



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SOCIALNE DETERMINANTE NEENAKOSTI
V ZDRAVJU: IZZIV ZA ZDRAVSTVENO
NEGO**

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
INEQUALITY: A CHALLENGE FOR
NURSING**

Mentorica:
doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka:
Snežana Radić

Jesenice, april, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za strokovno pomoč in vodenje pri pisanju diplomskega dela. Prav tako se za usmeritve in strokovno oceno zahvaljujem recenzentki Saneli Pivač, pred. Hvala tudi lektorici mag. Nataši Koražija za lektorski pregled diplomskega dela.

Posebno se zahvaljujem svoji družini, ki mi je stala ob strani tako v času pisanja diplomskega dela kot tudi skozi celotno trajanje študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Socialne neenakosti v zdravju so pereča problematika po vsem svetu. Namen raziskave je ugotoviti vlogo zaposlenih v zdravstveni negi pri zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja.

Metoda: Uporabili smo raziskovalni dizajn pregleda literature v zbirkah podatkov EMERALD, CINAHL, PubMed in Springerlink. Uporabili smo tudi COBISS in spletni brskalnik Google učenjak. Ključne iskalne besedne zveze: »neenakosti v zdravju in zdravstvena nega«, »socialne determinante zdravja in zdravstvena nega«, »health inequalities«, »social determinants of health«, »health inequalities and nurse role«, »social determinants of health and nursing«, »social determinants of health inequalities«. Omejitveni kriteriji iskanja: obdobje 2006–2017, celotno besedilo, jezik besedila slovenščina oziroma angleščina. S pomočjo ključnih besed smo dobili 49 potencialno ustreznih zadetkov in jih v končno analizo uvrstili 17 zadetkov.

Rezultati: V končno vsebinsko analizo smo vključili 17 zadetkov, ki so ustrezali vsem vključitvenim kriterijem. Hierarhično je najvišje na lestvici multikohortna raziskava in meta analiza, sledijo ji trije sistematični pregledi literature, en narativni pregled literature in 12 poročil ekspertov. Identificirali smo 63 kod, ki smo jih glede na lastnosti in medsebojne povezave združili v 4 vsebinske kategorije: najpogostejše socialne determinante tveganja za neenakosti v zdravju, kazalniki neenakosti v zdravju kot posledica socialnih determinant zdravja, vloga zdravstvenih delavcev pri odpravljanju neenakosti v zdravju ter drugi ukrepi za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Razprava: Socialno-ekonomske neenakosti in neenakosti v zdravju so nepoštene in odpravljljive, a ostajajo eden večjih sodobnih izzivov. Raziskave ugotavljajo povezanost med različnimi socialnimi determinantami zdravja (socialno-ekonomski status, revščina, izobrazba, prometna politika, okolje ...) ter zdravjem ljudi. Kljub temu so te determinante zapostavljene v globalnih strategijah, ki so bolj usmerjene na proksimalne dejavnike tveganja. Pomembno vlogo pri zmanjševanju neenakosti v zdravju imajo zdravstveni delavci in zdravstvena nega, tako na individualnem nivoju kot tudi kot stroka, ki lahko vpliva na različne zdravju prijazne politike. Potrebne so nadaljnje raziskave z vidika vloge različnih strok pri zmanjševanju oziroma odpravljanju neenakosti v zdravju.

Ključne besede: socialno-ekonomske razlike, zdravstvene neenakosti, vloga zaposlenih
v zdravstveni negi

ABSTRACT

Theoretical background: Social inequalities in health are a global problem. The aim of the research is to determine the role of health care workers in reducing inequality in health caused by social determinants of health.

Methods: The research is based on a review of literature found in the EMERALD, CINAHL, PubMed and Springerlink databases. Cobiss and Google Scholar were also used. We used the following search keywords: "health inequalities and health care", "social determinants of health and health care", "health inequalities", "social determinants of health", "health inequalities and nurse role", "social determinants of health and nursing", "social determinants of health inequalities". The criteria for filtering search results were: published date in the period from 2006 to 2017, full-text articles in Slovenian or English. Keywords allowed us to obtain 49 potentially relevant hits of which 17 were part of the analysis.

Results: The final content analysis included 17 hits which met all the inclusion criteria. The most important are a multi-cohort research and a meta-analysis followed by three systematic literature reviews, one narrative literature review and 12 expert reports. As part of our research, 63 codes were identified and divided into four categories based on their characteristics and interconnections: the most common social determinants of risk of health inequalities, health inequalities indicators as a consequence of social determinants of health, the role of health care workers in reducing health inequalities, and other measures to reduce health inequalities.

Discussion: Socio-economic inequalities and health inequalities are unfair and can be eliminated, but they remain one of the major contemporary challenges. The findings of the research show a link between different social determinants of health (socio-economic status, poverty, education, transport policy, environment, etc.) and human health. Nevertheless, these determinants are overlooked in global strategies which mainly focus on proximal risk factors. Health care workers play an important role in reducing health inequalities at the individual level and at the level of the profession as such, which may positively influence health care policies. Further research is needed in relation to the role of different disciplines in reducing or eliminating health inequalities.

Keywords: socio-economic disparities, health inequality, role of health care workers

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	EMPIRIČNI DEL	7
	2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
	2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
	2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
	2.3.1 Metode pregleda literature	7
	2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	8
	2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	9
	2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	9
	2.4 REZULTATI.....	11
	2.4.1 PRIZMA diagram	11
	2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	12
	2.5 RAZPRAVA	21
	2.5.1 Omejitve raziskave.....	29
	2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	30
3	ZAKLJUČEK.....	31
4	LITERATURA.....	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Determinante zdravja, povzeto po Dahlgreenu in Whiteheadu	2
Slika 2: Ocena kakovosti dokazov	10
Slika 3: Prizma diagram.....	11

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	8
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah	20

SEZNAM KRAJŠAV

SZO
WHO

Svetovna zdravstvena organizacija
World Health Organization

1 UVOD

Beseda zdravje pomeni različno stanje za vsakega posameznika, odvisno od njegove situacije (Nordqvist, 2015). Običajno gre za vrednoto, ki je postavljena hierarhično najvišje na lestvici ljudi. Zdrav človek si namreč želi ohraniti ali okrepiti zdravje po svojih najboljših močeh, medtem, ko si ga bolan želi čim prej in v čim večji meri povrniti (Zaletel-Kragelj, et al., 2007).

Najbolj znana moderna definicija zdravja je definicija, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija/World Health Organization (SZO/WHO) leta 1948, in sicer 7. aprila, ko tudi obeležujemo mednarodni dan zdravja in se glasi: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali hibe« (Nordqvist, 2015). Ta definicija ponazarja tako neločljivost, kot tudi soodvisnost človekove pravice do zdravja, ki pomeni poučenost, avtonomnost, dostop do informacij ter sodelovanje pri ohranjanju zdravja posameznika kot dela osnovnih človekovih pravic, med katere uvrščamo družbene, socialne, kulturne, ekonomske in politične pravice (Sočan, 2013).

Definicija zdravja se od leta 1948 ni menjala. Po novejših spoznanjih in stališčih SZO pa je zdravje tudi celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja. Ločimo dva vidika oziroma dve vrsti zdravja, in sicer fizično ter psihično (duševno/mentalno) zdravje, ki se morata med seboj izpopolnjevati, če želimo doseči stanje popolnega ravnovesja in zdravstvenega stanja. Fizično zdravje pomeni za posameznika dobro telesno zdravje, ki je posledica fizične aktivnosti, pravilne prehrane in ustreznega počitka. Medtem pa je psihično zdravje tisto, ki se nanaša na človekovo kognitivno in čustveno dobro počutje, kar pomeni, da oseba, ki uživa dobro psihično zdravje, nima psihičnih oziroma duševnih motenj (Nordqvist, 2015).

Poleg splošnega pomena zdravja ima pomembno vlogo tudi javno zdravje. Najpogosteje uporabljena opredelitev javnega zdravja v današnjem času pravi, da je javno zdravje »znanost in spretnost preprečevanje bolezni, krepitve zdravja in podaljševanja življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe« (Zaletel-Kragelj, et al., 2007). Gre za model oziroma koncept, ki ni usmerjen izključno v odsotnost bolezni, temveč tudi v duševno,

telesno, čustveno in socialno ugodje oziroma blagostanje, obenem pa je tudi družbena institucija, disciplina in praksa (Zaletel-Kragelj, et al., 2007; WHO, 2016a).

Sodobno javno zdravje je tisto, ki ugotavlja in presoja tudi tiste značilnosti, ki vplivajo na naše zdravje, torej se ukvarja s tako imenovanimi determinantami zdravja (Sočan, 2013). Determinante zdravja so posamezni dejavniki ali kombinacija več dejavnikov, ki imajo lahko pozitiven ali negativen vpliv na zdravje (Buzeti, et al., 2011). Veliko determinant v medsebojni kombinaciji vpliva na zdravje posameznika ali skupnosti. Dejstvo, ali so ljudje zdravi ali ne, se določi glede na okoliščine in okolje, v katerem živijo. Determinante, kot so npr. okolje, kjer živimo, genetika, naši dohodki, stopnja izobrazbe, naši odnosi s prijatelji in družino imajo znatne posledice za zdravje, čeprav dajemo veliko več poudarka in pogosteje upoštevamo determinante, kot so dostop in uporaba zdravstvenih storitev (WHO, 2016b).

Determinante zdravja torej definiramo kot odločujoče dejavnike, ki vodijo k spremembi zdravstvenega stanja posameznika oziroma skupnosti (Sočan, 2013). Ključne determinante zdravja, ki vplivajo na zdravstveno stanje populacije, sta v svojem mavričnem modelu opredelila Dahlgreen in Whitehead (1991) in jih razdelila na naslednje sklope: starost, spol in genske lastnosti, individualne determinante življenjskega sloga, socialne mreže, življenjski in delovni pogoji ter splošni socialno-ekonomski, kulturni in okoljski pogoji.



Slika 1: Determinante zdravja, povzeto po Dahlgreenu in Whiteheadu

(Vir: Buzeti et al., 2011)

Kot je razvidno iz slike 1, je v središču mavričnega modela posameznik s svojimi osebnimi determinantami, kot so starost, spol in druge genetske oziroma telesne lastnosti, ki so v večini nespremenljive. To so determinante, na katere različne politične ali gospodarske odločitve ne morejo vplivati. Mavrični model se nadaljuje z determinantami, na katere lahko skoti različne politike tudi bolj ali manj vplivamo. Prvi taka determinanta, ki sledi, je življenjski slog, ki vključuje tudi kajenje in telesno dejavnost posameznika. Sledijo socialne mreže, torej interakcija in vpetost posameznika v ožjo socialno mrežo. Poleg vsega omenjenega imajo na zdravje posameznika vpliv tudi bivalne in delovne razmere ter dostopnost do hrane, osnovnih dobrin in storitev, tako zdravstvenih, kot tudi drugih (npr. izobraževanje, delovno okolje). V širšem pogledu oziroma v širšem družbenem okolju na zdravje posameznika in tudi skupnosti prevladujoče vplivajo ekonomski, kulturni in okoljski vplivi, ki so v samem vrhu mavričnega modela (Buzeti, et al., 2011).

Kot lahko vidimo, so ena izmed determinant zdravja tudi socialne determinante zdravja. SZO opredeljuje socialne determinante zdravja kot pogoje, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo in se starajo. Te okoliščine se oblikujejo glede na razporeditev denarja, moči in virov na globalni, nacionalni in lokalni ravni in pomembno vplivajo na tveganje za bolezen ter posledično na življenjsko dobo posameznika. Ravno socialne determinante zdravja so v večini primerov odgovorne oziroma povezane s pojavom neenakosti v zdravju tako med državami, kot tudi znotraj njih (WHO, 2012). Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila deset socialnih determinant zdravja, in sicer: socialna raven, stres, zgodnje življenje, socialna izolacija, delo, nezaposlenost, socialna podpora, zasvojenost ter prehrana in transport (Artnik, 2011).

Omenjene socialne determinante zdravja so torej tiste, ki večini primerov privedejo do neenakosti v zdravju. Sočan (2013) enakost v zdravju opredeljuje kot dopuščanje možnosti, da lahko vsak posameznik doseže svoj zdravstveni potencial in da ni nihče v neenakem položaju glede doseganja tega potenciala iz kakršnegakoli razloga, bodisi zaradi socialno-ekonomskega statusa ali drugih socialno-ekonomskih determinant.

Enakost na področju zdravja torej spodbuja ljudi, da izkoristijo svoje potenciale in s tem zmanjšuje nepotrebne stroške zdravljenja, zmanjšuje smrtnost in izboljšuje kakovost življenja za vse člane družbe (Grahor, et al., 2009). Zdravstveni delavci imajo pri izboljšanju enakosti na področju zdravja ter odpravljanju razlik pomembno, vendar omejeno vlogo. Učinek je veliko večji, če vlogo za zdravje prevzemajo tudi drugi sektorji, kot so na primer socialna in ekonomska politika. Raziskave, ki se ukvarjajo z neenakostjo v zdravju, namreč dokazujejo, da ima socialna država pomemben vpliv na pojavnost in obseg različnih bolezni, prav tako tudi ureditev področja izobraževanja, zaposlovanja, nastanitve in dostopnosti do zdravstvenega varstva. Država bi torej morala posameznika obravnavati kot individualno in celostno bitje, ki zasluži razvoj na vseh področjih, tako na kulturnem, duševnem, fizičnem, materialnem področju (Leskovšek, 2013). Na drugi strani pa so neenakosti na področju zdravja, ki jih avtorji opredeljujejo kot »razlike v zdravstvenem stanju ali kot razlike determinant zdravja med rizičnimi populacijskimi skupinami« (Sočan, 2013; Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, n.d.). Govorimo o sistematičnih razlikah v zdravju ali determinantah zdravja med družbenimi skupinami z različnim socialno – ekonomskim položajem in jih je mogoče preprečiti (Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, n.d.).

Neenakosti v zdravju so torej razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva ali razlike determinant zdravja med nekimi skupinami prebivalstva. Nekaterih neenakosti v zdravju, ki izhajajo iz determinant zdravja, ki jih ni mogoče spreminjati, ne moremo preprečiti, vendar lahko s promocijo zdravja ublažimo njihov vpliv. Izraz neenakosti v zdravju uporabljamo tudi za tiste razlike v zdravju, ki so nepravilne in krivične ter se ne bi smele dogajati. V tem primeru govorimo o neenakostih v zdravju, na katere posameznik ne more vplivati, izhajajo iz zunanjih okoliščin in pogojev ter so največkrat sistematične in razlike v zdravju med družbenimi skupinami, ki jih je mogoče preprečiti (Sočan, 2013). Za učinkovito zmanjševanje neenakosti v zdravju je zato nujno potrebno celovito poznavanje le-teh, predvsem v smislu kakšne te neenakosti so in kaj jih povzroča (Buzeti & Gobec, 2012). Neenakosti v zdravju, ki so pogojene z razlikami v družbenem položaju, so vedno večji problem sodobne družbe. V današnjem času je povezava med socialno-ekonomskimi determinantami, kot so revščina, stanovanjske razmere, izobrazba in podobno, ter zdravjem zelo očitna in tudi dokazana (Buzeti, et al.,

2011). Kot že omenjeno so te neenakosti posledica okoliščin, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo in se starajo, prav tako pa tudi posledica sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni. Politične, družbene in gospodarske determinante so namreč tiste, ki določajo razmere, v katerih ljudje živijo in umrejo (Ivanuša, 2009). Socialno-ekonomske neenakosti in neenakosti v zdravju na splošno predstavljajo največji izziv zdravstvenim politikam po celem svetu (Buzeti, et al., 2011).

Čeprav Splošna deklaracija o človekovih pravicah iz leta 1948 opredeljuje, da se ljudje rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo ter pravice, smo skozi pregled literature ugotovili, da vedno ni tako, saj vsi ljudje na svetu ne uživajo enakega blagostanja, pravic in zdravja. Skrb vzbujajoče je dejstvo, da vemo, da neenakosti v zdravju obstajajo in da jih je mogoče preprečiti, vendar se kljub temu še vedno povečujejo (Ivanuša, 2009). Enakost v zdravju in socialne determinante zdravja so opredelili kot globalno kritično komponento na področju zdravja. Treba si je prizadevati, da bi neenakosti celostno in sistematično posledično zmanjšali (WHO, 2012).

Svetovna zdravstvena organizacija je iz tega razloga leta 2005 ustanovila neodvisno Komisijo za socialne determinante zdravja, katere naloga je spodbuditi uveljavljanje načel socialne pravičnosti (Ivanuša, 2009). Komisija je zbrala podatke o tem, kaj lahko storimo za krepitev enakosti na področju zdravja ter za odpravljanje neenakosti in spodbudila svetovno gibanje k dosegu te enakosti. Komisija poziva SZO kot tudi vse vlade k izvajanju globalnih ukrepov na področju socialnih determinant zdravja, saj je le usklajeno delovanje pri izvajanju ukrepov tisto, ki lahko izboljša življenje državljanov po celem svetu (Ivanuša, 2009).

V Evropskem prostoru je bila leta 2010 v Bruslju s strani Evropske zveze za javno zdravje pripravljena tudi Evropska listina za enakost v zdravju. Na razvoj oziroma pripravo omenjene listine je vplivalo več vzrokov, med njimi tudi poročilo Komisije SZO leta 2009, kjer je opredeljeno, da v sodobni družbi ljudje z višjim družbeno-gospodarskim položajem živijo dlje in bolj zdravo. Evropska zveza za javno zdravje prav tako kot Komisija SZO meni, da razprava o zmanjševanju neenakosti na področju zdravja zahteva večresorni pristop z aktivnim sodelovanjem različnih akterjev, kot so

civilna družba, vladne in nevladne organizacije ter tudi akterji, ki ne delujejo na področju zdravja. Avtorji listine so navedli dva cilja, in sicer povečanje osveščenosti in spodbujanje k dejanjem, ki bodo prispevala k izboljšanju zdravja in počutja vseh ljudi, hkrati pa tudi zmanjšanje nepoštenih neenakosti v zdravju, katerim se je možno izogniti (Evropska zveza za javno zdravje, 2010). Kljub tem premikom, pa ključni mednarodni dokumenti, programi in cilji (WHO 25x25; The Global Burden of Diseases surveillance programme; UN Sustainable Development Goals – SDG 3), ki se usmerjajo v zmanjšanje dejavnikov tveganja za zdravje, socialno-ekonomske dejavnike še vedno zanemarjajo oziroma jih sploh ne omenjajo.

Socialne determinante zdravja povezane neenakosti v zdravju torej predstavljajo velik izziv na vseh področjih. Ker zahtevajo celovit pristop in sodelovanje različnih sektorjev za uspešno ukrepanje, pomenijo pomemben družbeni izziv, ki zahteva številne spremembe na političnem, raziskovalnem, izobraževalnem in družbenem področju (Buzeti et al., 2011). Za krepitev enakosti v zdravju je treba okrepiti kapacitete za delo na področju socialnih determinant zdravja, tako znotraj zdravstvenega sektorja, kot tudi spodbuditi sodelovanje z drugimi sektorji (Ivanušič & Buzeti, 2012).

Na področju zdravstvenega sektorja so strokovnjaki javnega zdravja in drugi zdravstveni delavci tisti, ki lahko vplivajo na zmanjševanje neenakosti v zdravju. V tem primeru je naloga strokovnjakov za javno zdravje poudarjanje zaznanih problemov, obenem pa tudi predlaganje in uresničevanje ukrepov za njihovo obvladovanje. V naslednjih korakih pa so na vrsti ostali zdravstveni delavci, med drugim tudi tisti, zaposleni v zdravstveni negi (Kašnik Janet, 2012).

Pregled ključnih dokumentov in novejših literatur s področja determinant zdravja in neenakosti v zdravju potrjuje vlogo socialnih determinant pri pojavu neenakosti v zdravju, a hkrati opozarja na prežrtje teh determinant v ključnih mednarodnih dokumentih in politikah. Literatura tudi omenja, da zdravstveni delavci lahko vplivajo na zmanjševanje neenakosti v zdravju, zato smo se odločili, da podrobneje raziščemo, kakšna je njihova vloga, predvsem pa vloga zaposlenih v zdravstveni negi pri zmanjševanju z zdravjem povezanih socialnih determinant.

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti na kakšen način lahko zaposleni v zdravstveni negi prispevajo k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja.

Glavna cilja diplomskega dela sta:

- Ugotoviti socialne determinante zdravja, ki najpogosteje povzročajo neenakosti v zdravju.
- Ugotoviti vlogo zdravstvenih delavcev in zdravstvene nege pri zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanja:

- 1:** Katere socialne determinante zdravja najpogosteje povzročajo neenakosti v zdravju?
- 2:** Kakšna je vloga zdravstvenih delavcev in zdravstvene nege pri zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

2.3.1 Metode pregleda literature

V diplomskem delu smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda slovenske in tuje znanstvene in strokovne literature. Uporabili smo mednarodne podatkovne baze EMERALD, CINAHL, PubMed, Springerlink, prav tako pa smo literaturo iskali tudi s pomočjo pregleda spletnega bibliografskega sistema COBISS in spletnega brskalnika Google (Google učenjak) ter preko spletnega iskalnika Obzornik zdravstvene nege. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »neenakosti v zdravju in zdravstvena nega«, »socialne determinante zdravja in zdravstvena nega«, »health inequalities«, »social

determinants of health«, »health inequalities and nurse role«, »social determinants of health and nursing«, »social determinants of health inequalities«. V vseh bazah podatkov je bilo uporabljeno napredno iskanje z vključenim Bolovim tabulatorjem »and« oziroma »in« med dvema ali več ključnimi besedami. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2006 do 2017, celotno besedilo člankov in jezik besedila slovenščina oziroma angleščina.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki smo jih pridobili z zgoraj omenjenimi besednimi zvezami, smo pregledali in na podlagi tega podatke vnesli v PRISMA diagram, ki se nahaja v poglavju rezultati. V okviru vključitvenih in izključitvenih kriterijev za uvrstitev zadetka v nadaljnjo analizo smo upoštevali vsebinsko ustreznost in aktualnost, vključili smo recenzirane članke ter članke z dostopnim celotnim besedilom. Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupaj dala $n = 1.633$ zadetkov. V nadaljnjo analizo smo umestili 162 zadetkov. Na osnovi pregleda izvlečkov je bilo izključenih 113 zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 49 potencialno ustreznih zadetkov. V končno vsebinsko analizo smo uvrstili 17 zadetkov, ki so ustrezali vsem vključitvenim kriterijem. Rezultati pregleda so prikazani tabeli 1, ki prikazuje ključne besede, s katerimi smo iskali, število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	Health inequalities and nurse role	16	1
	Health inequalities and social determinants of health	59	2
	Social inequalities in health and nursing	10	2
	Social determinants of health inequalities	28	5
Emerald	Health inequalities and nurse role	42	0

Se nadaljuje/continues

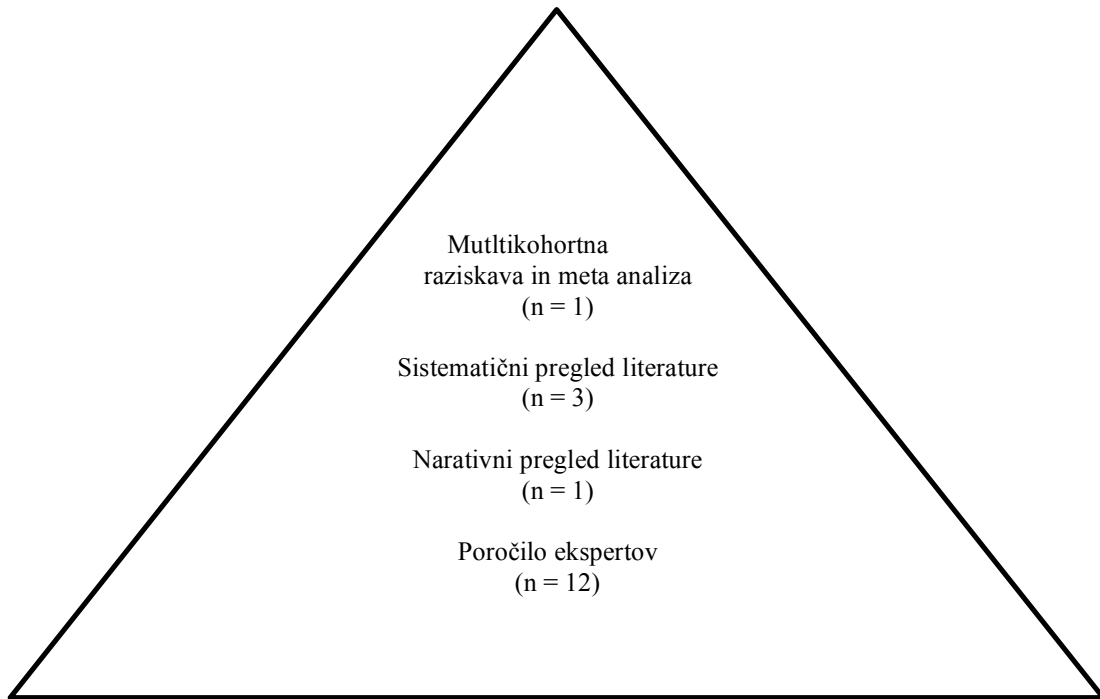
	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed = Medline	Health inequalities	20	0
	Social determinants of health	309	0
	Social determinants of health and nursing	18	1
	Social determinants of health inequalities	115	1
	Health inequalities	4	0
Google scholar	Neenakosti v zdravju in zdravstvena nega	292	2
	Socialne determinante zdravja in zdravstvena nega	100	1
Obzornik zdravstvene nege	Neenakosti v zdravju in zdravstvena nega	0	0
	Socialne determinante zdravja in zdravstvena nega	0	0
Cobiss	Neenakosti v zdravju in zdravstvena nega	2	0
	Socialne determinante zdravja in zdravstvena nega	1	1
Springerlink	Health inequalities and nurse role	263	0
	Health inequalities	354	0

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izvedli smo vsebinsko analizo spoznanj raziskav, ki smo jih vključili v pregled. Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij ter potek obdelave podatkov predstavili v PRIZMA diagramu.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti obravnavane problematike. Kakovost dobljenih virov, ki smo jih uvrstili v končni pregled literature in obdelavo podatkov, smo določili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstveno raziskovalnem delu, ki jo prikazuje slika 2.

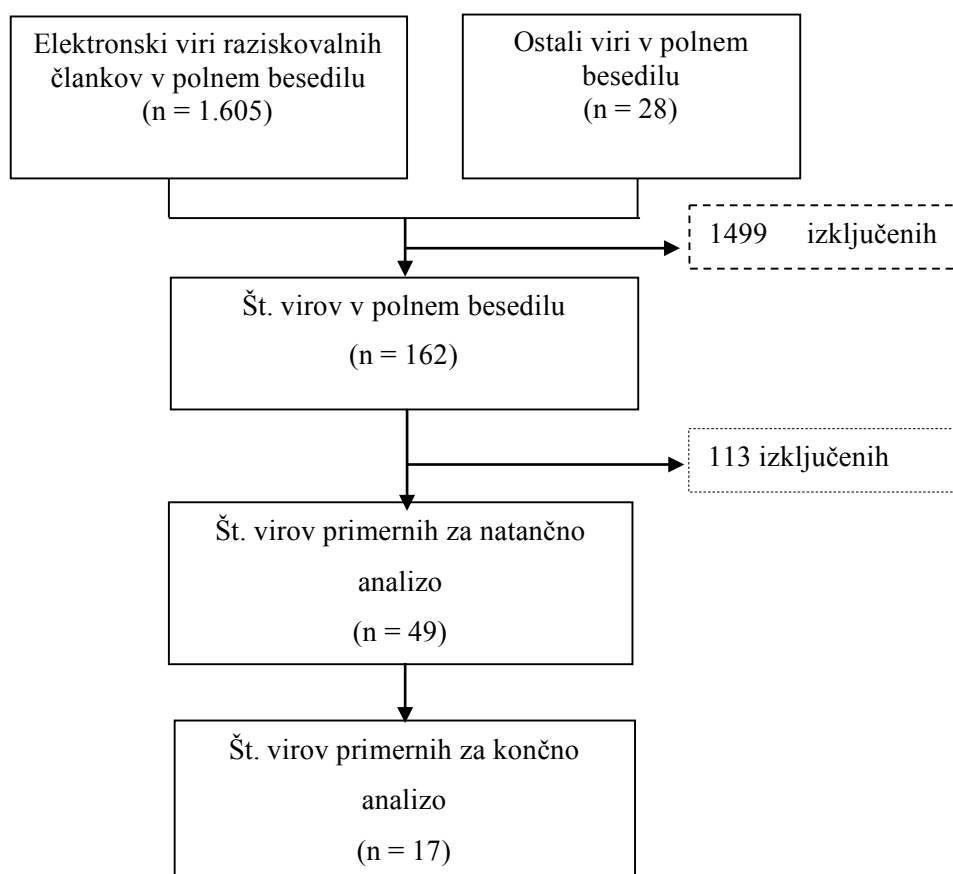


Slika 2: Ocena kakovosti dokazov

Iz slike 2 je razvidno, da smo skupaj pregledali in analizirali 17 člankov. Najvišje na hierarhični lestvici se nahaja članek, ki je opredeljen kot multikohortna raziskava in meta analiza. Sledijo mu tri raziskave, ki sodijo v sistematični pregled literature in ena raziskava, ki predstavlja narativni pregled literature. Ostali viri so opredeljeni kot poročila ekspertov in jih je največ, dvanajst.

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram



Slika 3: Prizma diagram

Slika 3 prikazuje potek dobljenega končnega števila zadetkov oziroma PRIZMA diagram. S ključnimi besedami, s katerimi smo iskali literaturo, smo pridobili 1.605 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu ter 28 ostalih virov v polnem besedilu. V prvem koraku smo izključili 1499 virov in nam je za nadaljnjo analizo ostalo 162 virov v polnem besedilu. Na osnovi pregleda izvlečkov smo izključili 113 virov in tako prišli do 49 virov, ki so bili primerni za natančno analizo. Po podrobnejšem vsebinskem pregledu virov smo v končno analizo uvrstili 17 virov, ki so predstavljeni v tabeli 2.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 2 predstavlja oceno ključnih člankov oziroma raziskav, ki smo jih uvrstili v natančnejšo analizo. Navedena so ključna spoznanja raziskovalcev, na katerih temelji pregled literature, raziskovalni dizajn ter velikost in država vzorca.

Tabela 2: Tabelarni prikaz rezultatov

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNAVANJA
Bambra, et al.	2010	Sistematični pregled literature	30 raziskav v razvitih državah oziroma kontinentih, in sicer: Severna Amerika, Evropa, Avstralija in Japonska	Zdravje sledi socialnemu gradientu, kar pomeni, da boljši kot je socialno-ekonomski status, boljše je zdravje. Na zdravje ljudi in pojav neenakosti v zdravju vplivajo različne socialne determinante zdravja, med drugim delovno okolje ter transport oziroma prometna politika. Za odpravo teh neenakosti je potrebno oblikovanje politik na področju izobraževanja, zdravstvenega sistema ter tudi na drugih področjih, ki lahko vplivajo na rešitev in odpravo neenakosti v zdravju. Nujno potrebni so ukrepi na področju stanovanjske politike, izobrazbe in delovnega okolja.
Buzeti, et al.	2011	Poročilo ekspertov	Slovenija	Boljše zdravstveno stanje je povezano z višjimi prihodki in višjim socialnim statusom, kar posledično pomeni, da je najboljše zdravje moč najti v državah, kjer je premoženje razporejeno dokaj enakomerno. Povezava med socialno-ekonomskimi dejavniki, kot so revščina, stanovanjske razmere, izobrazba ter zdravjem je v današnjem času zelo očitna in tudi dokazana.

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				Socialno-ekonomske neenakosti in neenakosti v zdravju predstavljajo največji izziv zdravstvenim politikam po celem svetu.
Carey & Crammond	2015	Sistematični pregled literature	Analiza šestih nacionalnih poročil o socialnih determinantah zdravja, Velika Britanija in Evropska unija	Za reševanje socialnih determinant zdravja so najbolj močne in učinkovite intervencije oziroma ukrepi, kjer so spremembe usmerjene v vlado in politiko in ne le v skupnost ali posameznika, saj socialne determinante zdravja vplivajo na organizacijo materialnih in socialnih virov med člani družbe, kar pa je najbolj obvladljivo in je najbolje obravnavati v okviru vladnih ukrepov. V boju za obvladovanje neenakosti v zdravju ne smemo zajemati le zdravstvene politike in zdravstvenega sektorja.
Flaskerud & DeLilly	2012	Poročilo ekspertov	/	Socialno-ekonomski status je eden temeljnih vzrokov za pojav bolezni. Ljudje, ki so revni in nemočni ter imajo posledično nižjo izobrazbo, so slabšega zdravja in imajo krajšo življenjsko dobo kot tisti, ki imajo denar, moč in prestiž. Na udaru so ljudje iz nižjih socialnih slojev, ki imajo višje dejavnike tveganja za umrljivost, npr. slaba prehrana, premalo gibanja, uživanje alkohola in kajenje. Na zdravje vpliva tudi rasa oziroma narodnost, saj nekatere etnične manjšine doživljajo nizek socialno-ekonomski status. To posledično pomeni, da so revnejši in imajo manj možnosti, da bi se

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				izognili nevarnostim in zmanjšali posledice bolezni, ko se te pojavijo.
John & Law	2011	Nesistematični narativni pregled literature	Velika Britanija	Medicinske sestre so tiste, katerih poslanstvo je usmerjeno v varovanje in krepitev zdravja ljudi, hkrati pa delujejo kot zagovorniki pacientov in jim pomagajo, da bi imeli dostop do ustreznega zdravstvenega in socialnega varstva, informacij in podpore. Medicinska sestra je tista, ki ima izjemno pomembno vlogo pri zmanjševanju problema brezdomcev, ki so zaradi svojega socialnega statusa v veliki meri izpostavljeni neenakostim v zdravju.
Lee	2010	Poročilo ekspertov	/	Kazalnik revščine je kazalnik, ki v veliki meri vpliva na slabše oziroma boljše zdravje ljudi, zato so nujno potrebni določeni ukrepi, ki bi zmanjšali revščino med državami in tudi znotraj njih. Jasno je izražena tudi potreba po boljšem poznavanju in razumevanju ter usmerjanju političnega delovanja na področju socialnih determinant zdravja.
Lipovec Čebren & Pistotnik	2016	Poročilo ekspertov	Slovenija	V Sloveniji je revščina vse večji družbeni problem, zaradi katere so že tako ranljive družbene skupine še bolj ranljive. Nekatere socialno ogrožene skupine (osebe brez stalnega bivališča, prekarni delavci, brezposelne osebe) se soočajo z ovirami pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva.

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				Negotovi delovni pogoji vplivajo na zdravje prekarnih delavcev, saj se dejavniki tveganja povečujejo, ne zmorejo tudi uveljavljati pravice do bolniškega staleža in dopusta. Številne zdravstvene težave brezdomnih oseb izhajajo iz življenjskih okoliščin, v katerih se le-te nahajajo. Mlajši brezdomci so posebej ogrožena skupina ljudi, saj pogosto nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja, z zdravljenjem odlašajo tudi zato, ker so stigmatizirani s strani zdravstvenih delavcev. Zdravstveni delavci naj bodo pozorni na dejavnike tveganja povezane z revščino in socialno izključenostjo.
Lucey & Maurana	2007	Poročilo ekspertov	/	Socialne determinante zdravja, kot so okolje, socialno-ekonomski dejavniki, zgodnji življenjski pogoji in individualni ukrepi imajo pomemben vpliv na naše zdravje. Neenakosti v zdravju, ki jih le-te povzročajo med različnimi populacijami predstavljajo enega največjih izzivov za vodilne v zdravstvu. Posledice socialnih determinant za zdravje skupnosti lahko blažijo partnerstva med skupnostmi.
Massey & Durrheim	2006	Poročilo ekspertov	Avstralija	Na zdravstveno stanje prebivalstva pomembno vpliva razmerje med prihodki posameznikov, torej socialno ekonomski status in revščina. Višja umrljivost in slabše zdravstveno stanje se

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				<p>pojavnata v družbah z višjimi dohodkovnimi neenakostmi. Odnos med neenakostmi v dohodkih in zdravjem posledično določa tudi dostop do zdravstvenih storitev, prav tako pa neposredno vplivata na socialni položaj posameznika.</p> <p>Zdravstvena nega ima zapisano vlogo medicinske sestre kot zagovornice za zdravje družbe, ki temelji na načelih socialne pravičnosti, kar pomeni, da na nekakšen način nosi odgovornost za javno zdravje oziroma zdravje populacije. Pomembno je zagovarjati zdravstveno nego kot stroko, ki lahko spodbuja razvoj zdrave javne politike. Medicinske sestre so tiste, ki morajo skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci ustvariti okolje, kjer so socialno-ekonomske razlike nesprejemljive, kar bi posledično pripeljalo do zmanjševanja neenakosti v zdravju.</p>
Newman, et al.	2015	Sistematični pregled literature	202 pregledana članka Velika Britanija	<p>Ureditev okolščin, kjer ljudje živijo in delajo že dolgo velja za najbolj optimalen način izboljšanja zdravja prebivalstva. Če želimo zmanjšati neenakosti v zdravju, se je treba osredotočiti na postopke, s katerimi lahko dosežemo spremembe. Potrebna je pridružitev ne-zdravstvenih sektorjev in skupna obravnava socialnih determinant zdravja kot povzročitelja neenakosti v zdravju.</p>

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
Preda & Voigt	2015	Poročilo ekspertov	/	Čeprav je znano, da je za zmanjševanje neenakosti potrebno izboljšanje življenjskih razmer ljudi in zmanjšanje neenakosti v razporeditvi denarnih virov ter moči, je še vedno problematično področje, kako to doseči. Reševanje teh vprašanj zahteva sodelovanje poznavalcev različnih strok.
Reutter & Kushner	2010	Poročilo ekspertov	/	<p>Raziskave so pokazale, da je revščina eden največjih vzrokov za neenakosti v zdravju, saj ljudje, ki živijo v revščini, veliko težje pridejo do zdravstvenih storitev, jih plačajo in uporabljajo, prav tako pa se revni pogosto sploh ne zavedajo storitev, ki so jim na voljo in do katerih imajo pravico, kar je pogosto povezano tudi z nižjo izobrazbo te skupine.</p> <p>Zdravstvena nega ima jasno vlogo, da zagotovi dostop do zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva ter da skrbi za tiste ki se srečujejo z nepravilnostmi in neenakostmi v zdravju. Medicinske sestre morajo razumeti socialni, politični, gospodarski in zgodovinski kontekst zdravstvenih neenakosti in reševati te neenakosti s pomočjo primerne politike. Priporočila za zmanjševanje neenakosti v zdravju z vidika zdravstvene nege se nanašajo na izobraževanja in številne raziskave, ki bi pripomogle h koraku naprej v zmanjševanju</p>

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				neenakosti v zdravju z delovanjem na področju socialnih determinant zdravja. Medicinske sestre so tiste, ki imajo največji del svojega delovnega časa stik s posameznikom in družinami in tako najlažje prepoznajo neenakosti v zdravju. Reševanje neenakosti v zdravju je torej v prvi vrsti v pristojnosti zdravstvene nege kot stroke, vendar je le vloga zdravstvene nege v veliki večini primerov premalo, zato je nujno potrebno tudi sodelovanje drugih sektorjev in služb.
Robinson, 2008	2008	Poročilo ekspertov	/	Predvideni ukrepi nekaterih vlad, ki si prizadevajo zmanjšati oziroma odpraviti neenakosti v zdravju, predstavljajo veliko breme in pritisk za medicinske sestre oziroma zaposlene v zdravstveni negi. Vedno več je namreč težnje po preprečevanju bolezni in promociji zdravja, za katero so zadolžene ravno medicinske sestre. Omenjene delujejo na področju promocije zdravja skozi različne delavnice za preprečevanje nekaterih bolezni in s tem poskušajo vzpostaviti enakopraven odnos do vseh članov družbe in vsem zagotoviti možnost pridobitve enakih informacij in pogojev za obvladovanje bolezni ter s tem zmanjševati neenakosti v zdravju, ki se pojavljajo zaradi socialnih determinant zdravja.

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
Rohregger, et al.	2010	Poročilo ekspertov	Zaključki dveh ocenjevalnih poročil Slovenija	<p>V Sloveniji so neenakosti v zdravju z vidika vpliva socialnih determinant zdravja opazne predvsem v zvezi z revščino, saj je najbolj nazoren primer brezdomcev, ki kljub obveznemu zavarovanju, ki zagotavlja prost dostop do zdravstvenega varstva, niso vključeni v sistem.</p> <p>Za reševanje problema neenakosti in socialnih determinant zdravja je potrebno razviti zdravstveno-ekonomski pristop k socialnim determinantam zdravja in neenakostim v zdravju. Izboljšati je potrebno medsektorsko sodelovanje, ki naj postane stalnica. Poleg tega pa bi bilo treba izboljšati tudi delovanje zdravstvenega sektorja, torej razmisliti o tem, kako izboljšati dostopnost do zdravstvenih storitev za ranljive skupine, na drugi strani pa okrepiti znanje in razumevanje o spoprijemanju z neenakostmi v zdravju in socialnimi determinantami zdravja pri delavcih v zdravstvu.</p>
Stringhini, et al.	2017	Multikohortna raziskava in meta analiza	Vzorec zajema 1,7 milijona žensk in moških Velika Britanija, Francija, Švica, Portugalska, Italija, Združene države Amerike, Avstralija	Raziskava je pokazala neodvisno povezavo med socialno-ekonomskim statusom in dejavniki tveganja za obolevnost. Ugotavljajo, da je socialno-ekonomski status dejavnik večjega tveganja za bolezni in prezgodnjo umrljivost, kot sta uživanje alkohola in debelost ter je skoraj izenačen s tveganjem, ki ga predstavlja telesna nedejavnost.

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				Nižji socialni status v povprečju zniža življenjsko dobo za 25 mesecev.
SZO	2009	Poročilo ekspertov	/	Izjemno pomembno vlogo pri preprečevanju in odpravljanju neenakosti v zdravju imajo različne raziskovalne ustanove, saj so nadaljnje raziskave na tem področju nujno potrebne, med njimi tudi ustanove, ki delujejo na področju zdravstvene nege.
Ule & Kamin	2012	Poročilo ekspertov	/	Raziskave kažejo, da je med razvitimi državami najboljšo zdravje značilno za države, ki imajo najmanjše razlike med bogatimi in revnimi oziroma države, ki so najbolj egalitarne.

Identificirali smo 63 kod, ki smo jih glede na njihove lastnosti in medsebojne povezave združili v 4 vsebinske kategorije, in sicer: najpogostejše socialne determinante tveganja za neenakosti v zdravju, kazalnike neenakosti v zdravju kot posledica socialnih determinant zdravja, vlogo zdravstvenih delavcev pri odpravljanju neenakosti v zdravju ter druge ukrepe za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Kategorije, kode in podatke o avtorjih prikazuje tabela 3.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Najpogostejše socialne determinante tveganja za neenakosti v zdravju	Socialno-ekonomski status – revščina – stanovanjske razmere – življenjske okoliščine – izobrazba – delovno okolje – transport/prometna politika – slaba prehrana – premalo gibanja – uživanje alkohola – kajenje – rasa – narodnost – zgodnji življenjski pogoji – razmerje med prihodki posameznikov – etnična pripadnost	Buzeti et al., 2011; Bambra et al., 2010; Flaskerud & DeLilly, 2012; Lee, 2010; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016; Lucey & Maurana, 2007; Massey & Durrheim, 2006; Reutter & Kushner, 2010; Rohregger et al., 2010; Stringhini et al., 2017; Ule & Kamin, 2012

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 2: Kazalniki neenakosti v zdravju kot posledica socialnih determinant zdravja	Pričakovana življenjska doba – družbeni gradient – brezdomstvo – revščina – dostopnost do zdravstvenih storitev – slabše zavedanje pravic in storitev – egalitarnost – diskriminacija in stigmatizacija	Bambra et al., 2010; John & Law, 2011; Lee, 2010; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016; Massey & Durrheim, 2006; Reutter & Kushner, 2010; Ule & Kamin, 2012
Kategorija 3: Vloga zdravstvenih delavcev pri odpravljanju neenakosti v zdravju	Izziv za zdravstvene politike po celem svetu – sodelovanje z drugimi politikami – poslanstvo medicinske sestre – varovati in krepiti zdravje ljudi – vloga zagovornika – pomoč – zagotoviti dostop do zdravstvenih storitev – socialno varstvo – prepoznavanje družbenih dejavnikov tveganja – informacije in podpora – prilagoditev terapij zmožnostim in življenjskim pogojem – nediskriminiranje in neobsojanje – nudenje kulturno kompetentne zdravstvene nege – reševanje problema brezdomcev – izboljšanje zdravstvenega sistema – ustvariti okolje brez socialno-ekonomskih razlik – skrb za posameznika – izobraževanje – okrepiti znanje zdravstvenih delavcev – raziskovanje – vključiti raziskovalne ustanove – zgodnja prepoznavna neenakosti – promocija zdravja – delavnice – preventiva bolezni	Buzeti et al., 2011; Carey & Crammond, 2015; John & Law, 2011; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016; Lucey & Maurana, 2007; Massey & Durrheim, 2006; Reutter & Kushner, 2010; Robinson, 2008; Rohregger et al., 2010; SZO, 2009
Kategorija 4: Drugi ukrepi za zmanjševanje neenakosti v zdravju	Oblikovanje politik – izobraževanje – oblikovanje zdravstvenega sistema – urejena stanovanjska politika – urejeno delovno okolje – spremembe usmerjene v vlado in politiko – poznavanje, razumevanje, usmerjanje političnega delovanja, partnerstva med skupnostmi – ukvarjanje z revščino – ureditev okoliščin, kjer ljudje živijo – pridružiti ne-zdravstvene sektorje – skupna obravnava socialnih determinant zdravja – pravična razporeditev denarnih virov in moči – izboljšanje medsektorskega delovanja – zdravstveno-ekonomski pristop	Bambra et al., 2010; Carey & Crammond, 2015; Lee, 2010; Lucey & Maurana, 2007; Newman et al., 2015; Preda & Voight, 2015; Reutter & Kushner, 2010; Robinson, 2008; Rohregger et al., 2010;

2.5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo ugotavljali socialne determinante zdravja, ki najpogosteje povzročajo neenakosti v zdravju ter vlogo zaposlenih v zdravstveni negi pri zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja.

Medtem ko smo v literaturi prepoznali vrsto socialnih determinant zdravja, ki povzročajo neenakosti v zdravju, pa smo ugotovili, da je kljub aktualnosti te problematike literature o vlogi zdravstvenih delavcev zelo malo, kar je omejilo poglobljenost naših ugotovitev.

Ugotovili smo, da so najpogostejše socialne determinante zdravja, ki v prvi vrsti povzročajo neenakosti v zdravju socialno-ekonomski status, revščina in izobrazba, z njimi pa so posledično povezane tudi ostale determinante. Zdravje namreč sledi socialnemu gradientu, in boljši kot je socialno-ekonomski status, boljše je zdravje (Bambra, et al., 2010). Socialno-ekonomski dejavniki so tisti, ki imajo velik vpliv na različne izide zdravja, kot so pričakovana življenjska doba, umrljivost, obolevnost ter tudi dostopnost in uporaba zdravstvenih storitev (Buzeti, et al., 2011). Dokazov o povezavi med socialno-ekonomskim statusom in rezultatom različnih bolezni je veliko. Nižji socialno-ekonomski status se odraža v revščini ter posledično nizki izobrazbi, kar je v veliki večini primerov povezano s pojavom številnih hudih bolezni in slabim zdravstvenim stanjem na splošno (Flaskerud & DeLilly, 2012). Tako je bila na primer v Sloveniji umrljivost dojenčkov mater, ki so dosegle najmanj višjo stopnjo izobrazbe v letih od 2004 do 2008 2,8 na 1000 živorojenih otrok, medtem ko je bila umrljivost dojenčkov mater z osnovnošolsko izobrazbo ali manj 7,3 na 1000 živorojenih otrok. Pomembno in zelo močno povezavo s stopnjo izobrazbe mater imajo tudi kazalniki kot so mrtvorojenost, perinatalna umrljivost in že omenjena umrljivost dojenčkov (Buzeti, et al., 2011). Prav tako obstaja veliko dokazov, da je socialno-ekonomski status posledično povezan z več dejavniki tveganja za smrt, ki so višji pri posameznikih z nižjim socialno-ekonomskim statusom (Flaskerud & DeLilly, 2012). Tudi Reutter & Kushner (2010) opredeljujeta revščino kot enega največjih vzrokov za pojav neenakosti v zdravju, saj imajo ljudje, ki živijo v revščini, manjše možnosti dostopanja do zdravstvenih storitev, prav tako pa se pogosto sploh ne zavedajo storitev, ki so jim na voljo in do katerih imajo pravico, kar je pogosto povezano tudi z njihovo nižjo izobrazbo. Flaskerud & DeLilly (2012) v svojem članku opozarjata, da je socialno-ekonomski status že dolgo eden temeljnih vzrokov bolezni. Boljše zdravje in daljša življenjska doba ljudi, ki imajo denar, moč in prestiž, je bilo značilno že v času, ko so bile glavni vzrok umrljivosti nalezljive bolezni, slabe sanitarne razmere in

prenatrpanost. Enako pa je tudi danes, ko grožnje ne predstavljajo več samo nalezljive bolezni, temveč so tu tudi moderne bolezni, kot so bolezni srca in rakava obolenja. Še vedno so na udaru ljudje iz nižjih socialnih slojev, ki imajo povišane dejavnike tveganja za umrljivost, npr. slaba prehrana, premalo gibanja, uživanje alkohola in kajenje. Podobno ugotavljajo tudi Buzeti in sodelavci (2011), ki v svojem poročilu navajajo, da so v Sloveniji otroci in odrasli, ki izhajajo iz socialno-ekonomsko šibkejših družin, v večini manj pogosto telesno aktivni in se prehranjujejo manj zdravo. Posledično se v povezavi z nižjim socialno-ekonomskim statusom in nižjo izobrazbo opaža tudi povezava s prekomerno telesno težo in debelostjo, saj je delež debelih višji pri tistih z nižjo stopnjo izobrazbe. Iz omenjenih socialnih determinant zdravja izhajajo še druge socialne determinante zdravja, ki vplivajo na kakovost zdravja posameznikov. Socialno-ekonomski dejavniki namreč vplivajo tudi na okolje in zgodnje življenjske pogoje, ki imajo pomemben vpliv na naše zdravje. Tu govorimo tudi o delovnem okolju oziroma področju, kjer obstajajo dokazi, da se zdravstveno stanje posameznikov, ki so zaposleni na različnih ravneh, razlikuje. Pomemben vpliv na zdravje in neenakosti na področju zdravja ima tudi transport oziroma prometna politika, čeprav je bilo na tem področju izvedeno relativno malo raziskav (Bambra, et al., 2010). Pomemben dejavnik tveganja za obolevnost in prezgodnjo umrljivost, ki je v tesni povezavi s socialno-ekonomskim statusom in izobrazbo, predstavlja tudi uživanje alkohola. V Sloveniji se na tem področju kažejo neenakosti že med obema spoloma, saj imajo moški 5-krat večje tveganje za čezmerno pitje kot ženske. Prav tako je moč opaziti, da je pri moških večji delež uživalcev alkohola med nižje izobraženimi posamezniki. Višjo stopnjo umrljivosti pri posameznikih, ki izhajajo iz nižjih socialno-ekonomskih skupin, lahko opazimo tudi pri kajenju. Pogosteje namreč kadijo in umirajo nižje izobraženi posamezniki, delež kadilcev pa je prav tako višji med brezposelnimi, kar je verjetno povezano tudi z manjšo stopnjo zaposlenosti nižje izobraženih posameznikov (Buzeti, et al., 2011). Raziskave kažejo tudi povezavo etnične pripadnosti z zdravjem, in sicer iz razloga, ker nekatere rasne oziroma etnične manjšine doživljajo nizek socialno-ekonomski status. To posledično pomeni, da so revnejši in imajo manj možnosti, da bi se izognili nevarnostim in zmanjšali posledice bolezni, ko se te pojavijo (Flaskerud & DeLilly, 2012). Tudi Stringhini in sodelavci (2017) ugotavljajo velik pomen socialnih determinant zdravja. V svoji obsežni raziskavi primerjajo prispevek socialno-ekonomskega položaja k

smrtnosti in pričakovanem trajanju življenja ter pri tem upoštevajo nekatere dejavnike tveganja, kot so visok vnos alkohola, telesna nedejavnost, kajenje, povišan krvni tlak, sladkorna bolezen, debelost. Raziskava je pokazala neodvisno povezavo med socialno-ekonomskim statusom in dejavniki tveganja za obolevnost. Nizek socialno-ekonomski status je namreč povezan z umrljivostjo in obolevnostjo v povezavi z vsemi dejavniki tveganja. Rezultati raziskave so pokazali, da nižji družbeni status v povprečju zniža življenjsko dobo za 25 mesecev, zloraba alkohola za šest in debelost za osem mesecev. Diabetes predstavlja tveganje, da se življenjska doba v povprečju zniža za 3,9 leta, kajenje za 4,8 leta, fizična nedejavnost pa za 2,4 leta.

Zgoraj omenjene socialne determinante zdravja, ki povzročajo neenakosti v zdravju, se kažejo tudi skozi različne kazalnike, kot so pričakovana življenjska doba, družbeni gradient, brezdomstvo, revščina, dostopnost do zdravstvenih storitev, slabše zavedanje pravic in storitev ter družbena egalitarnost. Eden izmed kazalnikov neenakosti je pričakovana življenjska doba ob rojstvu, ki se giblje tudi od 34 let v Sierra Leone pa vse do 81 let na Japonskem. V Združenih državah Amerike lahko na primer opazimo 20-letni razkorak v pričakovani življenjski dobi med najbolj in najmanj privilegiranimi skupinami prebivalstva (Marmot, 2005). Eden izmed takih kazalnikov je tudi problem brezdomcev. V Sloveniji ima večina prebivalcev dober dostop do socialne in zdravstvene oskrbe, vendar kljub zagotavljanju splošne pravice do zdravstvenega varstva obstajajo neenakosti, kar lahko zasledimo na primeru brezdomcev, ki kljub obveznemu zavarovanju, ki zagotavlja prost dostop do zdravstvenega varstva, niso vključeni v sistem. Tak primer pa niso le brezdomci, temveč tudi nekatere druge socialno ogrožene skupine, kot so prekarni delavci, izbrisani, migranti in podobno (Rohregger, et al., 2010; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016). Dostop do zdravstvenih storitev je v veliki meri določen tudi skozi odnos med neenakostmi v dohodkih in zdravjem, saj se višja umrljivost in slabše zdravstveno stanje pojavljata v družbah z višjimi dohodkovnimi neenakostmi (Massey & Durrheim, 2006). Podobno ugotavljata tudi Ule & Kamin (2012), ki menita, da v razvitih državah najboljše zdravje značilno za tiste države, ki so najbolj egalitarne oziroma so razlike med bogatimi in revnimi najmanjše. Egalitarne države imajo torej boljše socialno povezanost in močnejše skupnostno življenje, posledično pa to pomeni tudi boljše zdravje.

Naslednjo kategorijo oblikujejo kode, ki se nanašajo na vlogo zdravstvenih delavcev pri odpravljanju neenakosti v zdravju, saj je eno izmed raziskovalnih vprašanj tudi, kakšna je vloga zdravstvenih delavcev in zdravstvene nege pri zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja. S pregledom literature smo ugotovili, da imajo zdravstveni delavci in zdravstvena nega pomembno vlogo pri zmanjševanju zdravstvenih neenakosti, vendar je pri tem potrebno sodelovanje z drugimi politikami in institucijami. Socialno-ekonomske neenakosti in neenakosti v zdravju namreč predstavljajo enega največjih izzivov za zdravstvene politike in vodilne v zdravstvu po celem svetu (Lucey & Maurana, 2007; Reutter & Kushner, 2010; Buzeti, et al., 2011). Zdravstvena nega ima namreč jasno vlogo, da zagotovi dostop do zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva ter da na nek način skrbi za tiste, ki se srečujejo z nepravičnostmi in neenakostmi v zdravju (Reutter & Kushner, 2010). Zdravstvena nega kot stroka ima zapisano vlogo medicinske sestre kot zagovornice za zdravje družbe, ki temelji na načelih socialne pravičnosti (Massey & Durrheim, 2006). Njihovo poslanstvo je usmerjeno v varovanje in krepitev zdravja ljudi, hkrati pa, kot že omenjeno, delujejo kot njihovi zagovorniki in jim pomagajo, da bi imeli dostop do ustreznega zdravstvenega in socialnega varstva, informacij in podpore (John & Law, 2011). Medicinske sestre so torej tiste, ki morajo razumeti socialni, politični, gospodarski in zgodovinski kontekst zdravstvenih neenakosti in te neenakosti reševati s pomočjo primerne politike. Prav tako so medicinske sestre tiste, ki imajo največji del delovnega časa stik s pacientom oziroma posameznikom in družinami, zato so v večini primerov one tiste, ki najlažje prepoznajo neenakosti v zdravju (Reutter & Kushner, 2010). Skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci morajo torej ustvariti okolje, kjer so socialno-ekonomske razlike nesprejemljive, kar bi posledično pripeljalo do zmanjševanja neenakosti v zdravju (Massey & Durrheim, 2006). Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo s številnimi ranljivimi skupinami, zato morajo imeti tudi ustrezna znanja za zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege. Z vidika preprečevanja stigmatiziranja in diskriminiranja pacientov je potrebno, da so občutljive na problematiko, povezano s kulturo, raso, etnično pripadnostjo, spolom in spolno orientacijo. Prav tako je pomembno, da spoštujejo različne kulturne prakse, prepoznavajo dejavnike tveganja povezane s socio-demografskimi determinantami ter

prilagajajo zdravstveno oskrbo potrebam posameznika. Pomembno je, da se izogibajo obsojajočim odnosom ter da se na občutljiv način pozanimajo, ali ima pacient težave z dostopom do zdravstvenega zavarovanja in sistema ter mu po svojim močeh pomagajo. Prav tako morajo biti zdravstveni delavci zelo pozorni na dejavnike tveganja, povezane z že prej omenjeno revščino in posledično socialno izključenostjo (Lipovec Čebren & Pistotnik, 2016).

Predvideni ukrepi nekaterih vlad, ki si prizadevajo zmanjšati ali odpraviti neenakosti v zdravju predstavljajo veliko breme in pritisk na omenjen kader, torej na medicinske sestre oziroma zaposlene v zdravstveni negi. Na to temo je namreč vedno več težnje po preprečevanju bolezni in promociji zdravja, za katero so zadolžene ravno medicinske sestre. Te delujejo na področju promocije zdravja skozi različne preventivne delavnice. S tem poskušajo vzpostaviti enakopraven odnos do vseh članov družbe in vsem zagotoviti možnost pridobitve enakih informacij in pogojev za obvladovanje bolezni ter s tem zmanjševati neenakosti v zdravju, ki se pojavljajo zaradi socialnih determinant zdravja (Robinson, 2008). Vendar pa je za uspešno zmanjševanje oziroma odpravljanje neenakosti v zdravju potrebno sodelovanje različnih sektorjev in politik, saj neenakosti v zdravju niso odvisne le od zdravstvenega sektorja, kar je v svojem poročilu opredelila tudi Komisija za socialne determinante zdravja, ki jo je ustanovila Svetovna zdravstvena organizacija. Za doseganje enakosti na področju zdravja je namreč bistvena vloga vladnih ukrepov, ki jih kasneje uresničuje javni sektor, v sodelovanju z zasebnimi sektorji. Glavno priporočilo Komisije je potreba po usklajenosti različnih sektorjev pri oblikovanju in ukrepanju na področju determinant zdravja (SZO, 2009). Podobno ugotavljata tudi Carrey & Crammond (2015), ki trdita, da so kot zmogljivi in učinkoviti ukrepi na področju socialnih neenakosti v zdravju vedno bolj mišljeni in učinkoviti tisti, ki so usmerjeni v delovanje in spremembe na področju ne-zdravstvenih politik, vendar vseeno vodijo do zdravstvenih izidov in rezultatov, torej ne le na ukrepe, ki zajemajo samo zdravstveno politiko in zdravstveni sektor. Z vključevanjem ostalih politik pri reševanju problema neenakosti se strinjajo tudi drugi avtorji (Marmot, 2005; SZO, 2009; Bambra, et al., 2010; Reutter & Kushner, 2010; Rohregger, et al., 2010; Buzeti, et al., 2011; Carrey & Crammond, 2015). Buzeti in sodelavci (2011) tako menijo, da je za preprečevanje nepravilnosti in neenakosti v zdravju treba zagotavljati enakost v zdravju

skozi vse politike, sisteme in programe ter da mora biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti na tem področju skupni cilj vseh sektorjev. Rohregger in sodelavci (2010) menijo, da je za reševanje problema neenakosti in socialnih determinant zdravja treba razviti zdravstveno-ekonomski pristop k socialnim determinantam zdravja in neenakostim v zdravju, prav tako pa je treba izboljšati medsektorsko sodelovanje, ki naj postane stalnica. Bambra in sodelavci (2010) so ugotovili, da je za odpravo neenakosti v zdravju potrebno tudi oblikovanje politik na področju izobraževanja, zdravstvenega sistema, stanovanjske politike delovnega okolja ter tudi na drugih področjih, ki lahko vplivajo na rešitev in odpravo zdravstvenih neenakosti. Ugotovitve s svojimi spoznanji podpirata tudi Massey & Durrheim (2006), ki menita, da so izjemno pomembni ukrepi na področju politike izobraževanja, zdravstva, socialnega varstva ter delovnih razmer. Poleg vsega pa bi bilo torej potrebno izboljšati tudi delovanje zdravstvenega sektorja oziroma razmisliti o tem, kako izboljšati dostopnost do zdravstvenih storitev za ranljive skupine, na drugi strani pa okrepiti znanje in razumevanje o spoprijemanju z neenakostmi v zdravju in socialnimi determinantami zdravja pri delavcih v zdravstvu. Kaže se namreč pomanjkanje v razvoju kadrov in kapacitet na področju socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju, ki sta še kako pomembna za prihodnji razvoj učinkovitih politik (Rohregger, et al., 2010). Izjemno pomembno vlogo pri preprečevanju in odpravljanju neenakosti v zdravju imajo tudi različne raziskovalne ustanove, saj so nadaljnje raziskave na tem področju nujno potrebne (SZO, 2009). Priporočila za zmanjševanje neenakosti v zdravju z vidika zdravstvene nege se nanašajo na izobraževanja in številne raziskave, ki bi pripomogle h koraku naprej v zmanjševanju neenakosti v zdravju z delovanjem na področju socialnih determinant zdravja. Če povzamemo, je torej reševanje neenakosti v zdravju v prvi vrsti v pristojnosti zdravstvene nege kot stroke, vendar je le vloga zdravstvene nege v veliki večini primerov premalo, zato je nujno potrebno tudi sodelovanje drugih sektorjev in služb. Pri tem pa je pomembno, da priznavamo in obravnavamo številne družbene ovire ter omejitve, ki se pojavljajo v zdravstveni negi kot stroki (Reutter & Kushner, 2010).

Skozi pregled literature smo ugotovili, da za zmanjševanje in odpravljanje neenakosti v zdravju v povezavi s socialnimi determinantami zdravja niso dovolj le zdravstveni delavci in zdravstvena nega kot stroka, temveč je potrebno močno sodelovanje z

drugimi sektorji in politikami. Iz tega razloga smo oblikovali tudi zadnjo kategorijo, ki opredeljuje druge ukrepe za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Za namen zmanjševanja in odpravljanja neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja je bila leta 2005 s strani Svetovne zdravstvene organizacije ustanovljena tudi neodvisna Komisija za socialne determinante zdravja, katere namen je bil povezati znanje z dejanji in s tem spodbuditi uveljavljanje načel socialne pravičnosti (Marmot, 2005; SZO, 2009). Omenjena komisija je oblikovala tri splošna načela ukrepanja oziroma glavna priporočila Komisije, in sicer: izboljšanje življenjskih razmer (izboljšanje življenjskih okoliščin, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo in se starajo), odpravljanje nepravilne porazdelitve moči, denarja in sredstev, kjer je potrebno zagotavljati enakost v zdravju skozi vse politike, sisteme in programe ter merjenje in razumevanje problema in ocena učinka ukrepov, kar pomeni, da bi bil potrebno vzpostaviti državne in globalne sisteme za nadzor enakosti v zdravju (SZO, 2009). Svetovna zdravstvena organizacija je prav tako naredila globalni akcijski načrt za preprečevanje in obvladovanje nenalezljivih bolezni in največ pozornosti namenila sedmim glavnim dejavnikom tveganja, ki so vezani predvsem na življenjski slog (alkohol, telesna nedejavnost, kajenje, visok krvni tlak, vnos soli in natrija, diabetes in debelost – tako imenovani 25 x 25 dejavniki tveganja), pri čemer je skupni cilj zmanjšanje prezgodnje umrljivosti zaradi nenalezljivih bolezni za 25 % do leta 2025 (Stringhini, et al., 2017). Poleg glavnih priporočil Komisije je jasno izražena potreba po že prej omenjenem medsektorskem sodelovanju in boljšem poznavanju in razumevanju ter usmerjanju političnega delovanja na področju socialnih determinant zdravja (Lee, 2010). Enako menita tudi Massey & Durrheim (2006), ki sta v svoji raziskavi prišla do spoznanja, da so socialni dejavniki eden največjih vzrokov za neenakosti na področju zdravja in da je potrebno pridobljena znanja in ugotovitve usmerjati na politično delovanje, hkrati pa je treba zagovarjati nego kot stroko, ki lahko spodbuja razvoj zdrave javne politike. Newman in sodelavci (2015) v svoji raziskavi prav tako ugotavljajo, da se je za zmanjševanje neenakosti v zdravju treba osredotočiti na postopke, s katerimi lahko dosežemo želene spremembe. Menijo, da je potrebna pridružitvev ne-zdravstvenih sektorjev in skupna obravnava socialnih determinant zdravja kot povzročitelja neenakosti v zdravju. Ugotovitvam se pridružujeta tudi Preda & Voight (2015), ki sta tudi mnenja, da reševanje vprašanj s področja neenakosti v

zdravju zahteva sodelovanje poznavalcev različnih strok, saj gre za zelo problematično področje, kjer še ni jasno kako ta cilj dejansko doseči. Pregled politik v nekaterih evropskih državah ugotavlja več poskusov ukrepanja na področju socialnih determinant zdravja. Nekateri ukrepi so bili pomembni za zdravje, to so npr. obdavčitev in davčne olajšave, starostna upokojitev, materinstvo in otroški dodatki, nadomestila za brezposelnost, stanovanjske politike, trg dela in podobno (Marmot, 2005). Avtorji so si enotni tudi glede pomembnosti izboljšanja življenjskih razmer ljudi in vpliva le teh na zdravje. Preda & Voight (2015) navajata, da je izredno pomembno izboljšati življenjske razmere ljudi in zmanjšati neenakosti v razporeditvi denarnih virov ter moči. Tudi Newman in sodelavci (2015) trdijo, da ureditev okoliščin, kjer ljudje živijo in delajo že dolgo velja za enega najbolj optimalnih načinov izboljšanja zdravja prebivalstva, vendar je zaskrbljujoč podatek, ki ga navajata Carey & Crammond (2015), in sicer, da so neenakosti v porazdelitvi socialnih determinant zdravja kljub vsemu v mnogih državah še vedno v porastu. Na porazdelitev virov in enakopravnosti socialno ekonomskega položaja se v svoji raziskavi opirajo tudi Stranghini in sodelavci (2017), ki menijo, da je obravnava različnih komponent socialno ekonomskega položaja, kot sta dohodkovna revščina in nizka izobrazba, zelo pomembni za izboljšanje zdravja prebivalstva. Treba bi bilo vlagati več truda v nadzor smrtonosnih bolezni in izboljšati zdravstvene sisteme v državah, prav tako pa bi k zmanjšanju neenakosti pripomoglo tudi ukvarjanje z revščino (Marmot, 2005; Lee, 2010). Poleg že omenjenih ukrepov za zmanjševanje neenakosti v zdravju pa Lucey & Maurana (2007) v svojem poročilu navajata tudi pomembnost partnerstev med skupnostmi, saj le-ta nudijo nabor sredstev in veščin, ki lahko blažijo posledice socialnih determinant v zvezi z zdravjem skupnosti. Partnerstva so bistvenega pomena za zagotavljanje na dokazih temelječih in pragmatičnih intervencij za zmanjševanje neenakosti v zdravju in krepitev zdravja prebivalstva.

2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava se osredotoča na socialne determinante neenakosti v zdravju in izziv, ki jih le te predstavljajo za zdravstveno nego in zaposlene v zdravstveni negi. Kljub omejitvam, ki smo jih upoštevali pri naboru literature, je zelo malo literature vezane konkretno na vlogo zdravstvene nege kot stroke. Veliko je namreč splošno napisanega o samih

socialnih determinantah zdravja, ki povzročajo neenakosti, malo pa o konkretnih ukrepih, ki bi ta problem lahko zmanjšali oziroma ga odpravili, predvsem z vidika zdravstvene nege in zaposlenih v tej stroki. Dodatna omejitev raziskave je vključenost gradiv, ki so bili dostopni le v celotnem besedilu. Iz analize smo namreč izločili vse zadetke, do katerih nismo imeli dostopa v celoti.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Menimo, da smo v diplomskem delu skozi sistematični pregled literature obravnavali aktualno problematiko, s katero se srečuje naša družba kot tudi zdravstveni delavci pri svojem delu. Prav tako smo v veliki meri ugotovili, kaj so največkrat vzroki za omenjene neenakosti v zdravju, ki jih povzročajo socialne determinante zdravja, kar pomeni, da se o tem problemu že govori in je prepoznan. Kljub temu bi bilo pomembno to področje še natančneje raziskati, predvsem z vidika vloge različnih strok za reševanje omenjenega problema. Natančno bi bilo treba opredeliti na kakšen način lahko posamezna stroka vpliva na zmanjševanje in odpravljanje neenakosti v zdravju. Prav tako bi bilo zanimivo raziskati, kako posamezniki iz določenih socialno-ekonomskih skupin občutijo te razlike, brez da bi pri tem upoštevali kazalnike, kot so umrljivost, obolevnost in podobno.

3 ZAKLJUČEK

Skozi pregled literature smo ugotovili, da neenakosti v zdravju obstajajo in jih je mogoče preprečiti, vendar se kljub temu še vedno povečujejo ter dandanes po vsem svetu predstavljajo aktualen problem in izziv tako za zdravstvene politike kot tudi za druge vpletene sektorje. Socialnih determinant zdravja, ki povzročajo neenakosti v zdravju, je veliko in so različne, hkrati pa so tudi medsebojno povezane. Večina zdravstvenih neenakosti izhaja iz socialno-ekonomskega statusa posameznika ali družbe, ki posledično vpliva na pojav ostalih determinant oziroma dejavnikov. Socialno-ekonomski status je namreč tisti, ki pogojuje okoliščine, v katerih ljudje živijo, stopnjo izobrazbe, ki jo dosežejo, delovno mesto in navsezadnje tudi dostop do zdravstvenih storitev oziroma enakost v zdravstvenem sistemu, kar posledično pomeni boljše ali slabše zdravje. Neenakosti v zdravju se kažejo skozi različne kazalnike, ki jih je treba spremljati, saj nam le konkretni podatki lahko pomagajo in nas usmerjajo k zmanjševanju in odpravljanju tega problema. Medicinske sestre in ostali zaposleni v zdravstveni negi imajo pri tem pomembno vlogo. Njihova naloga je zagotoviti dostop do zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva vsakemu posamezniku, ne glede na to iz katere socialno-ekonomske skupine prihaja. Truditi se morajo ustvarjati okolje, kjer neenakosti oziroma razlike zaradi socialno-ekonomskega statusa niso prisotne, hkrati pa upoštevati vsakega posameznika kot individuum in pri tem ne diskriminirati oziroma ne stigmatizirati na podlagi določenih lastnosti. Ugotovili smo tudi, da zgolj zdravstvena nega in zaposleni v zdravstveni negi sami ne morejo preprečiti, odpraviti ali zmanjšati neenakosti v zdravju. Pridružiti se jim morajo tudi zaposleni oziroma vodilni v drugih sektorjih, ki imajo kakršenkoli vpliv na socialne determinante zdravja. Potrebne so globalne spremembe politik in sodelovanje različnih sektorjev, prav tako pa tudi močno sodelovanje javnega sektorja z zasebnimi sektorji, ob tem pa morajo imeti vsi skupni cilj, in sicer zmanjšati oziroma odpraviti neenakosti v zdravju. Zanimarljiva ni niti vloga raziskovalnih ustanov, saj so kljub zavedanju problema nekatera področja še vedno neraziskana in so nadaljnje raziskave nujno potrebne. Menimo, da je potrebno tudi upoštevanje priporočil Komisije za socialne determinante zdravja, ki jo je ustanovila Svetovna zdravstvena organizacija, saj so se osredotočili na pomembne komponente neenakosti v zdravju, in sicer življenjske razmere, porazdelitev moči in

denarja ter oceno učinka ukrepov. Ugotovitve torej kažejo, da je v prvi vrsti treba izboljšati življenjske razmere ljudi in njihov socialno-ekonomski status in skozi to kasneje vplivati na kakovost njihovega zdravja.

V diplomskem delu smo se osredotočili na problem, ki je v naši družbi v današnjem času prisoten in prepoznan, vendar še vedno precej pereč. Naša spoznanja lahko pomagajo zaposlenim v zdravstveni negi predvsem z vidika pomembnosti prepoznavanja socialnih neenakosti in kasneje preprečevanja, zmanjševanja oziroma odpravljanja le-teh. zaposlene v zdravstveni negi je o tem problemu potrebno izobraževati in ozaveščati ter jih spodbujati k enakopravni obravnavi vsakega posameznika in krepitvi vloge zagovornika pacientovih pravic, predvsem tistih iz nižjih socialno-ekonomskih skupin. Kljub temu bi bile na tem področju potrebne še dodatne raziskave, predvsem z vidika vloge različnih strok za reševanje omenjenega problema. Treba bi bilo opredeliti naloge in ukrepe posamezne stroke za zmanjševanje in odpravljanje zdravstvenih neenakosti. Prav tako bi bilo zanimivo raziskati kako posamezniki iz določenih socialno-ekonomskih skupin občutijo te razlike, brez, da bi pri tem upoštevali kazalnike, ki jih sicer spremljamo v statističnih poročilih.

4 LITERATURA

Artnik, B., 2011. *Socio - ekonomske determinante. Zdravje in okolje: Izbrana poglavja, gradivo za študente (za interno uporabo)*. [pdf] Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 3-16. Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/5c7ba8bab6a9c3ff4713e25337dd8b41.pdf> [Accessed 3 March 2016].

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M. & Petticrew, M., 2010. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4), pp. 284-291.

Buzeti, T., Djomba, J.K., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klanšček, H., Kelšin, N., Kofol Bric, T., Koprivnikar, H., Korošev, A., Kovše, K., Maučec Zakotnik, J., Mihevc Ponikvar, B., Nadrag, P., Paulin, S., Pečar, J., Pečar Čad, S., Rok Simon, M., Tomšič, S., Truden Dobrin, P., Zadnik, V. & Zver, E., 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Buzeti, T. & Gobec, M., 2012. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 51, pp. 75-79.

Carey, G. & Crammond, B., 2015. Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*, 15, pp. 662-672.

Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, n.d. *Neenakosti v zdravju*. [online] Available at: <http://cZR.si/neenakosti-v-zdravju.aspx> [Accessed 27 April 2016].

Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Evropska zveza za javno zdravje, 2010. *Evropska listina za enakost v zdravju*. Ministrstvo za javno upravo.

Flaskerud, J.H. & DeLilly, C.R., 2012. Social determinants of Health Status. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), pp. 494-497.

Grahor, A., Gorenc, M., Harej, M., Jeglič, A., Kovačič, B., Kunič, T., Lovec, A., Lusicky, P., Pajnhart Jarc, T., Plut, A. & Vipotnik, S., 2009. *Zmanjševanje neenakosti in socialne determinante zdravja*. [pdf]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/5ab2d744631d82b0d4cc9fd53e8cfd84.pdf> [Accessed 6 May 2016].

Ivanuša, M., ed. 2009. *Zmanjševanje razlik v času ene generacije: izboljševanje enakosti na področju zdravja z vplivanjem na socialne determinante zdravja*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.

Ivanuša, M. & Buzeti, T., 2012. Zdravstveni sistem in neenakosti v zdravju. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo / [seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti v Novi Gorici, 19. in 20. aprila 2012]*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 8-12.

John, W. & Law, K., 2011. Addressing the health needs of the homeless. *British Journal of Community Nursing*, 16(3), pp. 134-139.

Kašnik Janet, M., 2012. Vloga javnega zdravja pri zmanjševanju neenakosti v zdravju. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo / [seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti v Novi Gorici, 19. in 20. aprila 2012]*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev

medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 32-35.

Lee, K., 2010. How do we move forward on the social determinants of health: the global governance challenges. *Critical Public Health*, 20(1), pp. 5-14.

Leskovšek, E., 2013. *Neenakosti v zdravju*. [online] Available at <http://beremizvljenje.si/index.php/neenakosti-v-zdravju/> [Accessed 22 June 2016].

Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S., 2016. Družbeno-ekonomski dejavniki, kultura in zdravje. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. [pdf] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [Accessed 6 June 2016].

Lucey, P. & Maurana, C.A., 2007. Partnerships to Address Social Determinants of Health. *Nursing Economic*, 25(3), pp. 179-182.

Marmot, M., 2005. Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365, pp. 1099-1104.

Massey, P. & Durrheim, D., 2006. Income inequality and health status: a nursing issue. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), pp. 84-88.

Newman, L., Baum, F., Javanparast, S., O'Rourke, K. & Carlon, L., 2015. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. *Health Promotion International*, 30(2), pp. 126-143.

Nordqvist C., 2015. *What is health? What does good health mean?* [online] Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/150999.php> [Accessed 27 February 2016].

Preda, A. & Voight, K., 2015. The Social Determinants of Health: Why Should We Care? *The American Journal of Bioethics*, 15(3), pp. 25-36.

Reutter, L. & Kushner, K.E., 2010. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), pp. 269-280.

Robinson, F., 2008. Tackling health inequalities – a key role for practice nurses. *Practice Nurse*, 35(7), pp. 11-12.

Rohregger, B., Brown, C., Bentley, C., Brookes, C., Davies, M., Scourfield, P., Jones, J., Buzeti, T. & Ivanuša, M., 2010. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji: Izsledki misije Svetovne zdravstvene organizacije za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju*. [pdf] Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: <http://cZR.si/files/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji-who-2010.pdf> [Accessed 20 June 2016].

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje: Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendano, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., d'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G.G., Krogh, V., Kelly-Irving, M., Layte, R., Lasserre, A.M., Marmot, M.G., Preisig, M., Shipley, M.J., Vollenweider, P., Zins, M., Kawachi, I., Steptoe, A., Mackenbach, J.P., Vineis, P. & Kivimaki, M., 2017. *Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women*. [pdf] The Lancet. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/abstract) [Accessed 7 February 2017].

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2009. *Zmanjševanje razlik v času ene generacije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Ule, M. & Kamin, T., 2012. Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdravstveno varstvo*, 51(1), pp. 1-4.

World Health Organization (WHO), 2012. *Social determinants of health*. [online] Available at: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ [Accessed 27 May 2016].

World Health Organization (WHO), 2016a. *Public health*. [online] Available at: <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/> [Accessed 5 May 2016].

World Health Organization (WHO), 2016b. *The determinants of health*. [online] Available at: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [Accessed 29 May 2016].