

# Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai:

svarbiausi 7-osios Europos socialinio  
tyrimo bangos rezultatai

Svarbiausių EST  
rezultatų serija

6  
numeris

# Europos socialinio tyrimo duomenų ir dokumentacijos prieiga

Europos socialinis tyrimas – Europos mokslinių tyrimų infrastruktūros konsorciumas – EST EMTIK (angl. *European Social Survey European Research Infrastructure Consortium, ESS ERIC*) teikia atvirą prieigą prie visų savo duomenų ir dokumentacijos. Jus galima peržiūrėti ir atsisiųsti šiame tinklalapyje: [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

Siekiant paskatinti naudotis vis gausėjančiais duomenų rinkiniais, sukurti specialūs projektai, tokie kaip EduNet ir NESSTAR, kurie taip pat prieinami per EST tinklalapį.

## EduNet

EduNet yra elektroninė mokymosi priemonė, sukurta aukštosios mokykloms. Joje pateikiami praktiniai pavyzdžiai ir užduotys veda vartotojus per visą tyrimo procesą – nuo teorinės problemos iki statistinių rezultatų interpretacijos. Šiuo metu sukurta dešimt temų, kuriuose naudojami EST duomenys.

## NESSTAR

EST duomenų analizei internete naudojamas NESSTAR internetinis duomenų analizės įrankis. Visą jo dokumentaciją galima rasti šio įrankio kūrėjos, Norvegijos socialinių mokslų duomenų tarnybos tinklalapyje ([www.nesstar.com](http://www.nesstar.com)).

## Šio leidinio autoriai:

Terje Andreas Eikemo, sociologijos profesorius, Norvegijos mokslo ir technologijų universitetas, Trondheimas, Norvegija;

Tim Huijts, vyr. sociologijos lektorius, Jorko universitetas, Jungtinė Karalystė;

Clare Bamba, visuomenės sveikatos geografijos profesorė, Daramo universitetas, Jungtinė Karalystė;

Courtney McNamara, podoktorantūros tyrėja, Norvegijos mokslo ir technologijų universitetas, Trondheimas, Norvegija;

Per Stornes, doktorantas, Norvegijos mokslo ir technologijų universitetas, Trondheimas, Norvegija;

Mirza Balaj, doktorantė, Norvegijos mokslo ir technologijų universitetas, Trondheimas, Norvegija.

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts ir Clare Bamba buvo Klausimyno kūrimo grupės nariai, kurie parengė EST modulį „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“. Kiti šios komandos nariai:

Olle Lundberg, Sveikatos lygybės studijų centras, Stokholmas, Švedija;

Johan Mackenbach, Visuomenės sveikatos katedra, Erasmus universiteto Medicinos centras, Roterdamas, Nyderlandai.

Modulį sudaryti padėjo šie EST Centrinės mokslinės grupės nariai: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop ir Lizzy Winstone.

Leidinio lietuvių kalba mokslinis redaktorius – Vaidas Morkevičius, Kauno technologijos universitetas.

Iš anglų kalbos vertė Vaida Jankauskaitė, Kauno technologijos universitetas.

Lietuvių kalbos redaktorė – Virginija Stankevičienė, Kauno technologijos universitetas.

Europos socialinio tyrimo tikslas – užtikrinti, kad Europoje gyvenantys žmonės būtų geriau girdimi, garsiau išreiškiant jų nuomones ir atskleidžiant jų gyvenimo socialines sąlygas. Šis leidinys skirtas vieno svarbiausių mūsų gyvenimo aspektų – sveikatos – tyrimams, kurie atskleidžia didelę, su sveikata susijusią socialinę nelygybę tiek atskirose Europos šalyse, tiek ir tarp jų.

Šio modulio įtraukimas į Europos socialinį tyrimą leido atlikti vieną išsamiausių subjektyvios sveikatos nelygybės palyginamųjų tyrimų platesniame sociologiniame kontekste ir pateikti išvadas, kurios ypač aktualios akademikams ir politikos formuotojams. Modulyje taip pat yra inovacijų, pavyzdžiui, naujoviškas alkoholio vartojimo matavimo metodas. Šis modulis taip pat yra svarbių duomenų šaltinis, kuris atskleidžia žmonių sveikatos būklės skirtumus tarp Europos šalių bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Nekantrydamas laikiu, kada prie EST duomenų vartotojų bendruomenės prisijungs daugybė naujų, sveikatą tyrinėjančių mokslininkų ir viliuosi pamatyti šiuo nauju moduliui paremtus jų tyrimų rezultatus.

**Rory Fitzgerald, EST EMTIK direktorius**

Londono Sičio universitetas, Jungtinė Karalystė

# Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai: svarbiausi 7-osios Europos socialinio tyrimo bangos rezultatai

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bamba, Courtney McNamara, Per Stornes ir Mirza Balaj

## Įvadas

Sveikatos socialinė nelygybė vis dar yra mūsų gyvenimo faktas. Atlikti tyrimai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą, profesinį statusą ar pajamas turinčių asmenų sergamumas mažesnis, o tikėtina gyvenimo trukmė – ilgesnė. Nors sveikatos socialinė nelygybė egzistuoja viso pasaulio visuomenėse, tačiau jos mastai kiekvienoje šalyje skirtingi. Gerokai skiriasi jie ir Europoje.

Anksčiau skelbti tyrimai, kuriuose naudoti Europos socialinio tyrimo (EST) duomenys, reikšmingai prisidėjo siekiant išsiaiškinti sveikatos socialinės nelygybės skirtumus Europos šalyse (Eikemo et al., 2008a; Eikemo et al., 2008b; Huijts, 2011; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Šios studijos rėmėsi trimis pagrindiniais sveikatos rodikliais (angl. *health outcomes*): subjektyviu sveikatos vertinimu, ilgalaikių ligų sukeliama veiklos apribojimais ir depresyvumu, taip pat keliais socialiniais sveikatą lemiančiais veiksnių rodikliais, atspindinčiais, pavyzdžiui, asmens socialinę ir ekonominę padėtį. Apibendrinant šiose studijose pateiktą informaciją galima sakyti, kad blogesne sveikatos būkle pasižymi tie asmenys, kurie priklauso žemesnio socialinio ir ekonominio statuso grupėms, tačiau tokios nelygybės pobūdis Europos šalyse skiriasi.

Taigi siekiant geriau suprasti, kas ir kodėl lemia tebeegzistuojančią sveikatos socialinę nelygybę, reikia tirti daugiau ir įvairesnių sveikatos rodiklių bei sveikatą lemiančių socialinių veiksnių. Nors į sveikatos apklausas dažnai įtraukiami įvairūs sveikatą nusakantys rodikliai ir sveikatai įtakos turintys veiksniai, iki šiol nė vieno tyrimo metu nebuvo surinkta pakankamai duomenų apie visuomenių socialinės stratifikacijos sistemas, kartu į tyrimą įtraukiant įvairius gyvenimo sąlygų rodiklius. Taip pat nebuvo atlikta jokio

sociologinio tyrimo, kuriame būtų pakankamai duomenų tiek apie įvairiausių žmogaus elgsenos ar gyvenimo būdo veiksmus, tiek apie sveikatos rodiklius (pavyzdžiui, specifinius ilgalaikius negalavimus).

Atsižvelgiant į tai, buvo sukurtas sveikatos nelygybės modulis, kuris integruotas į EST. Svarbiausi stratifikacijos kintamieji šiame tyrime nuolat matuojami pagrindinėje klausimyno dalyje.

Į EST 7-osios bangos klausimyną įtrauktas kintantis modulis „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“ apima platų sergamumo rodiklių spektrą, įskaitant keletą subjektyviai matuojamų fizinės sveikatos problemų (pvz., širdies ligos ir kvėpavimo sutrikimai). Tai taip pat ir pirmasis tarptautinis sveikatos modulis, kurį sudaro daugybė įvairių, sveikatą lemiančių socialinių veiksnių, pavyzdžiui, žmogaus elgsenos ir psichosocialiniai veiksniai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir darbo sąlygos.

Renkantis, kuriuos sveikatos rodiklius ir ją lemiančius veiksmus įtraukti į modulį „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“, remtasi Dahlgreno ir Whiteheado (1991) sveikatą lemiančių veiksnių modeliu (žr. 1 pav.) bei naujaisiomis, sveikatą lemiančių socialinių veiksnių apžvalgomis, pavyzdžiui, Marmoto ataskaita (2008). Prioritetai buvo teikiami nacionalinėse apžvalgose pateiktiems, potencialiai svarbiems sveikatos veiksniams, pavyzdžiui, būsto sąlygoms, naudojimuisi alternatyviomis sveikatos paslaugomis ir nemokamai slaugai namuose (angl. *unpaid care*). Atsižvelgiant į moduliui skirtą 30-ties klausimų limitą, pirmenybė teikta conceptams, kurie gali būti išmatuoti naudojant nedidelį klausimų kiekį.

Siekiant įvertinti atsakymų į klausimus bendrąją sklaidą, pasiskirstymą atskirose socialinėse

grupėse ir nustatyti sąsajas su sveikatos rodikliais, atlikta bandomoji apklausa (Eikemo ir kt., 2016). Taigi buvo įtraukti tik tie sveikatą lemiantys veiksniai, kurie labiausiai susiję su sveikata ir neturi kokių nors kitų matavimo problemų.

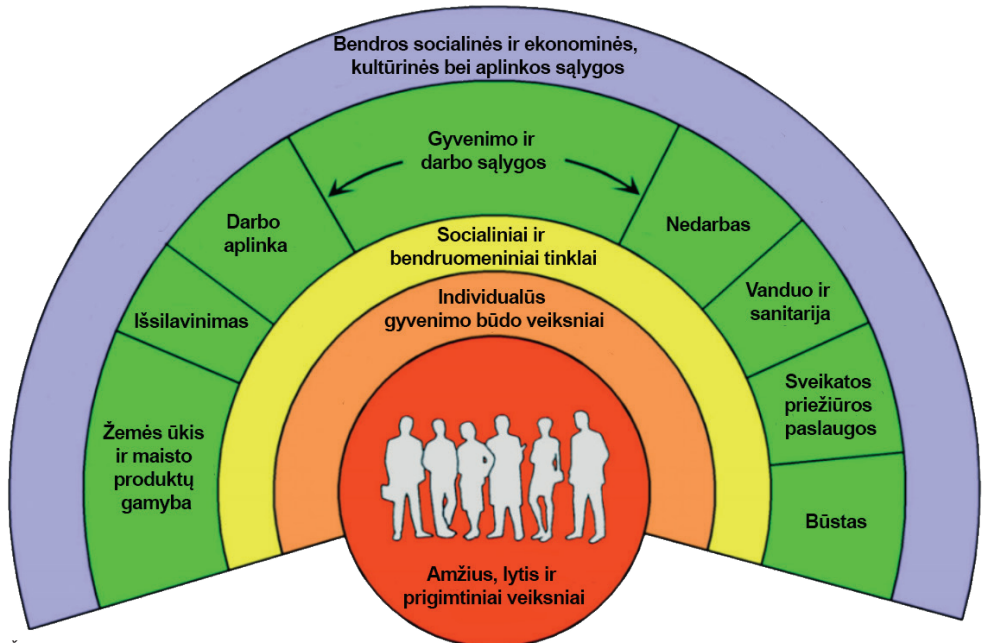
Visų modulio klausimų apžvalga pateikiama 1 lentelėje.

Duomenys 7-ajai Europos socialinio tyrimo bangai buvo surinkti atliekant valandos trukmės tiesioginį interviu su respondentais, vyresniais nei 15 metų 21 Europos šalyje<sup>ii</sup>. Duomenis sudaro beveik 40 200 unikalų atsakymų. Siekiant užtikrinti nacionalinių apklausų reprezentatyvumą<sup>iii</sup>, respondentai buvo atrinkami taikant griežtai atsitiktines tikimybinės atrankas ir siekiant 70 proc. atsakymų grįžtamumo. Aukšta EST klausimų vertimo kokybė<sup>iv</sup> ir tarptautiniu mastu sistemingai atliekama atranka leidžia pagrįstai tikėtis, kad atlikti tarptautiniai palyginimai bus patikimi.

Šiame leidinyje, apžvelgiant sveikatos rodiklius ir sveikatą lemiančių veiksnių skirtumų Europos šalyse, aprašomi svarbiausi šių duomenų preliminarios analizės rezultatai.<sup>v</sup> Taip pat aptariama, kaip įvairūs socialiniai, sveikatai įtakos turintys veiksniai, ypač susiję su žmogaus elgsena, užimtumu ir gyvenimo sąlygomis, gali padėti paaiškinti subjektyvių sveikatos vertinimų nelygybę tarp skirtingą išsilavinimą turinčių grupių.

Leidinyje pristatomi rezultatai yra pavyzdys, kaip remiantis šiais, naujai surinktais duomenimis, galima atlikti išsamesnę sveikatos veiksnių analizę. Taip pat jie pateikia preliminarių įžvalgų apie tai, kurie veiksniai gali būti svarbūs aiškinant subjektyvių sveikatos vertinimų nelygybę tarp išsilavinimo grupių Europoje.

### 1 paveikslas. Dahlgren ir Whitehead (1991) sveikatą lemiančių veiksnių modelis



1 lentelė. EST kintančiame modulyje „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“ naudojamos sąvokos ir klausimai

Konceptai	Klausimai (naudotų matavimų aprašai)
Vaisių ir daržovių valgymas	Vaisių valgymo dažnumas (neįskaitant sulčių).
	Daržovių ar salotų valgymo dažnumas (neįskaitant bulvių).
Fizinis aktyvumas	Dienų skaičius, kuriomis respondentas užsiėmė fizine veikla, tokia kaip greitas vaikščiojimas, sportas ar kita fizinė veikla, kuri truko bent 30 minučių ar ilgiau, per pastarąsias 7 dienas.
Rūkymas	Savęs priskyrimas prie nuolat rūkančių, nereguliariai rūkančių, rūkusių anksčiau ar nerūkiančiųjų (cigarečių ir sukamojo tabako, išskyrus pypkes, cigarus ir elektrines cigaretes).
	Per įprastą dieną surūkomų cigarečių skaičius
Alkoholio vartojimas	Alkoholio vartojimo dažnumas per pastaruosius 12 mėn.
	Išgerto alkoholio kiekis (pagal kortelėje pateiktus pavyzdžius), kai paskutinį kartą gėrė alkoholio pirmadienį, antradienį, trečiadienį ar ketvirtadienį.
	Išgerto alkoholio kiekis (pagal kortelėje pateiktus pavyzdžius), kai paskutinį kartą gėrė alkoholio penktadienį, šeštadienį ar sekmadienį.
	Girtavimo dažnumas per pastaruosius 12 mėn.
KMI	Ūgis be batų; svoris be batų.
Naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis	Respondentas aptarė savo sveikatą su šeimos gydytoju per pastaruosius 12 mėn.
	Respondentas aptarė savo sveikatą su gydytoju specialistu per pastaruosius 12 mėn.
	Respondentui nepavyko gauti medicininės konsultacijos ar gydymo per pastaruosius 12 mėn.
	Priežastys, dėl ko respondentui nepavyko gauti medicininės konsultacijos ar gydymo per pastaruosius 12 mėn.
	Alternatyvus gydymo naudojimas per pastaruosius 12 mėn. (12 gydymo būdų kortelėje).
Nemokamos slaugos namuose teikimas	Rūpinimasis ar pagalba šeimos nariams, draugams, kaimynams ar kitiems asmenims, kurių bloga ilgalaikė fizinė ar psichinė sveikatos būklė ar jie turi negalią ar su senatve susijusių problemų, neįskaitant apmokamo darbo.
	Per savaitę skiriamų valandų skaičius teikiant nemokamą slaugą namuose.
Psichinės gerovės dimensijos	Kiek laiko per pastarąją savaitę jausdavosi prislėgtas; atrodė, kad viską tenka padaryti per vargus; miegas būdavo neramus; būdavo laimingas; jausdavosi vienišas; džiaugdavosi gyvenimu; būdavo liūdnas; nekildavo rankos ką nors daryti (8 atskiri rodikliai).
Subjektyvus sveikatos vertinimas	Per pastaruosius 12 mėn. patirtos sveikatos problemos (išvardintos kortelėje): širdies ar kraujotakos problemos; aukštas kraujo spaudimas; kvėpavimo problemos; alergijos; nugaros ar sprando skausmai; plaštakų ar rankų raumenų ar sąnarių skausmai; pėdų ar kojų raumenų ar sąnarių skausmai; skrandžio ar virškinimo problemos; odos būklės problemos; stiprūs galvos skausmai; diabetas.
	Per pastaruosius 12 mėn. patirtos ar turėtos sveikatos problemos (išvardintos kortelėje), trukdžiusios kasdinei veiklai.
	Serga vėžiu šiuo metu; sergo vėžiu anksčiau.
Vaikstės gyvenimo sąlygos	Augant patirti rimti konfliktai tarp namuose gyvenančių žmonių.
	Augant patirti dideli finansiniai sunkumai.
Būsto kokybė	Su būstu susijusios problemos (išvardintos kortelėje).
Darbo sąlygos	Kuriame nors iš turėtų darbų susidūrė su šiais dalykais: rankinių įrankių arba mašinų vibracija; varginančios ar skausmingos pozos; žmonių kilnojimas ar kitoks rankinis darbas padedant jiems; sunkių krovinių nešimas ar kitoks rankinis darbas su jais.
	Kuriame nors iš turėtų darbų susidūrė su šiais dalykais: labai didelis triukšmas; labai aukšta temperatūra; labai žema temperatūra; radiacija, tokia kaip rentgeno spinduliai; darbas ar kontaktas su cheminiais produktais ar medžiagomis ar cheminių garų įkvėpimas; kitokių rūšių dūmų, dujų, smulkių dalelių ar dulkių įkvėpimas.

Pastaba: tiksliai klausimų formulutes galima rasti EST 7-osios bangos klausimyne, kurį galite atsisiųsti iš EST tinklalapio.

## Kaip skiriasi sveikata Europoje?

Susikačiuotas kiekvieno į modulį įtrauktos sveikatos rodiklio paplitimo mastas, standartizuotas atsižvelgiant į amžių.<sup>vi</sup> Amžiaus grupės pasvertos pagal Europos 2013 m. standartinę populiaciją, o šalys lentelėse ir grafikuose sugrupuotos pagal geografinius regionus.<sup>vii</sup> siekiant atkreipti dėmesį į kelių rodiklių įverčių grupavimąsi pagal regioninius principus.

2 lentelėje pateikta informacija apie lėtinių negalavimų, įvardytų pačių respondentų skirtumus tarp šalių. Įvertinus duomenis apibendrintai galima teigti, kad daugelyje šalių santykinai didelė dalis respondentų turėjo nusiskundimų dėl visų, į sąrašą įtrauktų negalavimų. Kita vertus, nustatyti ir reikšmingi nusiskundimų dėl daugelio minėtų negalavimų skirtumai tarp šalių. Pavyzdžiui, širdies ir kraujotakos sutrikimais mažiau skundžiasi Šiaurės Europos gyventojai (išskyrus Suomiją), daugiausia – Lietuvos ir Lenkijos gyventojai. Aukštas kraujo spaudimas itin dažnai minimas Vokietijoje, Vengrijoje, Lietuvoje ir Slovėnijoje. Vidurio ir Rytų Europai mažiausiai būdingos kvėpavimo problemos, o Šiaurės Europoje daugiau nusiskundimų dėl alergijų. Rankų, kojų ir ypač nugaros skausmus pastaraisiais metais jautė didelė dalis respondentų visose šalyse, tačiau jokių aiškių regioninių skirtumų nustatyta nebuvo. Tas pats pasakytina ir apie skrandžio sutrikimus. Daugybė žmonių turi šių sveikatos sutrikimų, tačiau ir šiuo atveju aiškių regioninių skirtumų nenustatyta.

Lyginant su kitais regionais, nusiskundimai dėl odos problemų itin paplitę Suomijoje, o santykinai reti Vidurio ir Rytų Europoje. Tiriant sveikatos skirtumus tarp lyčių nustatyta, kad jie itin akivaizdūs stiprių galvos skausmų atveju – moterys daug dažniau nurodo patyrusios šį sveikatos sutrikimą. Be to, šių sveikatos problemą tris kartus dažniau nurodo turėję Vokietijos, Prancūzijos ir Portugalijos gyventojai (lyginant su Airijos gyventojais). Analizuojant diabeto susirgimų paplitimą, aiškių skirtumų tarp šalių nenustatyta. Galima būtų tik išskirti

Izraelį, nes jame diabetu serga šiek tiek daugiau žmonių nei kitose šalyse. Apibendrinant galima teigti, kad beveik visose šalyse daugiau nei pusė respondentų – tiek vyrai, tiek moterys – nurodė turėję vieną, du ar daugiau sveikatos sutrikimų per pastaruosius 12 mėnesių. Suomijoje, Prancūzijoje ir Vokietijoje taip teigė beveik 90 proc. moterų. Taigi, tik labai nedidelė dalis jų nepatyrė nė vieno iš tirtų sveikatos sutrikimų. Aiškinantis onkologinių susirgimų paplitimą įvairiose šalyse, aiškių skirtumų tarp šalių nenustatyta. Tik Norvegija ir Švedija šiek tiek išsiskiria mažesniu kiekiu respondentų, kurie nurodė, kad tyrimo metu sirgo vėžiu. Tačiau paminėtina, kad šiose šalyse didžiausia dalis moterų nurodė, jog sirgo vėžiu anksčiau.

3 lentelėje pateikiami kitų sveikatos sutrikimų duomenų analizės rezultatai. Prasti arba labai prasti subjektyvūs sveikatos vertinimai atspindi ankstesnėse EST bangose fiksuotus rezultatus: mažiausiai tokių vertinimų yra Airijoje ir Šveicarijoje, o daugiausiai – Estijoje, Vengrijoje ir Lietuvoje. Tas pats pasakytina ir apie respondentų, kuriems bent jau šiek tiek trukdo ilgalaikės ligos, skaičių. Šiuo atveju Lietuva ir Slovėnija yra tos šalys, kuriose didžiausias procentas respondentų nurodė patiriantys šią problemą. Žvelgiant į žmonių, kurie nurodė patiriantys sunkius depresijos simptomus,<sup>viii</sup> procentus, buvo nustatytas akivaizdus atsakymų skirtumas tarp lyčių. Šis rezultatas atitinka kitų Europos psichikos sveikatos tyrimų, paremtų ankstesnių EST bangų duomenų analize, rezultatus. Tačiau reikia paminėti, kad Norvegijoje ir Suomijoje skirtumų tarp lyčių šiuo aspektu iš esmės nenustatyta.

Mažas respondentų, nurodančių rimtus depresijos simptomus, procentas Suomijoje, Norvegijoje ir Šveicarijoje ir didelė depresijos simptomų rizika Pietų bei Vidurio ir Rytų Europoje patvirtina anksčiau atliktų EST duomenų tyrimų rezultatus. Šis tyrimas atskleidė ir tai, jog respondentai vyrai daug dažniau nei moterys nurodo turintys atsvario, o Vidurio ir Rytų Europoje itin didelis procentas moterų nurodo turinčios atsvarį ar nutukimą.

## 2 lentelė. Nusiskundimai dėl lėtinių negalavimų 21 Europos šalyje (atskirai vyrai ir moterys, proc.)

		Širdis	Aukštas kraujospaudimas	Kvėpavimas	Alergija	Nugaros skausmai	Rankų skausmai	Kojų skausmai	Skrandis	Oda	Galvos skausmai	Diabetas	1 iš jų	2 ar daugiau	Serga vėžiu	Sirgo vėžiu
Šiaurės Europa																
Danija	V	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
	M	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
Suomija	V	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
	M	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
Norvegija	V	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
	M	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
Švedija	V	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
	M	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
Vakarų Europa																
Austrija	V	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
	M	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	V	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
	M	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
Prancūzija	V	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
	M	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Vokietija	V	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
	M	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
Airija	V	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
	M	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
Nyderlandai	V	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
	M	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
Šveicarija	V	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
	M	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
Jungtinė Karalystė	V	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
	M	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
Vidurio ir Rytų Europa																
Čekija	V	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	-	-
	M	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estija	V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Vengrija	V	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
	M	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
Lietuva	V	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
	M	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
Lenkija	V	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
	M	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
Slovėnija	V	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
	M	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
Pietų Europa																
Izraelis	V	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
	M	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
Portugalija	V	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
	M	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
Ispanija	V	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
	M	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

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014. Žymėjimas spalvomis pagrįstas didžiausiomis, vidurinėmis ir mažiausiomis kiekvieno rodiklio atsakymų skaidros tarp šalių reikšmėmis.

3 lentelė. Subjektyvus bendras sveikatos vertinimas, ilgalaikių ligų sukelti veiklos apribojimai, psichinė sveikata ir atsvoris ar nutukimas 21 Europos šalyje (atskirai vyrai ir moterys, proc.)

		Bloga / labai bloga sveikata	Liga trukdo kasdieni veiklai	Depresijos simptomai	Antsvoris / nutukimas
<b>Šiaurės Europa</b>					
Danija	V	6.1	26.4	8.1	52
	M	6	33.5	12.6	38.9
Suomija	V	4.6	29.9	6.7	59.1
	M	5.3	34.8	8.2	47.9
Norvegija	V	4.6	26.4	6.2	57.4
	M	9.6	32.6	8.9	42.4
Švedija	V	2.8	26.8	6	56.8
	M	6	35.3	14.6	43.5
<b>Vakarų Europa</b>					
Austrija	V	4.1	21.5	8.5	57.5
	M	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgija	V	5	25.3	8.6	51.1
	M	5.8	29.5	14.3	39.5
Prancūzija	V	6.4	21.9	8.2	52.8
	M	9.3	27.1	16.5	40.9
Vokietija	V	7.6	29.5	9	60.2
	M	12.4	33.3	20.2	44.4
Airija	V	2	17.3	6.2	56.3
	M	2.7	18.4	9.1	41
Nyderlandai	V	4.1	27.3	8.3	51.4
	M	6.1	33.7	10.8	44.5
Šveicarija	V	2.3	20.4	4.7	52.5
	M	3.9	22.3	9.3	29.9
Jungtinė Karalystė	V	6.7	24	10.6	58.5
	M	7.5	27	14.7	47.7
<b>Vidurio ir Rytų Europa</b>					
Čekija	V	4.9	27.5	19.1	67.4
	M	8.3	29.8	28.6	49.4
Estija	V	11.2	28.7	14.8	56.4
	M	12.4	26.6	20.8	48.1
Vengrija	V	13.5	29.5	21.5	63.8
	M	13.8	31.8	27.5	52.8
Lietuva	V	12.1	33.3	16.1	60.7
	M	12.8	35.2	22.7	50.8
Lenkija	V	8.3	27.8	11.3	60.8
	M	12.5	32.3	25.3	44.1
Slovėnija	V	9.8	31.2	8.7	61.2
	M	12.2	38.5	15.6	50.6
<b>Pietų Europa</b>					
Izraelis	V	9.2	25	12	55.9
	M	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugalija	V	8.3	17.4	15.8	56
	M	12.1	21.9	30.9	49.8
Ispanija	V	8.8	14.8	12.8	60.4
	M	14.9	19.3	24.7	43.3

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014. Žymėjimas spalvomis pagrįstas didžiausiomis, vidurinėmis ir mažiausiomis kiekvieno rodiklio atsakymų sklaidos tarp šalių reikšmėmis.



## Kaip sveikatą lemiantys socialiniai ir elgsenos veiksniai pasiskirstę Europoje?

Taip pat buvo suskaičiuotas visų į modulį įtrauktų, sveikatą lemiančių socialinių ir elgsenos veiksnių paplitimo mastas, standartizuotas atsižvelgiant į amžių.

Nustatyta, kad daugelis europiečių susiduria su socialiniais ir elgsenos veiksniais, kurie lemia sveikatos problemas. Be to, šių socialinių ir elgsenos veiksnių patyrimo mastai skiriasi priklausomai nuo šalies.

4 lentelėje pateikta informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir naudojimąsi jomis skirtingose šalyse.

Analizuojant medicinos paslaugų prieinamumą matyti, kad jis labai skiriasi tarp šalių.

Nepakankamas paslaugų prieinamumas, vertinant procentine išraiška, ypač didelis Suomijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Estijoje, Lenkijoje, Izraelyje ir Portugalijoje. Priežastys, lemiančios nusiskundimus dėl nepakankamo prieinamumo įvairios: Estijoje, Lenkijoje ir Izraelyje dažniau nei kitur minimos ilgos laukiančiųjų eilės, o laisvo registracijos laiko trūkumas daugiausiai problemų kelia Suomijoje, Lenkijoje ir Izraelyje. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugomis daugumoje šalių naudojasi (t. y. per praėjusius metus konsultavosi su šeimos gydytoju) apie trys ketvirtadaliai respondentų, tačiau kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Švedijoje, jų yra mažiau.

Atlikus tyrimą nustatytas mažesnis procentas respondentų, kurie konsultuojasi su gydytoju specialistu ar naudojami alternatyviu gydymu. Tokiomis paslaugomis dažniau naudojasi moterys nei vyrai. Kai kuriose šalyse didesnis procentas gali reikšti tai, kad žmonės turi galimybę į gydytojus specialistus kreiptis tiesiogiai. Įdomu tai, kad kai kuriose šalyse alternatyviu gydymu naudojasi vienodas ar net didesnis procentas asmenų nei konsultuojasi su gydytoju specialistu. Tačiau šiuo atveju konkrečiau įvardyti aiškias regioninių skirtumų priežastis yra sudėtinga. Be to, reikia nepamiršti ir to, kad šių rodiklių duomenys nebuvo pasverti atsižvelgiant į sveikatos problemų turėjimą ar iš to kylantį medicinines priežiūros poreikį.

5 lentelėje pateikti tirtų šalių skirtumai, susiję su elgsena, keliančia riziką sveikatai. Viena iš tokių rizikų – rūkymas. Iš duomenų lentelėje matyti,

kad šiuo metu rūkančių asmenų skaičius yra gerokai mažesnis Šiaurės Europoje, Jungtinėje Karalystėje ir Airijoje. Rūkančių vyrų yra žymiai daugiau Vidurio ir Rytų Europos šalyse, kuriose (taip pat ir Pietų Europoje) matomas ir didelis skirtumas tarp lyčių. Paminėtina tai, kad anksčiau rūkusiųjų procentas Šiaurės Europoje buvo ypač aukštas. Ypač aukštas procentas asmenų (tarp šiuo metu rūkančiųjų), paprastai surūkančių 20 ar daugiau cigarečių per dieną, nustatytas Austrijoje, Lenkijoje ir Izraelyje. Tirtose šalyse gerokai skiriasi procentas žmonių, teigiančių, kad dažnai vartoja alkoholį. Izraelyje ir Vidurio ir Rytų Europoje taip teigiančių (ypač moterų) yra labai mažai. Žvelgiant į visų EST 7-oje bangoje dalyvavusių šalių duomenis apie suvartojamo alkoholio kiekį, gana akivaizdžiai matyti, kad, apskritai, vyrai suvartoja beveik dvigubai daugiau standartinių alkoholio vienetų nei moterys. Alkoholio suvartojama beveik du kartus daugiau savaitgaliais nei darbo dienomis. Airijoje suvartojamų standartinių alkoholio vienetų skaičius yra ypač didelis.

Dažnas girtavimas labiausiai pasireiškia Jungtinėje Karalystėje ir Portugalijoje, o retai – Šiaurės Europoje bei tarp moterų Vidurio ir Rytų Europoje. Kalbant apie fizinį aktyvumą, nenustatyta jokių aiškių regioninių ar lyčių skirtumų. O tiriant mitybą paminėtina tai, kad moterys per dieną suvartoja gerokai daugiau vaisių ir daržovių nei vyrai. Ypač tai pasakytina apie Šiaurės Europą.

Paskutinėje, 6 lentelėje pateikiami likusių sveikatą lemiančių socialinių veiksnių, įtrauktų į EST kintantį modulį, įverčiai. Ergonominių ir materialinių sveikatos rizikų patirtys bet kokiame darbe rečiausiai minėtos Čekijoje ir Izraelyje, o visose šalyse vyrų galimybės patirti šias rizikas žymiai didesnės negu moterų.

Tiriant vaikystės gyvenimo sąlygas nustatyta, kad apskritai mažiau konfliktų namuose augdami patyrė Ispanijos bei Vidurio ir Rytų Europos respondentai, o finansiniai sunkumai vaikystėje dažniausiai minėti Pietų bei Vidurio ir Rytų Europos šalyse. Būsto problemų klausimu, jokių aiškių regioninių skirtumų nenustatyta, nors didelei daliai respondentų tai turėjo poveikį. Neapmokamą priežiūrą teikiančių respondentų dalis yra didesnė Šiaurės Europoje. Vis dėlto, Pietų Europoje respondentų dalis, nemokamai slaugai namuose skiriančių 10 ir daugiau valandų per savaitę, yra ypač didelė.

4 lentelė. Naudojimas sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų prieinamumas 21 Europos šalyje (atskiri vyrai ir moterys, proc.)

		Gydymas neprieinamas: bendrai	Gydymas neprieinamas: dėl ilgos eilės	Gydymas neprieinamas: dėl laisvo registracijos laiko trūkumo	Konsultavosi su šeimos gydytoju	Konsultavosi su gydytoju specialistu	Naudojosi alternatyviu gydymu
<b>Šiaurės Europa</b>							
Danija	V	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	M	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Suomija	V	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	M	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Norvegija	V	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	M	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Švedija	V	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	M	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
<b>Vakarų Europa</b>							
Austrija	V	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	M	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Belgija	V	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	M	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
Prancūzija	V	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	M	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Vokietija	V	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	M	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Airija	V	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	M	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Nyderlandai	V	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	M	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Šveicarija	V	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	M	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
Jungtinė Karalystė	V	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	M	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
<b>Vidurio ir Rytų Europa</b>							
Čekija	V	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	M	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estija	V	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	M	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Vengrija	V	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	M	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Lietuva	V	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	M	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Lenkija	V	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	M	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Slovėnija	V	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	M	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
<b>Pietų Europa</b>							
Izraelis	V	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	M	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugalija	V	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	M	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
Ispanija	V	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	M	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014. Žymėjimas spalvomis pagrįstas didžiausiomis, vidurinėmis ir mažiausiomis kiekvieno rodiklio atsakymų skaidos tarp šalių reikšmėmis.

5 lentelė. Rizikinga elgsena 21 Europos šalyje (atskirai vyrai ir moterys)

		Rūkymas (dabar, proc.)	Rūkymas (anksčiau, proc.)	20 ar daugiau cig. per dieną (proc.)	Alkoholis daugiau nei kartą per savaitę (proc.)	Stand. alk. vienetai darbo dienomis (vidurkis)	Stand. alk. vienetai savaitga- liais (vidurkis)	Girtavi- mas bent kartą per savaitę (proc.)	Fizinis aktyvumas 3-4 dienas per savaitę (proc.)	Vaisiai ir daržovės bent kartą per dieną (proc.)
<b>Šiaurės Europa</b>										
Danija	V	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	M	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Suomija	V	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	M	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Norvegija	V	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	M	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Švedija	V	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	M	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
<b>Vakarų Europa</b>										
Austrija	V	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	M	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Belgija	V	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	M	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
Prancūzija	V	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	M	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Vokietija	V	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	M	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Airija	V	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	M	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Nyderlandai	V	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	M	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Šveicarija	V	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	M	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
Jungtinė Karalystė	V	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	M	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
<b>Vidurio ir Rytų Europa</b>										
Čekija	V	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	M	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estija	V	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	M	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Vengrija	V	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	M	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Lietuva	V	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	M	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Lenkija	V	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	M	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Slovėnija	V	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	M	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
<b>Pietų Europa</b>										
Izraelis	V	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	M	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugalija	V	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	M	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
Ispanija	V	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	M	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014. Žymėjimas spalvomis pagrįstas didžiausiomis, vidurinėmis ir mažiausiomis kiekvieno rodiklio atsakymų sklaidos tarp šalių reikšmėmis.

6 lentelė. Socialiniai sveikatą lemiantys veiksniai 21 Europos šalyje: darbo sąlygos, vaikystės gyvenimo sąlygos, būstas ir nemokamos slaugos namuose teikimas (atskirai vyrai ir moterys, proc.).

		Kokios nors ergonominės rizikos	Kokios nors materialinės rizikos	Dažni / nuolatiniai konfliktai augant	Dažni / nuolatiniai finansiniai sunkumai augant	Kokios nors būsto problemos	Teikia nemokamą slaugą namuose	>10 val. nemokamos slaugos namuose per savaitę
<b>Šiaurės Europa</b>								
Danija	V	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	M	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Suomija	V	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	M	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Norvegija	V	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	M	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Švedija	V	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	M	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
<b>Vakarų Europa</b>								
Austrija	V	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	M	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Belgija	V	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	M	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
Prancūzija	V	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	M	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Vokietija	V	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	M	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Airija	V	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	M	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Nyderlandai	V	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	M	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Šveicarija	V	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	M	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Jungtinė Karalystė	V	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	M	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
<b>Vidurio ir Rytų Europa</b>								
Čekija	V	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	M	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estija	V	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	M	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Vengrija	V	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	M	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Lietuva	V	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	M	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Lenkija	V	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	M	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Slovėnija	V	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	M	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
<b>Pietų Europa</b>								
Izraelis	V	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	M	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugalija	V	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	M	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Ispanija	V	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	M	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014. Žymėjimas spalvomis pagrįstas didžiausiomis, vidurinėmis ir mažiausiomis kiekvieno rodiklio atsakymų sklaidos tarp šalių reikšmėmis.

## Kokie svarbiausi mechanizmai paaiškina sveikatos nelygybę tarp išsilavinimo grupių Europoje?

EST 7-osios bangos modulis „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“ suteikia unikalią galimybę palyginti, kaip skirtingi veiksniai lemia socialinę ir ekonominę sveikatos nelygybę. Akivaizdu, kad socialinių ir ekonominių grupių sveikatos būklės skiriasi, tačiau kaip galima paaiškinti šiuos skirtumus tarp grupių? Daugelyje tyrimų, kuriuose aiškinamasi dėl socialinės sveikatos nelygybės Europos šalyse, pagrindinis dėmesys skiriamas rizikingos elgsenos veiksniams ir prieinama išvada, kad nelygybę ir jos mastus skirtinguose regionuose daugiausiai lemia socialiniu ir ekonominiu pagrindu susiformavę rūkymo ir fizinio neaktyvumo skirtumai.

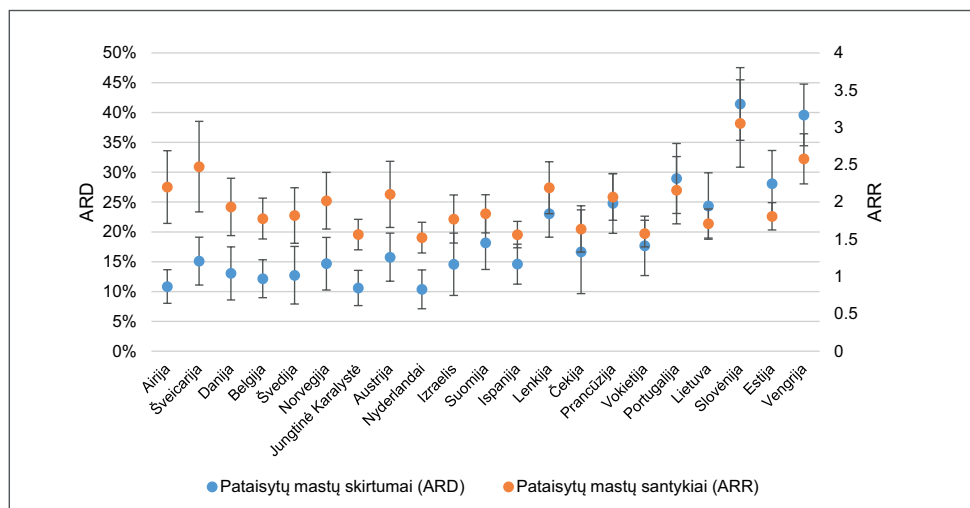
Tokiam požiūriui dominuoti, be abejojimo, yra svarbių priežasčių – tokius riziką atspindinčius veiksnius yra palyginti lengva matuoti, jie turi pakankamai gerai ištyrinėtą priežastinį poveikį mirtinumui, taip pat jiems gali būti daromas poveikis politinėmis priemonėmis

(intervencijomis). Vis dėlto, šioje perspektyvoje neatsižvelgiama į priežastinius individualius, kolektyvinius ir struktūrinius mechanizmus, kurie gali būti sveikatai žalingų įpročių priežastis. Taip pat neatsižvelgiama į su elgsena nesusijusius veiksnius (tokius kaip būstas, galimybės naudotis paslaugomis ir darbo sąlygos), darančius poveikį sveikatos problemų paplitimui. Šis modulis apima įvairius sveikatos būklei įtaką darančius socialinius ir elgsenos veiksnius, todėl leidžia palyginti žmogaus elgsenos ir su elgsena nesusijusių rizikos veiksnių svarbą aiškinant socialinę sveikatos nelygybę.

Paskutiniame šio leidinio skyrelyje aptariamos pagrindinės mechanizmų grupės, kuriomis remiantis galima aiškinti sveikatos nelygybę tarp išsilavinimo grupių. Ši analizė turėtų parodyti, ką tokios perspektyvos taikymas yra pajėgus atskleisti.

Pirmiausia buvo ištirta subjektyvių sveikatos vertinimų nelygybė atsižvelgiant į išsilavinimo lygį. Buvo nustatyti reikšmingi respondentų atsakymų skirtumai tarp aukšto ir žemo išsilavinimo grupių visose EST šalyse. Šie

## 2 paveikslas. Absoliuti ir santykinė nelygybė tarp išsilavinimo grupių 21 Europos šalyje



Pastaba: pataisytų paplitimo mastų skirtumų (angl. *adjusted rate differences*) ir pataisytų paplitimo mastų santykių (angl. *adjusted rate risk*) įverčiai suskaičiuoti pagal (bazinius) modelius, pasvertus pagal lytį, amžių ir ilgalaikės ligos ar negalios turėjimą. Visi įverčiai statistiškai reikšmingi ( $p < 0,01$ ). Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014.

skirtumai parodyti 2 paveiksle, kuriame matoma ir absoliuti, ir santykinė nelygybė pagal išsilavinimą, kaip matus naudojant rizikos skirtumus (RD) ir rizikos santykius (RR). Šalys išdėstytos pagal didėjančią prognozuojamą tikimybę žemesnio išsilavinimo grupės atstovams sveikatą įvardyti kaip blogesnę nei gerą.

Šie nelygybės matai suskaičiuoti taikant dvinarės logistinės regresijos modelį, prognozuojamoms tikimybėms skaičiuoti naudojant ribinį standartizacijos metodą (angl. *marginal standardisation*).<sup>ix</sup> Kaip ir ankstesniuose EST tyrimuose (pvz., Eikemo ir kt., 2008a), taip ir šiame tyrime nustatyta, kad absoliučios ir santykinės sveikatos nelygybės, susijusios su išsilavinimo lygiu, skirtumų dydis tarp šalių gerokai skiriasi. Vis dėlto, nors absoliuti subjektyvios sveikatos nelygybė tarp išsilavinimo grupių buvo didžiausia Vidurio ir Rytų Europoje (ypač Vengrijoje ir Slovėnijoje), santykinės nelygybės atveju nebuvo rasta jokių aiškių regioninių skirtumų. Toliau buvo tiriama, kaip įvairūs sveikatą lemiantys socialiniai veiksniai paaiškina šiuos nelygybių tipus.

Kiekvienos šalies galutiniame modelyje buvo palikti tik tie socialiniai veiksniai, kurie mažino santykinę nelygybę daugiau kaip 5 proc. Remiantis tuo, sveikatą lemiantys socialiniai veiksniai buvo suskirstyti į tris kategorijas: žmogaus elgsenos, užimtumo ir gyvenimo sąlygų (žr. 1 brėžinį). Nustatyta, kad atskirai taikant pataisymus (angl. *adjusting*) kiekvienos iš šių trijų veiksmų grupių atžvilgiu, labai sumažėdavo subjektyvios sveikatos nelygybės mastai tarp išsilavinimo grupių (žr. 3 pav.). Tai leidžia daryti išvadą, kad šie, sveikatą lemiančių veiksmų tipai, išlieka svarbiausiais, sveikatos nelygybės tarp išsilavinimo grupių, veiksniais.

Apibendrinant specifinius tyrimo rezultatus nustatyta, kad aštuoniose (iš 21) šalyse užimtumo veiksniai paaiškina didžiausią dalį sveikatos nelygybės sklaidos tarp išsilavinimo grupių. Čekijoje, Austrijoje, Danijoje, Belgijoje ir Vokietijoje užimtumo veiksniai ne tik daro didžiausią įtaką, tačiau ir paaiškina daugiau nei pusę sveikatos nelygybės sklaidos tarp išsilavinimo grupių. Tarp užimtumo veiksmų

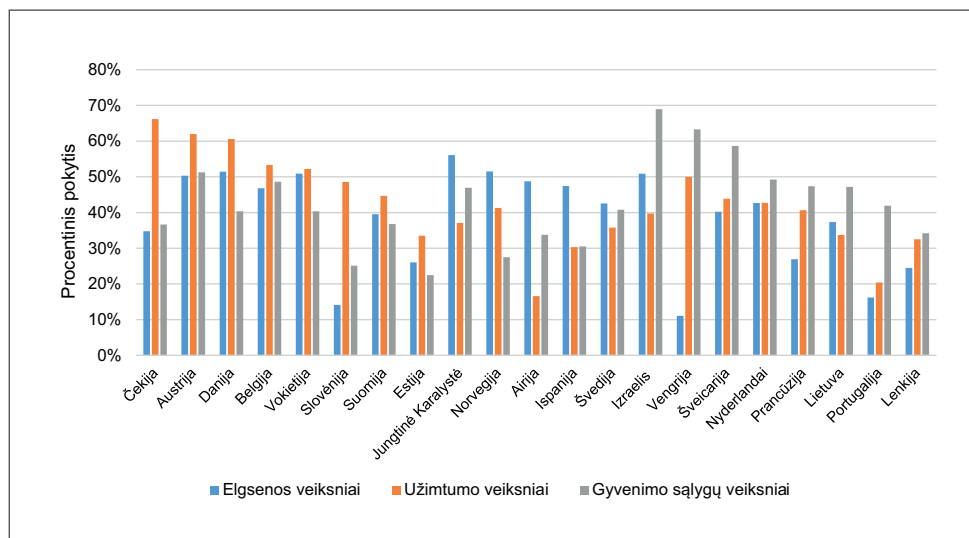
reikšmingiausios buvo ergonominė rizika ir kontrolė darbe. Šie veiksniai paaiškino maždaug 30 proc. sveikatos nelygybės sklaidos tarp išsilavinimo grupių.

Atliktas tyrimas parodė ir tai, kad kitose aštuoniose (iš 21) šalyse daugiausia įtakos mažinant sveikatos nelygybę tarp išsilavinimo grupių turėjo gyvenimo sąlygos. Šioje šalių grupėje, finansiniai sunkumai buvo pagrindiniu lemiančiu veiksniu, kuris Šveicarijoje, Vengrijoje ir Izraelyje paaiškino apie 50 proc. sveikatos nelygybės sklaidos tarp išsilavinimo grupių. Žmogaus elgsenos veiksniai labiausiai lėmė sveikatos nelygybę tarp išsilavinimo grupių Airijoje, Jungtinėje Karalystėje, Švedijoje ir Ispanijoje. Šiose šalyse minėti veiksniai paaiškino nuo 43 iki 56 proc. sveikatos nelygybės sklaidos tarp išsilavinimo grupių. Taigi apibendrintai galima teigti, kad šiose šalyse įvairūs žmogaus elgsenos veiksniai daugiausia prisideda prie sveikatos nelygybės tarp išsilavinimo grupių mažinimo.

Pastebėta, kad daugumoje šalių santykinė nelygybė žymiai sumažėdavo arba tapdavo nereikšminga, kai būdavo įvertinamos dviejų veiksmų grupių kombinacijos. Tai, kad daugelyje šalių, bandant paaiškinti sveikatos nelygybę, žmogaus elgsenos veiksniai pasirodė ne tokie svarbūs kaip užimtumo veiksniai ir gyvenimo sąlygos, rodo, kad sveikatai riziką keliančios elgsenos paplitimo mastas negali būti vienintelis veiksnys galintis paaiškinti, kodėl aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys nurodo esantys sveikesni nei asmenys, su žemesniu išsilavinimu. Apskritai, šie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad neužtenka vien tik didinti tabako kainas ar skatinti fizinį aktyvumą, norint reikšmingai sumažinti lėtinių ligų paplitimą ir socialinių veiksmų įtaką šių ligų paplitimo lygiui.

Taip yra todėl, kad sveikata ir sveikatos nelygybė yra gliai įsišaknijusi modernių visuomenių socialinės stratifikacijos sistemose. Pajamų perskirstymo politika ar priemonės, nukreiptos fiziniams darbo sąlygoms gerinti rankų darbo reikalaujančiose profesijose, gali būti vienodai veiksminga politika siekiant užtikrinti sveikesnį visuomenės gyvenimą.

### 3 paveikslas. Procentinių nelygybės tarp išsilavinimo grupių pokyčių priklausomybė nuo atskirai vertintų elgsenos, užimtumo ir gyvenimo sąlygų veiksnių



Pastaba: Visi įverčiai, kurių pagrindu suskaičiuoti procentiniai pokyčiai, yra statistškai reikšmingi ( $p < 0,1$ ).

Šaltinis: Europos socialinio tyrimo 7-oji banga, 2014.

### 1 brėžinys. Žmogaus elgsenos, užimtumo ir gyvenimo sąlygų socialinių veiksnių grupės

#### Elgsenos veiksniai

- KMI
- Fizinis aktyvumas
- Vaisių ir daržovių vartojimas
- Rūkymas
- Alkoholio vartojimas

#### Užimtumo veiksniai

- Materialinės rizikos
- Ergonominės rizikos
- Kontrolė darbe
- Padėtis darbo rinkoje

#### Gyvenimo sąlygų veiksniai

- Finansiniai sunkumai, patirti augant
- Konfliktai namuose, patirti augant
- Būsto kokybė
- Finansinės problemos
- Socialinis tinklas

## Išvados

EST modulis „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“ ir surinktų duomenų tarptautinis palyginamumas suteikia vertingą galimybę daugiau ir išsamiau sužinoti apie socialinę nelygybę sveikatos srityje. Šioje ataskaitoje pateikiami preliminarius, svarbiausi atlikto tyrimo rezultatai yra pavyzdys, kaip šį duomenų rinkinį galima panaudoti atliekant tolimesnius ir įvairesnius tyrimus.

Tyrimo rezultatai rodo, kad didelė dalis europiečių patiria fizinės ir psichinės sveikatos negalavimus. Taip pat nemažai europiečių susiduria su socialiniais ir elgsenos veiksniais, kurie yra siejami su šių negalavimų pasireiškimu. Tačiau tai, kaip žmonės vertina savo sveikatos problemas ir sveikatą lemiančių socialinių veiksnių patirtis, labai priklauso nuo šalies, kurioje jie gyvena. Tolesniuose tyrimuose turėtų būti toliau studijuojami aptarti ryšiai tarp sveikatos būklės ir socialinių veiksnių, taip pat turėtų būti kuriami ir tikrinami kiti atskleistų skirtumų tarp šalių aiškinimo modeliai.

Tokie tyrimai svarbūs kuriant naujas politikos priemones Europos šalyse, kuriomis siekiama mažinti neužkrečiamų ligų našatą ir socialinę nelygybę sveikatos srityje.

Pirminiai tyrimo rezultatai, atskleidžiantys pagrindinius mechanizmus, kurie paaiškina blogos sveikatos vertinimų nelygybę tarp išsilavinimo grupių, rodo, kad socialinę bei ekonominę padėtį ir sveikatą siejantys mechanizmai skiriasi tarp šalių, o sveikatos nelygybė kyla dėl sudėtingos nacionalinių, elgsenos, užimtumo ir materialinių sąlygų veiksnių sąveikos. Pavyzdžiui, vien tik sveikos gyvensenos skatinimas nėra pakankama strategija siekiant sumažinti sveikatos nelygybę, kai tuo pačiu metu egzistuoja didelė gyvenimo sąlygų nelygybė. EST modulis „Sveikatos socialinė nelygybė ir jos veiksniai“ suteikia puikią galimybę pradėti narplioti šias sudėtingas sąveikas taip, kaip iki šiol nebuvo įmanoma ankstesniuose tyrimuose.



## Literatūra

- 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.

## Išnašos

<sup>i</sup> ESS7-2014 2.0 leidimas, 2016 m. gegužės 26 d., žr. [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

<sup>ii</sup> Austrija, Belgija, Čekija, Danija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Vengrija, Airija, Izraelis, Lietuva, Nyderlandai, Norvegija, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Šveicarija, Jungtinė Karalystė. EST 7-osios bangos lauko darbai taip pat buvo įgyvendinti Latvijoje, tačiau dėl duomenų rinkimo ir deponavimo vėlavimo galutiniai duomenys rengiant šį svarbiausių rezultatų leidinį nebuvo prieinami.

<sup>iii</sup> Daugiau metodologinės informacijos apie Europos socialinį tyrimą galima rasti: [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

<sup>iv</sup> Įgyvendinamo, taikant standartizuotas vertimo procedūras, nustatytas EST Centrinės mokslinės grupės.

<sup>v</sup> Jeigu nenurodyta kitaip, analizei atlikti naudota visa imtis, kurią sudaro apytikriai 40 200 respondentų. Korekcijų pagal populiaciją svoriai buvo naudojami atliekant atskirų šalių analizę, o analizuojant šalių grupes buvo naudojami jungtiniai korekcijų pagal populiaciją ir populiacijos dydžio svoriai, kad šalių svoris rezultatuose būtų proporcingas jų dydžiui. Į analizę neįtraukti atvejai, kai respondentai atsakymo nepateikė arba atsakė „nežinau“.

<sup>vi</sup> Kad rezultatai būtų palyginami, reikia žinoti kaip rezultatai atrodytų, jei darytume prielaidą, kad amžiaus pasiskirstymas visose šalyse yra vienodas. Šiam tikslui pritaikytas standartiškai epidemiologijos moksluose taikomas tiesioginės standartizacijos pagal amžių metodas, pagal kurį kiekvienos šalies penkerių metų amžiaus grupių nestandardizuoti (grynieji) paplitimo rodikliai svertiškai padidinami arba sumažinami taikant bendrą standartą. Amžiaus grupės buvo sveriamos remiantis 2013 m. Europos standartine populiacija (ESP) (Eurostatas 2013).

<sup>vii</sup> Šiaurės Europos šalims priskirtos Danija, Suomija, Norvegija ir Švedija. Vakarų Europos šalims priskirtos Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Nyderlandai, Šveicarija ir Jungtinė Karalystė. Vidurio ir Rytų Europos šalims priskirtos Čekija, Estija, Vengrija, Lietuva, Lenkija ir Slovėnija. Pietų Europos šalims priskirtos Izraelis, Portugalija ir Ispanija.

<sup>viii</sup> Laikoma, kad respondentai turi sunkių depresijos simptomų tada, kai depresijos matavimo skalėje, kurią sudaro aštuoni psichinei gerovei matuoti skirti rodikliai (žr. 1 lentelę), jie surenka 10 ar daugiau balų iš 24 galimų (kiekvienas rodiklis matuotas skalėje nuo 0 iki 3 balų).

<sup>ix</sup> Šis statistinis metodas turi keletą privalumų: jis tinkamai įvertina iškraipiančiųjų veiksmų sklaidą tiriamoje populiacijoje ir leidžia daryti išvadas apie bendrąją populiaciją; kartu naudojant korekcijų pagal populiaciją svorius įgalina patikimai palyginti modelius, imtis ir grupes; be to, palyginti su galimybių santykiais (angl. *odds ratios*), įvertčiai išvesti iš prognozuojamų tikimybių yra patikimesni, ypač ne retų baigmių atvejais. Analizuojant ryšius tarp socialinio ir ekonominio statuso ir subjektyvaus sveikatos vertinimo kiekvienai šaliai atskirai, buvo sudarytas bazinis modelis (angl. *baseline model*), pasvertas pagal lytį, amžių ir ilgalaikės ligos ar negalios turėjimą.



# Apie EST

Europos socialinis tyrimas yra Europos mokslinių tyrimų infrastruktūros konsorciumas (EST EMTIK), kuris teikia atvirą prieigą prie tarptautinių duomenų apie visuomenės nuostattų ir elgsenos raidą laike.

EST yra akademinis požiūriu grįstas tyrimas, vykdomas visoje Europoje nuo 2001 metų. Tyrimo duomenų rinkiniai apima beveik 350 000 interviu, atliktų kas dvejus metus apklausiant skirtingas žmones iš skerspjūvio imties. Tyrime matuojamos daugiau nei trisdešimtys šalių įvairialypių populiacijų nuostatos, įsitikinimai ir elgsenos modeliai.

## EST temos:

- Pasitikėjimas institucijomis
- Politinis dalyvavimas
- Sociopolitinės vertybės
- Moralinės ir socialinės vertybės
- Socialinis kapitalas
- Socialinė atskirtis
- Tautinis, etinis ir religinis tapatumas
- Gerbūvis, sveikata ir saugumas
- Demografinė sudėtis
- Išsilavinimas ir užimtumas
- Finansinė padėtis
- Namų ūkio padėtis
- Požiūriai į gerovę
- Pasitikėjimas baudžiamuoju teisingumu
- Diskriminacijos dėl amžiaus raiška ir patirtys
- Pilietiškumas, dalyvavimas ir demokratija
- Imigracija
- Šeima, darbas ir gerovė
- Ekonominė moralė
- Gyvenimo ciklo organizavimas

Daugiau apie EST EMTIK ir prieigą prie jo duomenų žr. [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org)

Daugiau apie europinio lygmenį gerbūvio tyrimus galima rasti specialiai sukurtame EST tinklalapyje: [www.esswellbeingmatters.org](http://www.esswellbeingmatters.org)

Sekite EST naujienas „Facebook“ @EuropeanSocialSurvey

Sekite EST naujienas „Twitter“ @ESS\_Survey



Šį leidinį finansavo Europos Sąjungos bendroji mokslinių tyrimų ir inovacijų programa „Horizontas 2020“, paramos sutarties Nr. 676166.

Leidinį išleido EST EMTIK  
Lyginamųjų socialinių tyrimų centras  
Londono Sičio universitetas  
Northampton Square, Londonas  
EC1V 0HB  
Jungtinė Karalystė

2016 m. spalio

2013 m. EST buvo suteiktas Europos mokslinių tyrimų infrastruktūrų konsorciumo (EMTIK) statusas. Vykdamas 7-ąją bangą EST EMTIK sudarė 14 šalių narių ir 2 šalis stebėtojos.

### Nariai:

Austrija, Belgija, Čekija, Estija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Lietuva, Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Švedija, Jungtinė Karalystė.

### Stebėtojai:

Norvegija, Šveicarija.

### Kiti dalyviai:

Danija, Suomija, Vengrija, Izraelis, Latvija, Slovakija, Ispanija.

Tarptautinės patariamiosios EST EMTIK Generalinės Asamblėjos grupės yra Metodų patariamoji taryba, Mokslinė patariamoji taryba ir Finansų komitetas.

EST EMTIK buveinė, kurioje reziduoja jo direktorius (Rory Fitzgerald), yra Londono Sičio universitete Jungtinėje Karalystėje.

EST EMTIK Centrinę mokslinę grupę sudaro GESIS - Leibnizo socialinių mokslų institutas, Vokietija; Katalikiškasis Liuvėno universitetas, Belgija; NSD - Norvegijos mokslinių duomenų centras, Norvegija; SCP - Nyderlandų socialinių tyrimų institutas, Nyderlandai; Pompeu Fabra universitetas, Ispanija; Liublianos universitetas, Slovėnija.

Nacionaliniame koordinatorių forume dalyvauja EST nacionaliniai koordinatoriai iš visų tyrimo šalių.

Europos socialinį tyrimą Lietuvoje įgyvendina Kauno technologijos universitetas, Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija yra nacionalinis atstovas EST EMTIK.

