

NEKATERI VIDIKI DRUŽBENE BLAGINJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA STANJA LJUDI

Aspects of Social Well-being Regarding People's Health

Jure Bele

Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru

Dominik Časar

Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru

Polona Tominc

*Ekonomsko-poslovna fakulteta, Univerza v Mariboru
polona.tominc@uni-mb.si*

Izvleček

Družbenega razvoja in blaginje družbe ni mogoče opisati zgolj z ustvarjenim BDP. Kompleksna večdimenzionalna mera, ki odraža družbeni vpliv na blagostanje človeka in človekovega okolja, je nov OECD-jev »indeks boljšega življenja«. Njegov sestavni del je tudi komponenta, ki opredeljuje zdravstveno stanje ljudi v državi. Raziskave kažejo, da so med vplivnimi dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje ljudi in vsiljujejo oz. pogojujejo določene vzorce v življenjskih navadah ljudi, pomembne tudi družbeno-ekonomske determinante – določeni dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni in s tem v povprečju krajše življenjske dobe, so v nižjih družbenih slojih izraženi močneje kot v višjih družbenih slojih.

Iz opravljene raziskave izhajajo, da je tako tudi v Sloveniji – v družbenih slojih, ki odražajo neenakomerno porazdelitev bogastva, moči, blaginje ... med različnimi družbenimi skupinami, lahko identificiramo tudi različno zdravstveno stanje ljudi, pripadnikov teh družbenih slojev.

Ključne besede: Gospodarski razvoj, Zdravje in neenakost

Abstract

Society's social development and well-being cannot be described in terms of GDP only. A complex multi-dimensional measure that reflects the social impact on human welfare and human environment is the OECD's new "Your Better Life Index", which defines the state of people's health in the country using an integrated component. Research indicates that, among the influential factors affecting the health status of people and creating certain patterns in humans' lifestyles, socio-economic determinants are also important; specific risk factors for chronic diseases affecting average life expectancy are expressed more strongly in lower social classes than in the higher social strata. The research results described in this paper confirm the thesis that this is also the situation in Slovenia: Social classes reflect the uneven distribution of wealth, power, and welfare among different social groups as well as differences in people's health statuses.

Keywords: Economic development, health and inequality

1 Uvod

Družbenega razvoja in blaginje družbe ni mogoče opisati zgolj z ustvarjenim družbenim proizvodom (z DBP na prebivalca) – v literaturi je mogoče že dalj časa najti raziskave in z njimi povezane poskuse opredelitev kompleksnejših kazalnikov blaginje v družbi, ki bi zajemali ne zgolj ustvarjanje proizvoda in dohodka, temveč bi merili družbeno blaginjo z večjim številom komponent, ki bi

odražale družbeni vpliv na blagostanje človeka in človekovega okolja (Judge in Kammayer-Mueller 2011, Blanchflower in Oswald 2011, Max-Neef 1991, Wu in Wu 2010, Stiglitz, Sen in Fitoussi 2009). Eden takšnih kazalnikov je novi »indeks boljšega življenja« (Your Better Life Index, OECD 2011), ki je leta 2011 nastal v okviru organizacije OECD.

»Indeks boljšega življenja« je sestavljen iz večjega števila komponent, med katerimi je pomembno mesto namenjeno dvodimenzionalni komponenti, ki opredeljuje zdravstveno stanje ljudi v državi. Ta dvodimenzionalna komponenta – »indeks zdravja« je sestavljen iz dveh delov, in sicer iz povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu in samoocene zdravstvenega stanja ljudi v državi. V državah OECD je bila leta 2008 povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu 79 let, kar je v povprečju za skoraj 10 let več kot leta 1960 (OECD 2011). Na pričakovano življenjsko dobo v veliki meri vpliva razširjenost kroničnih bolezni v družbi, saj so te v povprečju kar v 75 % primerov vzrok smrti. Razširjenost kroničnih bolezni je povezana z življenjskim slogom, zlasti s prehranjevalnimi navadami, načinom preživljanja prostega časa, kajenjem in prekomernim uživanjem alkohola ter z vsem tem povezano zmerno ali prekomerno telesno težo. Drugi del »indeksa zdravja« tvori samoocena zdravstvenega stanja. Tovrstne podatke pridobivajo države OECD v okviru anketiranj prebivalstva in kljub subjektivnosti tega kazalnika raziskave kažejo, da je dober indikator zdravstvenega stanja ljudi v družbi in potreb po zdravstvenih storitvah. V državah OECD je leta 2008 v povprečju 60 % odraslega prebivalstva ocenilo svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro (OECD 2011).

»Indeks zdravja« je zlasti preko povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu v veliki meri povezan z življenjskimi navadami ljudi, saj so te pomemben dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni in z njimi povezanimi vzroki smrti. Poleg življenjskih navad so tudi druge

družbeno ekonomske determinante tiste, ki vsiljujejo oz. pogojujejo določene vzorce v življenjskih navadah ljudi.

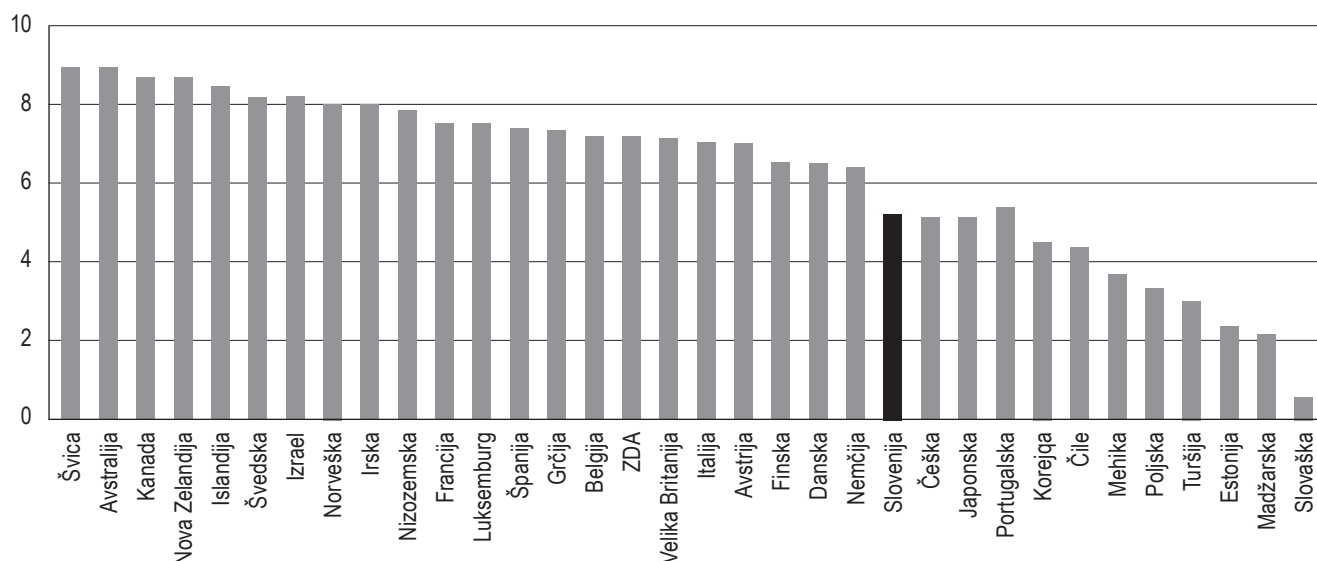
V prispevku smo se tako naslonili tudi na zdravstveno sociologijo. Sociološki pristop k zdravju se namreč razlikuje od medicinskega, ki vidi bolezen kot nevtralnno in naravno pojavnost, zasidrano v telesu pacienta ali v njegovi duševnosti (Pahor 1999). Sociologija vidi človeka tudi kot del družbe, človeka in njegovo telo proučuje kot družbeni in ne kot (zgolj) naravni pojav. Tako je eno izmed področij proučevanja zdravstvene sociologije tudi proučevanje družbenih vplivov na zdravje in bolezen (Turner 1995), med katerimi se v tem prispevku osredotočamo na proučevanje povezanosti med različnimi komponentami družbene neenakosti in zdravstvenim stanjem ljudi.

Čeprav je v literaturi mogoče najti več poročil o analiziranih razlikah v zdravstvenem stanju med spoloma, starostnimi skupinami ter tudi komparativnih mednarodnih raziskav (zlasti v okviru OECD, npr.: OECD 2010, Buzeti idr. 2011, Mackenbach idr. 2008), so raziskave, v katerih bi se ukvarjali z identifikacijo in primerjavo zdravstvenega stanja v družbenih slojih, redkeje, v tem prispevku pa se osredotočamo prav nanje – na proučevanje povezanosti med različnimi komponentami družbene neenakosti in zdravstvenim stanjem ljudi.

2 Pregled literature in postavitvev hipotez

Poskusi formiranja kompleksnejšega in večdimenzionalnega kazalca gospodarskega razvoja, kot je zgolj ustvarjeni družbeni proizvod, je v zadnjih nekaj letih v središču raziskovanja družbenega napredka in blaginje – takšen je tudi »indeks boljšega življenja« (Your Better Life Index), ki je nastal v okviru OECD leta 2011 (OECD 2011). »Indeks boljšega življenja« sestavlja več večdimenzionalnih komponent, in sicer: življenjske razmere, dohodek, delovna mesta, socialne povezave in vezi, izobrazba, okolje,

Slika 1: »Indeks zdravja«



Vir: OECD 2011.

zdravje, zadovoljstvo z življenjem, varnost, vodenje države ter ravnotežje med delom in vsakdanjim življenjem. Kot pomembna sestavina merjenja blaginje v družbi je tako v »indeksu boljšega življenja« izpostavljeno tudi zdravstveno stanje ljudi. Ta dvodimenzionalna komponenta znotraj indeksa boljšega življenja, ki jo imenujemo »indeks zdravja«, je sestavljena iz dveh delov, in sicer iz povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu in samoocene zdravstvenega stanja ljudi v državi.

Na sliki 1 je prikazana razvrstitev 34 držav OECD glede na vrednost »indeksa zdravja« (OECD 2011), kjer Slovenija zaseda 23. mesto med 34 državami, med Nemčijo na 22. mestu in Češko na 24. mestu. Na prvih treh mestih so Švica, Avstralija in Kanada, medtem ko zadnja mesta zasedajo Estonija, Madžarska in Slovaška.

Povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu temelji na trenutnih stopnjah smrtnosti v državi. Najvišjo povprečno pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu beležita Japonska – 82,7 leta in Švica – 82,2 leta (podatki so za leto 2008), najnižje stopnje pa so v državah Vzhodne Evrope, v katerih znaša pričakovana življenjska doba v povprečju le okoli 74 let. V Sloveniji je bila leta 2008 povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu 78,8 leta, kar je zelo blizu povprečja OECD, res pa je, da izdatki za zdravje dosegajo 8,3 % DBP, kar je manj od povprečja OECD, kjer znašajo v povprečju 9,0 %. Med vsemi državami je ta odstotek najvišji v ZDA, kjer znaša kar 16,0 % DBP. Slovenija zaostaja tudi pri izdatkih za zdravje na prebivalca, saj so bili leta 2008 2329 dolarjev na prebivalca, povprečje držav OECD pa je bilo 3060 dolarjev na prebivalca (OECD 2011).

Samoocena zdravstvenega stanja je druga komponenta »indeksa zdravja«. Delež odraslega prebivalstva, ki svoje zdravstveno stanje ocenjuje vsaj z oceno dobro, se giblje od okoli 85 % in več v Švici in državah Severne Amerike in Oceanije pa vse do zgolj polovice te vrednosti v Koreji, na Japonskem, Portugalskem in Slovaškem. Glede na leto 1995 se je samoocena zdravstvenega stanja zmanjšala na Japonskem, v Avstriji in na Slovaškem, zvišala pa na Portugalskem, Poljskem, Madžarskem, Češkem in v Turčiji. V Sloveniji je leta 2008 v povprečju 59 % ljudi menilo, da je njihovo zdravstveno stanje dobro, povprečje v OECD pa je višje – 69 %.

Znotraj posameznih družbenih skupin je znana in opazna zlasti razlika v povprečni pričakovani življenjski dobi ob rojstvu med spoloma. Ženske v povprečju živijo dlje, a navajajo v povprečju nižjo samooceno zdravstvenega stanja kot moški. Povprečna samoocena kakovosti zdravstvenega stanja upada tudi s starostjo. Prav tako v povprečju ljudje z nižjim dohodkom in nižjo stopnjo izobrazbe izkazujejo višjo stopnjo smrtnosti in slabše zdravstveno stanje kot posledico kombinacije težjih življenjskih in delovnih okoliščin, manj zdravega načina življenja, ki vključuje večjo razširjenost kajenja, prekomerno uživanje alkohola ipd., ter v povprečju slabši možnosti dostopa do zdravniške oskrbe (OECD 2010). V Sloveniji je bilo leta 2007 v povprečju

med odraslim prebivalstvom 18,9 % kadilcev. V državah OECD je bil ta delež v povprečju 23,3 %, najnižje deleže rednih kadilcev med odraslim prebivalstvom pa beležijo Avstralija, Švedska in ZDA (manj kot 17 %). Eden izmed pomembnih dejavnikov tveganja za nastanek zdravstvenih težav (sladkorne bolezni, bolezni srca in ožilja, astme ipd.) je tudi prekomerna telesna teža. Z višjim deležem ljudi s prekomerno telesno težo med odraslim prebivalstvom so seveda povezani tudi višji pričakovani stroški zdravstvene oskrbe v prihodnosti. Stopnja debelosti, dobljena na osnovi samopodanih vrednosti o teži in višini anketiranih oseb, je bila v Sloveniji leta 2007 enaka 16,4 %, kar je veliko manj kot v ZDA (27,5 % leta 2008), a več kot v Italiji (9,9 % leta 2008) ali Franciji (11,2 % leta 2008).

V prispevku analiziramo oz. preverjamo osnovno tezo raziskave, ki se glasi:

Družbeni sloji, ki so posledica neenakosti v družbi in odražajo neenakomerno porazdelitev bogastva, moči, blaginje ... med različnimi družbenimi skupinami, v veliki meri determinirajo tudi zdravstveno stanje ljudi v teh družbenih skupinah.

Vsebinski pomen izraza družbene razlike je širši od vsebinskega pomena izraza družbena neenakost. Z izrazom družbene razlike razumemo socialno pomembne razlike med skupinami oz. kategorijami posameznikov, ki so lahko dveh vrst. Temeljijo lahko na naravnih razlikah, ki postanejo oz. so vrednotno kvalificirane, lahko pa so nastale popolnoma neodvisno od narave in z njo niso v nikakršni povezavi. Najpogostejše družbene razlike so razlike med spoloma, med starostnimi skupinami, jezikovnimi, etničnimi in poklicnimi kategorijami, razlike v telesnih in duševnih zmožnostih oz. sposobnostih, razlike v krajevnem izvoru, v družinskem poreklu, veroizpovedi in podobno (Dragaš in Leskošek 2003, str. 23).

Družbeno neenakost na splošno lahko definiramo kot tiste »družbene razlike, ki jih socialno okolje spodbuja z nagrajevanjem in neenakim porazdeljevanjem najpomembnejših in omejenih družbenih dobrin, kot so bogastvo, moč in ugled, kar se dogaja v tolikšni meri, da se nekatere skupine ljudi dvignejo nad druge – nastalo razdaljo med njimi pa opisujemo s terminom družbena neenakost« (Dragaš in Leskošek 2003, str. 24).

Da sta stopnja družbene neenakosti in zdravstveno stanje ljudi povezana, je sicer znano že dolgo. Tako so že v 19. stoletju opozarjali na razliko v umrljivosti med posameznimi družbenimi razredi; leta 1832 je bila narejena raziskava dr. Villermeja o primerjavi smrtnosti zaradi kolere med bogatimi in revnimi pariškimi četrtmi (Adam in Herzlich 2002). Potem se je s Pasteurjevimi odkritji ukvarjanje z življenjskimi razmerami in okoliščinami, ki vplivajo na zdravje, skoraj prenehalo. Teorija »specifične etiologije«, po kateri je za vsako bolezen kriv določen mikrob, je namreč odvrnila pozornost znanstvenikov od družbenih vzrokov. Šele kasneje, približno od leta 1970 naprej, se je zanimanje strokovne javnosti za psihosocialne dejavnike, ki bi utegnili

vplivati na zdravstveno stanje, ponovno povečalo. Tako se je postopoma razvila socialna epidemiologija bolezni: »Epidemiologija je veda, ki proučuje pogostost in porazdelitev bolnikov po času in prostoru ter vlogo družbenih dejavnikov, ki odločajo o tej pogostosti in porazdelitvi med različnimi plastmi prebivalstva.« (Adam in Herzlich 2002).

Tudi v današnjem času je mogoče zaslediti kar nekaj raziskav, ki se osredotočajo na proučevanje neenakosti v zdravstvenem stanju ljudi, ki pripadajo različnim družbenim skupinam z različnim družbeno-ekonomskim položajem, na njihovo identificiranje in na iskanje ukrepov za njihovo odpravljanje (Buzeti idr. 2011, Diderichsen idr. 2001). Aktivnosti za odpravo neenakomerne porazdelitve moči, blaginje in drugih potrebnih družbenih virov, sem spadajo npr. naporu za zmanjšanje razlik v izobrazbi, se lahko kažejo v izboljšani zmožnosti pripadnikov šibkejših družbenih slojev, da se izognejo nezdravim življenjskim in delovnim razmeram.

Postavljene hipoteze

V državah OECD ugotavljamo, da kronične bolezni v povprečju predstavljajo tri četrtine vzrokov za smrt (OECD 2011). Razširjenost kroničnih bolezni je v veliki meri povezana z življenjskim slogom. Raziskave kažejo, da so prehranjevalne navade, način preživljanja prostega časa, kajenje in prekomerno uživanje alkohola ter z vsem tem povezana prekomerna telesna teža v družbenih slojih s povprečno nižjo doseženo stopnjo izobrazbe v večji meri dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni in s tem v povprečju krajše življenjske dobe kot v družbenih skupinah s povprečno višjo izobrazbo (Corsini 2010) – kar velja tudi za Slovenijo. V analizi prehranjevalnih navad v obravnavanih družbenih slojih oz. v analizi kakovosti prehranjevanja smo zato preverjali trditev, da v srednjem in višjem družbenem sloju več ljudi pri nakupu hrane daje prednost kakovosti pred ceno in količino kot pa med ljudmi nižjega sloja. Iz te domneve smo sestavili tudi naslednji par hipotez:

- H1₀: Spremenljivki družbeni sloj ter prednost pri nakupu hrane nista povezani.
- H1₁: Spremenljivki družbeni sloj ter prednost pri nakupu hrane sta povezani.

Za dodatno analizo prehranjevalnih navad oz. kakovosti prehranjevanja smo anketirane osebe povprašali tudi o tem, ali vsakodnevno uživajo tri osnovne skupine živil, in sicer sadje, zelenjavo, meso ter izrazito zdravo hrano – polnozrnat kruh. Postavili smo naslednje pare hipotez:

- H2₀: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo sadje, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H2₁: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je delež tistih, ki vsakodnevno uživajo sadje, v povprečju različen od deleža oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H3₀: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo

zelenjavo, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.

- H3₁: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je delež tistih, ki vsakodnevno uživajo zelenjavo, v povprečju različen od deleža oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H4₀: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo meso, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H4₁: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je delež tistih, ki vsakodnevno uživajo meso, v povprečju različen od deleža oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H5₀: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo polnozrnat kruh, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H5₁: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je delež tistih, ki vsakodnevno uživajo polnozrnat kruh, v povprečju različen od deleža oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.

Pričakovali smo, da je način preživljanja prostega časa na neki način usklajen z vsakodnevnimi obveznostmi ljudi iz posameznega sloja in tudi z obremenitvami, za katere lahko predvidevamo, da jih imajo ljudje. Zato smo pričakovali, da se osebe iz različnih družbenih slojev med seboj razlikujejo glede načina preživljanja prostega časa. Pri tem smo proučevali razlike v preživljanju prostega časa glede ukvarjanja s športom ter preživljanje prostega časa v naravi in na sprehodih, zato smo tvorili naslednje pare hipotez:

- H6₀: Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki se nikoli ne ukvarjajo s športom.
- H6₁: Osebe iz nižjega družbenega sloja se razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki se nikoli ne ukvarjajo s športom.
- H7₀: Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo v naravi.
- H7₁: Osebe iz nižjega družbenega sloja se razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo v naravi.
- H8₀: Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo na sprehodu.
- H8₁: Osebe iz nižjega družbenega sloja se razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo na sprehodu.

Ob pričakovanju, da se osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, v povprečju razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede nekaterih obravnavanih prehranjevalnih navad in preživljanja prostega časa, je pričakovati tudi razlike med obema slojema glede njihovega zdravstvenega stanja oz. zdravstvenih težav, zato smo oblikovali naslednji par hipotez:

- H9₀: Spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje med seboj nista povezani.
- H9₁: Spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje sta med seboj povezani.

Zdravstvene bolezni oz. težave, ki smo jih skušali identificirati, smo razvrstili v skupine: sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave.¹ Tako smo vse osebe razdelili v dve skupini – v tiste z vsaj eno izmed zgoraj opisanih zdravstvenih težav in tiste brez težav. Da bi identificirali razlike v pogostosti prisotnosti zdravstvenih težav med družbenimi sloji, smo tvorili naslednji par hipotez:

- H10₀: Spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav med seboj nista povezani.
- H10₁: Spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav sta med seboj povezani.

3 Podatkovna baza, spremenljivke in uporabljena metodologija

Podatkovno osnovo raziskave predstavlja naključni vzorec anketiranih oseb v ambulanti zdravnika družinske medicine v Mariboru maja 2010. Anketirali smo skupaj 130 ljudi, vendar smo nekatere anketne vprašalnike morali izločiti iz obravnave zaradi pomanjkljivosti, zato smo imeli odgovore 123 ljudi. Osnovni podatki o strukturi vzorca glede na spol, starost anketiranih oseb, najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe ter zaposlitveni status so prikazani v tabeli 1.

Spremenljivke, na osnovi katerih preverjamo zastavljene hipoteze, so:

- Prehranjevalne navade:
 - prednosti pri nakupu hrane: vrednosti te spremenljivke smo identificirali kot odgovor na anketno vprašanje Čemu dajete prednost pri nakupu hrane?; možne vrednosti spremenljivke so: kakovosti hrane, ceni hrane in količini hrane;
 - vsakodnevno uživanje sadja, zelenjave, mesa in polnozrnatega kruha: vrednosti te spremenljivke smo identificirali z odgovorom na vprašanje

¹ V Sloveniji so bili po uradnih podatkih leta 2010 najpogostejši vzroki smrti bolezni srca in ožilja (39,87 % vseh smrti), rak (30,96 %), sledijo poškodbe, zastrupitve in drugi zunanji vzroki (7,73 %), nato pa bolezni dihal (6,78 %) in bolezni prebavil (6,19 % vseh smrti). Vir: SURS. Dosegljivo: http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/32_Umrljivost/15_05L30_umrli-vzrok/15_05L30_umrli-vzrok.asp.

Tabela 1: *Struktura anketiranih oseb glede na spol, starost, najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe ter zaposlitveni status*

	Število anketirancev	Odstotek [%]
SPOL		
moški	47	38,2
ženske	76	61,8
skupaj	123	100,0
STAROST		
od 16 do 25 let	11	8,9
od 26 do 35 let	26	21,1
od 36 do 45 let	34	27,6
od 46 do 55 let	35	28,5
od 56 do 60 let	7	5,7
skupaj	123	100,0
Najvišja dokončana stopnja IZOBRAZBE		
osnovna šola	11	8,9
poklicna srednja	33	26,8
gimnazija	8	6,5
višja šola	20	16,3
fakultetna dodipl. izobrazba	45	36,6
magisterij znanosti	5	4,1
doktorat znanosti	1	0,8
skupaj	123	100,0
ZAPOSLOTVENI STATUS		
zaposlen	97	78,9
nezaposlen	26	21,1
skupaj	123	100,0

Kako pogosto uživajte posamezno vrsto živil (sadje, zelenjavo, meso, polnozrnat kruh?); odgovore smo strnili v dve skupini: vsakodnevno uživanje – DA, vsakodnevno uživanje – NE.

- Preživljanje prostega časa:
 - ukvarjanje s športom: vrednosti te spremenljivke smo identificirali z odgovorom na vprašanje *Kako pogosto se v prostem času ukvarjate s športom?;* odgovore smo strnili v dve skupini: s športom se nikoli ne ukvarjam – DA, s športom se nikoli ne ukvarjam – NE;
 - preživljanje prostega časa v naravi: vrednosti te spremenljivke smo identificirali z odgovorom na vprašanje *Kako pogosto svoj prosti čas preživljate v naravi?;* odgovore smo strnili v dve skupini: svoj prosti čas vsakodnevno preživljam v naravi – DA, svoj prosti čas vsakodnevno preživljam v naravi – NE;

- sprehodi: vrednosti te spremenljivke smo identificirali z odgovorom na vprašanje *Kako pogosto svoj prosti čas preživljate na sprehodih?*; odgovore smo strnili v dve skupini: svoj prosti čas vsakodnevno preživljam na sprehodih – DA, svoj prosti čas vsakodnevno preživljam na sprehodih – NE.
- Zdravstveno stanje:
 - vrednosti te spremenljivke smo identificirali z odgovorom na vprašanje *Kakšno je vaše zdravstveno stanje?*; možne vrednosti spremenljivke so:
 - sem brez zdravstvenih težav,
 - imam vsakoletne prehlade, redko kaj hujšega,
 - pogosto huje zbolim.
- Prisotnost zdravstvenih težav:
 - vrednosti te spremenljivke smo skušali identificirati z odgovorom na vprašanje *Ali imate posamezno vrsto zdravstvenih težav?*, pri čemer smo zdravstvene težave, ki smo jih skušali identificirati, razvrstili v skupine: sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave. Vse anketirane osebe smo razdelili v dve skupini – v tiste z vsaj eno izmed zgoraj navedenih zdravstvenih težav in tiste brez težav; možne vrednosti spremenljivke so:
 - nimam nobenih zdravstvenih težav,
 - prisotnost vsaj ene od zdravstvenih težav: sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave.
- Starost:
 - v analizo smo vključili tudi kontrolno spremenljivko starost – anketirane smo glede na starost razvrščali v eno od starostnih skupin: od 16 do 25 let, od 26 do 35 let, od 36 do 45 let, od 46 do 55 let, od 56 do 60 let, 81 let in več.
- Zaposlenost in izobrazba: pri identifikaciji značilnosti družbenih slojev smo analizirali strukturo opredeljenih družbenih slojev glede na zaposlitveni status in izobrazbo oseb:
 - zaposlenost: možne vrednosti te spremenljivke so:
 - zaposlen,
 - nezaposlen;
 - izobrazba: izobrazbeno strukturo smo analizirali tako, da smo ugotavljali najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe, pri čemer smo osebe razdelili v tri skupine:
 - dokončana osnovna šola,
 - dokončana srednja šola,
 - končana več kot srednješolska izobrazba (višja izobrazba, univerzitetna izobrazba, magisterij in doktorat znanosti).

- Za analizo jakosti in smeri povezanosti med opisnimi spremenljivkami smo uporabili test hi-kvadrat (χ^2). Ker vrednost kazalca hi-kvadrat kaže le, ali sta opisni spremenljivki povezani, ne pa tudi jakosti povezave, smo izračunali še kazalec phi (Φ) in Cramerjev koeficient V, katerih vrednosti se komentirajo enako kot vrednosti Pearsonovega korelacijskega koeficienta, torej bliže ko je vrednost kazalca vrednosti 1, močnejša je jakost povezave med spremenljivkami. Kazalec phi (Φ) je primernejši za uporabo pri tabelah dimenzije 2 x 2, Cramerjev koeficient V pa pri večjih (Kinnear in Gray 2000, str. 262). Domnevo o tem, da povezanost med obravnavanima opisnima spremenljivkama ne obstaja, smo zavrnil pri stopnji značilnosti preizkusa, manjši od 0,05 (dvostranski test).

Identificiranje družbenih slojev

Vrednosti osnovne identifikacijske spremenljivke, na osnovi katere so bili anketiranci razdeljeni v družbene sloje, smo anketiranim priredili na osnovi zastavljenega vprašanja:

V kateri družbeni sloj menite, da se uvrščate?

Porazdelitev anketiranih oseb v pet razredov oz. družbenih slojev je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Porazdelitev anketiranih oseb v družbene sloje, v katere bi se po njihovem mnenju zvrstili

DRUŽBENI SLOJ	Število anketirancev	Odstotek [%]
nižji	9	7,3
nižji srednji	18	14,6
srednji	79	64,2
višji srednji	15	12,2
višji	2	1,6
SKUPAJ	123	100,0

Ker se je v nižji in višji sloj razvrstilo malo ljudi, smo se za nadaljnjo analizo odločili najprej združiti nižji in nižji srednji sloj v eno skupino, ki smo jo imenovali nižji sloj, višji in višji srednji sloj pa smo združili v drugo skupino, ki smo jo imenovali višji sloj. V analizi smo (zaradi metodoloških omejitev pri analizi povezanosti med opisnimi spremenljivkami in omejitvami testa hi-kvadrat glede najmanjše dopustne frekvence) ločeno obravnavali le dva družbena sloja in sicer nižji sloj v primerjavi s srednjim in višjim slojem skupaj.

Identifikacija družbenih slojev v skladu z zgoraj zapisanim vključuje našo domnevo, da so ljudje, ki se uvrščajo v nižji sloj, tudi slabše izobraženi (kar posredno pomeni tudi poklicno diverzifikacijo) in pogosteje nezaposleni kot tisti, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj. Zato smo pred preverjanjem zastavljenih hipotez, opisanih v prejšnjem poglavju, najprej preverili tovrstne značilnosti

obravnavanih družbenih slojev – postavili smo naslednja dva para ničelnih in raziskovalnih domnev:

- $H11_0$: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju manjši ali enak delež nezaposlenih kot v srednjem in višjem sloju.
 - $H11_1$: Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju večji delež nezaposlenih kot v srednjem in višjem sloju.
- ter
- $H12_0$: Osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, so v povprečju bolj ali enako izobražene kot tiste, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
 - $H12_1$: Osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, so v povprečju slabše izobražene kot tiste, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.

Tabela 3: *Struktura opredeljenih dveh slojev anketiranih oseb glede na najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe*

Zaposlitev	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
zaposlen	63,0 %	83,5 %	78,9 %
nezaposlen	37,0 %	16,7 %	21,1 %

Struktura opredeljenih dveh slojev v vzorcu glede na zaposlitveni status je prikazana v tabeli 3, v povprečju pa je med osebami, ki se uvrščajo v nižji družbeni sloj, nezaposlenih 37,0 % ljudi, med tistimi, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, pa več kot polovica manj, 16,7 %. Pri preverjanju domneve $H11_0$ s testom hi-kvadrat lahko ugotovimo, da lahko domnevo zavrnamo z manj kot 5 % tveganjem (hi-kvadrat = 5,246, $p < 0,05$). Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju večji delež nezaposlenih kot v srednjem in višjem sloju. Povezava med spremenljivkama je dokaj šibka, a je statistično značilna ($\Phi = 0,210$).

Tabela 4: *Struktura opredeljenih dveh slojev anketiranih oseb glede na najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe*

IZOBRAZBA	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
dokončana osnovna šola	25,9 %	4,2 %	8,9 %
dokončana srednja šola	55,6 %	27,1 %	33,3 %
več kot srednješolska izobrazba	18,5 %	68,8 %	57,7 %

Struktura opredeljenih dveh slojev v vzorcu glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe je prikazana v tabeli 4. Med osebami, ki se uvrščajo v nižji družbeni sloj, jih

ima v povprečju dobra četrtina končano zgolj osnovno šolo – med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, je takšnih le 4,2 %. Medtem ko ima v povprečju več kot polovica ljudi iz nižjega družbenega sloja dokončano srednješolsko izobrazbo, pa je med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, skoraj 70 % takih, ki imajo dokončano več kot srednješolsko izobrazbo. Pri preverjanju domneve $H12_0$ s testom hi-kvadrat ugotovimo, da lahko domnevo zavrnamo z manj kot 5 % tveganjem (hi-kvadrat = 25,493, $p < 0,05$). Osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, so v povprečju slabše izobražene kot tiste, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj. Povezava med spremenljivkama je srednje močna in je statistično značilna (Cramerjev koeficient V je enak 0,455).

Samorazvrstitev v družbene sloje je torej skladna s pričakovanimi značilnostmi družbenih slojev glede zaposlitvene in izobrazbene strukture (ter z njo povezane poklicne strukture) in s tem povezano pričakovano porazdelitvijo najpomembnejših in omejenih družbenih dobrin, kot so bogastvo, moč in ugled. Ljudje, ki se uvrščajo v nižji družbeni sloj, so v večjem deležu nezaposleni in dosegaajo v povprečju nižjo stopnjo izobrazbe kot ljudje, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.

4 Ugotovitve raziskave

Prvi del raziskave predstavlja analiza prehranjevalnih navad in preživljanja prostega časa v obravnavanih družbenih slojih, drugi, osrednji del raziskave pa analiza povezave med stopnjo družbene neenakosti, ki se odraža v segregaciji ljudi na družbene sloje, in zdravstvenim stanjem pripadnikov različnih družbenih slojev.

Analiza življenjskega sloga – prehranjevalnih navad in preživljanja prostega časa v obravnavanih družbenih slojih

Pred anketiranjem smo predvidevali, da v srednjem in višjem družbenem sloju več ljudi pri nakupu hrane daje prednost kakovosti pred ceno in količino kot pa med ljudmi nižjega sloja.

Tabela 5: *Struktura anketiranih oseb glede na to, čemu dajejo prednost pri nakupu hrane*

Prednost pri nakupu hrane	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
kakovost hrane	33,3 %	77,1 %	67,5 %
cena hrane	48,1 %	17,7 %	24,4 %
količina hrane	18,5 %	5,2 %	8,1 %

Kot smo pričakovali, ljudje iz višjega družbenega sloja v povprečju dajejo kakovosti hrane prednost pred njeno ceno in količino, medtem ko pri ljudeh, ki se uvrščajo v nižji sloj, najpomembnejšo vlogo igra njena cena. V povprečju je pri osebah, ki se uvrščajo v nižji družbeni sloj, skoraj trikrat višji odstotek oseb, ki pripisujejo največji pomen količini

hrane, kot pa pri ljudeh, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj. Pri preverjanju domneve H_{1_0} , da spremenljivki družbeni sloj ter prednost pri nakupu hrane nista povezani, s testom hi-kvadrat ugotovimo, da lahko domnevo zavrnamo z manj kot 5 % tveganjem (hi-kvadrat = 18,575, $p < 0,05$). Spremenljivki družbeni sloj in prednost pri nakupu hrane sta povezani, saj se strukturi ljudi, ki dajejo prednost posamezni značilnosti nakupljene hrane (kakovost, cena, količina) v obeh obravnavanih družbenih slojih med seboj statistično značilno razlikujeta. Jakost povezave med spremenljivkama je srednje močna in je statistično značilna (Cramerjev koeficient V je enak 0,400).

Za dodatno ilustracijo prehranjevalnih navad oz. kakovosti prehranjevanja smo anketirane osebe povprašali tudi o tem, ali vsakodnevno uživajo tri osnovne skupine živil, in sicer sadje, zelenjavo, meso ter izrazito zdravo hrano – polnozrnat kruh. Ničelne domneve, ki smo jih preverjali, so:

- H_{2_0} : Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo sadje, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H_{3_0} : Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo zelenjavo, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H_{4_0} : Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo meso, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- H_{5_0} : Med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je v povprečju enak delež tistih, ki vsakodnevno uživajo polnozrnat kruh, kot med osebami, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj.
- Medtem ko glede treh osnovnih skupin živil med obema obravnavanimi slojema ni opaziti statistično značilnih razlik (pri preverjanju domnev H_{2_0} , H_{3_0} in H_{4_0} so vrednosti hi-kvadrat po vrsti: 0,002; 0,150 in 0,489; stopnja značilnosti v vseh treh primerih $p > 0,05$), pa je razlika med obema slojema pri uživanju polnozrnatega kruha statistično značilna – hipoteza H_{5_0} (hi-kvadrat = 7,528, $p < 0,05$). Rezultati so prikazani v tabeli 6.

Tabela 6: *Struktura anketiranih oseb glede na vsakodnevno uživanje sadja, zelenjave, mesa in polnozrnatega kruha*

Da, vsakodnevno uživam	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
sadje	70,4 %	70,8 %	70,7 %
zelenjavo	81,5 %	84,4 %	83,7 %
meso	51,9 %	59,4 %	57,7 %
polnozrnat kruh	7,4 %	34,4 %	28,5 %

Dobljeni rezultati dodatno ilustrirajo in še z drugega vidika potrjujejo tezo, da se osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, deloma razlikujejo od tistih, ki se uvrščajo v srednji in višji sloji, glede na značilnosti, povezane s kakovostjo prehranjevanja.

V nadaljevanju smo nato analizirali, ali se način preživljanja prostega časa anketiranih ljudi, ki se uvrščajo v različne sloje, razlikuje, zato smo preverjali naslednje ničelne domneve:

- H_{6_0} : Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki se nikoli ne ukvarjajo s športom.
- H_{7_0} : Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo v naravi.
- H_{8_0} : Osebe iz nižjega družbenega sloja se ne razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede deleža tistih, ki prosti čas vsakodnevno preživljajo na sprehodu.

Med obema obravnavanimi slojema je mogoče opaziti statistično značilne razlike le glede deleža tistih, ki se nikoli ne ukvarjajo s športom (vrednosti hi-kvadrat = 18,708), ki je med pripadniki nižjega družbenega sloja v povprečju veliko višji. Glede preostalih dveh načinov preživljanja prostega časa razlika v deležih med obema proučevanimi slojema ni statistično značilna (hi-kvadrat je enak 1,827 ter 0,125; v obeh primerih je $p > 0,05$), četudi lahko iz tabele 7 razberemo, da osebe iz višjega sloja redkeje preživljajo prosti čas v naravi kot tisti iz srednjega in nižjega sloja. To bi lahko bilo povezano z obremenitvami ljudi. Ljudje iz višjega sloja, ki so v povprečju višje izobraženi, verjetno opravljajo psihično napornejša dela in zato morda več prostega časa namenjajo psihičnemu počitku, kot je npr. obisk gledališča, obisk zdravilišč, termalnih bazenov, masaž ipd., česar pa z našo anketo nismo posebej preverjali. Tako lahko naša pričakovanja, da se osebe iz različnih družbenih slojev med seboj razlikujejo glede načina preživljanja prostega časa, le delno potrdimo, saj lahko statistično značilne razlike potrdimo le glede ukvarjanja s športom.

Tabela 7: *Struktura anketiranih oseb glede na način preživljanja prostega časa*

PREŽIVLJANJE PROSTEGA ČASA	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
nikoli se ne ukvarjam s športom	92,6 %	45,8 %	56,1 %
vsakodnevno grem v naravo	33,0 %	20,8 %	23,6 %
vsakodnevno se sprehajam	14,8 %	17,7 %	17,1 %

Analiza povezave med pripadnostjo družbenemu sloju ter zdravstvenim stanjem

O srednji del naše raziskave je bila analiza morebitne povezave med družbenim slojem in zdravstvenim stanjem osebe. Ker smo ugotovili, da se osebe, ki se uvrščajo v nižji sloj, v povprečju razlikujejo od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede nekaterih obravnavanih prehranjevalnih navad, delno pa tudi glede preživljanja prostega časa, je pričakovati tudi razlike med obema slojema glede njihovega zdravstvenega stanja oz. zdravstvenih težav. Preverjali smo postavljeno ničelno hipotezo H_{9_0} , da spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje ljudi med seboj nista povezani.

Tabela 8: *Struktura anketiranih oseb glede na njihovo zdravstveno stanje*

ZDRAVSTVENO STANJE	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
sem brez zdravstvenih težav, redko zbolim	51,9 %	74,0 %	69,1 %
vsakoletni prehladi, redko kaj hujšega	33,3 %	22,9 %	25,2 %
pogosto huje obolim	14,8 %	3,1%	5,7 %

V povprečju je skoraj tri četrtine oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji družbeni sloj, brez zdravstvenih težav in redko zbolijo – med osebami, ki se uvrščajo v nižji sloj, je takšnih dobra polovica. Hkrati v povprečju le 3,1 % oseb, ki se uvršča v srednji in višji sloj, poroča o pogostih hujših obolenjih, med osebami iz nižjega sloja je takšnih v

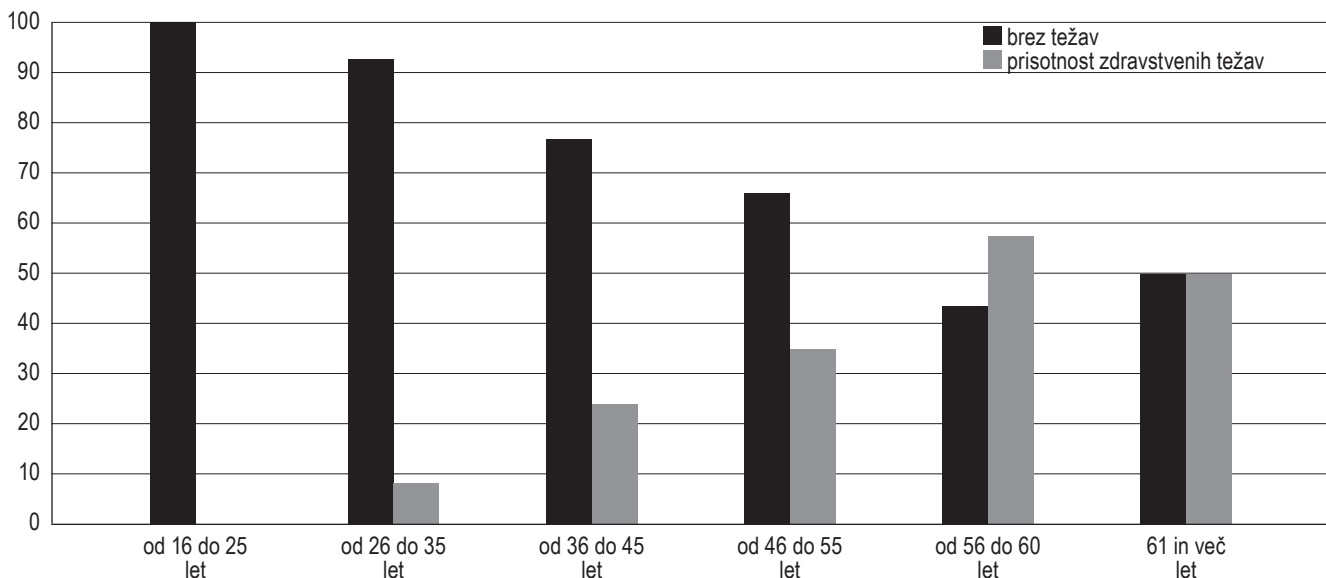
povprečju skoraj 15 %. Razlike med slojema so tudi statistično značilne (vrednost hi-kvadrat = 7,485, $p < 0,05$), kar pomeni, da sta spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje med seboj povezani, zato lahko domnevo H_{9_0} zavrnejo in potrdimo trditev H_{9_1} , da sta spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje med seboj povezani.

Pri proučevanju pogostosti prisotnosti zdravstvenih težav smo zdravstvene težave, ki smo jih skušali identificirati, razvrstili v skupine: sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave. Struktura obeh obravnavanih družbenih slojev glede na prisotnost zdravstvenih težav je prikazana v tabeli 9, v kateri smo vse osebe razdelili v dve skupini – v tiste z vsaj eno izmed zgoraj opisanih zdravstvenih težav in tiste brez težav. Preverjali smo ničelno hipotezo H_{10_0} , da spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav med seboj nista povezani.

Tabela 9: *Struktura obeh obravnavanih družbenih slojev glede na prisotnost zdravstvenih težav*

Pogostost prisotnosti zdravstvenih težav	Družbeni sloj		SKUPAJ
	nižji	srednji + višji	
brez zdravstvenih težav	44,4 %	83,3 %	74,8 %
prisotnost zdravstvenih težav (sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave)	55,6 %	16,7 %	25,2 %

Slika 2: *Povezanost med starostjo in pogostostjo prisotnosti zdravstvenih težav*



Prisotnost zdravstvenih težav (sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave) je pri osebah, ki se uvrščajo v nižji sloj, v povprečju višja kot pri osebah, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj – v povprečju 55,6 % oseb iz nižjega sloja poroča o težavah, med osebam, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, je v povprečju takih le slabih 17 %. Razlike med obema slojema so tudi statistično značilne (vrednost hi-kvadrat = 16,906, $p < 0,05$), kar pomeni, da sta spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav med seboj povezani, kar tudi pomeni, da lahko domnevo H_{10} zavrtnemo in potrdimo domnevo H_{10} , da sta spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav med seboj povezani.

Ker je poleg družbenega sloja, v katerega se uvrščajo anketirani, pri analizi zdravstvenega stanja oseb pomembna tudi pripadnost drugače definiranim družbenim skupinam, zlasti starostnim, smo preverili tudi, ali se oba sloja statistično značilno razlikujeta glede starostne strukture. Da s starostjo narašča pogostost prisotnosti zdravstvenih težav, je razvidno tudi s slike 2.

Ugotovimo lahko, da med slojema glede starosti ni statistično značilnih razlik (vrednost hi-kvadrat = 9,979, $p > 0,05$), kar pomeni, da razlik med slojema ne gre pripisati morebitnim razlikam v starostni strukturi obeh slojev, temveč družbeno-ekonomskim dejavnikom, ki definirajo življenjski slog ljudi v posameznih obravnavanih slojih.

Smo pa potrdili pričakovano dejstvo, da z naraščanjem starosti v povprečju narašča tudi prisotnost zdravstvenih težav. Spremenljivki starost in prisotnost zdravstvenih težav sta med seboj povezani (vrednost hi-kvadrat = 16,568, $p < 0,05$), kar je razvidno tudi s slike 2.

5 Sklep

Družbenega razvoja in blaginje družbe ni mogoče opisati zgolj z ustvarjenim družbenim proizvodom. Eden izmed kompleksnih večdimenzionalnih kazalnikov, ki meri družbeno blaginjo z večjim številom komponent, ki odražajo družbeni vpliv na blagostanje človeka in človekovega okolja, je »indeks boljšega življenja« (Your Better Life Index, OECD 2011), ki je leta 2011 nastal v okviru organizacije OECD.

Ena izmed komponent »indeksa boljšega življenja« je dvodimenzionalni »indeks zdravja«, ki je sestavljen iz dveh delov: iz povprečne pričakovane življenjske dobe ob rojstvu in samoocene zdravstvenega stanja ljudi v državi. V razvitih državah (te ugotovitve veljajo tudi za Slovenijo) so prehranjevalne navade, način preživljanja prostega časa, kajenje in prekomerno uživanje alkohola ter z vsem tem povezana prekomerna telesna teža v družbenih slojih s povprečno nižjo doseženo stopnjo izobrazbe v večji meri dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni in s tem v povprečju krajšo življenjsko dobo kot v družbenih skupinah s povprečno višjo izobrazbo (Corsini 2010). Življenjske navade ljudi pa so determinirane tudi z drugimi družbeno-ekonomskimi dejavniki.

V prispevku zastavljeno osnovno tezo raziskave, ki se glasi:

družbeni sloji, ki so posledica neenakosti v družbi in odražajo neenakomerno porazdelitev bogastva, moči, blaginje ... med različnimi družbenimi skupinami, v veliki meri determinirajo tudi zdravstveno stanje ljudi v teh družbenih skupinah,

lahko potrdimo. V prvem delu raziskave smo analizirali prehranjevalne navade ljudi v obravnavanih družbenih slojih. Ljudje, ki se uvrščajo v srednji in višji družbeni sloj, dajejo v povprečju v večji meri prednost kakovosti hrane pred njeno ceno in količino. Pri uživanju osnovnih živil (sadje, zelenjava, meso) pri osebah, ki se uvrščajo v nižji sloj, ter tistih, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, ni opaziti statistično značilnih razlik v deležu tistih, ki ta živila vsakodnevno uživajo, lahko pa potrdimo razlike v pogostosti prehranjevanja z izrazito zdravim živilom (polnozrnatih kruh), ki ga v večjem deležu vsakodnevno uživajo osebe, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj. Delno smo potrdili tudi, da se osebe v obeh obravnavanih družbenih slojih med seboj razlikujejo glede preživljanja prostega časa, pri čemer smo statistično značilne razlike lahko identificirali zlasti glede ukvarjanja s športom. Velika večina ljudi iz nižjega družbenega sloja se s športom ne ukvarja nikoli.

Ob identificiranju razlik med osebam, ki se uvrščajo v nižji sloj, od oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, glede nekaterih obravnavanih prehranjevalnih navad in preživljanja prostega časa so zato pričakovane tudi razlike med obema slojema glede njihovega zdravstvenega stanja oz. zdravstvenih težav. V povprečju je skoraj tri četrtine oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji družbeni sloj, brez zdravstvenih težav in redko zbolijo – med osebam, ki se uvrščajo v nižji sloj, je takšnih dobra polovica. Hkrati v povprečju le 3,1 % oseb, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, poroča o pogostih hujših obolenjih, med osebam iz nižjega sloja je takšnih v povprečju skoraj 15 %. Razlike med slojema so tudi statistično značilne, kar pomeni, da sta spremenljivki družbeni sloj in zdravstveno stanje med seboj povezani.

Prisotnost zdravstvenih težav (sladkorna bolezen tipa 2, težave s pljuči, težave v srcem, težave s sklepi, rak in druge težave) je pri osebah, ki se uvrščajo v nižji sloj, v povprečju višja kot pri osebah, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj – o težavah poroča v povprečju 55,6 % oseb iz nižjega sloja, med osebam, ki se uvrščajo v srednji in višji sloj, je v povprečju takih le slabih 17 %. Razlike med obema slojema so tudi statistično značilne, kar pomeni, da sta tudi v tem primeru spremenljivki družbeni sloj in pogostost prisotnosti zdravstvenih težav med seboj povezani.

Iz opravljene raziskave izhaja, da v družbenih slojih, ki so posledica neenakosti v družbi in odražajo neenakomerno porazdelitev bogastva, moči, blaginje ... med različnimi družbenimi skupinami, lahko identificiramo tudi različno zdravstveno stanje ljudi, pripadnikov teh družbenih

Tabela 10: *Strateške vstopne točke za politike različnih sektorjev na različnih ravneh z namenom zmanjšanja razlik na področju zdravstvenega stanja ljudi na državni ravni*

	Družbene reforme	Zmanjševanje tveganj	Zmanjševanje posledic
Univerzalni ukrepi	javni izobraževalni sistem davčna politika politika zaposlovanja ipd.	delovno in življenjsko okolje širši ukrepi na področju življenjskega sloga ipd.	zdravstveni sistem
Selektivni ukrepi	socialne podpore ipd.	ciljani ukrepi na področju življenjskega sloga ipd.	ciljane zdravstvene storitve ipd.

Vir: Torgersen idr. 2007, str. 8.

slojev. Medtem ko so priporočila Svetovne zdravstvene organizacije za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja usmerjene zlasti v globalno raven (Svetovna zdravstvena organizacija, Slovenija, 2009), pa lahko v splošnem znane politike in pristope za zmanjšanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju na državni in lokalni ravni strnemo v tri skupine (Buzeti idr. 2011): (i) populacijski pristop vključuje univerzalne politike na področju izobraževanja, zaposlovanja ter zdravstvenega in socialnega varstva, ki vsem zagotavljajo tudi enako dostopnost do storitev in virov za kakovostno življenje; (ii) pristopi za zmanjšanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino ali s povprečjem vključujejo uporabo politik zmanjševanja socialne izključenosti, politiko socialnih transferjev, aktivno politiko zaposlovanja in podobno; (iii) ciljani ukrepi za posebno ranljive skupine pa temeljijo na specifičnih ukrepih in programih, namenjenih posebej ranljivim skupinam.

Država OECD z najnižjo pričakovano življenjsko dobo, Madžarska, je nedavno uvedla davek na nezdravo prehrano, s katerim ciljajo na izboljšanje zdravstvenega stanja ljudi. Novosprejeti zakon uvaja davek na pijače z visoko vsebnostjo sladkorja, pakirane sladice, slane prigrizke in prehranske dodatke, v pripravi pa je zakon, ki predvideva večji nadzor nad restavracijami s hitro prehrano in prehranskimi oglasi, namenjenimi otrokom. Sredstva, ki bodo v državni proračun prišla zaradi uvedbe novega davka, namerava Madžarska porabiti za financiranje marketinških akcij za spodbujanje zdravega načina življenja. Na tem mestu predlagamo, da o podobnih vrstah davkov razmisli tudi Slovenija, s tem da predlagamo tudi, da se z ustreznim sistemom davkov hkrati zmanjša cena visokokakovostnim zdravim živilom.

Kot primer uspešnega sistema ukrepov ekonomske in razvojne politike z namenom zmanjšanja razlik na področju zdravstvenega stanja ljudi na državni ravni bi lahko uporabili norveški sistem. Strnjeno je prikazan v spodnji tabeli, ki zajema strateške vstopne točke za politike različnih sektorjev na različnih ravneh (Torgersen idr. 2007, str. 8).

Literatura

- Adam, P., C. Herzlich (2002). *Sociologija bolezni in medicine*. Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije, Ljubljana: NEJC.
- Blanchflower, D. G., A. J. Oswald (2011). International Happiness: A new View on the Measure of Performance, *Academy of management perspective*, February, 6–22.
- Buzeti, J., J. K. Djimba, M. Gabrijelčič Blenkuš, M. Ivanuša, H. Jeriček Klanšček, N. Kelšin, T. Kofol Bric, H. Koprivnikar, A. Korošec, K. Kovše, J. Maučec Zakotnik, B. Mihevc Ponikvar, P. Nadrag, S. Paulin, J. Pečar, S. Pečar Čad, M. Rok Simon, S. Tomšič, P. Truden Dobrin, V. Zadnik, E. Zver (2011). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*, Svetovna zdravstvena organizacija – zdravstveni urad za Evropo, Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, Ministrstvo za zdravje RS.
- Corsini, V. (2010). Highly educated men and women likely to live longer. Life expectancy by educational attainment. Brussel, Statistical Office of the European Communities, Eurostat Statics in Focus, 24/2010.
- Diderichsen, F., T. Evans, M. Whitehead (2001). The social basis of disparities in health, V: Challenging inequalities in health – from ethics to action, ur. T. Evans in sod. New York: Oxford University Press.
- Dragaš, S., V. Leskošek (2003). *Družbena neenakost in socialni kapital*, Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Judge, T. A., J. D. Kammeyer-Mueller (2011). Happiness as a Societal Value, *Academy of management perspective*, February, 30–41.
- Kinnear, P. R., C. D. Gray (2000). SPSS for windows made simple, Psychology Press Ltd, Hove.
- Mackenbach J. P., I. Stirbu, A. R. Roskam, M. M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A. E. Kunst (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, *New England Journal of Medicine*, 358: 2468–2481.
- Max-Neef, M. A. (1991). *Human Scale Development*. The Apex Press. New York, London.
- OECD (2010). Health data – Statistics and Indicators, OECD, Paris.

12. OECD (2011). *Compendium of OECD well-being indicators*. OECD Better Life Initiative, Dosegljivo: http://www.oecd.org/document/28/0,3746,en_2649_201185_47916764_1_1_1_1,00.html.
13. Pahor, M. (1999). Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa*, 36, 6/1999: 1014–1026.
14. Stiglitz, J. E., A. Sen, J.-P. Fitoussi (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Dosegljivo: <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>.
15. Svetovna zdravstvena organizacija, Slovenija (2009). Zmanjševanje razlik v času ene generacije – izboljševanje enakosti na področju zdravja z vplivanjem na socialne determinante zdravja, ur. M. Ivanuša. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. Dosegljivo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_slv.pdf.
16. Torgersen, T. P., O. Giaver, O. T. Stigen (2007). Developing an Intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health, The Norwegian Case, Geneva: World Health Organization. Dosegljivo: http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf.
17. Turner, B. (1995). *Medical power and social knowledge*, Second edition, London: Sage publication.
18. Wu, J., T. Wu (2010). Green GDP. V: *Berkshire Encyclopedia of Sustainability*, Vol. II – The Business of Sustainability. Berkshire Publishing Great Barrington: 248–250.



Jure Bele je bil rojen 5. 6. 1989 v Mariboru. Po končani Drugi gimnaziji Maribor, kjer je maturo opravil kot zlati maturant, se je leta 2008 vpisal na Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru, kjer je študent 4. letnika programa splošna medicina. V 3. letniku je opravljal tudi prostovoljno delo v Karitasovi ambulanti. Pri študiju ga še posebej zanimajo nekatera področja interne medicine, patologija, športna in urgentna medicina ter nekateri sociološki vidiki medicine, npr. povezave med zdravstvenim in socialnim stanjem ljudi.

Jure Bele was born in 1989 in Maribor. After finishing Druga Gimnazija Maribor, where he graduated from high school with honours, he enrolled in the Faculty of Medicine, University of Maribor in 2008, where he is now a fourth-year student of general medicine. During his third year of studies, he volunteered at Caritas Health Care Centre. In his studies, he is particularly interested in certain areas of internal medicine, pathology, emergency medicine, sports medicine, and some sociological aspects of medicine, such as the link between health and social well-being of people.



Dominik Časar se je rodil 11. 8. 1989 v Murski Soboti. Kmalu po rojstvu se je s starši preselil v Maribor. Obiskoval je Drugo gimnazijo Maribor in uspešno maturiral leta 2008. Po maturi se je vpisal na Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru. Trenutno je študent 4. letnika programa splošna medicina. Pri študiju se srečuje s številnimi področji, od katerih ga najbolj zanimajo infektologija, onkologija ter določena področja interne medicine. Ukvarja pa se tudi s sociološkimi, ekonomskimi in epidemiološkimi vidiki medicine.

Dominik Časar was born in 1989 in Murska Sobota. Soon after his birth, his family moved to Maribor. He attended Druga Gimnazija Maribor and in 2008 successfully graduated from secondary school. After completing his examination, he enrolled in the Faculty of Medicine, University of Maribor. Currently, he is a fourth-year student of general medicine. During his studies, he has encountered many fields, of which he is most interested in infectology, oncology, and certain fields of internal medicine; he also takes great interest in sociological, economic, and epidemiological aspects of medicine.



Dr. **Polona Tominc** je redna profesorica na Katedri za kvantitativne ekonomske analize na Ekonomsko-poslovni fakulteti Univerze v Mariboru. Njeno raziskovalno področje je usmerjeno v statistične metode v ekonomiji. Sodelovala je na več kot 35 znanstvenih in strokovnih konferencah in je avtorica poglavij v knjigah ter člankov v znanstvenih in strokovnih revijah, ki izhajajo v Sloveniji in v tujini. Je članica mreže za raziskovanje ženskega podjetništva Diana in raziskovalnega tima GEM Slovenija.

Polona Tominc, PhD, is a Full-time Professor in the Department of Quantitative Economic Analysis at the Faculty of Economics and Business, University of Maribor. Her research is focused on statistical methods in economics. She has participated in more than 35 scientific and professional conferences, is the author of chapters in books and articles in scientific and professional journals, and has published her work in Slovenia and abroad. She is participating in the DIANA network analysing female entrepreneurship and is a team member of GEM Slovenia.