

# Povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja

---

**Kožić, Noemi**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:654002>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-17**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Noemi Kožić

**Povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja**

Završni rad

Mentor: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2021.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Noemi Kožić

## **Povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja**

Završni rad

Društvene znanosti, poje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2021.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 30. 8. 2021.

Noemi Kožić

---

Noemi Kožić, 0122230623

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
2. NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU .....	2
3. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA I ZDRAVLJA .....	3
3.1. Hipoteza socijalne uzročnosti i hipoteza zdravstvene selekcije .....	4
3.2. Povezanost zdravlja i pojedinih indikatora SES-a .....	5
3.3. Razlike u objektivnom i subjektivnom SES-u .....	6
3.4. Povezanost socioekonomskog statusa i tjelesnog zdravlja .....	6
3.4.1. Socioekonomski status i kardiovaskularne bolesti .....	7
3.5. Povezanost socioekonomskog statusa i mentalnog zdravlja .....	8
3.5.1. Mentalno zdravlje adolescenata .....	9
4. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA RODITELJA I ZDRAVLJA DJECE 10	
5. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA TIJEKOM DJETINJSTVA I ZDRAVLJA KASNIJE U ŽIVOTU .....	11
6. MEHANIZMI U PODLOZI POVEZANOSTI SOCIOEKONOMSKOG STATUSA I ZDRAVLJA .....	12
6.1. Pristup temeljnim resursima .....	12
6.2. Zdravstvena ponašanja .....	13
6.3. Psihosocijalni čimbenici .....	13
6.3.1. Kognitivno-emocionalni čimbenici .....	14
6.3.2. Stres .....	15
6.4. Biološki mehanizmi .....	15
7. ZAKLJUČAK .....	16
8. LITERATURA .....	18

## Povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja

### SAŽETAK

Zdravlje je predmet proučavanja brojnih znanosti. Istraživače zanima utjecaj psihosocijalnih čimbenika na zdravlje, pri čemu postoji veliki interes za proučavanje utjecaja socioekonomskog statusa na sveprisutne nejednakosti u zdravlju. Postoji gradijent zdravlja, pri čemu pojedinci nižeg socioekonomskog statusa imaju više zdravstvenih problema od pojedinaca višeg socioekonomskog statusa. Povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja se može proučavati kroz dvije perspektive – hipotezu socijalne uzročnosti i hipotezu zdravstvene selekcije. Većina nalaza govori u prilog hipotezi socijalne uzročnosti prema kojoj socioekonomski status utječe na zdravlje pojedinaca. Niži socioekonomski status povezan je s brojnim problemima tjelesnog zdravlja, od kojih se posebice izdvajaju kardiovaskularne bolesti. Uz nizak socioekonomski status vežu se i brojni problemi mentalnog zdravlja, od kojih se najčešće izdvajaju depresija i podložnost stresu. S obzirom na to da su djetinjstvo i adolescencija osjetljiva životna razdoblja, socioekonomski status značajno utječe na tjelesno i mentalno zdravlje djece i adolescenata te može utjecati na njihovo zdravlje kasnije u životu. Na povezanost socioekonomskog statusa i zdravlja utječe kombinacija različitih čimbenika, od kojih se kao najvažniji izdvajaju pristup temeljnim resursima, zdravstvena ponašanja, psihosocijalni čimbenici te biološki mehanizmi.

**Ključne riječi:** zdravlje, socioekonomski status, gradijent zdravlja, tjelesno zdravlje, mentalno zdravlje

## 1. UVOD

Zdravlje je dugo vremena predmet istraživanja brojnih znanosti. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti (World Health Organization, 2006). Postoje tri široke kategorije indikatora zdravlja: 1) mortalitet, 2) bihevioralni rizični čimbenici (npr. pušenje, konzumacija alkohola, tjelesna aktivnost) i 3) metabolički čimbenici (npr. pretilost, hipertenzija, dijabetes) (Bleich i sur., 2012). Pojavom biopsihosocijalnog modela bolesti počeo se proučavati i utjecaj psiholoških i socijalnih čimbenika na zdravlje. Utjecaj socijalnih determinanti na zdravlje proučava nekoliko disciplina, uključujući psihologiju, sociologiju, epidemiologiju i ekonomiju (Glymour i sur., 2014). Proučavajući utjecaj socijalnih čimbenika na zdravlje ljudi, istraživači su se posvetili i proučavanju socioekonomskog statusa koji je proglašen čimbenikom javnog zdravlja (Baum i sur., 1999).

Socioekonomski status (SES) definiran je kao mjera kombiniranog ekonomskog i društvenog statusa pojedinca (Baker, 2014). Indikatori SES-a se mogu podijeliti u dvije osnovne kategorije: 1) pristup materijalnim i socijalnim resursima i imovini, što predstavlja ekonomsku komponentu i 2) položaj pojedinca na socijalno-ekonomskoj hijerarhiji, što predstavlja socijalnu komponentu. Uobičajeno, indikatori koji upućuju na razinu SES-a su obrazovanje, prihodi i zanimanje te oni zahvaćaju i socijalnu i ekonomsku komponentu. Također, procjena SES se može kretati od individualne razine, obitelji, zajednice pa sve do nacionalne ili globalne razine (Matthews i Gallo, 2011), a može uključivati objektivne indikatore kao što su obrazovanje i prihodi te subjektivne indikatore kao što je subjektivni socijalni status (Braveman i sur., 2005; prema You i sur., 2019), odnosno percepcija pojedinca o njegovom položaju unutar socijalne hijerarhije (Hoebel i sur., 2017; prema You i sur., 2019).

Svaki indikator SES-a ima jedinstvenu ulogu u predviđanju zdravstvenih ishoda populacije te su najuspješnija istraživanja ona koja koriste različite indikatore (You i sur., 2019), međutim, treba uzeti u obzir da kada se u istraživanjima koristi više indikatora SES-a, zdravstveni ishodi mogu jače korelirati s jednim indikatorom nego s drugim (Adler i Ostrove, 1999). SES se može procjenjivati u različitim periodima života - od trudnoće pa sve do kasne odrasle dobi, a za potpuno razumijevanje utjecaja SES-a na zdravlje, posebno važno je upravo znanje o vremenu i duljini izloženosti različitim socioekonomskim uvjetima tijekom različitih životnih razdoblja. Međutim, usprkos toj činjenici, većina istraživanja ne ispituje SES u više navrata tijekom života pojedinca (Matthews i Gallo, 2011).

Cilj ovog rada je prikazati socioekonomske nejednakosti u zdravlju, povezanost tjelesnog i mentalnog zdravlja i SES-a, potencijalne mehanizme koji se nalaze u podlozi navedene povezanosti te prikazati kako SES djeluje na zdravlje djece i adolescenata, kao i utjecaj SES-a tijekom djetinjstva na zdravlje kasnije u životu.

## 2. NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU

Gledajući cjelokupnu populaciju, postoje izražene nejednakosti u zdravlju koje se opisuju u terminima nerazmjernog opterećenja bolešću ili čimbenika rizika s kojima se pojedine podskupine stanovništva susreću. Istraživanja pokazuju da su nejednakosti u zdravlju s obzirom na SES stvarne te da faktor odabira slabo utječe na njih (Taylor i sur., 1997). Uzroci nejednakosti u zdravlju su višestruki, a mnogi čimbenici su prepoznati i opisani. Ovaj rad će se usmjeriti na socijalne čimbenike, specifično na povezanost zdravlja i SES-a.

Carter-Pokras i Baquet (2002; prema Bleich i sur., 2012) navode 11 različitih definicija nejednakosti u zdravlju. Jedna od njih glasi: „Nejednakosti u zdravlju su razlike koje su pojavljuju zbog spola, rase ili etničke pripadnosti, obrazovanja ili prihoda, invaliditeta, geografske lokacije ili seksualne orijentacije.“ Istraživanja se najčešće usmjeravaju na etničke nejednakosti u zdravlju te na nejednakosti s obzirom na SES, a prema jednom gledištu, glavni uzrok nejednakosti u zdravlju je upravo SES, prije psiholoških čimbenika i zdravstvene zaštite (Wang i sur., 2018). Socioekonomske nejednakosti u zdravlju nisu samo odraz siromaštva, već postoji gradijent zdravlja prema hijerarhiji SES-a. Gradijent zdravlja se uočava kroz gotovo cijeli raspon SES-a, pa tako pojedinci niskog SES-a imaju bolje zdravlje od pojedinaca srednjeg SES-a, a pojedinci visokog SES-a su boljeg zdravlja od pojedinaca srednjeg SES-a (Adler i Stewart, 2010; prema Glymour i sur., 2014). Iako se gradijent ne pojavljuje za sve bolesti, pojavljuje se za širok raspon te je pronađena snažan i konzistentan gradijent zdravlja za kardiovaskularne bolesti, dijabetes, metabolički sindrom, artritis, tuberkulozu, gastrointestinalne bolesti, nepovoljne ishode prilikom rođenja te za slučajne i nasilne smrti (Adler i Ostrove, 1999).

Nejednakosti u zdravlju se mogu promatrati kroz dvije dimenzije. Prva dimenzija se odnosi na temeljne karakteristike pojedinca ili obitelji koje mogu stvoriti razlike u zdravstvenom statusu. Navedena dimenzija se može podijeliti u dvije kategorije karakteristika: 1) materijalne karakteristike kao što su bogatstvo, posjedovanje kuće i automobila te 2) bihevioralne karakteristike koje ne ovise o resursima, primjerice psihološki, genetički i kulturalni čimbenici. Druga dimenzija se odnosi na područje života u kojem su nejednakosti



stvorene, te se dijeli na: 1) nejednakosti koje su se pojavile zbog različitih iskustva kao što su razlike u prehrani, pušenju, tjelovježbi i zanimanju te razlike koje su se pojavile zbog pristupa formalnoj zdravstvenoj skrbi (Grzywacz i sur., 2004).

Socioekonomske nejednakosti u zdravlju postoje u gotovo svim razdobljima života; prilikom rođenja to mogu biti neonatalni ishodi i infantilni mortalitet, u srednjoj odrasloj dobi kardiovaskularne bolesti i nesreće, a u kasnoj odrasloj dobi funkcionalni invaliditet (Davey Smith i sur., 1996; prema Glymour i sur., 2014). Usprkos činjenici da postoje u svim razdobljima života, kontinuirano se povećavaju s porastom dobi što konačno dovodi do kumulativnih nedostataka u zdravlju (Liu i Wong, 2016; prema Wang i sur., 2018). Međutim, istraživanja su pokazala da se najveće socijalne nejednakosti u zdravlju javljaju u dobi od 40-65 godina (Taylor i sur., 1997), a s daljnjim porastom dobi učinak SES-a postupno slabi, dok se učinak bioloških čimbenika postupno pojačava te u starosti čak i premašuje učinak SES-a (Mirowsky i Ross, 2008; prema Wang i sur., 2018).

Postoje razlike u morbiditetu i mortalitetu s obzirom na SES te se one sve više povećavaju (Taylor i sur., 1997). Niži SES je povezan s povećanim rizicima gotovo svih glavnih uzroka prerane smrtnosti (Glymour i sur., 2014). U pregledu istraživanja Grzywacza i suradnika (2004) također se pokazalo da postoji snažna negativna povezanost indikatora SES-a i mortaliteta te da su brojna istraživanja dobila takve rezultate. Međutim, istraživanje Kitagawe i Hausera (1960; prema Grzywacz i sur., 2004) je pokazalo da je za pojedince starije od 65 godina postojala mala povezanost između obrazovanja i mortaliteta, što se može pripisati utjecaju kohorte. Razlike u morbiditetu su u većini europskih zemalja ekstremnije od razlika u mortalitetu. Primjerice najniže socioekonomske skupine u Francuskoj se susreću s četiri puta većim stopama kroničnih bolesti od socioekonomskih skupina u najboljem položaju (Blaxter, 1989; prema Grzywacz i sur., 2004), međutim, incidencija kroničnih bolesti među socioekonomskim skupinama nije toliko nejednaka u svim državama.

### 3. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA I ZDRAVLJA

Istraživanja pokazuju da postoji pozitivna povezanost SES-a i zdravlja. Dakle, pojedinci višeg SES-a su boljeg zdravstvenog stanja, dok su pojedinci nižeg SES-a lošijeg zdravstvenog stanja te općenito imaju više zdravstvenih problema. Važno je naglasiti da postoje socioekonomske razlike u incidenciji i preživljavanju te se ta dva pojma često promatraju odvojeno (Adler i Ostrove, 1999). Cella i suradnici (1991; prema Grzywacz i sur., 2004) navode da je viši SES povezan s većim preživljavanjem kada se pojavi bolest, između ostalog zbog

toga što su pojedinci nižeg SES-a manje svjesni opcija tretmana, vraćanja bolesti, nuspojava i pojedinih abnormalnosti nakon tretmana. Navedeno se potvrdilo u istraživanju Steinhorn i suradnika (1986; Grzywacz i sur., 2004) koji su istraživali preživljavanje kod žena s dijagnosticiranim karcinomom dojke te se pokazalo da se vjerojatnost umiranja unutar pet godina povećava za 60% kod žena s niskim prihodima te za 40% kod žena koje nisu završile srednju školu.

Istraživanje koje su proveli Galić i suradnici (2006) govori u prilog povezanosti tjelesnog i mentalnog zdravlja s objektivnom i subjektivnom financijskom deprivacijom. Također, postojanje komorbiditeta je češće kod pojedinaca niskog SES-a (Kivimäki i sur., 2020). U istraživanju koje su proveli Kivimäki i suradnici (2020) je dobiveno da je SES povezan s 18 od 56 bolesti koje su ispitane, neovisno o indikatorima SES-a koji su korišteni, načinu života i pretilosti. Također, pokazalo se da je 16 od 18 bolesti koje su povezane sa SES-om, izravno ili neizravno povezano s problemima mentalnog zdravlja i zlouporabom supstanci. Niži SES je povezan s brojnim biološkim rizičnim čimbenicima, kao što su nepovoljni profili lipoproteina, intolerancija na glukozu, inzulinska rezistencija, povišene razine fibrinogena, abnormalnosti srčanog ritma i nepovoljno zgrušavanje krvi (Matthews i sur., 1989; prema Kunz-Ebrecht i sur., 2004). Meta-analiza 104 istraživanja posljedica nezaposlenosti (McKee-Ryan i sur., 2005; prema Galić i sur., 2006) je pokazala da nezaposleni pojedinci imaju lošije mentalno zdravlje od zaposlenih pojedinaca te da svoje tjelesno zdravlje procjenjuju lošijim. Također, navedena metaanaliza je pokazala da su raspoloživi financijski resursi i percipirana razina financijskih poteškoća povezani s mentalnim zdravljem nezaposlenih osoba, međutim, ne i s njihovim tjelesnim zdravljem (Galić i sur., 2006).

Istraživači smatraju da je vrijeme izloženosti pojedinim socioekonomskim okolnostima važno te stoga postoje tri modela koja govore o tome kako vrijeme izloženosti niskom SES-u utječe na zdravlje. Prema modelu kritičnog ili osjetljivog razdoblja, izloženost niskom SES-u tijekom osjetljivih razvojnih razdoblja ima značajne posljedice koje se nikada ne mogu u potpunosti izbrisati. Akumulacijski model rizika pak govori da sa svakim dodatnim periodom u kojem prevladava niski SES dolazi do sve većih problema sa zdravljem. Treći model je model putanje rizika te on govori da je nizak SES štetan zato što predodređuje nizak SES u budućnosti, a tek kasnije u životu utječe na loše zdravlje (Glymour i sur., 2014).

### 3.1. Hipoteza socijalne uzročnosti i hipoteza zdravstvene selekcije

Iako postoji jasna veza između SES-a i zdravlja, ne može se sa sigurnošću utvrditi da SES utječe na zdravlje jer pojedini nalazi upućuju na to da zdravlje utječe na SES. Sukladno

tome, postoje dvije hipoteze koje iz različitih perspektiva objašnjavaju povezanost SES-a i zdravlja, a to su hipoteza socijalne uzročnosti i hipoteza zdravstvene selekcije. Prema hipotezi socijalne uzročnosti, SES putem različitih mehanizama utječe na zdravlje, dok prema hipotezi zdravstvene selekcije zdravlje utječe na SES na način da određuje sposobnost pojedinca da postigne ili zadrži poželjno socioekonomsko stanje (Warren, 2009). Naime, hipoteza socijalne uzročnosti sugerira da pojedinci višeg SES-a posjeduju zdravstvene prednosti; primjerice, bolji posao i veći prihodi mogu smanjiti rizik od narušavanja zdravlja i olakšati pristup zdravstvenoj skrbi. Suprotno tome, prema hipotezi zdravstvene selekcije, pojedinci boljeg zdravlja imaju veće mogućnosti za stjecanje višeg SES-a, dok pojedinci lošijeg zdravlja nemaju prilike za napredovanje na socijalnoj ljestvici (Wang i sur., 2018).

Iako se navedene hipoteze proučavaju i u kontekstu tjelesnog zdravlja, istraživanja su se najviše usmjerila na njihovo proučavanje u kontekstu mentalnog zdravlja (Warren, 2009). Hipoteza zdravstvene selekcije je u većini slučajeva potvrđena za ozbiljnije mentalne bolesti koje se pojavljuju rano u životu te imaju značajan učinak na tijek života, poput shizofrenije (Adler i Ostrove, 1999), dok je hipoteza socijalne uzročnosti najuvjerljivije dokazana za manje ozbiljna stanja poput anksioznog poremećaja (Hudson, 2005). Osim za ozbiljne mentalne bolesti, pretpostavlja se da hipoteza zdravstvene selekcije može biti relevantna za pojedince koji su tijekom djetinjstva bili ozbiljno bolesni (Wadsworth, 1986; prema Haan i sur., 1989). Kada se govori o mentalnim bolestima, jedna od verzija hipoteze zdravstvene selekcije jest hipoteza geografskog strujanja prema kojoj pojedinci s mentalnim bolestima gravitiraju zajednicama s niskim prihodima, vjerojatno zbog nižih troškova stanovanja (Wang i sur., 2018).

U metaanalizi Warrena (2009) se pokazalo da je hipoteza socijalne uzročnosti potvrđena za sve zdravstvene ishode koji su proučavani (samoprocijenjeno cjelokupno zdravlje, zdravlje mišićno-koštanog sustava i depresija) i za muškarce i za žene, dok nalazi koji govore u prilog hipotezi zdravstvene selekcije nisu pronađeni. Sveukupno gledajući, nalazi u većoj mjeri podržavaju hipotezu socijalne uzročnosti (Adler i Ostrove, 1999), međutim, nisu dovoljno konzistentni da bi se hipoteza sa sigurnošću mogla potvrditi.

### 3.2. Povezanost zdravlja i pojedinih indikatora SES-a

Što se tiče pojedinih indikatora SES-a, istraživanja pokazuju da je obrazovanje značajno povezano sa samoprocijenjenim zdravljem, psihološkim simptomima kao što su depresija, anksioznost i ljutnja, tjelesnim ishodima kao što su bolovi i pretilost te s dugovječnošću (Conti i sur., 2010; prema You i sur., 2019). Prihodi su se pokazali značajno povezani s očekivanim životnim vijekom, kroničnim bolestima kao što su kardiovaskularne bolesti i dijabetes,

psihološkim simptomima kao što su depresija i anksioznost te sa samoprocijenjenim zdravljem (Cheung i Lucas, 2015; prema You i sur., 2019). Subjektivni socijalni status se pokazao kao snažan prediktor samoprocijenjenog zdravlja, kvalitete života povezane sa zdravljem, psihološkim funkcioniranjem te s tjelesnim zdravstvenim ishodima kao što su otkucaji srca, krvni tlak, razina kortizola i kronične bolesti (Camelo i sur., 2014; prema You i sur., 2019).

Obrazovanje kao indikator SES-a je ponekad zanemareno jer se smatra da su prihodi ono što najviše utječe na zdravlje. Međutim postoje brojni dokazi koji govore da obrazovanje povećava prihode, stoga, iako istraživanja sugeriraju da sam napredak u obrazovanju neće značajno poboljšati zdravlje i preživljavanje, može utjecati na cjelokupni SES, a posljedično i na zdravlje (Glymour i sur., 2014). Međutim, povezanost između različitih indikatora SES-a nije snažna, već umjerena (Adler i Snibbe, 2003).

### 3.3. Razlike u objektivnom i subjektivnom SES-u

Galić i suradnici (2006) su u svom istraživanju htjeli odvojeno proučiti utjecaj objektivne i subjektivne financijske deprivacije na tjelesno i mentalno zdravlje nezaposlenih osoba u Hrvatskoj. Pri tome, objektivna deprivacija je izražena kroz prihode po članu obitelji, a subjektivna deprivacija je izražena kroz intenzitet financijskih problema koje pojedinac percipira te kroz pojedinačevu procjenu mogućnosti zadovoljenja životnih potreba. Rezultati su pokazali da postoji značajna povezanost između financijskog stanja nezaposlenih osoba i njihovog tjelesnog i mentalnog zdravlja, pri čemu su niži prihodi i veći stupanj subjektivne financijske deprivacije povezani s lošijim zdravljem. Također, pokazalo se i da je povezanost snažnija za procjenu subjektivne financijske deprivacije, nego za objektivnu financijsku deprivaciju. Adler i suradnici (2000; prema Ljubotina i Ljubotina 2014) su dobili slične rezultate. Naime, oni navode da pojedini tjelesni i psihološki aspekti zdravlja, primjerice načini suočavanja sa stresom, razina stresa, tjelesno zdravlje i pesimizam, više koreliraju s percepcijom vlastitog SES-a, tj. sa subjektivnim SES-om, nego s objektivnom razinom SES-a pojedinca.

### 3.4. Povezanost socioekonomskog statusa i tjelesnog zdravlja

Istraživanja pokazuju da je SES povezan s brojnim aspektima tjelesnog zdravlja. Niži SES je povezan s većom produkcijom citokina i brojem eozinofila kod astme (Chen i sur., 2006), a glede jednog od vrlo važnih indikatora SES-a – obrazovanja, dobiveno je da je niže obrazovanje povezano s povećanjem kardiovaskularnih i kroničnih nespecifičnih bolesti pluća (Hsu, 2015; prema Kivimäki i sur., 2020). Također, Družić Ljubotina i Ljubotina (2014) navode

da se osobe višeg obrazovnog statusa, dakle višeg SES-a, rjeđe suočavaju s tjelesnim teškoćama kao što su osjećaj boli i slabosti, a Adler i suradnici (1994; prema Matthews i Gallo, 2011) navode da su s porastom razine obrazovanja niže razine kroničnih bolesti, osteoartritisa, hipertenzije i karcinoma grlića maternice. Družić Ljubotina i Ljubotina (2014) su proveli istraživanje čiji je cilj bio ispitati povezanost SES-a i dimenzija psihološkog funkcioniranja ispitanika te opće samoprocjene vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja. Rezultati su pokazali da pojedinci niskog SES-a, točnije primatelji socijalne pomoći izražavaju nezadovoljstvo vlastitim zdravljem, 45% ispitanih tjelesnim, a 28% mentalnim zdravljem. Navedeni rezultati se mogu interpretirati i hipotezom socijalne uzročnosti i hipotezom zdravstvene selekcije.

Međutim, usprkos nalazima da je niži SES povezan s lošijim zdravljem, pokazalo se da u subsaharskoj Africi pojedinci višeg SES-a imaju veći rizik za infekciju HIV-om. Pozitivna povezanost HIV-a i SES-a je iznenađujuća zato što se pretpostavlja da je stopa zaraze manja kod pojedinaca višeg SES-a zbog višeg obrazovanja, boljeg pristupa zaštiti od spolno prenosivih bolesti i boljeg pristupa masovnim medijima. Međutim, u istraživanju se navodi da se povećanje rizika za HIV povećava s porastom SES-a zbog povećanja rizičnih faktora kao što su broj seksualnih partnera i izvanbračni seksualni odnosi, a budući da je navedeno istraživanje provedeno u zemljama u razvoju, razlog ovakvih rezultata je i razlika u siromaštvu u zemljama u razvoju u odnosu na razvijene zemlje. Također, istraživanja pokazuju da je relativno siromaštvo jače povezano s rizikom od infekcije HIV-om nego apsolutno siromaštvo (Fox, 2010). Međutim, u istraživanju koje su proveli Wabiri i Taffa (2013) se pokazalo da su pojedinci niskog SES-a podložniji HIV-u te je najveća prevalencija HIV-a bila u područjima niskog SES-a.

Povezanost SES-a i karcinoma je složena te ovisi o vrsti karcinoma te o tome promatra li se stopa incidencije ili preživljavanja. Dvije bolesti kod kojih je gradijent incidencije obrnut, dakle viši SES je povezan s većim stopama bolesti, jesu karcinom dojke i maligni melanom, za što se smatra da je uzrokovano ponašanjem pojedinaca. Naime, smatra se da se pojedinci višeg SES-a više izlažu pretjeranom sunčanju što je povezano s malignim melanomom te da žene višeg SES-a odgađaju rađanje djece što je povezano s karcinomom dojke. Što se tiče stope preživljavanja, pojedinci višeg SES-a u većem broju prežive maligne bolesti (Adler i sur., 1999).

#### 3.4.1. Socioekonomski status i kardiovaskularne bolesti

Kada se radi o tjelesnim bolestima, SES je osobito snažan prediktor kardiovaskularnog zdravlja. Naime, pojedinci nižeg SES-a su rizičniji za razvoj kardiovaskularnih bolesti (Krantz i McCeney, 2002). U istraživanju koje su proveli Lynch i suradnici (1996; prema Krantz i McCeney, 2002) je dobiveno da pojedinci koji pripadaju najnižem socioekonomskom sloju imaju 2.66 puta veću vjerojatnost da će umrijeti od kardiovaskularne bolesti, od pojedinaca visokog socioekonomskog sloja. Također, u navedenom istraživanju se pokazalo da psihosocijalne varijable imaju važnu ulogu u povezanosti SES-a i kardiovaskularnog zdravlja, kao i način na koji pojedinac interpretira svoj socijalni status u društvu. Međutim, iako danas postoji negativna povezanost SES-a i kardiovaskularnih bolesti, u prošlosti je ona bila pozitivna, dakle, tada su pojedinci višeg SES-a bili u većem riziku za kardiovaskularne bolesti (Haan i sur., 1989).

### 3.5. Povezanost socioekonomskog statusa i mentalnog zdravlja

Postoje brojna istraživanja koja proučavaju povezanost SES-a i različitih aspekata mentalnog zdravlja. Jedno od prvih istraživanja u kojem se ispitivao odnos SES-a i mentalnog zdravlja jest istraživanje Farisa i Dunhama (1939; prema Hudson, 2005) u kojem su dobivene neproporcionalne stope mentalnih bolesti u najsiromašnijim dijelovima Chicaga. Istraživanje Hudsona (1988; prema Hudson, 2005) je potvrdilo snažnu povezanost nižeg SES-a s problemima mentalnog zdravlja te je dobiveno da takvi rezultati postoje bez obzira na vrstu korištenog indikatora SES-a i vrstu mentalne bolesti koja je istraživana. Kao najčešći problemi mentalnog zdravlja s obzirom na SES navode se depresija i podložnost stresu do kojeg dolazi zbog problema kao što su nezaposlenost i zaduženost (Hooper i sur., 2007; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014), međutim, nizak SES je povezan i s pojavom psihotičnih simptoma i nekih poremećaja ličnosti (Murali i Oyebode, 2004; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014), ali i brojnim drugim problemima mentalnog zdravlja.

Siromaštvo se često veže uz osjećaj poniženja, bijesa, očaja i ljutnje (Frost i Hoggett, 2008; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Također, vezano je uz nisko samopoštovanje, bespomoćnost, osjećaj stigmatiziranosti (Ridge, 2009; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014), osjećaj podcijenjenosti, beznadnosti, tjeskobe, neuspješnosti i osjećaj krivnje (Wilkinson, 1996; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Još jedan veliki problem osobama koje žive u takvim uvjetima predstavlja osjećaj neizvjesnosti zbog kojeg se budućnost čini nepredvidiva, uzrokujući da se osjećaju neadekvatnim za preuzimanjem odgovornosti kako za vlastiti život, tako i za život svoje djece (Hooper i sur., 2007; prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Nadalje, generalno se pokazalo da je mentalno zdravlje nezaposlenih osoba

u Hrvatskoj značajno niže od zdravlja u općoj odrasloj populaciji u Hrvatskoj (Šverko i sur., 2004.; prema Galić i sur., 2006).

### 3.5.1. Mentalno zdravlje adolescenata

Pri proučavanju povezanosti SES-a i mentalnog zdravlja, vrlo važno je usmjeriti se i na mentalno zdravlje adolescenata. Istraživanja pokazuju da adolescenti nižeg SES-a imaju više problema mentalnog zdravlja nego adolescenti višeg SES-a (Weinberg i sur., 2019). Reiss (2013) navodi da se u 52 od 55 istraživanja pronašla negativna povezanost barem jednog indikatora SES-a s problemima mentalnog zdravlja adolescenata te da adolescenti iz obitelji nižeg SES-a imaju dva do tri puta veću vjerojatnost za razvoj problema mentalnog zdravlja od adolescenata iz obitelji višeg SES-a. Također, istraživanja su pokazala da je međugeneracijski prijenos problema mentalnog zdravlja snažniji u obiteljima niskog SES-a (Melchior i sur., 2012; prema Reiss, 2013). Kada su adolescenti procjenjivali svoje mentalno zdravlje pokazalo se da adolescenti nižeg SES-a daju lošije samoprocjene vlastitog zdravstvenog stanja i niže zadovoljstvo samim sobom u odnosu na adolescente višeg SES-a (Pranjić i sur., 2007; prema Družić i Ljubotina, 2014).

Unatoč činjenici da se najveći broj istraživanja prilikom proučavanja mentalnog zdravlja adolescenata usmjerava na SES roditelja, važno je usmjeriti se i na indikatore kao što su subjektivni SES adolescenta te obrazovanje adolescenata. Nalazi istraživanja su konzistentni; adolescenti čiji su roditelji nižeg SES-a te oni s nižim subjektivnim SES-om i nižim obrazovanjem imaju više problema mentalnog zdravlja. Navode se različiti mehanizmi putem kojih su pojedini indikatori SES-a povezani s mentalnim zdravljem. Primjerice, niži SES roditelja je povezan s problemima mentalnog zdravlja adolescenata putem materijalnih poteškoća, veće razine stresa roditelja, mentalnih problema roditelja te strožeg stila odgoja (Conger i sur., 2010; prema Weinberg i sur., 2019). Zhou i suradnici (2018) su u svom istraživanju dobili da je niža razina obrazovanja majke značajno povezana s povećanim rizikom za depresivne simptome kod adolescenata, dok se obrazovanje oca nije pokazalo značajno povezanim, što je objašnjeno time da očevi provode manje vremena s adolescentima nego majke.

Subjektivni SES adolescenata može utjecati na njihovo mentalno zdravlje putem socijalne komparacije (Conger i sur., 2010; prema Weinberg i sur., 2019) te adolescenti nižeg SES-a mogu osjećati ogorčenost, sram te manjak psihosocijalnih resursa koji mogu pomoći u ublažavanju stresora (Hoebel i Lampert, 2018; prema Weinberg i sur., 2019). Nadalje, njihova razina obrazovanja utječe na neovisnost od roditelja i uspostavljanje vlastitog SES-a. Također,

na mentalno zdravlje mogu utjecati negativna školska klima i percepcija da manje obrazovanje znači nižu inteligenciju. Istraživanja navode da subjektivni SES i razina obrazovanja adolescenata mogu smanjiti negativni utjecaj SES-a roditelja na mentalno zdravlje adolescenata, što su rezultati istraživanja Weinberga i suradnika (2019) i potvrdili. Međutim, moguće je i da negativna povezanost roditeljskog SES-a i problema mentalnog zdravlja adolescenata može biti jača kod onih višeg obrazovanja. Naime, oni mogu osjećati da ne pripadaju u visoko obrazovanje što posljedično može voditi do socijalne izolacije (Weinberg i sur., 2019).

Wight i suradnici (2006) su ispitivali medijacijsku ulogu percipirane socijalne podrške na povezanost između socioekonomskog konteksta (susjedstva ili zajednice) i internaliziranih (depresivni simptomi) i eksternaliziranih problema (manja delinkvencija i nasilno ponašanje) adolescenata te su pronašli da socioekonomski kontekst utječe na mentalno zdravlje adolescenata te da je neadekvatno socioekonomsko okruženje povezano s više depresivnih simptoma. Navedeno istraživanje je ukazalo da na mentalno zdravlje ne utječe samo SES obitelji, već značajnu ulogu ima i širi socioekonomski kontekst. Također, pokazalo se da je percipirana socijalna podrška protektivna za svaki ishod mentalnog zdravlja u proučavanom uzorku te da utjecaj nepovoljnog socioekonomskog konteksta na mentalno zdravlje ovisi o razinama socijalne podrške koju adolescenti percipiraju, što su važni nalazi navedenog istraživanja (Wight i sur., 2006).

#### 4. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA RODITELJA I ZDRAVLJA DJECE

SES roditelja utječe na sve aspekte života djece, a od iznimne je važnosti za njihov rast, razvoj, socijalnu uključenost, obrazovanje i zdravstvene ishode. Indikatori SES-a u djetinjstvu uključuju mjesto rođenja, odnosno je li ono urbano ili ruralno, te ekonomski status obitelji u kojoj dijete odrasta (Zeng i sur., 2002; prema Wang i sur., 2018). Utjecaj niskog SES-a na zdravlje djece ovisi o trajanju njegovoj izloženosti i dobi u kojoj se dijete nalazi. Rana izloženost niskom SES-u može imati dugoročne posljedice, pa tako više zdravstvenih problema imaju djeca koja tijekom prve tri godine života žive u siromaštvu (Bradley i Corwyn, 2002).

Istraživanja su potvrdila povezanost niskog SES-a roditelja s lošim zdravljem djece, kao i s njihovim usporenim razvojem od rođenja pa sve do odrasle dobi. Nadalje, često pate od različitih bolesti, podložnija su infekcijama i imaju veću stopu morbiditeta i mortaliteta, a neadekvatna zdravstvena skrb i neadekvatna prehrana mogu dovesti do kognitivnih nedostataka



u ranoj dobi (Vukojevic i sur., 2017). Istraživanje Goodmana i Currie (2010; prema Vukojevic i sur., 2017) govori da 32.4% djece iz obitelji niskog SES-a ima neki oblik kronične bolesti, u usporedbi s 26.5% djece iz obitelji koje nisu niskog SES-a. Također, kada se djeca nižeg SES-a suoče sa zdravstvenim problemima, posljedice su često teže nego kod djece višeg SES-a. Primjerice, postoji 2 do 3 puta veća vjerojatnost da će patiti od komplikacija zbog upale slijepog crijeva i bakterijskog meningitisa te da će umrijeti zbog ozljede ili infekcije (Bradley i Corwyn, 2002).

Djeca nižeg SES-a češće konzumiraju alkohol i druge supstance, manje su fizički aktivna te su problematičnog ponašanja, što može biti uzrok pojave različitih tjelesnih i mentalnih problema (Vukojevic i sur., 2017), primjerice, Strohschein (2005; prema Vukojevic i sur., 2017) navodi da nizak SES ima snažan utjecaj na agresivno ponašanje djece. Osim na postnatalni razvoj, roditeljski SES može utjecati i na prenatalni razvoj djeteta. S obzirom na to da su roditelji niskog SES-a podložniji zdravstveno rizičnim ponašanjima, konzumacija alkohola ili droga može oštetiti djetetov mozak, stoga su njihova djeca su pod većim rizikom za razvoj razvojnih poremećaja (O'Connor i Rutter, 2000; prema Vukojevic i sur., 2017). Također, u istraživanju Ericsona i suradnika (1979; prema Haan i sur., 1989) se pokazalo da je SES obrnuto povezan s perinatalnim mortalitetom, prijevremenim porodom, niskom porođajnom težinom, malom veličinom za gestacijsku dob i kasno rođenje.

## 5. POVEZANOST SOCIOEKONOMSKOG STATUSA TIJEKOM DJETINJSTVA I ZDRAVLJA KASNIJE U ŽIVOTU

Velik broj istraživanja je utvrdio povezanost SES-a u djetinjstvu i zdravlja kasnije u životu. Socioekonomske nejednakosti u mentalnom zdravlju se pojavljuju u svim dobnim skupinama, međutim, rezultati istraživanja ukazuju da je utjecaj niskog SES-a na mentalno zdravlje jači u ranom djetinjstvu, nego u adolescenciji (Reiss, 2013), što ukazuje na važnost djetinjstva u proučavanju gradijenta zdravlje-SES. Naime, izlaganje nepovoljnom okruženju tijekom ranog djetinjstva vodi do lošijeg zdravlja i lošijih obrazovnih rezultata, što može voditi do kontinuiranih socioekonomskih nevolja te do ponovnog izlaganja nepovoljnom okruženju (Haan i sur., 1989). Niži SES u ranoj dobi predviđa povećani rizik za bolesti u odrasloj dobi, čak i kada su socioekonomski faktori u odrasloj dobi postali povoljni (Shonkoff, Boyce i McEwen, 2009; prema John-Henderson i sur., 2015). Naime, događaji u djetinjstvu utječu na biološku reaktivnost na stresore kasnije u životu te se smatra da je poremećaj regulacije puteva unutar imunološkog sustava jedan od ključnih mehanizama putem kojih iskustva u djetinjstvu

moгу utjecati na zdravlje tijekom cijelog života (John-Henderson i sur., 2015). Hayward i Gorman (2004; prema Wang i sur., 2018) su pronašli da je mortalitet kod odraslih muškaraca povezan sa SES-om tijekom njihovog djetinjstva, a u istraživanju koje je proveo Wen (2011; prema Wang i sur., 2018) je također potvrđeno da SES u djetinjstvu utječe na zdravlje tijekom odrasle dobi te je objašnjena povezanost SES-a i kasnijeg zdravlja. Navedeni rezultati su u skladu s modelom kritičnih razdoblja koji naglašava važnost razvoja u ranoj dobi te prema kojem vrijeme izlaganja niskom SES-u utječe na zdravstvene ishode u odrasloj dobi (Matthews i Gallo, 2011). Također, utjecaj SES-a u djetinjstvu na zdravlje u odrasloj dobi govori u prilog teorije socijalnih uzroka (Adler i Ostrove, 1999).

## 6. MEHANIZMI U PODLOZI POVEZANOSTI SOCIOEKONOMSKOG STATUSA I ZDRAVLJA

Angell (1993; prema Adler i Snibbe, 2003) navodi da je SES najmisterioznija determinanta zdravlja te da na zdravlje ne utječe izravno, već putem neizravnih mehanizama. Unatoč konzistentnim nalazima o pozitivnoj povezanosti zdravlja i SES-a, mehanizmi koji su u podlozi ove povezanosti još nisu jasno utvrđeni, a pretpostavka je većine istraživača da je taj odnos nelinearan i interaktivan (Hudson, 2005). Istraživači su ispitivali veliki broj mogućih objašnjenja za odnos SES-a i zdravlja, uključujući pristup zdravstvenoj skrbi, karakteristike stanovanja, utjecaj okoline, zdravstvena ponašanja, psihološke procese i psihosocijalne čimbenike. Međutim, nijedan od tih čimbenika ne pruža potpuno objašnjenje, već na nejednakosti u zdravlju s obzirom na SES utječe puno međusobno povezanih čimbenika (Gallo i Matthews, 2003).

### 6.1. Pristup temeljnim resursima

Djelomično, razlike u zdravlju s obzirom na SES se mogu pripisati razlikama u raspodjeli temeljnih resursa, kao što su pristup zdravstvenoj skrbi, prehrana i higijenski uvjeti (Antonovsky, 1967; prema Gallo i Matthews, 2003). Specifično za pristup zdravstvenoj skrbi, pokazalo se da se pojedinci nižeg SES-a rjeđe odazivaju na preventivne preglede (Zapka i sur., 1989; prema Grzywacz i sur., 2004) te da kod njih kasnije dolazi do dijagnoze bolesti i prijema u bolnicu, što su potvrdili Farley i Flannery (1989; Grzywacz i sur., 2004) koji su otkrili da se kod žena niskog SES-a karcinom dojke otkriva u kasnijim stadijima.

Nedostatak temeljnih resursa može objasniti loše zdravlje kod siromašnog stanovništva, međutim, pokazalo se da lošije zdravlje od pojedinaca visokog SES-a imaju i pojedinci koji

nisu izrazito siromašni, ali svejedno imaju manje prihode i pripadaju skupini nižeg SES-a (Kitagawa i Hauser, 1973; prema Gallo i Matthews, 2003). Također, pokazalo se da „tradicionalni“ čimbenici poput pristupa zdravstvenoj skrbi, zdravstvenih ponašanja, prehrane i uvjeta stanovanja objašnjavaju samo jednu četvrtinu odnosa SES-kardiovaskularno zdravlje (Krantz i McCeney, 2002).

## 6.2. Zdravstvena ponašanja

Zdravstvena ponašanja su prepoznata kao važan čimbenik u pojavi bolesti, a nizak SES je povezan s rizičnim zdravstvenim ponašanjima. Na vjerojatnost pojavljivanja rizičnih ili protektivnih zdravstvenih ponašanja utječe kombinacija karakteristika okoline i individualnih karakteristika pojedinca (Adler i Ostrove, 1999). Dakle, pojedinci višeg SES-a imaju povoljnije okolnosti za protektivna zdravstvena ponašanja, a isto tako imaju i veću motivaciju (Wang i sur., 2018). Primjerice, u područjima u kojima prevladava niži SES postoji više prodavaonica alkoholnih pića, a ujedno je i manji pristup nutritivno bogatoj hrani kao i mjestima za tjelovježbu (Macintyre i sur., 1993; prema Adler i Ostrove, 1999), što ukazuje na djelovanje okoline niskog SES-a na razvoj rizičnih zdravstvenih ponašanja, a posljedično i na razvoj bolesti. Također, istraživanja pokazuju da pojedinci nižeg SES-a češće odabiru sudjelovati u rizičnim zdravstvenim ponašanjima poput pušenja i pretjerane konzumacije alkohola. Primjerice, pojedinci koji pohađaju fakultet će vjerojatnije izbjegavati pušenje, više sudjelovati u tjelesnoj aktivnosti te u većoj mjeri koristiti pojas u automobilu (Taira i sur., 1997; prema Baum i sur., 1999). Međutim, iako zdravstvena ponašanja direktno utječu na mortalitet i morbiditet, ona čine manje od polovice povezanosti zdravlja i SES-a (Lantz i sur., 2001; prema Adler i Snibbe, 2003).

## 6.3. Psihosocijalni čimbenici

Jedno od područja interesa zdravstvene psihologije je proučavanje uloge okoline na pojavu akutnih i kroničnih bolesti. Okolina značajno utječe na zdravlje, a velikim dijelom moderator su socijalni i psihološki čimbenici. Naime, okolina može utjecati na zdravlje kroz izloženost pojedinca kroničnom stresu te kroz psihološke faktore kao što su neugodne emocije, strategije suočavanja i zdravstvena ponašanja (Taylor i sur., 1997). Također, psihološki resursi poput samopoštovanja i samokontrole te socijalni resursi poput socijalne podrške i integracije su se pokazali značajnim u pojedinim istraživanjima, a značajniju ulogu imaju u mentalnom, nego u tjelesnom zdravlju (Taylor i Seeman, 1999).

### 6.3.1. Kognitivno-emocionalni čimbenici

Jedno objašnjenje je da kognitivno-emocionalni čimbenici utječu na povezanost niskog SES-a s bolestima i ranom smrću. Naime, nizak SES može dovesti do nerazmjernih razina neugodnih emocija i stavova, a te varijable mogu imati štetan utjecaj na zdravlje (Gallo i Matthews, 2003). Zahtjevi okoline mogu oblikovati psihološke odgovore koji postaju frekventni obrasci odgovaranja pojedinca. Primjerice, pojedinci koji se neprestano susreću sa stresnim i prijetećim situacijama (što je karakteristično za niski SES) imaju veću vjerojatnost za razvoj osjećaja nepovjerenja i straha, što posljedično dovodi do povećanog rizika za kardiovaskularne bolesti (Helmers i sur., 1994; prema Adler i Ostrove, 1999).

Avendano i suradnici (2006; prema Matthews i sur., 2010) su pronašli da smanjenje depresivnih simptoma smanjuje povezanost prihoda i obrazovanja s iznenadnim srčanim udarom za približno 23%. Također, u istraživanju Schnittkera i suradnika (2004; prema Matthews i sur., 2010) se pokazalo da neuroticizam i depresija objašnjavaju 15-37% povezanosti prihoda i obrazovanja sa samoizvještenim kroničnim bolestima, a Nabi i suradnici (2008; prema Matthews i sur., 2010) su pronašli relativno snažne dokaze za medijacijsku ulogu osobina ličnosti na povezanost SES-a i mortaliteta kod muškaraca, međutim malu medijacijsku ulogu za mortalitet kod žena. Također, postoje nalazi da pojedinci niskog SES-a percipiraju da imaju slabu kontrolu nad vanjskim događajima te postoje dokazi da su takva vjerovanja povezana s lošijim zdravljem (Rodin, 1986; prema Haan i sur., 1989). Međutim, Matthews i suradnici (2010) navode da je u nekoliko istraživanja pronađena mala ili nikakva medijacijska uloga emocionalnih čimbenika na povezanost SES-a i koronarnih bolesti srca (Kittleson i sur., 2006; prema Matthews i sur., 2010) te mala medijacijska uloga pozitivnih i negativnih emocionalnih stilova na podložnost infektivnim bolestima (Cohen i sur., 2008; prema Matthews i sur., 2010).

González i suradnici (2016) su ispitali kako podržavanje temeljnih psiholoških potreba za autonomijom, povezanošću i kompetencijom može imati medijacijski učinak na odnos između SES-a i zdravstvenih ishoda. Rezultati su pokazali da su pojedinci višeg SES-a izvijestili o većem zadovoljenju temeljnih psiholoških potreba te o boljem tjelesnom i mentalnom zdravlju, dok su pojedinci nižeg SES-a izvijestili o manjem zadovoljenju potreba te o lošijem tjelesnom i mentalnom zdravlju.

Cohen i suradnici (1999; prema Gallo i Matthews, 2003) su predložili da je vjerojatnije da psihološke karakteristike djeluju zajedno s drugim izvorima rizika u niskom SES-u poput čimbenika okoline, a ne samostalno, što govori u prilog utjecaju psihosocijalnih čimbenika. Međutim, sveukupno gledajući, postoji malo istraživanja koja su integrirala socioekonomske,

emocionalne ili kognitivne i zdravstvene varijable u isti metodološki okvir, a istraživanja koja su to učinila pružaju nekonzistentne nalaze (Gallo i Matthews, 2003).

### 6.3.2. Stres

Brojni istraživači sugeriraju da okruženje u kojem vlada niski SES djelomično potiče negativne zdravstvene ishode zbog veće izloženosti stresu (Matthews i Gallo, 2011). Naime, istraživanja pokazuju da su pojedinci nižeg SES-a izloženiji svakodnevnim stresorima te štetnim i prijetećim situacijama, a isto tako su i podložniji stresu s obzirom na to da imaju manje resursa koji bi ih zaštitili (Adler i Ostrove, 1999). Nadalje, izloženost akutnim i kroničnim stresorima ima izravan negativan utjecaj na emocionalna iskustva, a povećane negativne emocije i kognicije te smanjene pozitivne emocije i kognicije vode do fizioloških puteva kao što su zdravstvena ponašanja, aktivacija HPA osi, imunološka funkcija i metabolički čimbenici, što posljedično može voditi do lošeg zdravlja (Matthews i sur., 2010).

Međutim, iako istraživanja ukazuju na povezanost SES-a i stresa, kao i na povezanost zdravlja i SES-a, rezultati istraživanja medijacijske uloga stresa u odnosu zdravlja i SES-a su nekonzistentni. Matthews i suradnici (2010) su napravili pregled istraživanja koja su proučavala medijacijsku ulogu stresa te je u 4 od 9 istraživanja pronađeno da je stres čimbenik koji povezuje SES s objektivnim tjelesnim zdravljem. Khang i Kim (2005; prema Matthews i sur., 2010) su pronašli 11% smanjenja rizika od prekomjerne smrtnosti kod pojedinaca nižih prihoda uz kontrolu depresije i percipiranog stresa, a Lehman i suradnici (2005 prema Matthews i sur., 2010) su pronašli da rizično i stresno obiteljsko okruženje u ranoj dobi predstavlja značajan, indirektan put od SES-a do lošijeg metaboličkog funkcioniranja. Pojedina istraživanja su se usmjerila na proučavanje utjecaja naprežanja na poslu na povezanost između obrazovanja i srčanog udara. Naime, naprežanje na poslu može biti usko vezano uz SES, budući da pojedinci nižeg SES-a češće imaju poslove koji su visoko na zahtjevima, a nisko na kontroli (Matthews i sur., 2010). Primjerice, Haan (1985; prema Haan i sur., 1989) je dobio da je naprežanje na poslu snažniji prediktor incidencije moždanih udara nego obrazovanje. Međutim, rezultati ovih istraživanja su također nekonzistentni.

### 6.4. Biološki mehanizmi

Pojedina istraživanja su se usmjerila na otkrivanje bioloških mehanizama koji povezuju socijalne čimbenike i zdravstvene ishode. Nalazi upućuju da nizak SES može potaknuti imunološke stanice djece s astmom da agresivnije reagiraju na pojedine alergijske podražaje. Primjerice, djeca s astmom koja dolaze iz okruženja nižeg SES-a imaju značajno veći broj

eoziñofila u usporedbi s djecom višeg SES-a, što je uzrokovano povećanom proizvodnjom citokina IL-5 (Chen i sur., 2006; prema Chen i Miller, 2013).

Nadalje, pojedina istraživanja navode da je alostatsko opterećenje medijator povezanosti SES-a i različitih zdravstvenih ishoda, primjerice, Seeman i suradnici (2004; Matthews i Gallo, 2011) navode da alostatsko opterećenje objašnjava više od trećine razlika u riziku od mortaliteta između skupina visokog i niskog SES-a. Međutim, rezultati nisu u potpunosti konzistentni, primjerice, u istraživanju koje su proveli Hu i suradnici (2007; prema Matthews i Gallo, 2011) nisu pronađeni dokazi za medijacijski utjecaj alostatskog opterećenja na povezanost SES-a i zdravstvenih ishoda. Također, kao potencijalni medijatori povezanosti zdravlja i SES-a navode se i neuroendokrinološki čimbenici te kardiovaskularni i metabolički markeri (Matthews i Gallo, 2011).

U proučavanju utjecaja SES-a na zdravlje, pokazalo se da važnu ulogu ima i mozak. Područja mozga koja su relevantna za povezanost SES-a i zdravlja su ona koja su uključena u regulaciju funkcija centralnog i perifernog živčanog sustava koje su važne za regulaciju raspoloženja, procjenu prijetnji i nagrada te prilagodbu na kronične stresore, a to su ponajprije hipokampus, hipotalamus i prefrontalni korteks (Hackman i Farah, 2009; prema Matthews i Gallo; 2011).

## 7. ZAKLJUČAK

Socioekonomske nejednakosti u zdravlju su problem koji je prisutan dugo vremena, a zadržao se sve do danas. Ovaj rad nudi pregled istraživanja i empirijskih podataka o povezanosti zdravlja i SES-a, kao i pregled čimbenika koji utječu na tu povezanost. Postoji pozitivna povezanost zdravlja i SES-a, dakle, pojedinci višeg SES-a su boljeg zdravlja, i obrnuto, a navedena povezanost postoji i za tjelesno i za mentalno zdravlje. Što se tiče tjelesnog zdravlja, SES posebice utječe na kardiovaskularno zdravlje. Utvrđena je snažna povezanost SES-a i problema mentalnog zdravlja, bez obzira na korišteni indikator SES-a i vrstu proučavane mentalne bolesti. SES se veže uz širok raspon neugodnih emocija i osjećaja poput manjka samopoštovanja, osjećaja stigmatiziranosti, beznadnosti i osjećaja krivnje, a najviše dokaza pronađeno je za povezanost SES-a i depresije. Vrlo važan aspekt jest mentalno zdravlje adolescenata te na njega treba obratiti posebnu pozornost. Naime, adolescencija je osjetljivo razdoblje i nizak SES može značajno utjecati na način života adolescenata i njihovo mentalno zdravlje. Pokazalo se da subjektivni SES adolescenata i njihova obrazovna razina mogu smanjiti negativan utjecaj roditeljskog SES-a na njihovo mentalno zdravlje, stoga je potrebno primijeniti ove činjenice te poticati adolescente na obrazovanje i na polagano osamostaljivanje

od roditelja. Također, pokazalo se da socijalna podrška može imati važnu ulogu u povezanosti SES-a i mentalnog zdravlja adolescenata, što je važan i primjenjiv nalaz. Osim adolescenata, vrlo važno je usmjeriti se i na djecu, budući da nizak SES utječe na njihov prenatalni i postnatalni razvoj, kao i na zdravlje tijekom cijelog života. Usprkos jasnim dokazima o povezanosti zdravlja i SES-a, nije utvrđen točan mehanizam koji se nalazi u podlozi navedene povezanosti. Smatra se da djeluje veliki broj čimbenika, a neki su od njih su pristup temeljnim resursima poput zdravstvene skrbi i povoljnih higijenskih uvjeta, karakteristike stanovanja, zdravstvena ponašanja, biološki mehanizmi te psihosocijalni čimbenici. Proveden je velik broj istraživanja u kojima se proučavala medijacijska uloga stresa i neugodnih emocija, međutim, rezultati su nekonzistentni te se ne može sa sigurnošću utvrditi da su navedeni čimbenici medijatori zdravlja i SES-a. Buduća istraživanja bi trebala dodatno istražiti mehanizme koji se nalaze u podlozi povezanosti zdravlja i SES-a kako bi se moglo utvrditi na što djelovati da se socioekonomske nejednakosti u zdravlju smanje. Također, bilo bi važno usmjeriti se na istraživanje protektivnih faktora koji mogu zaštititi ponajprije djecu i adolescente od štetnog utjecaja obiteljskog SES-a na njihovo zdravlje.

## 8. LITERATURA

- Adler, N. E. i Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 896(1), 3-15. 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Adler, N. E., i Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123. doi.org/10.1111/1467-8721.01245
- Baker, E. H. (2014). Socioeconomic status, definition. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*, 2210-2214. doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs395
- Baum, A., Garofalo, J. P. i Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08111.x
- Bleich, S. N., Jarlenski, M. P., Bell, C. N. i LaVeist, T. A. (2012). Health inequalities: trends, progress, and policy. *Annual review of public health*, 33, 7-40. 10.1146/annurev-publhealth-031811-124658
- Bradley, R. H. i Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology*, 53(1), 371-399. 10.1146/annurev.psych.53.100901.135233
- Chen, E., Hanson, M. D., Paterson, L. Q., Griffin, M. J., Walker, H. A. i Miller, G. E. (2006). Socioeconomic status and inflammatory processes in childhood asthma: the role of psychological stress. *Journal of allergy and clinical immunology*, 117(5), 1014-1020. doi.org/10.1016/j.jaci.2006.01.036
- Chen, E. i Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual review of clinical psychology*, 9, 723-749. 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185634
- Družić Ljubotina, O. i Ljubotina, D. (2014). Odnos siromaštva i nekih aspekata psihološke dobrobiti. *Socijalna psihijatrija*, 42(2), 86-101.
- Fox, A. M. (2010). The social determinants of HIV serostatus in sub-Saharan Africa: an inverse relationship between poverty and HIV?. *Public health reports*, 125(4\_suppl), 16-24. 10.1177/00333549101250S405



- Galić, Z., Maslić Seršić, D. i Šverko, B. (2006). Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja? *Revija za socijalnu politiku*, 13(3), 257-269. 10.3935/rsp.v13i3.418
- Gallo, L. C. i Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological bulletin*, 129(1), 10. 10.1037/0033-2909.129.1.10
- Glymour, M. M., Avendano, M. i Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. *Social epidemiology*, 2, 17-63. 10.1093/med/9780195377903.001.0001
- Grzywacz, J. G., Almeida, D. M., Neupert, S. D. i Ettner, S. L. (2004). Socioeconomic status and health: A micro-level analysis of exposure and vulnerability to daily stressors. *Journal of health and social behavior*, 45(1), 1-16. 10.1177/002214650404500101
- Haan, M. N., Kaplan, G. A. i Syme, S. L. (1989). Socioeconomic status and health: old observations and new thoughts. Henry J Kaiser Family Foundation. 10.1007/BF02345090
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3-18. 10.1037/0002-9432.75.1.3
- John-Henderson, N. A., Stellar, J. E., Mendoza-Denton, R. i Francis, D. D. (2015). Socioeconomic status and social support: Social support reduces inflammatory reactivity for individuals whose early-life socioeconomic status was low. *Psychological Science*, 26(10), 1620-1629. doi.org/10.1177/0956797615595962
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E. i Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140–e149. doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8
- Krantz, D. S. i McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual review of psychology*, 53(1), 341-369. 10.1146/annurev.psych.53.100901.135208

- Kunz-Ebrecht, S. R., Kirschbaum, C. i Steptoe, A. (2004). Work stress, socioeconomic status and neuroendocrine activation over the working day. *Social science & medicine*, 58(8), 1523-1530. 10.1016/S0277-9536(03)00347-2
- Matthews, K. A., Gallo, L. C. i Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York academy of sciences*, 1186(1), 146-173. 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
- Matthews, K. A. I Gallo, L. C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual review of psychology*, 62, 501-530. 10.1146/annurev.psych.031809.130711
- Reiss, F. (2013). *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Social Science & Medicine*, 90, 24–31. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.026
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. i Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*, 48(4), 275-284. 10.2190/n4m8-303m-72ua-p1k1
- Taylor, S. E., Repetti, R. L. i Seeman, T. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin?. *Annual review of psychology*, 48(1), 411-447. 10.1146/annurev.psych.48.1.411
- Vukojevic, M., Zovko, A., Talic, I., Tanovic, M., Resic, B., Vrdoljak, I. i Splavski, B. (2017). Parental socioeconomic status as a predictor of physical and mental health outcomes in children—literature review. *Acta Clin Croat*, 56(4), 742-8. 10.20471/acc.2017.56.04.23
- Wabiri, N. i Taffa, N. (2013). Socio-economic inequality and HIV in South Africa. *BMC public health*, 13(1), 1-10. 10.1186/1471-2458-13-1037
- Wang, F., Zhen, Q., Li, K. i Wen, X. (2018). Association of socioeconomic status and health-related behavior with elderly health in China. *PloS one*, 13(9), e0204237. 10.1371/journal.pone.0204237
- Weinberg, D., Stevens, G. W., Duinhof, E. L. i Finkenauer, C. (2019). Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3605. 10.3390/ijerph16193605

- Wight, R. G., Botticello, A. L. i Aneshensel, C. S. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of youth and adolescence*, 35(1), 109-120. 10.1007/s10964-005-9009-2
- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic documents, fortyfifth edition, supplement.
- You, J., Zhu, Y., Liu, S., Wang, C., Wang, P. i Du, H. (2019). Socioeconomic disparities in psychological health: Testing the Reserve Capacity Model in a population-based sample of Chinese migrants. *Journal of health psychology*, 1359105319882763. 10.1177/1359105319882763
- Zhou, Q., Fan, L. i Yin, Z. (2018). Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey. *Psychiatry research*, 259, 81-88. 10.1016/j.psychres.2017.09.072