

## KAPITAL(I) IN ZDRAVJE\*\*

*Povzetek. Naraščanje pričakovane življenjske dobe na eni strani in hkrati večanje razlik v zdravju na drugi strani govori o tem, da se zdravstveno stanje ljudi izboljšuje pri določeni populaciji, ne pri vseh. V raziskovanju družbenih neenakosti v zdravju prevladujejo predvsem razlage, ki v povezavi z zdravjem preučujejo zgolj nekaj socialno-ekonomskih dejavnikov, ki so konceptualno pogosto odtujeni od razredne narave neenakosti. Razlike v zdravju in z zdravjem povezani mi praksami so, trdimo, posledica ohranjanja pa tudi poglobljanja razrednih neenakosti. V prispevku bova razmišljali o sistemu družbenih položajev, ki so v medsebojnem odnosu glede na vire, s katerimi lahko ljudje razpolagajo na področju zdravja. Odnos med socialno-ekonomskimi dejavniki in zdravjem bova tematizirali s pomočjo Bourdieujevega pojmovanja kapitala oziroma njegovih različnih oblik: ekonomskega, socialnega in kulturnega kapitala. Pokazali bova, da so oblike kapitalov med sabo izrazito povezane, zato je izolirana obravnava posamezne oblike kapitala v odnosu do zdravja izrazita redukcija kompleksnosti družbenih determinant zdravja. Kapitali, s katerimi razpolagajo ljudje, so v nenehni interakciji in le kot taki povezani tako z zdravstvenim stanjem kot s skrbjo za zdravje oziroma s praksami na polju zdravja.*

*Ključni pojmi: Bourdieu, kapital, zdravje, neenakosti*

### Uvod

Okoliščine, v katerih ljudje živimo in delamo, od kakovosti zraka, bivanjskih razmer, kakovosti hrane, ki jo uživamo, do občutka varnosti in enakih možnosti, ključno vplivajo na zdravje. Ker se te okoliščine za ljudi zelo razlikujejo, se razlikuje tudi njihovo zdravje. Razlike v zdravju se ne kažejo

---

\* Dr. Tanja Kamin, docentka na Fakulteti za družbene vede, Univerza v Ljubljani; dr. Blanka Tivadar, Ministrstvo za kulturo R Slovenije in docentka na Fakulteti za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

\*\* Izvirni znanstveni članek.

samo med ljudmi z različnih kontinentov in med ljudmi iz držav z zelo različnim bruto domačim proizvodom, ampak tudi v državi, med pokrajinami, mestnimi okrožji itd. Kažejo se tudi v najbolj egalitarnih demokratičnih družbah. Med članicami EU beležimo petkratno razliko v umrljivosti otrok do prvega leta starosti, štirinajst letno razliko v pričakovani življenjski dobi ob rojstvu za moške in osem letno razliko za ženske (Commission of the European Communities, 2009: 2). Za dober podatek, ki kaže na zdravstveno stanje ljudi – zanesljivo napoveduje tudi »objektivno« zdravje oz. obolevnost, velja tudi samoocena zdravstvenega stanja (Idler in Benyamini, 1997). Primerjalna raziskava samoocene zdravja in socialno-ekonomskih razlik, ki jo je za obdobje osemdesetih in devetdesetih let prejšnjega stoletja opravila skupina raziskovalcev za deset držav članic EU (Kunst et al., 2004), je pokazala, da so socialno-ekonomske neenakosti in samoocene zdravja v teh državah povezane in dokaj stabilne, z nekoliko večjo neenakostjo v treh od desetih preučevanih držav. To je skladno z drugimi ugotovitvami, ki kažejo na ohranjanje velikih razrednih neenakosti na območju celotne EU (Mackenbach et al., 1997) in v nasprotju z razpravami, ki na podlagi podatkov o višanju povprečja pričakovanega trajanja življenja ljudi govorijo o boljšem zdravju prebivalcev razvitih družb za vse. Večanje razlik v zdravju po eni strani in hkrati rast povprečja pričakovane življenjske dobe na drugi strani govori o tem, da se zdravstveno stanje ljudi izboljšuje pri določeni populaciji, ne pri vseh.

To spoznanje je v zadnjih dveh desetletjih povečalo zanimanje za družbene determinante zdravja, kar se kaže tudi v razvoju epidemiologije. Nekatere celo govorijo o »družbeni epidemiologiji« (Berkman in Kawachi, 2000), ki zdravje obravnava širše kot tradicionalne epidemiološke študije, torej s širšim naborom družbenih kazalnikov, da bi bolje razložila razlike v zdravju med posamezniki in med skupinami. Med kazalniki je tudi pojem kapitala. Sodeč po razpoložljivih znanstvenih prispevkih v mednarodnih bazah, se za preučevanje neenakosti v zdravju največ pozornosti namenja ekonomskemu, nato pa socialnemu kapitalu. Redki so raziskovalci, ki skušajo neenakosti v zdravju pojasnjevati tudi z vidika kulturnega kapitala (npr. Khawaja in Mowafi, 2007), še manj pa jih obravnava različne oblike kapitala hkrati v odnosu do zdravja (npr. Meinert, 2004; Stephens, 2008).

## Kapital(i) in neenakosti v zdravju

Pojem kapitala je uporaben za obravnavo neenakosti v zdravju zato, ker nam pomaga konceptualizirati odnos med socialno-ekonomskimi dejavniki in sistemom zdravja ter zdravstva. Prisili nas, da razmišljamo o virih, ki jih imajo ljudje na razpolago, da jih »vnovčijo« in uporabijo za zdravje. V odnosu do zdravstvenih storitev, denimo, imajo ljudje različne vire za

dostopnost do ustrezne zdravstvene obravnave: poznanstva, ki jim skrajšajo čakanje ali omogočajo bolj zavzeto obravnavo, v znanju, ki je potrebno za prepoznavanje simptomov, ki napovedujejo bolezen, v stališčih, ki dekonstruirajo stigmo, zaradi katere posameznik ne bi poiskal strokovne (zlasti psihoterapevtske) pomoči, v denarju, ki omogoči samoplačniški pregled ali boljše oblike terapije, v socialni opori, ki vodi v hitrejše okrevanje ipd.

Tako kot na vseh področjih družbenega delovanja, lahko tudi na področju zdravja govorimo o soobstoju različnih družbenih in individualnih praks, v našem primeru praks skrbi za zdravje, ki vodijo do različnih objektivnih in subjektivnih zdravstvenih stanj ljudi. In te prakse, trdimo, so odvisne od kapitalov oziroma virov, s katerimi ljudje razpolagajo. Koncept kapitala predpostavlja, da so viri med ljudi različno porazdeljeni pa tudi to, da se viri lahko oplajajo in akumulirajo. Ravno zaradi lastnosti akumulacije in oplajanja neenakomerno porazdeljenega kapitala v družbi, se družbene neenakosti reproducirajo, vzdržujejo, lahko tudi poglabljajo.

O zdravju bova torej v tem prispevku razmišljali z vidika sistema družbenih pozicij, ki so med sabo v odnosu glede na vire, s katerimi lahko ljudje razpolagajo. Odnos med socialno-ekonomskimi dejavniki in zdravjem bova obravnavali s pomočjo Bourdieujevega pojmovanja kapitala oziroma njegovih različnih oblik. Za Bourdieuja (1986/1997: 41) je namreč kapital akumulacija dela, ki je lahko materializirana ali pa utelešena v različnih oblikah, ne le ekonomskih, temveč tudi v kulturnih, socialnih in simbolnih. Vse oblike kapitala so med seboj povezane in se lahko spreminjajo ena v drugo. Velikost kapitala je odvisna od tega, koliko dela (truda, odrekovanja in časa) mora človek vložiti v akumulacijo kapitala in koliko dela potrebuje, da eno obliko kapitala pretvori v drugo (Bourdieu, 1986/1997: 54). Čas in trud, ki ga posameznik vложи, denimo, v učenje terepina, je težko neposredno opredeliti v obliki ekonomskega kapitala, a je z njim tesno povezan. Zadostna količina ekonomskega kapitala posamezniku omogoča ne le nakup učnih ur pri dobrem učitelju, ampak tudi prosti čas, ki ga lahko nameni učenju inštrumenta. Glasbena izobrazba je oblika kulturnega kapitala, ki omogoča sporazumevanje v glasbenem jeziku, je večšina, ki posameznika razlikuje od tistih, ki je nimajo in jo je zato možno na trgu pretvoriti v ekonomski kapital. Kulturni kapital lahko odpre vrata v polje, na katerem se povezujejo ljudje s podobnimi specializiranimi znanji, veščinami, okusi, izkušnjami in interesi v mreže odnosov »podobno drugačnih«. Članstvo v takih omrežjih je oblika socialnega kapitala, ki se ga lahko takoj ali v prihodnosti uporabi kot vir za akumulacijo bodisi dodatnega kulturnega, bodisi ekonomskega kapitala.

Kapitale torej lahko obravnavamo kot vire, valuto s pomočjo katere si posamezniki in skupine zagotavljajo prednosti na določenem področju in si zmanjšujejo vstopne ovire na druga področja. V pojmu kapitala je tako vpisana predpostavka o posebnosti vira, ki mu zagotavlja menjalno vrednost,

sposobnost akumulacije, pa tudi predpostavka o nenehnem tekmovanju med družbenimi skupinami za vire (kapitale), ki pomagajo ustvarjati in vzdrževati družbeno moč (Bourdieu, 1986/1997). Tisti, ki imajo najmanj virov, imajo tudi najmanj manevrskega prostora za mobilnost in uveljavljanje interesov na različnih področjih.

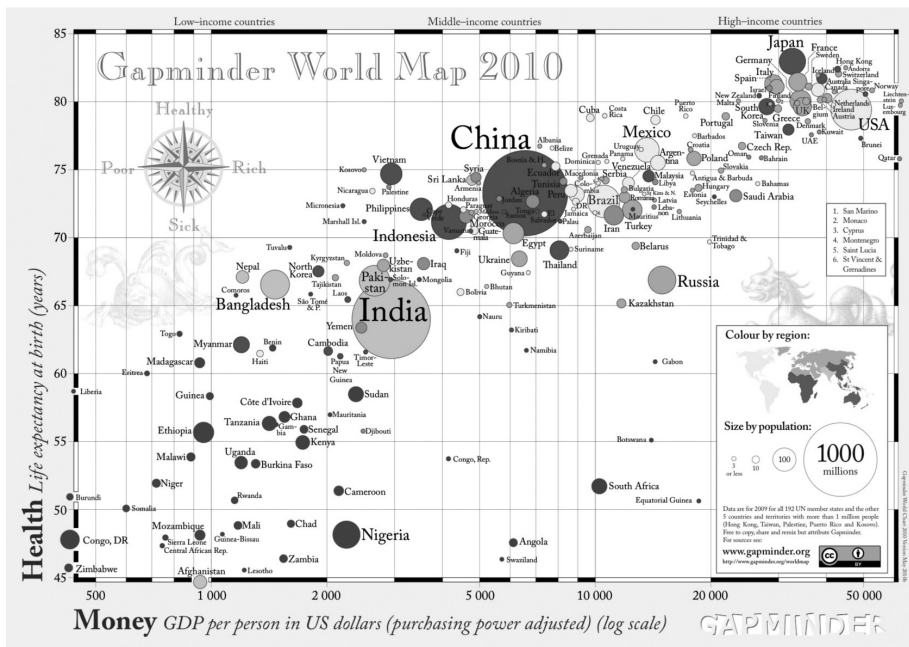
V nadaljevanju bova skušali pokazati, zakaj so lahko tri temeljne oblike kapitala po Bourdieuju (ekonomski, kulturni in socialni) vir zdravja. Z drugimi besedami, obravnavali bova, na kakšne načine se lahko posamezna oblika kapitala zamenja za »kapital zdravja«. Zanimala naju bo predvsem ena smer zveze med kapitali in zdravjem, in sicer ta, ki govori o odvisnosti zdravja od razpoložljivih virov. Nekateri to počno v obratni smeri, zdravje obravnavajo kot vir drugih kapitalov; ljudje, ki so bolj zdravi, imajo boljše možnosti za akumulacijo drugih oblik kapitala. S tega vidika nekateri neenakost v zdravju preučujejo v povezavi s pojmom selekcije in družbeno mobilnostjo: zdravi lahko delajo, ustvarjajo in se zato premikajo po družbeni lestvici navzgor, bolni (produktivno »manj sposobni«) pa lezejo po družbeni lestvici navzdol (Blane, Smith in Bartley, 1993). V sodobnih družbah se zdravje posredno, vse bolj pa tudi zelo neposredno obravnava kot oblika kapitala, h katerega akumulaciji naj bi težili tako ljudje kot družbene skupine, saj naj bi zdravje predstavljalo pomemben vir za večjo produktivnost in konkurenčnost ljudi in družbe, ter za zmanjševanje finančnega bremena bolezni za državni proračun. V tem kontekstu se govori o investicijah v zdravje, v zdrave vrtnice, šole, zdrava delovna mesta ipd. Kot ugotavlja The Marmot review (2010), poročilo poimenovano po enem izmed najuglednejših znanstvenikov s področja preučevanja neenakosti v zdravju, je pomembno začeti z investicijami v zdravje čim bolj zgodaj v življenju, da bi preprečili oboletnost kasneje v življenju, ali prezgodnjo umrljivost. S tega vidika je vsako zamujeno leto, zamujena priložnost za akumulacijo »kapitala zdravja«. Podobno kot pravi Bourdieu (1986/1997: 49) za ostale oblike kapitala.

## Ekonomski kapital in zdravje

Po Bourdieuju (1986/1997: 47, 53–54) je ekonomski kapital vir, ki ga je možno takoj in neposredno zamenjati za denar, in kar se institucionalizira v lastninskih pravicah. Sem torej lahko štejemo vse posameznikove prihodke in premoženje, vključno z vrednostnimi papirji, nepremičninami, živino ipd. Ekonomski kapital je vir drugih kapitalov (in tudi njihova posledica), a preobrazba iz ene oblike kapitala v drugo ni nujno enostavna in brez dodatnih stroškov. Na primer, denar sicer omogoča lažji dostop do izobrazbe, a šolanje je dolgotrajno in truda polno početje; koristi, ki jih lahko imamo od »zvez in poznanstev«, torej od socialnega kapitala, so marsikdaj rezultat dolgoletnega negovanja stikov.

Da je obilje ekonomskega kapitala vir zdravja in njegovo pomanjkanje vir bolezni, zelo nazorno kaže graf 1. Krogi so države sveta (velikost kroga je sorazmerna s številčnostjo njihovega prebivalstva), ki so v grafu razvrščene glede na pričakovano trajanje življenja ob rojstvu in bruto domači proizvod po kupni moči prebivalstva. Pričakovano trajanje življenja se pogosto uporablja kot kazalnik zdravosti prebivalstva, bruto domači proizvod po kupni moči pa kot kazalnik njegove premožnosti. Vidimo lahko, da so v spodnjem levem kvadrantu grafa, ki ga zaznamujeta revščina in slabo zdravje, v glavnem afriške države, v zgornjem desnem kvadrantu pa prevladujejo bogate države svetovnega Severa.

Graf 1: PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJA OB ROJSTVU IN KUPNA MOČ, 2008<sup>1</sup>



Vir: [www.gapminder.org](http://www.gapminder.org) (objavljeno na podlagi licence CC BY 3.0).

Gapminder žal ne nudi podatka o korelacijskem koeficientu med spremenljivkama, a pogled na razporeditev točk v grafu kaže, da je korelacija med njima pozitivna in močna. V odmikih od navidezne premice, ki so

<sup>1</sup> Graf temelji na statističnih podatkih iz različnih virov iz leta 2008.

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je povprečno število let, ki ga lahko pričakuje novorojenec, rojen v opazovanem letu, če predpostavljamo, da bo tedanja umrljivost po starosti ostala nespremenjena (Statistični letopis Republike Slovenije, 2009, <http://www.stat.si/letopis/2009/MP/04-09.pdf>); v našem primeru, umrljivost leta 2008.

razumljivi, saj denar ni edini, ki vpliva na zdravje, se skrivajo vojni spopadi, stopnja socialne neenakosti v državi (ki je odvisna od davčne in socialne politike), dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev ter mnogi drugi družbeni dejavniki zdravja.

Slovenija je, gledano globalno, po zdravosti svojega prebivalstva v »svetovnem vrhu«. Na lestvici 197 držav je namreč 37., torej v zgornji petini. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu leta 2008 je bilo pri nas 78 let, na Japonskem, ki je bila tedaj na prvem mestu, 83 let, v zadnjih, Afganistanu in Zimbabveju, pa 44 let.

Hkrati velja omeniti razlike v zdravju med bolj in manj premožnimi slovenskimi občinami, ki jih je pokazala nedavno objavljena študija (Buzeti et al., 2011: 31–33, 56–57), in ki, povedano na kratko, ugotavlja tole: slabši kot je socialno-ekonomski položaj v občini, prej njeni prebivalci umrejo. Splošna stopnja umrljivosti in stopnja prezgodnje umrljivosti (tj. umrljivost preden dopolnimo 65 let), dva tudi pogosto uporabljena kazalnika zdravja, sta povezana s stopnjo registrirane brezposelnosti v občini, osnovo za dohodnino na prebivalca, številom prejemnikov socialne pomoči in indeksom razvitosti občin. Na primer, prezgodnja umrljivost je bila v obdobju od 2004 do 2008 v občinah s slabšim socialno-ekonomskim stanjem (občine severovzhodne Slovenije, predvsem Ormož, Lenart, Laško, Sevnica in Metlika) tudi do 60 odstotkov višja kot v občinah z boljšim (občine osrednje in zahodne Slovenije, predvsem Ljubljana, Kranj, Škofja Loka, Vrhnika, Koper, Piran), umrljivost zaradi možgansko-žilnih bolezni (npr. možganska kap, možganska krvavitev) in umrljivost zaradi samomora pa sta bili višji skoraj za dvakrat. Razlike v zdravju oz. umrljivosti med slovenskimi občinami so v nekaterih primerih tolikšne, kot so razlike med starimi in novimi članicami EU.

Skoraj ni raziskave, ki ne bi ugotovila povezanosti med ekonomskim kapitalom in zdravjem. Tako podatki iz uradnih statistik kot anketni podatki, ki izhajajo iz samoocen zdravja in materialnega stanja, kažejo, da si telesno in duševno zdravje lahko »kupimo«. Razlikujejo pa se razlage te zveze oz. odgovor na vprašanje »zakaj«: so za zdravje pomembnejši materialni ali psihosocialni vplivi ekonomskega kapitala, tj. ali je bolj pomembno to, koliko si lahko kupimo ali pa kako to, koliko si lahko kupimo v primerjavi z drugimi, občutimo? Je pomembnejši absolutni dohodek posameznika ali raven dohodkovne neenakosti v družbi?

Škodljiv vpliv revščine na zdravje si zlahka predstavljamo: življenje v umazaniji in vlažnem, v pomanjkanju hrane, v bivališčih, ki so slabo zaščiteni pred mrazom in vročino, prenatrpana, na okoljsko degradiranih območjih, delo na zdravju nevarnih delovnih mestih zaradi izpostavljenosti delovnim nesrečam, hrupu, skrajnim temperaturam, onesnaževalom, velikim telesnim naporom ipd. vodijo v infekcijske in rakave bolezni, bolezni

dihal in gibal, telesne poškodbe in mnoge druge. Življenje v revščini je po navadi povezano z nedostopnostjo ustrezne zdravstvene oskrbe in z bivanjem v nevarnih soseskah, ki ljudi izpostavlja kriminalu. Vse to se skriva v korelaciji med bruto domačim proizvodom po kupni moči in pričakovanim trajanjem življenja v Grafu 1.

Dodatna zavarovanja in neposredna plačila za zdravstvene storitve so lahko za ljudi s slabim socialno-ekonomskim položajem veliko breme. V letu 2008 je delež izdatkov za zdravje, po podatkih Ankete o potrošnji gospodinjstev, največje breme predstavljal za gospodinjstva z najnižjimi dohodki. V teh gospodinjstvih se je delež izdatkov »iz žepa« za zdravje v zadnjih letih tudi največ povečal, iz 1,5% v letu 2005 na 2,8% v letu 2008. Finančna dostopnost do zdravstvenih storitev in izdelkov se je tako najbolj poslabšala pri gospodinjstvih z najmanj ekonomskega kapitala (Buzeti et al., 2011: 63–66). Večji delež izdatkov za zdravje v gospodinjstvih z najnižjimi dohodki bi najprej lahko pojasnili z enakimi cenami nujnih/neodložljivih zdravstvenih storitev in izdelkov ne glede na socialno-ekonomski položaj posameznika, kar pomeni, da predstavlja na primer strošek mesečnega nakupa pripomočkov za uhajanje urina, večji delež v proračunu revnega kot premožnega gospodinjstva. Drug razlog je slabše zdravje deprivilegiranih razredov, njihova večja potreba po zdravilih in medicinskih pripomočkih ter morda tudi pomanjkljivo zavarovanje, ki poviša vsakokratne stroške zdravstvene oskrbe.

A slabega zdravja ne moremo celovito pojasniti le z »objektivnim« materialnim položajem. Richard Wilkinson (1996, v Macionis in Plummer, 2008: 676) pravi, da ima v bogatih državah le-ta manjšo pojasnjevalno moč kot psihosocialne dimenzije družbene neenakosti. Razlike v zdravju v bogatih državah so po njegovem mnenju predvsem posledica posameznikovega doživljanja razlik med položaji v družbenoekonomski hierarhiji. Povedano drugače: ni toliko pomembno, kje se posameznik v resnici nahaja, temveč, kako vidi svoj položaj v družbenoekonomski hierarhiji glede na druge. Slabo zdravje je po njegovem mnenju predvsem posledica občutkov socialne nepravilnosti, inferiornosti, negotovosti in neobvladljivosti lastnega življenja, občutkov, da si na družbenem dnu in s tem povezanega majhnega samospoštovanja. Ti negativni občutki vodijo v kronični stres, ki potem slabi zdravje po bioloških poteh.

Če bi bilo slabo zdravje preprosta posledica materialnih pogojev, meni Wilkinson, bi bile razlike v zdravju samo med revnim in preostalim prebivalstvom, ne pa med vsemi družbenimi razredi. Zato trdi, da so neenakosti v zdravju povezane s tem »/.../ koliko hierarhična je hierarhija, kolikšno materialno negotovost in socialno izključenost družbe dopuščajo ter s posrednimi in neposrednimi psihosocialnimi učinki družbene stratifikacije« (Wilkinson 1996, v Macionis in Plummer, 2008: 676).

## Socialni kapital in zdravje

Socialni kapital je pojem, ki je bil skovan že leta 1916 (Woolcock, 2003), na področju zdravja in v razpravah o neenakosti v zdravju pa se intenzivno pojavlja zadnji dve desetletji. Vključuje različne dimenzije, a največkrat se ga povezuje z vedenjem, kot je na primer družbena participacija in s stališči, kot je na primer stopnja zaupanja (Chappell in Funk, 2010: 358–359). Tako preučuje socialni kapital tudi Putnam (1995), ki je med najpogosteje citiranimi avtorji pojma socialni kapital v epidemiologiji. Socialni kapital je opredelil vzdolž štirih lastnosti: obstoj socialnih omrežij v skupnosti; družbena participacija; lokalna identiteta in občutek solidarnosti in enakosti med člani skupnosti; zaupanje in vzajemna pomoč ter socialna opora. Prvi, ki so izhajajoč iz Putnamove teorije preučili zbirko kazalnikov socialnega kapitala na področju zdravja, so bili Kawachi et al. (1997). Našli so močno povezanost med nezaupanjem državi in stopnjo umrljivosti ter obratno povezanost med stopnjo članstva v skupinah na prebivalca in stopnjo umrljivosti.<sup>2</sup>

Putnamovo pojmovanje socialnega kapitala je bilo zaradi individualističnega pogleda nanj deležno številnih kritik (npr. Muntaner in Lynch, 2002; Stephens, 2008). Muntaner in Lynch (2002: 265) problematizirata predvsem njegovo zanemarjanje povezanosti socialnega kapitala s političnimi, ekonomskimi in kulturnimi strukturami, denimo, neupoštevanje razrednih, rasnih, etičnih konfliktov, kar »perpetuira mit, da so fizične in ekonomske oblike kapitala neodvisne od družbenih odnosov«. To lahko vodi v krepitev individualizacije zdravstvenih problemov in odmikanje od sistematičnega odpravljanja pogojev, ki povzročajo in/ali vzdržujejo neenakosti v zdravju. Bourdieujev pojem socialnega kapitala pa je, sicer slabše operacionaliziran, a tesno umeščen v politične, ekonomske in kulturne strukture, zato je sleherna sprememba porazdelitve socialnega kapitala v družbi zelo težavna (na kratki rok skorajda nemogoča) in zahteva resen kolektivni napor za spremembo družbene ureditve.

Po Bourdieuju (1986/1997: 51–52) je socialni kapital agregat dejanskih in potencialnih virov, ki izvirajo iz posameznikovih omrežij bolj ali manj institucionaliziranih odnosov, in se kažejo v članstvu in/ali pripadnosti določeni družbeni skupini, za katero veljajo specifične socialne konvencije o tem, kaj pomeni biti član skupine in kaj so obveznosti članov za ohranjanje članstva. Količina socialnega kapitala, ki ga posameznik lahko poseduje, je odvisna

<sup>2</sup> Zanimivo bi bilo to zvezo preučiti tudi na slovenskih podatkih, saj je stopnja zaupanja v državo in v institucije pa tudi v ljudi na splošno, v Sloveniji, v primerjavi z evropskim povprečjem, zelo nizka. Podatki kažejo, da je v Sloveniji povprečna stopnja zaupanja na lestvici od 1 do 10 3,98, kar pomeni, da so ljudje v Sloveniji v povprečju na deklarativni ravni precej nezaupljivi oziroma menijo, da je treba biti z ljudmi zelo previden (Rostila, 2007: 230).



od mreže povezav, ki jih lahko učinkovito mobilizira in od količine kapitala (ekonomskega, socialnega, kulturnega), s katerim razpolagajo ljudje njegovega omrežja. Socialni kapital ni odvisen od enkratnega vložka, temveč zahteva vztrajno vlaganje in vzdrževanje, če želimo, da bi si z odnosi iz omrežja lahko na krajši ali daljši rok zagotovili materialne in simbolne profite. Gre za strategije pretvarjanja stikov (denimo med sosedi, sodelavci, kolegi) v odnose, ki temeljijo na občutku odgovornosti in vzajemnosti, ali v institucionalizirane odnose, iz katerih izhajajo določene pravice in ugodnosti za člane (na primer članstvo v klubih nam lahko zagotavlja cenovne ugodnosti, prednost na čakalni listi, udeležbo na častnih srečanjih, uporabna poznanstva in zveze, ugled, ki ga lahko unovčimo tudi na drugih področjih).

Če želimo meriti vpliv socialnega kapitala, kot ga razume Bourdieu, na prakse, povezane z zdravjem in zdravstvenim stanjem, moramo operacionalizacijo socialnih omrežij misliti ne le z vidika vrste, velikosti in gostote socialnih omrežij, ampak tudi z vidika družbene moči ljudi, s katerimi je posameznik najtesneje povezan in z vidika vrste in kakovosti socialne opore, ki iz tega izvira. Socialna opora ima več razsežnosti, a sčasoma se je pri številnih avtorjih, kot ugotavljata Hlebec in Kogovšek (2003: 106–107), oblikoval konsenz, da lahko vrste socialne opore uvrstimo v štiri večje skupine: instrumentalna opora, ki se nanaša na pomoč v materialnem smislu; informacijska opora, ki se nanaša na informacije, ki jih posameznik potrebuje ob večji življenjski spremembi (denimo ob iskanju službe); čustvena opora, ki je v pomoč pri večjih ali manjših življenjskih krizah (ločitev, nesreča ipd.) ter druženje, ki predstavlja socialno oporo v obliki družabnosti. Ne glede na pristop k raziskovanju socialne opore se socialno oporo praviloma postavlja v odnos z bodisi zdravjem bodisi z dobrim počutjem oziroma se socialna opora povezuje z vplivom na zadovoljstvo z življenjem, občutek sreče, na zaznavanje stresa, spopadanje s stresom, obolevnost in umrljivost. Na zdravje in dobro počutje vplivajo tako strukturne značilnosti socialnih omrežij (velikost omrežja, moč vezi, gostota omrežja oziroma število dejanskih vezi glede na vse možne vezi med osebami v nekem omrežju, homogenost vezi in geografska razpršenost vezi članov omrežja) kot tudi posameznikovo doživljanje kakovosti in razpoložljivosti socialne opore (Hlebec in Kogovšek, 2003: 107–116).

Raziskave kažejo, da se z zdravjem močneje kot dejanska socialna opora povezuje zaznana socialna opora (Leppin in Schwarzer, 1990), torej subjektivna ocena prisotnosti, zadostnosti in kakovosti opore v ljudeh, v pomembnih drugih. Raziskava o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006 (Kamin et al., 2009) je pokazala, da več kot polovica prebivalcev Slovenije zaznava svoje socialno omrežje kot oporno ali celo zelo oporno, 13,9% pa kot manj oporno.<sup>3</sup> Posamezniki z manj opornimi socialnimi omrežji

---

<sup>3</sup> V raziskavi je bila uporabljena lestvica socialne opore (Oslo Social Support Scale), ki je sestavljena

pogosteje poročajo o občutkih žalosti, slabe volje in depresivnosti, občutkih zaskrbljenosti, nerivoze in napetosti kot tudi o samomorilnih mislih. Razi-skava je opozorila tudi na strukturne (socialnodemografske) neenakosti, ki posredno, prek socialnih omrežij vplivajo na samooceno počutja in zdravstvenega stanja. Zaznana socialna opora je odvisna od spola (ženske v primerjavi z moškimi ocenjujejo svoja socialna omrežja kot manj oporna), od starosti (zaznava opore socialnih omrežij upada s starostjo), od družinskega statusa (svoja socialna omrežja kot najbolj oporna zaznavajo poročeni oz. posamezniki v partnerski zvezi, sledijo samski, nato pa ovdoveli in ločeni) in od izobrazbe (zaznana opora socialnih omrežij narašča z izobrazbo).

Raziskovanje vpliva socialne opore je uporabno v kontekstu raziskovanja socialnega kapitala in zdravja, le da bi morali pri analizi socialnega omrežja in socialne opore vključevati tudi dimenzijo kapitala oziroma kapitalov, s katerimi razpolagajo člani omrežja in na podlagi katerih se med omrežji oblikujejo in reproducirajo družbene razlike. Dva posameznika, ki imata denimo podobno veliki in gosti omrežji, in ki podobno ocenujeta kakovost socialne opore, ki jo imata v njih, sta verjetno različno zdrava, če ima eden v omrežju ljudi z veliko ekonomskega, kulturnega in socialnega kapitala, drugi pa ne. Namreč, razlika v količini posameznih oblik kapitala, ki jo imajo člani posameznikovega socialnega omrežja, zelo verjetno pomeni različno kakovost virov za doseganje boljšega zdravja (bodisi za prakse, ki krepijo zdravje bodisi za dostopnost do zdravstvenih storitev). Poleg tega je treba preučiti tudi druge značilnosti socialnega omrežja, v katerega je posameznik najbolj vpet.

V tem kontekstu bi bilo smiselno vpliv socialnega kapitala na zdravje preučevati tudi glede na prostor, vrsto soseske, v kateri ljudje živijo in na socialne konvencije medsosedskih odnosov, glede na infrastrukturno opremljenost sosesk, ki vplivajo na možnost vključevanja v geografsko razpršena, a interesno specializirana socialna omrežja (komunikacijske tehnologije, transportne povezave, javni prostori za srečevanje in druženje ipd.), glede na prostore, v katerih se ljudje osnovno ali dodatno izobražujejo (izbrane šole, alumni klubi ipd.), glede na prakse vključevanja v skupnost (izbrani športi – športni klubi; organizirana priložnostna srečanja), članstvo v društvih in klubih z vidika vstopnih ovir in iz članstva izhajajočih pravic in ugodnosti, praks in dejavnosti primarnih socialnih omrežij, ki so bolj ali manj naklonjene zdravstvenim priporočilom ipd.

Vzpostavljanje in vzdrževanje odnosov v določenem socialnem omrežju zahteva socialne veščine, družabnost, čas in energijo, ki jo človek želi in tudi lahko investira. Za vključevanje v interesna socialna omrežja mora posameznik vlagati tudi v znanje. Npr. če se želi vključiti v klub jadralcev,

---

*iz treh vprašanj: velikost omrežja čustvene opore, količina zanimanja, ki ga drugi pokažejo za posameznika, in prisotnost instrumentalne – sosedske opore.*

mora investirati svoj čas in denar v učenje športa pa tudi v učenje socialnih konvencij in veščin, ki določajo pravila športa in pravila druženja ter družbene interakcije prek igre in ob igri. Gre za investiranje kulturnega in ekonomskega kapitala v socialni kapital, ki je lahko institucionaliziran v nazivu, funkciji, pripadnosti družbeni skupini ipd.

Socialna opora lahko neposredno vpliva na zdravje; denimo v procesih zdravljenja, okrevanja, deluje kot varovalni dejavnik pred stresom. Hkrati pa močna in razvejana socialna omrežja lahko prek »pravih poznanstev« lajšajo dostop do zdravstvenih storitev. Številni specialistični posegi in postopki v Sloveniji zahtevajo čakalne dobe, ki si jih skušajo ljudje na različne načine skrajšati. Bodisi z dodatnimi zavarovanji bodisi z neposrednimi plačili, ali pa s poznanstvi z zdravniki oz. uradniki v zdravstvenih ustanovah. V raziskavi Slovensko javno mnenje – stališča o zdravju in zdravstvu iz leta 2001, je več kot pol anketirancev reklo, da jih pri obiskovanju zdravstvenih ustanov srednje ali zelo motijo privilegiji nekaterih pacientov (Toš in Malnar, 2002: 103). V raziskavi Medijska potrošnja, razred in kulturna stratifikacija iz leta 2010, kar 44,1 odstotka vprašanih meni, da je predvsem od zvez in poznanstev odvisno, ali dobimo primerno zdravstveno oskrbo, ko jo potrebujemo, in kar tretjina verjame v to, da zdravniki svojih pacientov ne obravnavajo enako. (Luthar et al., 2011).

## Kulturni kapital in zdravje

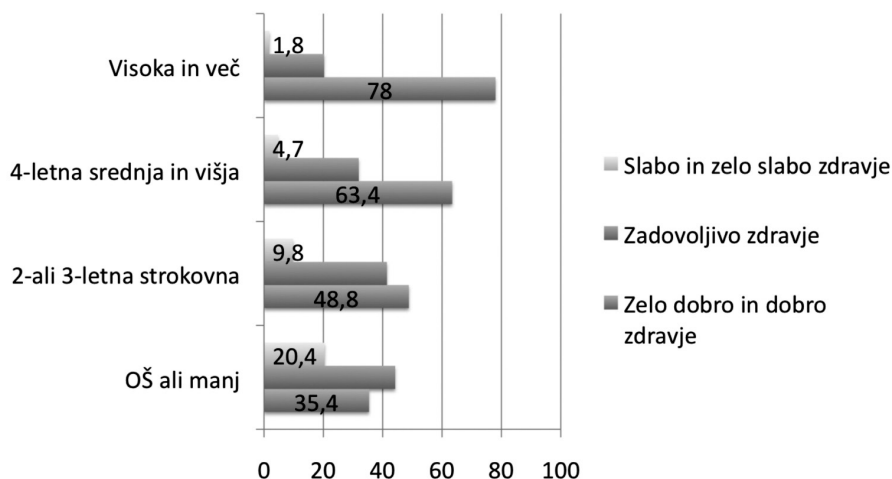
Tudi kulturni kapital je po Bourdieuju (1986/1997: 242) oblika kapitala, ki ga lahko pod določenimi pogoji pretvorimo v druge vire oziroma prednosti pred drugimi. Oblike kulturnega kapitala se lahko preobrazijo v ekonomske prednosti ali socialne prednosti, kot so razvejano socialno omrežje in dobre zveze, družbeni ugled, spoštovanje ipd. Pojem kulturnega kapitala je tako uporaben predvsem za razmislek o obsegu različnih virov in znakov, ki so vir kulturnih in iz njih izhajajočih privilegijev. Primarno je Bourdieu (1986/1997) razčlenil tri pojavne oblike kulturnega kapitala: institucionalizirani, utelešeni in objektivni kulturni kapital, v svojih poznejših delih pa je izpostavil še t.i. tehnični kulturni kapital (Bennett et al., 2009: 258).

*Institucionalizirani kulturni kapital* izvira iz izobrazbenih kvalifikacij, stopnje izobrazbe, častnih akademskih nazivov ipd., ki jih podeljujejo izobraževalne institucije. Do neke mere je lahko ta oblika kapitala neposredno izražena v denarju, denimo v dohodkovnem razredu, v katerega sodi delovno mesto oziroma v posebnih denarnih ali materialnih bonusih, ki pripadajo delovnim mestom (npr. udeležba pri dobičku, službeni telefon, avto). Lahko se izraža tudi kot posebna veščina ali kot simbolni kapital in iz nje izhajajoča avtoriteta. Dobra ilustracija pomena, ki ga pripisujemo kulturnemu kapitalu, je življenjepis nekega slovenskega profesorja na uradni spletni strani

njegove fakultete, kjer uvodoma izpostavi svoje družinsko poreklo oziroma, da se je rodil ortopedu in pediatrijni, torej staršema z uglednim zdravniškim poklicem, ki ga zdaj opravlja tudi sam. Ne dolgo nazaj so se tudi žene zdravnikov predstavljale z akademskim naslovom svojega moža in tako postale, denimo »gospa primarij profesor doktor ...«. Posedovanje kakršnekoli kulturne kompetence, zlasti pa takih, ki jih v določeni družbi primanjkuje, posamezniku prinaša poseben položaj, ugled, ki ga lahko pretvori v katero drugo obliko kapitala. Doseganje »institucionalne« oblike kulturnega kapitala je pomembna investicija posameznika in družbenih skupin, a, kot opozarja Bourdieu (1986/1997: 51), materialni in simbolni izkupiček od naložbe v to obliko kulturnega kapitala (izobrazbo, akademski ali strokovni naziv) je na koncu vedno odvisen tudi od njegove redkosti v danem času in prostoru oziroma od povpraševanja in zaposljivosti na trgu delovne sile.

Graf 2 prikazuje povezanost med subjektivno oceno zdravja in zadnjo šolo, ki so jo anketiranci dokončali. Višjo izobrazbo kot imajo ljudje, o boljšem zdravju poročajo. Svoje zdravje najslabše ocenjujejo anketiranci, ki imajo največ osnovnošolsko izobrazbo (SJM, 2009/1). Tudi podatki o umrljivosti kažejo, da je prezgodnjih smrti zaradi bolezni več med manj izobraženimi. Manj izobraženi umirajo zaradi preprečljivih vzrokov smrti v povprečju dvakrat pogosteje od bolj izobraženih (Stirbu et al. 2010).

Graf 2: POVEZANOST MED SAMOOCENO ZDRAVJA IN ZADNJO KONČANO ŠOLO? (V%)<sup>4</sup>



Vir: SJM 2009/1

<sup>4</sup> Vprašanje se je glasilo: *Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje? Ali bi rekli, da je ... ?* Možni odgovori so bili: *zelo dobro, dobro, zadovoljivo, slabo, zelo slabo, ne vem.*

Muntaner et al. (2003) so z raziskavo sicer pokazali, da izobrazba sama po sebi ne vpliva odločilno na zdravje, ampak na dostop, ki ga izobrazba omogoča za bolj ali manj dominantne družbene pozicije. Za manj kvalificirana delovna mesta je konkurenca zaposljivih večja, prav tako negotovost zaposlitve na njih; zamenljivost in pogrješljivost ljudi je bistveno lažja kot na bolj kvalificiranih delovnih mestih.

Serijski raziskavi Whitehall, ki je preučevala obolevnost britanskih javnih uslužbencev, ugotavlja precejšnje razlike v zdravju tudi v populaciji, ki praviloma ni zaznamovana z revščino. Uslužbenci na dnu poklicne hierarhije imajo pogosteje od tistih na vrhu: bolezni srca, nekatere vrste raka, kronične bolezni pljuč, bolezni želodca in črevesja, več depresij, samomorov, bolečin v križu, bolniških ter slabše samoocene zdravja (Ferrie, 2004: 4). Na zdravje najslabše vpliva delo, kjer sta skombinirani velika odgovornost oz. velika pričakovanja delodajalca do delavca in majhna avtonomija delavca pri delu (v smislu razporejanja dela, vsebine dela ipd.). Med taka delovna mesta štejemo npr. mesto blagajničarke, bančnega uslužbenca, telefonista oz. zaposlenih v centrih za pomoč naročnikom. S tega vidika je delo vrhunškega menedžerja Mercatorja manj stresno kot delo blagajničarke v Mercatorju. Njegovo delo je sicer zelo odgovorno, a je pri njem dokaj avtonomen, medtem ko je delo blagajničarke zahtevno in neavtonomno: dela z denarjem, biti mora potrpežljiva in prijazna s še tako nesramnimi strankami, na delovnem mestu ne sme piti, jesti, ne more na stranišče, ko bi morala, delati mora hitro (če je gneča tudi več ur brez premora) in ne nazadnje mora skrbeti celo za preprečevanje kraj.

Zdravorazumska razlaga zveze med izobrazbo in zdravjem (ki pa je tudi prevladujoča razlaga med medicinskimi strokovnjaki) pravi, da so višje izobraženi bolj zdravi zato, ker so boljše informirani o vplivu življenjskega sloga na zdravje. A informiranost je le ena od spremenljivk, s katerimi lahko pojasnimo razlike v zdravju. Boljša izobrazba po eni strani omogoča boljše delovno mesto, posledično praviloma tudi večji ugled, višje dohodke in boljši družbeni položaj. S tega vidika se kulturni kapital pretvarja v ekonomski in socialni kapital, ki posredno omogočata boljši dostop do zdravja. A izobrazba in z njo pridobljene veščine nam hkrati dajejo tudi širši pogled na svet, lažji dostop do novih znanj, spretnost za iskanje informacij, hitrejšo učenje in boljše razumevanje novih podatkov, odprtost za novosti, sposobnost kritične presoje in fleksibilne uporabe novih znanj za izboljšanje življenja nasplo. Te veščine so predpogoj zdravstvene pismenosti, ki je definirana s sposobnostjo sprejemanja, procesiranja in razumevanja temeljnih informacij o zdravju in zdravstvenih storitvah, ki omogočajo posamezniku sprejemanje ustreznih odločitev glede zdravja (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Nema lokrat se zdravstvena pismenost v programih za varovanje in promocijo zdravja pojmuje kar kot krepitev moči in/ali informiranost.

A Nutbeam (2000: 264) opozarja, da je treba zdravstveno pismenost obravnavati širše kot zgolj informiranost in sposobnost branja letakov in brošur ter ustreznega izbiranja zdravstvenih storitev. Zajema tudi izobraževanje o političnih in organizacijskih možnostih za vplivanje na socialne, ekonomske in okoljske dejavnike, ki vplivajo na zdravje posameznika in skupnosti (Nutbeam, 2000: 265). Te veščine vplivajo na občutek nadzora nad lastnim življenjem in na bolj učinkovito reševanje raznih (življenjskih) problemov pa tudi učinkovitejšo skrb za zdravje (Mirowsky in Ross, 2003).

*Uteleseni kulturni kapital* je zgodovina materialnih razmer, v katerih smo živeli in kulturnih kompetenc, ki smo jih pridobili s šolanjem in neformalnim učenjem, ki je vpisano v naše telo. S to obliko kulturnega kapitala Bourdieu (1986/1997: 48–49) zajame proces (nevidnega in nenehnega) pretvarjanja zunanjega bogastva v integralni del osebnosti, v dolgoročne dispozicije človekovega uma in telesa. Manifestira se v tem, kako govorimo, se držimo, gestikuliramo, v našem videzu, v veščinah (npr. kako rokujemo z jedilnim priborom, kako žvečimo hrano, v lahkotnosti ali težavnosti nošnje smokinga itd.), v odnosu do stvari ipd., ki živi, peša (tako kot biološke in umske sposobnosti) in umre skupaj z njegovim nosilcem. Družbeni pogoji in tehnike prenašanja ter posedovanja utelesenega kapitala so bolj prikriti, kot na primer pri ekonomskem kapitalu, a vseeno ga opazimo in vrednotimo, zato deluje kot simbolni kapital. Prepoznan je kot legitimna kompetenca, avtoriteta, ki vpliva na vseh trgih, kjer je ekonomski kapital manj priznan, npr. na poročnem trgu, umetniškem (Bourdieu, 1986/1997: 49) in tudi zaposlitvenem trgu.

Bourdieu opozarja, da se akumulacija kulturnega kapitala začne že ob rojstvu in traja celotno socializacijo; kapital, ki ga posameznik ne pridobi v času otroštva, je tako z vidika akumulacije kapitala izgubljeni čas. Nadomeščanje tega časa je v nadaljevanju odvisno od številnih dejavnikov, med drugim tudi od posameznikovega socialno-ekonomskega statusa oziroma od njegove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«, da lahko svoj prosti čas usmerja v pridobivanje in utelešenje kulturnega kapitala (Bourdieu, 1986/1997: 49). Četudi Bourdieu govori o manifestaciji vseh kapitalov v (utelešenem) habitusu, pa telesa samega po sebi ne obravnava kot kapital. Telo kot kapital, denimo, pojmujejo Shilling (1993, 2004) in Meinert (2004). Ljudje smo rojeni v različna telesa, z njimi se tudi postavljamo, jih okrašujemo, preoblikujemo, treniramo, jih razkazujemo. Tudi lepota, ki se pogosto izenačuje kar z zdravjem, je oblika utelesenega kapitala in predstavlja posebno polje tekmovanja, ustvarjanja in akumulacije vrednosti. Na to nas opominja kozmetična industrija, zlasti v svojih oglasnih nagovorih, industrija preoblikovanja telesa pa tudi lepota tekmovanja, v katera se ne vključujejo zgolj polnoletna dekleta in fantje, ampak postajajo arena staršev za razstavljanje svojih identitetnih podaljškov – otrok.

V odnosu do zdravja in bolezni so telesa pomemben vir. Imamo različne genske predispozicije, ko se rodimo, v času življenja pa telo izpostavljamo različnim okoljskim vplivom. Slednji naj bi celo odločilno vplivali na naše zdravje in počutje. Lahko bi celo rekli, da utelešamo okolje, v katerem živimo. Stephen Rapport, znanstvenik s področja okoljskega zdravja, pravi, da v pojasnjevalni moči za predvidevanje bolezenskih stanj prihaja čas t. i. »exposoma«. »Exposome« predstavlja vse, čemur je človek izpostavljen v okolju in ni v genih. To vključuje stres, prehranjevalne navade, gibanje, uporabo rekreacijskih drog in zdravil, infekcije itd. Kot tak, »exposome« ni stalnica, ampak se v življenjskem ciklu posameznika nenehno spreminja. Če se spremeni prehrana človeka, se spremeni tudi njegov exposome. Po njegovih ocenah geni prispevajo 10 odstotkov k celotnemu bremenu bolezni, ostalo težo nosi exposome s svojimi kemičnimi odtisi, ki jih pušča v telesu (Hamzelou, 2010: 6).

*Objektiviran kulturni kapital* je lahko v materialni obliki, denimo v knjigah, fotografijah, filmski zbirki, glasbenih inštrumentih, informacijski tehnologiji ipd. Izraža se s številnimi lastnostmi, ki so vezane na utelešene oblike kulturnega kapitala oziroma na veščine in znanja, ki so nujna za uporabo in/ali potrošnja tehnologij, instrumentov in izdelkov kulturne produkcije (npr. uporaba fotoaparata, poslušanje glasbe). Gre za vprašanje, kaj zna človek s stvarmi početi, ali jih zna uporabljati v skladu z njihovo namembnostjo. Kulturni produkti so tako lahko v uporabi z materialnega vidika oziroma lastninskih pravic (za kar je nujen ekonomski kapital) ali simbolnega vidika (za kar je nujen kulturni kapital) (Bourdieu, 1986/1997: 50). Klavir, ki ga posedujemo in ga lahko prodamo za denar, lahko doma uporabljamo kot razstavno polico za cvetje in fotografije, kot inštrument na katerega zagramo gostom ali pa kot delovno sredstvo s pomočjo katerega z inštrukcijami klavirskih ur služimo denar.

Objektivni kulturni kapital je pomemben tudi za zdravje. Lahko govorimo o artefaktih in tehnologijah, ki lahko posameznikom, ki posedujejo ustrezne veščine, pomagajo pri iskanju in razumevanju informacij o zdravju, zdravstvenih storitvah, krepijo socialno oporo ipd. Med njih med drugim sodijo zdravstveni leksikoni, specializirane zdravstvene revije, dostop do strokovnih člankov, inštrumentov za merjenje zdravstvenega stanja (npr. stetoskop, čitalec sladkorja v krvi, tehtnica, ki meri BMI, sofisticirane ročne ure z merilci in računalniškim programom za dolgoročno spremljanje fizične kondicije telesa), dostop do zdravstvenih forumov in podpornih skupin na spletu ipd.

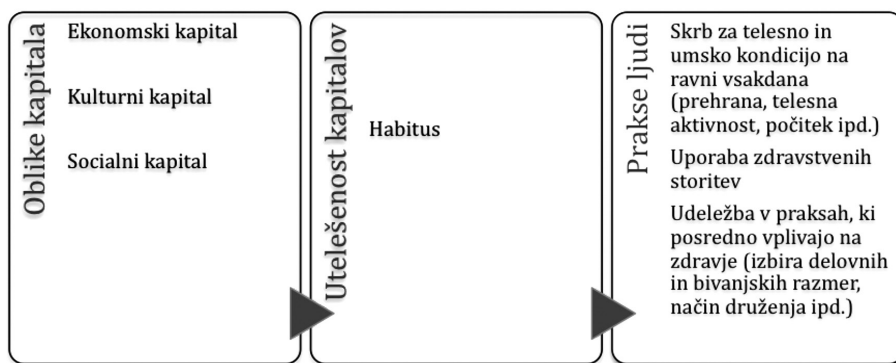
Bennett et al. (2009) sicer preizprašujejo pojasnjevalno moč kulturnega kapitala v sodobnih družbah, a pojmu, kot ga je opredelil Bordieu, vendarle pripisujejo pomemben prispevek k raziskovanju obsega različnih virov in znakov, ki bi v družbi oziroma družbeni skupini lahko veljali za vire družbenih privilegijev. Številni avtorji so kulturni kapital teoretsko nadgrajevali

in opredelili njegove podzvrsti, denimo emocionalni kulturni kapital in sub-kulturni kapital (v Bennett et al., 2009: 29–30). Te nadgradnje pojma kulturnega kapitala bi bilo v prihodnosti smiselno operacionalizirati in preučiti tudi na polju zdravja.

## Sklep

V prispevku sva s pomočjo Bourdieujevega pojmovanja kapitala (ekonomskega, socialnega in kulturnega) tematizirali odnos med socialno-ekonomskimi dejavniki in sistemom zdravja ter zdravstva. Razmišljali sva o virih, ki jih imajo ljudje na razpolago, da jih »unovčijo« in uporabijo za zdravje, in ki se kažejo v boljšem ali slabšem zdravstvenem stanju ljudi. Skušali sva pokazati, kako je posamezna oblika kapitala povezana z zdravjem, tako z njegovim stanjem kot s skrbjo za zdravje oziroma s praksami na polju zdravja. Pri tem sva ves čas poudarjali, da so kapitali, četudi jih v njihovi izrazni obliki obravnavava posamično, med sabo tesno povezani. Ta odnos med kapitali oziroma razpoložljivimi viri in praksami skrbi za zdravje povzemava tudi v spodnji shemi.

*Slika 1: PRAKSE LJUDI NA POLJU ZDRAVJA SO ODVISNE OD OBLIK KAPITALA S KATERIMI LJUDJE RAZPOLAGAJO*



S shemo ponazarjavo odvisnost praks na polju zdravja od različnih virov, s katerimi ljudje razpolagajo, oziroma opozarjavo, da sledenje priporočilom za »zdravo življenje« ni pogojeno zgolj z željo in voljnostjo ljudi za upoštevanje priporočil. Hkrati tudi ni odvisno samo od okoljskih razmer in gmotnega položaja ljudi. Vedenje, ki ga povezujemo z zdravjem, je rezultat spleta zapletenih družbenih dejavnikov. Ker je pridobivanje virov za boljše zdravje, od informacij za boljše razumevanje zdravja do materialnih sredstev za izboljšanje, denimo, bivanjskih pogojev, ali za nakup zdravju



koristne hrane, vpeto v širši družbeni kontekst, v katerega je človek vrojen in ga pogosto spremljajo številne tako racionalne kot emocionalne ovire, se delovanje ljudi v smeri aktivnega iskanja zdravja prek različnih praks zelo razlikuje. V kapital zdravja najaktivneje vlagajo tisti, ki razpolagajo tudi z zadostno mero drugih virov oziroma kapitalov. Zato ni presenetljivo, da se zdravje in pričakovano trajanje življenja izboljšuje predvsem pri ljudeh, ki so boljše gmotno preskrbljeni.

Kot pravi Bourdieu: »Akumulacija kapitala, bodisi v objektivizirani bodisi utelešeni obliki, zahteva čas. Kapital zmore proizvesti profit oziroma se lahko reproducira v identični ali razširjeni, oplemeniteni obliki. Hkrati ima tendenco vztrajnosti oziroma sile, vpisane v objektivnost stvari na način, da ni vse enako mogoče ali nemogoče. Struktura porazdelitve različnih tipov in podtipov kapitala v danem trenutku predstavlja značilno strukturo družbene sveta, tj. nabor ovir, ki so vpisane v realnost tega sveta, in ki usmerjajo njegovo obstojno delovanje, določujoč možnosti uspeha različnih praks« (Bourdieu, 1986/1997: 46).<sup>5</sup>

Tako kot družba nasploh, je tudi področje zdravja stratificirano glede na dostop do različnih oblik kapitala pa tudi glede na utelešenje različnih oblik kapitala. Zato so razlike v zdravju ljudi nujno tudi posledica družbene stratifikacije, odpravljanje neenakosti v zdravju pa bolj kompleksno, kot bi si želeli številni vse pogostejši individualistični pristopi k reševanju zdravstvenih problemov. Neenakosti v zdravju so močno ukoreninjene v sistemih družbene stratifikacije sodobnih družb, zato se zdravstveno stanje in z zdravjem povezane prakse na širši družbeni ravni zelo počasi spreminjajo. Za spremembe so potrebni znanje, volja, možnosti, vednost, socialna opora ipd. pa tudi politični odločevalci, ki skrbijo za oblikovanje in delovanje družbenih struktur. Zato bi reševanje problema neenakosti v zdravju pravzaprav morali nasloviti s problemom reševanja družbene neenakosti. Povedano drugače, neenakosti v zdravju ne bomo izkoreninili samo z boljšo zdravstveno politiko, ki se praviloma osredotoča na boljšo organizacijo in financiranje zdravstvenega sistema ob sočasni promociji individualizirane skrbi in odgovornosti za zdravje.

Oblike kapitalov so med sabo izrazito povezane, zato je izolirana obravnava posamezne oblike kapitala v odnosu do zdravja izrazita redukcija kompleksnosti družbenih determinant zdravja. Kapitali, s katerimi razpolagajo

---

<sup>5</sup> »Capital, which, in its objectified or embodied form, takes time to accumulate and which, as a potential capacity to produce profits and to reproduce itself in identical or expanded form, contains a tendency to persist in its being, is a force inscribed in the objectivity of things so that everything is not equally possible or impossible. And the structure of the distribution of the different types and subtypes of capital at a given moment in time represents the immanent structure of the social world, i.e., the set of constraints, inscribed in the very reality of that world, which govern its functioning in a durable way, determining the chances of success for practices.« (Bourdieu, 1986/1997: 46)

ljudje, so v nenehni interakciji in le kot taki povezani z zdravjem. Med raziskovalno najbolj zapostavljene oblike kapitala na področju preučevanja neenakosti v zdravju sodi kulturni kapital. Razen izobrazbe, ki je oblika institucionaliziranega kulturnega kapitala, se v odnosu do zdravja ni resno preučevala nobena druga oblika kulturnega kapitala pa še izobrazba se redko obravnava kot kapital kot sva ga predstavili v tem prispevku. Prav to pomanjkljivost bova nagovorili v naslednjem članku, ki bo s pomočjo podatkov raziskave Medijska potrošnja, razred in kulturna stratifikacija (Luthar et al, 2011) bolj poglobljeno predstavil razsežnosti kulturnega kapitala v odnosu do zdravstvenega stanja, skrbi za zdravje pa tudi praks na polju zdravja.

#### LITERATURA

- Carpiano, Richard M. (2006): Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? *Social Science and Medicine* 62: 165-175.
- Chappell, Neena L. in Laura M. Funk (2010): Social Capital: Does it Add to the Health Inequalities Debate? *Social Indicators Research* 99: 357-373.
- Commission of the European Communities (2009): Solidarity in health: Reducing Health Inequalities in the EU. Communication from the Commission to the European parliament, The Council, The European Economic and social Committee and the Committee of the regions. Dostopno prek [ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio.../com2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio.../com2009_en.pdf), 12. 2. 2010.
- Bartley, Mel (2004): Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge in Oxford: Polity Press in Blackwell Publishing Ltd.
- Bennett, Tony in Mike Savage, Elizabeth Silva, Alan Warde, Modesto Gayocal, David Wright (2009): Culture, Class, Distinction. London in New York: Routledge.
- Berkman, Lisa F in Ichiro Kawachi (ur.) (2000): Social epidemiology. New York: Oxford University Press.
- Blane, David, G. Davey Smith in Mel Bartley (1993): Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness* 15 (1): 1-15.
- Bourdieu, Pierre (1986/1997): The forms of capital. V A. H. Halsey, Hugh Lauder, Phillip Brown in Amy Stuart Wells (ur.), Education. Culture, Economy, and Society, 46-58. Oxford: Oxford University Press.
- Buzeti, Tatjana, Janet Klara Djomba, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Marijan Ivanuša, Helena Jeriček Klanšček, Nevenka Kelšin, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Katja Kovše, Jožica Maučec Zakotnik, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Nadrag, Sonja Paulin, Janja Pečar, Silva Pečar Čad, Mateja Rok Simon, Sonja Tomšič, Polonca Truden Dobrin, Vesna Zadnik in Eva Zver (2011): Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

- Ferrie, Jane E. (ur.) (2004): *Work Stress and Health: The Whitehall II Study*. London: Public and Commercial Services Union. Dostopno preko [http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/Whitehallbooklet\\_1\\_.pdf](http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/Whitehallbooklet_1_.pdf), 12. 1. 2011.
- Hamzelou, Jessica (2011): Welcome to the exposome. *New Scientist* 25 (December 2011/1 Januar 2011).
- Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek (2003): Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave* XIX (43): 103–125.
- Idler, Ellen L. in Yael Benyamini (1997): Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38 (1): 21–37.
- Kamin, Tanja, Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt, Saška Roškar, Mojca Zvezdana Dernovšek (2009): *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P Kennedy, K Lochner in Deborah Prothrow-Stith (1997): Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87 (9): 1491–1498.
- Khawaja, Marwan in Mona Mowafi (2007): Types of cultural capital and self-rated health among disadvantaged women in outer Beirut, Lebanon. *Scandinavian Journal of Public Health* 35: 475–480.
- Kunst, Anton E, Vivian Bos, Eero Lahelma, Mel Bartley, Inge Lissau, Enrique Redigor, Andreas Mielck, Mario Cardano, Jetty AA Dalstra, Jose JM Geurts, Uwe Helmert, Carin Lennartsson, Jorun Ramm, Teresa Spadea, Willibald J Stronegger, in John P. Mackenbach (2005): Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European Countries. *International Journal of Epidemiology* 34: 295–305.
- Leppin, A. in R. Schwarzer (1990): Social Support and physical health: An updated meta-analysis. V L.R. Weiman in S. Maes (ur.), *Theoretical and applied aspects of health psychology*, 185–202. London: Harwood.
- Luthar, Breda, Kurdija, Slavko, Jontes, Dejan, Malnar, Brina, Tivadar, Blanka, Kamin, Tanja in Oblak, Tanja (2011): *Medijska potrošnja, razred in kulturna stratifikacija: končno raziskovalno poročilo s sumarnikom*. Ljubljana: FDV – Inštitut za družbene vede, center za raziskovanje družbenega komuniciranja.
- Macionis, John J. in Plummer, Ken (2008): *Sociology: A Global Introduction*. Essex: Pearson Education Limited.
- The Marmot review (2010): *Fair Societies, Healthy Lives*. London: The Marmot review.
- Mackenbach, JP in AE Kunst, AE Cavelaars, F Groenhouf, JJ Geurts (1997): Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU working group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349: 1655–59.
- Meinert, Lotte (2004): Resources for health in Uganda: Bourdieu's concepts of capital and habitus. *Anthropology and Medicine* 11 (1): 11–26.
- Mirowsky, John in Catherine E. Ross (2003): *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Muntaner, Charles in John Lynch (2002): Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of *Bowling Alone's* implications for social epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 31: 261–267.

- Muntaner, Carles, Carme Borrell, Joan Benach, Isabel Pasarín in Esteve Fernandez (2003): The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology* 32: 950-958.
- Nutbeam, Don (2000): Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotion International* 15 (3): 259-267.
- Putnam, Robert D. (1995): Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 6 (1), 65-78.
- Rostila, Mikael (2007): Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach. *Journal of European Social Policy* 17 (3), 223-239.
- Shilling, Chris (1993): *The Body and Social Theory*. London, Newbury Park, New Delhi: Sage publications.
- Shilling, Chris (2004): Physical capital and situated action: a new direction for corporeal sociology. *British journal of Sociology of Education* 25 (4): 473-487.
- Malnar, Brina, Hafner Fink, Mitja et al. (2009): Slovensko javno mnenje 2009/1: mednarodna raziskava: religija (ISSP 2008) in družbene neenakosti (ISSP 2009). Ljubljana: CJMMK - Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, Fakulteta za družbene vede.
- Snelgrove, John W. in Hynek Pikhart, Mai Stafford (2009): A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British household panel survey. *Social Sciences and Medicine* 68: 1993-2001.
- Stephens, Christine (2008): Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Sciences and Medicine* 66: 1174-1184.
- Stirbu, Irina in Anton E. Kunst, Matthias Bopp, Mall Leinsalu, Enrique Regidor, Santiago Esnaola, Giuseppe Costa, Pekka Martikainen, Carme Borrell, Patrik Deboosere, Ramune Kalediene, Jitka Rychtarikova, Barbara Artnik, Johan P. Mackenbach (2010): Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health* 4: 913-920.
- Toš, Niko in Brina Malnar (2002): Stališča o zdravju in zdravstvu. V Toš, Niko in Brina Malnar (ur.), *Družbeni vidiki zdravja*, 87-162. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000): *Healthy people 2010*. Washington, DC: Government Printing Office. [www.health.gov/healthypeople](http://www.health.gov/healthypeople), 10. 11. 2006.
- Woolcock, Michael (2003): Social Capital. V *Encyclopedia of Community*. SAGE Publications. Dostopno preko [www.sage-ereference.com/community/Article\\_n447](http://www.sage-ereference.com/community/Article_n447), 24. 11. 2008.