

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Neža Peklaj

Časovne spremembe socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju v Sloveniji

Diplomsko delo

Ljubljana, 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Neža Peklaj

Mentorica: izr. prof. dr. Maša Filipovič Hrast

Časovne spremembe socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju v Sloveniji

Diplomsko delo

Ljubljana, 2017

Zahvala

*Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Maši Filipovič Hrast za strokovne usmeritve in pomoč
ob pisanju diplomskega dela.*

Posebna zahvala gre bližnjim, za podporo in pomoč ob nastajanju diplomskega dela.

Časovne spremembe socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju v Sloveniji

Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju predstavljajo problem po vsem svetu. Na posameznikovo zdravje poleg drugih dejavnikov vplivajo izobrazba, dohodek, poklic, spol in drugi socialno-ekonomski dejavniki, ki zdravje bodisi izboljšajo ali pa ga poslabšajo. Zdravje, kot univerzalna pravica ljudi je podvržena socialnem in ekonomskem položaju vsakega posameznika, kar se zdi nepravilno. Nedavna gospodarska kriza, ki je prizadela tudi Slovenijo, je prinesla s seboj veliko ekonomskih in družbenih pretresov. Brezposelnost, fleksibilne oblike dela in druge negotovosti, so ljudi vodile v hude osebne stiske, le-te pa v zdravstvene posledice. V diplomski nalogi zato ugotavljam, ali so se neenakosti v zdravju v času krize povečale. Podrobneje poskušam raziskati časovne spremembe socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju splošne populacije, neenakosti v zdravju med mladimi ter neenakosti v zdravju med spoloma. Kot kazalnik socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju mi bodo služile socialne determinante zdravja, natančneje dohodek in samoocena zdravja. Uporabljeni sekundarni podatki se nanašajo na desetletno obdobje, in sicer med leti 2005 in 2015.

Ključne besede: neenakosti, zdravje, gospodarska kriza, socialno-ekonomski status, dohodek.

Changes Regarding Socioeconomic Health Inequalities in Slovenia

Socioeconomic health inequalities are a worldwide problem. In addition to other factors, individual health is also affected by education, income, professions, gender, and other socioeconomic factors that can either improve or worsen health. Health as universal human right is subjected to social and economic position of each individual, which seems unjust. The recent economic crisis, which also affected Slovenia, was accompanied by many economic and social upheavals. Unemployment, flexible work arrangements and other uncertainties caused severe personal distress, leading to health consequences. This thesis explores whether the health inequalities increased during the crisis. More specifically I am trying to explore time trends of socio-economic inequalities in health among general population, inequalities in health among young people, and gender inequalities in health. The indicators of socioeconomic health inequalities used for this purpose are social determinants of health, specifically income and self-assessment of health. Secondary data used concern the 10-year period between 2005 and 2015.

Key words: inequalities, health, economic crisis, socioeconomic status, income.

KAZALO

1	UVOD	7
1.1	CILJI IN NAMEN	8
1.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
1.3	METODOLOGIJA IN ZGRADBA	9
2	ZDRAVJE	10
2.1	BIOMEDICINSKI MODEL	10
2.2	BIOPSIHOSOCIALNI MODEL	11
3	DETERMINANTE ZDRAVJA	12
4	NEENAKOSTI V ZDRAVJU	15
4.1	TEORIJA ARTEFAKTA	16
4.2	SELEKCIJSKA TEORIJA	16
4.3	KULTURNA IN VEDENJSKA TEORIJA	16
4.4	MATERIALNA TEORIJA	17
4.5	PSIHOSOCIALNA TEORIJA	18
4.6	TEORIJA ŽIVLJENJSKEGA POTEKA	19
5	SOCIALNO-EKONOMSKI STATUS	20
5.1	POKLIC	22
5.2	IZOBRAZBA	22
5.3	DOHODEK	23
5.3.1	Hipoteza o absolutnem dohodku	24
5.3.2	Hipoteza o absolutni revščini	24
5.3.3	Hipoteza o relativnem dohodku	25
5.3.4	Hipoteza o relativni deprivaciji	25
5.3.5	Hipoteza o neenakosti dohodka	25
5.4	ŽIVLJENJSKI SLOG	25
5.4.1	Telesna aktivnost	26
5.4.2	Način prehranjevanja	26
5.4.3	Uživanje alkohola	26
5.4.4	Kajenje	26
5.5	NEENAKOSTI V ZDRAVJU V RAZLIČNIH STAROSTNIH OBDOBJIH	27
5.5.1	Otroštvo	27

5.5.2	Mladost	27
5.5.3	(Pozna) odraslost	28
5.6	NEENAKOSTI V ZDRAVJU GLEDE NA SPOL	29
6	EKONOMSKA KRIZA IN NJEN VPLIV NA ZDRAVJE.....	30
7	ANALIZA PODATKOV IN UGOTOVITVE	32
7.1	NEENAKOSTI V ZDRAVJU, POVEZANE Z DOHODKOM.....	32
7.2	NEENAKOSTI V ZDRAVJU MLADIH, POVEZANE Z DOHODKOM.....	34
7.3	NEENAKOSTI V ZDRAVJU MED SPOLOMA, POVEZANE Z DOHODKOM.....	35
8	ZAKLJUČEK	38
9	LITERATURA.....	41

KAZALO SLIK IN GRAFOV

Slika 3.1:	Determinante zdravja	13
Slika 4.1:	Hipoteza različne ranljivosti	17
Slika 4.2:	Hipoteza različne izpostavljenosti.....	18
Slika 5.1:	Prestonova krivulja.....	24
Graf 5.1:	Socialni gradient v zdravju	21
Graf 7.1:	Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na dohodek	33
Graf 7.2:	Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje mladih glede na dohodek	34
Graf 7.3:	Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na spol, prvi kvintil.....	35
Graf 7.4:	Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na spol, peti kvintil	36

1 UVOD

Predstavljajte si parado. Vsi posamezniki v družbi so razporejeni glede na njihov družbeni položaj. Sledijo si po naslednjem vrstnem redu: brezposelni, nekvalificirani ročni delavci, nato sledijo polkvalificirani in kvalificirani delavci, prodajalci in trgovinski pomočniki, učitelji in srednji vodstveni uslužbenci, višji vodstveni uslužbenci, odvetniki, zdravniki in sodniki. Z nekaj izjemami opisana razvrstitev glede na družbeni položaj, pomeni tudi razvrstitev glede na pričakovano življenjsko dobo (Marmot v Segall in Fries 2011, 126).

Zgoraj opisana prispodoba kaže na eno izmed mnogih nepravilnosti tega sveta – neenakosti v zdravju. Prepričanje, da naše zdravje določata zgolj genetski zapis in izbiren način življenja, ni povsem ustrezno. Že res, da so marsikatera bolezen zapisane v človeških genih in da je škodljiv način življenja samostojna odločitev vsakega posameznika, toda na zdravje ljudi vpliva tudi množstvo drugih, družbenih dejavnikov, ki vodijo v neenakosti.

Družbeni dejavniki, imenovani tudi socialne determinante zdravja, so v zadnjih desetletjih postali skrb številnih raziskovalcev in javnih politik. Bolezni današnjega časa, kot so rakava obolenja in srčne bolezni, so tesno povezane prav z družbenimi neenakostmi. Faktorji, kot so stopnja izobrazbe, poklic in dohodek gospodinjstva, določajo zdravje ljudi, pri čemer negativne posledice občutijo tisti, ki na družbeni lestvici zasedajo nižje položaje. Ti, zaradi praviloma nižje izobrazbe, opravljajo manj zahtevna dela in imajo posledično nižje dohodke. Nižji dohodek lahko vodi v psihosocialne stiske in škodljiv način življenja, kar se odraža na zdravju ljudi. Ekonomsko in socialno prikrajšani posamezniki si težje privoščijo zdravo prehrano ter športne aktivnosti, hkrati pa zaradi stresne situacije posegajo po škodljivih razvadah, kot sta alkohol ter kajenje.

Zdravstvene posledice je pustila tudi nedavna gospodarska kriza, ki jo mnogi imenujejo družbena kriza. Le-ta je vodila v množično brezposelnost, fleksibilne oblike dela in negotovost. Psihosocialne stiske, ki so jih ljudje doživljali ob nastali situaciji, so se prelevile v zdravstvene težave, tako mentalne kot fizične narave. Naraščajoč trend s stresom povezanih bolezni kliče po korenitih spremembah in ukrepih, ki bi se morali najprej fokusirati na izvor družbenih neenakosti.

1.1 CILJI IN NAMEN

Cilj diplomskega dela je na podlagi obstoječih statističnih podatkov, ugotoviti in analizirati, kako se neenakosti v zdravju, povezane s socialno-ekonomskim statusom, spreminjajo skozi čas. Za namen diplomske naloge bom uporabila desetletno obdobje med leti 2005 in 2015. Glede na odmevnost zadnje gospodarske krize in njenih posledic bo cilj pričujočega dela tudi ugotoviti, kako se neenakosti v zdravju, povezane s stopnjo dohodka, razlikujejo glede na obdobje pred krizo in po krizi. Ozaveščanje ljudi o kakršnihkoli nepravilnih neenakostih v družbi je namreč izrednega pomena za oblikovanje različnih politik in njihovo odpravljanje. Zdi se kot, da ljudje živijo v milnem mehurčku, ki počí šele, ko gre nekaj narobe. Zdravje postane pomembno takrat, ko ga ni več. Ne da bi se zavedali, določa zdravstveno stanje vseh ljudi vse bolj stresen način življenja, v kombinaciji z drugimi družbenimi faktorji. Kljub številnim poskusom promoviranja zdravja ostaja nespremenjeno dejstvo, da so pripadniki nižjega socialno-ekonomskega statusa v slabšem zdravstvenem položaju. Da bi preprečili neenakosti v zdravju, so potrebne korenite spremembe in ukrepi, ki bi neenakosti zatrli v kati.

1.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za ugotavljanje časovnih sprememb socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju v Sloveniji sem si zastavila tri raziskovalna vprašanja, na katera bom med analizo podatkov skušala odgovoriti, in so povezana z vprašanjem o tem, kakšne so bile spremembe v času krize v neenakostih v zdravju. Ker predvidevamo negativen učinek krize, so bila oblikovana naslednja raziskovalna vprašanja:

RV 1: Kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med, pred in po krizi?

Prvo raziskovalno vprašanje izhaja iz ideje, da se neenakosti, nastale v času gospodarske krize, nanašajo tudi na neenakosti v zdravju. Na podlagi omenjenega raziskovalnega vprašanja bom ugotovila, ali so se neenakosti v zdravju prebivalcev Slovenije, vezane na dohodek, v času gospodarskih pretresov spremenile.

RV 2: Kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju mladih med, pred in po krizi?

Pri oblikovanju drugega raziskovalnega vprašanja je prevladovala misel, da so mladi praviloma del prebivalstva, ki ga spremlja relativno dobro zdravstveno stanje, in manjše neenakosti v zdravju. Vprašanje pa je, ali je pojav krize zamajal zdravje mladih in povečal neenakosti.

RV 3: Kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med spoloma med, pred in po krizi?

Tretje raziskovalno vprašanje je osnovano na ideji, da so se v času krize razlike med moškimi in ženskami na področju zaposlovanja ter plač zmanjšale, saj je stopnja brezposelnosti med moškimi v času krize naraščala hitreje in obsežneje (Humer in Roksandić 2013, 6). Na podlagi tega ugotavljam, ali je tovrstno zmanjšanje neenakosti povzročilo tudi manjše neenakosti v zdravju.

1.3 METODOLOGIJA IN ZGRADBA

Pričujočo diplombo sestavljata dva dela, in sicer teoretski ter empirični del. V prvem je orisan teoretski okvir, ki se nanaša na neenakosti v zdravju. Začne se s problematiko definiranja zdravja, pri tem pa sta predstavljeni dve najpogostejši opredelitvi. Nato sledi poglavje, kjer so pojasnjene glavne determinante zdravja, poudarek pa je predvsem na družbenih dejavnikih. V nadaljevanju je govora o neenakostih v zdravju in različnih teorijah, ki jih skušajo pojasniti. Naslednje poglavje se nanaša na socialno-ekonomski status, kjer je podana njegova opredelitev, glavne lastnosti, dimenzije, kot so dohodek, izobrazba in poklic ter tudi vpliv socialno-ekonomskega statusa na način življenja. Teoretski del se zaključi s poglavjem o krizi evroobmočja, kjer je predstavljen nastanek krize in njene družbene posledice.

Empirični del diplomskega dela bo temeljil na analizi sekundarnih podatkov, pridobljenih s statističnega urada Eurostat. Poglavje bo namenjeno iskanju odgovorov na raziskovalna vprašanja o časovnih spremembah neenakosti v zdravju, in sicer na podlagi pridobljenih podatkov o samooceni zdravja, glede na dohodek, za obdobje desetih let (2005–2015).

2 ZDRAVJE

Enotna, univerzalna definicija zdravja za zdaj še ne obstaja. Dejstvo je, da je zdravje zelo izmuzljiv pojem. Problem je, da se sam pomen zdravja razlikuje med različnimi konteksti in je zato njegova uporaba v znanosti lahko neprimerna (Samal in Bircher 2011, 4). Zgodovinski poskusi definiranja zdravja so se opirali predvsem na dva cilja. Prvi je, da mora definicija vsebovati ideale zdravja, ki služijo kot cilj posameznikov in družbe. Drugi pa pravi, da je treba definirati tudi obseg oziroma meje zdravja. Slednji je povzročil številne debate med zagovorniki širokih in zagovorniki ozkih definicij zdravja, ki trajajo še danes (Murray in Evans 2003, 302).

2.1 BIOMEDICINSKI MODEL

Biomedicinski model temelji na kartezijskem dualističnem pristopu, ki označuje telo in razum, kot ločeni entiteti. Poudarek je na somatskih boleznih, ki jih povzročajo biološki faktorji. Model se je množično uporabljal v 19. in 20. stoletju ter je do nedavnega veljal za prevladujoč model zdravja (Heszen 2009, 11–12). Model daje velik poudarek biološkim faktorjem, bolezni pa pojasnjuje kot posledico zunanjih patogenih organizmov ali motenj, ki porušijo normalno delovanje človeškega telesa. Biomedicinski model se je v zgodovini izkazal za učinkovitega, predvsem zaradi uspešnega kontroliranja hudo nalezljivih bolezni (Havelka in drugi 2009, 303). Gre za tradicionalen model, praviloma uveljavljen v zahodnih družbah, ki zdravje opredeljuje kot odsotnost kakršnekoli bolezni (Papass in drugi v Brannon in Feist 2009, 9). Takšen pogled na zdravje je vodil v razcvet farmacije in razvoj različnih medicinskih pripomočkov, namenjenih uničevanju nevarnih organizmov ter zdravljenju bolezni, najbolje pa je služil stoletje nazaj, ko so prevladovale hudo nalezljive bolezni (Brannon in Feist 2009, 9).

Oprelitev zdravja, kot jo navaja biomedicinski model, velja za negativno, saj zdravje vidi zgolj kot stanje brez bolezni. Izhajajoč iz tega, je zdravje integrirano v človekovo fizično telo, njegovo odsotnost pa povzročijo biološke ali psihološke anomalije, ki jih lahko odpravi samo medicinski strokovnjak. Model je bil, kljub številnim uspehom, deležen hude kritike, predvsem na račun negativne, ozkogledne definicije zdravja. Očita se mu, da je pri definiciji zdravja treba upoštevati tudi družbeni in psihološki vidik (Warwick-Booth in drugi 2012, 13). Eden od poskusov preseganja biomedicinskega modela in njegove definicije zdravja se je zgodil leta 1948, ko je Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) podala novo, pozitivno definicijo zdravja. Ta pravi, da je zdravje "stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja" (SZO v Huber in drugi 2011, 1). Toda kaj kmalu se je izkazalo, da definicija, ki jo je podala SZO, ni povsem ustrezna. Kljub temu da sicer nadgradi biomedicinsko definicijo in

vsebuje socialne ter duševne dimenzije zdravja, se zdi precej idealistična in je zato nejasna (Samal in Bircher 2011, 4). Definicija naj bi bila presplošna, kar pomeni, da jo je težko uporabiti za operative ukrepe. Po mnenju številnih avtorjev so definicije, ki pravijo, da zdravje pomeni odsotnost nesposobnosti, še vedno zelo subjektivne in nejasne. Prav tako bi tovrstne splošne opredelitve lahko vodile v napačno prepričanje, da človek, ki ne živi v ustreznih socialnih, ekonomskih in političnih razmerah, ne more biti zdrav. Zaradi različnih razvojnih usmeritev zdravstvene politike SZO se je začel uveljavljati vse bolj biopsihosocialni model zdravja (Černigoj-Sadar in Brešar 1996, 183–184).

2.2 BIOPSIHOSOCIALNI MODEL

S pojavom kroničnih, ne-nalezljivih bolezni se je porajal dvom v biomedicinski model. Za preprečevanje novonastalih bolezni je bilo treba upoštevati tudi bolj človeške elemente, kot so psihološki in družbeni faktorji. Izhajajoč iz tega, je psihiater George Engel osnoval biopsihosocialni model. Kot že samo ime pove, gre za model, ki za obravnavo zdravja in preprečevanje bolezni upošteva tako biološke kot tudi socialne ter psihološke determinante (Havelka in drugi 2009, 303–305). Pristop, imenovan tudi holistični model, na človeka gleda kot na sistem. Posameznike šteje za dinamična bitja, v katerih se med seboj prepletajo biološki, psihološki in sociološki elementi. Biološki faktorji vsebujejo predvsem genetiko vsakega posameznika in njegovo fiziologijo. Psihološki faktorji se nanašajo na posameznikovo kognicijo (mentalne sposobnosti), čustva in motivacijo. Medtem ko socialni faktorji pokrivajo raven celotne družbe, skupnosti in družine (Sarafino in Smith 2014, 13–15).

Biopsihosocialni model služi predvsem za iskanje povezave med psihosocialnimi stiskami in somatskimi (telesnimi) boleznimi. Dosedanje ugotovitve kažejo, da lahko stres neposredno, ali pa posredno vpliva na fizično zdravje. O neposrednem vplivu se govori, kadar stres povzroča spremembe na točno določenih organih v telesu, o posrednem pa, kadar se posameznik, zaradi stresa, zateka k zdravju škodljivim razvadam (Havelka in drugi 2009, 306).

3 DETERMINANTE ZDRAVJA

Na zdravje posameznikov in skupnosti vpliva več dejavnikov. Zdravstveno stanje in dovzetnost za različne bolezni določajo okoliščine, v katerih ljudje živijo. Okoliščine se nanašajo na genetiko, kraj, kjer živimo, onesnaženost okolja, dohodek, stopnjo izobrazbe ter odnose z družino in prijatelji. Pogosto se upoštevajo tudi dejavniki, kot je dostopnost in uporaba zdravstvenih storitev, ki pa v praksi nimajo velike teže (Svetovna zdravstvena organizacija 2017a).

V družbi prevladuje prepričanje, da so zdravstveni izzivi izključno domena zdravstvenega sistema, kar pa ne drži popolnoma. Večino težav v zdravstvu namreč povzročajo okoljski in družbeni dejavniki, medtem ko je zdravstveni sistem omejen le na reševanje problemov medicinske narave (Kickbush in Buckett, Sihto in drugi v Koprivnikar in Gabrijelčič Blenkuš 2012, 27). Po mnenju Sihta in drugih je zdravje populacije domena več različnih sektorjev, ki s politikami posredno ali neposredno vplivajo na determinante zdravja, le-te pa oblikujejo zdravje ter blaginjo posameznika (Sihto in drugi v Koprivnikar in Gabrijelčič Blenkuš 2012, 27).

Determinante zdravja so definirane kot dejavniki, ki lahko posamezno ali vzajemno, negativno oziroma pozitivno učinkujejo na zdravje. Mednje sodijo osebne karakteristike (starost, spol, genetika), življenjski slog, socialne razmere, življenjske in delovne razmere ter splošne socialno-ekonomske, kulturne in okoljske razmere (glej sliko 3.1). Medtem ko so osebne karakteristike točno določene in nespremenljive, lahko ostale dejavnike spreminjamo z osebnimi odločitvami ter različnimi politikami (Buzeti in drugi 2011, 13–18).

Slika 3.1: Determinante zdravja



Vir: Dahlgreen in Whitehead v Buzeti in drugi (2011, 18)

Determinante zdravja se praviloma delijo na individualne in strukturne determinante. Individualne determinante so tiste, ki so značilne za točno določenega posameznika, kot je na primer genetika. Strukturni faktorji na drugi strani pa so tisti, ki so značilni za družbeno okolje, na primer razporeditev dohodka, stopnja delovno aktivnih, življenjski pogoji itn. Tako individualni kot strukturni faktorji delujejo na različnih družbenih ravneh, hkrati pa se medsebojno prepletajo. Na primer višja stopnja dohodka posamezniku omogoča, da se zdravo prehranjuje in skrbi za telesno aktivnost (Segall in Fries 2011, 96). Determinante zdravja lahko razdelimo tudi na primarne in sekundarne. Primarne determinante so tiste, ki imajo neposredni vpliv na zdravje in hkrati vplivajo na sekundarne determinante. Sem sodijo socialno-ekonomski dejavniki, kot so dohodek, izobrazba in zaposlitveni status. Sekundarne determinante pa so tiste, ki odražajo naše življenjske pogoje in igrajo pomembno vlogo v odnosu med zdravjem ter socialnim položajem. To so posameznikovi vedenjski vzorci in psihosocialno počutje (Segall in Fries 2011, 110).

Determinante, ki najbolj vplivajo na neenakosti v zdravju ljudi, so t. i. socialne determinante zdravja. Gre za socialne in ekonomske okoliščine, ki oblikujejo tako zdravje posameznikov kot tudi zdravje celotne družbe. Ozka definicija zdravja pravi, da so socialne determinante osnova, ki določa, ali bo posameznik zdrav ali bolan. Na drugi strani široka definicija zdravja pravi, da socialne determinante prav tako določajo razsežnost socialnih, fizičnih in osebnih sredstev, s katerimi posameznik obvladuje okolje, zadovoljuje potrebe ter dosega svoje cilje. Sredstva, ki jih obsegajo socialne determinante, so: okoliščine v otroštvu, dohodek, izobrazba, bivanjske

razmere, prehrana, zaposlitveni status, pogoji dela in socialne ter zdravstvene storitve (Graham v Raphael 2016, 3). "Socialne determinante zdravja so pogoji, v katerih so ljudje rojeni, v katerih odraščajo, delajo, živijo in se starajo. Tvrstne pogoje oblikuje razporeditev denarja, moči in virov na globalni, nacionalni in lokalni ravni." (Svetovna zdravstvena organizacija 2017b).

4 NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Neenakosti v zdravju so v zadnjih nekaj desetletjih postale skrb številnih raziskovalcev in tudi javnih politik. Kot navaja Graham, se pojem neenakost v zdravju uporablja za označevanje neskladij in razlik v zdravstvenem stanju posameznika ali skupine ljudi, ki so povezane z razlikami v družbenih položajih. V večini držav se koncept nanaša na socialno-ekonomske razlike v zdravju, ne glede na to, ali se merijo na posameznikih ali geografskih območjih. Neenakosti v zdravju so kompleksen pojav. Navezujejo se predvsem na družbeni položaj in redistribucijo sredstev med državami ter znotraj njih, na dostop in kakovost zdravstvenih storitev ter splošno blaginjo med prebivalci. Pojem v splošnem povezuje zdravje z družbenimi neenakostmi (Graham v Wistow in drugi 2015, 2–3).

Raziskovalci pogosto opozarjajo na razlikovanje med pojmom neenakosti v zdravju (ang. *health inequality*) in nepravičnosti v zdravju (ang. *health inequity*). Kot navaja Kawachi in drugi, je pojem neenakosti v zdravju precej splošen. Nanaša se na razlike v zdravju posameznikov ali družbenih skupin in pomeni kakršne koli izmerljive razlike v zdravju. Pojem neenakosti v zdravju je torej relativno deskriptiven in ne vsebuje nobene moralne presoje (Kawachi v Arcaya in drugi 2015, 1–2). Nepravičnost v zdravju pa je koncept, ki se nanaša na točno določeno vrsto neenakosti v zdravju oziroma na neenakosti v zdravju, ki so nepravilne. Definicija pravi, da so nepravilnosti v zdravju tiste neenakosti v zdravju, ki so nepotrebne in se jih da preprečiti. Glavna razlika med opisanimi konceptoma je torej, da prvi obsega splošne, merljive razlike v zdravju, medtem ko drugi razlikam dodaja moralno presojo (Whitehead v Arcaya in drugi 2015, 2). Za namen diplomske naloge bom uporabila izraz neenakosti v zdravju, pri tem pa se bom navezovala na socialno-ekonomske razlike v zdravju, ki veljajo za nepravilne in preprečljive.

Neenakosti v zdravju se pojavljajo v vseh obdobjih človeškega življenja, toda njihova intenzivnost se spreminja glede na starost. Razlike v zdravju so največje v obdobju srednje in pozne odraslosti, saj se takrat stopnja obolevnosti poveča, prav tako pa so socialno-ekonomske razlike najbolj v ospredju. Izrednega pomena je tudi otroštvo, saj so raziskave pokazale, da neenakosti v zdravju, v obdobju odraslosti, izvirajo iz otroštva (Wolfe in drugi 2012, 3).

The Black Report, objavljen leta 1980, je pri iskanju razlogov za neenakosti v zdravju, identificiral naslednje štiri teorije: teorija artefakta, selekcijska teorija, kulturna in vedenjska teorija ter materialistična teorija. Gre za dominantne teorije, katerim se v poznih 90-ih letih pridružita še psihosocialna teorija in teorija življenjskega poteka (Nettleton 2006, 181).

4.1 TEORIJA ARTEFAKTA

Teorija artefakta poudarja, da neenakosti v zdravju zares ne obstajajo in pravi, da je povezava med družbenim statusom ter zdravjem statistični artefakt, kar pomeni, da so neenakosti v zdravju posledica napak pri merjenju in zbiranju podatkov. Gre za razlago, ki je požela številne kritike, saj mnoge raziskave dokazujejo neenakosti v zdravju, tudi kadar se uporabljajo različna merila socialno-ekonomskega statusa, kot so dohodek, izobrazba, poklic in družbeni razred (McCartney in drugi 2013, 222).

4.2 SELEKCIJSKA TEORIJA

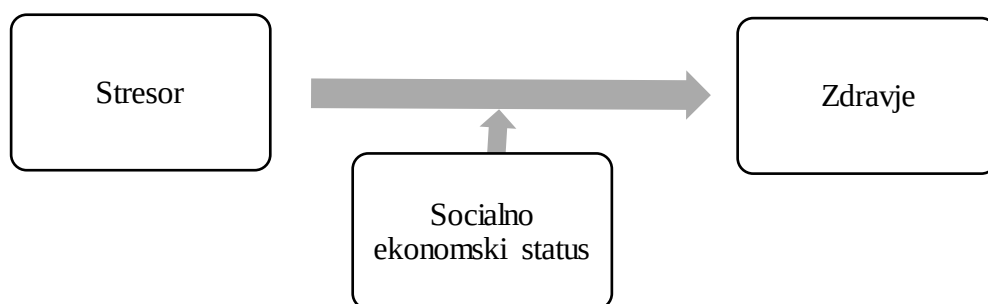
Teorija poudarja, da zdravstveno stanje vpliva na družbeni položaj in ne obratno. Torej tisti, ki so boljšega zdravja, lažje napredujejo po družbeni lestvici, medtem ko tisti slabšega zdravja bolj verjetno nazadujejo v nižje družbene razrede. Tovrstna teorija v svojem bistvu vsebuje elemente darvinizma, ki temelji na ideji, da vedno preživijo le najboljši (Nettleton 2006, 182). Bolni ljudje torej ne morejo napredovati po družbeni lestvici, saj jim bolezen onemogoča, da bi izboljšali svojo situacijo. Po določenem času, zaradi nespremenjenih razmer, začnejo nazadovati v nižje razrede, medtem ko imajo zdravi ljudje odprte vse možnosti, da na družbeni lestvici napredujejo (Cockerham 2007, 123).

4.3 KULTURNA IN VEDENJSKA TEORIJA

Je teorija, ki trdi ravno obratno kot selekcijska. Torej zdravje je odvisna variabla, pri čemer družbeni položaj vpliva na variacije v zdravju. Teorija pravi tudi, da socialni položaj določa način življenja posameznikov oziroma da se ljudje nižjih družbenih razredov pogosteje zatekajo k nezdravemu vedenju, kot je pitje alkohola, kajenje, nezdrava prehrana in pomanjkanje telesne aktivnosti (Nettleton 2006, 182–183).

Teorija se pogosto označuje s pojmom hipoteza različne ranljivosti (ang. *differential vulnerability hypothesis*). Izhajajoč iz omenjene hipoteze, ima vsak posameznik različne vsakodnevne stresorje, ki jih položaj na družbeni lestvici lahko ublaži ali okrepi (glej sliko 4.1). Torej posamezniki na nižjih socialno-ekonomskih položajih težje obvladujejo okoljske stresorje, zato se bolj nagibajo k škodljivim navadam, kot je na primer kajenje, in so zato slabšega zdravja. Teorija prav tako poudarja, da so škodljiva vedenja posledica socializacije. Torej socializacija oblikuje posameznikovo sposobnost obvladovanja stresnih dogodkov, povezanih z družbenim položajem, kar vodi, v različne zdravstvene izide (Segall in Fries 2011, 135–136).

Slika 4.1: Hipoteza različne ranljivosti



Vir: Prirejeno po Segall in Fries (2011, 136)

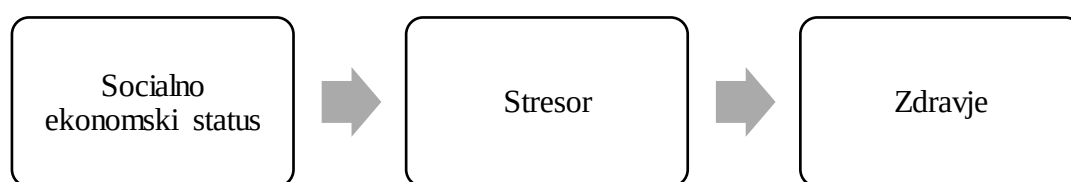
4.4 MATERIALNA TEORIJA

Teorija pravi, da materialni faktorji, kot so na primer hrana in stanovanjske razmere, povzročajo neenakosti v zdravju. Tako si posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim statusom težje privoščijo materialne dobrine, kot je zdrava prehrana in so zato izpostavljeni večjemu tveganju za obolenja (Lynch in Kaplan v Kawachi in drugi 2002, 649). Poudarjeni so tako politični kot ekonomski in socialni faktorji, ki škodijo zdravju ter na katere posamezniki nimajo vpliva. Ti faktorji se nanašajo na prostor, v katerem živimo, onesnaženost, prehrano in poklic. Kot pravi Kevin White, smo posamezniki rojeni v družbo z materialistično strukturo, ki nas oblikuje in omogoča, ali pa preprečuje doseganje naših ciljev (White 2016, 86–87).

Navkljub različnim poskusom povečevanja blaginje in prerazporejanja sredstev je materialna neenakost še zmeraj univerzalen problem, ki povzroča neenakosti v zdravju. Ni dvoma, da so materialne neenakosti v velikem obsegu prisotne povsod, tudi v državah, kjer so dohodkovne neenakosti majhne. Tudi socialna država, ki skuša zagotavljati blaginjo preko obdavčitev, denarnih transferjev in nadenarnih ugodnosti, ne zagotavlja bistvenega zmanjšanja materialnih neenakosti (Davey Smith in drugi; Lynch in drugi v Mackenbach 2012, 765).

Teorijo pogosto označujejo s pojmom hipoteza različne izpostavljenosti (ang. *differential exposure hypothesis*). Ta poudarja, da so posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim statusom, zaradi finančnih težav in družbene izključenosti, bolj izpostavljeni psihosocialnim stresorjem, ki vodijo v slabše zdravje. Materialna deprivacija namreč vodi v stres, ki oslabi imunski sistem in vpliva tako na fizično kot tudi psihično zdravje (glej sliko 4.2) (Segall in Fries 2011, 134–135).

Slika 4.2: Hipoteza različne izpostavljenosti



Vir: Prirejeno po Segall in Fries (2011, 136)

4.5 PSIHOSOCIALNA TEORIJA

Neenakosti v zdravju pripisuje posrednim in neposrednim posledicam psihosocialnih stisk, ki se pojavijo zaradi nizkega socialno-ekonomskega statusa ter prikrajšanosti. O neposrednem vplivu govorimo, kadar psihosocialne stiske oziroma stres vodijo v porušenje ravnovesja v telesu, le-to pa v zdravstvene posledice. Posredni vpliv psihosocialne stiske na drugi strani pa se kaže v vedenju posameznikov, ko le-ti zaradi stiske začno posegati po škodljivih razvadah, kot so cigarete in alkohol (McEwen in Seeman v Kawachi in drugi 2002, 649). Teorija torej sledi ideji, da dejavniki socialno-ekonomskega statusa niso edini, ki vplivajo na zdravje. Pomembne so tudi posameznikove psihosocialne reakcije na neenakosti v družbi in materialno prikrajšanost. Občutki, ki jih imajo posamezniki v tovrstni situaciji, vplivajo na biološki proces v telesu in posledično tudi na zdravstvene izide (McDonnell in drugi 2009, 44–45).

Posamezniki se skozi celotno življenje primerjajo z drugimi, pri čemer velja, da občutek prikrajšanosti vodi v nizko samopodobo in zavist. Večje, kot so neenakosti v družbi, intenzivnejši so tovrstni negativni občutki pri posameznikih z nižjim socialno-ekonomskim statusom, kar lahko vpliva tudi na zdravje. Nekateri družbeno primerjanje celo povezujejo s škodljivimi navadami, kjer naj bi posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim statusom svoje težave reševali s popivanjem in škodljivim načinom prehranjevanja (Segall in Fries 2011, 137–138).

4.6 TEORIJA ŽIVLJENJSKEGA POTEKA

Teorija predpostavlja, da različne okoliščine, izkušnje in dogodki vplivajo na posameznikovo zdravje še pred rojstvom ter ga spremljajo skozi celoten potek življenja. Posameznikovo biološko stanje naj bi bil odraz njegovega preteklega socialnega položaja. Tako so vse pretekle izkušnje posameznika zapisane v psihologijo in patologijo njegovega telesa (Nettleton 2006, 185–186).

Teorija opozarja, da je pri iskanju razlogov za neenakosti v zdravju treba upoštevati celoten potek človeškega življenja in ne samo točno določeno obdobje znotraj njega. Neenakosti v zdravju so tako razumljene kot posledica različnih socialnih, bioloških in psiholoških dejavnikov, ki se pojavljajo skozi celotno življenje posameznika. Še posebej veliko vlogo igra otroštvo, saj naj bi deprivacija v tem obdobju imela posledice v kasnejših življenjskih fazah. Prav tako se poudarja tudi pomen sprememb v družbenem položaju. Na primer izguba službe v obdobju zgodnje odraslosti vpliva na zdravstvene izide v kasnejših obdobjih (Blane v Smith in drugi 2016, 12).

5 SOCIALNO-EKONOMSKI STATUS

Socialno-ekonomski status se razume kot položaj posameznika ali skupine ljudi v družbi, glede na njihovo moč, ugled, dostop do sredstev in nadzor nad sredstvi. Meri se na podlagi indikatorjev, ki so značilni bodisi za vsakega posameznika bodisi za geografsko območje (Dolk in drugi v Buzeti in drugi 2011, 22). Kot kriteriji določenega geografskega območja se uporabljajo na primer delež oseb brez srednješolske izobrazbe, brezposelnost in delovna aktivnost (Subramainan v Buzeti in drugi 2011, 22). Najpogostejši kriteriji, ki se uporabljajo za merjene socialno-ekonomskega položaja posameznika so izobrazba, poklic in dohodek (Psaltopoulou in drugi 2017, 33). Za dohodek, izobrazbo in poklic, kot kriterije merjenja socialno-ekonomskega statusa, velja, da lahko delujejo povsem neodvisno ali pa se medsebojno prepletajo. Na primer za izobrazbo je značilno, da je tesno povezana tako z dohodkom kot tudi poklicem, namreč v splošnem velja, da višja izobrazba pomeni boljšo zaposlitev in višji dohodek (Segall in Fries 2011, 126).

Socialno-ekonomski status ima štiri glavne lastnosti, in sicer:

1. Socialno-ekonomski status ne vpliva samo na eno bolezen, temveč na mnoštvo različnih zdravstvenih posledic.
2. Socialno-ekonomski status deluje preko različnih dejavnikov tveganja, kot so na primer kajenje, alkoholizem in pomanjkanje telesne aktivnosti.
3. Socialno-ekonomski status omogoča dostop ali pa njegovo pomanjkanje do sredstev, ki bi potencialno preprečila tveganja ali zmanjšala obolevnost.
4. Socialno-ekonomski status bo, ne glede na zgodovinsko obdobje in izboljšave v zdravstvu, še naprej vplival na neenakosti v zdravju (Link in Phelan v Flaskerud in DeLilly 2012, 1).

Socialno-ekonomski status velja tudi za enega glavnih povzročiteljev neenakosti v zdravju. Da bi povezavo med njima lahko analizirali, je treba najprej razumeti pojem družbena stratifikacija. V splošni sociološki teoriji velja, da družbeno stratifikacijo sestavljajo tri komponente:

1. Mobilnost, ki posameznike razvrsti v različne sloje.
2. Pravila, ki prerazporejajo sredstva med sloji.
3. Družbeni procesi, ki pripisujejo vrednost sredstvom (Grusky v Mackenbach 2012, 762).

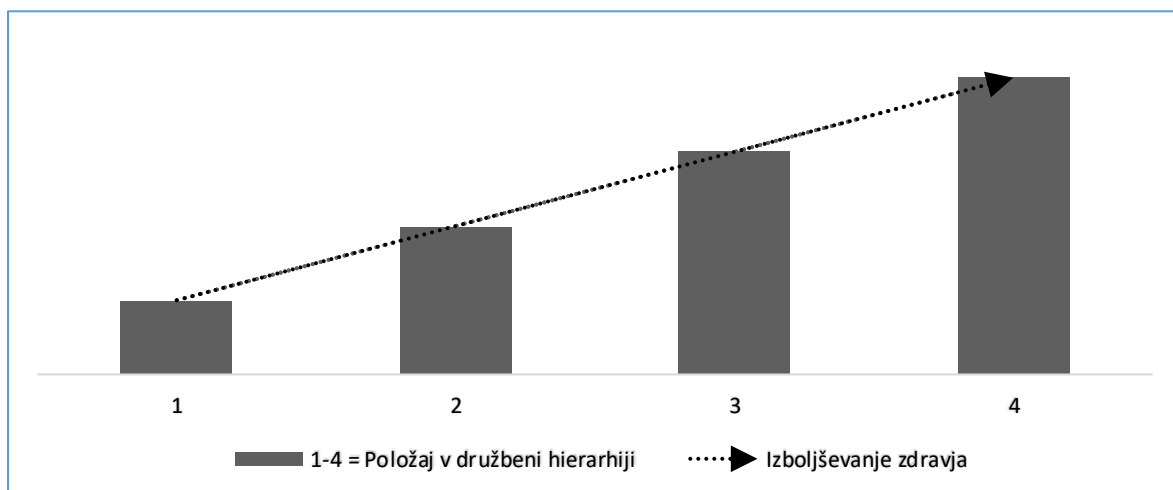
Izhajajoč iz tega, so neenakosti v zdravju odvisne od:

1. Družbene mobilnosti in posledičnih razlik med posamezniki.
2. Porazdelitve sredstev in posledičnih razlik v dostopnosti do sredstev.
3. Vrednosti sredstev, ki posameznikom omogočijo zdravo življenje (Mackenbach 2012, 762–763).

V zadnjih nekaj desetletjih je postalo jasno, da socialno-ekonomski status pomembno determinira posameznikovo zdravje. Ne glede na geografsko območje je za pripadnike nižjih družbenih razredov značilno slabše zdravstveno stanje in višja umrljivost. Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so v posameznikovem življenju prisotne v vseh fazah. Od rojstva, kjer se kaže v umrljivosti otrok, v odraslosti, ko se pojavijo bolezni srca in ožilja, ter pri starostnikih, v obliki funkcionalnih nezmožnosti. Višji kot je torej socialno-ekonomski status posameznika, manjša je stopnja obolevnosti in umrljivosti (Berkman in drugi 2014, 17).

Model, po katerem imajo pripadniki nižjega socialno-ekonomskega statusa slabše zdravje kot tisti z višjim statusom, se imenuje socialni gradient (glej graf 4.1). Gre za idejo, da povezava med zdravjem in socialno-ekonomskim statusom obstaja, ne glede na to, kateri socialno-ekonomski indikator (izobrazba, poklic in dohodek) ali ocena zdravstvenega stanja (samoocena, stopnja umrljivosti, funkcionalne zmožnosti) se uporabi. Kot opisuje Marmot, posameznike določa statusni sindrom, to pa pomeni, da položaj v družbeni hierarhiji vpliva na zdravstveno stanje posameznikov (Marmot v Segall in Fries 2011, 126–127). Strmina socialnega gradienta se razlikuje od države do države, toda empirični dokazi kažejo na to, da je ne glede na razvitost države relativen položaj v družbeni hierarhiji tisti, ki določa neenakosti v zdravju. To pomeni, da imajo posamezniki nižjega socialno-ekonomskega statusa slabše zdravje, tudi v najbogatejših državah (Wilkinson in Marmot v Segall in Fries 2011, 128).

Graf 5.1: Socialni gradient v zdravju



Vir: Prirejeno po Segall in Fries (2011, 129)

Pri opisovanju vpliva socialno-ekonomskega statusa na zdravje je smiselno omeniti tudi teorijo temeljnih vzrokov, ki sta jo oblikovala sociologa Jo C. Phelan in Bruce G. Link. Z njo sta želela pojasniti, zakaj povezava med socialno-ekonomskim statusom in umrljivostjo prebivalstva obstaja še danes, kljub drastičnim izboljšavam na področju zdravstva. Zgodovinske bolezni, značilne za prebivalstvo nižjega socialno-ekonomskega statusa, kot so tuberkuloza, tifus, ošpice in davica, so se v sodobnem času pretvorile v rakava obolenja ter bolezni srca in ožilja, ki jih povzročajo faktorji tveganja, kot je slaba prehrana, pomanjkanje telesne aktivnosti, ter še bi lahko naštevali. Teorija predpostavlja, da gre za trajno povezavo, saj socialno-ekonomski status obsega faktorje, ki bodo ne glede na časovno obdobje vedno vplivali na zdravje (Phelan in drugi 2010, 28–29).

5.1 POKLIC

Za raziskovanje poklica lahko uporabljamo zaposlitveni status (zaposlen, brezposeln, upokojenec, študent) ali različne poklicne skupine (ročni delavec, nekvalificirani delavec, strokovnjak). Poklic služi kot vmesna točka med izobraževanjem in dohodkom ter tako določa družbeni položaj posameznika. Tako za dohodek in izobrazbo kot tudi za poklic je značilna obojestranskost, kar pomeni, da lahko poklic vpliva na zdravstveno stanje, kot tudi obratno (Holland in drugi 2010, 48).

Problem današnjega časa je še vedno brezposelnost. Ta predstavlja nižji življenjski standard, materialno prikrajšanost, kasneje pa tudi zdravstvene težave. Stres, ki ga posamezniki doživljajo ob izgubi zaposlitve, lahko vodi tako v psihične kot tudi psihosomatske okvare. Brezposelni se najpogosteje srečujejo z depresijo, anksioznimi motnjami, alkoholizmom in drugimi vrstami zasvojenosti. Poleg tega, da lahko brezposelnost vpliva na zdravje, velja tudi obratno. Pogost razlog izgube zaposlitve so namreč bolezni. Brezposelnost in zdravje tako povezuje začarani krog. Oseba, ki je izgubila zaposlitev zaradi bolezni, se srečuje s poslabšanjem zdravstvenega stanja, kar otežuje ponovno zaposlitev (Bilban 2015, 20–25).

5.2 IZOBRAZBA

Izobrazba je na ravni celotne populacije pomembna zaradi razvoja države, hkrati omogoča socialno vključenost, ki vodi v zdravo in varno družbo. Na ravni posameznika izobrazba pomeni boljšo razgledanost in informiranost o zdravju ter zdravem načinu življenja (Higgins in drugi 2008, 5).

Izobrazba in zdravje sta lahko povezana na tri načine:

1. Izobrazba zagotavlja okoliščine za boljše zdravje.
2. Slabo zdravje omejuje pridobivanje izobrazbe.
3. Druge okoliščine, ki določajo tako zdravje kot tudi stopnjo izobrazbe (Cutler in Lleras-Muney 2006, 10).

Višja stopnja izobrazbe potencialno pomeni boljšo zaposlitev, višje dohodke in posledično več sredstev za zdrav način življenja. Izobrazba med drugim omogoča tudi splošno informiranost in razgledanost o boleznih ter varovanju zdravja (Cutler in Lleras-Muney 2006, 14–15). Kot pri poklicu in dohodku tudi za izobrazbo velja obratna vzročnost. Torej slabo zdravje lahko vpliva na stopnjo pridobljene izobrazbe, saj privede do motenj učenja, manjše prisotnosti pri pouku in slabše koncentracije (OECD 2010, 31). Zdravje in izobrazba sta lahko povezana tudi preko okoliščin, ki hkrati določajo tako stopnjo izobrazbe kot zdravstveni status. Sem sodijo na primer genetika, družinsko ozadje in individualne razlike (Fuchs v Cutler in Lleras-Muney 2006, 11).

5.3 DOHODEK

Dohodek, kot indikator socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, velja za enega najkoristnejših. Uporablja se predvsem v raziskavah visoko industrializiranih družb, ki odražajo materializem in ekonomsko uspešnost. Dohodek določa posameznikovo otroštvo, bivanjske razmere, izobrazbo in način življenja ter tako velja za ključno socialno determinanto zdravja (Segall in Fries 2011, 122).

Splošno znano je, da višji dohodek pomeni boljše zdravje. Znotraj neke države so ljudje z višjim dohodkom praviloma bolj zdravi, na drugi strani pa je za družbene skupine z nizkimi dohodki značilna višja stopnja umrljivosti, višja stopnja razširjenosti bolezni in nižja pričakovana življenjska doba (Zhang in drugi 2015). Med dohodkom in zdravjem torej obstaja pozitivna povezanost, kar pomeni, da se z višanjem dohodka izboljšuje zdravstveno stanje posameznika. Pri tem je treba omeniti, da odnos med zdravjem in dohodkom ni linearen. Dohodkovne neenakosti imajo večji vpliv na zdravje pri ljudeh na spodnjem delu dohodkovne lestvice, namreč povečanje dohodka v zgornjem delu lestvice ne vodi v bistveno izboljšanje zdravja. Prav tako se je treba zavedati, da denar, kot tak nima neposrednega vpliva na zdravje. Gre za posredni odnos, kjer dohodek, kot determinanta družbenega položaja, vpliva na družbene razmere in ekonomske priložnosti posameznika. Ljudje z višjimi dohodki si lažje zagotovijo

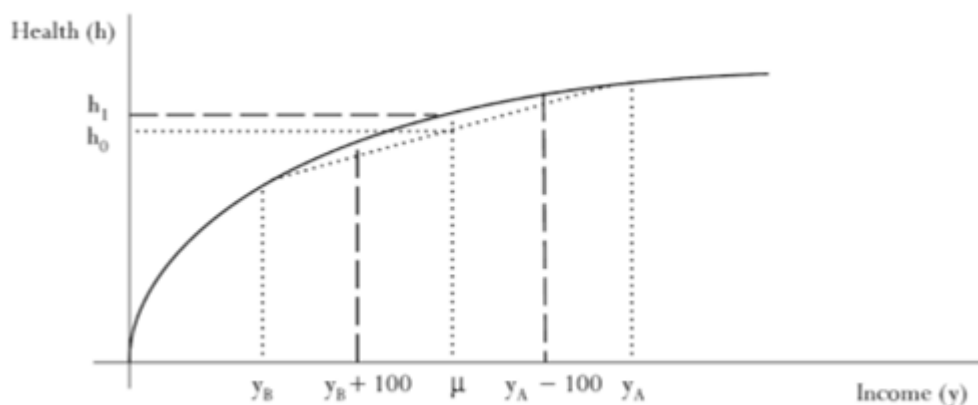
pogoje zdravega življenja, kot so na primer bivanjske razmere, dostop do hrane, možnost športnih aktivnosti in kakovostno šolanje (North Carolina Institute of Medicine 2009, 245).

Na raziskovalnem področju neenakosti v zdravju obstajajo različne hipoteze, ki poskušajo povezati neenakost v dohodku in neenakost v zdravju. Gre za hipotezo o absolutnem dohodku, hipotezo o absolutni revščini, hipotezo o relativnem dohodku, hipotezo o relativni deprivaciji in hipotezo o neenakosti dohodka (Neckerman 2004, 524–525).

5.3.1 Hipoteza o absolutnem dohodku

Hipoteza nakazuje, da pomeni večja dohodkovna neenakost v družbi slabše zdravje posameznikov in obratno. Ameriški sociolog Samuel Preston, ki velja za enega najvplivnejših raziskovalcev na tem področju, je ugotovil, da je vpliv dodatnega dohodka na zdravje večji pri posameznikih nižjega socialno-ekonomskega statusa, kakor pri tistih višjega. To najbolje prikazuje konkavna Prestonova krivulja (glej sliko 5.1). Na navpični osi je prikazano zdravje posameznikov, na vodoravni pa njihov dohodek. Preston je ugotovil, da je odnos med dvema konkaven, pri tem pa je sledil logiki, da prerazporeditev dohodka, od bogatih k revnim, pomeni izboljšanje povprečnega zdravja populacije (Durlauf in Blume 2008, 867).

Slika 5.1: Prestonova krivulja



Vir: Neckerman (2004, 525)

5.3.2 Hipoteza o absolutni revščini

Gre za ekstremno obliko hipoteze o absolutnem dohodku. Izhaja iz ideje, da imajo posamezniki z nižjimi dohodki slabše zdravje, saj so bolj izpostavljeni faktorjem tveganja. To so na primer neustrezna prehrana, stres in izpostavljenost fizičnim nevarnostim. Predpostavlja tudi, da ko posameznik preseže prag revščine, dodatna enota dohodka ne pomeni več bistvenega izboljšanja zdravja (Phipps 2003, 16).

5.3.3 Hipoteza o relativnem dohodku

Hipoteza predpostavlja, da uporaba absolutnega dohodka ni smiselna. Pri iskanju povezave med zdravjem in dohodkom je treba primerjati dohodek posameznika z dohodkom drugih v populaciji. Predpostavlja se, da sta relativni dohodek in zdravje pozitivno povezana. Torej, če ima posameznik manjši dohodek kot vsi drugi, bo to vodilo v slabše zdravstveno stanje (Wagstaff in van Doorslaer; Kawachi in drugi v Bernhardsson in Wästlund 2015, 8).

Relativni dohodek lahko na posameznikovo zdravje vpliva posredno ali neposredno. Posamezniki z manj dohodka doživljajo stres in sram, ko se primerjajo z drugimi. To vodi v psihosomatske motnje, kot je na primer povišan krvni tlak (neposredni vpliv), ali pa v škodljive razvade, kot je na primer kajenje (posredni vpliv) (Eibner in Evans v Bernhardsson in Wästlund 2015, 9).

5.3.4 Hipoteza o relativni deprivaciji

Gre za hipotezo, ki nekoliko razširi zgoraj opisano hipotezo o relativnem dohodku. Pravi, da na zdravje ne vpliva samo relativni dohodek posameznika, temveč celoten relativni položaj posameznika v družbi. Tako se na primer poleg dohodka upošteva tudi vpliv izobrazbe in zaposlitvenega statusa (Adler in drugi; Marmot in drugi v Neckerman 2004, 525).

5.3.5 Hipoteza o neenakosti dohodka

Je hipoteza, ki se najbolj neposredno osredotoča na odnos med dohodkovno neenakostjo in neenakostjo v zdravju. Ideja je, da na zdravje posameznikov ne vpliva samo njihov absolutni dohodek, temveč tudi razporeditev dohodka v družbi. Če torej v družbi prevladuje dohodkovna neenakost, posamezniki doživljajo psihosocialne stiske, le-te pa povzročajo slabše zdravje (Wilkinson in Pickett v Bhattacharya in drugi 2013, 64–65).

5.4 ŽIVLJENJSKI SLOG

Življenjski slog velja za enega pogostejših povzročiteljev bolezni v razvitih državah. Sem sodijo telesna aktivnost, način prehranjevanja, uživanje alkohola in kajenje. Kot ugotavljajo Buzeti in drugi, številne študije nakazujejo, da je življenjski slog tesno povezan s socialno-ekonomskim statusom ter posledično z neenakostmi v zdravju (Buzeti in drugi 2011, 36). Raziskava, ki sta jo opravili Černigoj-Sadar in Brešar, pa kaže, da je bolj verjetno, da socialno-ekonomski status vpliva na intenzivnost škodljivih navad, kakor pa na njihovo število. Tako na primer posamezniki iz višjih slojev, zaradi večje ozaveščenosti, bolj kontrolirajo intenzivnost svojih škodljivih navad kakor tisti iz nižjih slojev (Černigoj-Sadar in Brešar 1996, 184–190).

5.4.1 Telesna aktivnost

Telesna aktivnost velja za enega najpomembnejših doprinosov k dobremu zdravju. Raziskave so pokazale, da dejavnosti, kot so tek, hoja in drugačne oblike športa, bistveno prispevajo tako k fizičnemu kot tudi mentalnemu zdravju. Kljub splošni informiranosti o pozitivnih učinkih telesne aktivnosti pa je ravno njeno pomanjkanje vsako leto usodno za dva milijona ljudi (SZO v Fries in Segall 2011, 199). Premajhna telesna aktivnost se kaže v povečanem tveganju za bolezni srca, rakava obolenja, sladkorno bolezen, infarkt in depresijo. Kot navaja SZO, naj bi bilo prav pomanjkanje telesne aktivnosti glavni razlog za nastanek 27 odstotkov sladkornih bolezni, 21–25 odstotkov raka na črevesju in dojkah ter 30 odstotkov koronarnih srčnih bolezni (Svetovna zdravstvena organizacija 2017c).

Nabor raziskav, ki se ukvarjajo z odnosom med socialno-ekonomskimi faktorji in telesno aktivnostjo, narašča. Glavne ugotovitve teh raziskav so, da med dohodkom in telesno aktivnostjo obstaja pozitivna povezanost, pri čemer so tisti z višjim dohodkom bistveno bolj aktivni kot tisti z nižjim dohodkom (Kari in drugi 2015, 2).

5.4.2 Način prehranjevanja

Način prehranjevanja je povezan predvsem s socialno-ekonomskim statusom. Posamezniki z višjim socialno-ekonomskim statusom zaužijejo kakovostnejšo hrano kot tisti z nižjim statusom. Slednji naj bi zaužili več energetske bogate hrane, kot sta na primer sladkor in maščoba, kar lahko vodi v slabše zdravstveno stanje ter višjo stopnjo umrljivosti. Razlogi za slabo prehrano posameznikov z nižjim socialno-ekonomskim statusom se pripisujejo predvsem slabi informiranosti, dostopnosti do hrane in višji ceni kakovostne hrane (Darmon in Drewnowski 2008, 1107).

5.4.3 Uživanje alkohola

Razlike v socialno-ekonomskem statusu obstajajo tudi pri uživanju alkoholnih pijač. Pitje alkohola je praviloma manjše med nižje izobraženimi in se z višanjem izobrazbe, povečuje. Prav tako je manj pogosto uživanje alkohola med brezposelnimi (CINDI v Buzeti in drugi 2011, 39). Raziskave so pokazale, da je v razvitih državah delež tistih, ki pijejo alkohol, večji med posamezniki iz višjih socialno-ekonomskih slojev, vendar pa je količina zaužitega alkohola manjša kakor pri pripadnikih nižjih socialno-ekonomskih slojev (Schmidt in drugi 2010, 17).

5.4.4 Kajenje

Hude bolezni, ki so posledica kajenja, vsako leto ubijejo 5 milijonov kadilcev in 600 000 pasivnih kadilcev. Na svetovni ravni kajenje predstavlja približno polovico socialno-

ekonomskih neenakosti v stopnji umrljivosti. Kljub temu da se stopnja kadilcev v razvitih državah zmanjšuje, je njihov delež največji med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega statusa (Amos in drugi 2012, 390).

5.5 NEENAKOSTI V ZDRAVJU V RAZLIČNIH STAROSTNIH OBDOBJIH

Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so prisotne v vseh obdobjih človeškega življenja. Vse od otroštva in mladosti do odraslosti ter pozne odraslosti vplivajo socialne in fizične razmere, v katerih se posamezniki rodijo, živijo, delajo ter se starajo, na njihovo zdravstveno stanje (Healthy People 2017).

5.5.1 Otroštvo

Zgodnje in srednje otroštvo predstavlja kognitivno, fizično in socialno podlago za nadaljnje življenje. Izpostavljenost otrok neugodnim razmeram vodi v kasnejša škodljiva vedenja, kot so kajenje, alkoholizem in zloraba drog, hkrati pa vpliva na pojavnost zdravstvenih težav, kot so sladkorna bolezen, debelost ter težave s srcem (Healthy People 2017). Otroci, ki so rojeni materi nizkega socialno-ekonomskega statusa, so bolj izpostavljeni tveganjem, kot so prezgodnja umrljivost, nizka porodna teža in prirojene bolezni. Zdravstveno stanje otrok ni odvisno samo od družbenega položaja matere, temveč tudi od fizičnih in družbenih okoliščin, v katerih se otrok rodi ter odrasča. Vse to predstavlja osnovo za zdravje posameznikov v nadaljnjem življenju (Alemán-Díaz in drugi 2016, 7).

Najpogosteje uporabljena socialna determinanta zdravja otrok je socialno-ekonomski status, natančneje dohodek. V splošnem velja, da so otroci iz premožnejših družin bolj zdravi, medtem ko se pri materialno prikrajšanih otroci pogosteje pojavlja slabo zdravstveno stanje, na primer bolezni dihal in poškodbe. Torej višji kot je dohodek družine, lažje se zagotovijo dobrine, sredstva in storitve, ki preprečujejo nastanek bolezni pri otrocih ter jim omogočajo brezskrbno življenje. Raziskovalci so našli povezavo med izobrazbo in poklicem ter zdravjem otroka. Stopnja izobrazbe, predvsem materine, je tesno povezana z razširjenostjo bolezni dihal pri otroku. Prav tako je brezposelnost staršev povezana s pojavom kroničnih bolezni, slabih prehranjevalnih navad in okužb, ki niso povezane s finančnimi obremenitvami brezposelnosti (Victorino in Gauthier 2009, 2).

5.5.2 Mladost

Raziskovalci so dolgo časa zapostavljali zdravje mladostnikov, kljub temu da se v tem obdobju pojavlja visoka stopnja samomorov, mentalnih bolezni, poškodb in zlorabe substanc. Zdravje

mladostnikov naj bi oblikovala dva dejavnika, in sicer postopno prehajanje v dobo odraslosti ter slabitev socialne in ekonomske podpore, ki so je bili vajeni. Z izpolnitvijo 18. leta se pri posameznikih začne pestro obdobje osamosvajanja in prevzemanja odgovornosti. V ospredju so dokončanje izobraževanja, zaposlitev in finančna osamosvojitev (Park in drugi 2006, 305).

Mladi so še posebej ranljiva skupina na področju zaposlovanja, saj jim primanjkuje izkušenj in ustreznih priložnosti za zaposlitev. Mladost je obdobje številnih prehodov na trgu dela in kratkotrajnih delovnih obdobj med različnimi delodajalci ter kariero. Kljub temu da je v sodobnem času vedno več izobraževalnih možnosti, je zaposlitev mladih, zaradi visoke stopnje brezposelnosti in negotovih delovnih pogojev, vse težja. To vodi v psihološke težave, slabo kakovost življenja in večjo stopnjo škodljivih razvad, kot sta kajenje ter uživanje alkohola. Raziskave so prav tako pokazale, da ima brezposelnost v mladih letih vpliv na zdravje v kasnejših življenjskih obdobjih (Vancea in Utzet 2017, 73–74).

5.5.3 (Pozna) odraslost

Z vse daljšo pričakovano življenjsko dobo imajo odrasli več možnosti za zdravo in polno življenje. Kljub temu imajo manjši dohodek, mobilnost in manjša socialna podpora največji učinek na zdravje prav v (pozni) odraslosti. Poleg tega pa tisti, ki so se v predhodnih obdobjih soočali s socialnimi in ekonomskimi stiskami, tovrstne dejavnike doživljajo še toliko huje, ter se v skrajnih primerih soočajo s prezgodnjo smrtjo (Farrell in drugi 2008, 38).

Odraslost je doba, kjer so neenakosti v zdravju največje. S staranjem se namreč stopnja obolevnosti stopnjuje, prav tako je v tem obdobju socialno-ekonomski status najpomembnejši. Neenakosti v zdravju se začnejo zmanjševati pri približno 65. letu starosti (Wolfe in drugi 2012, 3). Splošna razlaga za tovrstno zmanjševanje neenakosti v zdravju v pozni odraslosti je selektivna umrljivost (ang. *selective mortality*). Gre za idejo, da prezgodnja umrljivost prevladuje pri pripadnikih nižjih slojev, kar vodi v zmanjšanje socialno-ekonomskega vpliva na zdravje v poznem obdobju in posledično v navidezno zmanjšanje neenakosti v zdravju (Diehr in drugi v McMunn in drugi 2009, 182). Po mnenju Housa in drugih je zmanjševanje neenakosti v pozni odraslosti posledica univerzalnosti biološke krhkosti (ang. *universality of biological frailty*). Izhajajoč iz tega, se obolevnost v poznem odraslem obdobju poveča tudi med bogatejšimi posamezniki, kar pomeni, da se socialno-ekonomske neenakosti v zdravju zmanjšajo (House in drugi v Benzeval in drugi 2011, 1).

5.6 NEENAKOSTI V ZDRAVJU GLEDE NA SPOL

Raziskave na temo neenakosti v zdravju med moškimi in ženskami postajajo vse pogostejše. Poleg tega, da na zdravje enih ali drugih vplivajo biološke determinante, so pomembne tudi spolne vloge, ki jih igrajo v posameznih družbah (Rieker in Bird v Segall in Fries 2011, 145). Spolne neenakosti v zdravju zrcalijo splošne družbene neenakosti med spoloma, ki obsegajo naslednji lastnosti:

1. Moški in ženske zasedajo različne družbene, politične in ekonomske položaje znotraj družbe.
2. Razlike v družbenih položajih med moškimi in ženskami vodijo v družbeno konstruirane neenakosti v zdravju (Ostlin in drugi v Smith in drugi 2016, 98–99).

Socialne determinante imajo hkrati enak in različen vpliv na zdravje žensk ter moških. Ženske imajo tako biološko prednost v kontekstu pričakovane življenjske dobe, saj živijo dlje kot moški. Po drugi strani pa so ženske pod številnimi pritiski, kot so manjši dohodki ter skrb za dom in družino. Stres, ki ga prinaša nižji dohodek, pomembno vpliva na zdravje tistih, ki so na nižjih socialno-ekonomskih položajih, še posebej na zdravje žensk (Farrell in drugi 2008, 34). Na zdravje žensk bolj vplivajo strukturni faktorji, kot so dohodek, zaposlitev, skrb za družino in socialna podpora, medtem ko na zdravje moških bolj vplivajo vedenjski vzorci, kot sta kajenje in uživanje alkohola (Denton in Walters v Segall in Fries 2011, 155).

Neenakosti v zdravju moških in žensk so praviloma odvisne od treh dejavnikov, in sicer socialno-ekonomskega statusa, vedenjskih vzorcev ter psihosocialnih dejavnikov. Najneposrednejši vpliv na zdravje ima socialno-ekonomski status, namreč razlike v zaposlitvi ali dohodku, med moškimi in ženskami, vodijo v neenakosti v zdravju. Kajenje, uživanje alkohola, telesna vadba in drugi vedenjski vzorci prav tako veljajo za ključne determinante zdravja, še posebej zato, ker imajo vpliv na kasnejša življenjska obdobja. Neenakosti v zdravju med spoloma se tako pripisujejo različnim vedenjskim vzorcem, značilnim za moške oziroma ženske. Tako je za moške bolj značilno kajenje in pitje alkohola, medtem ko je za ženske značilna manjša telesna aktivnost. Na zdravje vplivajo tudi psihosocialni dejavniki, kot so socialna podpora, stresni dogodki in kronični stres. Na primer nizka socialna podpora ima pomemben vpliv na fizično in mentalno zdravje. Ker ženske živijo dlje kot moški, je manj verjetno, da bodo imele partnerja in imajo posledično manj neformalne podpore. Prav tako je za ženske bolj značilna pojavnost kroničnega stresa in stresnih dogodkov (Prus in Gee 2003, 306–307).

Prepričanje med raziskovalci je, da je zdravje žensk v splošnem boljše. Zdravstveno stanje moških naj bi bilo po vsem svetu slabše kakor zdravstveno stanje žensk, kar nekateri pripisujejo večji izpostavljenosti poklicnim tveganjem, nevarnemu življenjskemu slogu in dejstvu, da moški v manjšem obsegu uporabljajo zdravstvene storitve (Baker in drugi 2014, 618).

6 EKONOMSKA KRIZA IN NJEN VPLIV NA ZDRAVJE

Ekonomska kriza evroobmočja velja za najhujšo krizo po veliki depresiji. Dotaknila se je tako razvitih kot nerazvitih držav, vzroki zanjo pa so kompleksni in še zmeraj predstavljajo uganko. Splošno znano je, da se je začela po letu 2008 v Združenih državah Amerike s finančnim zlomom, ki je temeljil na hipotekarnih kreditih. Nabor slabih posojil bank je vodil v propad številnih bank po svetu. Države, ki so se odločile pomagati bankam, so krepile svoj dolg, to pa je vodilo v ekonomsko krizo (Stražičar in drugi 2015, 16–17). Zaskrbljenost glede prihajajoče ekonomske krize se je najprej začela novembra 2009, ko je Grčija razkrila obsežne proračunske primanjkljaje. Temu vzorcu je v naslednjih letih sledila večina držav članic, še posebej Španija, Portugalska, Italija, Irska in Ciper. Pojavile so se številne gospodarske in finančne reforme ter ostri varčevalni ukrepi (Samarakoon 2017, 115).

Ekonomska kriza se je Slovenije dotaknila nekoliko kasneje, kar pomeni, da so bile tudi njene posledice vidne šele v nadaljnjih letih. Prve vidne posledice so se pojavile na trgu dela, kjer se je med leti 2009 in 2010 zgodil izrazit padec zaposlenosti. Kljub temu da je brezposelnost pri ženskah nespremenljivo večja kakor pri moških, je le-ta huje prizadela moške, saj je med leti 2009 in 2012 delovna aktivnost moških padla za 4,6 odstotka, delovna aktivnost žensk pa za 1,6 odstotka (Humer in Roksanđić 2013, 6). Na podlagi kazalnikov, kot sta stopnja zaposlenosti in gospodarska rast, lahko za konec ekonomske krize v Sloveniji obeležimo leto 2014. Bruto domači proizvod (BDP) je bil v primerjavi z istim obdobjem leta 2013, višji za 2,9 odstotka. Ugodne posledice gospodarske rasti so se kazale tudi na področju zaposlovanja, ki se je v drugem četrtletju leta 2014 povečalo za 0,7 odstotka (Repovž in Gole 2014).

Večina študij na temo krize in njenih družbenih posledic se je koncentrirala okoli revščine in dohodkovne neenakosti. Poročilo Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljevanju OECD) iz leta 2013 je razkrilo, da se dohodek najbogatejšega prebivalstva iz leta 2010 ne razlikuje bistveno od tistega iz leta 2007. Na drugi strani pa se je dohodek najrevnejših od leta 2007 vsako leto, zmanjšal za 2 odstotka. Posledično se je v državah OECD povečala stopnja ljudi, ki so živeli v revščini, in tudi stopnja dohodkovne neenakosti. To isto poročilo je

razkrilo, da je bila dohodkovna neenakost največja v prvih treh letih po krizi, najbolj pa je prizadela Italijo, Grčijo, Španijo in Irsko (De Vogli 2014, 4).

Kriza evroobmočja se je dotaknila predvsem ranljivih skupin in povzročila višjo stopnjo samomorov ter smrti, še posebej med tistimi, ki so zaradi krize izgubili zaposlitev, dom in ekonomski status. Od izbruha krize je v Evropi zaposlitev izgubilo približno 10,2 milijona ljudi, hkrati pa so številna podjetja končala v stečaju. Lokalne vlade so zaradi vse večjega javnega dolga in pritiskov s strani Evropske komisije, Evropske centralne banke ter Mednarodnega denarnega sklada iskale posojila, le-ta pa so vodila v ostre varčevalne ukrepe in še dodatno oslabila osnovne socialne storitve (De Vogli 2014, 4).

Naraščajoča brezposelnost, kot najvidnejša posledica krize, je pustila pečat tudi na zdravju prebivalstva. Posamezniki ob izgubi zaposlitve doživljajo stres, kar vodi do povišanja krvnega tlaka in krvnega sladkorja. Prav tako brezposelni, zaradi manjšega dotoka prihodkov, varčujejo pri osnovnih sredstvih, kot so zdrava prehrana in športne aktivnosti, zaradi zaskrbljenosti pa se pogosto zatekajo k nezdravim navadam, kot sta kajenje ter alkohol. Pri tem je treba omeniti tudi mlade. Zaradi posledic krize večina mladih po končanem šolanju ne dobi zaposlitve ali pa se zaposli za določen čas. Vse več fleksibilnih oblik dela in manjša socialna varnost povzroča stres, izgorelost in psihične motnje, kot je depresija (Nolimal 2013).

Paradoksalno naj bi se zdravje v povprečju po krizi izboljšalo. Povečalo se je sicer število samomorov, vendar se je hkrati zmanjšala splošna stopnja umrljivosti. Razlog se verjetno skriva v dejstvu, da se je finančna kriza bolj dotaknila določenih socialno-ekonomskih skupin in tako vodila v različne zdravstvene izide. Nižje socialno-ekonomske skupine je kriza bolj prizadela in bolj vplivala na njihovo zdravje, medtem ko, na drugi strani, kriza ni pustila hujših posledic pri višjih socialno-ekonomskih skupinah (De Vogli 2014, 4–5).

7 ANALIZA PODATKOV IN UGOTOVITVE

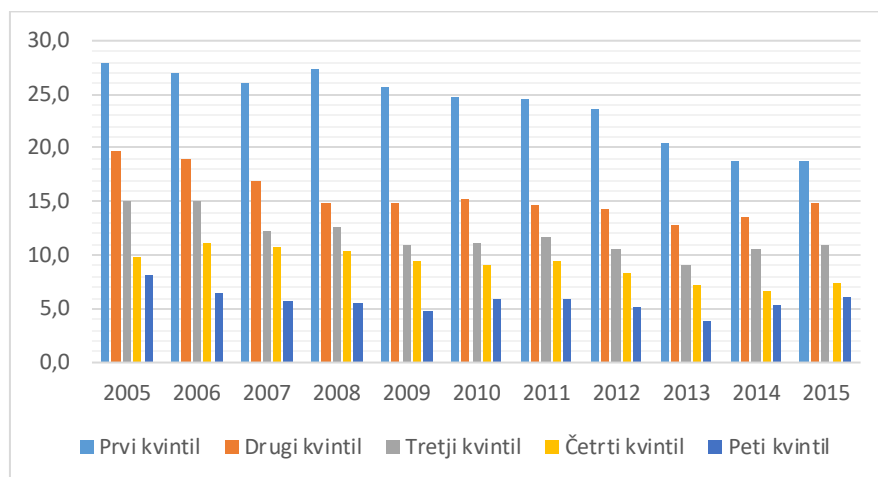
Poglavje je osnovano na podlagi sekundarnih podatkov, s pomočjo katerih skušam odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Podatki so pridobljeni na spletni strani statističnega urada Eurostat za obdobje desetih let, in sicer 2005–2015, pri čemer za čas ekonomske krize štejem obdobje med leti 2008 in 2014.

Uporabljen kazalnik zdravstvenega stanja oseb je samoocena zdravja, izražena v odstotkih. Gre za subjektivno presojo posameznikov, ki lahko svoje zdravstveno stanje ocenijo z zelo dobro, dobro, srednje, slabo ali zelo slabo. Pri analizi uporabljam zgolj podatke, ki se vežejo na slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje, saj to omogoča lažji pregled nad neenakostmi v zdravju. Statistična enota so prebivalci Slovenije, stari 16 let, ali več, in živijo v zasebnih gospodinjstvih oziroma v primeru drugega raziskovalnega vprašanja, prebivalci Slovenije stari 16–29 let. Samoocena zdravja je nadalje razčlenjena glede na dohodek gospodinjstva. Kot statistična enota dohodka so uporabljeni kvintili, ki delijo populacijo na pet skupin, znotraj vsake pa je 20 odstotkov celotne populacije. Pri tem prvi kvintil označuje 20 odstotkov najrevnejših, peti kvintil pa 20 odstotkov najbogatejših (Eurostat 2017).

7.1 NEENAKOSTI V ZDRAVJU, POVEZANE Z DOHODKOM

V diplomskem delu je bilo govora o pomenljivosti socialno-ekonomskega položaja za zdravje ljudi in razlik med njimi. Ker je gospodarska kriza pomembno zamajala materialni položaj posameznikov, bo nadaljevanje namenjeno ugotavljanju, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med, pred in po krizi.

Graf 7.1: Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na dohodek



Vir: Eurostat (2017)

Iz grafa 7.1 je razvidno, da zdravstveno stanje najslabše ocenjuje prvi kvintil, nato sledijo drugi, tretji in četrti kvintil, najmanj ocen slabega ali zelo slabega zdravstvenega stanja je v petem kvintilu. V desetletnem obdobju je bila samoocena zdravstvenega stanja najslabša leta 2005, ko je v prvem kvintilu znašala 27,9 odstotka. Od leta 2005 naprej so ocene slabega oziroma zelo slabega zdravstvenega stanja manjše, razen četrtega kvintila, ki je zdravstveno stanje najslabše ocenjeval leta 2006. Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje se je v prvem kvintilu od leta 2005 do leta 2015 postopno zmanjševalo, z izjemo leta 2008, ko je znova naraslo na 27,4 odstotka. Na drugi skrajnosti so se slabe ali zelo slabe samoocene zdravstvenega stanja v petem kvintilu zmanjševale do leta 2009, ko so znašale 4,8 odstotka. Nato so med leti 2010 in 2011 rahlo narasle ter se do leta 2013 zopet zmanjšale na 3,9 odstotka. Poudariti velja, da je zdravstveno stanje od leta 2013 v petem, tretjem in drugem kvintilu oziroma leta 2014 v četrtem kvintilu vedno slabše, medtem ko je v prvem kvintilu od leta 2012 vedno manj ocen slabega ali zelo slabega zdravstvenega stanja. Največja razlika med prvim in petim kvintilom je bila leta 2008, ko je znašala 21,8 odstotne točke, najmanjša pa leta 2015 z 12,5 odstotne točke.

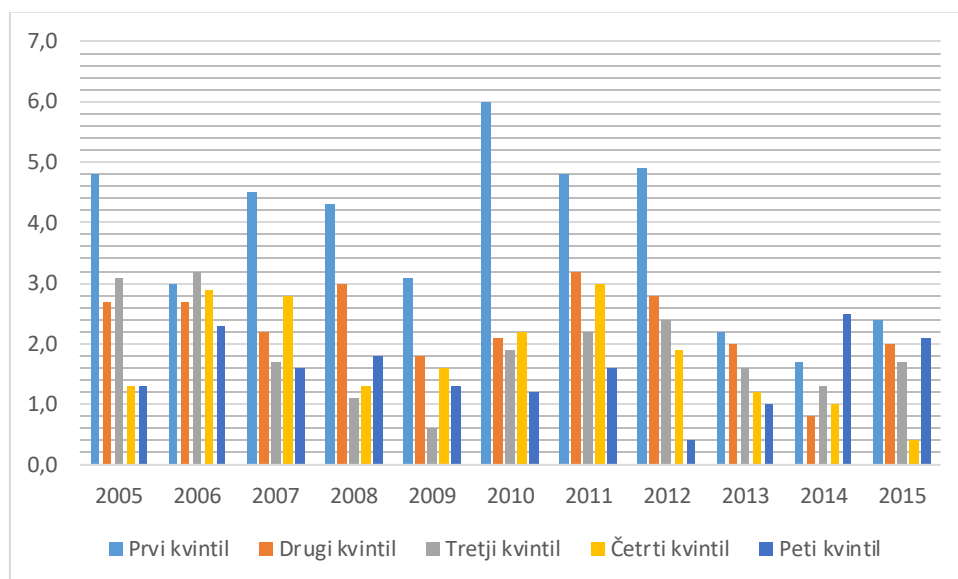
Graf 7.1 nazorno prikazuje socialni gradient v zdravju. Najslabše ocene zdravstvenega stanja so prisotne v prvem kvintilu, torej med najbolj prikrajšanimi. V ostalih kvintilih se slabe ali zelo slabe samoocene zdravstvenega stanja postopno zmanjšujejo in so najnižje v petem kvintilu oziroma med najbogatejšimi. Za ugotavljanje neenakosti v zdravju je smiselno primerjati prvi in peti kvintil. V desetletnem obdobju so neenakosti v zdravju, med prvim in petim kvintilom, dosegle vrh leta 2008, torej ob začetku ekonomske krize ter se nato začele postopno zmanjševati. Sklenemo lahko, da so bile neenakosti v zdravju, povezane s stopnjo

dohodka, nekoliko večje v času krize, kakor v obdobju pred in po krizi, vendar bi težko trdili, da je kriza pomembno vplivala na neenakosti v zdravju, saj so le-te začele upadati že v obdobju krize.

7.2 NEENAKOSTI V ZDRAVJU MLADIH, POVEZANE Z DOHODKOM

Mladi veljajo za bistvo razvoja vsake družbe, toda dandanes sta prehod v dobo odraslosti in uresničevanje potencialov postavljena na kocko. Kljub temu da se stopnja izobraženosti povečuje, je nedavna kriza otežila vstop mladih na trg dela in posledično vplivala na njihov dohodek. Podpoglavje je namenjeno ugotavljanju, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju mladih med, pred in po krizi.

Graf 7.2: Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje mladih glede na dohodek



Vir: Eurostat (2017)

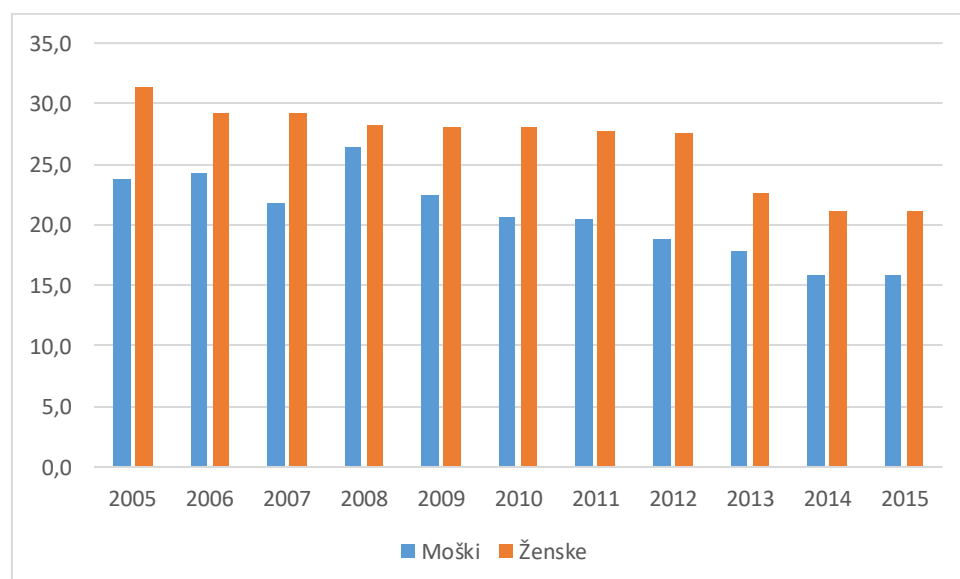
Graf 7.2 prikazuje slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje mladih med leti 2005 in 2015. Kot je razvidno, je samoocena slabega ali zelo slabega zdravstvenega stanja mladih v prvem kvintilu med leti 2005 in 2009 upadla, nato je leta 2010 strmo narasla na 6 odstotkov. Od leta 2011 stopnja slabe samoocene zdravja upada, z izjemo leta 2012 in 2015, ko je rahlo narasla. Drugi in četrti kvintil sta zdravje najslabše ocenjevala leta 2011, tretji kvintil leta 2006, peti pa leta 2014. Posebej izstopa leto 2006, kjer je zdravje najslabše ocenjeval tretji kvintil in leto 2014, ko je zdravje najslabše ocenjeval peti kvintil. Do največje razlike med prvim in petim kvintilom je prišlo leta 2010, in sicer za 4,8 odstotne točke, medtem ko je bila najmanjša razlika leta 2015 z 0,3 odstotne točke.

Videti je, da neenakosti v zdravju med mladimi ne sledijo popolnoma socialnemu gradientu zdravja. Neenakosti so sicer očitne, vendar preseneča, da leta 2006 in 2015 niso mladi iz prvega kvintila tisti, ki bi najslabše ocenjevali svoje zdravje. Pri primerjavi med prvim in petim kvintilom najbolj izstopa leto 2010. To bi lahko pripisali posledicam krize. Neenakosti v času pred krizo so bile v primerjavi z obdobjem po krizi relativno velike, vendar vseeno manjše kot v času krize. Na drugo raziskovalno vprašanje, kjer nas je zanimalo, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju mladih med, pred in po krizi, bi tako lahko odgovorili, da so bile neenakosti v zdravju relativno velike v času pred krizo, nato so se v obdobju krize povečale, v času po krizi pa upadale.

7.3 NEENAKOSTI V ZDRAVJU MED SPOLOMA, POVEZANE Z DOHODKOM

Spol in njegov vpliv na socialno-ekonomski status je že od nekdaj pomemben. Kljub temu da je dandanes viden napredek v smeri enakosti spolov, se ženske še vedno pogosteje srečujejo z manjšimi dohodki, slabše plačanimi poklici, fleksibilnimi oblikami dela in brezposelnostjo (Popit 2009, 90). Spolna vloga, v katero je posameznik rojen, tako pomembno vpliva tudi na njegovo zdravje in neenakosti med spoloma. Stopnja brezposelnosti žensk je sicer v vseh obdobjih višja kakor brezposelnost moških, vendar pa je v prvih letih krize brezposelnost moških naraščala v večjem obsegu. To je vodilo v manjše razlike v delovni aktivnosti spolov. S tretjim raziskovalnim vprašanjem, pri katerem nas zanima, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med spoloma med, pred in po krizi, tako ugotavljam, ali so manjše neenakosti v brezposelnosti med spoloma povzročile tudi manjše neenakosti v zdravju.

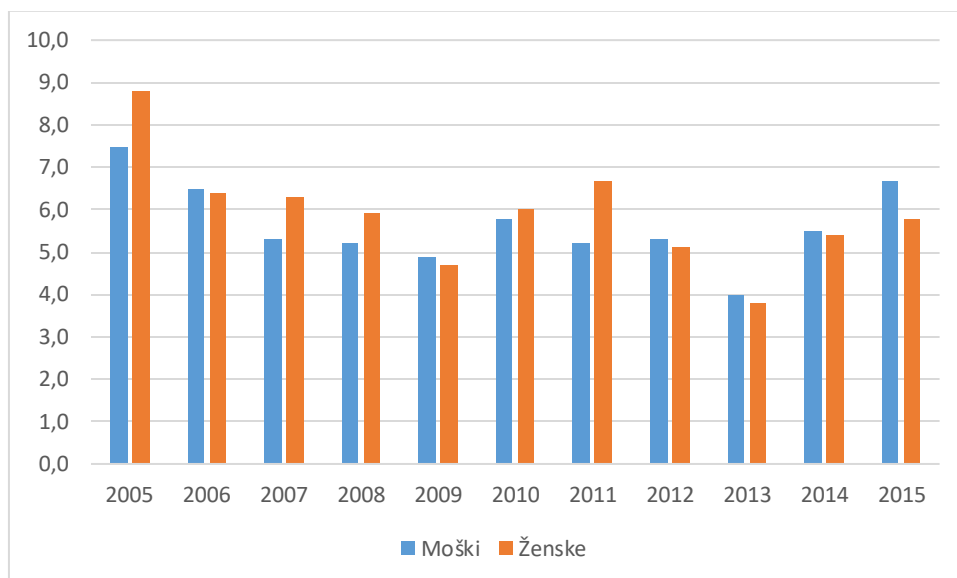
Graf 7.3: Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na spol, prvi kvintil



Vir: Eurostat (2017)

Iz grafa 7.3 so razvidne samoocene slabega ali zelo slabega zdravstvenega stanja med moškimi in ženskami v prvem, najnižjem kvintilu. V celotnem desetletnem obdobju so zdravje v prvem kvintilu najslabše ocenjevale ženske. Največja neenakost v samooceni med moškimi in ženskami se pojavi leta 2012, ko je znašala 8,7 odstotne točke, najmanjša pa leta 2008 z 1,7 odstotne točke. Ženske so zdravje najslabše ocenjevale leta 2005 z 31,3 odstotka, najmanj slabih samoocen zdravja med ženskami pa je bilo leta 2015 z 21,1 odstotka. Moški so zdravje najslabše ocenjevali leta 2008 s 26,5 odstotka, najmanj slabih samoocen pa je bilo leta 2015 s 15,8 odstotka.

Graf 7.4: Slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje glede na spol, peti kvintil



Vir: Eurostat (2017)

Graf 7.4 prikazuje slabo ali zelo slabo zdravstveno stanje med moškimi in ženskami v petem, najvišjem kvintilu. Med leti 2005 in 2015 so bile slabe samoocene zdravja pogostejše pri moških kakor pri ženskah. Do največje neenakosti v zdravju med spoloma je prišlo leta 2011, ko je znašala 1,5 odstotne točke, medtem ko se najmanjša razlika v samooceni pojavi leta 2006 in 2014, ko znaša 0,1 odstotne točke. Moški so zdravje najslabše ocenjevali leta 2005 s 7,5 odstotka, najmanj slabih samoocen je bilo leta 2013 s 4,0 odstotka. Najslabše samoocene med ženskami se pojavijo leta 2005 z 8,8 odstotka, najmanj slabih ocen pa leta 2013 s 3,8 odstotka.

Graf 7.3 kaže na to, da so samoocene slabega ali zelo slabega zdravstvenega stanja v najnižjem kvintilu pogostejše pri ženskah kakor pri moških. To lahko pripišemo temu, da strukturni dejavniki, kot je nizek dohodek, bolj vplivajo na ženske kakor moške. Najmanjše razlike v oceni

zdravja so se pojavile leta 2008, torej ob začetku krize, največje razlike pa leta 2012, med krizo. Presenetljiv podatek kaže graf 7.4, po katerem so slabo zdravje v najvišjem kvintilu pogostejše ocenjevali moški. Izhajajoč iz tega lahko sklepamo, da ima dohodek na nižjih socialno-ekonomskih položajih večji vpliv na zdravstveno stanje žensk, na višjih socialno-ekonomskih položajih pa bolj na zdravstveno stanje moških. Najmanjše neenakosti med spoloma v petem kvintilu so se pojavile leta 2006 in 2014, torej pred krizo ter po krizi, največje neenakosti pa leta 2011, v času krize. Sklenemo lahko, da so se neenakosti v zdravju v prvem kvintilu, v času krize povečale. Četudi so bile najmanjše neenakosti ob začetku krize, torej, leta 2008, so se v nadaljevanju krize povečevale in dosegle svoj vrh leta 2012. Neenakosti v času pred krizo so bile v primerjavi s časom po krizi večje, pa vseeno manjše kakor v obdobju krize. Enako lahko sklenemo v primeru petega kvintila. Najmanjše razlike med spoloma v samooceni zdravja so se pojavile pred krizo, leta 2006 in po krizi leta 2014, največja neenakost pa v času krize, in sicer leta 2011. Relativno velike neenakosti so se pojavile tudi v obdobju pred krizo in se v obdobju po krizi znova povečujejo.

8 ZAKLJUČEK

Neenakosti v zdravju so problem, ki zadeva tako revne kot bogate države. Poleg bioloških determinant, kot so na primer spol, starost in genski zapis, na zdravje posameznikov pomembno vplivajo socialne determinante. Dohodek, izobrazba in poklicni status lahko izboljšajo zdravje, ali ga popolnoma poslabšajo. Socialni gradient v zdravju nakazuje, da so premožni posamezniki, z visokim socialno-ekonomskim statusom, v splošnem boljšega zdravstvenega stanja, kot pa tisti, ki so nižje na socialno-ekonomski lestvici. Položaj posameznika lahko na zdravje vpliva posredno ali neposredno. Ko govorimo o neposrednem vplivu, mislimo predvsem na psihosocialne stiske, ki ji prinaša določen položaj in njihov vpliv na fizično zdravje. Posredni vpliv na drugi strani pa se kaže, kadar posameznik zaradi stresa posega po različnih oblikah škodljivega vedenja, kot sta kajenje in zloraba alkohola. Neenakosti v zdravju se ne pojavljajo zgolj v določenem starostnem obdobju, temveč skozi celoten življenjski potek. Socialni gradient v zdravju je najstrmejši v obdobju (pozne) odraslosti, saj se takrat individualni socialno-ekonomski status popolnoma razvije, prav tako pridejo do izraza različne stopnje obolevnosti. Pomembna socialna determinanta zdravja je tudi spol. Še vedno živimo v svetu, kjer igrajo ženske relativno podrejeno vlogo. Če so biološki dejavniki na eni strani bolj naklonjeni ženskam kakor moškim, so na drugi strani socialni dejavniki tisti, ki oblikujejo nepravilne neenakosti v zdravju.

Pri preučevanju neenakosti ne moremo mimo nedavne ekonomske krize, ki jo je bilo moč občutiti tudi v Sloveniji. Kombinacija vse manjše delovne aktivnosti, socialne varnosti in splošnih ekonomskih pretresov je poglobila družbene neenakosti ter se najbolj dotaknila ranljivih skupin. Stanje na trgu dela je pustilo posledice tudi na zdravju ljudi. Psihosocialne stiske, ki so jih posamezniki doživljali ob izgubi zaposlitve, zmanjšanem dohodku ali pa bolj fleksibilnih oblikah dela, so pustile posledice na fizičnem zdravju. Zaradi nižjih dohodkov se je spremenil dostop do zdrave prehrane, stres, ki ga je prinesla ekonomska kriza, pa je vplival tudi na življenjski slog in aktivnost prebivalcev.

Prvo raziskovalno vprašanje, pri katerem nas je zanimalo, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med, pred in po krizi, je služilo za ugotavljanje vpliva krize na neenakosti v zdravju. Kot ugotavljam, so neenakosti v zdravju med prvim in petim kvintilom dosegle svoj vrh leta 2008, ko se je kriza komaj začela, potem pa so se neenakosti začele postopno zmanjševati. Prav tako so bile neenakosti pred krizo v splošnem večje kakor v času krize. Na podlagi teh podatkov sem lahko sklenila, da kriza ni imela večjega vpliva na neenakosti v zdravju.

Drugo raziskovalno vprašanje, pri katerem nas je zanimalo, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju mladih med, pred in po krizi, je bilo namenjeno ugotavljanju vpliva krize na neenakosti v zdravju mladih, glede na to, da gre praviloma za del prebivalstva, ki ga spremlja relativno dobro zdravstveno stanje. Ugotovila sem, da neenakosti v zdravju niso povsem skladne s socialnim gradientom zdravja. Neenakosti sicer obstajajo, vendar v letih 2006 in 2015 najslabše ocene niso bile med mladimi v prvem kvintilu. Največje neenakosti v zdravju mladih se pojavijo leta 2010, kar bi lahko pripisali posledicam krize. Sklenemo lahko, da so bile neenakosti v zdravju mladih pred krizo relativno večje kakor neenakosti po krizi, največje neenakosti pa so se kazale v času krize.

Tretje raziskovalno vprašanje, pri katerem nas je zanimalo, kakšne so bile neenakosti v samoocenjenem zdravju med spoloma med, pred in po krizi, nam je služilo za ugotavljanje, kako so manjše neenakosti med spoloma v času krize vplivale na neenakosti v zdravju. Ugotovila sem, da ima dohodek na nižjih socialno-ekonomskih položajih večji vpliv na zdravje žensk, na višjih socialno-ekonomskih položajih pa bolj vpliva na zdravje moških. Najmanjše neenakosti v prvem kvintilu so se pojavile ob začetku krize ter se povečale v času krize, medtem ko so bile neenakosti v petem kvintilu najmanjše v obdobju pred in po krizi, največje pa v času krize. Sklenemo lahko, da so se neenakosti v zdravju med spoloma tako v prvem kvintilu kot petem v času krize povečale.

Treba se je zavedati, da pridobljeni podatki niso točen odraz zdravstvenega stanja ljudi. Gre za samooceno, ki je po svoji naravi subjektivna in zato manj zanesljiva. Za natančnejše podatke bi morali upoštevati še druge informacije, kot so stopnja umrljivosti, uporaba zdravstvenih storitev in življenjski slog prebivalcev. Na neenakosti v zdravju ljudi vplivajo tudi drugi dejavniki, ki pri analizi niso bili upoštevani. To so na primer starost, izobrazba, poklic, individualne karakteristike, genetika in bivanjsko okolje. Za natančnejše podatke o neenakostih v zdravju bi bila morda potrebna longitudinalna študija skupine ljudi iz prvega kvintila in skupine ljudi iz petega kvintila. Tako bi lahko pridobili podrobnejše informacije o posameznikih in njihovem življenjskem poteku ter se izognili omejitvam, kot sta na primer genetika in pojavnost stresnih dogodkov. Omeniti velja tudi, da med pisanjem diplomskega dela nisem opazovala same dostopnosti do zdravstvenega sistema in različnih vprašanj, kot so uporaba privatnih praks, zavarovanja ter dodatna plačila.

Zdravje je univerzalna dobrina, osrednjega pomena za ves svet. Ljudem omogoča dostojno življenje in uresničevanje vseh potencialov, prepogosto pa ga imamo za samoumevnega. Kljub temu da se dandanes zdrav način življenja in skrb za zdravje promovirata skorajda na vsakem

koraku, se pomena zdravja praviloma zavemo šele, ko zbolimo. Res je, da igrajo pri oblikovanju zdravstvenega stanja pomembno vlogo nespremenljive biološke predispozicije, toda ključnega pomena so socialne in ekonomske determinante, ki vodijo v nepravilne ter spremenljive neenakosti v zdravju. Kljub temu da je zdravje pravica vsakega posameznika, ne glede na spol, etično pripadnost ali socialno-ekonomski položaj, ostaja dejstvo, da so bogatejši, privilegirani posamezniki, boljšega zdravja kakor tisti, ki zasedajo nižje družbene položaje. Za zmanjšanje tovrstnih nepravilnosti so potrebni koreniti ukrepi, ki bi se v prvi vrsti osredotočali na zmanjševanje družbenih in ekonomskih neenakosti.

9 LITERATURA

1. Alemán-Díaz, Aixa Y., Emilia Toczydlowska, Joanna Mazur, Diana Frasilho, Marina Melkumova in Goran Holmqvist. 2016. *Why Income Inequalities Matter for Young People's Health: A look at the evidence*. Firenze, UNICEF Office of Research. Dostopno prek: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP6%20-%20WHY%20INCOME%20INEQUALITIES.pdf> (12. julij 2017)
2. Amos, Amanda, Linda Bauld, Rosemary Hiscock in Stephen Platt. 2012. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smoker. *Journal of Public Health* 34 (3). Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3425348/> (8. junij 2017)
3. Arcaya, Mariana C., Alyssa L. Arcaya in S.V. Subramanian. 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action* 8 (1). Dostopno prek: <http://www-tandfonline-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/full/10.3402/gha.v8.27106?scroll=top&needAccess=true> (4. maj 2017)
4. Baker, Peter, Shari L. Dworkin, Sengfah Tong, Ian Banks, Tim Shand in Gavin Yamey. 2014. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bulletin of the World Health Organization* 92 (8). Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147416/> (30. julij 2017)
5. Benzeval, Michaela, Michael J. Green in Alastair H. Leyland. 2011. Do social inequalities in health widen or converge with age? Longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. *BMC Public Health* 11 (1). Dostopno prek: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-947> (29. julij 2017)
6. Berkman, Lisa F., Ichiro Kawachi in Maria Glymour. 2014. **Social Epidemiology**. 2nd Edition. New York: Oxford University Press. Dostopno prek: Google Books.
7. Bernhardsson, Niklas Wallin in David Wästlund. 2015. *Health, Income and Local Comparisons: A Study of the Relative Income Hypothesis in South Africa*. Lund University Publications: Master's Programme in Economics. Dostopno prek: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=7792816&fileId=7792880> (7. maj 2017)
8. Bhattacharya, Jay, Timothy Hyde, Peter Tu. 2013. **Health Economics**. Basingstoke: Palgrave Macmillan. Dostopno prek: Google Books

9. Bilban, Marjan. 2015. Brezposelnost in njeni vplivi na zdravje. *Delo in varnost* 60 (1). Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-JAL3HZ5O> (5. junij 2017)
10. Brannon, Linda in Jess Feist. 2009. **Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health**. 7th edition. Wadsworth: Cengage Learning. Dostopno prek: Google Books.
11. Buzeti, Tatjana, Janet Klara Djomba, Mojca Gabrijelečič Blenkuš, Marijan Ivanuša, Helena Jeriček Klanšek, 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: Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf (6. junij 2017)
12. Cockerham, William C. 2007. **Social Causes of Health and Disease**. Cambridge: Polity Press. Dostopno prek: Google Books.
13. Cutler, David M. in Adriana Lleras-Muney. 2006. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. NBER Working Paper No. 12352. Cambridge: National Bureau of Economic Research. Dostopno prek: <http://www.nber.org/papers/w12352.pdf> (29. julij 2017)
14. Černigoj-Sadar, Nevenka in Alenka Brešar. 1996. Vpliv socialnega položaja na zdravstveno stanje. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 183–196. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. Darmon, Nicole in Adam Drewnowski. 2008. Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition* 87 (5). Dostopno prek: <http://ajcn.nutrition.org/content/87/5/1107.full#cite-by> (7. junij 2017)
16. De Vogli, Roberto. 2014. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. *International Journal for Equity in Health*, 25. julij. Dostopno prek: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-014-0058-6> (2. maj 2017)
17. Durlauf, Steven N. in Lawrence E. Blume. 2008. **The New Palgrave Dictionary of Economics**. 2nd Edition. New York: Palgrave Macmillan. Dostopno prek: Google Books.

18. Eurostat. 2017. Health variables of EU-SILC. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_silc_01_esms.htm (25. julij 2017)
19. Farrell, Clare, Helen McAvoy in Jane Wilde. 2008. *Tackling Health Inequalities: An All-Ireland Approach to Social Determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency. Dostopno prek: <http://www.publichealth.ie/files/file/Tackling%20health%20inequalities.pdf> (16. julij 2017)
20. Flaskerud, Jacquelyn H. in Carol Rose DeLilly. 2012. Social Determinants of Health Status. *Issues in Mental Health Nursing* 33 (7). Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710744/> (2. maj 2017)
21. Havelka, Mladen, Jasminka Despot Lučanin in Damir Lučanin. 2009. Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium antropologicum* 33 (1). Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/24395493_Biopsychosocial_model_-_The_integrated_approach_to_health_and_disease (16. junij 2017)
22. *Healthy People*. 2017. Dostopno prek: <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Social-Determinants/determinants> (9. julij 2017)
23. Heszen, Irena. 2009. The biopsychosocial model of illness and its new developments. An outline. V *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease*. Volume 1, ur. Konrad Janowski in Stanisława Steuden, 11–23. Lublin: CPPP Scientific Press. Dostopno prek: Google Books.
24. Higgins, Claire, Teresa Lavin in Owen Metcalfe. 2008. *Health Impacts of Education: a review*. Dublin: Institute of Public Health in Ireland. Dostopno prek: <https://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf> (13. junij 2017)
25. Holland, Jimmie C., William S. Breitbart, Paul B. Jacobsen, Marguerite S. Lederberg, Matthew J. Loscalzo in Ruth S. Mccorkle. 2010. **Psycho-Oncology**. 2nd Edition. New York: Oxford University Press. Dostopno prek: Google Books.
26. Huber, Machteld, André Knottnerus, Lawrence Green, Henriëtte van der Horst, Alejandro R. Jadad, Daan Kromhout, Brian Leonard, Kate Lorig, Maria Isabel Loureiro, Jos W. M. van der Meer, Paul Schnabel, Richard Smith, Chris van Weel in Henk Smid. 2011. How should we define health? *BMJ*, 26. julij. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/51523299_How_should_we_define_health (14. junij 2017)

27. Humer, Živa in Metka Roksandić. 2013. Protikrizni ukrepi in enakost spolov. *Ženski lobi Slovenije*, 19. november. Dostopno prek: http://www.zenskilobi.si/images/PROTIKRIZNI_UKREPI_ENAKOSTSPOLOV.pdf (17. julij 2017)
28. Kari, Jaana T., Jaakko Pehkonen, Mirja Hirvensalo, Xiaolin Yang, Nina Hutri-Kähönen, Olli T. Raitakari in Tuija H. Tammelin. 2015. Income and Physical Activity among Adults: Evidence from Self-Reported and Pedometer-Based Physical Activity Measurements. *Plos One* 10 (8). Dostopno prek: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0135651&type=printable> (7. junij 2017)
29. Kawachi I., S. V Subramanian in N Almeida-Filho. 2002. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health* 56 (9). Dostopno prek: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647> (4. maj 2017)
30. Koprivnikar, Helena in Mojca Gabrijelčič Blenkuš. 2012. Zdravje v vseh politikah – osnove pristopa. V *Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju*, ur.: Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš in Andreja Drev, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
31. Mackenbach, Johan P. 2012. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75 (4). Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612002055> (9. maj 2017)
32. McCartney, Gerry, Chik Collinsin in Mhairi Mackenzie. 2013. What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy* 113 (3). Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0168851013001590> (9. maj 2017)
33. McDonnell, Orla, Maria Lohan, Abbey Hyde, Sam Porter. 2009. **Social Theory, Health and Healthcare**. Hampshire: Palgrave Macmillan. Dostopno prek: Google Books.
34. McMunn, Anne, James Nazroo in Elizabeth Breez. 2009. Inequalities in health at older ages: a longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. *Age and Ageing* 38 (2). Dostopno prek: <https://academic.oup.com/ageing/article/38/2/181/16523/Inequalities-in-health-at-older-ages-a> (29. julij 2017)
35. Murray, Christopher J. L. in David B. Evans. 2003. **Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism**. Ženeva: World Health Organization. Dostopno prek: Google Books.

36. Neckerman, Kathryn. 2004. **Social Inequality**. New York: Russell Sage Foundation.
Dostopno prek: Google Books.
37. Nettleton, Sarah. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. 2nd Edition. Cambridge: Polity Press.
38. Nolimal, Dušan. 2013. Ja, kriza vpliva na vaše zdravje. *Mladina*, 10. januar. Dostopno prek: <http://www.mladina.si/119509/ja-kriza-vpliva-na-vase-zdravje/> (4. maj 2017)
39. North Carolina Institute of Medicine. 2009. *Prevention for the Health of North Carolina: Prevention Action Plan*. Morrisville: North Carolina Institute of Medicine. Dostopno prek: <http://www.nciom.org/wp-content/uploads/NCIOM/projects/prevention/finalreport/PreventionReport-July2010.pdf> (3. maj 2017)
40. OECD. 2010. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Pariz, OECD Publishing. Dostopno prek: <http://xploit-eu.com/pdfs/OECD%202010%20%20Improving%20Health%20through%20Education.pdf> (29. julij 2017)
41. Park, M. Jane, Tina Paul Mulye, Sally H. Adams, Claire D. Brindis in Charles E. Irwin. 2006. The Health Status of Young Adults in the United States. *Journal of Adolescent Health* 39 (3). Dostopno prek: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/healthstatus.pdf> (9. julij 2017)
42. Phelan, Jo C., Bruce G. Link in Parisa Tehranifar. 2010. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1). Dostopno prek: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022146510383498> (11. junij 2017)
43. Phipps, Shelley. 2003. *The Impact of Poverty on Health: A scan of research literature*. Dostopno prek: https://secure.cihi.ca/free_products/CPHIImpactonPoverty_e.pdf (7. julij 2017)
44. Popit, Tanja. 2009. Družbene različnosti in neenakosti. V *Uvod v sociologijo*, ur. Tanja Železnik, 32–49. Ljubljana: DZS. Dostopno prek: <http://vedez.dzs.si/datoteke/uvod-v-soc-3.pdf> (29. julij 2017)
45. Prus, Steven G. in Ellen Gee. 2004. Gender Differences in the Influence of Economic, Lifestyle, and Psychosocial Factors on Later-life Health. 2003. *Canadian Journal Of Public Health* 94 (4). Dostopno prek: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/349/349> (17. julij 2017)

46. Psaltopoulou, Theodora, George Hatzis, Nikolaos Papageorgiou, Emmanuel Androulakis, Alexandros Briasoulis in Dimitris Tousoulis. 2017. Socioeconomic status and risk factors for cardiovascular disease: Impact of dietary mediators. *Hellenic Journal of Cardiology* 58 (1). Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1109966617300404> (5. avgust 2017)
47. Raphael, Dennis. 2016. **Social Determinants of Health: Canadian Perspectives**. 3rd Edition. Toronto: Canadian Scholars' Press. Dostopno prek: Google Books.
48. Repovž, Erika in Nejc Gole. 2014. Konec krize: dočakali prve optimistične napovedi. *Delo*, 29. julij. Dostopno prek: <http://www.delo.si/gospodarstvo/finance/konec-krize-docakali-prve-optimisticne-napovedi.html> (30. julij 2017)
49. Samal, Sarangadhar in Johannes Bircher. 2011. *What is Health? Why do we Need to Know it? Implementation of the Meikirch Model Leads to Improved Health Care*. 2nd edition. Dostopno prek: http://www.nysasdri.org/pdf/Meikirch_Model/Meikirch_Model_2nd_edition.pdf (19. maj 2017)
50. Samarakoon, Lalith P. 2017. Contagion of the eurozone debt crisis. *Journal of International Financial Markets, Institutions and Money*, 21. marec. Dostopno prek: <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S1042443117301427> (25. april 2017)
51. Sarafino, Edward P. in Timothy W. Smith. 2014. **Health Psychology: Biopsychosocial Interactions**. 8th edition. New York: John Wiley & Sons. Dostopno prek: Google Books.
52. Schmidt, Laura A., Pia Mäkelä, Jürgen Rehm in Robin Room. 2010. Alcohol: equity and social determinants. V *Equity, social determinants and public health programmes*, ur. Erik Blas in Anand Sivasankara Kurup, 11–29. Geneva: World Health Organization. Dostopno prek: http://www.who.int/social_determinants/tools/EquitySDandPH_eng.pdf (5. avgust 2017)
53. Segall, Alexander in Christopher J. Fries. 2011. *Pursuing Health and Wellness: Healthy Societies, Healthy People*. Kanada: Oxford University Press.
54. Smith, Katherine E., Clare Bambra in Sarah E. Hill. 2016. **Health Inequalities: Critical Perspectives**. New York: Oxford University Press. Dostopno prek: Google Books.

55. Stražisar, Nina, Borut Strnad in Peter Štemberger. 2015. *Nacionalni računi o gospodarski krizi v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad RS. Dostopno prek: <http://www.stat.si/dokument/8669/nacionalni%20racuni%20o%20gospodarski%20kri-zi-internet.pdf%20> (18. maj 2017)
56. Svetovna zdravstvena organizacija. 2017a. Dostopno prek: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> (5. avgust 2017)
57. --- 2017b. Dostopno prek: http://www.who.int/social_determinants/en/ (5. avgust 2017)
58. --- 2017c. Dostopno prek: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> (5. avgust 2017)
59. Vancea, Mihaela in Mireia Utzet. 2017. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian Journal of Public Health* 45 (1). Dostopno prek: <http://journals.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/full/10.1177/1403494816679555> (9. julij 2017)
60. Victorino, Charlemaigne C. in Anne H. Gauthier. 2009. The social determinants of child health: variations across health outcomes – a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics* 9 (53). Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734529/> (9. julij 2017)
61. Warwick-Booth, Louise, Ruth Cross in Diane Lowcock. 2012. **Contemporary Health Studies: An Introduction**. Cambridge: Polity Press. Dostopno prek: Google Books.
62. White, Kevin. 2016. **An introduction to the Sociology of Health and Illness**. 3rd Edition. London: SAGE Publications. Dostopno prek: Google Books
63. Wistow, Jonathan, Tim Blackman, David S. Byrne in Gerald Wistow. 2015. **Studying Health Inequalities: An Applied Approach**. Bristol: Policy Press. Dostopno prek: Google Books.
64. Wolfe, Barbara, William Evans in Teresa E. Seeman. 2012. **The Biological Consequences of Socioeconomic Inequalities**. New York; Russell Sage Foundation. Dostopno prek: Google Books.
65. Ying Zhang in drugi. 2015. Effect of Low Income on Health Related Quality of Life: A Crosssectional Study in Northeast China. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 27 (2). Dostopno prek: <http://journals.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/pdf/10.1177/1010539513496839> (6. avgust 2017)