
Olaf von dem Knesebeck

Družbena neenakost, zdravje in bolezni v starosti¹

POVZETEK

Pričujoči prispevek nudi pregled literature o zdravstvenih neenakostih med starimi ljudmi. V prvem poglavju avtor obravnava, kateri kazalci neenakosti so ustrezni za starejše prebivalstvo in kako se družbena neenakost spreminja s starostjo. Kratak opis zdravstvene neenakosti in možne razlage zanjo so podani v drugem poglavju. V zadnjem poglavju pa so prikazani izbrani rezultati mednarodnih raziskav o zdravstveni neenakosti med starimi ljudmi. Avtor na kratko razpravlja tudi o možnih razlagah za družbeno in zdravstveno neenakost med starimi ljudmi.

Ključne besede: družbena neenakost, zdravje, stari ljudje

AVTOR: Dr. Olaf von dem Knesebeck je profesor na Oddelku za medicinsko sociologijo v Medicinskem univerzitetnem centru Hamburg-Eppendorf. Raziskovalno se ukvarja: predvsem z družbeno epidemiologijo, sociologijo staranja, raziskovanjem zdravstvenovarstvenega sektorja, sociološkimi vidiki kliničnega odločanja in mednarodnimi raziskavami.

ABSTRACT

Social Inequality and health among the aged

This article provides a literature review of health inequalities among the aged. In the first chapter it is explored which inequality indicators are adequate for elderly populations and how social inequalities vary with age. In the second chapter a short description of health inequalities and possible explanations is given. In the final chapter results of selected international studies on health inequalities among the aged are shown. Moreover, possible explanations for social inequalities in health among elderly populations are discussed.

Keywords: social inequalities, health, elderly

AUTHOR: Dr. Olaf von dem Knesebeck, is a Professor at the Department of Medical Sociology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf. His research interests are Social Epidemiology, Sociology of Ageing, Evaluation Research in the Health Care Sector, Sociological Aspects of Clinical Decision Making and Cross-National Research.

Soočanje z vzroki, pojavnimi oblikami, učinki in spremembami družbene neenakosti je osrednji znanstveni in raziskovalni interes sociologije. Družbena neenakost se na splošno razume kot že dana/prisotna struktura neenakih delitev dobrin in virov, ki jih je malo, ki si jih ljudje želijo in ki vplivajo na uresničevanje splošno sprejetih življenjskih ciljev. Te dobrine niso dostopne vsem ljudem enako. K pomembnim vidikom družbene

¹ Prevod: dr. Anton Mlinar

neenakosti v moderni družbi se štejejo materialno blagostanje, družbena moč in vpliv, prestiž in izobrazba (Hradil 1999).

Za empirično zbiranje in razumevanje podatkov o družbeni neenakosti v moderni družbi se večinoma upoštevajo naslednji kazalci: dosežena izobrazba, poklicni položaj in osebni dohodek. Slabši ali boljši družbeni položaj posameznega človeka glede na prej omenjene vidike družbene neenakosti (neenakomerne porazdeljenosti dobrin) se običajno imenuje 'status' ali 'položaj', ljudje s podobnim statusnim položajem pa statusna skupina. V teku socioloških raziskav družbene neenakosti so se obravnavale različne statusne skupine: raztezale so se v časovnem razponu, se imenovala stanovi, razredi in sloji vse do bolj kompleksnih družbenih razmer in družbenih okolij (Kreckel 1992; Hradil 1999; Geißler 2002).

Za zdravje pomembne posledice, ki temeljijo na družbeni neenakosti, so doslej obravnavale različne druge discipline, na primer medicinska sociologija ali družbena epidemiologija, v novejših raziskavah pa se o tem razpravlja v okviru pojma 'zdravstvena neenakost' (Richter & Hurrelmann 2006a). Večina študij o razmerju med družbeno neenakostjo in obolevnostjo oz. smrtnostjo pa je bila izvedena na populaciji pred upokojitveno starostjo. Šele v zadnjih letih se je izkazalo, da se ta tematika pojavlja tudi pri višjih starostnih skupinah, s tem pa so se počasi začela pojavljati tudi dela, ki so se lotevala vprašanj, ali je mogoče govoriti o zdravstveni neenakosti tudi pri ljudeh v višjem starostnem obdobju in v kolikšni meri (če sploh) se s staranjem spreminja razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem. Razvoj se nanaša tudi na dejstvo, da se višja starost vedno bolj priznava kot življenjsko obdobje, ki ga močno določajo različne osebne (medindividualne) in družbene razlike.

Ta prispevek si je zadal za cilj, da posreduje splošen pregled stanja raziskav o temi 'družbena neenakost, zdravje in bolezen v starosti'. V prvem delu se v premislek predlaga starostno-družbeno gledanje na strukture neenakosti, in sicer tako, da se poskuša odgovoriti na vprašanje, kateri kazalci so primerni za opredelitev družbene neenakosti v starosti in kako se spreminjajo družbene neenakosti v višji starosti. V drugem delu bo na kratko predstavljeno trenutno stanje raziskav o razsežnosti zdravstvene neenakosti in nekaj pojasnil. V tretjem odstavku bo, naslanjajoč se na izbrane nacionalne in mednarodne študije, končno bolj natančno predstavljen pomen družbene neenakosti v višji starosti in njen vpliv na zdravje in bolezen. Glede na to bodo predstavljeni možni pojasnjevalni dejavniki za t. i. zdravstveno neenakost v višji starosti.

DRUŽBENA NEENAKOST V STAROSTI

V teku razprave o pojemajočem pomenu prej imenovanih vertikalnih razsežnosti neenakosti s staranjem in o razvoju 'novih' neenakosti, kot sta spol in narodna pripadnost, se je z več strani poudarilo, da se pripadnost nekemu poklicu – tega je raziskovanje neenakosti večinoma močno poudarjalo – ne more nanašati na vse dele prebivalstva v enaki meri (npr. Kreckel 1992; Hradil 1999; Geißler 2002). To zadeva tudi starejše prebivalstvo, ki je že zunaj zaposlitvenega obdobja. Glede na to se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so kot pokazatelji neenakosti v višji starosti pomembni oziroma ustrezni tradicionalni kazalci slojev, kot

so izobrazba, poklic in osebni dohodek, pa tudi katera druga znamenja določajo družbeno pozicijo starih ljudi in vsebujejo družbeno oblikovalno moč te specifične starostne skupine prebivalstva (O'Reilly 2002). Čeprav so bili v empiričnih raziskavah o neenakosti v višji starosti uporabljeni klasični pokazatelji slojev, je treba to vprašanje obravnavati kot doslej ne zadostno pojasnjeno. V mednarodnih študijah se išče podpora in naklonjenost mnenju, da naj bi se raziskovalci v empiričnih študijah ne naslanjali samo na en kazalec neenakosti, ampak da bi jih izpostavili in med seboj primerjali več. S tem bi bile študije bolj natančne in poštene glede na večdimenzionalnost družbenega/socialnega položaja starih ljudi (I Iuisman et al. 2003). Zato se je v nadaljevanju predlagalo, da bi vključili tudi druge kazalce, kot sta premoženje in posedovanje nepremičnin, ker se je zdelo pomembno, da bi v raziskavah zajeli kazalce materialne zapostavljenosti, ki so se nakopičili v teku življenja (Robert & House 1996; McMunn et al. 2006).

Izsledki empiričnih raziskav o družbeni neenakosti v starosti kažejo na to, da je mogoče v Nemčiji med starimi ljudmi zaznati velike razlike (Maye & Wagner 1999; Kohli et al. 2000). Sedanje pregledne analize stanja o materialnem položaju starejših ljudi (55–69 in 70–85 let) kažejo, da ima ena skupina starejših ljudi le malo nižji dohodek, kot ga prejema zaposleni srednje starosti (40–54 let), da pa obstajajo tudi posamične skupine starih ljudi (posebno ženske v starosti med 70 in 85 leti v nekdanji Vzhodni Nemčiji), ki so daleč pod povprečjem (Motel-Klingebiel 2006).

O tem, kako se lotiti možnih sprememb struktur in učinkov družbene neenakosti v višji starosti, se razpravlja v kontekstu različnih hipotez (O'Rand & Henretta 1999; Knesebeck 2005a; Knesebeck & Schäfer 2006). Glede na tezo o kontinuiteti, zlasti če se upošteva delovnoaktivno obdobje življenja, je mogoče dosežen družbeni status prenesti tudi na obdobje po upokojitvi. Razlogi za neenakosti v upokojitveni dobi so posledica družbenega položaja v času aktivnega dela, na podlagi katerega poteka stalen vpliv družbeno-ekonomskih razlik na življenjsko pričakovanje, samostojno oblikovanje življenja in na dejavnosti v starosti. Teza o destrukuiranju izhaja iz podmene, da so statusne razlike v poznejši starosti manj vidne in tudi manj pomembne. Kot razlog za to se navajajo vse večji pomen bioloških sprememb, ki so odvisne od starosti in vplivajo tudi na zdravje, vpliv državnih izravnalnih sistemov zdravstvenih zavarovanj, kakor tudi selektivna, predčasna umrljivost znotraj prizadetih družbenih skupin. Na podoben način se argumentira tudi teza o starostni odvisnosti, pri kateri starost in z njo povezane fiziološke in duševne spremembe pogojujejo družbeni status, medtem ko vse bolj izgubljajo na pomenu družbenoekonomski dejavniki. Nasproti temu poudarja teza o kumulaciji/kopičenju, da se zapostavljenost in obremenjenost kopičita v teku družbeno-ekonomske diferenciacije v spodnjih družbenih skupinah. Pri tem pa se poudarja možnost družbenih skupin, ki so imele večje dohodke v srednjih letih, da z izobraževanjem in varčevanjem v starosti kompenzirajo manjše dohodke, medtem ko družbene skupine z manjšim dohodkom te možnosti nimajo.

Te hipoteze so se preverjale v različnih raziskavah. Pridobljeni podatki kažejo, da je skoraj nemogoče navajati splošne izjave o spremembah strukture in učinkovanja družbenih neenakosti v visoki starosti. Verjetno ustreza realnosti mešanica kontinuitete, kopičenja in destrukuralizacije v različnih življenjskih obdobjih.

DRUŽBENA NEENAKOST, ZDRAVJE IN BOLEZEN

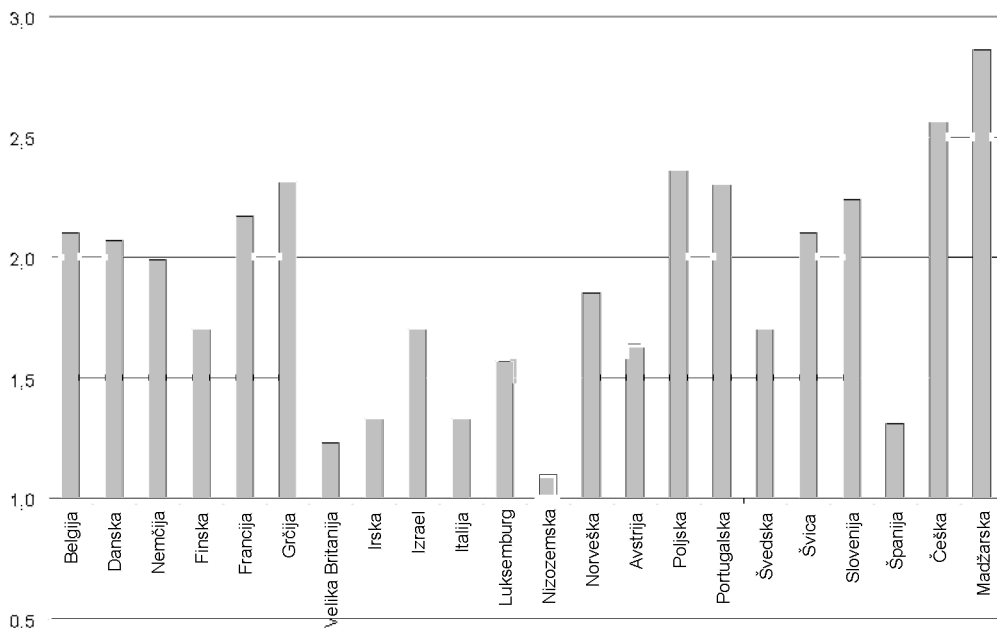
Zdravstvena neenakost

Iz družbeno-epidemiološkega in medicinsko-sociološkega raziskovanja so prišli iz različnih držav podatki številnih raziskav, v katerih se je stalno kazal rahel družbeni dvig (gradient)² obolevnosti in umrljivosti, se pravi inverzno linearno razmerje med družbeno pripadnostjo sloju (večinoma merjeno po izobrazbi, prihodkih in poklicnem položaju) in obolevnostjo ter umrljivostjo (dejanski pregledi o tem se najdejo pri: Mielck 2005; Marmot & Wilkinson 2006; Siegrist & Marmot 2006; Richter & Hurrelmann 2006a).

Analiza celotnega sestava družbeno-ekonomskih podatkov iz obdobja od 2000 do 2004 v Nemčiji pokaže na razliko skoraj devetih let življenjskega pričakovanja v odnosu med osebami z nizkim osebnim dohodkom (manj kot 1500 EUR bruto na mesec) in osebami z visokim osebnim dohodkom (več kot 4500 EUR bruto na mesec) (Lauterbach et al. 2006). Tudi če zaporedje velikosti teh razlik variira, pa mednarodna raziskava kaže, da je umrljivost v vseh evropskih državah večja v nižjem sloju kot v višjem. Praviloma so razlike v smrtnosti večje pri moških kot pri ženskah. Poleg tega je v zadnjih letih naraslo tveganje zgodnje smrtnosti pri osebah nizkega družbenega sloja tako v ZDA kot tudi v Evropi (Pappas et al. 1993; Mackenbach 2006). Življenjsko pričakovanje pri ljudeh nižjega in višjega sloja je na primer v Angliji in Walesu pri moških s 5,4 let v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja naraslo na 8 let v devetdesetih letih. V Estoniji je povečanje razlike še bolj dramatično: tam je znašala razlika v življenjskem pričakovanju med nizkim slojem in slojem z visoko izobrazbo pri moških leta 1989 približno šest let, leta 2000 pa že 14 let. V istem časovnem obdobju je razlika pri ženskah s treh let porasla na osem (Leinsalu et al. 2003). Družbeno-ekonomske razlike v življenjskem pričakovanju je treba pripisati razlikam v umrljivosti zaradi kardiovaskularnih obolenj (Huisman et al. 2005).

Družbeni gradient (rahel dvig) se poleg tega kaže pri vseh obolenjih. Tako osebe z nizkim družbenim položajem pogosteje kot osebe z višjim družbenim statusom zbolijo za diabetesom, za boleznimi srca in ožilja, depresijami in pljučnim rakom. Manj enoumna sovpadanja so pri drugih oblikah raka kakor tudi pri nevroloških obolenjih in obolenjih prebavil. Pri nekaterih obolenjih pa se pri višjem sloju prebivalstva pojavljajo višje številke (na primer rak na prsih in alergije).

2 Avtor uporablja besedo 'gradient'. Pojem običajno pomeni relativno majhne spremembe družbeno pogojenih kazalcev bodisi navzgor bodisi navzdol. Bolj ko so merljive razlike majhne, bolj gotovo mora biti preiskovani vzorec zadosti velik (op. prev.).

Slika 1: Nizka izobrazba (ISCED-97) in slaba subjektivna ocena zdravja pri ženskah v 22-ih evropskih državah: razmerje obetov (Odds Ratio)³ (Knesebeck et al. 2006)

Tudi pri subjektivnih zdravstvenih kazalcih se kaže rahel družbeni gradient (dvig/nagib). Slika 1 daje dober pregled o različnosti stopenj izobrazbe in lastnem ocenjevanju svojega zdravja pri ženskah v 22 evropskih državah (Knesebeck et al. 2006). Stopnja izobrazbe je bila ocenjena po mednarodnem standardu klasifikacije izobrazbe (ISCED-97). Na sliki so podana razmerja obetov (angl. odds ratio), ki kažejo, kako močno se razlikuje subjektivno občutje zdravja pri ženskah z nizko izobrazbo od občutja žensk z visoko izobrazbo. Jasno je, da so ženske z nižjo stopnjo izobrazbe v večini držav izpostavljene večjemu tveganju, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenile slabše; v povprečju je to tveganje v večini držav skoraj dvakrat višje. Toda medtem ko posebej izstopa povezanost med izobrazbo in subjektivnim občutjem zdravja pri ženskah na Češkem in Madžarskem, pa je na Irskem, v Italiji, na Nizozemskem ter v Španiji in Veliki Britaniji razmeroma nizka.

3 Odds (iz angl.) pomeni verjetnost, izraženo s številom, da se neka stvar bo oziroma ne bo zgodila. Odds ratio (slov.: razmerje obetov) je statistični koeficient. Je način primerjanja oz. izračunavanja verjetnosti, da se bo kako dogajanje zgodilo v eksperimentalni in kontrolni skupini ljudi. Uporablja se zlasti v medicini v izračunavanju verjetnosti, da se bo npr. kaka bolezen ob primerljivih spremenljivkah pojavila v eni in v drugi skupini ljudi (sistematično prikazovanje epidemioloških študij). Odds ratio je lahko povzetek različnih rezultatov raziskav. Odds se izračunava tako, da se število merjenih dogodkov deli s številom nemerjenih dogodkov. Če se na primer na 100 rojstev rodi 51 dečkov in 49 deklic, je odds rojstev dečkov 51:49, torej 1.04. Če je odds ratio večji od 1, je bolj verjetno, da se bo ponovilo enako razmerje (pri čemer je lahko odds nekega dogodka, ki se bo gotovo zgodil, neskončen), če pa je manjši od 1, je manj verjetno, da se bo dogodek ponovil. Odds ratio je torej primerjava odds števila v izpostavljeni skupini z odds številom pri kontrolni skupini.

POSKUS RAZLAGE

Mednarodno raziskovanje se je v zadnjih letih bolj posvetilo vprašanju, na kakšen način oz. s katerimi mehanizmi je mogoče pojasniti zdravstvene neenakosti. Ena možnost, kako pokazati na povezanost med družbenim položajem in zdravjem, obstaja v tem, da bi razmerje povezali s selekcijo in družbeno mobilnostjo. Pri razlagi s pomočjo selekcije izhajamo od tod, da so genetske dispozicije ali poškodbe iz otroštva, ki so vplivale na zdravje, vodile k temu, da so določeni ljudje v dobi odraslosti dosegli razmeroma nizek družbeno-ekonomski položaj.

Zdravstveno pogojena vertikalna družbena mobilnost je možna tudi znotraj odraslosti, če izhajamo iz dejstva, da je družbeni, npr. poklicni sestop pri bolnih osebah verjetnejši kot pri zdravih. Glede na to selektivno ali velikopotezno hipotezo pogojuje zdravstveno stanje tudi družbeni položaj. Empirične raziskave so pokazale, da nudi selekcija le razmeroma skromen prispevek pri pojasnjevanju socialnih naraščanj obolevnosti ali smrtnosti (Chandola et al. 2003). Glede na hipotezo o selekciji, ki upošteva objektivne in subjektivne dejavnike, izhajajo naslednji poskusi pojasnjevanja iz družbene povzročnosti, kar pomeni, da na analizo vpliva mnenje, da družbeni položaj vpliva tudi na zdravstveno stanje.

V številnih študijah se za pojasnjevanje družbenih kazalcev gibanj smrtnosti in obolevnosti izpostavlja pomembnost materialnih pogojev, povezanih z družbenim statusom. V tem se povzemajo dejavniki, kot so stanovanjske razmere, značilnosti stanovanjskega območja, fizikalno-kemijske obremenitve na delovnem mestu, kot tudi kakovost, dostopnost in dejanska dosegljivost medicinske in/oz. zdravstvene oskrbe. Za mnoge od teh podatkov je mogoče dokazati, da je nižji sloj prebivalstva pogosteje izpostavljen življenjskim pogojem, ki dejansko obremenjujejo zdravje (Blane et al. 1997, van Oort et al. 2005).

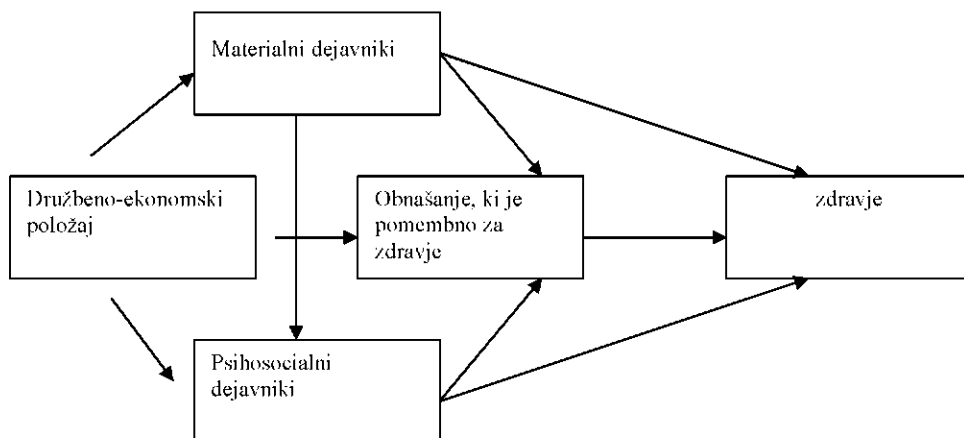
Družbene kazalce gibanja obolevnosti in smrtnosti pri nižjih družbenih slojih je mogoče dalje pojasnjevati s koncentracijo navad, ki škodijo zdravju, kot so kajenje, napačno prehranjevanje in omejitve pri gibanju. Številne empirične študije so pokazale na jasne vedenjske razlike med različnimi statusnimi skupinami v družbi (Mielek 2005; Marmot & Wilkinson 2006). Tako se je ponovno pokazalo, da je potrošnja tobačnih izdelkov večja pri odraslih in odraslih ljudeh z nižjo izobrazbeno stopnjo, nizkimi dohodki in prav tako nizkim poklicnim položajem. Podobne statusno-specifične razlike je bilo mogoče ugotoviti tudi glede na napačno prehranjevanje in preskromno telesno dejavnost. Na drugi strani pa je manj razločno razmerje med družbenim položajem in porabo alkohola. V nekaterih študijah se je to razmerje izoblikovalo le deloma, v drugih pa se je pokazalo, da se v višjem sloju popije več alkohola.

Poleg materialnih življenjskih pogojev in obnašanja, ki škodi zdravju, se v raziskavah tematizira še en način pojasnjevanja, ki pri razmerju med družbenim položajem in zdravjem poudarja psihosocialne dejavnike. Na razpolago je cela vrsta študij, ki govorijo o zdravstvenih učinkih psihosocialnih obremenitev (Siegrist & Theorell 2006). Znano je tudi, da drugi psihosocialni dejavniki, kot na primer čustvena ali materialna podpora prijateljev, znancev ali sorodnikov, delujejo kot vir pozitivnega vpliva na zdravje (Berkman & Glass 2000). Je pa bilo doslej le redko predmet sistematičnih obdelav, v kolikšni meri take psihosocialne obremenitve na eni in pozitivni viri na drugi strani sovpadajo s kazalci družbenega položaja.

Poleg tega izsledki o medsebojnem razmerju med družbenim položajem in psihosocialnimi dejavniki niso vedno enoumni (Knesebeck 2005a; Peter 2006).

Dejanska vrednost omenjenih dejavnikov (materialni življenjski pogoji, zdravo življenje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbenih kazalcev/gradientov variira v odvisnosti od indikatorja zdravja, ki je predmet raziskave. Neka nizozemska raziskava, ki jo je vodil van Oort s sodelavci (2005), in se je ukvarjala z razmerjem med različnimi stopnjami izobrazbe in smrtnostjo, je to razmerje pojasnjevala z materialnimi dejavniki in v malo manjši meri s psihosocialnimi in vedenjskimi dejavniki. V tej študiji se je še enkrat jasno pokazalo, da različni dejavniki pravzaprav spadajo skupaj. Glede na to so avtorji predstavljali različne pojasnjevalne modele, v katerih so z namenom, da bi pojasnili zdravstvene neenakosti, integrirali materialne, psihosocialne in vedenjske vzorce (prim. Steinkamp 1999; Mielck 2005). Slika 2 kaže primer na ta način poenostavljenega modela (Mackenbach 2006; Richter & Hurrelmann 2006b).

Slika 2: Poenostavljen model pojasnjevanja zdravstvene neenakosti po Mackenbachu (2006) ter Richterju in Hurrelmannu (2006b)



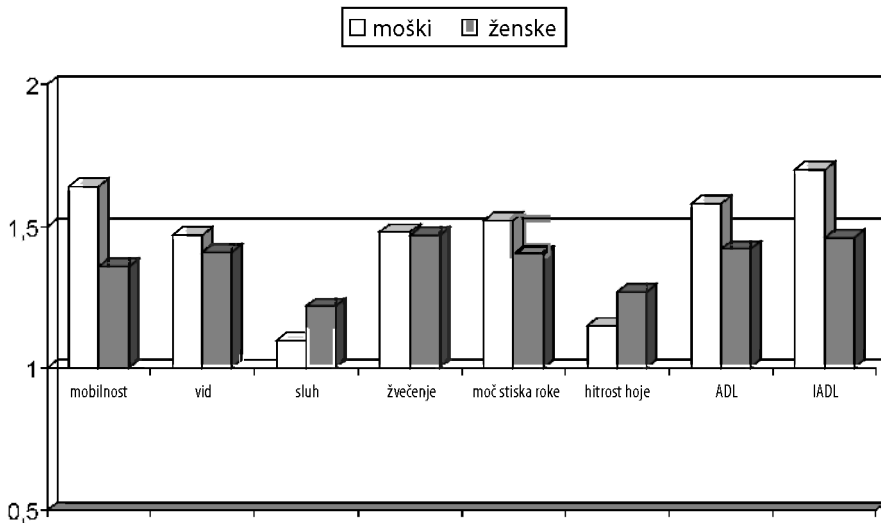
SOCIALNA NEENAKOST, ZDRAVJE IN BOLEZEN V STAROSTI

Zdravstvena neenakost v starosti

V znanstvenih razpravah o zdravstveni neenakosti igrajo starejši ljudje podrejeno vlogo. To se izraža tako, da se večina družbeno-epidemioloških raziskav gibanj družbenih kazalcev o obolevnosti in smrtnosti nanaša na srednje obdobje odraslosti in da se je gerontološko raziskovanje družbenih vplivov na zdravje in bolezen/obolevnost dolgo časa zapostavljalo. V zadnjem času se povečuje število raziskav, ki se ukvarjajo s tem, ali je mogoče zdravstveno neenakost dokazati tudi v višji starosti, in če, na kakšen način se razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem kaže v procesu staranja. V naslednjem delu so predstavljeni izbrani izsledki, ki se nanašajo na obe vprašanji.

Huisman in drugi (2005) pri analizi neenakosti glede smrtnosti, odvisne od stopnje izobrazbe, v osmih zahodnoevropskih državah ugotavljajo, da ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe v visoki starosti (75 let in več) kažejo večjo stopnjo umrljivosti. Pri moških v visoki starosti je ta smrtnost posledica vse bolj izrazitih razlik zaradi posledic umrljivosti, kot so srčnožilna obolenja, kronično obstruktivne pljučne bolezni in pneumonije, medtem ko se je pri mlajših starostnih skupinah prispevek, ki se je nanašal na rakava obolenja in zunanje vzroke smrti, zmanjšal. Pri ženskah v visoki starosti so se razlike v smrtnosti, ki jih je pogojevala stopnja izobrazbe, nanašale predvsem na povečane razlike smrtnosti zaradi pneumonij in srčnožilnih obolenj, medtem ko se je delež rakavih obolenj in kroničnih obstruktivnih pljučnih bolezni zmanjšal.

Slika 3: Nizek dohodek in funkcionalna omejenost pri ženskah in moških v starosti 50 let in več; povzetek izsledkov iz 10-ih evropskih držav; Odds Ratio (Avendano et al. 2005)

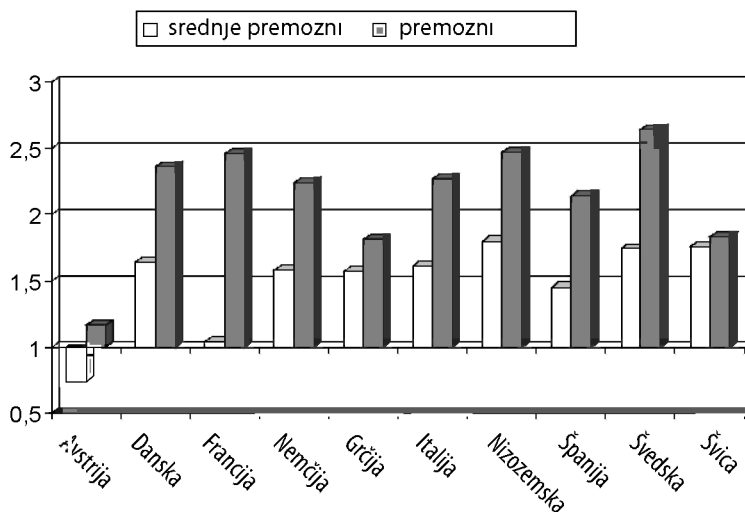


Sodobna študija z osebami, starimi 50 let in več, v desetih evropskih državah (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* ali SHARE) je našla družbeno-ekonomske razlike pri subjektivnem občutku zdravja in pri nekaterih kroničnih obolenjih in simptomih (Avendano et al. 2005). Podobni izsledki so se nanašali tudi na funkcionalne omejitve oziroma motnje. Slika 3 kaže, da se tako pri moških kot pri ženskah z nizkimi dohodki v višji starosti (50+) pojavlja zvišano tveganje glede motenj gibanja, problemov z vidom, sluhom in žvečenjem, kakor tudi zmanjšana moč v stisku roke in zmanjšana hitrost gibanja (Avendano et al. 2005). Tudi pri vsakdanjih opravilih (*Activities of Daily Living* ali ADL), kot so oblačenje in kopanje, bodo osebe z nizkimi dohodki verjetneje imeli zdravstvene težave in motnje. Podobno velja tudi za instrumentalno dejavnost (*Instrumental Activities of Daily Living* ali IADL), pri čemer gre predvsem za pripravljanje hrane, za odgovarjanje na telefonske klice in podobno.

Tudi v raziskavi v 22 evropskih državah se je pokazalo, da se 60 in več let stari ljudje s primerljivo nizko izobrazbeno stopnjo izraziteje nagibajo k temu, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenili kot slabo. Poleg tega podobne študije v mnogih državah kažejo na visoka tve-

ganja glede funkcionalnih motenj pri starejših osebah z nižjo izobrazbeno ravno. Vsekakor pa so bila razmerja v celoti manj izrazita kot pri subjektivni oceni zdravja. Poleg tega so se pri obeh pokazateljih zdravja izražale tudi razlike, ki so specifične za posamezne države, tako da je pri tem treba izhajati iz podmene, da je razsežnost zdravstvene neenakosti v višji starosti variirala glede na državo, v kateri je potekala raziskava, in glede na pokazatelja zdravja.

Slika 4: Premoženje in visoka kakovost življenja pri osebah, starih 50 let in več, v desetih evropskih državah; Odds ratio temelji na majhnem premoženju (Knesebeck et al. 2007)



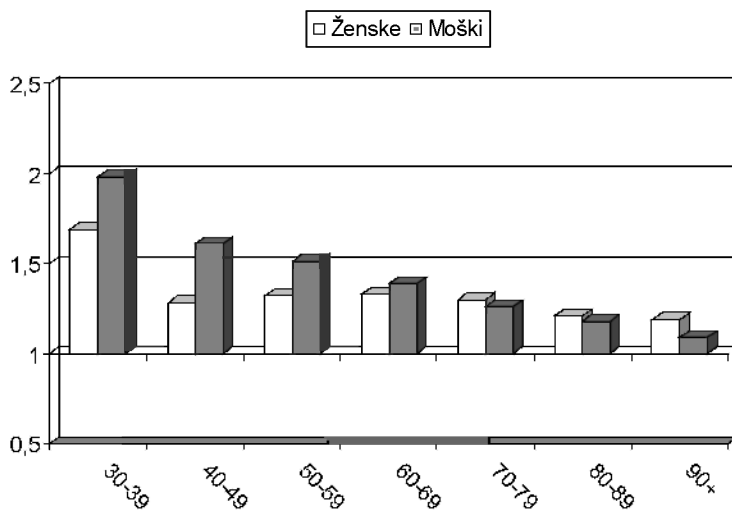
Medtem je na razpolago že nekaj podatkov o razmerju med družbeno neenakostjo in kakovostjo življenja v visoki starosti (Marmot et al. 2003; Blane et al. 2004; Wiggins et al. 2004; Breeze et al. 2005). Raziskovanje kakovosti življenja v gerontologiji pridobiva na pomenu. To dokazujejo starejši ljudje z relativno dobrim zdravstvenim stanjem, ki s tem prispevajo k temu, da pridobivajo na pomenu koncepti, ki so naravnani na pozitivne vidike visoke starosti, dobrega počutja in aktivnega staranja. V že omenjenem Statističnem pregledu zdravja, staranja in upokojevanja v Evropi (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* ali SHARE) so uporabili koncept kakovosti življenja, ki vsebuje naslednje kazalce: kontrola, avtonomija, samouresničitev in zadovoljstvo (Hyde et al. 2003). Analize medsebojnih razmerij so pokazale, da se kakovost življenja v večini evropskih držav izrazito navezuje na višino premoženja (slika 4, Knesebeck et al. 2007). Kaže, da imajo starejše osebe s srednje velikim ali velikim premoženjem glede na osebe enake starosti z manjšim premoženjem zelo verjetno višjo kakovostno raven življenja. Podobna razmerja se kažejo tudi v drugih statusnih kazalcih, kot so izobrazba, dohodek in posedovanje avtomobila.

V raziskavah o morebitnih spremembah statusnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje v visoki starosti, se ponovno upoštevajo vprašanja, povezana s hipotezami kontinuitete/zaporedja, kopičenja in destrukuiranja/odhoda v pokoj (glej zgoraj). To pomeni, da gre v vsakdanjem življenju za to, ali bodo s staranjem povezani družbeni kazalci, ki vplivajo na zdravje, v procesu staranja kazali na kontinuirano rast dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, ali

pa se bodo zaostrovali v smislu kopičenja zapostavljenosti oziroma se morda celo zmanjševali. Da bi prišli do empiričnih podatkov, se izvajajo primerjalne raziskave za različne starostne skupine. Če povzamemo, je mogoče reči, da so izsledki teh raziskav razmeroma neenotni.

Tako je vrednotenje podatkov (regionalnih in tistih v državnem povpraševanju, ki so se izvajala v okviru nemške študije o preprečevanju bolezni srca in ožilja) v primerjanju treh starostnih skupin (40–49, 50–59 in 60–69 let) pokazalo opazno zmanjšanje specifičnih razlik, značilnih za posamezne sloje, pri srčnem infarktu in kapi pri višjih starostnih skupinah (Helmert et al. 1993). V podobno smer kažejo študije v Ameriki, kjer so razlike v obolevnosti med statusnimi skupinami (ki jih opredeljujeta izobrazba in dohodek) v mlajši skupini odraslih relativno majhne, te pa kasneje postanejo bolj izrazite v srednji in višji starosti do 75. leta starosti, v visoki starosti pa se spet zmanjšajo (House et al. 1994). Tudi na osnovi podatkov o zdravju, ki so bili pridobljeni po telefonu, se je izkazalo, da družbena pripadnost sloju manj vpliva na zdravje in bolezen v visoki starosti kot v srednji starosti (Lampert & Ziese 2005). Na osnovi podatkov o smrtnosti iz enajstih evropskih držav oziroma regij so Huisman in sodelavci (2004) ugotovili, da so relativne neenakosti v izobrazbi s staranjem vedno manj pomembne, toda ne izginejo (slika 5). Tako se pri moških tveganje smrtnosti z nizko izobrazbo zmanjša z 2,0 pri 30–39 let starih na 1,1 pri tistih, ki so stari 90 let in več. Pri ženskah se podobno tveganje zniža z 1,7 na 1,2.

Slika 5: Nizka stopnja izobrazbe in smrtnost v različnih starostnih skupinah: povzetek podatkov iz 11 evropskih držav; Odds Ratio (Huisman et al. 2004)



Poleg takih izsledkov, ki kažejo predvsem na posledice destrukuiranja oziroma odhoda v pokoj, obstajajo tudi študije, ki podpirajo hipotezi o kontinuiteti in kopičenju. Tako se je v analizi podatkov britanske Whitehall-študije pokazalo, da je vpliv poklicnega položaja na splošno smrtnost v višjih starostnih skupinah (65 do 89 let) v odnosu z mlajšimi udeleženci v raziskavi (40–64 let) pravzaprav nekoliko manjši, v bistvu pa ostaja isti (Marmot & Shipley

1996). Poleg tega je bila ob upoštevanju pokazatelja, ki je manj povezan s poklicem (pose- dovanje avtomobila), oslabitev učinka tega vzroka manjša. Tudi v eni od nemških študij so se v smislu hipoteze o kontinuiteti (in kopičenju) pokazale le malenkostne, za starost spe- cifične spremembe razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem (Knesebeck 2005a). V celotnem starostnem pregledu v Nemčiji so se celo našli namigi na resničnost kopičenja, tj. da se razlike, ki so posledica zdravstvenih omejitev med nižjim in višjim slojem, pri 55 do 69-letnikih in 70 do 85-letnikih nenehno večajo (Kohli et al. 2000). Tudi Ross in Wu (1996) sta na osnovi ameriškega povpraševanja ugotovila večjo izobrazbeno neenakost pri različnih zdravstvenih kazalcih v staranju.

Povzemajoč vse to lahko ugotovimo, da pretežno število študij, ki se ukvarjajo z opisovanjem zdravstvenih neenakosti v višji starosti, prihaja do ugotovitev, da je tudi v tem starostnem obdobju prisoten družbeni gradient obolevnosti in smrtnosti, le da je manj izrazit kot v obdobju srednje odraslosti. Vsekakor se zdi, da ob upoštevanju različnih družbenih in zdravstvenih kazalcev variira tudi izoblikovanost razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem v starosti kot tudi razsežnost za starost značilnih sprememb družbenih gradientov. Če se torej glede na družbene gradiente v višjih starostnih skupinah pokaže kontinuiteta učinkov, ki se nanašajo na zdravje, zaostritev v smislu kopičenja prikrajšanosti ali oslabitev kot posledica selektivne smrtnosti zapostavljenih družbenih skupin, je to odvisno od upora- bljenih družbenih in zdravstvenih kazalcev. Poleg tega je učinek analiz starostno-specifičnih sprememb odvisen od tega, kako diferencirano se izide starostna kategorizacija v visoki starosti. To kaže na spoznanje, ki ga diferencialna gerontologija zelo poudarja, in sicer da višja starost ne predstavlja nobene homogene kategorije. Da bi torej raziskovali starostne spremembe razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem, ne zadostuje, da bi starejše ljudi kategorizirali v starostne kategorije in jih v študijah primerjali z drugimi mlajšimi udeleženci. Mnogo bolj pomembno in nujno je, da višjo starost obravnavamo bolj diferencirano.

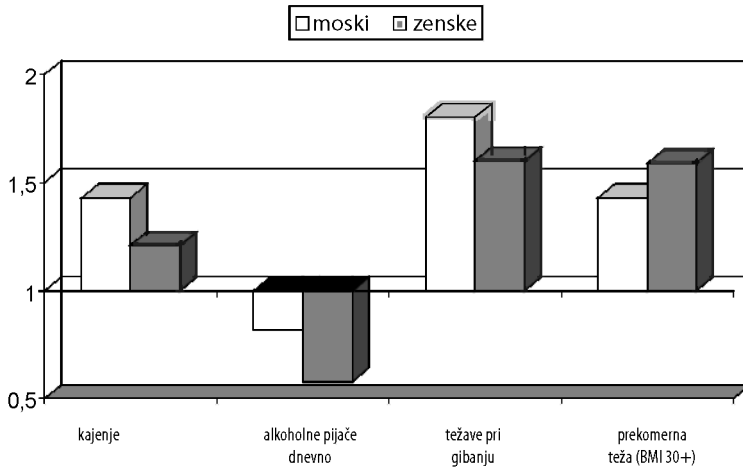
Poskusi pojasnjevanja

Doslej je le malo znanega o tem, kateri specifični pojasnjevalni nastavki za družbene gradientne obolevnosti in smrtnosti pridejo v poštev v visoki starosti oz. kakšen je prispevek dejavnikov, o katerih se razpravlja večinoma z ozirom na srednje obdobje odraslosti (družbena selekcija, materialni življenjski pogoji, zdravstveno obnašanje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbeno pogojenih razlik v obolevnosti in smrtnosti v visoki starosti.

Glede na materialne dejavnike je posebej pomembno zdravstveno-politično vprašanje, namreč to, v kolikšni meri k zdravstveni neenakosti prispeva zdravstvena oskrba. Odgovor na vprašanje je odvisen od tega, katera država, katero obolenje in kateri kazalnik neenakosti se bo raziskoval (van Doorslaer et al. 2006). Glede na zahtevnost medicinskega dela kaže že imenovana študija SHARE pri osebah v višji starosti glede njihovega števila obiskov pri zdravniku le malenkostne razlike med izobrazbenimi skupinami. Vsekakor se vidi, da je pri višjih izobrazbenih skupinah več napotitev k zdravnikom specialistom in več operacij (Santos-Eggimann et al. 2005). V eni od nemških študij so ljudi v starosti 60 let in več povpraševali o udeležbi pri raziskavah o zdravstvenem varstvu. Izsledki so pokazali, da so starejši moški in ženske s sorazmerno visokimi dohodki, visoko izobrazbo, visokim poklicnim položajem in

premoženjem pogosteje udeleženi pri preiskavah zaradi zdravljenja raka na prsih oziroma raka na prostati kot ljudje z nižjim družbenim položajem (Knesebeck 2005b). Potrebne bi bile tudi dodatne raziskave, da bi se lahko določilo, do kod so take razlike pri upoštevanju opravljenih zdravstvenih storitev prenosljive na dostopnost in kakovost takih storitev in kakšen je celoten prispevek zdravstvenega skrbstva pri pojasnjevanju razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem v starosti.

Slika 6: Nizki dohodki in vedenjski rizični faktorji pri moških in ženskah v starosti 50 let in več; povzetek podatkov iz desetih evropskih držav, Odds Ratios (Aro et al. 2005)



Medtem ko je v srednjem obdobju odraslosti neenaka porazdeljenost za zdravje škodljivega obnašanja eden glavnih dejavnikov pri pojasnjevanju družbenih gradientov obolevnosti in smrtnosti, so podatki pri starejših ljudeh manj obsežni in manj enoznačni. Ena od analiz podatkov SHARE je pokazala, da je pri starejših ženskah in moških (50+) z nizkimi dohodki večje tveganje, da bodo kadili, se premalo gibali in bili pretežki (slika 6, Aro et al. 2005). Nasprotno temu pa je pri ženskah z visokimi dohodki pogosteje, da popijejo več alkohola kot ljudje z nizkimi dohodki.

V literaturi je bila sem ter tja izražena domneva, da naj bi psihosocialni dejavniki, ki pomembno vplivajo na oblikovanje visoke starosti (npr. kakovost in pogostnost medčloveških odnosov), lahko bili pomembni za pojasnjevanje družbene neenakosti (House et al. 1994). Glede na družbene odnose gradi ta domneva na zanesljivem dejstvu, da so z obolevnostjo in smrtnostjo povezane tako količinske (socialna mreža, socialna druženja) kot tudi kakovostne značilnosti družbenih odnosov (socialna podpora) (Berkman & Glass 2000). V višji starosti so vidni neposredni učinki družbenih odnosov na prizadetost ali funkcionalne omejitve, v tem pa postopoma stopajo v ospredje tudi napotki za blažilno učinkovanje družbenih vezi v stresni situaciji, ki nastopijo v kriznih obdobjih življenja, kot na primer pri smrti življenjskega partnerja (Krause 2001). Vsekakor pa vprašanje, v kakšnem odnosu so si v višji starosti družbena neenakost, družbeni odnosi in zdravje, ostaja doslej nepojasnjeno. Prvi izsledki raziskave, ki se je izvajala v 22-ih evropskih državah (Knesebeck & Schäfer 2006), in

primerljiva nemško-ameriška (Knesebeck 2005a) kažejo, da je družbeni gradient v starosti mogoče pojasniti na omembe vreden način z družbenimi odnosi. Prihodnje raziskave se bodo morale posvetiti vprašanju, koliko bolj so za pojasnjevanje razmerja med družbeno neenakostjo, zdravjem in boleznijo v starosti pomembni drugi psihosocialni dejavniki kakor tudi kritični dogodki v življenju (van Oort et al. 2005), kontrolna prepričanja (Bosma 2006) in sposobnosti obvladovanja (Kristensen 2006).

SKLEP

Izsledki sedanjih pomembnih nacionalnih in mednarodnih socialno-epidemioloških študij kažejo, da so stari ljudje z nižjim družbeno-ekonomskim položajem izpostavljeni višji obolevnosti in smrtnosti kot tisti z višjim družbeno-ekonomskim položajem. Vsekakor pa je razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem v višji starosti manj izraženo in manj izrazito kot podobno razmerje v srednjem obdobju odraslosti.

V prihodnjih družbeno-epidemioloških študijah se bo treba soočiti s spoznanji gerontologije, da višja starost življenja ne predstavlja homogene kategorije. To pomeni, da je treba ustrezno upoštevati različne življenjske pogoje za »mlajše in starejše stare«. Poleg tega se bo treba v raziskovanju bolj posvetiti pojasnjevanju zdravstvenih neenakosti v višji starosti. Medtem ko je v zadnjih letih nastalo nekaj del, ki opisujejo zdravstvene neenakosti v visoki starosti, pa obstaja pravo pomanjkanje študij, ki bi se ukvarjale s tem, katere specifične pojasnjevalne nastavke za družbene gradientne obolevnosti in smrtnosti v višji življenjski starosti bi lahko uporabljali. Odprto ostaja tudi vprašanje, kakšen prispevek nudijo dejavniki, ki se v razpravah sicer uporabljajo glede na srednjo stopnjo odraslosti (družbena selekcija, materialni življenjski pogoji, zdravo obnašanje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbeno pogojenih razlik obolevnosti in smrtnosti v višji življenjski starosti.

LITERATURA

- Aro, A. R.; Avendano, M.; Mackenbach, J. (2005). *Health Behaviour*. V: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G., izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 102-107.
- Avendano, M., Aro, A.R. in Mackenbach, J. (2005). *Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries*. V: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G., izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 89-94.
- Berkman, L. F. in Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. V: Berkman, L.F. in Kawachi, I., izd. *Social epidemiology*. Oxford: University Press, 37-173.
- Blane, D., Bartley, M. in Davey Smith, G. (1997). *Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials*. *European Journal of Public Health*. 7: 385-391.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M. in Wiggins, R. D. (2004). *Life course influences on quality of life in early old age*. *Social Science and Medicine*. 58: 2171-2179.
- Bosma, H. (2006). *Socio-economic differences in health: are control beliefs fundamental mediators?* In: Siegrist, J. in Marmot M., izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press. 153-166.
- Breeze, E., Jones, D. A., Wilkinson, P., Bulpiit, C. J., Grundy, C., Latif, A. M. in Fletcher, A. E. (2005). *Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain*. *International Journal of Epidemiology*. 34: 276-283.
- Chandola, T., Bartley, M., Sacker, A., Jenkinson, C. in Marmot, M. (2003). *Health selection in the Whitehall II study, UK*. *Social Science and Medicine*, 56, 2059-2072.

- Geißler, R. (2002). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Helmer, U., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A. in Greiser, E. (1993). Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in Westdeutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*. 38: 123–132.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C. in Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 35: 213–234.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Huisman, M., Kunst, A. E. in Mackenbach, J. P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*. 57: 861–873.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O. et al. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58: 468–475.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Bopp, M. et al. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*. 365: 493–500.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P. in Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*. 7: 186–194.
- Knesebeck, O. v. d. (2005a). *Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie*. Bern: Huber.
- Knesebeck, O. v. d. (2005b). *Alter, soziale Faktoren und Gesundheit*. V: Badura, B. in Iseringhausen, O., izd. *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Huber, 26–36.
- Knesebeck, O. v. d. in Schäfer, I. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter*. V: Richter, M. in Hurrelmann, K., izd. *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag, 241–253.
- Knesebeck, O. v. d., Dragano, N. in Verde, P. (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Science and Medicine*. 63: 1344–1351.
- Knesebeck, O. v. d., Warendorf, M., Hyde, M. in Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results from the SHARE study. *Ageing and Society*. 27: 269–284.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. in Szydlik, M. (2000). *Soziale Ungleichheit*. V: Kohli, M. in Künemund, H., izd. *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske und Budrich, 318–336.
- Krause, N. (2001). *Social support*. V: Binstock, R. H. in George, L. K., izd. *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 272–294.
- Kreckel, R. (1992). *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kristenson, M. (2006). *Socio-economic position and health: the role of coping*. V: Siegrist, J. in Marmot, M., izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press, 127–151.
- Lampert, T. in Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Lauterbach, K. W., Längen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A. in Klever-Deichert, G. (2006). *Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006 Forschungsbericht*. Köln: Ausgabe 01/2006 vom 25.02.2006.
- Leinsalu, M., Vagero, D. in Kunst, A. (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase of mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*. 32: 1081–1087.
- Mackenbach, J. (2006). *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*. London: Department of Health. Online: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf.
- Marmot, M., Blanks, J., Bhandell, C., Lessof, C. in Nazroo, J. (2003). *Health, wealth and lifestyle of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing*. London: Institute for Fiscal Studies.
- Marmot, M., in Shipley, M. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the First Whitehall Study. *British Medical Journal*. 313: 1177–1180.
- Marmot, M. in Wilkinson, R., izd. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: University Press.
- Mayer, K. U. in Wagner, M. (1999). *Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter*. V: Mayer, K. U. in Baltes, P. B. izd. *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 251–275.
- McMunn, A., Breeze, E., Goodmann, A., Nazroo, J. in Olshfield, Z. (2006). *Social determinants of health in older age*. V: Marmot, M. in Wilkinson, R., izd. *Social determinants of health*. Oxford: University Press, 267–296.

- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Motel-Klingebiel, A. (2006). *Materielle Lagen älterer Menschen: Verteilungen und Dynamiken in der zweiten Lebenshälfte*. V: Tesch-Römer, C., Engelsler, H., in Wurm, S., izd. *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS-Verlag, 155–230.
- O'Rand, A. M. in Henretta, J. C. (1999). *Age and inequality. Diverse pathways through later life*. Colorado: Westview Press.
- O'Reilly, D. (2002). *Standard indicators of deprivation: do they disadvantage older people?* *Age and Ageing*, 31: 197–202.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. in Fisher, G. (1993). *The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States*. *New England Journal of Medicine*, 329: 103–109.
- Peter, R. (2006). *Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit?* V: Richter, R. in Hurrelmann, K., izd. *Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS-Verlag, 109–123.
- Richter, M. in Hurrelmann, K., izd. (2006a). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Richter, M. in Hurrelmann, K. (2006b). *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. V: Richter, M. in Hurrelmann, K., izd. *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag, 11–31.
- Robert, S. in House, J. S. (1996). *SSES differentials in health by age and alternative indicators of SES*. *Journal of Aging and Health*, 8: 359–388.
- Ross, C. E. in Wu, C. L. (1996). *Education, age and the cumulative advantage in health*. *Journal of Health and Social Behavior*, 37: 104–120.
- Santos-Eggimann, B., Junod, J. in Cornaz, S. (2005). *Health services utilisation in older Europeans*. In: Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G., izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 133–140.
- Siegrist, J. in Marmot M., izd. (2006). *Social inequalities in health*. Oxford: University Press.
- Siegrist, J. in Theorell, T. (2006). *Socioeconomic position and health. The role of work and employment*. V: Siegrist, J. in Marmot M., izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press, 73–100.
- Steinkamp, G. (1999). *Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität*. V: Schlicht Wiet et al., izd. *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?* Schorndorf: Hofmann, 101–154.
- van Doorslaer, I., Masseria, C. in Koolman, X. (2006). *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*. *Canadian Medical Association Journal*, 174: 177–183.
- van Oort, F., van Lenthe, F. in Mackenbach, J. (2005). *Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 214–220.
- Wiggins, R. D., Higgs, P., Hyde, M. in Blane, D. (2004). *Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure*. *Ageing and Society*, 24: 693–708.

Kontaktne informacije:

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Department of Medical Sociology,

University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52

20246 Hamburg

e-pošta: o.knesebeck@uke.uni-hamburg.de