj na razvoj pojedinca. Simmel naglašava kako primitivni narodi nisu uzimali hranu u određeno vrijeme već stihijski, prema osjećaju gladi, što predstavlja prvu pobjedu nad instinktivnim uzimanjem hrane (Simmel, 1910.:245, prema Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:9). Danas s uvriježenom socijalizacijom obroka nezamislivo je da se pojedini dani u godini, bilo crkveni, državni, obiteljski, itd. ne obilježavaju u krugu obitelji ili prijatelja uz brojne vrste jela – najčešće tradicionalnih.

Isprva su se sociolozi prehranom bavili tek parcijalno ili u nekom širem kontekstu, najčešće u kontekstu emancipacije i osuvremenjivanja tradicionalne obitelji, odnosno pojave nuklearne obitelji i uloge žene unutar nje. Tradicionalno su prehrana i kuhanje uglavnom bili vezivani uz ženu i njenu ulogu hraniteljice i kućanice u obitelji, te ulogu majke, što je većinom bila tema etnoloških i antropoloških istraživača. U sociologiji je prehrana također vezivana uz diferencijaciju prema spolu i dobi, te razlikama koje iz njih proizlaze, ali je prvenstveno bila usmjerena na društvenu stratifikaciju i različitost ponašanja pri jelu, ovisno o pojedinom društvenom sloju ili klasi. Tako se Eliasovo analiziranje cjelokupnoga procesa civilizacije nadovezuje i na promjene unutar segmenta ishrane, odnosno na tzv. civiliziranje društva kroz prehranu. Načini ponašanja pri jelu mijenjali su se kroz povijest, ali su često bili uvjetovani društvenom strukturiranošću i stratifikacijom. “Civiliziranost nije samo stanje, to je i proces koji se mora nastaviti. To je ono novo što dolazi do izražaja u pojmu *civilisation*” (Elias, 1996.:95).

Bourdieu navodi posebna pravila satkana u način života (*habitus*) nižih i viših klasa koje se snažno razlikuju po društvenom statusu, a povezana su sa spolom i dobi (primjerice nedjeljom dok su žene na nogama, stalno poslužuju i čiste stolove, muškarci ostaju sjediti, jedući i pijuci) (Bourdieu, 2002.:195). Kod radničke klase ne slijedi se praktična diferencijacija kao kod viših klasa (gdje postoji podjela na

⁵ Vidjeti tekstove M. Randić, poznate etnologinje koja istražuje prehranu, načine kuhanja i jela kod nas već duži niz godina, ovisno o pojedinoj regiji u zemlji.

dnevnu sobu i kuhinju u kojoj jede poslugi i ponekad djeca), te se ne slijedi ni točno određeni raspored jela (sva jela odmah se stavljaju na stol i svi mogu jesti različita jela istovremeno, od glavnoga jela do deserta, dok je to kod buržoazije nezamislivo). “U suprotnosti s obrocima slobodne i jednostavne radničke klase, viša klasa (buržoazija) usmjerena je na obroke sa svim formalnim pravilima. U odnosu prema hrani – kao primarnoj potrebi i užitku, vidi se samo jedna dimenzija odnošenja više klase (buržoazije) prema društvenom svijetu” (Bourdieu, 2002.:196). Bourdieu želi naglasiti kako su usvojeni maniri i načini ponašanja za stolom i pri jelu kod svih klasa svojevrsna “stilizacija kojom se namjerava prenijeti naglasak sa *sadržaja i funkcije na formu i način* jer se tako niječe okrutna stvarnost čina jedenja i konzumiranja hrane” (Bourdieu, 2002.:196).

Tom tvrdnjom autor se nadovezuje na već postojeću temeljnu opoziciju između forme i sadržaja, kojom se ustvari obnavlja suprotstavljenost između dva suprotna stava o tretiranju hrane i jedenja. U prvom slučaju hrana se smatra materijalnom realnošću kojom se održava tijelo i daje mu se snaga, a u drugom se prvenstveno naglašava forma, formalnost, stavljajući sadržaj u drugi plan (prema Bourdieu, 2002.:197–199). Prema tome slijedi da niži društveni slojevi veću važnost pridaju samo sadržaju dok viši slojevi važnost pridaju formi, a znatno manje sadržaju.

I kroz povijest se, pa tako i danas, prehrana smatrala klasno strukturiranom o čemu postoje brojni primjeri koji pokazuju velike razlike i u kvaliteti namirnica i u njihovoj pripremi u odnosu na različite slojeve stanovništva. Hrana je oduvijek jedan od statusnih simbola viših slojeva stanovništva, kojoj se stoga pridavao velik značaj i u pripremi i posluživanju, dok je ostalim slojevima stanovništva hrana najčešće bila dostupna u nešto nižoj kvaliteti, te pripremana na jednostavnije i gotovo neizmijenjene načine do danas, po tzv. tradicionalnim recepturama. “Obično se smatra da više socioekonomske grupe troše bogatiju i raznolikiju hranu od onih na društveno nižoj ljestvici” (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:63). I količina i vrsta hrane uglavnom se smatrala povijesno i klasno određenom, ali uz to i kulturnim pritiskom i kontrolom apetita koji se uvjetovao spolnom i strukturnom diferencijacijom. Nije ista količina hrane bila dozvoljena muškarcima ili ženama i djeci, a također je i vrsta namirnica imala više muško ili više žensko određenje. Tako, naprimjer, u Britaniji u ribarskim selima muškarci smatraju da je vino dobro za jačanje krvi, snažno je i crveno, kakva bi trebala biti i krv u muškaraca, te se smatra suprotnim mlijeku koje je bijele boje i slabe učinkovitosti, pa je piće za žene i djecu. Također se vjeruje da loše utječe na probavu i zdravlje odrasla muškarca (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:65). Sociološka istraživanja često su usmjerena na odnos spolova i njihovu ulogu unutar moderne obitelji, te na podjelu kućanskih poslova na tzv. muške i ženske. Naročito je “feministički način gledanja usmjerio sociološku pažnju na odnos snaga spolova u proizvodnji, serviranju i konzumiranju hrane”, odnosno naglašavao kako je žena određena kao “osoba koja posluhuje, a muškarac kao osoba koju se posluhuje” (prema Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:112). Međutim, to je samo jedan način poimanja ove discipline koji ipak ne daje odgovore na mnoga pitanja iz navedene tematike, ali je zasigurno potakao njihovo odgonetavanje i daljnje istraživanje. Danas se sociologija prehrane

kao sociološka poddisciplina sve intenzivnije bavi utjecajem modernog vremena na prehranu i zdravlje, stalno otvarajući nova pitanja.

Oduvijek se isticala važnost pojedinih vrsta namirnica za zdravlje ljudi, ali tek je u novije vrijeme pojam prehrane neodvojiv od pojma zdravlja, tako da zajedno zaokupljaju iznimno veliko područje interesa brojnih znanosti i disciplina, pa i sociologije prehrane i medicine. “Danas nutricionisti u zapadnim zemljama ponovo naglašavaju važnost povezanosti hrane i zdravlja. Oni utvrđuju standarde ‘kvalitetne prehrane’ i savjetuju ljudima da se pridržavaju ‘razboritog načina prehrane’ kako bi očuvali zdravlje” (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:44).

Suvremena prehrana sjedinjuje mnoštvo različitih utjecaja, od tradicionalnih etničkih i regionalnih kulinarskih utjecaja do modernih stilova prehrane (vegetarijanstva, makrobiotike, veganstva i dr.), te tzv. brze hrane (fast fooda). Modernu prehranu često čine kombinacije raznih etničkih kuhinja prilagođenih suvremenom načinu pripreme jela pa se može reći da su tradicionalne kuhinje svijeta doživjele potpunu obnovu i da su znatno prihvaćenije nego prije. Naročito se to odnosi na brojne azijske i mediteranske kuhinje u kojima je prisutno mnogo povrća i začina u pripremanju hrane što ih čini zdravijima i atraktivnijima, posebno danas kad postoje brojna istraživanja koja govore u prilog zdravoj prehrani. Iz istih su se razloga razvili i brojni alternativni pravci i načini prehrane širom svijeta, naročito u najrazvijenijim zemljama, a nastali su kao otpor štetnoj ili nezdravoj vrsti prehrane. Njima se nastojalo pronaći prihvatljiviji način prehrane koji je dijelom zaboravljen, a naslijeđen iz različitih spomenutih nezapadnih prehrambenih tradicija koje nisu ni doživjele ovakav razvoj poremećaja u prehrani, dijelom stoga što nisu ni tako “razvijeni” i bogati, ali još više jer nisu izgubili svoje zdrave prehrambene vrijednosti kako u načinu pripreme tako i njenoj konzumaciji.

Zdrava prehrana stoga je često u suprotnosti s brzom hranom u svim njenim oblicima, što je činjenica koja nesumnjivo vrijedi na globalnom planu. Tako danas u zemljama razvijenoga ili prvog svijeta pretilost i ostali poremećaji vezani uz prehranu preuzimaju sve važnije mjesto među zdravstvenim poremećajima⁶ dok se u nerazvijenim zemljama trećega svijeta još uvijek umire i od gladi. Sve to prehranu čini globalnim fenomenom usko povezanim s najvažnijim društvenim problemima pojedinih zemalja, ali također uvjetovanog i globalizacijskim kontekstom podržavanja i produbljivanja nejednakosti. Poražavajuća je činjenica da broj gladnih i pothranjenih u svijetu stalno raste i da su najugroženija djeca, a realna pomoć tim stanovnicima ne pristize ili je premala. Siromaštvo i pothranjenost kao socijalna nejednakost u prehrani i zdravlju (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:46–47) nesumnjivo je među najvećim problemima danas, ali je isto tako i posljedica stalne nejednakosti i daljnjeg produbljivanja jaza između bogatih i siromašnih, ili razvijenih i nerazvijenih. “U posljednje vrijeme fokus istraživanja o konzumiranju hrane okrenuo se prema

⁶ Ni Hrvatska ne zaostaje po pretilosti. 38,5% njezinih stanovnika pretilo je što je iznad europskog prosjeka, koji iznosi 37%, što je poprilično alarmantan podatak (Izvor: istraživanje provedeno od strane Zavoda za javno zdravstvo RH, 2003. godine).

problemima prehrane i zdravlja povezanim s uvjetima života u suvremenim industrijaliziranim društvima obilja. Vrlo je važno pitanje debljine i njezinih posljedica – takozvanih bolesti blagostanja, kao što su kardiovaskularne bolesti i neke vrste raka. Širok spektar ‘poremećaja u prehrani’ kao što su pretilost, bulimija i anoreksija, također su primjeri istoga” (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.:46–47).

Današnje poimanje brze hrane ili fast fooda najčešće se ograničava na suvremeno ili moderno vrijeme i čini se njezinim produktom. Međutim, njegova je pojava znatno starija i datira u dalju prošlost. Još su kod europske aristokracije (na francuskim i engleskim dvorovima 17. i 18. st.) kao predjela služena brojna jela koja se danas mogu smatrati pretečom fast fooda – razne vrste mini sendviča, tzv. kanapea spravljenih od kruha i priloga, namijenjenih za jedan zalogaj uz ples i druženje. Iz navedenoga primjera vidi se da jelo poprima prvenstveno formalnu i sekundarnu dimenziju koja tako postaje važnija od primarne i sadržajne. Danas se ta sekundarnost brze hrane može smatrati njenim osnovnim obilježjem koje sve više, s omasovljenjem proizvodnje i potrošnje ove vrste hrane, zamjenjuje osnovne prehrabene navike hranjenja u obrocima (doručak, ručak i večera). Brza hrana često je zamjena za ručak ili večeru velikom broju stanovnika razvijenoga zapadnog svijeta. Stoga je unazad nekoliko desetljeća, naročito od kraja 20. st. kad je i znanstveno dokazana sva štetnost takve vrste prehrane, započela (a traje i dalje) stalno prisutna znanstveno-medijska propaganda, kao način educiranja ljudi o posljedicama te vrste prehrane⁷. O konzumiranju štetnih vrsta namirnica po zdravlje osviješteni su milijuni ljudi, a kao najjači argument u prvi plan istaknute su brojne vrste teških bolesti kao što su razni karcinomi, kardiovaskularne i ostale slične bolesti⁸. Već su spomenuti pojedini primjeri poremećaja u prehrani nastali u suvremeno vrijeme, a najčešći su: gojaznost ili pretilost kao posljedica prehrane brzom hranom, ali i neumjerenosti u njihovom uživanju, te anoreksija i bulimija kao stvarni medicinski poremećaji (ne)uzimanja hrane koji imaju psihološki uzrok s vrlo teškim posljedicama po zdravlje. Ovim je poremećajima skloniji mlađi dio ženske populacije (adolescentske), koji je, opterećen vlastitim izgledom zbog nedovoljne izgrađenosti stavova, podložan mnogim modnim imperativima kojima se ističe pretjerana mršavost mlade žene (u njima su primjer ženske ljepote manekenke, mršave i visoke, često nedostižan uzor mnogim djevojkama, što rezultira spomenutim poremećajima (ne)uzimanja i odbijanja hrane).

⁷ Mnoge kulture i kuhinje širom svijeta imaju svoje vlastite tipove onoga što danas zovemo “fast food” ili brza hrana iako se najčešće misli na američki fenomen takve hrane iz multinacionalnog lanca *McDonalds*. Njegov utjecaj zadnjih je nekoliko desetljeća toliko povećan da se čitav pravac proučavanja posljedica proizišlih iz konzumiranja i usvajanja takve hrane naziva *mekdonaldizacija*. Američki sociolog Ritzer koristi ovaj pojam za objašnjenje mnogih suvremenih pojava, a ne samo onih usko vezanih uz prehranu i naziva ga *amerikanizacijom*. “*Amerikanizacija*, kao dodatak *mekdonaldizaciji*, uključuje mnoge druge stvari (izvoz društvenih pokreta, popularnu glazbu, kreditne kartice, itd.) (Ritzer, 1998.:71).

⁸ Najveći je nedostatak brze hrane manjak prehrabnih vlakana, tzv. balastnih tvari koji pomažu u probavi, te višak zasićenih masnih kiselina kojima fast food hrana obiluje, a ima nisku hranjivu vrijednost.

Uz spomenutu tzv. normalnu prehranu, koja uključuje konzumaciju mesa, postoje i brojni tzv. alternativni ili drugačiji pravci i načini prehrane koji se protive jedenju mesa. Prije svega vegetarijanstvo i svi njegovi podoblici, makrobiotika i sl., čije pristalice svjesno odabiru takav način prehrane, najčešće zbog ekološke svijesti i brige za životinje i okoliš, ali i zbog brige za vlastito zdravlje. Za njih je meso uzrok mnogih zdravstvenih i ekoloških problema današnjice⁹. Može se reći da “i jedni i drugi koriste različite argumente kako bi potvrdili da je njihov izbor zdraviji. Oni koji jedu meso najčešće koriste argument evolucije, tj. čovjeka na vrhu hranidbenog lanca. Vegetarijanci pak češće koriste argument zdravlja, nego etičnosti prema životinjama, kao svojevrstnu obranu od prozivanja ‘moralizatorima’” (prema David i Sobal, 1998. u: Wilson, Weatherall and Butler, 2004.:569). Isto tako, većina osoba koje konzumiraju meso i mesne prerađevine svjesna je i njihove štetne strane, osim one visokoprehrambene, pa sve češće usvaja svijest o umjerenosti konzumiranja mesa, te odabiru vrste mesa (crveno je štetnije, a bijelo je zdravije). Mnogi nastoje ograničiti unos masnih tvari, a povećati unos zdravih namirnica (ribe, povrća, voća). Nove prehrambene spoznaje iskristalizirale su se pod utjecajem rezultata moderne nutricionističke znanosti koja u suradnji s medijima (naročito televizijom) te rezultate ljudima svakodnevno prenosi. Međutim, običnom čovjeku istovremeno se nude savjeti o prehrani i zdravom životu s jedne strane, a s druge strane reklamiraju se i često nameću mnogobrojni proizvođači fast food hrane i pića pa ljudi kontinuirano primaju kontradiktorne poruke o načinu života, što svakako otežava njihov odabir. Te kontradiktornosti slabo pridonose smanjenju teških bolesti današnjice (naprimjer raka, srčanih bolesti i bolesti krvožilnog sustava), te pretilosti i ostalih spomenutih poremećaja prehrane (bulimije i anoreksije).

Uz sve ove globalno prisutne promjene u prehrani trebala bi se spomenuti i pojava genetski modificirane hrane s kojom se susrećemo živeći u današnjem vremenu, a o čijim posljedicama na zdravlje ljudi još ne znamo. I sama znanost nekoherentna je u svojim zaključcima vezanima uz zdrav život ili pospješivanje kvalitete života, te nam, često s proturječnim zaključcima, dodatno otežava pravilan izbor. “Kada god netko odluči što će jesti, ili doručkovati, ili hoće li piti kavu sa ili bez kofeina, ta osoba donosi odluku u kontekstu proturječnih i promjenjivih znanstvenih i tehnoloških podataka” (Giddens, 2005.:49).

2.2. Zdravlje

I zdravlje kao jedan od elemenata kvalitete života, zajedno s prehranom, utječe na ukupnu kvalitetu života. Današnje je vrijeme s pojavom sve većeg broja novih i nestanka nekih starih bolesti samo otvorilo put razvoju posebne sociološke

⁹ Tako je, naprimjer, u britanskom istraživanju iz 1995. godine korišteno pitanje o razlozima postajanja vegetarijancima. Razlozi su podijeljeni u dvije skupine: 1. osnovna motivacija jesu zdravstveni razlozi; 2. osnovna motivacija jesu etička pitanja korištenja životinja kao hrane (prema David i Sobal, 1998. u: Wilson, Weatherall and Butler, 2004.:569).

discipline koja bi objasnila fenomene bolesti i zdravlja ljudi, odnosno njihove preduvjete i međusobne utjecaje. Tako *medicinska sociologija*, čije početke nalazimo sredinom i krajem 20. stoljeća “primjenjuje teorije i metode empirijske sociologije, da bi analizirala fenomene ‘zdravlje i bolest’ kao i ustanove i zanimanja u zdravstvu u njihovoj interakciji s pacijentima” (Štifanić, 2001.:16–17). Sociološka analiza koja se bavi zdravljem polazi od toga da zdravlje¹⁰ i bolest nisu samo medicinski problemi, već i društveno uvjetovani fenomeni.

E. Durkheim je na specifičan način analizirao zdravlje i bolest pa ga se smatra i prvim sociologom medicine budući da je zdravlje i bolest pokušao definirati kao zaseban socijalni fenomen kroz svoje djelo *Samoubojstvo* (1987.). Njegov je rad djelovao na R. K. Mertona koji je formulirao vezu između socijalne strukture i anomalije. M. Weber je bio drugi “potporni stup” medicinsko-sociološke znanstvene discipline sa svojom sustavnošću tipova socijalnih radnji, dok je treći “potporni stup” škola simboličkog interakcionizma (G. H. Mead, C. H. Cooley, W. J. Thomas i F. Znaniecki) koji su postavili neke medicinsko-sociološke i socijalno-psihološke analize (Štifanić, 2001.:20–21). Povijesno gledano, medicinsku sociologiju možemo podijeliti na *pretpovijesno (marginalnoznanstveno) razdoblje* (do 50-ih godina 20. stoljeća) i *povijesno-znanstveno razdoblje* (nakon 1950. godine). Teorijske koncepte i teorije u medicinskoj sociologiji razvili su od 40-ih do 80-ih godina 20. stoljeća Parsons, Coser, Homans, Glaser, Levi Strauss. Nakon prvobitne akumulacije konceptualnoga, teorijskoga i metodologijskoga znanja, zapadna medicinska sociologija ulazi u zrelu profesionalnu fazu (Cerjan-Letica; Letica, 2003.:2).

Međutim, sociologija nije zdravlje i medicinu shvaćala kao važan dio svog područja proučavanja do T. Parsonsa. Za razliku od drugih, Parsons uključuje analizu medicine u svoju društvenu teoriju i zaključuje da bolesna osoba ima posebno mjesto i posebno je označena u društvu. Njegov model objašnjava kako biti bolestan nije samo iskušenje fizičkog stanja bolesti već i društvenoga budući da uključuje ponašanje utemeljeno na društvenim normama koje ne mora odgovoriti na ta očekivanja. Glavno očekivanje jest da su bolesni nesposobni brinuti se o sebi i stoga je za bolesnika nužan liječnik i medicinski savjet. Bolest sprječava pojedince u ispunjavanju svoje društvene funkcije (Parsons, 1972.:257–278). S Parsonsom su se pojavile i prve definicije zdravlja i bolesti: “bolest je označena nekim prekidom sposobnosti pojedinca za društveno funkcioniranje – izvršavanje normalno očekivanih zadaća ili uloga. Zdravlje, dakle, nije važno samo za normalno funkcioniranje pojedinca, već je i nužna pretpostavka očuvanja društvenog sustava” (Parsons, 1979.:120–144). Tek nakon Parsonsova djela *Društveni sustav*, objavljenog 1951. godine, sociolozi su shvatili

¹⁰ Definicije zdravlja prisutne su u mnogim rječnicima. U *Webster's Third New International Dictionary* zdravlje se označava kao “fizičko i duševno (mentalno) blagostanje; čilost (jedrina); normalnost mentalnih i fizičkih funkcija... zdravlje se razlikuje od snage; zdravlje je općenito dobro stanje” (Unbringed, 2000.). Zatim, *Britanski medicinski rječnik* (1963.) određuje zdravlje kao “normalno fizičko stanje, tj. stanje cjelovitosti, slobode od fizičke i duševne bolesti i bola, tako da svi dijelovi tijela adekvatno ispunjavaju svoju funkciju” (prema Cerjan-Letica; Letica, 2003.:37).

medicinu ozbiljno, tj. kao dio suvremenog društvenog sustava, a zdravstvenu kulturu kao dio suvremene opće kulture (Cerjan Letica; Letica, 2003.:1). Prema Anshutzu (1992.) među znanstvene discipline koje se bave pitanjem zdravlja i bolesti spada i sociologija. Kao znanstvena disciplina, vezano uz područje djelovanja, sociologija se počinje baviti zdravljem i bolestima prvo u Engleskoj, a zatim u Njemačkoj. Danas je medicinska sociologija najprisutnija u SAD-u (Cerjan-Letica; Letica, 2003.:10–11)¹¹. Međunarodno sociološko udruženje (*International Sociological Association*) na posljednjem svjetskom kongresu predložilo je da se naziv “sociologija medicine” zamijeni nazivom “sociologija zdravlja” (Newsletter, 1986.:18). Danas postoje i drugi nazivi poput sociologija u medicini, sociologija bolnice, sociologija medicinskih sestara, sociologija liječničke profesije, klinička sociologija, i dr. (Šegota, 1995.:2), što sve zajedno možemo podvesti pod naziv *sociologija medicine* (Štifanić, 2001.:55)¹².

Društvena istraživanja zdravlja i bolesti¹³ zadnjih godina proučavaju štetne čimbenike po ljudsko zdravlje koji mogu izazvati razne bolesti. Također se nastoji “pronaći takve oblike društvenog života koji unaprijeđuju zdravlje i sprječavaju nastanak bolesti i umiranje. Tipično pitanje kojim se društvena istraživanja zdravlja i bolesti bave jest kako stil života, spol, dob, rasa, društveno-ekonomska i sociokulturna pripadnost utječu na kvalitetu zdravlja i pojavu bolesti i umiranje” (Štifanić, 2001.:10). Sociolozi i politolozi u svojim se istraživanjima zdravlja i bolesti bave pitanjima utjecaja društvenih čimbenika, primjerice načina života na zdravlje i pojavu bolesti, zatim koje su društvene funkcije zdravstvenih institucija i organizacija, način razumijevanja vlastite bolesti i traženja liječničke pomoći, itd. (prema Štifanić, 2001.). Ni zdravlje ni bolest nisu jednodimenzionalni fenomeni i stanja već složeni procesi, tako da suvremene definicije zdravlja i bolesti uz biologijsku uključuju i druge dimenzije (socijalnu i mentalnu, te često psihologijsku i bihevioralnu) s čime problem definiranja zdravstvenih pokazatelja postaje sve kompleksnijim. Ono što možemo primijetiti kod gotovo svih definicija zdravlja i bolesti jest tendencija povezivanja zdravlja s “dobrim

¹¹ Tri vodeća stručna časopisa iz područje medicinske sociologije su: *The American Journal of Health and Social Behavior*, *Sociology of Health and Illness* i *Social Science and Medicine*.

¹² Sociološka proučavanja zdravlja vrlo su brojna i u ovom radu samo ćemo ih nabrojati budući da bi ulaženje u svaku od njih posebno bilo preopširno. U definiranju zdravlja pojavljuju se razne dihotomije. Spomenimo samo da je moguće razlikovanje između: zdravlja pojedinca i zdravlja stanovništva, zdravlja kao ideala i/ili kao norme iskustvenog (“subjektivnog”) i dijagnostičiranog (“objektivnog”) zdravlja, te laičkog i profesionalnog (Cerjan-Letica; Letica: 41–48).

¹³ Kao i kod zdravlja, spomenut ćemo i brojne teorije bolesti. Medicinski su sociolozi, potaknuti Parsonsom, razvili u drugoj polovici 20. stoljeća nekoliko teorija bolesti: 1. bolest kao devijantnost; 2. oznaka ili etiketa; 3. otuđenost ili neprilagođenost; 4. slom (koje se tiču primarno somatskih bolesti) (Cerjan-Letica; Letica, 2003.:56–63). Bolest, dakle, ima i svoje društvene posljedice, a “biti bolestan” povlači za sobom i socijalnu percepciju bolesne osobe. Ona postaje stigmatizirana sa svojom bolešću od strane društva i kao takva i sama sebe počinje promatrati. “Biti bolestan aktivira dva osnovna polarizirana oblika socijalnog odstupanja s čijim se uvjetima bavi medicinska sociologija: razdvajanje i kontrolu s jedne strane, a pomoć i uporište s druge strane” (Štifanić, 2001.:17).

i optimalnim stanjem organizma” te “odsutnošću boli” i “nenormalnosti”. Također treba ukazati i na to da je fizičko zdravlje samo jedan aspekt promatranja zdravlja i da se, kad se govori o zdravlju, uzima u obzir i psihičko zdravlje. Međutim, u ovom radu orijentirat ćemo se samo na sociološki aspekt fizičkog zdravlja.

3. Rezultati istraživanja

3.1. Pregled novijih podataka iz područja prehrane i zdravlja

Za procjenu kvalitete prehrane i zdravlja važan su indikator ukupni troškovi kućanstva koji nam govore o mogućnostima izdvajanja pojedinog kućanstva za osnovne i sve ostale potrebe, među njima za hranu i zdravstvene usluge. *Državni zavod za statistiku* godišnje prati osnovne karakteristike potrošnje i primanja kućanstava i izračunava ih na osnovi podataka prikupljenih istraživanjem *Ankete o potrošnji kućanstava*. Struktura osobne potrošnje kućanstva iskazana je pomoću 12 osnovnih skupina potrošnje, odnosno izdacima za proizvode i usluge kojima se podmiruju životne potrebe članova kućanstva. U 2005. osobna potrošnja po kućanstvu u prosjeku je iznosila 69.683 kuna, što je porast za 1,69% u odnosu na 2004. (www.dzs.hr). Taj se porast vidi i u potrošnji hrane i bezalkoholnih pića u kućanstvu koja je u 2005. bila veća nego u 2004. za 1,71%, te u padu potrošnje za zdravstvo od 2,40% u 2004. na 2,20% u 2005. Dobiveni podaci govore o porastu cijena hrane i zdravstvenih usluga što istovremeno ne ide u prilog i njihove kvalitete (tablica 1.).

Tablica 1.
Osobna potrošnja, prosjek po kućanstvu (u %)

Skupine potrošnje	Struktura prosječne osobne potrošnje		
	2003.	2004.	2005.
Osobna potrošnja – ukupno	100,00	100,00	100,00
Hrana i bezalkoholna pića	32,60	31,50	33,21
Alkoholna pića i duhan	4,19	4,06	4,00
Odjeća i obuća	8,33	8,06	7,72
Stanovanje i potrošnja energenata	13,78	13,02	13,56
Pokućstvo, oprema za kuću i redovito održavanje	5,37	5,35	5,09
Zdravstvo	2,11	2,40	2,29
Prijevoz	11,45	11,85	10,86
Komunikacije	4,97	5,35	5,32
Rekreacija i kultura	6,18	6,54	6,22
Obrazovanje	0,67	0,74	0,76
Hoteli i restorani	2,76	3,41	3,39
Ostala dobra i usluge	7,59	7,72	7,58

Izvor: Statističko priopćenje, Osnovne karakteristike potrošnje i primanja kućanstava od 2003. do 2005., www.dzs.hr.

Prema tablici 1. i Statističkom priopćenju, najveći udio u 2004., oko trećine osobne potrošnje (31,50%), činili su upravo izdaci za hranu i bezalkoholna pića. Na drugom mjestu po visini udjela potrošnje nalazi se stanovanje i potrošnja energenata, čiji je udio u 2004. iznosio 13,02% (www.dzs.hr). Ovi podaci zajedno, odnosno troškovi za prehranu kućanstva i troškovi za stanovanje i potrošnju energenata (tzv. komunalni troškovi u kućanstvu – režije), čine gotovo 50% ukupnih troškova kućanstva, pa se može reći da dovoljno govore o samoj kvaliteti života u zemlji. Kvaliteta života kod nas se često odnosi uglavnom na ispunjavanje osnovnih ili egzistencijalnih potreba stanovnika, odnosno na ispunjavanje njene primarne razine koja stoga oduzima najveći udio ukupnog dohotka jednog kućanstva¹⁴. Troškovi za prijevoz na trećem su mjestu po visini udjela u osobnoj potrošnji i u 2004. iznose 11,85%. Sve ostale skupine u osobnoj potrošnji sudjeluju s udjelom manjim od 5%, dok je jedino udio za obrazovanje 2004. bio manji od 1%, odnosno 0,74% (www.dzs.hr). I troškovi za zdravstvo bili su niski, samo 2,40%, što govori o nedovoljnom izdvajanju za zdravlje kod većine stanovnika, te nemogućnosti realnog izdvajanja za zdravstvene potrebe koji bi bio veći od nužnog.

U tablici 2. vidi se usporedba Hrvatske prema ukupnim troškovima s nekim europskim zemljama kroz indekse potrošačkih cijena. Može se primijetiti porast ukupnih troškova, odnosno potrošačkih cijena, među njima i troškova za hranu od 2004. do 2006. godine u gotovo svim zemljama Europe, a najveći u Srbiji i Crnoj Gori (iako za njih ne postoje podaci za 2006. godinu može se pretpostaviti da nisu manji od onih u 2004.) i Letoniji. Zanimljivo je što Hrvatska ima indeks potrošačkih cijena sličan indeksu razvijenih zemalja (primjerice Austriji i Belgiji), a ne sličan ostalim tranzicijskim zemljama. Međutim, u Hrvatskoj je porast troškova za hranu od 2004. do 2006. bio znatno veći od porasta u razvijenim zemljama i iznosio je 103,3 odnosno 112,7.

¹⁴ Ukupan dohodak kućanstva jest ukupan neto dohodak koji prima kućanstvo i svi njegovi članovi. Obuhvaća dohodak od nesamostalnog rada, dohodak od samostalnog rada, dohodak od vlasništva, mirovine (starosne i obiteljske), socijalne transfere i ostale transfere koje kućanstvo prima od osoba izvan kućanstva. U ukupan dohodak nisu uključeni transferi plaćeni drugim kućanstvima i imputirana stambena renta (prema Metodološkim objašnjenjima Državnog zavoda za statistiku, www.dzs.hr).

Tablica 2.
Indeksi potrošačkih cijena, 2000. = 100

	2004.	2006. (5. mj.)
<i>Hrvatska</i>		
Ukupno	105,6	113,3
Hrana	103,3	112,7
<i>Austrija</i>		
Ukupno	108,1	112,4
Hrana	109,5	112,9
<i>Belgija</i>		
Ukupno	108,0	113,2
Hrana	109,1	115,3
<i>Češka</i>		
Ukupno	109,7	114,7
Hrana	109,0	110,0
<i>Grčka</i>		
Ukupno	114,2	122,6
Hrana	116,7	123,0
<i>Letonija</i>		
Ukupno	114,2	129,5
Hrana	119,5	138,1
<i>Srbija i Crna Gora</i>		
Ukupno	267,2	-
Hrana	224,5	-

Izvor: Međunarodni pregled, Mjesečno statističko izvješće 1/2007., www.dzs.hr

Tablica 3.
Broj liječnika i stomatologa prema broju stanovnika 1971. – 2004.

Godina	1971.	1981.	1991.	2001.	2004.
ukupno liječnika i stomatologa u RH	6.692	9.782	11.378	14.082	14.953
broj privatnih liječnika i stomatologa	/	/	/	6.303	6.764
broj stanovnika na 1 liječnika i stomatologa	661,4	470,4	420,5	315,1	296,5

Izvor: Statistički ljetopis 1994. i Statistički ljetopis 2005. (www.dzs.hr)

Ukupan broj liječnika i stomatologa u Hrvatskoj, kao i broj stanovnika na jednog liječnika i stomatologa svojevrsan je pokazatelj standarda medicinskih usluga. U usporedbi sa stanjem u proteklim godinama pokazuje se koliko se stanje o

brojnosti liječnika promijenilo. U odnosu na protekle godine možemo primijetiti znatan porast ukupnog broja liječnika i stomatologa u Hrvatskoj, te u skladu s tim i manji broj stanovnika na jednog liječnika i stomatologa, što govori o boljoj kvaliteti medicinske usluge. Međutim, od 90-ih godina 20. stoljeća pojavio se i privatni liječnički segment unutar ukupnog broja liječnika, koji stalno raste, pa je broj liječnika i stomatologa u javnom sektoru 2001. i 2004. smanjen u odnosu na 1991. Naprimjer, 1991. u javnom sektoru bilo je 11,378 liječnika i stomatologa, a 2001. samo 7.779 što govori o nedovoljnom broju liječnika na ukupnu populaciju jer većina ih ne koristi usluge privatnog sektora. Plaćanje privatnih, često skupih, medicinskih usluga većina stanovnika sebi ne može priuštiti, pa ostaju prisiljeni liječiti se u sklopu javnog zdravstvenog sektora u kojemu zbog velikog broja ljudi kvaliteta usluge nije uvijek zadovoljavajuća.

U tablici 4. prikazani su podaci o očekivanom trajanju života u Hrvatskoj i nekim susjednim zemljama. Može se primijetiti kako se kod nas očekivano prosječno trajanje života, u razdoblju od 1990. do 2004. godine, povećalo i za muškarce i za žene (kod žena sa 76,38 godina 1990. na 79,8 godina 2004., a kod muškaraca sa 68,69 godina 1990. na 72,13 godine 2004.). Na dužinu životnog vijeka utjecali su poboljšanje i razvoj medicinskih usluga i spoznaja uopće. Sve veća osviještenost o zdravlju i zdravijem načinu života također utječe na dužinu trajanja života. Među ovdje navedenim zemljama najduže očekivano trajanje života je u Austriji, a najkraće u Mađarskoj.

Tablica 4.
Očekivano trajanje života od rođenja, u godinama

Država	1990.		2000.		2004.	
	muškarci	žene	muškarci	žene	muškarci	žene
Hrvatska	68,69	76,38	69,12	76,68	72,13	79,08
Austrija	72,47	79,13	75,60	81,47	76,52	82,18
Češka	67,63	75,54	71,75	78,61	72,62	79,24
Slovenija	69,88	77,90	72,31	80,02	73,58	80,87
Mađarska	65,21	73,88	67,61	76,25	68,39*	76,75*

Izvor: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2005. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Web izdanje, Zagreb, 2006., 65–66 (www.hzjz.hr)

* Podatak iz 2003. godine

3.2. Rezultati istraživanja – prehrana

Iz provedenoga istraživanja izdvojeni su neki važniji i zanimljiviji rezultati iz segmenta prehrane koji će biti prikazani u nastavku teksta. U analizi podataka ukrštanu su obilježja spola, obrazovanja i naselja stanovanja s elementom prehrane, a oni značajniji podaci prikazani su u tablicama 5–9. U obradi ovih podataka korištena

su sljedeća obilježja o prehrani: učestalost korištenja pojedinih namirnica, različiti utjecaji na način prehrane, konzumacija hrane izvan kuće (u restoranima, gostionicama), korištenje alternativne prehrane, te zadovoljstvo kvalitetom prehrane.

Učestalost konzumiranja pojedinih namirnica iznesena je rangom aritmetičkih sredina, pri čemu je najniža vrijednost 1, a najviša 6, a vide se u tablici 5. Prema tako dobivenom rangui vidi se da su kod nas najčešće konzumirane namirnice kruh, tjestenina, riža i krumpir (aritmetička sredina 5,59), odnosno skupina ugljikohidrata koja se konzumira svakodnevno i nezamjenjiva je u prehrani stanovnika općenito, pa tako i u nas. Ova je skupina i najjeftinija što također ide u prilog njenoj učestalosti konzumiranja¹⁵. Nakon nje slijedi povrće (aritmetička sredina 5,16) mlijeko i mliječne prerađevine (aritmetička sredina 5,12), pa su ove tri vrste namirnica najčešće korištene. Na četvrtom mjestu je voće (aritmetička sredina 4,86), a na petom meso (aritmetička sredina 4,72). Meso se jede relativno često (ukupno 31,5% stanovnika jede ga četiri do šest puta tjedno, a svaki dan 28,2% stanovnika). Svaki dan meso se jede najviše na selu (32,2%), a manje u gradovima, u Zagrebu 17,2%, a u županijskim ili regionalnim centrima 11,8%. Zanimljivo je da se kod nas rijetko jede riba koja je na zadnjem mjestu po učestalosti konzumiranja (aritmetička sredina 2,68). Iako smo zemlja koja dijelom ima tradiciju konzumiranja ribe (Dalmacija, Istra, Slavonija), pri dnu smo ljestvice europskih zemalja po učestalosti njezinog konzumiranja. Naprimjer, koristimo samo 8 kg po stanovniku godišnje u odnosu na Španjolsku koja koristi 40 kg (Izvor: Poslovni dnevnik, 26. 10. 2006.).

Tablica 5.
Najčešće konzumirane namirnice u aritmetičkim sredinama

Učestalost konzumiranja pojedinih namirnica	Aritmetička sredina	Std. Devijacija
Kruh, tjestenina, riža, krumpir	5,59	,849
Povrće	5,16	1,116
Mlijeko, mliječni proizvodi	5,12	1,322
Voće	4,86	1,300
Meso	4,72	1,093
Slatkiši	3,58	1,675
Grahorice (leća, grah i sl.)	3,24	1,142
Riba	2,68	,944

¹⁵ U IDIS-om istraživanju iz 1989. autorica V. Popovski bavila se analizom podataka o prehrani i zdravlju (Popovski, Vesna: *Isbrana i zdravlje u gradu i selu*, u: Promjene u svakodnevnom životu sela i grada, Zbornik radova, IDIS, 1990.). Prema tom istraživanju kruh je najčešća namirnica u Hrvatskoj, a čak 99% stanovnika (str. 113) tada je jelo kruh, što se može usporediti s današnjim podacima o čestom konzumiranju kruha i sličnih namirnica.

U tablici 6. prikazani su i rangirani prema aritmetičkim sredinama najčešći utjecaji na prehranu kod nas pri čemu je najniža vrijednost 1, a najviša 5. Kod nas tradicija i navika (3,45) imaju najveći utjecaj na prehranu stanovnika, zatim slijede ekonomske mogućnosti (3,23), te zdravstveni razlozi (2,18), pa svi oni zajedno imaju velik utjecaj na prehranu. Općenito se može reći da većina stanovnika odabire tzv. normalnu ili standardnu prehranu, a samo jedan manji dio odabire tzv. alternativnu prehranu (1,62). Alternativne ili druge vrijednosti u prehrani kao što su zdrava hrana, vegetarijanstvo i makrobiotika, te ostale, najprisutnije su u gradovima i to u Zagrebu kao najvećem, ali i najotvorenijem za nove promjene (na pitanje koliko te vrijednosti utječu na njihov način ishrane – *uglavnom utječe* i *izrazito utječe* – zajedno, odgovorilo je 16,3% ispitanika iz Zagreba, a samo 7,6% ispitanika iz sela). U većini razvijenih industrijskih zemalja Zapada veća je vjerojatnost da će vegetarijanci biti pripadnici srednje klase (Mennell; Murcott; van Otterloo, 1998.: 64), odnosno oni obrazovaniji i često imućniji koji onda radije eksperimentiraju i mijenjaju svoje prehrambene navike.

Tablica 6.
Utjecaji na način prehrane u aritmetičkim sredinama

Utjecaji na način prehrane	Aritmetička sredina	Std. Devijacija
Tradicija / navika	3,45	1,317
Ekonomске mogućnosti	3,23	1,391
Zdravstveni razlozi	2,18	1,360
Različiti dnevni ritmovi ukućana	2,04	1,279
Nedostatak vremena za spremanje obroka	2,03	1,295
Dijeta	1,63	1,133
Druge vrijednosti (zdrava hrana, makrobiotika, vegetarijanstvo, upoznavanje novih prehrambenih navika)	1,62	1,073

U tablici 7. prikazan je utjecaj zdravstvenih razloga na način prehrane, prema naseljima. Zdravstveni razlozi gotovo podjednako utječu na način prehrane kod stanovnika svih tipova naselja, a nešto malo više u Zagrebu nego u ostalim naseljima (16,3% *izrazito utječe* i 9,3% *uglavnom utječe*, ukupno 25,5%). Iz tih podataka slijedi da zdravstveni razlozi nisu izrazito važni u prehrani (u svim naseljima kod oko 50% ispitanika ovi razlozi uopće ne utječu na način prehrane), što govori u prilog tome da živimo u društvu u kojem svjesnost o konzumiranju nezdrave hrane još nije na dovoljno visokoj razini kod većine stanovnika, te da se tradicijom stečene prehrambene navike teško mijenjaju. Slično pokazuje i relativno niska korelacija (koeficijent kontingencije $KC = 0,224$) između zadovoljstva prehranom i procjene vlastitog zdravstvenog stanja ispitanika što govori da prehrana gotovo ne utječe na procjenu vlastitog zdravstvenog stanja ispitanika.

Tablica 7.

Utjecaj zdravstvenih razloga na način prehrane prema tipu naselja (u %)

	Naselje stanovanja						Ukupno
	Zagreb	Makro-regionalni centar	Županijski centar	Širi lokalni centar	Seoski lokalni centar	Selo	
Uopće ne utječe	40,7	50,4	45,6	45,9	52,5	46,7	47,0
Uglavnom ne utječe	19,4	13,3	16,6	22,7	17,2	16,5	17,4
Niti utječe niti ne utječe	14,4	15,0	12,1	15,0	14,3	14,1	14,1
Uglavnom utječe	16,3	13,8	17,8	12,1	9,5	12,3	13,4
Izrazito utječe	9,2	7,5	8,0	4,3	6,6	10,5	8,2
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

U tablici 8. vide se alternativni utjecaji i vrijednosti (zdrava hrana, makrobiotika, vegetarijanstvo, upoznavanje novih prehrambenih navika) na prehranu po spolu. Ovdje se pokazala razlika prema spolu gdje 11,8% žena (*uglavnom utječe i izrazito utječe zajedno*) drugim vrijednostima u prehrani pridaje više značaja nego muškarci (6,0%). Može se reći da su žene sklonije većim promjenama i eksperimentiranju s ishranom, a time i načinom života u cijelosti¹⁶. Općenito se za vegetarijanstvo kao alternativan prehrambeni odabir može reći da je podjednako zdrav i nezdrav. Isto tako i konzumacija mesa također može biti i zdrava i nezdrava, a mnogi nalazi moderne znanosti potvrđuju taj spoznajni paradoks iako češće potvrđuju konzumaciju mesa zdravijim i "normalnijim" načinom prehrane. "Stoga je sveprisutna dilema danas može li hrana uzrokovati probleme zdravlja i bolesti odnosno kako se hrana može konzumirati sigurno?" (Wilson, Weatheral i Butler, 2004.:576).

Brzu hranu ili fast food hranu nikad ne konzumira 55,1% ispitanika iz Zagreba, a 74,8% ispitanika iz sela. Isto tako u Zagrebu 8,7% stanovnika tjedno jede fast food hranu, dok u selu samo 3,6% tjedno jede takvu hranu. U Zagrebu 37,5% stanovnika nikad ne jede u restoranima i gostionicama, dok 59,6% stanovnika sela nikad ne jede u njima. U gotovo svim gradovima tjedno se češće jede u restoranima i gostionicama, nego u selima (u Zagrebu tjedno jede u njima 9,4% ispitanika, u ostalim makroregionalnim centrima – Splitu, Rijeci i Osijeku – 7,5%, a u selima samo 2,8% ispitanika). Općenito se u restoranima i gostionicama, odnosno izvan kuće, jede više u gradskim, nego u seoskim naseljima.

¹⁶ Lloyd (1993.) naglašava binarnu podjelu na racionalnost i emocionalnost, te time objašnjava veći broj vegetarijanki žena nego muškaraca jer se muškarac povezuje s umom, racionalnošću dok je žena povezana s tijelom, emocionalnošću i sl. Prema tome i jedenje mesa povezano je s racionalnošću i muževnošću (prema Wilson, Weatheral i Butler, 2004.:578).

Tablica 8.

Alternativni utjecaji na prehranu (zdrava hrana, makrobiotika, vegetarijanstvo, upoznavanje novih prehrambenih navika), po spolu (u %)

Alternativni utjecaji na prehranu	Spol		Ukupno
	Muški	Ženski	
Uopće ne utječe	72,3	66,8	69,4
Uglavnom ne utječe	11,4	11,6	11,5
Niti utječe niti ne utječe	10,2	9,8	10,0
Uglavnom utječe	4,3	7,9	6,2
Izrazito utječe	1,7	3,9	2,8
Ukupno	100,0	100,0	100,0

Prema obrazovanosti ili školskoj spremi ispitanici s fakultetom (VSS) najčešće jedu u restoranima ili gostionicama i to 21,3% njih više puta tjedno, a dnevno u restoranima ili gostionicama jede njih 8,4%. Ispitanici s nezavršenom osmogodišnjom školom i s osmogodišnjom školom jedu izrazito rijetko u restoranima ili gostionicama, svega 0,9% njih jede više puta tjedno u njima. Između ove dvije varijable, školskoj spremi i konzumaciji hrane u restoranima (gostionicama) postoji relativno visoka korelacija (koeficijent kontingencije $KC = 0,412$). Veće obrazovanje u pravilu znači i veći društveni status, a time i povećanje mogućnosti konzumiranja hrane izvan kuće, što ulazi i u stil života obrazovanih društvenih slojeva.

Prema podacima o zadovoljstvu prehranom (tablica 9.) zanimljivo je kako prema tipu naselja gotovo nema razlike. Većina je stanovnika u njima (iznad 70% u svim naseljima) uglavnom zadovoljna i izrazito zadovoljna svojom prehranom. Također je zanimljivo što su stanovnici sela (čak 78,4) i stanovnici Zagreba (78,0%) podjednako zadovoljni prehranom. Nepostojanje razlike u zadovoljstvu prehranom može se dijelom objasniti velikim utjecajem tradicije i navike na prehranu kod nas jer su očekivanja manja i stanovnici ih lakše ispunjavaju. Stoga, ne može se reći je li kvaliteta prehrane bolja u selu ili gradu, ali se može pretpostaviti da stanovnici sela ipak imaju kvalitetnije namirnice, često uzgojene na domaći način. U gradovima je pak prisutan veći broj novih i alternativnih prehrambenih utjecaja koji donekle mijenjaju stare prehrambene navike, ali utječu i na zadovoljstvo prehranom. Tako na zadovoljstvo prehranom utječu podjednako i subjektivne preferencije i aspiracije pojedinaca kao i objektivni elementi mjerljivi za većinu stanovnika. Kvaliteta prehrane stoga je kod nas zadovoljavajuća, ali se relativno sporo mijenja.

Tablica 9.
Zadovoljstvo prehranom prema tipu naselja (u %)

	Naselje stanovanja						Ukupno
	Zagreb	Makro-regionalni centar	Županijski centar	Širi lokalni centar	Seoski lokalni centar	Selo	
Izrazito nezadovoljan	1,3	1,7	2,1	,5	2,3	1,3	1,6
Uglavnom nezadovoljan	6,6	8,8	6,8	6,3	6,1	7,0	6,8
Niti nezadovoljan niti zadovoljan	14,2	12,5	13,0	19,8	14,0	13,2	14,1
Uglavnom zadovoljan	62,5	60,8	61,8	58,0	60,0	62,1	61,2
Izrazito zadovoljan	15,5	16,3	16,3	15,5	17,6	16,3	16,4
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.3. Rezultati istraživanja – zdravlje

Iz provedenog istraživanja izdvojeni su i neki važniji rezultati iz segmenta zdravlja koji će biti prikazani u nastavku teksta. Dobiveni podaci o zdravlju ukršteni su s obilježjima spola, obrazovanja i naselja stanovanja, a oni značajniji prikazani su u tablicama 10–16. U obradi ovih podataka korištena su sljedeća obilježja o zdravlju: najčešće zdravstvene poteškoće u posljednjih 12 mjeseci, sklonosti pušenju i konzumaciji alkohola, uzimanje lijekova i vitamina u posljednjih 12 mjeseci, odlazak liječniku radi preventive u zadnjih 12 mjeseci, odlazak liječniku zbog zdravstvenih problema u zadnjih 12 mjeseci, korištenje privatnih liječničkih usluga, individualna procjena zdravstvenog stanja, te korištenje alternativne medicine.

Tablica 10. pokazuje učestalosti zdravstvenih poteškoća izraženih u aritmetičkim sredinama, pri čemu je najniža vrijednost 1, a najviša 3. Možemo primijetiti kako su sve dobivene aritmetičke sredine ispod prosjeka, što znači da niti jedna zdravstvena teškoća nije značajnije zastupljena. Prema dobivenim vrijednostima najučestalija zdravstvena poteškoća su bolovi u kostima (1,71). Nakon toga slijede opći umor (1,68) i glavobolja (1,66), kao 'općenite' zdravstvene tegobe, te prema tome i često zastupljene kod ispitanika. Nešto 'specifičnije' tegobe poput teškoća s tlakom, srcem i krvnim žilama, te zubima i želucem znatno su manje prisutne. A najmanje zdravstvenih poteškoća ispitanici imaju s ginekološkim problemima i prostatom (1,15).

Što se tiče dobi ispitanika, očekivano je da veće teškoće s bolovima u kostima imaju ispitanici iznad 66. godine života (45,0%), a tu dobnu skupinu najviše pogađaju i teškoće s tlakom (34,9%), te srcem i krvnim žilama (31,0%). Također, 55,7% ispitanika u dobi između 46. i 65. godine života ima veće teškoće s bolovima u kostima, dok 28,5% ispitanika između 55. i 65. godine ima veće teškoće s tlakom, a 13,5%

iste dobne skupine osjeća opći umor. Općenito gledano, ali i očekivano, ispitanici iznad 66. godine života imaju najviše zdravstvenih problema, a oni do 25. godine života najmanje. Kod mlađe skupine ispitanika (do 25. godine) prisutne teškoće su opći umor (7,9%), a zatim teškoće sa zubima (6,3%) i glavobolja (5,0%).

Tablica 10.
Najčešće zdravstvene poteškoće u aritmetičkim sredinama

Najučestalije zdravstvene poteškoće	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Bolovi u kostima	1,71	,800
Opći umor	1,68	,685
Glavobolja	1,66	,662
Teškoće s tlakom	1,55	,750
Teškoće sa srcem i krvnim žilama	1,39	,678
Teškoće sa zubima	1,38	,647
Teškoće sa želucem	1,34	,598
Ginekološki problemi ili problemi s prostatom	1,15	,425

Iz segmenta zdravlja važni podaci su i o pušenju i konzumiranju alkohola koji dijelom utječu i na kvalitetu zdravlja. S obzirom na mjesto stanovanja najviše je onih koji ne puše i nikada nisu pušili na selu (53,9%), zatim seoskim lokalnim centrima ili općinskim centrima (51,6%) i širim lokalnim centrima ili gradskim naseljima (47,8%). Prema istraživanju iz 1989. godine koje je proveo IDIS¹⁷, na selu ne puši i nikada nije pušilo 47,2% ispitanika, naspram grada u kojem ne puši i nikada nije pušilo 41,5% ispitanika. Prema rezultatima iz 2004. godine pokazalo se da puši više muškaraca, nego žena. Više muškaraca puši do jedne i preko jedne kutije dnevno (38,9%), dok toliko puši 28,2% žena. Prestalo je pušiti ukupno 18,5% ispitanika gledano prema spolu, od kojih je također više muškaraca (25,3%), nego žena (12,3%).

Usporedbom rezultata istraživanja iz 2004. s onima iz 1989. godine čiji se istraživački interes kretao u okviru promjena u svakodnevnom životu u selu i gradu¹⁸, može se primijetiti da je tada također više muškaraca (21,3%) nego žena (8,6%) prestalo pušiti. "Interpretacije ovoga podatka kreću se u raznim smjerovima: 1. že-

¹⁷ Istraživanje o kvaliteti života na selu i gradu provela je grupa autora: Seferagić, Stojković, Popovski i dr., a rezultati su objavljeni u zborniku: *Promjene u svakodnevnom životu sela i grada*, Zbornik radova, Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1990.

¹⁸ Popovski, Vesna: *Isbrana i zdravlje u gradu i selu*, u: *Promjene u svakodnevnom životu sela i grada*, Zbornik radova, IDIS, 1990.

ne pušenje doživljavaju kao svojevrsan oblik emancipacije” (Popovski, 1990.:117). Danas možda više ne bi moglo biti govora o emancipaciji kao važnom ili ključnom čimbeniku vezanom uz pušenje, budući da je vrijeme radikalnog feminizma iza nas, dok bi druga dva razloga navedena u spomenutom istraživanju: “2. anksioznost je u žena veća nego u muškaraca i 3. žene su upornije u raznim oblicima ovisnosti” (Popovski, 1990.:117), dijelom i danas bila dobro objašnjenje istoga. Međutim, stalno prisutna medijska propaganda protiv pušenja u zadnjih desetak godina, naročito u zapadnoj Europi i Americi, ali i kod nas, rezultirala je rastom broja nepušača i općenito većim prestankom pušenja.

Prema podacima o konzumiranju alkohola možemo primijetiti da 39,2% ispitanika tvrdi da nikad ne pije i nije pilo, od čega je 16,6% muškaraca i 59,8% žena, što je dio tradicionalno prihvaćenog ponašanja kod nas. Ženama koje to ponašanje ne slijede pridaje se tzv. društvena stigma jer se kaže: “nema ništa gore nego vidjeti pijanu ženu” (Popovski, 1990.:118). Prema naselju stanovanja, u Zagrebu 52% ispitanika tvrdi da pije prigodno (blagdani, svadbe i sl.), kao i 53,1% onih u širem lokalnom centru ili gradskom naselju. Prema obrazovanju, najviše¹⁹, piju ispitanici sa završenom osmogodišnjom školom (6,5%), a zatim oni sa zanatskom i industrijskom školom (4,7%), iako su ti postoci vrlo niski. Redovito, ali manje od već navedenoga (½ litre vina, 3 piva ili 3 čašice žestokog pića na dan) pije 14,2% ljudi iz makroregionalnih centara (Split, Rijeka i Osijek) i 12,7% ljudi iz regionalnih ili županijskih centara, a toliko i više od toga pije 6,8% ljudi iz seoskog lokalnog centra (općinskog centra), te 6,4% ljudi iz sela.

U tablici 11. vidi se redovito uzimanje ostalih lijekova²⁰ prema naseljima u posljednjih godinu dana. Ono je najmanje u širim lokalnim centrima ili manjim gradskim naseljima (21,3%) i seoskim lokalnim centrima ili općinskim centrima (24,0%). Redovito i najviše lijekovi su korišteni u Zagrebu (27,6%), što je, moguće je, povezano s većom dostupnošću lijekova i zdravstvenih ustanova. U seoskim naseljima podjednako se redovito koriste lijekovi (26,1%). Prema spolu, 20,0% muškaraca i 29,6% žena redovito je uzimalo lijekove u posljednjih 12 mjeseci. To možemo povezati s procjenom zdravstvenog stanja kod žena i muškaraca, prema kojoj ćemo vidjeti da žene procjenjuju svoje zdravstveno stanje slabijim u odnosu na muškarce, pa time možemo objasniti i količinu lijekova koje koriste. Podaci iz 1989. godine također su pokazali kako žene svoje zdravstveno stanje procjenjuju lošijim te zato uzimaju više lijekova (Popovski, 1990.:122).

Kod uzimanja vitamina prema naseljima, najviše ispitanika na selu (61,1%) ne uzima vitamine. U Zagrebu i makroregionalnim centrima gotovo jednak broj ispitanika redovito uzima vitamine (19,2% u odnosu na 19,6%). To možemo povezati s

¹⁹ Misli se zajedno na one koji piju ½ litre vina, 3 piva ili 3 čašice žestokog pića na dan i na one koji piju više od toga.

²⁰ Pitanje se odnosilo na konzumiranje: a) vitamina, b) umirujućih sredstava i c) ostalih lijekova.

više čimbenika: većom informiranošću i zdravstvenom osviještenošću ljudi u gradu i gradskim naseljima, stresnijim tempom života u gradu, u kojem se o zdravlju ponekad brine i češćim uzimanjem različitih lijekova i vitamina. Na selu se međutim više koristi zdravija i prirodno uzgojena hrana što također govori u prilog manjoj potrebi uzimanja vitamina ili sličnih dodataka prehrani. Porast uzimanja vitamina možemo objasniti podjednako i povećanom zdravstvenom sviješću, ali i utjecajem farmaceutske industrije na zdravlje stanovnika i njihov svakodnevni život.

Tablica 11.

Uzimanje lijekova u zadnjih 12 mjeseci prema naselju stanovanja (u %)

Uzimanje lijekova	Naselje stanovanja						Ukupno
	Zagreb	Makro-regionalni centar	Regionalni centar	Širi lokalni centar	Seoski lokalni centar	Selo	
Ne	32,0	43,8	37,6	39,1	46,2	45,6	41,4
Povremeno	40,4	31,7	38,2	39,6	29,9	28,3	33,6
Redovito	27,6	24,6	24,3	21,3	24,0	26,1	25,0
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Možemo primijetiti također i da 63,9% ispitanika sa završenom višom školom i fakultetom, povremeno ili redovito uzima vitamine, kao i 59,6% ispitanika sa završenom srednjom školom, dok to čini tek 36,1% ispitanika s nezavršenom osmogodišnjom školom i 42,2% ispitanika sa završenom osmogodišnjom školom. Navedeni podaci upućuju na interpretaciju utjecaja stupnja obrazovanja na korištenje vitamina, a i na razlike u obrazovnoj strukturi sela i grada, pa prema tome i nižem stupnju obrazovanja na selu. Redovito vitamine uzima 10,0% muškaraca i 16,5% žena dok ih povremeno koristi 40,1% žena i 30,3% muškaraca. Uzimanje vitamina danas je svakako prisutnije nego što je bilo devedesetih, kao i uzimanje lijekova općenito.

Podaci u tablici 12. upućuju na to koliko ispitanika odlazi liječniku radi preventive, što govori o svjesnosti i brizi ispitanika za vlastito zdravlje. Pokazalo se kako je ukupno 60,7% ispitanika išlo na preventivni pregled liječniku. Takvih je najviše u Zagrebu (71,4%), a najmanje u seoskim lokalnim centrima (55,2%). Prema spolu, 46,8% muškaraca i 32,4% žena odgovorilo je da nije išlo na preventivne preglede. Više je žena nego muškaraca (67,6% : 53,2%) išlo na preventivne preglede, što je u skladu s podacima o korištenju lijekova i procjeni vlastitog zdravstvenog stanja. Žene su osvještenije što se tiče vlastitog zdravlja, što možemo povezati i s većim brojem pregleda na koje trebaju odlaziti (npr. ginekološki), te s učestalijom upotrebom ostalih lijekova i slabijom individualnom procjenom svoga zdravstvenog stanja (Štifanić, 2001.).

Tablica 12.

Odlazak liječniku radi preventive u zadnjih 12 mjeseci prema naselju stanovanja (u %)

Preventivan odlazak liječniku	Naselje stanovanja						Ukupno
	Zagreb	Makro-regionalni centar	Regionalni centar	Širi lokalni centar	Seoski lokalni centar	Selo	
Ne	28,6	32,9	40,5	41,1	44,8	43,1	39,3
Da	71,4	67,1	59,5	58,9	55,2	56,9	60,7
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Odlazak na preventivni liječnički pregled može se objasniti i porastom brige o vlastitom tijelu i zdravlju, higijeni i “zdravom” načinu života. “Općenito se može reći da su ‘zdravlje’ i zdrav život nešto čemu se kod većine ljudi teži kao idealu, te je sve ono što se smatra ‘zdravim’ automatski i dobro i poželjno, kao što je ono što se smatra ‘nezdravim’ loše i potrebno izbjegavati” (Wilson, Weatheral i Butler, 2004.:577–578).

Po učestalosti odlaska liječniku zbog zdravstvenih problema u zadnjih 12 mjeseci prema naseljima ističe se Zagreb sa 66,1% ispitanika, regionalni ili županijski centri sa 64,2% ispitanika, te seoski lokalni centri ili općinski centri sa 60,4% ispitanika koji su odlazili liječniku radi zdravstvenih tegoba. U gradovima se češće odlazi liječniku radi zdravstvenih tegoba, nego na selu (Zagreb – 66,1% : selo – 58,8%) iako ne mnogo više, što možemo pripisati stresnijem načinu života u gradu koji stoga pogoduje porastu zdravstvenih teškoća.

Ukupno gledano, 61,3% ispitanika išlo je liječniku zbog zdravstvenih problema u posljednjih 12 mjeseci, dok 38,7% ispitanika nije. Prema školskoj spremi, liječnicima su zbog zdravstvenih tegoba najviše išli ispitanici s nezavršenom osnovnom školom (75,1%), a najmanje oni sa završenom zanatskom ili industrijskom školom (56,2%), te možemo primijetiti kako ni prema obrazovanju, kao ni prema mjestu stanovanja, razlike među ispitanicima nisu velike. Prema spolu (tablica 14.), više je žena nego muškaraca išlo liječniku zbog zdravstvenih tegoba (67,5% : 54,5%), što možemo povezati s već spomenutom lošijom samoprocjenom zdravstvenoga stanja kod žena, kao i češćim korištenjem lijekova i vitamina, te cjelokupnom većom brigom o zdravlju u odnosu na muškarce.

Tablica 13.

Odlazak liječniku zbog zdravstvenih problema u zadnjih 12 mjeseci prema spolu (u %)

Odlazak liječniku zbog zdravstvenih problema	3. Spol		Ukupno
	Muški	Ženski	
Ne	45,5	32,5	38,7
Da	54,5	67,5	61,3
Ukupno	100,0	100,0	100,0

Privatne liječničke usluge (tablica 14.) povremeno ili redovito koristi 44,9% ispitanika s višom i visokom stručnom spremom. Korištenje privatnih liječničkih usluga određeni je pokazatelj višeg ekonomsko-socijalnog statusa prvenstveno zbog veće financijske mogućnosti korištenja ovih usluga, ali je i pokazatelj određenoga zdravstvenog elitizma. Samo 1,8% pripadnika nezavršene osmogodišnje škole i 5,9% ispitanika završene osmogodišnje škole koristi privatne liječničke usluge, iz čega možemo primijetiti kako nastale društveno-ekonomske promjene povećavaju diferencijacije i u zdravstvu, što se odražava na korištenje privatnih liječničkih usluga. Prema naselju stanovanja, privatne usluge najviše koriste ispitanici iz većih gradova, Zagreba (40,2%) i makroregionalnih centara (40,9%), dok je na selu taj postotak znatno manji (17,6%). “Glavno je pravilo da osobe koje imaju viši društveni status uživaju bolju prehranu, odnosno kvalitetnije žive, znaju brže prepoznati i objasniti simptome i brže potraže liječničku pomoć, te imaju mogućnost dobiti kvalitetnije medicinske usluge.” (Karen, Gold, Makuc, 1981.; u: Štifanić, 2001.:38).

Tablica 14.

Korištenje privatnih liječničkih usluga prema školskoj spremi (u %)

Privatne liječničke usluge	Školska sprema					Ukupno
	Nezavršena osmogodišnja škola	Osmogodišnja škola	ŠUP (zanatska, industrijska škola)	Srednja škola	Viša škola, fakultet	
Ne	87,7	82,2	75,4	63,0	55,1	73,3
Povremeno	10,6	12,0	16,6	26,1	29,5	18,5
Da	1,8	5,9	8,0	10,9	15,4	8,2
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vlastiti kriteriji procjene kvalitete života i zdravstvenog stanja (tablica 16.) važan su kriterij zdravlja i nezaobilazni element u definiranju zdravlja. Procjena svoga zdravstvenog stanja subjektivna je kategorija jer ne postoji sasvim jasna granica u razdvajanju zdravoga od bolesnog i jer “zbog tih razlika u ulogama zdravih, tj. individualnih razlika u društvenim obvezama, ne postoje čvrsti kriteriji za označavanje granica zdravlja i/ili bolesti” (Cerjan-Letica; Letica, 2003.:61). Dakako, neke se bolesti dijagnosticiraju kao teške i nisu područje subjektivne procjene – ta se procjena uglavnom odnosi na relativno zdravu osobu i njezin doživljaj istog. Najveći broj osoba u gradu procjenjuje svoje zdravstveno stanje kao dobro ili vrlo dobro (61,4% ispitanika u Zagrebu i 60,5% u ostalim makroregionalnim centrima.).

Čak 34% pripadnika nezavršene osnovne škole procjenjuju svoje zdravstveno stanje kao loše ili vrlo loše, dok najveći broj osoba sa završenom visokom školom i fakultetom procjenjuje svoje zdravstveno stanje kao dobro ili vrlo dobro (72,5%), a samo 3,3% kao loše ili vrlo loše. Za to možemo navesti razloge kao što su bolji zdravstveni uvjeti, veća mogućnost prevencije bolesti ili poboljšanja zdravstvenoga

stanja, no i činjenica da obrazovane osobe općenito imaju veću motivaciju za disciplinirano ponašanje i životni stil koji ih održava u boljem zdravlju i duljem životu (Štifanić, 2001.:48).

Društvena istraživanja potvrđuju da su postupci povoljni za zdravlje povezani s višim socioekonomskim razinama, budući da je pripadnost tim razinama povezana s provođenjem zdravstveno-preventivnih ponašanja kao što su dobre prehrabene navike, kontrolni medicinski pregledi, itd., dok će se osobe niskoga socioekonomskog statusa manje angažirati u postupcima koji sprečavaju stanja koja dovode do bolesti (Jonjić, 1983.:19; u: Štifanić, 2001.:48–49).

Vrlo lošim ili lošim svoje zdravstveno stanje procjenjuje oko 14% ljudi sa sela, što možemo dovesti u vezu sa slabim zdravstvenim prilikama na selu, te u nekim slučajevima ne postoje ni mogućnosti liječenja ili odlaska liječniku budući da zdravstvenih usluga i nema dovoljno. Prema spolu, svega 2,5% muškaraca i 4,4% žena procjenjuje svoje zdravstveno stanje kao vrlo loše, dok ukupno gledano kao vrlo loše svoje zdravstveno stanje procjenjuje svega 3,5% ispitanika. Najviše muškaraca (42,8%) i žena (37,6%) procjenjuje svoje zdravstveno stanje dobrim, dok ga kao vrlo dobrim ocjenjuje 19,5% muškaraca i 12,6% žena. Više muškaraca nego žena smatra svoje stanje dobrim ili vrlo dobrim, što se pokazalo i u prijašnjim varijablama o uzimanju lijekova i vitamina.

Tablica 15.
Individualna procjena zdravstvenog stanja prema školskoj spremi (u %)

Procjena vlastitog zdravstvenog stanja	Školska sprema					Ukupno
	Nezavršena osmogodišnja škola	Osmogodišnja škola	ŠUP (zanatska, industrijska škola)	Srednja škola	Viša škola, fakultet	
Vrlo loše	9,7	3,3	2,6	2,1	,7	3,5
Loše	24,3	13,0	4,0	4,7	2,6	9,0
Osrednje	40,8	40,7	28,6	24,8	24,3	31,6
Dobro	19,6	33,3	45,8	46,4	51,5	40,1
Vrlo dobro	5,6	9,8	18,9	22,0	21,0	15,9
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Alternativnu medicinu (tablica 16.) koriste ispitanici sa srednjom školom (18,8%) i višom školom i fakultetom (23%) u nešto većoj mjeri od ostalih, te osobe između 46. i 55. godine starosti (18,9%) također nešto više od ostalih. Ovisno o naselju stanovanja, možemo primijetiti gotovo padajući niz povremenog i redovitog korištenja alternativne medicine od najvećeg naselja, Zagreba (21%) preko makroregionalnih centara (20,8%), regionalnih ili županijskih centara (21,9%), širih lokalnih centara ili gradskih naselja (15,4%), seoskih lokalnih centara ili općinskih centara (10%) do sela (8,8%).

Tablica 16.
Korištenje alternativne medicine prema naselju stanovanja (u %)

Korištenje alternativne medicine i lijekova	Naselje stanovanja						Ukupno
	Glavni grad	Makro-regionalni centar	Županijski centar	Gradsko naselje	Općinski centar	Selo	
Ne	79,0	79,2	78,1	84,5	90,0	91,2	85,0
Povremeno	12,6	13,3	16,6	10,1	6,8	5,7	10,0
Da	8,4	7,5	5,3	5,3	3,2	3,1	5,0
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Alternativna medicina²¹ (primjerice travarstvo, kiropraktika, kineska medicina, homeopatija, aromaterapija, akupunktura i dr.) često se koristi kao način prevencije bolesti, pa ta tzv. preventivna medicina ima sve više pristalica koji je uzimaju kao prvi izbor, tj., ispred konvencionalne medicine. Dijelom je to i logičan izbor današnjega čovjeka koji tako lakše podnosi suvremeni način života koji je često stresan pa mnogi objašnjenje i liječenje svojih zdravstvenih tegoba pronalaze upravo u alternativnim pravcima. Često se čini da su pristalice alternativne medicine najčešće i pristalice alternativne prehrane (primjerice vegetarijanstva i makrobiotike), koji usvajanjem novih prehrambenih vrijednosti doista radikalno utječu na brigu o vlastitom zdravlju. Međutim, korelacija između tih dviju varijabli, korištenja alternativnom medicinom i lijekovima i utjecaja alternativnih vrijednosti na prehranu pokazala se relativno niskom (koeficijent kontingencije $KC = 0,224$). Alternativna medicina kao i vegetarijanstvo, a i pristup zdravlju općenito, kontroverzne su teme oko kojih od strane znanosti postoje razne proturječne informacije. Mnogo izbora koji se stavljaju pred pojedinca vode u nesigurnost i dileme pri odabiru kako životnog stila tako i odnosa prema zdravlju. Pojam *nesigurnosti* može se promatrati i kroz pojam *dilema osobe*²² koji se kod pojedinaca često javlja u odnosu na veliku mogućnost izbora koji im se svakodnevno nude.

²¹ Alternativnu medicinu bitno obilježava drugačije (neznanstveno) objašnjavanje prirode bolesti. Tu spada liječenje narodnih vidara (prisutno stoljećima), hidrotterapija, travarstvo, homoterapija, antropozofija, manipulativna terapija, osteopatija, kiropraktika, refleksoterapija, terapija vježbama i pokretima (joga, tai chi, akido, plesoterapija...) te svjetski poznata tradicionalna kineska medicina i indijska ayurvedska medicina. Izvor: dr. Jure Murgić u Bolesničkim novinama, Kliničke bolnice "Sestara milosrdnica", Zagreb, travanj 2006.

²² Sintagma A. Giddensa, u njegovom djelu "Modernity and Self Identity" iz 1991.

4. Zaključak

Analizirane podatke o elementima kvalitete života – prehrani i zdravlju – nastojalo se prikazati preko nekoliko socio-ekonomskih obilježja: dobi, spola, obrazovanja te postojeće tipologije naselja unutar hrvatske mreže naselja. Ta tipologija obuhvaća sve tipove naselja od ruralnih do urbanih, a naslanja se na dogovoreni teritorijalni ustroj u zemlji. U današnjim tranzicijskim uvjetima situacija u kvaliteti prehrane i zdravlja dijelom je izmijenjena u odnosu na vrijeme prije tranzicije. Prema prethodno iznesenim podacima može se reći da je kod oba elementa, prehrane i zdravlja, ispunjena osnovna razina, odnosno da je za većinu stanovnika njihova kvaliteta zadovoljavajuća, ali i da se još može poboljšavati. Međutim, zbog brojnih transformacija u društvu nastalih u vremenu tranzicije, kao što je primjerice privatizacija kapitala i tržišta rada, znatno se promijenila kvaliteta života većine stanovnika. Može se reći da je dotadašnja sigurnost u području rada zamijenjena nesigurnošću i porastom nezaposlenosti što je dovelo do smanjene mogućnosti utjecanja na vlastitu kvalitetu života, a time i kvalitetu prehrane i zdravlja. To se može povezati s podacima o pojedinačnim troškovima u kućanstvima iz kojih se vidi da trećina ukupnih troškova odlazi samo na hranu i piće što je relativno visoki izdatak za jednu prosječnu obitelj. Isto tako, godišnji indeksi potrošačkih cijena hrane svake su godine viši, odnosno cijene prehrambenih proizvoda rastu, što direktno utječe na ukupnu kvalitetu života, a time i kvalitetu prehrane.

S druge pak strane, tranzicijski i globalizacijski utjecaji donose znatan pomak u osviještenosti većine stanovnika o brizi za zdravu prehranu i brizi za zdravlje koje su danas međusobno povezane. U današnjem vremenu angažirana briga za zdravlje nemoguća je bez brige za prehranu i tek zajedno čine osnovne preduvjete zdravog života. Međutim, zdravstvena situacija kod nas nije na zadovoljavajućoj razini za većinu stanovnika, već se može znatno poboljšavati. Izdaci za zdravstvo u ukupnim troškovima kućanstva u 2006. bili su među najmanjim izdacima, što je ipak premalo za njegovu kvalitetnu razinu. Pored toga i pojava sve većeg broja privatnih liječnika i privatnoga liječničkog sektora, čije usluge većina stanovnika sebi ne može priuštiti, također utječe na ukupnu kvalitetu zdravlja.

Među analiziranim podacima iz istraživanja u tekstu ne postoji potpuna sistematska povezanost prehrane i zdravlja s tipom naselja, već samo djelomična. Iz analiziranih podataka o prehrani stanovnika pokazalo se kako se kod nas najviše jedu kruh, tjestenina, riža i krumpir, tzv. skupina ugljikohidrata i to svakodnevno, zatim slijedi povrće, dok se meso i riba jedu znatno rjeđe. Prema nekim važnijim nalazima kod elementa zdravlja može se općenito reći da su najčešće zdravstvene poteškoće bolovi u kostima i opći umor, teškoće specifične za stariju populaciju, ali i ne samo za nju. Kao noviji fenomeni koji se mogu istaći iz istraživanja su korištenje privatnih liječničkih usluga i pojava alternativnih pravaca prehrane (vegetarijanstva, makrobiotike i sl.), a uglavnom se pokazalo da se odnose na više i obrazovanije slojeve stanovništva, te na najveće makroregionalne centre. Također je zamjetna i pojava alternativne medicine koja se koristi kao sve češća metoda liječenja brojnih zdravstvenih tegoba, ali i kao kombinacija s konvencionalnom

medicinom. Sve te pojave rezultat su globalizacijsko-tranzicijskih utjecaja vidljivih gotovo posvuda, pa tako i na našim prostorima.

Na kraju se može ponoviti da je stanje u područjima prehrane i zdravlja kod nas u transformacijskoj fazi koju će još neko vrijeme obilježavati brojne promjene i problemi tipične za tranzicijske zemlje, a time i za Hrvatsku. Proces prilagodbe novim načinima ponašanja u svim segmentima društva po uzoru na razvijene zemlje zapadne Europe još nije završen što direktno utječe na ukupnu kvalitetu života, a time i prehrane i zdravlja.

Literatura

1. *Anketa o potrošnji u domaćinstvima 1988.* (1990). Zagreb: Republički zavod za statistiku.
2. Anshutz, F. (1992). *Medicina umanistica*. Rim: Citta'Nuova.
3. Bourdieu, P. (2002). *Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste*. Cambridge, Massacusetts: Harvard University Press.
4. *Britanski medicinski rječnik* (1963). London: Caxton.
5. Cerjan-Letica, G.; Letica, S.; Bobić-Bosanac, S.; Mastilica, M.; Orešković, S. (2003). *Medicinska sociologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Čaldarović, O. (1995). *Socijalna teorija i hazardni život*. Zagreb: Biblioteka Razvoj i okoliš.
7. Elias, N. (1996). *O procesu civilizacije 1–2. Sociogenetska i psibogenetska istraživanja*. Zagreb: Izdanja antibarbarus.
8. Giddens, A. (2005). *Odbjegli svijet*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
9. Hodžić, A. (2005). Mreža naselja u umreženom društvu. *Sociologija sela*, 43, 169 (3): 497–525.
10. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu* (2006). Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb: Web izdanje.
11. Jonjić, A. (1983). *Zašto pušiti i piti*. Rijeka: Tiskara Rijeka, d.d.
12. Lang, S. (2004–2005). *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. Zdravstvena politika u Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (www.zdravlje.hr).
13. Letica, S. (1989). *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed.
14. Lefebvre, H. (Anri Lefevr) (1974). *Urbana revolucija*. Beograd: Nolit.
15. Little, C. B. (2007). Social Capital and Health. In: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Ritzer, G. (ed.): Blackwell Publishing. Blackwell Reference Online. (www.epnet.com).
16. Mennell, S.; Murcott, A.; van Otterloo, H. A. (1998). *Prebrana i kultura. Sociologija hrane*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, HSD.
17. Parsons, T. (1972). *Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Structure. Patiens, Psychicians and Illness*. New York: Free Press.
18. Parsons, T. (1979). *Teoria sociologica e societa moderna*. Milano: Etas.
19. *Popis stanovništva 2001. kontingenti stanovništva po gradovima/općinama (2007)*. Zagreb: DZS. (<http://www.dzs.hr>).
20. Popovski, V. (1990). *Isbrana i zdravlje u gradu i selu. Promjene u svakodnevnom životu sela i grada* (Zbornik radova). Zagreb: IDIS.
21. *Promjene u svakodnevnom životu sela i grada (1990)*. Zbornik radova. Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu.

22. Ritzer, G. (ed.) (2007). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing: Blackwell Reference Online (www.epnet.com).
23. Putnam, R. D. (1996). In: Ritzer, George (ed.) (2007). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing: Blackwell Reference Online (www.epnet.com).
24. Seferagić, D. (1988). *Kvaliteta života i nova stambena naselja*. Zagreb: Sociološko društvo Hrvatske.
25. Seferagić, D. (1990). Razlike u stanovanju između grada i sela. U: *Promjene u svakodnevnom životu sela i grada*. Zbornik radova. Zagreb: IDIS.
26. Seferagić, D. (2005). Piramidalna mreža gradova. *Sociologija sela*, 43, 169 (3):579–617.
27. Standage, T. (2006). *Povijest svijeta u 6 čaša*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk
28. *Statistički ljetopis RH 1994*. Zagreb, prosinac, 1994.
29. *Statistički ljetopis RH 2005*. Zagreb: DZS. 2006. (<http://www.dzs.hr>)
30. *Statistički godišnjak SR Hrvatske 1985*. Zagreb: Republički zavod za statistiku, kolovoz 1985.
31. *Statistički godišnjak SR Hrvatske 1987*. Zagreb: Republički zavod za statistiku, rujan 1987.
32. *Statističko priopćenje, Osnovne karakteristike potrošnje i primanja kućanstava od 2003. do 2005.* (www.dzs.hr)
33. Svirčić Gotovac, A. (2006). Kvaliteta stanovanja u mreži naselja Hrvatske, *Sociologija sela*, 171 (1):105–127.
34. Svirčić Gotovac, A. (2006). *Sociološki aspekti mreže naselja u zagrebačkoj regiji*, Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, magistarski rad: 180 str.
35. Šegota, I. (1995). *Medicinska sociologija*. Rijeka: Medicinski fakultet
36. Štifanić, M. (2001). *Medicinska sociologija*. Rijeka: Adamić
37. *Webster's Third New International Dictionary* (2000). Springfield, MA: Merriam-Webster
38. Wilson, M. S.; Weatherall, A.; Butler, C. (2004). A Rhetorical Approach to Discussions about Health and Vegetarianism, *Journal of Health Psychology*, Sage Publications, London, Vol 9 (4), 567–581.
39. Warde, A.; Martens, L.; Olsen, W. (1999). Consumption and the Problem of Variety: Cultural Omnivorousness, Social Distinction and Dining out, *Sociology*, Vol. 33, No 1: 105–127.
40. Župančić, M. (2005). Infrastrukturna opremljenost hrvatskih seoskih naselja. *Sociologija sela*, 43, 169 (3):617–659.

Anđelina Svirčić Gotovac

Jelena Zlatar

Institute for Social Research in Zagreb, Zagreb, Croatia

e-mail: svircic@idi.hr; jelena@idi.hr

Nutrition and health – components of the quality of living in the settlements network in Croatia

Abstract

The text analyses some components of the quality of living, namely nutrition and health. In sociology, the quality of living is defined by the level of satisfaction people experience regarding their basic and other needs, living conditions and their standard of living. Numerous elements in the quality of living comprise different areas of human life, such as accommodation, working conditions, education, free time, health, diet etc. The last two life segments can be examined as separate branches of sociology, which in turbulent modern times become more and more interesting and known as sociology of nutrition and sociology of health (medical sociology). This paper presents the results of research carried out at the Institute for Social Research in Zagreb in 2004. Its representative sample were 2.220 respondents all over settlements network in Croatia and it was called *Sociological aspects of the settlements network in the context of transition*. Nutrition and health data obtained in the research were satisfactory, although there is always room for change and improvement for the majority of people. The expected results place the areas of research in the context of transition and transformation. They also confirm the inseparable connection between health and diet, reflected in permanent concern for healthy life in modern day conditions.

Key words: nutrition, health, settlements network, quality of living, transition period, Croatia

Received on: May 2007

Accepted on: June 2007