

*Originalni članci/
Original articles*

KORIŠTENJE PREVENTIVNE
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ODRASLOG
STANOVNIŠTVA U REPUBLICI SRPSKOJ

UTILIZATION OF PREVENTIVE HEALTH
CARE SERVICES AMONG ADULTS IN
REPUBLIC OF SRPSKA

Correspondence to:

Doc dr sc med. **Slađana Šiljak**
Jovana Dučića 1,
78 000 Banja Luka
+387 65 856 617
e-mail: sladjanaps@gmail.com

Slađana Šiljak¹, Jelena Niškanović¹,
Dragana Stojisavljević¹

¹ Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, Republika Srpska,
Bosna i Hercegovina

Izvor finansiranja:
Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske uz finansijsku i profesionalnu
podršku Svjetske Banke.

Ključne reči

korištenje preventivnih usluga, životni
stilovi, istraživanje zdravstvenog stanja,
nejednakosti u zdravlju, Republika Srpska

Key words

preventive health care service utilization,
health survey, inequalities in health,
Republic of Srpska

Sažetak

Uvod. Nejednakosti u korištenju preventivnih usluga su prisutne u evropskim zemljama. **Cilj rada.** Ispitati razlike u korištenju usluga preventivne zdravstvene zaštite u odnosu na demografske, socijalno-ekonomske i karakteristike životnog stila odraslog stanovništva Republike Srpske, Bosna i Hercegovina. **Metode rada.** Studija je izvedena po tipu studije presjeka na nacionalnom nivou. Od 4 673 odrasle osobe, 4 128 je anketirano (1 906 muškaraca i 2 222 žena). Bivarijantna logistička regresiona analiza je korištena za procjenu uticaja različitih varijabli na korištenje preventivnih usluga zdravstvene zaštite u RS. **Rezultati.** U poređenju sa muškarcima, žene su češće koristile preventivne usluge [UO=5.06; 95% interval povjerenja (95% IP) = 3.48–7.37]. Osobe u gradskom području koriste češće preventivne usluge (UO=1,75; 95% IP = 1.26–2.44), a osobe koje žive same to čine rjeđe (UO=0,40; 95% IP = 0.29–0.54). Ljudi sa srednjim obrazovanjem i siromašni koriste značajno rjeđe preventivne usluge u odnosu na osobe višeg obrazovanog nivoa i bogate. Dvostruko rjeđe preventivne usluge koriste pušači, osobe koje konzumiraju alkohol, osobe čija je fizička aktivnost i procjena zdravlja dobra a dvostruko češće osobe sa prekomjernom tjelesnom masom i zaposleni. Preventivne usluge u odnosu na zdravu populaciju češće koriste osobe oboljele od masovnih nezaraznih oboljenja. **Zaključak.** Prisustvo značajnih demografskih i socijalno-ekonomskih nejednakosti, kao i nejednakosti u životnom stilu i zdravstvenom stanju osoba koje koriste preventivne usluge u Republici Srpskoj impliciraju na aktivno provođenje preventivnog Programa u svim zdravstvenim ustanovama RS.

UVOD

Jačanje zdravstvenih sistema orjentisanih na pacijentove potrebe i sveobuhvatne odgovore u cilju redukcije vodećih riziko faktora nezaraznih bolesti je jedan od prioriteta Svjetske zdravstvene organizacije do 2020. godine (1).

Prema političkoj deklaraciji Ujedinjenih Nacija je potrebno osigurati multisektorske politike i planove za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti kao i prepoznati zdravstvene nejednakosti u incidenci nezaraznih bolesti, posebno povezanih sa socijalnim uslovima kako bi se ozbezbjedio sveobuhvatan odgovor zdravstvenog sistema (2).

Održivi razvojni ciljevi (Sustainable Development Goals) se fokusiraju na prevenciji rizičnih faktora nezaraznih bolesti i redukciju mortaliteta od istih do 2030. godine, posebno za uzrastnu kategoriju od 30 do 70 godina. Ovo se postiže integrisanim pristupom zaštiti nezaraznih bolesti sveobuhvatnim odgovorom primarne zdravstvene zaštite u menadžmentu kardiovaskularnih rizika (3).

Nezarazne bolesti, uglavnom kardiovaskularne, maligne, hronične respiratorne i dijabetes su vodeći uzroci smrtnosti širom svijeta i u ukupnoj strukturi mortaliteta zauzimaju 63,0%. Više od 90% prijevremenih smrtnosti od nezaraznih

bolesti se dešava u nisko i srednje razvijenim zemljama, a one najčešće mogu biti prevenirane jer su povezane sa riziko faktorima kao što su upotreba duvana, neadekvatna ishrana fizička neaktivnost i štetna upotreba alkohola (4).

S obzirom da su socio-ekonomske nejednakosti značajne determinante zdravstvenih nejednakosti, zdravstvene politike bazirane na jednakom, sveobuhvatnom pristupu uslugama zdravstvene zaštite, redukuju nejednakosti u zdravlju stanovništva svih starosnih grupa (5).

Usluge preventivne zdravstvene zaštite za populaciju odraslih su usmjerene na oblasti prevencije vodećih rizika hroničnih nezaraznih bolesti, prvenstveno kardiovaskularnih i malignih bolesti i bolesti metabolizma. U cilju obezbjeđivanja osnovnih zdravstvenih potreba stanovništva, najvećih dio preventivnih usluga se realizuje u okviru zdravstveno promotivnih i preventivnih mjera na primarnom nivou zdravstvene zaštite (savjetovanje za redukciju rizičnog ponašanja, antropometrijska i laboratorijska mjerenja) i ranom otkrivanju oboljenja putem dijagnostičkih testova na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite.

Demografske i socijalno-ekonomske razlike postoje u korištenju usluga preventivne zdravstvene zaštite, kako na primarnom tako i na nivou specijalističke zdravstvene zaštite (6,7). Bogatiji i obrazovaniji se u većem procentu podvrgavaju preventivnim pregledima i obavljaju usluge savjetovanja o sopstvenom zdravlju. (8,9) Žene sa pozitivnom porodičnom anamnezom koriste preventivne usluge u većem procentu kao i one sa boljim ekonomskim položajem, odnosno većim dohotkom (10,11).

U Republici Srpskoj se preventivne usluge pružaju od strane timova porodične medicine na primarnom nivou zdravstvene zaštite i konsultativno specijalističkih službi iz oblasti ginekologije i interne medicine na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite (12).

Rano otkrivanje faktora rizika kardiovaskularnih bolesti putem mjerenja krvnog pritiska i laboratorijskog mjerenja češće obavljaju osobe koje žive u boljim uslovima dok siromašniji ove usluge obavljaju češće u slučaju medicinske potrebe (srčani problemi, moždani udar i sl.) (13).

Mamografske i ginekološke usluge u svrhu ranog otkrivanja karcinoma dojke i grlića materice češće obavljaju osobe koje žive u boljim socijalno-ekonomskim uslovima (6,14).

Studije potvrđuju takođe da postoje značajne razlike u načinu realizacije preventivnih mjera. U organizovanom skrining programu se preventivne usluge mamografije obavljaju češće među ženama nižeg obrazovnog nivoa. (14) U preventivnom programu koji se realizuje na dobrovoljnoj osnovi u formi oportunističkog skrininga obrazovanije žene i žene sa većim dohotkom češće koriste preventivne usluge mamografije (15).

U većem broju evropskih zemalja (izuzev Belgije i Njemačke) ljudi sa nižom edukacijom i siromašniji koriste usluge primarne zdravstvene zaštite podjednako kao i osobe sa visokim nivoom edukacije i boljim uslovima stanovanja (16).

S obzirom da se u Republici Srpskoj sve preventivne usluge koordiniraju od strane timova porodične medicine obezbjeđuje se dostupnost svim kategorijama stanovništva u skladu sa potrebama i prema stručnim smjernicama (12,17,18).

Razlike u pogledu korištenja preventivnih usluga primarnog nivoa postoje i pored osiguranog pristupa svim uslugama tako da siromašni i manje edukovani rjeđe koriste preventivne usluge doktora medicine (19).

Cilj rada je ispitati razlike u korištenju usluga preventivne zdravstvene zaštite u odnosu na demografske, socijalno-ekonomske i karakteristike životnog stila odraslog stanovništva u Republici Srpskoj.

MATERIJAL I METODE

Tip studije i uzorak

Istraživanje je sprovedeno na teritoriji Republike Srpske u julu/avgustu 2010.godine po tipu studije presjeka u kojoj su jedinice posmatranja domaćinstva i odraslo stanovništvo od 18 godina i više. Uzorak je slučajni, dvoetajni i stratifikovani gdje su jedinice prve etape naselja a druge etape domaćinstva. Stratifikacija je izvršena na osnovu popisnih krugova kreiranih iz Master uzorka Zavoda za statistiku Republike Srpske na osnovu koga su određene primarne jedinice, urbana i ruralna naselja po teritorijama koje pokrivaju regionalni centri Instituta za javno zdravstvo republike Srpske. Istraživanjem je obuhvaćeno 4.673 odrasle osobe a 4.128 intervjuisano (1.906 muškaraca i 2.222 žene) sa stopom odgovora 88,3%. Ova studija je odobrena od strane Etičkog Odbora Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske.

Instrumenti

Podaci o demografskim, socijalno-ekonomskim karakteristikama ispitanika, te karakteristikama životnog stila ispitanika i korištenja preventivnih usluga su dobijeni anketiranjem metodom intervju "lice u lice" u kući ispitanika. Korišteni su upitnici izrađeni po osnovu standardnih upitnika za procjenu zdravlja stanovništva. (20-21)

Varijable

Nezavisne varijable korištene u istraživanju su demografske i socijalno-ekonomske karakteristike (starost, pol, tip naselja, bračni status, obrazovanje i radni status) ispitanika kategorisane u grupe. Naselje (gradsko/ seosko) i bračni status (samac/ živi u zajednici) su kategorisani u dvije, a obrazovanje (niže/srednje/više i visoko) i radni status (zaposlen/nezaposlen/ neaktivan) u tri kategorije. Za procjenu socijalno-ekonomskog stanja je upotrebljena varijabla indeks blagostanja konstruisana po uzoru na studije u okruženju.(16) Za procjenu životnog stila i zdravstvenog stanja su korištene varijable prethodno kategorizovane i dihotomizovane prema statusu (koristi-da ili ne koristi-ne) u navedenom vremenskom periodu određene karakteristike životnog stila. Varijable su: pušački status (pušač/bivši pušač/nepušač), sedmično konzumiranje alkohola (da/ne), dnevno konzumiranje voća i povrća (da/ne), fizička aktivnost (dobra/prosječna/loša), samoprocjena zdravlja (loše, osrednje, dobro) i prisustvo hroničnih oboljenja u poslednjih 12 mjeseci (da/ne). Visina i težina ispitanika su mjerene u laganoj odjeći i bez cipela, a indeks tjelesne mase je izračunat kao odnos tjelesne mase i kvadrata tjelesne visine i klasifikovan u četiri kategorije: pothranjeni ($\leq 18,49$), normalno uhranjeni ($18-24,9 \text{ kg/m}^2$), prekomjerno uhranjeni ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) i gojazni (sa i preko 30 kg/m^2).

Zavisne varijable korištene u istraživanju su korištene preventivnih usluga za rano otkrivanje kardiovaskularnih bolesti (mjerenje krvnog pritiska i antropometrijska mjerenja) i rano otkrivanje malignih bolesti (papa test, mamografija i digitorektalni pregled) dihotomizovane u dvije kategorije (koristi/ne koristi preventivne usluge).

Osnovni kriterijum za kreiranje varijabli korištenja preventivnih usluga je obavljanje minimalno jednom u dvije godine mjerenje krvnog pritiska i antropometrijska mjerenja i jednom u tri godine preglede na ranom otkrivanju malignih bolesti.

Varijabla korištenje preventivnih usluga je kreirana prema vrstama usluga za određeni uzrast diferencirano za muškarce i žene.

Statistička analiza

Podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike i bivarijantne logističke regresione analize. Za ispitivanje povezanosti pola i ostalih varijabli korišten je hi-kvadrat test. Bivarijantnom logističkom regresijom je ispitan uticaj demografskih, socijalno-ekonomskih i varijabli životnog stila na korištenje preventivnih usluga u zdravstvenom sistemu Republike Srpske.

U radu su prikazani unakrsni odnosi (UO) i 95-postotni intervali povjerenja (95% IP). Vjerovatnoća $p < 0,05$ je vrijednost koja je uzeta kao statistički značajna. Statistička obrada podataka je urađena u programu SPSS, verzija 17.0.

Rezultati

Od 4.128 ispitanika obuhvaćenih istraživanjem, više od polovine su žene (53,8%) prosječne starosne dobi 51 godina. Više od polovine stanovnika živi u ruralnim dijelovima Republike Srpske (58,5%), a više od dvije trećine (65,9%) živi u bračnoj zajednici. Najveći procenat muškaraca ima završenu srednju školu (59,0%), dok je najveći procenat žena bez ili sa nepotpunom osnovnom školom (50,8%) (tabela 1).

Najveći procenat muškaraca je zaposlen (39,1%) za razliku od žena čiji je radni status kod više od polovine neaktivan (57,8%).

U pogledu distribucije stanovništva prema kvintilima blagostanja nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena. Više od polovine stanovništva (55,1%) su nepušači, značajno više žene (66,3%) nego muškarci (42,1%) (tabela 2).

Više od dvije trećine stanovnika ne konzumira alkohol (76,9%), značajno više žene (94,7%) nego muškarci (56,3%) (tabela 2).

Najveći procenat stanovnika (46,8%) procjenjuje svoju fizičku aktivnost kao dobru, među njima značajno više muškarci (55,4%) nego žene (39,3%) (tabela 2).

Samo 8,6% stanovnika konzumira svakodnevno povrće, značajno više žene (9,6%), nego muškarci (7,3%). Voće konzumira svakodnevno 14,0% stanovnika, za 2,4% više žena (15,1%) nego muškaraca (12,7) (tabela 2).

Više od trećine stanovnika (37,6%) ima prvi stepen rizika od gojaznosti (predgojazno stanje), a više od petine stanovnika (21,3%) je gojazno, značajno više žene (22,7%) nego muškarci (19,6%).

Jednu ili više hroničnih nezaraznih bolesti ima 41,5% stanovnika, značajno više žene (47,5%) nego muškarci (34,5%).

Više od polovine stanovnika procjenjuje svoje zdravlje kao dobro (56,2%), značajno više muškarci (62,7%) nego žene (50,6%) (tabela 2).

Žene i osobe koje žive u urbanim područjima su koristile preventivne usluge značajno češće u odnosu na muškarce (UO=5,06) i osobe koje žive u ruralnim područjima (UO=1,75).

Stariji muškarci su koristili češće (UO=1,03) preventivne usluge u odnosu na mlađe (tabela 3).

Osobe koje žive sami su koristili dvostruko rjeđe preventivne usluge u odnosu na one koji žive u zajednici (UO=0,40).

Muškarci bez, i sa nepotpunom osnovnom školom su koristili preventivne usluge trostruko rjeđe (UO=0,33) od onih sa višom i visokom školom. Zaposleni muškarci su koristili preventivne usluge dvostruko češće od nezaposlenih (UO=2,18) (tabela 3).

Osobe koje pripadaju siromašnim slojevima stanovništva su koristili preventivne usluge dvostruko rjeđe od bogatih (UO=0,58).

Pušači su koristili preventivne usluge dvostruko rjeđe od nepušača (UO=0,56), a muškarci bivši pušači dvostruko češće od nepušača (UO=2,37).

Muškarci koji su sedmično konzumirali alkohol koristili su češće preventivne usluge (UO=1,08) u odnosu na one koje nisu konzumirali alkohol.

Svakodnevno konzumiranje voća i povrća nije značajno povezano sa korištenjem preventivnih usluga.

Muškarci čija je fizička aktivnost dobra su koristili 74% rjeđe preventivne usluge (UO=0,26) u odnosu na one čija je aktivnost loša, a žene koje su bile prosječno fizički aktivne su koristile preventivne usluge tri puta češće u odnosu na fizički neaktivne (tabela 3). Gojazni muškarci su koristili preventivne usluge dvostruko češće od normalno uhranjenih (UO=2,11).

Osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima su koristile usluge preventivne zdravstvene zaštite značajno češće u odnosu na osobe bez oboljenja (UO=5,92) a osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao dobro su koristili preventivne usluge dvostruko rjeđe (UO=0,46) u odnosu na one čije je zdravlje loše (tabela 3).

DISKUSIJA

Naši rezultati su pokazali da postoje značajne razlike u korištenju usluga preventivne zdravstvene zaštite u odnosu na demografske, socijalno-ekonomske i ostale karakteristike ispitanika.

Korištenje preventivnih usluga je predmet brojnih evropskih i američkih studija. Većinom su ove preventivne usluge fokusirane na rano otkrivanje raka, kao što su mamografija, papa test i cervikalni razmaz, a mali broj studija se fokusira na usluge ranog otkrivanja kardiovaskularnih bolesti, kao što su mjerenje krvnog pritiska, holesterola i šećera u krvi (22). U Republici Srpskoj su na raspolaganju sledeće preventivne usluge: mjerenje krvnog pritiska, antropometrijska mjerenja (visina i težina), te papa test i mamografija za žene, a digitorektalni pregled za muškarce (18).

Prema našim rezultatima žene koriste preventivne usluge značajno češće od muškaraca, a osobe sa višim nivoom obrazovanja koriste ih češće u odnosu na niže obrazovane,

*Tabela 1. Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika prema polu/
Table 1. Demographic and socio-economic persons' characteristics by sex*

Varijabla/Variabile	Ukupno/Total		Muškarci/Male		Žene/Female		P
	No	%	No	%	No	%	
	4128	100	1905	46,1	2222	53,8	0,438
Godine starosti, X (SD) Age	50,2		49,3		51		0,002**
	-17,6		-17,1		-17,9		
Godine starosti / Age							
18-24	371	8,9	176	9,2	195	8,7	0,009*
25-34	560	13,5	264	13,8	296	13,3	
35-44	645	15,6	317	16,6	328	14,7	
45-54	822	19,9	404	21,2	418	18,8	
55-64	748	18,1	340	17,8	408	18,3	
65+	982	23,8	405	21,2	577	25,9	
Tip naselja/ Type of settlement							
Urbano/Urban	1712	41,5	778	40,8	934	42	0,438*
Ruralno/Rural	2415	58,5	1127	59,1	1288	57,9	
Bračno stanje/ Marrital status							
Neoženjen/a, Razveden/a, Udovac/a/Single	1400	34	582	30,6	818	36,9	0,000*
Živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici/ Living with a partner	2716	65,9	1319	69,4	1397	63,1	
Obrazovanje/Education							
Bez škole, nepotpuna osnovna i osnovna škola/Low	1685	40,8	557	29,2	1128	50,8	0,000*
Srednja škola/Middle	2047	49,6	1123	59	924	41,6	
Viša i visoka škola/ High	391	9,4	223	11,7	168	7,5	
Radni status/ Employment							
Neaktivan/Inactive	1916	46,4	633	33,2	1283	57,8	0,000*
Nezaposlen/Unemployed	982	23,8	526	27,6	456	20,5	
Zaposlen/Employed	1226	29,7	746	39,1	480	21,6	
Indeks blagostanja X (Wealth Index)	3,18		3,21		3,15		0,169**
	-1,38		-1,38		-1,38		
Kvintili blagostanja/ Classes							
Najbogatiji/Richest	822	19,9	389	20,4	450	20,3	0,594*
Bogati/Richer	831	20,1	396	20,8	455	20,5	
Srednji sloj/Middle	823	19,9	374	19,6	449	20,2	
Siromašni/Poorer	825	20	370	19,4	435	19,6	
Najsiromašniji/Poorest	827	20	377	19,8	433	19,5	

*Hi kvadrat/Chi-square test

**t-test

što je u skladu sa rezultatima evropskih studija (13-15,19) kao i američke i kanadske studije (23).

Osobe u Republici Srpskoj koje žive u urbanom području koriste 1,7 puta češće preventivne usluge od osoba koje žive u ruralnom području. Ovi rezultati odgovaraju američkoj studiji (24), dok studija u Južnoj Karolini pokazuje da se i u urbanim i u ruralnim dijelovima u kojima su pristupačne usluge primarne zdravstvene zaštite, one obavljaju u visokom procentu (23).

Prema rezultatima naše studije, siromašni koriste rjeđe preventivne usluge u odnosu na bogate, što je u skladu sa nalazima drugih studija (13,14), dok bogatiji u većem procentu obavljaju preventivne preglede i usluge savjetovanja o sopstvenom zdravlju (25,26).

Prema podacima naše studije zaposleni koriste preventivne usluge značajno češće od nezaposlenih, što je u skladu sa nalazima studije u susjednoj Hrvatskoj (27) i u Americi gdje nezaposleni rjeđe koristi preventivne usluge (28).

Tabela 2. Karakteristike životnog stila i samoprocjena zdravlja prema polu/
Table 2. Characteristics of health behaviour and self perceived health by sex

Varijabla/Variable	Ukupno/Total No = 4127		Muškarci/Male No = 1905		Žene/Female No = 2222		P
	n	%	n	%	n	%	
Pušački status/ Smoking status							
Pušač/Smoker	1253	30,5	706	37,2	547	24,7	0,000*
Bivši pušač/Former smoker	593	14,4	393	20,7	200	9,0	
Nepušač/Non smoker	2266	55,1	798	42,1	1468	66,3	
Konzumacija alkohola/ Alcohol use							
Da/ Yes	951	23,0	833	43,7	118	5,3	0,000*
Ne/No	3177	76,9	1073	56,3	2104	94,7	
Procjena fizičke aktivnosti/ Physical activity							
Dobra/ Good	1930	46,8	1056	55,4	874	39,3	0,000*
Prosječna/Average	1660	40,2	665	34,9	995	44,8	
Loša/ Low	538	13,0	185	9,7	353	15,9	
Konzumacija povrća (dnevno)/ Everyday vegetable intake							
Da/ Yes	354	8,6	140	7,3	214	9,6	0,009*
Ne/No	3774	91,4	1766	92,6	2008	90,3	
Konzumacija voća (dnevno)/ Everyday fruits intake							
Da/Yes	578	14,0	242	12,7	336	15,1	0,025*
Ne/No	3550	85,9	1664	87,3	1886	84,9	
Indeks tjelesne mase/ Body mass index							
Pothranjeni (≤18,49)/ Underweight	82	2,0	18	0,9	64	2,9	0,000*
Normalno uhranjani (18,5-24,99)/Normal weight	1566	39,1	650	35,4	916	42,1	
Predgojazno stanje (25-29,9)/Overweight	1505	37,6	806	43,9	699	32,2	
Gojazni (≥30)/ Obesity	853	21,3	360	19,6	493	22,7	
Hronične nezarazne bolesti/ Non communicable diseases							
Ne/No	2414	58,5	1248	65,5	1166	52,5	0,000*
Da/Yes	1712	41,5	657	34,5	1055	47,5	
Samoprocjena zdravlja/ Self perceived health							
Dobro/Good	2321	56,2	1196	62,7	1125	50,6	0,000*
Prosječno/Average	1416	34,3	572	30,0	844	37,9	
Loše/Low	391	9,5	138	7,2	253	11,3	

***Hi kvadrat/Chi-square test**

Osobe koje puše i konzumiraju alkohol koriste preventivne usluge značajno rjeđe u odnosu na nepušače i osobe koje ne konzumiraju alkohol.

Za razliku od prethodno navedenih faktora rizika, osobe koje su fizički neaktivne i prekomjerno uhranjene koriste značajno češće preventivne usluge u odnosu na fizički aktivne i normalno uhranjene.

Interesantno je istaći da osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao loše značajno češće koriste preventivne usluge u odnosu na osobe koje procjenjuju svoje zdravlje kao dobro. Ovo se dijelom može objasniti činjenicom da ljudi koriste usluge zdravstvene zaštite, uključujući i preventivnu, kada osjete potrebu za tim, bez obzira što procjena zdravlja kao loša može ukazati na postojanje zdravstvenih problema. Studija provedena u Virdžiniji na uzorku od 243 pacijenta prikazuje da su osobe lošijeg zdravlja imale veći emocionalni pritisak i koristile usluge zdravstvene zaštite u većem pro-

centu (29). Zaposlene osobe i pušači rjeđe koriste preventivne usluge a osobe sa zdravstvenim problemima (krvni pritisak i dijabetes) češće koriste ove usluge, podaci su studije provedene u Velikoj Britaniji od 1992. do 2008. godine (30).

Naši rezultati odgovaraju rezultatima američke studije provedene 2007. godine na uzorku od 15 784 ispitanika među kojima osobe loše procjenjenog zdravlja koriste preventivne usluge značajno češće (31).

Sa starenjem se povećava učestalost korištenja preventivnih usluga. Slični rezultati su potvrđeni u Grčkoj studiji (22), a moguće objašnjenje je da se rizik za hronične nezarazne bolesti povećava sa starošću, pa se samim tim povećava i svjesnost o potrebi korištenja preventivnih usluga u svrhu redukcije faktora rizika i ranog otkrivanja nezaraznih oboljenja.

Tabela 3. Bivarijantna logistička regresija povezanosti karakteristike ispitanika prema polu sa korištenjem preventivnih usluga /
Table 3. Bivariate logistic regression of associated characteristics of population with utilization of preventive services

Varijabla/Variable	Svi/Total	Muškarci/Male	Žene/Female
	UO/OR (95% IP/CI) a		
Ženski pol/Female	5,06 (3,48-7,37)**	-	-
Muškarci/Male b	1	1	1
Urbano naselja/Urban settlement	1,75 (1,26-2,44)*	1,72 (1,18-2,50)**	1,90 (0,91-3,96)
Ruralno naselje/ Rural settlement b	1	1	1
Godine života/Age	1,03 (1,02-1,04)**	1,03 (1,02-1,04)**	0,99 (0,97-1,01)
Neoženjen/a, Razveden/a, Udovac/a/Single	0,40 (0,29-0,54)**	0,33 (0,23-0,47)**	0,46 (0,23-0,89)**
Živi u braku/Living in marriage b	1	1	1
Bez škole, nepotpuna i osnovna škola/Low Srednja škola/Middle Vidoka škola/ High education b	0,48 (0,23-1,02) 0,40 (0,19-0,83)* 1	0,33 (0,15-0,75)** 0,38 (0,17-0,84)* 1	0,66 (0,15-2,88) 0,78 (0,17-3,47) 1
Zaposlen/Employed	1,77 (1,23-2,55)**	2,18 (1,47-3,23)**	0,92 (0,33-2,55)
Neaktivan/Inactive	2,87 (2,00-4,14)**	2,78 (1,78-4,34)**	0,93 (0,39-2,21)
Nezaposlen/Unemployment b	1	1	1
Srednji sloj/Middle classes	0,65 (0,42-0,99)*	0,60 (0,40-0,89)	0,58 (0,21-1,63)
Siromašni i najsiromašniji/Poorer classes	0,58 (0,41-0,83)**	0,60 (0,39-1,01)	0,39 (0,17-0,88)
Bogati/Richer classes b	1	1	1
Pušač/Smoker	0,56 (0,41-0,77)**	0,73 (0,51-1,06)	0,99 (0,45-2,15)
Bivši pušač/Former smoker	1,37 (0,79-2,36)	2,37 (1,28-4,38)**	1,09 (0,32-3,65)
Ne pušač/ non smoker b	1	1	1
Konzumiranje alkohola/Alcohol use	0,54 (0,39-0,74)**	1,08 (0,76-1,52)*	0,95 (0,22-4,01)
Ne konzumiranje alkohola/Alcohol non use b	1	1	1
Dobra fizička aktivnost/Good physical activity	0,43 (0,25-0,75)**	0,26 (0,10-0,64)**	1,47 (0,66-3,24)
Prosječna fizička aktivnost/Average physical activity	1,05 (0,58-1,90)	0,48 (0,18-1,25)	3,19 (1,28-7,92)*
Predgojazni/Overweight	1,96 (1,22-3,13)**	1,65 (1,12-2,41)*	1,36 (0,63-2,94)
Gojazni/Obesity	1,28 (0,91-1,80)	2,11 (1,23-3,62)**	1,93 (0,71-5,19)
Normalno uhranjeni/normal weight b	1	1	1
Konzumiranje povrća/ Daily usage of vegetable	0,88 (0,52-1,47)	0,85 (0,46-1,58)	0,65 (0,25-1,70)
Ne konzumiranje povrća/ Daily non usage of vegetable b	1	1	1
Konsumacija voća/Daily usage of fruits	1,22 (0,77-1,95)	1,26 (0,72-2,19)	0,88 (0,36-2,15)
Ne konzumiranje voća/ Daily non usage of fruits b	1	1	1
Ima HNB/NCD	5,92 (0,70-9,47)**	0,68 (0,60-0,78)**	7,41 (2,61-21,03)**
Nema HNB/No NCD b	1	1	1
Prosječno zdravlje/Average health	1,29 (0,64-2,59)	1,08 (0,43-2,71)	2,10 (0,68-6,49)
Dobro zdravlje/Good health	0,46 (0,24-0,86)*	0,43 (0,18-1,00)	0,96 (0,36-2,56)
Loše zdravlje/Poor health b	1	1	1

*p <0,05; **p<0,01;

a UO/OR = unakrsni odnos/odds ratio; 95% IP/CI= 95% interval poverenja/confidence interval; HNB/NCD = hronična nezarazna bolest/non communicable diseases

b- referentne vrijednosti/ reference values.

U studiji provedenoj u Hrvatskoj je potvrđeno da među osobama sa kardiovaskularnim i metaboličkim oboljenjima, nezaposleni koriste preventivne usluge rjeđe nego zaposleni (27).

Korištenje preventivnih usluga (mjerenje krvnog pritiska i holesterola u krvi) u Americi je češće kod starijih pacijenata (31).

Samo u organizovanom skrining programu nisu utvrđene značajne socijalno-ekonomske razlike u korištenju preventivnih usluga (32).

Prednost naše studije je reprezentativni uzorak koji omogućava generalizaciju dobijenih rezultata na čitavo stanovništvo Republike Srpske, dok je nedostatak studije što je većina analiziranih varijabli dobijena samoiskazom ispitanika, pa je moguće da ne odslikava realnu situaciju. Međutim, rezultati naše studije su poređeni sa rezultatima drugih studija u kojima je primenjen isti metodološki pristup.

ZAKLJUČAK

U Republici Srpskoj postoje značajne, prije svega, demografske i socijalno-ekonomske razlike u korištenju usluga zdravstvene zaštite. Žene i osobe koje žive u urbanim područjima koriste češće preventivne usluge u odnosu na muškarce i osobe koje žive u ruralnim područjima. Osobe sa srednjim obrazovanjem i siromašni koriste dvostruko rjeđe preventivne usluge u odnosu na visoko obrazovane i bogate. Pušači i osobe koje konzumiraju alkohol koriste dvostruko rjeđe, a prekomjerno uhranjeni dvostruko češće preventivne usluge.

Osobe sa hroničnim nezaraznim bolestima koriste značajno češće preventivne usluge u Republici Srpskoj.

Potreba aktivnog pristupa u provođenju preventivnog Programa je jedan od prioriteta u javno zdravstvenim aktivnostima u oblasti prevencije i kontrole nezaraznih bolesti. Takođe je značajan organizovan javno zdravstveni program usmjeren na mlađu populaciju u cilju rane detekcije i suzbijanja faktora rizika nezaraznih bolesti.

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

Abstract

Introduction. Inequalities in preventive health care services utilization exist in european countries. The aim of this study was to investigate differencies in utilization of preventive health care services (PHCS) in regard to demographic, socio-economic and lifestyle characteristics among adults in Republic of Srpska (RS), Bosnia and Herzegovina. **Methods.** This study is a cross sectional study at the national level. A total of 4 673 adults, 4 128 were interviewed (1 906 males and 2 222 females). Bivariate logistic regression analysis was used to assess the influence of different variables on the utilization of preventive health care services in RS. **Results.** As compared with men, women utilized more frequently PHCS [odds ratio (OR) = 5.06; 95% confidence interval (95% CI) = 3.48–7.37]. People in urban areas utilized more frequently (OR=1,75; 95% CI = 1.26–2.44) but those who lived alone utilized less frequently PS (OR=0,40; 95% CI = 0.29–0.54). People with middle education and poorer utilized PHCS less frequently than those better-off. Two times less frequently utilized PHCS people who are smokers, alcohol consumers, and people with good self perception of health and physical activity but two times more frequently utilized PHCS overweight and employed people. Both males and females who had non communicable diseases more frequently utilized PHCS than people without diseases. **Conclusion.** This study has shown that demographic, socio-economic, lifestyle and health status inequalities in the pattern of utilization of preventive health care services in RS initiate active providing of preventive services in health care system.

LITERATURA

1. World Health Organization. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. Accessed December 13, 2017
2. United Nations. General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases General Assembly of the United Nations; 2012. Available from: https://www.worlddiabetes-foundation.org/sites/default/files/political_declaration_en.pdf. Accessed 2017, December 21
3. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva; World Health Organization; 2015.
4. World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2012
5. International Council for Science (ICSU), International Social Science Council (ISSC) Review of the Targets for the Sustainable Development Goals: The Science Perspective. Paris: ICSU; 2015.
6. Lorant V, Boland B, Humblet P et al. Equity in prevention and health care. *Public Health Policy and Practice*. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:510-516.
7. Bertakis KD, Azari R, Helms Lj, et al.. Gender differences in the utilization of health care services. *BMC Fam Pract* 2000;49:147-152.
8. O'Malley M, Anne JL, Earp JA, et al. The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography: Who gets the message about breast cancer screening? *Am J Public Health* 2001;91:49-54.
9. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; 138:369-376.
10. Zapka JG, Hosmer D, Costanza ME, et al. Changes in mammography use: economic, need, and service factors. *Am J Public Health* 1992;82:1345-1351.
11. Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *JAMA* 1994;272:530-534.
12. Pravilnik o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu (Službeni Glasnik Republike Srpske broj 102/11)
13. Carrieri V, Ansgar W. Assessing Inequalities in Preventive Care Use in Europe: A special case of health Care inequalities? *Ruhr Economic Paper No. 371*. (cited 2017 January 23). Available from: URL: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/.../ruhr.../REP_12_371.pdf.
14. Damiani G, Federico B, Basso D, et al. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12:99. (cited 2017, January 24). Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/99>.
15. Duport N and Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev* 2006;15:219-224.
16. Jankovic J, Simic S, Marinkovic J. Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *Eur J Public Health* 2010;20:389-396.
17. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Strategija primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske 2006. (cited 2017 June 20). Available from: URL: (http://www.vladars.net/Servisi_Gradjani_Dokumenti/Strategija%20primarne%20zdravstvene%20zastite.pdf).
18. Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske. Stručno uputstvo za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti u Republici Srpskoj. Banja Luka: Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske; 2003.
19. Zhang J. Socioeconomic position and utilization of preventive health services among adults in general population. Thesis, Queensland: University of Technology. School of Public Health; 2007.
20. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Programmes and projects. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) programme. (cited 2017 August 21). Available from: URL: <http://www.euro.who.int/CINDI>.
21. European Health Interview and Health Examination Surveys Database. (cited 2017 August 21). Available from: URL: <https://hishes.iph.fgov.be/index.php?hishes=home>.
22. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, et al. Factors Affecting Use of Preventive Tests for Cardiovascular Risk among Greeks. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6:2712-2724. (cited 2017 April 19). Available from: URL: <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/10/2712>.
23. Hueston WJ, Hubbard ET. Preventive services for rural and urban African American adults. *Arch Fam Med* 2000;9:263-266. (cited 2017 June 12). Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10728114>.
24. Casey MM, Call KT, Klingner JM. Are rural residents less likely to obtain recommended preventive health care services? *American Journal of Preventive Medicine* 2001;1:182-188.
25. O'Malley M, Anne JL, Earp JA, et al. The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography: Who gets the message about breast cancer screening? *Am J Public Health* 2001;91:49-54.
26. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; 138:369-376.
27. Vončina L, Pristaš I, Mastilica M, et al. Use of Preventive Health Care Services among Unemployed in Croatia. *Croat Med J* 2007;48:667-674. (cited 2017 June 13). Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2205972/pdf/CroatMedJ_48_0667.pdf
28. Ross JS, Bernheim SM, Bradley EH, et al. Use of Preventive Care by the Working Poor in the United States. *Preventive Medicine* 2007;44:254-259. (cited 2017 June 20). Available from: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174350600466X>.
29. Connelly JE, Smith R, Philbrick JT, Kaiser DL: Healthy Patients Who Perceive Poor Health and Their Use of Primary Care Services. *J Gen Intern Med* 1991;6:47-51. (cited 2017, April 20). Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1999746>.
30. Labeit A, Peinemann F, Baker R. Utilization of preventative health check-ups in the UK: findings from individual-level repeated cross-sectional data from 1992 to 2008. *BMJ Open* 2013; (cited 2017 June 21). Available from: URL: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e003387.full>
31. Vaidya V, Partha G, Howe J. Utilization of preventive care services and their effect on cardiovascular outcomes in the United States. *Risk Manag Health Policy* 2011;4:1-7. (cited 2017 June 21). Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270932>.
32. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010;39:757-65. (cited 2017 June 20). Available from: URL: <http://ije.oxfordjournals.org/content/39/3/757.full.pdf+html>.