

Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju:

Ključne ugotovitve 7. vala Evropske
družboslovne raziskave

ESS Pregled
rezultatov

št.

6

Dostop do podatkov in dokumentacije Evropske družboslovne raziskave

Evropska družboslovna raziskava kot del Konzorcija evropske raziskovalne infrastrukture (ESS ERIC) omogoča prost dostop do vseh svojih podatkov in dokumentacije. Dostop je možen prek spletne strani www.europeansocialsurvey.org.

Za promocijo dostopa in rabo podatkovnih baz je bila razvita posebna iniciativa, vključno z EduNet in NESSTAR, do katere je možno dostopati prek spletne strani ESS.

EduNet

ESS izobraževalno orodje EduNet je bilo vzpostavljeno za uporabo v visokošolskem

izobraževanju. S praktičnimi primeri in vajami uporabnika vodi skozi raziskovalni proces od teoretskega problema do interpretacije statističnih rezultatov. Dostopnih je deset tematskih sklopov, ki temeljijo na podatkih ESS.

NESSTAR

NESSTAR je orodje za spletno analizo podatkov. Dokumentacija za podporo orodja NESSTAR je dostopna prek Norveškega arhiva družboslovnih podatkov - NSD (www.nesstar.com).

Cilj Evropske družboslovne raziskave je, da se stališča o življenju ljudi, ki živijo v Evropi, slišijo bolje. To poročilo predstavlja nekatere ključne ugotovitve enega najpomembnejših vidikov naših življenj - zdravja - in opozarja na neenakosti, med evropskimi državami in znotraj njih.

V širšem sociološkem kontekstu prinaša vključitev tega modula v raziskavo ESS enega najboljšejših pregledov (samooocenjene) neenakosti v zdravju, kar omogoča oblikovanje pomembnih zaključkov na to temo, tako med raziskovalci kot med snovalci politik. Modul

med drugim vključuje tudi nekatere inovacije pri merjenju uživanja alkohola. Obenem pa prinaša pomembne podatke o razlikah v zdravju ter pogojih in dostopu do zdravstvenih storitev med državami.

Veselim se in upam, da bomo lahko pozdravili čim več raziskovalcev in njihovih analiz, ki bodo uporabljali podatke ESS iz tega zanimivega modula.

Rory Fitzgerald, Direktor ESS ERIC
City, Univerza v Londonu (VB)

Avtorji:

- Terje Andreas Eikemo je profesor sociologije Norveške univerze znanosti in tehnologije (NTNU), Trondheim, Norveška.
 - Tim Huijts je višji predavatelj sociologije na Univerzi v Yorku, VB.
 - Clare Bamba je profesorica Geografije javnega zdravja na Univerzi Durhamu v VB.
 - Courtney McNamara je podoktorska raziskovalka v NTNU, Trondheim, Norveška.
 - Per Stomes je doktorski študent na NTNU, Trondheim, Norveška.
 - Mirza Balaj je doktorica na NTNU, Trondheim, Norveška.
- Eikemo, Huijts in Bamba so bili člani skupine, ki je oblikovala modul 'Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju'. Ostali člani:
- Olle Lundberg, Center za raziskovanje enakosti v zdravju, Stockholm, Švedska;
 - Johan Mackenbach, Oddelek za javno zdravje, Medicinski center Erasmus univerze, Rotterdam, Nizozemska.
- K oblikovanju modula so prispevali tudi člani osrednje koordinacijske skupine ESS: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop in Lizzy Winstone.

Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju:

Ključne ugotovitve 7. vala Evropske družboslovne raziskave

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stormes in Mirza Balaj

Uvod

Družbena neenakost v zdravju je močno zasidrana: ljudje z visoko izobrazbo, višjim poklicnim statusom ali višjim dohodkom imajo nižjo obolevnost in umrljivost. Čeprav je družbena neenakost v zdravju prisotna v vseh družbah po svetu, se stopnja te neenakosti razlikuje po državah. Tudi v Evropi so razlike značilne.

Objavljene študije, ki uporabljajo podatke iz Evropske družboslovne raziskave (ESS), so pomembno prispevale k analizi razlik v družbeni neenakosti v zdravju med evropskimi državami (Eikemo et al., 2008a, Eikemo et al., 2008b, Huijts, 2011, Van de Velde, Bracke in Levecque, 2010). Opirajo se na tri glavna zdravstvena stanja (samoocena zdravja, omejujoča dolgotrajna bolezen in depresija) ter nekatere izbrane družbene dejavnike zdravja, kot je na primer posameznikov socialno-ekonomski položaj. V splošnem te študije zaznavajo slabše zdravje med tistimi z nižjim socialno-ekonomskim položajem, vendar obstajajo različni vzorci neenakosti po Evropi.

Da bi bolje razumeli, kako in zakaj se neenakosti v zdravju ohranjajo, je potrebno po eni strani natančneje oceniti zdravstveno stanje ljudi, po drugi strani pa v raziskavo vključiti več družbenih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje. Medtem ko zdravstvene raziskave pogosto vključujejo številne elemente, povezane s posameznikovim zdravjem, pa ne zajamejo dovolj podatkov o družbenem razslojevanju in pogojih življenja. Po drugi strani pa nimamo sociološke raziskave z zadostnimi informacijami o posameznikovem vedenjskem in življenjskem slogu, ki bi obenem vključevala tudi oceno njegovega

zdravstvenega stanja (vključno s specifičnimi kroničnimi težavami ipd.). Prav zato smo razvili modul o neenakosti v zdravju in ga vključili v raziskavo ESS, ki v svojem osrednjem delu sicer že vsebuje ključne spremenljivke družbene stratifikacije.

Modul 'Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju', ki je bil vključen v 7. val raziskave ESS, vključuje širok nabor kazalnikov obolevnosti, vključno s samooceno nekaterih fizičnih težav (npr. bolezni srca in težave z dihanjem). Gre za prvi mednarodni modul o zdravju, ki obenem vključuje tudi veliko različnih družbenih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, na primer: psihosocialne in vedenjske navade, dostop do zdravstva, delovne pogoje ipd.

Da bi ugotovili, katere dejavnike, ki vplivajo na zdravje, je potrebno vključiti v vprašalnik, smo se oprli na model, ki sta ga razvila Dahlgren in Whitehead (1991, glej Graf 1) in nekatere novejša študija o družbenih dejavnikih zdravja, kot je denimo Marmotova (2008). Prednost smo dali tistim dejavnikom zdravja, ki so se izkazali kot pomembni v različnih nacionalnih pregledih, to so npr.: razmere v gospodinjstvu, uporaba alternativnih zdravstvenih storitev, brezplačana oskrba ipd. Glede na omejitve v obsegu modula smo dali prednost tistim konceptom, ki jih je znotraj danih okvirov možno operacionalizirati. Da smo lahko ocenili, kako razširjen je določen pojav in kakšen vpliv ima na zdravje (Eikemo et al., 2016), smo nekatera vprašanja predhodno tudi testirali. Pregled vseh postavk, vključenih v modul, je naveden v Grafu 1.

Podatki 7. vala raziskave ESS¹ so bili zbrani v 21 evropskih državah², s pomočjo 1 uro

dolgega intervjuja z ljudmi, starimi 15 let ali več in vsebujejo nekaj manj kot 40.200 odgovorov. Zaradi zagotavljanja reprezentativnosti so bili anketiranci izbrani s pomočjo slučajnostnega vzorčenja, s ciljem 70% vzorčne realizacije.ⁱⁱⁱ Zanesljivost podatkov, da lahko države primerjamo med seboj, pa zagotavljajo tudi visoki standardi kakovosti prevodov^{iv} vprašanj v vse jezike sodelujočih držav in izpolnjevanje strogih zahtev pri mednarodno primerljivem postopku vzorčenja.

V pričujoči knjižici so predstavljeni nekateri ključni rezultati analize podatkov,^v vključno s

prikazom razlik med evropskimi državami, tako glede rezultatov zdravja kot glede različnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje. Preučili smo tudi, kako različni družbeni dejavniki zdravja, zlasti tisti, ki so povezani z vedenjskimi, poklicnimi in življenjskimi pogoji, prispevajo k pojasnitvi razlik v slabši samooceni zdravja v različnih izobrazbenih kategorijah. V tem pregledu so prikazana nekatera izhodišča, ki lahko služijo za nadaljne poglobljene analize, ki jih omogočajo podatki ESS. V prvem koraku so predstavljeni predvsem nekateri pomembnejši dejavniki, ki pojasnijo razlike pri samooceni zdravja v Evropi.

Graf 1. Dahlgrenov in Whiteheadov (1991) model dejavnikov zdravja

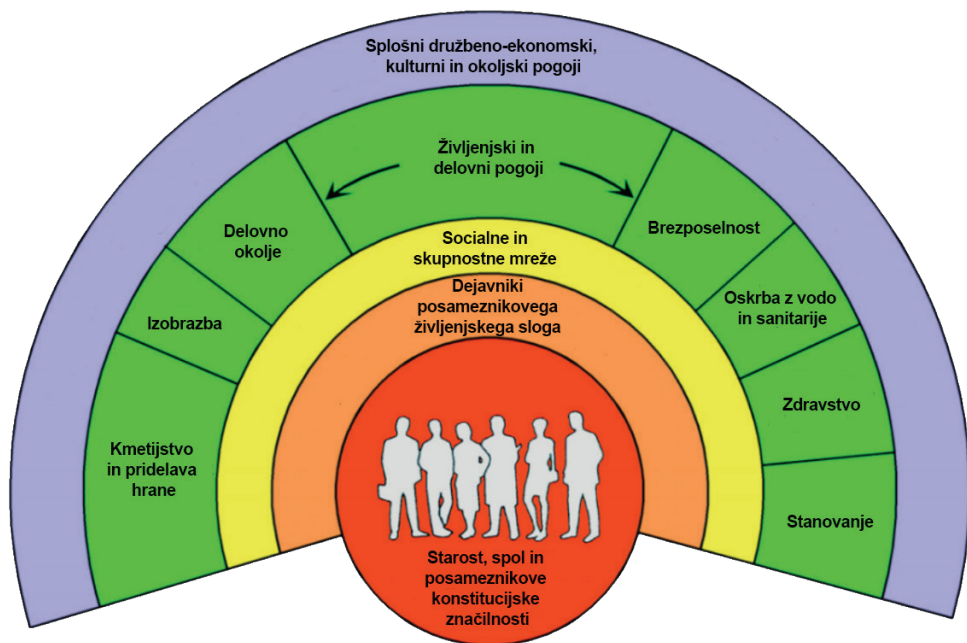


Tabela 1. Koncepti in postavke, vključeni v modul Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju

Koncepti	Opis uporabljenih postavk
Uživanje sadja in zelenjave	Pogostost konzumiranja sadja (razen sadnega soka).
	Pogostost uživanja zelenjave ali solate (razen krompirja).
Fizična aktivnost	Število dni v zadnjem tednu, ko so anketiranci hitro hodili, se ukvarjali s športom ali bili kako drugače fizično aktivni 30 minut ali več.
Kajenje	Samouvrstitev kot dnevni kadilec, občasni kadilec, bivši kadilec ali nekadilec (velja za cigarete in zviti tobak, razen pip, cigar in elektronskih cigaret).
	Število cigaret, ki jih anketiranelec pokadi na običajen dan.
Uživanje alkohola	Pogostost uživanja alkohola v zadnjih 12 mesecih.
	Število nazadnje popitih alkoholnih pijač (s pokazne kartice) v ponedeljek, torek, sredo ali četrtek.
	Število nazadnje popitih alkoholnih pijač (s pokazne kartice) v petek, soboto ali nedeljo.
	Pogostost popivanja v zadnjih 12 mesecih.
Indeks telesne mase	Telesna višina; telesna teža.
Raba zdravstvenih storitev	Pogovor o zdravju z osebnim zdravnikom v zadnjih 12 mesecih.
	Pogovor o zdravju z zdravnikom specialistom v zadnjih 12 mesecih.
	Ni bilo mogoče priti do zdravniške obravnave ali potrebnega zdravljenja v zadnjih 12 mesecih.
	Razlogi, zakaj ni bilo mogoče priti do zdravniške obravnave ali potrebnega zdravljenja v zadnjih 12 mesecih.
	Uporaba alternativnih načinov zdravljenja v zadnjih 12 mesecih (12 tipov zdravljenja s pokazne kartice).
Nudenje brezplačne oskrbe	Skrb ali nudenje pomoči družinskim članom, prijateljem, sosedom ali drugim zaradi dolgotrajne fizične ali psihične bolezni, invalidnosti ali težav, povezanih s starostjo (razen če gre za plačano delo).
	Koliko ur na teden se porabi za nudenje brezplačne oskrbe.
Dimenzije psihičnega počutja	Občutek depresije; vse predstavljalo napor; nemiren spanec; sreča; osamljenost; uživanje življenja; žalost; nezmožnost spraviti se v pogon; v zadnjem tednu (8 ločenih postavk).
Samoocena stanja	Zdravstvene težave (s pokazne kartice) v zadnjih 12 mesecih: težave s srcem ali krvnim obtokom; visok krvni tlak; težave z dihanjem; alergije; bolečine v hrbtu ali vratu; bolečine v mišicah ali sklepkih rok; bolečine v mišicah ali sklepkih nog ali stopal; težave z želodcem ali s prebavo; kožne bolezni; hudi glavoboli; diabetes.
	Zdravstvene težave (s pokazne kartice), ki ovirajo dnevne aktivnosti anketiranca v zadnjih 12 mesecih.
	Anketiranelec ima raka; prej je imel raka.
Pogoji življenja v času odrasčanja	Resni konflikt med ljudmi v gospodinjstvu v času odrasčanja. Hujše finančne težave v času odrasčanja.
Kakovost stanovanja	Težave (s pokazne kartice) s katerimi se anketiranelec sooča v stanovanju.
Delovni pogoji	Izpostavljenost na delovnem mestu: vibracije ročnega orodja ali strojev; delo v utrujajoči ali boleči drži; ročno dviganje ali premikanje ljudi; ročno prenašanje ali premikanje težkih bremen.
	Izpostavljenost na delovnem mestu: zelo glasen hrup; zelo visoke temperature; zelo nizke temperature; sevanja - kot so rentgenski žarki; vdihavanje, dotikanje ali ravnanje s kemičnimi snovmi ali hlapi, vdihavanju drugih vrst dima, hlapov, prahu ali delcev.

Kakšno je zdravje po Evropi?

Za vsako zdravstveno stanje smo izračunali stopnjo razširjenosti glede na standardizirane starostne kategorije.^{vi} Starostne kategorije smo utežili skladno z Evropskim populacijskim standardom (European Standard Population v letu 2013) in v prikazih okvirmo razvrstili države v skupine po geografskih regijah.

V Tabeli 2 so prikazane razlike med državami pri samooceni kroničnih bolezni. Na splošno lahko vidimo, da v večini držav bolezni prizadenejo znaten delež ljudi, vendar pa pri več boleznih opažamo tudi velike razlike med državami. Delež anketirancev, ki poročajo o srčno žilnih težavah, je v severni Evropi (z izjemo Finske) na splošno nižji, posebno visok pa je v Litvi in na Poljskem. O visokem krvnem tlaku pa pričajo predvsem podatki iz Nemčije, Madžarske, Litve in Slovenije. Razširjenost težav z dihanjem je posebno nizka v srednji in vzhodni Evropi, alergije pa so bolj problematične v severni Evropi.

Očitno se kaže tudi, da je imel velik delež vprašanih v zadnjem letu bolečine v rokah, nogah in še posebno v hrbtenici; pri čemer jasnega regionalnega vzorca držav ne beležimo. Enako velja za težave z želodcem, ki ravno tako pestijo znaten delež ljudi in tudi tu ni opaziti jasnih regionalnih vzorcev. Težave s kožo so bolj izrazite na Finskem in primerjalno relativno neizrazite v osrednji in vzhodni Evropi.

Pri hudih glavobolih vidimo veliko razliko med spoloma, in sicer ženske v večji meri poročajo o hudih glavobolih kot moški. V Nemčiji, Franciji in na Portugalskem je tistih, ki poročajo o hudih glavobolih, več kot trikrat več kot na Irskem.

Pri sladkorni bolezni ni jasnega vzorca razlik med državami, je pa ta delež nekoliko višji v Izraelu kot drugod. Če združimo informacije o vseh boleznih, vidimo, da v

skoraj vseh državah, tako med moškimi kot tudi ženskami, več kot polovica vprašanih poroča o eni, dveh ali več boleznih v zadnjih 12 mesecih.

Pri ženskah na Finskem, v Franciji in Nemčiji je ta odstotek blizu 90, kar pomeni, da le manjšina ni imela nobene od naštetih težav. Pri raku ne najdemo izrazitih vzorcev razlik glede na države. Čeprav Norveška in Švedska izstopata z nizkim deležem trenutnega obolevanja za rakom, pa po drugi strani tam beležimo najvišje odstotke pri ženskah, ki so imele izkušnjo z rakom v preteklosti.

V Tabeli 3 so prikazani podatki drugih zdravstvenih stanj. Podatki o slabi ali zelo slabi samooceni zdravja odlikavajo rezultate enega od predhodnih valov raziskave ESS, z nizkimi odstotki na Irskem in v Švici, medtem ko so ti deleži v Estoniji, na Madžarskem in v Litvi najvišji. Enako velja za deleže respondentov, ki jih vsaj do neke mere ovira dolgotrajna bolezen. Litva in Slovenija sta državi z najvišjim deležem samoporočanja o tovrstnih težavah. Če pogledamo na delež ljudi, ki poročajo o resnih depresivnih^{viii} simptomih, najdemo jasno razliko med spoloma. To je skladno s študijami o duševnem zdravju v Evropi, ki temeljijo na predhodnih valovih raziskave ESS. Velja omeniti, da na Norveškem in Finskem ne beležimo razlik med spoloma.

Ti podatki kot tudi podatki predhodnih študij iz raziskave ESS kažejo, da na Finskem, Norveškem in v Švici v manjšem odstotku beležimo resne depresivne simptome, medtem ko je v južni, srednji in vzhodni Evropi tveganje za te simptome visoko. Za prekomerno telesno težo in debelost pa ugotavljamo, da v našem vzorcu moški bolj pogosto poročajo o prekomerni telesni teži kot ženske, in da je delež žensk, ki poročajo o prekomerni telesni teži ali debelosti, še posebno visok v srednji in vzhodni Evropi.

Tabela 2. Samoocena kroničnih bolezni (težav) v 21 evropskih državah (ločeno za moške in ženske, v odstotkih)

		Srce	Visok krvni tlak	Težave z dihanjem	Alergija	Bolečina v križu	Bolečina v roki	Bolečina v nogi	Želodec	Koža	Glavobol	Diabetes	1 izbor	2 izbora ali več	ima raka	Prej imel raka
Sever																
Danska	M	8.4	20.3	9.5	16.2	45.7	21.8	23.9	14	10	7.6	6.7	30.6	52.5	2.8	7
	Ž	8.2	19.5	10.5	17.5	50.5	28.4	32.7	22.2	14.4	17.2	5.3	22.9	60.2	4.5	9.6
Finska	M	11.6	20.1	10.8	14.7	47.4	26	31.8	16.5	13.8	13.9	7.8	28.4	58.2	2.8	4.6
	Ž	9.9	21.8	13.5	19	57.8	27.7	34.3	27.2	20.3	23.4	5.4	21.2	70.4	2.1	5.7
Norveška	M	8.6	15.5	10.5	15.7	36.5	23.2	22.2	14.1	10.5	5.1	4	32.3	45.9	2.2	5.1
	Ž	7.3	15.1	14.6	23.3	50.4	32.1	33.3	20.7	10.2	15.4	3.7	24.3	60.8	0.7	10.2
Švedska	M	7.1	17.1	7.8	15.1	42.3	22.9	25	16.2	7.7	6.9	5	29.3	49.6	2.5	5.4
	Ž	8.5	18.9	10.9	20.5	51.3	30.1	27.9	27.1	10.5	16.5	4.8	25.2	59.5	2.4	10.2
Zahod																
Avstrija	M	11.1	16.9	5.3	6.9	30.5	13.6	17.8	8.2	6.3	8.5	3.9	22.5	34.9	3.3	8.1
	Ž	10.8	15.7	6.7	9.7	34.3	17.3	16.4	12.9	9.6	15	3	18.9	41	3.4	8.7
Belgija	M	9.1	13.5	9.1	10.6	48	24.7	27.6	15.3	6.8	8.8	5.3	29.2	51.3	2.8	4.4
	Ž	8.9	18.7	10	17.1	53.7	31	28.4	24.9	8.3	22.6	4	24	61.6	3.3	6.4
Francija	M	9.3	11.7	11.8	11	43.1	27.5	28	17.2	8.7	14.7	6	29.2	50.8	3.5	4.7
	Ž	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Nemčija	M	11.5	22	10.9	14.1	49	22	24.8	18.1	12.3	15.6	6.6	26.4	56.7	2.6	6.1
	Ž	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	27.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5
Irska	M	5.8	12.8	6.9	4.4	21.5	9.9	14.2	7.8	5.2	3.8	3.1	21.7	26.5	5.2	3.5
	Ž	5.2	11.3	7.4	6.2	22.1	13.2	13.8	9.8	6.4	7.3	2.7	24.9	26.6	3.9	5.1
Nizozemska	M	12.8	17.5	8.7	11.1	33.7	18	22.1	11.2	9.2	8.2	7.4	30.9	44.5	4	5.8
	Ž	8.5	18.5	11.3	14.1	44.9	21.2	24.5	16	10	17.7	4.8	31.7	49.4	3	8.1
Švica	M	8.7	14.5	5.7	9.5	37	18.2	24.9	12.9	8.4	11.8	3.8	31.3	44.3	7.5	7.2
	Ž	7.7	13.5	7.3	14.9	44.6	22.2	23.5	17.8	10.1	20	3	29.9	49.9	10.1	9
Velika Britanija	M	7.6	18.5	13.1	8.8	35.3	22.8	26.3	16.4	10	8.2	6.5	30.3	44.8	3.3	5.2
	Ž	6.9	18.1	13.7	15	36.2	20.3	27.6	18.2	14.2	15.8	4.6	27.4	51.5	3.2	7.4
Center/Vzhod																
Češka	M	6.6	17.2	4.8	6.1	20	10.4	13.8	7.8	3.8	5.9	6.3	25.9	26.2	-	-
	Ž	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estonija	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	Ž	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Madžarska	M	11.3	21.2	6.1	5.3	16.9	11.6	14.8	6.5	1.7	6.7	4.4	17.8	27.4	15.3	5.2
	Ž	12.9	22.8	5.4	8.4	17.7	15.9	18.7	8	4.8	14.1	6.5	14.7	33.6	15.4	6.8
Litva	M	16.5	18.8	3.7	2	24.9	9.1	12	11.1	0.6	4.8	2.5	23	29.8	5.9	6.8
	Ž	21.4	25.8	5.1	5	27.2	11.7	16.3	15.6	3.6	14.8	3.5	21.3	41.1	11.1	9.2
Poljska	M	16.3	17.7	5	8.4	29.5	22.3	22	10.4	4	9	4.9	26.3	39.7	5.2	3.4
	Ž	20	20.3	7	11.8	38.7	29.6	25.6	17.1	5.1	18.1	6.4	22.8	51.8	6.1	5
Slovenija	M	9.4	20.8	7.4	8.6	36.4	19.5	19.4	12.1	3.7	7.7	5	35.9	38.6	3	4.5
	Ž	13.7	24.5	9.6	11.7	46.8	24.3	26.2	20.2	4.1	17.8	7.4	27.6	54.1	2.8	5.6
Jug																
Izrael	M	10.7	15.3	7.1	5.7	20.6	12.9	14	7	4.9	8.9	10.6	18.6	30.1	8.4	5.7
	Ž	8.6	15.6	7	6.3	24	13.1	19	11.1	5.1	10.3	9.2	19.5	33	9.4	4.5
Portugalska	M	8.3	20.8	6.9	13.7	45.1	24.9	27.8	16.2	6.9	16.3	8.5	25.7	51.6	1.6	3.9
	Ž	15	22.1	12.6	20.6	49.4	41.9	39.3	18	5.3	29.6	9.1	17.5	65.8	2.8	5.9
Španija	M	9.1	15	7.9	11	33.9	20.3	23.6	12.8	5.5	9	5.5	31.4	39.8	1.9	4.8
	Ž	9.8	17	8.3	12.2	46.5	33.9	31.6	17.1	9.5	22.2	5.2	24.8	53.4	2	4.2

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

Barve označujejo najvišje, srednje in najnižje vrednosti za vsak kazalnik po državah.

Tabela 3. Samoocena zdravja, omejitve zaradi dolgotrajne bolezni, duševno zdravje in prekomerna telesna teža (debelost) v 21 evropskih državah (ločeno za moške in ženske, v odstotkih)

		Slabo/zelo slabo zdravje	Omejitve zaradi bolezni	Simptomi depresije	Prekomerna telesna teža/debelost
Sever					
Danska	M	6.1	26.4	8.1	52
	Ž	6	33.5	12.6	38.9
Finska	M	4.6	29.9	6.7	59.1
	Ž	5.3	34.8	8.2	47.9
Norveška	M	4.6	26.4	6.2	57.4
	Ž	9.6	32.6	8.9	42.4
Švedska	M	2.8	26.8	6	56.8
	Ž	6	35.3	14.6	43.5
Zahod					
Avstrija	M	4.1	21.5	8.5	57.5
	Ž	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgija	M	5	25.3	8.6	51.1
	Ž	5.8	29.5	14.3	39.5
Francija	M	6.4	21.9	8.2	52.8
	Ž	9.3	27.1	16.5	40.9
Nemčija	M	7.6	29.5	9	60.2
	Ž	12.4	33.3	20.2	44.4
Irska	M	2	17.3	6.2	56.3
	Ž	2.7	18.4	9.1	41
Nizozemska	M	4.1	27.3	8.3	51.4
	Ž	6.1	33.7	10.8	44.5
Švica	M	2.3	20.4	4.7	52.5
	Ž	3.9	22.3	9.3	29.9
Velika Britanija	M	6.7	24	10.6	58.5
	Ž	7.5	27	14.7	47.7
Center/Vzhod					
Češka	M	4.9	27.5	19.1	67.4
	Ž	8.3	29.8	28.6	49.4
Estonija	M	11.2	28.7	14.8	56.4
	Ž	12.4	26.6	20.8	48.1
Madžarska	M	13.5	29.5	21.5	63.8
	Ž	13.8	31.8	27.5	52.8
Litva	M	12.1	33.3	16.1	60.7
	Ž	12.8	35.2	22.7	50.8
Poljska	M	8.3	27.8	11.3	60.8
	Ž	12.5	32.3	25.3	44.1
Slovenija	M	9.8	31.2	8.7	61.2
	Ž	12.2	38.5	15.6	50.6
Jug					
Izrael	M	9.2	25	12	55.9
	Ž	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugalska	M	8.3	17.4	15.8	56
	Ž	12.1	21.9	30.9	49.8
Španija	M	8.8	14.8	12.8	60.4
	Ž	14.9	19.3	24.7	43.3

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

Barve označujejo najvišje, srednje in najnižje vrednosti za vsak kazalnik po državah.

Kako so družbeni in vedenjski dejavniki zdravja porazdeljeni po Evropi?

Izračunali smo stopnje razširjenosti za vsakega od navedenih družbenih in vedenjskih dejavnikov zdravja po standardiziranih starostnih kategorijah. Ugotovili smo, da je znatno število Evropejcev izpostavljenih družbenim in vedenjskim dejavnikom tveganja, ki vplivajo na zdravje. Seveda pa obstajajo razlike glede izpostavljenosti tem tveganjem po državah.

Tabela 4 prikazuje podatke o dostopu in rabi zdravstvenih storitev po državah.

Vidimo, da v stopnji nezadovoljstva v zvezi s tem obstajajo precejšnje razlike - še posebno visoke deleže beležimo na Finskem, v Franciji, Nemčiji, Estoniji, na Poljskem, v Izraelu in na Portugalskem. Med razlogi za to so v Estoniji, na Poljskem in v Izraelu še najbolj izpostavljene čakalne vrste, medtem ko je na Finskem, Poljskem in v Izraelu največ težav pri naročanju za obisk pri zdravniku.

Pri rabi zdravstvenih storitev vidimo, da se je v večini držav približno tri četrtine respondentov posvetovalo z osebnim zdravnikom v zadnjem letu; lahko pa so ti deleži tudi nekoliko nižji kot denimo na Švedskem. Odstotek tistih, ki so se posvetovali s specialistom ali pa so se odločili za alternativno zdravljenje, pa je nižji (na splošno je ta delež višji pri ženskah kot pri moških). V nekaterih državah so ti deleži višji tudi zato, ker obstaja možnost neposrednega naročanja do teh storitev.

Zanimivo je, da je v nekaterih državah odstotek ljudi, ki uporabljajo alternativno zdravljenje, podoben ali celo višji od odstotka tistih, ki se posvetojujejo s specialistom. Ti rezultati ne kažejo jasnega vzorca razlik po regijah, pri čemer ne smemo pozabiti, da ti kazalniki niso bili izravnani glede na stopnjo izraženih zdravstvenih težav oziroma stopnjo potreb po zdravstvenih storitvah.

V Tabeli 5 so prikazane razlike med državami pri tveganem vedenju. Podatki o kajenju kažejo, da je delež moških kadilcev v severni Evropi, Veliki Britaniji in na Irskem znatno nižji, v srednji in vzhodni Evropi pa znatno višji, kjer pa (kot tudi v južni Evropi) opazimo precejšnje razlike med spoloma. Odstotek bivših kadilcev je še posebno visok v severni Evropi. Delež kadilcev, ki na običajen dan pokadijo 20 ali več cigaret, pa je značilno višji v Avstriji, na Poljskem in v Izraelu.

Obstajajo tudi precejšnje razlike med državami glede pogostosti uživanja alkohola. Z najnižjimi deleži izstopijo Izrael ter srednja in vzhodna Evropa (zlasti pri ženskah). Če pogledamo podatke o količini zaužitega alkohola med vsemi državami, ki so sodelovale v 7. valu raziskave ESS, vidimo, da na splošno moški uživajo skoraj dvakrat več enot alkohola kot ženske in da je zaužitega alkohola v dnevu čez vikend skoraj dvakrat več kot na običajen delavnik. Število enot zaužitega alkohola je še posebno visoko na Irskem.

Pogosto popivanje je izrazito v Veliki Britaniji in na Portugalskem, bolj redko pa je v severni Evropi ter med ženskami v srednji in vzhodni Evropi. V primeru telesne aktivnosti ne opazimo jasnih regionalnih vzorcev kot tudi ne značilnejših razlik med spoloma. Nazadnje velja omeniti, da je dnevna poraba sadja in zelenjave pri ženskah precej višja kot pri moških, zlasti v severni Evropi.

V Tabeli 6 so prikazane tudi ocene nekaterih drugih družbenih dejavnikov zdravja, ki so bili vključeni v ta modul raziskave ESS. Izpostavljenost tveganjem, povezanim z delovnim okoljem in materiali na delovnem mestu, je najnižja na Češkem in v Izraelu; v vseh državah pa so moški znatno bolj izpostavljeni tem tveganjem kot ženske.

Pri oceni razmer v otroštvu vidimo, da je stopnja konfliktov v družini v času odraščanja manjša v Španiji in v srednji ter vzhodni Evropi, medtem ko so bile finančne

Tabela 4. Dostop in uporaba zdravstvenih storitev v 21 evropskih državah (ločeno za moške in ženske, v odstotkih)

		Nezadovoljstvo: Splošno	Nazadovoljstvo: čakalna doba	Nazadovoljstvo: oteženo naročanje pri zdravniku	Obisk pri splošnem zdravniku	Obisk pri specialistu	Uporaba alternativnega zdravljenja
Sever							
Danska	M	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	Ž	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Finska	M	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	Ž	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Norveška	M	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	Ž	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Švedska	M	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	Ž	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
Zahod							
Avstrija	M	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	Ž	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Belgija	M	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	Ž	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
Francija	M	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	Ž	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Nemčija	M	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	Ž	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Irska	M	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	Ž	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Nizozemska	M	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	Ž	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Švica	M	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	Ž	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
Velika Britanija	M	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	Ž	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
Center/Vzhod							
Češka	M	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	Ž	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estonija	M	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	Ž	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Madžarska	M	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	Ž	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Litva	M	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	Ž	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Poljska	M	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	Ž	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Slovenija	M	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	Ž	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
Jug							
Izrael	M	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	Ž	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugalska	M	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	Ž	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
Španija	M	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	Ž	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

Barve označujejo najvišje, srednje in najnižje vrednosti za vsak kazalnik po državah.

**Tabela 5. Tvegano vedenje v 21 evropskih državah
(ločeno za moške in ženske)**

		Kajenje (sedaj %)	Kajenje (prej %)	20 ali več cigaret na dan	Alkohol > enkrat na teden (%)	Enot čez teden (povprečje)	Enot čez vikend (povprečje)	Popivanje vsaj enkrat tedensko (%)	Fizična aktivnost na 3-4 dni	Sadnje in zelenjava vsaj enkrat na dan (%)
Sever										
Danska	M	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	Ž	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Finska	M	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	Ž	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Norveška	M	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	Ž	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Švedska	M	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	Ž	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
Zahod										
Avstrija	M	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	Ž	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Belgija	M	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	Ž	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
Francija	M	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	Ž	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Nemčija	M	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	Ž	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Irska	M	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	Ž	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Nizozemska	M	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	Ž	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Švica	M	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	Ž	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
Velika Britanija	M	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	Ž	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
Center/Vzhod										
Češka	M	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	Ž	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estonija	M	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	Ž	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Madžarska	M	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	Ž	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Litva	M	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	Ž	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Poljska	M	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	Ž	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Slovenija	M	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	Ž	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
Jug										
Izrael	M	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	Ž	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugalska	M	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	Ž	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
Španija	M	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	Ž	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

Barve označujejo najvišje, srednje in najnižje vrednosti za vsak kazalnik po državah.

Tabela 6. Družbeni dejavniki zdravja v 21 evropskih državah: delovni pogoji, pogoji v času odraščanja, stanovanje in nudenje brezplačne oskrbe (ločeno za moške in ženske, v odstotkih)

		Fizična izpostavljenost na delovnem mestu	Izpostavljenost pri ravnanju s snovmi	Pogosti/stalni konflikti v času odraščanja	Pogoste/stalne finančne težave v času odraščanja	Težave s stanovanjem	Nudenje brezplačne oskrbe	>10 ur brezplačne oskrbe na teden
Sever								
Danska	M	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	Ž	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Finska	M	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	Ž	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Norveška	M	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	Ž	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Švedska	M	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	Ž	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
Zahod								
Avstrija	M	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	Ž	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Belgija	M	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	Ž	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
Francija	M	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	Ž	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Nemčija	M	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	Ž	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Irska	M	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	Ž	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Nizozemska	M	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	Ž	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Švica	M	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	Ž	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Velika Britanija	M	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	Ž	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
Center/Vzhod								
Češka	M	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	Ž	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estonija	M	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	Ž	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Madžarska	M	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	Ž	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Litva	M	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	Ž	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Poljska	M	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	Ž	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Slovenija	M	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	Ž	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
Jug								
Izrael	M	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	Ž	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugalska	M	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	Ž	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Španija	M	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	Ž	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

Barve označujejo najvišje, srednje in najnižje vrednosti za vsak kazalnik po državah.

težave v času odraščanja razširjene zlasti v južni, srednji in vzhodni Evropi. Čeprav ni opaziti jasnih regionalnih vzorcev, stanovanjske težave vplivajo na precejšen delež vprašanih. In na koncu, odstotek anketirancev, ki opravljajo neplačano skrbstveno delo, je sicer na splošno visok v severni Evropi. Po drugi strani pa je delež ljudi, ki to opravljajo 10 ali več ur na teden posebno visok v južni Evropi.

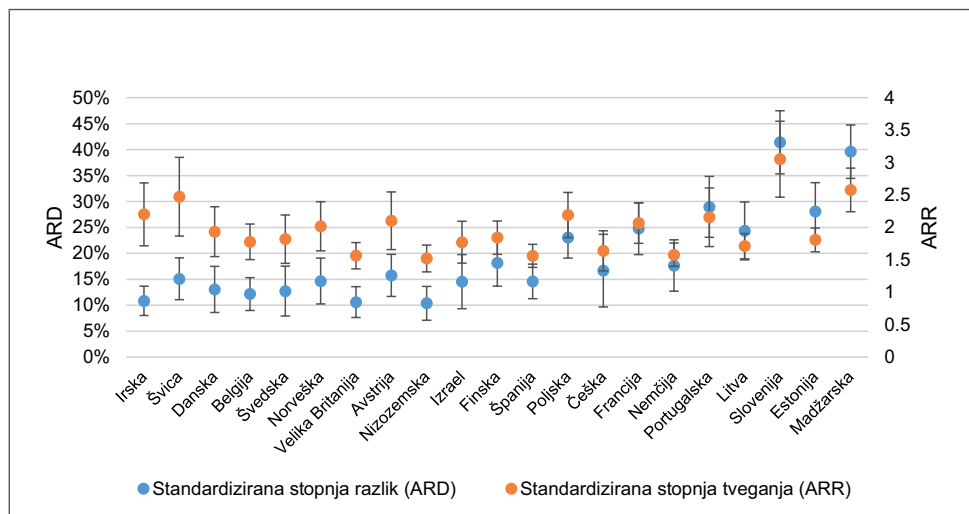
Kateri so glavni razlogi za pojasnjevanje razlik v zdravju glede na izobrazbo v Evropi?

Modul 'Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju' 7. vala raziskave ESS ponuja redko priložnost za primerjalno raziskovanje vpliva različnih dejavnikov pri pojasnjevanju socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju. Jasno je, da se zdravje razlikuje tudi glede na to, v katero socialno-ekonomsko skupino spada posameznik, toda kako pojasniti

te razlike? Večina obstoječih študij, ki pojasnjujejo razloge za družbene neenakosti v zdravju v evropskih državah, v glavnem obravnava dejavnike tveganja, povezane z vedenjem, pri tem pa ugotavljajo, da so socialno-ekonomske razlike, ki se kažejo pri kadilskih navadah in fizični neaktivnosti, glavni dejavnik za pojasnjevanje neenakosti in obsega njenih regionalnih razlik.

Obstajajo seveda dobri razlogi za to, da se je ta pristop tako uveljavil – te dejavnike tveganja je razmeroma lahko meriti, imajo dobro dokumentiran vzročni učinek na smrtnost in dobro zaznavajo spremembe. Vendar pa ta aspekt zanemara nekatere pomembne individualne, kolektivne in strukturne mehanizme, ki vodijo k neželenim vedenjskim navadam, pozablja pa tudi na nekatere pomembne nevedenjske dejavnike (kot so stanovanjski pogoji, dostop do storitev in pogoji na delovnem mestu), ki prav tako vplivajo na razširjenost težav z

Graf 2. Absolutne in relative razlike glede na izobrazbo v 21 evropskih državah



Opomba: oceni ARD in ARR temeljita na (izhodiščnem) modelu, ki je standardiziran glede na starost, spol in kronične bolezni oz. invalidnost. Vse vrednosti so statistično značilne pri $p < 0,01$.

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014.

zdravjem. S širokim naborom družbenih in vedenjskih dejavnikov zdravja, ki so vključeni v ta modul, lahko raziščemo pomen vedenjskih in nevedenjskih dejavnikov tveganja pri razlagi družbenih neenakosti v zdravju.

Kot primer, kaj takšen pristop lahko pokaže, se v zaključnem delu te knjižice osredotočamo na glavne skupine dejavnikov, ki pojasnjujejo razlike v zdravju glede na izobrazbo v Evropi.

Najprej smo preučili razlike pri slabši samooceni zdravja glede na izobrazbo in ugotovili, da v vseh vključenih državah prihaja do pomembnih razlik med skupinama z visoko in nizko izobrazbo. Te so prikazane na Grafu 2, ki kaže absolutne in relativne razlike po izobrazbi, izmerjene v razlikah pri tveganju (RD) in količniku tveganja (RR). Izračunane so bile z logističnim regresijskim modelom za napoved verjetnosti s pomočjo metode standardiziranih robnih vrednosti.^{ix}

Skladno s prejšnjimi raziskavami ESS (npr. Eikemo et al., 2008a) smo tudi tu ugotovili, da obstajajo velike razlike med državami v obsegu absolutnih in relativnih neenakosti v zdravju glede na izobrazbo. Medtem ko so bile absolutne neenakosti v samooceni zdravja glede na izobrazbeno skupino najmočnejše v osrednji in vzhodni Evropi (zlasti na Madžarskem in v Sloveniji), jasnejših regionalnih vzorcev v relativnih razlikah nismo zaznali.

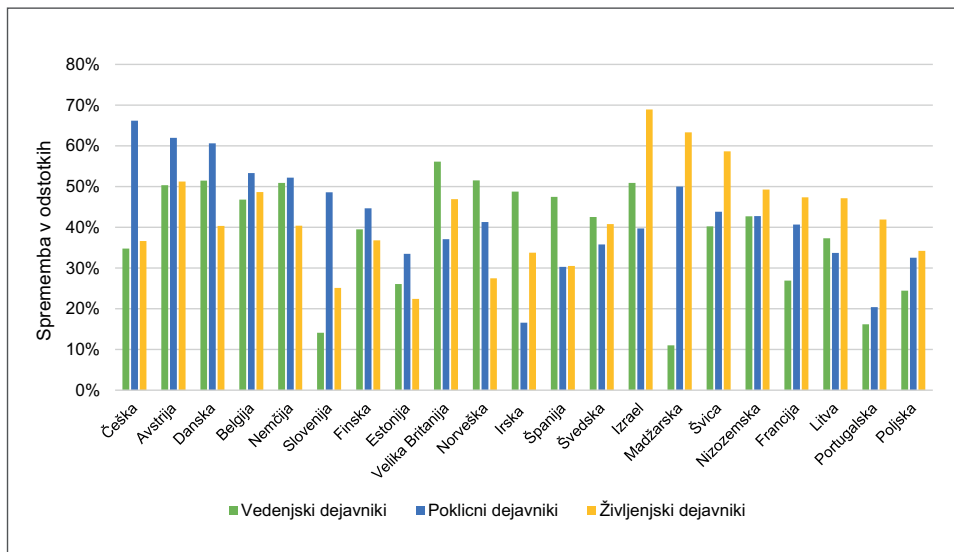
Nadalje pa smo želeli preučiti vpliv različnih družbenih dejavnikov zdravja pri razlagi teh razlik. Za vsako državo smo v končnem modelu obdržali le tiste dejavnike, ki so vplivali na zmanjšanje relativne razlike za več kot 5%. Družbene dejavnike, ki so vključeni v vprašalnik smo razvrstili v tri kategorije: vedenjski, poklicni in življenjski (glej Okvir 1). Ugotovili smo, da je prilagoditev za te tri skupine dejavnikov bistveno zmanjšala opazovane neenakosti pri samooceni zdravja po izobrazbenih kategorijah (glej Graf 3). Kar kaže, da ti dejavniki še naprej pomembno prispevajo k neenakostim na področju zdravja

med različnimi izobrazbenimi kategorijami.

Natančneje, v 8 od 21 držav poklicni dejavniki pojasnjujejo največji delež neenakosti v zdravju glede na izobrazbo. Na Češkem, v Avstriji, na Danskem, v Belgiji in v Nemčiji poklicni dejavniki niso imeli samo največjega vpliva, temveč tudi pojasnijo več kot polovico neenakosti pri zdravju glede na izobrazbo. Med različnimi poklicnimi dejavniki sta tveganje povezano z delovnim okoljem in nadzor na delovnem mestu, dva najpomembnejša dejavnika, ki skupaj pojasnita približno 30% neenakosti v zdravju glede na izobrazbo. Podobno kot poklicni dejavniki, so se v 8 od 21 držav tudi življenjski pogoji pokazali kot tisti, ki v največji meri prispevajo k zmanjšanju neenakosti v zdravju glede na izobrazbo. V teh državah je bila finančna stiska glavni posamični dejavnik, ki je pojasnil okrog 50% razlik v Švici, na Madžarskem in v Izraelu. Na drugi strani pa so vedenjski dejavniki največ prispevali k neenakosti v zdravju na Irskem, v Veliki Britaniji, na Norveškem, Švedskem in v Španiji, in sicer v deležu med 43% in 56%.

Za večino držav smo ugotovili, da so se relativne neenakosti bodisi bistveno zmanjšale bodisi so postale zanemarljive, če smo upoštevali kombinacijo dveh skupin dejavnikov. Ugotovitev, da so vedenjski dejavniki v večini držav manj pomembni pri razlagi neenakosti na področju zdravja v primerjavi z dejavniki poklica in dejavniki pogojev življenja, kaže na to, da analiza obsega zdravstveno tveganega vedenja samega zase ne zadošča za pojasnitev, zakaj višje izobrazbene kategorije poročajo o boljšem zdravju kot nižje. To vsekakor kaže na to, da zgolj s povečanjem cen tobaka ali spodbujanjem telesne dejavnosti ne bo možno zmanjšati obsega kroničnih bolezni in z njimi povezanih družbenih vzorcev obnašanja. To pa zato, ker sta zdravje in neenakosti v zdravju globoko zakoreninjena v sistemih stratifikacije sodobnih družb. Redistribucija dohodka ali ukrepi za izboljšanje delovnih pogojev pri poklicih, kjer prevladuje fizično delo, so lahko enako učinkoviti ukrepi za doseganje bolj zdravega življenja.

Graf 3. Sprememba v odstotkih, ki jih glede na razlike v izobrazbi ločeno prispevajo vedenjski, poklicni in življenjski dejavniki v zdravju



Opomba: Vse ocene, uporabljene za izračun spremembe v odstotkih, so statistično značilne pri $p < 0,1$.

Vir: Evropska družboslovna raziskava, val 7, 2014. Opomba: vse izračunane ocene so statistično značilne pri $p < 0,1$.

Okvir 1. Sklopi družbenih dejavnikov: vedenjski, poklicni, življenjski

vedenjski

- Indeks telesne mase
- Fizična aktivnost
- Uživanje sadja in zelenjave
- Kajenje
- Uživanje alkohola

poklicni

- Izpostavljenost pri ravnanju s snovmi
- Fizična izpostavljenost na delovnem mestu
- Nadzor na delovnem mestu
- Zaposlitveni status

življenjski

- Finančne težave v času odraščanja
- Konflikt med ljudmi v gospodinjstvu v času odraščanja
- Kakovost bivanja
- Finančne težave
- Socialno omrežje in stiki

Zaključek

ESS modul 'Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju' z možnostjo primerjav med državami, predstavlja dragoceno priložnost za poglobitev našega razumevanja o razlogih za neenakosti v zdravju. To poročilo predstavlja samo del nekaterih ključnih ugotovitev iz nabora podatkov, ki sicer omogoča še veliko več analiz.

Ugotovimo lahko, da se znaten del Evropejcev sooča z bremenom fizičnih in psihičnih zdravstvenih težav. Vidimo tudi, da je veliko Evropejcev izpostavljenih družbenim in vedenjskim dejavnikom tveganja, ki povzročajo te težave. Zdi pa se, da sta obseg omenjenih zdravstvenih težav in izpostavljenost družbenim dejavnikom tveganja v veliki meri povezana s tem, v kateri državi ljudje živijo. Prihodnje raziskave bi lahko dodatno poglobile vedenje o povezanosti zdravja in različnih družbenih dejavnikih, kot tudi preizkusile in razvile nove pristope za pojasnjevanje razlik, o katerih poročamo tukaj. To bi lahko prispevalo k

uvajanju novih ukrepov in politik v evropskih državah, s katerimi bi zmanjšali breme nenalezljivih bolezni in družbenih neenakosti v zdravju.

Naše preliminarnе ugotovitve, ki razkrivajo poglobitve razloge za nastanek razlik v samooceni zdravja glede na izobrazbene kategorije, kažejo, da se mehanizmi, ki povezujejo družbeno-ekonomski položaj in zdravje, razlikujejo med državami, in da so neenakosti na področju zdravja posledica zapletenih medsebojnih vplivov nacionalnih, vedenjskih, poklicnih in materialnih dejavnikov. Denimo, promoviranje zgolj zdravega načina življenja ni zadostna strategija za zmanjšanje neenakosti v zdravju, v kolikor se bodo velike neenakosti v pogojih življenja še naprej ohranjale. ESS modul 'Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju' ponuja veliko možnosti, da začnemo raziskovati to kompleksno problematiko na način, ki ga raziskave pred tem niso omogočale.

Viri

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T. & Fitzgerald, R. (2016). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, Advance Access online: doi: 10.1093/esr/jcw019.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.
- Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.
- Huijts, T. (2011). Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations. Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.
- Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

Opombe

ⁱ ESS7-2014 Druga izdaja, 26. maj 2016, glej: www.europeansocialsurvey.org.

ⁱⁱ Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Nemčija, Madžarska, Irska, Izrael, Litva, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Slovenija, Španija, Švedska, Švica in Velika Britanija. Raziskava ESS val 7 je potekala tudi v Latviji, vendar zaradi zamud pri zbiranju podatkov le-ti še niso bili na voljo za to poročilo.

ⁱⁱⁱ Podrobnejše metodološke informacije o raziskavi ESS so na voljo na: www.europeansocialsurvey.org.

^{iv} Doseženo s standardiziranim postopkom pravil prevajanja, ki jih določa Centralna koordinacijska skupina ESS.

^v Če ni navedeno drugače, analize temeljijo na celotnem vzorcu približno 40.200 anketirancev. Na ravni držav so bile uporabljene post-stratifikacijske uteži. Obe, post-stratifikacijska in populacijska utež, pa sta bili uporabljeni pri analizi, kjer smo podatke po državah združevali po regionalnih kriterijih – s čimer so bili podatki po državah obteženi sorazmerno s številom prebivalstva. V analizi niso vključeni izločilni odgovori (ne vem, zavrnil ipd.).

^{vi} Če želimo rezultate primerjati, moramo izhajati iz domneve, da so starostne porazdelitve v vseh državah izenačene. Da bi to dosegli, smo uporabili uveljavljen epidemiološki pristop neposredne starostne standardizacije, kar pomeni uteževanje podatkov na podlagi starostnih skupin po 5 let za vsako državo v enotni, skupni standard. Starostne skupine smo tako utežili v skladu z evropskim standardom prebivalstva (ESP) za leto 2013 (Eurostat 2013).

^{vii} Severna Evropa vključuje Dansko, Finsko, Norveško in Švedsko. Zahodna Evropa vključuje Avstrijo, Belgijo, Francijo, Nemčijo, Irsko, Nizozemsko, Švico in Veliko Britanijo. Srednja in vzhodna Evropa vključujeta Češko, Estonijo, Madžarsko, Litvo, Poljsko in Slovenijo. Južna Evropa vključuje Izrael, Portugalsko in Španijo.

^{viii} Za anketiranca velja, da ima resne depresivne simptome, če na lestvici depresije dosežejo 10 točk ali več od 24 možnih. Lestvica, v Tabeli 1, je sestavljena iz osmih postavk, ki merijo psihično počutje (na vsaki od merjenih postavk so bile možne od 0 do 3 točke).

^{ix} Ta statistična metoda ima več prednosti: omogoča ustrežnejše sklepanje na populacijo; skupaj s post-stratifikacijskimi utežmi omogoča zanesljivejšo primerjavo med modeli, vzorci in skupinami ter je v primerjavi s količnikom razmerij obetov (napovedane verjetnosti) bolj zanesljiva, še posebno za ne-redke izide. Osnovni model za vsako državo je bil zasnovan tako, da analizira povezavo med SES in SRH glede na spol, starost in trajno bolezen oz. invalidnost.

O ESS

Evropska družboslovna raziskava je del Konzorcija evropske raziskovalne infrastrukture (ESS ERIC), ki omogoča prost dostop do mednarodnih podatkov javnega mnenja skozi čas.

ESS je znanstvena raziskava, ki se od leta 2001 izvaja po Evropi. V njenih podatkovnih zbirkah so podatki skoraj 350.000 opravljenih intervjujev, ki se izvajajo vsaki dve leti na novo izbranih nacionalnih vzorcih. Raziskava meri mnenja, stališča in vedenjske vzorce različnih populacij v več kot tridesetih državah.

Teme v ESS:

- zaupanje v institucije
- zanimanje za politiko
- družbene in politične vrednote
- morala in družbene vrednote
- socialni kapital
- socialna izključenost
- nacionalna, etnična in verska pripadnost
- dobrobit, zdravje in varnost
- demografija

- izobraževanje in poklic
- materialne razmere
- razmere v gospodinjstvu
- odnos do blaginje
- zaupanje v pravosodje
- odnos do staranja in starejših
- državljanstvo, vključenost in demokracija
- odnos do priseljevanja in priseljencev
- družina, delo in zadovoljstvo z življenjem
- ekonomska morala
- načrtovanje življenjske poti

Več informacij o ESS ERIC in dostopu do podatkov najdete na www.europeansocialsurvey.org

Več informacij o stopnjah dobrobiti po Evropi, je dostopnih na posebni spletni strani ESS www.esswellbeingmatters.org

Sledite ESS na Twitterju [@ESS_Survey](https://twitter.com/ESS_Survey)

in Facebooku [@EuropeanSocialSurvey](https://www.facebook.com/EuropeanSocialSurvey)



Ta publikacija je nastala s finančno podporo 'European Union's Horizon 2020 research and innovation programme' v okviru sporazuma o financiranju št. 676166.

Prevod: Slavko Kurdija, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, december 2017.

Izdajatelj:

European Social Survey ERIC
City, University of London
Northampton Square, London
EC1V 0HB, United Kingdom

ESS je pridobila status Konzorcija evropske raziskovalne infrastrukture Evropska družboslovna raziskava (ERIC) leta 2013. V času 7. vala je ESS ERIC vključeval 14 držav članic in dve državi opazovalki.

Države članice:

Avstrija, Belgija, Češka, Estonija, Francija, Nemčija, Irska, Litva, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Slovenija, Švedska in Velika Britanija.

Državi opazovalki:

Norveška, Švica.

Druge sodelujoče države:

Danska, Finska, Madžarska, Izrael, Latvija, Slovaška in Španija.

Mednarodne posvetovalna telesa generalne skupščine ESS ERIC so:

Methods Advisory Board (MAB), **Scientific Advisory Board (SAB)** in Finance Committee (FINCOM).

Sedež ESS ERIC je na City, Univerza v Londonu.

direktor je Rory Fitzgerald.

Centralno koordinacijo ESS ERIC

sestavljajo: GESIS - Leibniz Institute

for the Social Sciences (Nemčija);

Katholieke Universiteit Leuven

(Belgija); NSD - Norwegian Centre

for Research Data (Norveška); SCP

- The Netherlands Institute for Social

Research (Nizozemska); Univerzitat

Pompeu Fabra (Španija); Univerza v

Ljubljani (Slovenija).

V **forumu nacionalnih**

koordinatorjev (NC) so nacionalni

koordinatorji raziskave ESS

iz vseh sodelujočih držav.

