

"Sve je lako kad si mlad": sociološko istraživanje odnosa prema zdravlju studenata i studentica na Sveučilištu u Splitu

Propadalo, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:575729>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-30**

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU FILOZOFSKI FAKULTET

ZAVRŠNI RAD

**„SVE JE LAKO KAD SI MLAD“: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE
ODNOSA PREMA ZDRAVLJU STUDENATA I STUDENTICA NA
SVEUČILIŠTU U SPLITU**

MAJA PROPADALO

Split, 2020.

ODSJEK ZA SOCIOLOGIJU

POSTMODERNIZAM KAO SOCIOLOŠKA TEORIJA

ZAVRŠNI RAD

**„SVE JE LAKO KAD SI MLAD“: SOCIOLOŠKO ISTRAŽIVANJE ODNOSA
PREMA ZDRAVLJU STUDENATA I STUDENTICA NA SVEUČILIŠTU U
SPLITU**

Mentorica: doc. dr. sc. Marija Lončar

Studentica: Maja Propadalo

Sadržaj

Uvod.....	1
1. Zdravlje iz sociološke perspektive	2
1.1. Sociologija zdravlja: institucionalizacija i teorije.....	2
2. Zdravlje i kvaliteta života	7
2.1. Faktori koji utječu na zdravlje.....	9
2.2. Mentalno zdravlje, stres i suočavanje sa stresom	11
2.3. Istraživanja o zdravlju	13
3. METODOLOŠKI I EMPIRIJSKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA	16
3.1. Strukturalna obilježja sudionika i sudionica istraživanja.....	17
3.2. Aspekti psihičkog zdravlja studenata i studentica	18
3.3. Fizičko zdravlje studenata i studentica	20
4. ZAKLJUČAK	23
5. LITERATURA	25
6. METODOLOŠKA I EMPIRIJSKA ARHIVA	27
6.1. Upitnik korišten u istraživanju	27
6.2. Tablični i grafički prikazi rezultata	30
Sažetak.....	41
Bilješka o autorici.....	42

Uvod

Sociologija zdravlja ima dugu povijest, ali njezin proces institucionalizacije počinje 50-ih godina prošlog stoljeća (Collyer i Scambler, 2015). Zdravlje postaje od središnje važnosti u brojnim istraživanjima jer se shvatilo da na bolest ne utječe samo pojedinac, već cijeli niz strukturalnih obilježja pojedinca, kao i različiti faktori iz okoline (Štifanić, 2001). Zdravlje je pojam koji koristimo svakodnevno, njega zaželimo među prvim željama svim dragim ljudima. Kažu da se zdravlje ne može kupiti novcem, no je li to tako i utječe li novac na zdravlje, te koji su ostali čimbenici koji imaju utjecaj na zdravlje, obrazložiti ćemo u narednim poglavljima. Provedenim istraživanjem, prikazanim u ovom radu, cilj je bio ispitati odnos studenata i studentica na Sveučilištu u Splitu prema zdravlju. Ciljevi su se fokusirali na načine održavanja psihičkog i fizičkog zdravlja. Korištena je online anketa kao metoda, a upitnik je bio mjerni instrument. Anketa je provedena u rujnu 2020. godine, kao i obrada te interpretacija podataka.

U prvom poglavlju upoznajemo se sa sociološkim poimanjem zdravlja, te pratimo razvoj sociologije zdravlja kao zasebne grane. Pratimo proces institucionalizacije i razvoj teorija. Drugo poglavlje povezuje zdravlje s kvalitetom života i samim oblikovanjem životnog stila. Određujemo čimbenike koji utječu na zdravlje, te istražujemo direktan utjecaj kretanja i fizičke aktivnosti na fizičko zdravlje, ali i na mentalno. Prateći provedena istraživanja na temu mladih i/ili zdravlja, bolje se upoznajemo s definicijom i punom slikom pojma. Zatim teorijski okvir, a za njim slijede metodološki i empirijski aspekti istraživanja. Nakon interpretacije dobivenih podataka priložena su završna razmatranja te literatura. U radu su također priloženi upitnik (metodološka arhiva) i tablični i grafički prikazi empirijskih rezultata (empirijska arhiva), a na samom kraju nalazi se sažetak na hrvatskom i na engleskom jeziku, te bilješka o autorici.

1. Zdravlje iz sociološke perspektive

Blaxter ističe kako ne postoji jednostavna ili jasna definicija zdravlja, a tome u prilog ide i sve veći broj literature koji se pojavljuje. Bolest ili fiziološki status mogu se prepoznati ili izmjeriti, ali to nije cijelo zdravlje: zdravlje i bolest su socijalne, kao i biološke činjenice (Blaxter, 1990, 3). U biomedicinskom modelu, na kojem počiva velik dio suvremene medicine, bolest se definira kao odstupanja mjerljivih bioloških varijabli od norme ili prisutnost definiranih i kategoriziranih oblika patologije. To je sigurno jedan od dijelova laičkih modela zdravlja i bolesti. Zdravlje bi se moglo prepoznati jednostavno kao izostanak bolesti, ali za većinu ljudi to je bilo i više od toga (potpuno fizičko, socijalno i mentalno zdravlje, a ne samo nedostatak bolesti ili nemoći) (Blaxter, 1990, 3).

Uvriježeno mišljenje do 20. stoljeća bilo je da je zdravlje isključivo individualni pojam, odnosno, da mikroorganizmi djeluju na ljudsko tijelo. Prihvaća se novi način gledanja na koncept zdravlja, te se promatraju i društveni čimbenici kao utjecaji. Na čovjeka ne djeluje samo mikroorganizam, već čitav niz socio-demografskih aspekata, okolina u kojoj se nalazi, te politička klima same države. Sami identitet osobe, sva njegova djelovanja i obilježja, utječe na njegovo zdravlje (Štifanić, 2001, 191, 192). Bolest ima velik utjecaj na život pojedinca, te je kao takva jedna od velikih interesa u društvenim istraživanjima. Još jedan od razloga interesiranja društvenih znanosti je taj što bolest nije rezultat napada klica na organizam, nego se radi o prethodnim postupcima i određenim društvenim uvjetima koji su joj pružili podlogu za razvoj (Štifanić, 2001, 192).

1.1. Sociologija zdravlja: institucionalizacija i teorije

Sociologija zdravlja prvi se puta javlja u Engleskoj, Njemačkoj te Francuskoj, a vrhunac je doživjela nakon Prvog svjetskog rata u SAD-u, dok se njezin razvoj prati i u većini zapadnih zemalja početkom 20. stoljeća (Štifanić, 1998, 833). Preuzimanjem definicija bolesti i zdravlja iz medicinske znanosti, dolazi se do problema ograničenja sociološkog pristupa zdravlju. Zahvaljujući određenoj, referentnoj sociološko-medicinskoj literaturi, ovaj se problem rješava. Uz pomoć više pristupa odnos zdravlja i bolesti se proučava univerzalno (Štifanić, 1998, 835).

Sociologija zdravlja i medicine počela je dobivati institucionalni oblik u dvadesetom stoljeću uspostavom modernog sveučilišnog sustava. Područje specijalnosti započelo je proces institucionalizacije oko 1950. godine. Vrijeme institucionalizacije za sociologiju zdravlja i medicinu bilo je specifično za svaku zemlju; također su varirali i na globalnoj razini. U

akademskom kontekstu, tri glavne značajke institucionalizacije discipline (ili sub-discipline) su formiranje formalnih mreža i udruženja, uspostava akademskih časopisa i izrada akademskih udžbenika. Ova tri obilježja govore nam da se polje počelo institucionalizirati od 1950-ih, a završilo je u nekoliko ključnih zemalja i na međunarodnoj razini do kraja 1980-ih. Po završetku procesa institucionalizacije znanstvenog područja, pojedinci se više ne moraju oslanjati samo na individualne resurse i kapacitete kada ulaze u javne rasprave o vrijednosti dobre zdravstvene zaštite, ili nastoje pokazati prednosti ili nedostatke određene zdravstvene politike ili programa. Iako su svi koraci u procesu institucionalizacije stvar pregovaranja i političke borbe na lokalnoj, nacionalnoj pa čak i na međunarodnoj razini, institucionalizacija označava točku u kojoj su materijalni i kulturni resursi postali dostupni članovima polja; osvojeno je javno priznanje i potpora; i formalna sredstva komunikacije i interakcije čvrsto uspostavljena. Tako je do 1990-ih sociologija zdravlja i medicine postigla široko prihvaćanje unutar sveučilišnog sektora, pri čemu mnoge institucije prepoznaju vrijednost pojedinaca specijaliziranih za to područje i osiguravaju resurse za preddiplomsku i (post) diplomsku nastavu (Collyer i Scambler, 2015, 2).

Institucionalizacija bilo kojeg znanstvenog polja također označava točku u kojoj je postignuta određena razina koherentnosti ili zajedničke prakse. U sadašnjem kontekstu čini se da postoji određeni konsenzus o glavnim temama ili pitanjima sociologije zdravlja i medicine. Unatoč očiglednom konsenzusu, i dalje postoje zanimljive globalne razlike u načinu na koji se sociologija zdravlja i medicine prakticira, istražuje i uči. Neki nagovještaji toga dati su u različitim imenima za to područje, jer je poznata kao medicinska sociologija u Sjedinjenim Američkim Državama i Velikoj Britaniji, sociologija zdravlja u Australiji i sociologija zdravlja i medicinska sociologija u Kanadi (Collyer i Scambler, 2015, 3).

Tijekom desetljeća, sociolozi zainteresirani za medicinu i zdravstvo uveliko su se usredotočili na glavne teorije modernih društava i na društvene promjene. Prekretnica u mnogim aspektima bila je objavljivanje knjige „Društveni sustav“ 1951. godine Talcotta Parsonsa (Cockerham i Scambler prema Collyer i Scambler, 2015, 5). Nije samo Parsons ponudio strukturalno-funkcionalističku analizu zdravlja i medicine. Tako dominantna bila je tadašnja parsonska perspektiva, i tako nestrpljivo dugo očekivana knjiga, da je „Društveni sustav“ bio otvoren poziv sociolozima da svoju pozornost usmjere na pitanja zdravlja. Parsonsa, koji se školovao za psihoanalitičara, zanimale su uloge profesionalaca u Americi i drugdje, i odlučio je uključiti liječnike u svoju analizu. Njegov koncept *sick role* (uloga bolesnika) pokazao se ključnim te se još uvijek navodi i koristi kao idealan tip u empirijskom istraživanju (Collyer i Scambler, 2015, 5). On ulogu bolesnika smatra bitnom za društvo, te da biti bolestan nije stvar osobnog odabira. Bolest nije samo fizička, već i društvena pojava, te joj se kao takvoj

treba pristupati (Štifanić, 1998, 837). S tim pogledom, funkcionalističko poimanje zdravlja i bolesti uključeno je u medicinsku profesiju i zdravstveni sustav. Nastale poteškoće povezane su s razumijevanjem značenja i opsega onih slučajeva bolesti i zdravlja koji se ne mogu dovesti u direktnu vezu sa zdravstvenim (Štifanić, 1998, 837).

Strukturalni funkcionalizam je naglašavao društvene procese, strukture, norme i vrijednosti na makro razini izvan pojedinaca koji su ih integrirali u šire društvo i oblikovali njihovo ponašanje. Društveni poredak nadmašio je ostvarivanje slobodne volje. To je bilo u skladu s teoretizacijom samoubojstva Émilea Durkheima kao društvene, a ne pojedinačne pojave. Makro-društvena događanja poput ekonomskih recesija mogu utjecati na zdravlje i donošenje odluka pojedinaca. Prvi je odredio zdravlje i bolest kao socijalni fenomen na primjeru samoubojstva (viša stopa samoubojstava kod protestanata nego kod katolika) (Štifanić, 1998, 835). Collyer i Scambler ističu kako je Durkheimovo dokumentiranje prijelaza iz mehaničke u organsku solidarnost imalo jasne posljedice za medicinu u povijesno novoj podjeli rada gdje su zanimanja razvila jedinstvenu društvenu ulogu za održavanje moralnog, društvenog poretka (Collyer i Scambler, 2015, 5).

Prigovori naglasku strukturalnog funkcionalizma na ravnotežu i konsenzus došli su iz simboličkog interakcionizma i teorije konflikta, od kojih su obje sazrele u SAD-u. Simbolički interakcionisti kritizirali su izricanje pojedinaca kao uglavnom pasivnih sudionika u velikim društvenim sustavima. Koristeći rad Meada i Blumera, oni tvrde da je društvena stvarnost konstruirana na mikro razini pojedincima koji međusobno djeluju na temelju zajedničkih simboličkih značenja. Drugim riječima, društvenu stvarnost stvaraju interakcijski agenti sposobni donositi odluke, a ne makro-sustavi i strukture koje ih usmjeravaju prema putovima bez mogućnosti (Cockerham i Scambler prema Collyer i Scambler, 2015, 5). Fokus simboličkog interakcionističkog istraživanja bio je općenito kvalitativan, a posebice je uključivao promatranje sudionika. Njezini glavni suradnici u medicinskoj sociologiji bili su Anselm Strauss i Erving Goffman, iako treba spomenuti i Howard Becker i njegove kolege kroz klasičnu studiju *Boys in White*. Straussova i Glaserina studija o smrti i umiranju, bolnici kao „dogovorenom poretku“ i inovaciji u skrbi o pacijentima, kao i njihova formulacija utemeljene teorije, preživjeli su test vremena. Goffmanove revolucionarne, dramaturške („život kao kazalište“) analize također su zadržale velik dio svoje pronicljivosti i potiska više od pola stoljeća nakon što su prvi put objavljene (Collyer i Scambler, 2015, 5).

Do sredine šezdesetih simbolički interakcionizam postao je značajan suparnik ili čak nasljednik strukturalnog funkcionalizma. Ustvrdilo se da devijantnost nije kvaliteta onog što pojedinac počini, već posljedica normi koje su drugi konstruirali i provodili. Ako je, kao što je

Parsons tvrdio, „bolest vrsta devijantnosti“, onda je medicinska profesija ta koja to „stvara“. Liječnici nisu dobili samo ovlaštenje da utvrde tko je bolestan, a tko nije, oni također proizvode i mogućnost „djelovanja bolesnog“. U proslavljenom istraživanju mentalnih bolesti koje je prvi put objavljeno 1966., Scheff je tvrdio da bi odgovarajuća etiološka teorija duševne bolesti mogla započeti i zaključiti se s definicijama liječnika o situaciji. Kako su sedamdesete napredovale i ustupale mjesto osamdesetim godinama, simboličke i druge grane interakcionizma postupno su izgubile svoju nadmoćnost, u različitim dijelovima svijeta, prema različitim paradigmama. Kvalitativna istraživanja bolesti i zdravstvenih susreta općenito, a posebno promatranje sudionika, i dalje su zadužena za raniji pionirski interakcionizam (Collyer i Scambler, 2015, 6).

Ono što se konvencionalno naziva teorija konflikta postala je još jedna dugotrajna alternativa strukturalnom funkcionalizmu. Inspirirana europskom tradicijom Marxa i Webera, teorija sukoba temelji se na pretpostavci da društvo nije karakterizirano konsenzusom već konkurentnim interesima različitih skupina. Elite jedne vrste obično prevladavaju. Dok su oni u marksističkoj gomili naglašavali važnost klasa, drugi su naglasili uloge interesnih skupina, političkih stranaka i tako dalje. Marksistički doprinosi često su nastajali u sjeni sociologije zdravlja, bolesti i zdravstvene skrbi. Na različite načine, Waitzkin, McKinlay i Navarro osporili su status quo tvrdeći da su radničke klase sustavno u nepovoljnom položaju u odnosu na socijalne determinante bolesti, prirodu zdravstvenih sustava, korištenje zdravstvene skrbi i medicinske susrete. Za neke, zdravstvene posljedice kolapsa Sovjetskog Saveza i njegovo raseljavanje kapitalizmom svjedočile su o važnosti marksizma (dugovječnost muškaraca u Rusiji pala je 5,2 godine između 1965. i 2005.), dok je za druge (one koji su sovjetski blok tumačili kao „marksizam u praksi“), njegova propast izgledala kao da obećava zdravlju budućnost (Collyer i Scambler, 2015, 6).

Prema Navarru, zdravstveni sustav je odraz kapitalizma gdje liječnici imaju svu moć i instrumente, a pacijenti su im podređeni. Smatra da se zdravstveni sustav može shvatiti isključivo preko društva (raspodjela vlasti, prihoda, uloga države...). Prema njemu je medicina sustav raspodjele društvene nejednakosti, te u medicinskoj ideologiji pronalazimo „otuđenost kapitalističkih odnosa“ jer liječnici bolest pripisuju isključivo pacijentu, a ne društvenim čimbenicima (Štifanić, 1998, 838). Radikalan pristup proizlazi iz marksističkog, ali zaključci autora ovog pristupa različiti su od ostalih. Za njih je industrijsko društvo krivac za bolesti. Definicije zdravlja i bolesti autora ovog pristupa najopširnije su. Illich smatra kako se medikalizacija društva može postići putem industrijalizacije i tehnologizacije (Štifanić, 1998, 838). Podbacivanje medicine u razumijevanju smisla bolesti naglašeno je u ovom pristupu, tako

zdravstveni sustav postaje najveći neprijatelj zdravlja pojedinaca, ali i cijele populacije što se kosi s idealima i smislom same medicine (Štifanić, 1998, 838).

Fenomenološki pristup promatra zdravlje i bolest putem ljudskih iskustava. Proučavaju bolest unutar i izvan zdravstvenog sustava, a definiraju bolest putem bolesnikovih iskustava. (Štifanić, 1998, 839). Donati karakterizira bolest kao (Štifanić, 1998, 839):

- zanemarivanje života,
- uklanjanje svih sumnji u vlastito postojanje (duhovno i tjelesno)
- spontani odgovor (pasivnost kao rezultat iscrpljenosti i smanjenje funkcionalnosti)
- gubitak komunikacijskih vještina i pucanje mreža socijalizacije kao posljedica
- različita koncepcija vremena i prostora (pojedinaac podvrgnut novom iskušenju).

Idler smatra kako se spoznaja i svjesnost o bolesti ne može u potpunosti izraziti verbalnim putem. Autori fenomenološkog pristupa smatraju kako bolest nadilazi pojedinca, a isto je tako univerzalna za sva društva, iako različite kulture drugačije reagiraju na bolesti (Štifanić, 1998, 839). Herzlich smatra kako bolest nikada nije isključivo individualna, nego je kolektivna i zajednička društvu. Značenje društvene dimenzije bolesti je u podršci osjećaja pojedinca s društvom (Štifanić, 1998, 840).

Tradicija konflikta također može biti mjesto za raspravu o porastu feminističke perspektive o zdravlju i bolesti iz šezdesetih godina. Ove feminističke studije potaknute su istim društvenim snagama koje su dovele do stvaranja „Bostonskog ženskog skupa knjiga o zdravlju” i izdavanja najprodavanije knjige „Naša tijela, mi” (Collyer i Scambler, 2015, 6). Veći dio najranijih radova usredotočen je na reproduktivna iskustva žena - primjerice, istraživanje Bonnie Bullough o utjecaju siromaštva na pristup uslugama planiranja obitelji - ali čak je i rad na širim pitanjima često sadržavao kritiku medicinske profesije i način na koji se žene u zdravstvenom sustavu tretiraju, ili kao pacijenti ili kao medicinske sestre. U mnogim slučajevima ova feministička djela bila su kombinirana s drugim većim tradicijama, kao što su marksizam ili interakcionizam, naglašeno odbacujući funkcionalističku paradigmu za njezino postupanje prema ženama, spolu i seksualnom identitetu. Feminističke perspektive naposljetku su pomogle u rađanju područja muških studija, studija seksualnosti i teoretiziranja muškosti, proširujući konceptualno polje u rodne odnose, gdje je fokus konstrukcija spola, a ne žene ili muškarci u izolaciji (Collyer i Scambler, 2015, 6).

2. Zdravlje i kvaliteta života

Mnogo je poteškoća pri definiranju koncepta kvalitete života, međutim definicija koncepta se većinom dijeli na dvije struje. Prva je vremenski nastala prije i vezana je isključivo uz bolest, dakle koncept kvalitete života bolesnika. Druga se javlja 90-ih godina, kada se koncept kvalitete života određuje i kod zdravih ljudi. Druga se javlja zbog prevelikih zdravstvenih troškova, pa se pokušava unaprijediti i održati zdravo stanje stanovnika. Druga struja poznata je pod nazivom „fitness pokret” i za cilj ima poboljšavanje zdravlja pojedinaca (Orešković, 1994, 264, 265).

Orešković se poziva na Baratha prilikom definiranja unapređenja zdravlja koji definira zdravlje kao proces kojim ljudi osnažuju kontrolu i poboljšavaju zdravlje. Stadij potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja postiže se određivanjem i ostvarivanjem vlastitih želja, te mijenjanjem i suočavanjem s okolinom. Iz toga proizlazi da je zdravlje pozitivan pojam jer se shvaća kao rezerva snaga za život, a ne kao sami cilj života. Dakle, zdravlje premašuje odgovornosti zdravstva, ono je puno više od zdravih navika (Barath prema Orešković, 1994, 265). Također, pozivajući se na Baratha, Orešković tvrdi da je pretpostavka zdravlja kvaliteta života i u te vrijednosti ubraja: obrazovanje, mir, hranu, društvenu jednakost i pravdu, ekosustav... (Barath prema Orešković, 1994, 266).

Ottawskom deklaracijom iz 1986. nije samo pojedinac stavljen kao glavni odgovorni za vlastito zdravlje, već i cijela isprepletena mreža društvenih ustanova (zdravstvene, obrazovne, političke, društvene...). Pojedinac i društvo odgovorni su i za psihičko i za fizičko zdravlje pojedinca (Orešković, 1994, 267). Pojam kvalitete života postmoderni je proizvod nastao zahvaljujući društvenim kretanjima i teorijskim dizajnima koji teže prevladavanju „modernističke kvalitativne paradigme rasta“ (Orešković, 1994, 271). Pokušavaju se spojiti dva oprečna slogana: „*add years to life*“ (radi se o produljivanju životnog vijeka, budući da u nekim nerazvijenim zemljama još uvijek ne prelazi brojku 50) „*add life to years*“ (središnja paradigma nije samo rast, već se radi na poboljšavanju kvalitete života) (Orešković, 1994, 271-272).

Svaka osoba ima genetski određen životni vijek, a da bi ga doživio, treba imati „uredan“ život (zdrava prehrana, aktivan rad, kretanje, sportske aktivnost, život bez stresa...). Također je važno odvojiti vrijeme za odmor, duhovni razvoj te prevenirati sva rizična ponašanja koja vode ka ovisnosti ili kroničnim oboljenjima (Šnajder prema Bartoš, 2015, 71). Priča o kvaliteti života ne može se voditi bez rasprave o čimbeniku prehrane i zdravlja. Iako zasebne discipline („sociologija prehrane” i „sociologija zdravlja”), zajedno spadaju pod „medicinsku sociologiju” (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 30).

Pojedini autori povezali su sintagmu društvenog kapitala Bourdieua sa sintagmom kvalitete života. Sintagma P. Bourdieua otkriva (ne)kvalitetu života obzirom na razlike u populaciji. Veza između strukturalnih obilježja pojedinca i grupa i zdravlja tumači se primjerom ljudi koji su angažiraniji u društvu, te samim tim imaju bolje veze, veći pristup novcu i ostalim elementima koji im uvelike utječu na krajnji rezultat bolesti (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 32). Šezdesetih godina 20. stoljeća roba koja se odnosi na zdravlje uključivala bi proizvode poput aspirina, TCP, Dettola i gipsa. No danas bi to uključivalo: hranu i piće; bezbroj tableta za promicanje zdravlja; privatno zdravstvo; alternativna medicina; strojevi za vježbanje i videozapisi; zdravstveno osiguranje; članstvo u sportskim i zdravstvenim klubovima; čizme za hodanje; tenisice; plastična kirurgija; šampon (za „zdravu kosu“); sunčana ulja; psihoanaliza; trenerke; i tako dalje. Popis je naizgled beskrajn. Robe su preobražene u dva smjera. Prvo, neki su bili podvrgnuti procesu u kojem se njihova izvorna upotrebna vrijednost pretvara u sve više artikulirano u smislu „zdravlja“ (na primjer, „ozelenjivanje“ proizvoda za čišćenje u domaćinstvu, prelazak s dekorativne na kozmetiku koja poboljšava zdravlje i razni oblici slobodnog vremena). Drugo, a možda i značajnije, neki su „preobraženi“ u suprotnom smjeru, jer je njihova izvorna vrijednost za zdravstvenu uporabu pretvorena u mnogo šire društveno i kulturno značenje (na primjer, tenisice, trenerke i *body building*) (Burrows i dr., 1995, 2).

Kvaliteta zdravlja, kao element kvalitete života, određuje se odnosom dobi, spola, razine obrazovanja, mjesta stanovanja s odlascima na liječničke preglede, zdravstvenim teškoćama i drugim parametrima (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 33). Odabir načina života, izbori koje pojedinci donose u vezi svoga ponašanja, a posebno obrasci njihova ponašanja često se označeni pojmom životnoga stila. U kontekstu zdravlja, često se smatra najrelevantnijim izbor hrane, pušenja i pijenja te načina provođenja slobodnog vremena. Međutim, stilovi života imaju i ekonomske i kulturne dimenzije: način života grada može se neizbježno razlikovati od života u zemlji, samci od ljudi u braku, oni sa sjevera od onih s juga. Mnogo je dokaza o postojanim socio-ekonomskim utjecajima na zdravlje: dohodak, rad, stanovanje, a fizičko i socijalno okruženje također su dio načina života. Oni se moraju smatrati i izravnim učinkom na zdravlje, ali i čimbenici koji utječu na ponašanje. Navedena je široka definicija životnog stila, a ne ona koja se temelji na osobnom ponašanju, za koje se zna da je faktor rizika. Pitanje odgovornosti za ta osobna ponašanja, i općenito za održavanje zdravlja, kontroveržno je i postaje sve važnije. Rasprava koja se razvila usredotočila se na to trebaju li politike usmjerene na promicanje zdravlja biti individualističke, stavljajući odgovornost čvrsto na pojedinca i obitelj ili trebaju biti kolektivističke. S jedne strane, tvrdi se da su mnoge trenutno najvažnije bolesti nanesene samo sebi, a lijekovi su u rukama javnosti. S druge strane, predlaže se da ovaj pristup minimizira

socijalne i ekonomske čimbenike koji su izvan kontrole pojedinca. Pitanje osobne slobode može se pozvati u prvom slučaju: na pravo pojedinaca da rade ono što žele sa svojim životom, vodeći se samo obrazovanjem o „ispravnim“ odlukama. U drugom se ističe nesposobnost mnogih ljudi da izvrše kontrolu nad svojim okruženjem i načinom života (Blaxter, 1990, 5).

2.1. Faktori koji utječu na zdravlje

Thienhaus-Grothjanova napravio je podjelu čimbenika koji određuju zdravstveno stanje u pet skupina (Letica prema Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 33), a zavise od:

1. pojedinca (npr. dob, spol, nasljeđe);
2. pojedinca i njegove okoline (npr. prehrana, imunitet, socijalna pripadnost);
3. fizičko-kemijskog okruženja (npr. stanovanje, radno mjesto, klima);
4. biologijskog okruženja (npr. virusi, bakterije, životinje);
5. psiho-socijalnog okruženja (npr. obitelj, društvo, škola).

Na osnovi ovih pet faktora, može se zaključiti da zdravlje nije određeno samo pojedincem, već na njega utječe skupina društveno, ekonomski, socijalno uvjetovanih faktora, stoga na bolest možemo djelomice djelovati i preventivno (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 33). Zdravlje i bolesti se razlikuju ovisno o društvima, ali i variraju unutar samog društva. Opće je poznato da bijelci žive dulje od ostalih rasa, žene od muškaraca i da stariji ljudi prije obolijevaju od kroničnih bolesti. Također je ustanovljeno da osobe koje uživaju viši društveni status imaju manju mogućnost za oboljenjem od osoba nižeg društvenog statusa. Osobe višeg društvenog statusa jedu zdraviju i kvalitetniju hranu, imaju veće mogućnosti za dobiti potrebnu liječničku pomoć, itd. (Štifanić, 2001, 194).

Štifanić tvrdi da se pozitivna korelacija socijalne podrške s duljim i zdravijim životom pravda i objašnjava u sve više literaturnih izvora. Također iznosi tvrdnju kako je kod žena manji rizik smrti nego kod muškaraca, bez obzira na dobnu skupinu. To se može objasniti time da žene provode više preventivnih mjera od muškaraca (dodaci prehrani, redoviti zdravstveni pregledi, temeljitija higijena...) (Štifanić, 2001, 197). Statistički podaci govore kako žene više obolijevaju od kroničnih bolesti, muškarci više od njih umiru, sami rezultat toga je da žene žive dulje. Razlog tome je činjenica da su žene sklonije brinuti se same za sebe, te se dulje koriste zdravstvenim uslugama koje im se pružaju (Štifanić, 2001, 198). Štifanić se poziva na Durkheima i ističe kako na stres utječe društvena okolina i određeni uvjeti u životu pojedinca. To je najočitije kod nacija, gdje je pojedinac primoran ponašati se sukladno očekivanjima njegove integrirane zajednice. Upravo su to čimbenici koji utječu na javljanje bolesti i čin samoubojstva (Durkheim prema Štifanić, 2001, 205).

Raznolikija i bogatija hrana pripada višim ekonomskim grupama. Brza hrana postaje zamjenom za obroke mnogom broju ljudi, te kao takva mnogo šteti ljudskom organizmu. Sve više novijih istraživanja, koja dokazuju štetnost *fast food* hrane, polako bude svijest u ljudi diljem svijeta. Istraživanja su također ukazala na direktnu poveznicu nezdrave hrane s razvojem mnogih bolesti (kardiovaskularne, karcinomi i sl.). Pretilost je bolest nastala s prekomjernim unošenjem hrane i karakteristična je za suvremeno doba (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 37). Promicanje zdravlja ima za cilj djelovati ne samo na razini pojedinaca, već i na razini socio-ekonomskih struktura te potaknuti stvaranje i provedbu „zdravih javnih politika (Burrows i dr., 1995, 3).

Današnjica sa sobom nosi užurbani način života u kojem ljudi sve manje vremena i pažnje pridaju kretanju. Čovjek je sve pasivniji i sve se manje kreće što ostavlja ozbiljne posljedice na njegovo zdravlje (Bartoš, 2015, 68). Prethodna istraživanja pokazala su da umjeren tjelesna aktivnost poboljšava tjelesno, mentalno i socijalno blagostanje i igra važnu ulogu u prevenciji koronarne bolesti srca. U posljednjih 20 godina nekoliko velikih, dugoročnih studija na odraslima pokazalo je da je tjelesna aktivnost glavni čimbenik rizika za morbiditet i preranu smrtnost od koronarne bolesti srca. Redovita tjelesna aktivnost može koristiti i mladim ljudima. Budući da razine čimbenika rizika u djetinjstvu predviđaju razine u mladoj odrasloj dobi, njihovo smanjenje kod mladih ljudi važan je zdravstveni problem (Hickman i dr., 2000, 73).

Kada se govori o potrebama mladih za tjelesnom aktivnošću naglašava se važnost usađivanja u ranoj dobi temeljnih vještina za bavljenje tjelesnom aktivnošću tijekom života i razumijevanja blagodati tjelesne aktivnosti. Te prednosti uključuju poboljšanu psihološku dobrobit, pojačano samopoštovanje, poboljšani moralni i društveni razvoj i mali, ali značajan učinak smanjenja tjelesne masti u kombinaciji s odgovarajućom izmjenom prehrane. Sudionici simpozija preporučili su mladima da budu umjereni aktivni najmanje 30 minuta dnevno. Aktivnost umjerenog intenziteta definira se kao aktivnost obično ekvivalentna brzom hodanju, od čega se može očekivati da će sudionik osjetiti toplinu i malo ostati bez daha (Hickman i dr., 2000, 73).

Nekretanje ostavlja velike posljedice na organizam, od bolesti krvožilnog sustava, slabljenja imuniteta i mišića, do bolesti srca. Bartoš ističe kako je prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u 2012. godini navedeno kako je nedostatan kretanje prvi rizični faktor za ljudsko zdravlje, čak je i ispred alkohola i duhana (Bartoš, 2015, 69). Jedan od razloga zbog kojih ljudi ne posvećuju dovoljno vremena kretanju i tjelovježbi je taj što u doba dostupnih informacija, brzih izmjena u poslovnom svijetu, pojedinci svu svoju pažnju pridaju stjecanju

novih vještina i znanja kako bi opstali u tom svijetu (Bartoš, 2015, 70). Ujedno tako, pojedincu se, ne iskorištavajući svoje slobodno vrijeme, javlja dosada. Stanje dosade u kojem se pojedinac nalazi može imati negativne posljedice, kako na fizičko, tako i na psihičko zdravlje. U ovakvim bi slučajevima odmjerena fizička, sportska aktivnost bila poželjna (Bartoš, 2015, 72).

Uz dobrobiti povezane s prevencijom koronarne bolesti srca, čini se da tjelesna aktivnost promiče mentalno zdravlje kod odraslih i poboljšava samopoštovanje kod mladih. Tjelesna aktivnost i sport, kao i važne vrste zdravstvenog ponašanja, predstavljaju važna područja socijalizacije za mlade (Hickman i dr., 2000,73). Poznato je da tjelovježba ima pozitivan utjecaj na sliku o vlastitom tijelu, raspoloženje, samopouzdanje i slično. Pozitivnost promjena u raspoloženju je višedimenzionalna, radi se o fiziološkim i biokemijskim procesima, promjenama u razmišljanju, u percepciji sebe te okoline (Bartoš, 2017, 74-75).

2.2. Mentalno zdravlje, stres i suočavanje sa stresom

Svirčić i Gotovac ističu kako je bitno uočiti povezivanje zdravlja s idealnim stanjem organizma i odsutnosti bola prilikom definiranja zdravlja i bolesti. Ukazuju kako se i psihičko zdravlje treba uvažiti prilikom izučavanja zdravlja (Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007, 41). Mentalno zdravlje ili psihološko blagostanje sastavni su dio sposobnosti pojedinca da vodi ispunjen život, uključujući sposobnost stvaranja i održavanja odnosa, učenja, rada ili bavljenja razonodom i donošenja svakodnevnih odluka o obrazovanju, zapošljavanju, stanovanju ili drugim izborima. Poremećaji mentalnog blagostanja osobe mogu negativno ugroziti tu sposobnost i donesene izbore, što dovodi ne samo do smanjenog funkcioniranja na individualnoj razini već i do većih gubitaka blagostanja za kućanstvo i društvo (WHO, 2013, 7).

Mentalno je zdravlje nezamjenjiv dio zdravlja i WHO ga je definirao kao stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi sa životnim stresovima, može raditi produktivno te je sposoban dati doprinos svojoj zajednici. Psihička bolest, s druge strane, odnosi se na patnju, onesposobljenost ili morbiditet zbog mentalnih, neuroloških i poremećaja upotrebe supstanci, koji mogu nastati zbog genetske, biološke i psihološke građe pojedinaca, kao i zbog nepovoljnih socijalnih uvjeta i čimbenika okoliša (WHO, 2013, 9)

Važnost dobrog mentalnog zdravlja za funkcioniranje i dobrobit pojedinca može se u velikoj mjeri pokazati pozivanjem na vrijednosti koje su temeljne za čovjekovo stanje (9, 10). Sljedeće su vrijednosti posebno važne (WHO, 2013, 9):

i. neovisno razmišljanje i djelovanje:

Sposobnost pojedinaca da upravljaju svojim mislima, osjećajima i ponašanjem, kao i interakcija s drugima, ključni je element ljudskog stanja. Nije iznenađujuće da se zdravstvena stanja ili stanja koja pojedincima oduzimaju neovisno razmišljanje i djelovanje (poput akutne psihoze, uznapredovalih stadija demencije ili dubokog intelektualnog invaliditeta) smatraju jednim od najnesposobnijih.

ii. užitek, sreća i zadovoljstvo životom:

Postoji dugogodišnji i nedavno ponovno naglašeni argument da sreća predstavlja krajnji cilj u životu i da je najiskrenije mjerilo dobrobiti. Opet, teško je, ako ne i nemoguće, da osoba procvjeta i osjeća se ispunjenom u životu kad je, privremeno ili trajno, opkoli zdravstveni problemi poput depresije i tjeskobe.

iii. obiteljski odnosi, prijateljstvo i socijalna interakcija:

Na samoidentitet i sposobnost procvata pojedinaca duboko utječe njihovo socijalno okruženje, uključujući priliku za stvaranje odnosa i interakciju s onima oko njih (članovima obitelji, prijateljima, kolegama). Usamljenost, socijalna izoliranost i poteškoće u komunikaciji povećavaju rizik od razvoja ili produljenja mentalnih bolesti.

Svima je u interesu njegovati i podržavati te temeljne ljudske vrijednosti, posebno u životnim fazama. Budući da je osnovno načelo civilnog društva pružanje uzajamne podrške ugroženima i onima kojima je potrebna, postoji i snažna vrijednosna osnova za zaštitu, potporu i rehabilitaciju onih nesretnika koji su podlegli duševnim bolestima (WHO, 2013, 9).

Glavina se poziva na Lazarus i Folkman koji su definirali stres kao nemogućnost pojedinca da ispuni zahtjeve okoline koje mu ona postavlja, a prema njima suočavanje sa stresom predstavlja neprestano mijenjanje kognitivnih i bihevioralnih napora za suočavanje sa specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima, koji se procjenjuju kao teški ili kao teško premašivi resursi koji su dostupni osobi (Lazarus i Folkman prema Glavina i dr., 2013, 236). Matešić tvrdi kako je stres višeznačni pojam koji može označavati i biološke karakteristike osobe (hormoni), dio koncepta kvalitete života i kao reakcija na nekakva traumatska iskustva (Matešić prema Brkić i Rijavec, 2011, 212). Stres je položaj koji osoba i njezino okruženje imaju jedno prema drugome (uzimajući u obzir osobine pojedinca i narav događanja okoline). On predstavlja odnos pojedinca i okoline koji pojedinac smatra presloženim i ometajućim za svoje dobro (Lazarus i Folkman prema Brkić i Rijavec, 2011, 213).

Suočavanje sa stresom odvija se na dva načina: suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije (Hudek i Knežević prema Brkić i Rijavec, 2011, 213). Suočavanje sa stresom usmjereno na problem fokusira se na definiranje samog problema,

pronalazak alternativnih rješenja, procjenu (obzirom na cijenu i korist), izbor, zatim djelovanje. Ovakva vrsta suočavanja sa stresom obuhvaća puno širi spektar strategija, a ne samo one s usmjerenjem na problem. Rješavanje problema objektivni je, analitički proces prvenstveno usmjeren na okruženja, dok suočavanje usmjereno na problem uključuje i strategije usmjerene prema unutra. Suočavanje usmjereno na emocije je skupina spoznajnih procesa fokusiranih na smanjivanje emocionalne boli i patnje. Navedene su strategije: „izbjegavanje, minimaliziranje, udaljavanje, selektivna pažnja, pozitivne usporedbe, pronalaženje pozitivnih vrijednosti u negativnim događajima“ (Hudek i Knežević prema Brkić i Rijavec, 2011).

2.3. Istraživanja o zdravlju

Karajić je proveo istraživanje o „procjenama važnosti pojedinih životnih ciljeva i analiziraju se odnosi različitih viđenja pojma kvalitete života i različitih životnih ciljeva“ (Karajić, 1994, 245). Povezuju se životne vrijednosti i ciljevi s različitim viđenima kvalitete života, istraživanje je provedeno na slučajnom reprezentativnom uzorku studenata zagrebačkog i riječkog Sveučilišta 1992. godine. U radu je prikazana tablica s takozvanim socijalno-ekološkim konceptima kvalitete života, gdje je očito u tvrdnjama da se radi o isprepletenosti okoline i životnog okruženja sa samom kvalitetom života (Karajić, 1994, 250).

Tvrdnje iz tablice prikazane u radu (Karajić, 1994, 250):

- živjeti u mjestu (kraju) sa što je moguće boljom kvalitetom zraka pa makar zbog toga morao stanovati daleko izvan centra grada;
- živjeti u mjestu (kraju) u kojem se prednost daje zelenim površinama, a ne izgradnji prometnica i gradova;
- hraniti se proizvodima za koje se jamči da nemaju kemijske sastojke;
- biti spreman odreći se svakodnevne vožnje automobilom zbog čistije okoline;
- imati mogućnost kupanja u nezagađenoj rijeci (jezeru) koja protječe kroz moj kraj;
- strogo izbjegavati sve tvari koje štete mome zdravlju (alkohol, cigarete, masna hrana...);
- što češće odlaziti u prirodu jer se samo na čistom zraku čovjek može potpuno odmoriti (okrijepiti);
- biti spreman izdvojiti još više novca za kvalitetniji nadzor nad održavanjem zgrada, stubišta, ulica, potoka, smetlišta i slično.

Pitanje socijalnih nejednakosti u zdravlju glavna je tema. U tom kontekstu, nejednakosti ne znače samo da se pojedinci razlikuju – varijacija zdravlja i snage na kraju je dio ljudskog stanja – nego da su razlike društveno obrisane i društvo ih smatra nejednakim ili ih možda da se mogu izbjeći (Blaxter, 1990, 6). Klasa se najčešće koristi kao indeks društvenih okolnosti.

Ona podrazumijeva razlike u primanjima, obrazovanju, okolišu, moći nad resursima i ponašanju, ali nijedno od njih ne mjeri izravno (Blaxter, 1990, 61).

Blaxter u anketi koju je proveo, posebno razmatrana četiri područja života: pušenje, konzumaciju alkohola, vježbanje i dijetu. Odabrao ih je za detaljno ispitivanje jer su elementi životnog stila koji se najčešće smatraju dobrovoljnim i nesumnjivo povezani sa zdravljem. Naravno, uvijek postoji pitanje koliko je bilo što od toga uvijek i zaista dobrovoljno. Dijeta se može dijelom odrediti dohotkom i dostupnošću različitih namirnica. Osobito pušenje i konzumiranje alkohola mogu se smatrati manje osobnim navikama nego kulturnim normama određenim društvenim pritiscima. Pojedine osobe, primjerice teški manualni radnici ili kućne radnice, možda nemaju dovoljno energije ili vremena da se bave sportskim aktivnostima u slobodno vrijeme. Bez obzira na to, ove četiri životne navike koje se, barem u određenoj mjeri, najčešće vide kao vlastita odgovornost pojedinca (Blaxter, 1990, 113).

Pored ove četiri glavne navike, ispituju se i dvije druge karakteristike. To su prekomjerna težina ili pretilost i modeli spavanja. Iako je svaki očigledno povezan sa zdravljem, naravno nije moguće tvrditi da bilo koji od njih uvijek predstavlja dobrovoljno ponašanje. Ipak, održavanje normalne tjelesne težine i navika redovitog „odobrenog“ sata spavanja dvije su od sedam zdravstvenih navika koje su pronađene u istraživanju okruga Alameda da bi povezale morbiditet i predviđale smrtnost (Belloc i Breslow prema Blaxter, 1990, 114).

Očito je da ponašanje utječe na zdravlje, premda ostaje razmotriti njihovu relativnu važnost u usporedbi s drugim aspektima načina života. Također bi se činilo vjerojatnim da su stavovi na neki način povezani s načinom na koji ljudi odluče živjeti. Stavovi se mogu podložiti promjenama kroz zdravstveno obrazovanje: stoga se tvrdi da učinkovitost preventivne strategije u velikoj mjeri ovisi o stavovima i ponašanju ljudi. Međutim, problematično područje ove „opće teze“ nalazi se u odnosu stavova i ponašanja. Blaxter postavlja pitanje o važnosti stavova kao intervencija između društvenih okolnosti i obrazaca ponašanja. Koncept stavova je, poput koncepta zdravlja ili načina života, složen. Neke zbrke u ovom polju proizlaze iz nedostatka jasnoće u smislu odnosa prema zdravlju; sve vrijednosti, uvjerenja, namjere i općenita usmjerenja mogu se (Blaxter, 1990, 147).

Zdravlje se obično smatra vrlo vidljivom vrijednošću. No nije nužno istina da je podjednako važno za sve skupine stanovništva, niti su modeli ponašanja vjerojatno uspješni ako pretpostave da se zdravlje vrednuje iznad svih ostalih aspekata života ili da se zdravlje kao cilj monopolizira ljudske namjere. Zdravlje se često cijeni samo u njegovoj odsutnosti, pa tako mnogi tvrde da ne razmišljaju o zdravlju dok nisu bolesni. To je dio uobičajenog iskustva da

stariji ljudi daju veću važnost zdravlju od mladih i da oni čiji su životi vrlo zaokupljeni mogu tvrditi, iako zdravi, da nemaju vremena razmišljati o svom zdravlju (Blaxter, 1990, 148).

Zdravlje se može promatrati kao sredstvo za postizanje drugih vrednovanih ciljeva, a ne kao sam cilj. Ne smije se pretpostaviti da je „zdravo” ponašanje uvijek namjerno i utemeljeno na pozitivnim namjerama za očuvanjem zdravlja: na primjer, mladići mogu naći mnogo drugačije nagrade u bavljenju sportom ili ljudi mogu imati moralne stavove, a ne zdravstvene stavove prema teškoj konzumaciji alkohola. Slično tome, ako je ponašanje „nezdravo“ i naizgled nije važno za zdravstvene posljedice, moguće je da se ono jednostavno ne smatra relevantnim za zdravlje ili da nagrada nadmašuje bilo kakve troškove (Blaxter, 1990, 148).

3. METODOLOŠKI I EMPIRIJSKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

Zdravlje je od središnje važnosti većini ljudi kada je u pitanju procjena vlastite kvalitete života. U postmodernom društvu informacije se brzo šire, javlja se sve veća potreba za stjecanjem novih znanja i vještina da bi se konkuriralo na tržištu rada, a ljudi imaju sve manje vremena za sebe. Uurbanost današnjeg doba ostavlja posljedice i na psihičkom zdravlju ljudi. Pojedinaac nije jedini koji snosi odgovornost za stanje svoga zdravlja, tu je i njegova okolina, fizičko okruženje (mjesto stanovanja i rada, klima), socijalno okruženje (društvo, obitelj) i sl. (Letica prema Svirčić Gotovac i Zlatar, 2007).

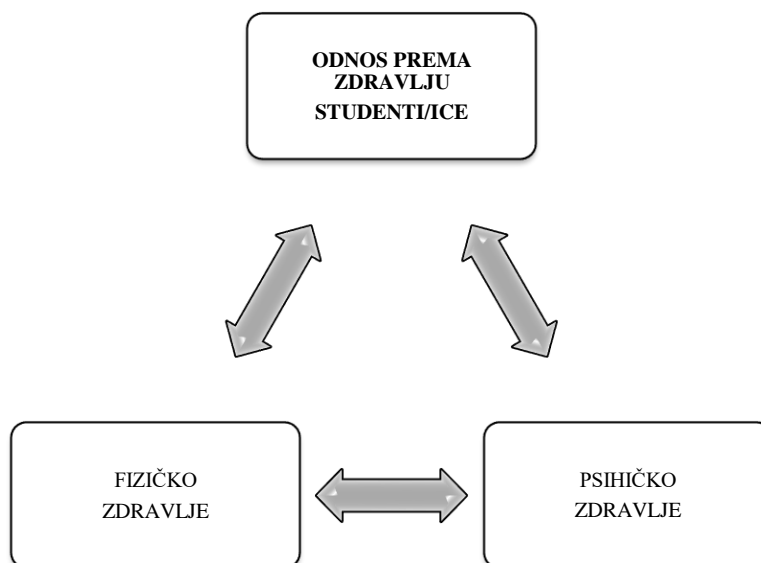
Predmet istraživanja ovog istraživačkog rada bio je odnos studenata i studentica na Sveučilištu u Splitu prema psihičkom i fizičkom zdravlju. **Opći cilj** je bio ispitati posvećuju li i na koji način studenti i studentice brigu svome psihičkom i fizičkom zdravlju. Uz opći cilj, postavljeni su sljedeći posebni ciljevi: ispitati učestalost brige za fizičko zdravlje, ispitati načine očuvanja psihičkog zdravlja, utvrditi načine informiranja o zdravom načinu života, ispitati hoće li se načini informiranja o zdravom načinu života razlikovati s obzirom na područje studija te utvrditi razlike s obzirom na strukturalna obilježja.

Postavljene su sljedeće **hipoteze**:

- studentice odlaze češće na sistematske preglede od studenata
- studenti se češće bave sportom od studentica
- načini očuvanja psihičkog zdravlja razlikovat će se između studenata i studentica
- studenti diplomskog studija pridaju veću važnost svome psihičkom i fizičkom zdravlju od studenata preddiplomskog studija

Korištena **metoda** je online anketa s upitnikom kao njezinim mjernim instrumentom. Upitnik se sastojao od 19 pitanja i sastavljen je na temelju pročitane literature. Anketa je bila aktivna tijekom rujna 2020. godine, objavljena je na osobnom *Facebook* profilu, u par studentskih grupa i ciljano poslana studentima/-cama splitskog sveučilišta. Podaci su obrađeni u rujnu 2020. godine. Prvi set pitanja u upitniku odnosi se na strukturalna obilježja sudionika. Drugi i treći set pitanja ispituje načine očuvanja njihovog psihičkog zdravlja i samoprocjenu istog te načine brige za njihovo fizičko zdravlje. U svrhu ispitivanja korišten je prigodni **uzorak** studenata i studentica na Splitskom sveučilištu (N=170). U nastavku su priložene konceptualna i operacionalna shema varijabli i indikatora (vidi Prikaz 1. i 2.).

Prikaz 1. Konceptualna shema



Prikaz 2. Operacionalna shema varijabli i indikatora

Varijable	Metodološka razina	Broj pitanja	Indikatori
STRUKTURALNA OBILJEŽJA	individualna	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	spol, dob, mjesto rođenja i stanovanja, osoba stanovanja, stupanj obrazovanja (ispitanika, njegove/njezine majke i oca), razina studija, područje studiranja, mjesečni prihodi (ispitanika i ispitanikovog kućanstva),
FIZIČKO ZDRAVLJE	individualna	13.1, 16, 17, 18, 19, 20	načini informiranja o zdravlju, pridavanje važnosti fizičkom zdravlju, učestalost navika vezanih za fizičko zdravlje (uzimanje suplemenata, tjelovježba, konzumacija alkohola, cigareta i <i>fast fooda</i> ...), odlasci na kozmetičke tretmane, epidemioloških mjera u svrhu prevencije zaraze koronavirusom
PSIHIČKO ZDRAVLJE	individualna	13.2, 14, 15, 17, 18	načini očuvanja psihičkog zdravlja (odlasci u prirodu, hobiji, odvajanje vremena „za sebe”), samoprocjena vlastitog raspoloženja, načini informiranja o zdravlju, odvajanje vremena za brigu o zdravlju

3.1. Strukturalna obilježja sudionika i sudionica istraživanja

Prvim setom pitanja nastojalo se ispitati određena strukturalna obilježja sudionika istraživanja, odnosno, splitskih studenata i studentica. Pitanja su se odnosila na spol, dob, mjesto rođenja i stanovanja ispitanika, područje studija, stupanj obrazovanja, te mjesečne prihode, kako ispitanika, tako i njihovog kućanstva.

U istraživanju je sudjelovalo 170 studenata sa Sveučilišta u Splitu u dobi od 18 do 30 godina, od toga je 69,4% studentica i 30,6% studenta (Vidi Tablicu 1 u prilogu) što nam ukazuje na neravnomjernu distribuciju korištenog prigodnog uzorka. Većina studenata je rođena u gradu (90%), nekolicina njih je rođena na selu (6,5%), a najmanji je broj onih rođenih na otoku (3,5%) (Vidi Tablicu 3 u prilogu). 66,5% studenata stanuje u vlastitoj kući (ili stanu), u iznajmljenom smještaju (stanu ili kući) živi 24,7% studenata, dok 8,8% studenata boravi u studentskom domu (Vidi Tablicu 4 u prilogu). Više od polovice ispitanika i dalje stanuje kod svojih roditelja (58,8%) (Vidi Tablicu 5 u prilogu). Gotovo polovica studenata ima mjesečne prihode do 1500 kn (46,5%), a polovica kućanstava ispitanika ostvaruje mjesečne prihode u iznosu 9001 kn i više (Vidi Tablicu 9 u prilogu).

Više od polovice majki (52,4%) ima završenu srednju školu, nešto manje od četvrtine ih je sa višim obrazovanjem (20,6%), zatim po zastupljenosti slijede majke s visokim obrazovanjem (14,1%), akademskim stupnjem (8,2%), dok je najmanji broj onih s nezavršenom osnovnom školom/ osnovnom školom (4,7%). Među očevima je, također, više od polovice njih sa završenom srednjom školom (52,9%), 20% njih ima visoko obrazovanje ili završeni diplomski studij, više obrazovanje ima 14,7% očeva, dok je distribucija kod akademskog stupnja te nezavršene osnovne škole/osnovne škole slična kao kod majki (8,8% ima akademski stupanj, njih 3,5% nezavršenu osnovnu/ osnovnu školu) (Vidi Tablicu 6 u prilogu).

Kada je riječ o području studiranja uočavamo kako je 40,6% studenata koji su sudjelovali u istraživanju usmjereno je na društveno-humanističke znanosti, 25,3% studenata na tehničke znanosti, zatim 14,7% studenata studira na području biomedicine i zdravstva, 14,1% studenata opredijelilo se za prirodne znanosti. Od toga je polovica studenata (48,8 %) na preddiplomskoj razini studija, a druga polovica (48,2 %) na diplomskoj razini, te je nekoliko njih (2,9%) na poslijediplomskoj razini.

3.2.Aspekti psihičkog zdravlja studenata i studentica

Drugi set pitanja ispitivao je načine očuvanja psihičkog zdravlja kod studenata Splitskog sveučilišta, sadržava ljestvice kojima se pokušavaju utvrditi aktivnosti kojima se studenti opuštaju, odlaze li u prirodu ili se okružuju dragim ljudima za vlastitu dobrobit. Također se tražilo od njih da procijene učestalost osjećanja anksioznosti, depresije i stresa, te da odrede koliko im je njihovo zdravlje važno (fizičko i psihičko).

Većina studenata pridaje važnost svom psihičkom zdravlju (61,2%), gotovo trećina njih smatra da ponekad pridaju važnost psihičkom zdravlju (31,8%), dok mu najmanji broj njih uopće ne pridaje važnost (7,1%) (Vidi Tablica 10 u prilogu).

Istraživanjem smo željeli ispitati načine očuvanja zdravlja, a rezultati su nam pokazali da je studentima od velike važnosti biti okružen dragim ljudima (91,2%), te odvojiti vrijeme za odmor (87,1%). Hobiji (70%) i odlasci u prirodu (68,8%), gotovo jednako zastupljeni, studentima pružaju osjećaj osobnog zadovoljstva i mira. Ispitanici se trude izbjegavati stresne situacije (61,8%), a više od polovice studenata suočava se s osobnim problemima koji im uzrokuju osjećaj nelagode i nervoze (58,2%). 55,9% studenata opušta se tjelesnom aktivnošću, dok bi se manje od polovice studenata (49,4%) obratilo stručnoj osobi u slučaju dugotrajnog osobnog nezadovoljstva (Vidi Tablicu 11 u prilogu).

Ljestvicom smo ispitati studente osjećaju li se ikada pod stresom, anksiozno i/ili depresivno, a ponuđeni su im odgovori nikad, ponekad i često. Često je pod stresom manje od polovice studenata (43,5%), nešto više od pola njih ponekad je pod stresom (54,1%), a nekolicina ih nikada nije pod stresom. Ponekad se anksiozno osjeća više od pola ispitanih studenata (55,6%), približno četvrtina studenata često se osjeća anksiozno, a gotovo petina studenata nikada nema osjećaj anksioznosti. Depresivno se nikada ne osjeća približno pola ispitanih studenata (47,1%), nešto manje ponekad (44,1%), a njih 8,8% često.

Jedna od postavljenih hipoteza je da će postojati razlike u očuvanju psihičkog zdravlja obzirom na spol ispitanika. U svrhu testiranja ove hipoteze koristili smo *Mann-Whitney U*-test zbog nepravilne distribucije podataka. Iz rezultata se uočava kako postoji razlika u očuvanju psihičkog zdravlja obzirom na spol, ali samo kod tvrdnji *Odlazim u prirodu zbog osobnog mira* i *U slučaju dugotrajnog osobnog nezadovoljstva, obratio/la bih se stručnoj osobi* ($p < 0,05$). Iz rezultata je vidljivo da su studentice sklonije odlasku u prirodu, te da su otvorenije prema traženju pomoći u stručnih osoba.

Prikaz 3. Razlike u očuvanju psihičkog zdravlja obzirom na spol (Mann-Whitneyev U test; N=170)

	spol	srednji rang	MW U	p
Odlazim u prirodu zbog osobnog mira.	muški	75,64	2555,500	0,033
	ženski	89,84		
Trudim se izbjegavati stresne situacije.	muški	79,38	2750,000	0,212
	ženski	88,19		
Suočavam se s osobnim problemima koji mi uzrokuju nervozu i nelagodu.	muški	82,18	2895,500	0,504
	ženski	86,96		
Bavim se tjelesnom aktivnošću u svrhu opuštanja.	muški	86,56	3013,000	0,835
	ženski	85,03		
Imam svoj/e hobi/e koji mi pruža/ju osobno zadovoljstvo.	muški	89,79	2845,000	0,349
	ženski	83,61		
Važno mi je odvojiti vrijeme za odmor.	muški	84,84	3033,500	0,841
	ženski	85,79		
Važno mi je biti okružen/a dragim ljudima.	muški	86,36	3023,500	0,759
	ženski	85,12		
U slučaju dugotrajnog osobnog nezadovoljstva, obratio/-la bih se stručnoj osobi.	muški	67,69	2142,000	0,001
	ženski	93,35		

3.3.Fizičko zdravlje studenata i studentica

Posljednji set pitanja sadržavao je ljestvicu za procjenu učestalosti brige o fizičkom zdravlju sudionika istraživanja. Ljestvicom se nastojalo ispitati odlaze li studenti redovito na preglede, uzimaju li dodatke prehrani, konzumiraju li alkohol, cigarete i *fast food*, treniraju li i odabiru li zdravije namirnice. Uz ljestvicu za procjenu učestalosti, postavljena je ljestvica za utvrđivanje načina informiranja o zdravlju (društvene mreže, internet portali, televizijski i radijski programi, časopisi). U ovom setu pitanja željelo se ispitati odlaze li studenti na kozmetičke tretmane, kao i pridržavaju li se epidemioloških mjera propisanih u svrhu prevencije zaraze koronavirusom.

Polovica ispitanika povremeno uzima dodatke prehrani (52,4%), 42,9% studenata često bira zdrave namirnice, te je njih 34,1% spremno odvojiti novac za kvalitetniju hranu. Konzumiranje *fast fooda* je povremeno kod većine ispitanika (79,4), alkohol, kao i cigarete, često konzumira 24,7% ispitanika. Nepušača (56,5%) je više no studenata koji nikad ne konzumiraju alkohol (11,2%). Jednaka je brojka studenata koji nikad ne odlaze na sistematske preglede ni kod urologa/ ginekologa (34,7%). Sportom/ treniranjem se često bavi 45,3% studenata, dok njih 47,1% povremeno trenira (Vidi Tablicu 13 u prilogu).

Sljedeća postavljena hipoteza je da će studentice češće odlaziti na sistematske preglede od studenata. *Mann-Whitney U-* testom utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između studenata i studentica prilikom odlazaka na pregled. U priloženoj tablici (Prikaz 4.) uočavamo da studentice češće odlaze na sistematske preglede, dok s druge strane studenti odlaze znatno manje. Također je vidljiva razlika u odlascima na redovite preglede ginekologu/urologu, često ili povremeno doktorima ide značajno više žena, a jednako to čini puno manje muškaraca. Hipoteza da se studenti češće bave sportom od studentica također je potvrđena *Mann-Whitney U-* testom. Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u učestalosti bavljenja sportom kod studenata i studentica. Studenti se češće bave sportom u odnosu na žene.

Prikaz 4. Razlike u učestalosti odlaska na preglede bavljenja sportom (Mann-Whitneyev U test; N=170)

	spol	srednji rang	MW U	p
Učestalost odlazaka na sistematske preglede	muški	67,76	2145,500	0,000
	ženski	93,32		
Učestalost redovitih odlazaka ginekologu/urologu	muški	42,80	847,500	0,000
	ženski	104,32		
Učestalost bavljenja sportom	muški	99,74	2327,500	0,005
	ženski	79,22		

Istraživanjem smo nadalje željeli ustanoviti koji su najčešći izvori informacija o zdravlju za ispitanike, a rezultati su nam pokazali da su to društvene mreže te internet portali (Vidi Tablicu 14 u prilogu). Nešto više od polovice studenata (59,4%) smatra da ne odvajaju dovoljno vremena za svoje zdravlje (Vidi Tablicu 15 u prilogu). Što se tiče kozmetičkih tretmana, studenti najčešće odlaze na depilacije (28,2%), zatim pedikure/ manikure (14,7%), a njih 70% ne ide na čišćenja lica i 71,2% na masaže.

S obzirom na aktualne epidemiološke mjere u svrhu sprječavanja zaraze korona virusom zanimalo nas je koliko se studenti pridržavaju istih. Učestalo pranje ruku (90%) i nošenje maski za lice (78,2%) postalo je svakodnevnica za studente. Mjere kojih se ispitanici najteže pridržavaju su izbjegavanje javnih okupljanja (11,8%) i držanje fizičke distance (12,9%) (Vidi Tablicu 17 u prilogu).

U konačnici nas je zanimalo koliko općenito mladi pridaju važnost fizičkom zdravlju. Na pitanje, gdje se kod ispitanika željelo odrediti pridaju li važnost svom fizičkom zdravlju, više od polovice ispitanika odgovorilo je da pridaje važnost (68,2%), gotovo svi ostali odgovorili su da ponekad pridaju važnost svom fizičkom zdravlju (30%), dok se najmanji broj

onih ispitanika koji ne pridaju važnost svom fizičkom zdravlju (1,8%) (Vidi Tablicu 10 u prilogu).

Postavljena je hipoteza da će studenti viših godina studija pridavati veću važnost svom psihičkom i fizičkom zdravlju od studenata nižih godina studija. Provedenim hi-kvadrat testom pokazalo se kako postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) kod pridavanja važnosti fizičkom zdravlju, ali ne i kod pridavanja važnosti psihičkom zdravlju ($p > 0,05$). Svakako prilikom interpretacije podataka treba imati na umu da su u posebnu skupinu uvršteni studenti poslijediplomskih studija (N=5) te da oni uvelike oblikuju rezultate.

Prikaz 5. Razlike u pridavanju važnosti zdravlju obzirom na razinu studija

			NE	ponekad	DA	UKUPNO
fizičko zdravlje	razina studija ispitanika	preddiplomska	2 (3%)	31 (37%)	50 (60%)	83 (100%)
		diplomska	0	19 (23%)	63 (77%)	82 (100%)
		poslijediplomska	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	5 (100%)
$\chi^2 = 15,715$, $df = 4$, $p = 0,003$						
psihičko zdravlje	razina studija ispitanika	preddiplomska	8 (10%)	29 (35%)	46 (55%)	83 (100%)
		diplomska	3 (4%)	25 (30%)	54 (66%)	82 (100%)
		poslijediplomska	1 (20%)	0	4 (80%)	5 (100%)
$\chi^2 = 6,238$, $df = 4$, $p = 0,182$						

4. ZAKLJUČAK

Sociologija zdravlja ima dugu povijest, ali se njezin ubrzani napredak događa pedesetih godina prošlog stoljeća (Collyer i Scambler, 2015). Zahvaljujući Parsonsu, sociologija zdravlja dobila je svoje uporište. Parsons ukazuje na važnost uloge bolesnika za društvo, te ističe kako bolest nije stvar osobnog izbora, to je nešto na što pojedinac nema utjecaj (Štifanić, 1998). Nadalje se razvijaju i ostale teorije i perspektive (simbolički interakcionizam, teorija konflikta, radikalni pristup, fenomenološki pristup, feminističke perspektive...) (Collyer i Scambler, 2015). Sve se više naglašava važnost zdravlja kao koncepta kvalitete života, više nije bitno samo što duže živjeti, već što kvalitetnije (Orešković, 1994).

U priloženom završnom radu putem online ankete, uz upitnik kao mjerni instrument, prikupljeni su podaci 170 studenta i studentica Splitskog sveučilišta. Podaci su prikupljeni, obrađeni te interpretirani u rujnu 2020. godine. Predmet istraživanja bio je odnos prema zdravlju studenata i studentica na Sveučilištu u Splitu. Putem općih i pojedinačnih ciljeva željelo se ustanoviti pridaju li mladi važnost svom psihičkom i fizičkom zdravlju, na koje načine to rade, koliko vremena odvajaju za brigu o zdravlju, utvrditi načine informiranja o zdravlju, te pridržavaju li se propisanih epidemioloških mjera.

Naši sudionici pretežno su bile studentice, većinom su svi ispitanici urbanog porijekla. Gotovo polovica studenta društveno-humanističkog je usmjerenja i više od pola studenata stanuje s roditeljima. Gotovo je jednak broj sudionika s preddiplomske razine i s diplomske razine studija. Više od polovice studenata pridaje važnost svom zdravlju, i psihičkom i fizičkom. Ispitali smo i koliko se studenti pridržavaju propisanih mjera u svrhu prevencije zaraze koronavirusom, te smo na temelju dobivenih rezultata utvrdili kako su studenti najskloniji nošenju maski i učestalom pranju ruku, dok im nešto teže ide izbjegavanje javnih okupljanja te držanje fizičke distance. Rezultati istraživanja pokazali su kako splitski studenti i studentice najvažnijim smatraju blizinu sebi dragih ljudi, vrijeme za odmor, odlaženje u prirodu te hobije koji im pružaju osobno zadovoljstvo. Više od polovice naših ispitanika su nepušači, dok se gotovo polovica njih bavi sportom. Trećina sudionika istraživanja nikad ne odlazi na redovite preglede urologu/ ginekologu ni na sistematske preglede.

Analizom podataka uočili smo razliku između studenata i studentica kada je riječ o načinima očuvanja psihičkog zdravlja. Naime, u odnosu na studente, studentice su naklonjenije ideji traženja pomoći kod stručnih osoba i češćim odlascima u prirodu. Prihvaćene su hipoteze da će postojati razlike u odlascima na redovite preglede i učestalost bavljenja sportom obzirom na spol. Rezultati su pokazali da studentice češće odlaze na redovite preglede urologu/ ginekologu i na sistematske preglede, dok se studenti češće bave sportom od studentica.

Hipoteza o postojanju razlike pri pridavanju važnosti psihičkom i fizičkom zdravlju obzirom na razinu studija nije u potpunosti prihvaćena. Rezultati su pokazali kako postoji razlika kod pridavanja važnosti fizičkom zdravlju na način da studenti viših godina tome pridaju veću važnost. S druge strane, ta razlika nije uočena kod pridavanja važnosti psihičkom zdravlju.

5. LITERATURA

1. Collyer, F.M.; Scambler, G. (2015) The Sociology of Health, Illness and Medicine: Institutional Progress and Theoretical Frameworks, in Collyer, F.M. (ed) **The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine**, Palgrave Macmillan (UK). str. 1-15.
<https://www.researchgate.net/publication/298524069> The Sociology of Health Illness and Medicine Institutional Progress and Theoretical Frameworks (20. 09. 2020.)
2. Bartoš, A. (2015) Zdravlje i tjelesna aktivnost civilizacijska potreba modernog čovjeka. **Media, culture and public relations**. 6(1): 68-78.
<https://hrcak.srce.hr/140085> (20.09.2020.)
<https://hrcak.srce.hr/140085> (20.09.2020.)
3. Blaxter, M. (1990) **Health and lifestyles**. London: Routledge.
4. Brkić, I.; Rijavec, M. (2011) Izvori stresa, suočavanje sa stresom i životno zadovoljstvo učitelja razredne i predmetne nastave. **Napredak**. 152(2): 211-225.
<https://hrcak.srce.hr/82734> (20.09.2020.)
5. Burrows, R.; Nettleton, S.; Bunton, R. (1995) Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism U: Burrows, R.; Nettleton, S.; Bunton, R. (ur.) **The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk**. London i New York: Routledge. str. 1-8.
6. Glavina, I.; Kulenović, L.; Vukosav, J. (2013) Stresori i načini suočavanja kod policijskih službenika. **Suvremena psihologija**. 16(2): 235-246.
<https://hrcak.srce.hr/127262> (20. 09. 2020.)
7. Hickman, M.; Roberts, C.; Gaspar de Matos, M. (2000) Exercise and leisure-time activities U: Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R.; Todd, J. (ur.) **Health and Health Behaviour among Young People**. World Health Organisation: Universität Bielefeld. str. 73-82.
8. Karajić, N. (1994) Kvaliteta života i životni ciljevi. **Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline**. 3(3-4): 245-261.
<https://hrcak.srce.hr/139410> (07. 11. 2018.)
9. Orešković, S. (1994) Koncepti kvalitete života. **Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline**. 3(3-4): 263-274.
<https://hrcak.srce.hr/139414> (07.11.2018.)

10. Svirčić Gotovac, A.; Zlatar, J. (2007) Prehrana i zdravlje kao elementi kvalitete života u mreži naselja Hrvatske. **Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja**. 45(1):29-60.
<https://hrcak.srce.hr/17652> (06. 02. 2019.)
11. Štifanić, M. (1998) Sociološki pristupi zdravlju i bolesti. **Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja**. 7(6): 833-845.
<https://hrcak.srce.hr/20398> (07. 11. 2018.)
12. Štifanić, M. (2001) Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. **Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja**. 10(1-2):191-211.
<https://hrcak.srce.hr/20165> (07. 11. 2018.)
13. World Health Organization (2013) **Investing in mental health: Evidence for action**.
https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/
(01.09.2020.)

6. METODOLOŠKA I EMPIRIJSKA ARHIVA

6.1. Upitnik korišten u istraživanju

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

Odsjek za sociologiju
Split, rujan, 2019. godine

Poštovani/a,

pred Vama se nalazi upitnik s ciljem ispitivanja odnosa splitskih studenata i studentica prema zdravlju. Istraživanje se provodi u svrhu izrade završnog rada na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Splitu. Vaše sudjelovanje je u potpunosti anonimno, te se nadamo da ćete nam pružiti iskrene odgovore. Podaci će biti korišteni isključivo u znanstvene svrhe, te nas zanimaju prosječni rezultat. Vaše sudjelovanje je dobrovoljno, te ste slobodni u bilo kojem trenutku odustati od ispunjavanja upitnika.

Hvala Vam na sudjelovanju i na Vašem vremenu!

1. Spol:

1. muški
2. ženski

2. Dob: _____

3. Mjesto rođenja:

1. grad
2. selo
3. otok

4. Mjesto stanovanja:

1. studentski dom
2. vlastita kuća/stan
3. iznajmljeni smještaj

5. S kim živite:

1. sam/a
2. s roditeljima
3. s cimerom/icom
4. s partnerom/icom

Stupanj obrazovanja:	6. Vaš	7. Vaše majke	8. Vašeg oca
1. nezavršena osnovna škola/ osnovna škola			
2. srednja škola			
3. više obrazovanje/ preddiplomski studij			
4. visoko obrazovanje/ diplomski studij			
5. akademski stupanj (mr., dr.)			

9. Područje studija:

1. društveno-humanističke znanosti
2. biomedicina i zdravstvo
3. tehničke znanosti
4. prirodne znanosti
5. umjetničko područje

10. Razina studija:

1. preddiplomska razina
2. diplomatska razina
3. poslijediplomska razina

Mjesečni prihodi:	11. Vaši osobno:	12. Vašeg kućanstva
1. do 1500 kn		
2. od 1501 do 3000 kn		
3. od 3001 do 5000 kn		
4. od 5001 do 7000 kn		
5. od 7001 do 9000 kn		
6. više od 9001 kn		

13. Pridajete li važnost:

	NE (1)	ponekad (2)	DA (3)
1. fizičkom zdravlju			
2. psihičkom zdravlju			

14. Slažete li se sa sljedećim tvrdnjama:

	ne slažem se (1)	nití se ne slažem nití se slažem (2)	slažem se (3)
1. Odlazim u prirodu zbog osobnog mira.			
2. Trudim se izbjegavati stresne situacije.			
3. Suočavam se s osobnim problemima koji mi uzrokuju nervozu i nelagodu.			
4. Bavim se tjelesnom aktivnošću u svrhu opuštanja.			
5. Imam svoj/e hobi/je koji mi pruža/ju osobno zadovoljstvo.			
6. Važno mi je odvojiti vrijeme za odmor.			
7. Važno mi je biti okružen/a dragim ljudima.			
8. U slučaju dugotrajnog osobnog nezadovoljstva, obratio/-la bih se stručnoj osobi.			

15. Osjećate li se:

	nikada (1)	ponekad (2)	često (3)
1. pod stresom (zbog fakultetskih obveza, obiteljskih problema...)			
2. anksiozno (nelagodno, panično, napeto, zabrinuto...)			
3. depresivno (tužno, bespomoćno, bezvrijedno...)			

16. Procijenite učestalost:

	nikada (1)	ponekad (2)	često (3)
1. uzimanja dodataka prehrani (npr. vitamini, minerali...)			
2. odlazaka na sistematske preglede			
3. redovitih odlazaka ginekologu/urologu			
4. treniranja/bavljenja sportom			
5. odabira zdravih namirnica			
6. odvajanja novca za kvalitetniju hranu			
7. konzumiranja alkohola			
8. pušenja cigareta			
9. konzumiranja <i>fast food</i> -a			

17. Pratite li informacije o zdravlju i zdravom načinu života putem:

	nikad (1)	ponekad (2)	često (3)
1. društvenih mreža (fitness influenceri...)			
2. internetskih portala			
3. televizijskih sadržaja/programa			
4. časopisa			
5. radijskih emisija			

18. Prema vlastitoj procijeni, odvajate li dovoljno vremena za brigu o svom zdravlju:

1. DA, jer mi je zdravlje jako bitno
2. odvajam vremena, ali ne dovoljno
3. NE, uopće ne brinem o svom zdravlju koliko bih trebao/la

19. Odlazite li na kozmetičke tretmane:

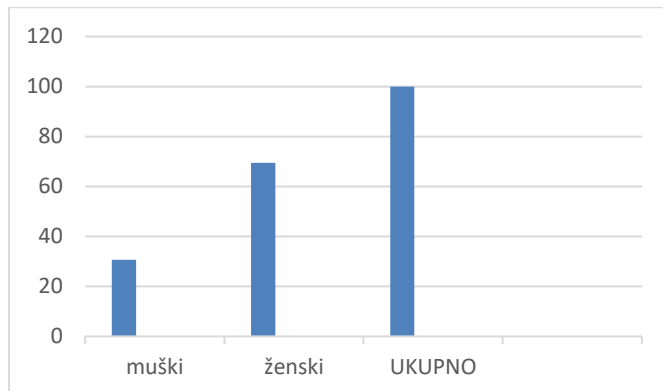
	NE (1)	ponekad (2)	DA (3)
3. čišćenja lica			
4. depilacije			
5. masaže			
6. pedikure/manikure			

20. Držite li se propisanih epidemioloških mjera u svrhu prevencije zaraze koronavirusom:

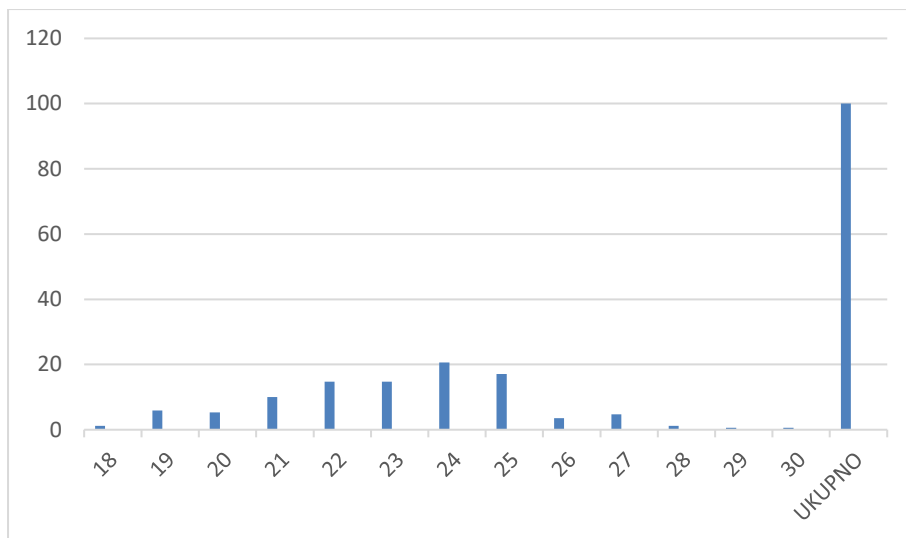
	nikad (1)	ponekad (2)	često (3)
1. učestalim pranjem ruku (nakon dolaska izvana, prije jela...)			
2. izbjegavanjem dodirivanja lica (usta, očiju...) rukama			
3. izbjegavanje javnih okupljanja (noćni klubovi, tulum...))			
4. držanje fizičke distance (rukovanja, grljenja, razmaka...)			
5. nošenje maski za lice (u zatvorenim prostorima, javnim prijevozima...)			

6.2. Tablični i grafički prikazi rezultata

	f	%
muški	52	30,6
ženski	118	69,4
UKUPNO	170	100,0

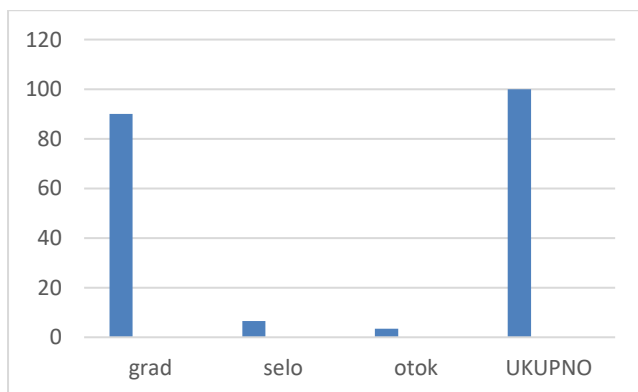


Dob	f	%
18	2	1,2
19	10	5,9
20	9	5,3
21	17	10,0
22	25	14,7
23	25	14,7
24	35	20,6
25	29	17,1
26	6	3,5
27	8	4,7
28	2	1,2
29	1	0,6
30	1	0,6
UKUPNO	170	100,0



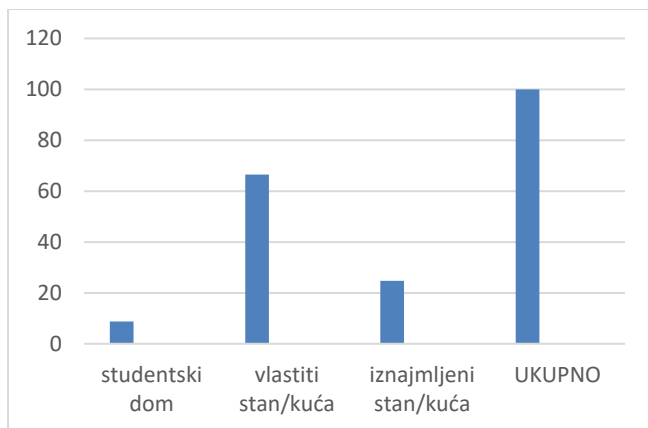
Tablica br. 3 Mjesto rođenja

	f	%
grad	153	90,0
selo	11	6,5
otok	6	3,5
UKUPNO	170	100,0



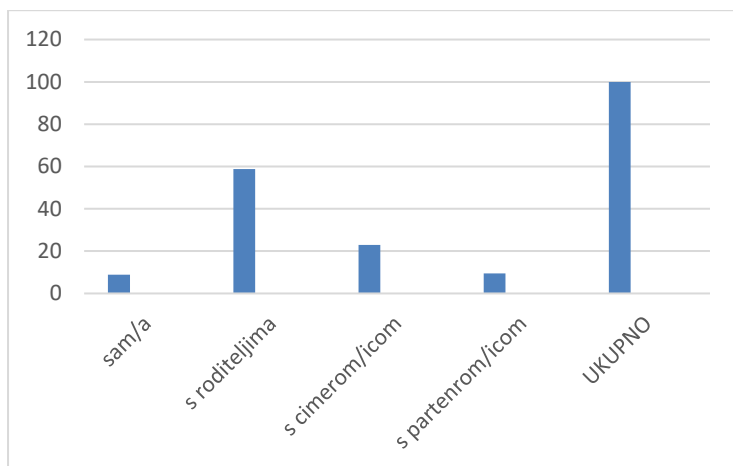
Tablica br. 4 Mjesto stanovanja

	f	%
studentski dom	15	8,8
vlastiti stan/kuća	113	66,5
iznajmljeni stan/kuća	42	24,7
UKUPNO	170	100,0



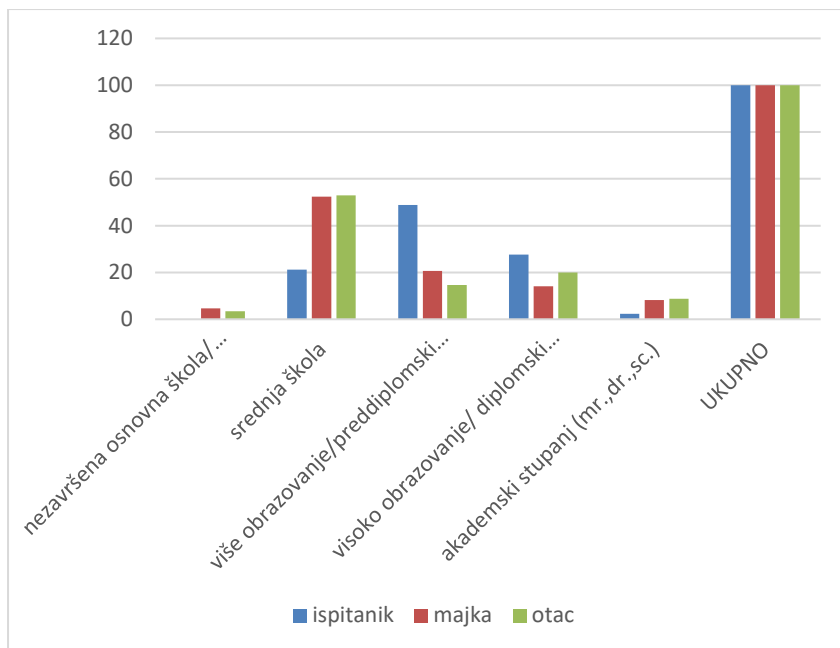
Tablica br. 5 Osoba stanovanja

	f	%
sam/a	15	8,8
s roditeljima	100	58,8
s cimerom/icom	39	22,9
s partnerom/icom	16	9,4
UKUPNO	170	100,0



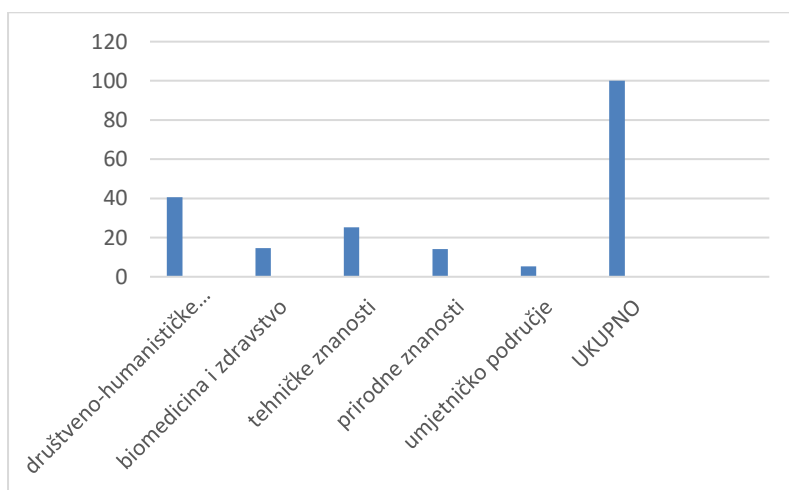
Tablica br. 6 Stupanj obrazovanja

	ispitanika		majke		oca	
	f	%	f	%	f	%
nezavršena osnovna škola/ osnovna škola			8	4,7	6	3,5
srednja škola	36	21,2	89	52,4	90	52,9
više obrazovanje/preddiplomski studij	38	48,8	35	20,6	25	14,7
visoko obrazovanje/ diplomski studij	47	27,6	24	14,1	34	20,0
akademski stupanj (mr.,dr.,sc.)	4	2,4	14	8,2	15	8,8
UKUPNO	170	100,0	170	100,0	170	100,0



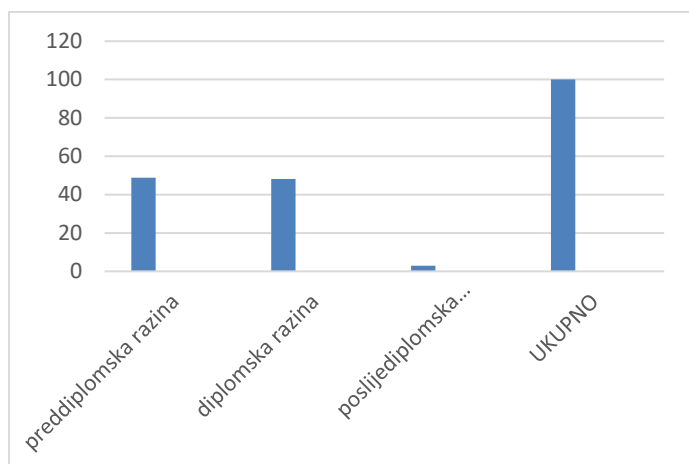
Tablica br. 7 Područje studija

	f	%
društveno-humanističke znanosti	69	40,6
biomedicina i zdravstvo	25	14,7
tehničke znanosti	43	25,3
prirodne znanosti	24	14,1
umjetničko područje	9	5,3
UKUPNO	170	100,0



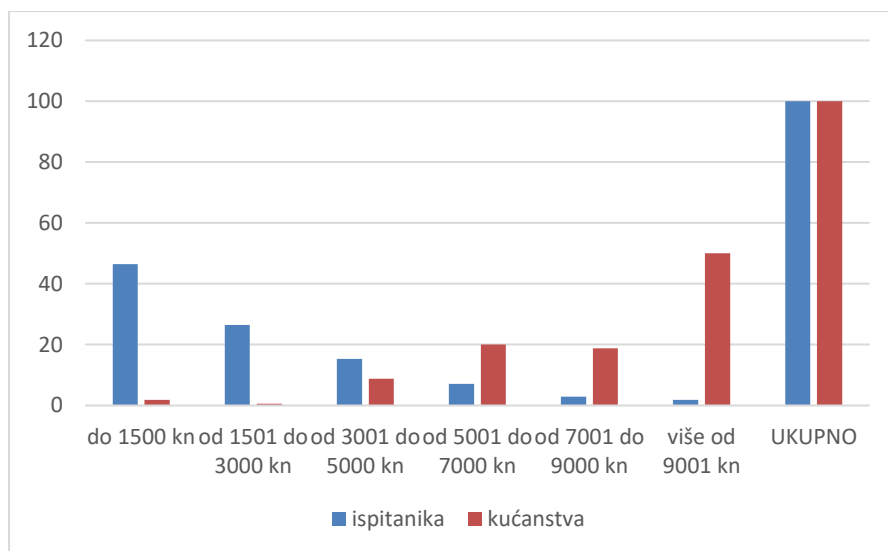
Tablica br.8 Razina studija

	f	%
preddiplomska razina	83	48,8
diplomska razina	82	48,2
poslijediplomska razina	5	2,9
UKUPNO	170	100,0



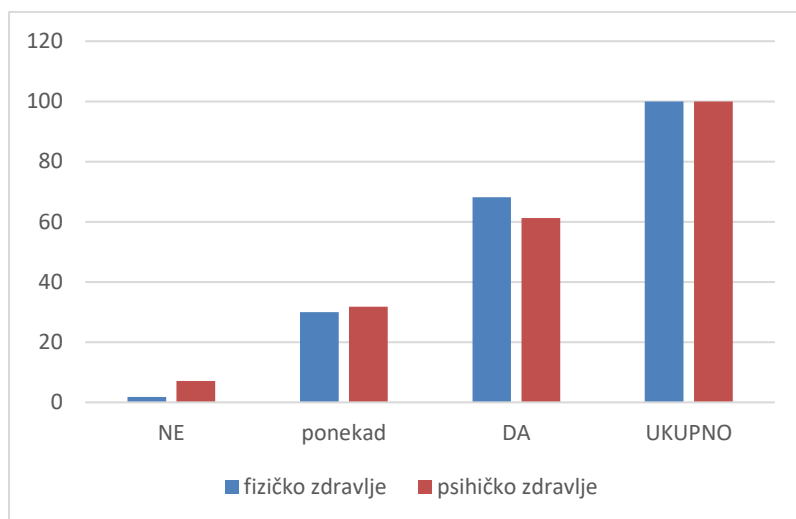
Tablica br. 9 Mjesečni prihodi

	ispitanika		kućanstva	
	f	%	f	%
do 1500 kn	79	46,5	3	1,8
od 1501 do 3000 kn	45	26,5	1	0,6
od 3001 do 5000 kn	26	15,3	15	8,8
od 5001 do 7000 kn	12	7,1	34	20,0
od 7001 do 9000 kn	5	2,9	32	18,8
više od 9001 kn	3	1,8	85	50,0
UKUPNO	170	100,0	170	100,0



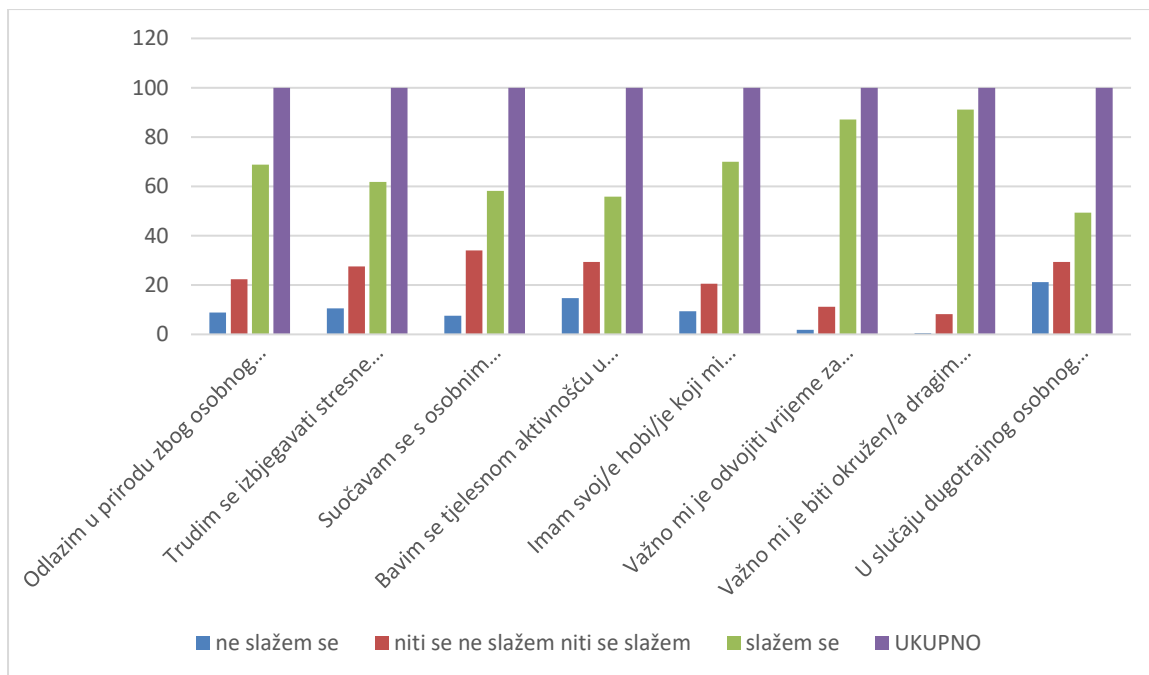
Tablica br. 10. Pridavanje važnosti zdravlju

	NE		ponekad		DA		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
fizičko zdravlje	3	1,8	51	30,0	116	68,2	170	100,0	2,66	0,510
psihičko zdravlje	12	7,1	54	31,8	104	61,2	170	100,0	2,54	0,626



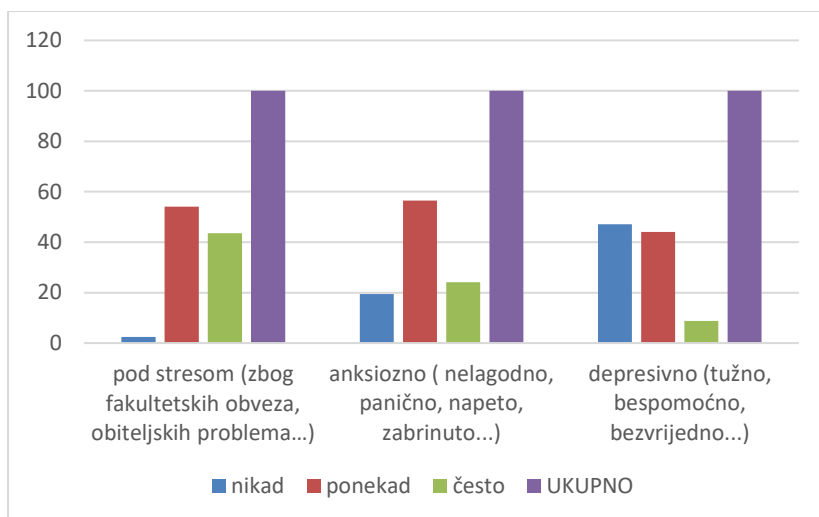
Tablica br. 11 Slaganje s tvrdnjama

	ne slažem se		niti se ne slažem niti se slažem		slažem se		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Odlazim u prirodu zbog osobnog mira.	15	8,8	38	22,4	117	68,8	170	100,0	2,60	0,647
Trudim se izbjegavati stresne situacije.	18	10,6	47	27,6	105	61,8	170	100,0	2,51	0,681
Suočavam se s osobnim problemima koji mi uzrokuju nervozu i nelagodu.	13	7,6	58	34,1	99	58,2	170	100,0	2,51	0,637
Bavim se tjelesnom aktivnošću u svrhu opuštanja.	25	14,7	50	29,4	95	55,9	170	100,0	2,41	0,735
Imam svoj/e hobi/je koji mi pruža/ju osobno zadovoljstvo.	16	9,4	35	20,6	119	70,0	170	100,0	2,61	0,655
Važno mi je odvojiti vrijeme za odmor.	3	1,8	19	11,2	148	87,1	170	100,0	2,85	0,402
Važno mi je biti okružen/a dragim ljudima.	1	0,6	14	8,2	155	91,2	170	100,0	2,91	0,312
U slučaju dugotrajnog osobnog nezadovoljstva, obratio/-la bih se stručnoj osobi.	36	21,2	50	29,4	84	49,4	170	100,0	2,28	0,794



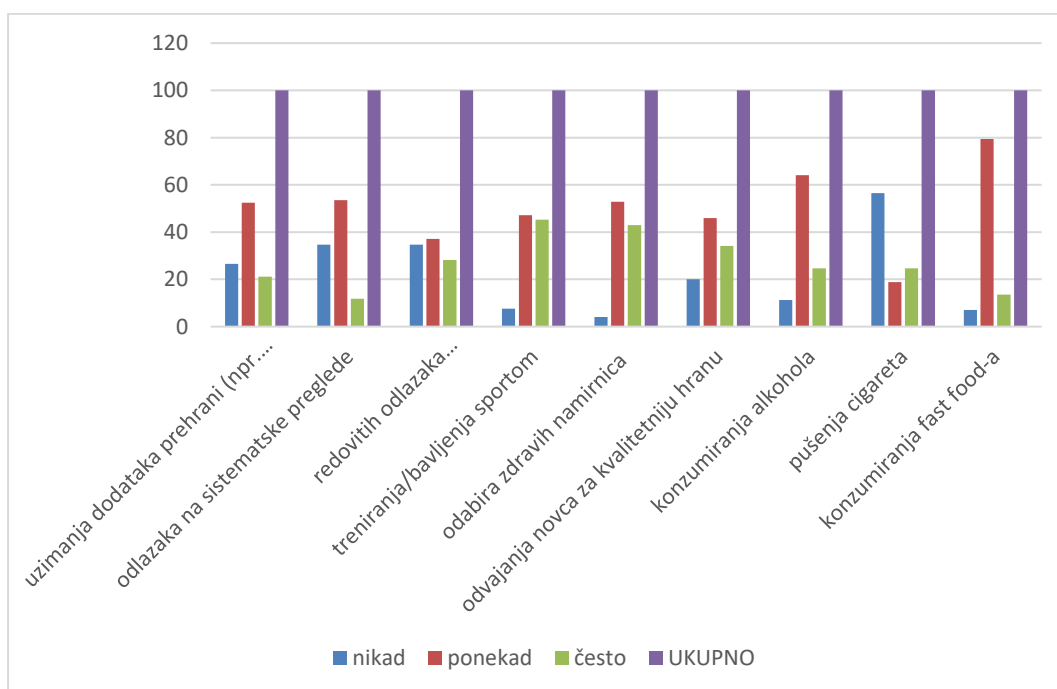
Tablica br. 12
Samoprocjena

	nikad		ponekad		često		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
pod stresom (zbog fakultetskih obveza, obiteljskih problema...)	4	2,4	92	54,1	74	43,5	170	100,0	2,41	0,539
anksiozno (nelagodno, panično, napeto, zabrinuto...)	33	19,4	96	56,5	41	24,1	170	100,0	2,05	0,660
depresivno (tužno, bespomoćno, bezvrijedno...)	80	47,1	75	44,1	15	8,8	170	100,0	1,62	0,644



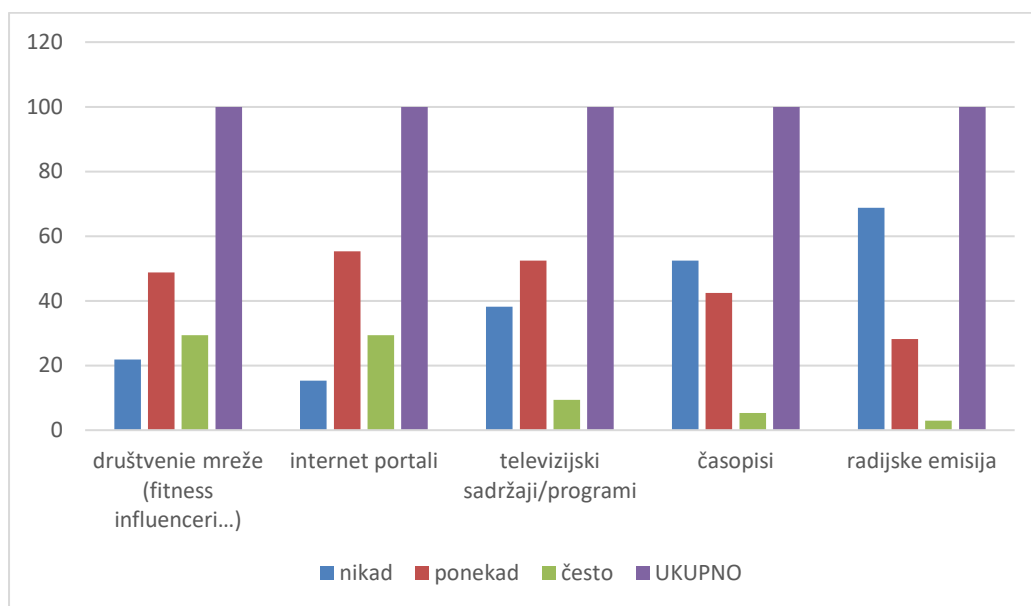
Tablica br. 13
Procjena učestalosti

	nikad		ponekad		često		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
uzimanja dodatka prehrani (npr. vitamini, minerali...)	45	26,5	89	52,4	36	21,2	170	100,0	1,95	0,690
odlazaka na sistematske preglede	59	34,7	91	53,5	20	11,8	170	100,0	1,77	0,644
redovitih odlazaka ginekologu/urologu	59	34,7	63	37,1	48	28,2	170	100,0	1,94	0,793
treniranja/bavljenja sportom	13	7,6	80	47,1	77	45,3	170	100,0	2,38	0,624
odabira zdravih namirnica	7	4,1	90	52,9	73	42,9	170	100,0	2,39	0,567
odvajanja novca za kvalitetniju hranu	34	20,0	78	45,9	58	34,1	170	100,0	2,14	0,724
konzumiranja alkohola	19	11,2	109	64,1	42	24,7	170	100,0	2,14	0,585
pušenja cigareta	96	56,5	32	18,8	42	24,7	170	100,0	1,68	0,846
konzumiranja <i>fast food</i> -a	12	7,1	135	79,4	23	13,5	170	100,0	2,06	0,450



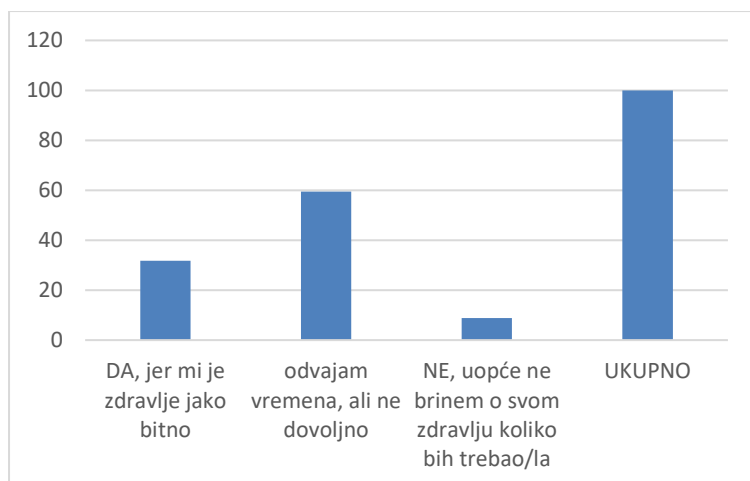
Tablica br. 14 Načini informiranja

	nikad		ponekad		često		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
društvene mreže (fitness influenceri...)	37	21,8	83	48,8	50	29,4	170	100,0	2,08	0,713
internet portali	26	15,3	94	55,3	50	29,4	170	100,0	2,14	0,655
televizijski sadržaji/programi	65	38,2	89	52,4	16	9,4	170	100,0	1,71	0,629
časopisi	89	52,4	72	42,4	9	5,3	170	100,0	1,53	0,598
radijske emisija	117	68,8	48	28,2	5	2,9	170	100,0	1,34	0,534



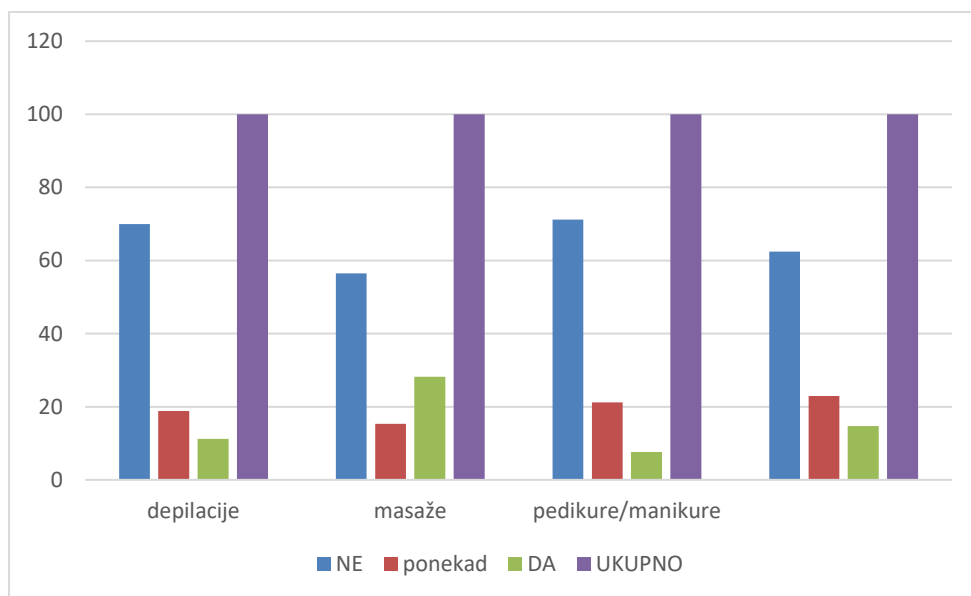
Tablica br. 15 Procjena odvajanja vremena

	f	%
DA, jer mi je zdravlje jako bitno	54	31,8
odvajam vremena, ali ne dovoljno	101	59,4
NE, uopće ne brinem o svom zdravlju koliko bih trebao/la	15	8,8
UKUPNO	170	100,0



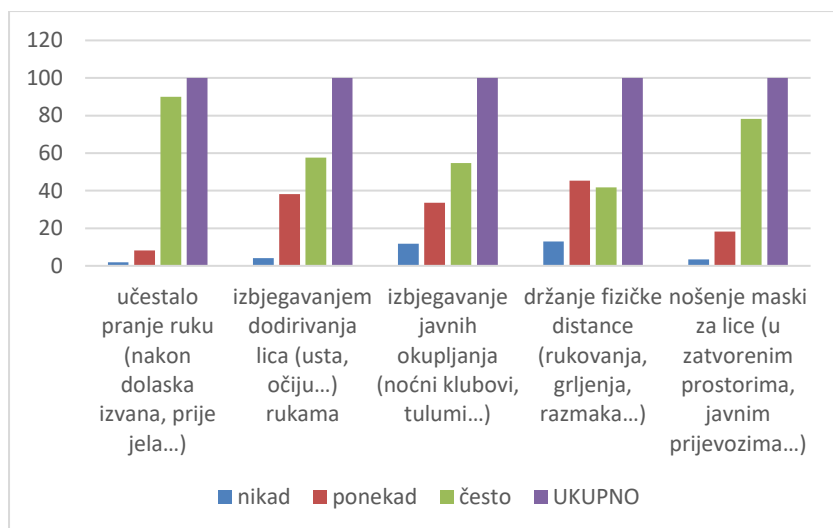
Tablica br. 16
Kozmetički tretmani

	NE		ponekad		DA		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
čišćenja lica	119	70,0	32	18,8	19	11,2	170	100,0	1,41	0,684
depilacije	96	56,5	26	15,3	48	28,2	170	100,0	1,72	0,879
masaže	121	71,2	36	21,2	13	7,6	170	100,0	1,36	0,622
pedikure/manikure	106	62,4	39	22,9	25	14,7	170	100,0	1,52	0,739



Tablica br. 17
Epidemiološke mjere

	nikad		ponekad		često		UKUPNO		as	sd
	f	%	f	%	f	%	f	%		
učestalo pranje ruku (nakon dolaska izvana, prije jela...)	3	1,8	14	8,2	153	90,0	170	100,0	2,88	0,374
izbjegavanje dodirivanja lica (usta, očiju...) rukama	7	4,1	65	38,2	98	57,6	170	100,0	2,54	0,577
izbjegavanje javnih okupljanja (noćni klubovi, tulum...))	20	11,8	57	33,5	93	54,7	170	100,0	2,43	0,695
držanje fizičke distance (rukovanja, grljenja, razmaka...)	22	12,9	77	45,3	71	41,8	170	100,0	2,29	0,683
nošenje maski za lice (u zatvorenim prostorima, javnim prijevozima...)	6	3,5	31	18,2	133	78,2	170	100,0	2,75	0,511



Sažetak

Teško je točno odrediti zdravlje. Mnogi ga poistovjećuju s odsustvom bolesti, međutim u postmodernoj se naglašava individua i upravo je pojedinac taj koji može do određene mjere utjecati na svoje zdravlje. Zdravlje utječe na kvalitetu života, promovirajući ga i zdravijim življenjem možemo produžiti svoj životni vijek. Istraživanje je provedeno u rujnu 2020. godine putem online ankete. Istraživanjem se ispitaio odnos studenata i studentica Sveučilišta u Splitu prema zdravlju. Analizom podataka pokazalo se kako više od polovice studenata i studentica smatra svoje psihičko i fizičko zdravlje važnim. Utvrđene su razlike u odlascima na redovite preglede odnosom na spol (studentice češće odlaze od studenata), te razlike u učestalosti bavljenja sportom (studenti se češće bave sportom od studentica).

Ključne riječi: zdravlje, studenti, anketno istraživanje, kvaliteta života, kretanje

Summary

It is difficult to determine health accurately. Many identify it with the absence of disease, but in the postmodern it emphasizes the individual and it is the individual who can to some extent affect their health. Health affects the quality of life, by promoting it and with living healthier we can prolong our lifetime. The survey was conducted in September 2020 through an online survey. The research examined the attitude of students at the University of Split towards health. The analysis of the data showed that more than half of male and female students consider their mental and physical health important. There were differences in going to regular check-ups based on gender (female students go more often than male students), and differences in the frequency of playing sports (male students play sports more often than female students).

Key words: health, students, survey research, quality of life, movement

Bilješka o autorici

Propadalo Maja rođena je u Splitu 18.07.1995. godine, u Splitu je pohađala osnovnu školu Skalice, te Prvu jezičnu gimnaziju. Trenutno je studentica sociologije na Filozofskom fakultetu na Sveučilištu u Splitu.

majaapropadalo@gmail.com

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja Maja Propadalo, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišnog/e prvostupnika/ce sociologije, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnog rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 08.03.2021.

Potpis



Izjava o pohrani završnog/diplomskog rada (podcrtajte odgovarajuće) u Digitalni
repozitorij Filozofskog fakulteta u Splitu

Student/ica: Maja Propadalo

Naslov rada: "Sve je lako kad si mlad": Sociološko istraživanje odnosa prema zdravlju
studentata i studentica na sveučilištu u Splitu

Znanstveno područje: sociologija

Znanstveno polje: Postmodernizam kao sociološka teorija

Vrsta rada: završni rad

Mentor/ica rada:

izv. prof. dr. sc. Marija Lončar

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Komentor/ica rada:

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Članovi povjerenstva:

izv. prof. dr. sc. Zorana Šuljug Vučica, Tori Popović

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog završnog/diplomskog rada (zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uredenog rada. Slažem se da taj rad, koji će biti trajno pohranjen u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15, 131/17), bude:

- a) rad u otvorenom pristupu
 b) rad dostupan studentima i djelatnicima FFST
 c) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).
(zaokružite odgovarajuće)

U slučaju potrebe (dodatnog) ograničavanja pristupa Vašem ocjenkom radu, podnosi se obrazloženi zahtjev nadležnom tijelu u ustanovi.

Mjesto, nadnevak: 29.03.2021.

Potpis studenta/studentice: 