

Inegalități sociale în materie de sănătate și determinanții acestora:

Principalele rezultate ale celei de-a 7-a
ediții a Anchetei Sociale Europene (ESS)

Principalele
rezultate ale ESS

Ediția

6

Accesul la datele și documentele Anchetei Sociale Europene

Consortiul-Infrastructură de Cercetare Europeană pentru Ancheta Socială Europeană (European Social Survey, ESS-ERIC) oferă acces gratuit la toate datele și documentele sale. Acestea pot fi vizualizate și accesate la adresa www.europeansocialsurvey.org.

Au fost elaborate inițiative specifice pentru promovarea accesării și utilizării unui set de date din ce în ce mai mare, cum ar fi EduNet și NESSTAR, ambele putând fi accesate de pe website-ul ESS.

EduNet

Instrumentul de e-learning al ESS, EduNet, a fost conceput pentru a fi utilizat în învățământul superior.

Acesta oferă exemple și exerciții practice destinate să ajute utilizatorii în cadrul procesului de cercetare, de la o problemă de teorie până la interpretarea rezultatelor statistice. La momentul actual sunt disponibile zece tematici pe baza datelor ESS.

NESSTAR

Pachetul de analiză online al ESS folosește NESSTAR - un instrument online de analiză a datelor. Documentele care sprijină NESSTAR pot fi obținute de la Serviciile norvegiene de date în domeniul științelor sociale. (www.nesstar.com).

Scopul Anchetei Sociale Europene este de a asigura că oamenii care trăiesc în Europa sunt auziți mai clar, acordând o atenție sporită opiniilor acestora și scoțând în evidență condițiile lor sociale. Acest raport preliminar se concentrează pe unul dintre cele mai importante aspecte ale vieții noastre - sănătatea - și subliniază inegalitățile care există în și între țările din Europa.

Includerea acestui modul în ESS a facilitat una dintre cele mai cuprinzătoare cercetări la nivel transnațional a inegalităților (auto-declarate) în materie de sănătate într-un context sociologic mai larg și cuprinde rezultate deosebit de relevante

pentru mediul academic și decidenții politici. Acest modul a inclus și inovații precum o nouă metodă de măsurare a consumului de alcool. În același timp, acest modul furnizează date importate privind diferențele în prevalența condițiilor de sănătate la nivel transnațional și accesul la serviciile de sănătate.

Aștept cu nerăbdare să primim mulți alți analiști specialiști în sănătate în comunitatea utilizatorilor de date ESS și să vedem rezultatele analizei lor pe baza acestui nou modul captivant.

Rory Fitzgerald, Director ESS ERIC
City University, Londra, Marea Britanie

Autorii acestei ediții:

Terje Andreas Eikemo este profesor de sociologie la Universitatea Norvegiană de Știință și Tehnologie (NTNU) din Trondheim, Norvegia.

Tim Huijts este conferențiar la Universitatea din York, Marea Britanie, unde predă sociologie.

Clare Bambra este profesor la Universitatea din Durham, Marea Britanie, unde predă geografia sănătății publice.

Courtney McNamara este postdoctorandă la NTNU, Trondheim, Norvegia.

Per Stornes este doctorand la NTNU, Trondheim, Norvegia.

Mirza Balaj este doctorandă la NTNU, Trondheim, Norvegia.

Eikemo, Huijts și Bambra au fost membri ai echipei de proiectare a chestionarului (Questionnaire Design Team - QDT), care a elaborat modulul privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora”.

Din echipa QDT mai făceau parte:

Olle Lundberg, Centrul de studii privind echitatea în sănătate, Stockholm, Suedia;

Johan Mackenbach, Departamentul de Sănătate Publică, Centrul medical Universitar Erasmus din Rotterdam, Țările de Jos.

În plus, următorii membri ai echipei științifice centrale (CST) a ESS au contribuit la proiectarea modulului: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop și Lizzy Winstone.

Inegalități sociale în materie de sănătate și determinanții acestora: Principalele rezultate ale celei de-a 7-a ediții a Anchetei Sociale Europene

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stornes and Mirza Balaj

Introducere

Persistența inegalităților sociale în materie de sănătate este bine stabilită: oamenii cu studii superioare, un statut profesional ridicat și venituri mari au o rată scăzută a morbidității și mortalității. Deși inegalități sociale în materie de sănătate există toate societățile din lume, gradul acestor inegalități variază geografic și există diferențe notabile în Europa.

Cercetările publicate folosind date din Ancheta Socială Europeană (ESS) au contribuit substanțial la analizarea modului în care inegalitățile sociale în materie de sănătate variază în țările europene (Eikemo et al., 2008a; Eikemo et al., 2008b; Huijts, 2011; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Aceste studii se bazează pe trei măsuri de sănătate principale (starea de sănătate autoevaluată, bolile de lungă durată care limitează durata de viață și depresia) și un număr limitat de determinanți sociali ai sănătății, legați, de exemplu, de situația socio-economică a oamenilor. În general, această lucrare arată că starea de sănătate este mai precară în rândul grupurilor socio-economice defavorizate și că există modele diferite de inegalități în Europa.

Totuși, pentru a înțelege mai bine cum și de ce persistă inegalitățile sociale în materie de sănătate, trebuie analizate măsuri de sănătate mai nuanțate și un set mai mare de determinanți sociali ai sănătății.

În timp ce anchetele de sănătate includ adesea o paletă largă de măsuri de sănătate și determinanți ai sănătății, până acum niciuna nu a avut suficiente date privind sistemul de stratificare socială a societăților care să includă date cuprinzătoare privind condițiile de trai. În același timp, nu există anchete sociologice care să aibă suficiente date privind o serie de factori comportamentali/asociații stilului de viață și măsurile de sănătate (precum

afecțiuni cronice specifice). Din acest motiv am elaborat un modul privind inegalitățile în materie de sănătate care să fie integrat în ESS, a cărei secțiune principală conține deja variabile cheie de stratificare.

Modulul rotativ privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora”, inclus în a 7-a ediție a ESS, include o gamă largă de indicatori privind morbiditatea, inclusiv mai multe probleme de sănătate fizică auto-declarate (de ex. afecțiune cardiacă și dificultăți de respirație). În același timp, este primul modul transnațional privind sănătatea care include o gamă largă de determinanți sociali ai sănătății legați, de exemplu, de factori comportamentali și psihosociali, accesul la serviciile de sănătate și condițiile profesionale.

Pentru a identifica măsurile de sănătate și determinanții sănătății care să fie incluși în modulul privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora”, ne-am bazat pe modelul Dahlgren & Whitehead (1991) al determinanților sănătății (vezi figura 1) și pe studiile recente ale determinanților sociali ai sănătății, cum ar fi studiul Marmot (2008). Am acordat prioritate unor posibile importante determinanți ai sănătății identificați în studii naționale, cum ar fi condițiile de locuit, folosirea unor servicii de sănătate alternative și îngrijirea neremunerată.

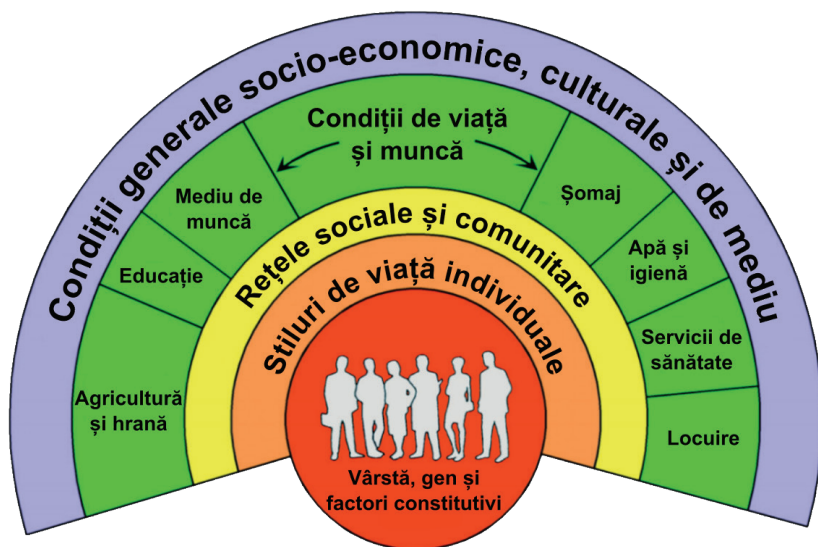
De asemenea, am acordat prioritate unor concepte care ar putea fi măsurate folosind o listă limitată de itemi, ținând cont de limita de 30 itemi a modulului. În fine, am conceput întrebările în așa fel încât să evaluăm prevalența acestora, distribuția lor socială și asocierea lor cu sănătatea (Eikemo et al., 2016). Au fost apoi incluși determinanții cu cele mai puternice asocieri și fără alte probleme de măsurare.

O prezentare generală a tuturor itemilor incluși în module este oferită în Tabelul 1.

Datele din cea de-a 7-a ediție a ESSⁱ au fost adunate în urma unei serii de interviuri individuale de 1 oră cu persoane în vârstă de 15 ani sau mai mult în 21 de țări europeneⁱⁱ, providing just under 40,200 unique responses. Suoferind puțin sub 40.200 de răspunsuri unice. Respondenții au fost selectați utilizând un eșantion strict aleator și probabilist, cu o țință a unei rate minime de răspuns de 70%, pentru a încerca să se garanteze că au fost obținute eșantioane reprezentative la nivel naționalⁱⁱⁱ. Traducerea de înaltă calitate a întrebărilor de către ESS^{iv} și abordarea sistematică a eșantionării la nivel internațional cresc probabilitatea realizării unor analize comparative fiabile între țări.

Această broșură descrie principalele rezultate ale analizei noastre preliminare a acestor date^v, inclusiv o analiză a modului în care diferitele măsuri de sănătate și principalii determinanți ai sănătății variază în Europa. Am inclus, de asemenea, o cercetare a modului în care diferiți determinanți sociali ai sănătății, în special cei legați de factorii comportamentali, profesionali și asociați condițiilor de trai, contribuie la explicarea inegalităților educaționale în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată ca precară. Această cercetare oferă o indicație a tipului de analize aprofundate care pot fi efectuate cu aceste date noi, precum și unele informații preliminare privind tipul de factori importanți pentru explicarea inegalităților educaționale în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată ca precară.

Figura 1. Modelul Dahlgren & Whitehead (1991) de determinanți ai sănătății



Tabelul 1. Concepte și itemi incluși în modulul rotativ al ESS privind Inegalitățile sociale în materie de sănătate

Concepte	Itemi (descriere a măsurătorilor folosite)
Consum de fructe și legume	Frecvența consumului de fructe (cu excepția sucurilor).
	Frecvența consumului de legume ori salată (cu excepția cartofilor).
Activitate fizică	Numărul de zile în care respondenții au mers pe jos rapid, au făcut sport sau o altă activitate fizică timp de 30 de minute sau mai mult în ultimele 7 zile.
Fumat	Auto-clasificare ca fumător zilnic, fumător ocazional, fost fumător sau nefumător (țigări și tutun pentru rulat țigări, cu excepția pipelor, țigărilor de foi și a țigărilor electronice).
	Numărul de țigări fumate de obicei pe zi.
Consum de alcool	Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni.
	Numărul de băuturi (așa cum sunt descrise pe fișă) consumate în timpul ultimului consum de alcool într-o luni, marți, miercuri sau joi.
	Numărul de băuturi (așa cum sunt descrise pe fișă) consumate în timpul ultimului consum de alcool într-o vineri, sâmbătă sau duminică.
	Frecvența consumului excesiv de alcool în ultimele 12 luni.
IMC	Înălțime fără încălțăminte; greutate fără încălțăminte.
Folosirea serviciilor de sănătate	A discutat despre sănătate cu un medic generalist în ultimele 12 luni.
	A discutat despre sănătate cu un medic specialist în ultimele 12 luni.
	Nu a reușit să obțină o consultație medicală sau tratamentul necesar în ultimele 12 luni.
	Motivele pentru care nu a reușit să obțină o consultație medicală sau tratamentul necesar în ultimele 12 luni.
Oferirea de servicii de îngrijire neremunerată	A îngrijit ori a acordat ajutor membrilor familiei, prietenilor, vecinilor sau altor persoane din cauza unor probleme de sănătate fizică sau mentală de lungă durată sau unor probleme legate de vârsta înaintată, excluzând munca plătită.
	Ore de îngrijire neremunerată pe săptămână.
Dimensiuni ale bunăstării mentale	S-a simțit deprimat(ă); orice a devenit un efort; somnul a fost agitat; fericit(ă); singuratic(ă); s-a bucurat de viață; trist(ă); nu a putut întreprinde o acțiune; în ultima săptămână (8 itemi separați).
Afecțiuni auto-declarate	Probleme de sănătate (pe fișă) întâlnite în ultimele 12 luni: probleme cardiovasculare sau de circulație; hipertensiune arterială; probleme respiratorii; alergii; dureri de spate sau de gât; dureri musculare sau articulare la mâini sau brațe; dureri musculare sau articulare la coapse sau gambe; probleme stomacale sau de digestie; probleme dermatologice; dureri de cap severe; diabet.
	Probleme de sănătate (pe fișă) ce au împiedicat activitățile zilnice în ultimele 12 luni.
	În prezent au cancer; în trecut au avut cancer.
Condiții din copilărie	Conflicte grave între persoane din familie în timpul copilăriei. Dificultăți financiare severe în timpul copilăriei.
Calitatea locuinței	Orice probleme (așa cum sunt prezentate pe fișă) legate de locuință.
Condiții de muncă	La orice loc de muncă, expunere la: vibrații provocate de unelte manuale sau mașini; poziții oboșitoare sau dureroase; operații manuale de ridicare sau deplasare a unor persoane; operații manuale de transportare sau deplasare a unor sarcini grele.
	La orice loc de muncă, expunere la: zgomot foarte ridicat; temperaturi foarte înalte; temperaturi foarte scăzute; radiații precum razele X; manipulare, inhalare sau contact cu produse, vapori sau substanțe chimice; inhalarea unor alte tipuri de fum, emanații, pudră sau praf.

Notă: formularea exactă a întrebărilor este disponibilă în chestionarul celei de-a 7-a ediții a ESS, care poate fi descărcat de pe website-ul ESS.

Cum este distribuită sănătatea în Europa?

Pentru fiecare măsură de sănătate din cadrul modulului, am calculat rate de prevalență standardizate pe vârste^{vi}. Am ponderat grupele de vârstă în conformitate cu populația europeană standard din 2013 și am creat grupări ale țărilor pe regiuni geografice^{vii} în tabele/grafice pentru a evidenția gruparea regională a estimărilor pe care am stabilit pentru mai mulți dintre itemi.

Tabelul 2 arată variația între țări a afecțiunilor cronice auto-declarate. În general, vedem că toate afecțiunile afectează proporții substanțiale din eșantion în majoritatea țărilor. Cu toate acestea, pentru majoritatea afecțiunilor vedem și diferențe considerabile între țări. Procentajul respondenților care au declarat probleme cardiovasculare sau de circulație este în general mai mic în Europa de Nord (cu excepția Finlandei) și deosebit de ridicat în Lituania și Polonia. Hipertensiunea arterială este declarată mai ales în Germania, Ungaria, Lituania și Slovenia. Prevalența problemelor respiratorii este deosebit de scăzută în Europa Centrală și de Est, iar alergiile par să fie deosebit de problematice în Europa de Nord. Pentru dureri de brațe, dureri de picioare și mai ales dureri de spate, este clar că proporții mari din eșantion au suferit de aceste afecțiuni în ultimii ani în toate țările și nu găsim modele clare de variație regională în acest caz. Același lucru se aplică problemelor stomacale, unde găsim, de asemenea, un număr semnificativ de persoane care suferă de aceste afecțiuni, dar nu o variație regională clară.

Problemele dermatologice sunt deosebit de prevalente în Finlanda și relativ reduse în Europa Centrală și de Est, în comparație cu alte zone. Pentru dureri de cap severe, vedem o diferență puternică de gen, femeile fiind mult mai probabil să le declare, iar procentajele respondenților din Germania, Franța și Portugalia care declară această afecțiune sunt de peste trei ori mai mari decât în Irlanda. Pentru diabet nu există un model clar de variație între țări, deși această afecțiune este cumva mai prevalentă în Israel decât în alte părți.

Combinând informațiile despre toate afecțiunile, vedem că în aproape toate țările, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor, peste jumătate din respondenții eșantionului declară că au suferit de una, două sau mai multe afecțiuni pentru în ultimele 12 luni. Pentru femei, în Finlanda, Franța și Germania, acest procentaj este aproape de 90%, ceea ce înseamnă că doar o mică minoritate nu a suferit de vreuna dintre aceste afecțiuni. Pentru cancer, nu găsim vreun model clar de variație între țări, deși Norvegia și Suedia se remarcă cu procentaje scăzute de respondenți care declară că suferă de cancer în prezent, dar cu cele mai ridicate procentaje de femei care au suferit de cancer în trecut.

Tabelul 3 prezintă rezultatele pentru celelalte măsuri de sănătate din datele adunate. Estimările pentru starea de sănătate autoevaluată ca precară sau foarte precară cuprind cifre din studii bazate pe edițiile precedente ale ESS, cu procentaje scăzute în Irlanda și Elveția și cele mai ridicate procentaje în Estonia, Ungaria și Lituania. Același lucru se aplică procentajului de respondenți care suferă cel puțin într-o oarecare măsură de boli de lungă durată, iar aici Lituania și Slovenia sunt țările cu cel mai ridicat procentaj de probleme declarate. Analizând procentajul persoanelor care declară că au simptome depresive grave^{viii}, găsim o diferență clară de gen, ceea ce corespunde studiilor privind sănătatea mentală din Europa, pe baza edițiilor anterioare ale ESS. Totuși, este de notat că în Norvegia și Finlanda nu există practic nicio diferență de gen.

Procentajele scăzute de respondenți care declară că au simptome depresive grave în Finlanda, Norvegia și Elveția, precum și riscul mare de simptome depresive grave în Europa de Sud, Centrală și de Est sprijină, de asemenea, constatările anterioare bazate pe ESS. În final, pentru excesul de greutate și obezitate, constatăm că e mult mai probabil ca bărbații să declare că sunt supraponderali în comparație cu femeile din eșantionul ESS și că, în rândul femeilor, procentajul celor care se autodeclară ca supraponderale sau obeze este deosebit de ridicat în Europa Centrală și de Est.

Tabelul 2. Afecțiuni cronice auto-declarate în 21 de țări europene (separat pentru bărbați și femei, procentaje)

	Cardiace	HTA	Respiratorii	Alergie	Dureri de spate	Dureri de brate	Dureri de picioare	Stomac	Piele	Dureri de cap	Diabet	1 dintre acestea	2 sau mai multe	Cancer prez.	Cancer trec.	
Nord																
Danemarca	B	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
	F	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
Finlanda	B	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
	F	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
Norvegia	B	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
	F	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
Suedia	B	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
	F	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
Vest																
Austria	B	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
	F	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
Belgia	B	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
	F	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
Franța	B	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
	F	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Germania	B	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
	F	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	25.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5
Irlanda	B	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
	F	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
Țările de Jos	B	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
	F	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
Elveția	B	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
	F	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
Marea Britanie	B	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
	F	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
Centru/Est																
Rep. Cehă	B	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	-	-
	F	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estonia	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Ungaria	B	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
	F	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
Lituania	B	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
	F	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
Polonia	B	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
	F	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
Slovenia	B	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
	F	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
Sud																
Israel	B	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
	F	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
Portugalia	B	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
	F	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
Spania	B	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
	F	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

Sursa: Ancheta Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Codificarea culorilor este bazată pe valoarea maximă, mediană și minimă din distribuția fiecărui indicator pe țări.

Tabelul 3. Stare generală de sănătate auto-declarată, boli de lungă durată care limitează durata de viață, sănătate mentală și exces de greutate/obezitate în 21 de țări europene (separat pentru bărbați și femei, procentaje)

		Sănătate precară / foarte precară	Incapacitate datorată unei boli	Simptome depresive	Exces de greutate / obezitate
Nord					
Danemarca	B	6.1	26.4	8.1	52
	F	6	33.5	12.6	38.9
Finlanda	B	4.6	29.9	6.7	59.1
	F	5.3	34.8	8.2	47.9
Norvegia	B	4.6	26.4	6.2	57.4
	F	9.6	32.6	8.9	42.4
Suedia	B	2.8	26.8	6	56.8
	F	6	35.3	14.6	43.5
Vest					
Austria	B	4.1	21.5	8.5	57.5
	F	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgia	B	5	25.3	8.6	51.1
	F	5.8	29.5	14.3	39.5
Franța	B	6.4	21.9	8.2	52.8
	F	9.3	27.1	16.5	40.9
Germania	B	7.6	29.5	9	60.2
	F	12.4	33.3	20.2	44.4
Irlanda	B	2	17.3	6.2	56.3
	F	2.7	18.4	9.1	41
Țările de Jos	B	4.1	27.3	8.3	51.4
	F	6.1	33.7	10.8	44.5
Elveția	B	2.3	20.4	4.7	52.5
	F	3.9	22.3	9.3	29.9
Marea Britanie	B	6.7	24	10.6	58.5
	F	7.5	27	14.7	47.7
Centru/Est					
Rep. Cehă	B	4.9	27.5	19.1	67.4
	F	8.3	29.8	28.6	49.4
Estonia	B	11.2	28.7	14.8	56.4
	F	12.4	26.6	20.8	48.1
Ungaria	B	13.5	29.5	21.5	63.8
	F	13.8	31.8	27.5	52.8
Lituania	B	12.1	33.3	16.1	60.7
	F	12.8	35.2	22.7	50.8
Polonia	B	8.3	27.8	11.3	60.8
	F	12.5	32.3	25.3	44.1
Slovenia	B	9.8	31.2	8.7	61.2
	F	12.2	38.5	15.6	50.6
Sud					
Israel	B	9.2	25	12	55.9
	F	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugalia	B	8.3	17.4	15.8	56
	F	12.1	21.9	30.9	49.8
Spania	B	8.8	14.8	12.8	60.4
	F	14.9	19.3	24.7	43.3

Sursa: Anchetă Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Codificarea culorilor este bazată pe valoarea maximă, mediană și minimă din distribuția fiecărui indicator pe țări.

Cum sunt distribuți determinanții sociali și comportamentali ai sănătății în Europa?

Am calculat, de asemenea, rate de prevalență standardizate pe vârste pentru fiecare din determinanții sociali și comportamentali ai sănătății din cadrul modului.

Am constatat că numeroși europeni sunt expuși determinanților sociali și comportamentali ai problemelor de sănătate. În plus, măsura în care oamenii se confruntă cu acești factori sociali și comportamentali variază între țări.

Tabelul 4 conține informații despre accesul la serviciile de sănătate și utilizarea acestora pentru fiecare țară.

Există o variație considerabilă între țări cu privire la nevoi nesatisfăcute, cu procentaje deosebit de ridicate în Finlanda, Franța, Germania, Estonia, Polonia, Israel și Portugalia. Analizând motivele declarate pentru nevoile nesatisfăcute, listele de așteptare sunt foarte des menționate în Estonia, Polonia și Israel, iar lipsa programărilor disponibile apare ca fiind cea mai problematică în Finlanda, Polonia și Israel.

În ceea ce privește utilizarea serviciilor de sănătate, constatăm că în majoritatea țărilor aprox. trei sferturi din respondenții eșantionului au consultat un medic generalist anul trecut, dar acest număr poate fi mai mic, de ex. în Suedia. Procentajul respondenților care au consultat un medic specialist sau care au folosit un tratament alternativ este mai mic și în general mai mare pentru femei decât pentru bărbați. În unele țări, nivelurile mai ridicate ar putea indica faptul că oamenii pot să se adreseze direct unui medic specialist. În mod interesant, în unele țări, procentajul respondenților care au folosit un tratament alternativ este similar cu sau chiar mai mare decât procentajul celor care au consultat un specialist. Nu există un model clar de variație pentru aceste măsuri, iar cu acești indicatori trebuie să reținem că ele nu au fost ajustate pe problemele de sănătate sau nevoia rezultată de servicii medicale.

Tabelul 5 prezintă variația între țări a comportamentului de risc. Începând cu datele privind fumatul, procentajul fumătorilor actuali este mult mai mic în Europa de Nord, Marea Britanie și Irlanda și considerabil mai mare în rândul bărbaților în Europa Centrală și de Est, unde (la fel ca și în Europa de Sud), vedem o diferență substanțială de gen privind comportamentul de fumător. Cu toate acestea, procentajul foștilor fumători este deosebit de ridicat în Europa de Nord. În rândul fumătorilor actuali, procentajul celor care fumează de obicei 20 de țigări sau mai mult pe zi este deosebit de ridicat în Austria, Polonia și Israel.

Există o puternică variație între țări a procentajului celor care declară că consumă frecvent alcool, procentaje deosebit de mici fiind întâlnite în Israel și Europa Centrală și de Est (în special în rândul femeilor). Analizând cantitatea de alcool consumată în toate țările care au luat parte la cea de-a 7-a ediție a Anchetei Sociale Europene, constatăm că, per total, bărbații consumă aproape de două ori mai multe unități de alcool decât femeile și că în weekend-uri consumul este aproape dublu față de celelalte zile ale săptămânii. Numărul unităților de alcool consumate este deosebit de mare în Irlanda.

Frecvența consumului excesiv de alcool este deosebit de ridicată în Marea Britanie și Portugalia. Frecvența consumului excesiv de alcool este rară în Europa de Nord și în rândul femeilor din Europa Centrală și de Est. În ceea ce privește activitatea fizică, nu vedem vreun model regional clar de variație sau diferențe de gen. În final, consumul zilnic de fructe și legume este considerabil mai mare la femei decât la bărbați, mai ales în Europa de Nord.

În final, Tabelul 6 prezintă estimări pentru ceilalți determinanți sociali ai sănătății care au făcut parte din modulul rotativ al ESS. Republica Cehă și Israel prezintă nivelul cel mai scăzut de expunere la riscuri ergonomice și materiale la orice loc de muncă, iar în toate țările bărbații sunt supuși unui risc semnificativ mai mare de expunere la aceste riscuri decât femeile. În ceea ce privește condițiile din copilărie, vedem că în general conflictele familiale par să fie declarate mai puțin în Spania și Europa Centrală și de Est, în timp ce dificultățile financiare sunt deosebit de evidente în Europa de Sud și Europa Centrală și de Est. Cât privește problemele legate de locuință, nu vedem modele clare de variație regională, deși aceste probleme afectează o proporție semnificativă dintre respondenți. În final, procentajul respondenților care oferă servicii de îngrijire neremunerată este în general mai ridicat în Europa de Nord. Totuși, proporția persoanelor care petrec 10 ore sau mai mult acordând astfel de servicii este deosebit de mare în Europa de Sud.

Tabelul 4. Accesul la servicii de sănătate și utilizarea acestora în 21 de țări europene (separat pentru bărbați și femei, procentaje)

		Nevoi nesatisfăcute: general	Nevoi nesatisfăcute: listă de așteptare	Nevoi nesatisfăcute: lipsă progr. disp.	A consultat un medic generalist	A consultat un medic specialist	A folosit un tratament alternativ
Nord							
Danemarca	B	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	F	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Finlanda	B	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	F	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Norvegia	B	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	F	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Suedia	B	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	F	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
Vest							
Austria	B	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	F	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Belgia	B	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	F	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
Franța	B	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	F	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Germania	B	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	F	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Irlanda	B	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	F	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Țările de Jos	B	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	F	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Elveția	B	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	F	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
Marea Britanie	B	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	F	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
Centru/Est							
Rep. Cehă	B	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	F	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estonia	B	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	F	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Ungaria	B	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	F	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Lituania	B	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	F	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Polonia	B	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	F	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Slovenia	B	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	F	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
Sud							
Israel	B	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	F	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugalia	B	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	F	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
Spania	B	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	F	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Sursa: Anchetă Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Codificarea culorilor este bazată pe valoarea maximă, mediană și minimă din distribuția fiecărui indicator pe țări.

Tabelul 5. Comportament de risc în 21 de țări europene (separat pentru bărbați și femei)

		Fumat (% actuali)	Fumat (% foști)	20 țig. sau mai mult pe zi	Alcool > o dată pe săptămână (%)	Unități în zilele săptămâni (medie)	Unități în zilele de weekend (medie)	Consum excesiv cel puțin săptămânal (%)	Activitate fizică 3-4 zile (%)	Fructe și leg. cel puțin o dată/zi (%)
Nord										
Danemarca	B	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	F	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Finlanda	B	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	F	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Norvegia	B	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	F	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Suedia	B	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	F	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
Vest										
Austria	B	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	F	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Belgia	B	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	F	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
Franța	B	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	F	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Germania	B	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	F	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Irlanda	B	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	F	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Țările de Jos	B	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	F	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Elveția	B	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	F	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
Marea Britanie	B	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	F	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
Centru/Est										
Rep. Cehă	B	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	F	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estonia	B	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	F	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Ungaria	B	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	F	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Lituania	B	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	F	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Polonia	B	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	F	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Slovenia	B	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	F	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
Sud										
Israel	B	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	F	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugalia	B	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	F	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
Spania	B	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	F	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Sursa: Anchetă Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Codificarea culorilor este bazată pe valoarea maximă, mediană și minimă din distribuția fiecărui indicator pe țări.

Tabelul 6. Determinanți sociali ai sănătății în 21 de țări europene: condițiile de muncă, condițiile din copilărie, condițiile de locuit și oferirea de servicii de îngrijire neremunerată (separat pentru bărbați și femei, în procente)

		Orice riscuri ergonomice	Orice riscuri materiale	Conflicte dese/permanente în timpul copilăriei	Dificultăți dese/permanente în timpul copilăriei	Orice probleme legate de locuință	Oferirea de servicii de îngrijire neremunerată	>10 ore de îngrijire neremunerată /săptămână
Nord								
Danemarca	B	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	F	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Finlanda	B	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	F	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Norvegia	B	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	F	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Suedia	B	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	F	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
Vest								
Austria	B	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	F	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Belgia	B	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	F	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
Franța	B	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	F	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Germania	B	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	F	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Irlanda	B	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	F	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Țările de Jos	B	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	F	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Elveția	B	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	F	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Marea Britanie	B	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	F	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
Centru/Est								
Rep. Cehă	B	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	F	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estonia	B	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	F	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Ungaria	B	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	F	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Lituania	B	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	F	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Polonia	B	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	F	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Slovenia	B	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	F	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
Sud								
Israel	B	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	F	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugalia	B	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	F	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Spania	B	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	F	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Sursa: Anchetă Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Codificarea culorilor este bazată pe valoarea maximă, mediană și minimă din distribuția fiecărui indicator pe țări.

Care sunt principalele mecanisme care explică inegalitățile educaționale în materie de sănătate în Europa?

Modulul privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora” din cadrul celei de-a 7-a ediții a ESS oferă o ocazie rară de a realiza o analiză comparativă a contribuției mai multor factori la explicarea inegalităților socio-economice în materie de sănătate. Este clar că sănătatea variază între grupuri socio-economice, dar cum pot fi explicate aceste diferențe?

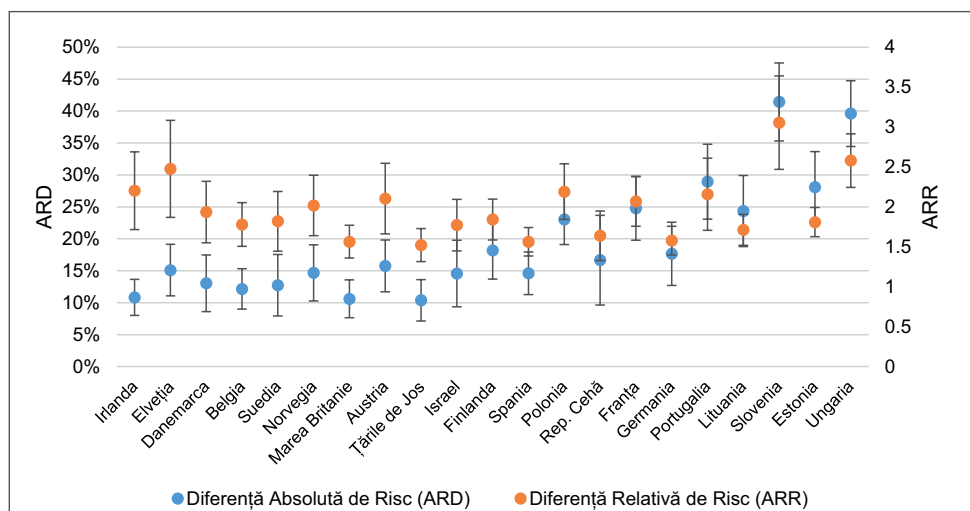
Majoritatea studiilor existente care explică inegalitățile sociale în materie de sănătate din țările europene se concentrează mai ales pe factorii de risc legați de comportament, iar concluziile lor sunt că diferențele socioeconomice privind fumatul și lipsa activității fizice sunt principalii factori care determină inegalitățile și diferențele geografice. Bineînțeles, există motive întemeiate pentru predominanța acestei abordări - astfel de factori de risc proximali sunt relativ ușor de măsurat, au un efect de cauzalitate asupra mortalității relativ bine documentat și pot fi influențați de o intervenție publică.

Cu toate acestea, această perspectivă neglijează mecanismele individuale, colective și structurale de bază care determină aceste comportamente mai puțin bune, precum și factorii necomportamentali (precum condițiile de locuit, accesul la servicii și condițiile de muncă) care influențează prevalența problemelor de sănătate. Cu o gamă largă de determinanți sociali și comportamentali ai sănătății din acest modul, putem compara importanța factorilor de risc comportamentali și necomportamentali pentru explicarea inegalităților sociale în materie de sănătate

În secțiunea finală a acestei broșuri ne concentrăm asupra principalelor grupuri de mecanisme care explică inegalitățile educaționale în materie de sănătate în Europa, ca exemplu pentru a demonstra ce poate aduce la lumină această abordare.

Ca un prim pas, am examinat inegalitățile educaționale în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată ca precară și am constatat diferențe semnificative între grupuri cu nivel înalt și scăzut de educație pentru toate țările incluse în ESS.

Figura 2. Inegalități absolute și relative după nivelul de educație în 21 de țări europene



Notă: estimările ARD și ARR sunt ajustate și se bazează pe modelul (de referință) ajustat pe vârstă, gen și boală/dizabilitate permanentă. Toate valorile sunt semnificative statistic cu un $p < 0.01$.

Sursa: Anchetă Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014.

Aceste diferențe sunt ilustrate în Figura 2, care arată inegalitățile educaționale absolute și relative măsurate după diferențele absolute (RD) și diferențele relative (RR) de risc. Aceste măsurători ale inegalităților au fost calculate pe baza modelului de regresie logistică binară folosind metoda standardizării marginale pentru a prezice probabilități. În conformitate cu cercetările precedente ale ESS (de ex. Eikemo et al., 2008a), am identificat, de asemenea, o variație semnificativă între țări în ceea ce privește amploarea inegalităților absolute și relative în materie de sănătate după educație. Cu toate acestea, deși inegalitățile absolute în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată între grupurile educaționale au fost cele mai puternice în Europa Centrală și de Est (în special Ungaria și Slovenia), nu am găsit modele regionale clare pentru inegalitățile relative.

Am analizat apoi contribuția diferiților determinanți sociali ai sănătății la explicarea acestor inegalități. Pentru fiecare țară, numai determinanții sociali care au redus inegalitățile relative cu peste 5% au fost reținuți în modelul final. Am organizat apoi determinanții sociali ai sănătății din cadrul modului în trei categorii: factori comportamentali, factori profesionali și factori asociați condițiilor de trai (a se vedea Caseta 1). Am constatat că ajustarea separată pe aceste trei seturi de determinanți a redus în mod semnificativ inegalitățile observate în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată între grupurile educaționale (a se vedea Figura 3). Acest lucru sugerează că aceste tipuri de determinanți ai sănătății au în continuare o contribuție majoră la inegalitățile în materie de sănătate între grupurile educaționale.

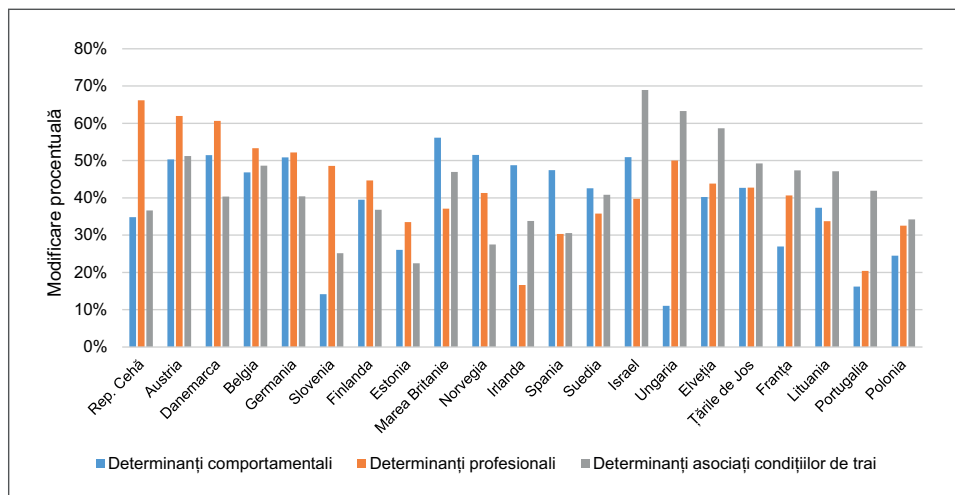
Mai specific, s-a constatat că determinanții profesionali explică ponderea cea mai mare a inegalităților educaționale în materie de sănătate în 8 din 21 de țări. În Republica Cehă, Austria, Danemarca, Belgia și Germania, determinanții profesionali nu numai că se dovedesc a fi cel mai mare contributor, ci și explică peste jumătate dintre inegalitățile educaționale în materie de sănătate. Principalii factori explicativi dintre determinanții profesionali

au fost riscurile ergonomice și controlul muncii, care au contribuit la aprox. 30% dintre inegalități educaționale în materie de sănătate.

La fel ca determinanții profesionali, și condițiile de trai s-au dovedit a fi cel mai mare contributor la reducerea inegalităților educaționale în materie de sănătate în 8 din 21 de țări. În aceste țări, dificultățile financiare constituie principalul și unicul contributor, explicând în jur de 50% dintre inegalitățile educaționale în materie de sănătate în Elveția, Ungaria și Israel. În schimb, determinanții comportamentali se dovedesc a fi cel mai mare contributor la inegalitățile educaționale în materie de sănătate în Irlanda, Marea Britanie, Norvegia, Suedia și Spania, explicând între 43% și 56% dintre inegalitățile educaționale în materie de sănătate. Pentru aceste țări, cea mai mare reducere a inegalităților în materie de sănătate a fost obținută pe baza unor diferiți factori din cadrul determinanților comportamentali.

Pentru majoritatea țărilor, am observat că inegalitățile relative fie au fost reduse substanțial, fie au devenit nesemnificative atunci când a fost luată în considerare o combinație de două seturi de determinanți. Observația că factorii comportamentali au fost mai puțin importanți pentru explicarea inegalităților în materie de sănătate în majoritatea țărilor, în comparație cu factorii profesionali și cei asociați condițiilor de trai, subliniază faptul că doar prevalența comportamentului de risc pentru sănătate este insuficientă pentru a explica de ce grupurile cu nivel înalt de educație declară că au o stare de sănătate mai bună decât cele cu grad scăzut de educație. În ansamblu, aceste dovezi sugerează că, pentru a reduce substanțial prevalența bolilor cronice - și a modelelor sociale asociate - s-ar putea să nu fie fezabilă doar creșterea prețurilor la țigări sau promovarea activității fizice. Asta pentru că sănătatea și inegalitățile în materie de sănătate au rădăcini adânci în sistemele de stratificare socială ale societăților moderne. Politicile de redistribuție a veniturilor sau acțiunile menite să îmbunătățească condițiile de muncă fizică pentru profesiile manuale pot fi, de asemenea, eficiente pentru o viață mai sănătoasă.

Figura 3. Modificarea procentuală (adică explicarea) inegalităților educaționale în materie de sănătate pe baza contribuției individuale a factorilor comportamentali, profesionali și asociați condițiilor de trai



Sursa: Ancheta Socială Europeană, ediția a 7-a, 2014. Notă: Toate estimările folosite pentru a calcula modificarea procentuală sunt semnificative statistic cu un $p < 0.1$.

Caseta 1. Set de determinanți sociali cuprinzând factori comportamentali, profesionali și asociați condițiilor de trai

Comportamentali

- IMC
- Activitate fizică
- Consum de fructe și legume
- Fumat
- Consum de alcool

Profesionali

- Riscuri materiale
- Riscuri ergonomice
- Controlul muncii
- Situația forței de muncă

Condiții de trai

- Dificultăți financiare în timpul copilăriei
- Conflicte familiale în timpul copilăriei
- Calitatea locuinței
- Tensiuni financiare
- Rețea socială

Concluzii

Modulul ESS privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora”, precum și comparabilitatea transnațională a datelor furnizate, oferă o ocazie valoroasă de a aprofunda modul de înțelegere a inegalităților sociale în materie de sănătate. Acest raport prezintă o serie de rezultate preliminare din acest set de date, pe baza cărora se poate efectua o gamă mult mai largă de analize.

În ansamblu, este clar că o parte importantă dintre europeni se confruntă cu probleme de sănătate fizică și mentală. Este clar și că numeroși europeni sunt expuși factorilor sociali și comportamentali care au fost asociați acestor probleme. Cu toate acestea, măsura în care oamenii declară problemele de sănătate și expunerea la determinanții sociali ai sănătății par să depindă puternic de țara de reședință. Cercetările viitoare ar trebuie să clarifice relația dintre aceste probleme de sănătate și determinanții sociali și să elaboreze și să testeze explicații pentru diferențele transnaționale expuse în acest prezentul raport. Acest lucru ar

contribui la elaborarea ulterioară a unor politici de intervenție în țările europene pentru a reduce povara bolilor necomunicabile și a inegalităților sociale în materie de sănătate.

În final, rezultatele noastre preliminare ce diferențiază principalele mecanisme care explică inegalitățile educaționale în ceea ce privește starea de sănătate autoevaluată ca precară sugerează că mecanismele care asociază situația socio-economică cu sănătatea variază între țări și că inegalitățile în materie de sănătate sunt rezultatul unei interacțiuni complexe între condițiile naționale, comportamentale, profesionale și materiale. De exemplu, doar promovarea unor stiluri de viață sănătoase nu pare a fi o strategie suficientă pentru a reduce inegalitățile în materie de sănătate, în timp ce persistă mari inegalități în condițiile de trai. Modulul ESS privind „Inegalitățile sociale în materie de sănătate și determinanții acestora” ne oferă o ocazie excepțională de a explica această complexitate într-un mod care nu a fost posibil în precedentele anchete.

Referințe

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health (Politici și strategii de promovare a echității sociale în materie de sănătate). 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 (Prima anchetă sociologică paneuropeană privind inegalitățile în materie de sănătate în rândul populației generale: modulul rotativ al Anchetei Sociale Europene privind determinanții sociali ai sănătății). *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 (Inegalități în materie de sănătate conform nivelului de educație în diferite regimuri ale bunăstării: o comparație între 23 de țări europene). *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 (Inegalitățile în materie de sănătate între clase nu sunt mai mari în est: o comparație a celor patru regiuni europene folosind noua clasificare socio-economică europeană). *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 (Legăturile sociale și sănătatea în Europa. Asocieri individuale, variații între țări și explicații contextuale). 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 (Eliminarea decalajelor într-o generație: echitate în sănătate prin acțiuni privind determinanții sociali ai sănătății. Raport final al Comisiei privind determinanții sociali ai sănătății). Geneva: Organizația Mondială a Sănătății - Comisia privind determinanții sociali ai sănătății.
- 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 (Diferențe de gen privind depresia în 23 de țări europene. Variația între țări a diferențelor de gen privind depresia). *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

Endnotes

ⁱ ESS7-2014 Ediția 2.0, publicată la 26 mai 2016, a se vedea www.europeansocialsurvey.org.

ⁱⁱ Austria, Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Ungaria, Irlanda, Israel, Lituania, Țările de Jos, Norvegia, Polonia, Portugalia, Slovenia, Spania, Suedia, Elveția, Marea Britanie. O activitate pe teren în cadrul ESS7 a avut loc și în Letonia, dar, din cauza întârzierii în colectarea și depunerea datelor, nu au fost disponibile date finale pentru acest raport.

ⁱⁱⁱ Mai multe informații despre Ancheta Socială Europeană sunt disponibile la adresa: www.europeansocialsurvey.org.

^{iv} Realizată folosind proceduri standardizate ale comitetului de traducere, specificate de Echipa Științifică Centrală a ESS.

^v Dacă nu este specificat altfel, analizele se bazează pe un eșantion complet de aprox. 40.200 de respondenți. Pentru analiza la nivelul fiecărei țări au fost aplicate ponderi de post-stratificare ESS. Pentru analiza bazei de date unite pe toate țările, sau atunci când țările au fost grupate după regiuni, au fost aplicate atât ponderi de post-stratificare, cât și ponderi de populație pentru a da tuturor țărilor câte o pondere proporțională cu mărimea populației. Rezultatele exclud răspunsurile de tip Nu știu sau refuzurile de a răspunde.

^{vi} Pentru a face comparabile rezultatele, trebuie să știm cum ar arăta rezultatele dacă am presupune că distribuțiile pe vârste ar fi identice în toate țările. Pentru aceasta, am aplicat tehnica epidemiologică standard a standardizării directe pe vârste, care implică ponderarea în sus sau în jos a ratelor de prevalență nestandardizate (brute) pentru grupe de vârstă de cinci ani în fiecare țară, în baza unui standard comun. Am ponderat grupele de vârstă în conformitate cu populația europeană standard (ESP) din 2013 (Eurostat 2013).

^{vii} Europa de Nord include Danemarca, Finlanda, Norvegia și Suedia. Europa de Vest include Austria, Belgia, Franța, Germania, Irlanda, Țările de Jos, Elveția și Marea Britanie. Europa Centrală și de Est include Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Lituania, Polonia și Slovenia. Europa de Sud include Israel, Portugalia și Spania.

^{viii} S-a considerat că respondenții au simptome depresive grave dacă au obținut 10 puncte sau mai mult din maximum de 24 pe scara depresiei construită din cei opt itemi care măsoară bunăstarea mentală și care sunt prezentați în Tabelul 1 (categoriile de punctaj pentru fiecare din acești opt itemi au variat de la 0 la 3).

^{ix} Această metodă statistică are mai multe avantaje: reflectă în mod adecvat distribuția factorilor perturbatori din populația studiată, făcând posibilă inferența în total populație; împreună cu ponderarea post-stratificare, permit realizarea unei comparații fiabile între modele, eșantioane și grupuri, iar în comparație cu raportul de șanse, estimările derivate din probabilitățile precise sunt mult mai fiabile, în special pentru rezultatele non-rare. Un model de referință pentru fiecare țară a fost construit pentru a analiza asocierea dintre situația socio-economică și starea de sănătate autoevaluată, cu ajustare pe gen, vârstă și boală/dizabilitate permanentă.

Despre ESS

Ancheta Socială Europeană este un Consorțiu-Infrastructură de Cercetare Europeană (ESS ERIC) care furnizează gratuit date la nivel transnațional despre atitudinile și comportamentele publice în timp.

ESS este o anchetă realizată cu sprijin universitar în Europa începând din 2001. Seturile sale de date conțin rezultatele a cca. 350.000 de interviuri realizate o dată la doi ani cu eșantioane transversale noi. Ancheta măsoară atitudinile, credințele și modelele comportamentale ale unor diverse populații din peste treizeci de țări.

Tematicile ESS:

- Încrederea în instituții
- Participarea politică
- Valori socio-politice
- Valori morale și sociale
- Capitalul social
- Excluziunea socială
- Identitatea națională, etnică și religioasă
- Bunăstare, sănătate și securitate
- Structura demografică
- Educație și statut profesional
- Situația financiară
- Situația familială
- Atitudini despre bunăstare
- Încrederea în justiția penală
- Percepții și experiențe pe diferite vârste
- Cetățenie, implicare și democrație
- Imigrație
- Familie, muncă și bunăstare
- Moralitate economică
- Organizarea parcursului vieții

Aflați mai multe despre consorțiul ESS-ERIC și accesați datele acestuia la www.europeansocialsurvey.org

Aflați mai multe despre nivelurile bunăstării în Europa pe un website ESS creat special: www.esswellbeingmatters.org

Urmăriți ESS pe Twitter @ESS_Survey



Această publicație a primit finanțare din partea programului cadru pentru cercetare și inovare Orizont 2020 al Uniunii Europene, contract număr 676166.

Publicat de ERIC al Anchetei Sociale Europene
City University, Londra
Northampton Square, Londra
EC1V 0HB, Marea Britanie

Octombrie 2016

Proiectat și imprimat de Rapidity

ESS a primit statutul de Consorțiu-Infrastructură de Cercetare Europeană (ERIC) în 2013. În cursul celei de-a 7-a ediții, ESS ERIC cuprindea 14 membri și 2 țări cu statut de observator.

Membri:

Austria, Belgia, Republica Cehă, Estonia, Franța, Germania, Irlanda, Lituania, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, Slovenia, Suedia, Marea Britanie.

Observatori:
Norvegia, Elveția.

Alți participanți:

Danemarca, Finlanda, Ungaria, Israel, Letonia, Slovacia și Spania.

Grupuri consultative multinaționale ale Adunării Generale a ESS ERIC: Methods Advisory Board (Consiliul Consultativ pentru Metode - MAB), Scientific Advisory Board (Consiliul Consultativ Științific - SAB) și Finance Committee (Comitetul pentru Finanțe - FINCOM).

Sediul ESS ERIC, unde directorul acesteia (Rory Fitzgerald) își are biroul, este situat la City University din Londra.

Din Echipa Științifică Centrală a ESS ERIC fac parte GESIS - Institutul pentru Științe Sociale din Leibniz (Germania); Universitatea Catholică din Leuven (Belgia); NSD - Centrul Norvegian pentru Date de Cercetare (Norvegia); SCP - Institutul Olandez pentru Cercetare Socială (Țările de Jos); Universitatea Pompeu Fabra (Spania); Universitatea din Ljubljana (Slovenia).

Forumul Coordonatorilor Naționali (NC) implică Comitetele Naționale ale ESS din toate țările participante.

