



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**

# **Félags- og mannvísindadeild**

**MA-ritgerð**

**félagsfræði**

Jöfnuður í heilsufari á Íslandi?

**Margrét Þorvaldsdóttir**

**Október 2010**

Leiðbeinandi: Dr. Guðbjörg Linda Rafnsdóttir

Nemandi: Margrét Þorvaldsdóttir

Kennitala: 100262-3209

## ÚTDRÁTTUR

Í þessari ritgerð er fjallað um ójöfnuð í heilsufari. Spurt er hvort finna megi tengsl á milli þjóðfélagsstöðu fólks og heilsufars hér á landi. Til að svara því er byggt á gögnum sem Lýðheilsustöð aflaði með lagskiptu tilviljunarúrtaki Íslendinga árið 2007. Til að leggja mat á heilsufar er stuðst við upplýsingar um tíu vanlíðunareinkenni sem ætla má að tengist álagi eða streitu. Fylgnimælingar eru gerðar með krosstöflum og „stepwise“ aðhvarfsgreiningu.

Helstu niðurstöður eru að öll þau vanlíðunareinkenni sem rannsóknin beinist að eru marktækt algengari hjá konum en körlum. Hjá báðum kynjum minnkar tíðni flestra vanlíðunareinkenna eftir því sem aldursflokkarnir eru eldri. Munur á milli kynja er minni í eldri aldurshópum en þeim yngri.

Marktæk neikvæð tengsl milli menntunar og vanlíðunareinkenna finnast í nokkrum tilfellum. Tengsl milli stöðu á vinnumarkaði og vanlíðunareinkenna eru meira afgerandi hjá konum. Marktæk neikvæð tengsl á milli tekna og vanlíðunareinkenna voru algengari hjá körlum.

Niðurstöður aðhvarfsgreiningar voru að aldur, kynferði og tekjur hefðu mest tengsl við vanlíðunareinkenni. Tengslin voru á þann veg að þeir eldri, tekjuháir og karlar fundu sjaldnar til vanlíðunareinkenna, en þeir yngri, tekjulágir og konur fundu oftar til vanlíðunareinkenna.

Því má segja að finna megi tengsl á milli þjóðfélagsstöðu fólks og heilsufar þess.

## FORMÁLI

Ritgerð þessi er 40 eininga meistaraþrófsritgerð í félagsfræði við Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. Ritgerðin var unnin undir handleiðslu dr. Guðbjargar Lindu Rafnsdóttur og vil ég þakka henni fyrir hvatningu og góða leiðsögn.

Í ritgerðinni er byggt á greiningu á hluta þeirra gagna sem Lýðheilsustöð og fleiri stofnanir öfluðu árið 2007, undir heitinu *Könnun á líðan og heilsu Íslendinga árið 2007*. Ég vil þakka Stefáni Hrafni Jónssyni hjá Lýðheilsustöð fyrir að veita mér aðgang að þessum gögnum.

Þá vil ég þakka Vinnueftirlitinu fyrir að veita mér vinnuaðstöðu við gagnavinnslu. Ástu Snorradóttur og öðru starfsfólki á Rannsóknardeild Vinnueftirlitsins færi ég einnig þakkir fyrir góða og skemmtilega samveru.

Ennfremur vil ég færa öllum þeim sem hafa veitt mér hvatningu og hjálp, í einu eða öðru formi, mínar innilegustu þakkir.

## EFNISYFIRLIT

ÚTDRÁTTUR .....	3
FORMÁLI .....	4
EFNISYFIRLIT .....	5
TÖFLUSKRÁ .....	6
MYNDASKRÁ .....	6
INNGANGUR .....	7
FRÆÐILEGT YFIRLIT .....	11
Ójöfnuður í heilsufari .....	11
Kynferði og heilsufar .....	27
Aldur og heilsufar .....	33
Lagskipting og heilsufar .....	36
<i>Menntun og heilsufar</i> .....	39
<i>Störf og heilsufar</i> .....	43
<i>Tekjur og heilsufar</i> .....	48
RANNSÓKNIN .....	52
<i>Rannsóknaraðferð</i> .....	52
<i>Þátttakendur</i> .....	55
NIÐURSTÖÐUR .....	58
<i>Kynferði og líðan</i> .....	60
<i>Aldur og líðan</i> .....	62
<i>Menntun og líðan</i> .....	64
<i>Störf og líðan</i> .....	66
<i>Tekjur og líðan</i> .....	68
<i>Aðhvarfsgreining</i> .....	70
<i>Samantekt aðhvarfsgreiningar</i> .....	73
UMRÆÐA .....	74
HEIMILDIR .....	81

## TÖFLUSKRÁ

Tafla 1.	Störf og staða á vinnumarkaði.....	53
Tafla 2.	Fjöldi, missing values, meðaltal, miðgildi, staðalfrávik, varíans, skewness og kurtosis frumbreyta og fylgibreyta.....	54
Tafla 3.	Fjöldi þátttakenda eftir kyni.....	56
Tafla 4.	Fjöldi þátttakenda eftir aldri og kyni.....	57
Tafla 5.	Menntun eftir aldri – karlar.....	59
Tafla 6.	Menntun eftir aldri – konur.....	59
Tafla 7.	Vanlíðunareinkenni eftir kyni.....	61
Tafla 8.	Vanlíðunareinkenni eftir aldri – karlar.....	62
Tafla 9.	Vanlíðunareinkenni eftir aldri – konur.....	62
Tafla 10.	Vanlíðunareinkenni eftir menntun – karlar.....	64
Tafla 11.	Vanlíðunareinkenni eftir menntun – konur.....	64
Tafla 12.	Vanlíðunareinkenni eftir störfum og stöðu á vinnumarkaði – karlar.....	66
Tafla 13.	Vanlíðunareinkenni eftir störfum og stöðu á vinnumarkaði – konur.....	66
Tafla 14.	Vanlíðunareinkenni eftir störfum – karlar.....	67
Tafla 15.	Vanlíðunareinkenni eftir störfum – konur.....	67
Tafla 16.	Vanlíðunareinkenni eftir tekjum – karlar.....	68
Tafla 17.	Vanlíðunareinkenni eftir tekjum – konur.....	68
Tafla 18.	Niðurstöður aðhvarfsgreiningar á vanlíðunarbreytum.....	70

## MYNDASKRÁ

Mynd 1.	Dánartíðni karla á ári, á hverja 100.000 íbúa í Englandi og Wales á árunum 1931-1991.....	17
Mynd 2.	Menntun út frá kynjum.....	58
Mynd 3.	Tekjuflokkar út frá kynjum.....	60
Mynd 4.	Fjöldi vanlíðunareinkenna eftir kynferði.....	61
Mynd 5.	Tíðni vanlíðunareinkenna meðal hinna yngstu.....	63
Mynd 6.	Tíðni vanlíðunareinkenna meðal hinna elstu.....	63

## INNGANGUR

Árið 1980 kom út í Bretlandi skýrsla sem fjallaði um heilsubresti og dánartíðni í Wales og Englandi á árunum 1950-1970. Þar kom fram að dánartíðni í flestum aldursbilum höfðu sterk tengsl við félags- og efnahagslega stöðu. Þessi skýrsla er jafnan kölluð „*Svarta skýrslan*“ og varð útkoma hennar til að beina athygli stjórnámálamanna og fræðimanna að ójöfnuði í heilsufari (Bartley, 2004, bls. 1). Claudia Cabrera (2005) heldur því fram að fyrir útkomu skýrslunnar, hafi almennt verið álitid að jafnræði væri í heilsufari, en skýrslan leiddi hins vegar í ljós að ójöfnuður í heilsufari hafði aukist undanfarin 30 ár (Cabrera, 2005, bls. 10). Í kjölfar skýrslunnar hefur farið fram mikil umræða um viðfangsefnið.

Í þessu MA-verkefni verður fjallað um tengsl heilsufars og þjóðfélagsstöðu. Í fyrri hlutanum sem er fræðilegur kafli verður fjallað um innlendar og erlendar rannsóknir á tengslum heilsufars og stéttarstöðu, aldurs og kynferðis. Í seinni hlutanum verður leitað svara við því hvort finna megi mun á heilsufari fólks eftir stéttarstöðu þess hér á landi. Einnig verður skoðað hvort kynferði eða aldur skipti einhverju máli í þeirri umræðu.

Megin rannsóknarspurningin snýst um hvort ójöfnuður í heilsufari sé til staðar á Íslandi. Með öðrum orðum hvort finna megi mun á heilsufari fólks eftir þjóðfélagsstöðu. Til að meta þjóðfélagsstöðu fólks er stuðst við upplýsingar um menntun fólks, tekjur þess og hvers konar störfum það gegnir. Einnig verður stuðst við upplýsingar um aldur og kynferði. Til að meta heilsufar eða líðan er stuðst við spurningar um nokkur vanlíðunareinkenni sem ætla má að tengist álagi eða streitu.

Til að svara þessum spurningum verður byggt á gögnum sem Lýðheilsustöð safnaði haustið 2007 í samvinnu við Landlæknisembættið, Vinnueftirlit ríkisins, Krabbameinsfélagið, Háskóla Íslands, Háskólann í Reykjavík, Landbúnaðarháskóla Íslands, Háskólann á Akureyri og Kennaraháskólann (sem nú er hluti af H.Í.) (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 2). Sendur var út spurningalistinn *Könnun á heilsu og líðan Íslendinga árið 2007* til 9.928 manna úrtaks íslenskra ríkisborgara á aldrinum 18-79 ára. Svarhlutfall var rúm 60% (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 4).

Það getur verið snúið að skilgreina í hverju heilsa felst. Skilgreining læknisfræðinnar á góðri heilsu felst í að engir sjúkdómar séu til staðar. Segja má að þetta sjónarhorn tengist læknisfræði sem varð til á 18. og 19. öldinni (Bury, 2005, bls. 1-3). Í bók sinni *Heilbrigði og samfélag* frá árinu 2005, fjallar Hermann Óskarsson um skilgreiningar félagsfræðingsins David Field á hugtökunum sjúkdómur (disease) og veikindi (illness) með tilliti til heilbrigðis. Þar vísar orðið sjúkdómur til „læknisfræðilegrar túlkunar á meinafræðilegum afbrigðileika“ og birtist í læknisfræðilega skilgreindum sjúkdómseinkennum. Veikindi, aftur á móti, birtast í sársauka- og óþægindatilfinningu og læknavisindin geta oft á tíðum ekki fundið skýringu á vanlíðan einstaklings út frá skilgreindum sjúkdómum. Hann bendir á að fólk geti gengið með hættulega sjúkdóma án þess að finna til nokkurra sjúkdómseinkenna. En þó að þetta tvennt geti verið aðskilið getur það vissulega farið saman, þ.e. að fólk sé bæði haldið sjúkdómi og veikindum, m.ö.o. sé veikt og líði illa (Hermann Óskarsson, 2005, bls. 33-34). Segja má að þetta MA-verkefni grundvallist á gögnum um veikindi. Mikill hluti þess sem skrifað hefur verið á sviði faraldsfræði eða um ójöfnuð í heilsufari fjallar aftur á móti eingöngu um sjúkdóma eða dánartíðni.

Heilsa spannar yfir stórt svið mannglegrar reynslu eða allt frá vægustu veikinda-einkennum til lífshættulegra sjúkdóma. Því er ekki að undra að þetta sé flókið svið (Bury, 2005, bls. 58). Nokkrar aðferðir eru notaðar til að mæla heilsufar. Til dæmis er hægt að styðjast við dánartölur, skráningu á krabbameinum, eða að biðja fólk um að meta eigin heilsu (heilsufar almennt eða spyrja um tiltekin einkenni). Dánartölur segja ekki alla söguna um heilsufar. Dánarorsakir geta þó gefið fleiri vísbendingar. Dánarorsök segir þó ekki alla söguna um heilsufar fólks í lifanda lífi, heldur einungis um hvað varð fólki að aldurtíla (Wilkinson, 1996, bls. 55-56). M.ö.o. fólk getur verið með sjúkdóm á lokastigi en dáið í slysi og þá er dánarorsökin slys. Mikið af þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið á þessu sviði fjalla um dánartíðni og dreifingu alvarlegra sjúkdóma, s.s. hjarta- og æðasjúkdóma milli ólíkra þjóðfélags hópa. Það er svolítið á skjön við viðfangsefni þessarar rannsóknar sem beinist að líðan fólks. Hins vegar bendir Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (2005) á það í grein sinni *Ójöfnuður í heilsufari á Íslandi* að langlífi sé „að sínu leyti mælikvarði á heilsu.“ (bls. 21).



Johannes Siegrist og Michael Marmot (2004) hafa bent á að þó svo að þjóðfélag án ójöfnuðar fyrirfinnist ekki, sé ekki þar með sagt að rannsóknir á félagslegum ójöfnuði í heilsufari hafi enga hagnýta þýðingu. Þeir benda á að ójöfnuður í heilsufari sé mismikill milli þjóðfélaga og því sé mjög mikilvægt að beina sjónum að orsökum ójöfnuðarins. Þeir segja að það geti verið sérstaklega hagnýtt þegar um er að ræða íhlutun eða afskipti hins opinbera í lýðheilsumálum. Þeir benda jafnframt á að út frá siðferðislegu sjónarmiði sé félagslegur ójöfnuður hvað varðar heilsufar ekki ásættanlegur, vegna þess að hann sé í mótsögn við þá grundvallar-kennisetningu að allir eigi að hafa jöfn tækifæri eða jafna lífsmöguleika (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1464). Það sjónarmið má finna víðar.

Í tilkynningu frá heilbrigðisráðuneytinu frá 16. mars 2009, segir að Framkvæmdastjórn Evrópusambandsins hafi sent orðsendingu um ójöfnuð í heilsufari til aðildarlanda sinna. Þar kemur fram að annars vegar sé um að ræða mun á heilsufari milli mismunandi hluta Evrópusambandsins, þ.e. milli landa. Fólk í nýjum ríkjum ESB (sem flest tilheyrir Austur-Evrópu) lifi að jafnaði mun skemur en íbúar Vestur-Evrópu og eigi færri heilsugóð ár. Hins vegar sé að finna heilsufarslegan mun á milli þeirra sem eru félagslega vel staddir og þeirra sem eru félagslega illa staddir í hverju landi fyrir sig. Ójöfnuður í heilsufari sé viðvarandi hvort sem gerður er samanburður eftir félags- og efnahagslegri stöðu fólks, menntun þess eða búsetu. Í tilkynningunni kemur fram að þessi munur sé ekki í samræmi við „skuldbindingar sambandsins um samstöðu og jöfn tækifæri borgaranna.“ Til þess að bregðast við þessu óskar Evrópusambandið „eftir hugmyndum frá fjölmörgum aðilum um aðgerðir til að draga úr ójöfnuði í heilsufari í hverju landi fyrir sig og í Evrópu sem heild.“ (Heilbrigðisráðuneytið, 2009). Þessi tilkynning bendir til þess að Evrópusambandið láti sig ójöfnuð í heilsufari varða og hafi sett sér það markmið að draga úr honum.

Eins og sjá má á ofangreindri umfjöllun er full ástæða til að kanna stöðu mála á Íslandi og fá fram mat á hvort og þá hvernig þjóðfélagsstaða hefur áhrif á heilsufar fólks hér á landi. Það er sem fyrr segir viðfangsefni þessarar rannsóknar. Í fyrri hlutanum verður farið vítt og breitt yfir fræðasviðið og fjallað um íslenskar og erlendar rannsóknir sem gerðar hafa verið á áhrifum stéttarstöðu, kynferðis og aldurs á heilsufar. Að því loknu verður gerð grein fyrir niðurstöðum gagnagreiningar úr *Könnun á heilsu og líðan Íslendinga árið 2007* og í kjölfar þess er

umræðukafli þar sem fjallað verður um niðurstöðurnar í samhengi við niðurstöður annarra rannsókna.

## FRÆÐILEGT YFIRLIT

### Ójöfnuður í heilsufari

Fræðimenn hafa fjallað um að orsakasamhengið milli heilsufars og ójöfnuðar geti mögulega verið með tvennum hætti. Annars vegar að heilsa einstaklingsins hafi áhrif á félagslega- og efnahagslega stöðu hans. Hins vegar að félagslegar aðstæður hafi áhrif á heilsu fólks. Til eru fræðimenn sem álíta að heilsa manna sé það sem ákvarðar aðra möguleika þeirra. Hugmyndir af þessu tagi eru nefndar valkenningar (health selection) og fela í sér að það sé heilsa fólks sem „velji“ fólk í ólíkar félagslegar stéttir. Þessa kenningu má hæglega styðja með því að benda á óhraustan einstakling sem ekki fær sömu atvinnutækifæri og hann hefði annars fengið, sem hefur áhrif á lífskjör hans, atvinnuöryggi og búsetu, minnkar möguleika hans á félagslegri þátttöku og þess að neyta holls matar, en eykur líkur á verra andrúmslofti, að hann verði fíknur að bráð og svo framvegis (Marmot, 1999, bls. 11-13). Með öðrum orðum er ekki litið svo á að lífsskilyrði fólks hafi áhrif á heilsu þess, heldur er heilsuhaustara fólk talið líklegra til að færast upp í stéttarstöðu, en heilsuveilla fólk til að færast niður í stéttarstöðu. Þ.e.a.s. að fólk veljist í þjóðfélagshópa á grundvelli heilsufars (Wilkinson, 1996, bls. 59). Þessi tengsl hafa verið rannsökuð með langtímarannsóknum á börnum í Bretlandi, fæddum árin 1946 og 1958. Í báðum tilfellum hefur komið í ljós að slæm heilsa hafi áhrif á félagslegan hreyfanleika niður á við, en í svo litlum mæli að slíkt geti ekki skýrt nema lítinn hluta af þeim mismun sem er á heilsu milli þjóðfélagshópa (Wilkinson, 1996, bls. 59).

Siegrist og Marmot segja að við upphaf 21. aldarinnar sé félagslegur ójöfnuður í heilsufari enn megin lýðheilsu vandamálið í hinum þróuðu löndum heims og þar séu Evrópulönd ekki undanskilin. Þeir benda á að niðurstöður rannsókna sýni mikinn breytileika í lífslíkum milli einstakra þjóða og á milli hópa innan sérhvers þjóðfélags. Að lífslíkur þeirra sem eru efstir í þjóðfélagsstiganum m.t.t. menntunar, tekna og starfa, séu 4 til 10 árum hærri en hjá þeim sem eru lægstir. Þessi félagslegi halli (social gradient) komi fram bæði hvað varðar dánartíðni (mortality) og tíðni sjúkdóma (morbidity) (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1463-1464). Eftir því sem einstaklingar eru ofar í þjóðfélagsstiganum, því betra sé heilsufar þeirra að jafnaði. Margir aðrir rannsækendur hafa komist að sömu eða

svipaðri niðurstöðu. En hversu gamlar eru rannsóknir af þessu tagi? David Leon (2001) segir að rannsóknir á ójöfnuði í heilsufari megi rekja allt aftur til miðrar 19. aldar og rannsóknirnar hafi fyrst í stað beinst að þeim mismuni sem finna mátti á heilsufari og tíðni sjúkdóma út frá landsvæðum. Síðan hafi rannsóknir meira farið að beinast að heilsufari innan einstakra samfélaga, skoðað út frá félagslegri og efnahagslegri stöðu einstaklinganna, þ.e. út frá störfum þeirra, menntun og tekjum. Hann segir að á síðari árum hafi athyglin í ríkari mæli beinst að ójöfnuði í heilsufari og sjúkdómum milli kynja eða kynþátta og bendir á að þessar mismunandi víddir ójöfnuðar í heilsufari séu ekki einangraðar hver frá annarri heldur tengist þær. Til dæmis hafi rannsóknir beinst að því að finna hve mikill breytileiki sé í heilsufari milli kynþátta þegar tekið hafi verið tillit til menntunar, tekna og annarra félags og efnahagslegra þátta (Leon, 2001, bls. 58). Cabrera (2005) segir að félagslegur halli í heilsufari fyrirfinnist í öllum þjóðfélögum, burtséð frá því á hvaða þróunarstigi þau eru (Cabrera, 2005, bls. 10). Sigrún Ólafsdóttir (2004) segir að ein fyrsta félagsfræðilega rannsóknin sem gerð var á sambandi stéttar og heilsufars hafi leitt í ljós að einstaklingar úr lágstétt væru líklegri en aðrir til að þjást af geðrænum vandamálum. Hún segir einnig að rannsóknir síðari tíma hafi staðfest að hástéttarfólk búi að jafnaði við betra heilsufar en lágstéttarfólk (Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 292). Rannsókn sem gerð var á algengi notkunar á geðdeyfðarlyfjum, kvíðastillandi og svefnlyfjum hér á landi árið 2001, sýndi neikvæð tengst milli hækkandi stéttarstöðu og lyfjanotkunar. Þ.e.a.s. eftir því sem menntun, tekjur eða starfsvirðing var meiri, því minni var neysla umræddra lyfja. Einnig kom fram að lyfjanotkun var mest hjá þeim sem voru ekki á vinnumarkaði (Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga, 2003, bls. 19-20).

Fyrr á öldum fólst heilbrigðisvandi Íslendinga fyrst og fremst í smit- og næringar-sjúkdómum. Frá 19. öldinni hefur dánartíðni lækkað og krónískir sjúkdómar orðið helstu dánarorsakir. Meðalævin hefur lengst, sem verður til þess að fólk fær í vaxandi mæli hægginga sjúkdóma sem geta þróast lengi áður en þeir leggja fólk að velli (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 336). Kenning um faraldsfræðileg umskipti (the theory of the epidemiologic transition), lýsir þeim breytingum sem orðið hafa á heilsu og sjúkdómamynstri á löngum tíma vegna hagfræðilegra, lýðfræðilegra og félagslegra þátta. Talað er um þrjú söguleg tímabil og miðast tímasetningar við

Vestur- og Mið-Evrópu, þó að tímasetningar eigi misvel við einstök lönd innan þess svæðis.

1. Skeið farsóttu og hungursneyðar, fyrir 1750
2. Skeið víkjandi farsóttu, frá 1750 og fram að aldamótunum 1900
3. Skeið hröfnunarsjúkdóma og sjúkdóma af mannavöldum, frá því um 1900 (Hermann Óskarsson, 2005, bls. 99).

Rúnar Vilhjálmsson (2000) segir að umskipti í sjúkdómamynstri þjóðarinnar verði ekki skýrð nægilega sem árangur af starfsemi og skipulagi heilbrigðisþjónustunnar eða út frá ákvörðunum heilbrigðisyfirvalda. Hann bendir á að félagfræðingar hafi sýnt fram á að efnahagsleg, menningarleg og félagsleg lífsskilyrði hafi áhrif á heilsufar fólks. Það eru þættir eins og heimilis- og uppeldisaðstæður, húsnæði, vinnuumhverfi, efnahagur, menntun, næring, vatn, sorphirða og frárennsli. Einnig almennt viðhorf til hollustu og útbreiðsla og þróun áhættutengdra lífnaðarháttu í samfélaginu (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 338).

James Colgrove segir í grein sinni *The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence*, að læknirinn og lýðfræðingurinn Thomas McKeown hafi staðhæft, að sú fólksfjöldgun sem hefur orðið frá síðari hluta 18. aldar megi rekja til félagslegra og efnahagslegra breytinga, fremur en til stefnumiðaðra aðgerða á sviði lýðheilsumála eða nýjunga á sviði læknisfræði. Þessar niðurstöður McKeown voru mjög umdeildar þegar þær voru settar fram, á 8. og 9. áratug 20. aldar (Colgrove, 2002, bls. 725).

Rannsóknir sem beinast að því að útskýra þann mismun sem er á lífslíkum ólíkra þjóðfélags hópa, beinast aðallega í þrjár áttir að mati Siegrist og Marmot (2004). Í fyrsta lagi beinast rannsóknir að áhrifum fósturskeiðs og umhverfis í frumbersku á ævilengd eða lífslíkur einstaklingsins. Í öðru lagi beinast rannsóknir að félagslegum breytileika fólks á miðjum aldri, nánar tiltekið heilsu-fjandsamlegri hegðun einstaklinga og hópa og neikvæðra tilfinninga sem geta leitt til streituvíðbragða. Þessi hegðun og tilfinningar eru skoðuð í samhengi við lífsskilyrði og vinnuskilyrði. Komið hefur í ljós að fyrir utan fyrstu ár ævinnar kemur félagslegur ójöfnuður í heilsufari hvað skýrast fram á miðjum aldri, en þá hafa staða fólks í atvinnulífinu og gæði vinnunnar sterkust tengsl við heilsuna. Þessi áhrif vinnunnar eru ekki aðeins bundin við hina efnislegu vídd, heldur felast þau einnig í sálfélagslega óvinveittu umhverfi. Í þriðja lagi beinast rannsóknir að

veigamiklum þáttum í þjóðfélagsgerðinni, en niðurstöður hafa sýnt að þættir eins og ójöfn tekjuskipting, mismunur milli einstakra landshluta (svæða), skortur á samheldni eða lítill félagsauður geta skipt miklu máli (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1464).

Bartley (2004) tilgreinir fjórar gerðir skýringa á ójöfnuði í heilsufari. Þær eru:

1. Hegðunar og menningarlegar skýringar (Behavioural and „Cultural“ Explanations)
2. Sál-félagslegt sjónarhorn (The Psycho-Social Model)
3. Efnishyggju skýringar (The „Materialist“ Model)
4. Æviferils-sjónarhorn (Life Course Approach)

*Í fyrsta lagi hegðunar og menningarlegar skýringar* (Behavioural and „Cultural“ Explanations) sem skýra ójöfnuð í heilsufari einkum út frá ólíkri menningu og hegðun efri og neðri stétta, sem birtist m.a. í að því tekjulægra sem fólk er, því líklegra er það til óæskilegra neysluvenja, s.s. neyslu á hvítu brauði og feitu kjöti. Það er jafnframt ólíklegra til neyslu á ávöxtum og grænmeti og til að stunda líkamsþjálfun. Hegðunar og menningarlegar skýringar benda til að þessi ólíka hegðun verði ekki eingöngu skýrð út frá tekjum, heldur því að einstaklingurinn láti stjórnast af tilteknum menningarlegum þáttum. Þessari umræðu svipar nokkuð til notkunar Bourdieu á hugtakinu habitus, sem nær yfir þá lærðu hegðun sem mótast með því að einstaklingur lagar sig að tilteknu félagslegu umhverfi á lífsleiðinni. Með tilteknum lífsstíl geta ákveðnir hópar leitast við að aðgreina sig frá öðrum og heilsusamlegir lifnaðarhættir geta þannig orðið hluti af slíku atferli. Rannsóknir hafa sýnt fram á mikil jákvæð tengsl menntunar og heilsusamlegrar hegðunar, þ.e. það fólk sem hefur meiri menntun hefur fremur en aðrir, tilhneigingu til að ástunda heilsusamlega lifnaðarhætti (Bartley, 2004, bls. 64-70).

*Í öðru lagi sál-félagslegt sjónarhorn* (The Psycho-Social Model) sem byggir á því hvernig tilfinningar sem verða til vegna ójöfnuðar, yfirráða og undirokunar, geta haft áhrif á líffræðilega starfsemi og á þann hátt rutt brautina fyrir sjúkdóma og veikindi. Bartley heldur því fram að þessi tegund skýringa eigi mestan hljómgrunn í dag. Greina má tvær megingerðir af sálfélagslegum áhættuþáttum. Annars vegar er um að ræða starfskröfur, sjálfræði við vinnu og vinnustreitu. Fjölmargar rannsóknir hafa leitað svara við þeirri spurningu hvort sambland af miklum kröfum og lítilli stjórn á eigin vinnu eða hversu mikið umfang vinnunnar er, auki líkur á hjartaáföllum

(Bartley, 2004, bls. 86; Karasek og Theorell, 1990, bls. 31-36). Hins vegar vitnar Bartley í Siegrist og félagar sem hafa fjallað um að ójafnvægi milli erfiðis og umbunar (Effort-Reward Imbalance - ERI) hafi slæm áhrif á heilsufar. Margar rannsóknir hafa sýnt að þeir starfsmenn sem fá litla umbun í formi launa, njóta lítills öryggis eða eiga litla möguleika á stöðuhækkunum hafa tilhneigingu til að hafa hærri blóðþrýsting, hærri blóðfitu og auknar líkur á hjartaáföllum. Að undir ákveðnum kringumstæðum sé fólki hættara við að leiðast út í fíknir fái það ekki nægilega umbun fyrir störf sín (Bartley, 2004, bls. 80-88).

Í þriðja lagi **efnishyggju skýringar** (The „Materialist“ Model) sem voru hinar einu sem voru viðurkenndar af höfundum *Svörtu skýrslunnar*. Þó hafa fæstar rannsóknir á ójöfnuði í heilsufari verið gerðar í þessum anda. Sýnt hefur verið fram á mismunandi dánarlíkur milli þeirra sem hafa háar tekjur og lágar tekjur í Bandaríkjunum og er álitid að þessi munur fari vaxandi. Fólk sem vinnur störf þar sem er mikil slyshætta, fær oft á tíðum lág laun. Þessi tengsl milli launa og vinnuaðstæðna veldur fylgni á milli lágra launa og fjölda slysa. Þó getum við ekki sagt að lág laun séu orsök fyrir slyshættu á sama hátt og að lág laun geti haft áhrif á gæði þess íbúðarhúsnæðis sem fólk býr í (Bartley; 2004, bls. 90-96).

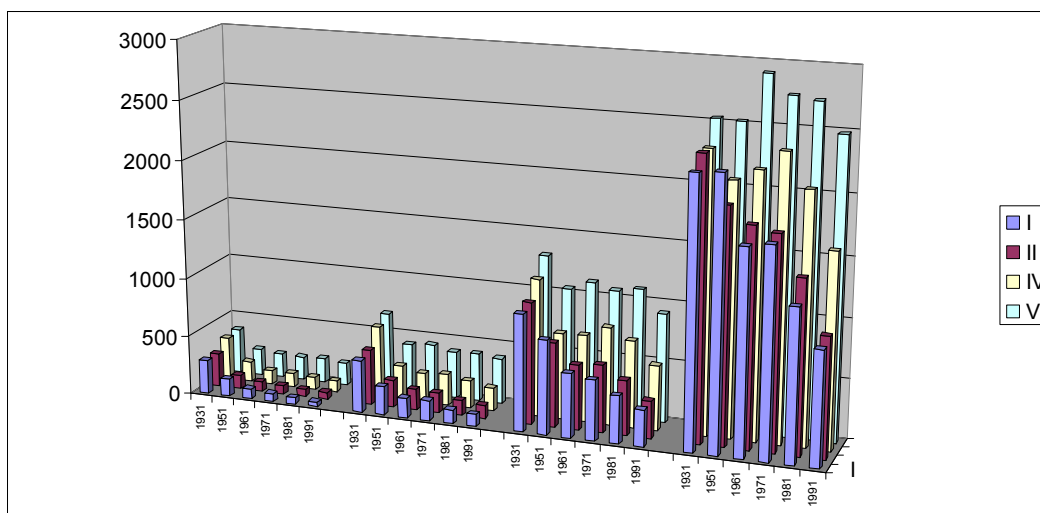
Í fjórða lagi **æviferils-sjónarhorn** (Life Course Approach). Þar er fjallað um hvernig ójöfnuður í heilsufari hleðst upp yfir ævina og ekki litið til einnar ástæðu heldur margra. Bartley nefnir í því sambandi rannsókn sem Lynch og félagar gerðu og byggðu hana á gögnum um 2600 finnska karla. Upplýsingar um tekjur voru tengdar við upplýsingar um dauða af völdum hjartaáfalla og annarra ástæðna. Í ljós kom að þeir sem búið höfðu við fátækt bæði í barnæsku og á fullorðinsárum komu verr út úr rannsókninni heldur en þeir sem höfðu risið úr fátækt á fullorðinsárum. Þeir sem höfðu búið við fátækt í æsku en ekki á fullorðinsárum voru aftur á móti ekki í meiri áhættu en þeir sem aldrei höfðu búið við slæm kjör. Einnig kom í ljós að þeir sem bjuggu við verri uppeldisaðstæður og við lágar tekjur á fullorðinsárum voru líklegri en aðrir til að taka þátt í áhættuhegðun (Bartley, 2004, bls. 103-113).

Félagsfræðingurinn William Cockerham gagnrýnir í bók sinni *Social Causes of Health and Disease* sem út kom árið 2007, hve lítill gaumur er gefinn að félagslegum þáttum í rannsóknum á heilsufari fólks. Með félagslegum þáttum á hann til

dæmis við streitu, fátækt, lága félagslega stöðu (status), óheilsusamlegan lífsstíl, slæma búsetu og slæmar vinnuaðstæður. Hann segir að streita sé eini þátturinn sem tekinn hafi verið til alvarlegrar skoðunar í rannsóknum á heilsufari fólks. Hann bendir á að líflæknisfræðin (biomedical model) sé allsráðandi í að skilgreina sjúkleika. Samkvæmt því eiga sjúkdómar sér einhvern sjúkdómafræðilegan uppruna s.s. vírusa, bakteríur eða erfðafræðilegar ástæður. Þá er lítið svo á að veikindi séu náttúrulegt fyrirbæri sem hafi ekkert með hið félagslega að gera. Cockerham álitur að þetta sjónarhorn hafi orðið svona sterkt og lífsseigt vegna þess að líflæknisfræðin hafi náð frábærum árangri í meðhöndlun smitsjúkdóma. Cockerham bendir á að sýnt hafi verið fram á að bættir lífnaðarhættir hafi haft meiri áhrif til að lækka dánar- og sjúkdómatíðni, heldur en nýjungar í læknisfræði og veltir fyrir sér hvers vegna þessum staðreyndum, sem allir eru þó sammála um, hafi svo lítið verið hampað (Cockerham, 2007, bls. 1-6). Í því sambandi hefur verið bent á að dánartíðni vegna ýmissa sjúkdóma hafi lækkað stórlega áður en byrjað var að gera ónæmisáðgerðir vegna þeirra (Wilkinson, 1996, bls. 66; Ólafur Ólafsson, 2004, bls. 21; Colgrove, 2002, bls. 726). Jafnframt er álitnið að framfarir í læknávisindum eigi aðeins þátt í 20% af þeirri auknu ævilengd sem orðið hefur á 20. öldinni (Wilkinson, 1996, bls. 67).

Meðalævilengd jókst stórlega á Vesturlöndum á 20. öld. Á tímabilinu 1931-1991 minnkuðu heildar dánarlíkur stöðugt á öllum aldursbilum í Englandi og Wales. Á sama tíma hækkuðu dánarlíkur að tiltölu hjá þeim stéttum sem höfðu minni forréttindi þ.e.a.s. hækkuðu samanborið við heildina (Bartley, 2004, bls. 4). Á mynd 1 má sjá dánartíðni karla á 10 ára fresti, í Englandi og Wales á árunum 1931-1991, að undanskildu árinu 1941, en það ár var ekkert manntal tekið vegna síðari heimsstyrjaldarinnar. Aldursbilin eru eftirfarandi: 25-34 ára, lengst til vinstri, síðan 35-44 ára, þar næst 45-54 ára og 55-64 ára, lengst til hægri. Í stétt I eru sérfræðingar, í stétt II eru stjórnendur, í stétt IV eru sérhæfðir starfsmenn og í stétt V eru ófaglærðir verkamenn. Stétt III er sleppt í þessum samanburði því að ekki eru notaðar sömu skilgreiningar á öllum tímabilum. Þessi samanburður á dánarlíkum út frá stéttarstöðu nær einungis til karla. Það er vegna þess að í Bretlandi fer skipun í stéttir eftir þeim störfum sem fólk innir af hendi, en störf kvenna eru illa skráð í opinbera tölfræði (Bartley, 2004, bls. 3-6).





Mynd 1. Dánartíðni karla á ári, á hverja 100.000 íbúa í Englandi og Wales á árunum 1931-1991.

Á mynd 1 má sjá að á fyrstu áratugunum var dánartíðnin ekki alltaf lægst í stétt I. Árið 1951 er dánartíðnin lægst hjá stétt II í öllum aldursflokkum. Árið 1961 er dánartíðnin orðin lægst í stétt I, nema hjá yngsta aldursflokknum, en þar er munurinn mjög lítill milli stéttar I og II. Eftir 1971 er lægsta dánartíðnin alltaf í stétt I og munur á milli efri og neðri stéttanna hefur aukist yfir tímabilið. Þó að ævilengd og lífslíkur hafi aukist, hefur ójöfnuðurinn í ævilengd einnig aukist. M.ö.o. meðalævilengd ólíkra þjóðfélagshópa hefur aukist misjafnlega mikið (Bartley, 2004, bls. 5).

Á Íslandi, líkt og í öðrum löndum heims, er meðalævilengd karla styttri en meðalævilengd kvenna. Íslenskir karlar gátu árið 2006 vænst þess að ná 79,4 ára aldri, en konur 83,0 árum. Munurinn á meðalaldrinum kynjanna er því 3,6 ár. Á sjöunda og áttunda áratug 20. aldarinnar var munurinn á milli kynjanna aftur á móti 6 ár. Því má segja að dregið hafi saman með kynjunum í meðalævilengd. Það er vegna þess að lífslíkur karla á Íslandi hafa aukist meira en lífslíkur kvenna á Íslandi. Nú verða karlar á Íslandi með allra elstu körlum, en konur á Íslandi hafa ekki lengur þá forystu í ævilengd sem þær höfðu fyrir örfáum áratugum. Svipuð þróun hefur orðið í mörgum löndum Evrópu og einkum á Norðurlöndum (Hagstofa Íslands). Sem dæmi má nefna að sænskar konur verða að meðaltali 84 ára gamlar, en sænskir karlar 80 ára. Þegar borinn er saman lífaldur fólks í löndum Evrópusambandsins lenda sænskar konur í sjöunda sæti en sænskir karlar í því fjórða (Hedbom, 2008). Marie Berlin (2010) segir að konur í Svíþjóð lifi að meðaltali lengur en karlar í Svíþjóð og að mismunurinn á meðalævilengd karla og kvenna sé meiri í dag en hann var á 5. áratugnum. Á 6., 7. og 8. áratugnum

lengdist hins vegar meðalævi sænskra kvenna stöðugt, en meðalævi sænskra karla stóð svo að segja í stað. Það varð til þess að munurinn á meðalævi karla og kvenna jókst frá því að vera rúm 2 ár árið 1945, upp í að vera rúm 6 ár í lok 8. áratugarins. Frá 1980 hefur aftur á móti meðalævilengd sænskra karla aukist hraðar en sænskra kvenna og er munurinn á meðalævi kynjanna kominn niður í 4 ár (Berlin, 2010). Sally Macintyre (2001) bendir á að þó að dánartíðni karla hafi minnkað hraðar en hjá konum á Vesturlöndum síðustu áratugi, hafi dánartíðni karla aftur á móti aukist meira en hjá konum í Rússlandi, í kjölfar mikilla efnahagslegra erfiðleika. Hún veltir því fyrir sér hvort karlar séu viðkvæmari fyrir umhverfinu heldur en konur og bendir á í því samhengi að í sérhverjum aldursflokki er dánartíðni hærri hjá körlum en konum og er þar fósturskeiðið ekki undanskilið (Macintyre, 2001, bls. 290).

Margar skýringar á ójöfnuði í heilsufari og sjúkdómum innan og milli landa hafa tilhneigingu til að horfa framhjá tímaviddinni, t.d. bera saman landsframleiðslu á mann og dánartíðni á sama tíma. Leon bendir á að sum dánarmein séu þannig að að þeim sé enginn aðdragandi, s.s. umferðarslys. Önnur dánarmein, s.s. krabbamein eða hjarta- og æðasjúkómar hafa aftur á móti langan aðdraganda. Því má segja að t.d. dánartíðni vegna reykinga endurspegli reykingar í fortíðinni, en reykingar í dag spái fyrir um hver dánartíðnin af völdum þeirra verður í framtíðinni (Leon, 2001, bls. 60-61).

Þegar *Svarta skýrslan* kom út vöktu niðurstöður hennar undrun því almennt var álitnið að á síðari hluta 20. aldarinnar væru svokallaðir „velmegunarsjúkdómar“ (disease of affluent) megin vandamálið. Hjartasjúkdómar sem tengjast streitu, orkuríkri fæðu og kyrrsetu lífsstíl voru almennt álitnir dæmi um slíka sjúkdóma. Þegar tíðni sjúkdóma á tímabilinu 1949-1953 er borin saman milli stétta, kemur í ljós að tíðni hjartasjúkdóma og sykursýki er meiri í efstu stétt, heldur en í þeirri neðstu. Aðrir sjúkdómar eru algengari eftir því sem stéttarstaðan verður lægri. Á tímabilinu 1991-1993 er tíðni hjartasjúkdóma og sykursýki einnig orðin meiri í lægri stéttunum (Bartley, 2004, bls. 4). Langtímarannsókn sem gerð var hér á landi á árunum 1967-1997 bendir til svipaðrar niðurstöðu. Þar komu fram marktæk neikvæð tengsl á milli menntunar og dauðsfalla af völdum hjarta og æðasjúkdóma, bæði meðal karla og kvenna. Þó að tillit væri tekið til áhættuþátta héldust þessi tengsl engu að síður. Varðandi önnur dánarmein kom í ljós að

menntun væri verndandi þáttur (Hardarson o.fl., 2001, bls. 496-499). Svipuð þróun hefur orðið hvað varðar lungnakrabbamein, sem einnig hefur orðið algengari meðal neðri stétta en þeirra efri. Það var þó ekki fyrr en um 1950 sem fram kom munur á milli stétta hvað varðar dauðsföll vegna lungnakrabbá hjá körlum í Englandi og Wales (Leon, 2001, bls. 67). Sigrún Ólafsdóttir (2004) segir að efri stéttirnar hafi meiri bjargir til að forðast og koma í veg fyrir sjúkdóma. Hún vitnar í því sambandi í Link og Phelan, sem hafa bent á að einstaklingar sem standa betur í samfélaginu geti nýtt sér aðstöðu sína til að hafa betur en aðrir í baráttunni við sjúkdóma. Þau benda einnig á að nýir og breyttir sjúkdómar komi sífellt fram á sjónarsviðið og í hvert sinn sem það gerist séu hærri stéttir samfélagsins í betri varnarstöðu en lægri stéttir (Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 293). Jafnvel AIDS dreifist misjafnlega milli mismunandi tekjuhópa. Á svæðum í Los Angeles þar sem lægstu tekjuhóparnir búa, reyndist tíðni sjúkdómsins hæst, næsthæst á svæðum millitekjuhópa og minnst tíðni var á svæðum þeirra tekjuhæstu (Bartley, 2004, bls. 91). Sú breyting hefur einnig orðið, að tilfellum og dauðsföllum hefur fjölgað mjög hjá svörtum og fólki af suður-amerískum uppruna, á sama tíma og tilfellum hefur fækkað meðal hvítra. Það hefur ekkert með líffræðilega þætti að gera, heldur grundvallast eingöngu á þeim mismuni sem er á félags- og efnahagslegri stöðu þessara hópa (Cockerham, 2007, bls. 143).

Bent hefur verið á að ólíkt því sem áður var, er offita nú á tímum tíðari meðal þeirra sem hafa skamma skólagöngu og búa við lélegan efnahag, heldur en þeirra sem betur mega sín (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2008, bls. 10). Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson (2008) gerðu rannsókn til að athuga hvort líkamsþyngdarstuðull (LPS) og hlutfall of feitra væri ólíkur eftir starfshópum. Athugunin benti ekki til að ofþyngd væri tíðari meðal ófaglærðra hér á landi heldur en stjórnenda eða embættismanna. Þó vakti athygli að konur í læknastrétt voru að meðaltali í kjörþyngd (LPS 23,9), en ekki hjúkrunarfræðingar (LPS 25,4) og konur í kennarastétt (LPS 25,3) (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2008, bls. 13). Því má spyrja hvort ekki megi lesa út úr þessum samanburði neikvæð tengsl milli stéttarstöðu og ofþyngdar? Þ.e. að stéttarmunurinn á milli þessara starfshópa (þ.e. menntunar- og tekjumunur) endurspeglar í þessu tölum?

Margir álíta að ójöfnuður í heilsufari stafi fyrst og fremst af ójöfnum aðgangi fólks að heilsugæslunni. Michael Marmot (1999) bendir á að vissulega megi benda á dæmi um ójafnan aðgang fólks að heilsugæslu, en það er ekki þar með sagt að ójöfnuður í heilsufari sé tilkominn af þeim sökum, heldur bendir hann á að ójöfnuð megi finna í nýgengi sjúkdóma og í dauðsföllum af völdum sjúkdóma sem heilbrigðisþjónustan getur ekki ráðið við (Marmot, 1999, bls. 2).

Spyrja má hvort heilsugæslan sé líkleg til að draga úr ójöfnuði í heilsufari? Rúnar Vilhjálmsson bendir á að þó að verkalýðsstéttin noti heilsugæsluna meira en aðrar stéttir, sé notkunin ekki eins mikil og hún ætti í raun að vera miðað við að þörf fyrir heilbrigðisþjónustu sé mun meiri hjá verkalýðsstéttinni en hjá öðrum stéttum. Því megi segja að verkalýðsstéttin vannýti heilbrigðisþjónustuna (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 345). Í sama streng tekur Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir og bendir á að hinir tekjuhærri séu oft duglegri við að nýta sér hið opinbera kerfi (Ólafur Ólafsson, 2004). Rannsókn sem gerð var hér á landi árið 2000, á mismunandi starfshópum í öldrunarþjónustu bendir í sömu átt. Þar kom fram að andleg og líkamleg vellíðan hafi verið meiri meðal hjúkrunarfræðinga heldur en þeirra starfshópa sem höfðu minni menntun og lægri laun. Þó leita hjúkrunarfræðingarnir ekki síður til lækna en sjúkraliðar og ófaglært starfsfólk í umönnunarstörfum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 5). Samkvæmt þessu virðist heilsugæslan ekki líkleg til að minnka stéttarlegan ójöfnuð í heilsufari þó að vissulega megi segja að hún sé gagnleg til að bæta heilsufarið í heild. Á það hefur verið bent að þau lönd sem státa af hvað hæstum lífaldri íbúa sinna, noti misjafnlega hátt hlutfall þjóðarútgjalda til heilbrigðismála. Sem dæmi um það nefnir Wilkinson (1996) að Japanir noti 15% þjóðarútgjalda til heilbrigðismála, en Svíar 40% (Wilkinson, 1996, bls. 80). Umfang heilbrigðisþjónustunnar virðist með öðrum orðum ekki gegna lykilhlutverki í lífaldri þjóða.

En hver skyldi vera ástæðan fyrir því að ólíkir þjóðfélagshópar nýta heilbrigðisþjónustuna svo misjafnlega? Rúnar Vilhjálmsson nefnir að kostnaði við heilbrigðisþjónustu hafi í auknum mæli verið velt yfir á notendurna sjálfa (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 343). Kristinn Tómasson tekur í sama streng í greininni *Heilsufar og efnahagsmál, ábyrgð lækna*. Þar bendir hann á mikilvægi þess að heilsufar fólks verði ekki látið sitja á hakanum og að heilbrigði sé forsenda þess að

hagvöxtur geti orðið. Ef niðurskurður verði í heilbrigðismálum og kostnaði ýtt yfir á herðar sjúklinganna sjálfra, verði það til þess að heilsuverndin skili sér ekki alla leið, því að eftirlit og meðferð sem sjúklingur hafi ekki efni á og mæti ekki í, virki ekki (Kristinn Tómasson, 2008, bls. 719). Fleiri hafa fjallað um heilbrigði sem hagrænan grundvöll. Í Evrópu-skýrslu sem út kom árið 2007, kemur fram að á síðustu árum hafi athyglin í vaxandi mæli beinst að möguleikum á hagrænum ávinningi af því að bæta lýðheilsu. Það sé þó ekkert nýtt því að hreyfing í átt að bættri lýðheilsu hafi grundvallast á því að menn voru meðvitaðir um að velgengni þjóða hvíldi að hluta til á heilsufari þjóðarinnar. Meðvitund um þetta samspil hefur vaknað að nýju í kjölfar aðgerða Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í efnahagsmálum og heilsufari, sem sýndi að aðgerðir til að bæta heilsufar þjóðar geta verið lykilaðgerðir til að bæta afkomu þeirra þjóða þar sem tekjur eru lágar eða í meðallagi (Machenbach, Meering og Kunst, 2007, bls. 7).

Veikindafjarvistir frá vinnu hafa aukist verulega síðustu árin á flestum Norðurlandanna og þar með kostnaðurinn fyrir þjóðfélagið. Þó að ekki sé vitað með vissu hvaða veikindi valda helst fjarvistum á Norðurlöndum er þó vitað að flestar langtímafjarvistir frá vinnu megi rekja annars vegar til óþæginda í stoðkerfi, þ.e vöðvum, sinum og liðum og hins vegar til andlegrar vanlíðanar (Jensen o.fl., 2003, bls. 4-5).

Tinna Laufey Ásgeirsdóttir segir að minni munur sé á heilsufari milli þjóðfélags-hópa hér á landi samanborið við mörg önnur lönd. Hún álítur að tiltölulega gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu hér á landi skýri það að hluta. Þó bendir hún á að erlendar rannsóknir hafi sýnt að almennur jöfnuður í samfélögum hafi mest að segja um jöfnuð í heilsufari. Því skili það takmörkuðum árangri þó stjórnvöld setji mikla fjármuni í heilbrigðisþjónustuna, ef ójöfnuðurinn í samfélaginu er mikill (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2006).

Rannsóknir hafa sýnt að lífslíkur þeirra sem eru efstir í þjóðfélagsstiganum eru meiri heldur en þeirra sem eru næst efstir o.s.frv.. Þessi samanburður miðast út frá mælingum á félagslegri stöðu. Það sem liggur til grundvallar skilgreiningu á félagslegri stöðu er atvinna eða starfsstétt, menntun og tekjur. Þó að þessi atriði séu oft samtvinnuð, vísa þessar mælingar til mismunandi fyrirbæra, tekjur eru því mælikvarði á efnahagslegar bjargir eða skort, á meðan menntun endurspeglar

mismunandi stig af kunnáttu og hæfni. Siegrist og Marmot halda því fram að það sem snúi að atvinnu skipti mestu máli þegar um er að ræða félagslegan og efnahagslegan ójöfnuð, það takmarkast þó við þann hóp sem er á vinnumarkaði (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1464).

Undanfarna áratugi hafa verið gerðar rannsóknir á heilsu breskra opinberra starfsmanna (civil servants) í svokölluðum Whitehall rannsóknum. Marmot (1999) bendir á að þær rannsóknir beinist að fremur einsleitum hópi, þ.e. fólki sem býr við tiltölulega góðar aðstæður í fremur vel stæðu landi. Þetta er skrifstofufólk, sem býr við atvinnuöryggi og í fyrstu rannsókninni var eingöngu um hvíta karlmenn að ræða. Niðurstöður þessara rannsókna sýna að í yngsta aldurshópnum eru dánartölur (mortality rate) fjórum sinnum hærra meðal þeirra lægst settu heldur en meðal þeirra hæst settu. Einnig er athyglisvert að ekki er einungis að finna mun á milli þeirra lægst settu og hæst settu, heldur er þessi munur gegnumgangandi, þ.e.a.s. það finnst munur á dánartíðni á milli þeirra sem eru hæst settir og þeirra sem eru næst hæstir í stjórnunarpíramíðanum og svo koll af kolli niður allan píramíðann (Marmot, 2004, bls. 10-11). Það vekur spurningar um hvort það sé starfið sjálft eða tekjurnar sem ráði úrslitum?

Wilkinson bendir á að í nær sérhverju ríku, þróðu samfélagi hafi þeir sem tilheyra lægri þjóðfélagshópum dánartölur sem séu tvisvar til fjórum sinnum hærra en þeir sem eru í hærri þjóðfélagshópum. Hann bendir á að þó að það mætti skilja þennan samanburð þannig að lífslíkur í einum hópi séu aðeins þriðjungur eða fjórðungur á við lífslíkur í öðrum hópi, sé það ekki þannig. Wilkinson segir að best sé að útskýra þennan mismun með samanburði á álíka stórum vinahópum, annars vegar hjá ríku fólki og hins vegar hjá fátækum. Fyrir hvert dauðsfall sem orðið hefur í vinahóp þess ríka hafa e.t.v. orðið þrjú til fjögur dauðsföll í vinahópi þess fátæka (Wilkinson, 1996, bls. 54-56).

Margar rannsóknir hafa sýnt að ójöfnuður í tekjum tengist lýðheilsu (population health) bæði í alþjóðlegum samanburði og rannsóknum á einstökum samfélögum. Til dæmis rannsóknir Waldmann (1992) sem náðu bæði til þróunarlanda og þróaðra ríkja. Þær sýndu að eftir því sem tekjuójöfnuðurinn var meiri, því hærri varð ungbarnadauði í því landi. Þessi tengsl héldust þó að leiðrétt væri fyrir fátækt, heilsugæslu og félagsþjónustu (Macinko og Starfield, 2001, bls. 400).

Sigrún Ólafsdóttir (2004) segir einnig að rannsóknir hafi sýnt fram á að lífslíkur séu ekki hæstar né ungbarnadauði minnstur í ríkustu samfélögum heims, heldur í þeim samfélögum þar sem meira jafnrétti ríkir (Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 293). Einnig hefur verið bent á að samband milli vergrar landsframleiðslu og heilsufars sé ekki línulegt og að heilsufar hafi með tímanum batnað vegna framfara í læknávisindum óháð landsframleiðslu. Að meðal ríkra landa séu lítil tengsl á milli landsframleiðslu og dánartíðni og að breytileiki í heilsufari í ríkum löndum tengist ójafnri tekjudreifingu frekar en heildartekjum þjóðarinnar (Leon, 2001, bls. 59-60). Þegar fjallað er um samspil efnahagslegra þátta og heilsufars er alltaf fjallað um meðalheilsu, en heilsa dreifist mjög ójafnt innan samfélaga. Í öllum þeim löndum þar sem gögn um efnið er aðgengilegt, er marktækur innbyrðis munur á heilsu milli félags- og efnahagslegra hópa. Hún lýsir sér í því að þeir hópar sem hafa minni menntun, lægri atvinnustöðu og minni tekjur, hafa tilhneigingu til að hafa hærri sjúkdóma- og dánartíðni (Machenbach o.fl., 2007, bls. 7).

Mikið hefur verið fjallað um áhrif tekna, fátæktar og stefnu félagsmálayfirvalda á heilsufar. Allt frá því að *Svarta skýrslan* um ójöfnuð í heilsufari kom út í Bretlandi árið 1980 hefur rannsóknum á breytileika í heilsufari fólks eftir félags- og efnahagslegri stöðu fjölgað. Niðurstöður nýrri rannsókna hafa bent til þess að betri heilsa tengist jákvætt ekki aðeins rauntekjum fólks, heldur virðist hún tengjast sterkar því hvernig tekjudreifingin er innan samfélagsins (Macinko og Starfield, 2001, bls. 399). Mikill ójöfnuður í tekjudreifingu getur brotið upp samfélagið, sem hefur slæm áhrif á heilsufar fólks, hvað sem líður tekjudreifingunni sem slíkri. Þetta gæti átt vel við þá þróun sem sjá má í mið og austur Evrópu (Marmot, 1999, bls. 10). Á sama tíma og dánartíðnin hefur lækkað í vestur Evrópu hefur hún hækkað í austur og mið Evrópu. Eftir hrun kommúnismans, hefur dánartíðnin í austur Evrópu hækkað mjög. Milli áranna 1989 og 1994 minnkuðu lífslíkur rússneskra karla um 6,5 ár og rússneskra kvenna um 3,5 ár. Svipuð þróun hefur orðið í mörgum löndum Sovíetríkjanna sálugu. Dánartíðni hefur aukist í öllum löndum Varsjárbandalagsins, nema Ungverjalandi. Þessar breytingar ganga þó ekki jafnt yfir alla þegna þessara þjóðfélaga, heldur hefur dánartíðnin aukist mest meðal þeirra sem hafa minnsta menntun (Shaw, Dorling og Smith, 1999, bls. 219-220). Faraldursfræðingar hafa staðhæft að íbúar í hverfum þar sem fátækt er almenn í Bandaríkjunum hafi 40% hærri dánarlíkur

(mortality rate) heldur en aðrir. Marktækur munur mælist eftir að tekið hefur verið tillit til reykinga, mataræðis, líkamsþjálfunar og annarra hefðbundinna áhættuþátta (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2007, bls. 54-55).

Hugtakið fátækt snýst um skort á efnislegum gæðum, en hlutfallsskortur (relative deprivation) nær til lífsskilyrða, í víðara samhengi. Félagsleg útilokun vísar ekki einungis til þeirra efnahagslegu erfiðleika sem fylgja hlutfallslegri fátækt heldur hvernig einstaklingar lenda úti á jaðrinum vegna þess að þeir eiga erfitt með að taka þátt í ýmsum félagslegum athöfnum. Það er ekki til nein Evrópsk skilgreining á félagslegri útilokun, heldur er hún venjulega skilgreind út frá nokkrum víddum, s.s. atvinnuleysi, lágum tekjum, húsnæðisaðstæðum, menntunarstigi og tækifærum, heilsu, mismunun, tengingu og samsömun við nærsamfélagið (Shaw o.fl., 1999, bls. 222-225).

Eins og fram hefur komið er talið að félagsauður samfélaga hafi áhrif á heilsufar íbúanna. En hvað er átt við með félagsauð? Félagsauður (social capital) vísar til tengsla á milli fólks - félagslegra tengslaneta, þeirrar gagnkvæmni og trausts sem verður til í samskiptum manna á milli. Því má segja að félagsauður tengist því sem kallað hefur verið samborgaralegar dyggðir (Putnam, 2000, bls. 19). Robert Putnam (2000) bendir á að sá félagslegi þéttleiki sem varð í Bandarísku samfélagi eftirstríðsáranna, hafi minnkað, þ.e. að fólk hafi minni tengsl við sitt nærumhverfi en áður var. Það styður hann meðal annars með því að benda á að þátttaka fólks í ýmsum félögum og klúbbum hafi minnkað stórlega síðustu áratugi (Putnam, 2000, bls. 15-18). En skiptir félagsauður einhverju máli fyrir heilsufar fólks? Putnam vísar í bók sinni *Bowling alone* frá árinu 2000 í nýlega lýðheilsurannsókn sem gerð var í Harvard. Þar kom fram, eins og vænta mátti, að fólk af afrískum uppruna, fólk sem ekki hafði sjúkratryggingar, var í yfirvigt, reykti, hafði lágar tekjur eða litla menntun, reyndist í meiri hættu á að fá sjúkdóma heldur en þeir einstaklingar sem höfðu hærri félags- eða efnahagslega stöðu. En rannsóknin leiddi einnig í ljós ótrúlega sterk tengsl á milli heilsufars og félagsauðs. Í ljós kom að í þeim fylkjum þar sem fólk var líklegast til að meta heilsu sína slæma eða í meðallagi voru einnig þau fylki þar sem íbúar báru minnst traust hver til annars (voru líklegastir til að vantreysta meðbræðrum sínum) (Putnam, 2000, bls. 327-328). Í þessu sambandi mætti nefna rannsókn sem gerð var í Finnlandi. Þar kom í ljós að sjálfmetin heilsa var lakari meðal finnskumælandi Finna samanborið við



sænskumælandi Finna. Ástæðurnar eru ekki ljósar, en rannsóknir benda til að mismunur á menntun og félags- og efnahagslegri stöðu skýri þennan mismun ekki nema að hluta (Nyquist, 2009, bls. 47-48).

Bartley segir að hugmyndir um að stéttbundinn ójöfnuður í heilsufari væri til kominn vegna erfðafræðilegra þátta, hafi ekki verið hátt skrifaðar á þeim tíma sem *Svarta skýrslan* kom út. Þá var ekki liðinn langur tími frá heimstýrjöldinni síðari og valdatíma Hitlers og því tengdu menn allar hugmyndir um erfðafræðilegan mun á einstaklingum við rasisma og fasisma, en þær hugmyndir áttu ekki upp á pallborðið á þeim tíma. Bartley bendir á að ákaflega hæpið sé að munur á heilsufari sé til kominn vegna erfðafræðilegra þátta, vegna þess að þessar breytingar hafi einfaldlega átt sér stað á svo stuttum tíma, en erfðafræðilegar breytingar í náttúrunni þurfi miklu lengri tíma, nema um sé að ræða mjög dramatískar og snöggar breytingar í umhverfinu (Bartley, 2004, bls. 10-12). Blóðflokkagreiningar milli stétta hafi heldur ekki leitt neinn slíkan mun í ljós (Wilkinson, 1996, bls. 61).

Marmot heldur því fram að mikill áhugi sé á erfðafræðilegum grundvelli sjúkdóma hjá mönnum. Í því sambandi bendir hann á rannsókn sem gerð var á Japönum. Rannsóknin fólst í samanburði á Japönum sem fluttust til Hawaii og Kaliforníu og Japönum sem bjuggu áfram í Japan. Þeir sem fluttu til Kaliforníu voru líklegastir af þessum þremur hópum til að fá kransæðasjúkdóma, en ólíklegri til að fá slag. Marmot bendir á að líklegasta skýringin á þessum mun sé sú að umhverfið og sá lífsstíll sem ríkjandi er á hverjum stað, hafi áhrif á sjúkdómatíðni. Hann bendir einnig á að yfir svo stutt tímabil geti ekki átt sér stað erfðafræðilegar breytingar, en að sjúkdómamynstur (tíðni) geti breyst á afgerandi hátt (Marmot, 1999, bls. 3-4). Það bendir óneitanlega til þess að hið félagslega umhverfi sé mikilvægur þáttur í þessu sambandi.

Bartley bendir á að hugmyndir um að ójöfnuður í heilsufari sé til komin eða stafi með einhverjum hætti af því að fólk sem hafi meiri fjármuni, völd og virðingu sé einfaldlega „æðra“ öðru fólki og þess vegna heilbrigðara, séu lífsseigar. Þær skjóti upp kollinum í ýmsum myndum í rannsóknum á ójöfnuði í heilsufari og séu gjarnan í formi umræðna um einhvers konar „val“ („selection“) (Bartley, 2004, bls. 12). Judith Lorber og Lisa Jean Moore segja að hin tölfræðilegu mynstur

sjúkdóma og dauða, þ.e. hver veikist og hver deyi og hvers vegna, sé afrakstur hegðunar einstaklingsins sem mótuð er af menningarlegum og félagslegum þáttum, svo sem framboði af hreinu vatni og hollum mat, aðgengi að heilsugæslu, læknisfræðilegri þekkingu og tækni, vernd gegn umhverfismengun, atvinnusjúkdómum og samfélagslegum ógnunum s.s. stríði, ofbeldisglæpum, nauðgunum og misþyrmingum. Því er heilsa ekki síður háð félagslegri stöðu s.s. kyngervi, kynþætti, stéttarstöðu, starfsgrein og íbúðahverfi, heldur en persónulegu vali. Þær benda þó á að einstaklingsbundin hegðun sé mjög háð félagslegri stöðu viðkomandi, það eru ekki allir sem kjósa heilsufarslega áhættu, en fyrir sumt fólk er heilsufarsleg áhætta innbyggð í daglegt líf þeirra (Lorber og Moore, 2002, bls. 18).

## Kynferði og heilsufar

Konur lifa að meðaltali lengur en karlar. Þrátt fyrir það virðast konur búa við meira heilsuleysi en karlar (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 339; Hermann Óskarsson, 2005, bls. 49; Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 292). Sigrún Ólafsdóttir bendir á að mikið hafi verið ritað um hvers vegna konur í iðnvæddum ríkjum lifi að meðaltali lengur en karlar, en búi samt við verra heilsufar. Reynt hefur verið að skýra þennan mun á heilsu og langlífi kynjanna með ýmsum hætti, s.s. út frá ólíkum lífsstíl kynjanna, út frá kynjamisrétti eða hefðbundnum hlutverkum kynjanna svo sem heimilisstörfum og uppeldi (Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 292). Vinnan virðist ekki eins tengd heilsufari kvenna og karla. Aftur á móti hefur skólaganga reynst hafa ágætt forspárgildi um sjálfmetna heilsu hjá konum, þ.e. konur með stutta skólagöngu eru líklegri en aðrar til að lýsa slæmu heilsufari (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004, bls. 3).

Svo virðist sem konur séu að jafnaði minna næmar fyrir tekjudreifingunni, þ.e. að tekjudreifingin endurspeglar í minna mæli í dánartölum þeirra eða langlífi heldur en karla. Tengsl búsetu og heilsufars kemur einnig með skýrari hætti fram hjá körlum en konum. Í rannsóknnum er gjarnan stuðst við upplýsingar um hvort fjölskylda búi í eigin húsnæði eða í leiguhúsnæði og upplýsingar um bílaeign og fjöldi bíla á heimili. Þetta eru þættir sem hafa mikil tengsl við dánartíðni karla. Macintyre (2001) segir frá rannsókn sem gerð var í Vestur-Skotlandi, sem benti til að engin tengsl væru á milli bílaeignar heimilisins og heilsu kvenna og þar að auki kom fram að í sumum aldurshópum kvenna var heilsa kvenna verri á þeim heimilum sem áttu bíl. Það vekur spurningar um tengsl bílaeignar og heilsufars? Er bílinn mælikvarði á ríkidæmi, virðingu, eða eingöngu þægilegur samgöngumáti? Hefur bíllinn annars konar þýðingu fyrir karla en konur? Nota kynin bíla með ólíkum hætti? (Macintyre, 2001, bls. 287-288).

Í rannsókn sem Gallup á Íslandi gerði árið 2002 kom fram að konur mátu heilsu sína verri heldur en karlar. Þær kvörtuðu í meira mæli en karlar yfir höfuðverk, stöðugri þreytu, svefnleysi, ógleði, svima eða andþyngslum. Andleg líðan þeirra var einnig verri heldur en hjá körlum. Þar kom einnig fram að konur höfðu leitað oftast til heimilislæknis heldur en karlar. Í sömu rannsókn kom einnig fram að karlar unnu fleiri vinnustundir í sínu aðalstarfi, en þó voru fleiri konur en karlar

með aukastörf og þær unnu að meðaltali mun fleiri vinnustundir en karlar við heimilisstörf (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 406-408).

Konur leita meira en karlar til heilsugæslunnar og hafa fræðimenn velt vöngum yfir ástæðum þess. Bury (2005) heldur því fram að kynhlutverk og félagslegar aðstæður hafi áhrif á hvernig einstaklingurinn metur eða skynjar veikindi sín og tekur ákvörðun um að leita sér aðstoðar. Í því sambandi bendir hann á að fólk leiti ekki til læknis með öll heilsufarsvandamál og stundum leiti fólk til læknis þó að ekki sé um að ræða hlutlæg einkenni um sjúkleika (Bury, 2005, bls. 54). Samkvæmt Lorber og Moore (2002) eru karlar hvattir allt frá barnæsku til að sýna stillingu og bíta á jaxlinn þó eitthvað bjáti á og eru síður líklegir til að leita til lækna vegna einhverra smákvilla. Þegar þeir leita til læknis eru þeir aftur á móti líklegri en konur til að þarfnast innlagnar á sjúkrahús og síður líklegir til að fá sálfélagslegan stuðning. Því má segja að samkvæmt faraldursfræðinni, séu konur veikari en karlar megnið af sinni fullorðinsævi, en vegna þess hvað þær eru duglegar við að leita sér heilsuþóttar eru veikindi þeirra frekar skráð og þetta atferli þeirra verður e.t.v. til þess að þær lifa lengur en karlar. Af þeim sökum draga Lorber og Moore þá ályktun að konur séu ekki brothættari eða veikari en karlar, en þær verndi frekar eigin heilsu (Lorber og Moore, 2002, bls. 18). Bent hefur verið á að þeir hópar sem njóta forréttinda, hafi að jafnaði betra aðgengi að heilbrigðiskerfinu (Eitzen og Zinn, 2006, bls. 516). Því má spyrja hvort veikindi karla séu að jafnaði tekin alvarlegar heldur en veikindi kvenna?

Í þessu sambandi hefur einnig verið bent á að karlhlutverkið geri þá kröfu að menn séu ekki að rjúka úr vinnu og fara til læknis út af einhverjum smámunum. Að konum leyfist að hafa annars konar viðhorf til veikinda, eins og veikindi samræmist betur kvenímyndinni. Þessi munur milli kynjanna hefur einnig verið skýrður út frá umönnunarhlutverki kvenna gagnvart börnum (og öðrum s.s. eiginmönnum, foreldrum). Þess vegna séu konur í meiri snertingu við allt sem varðar heilsu og sjúkdóma og því líklegri til að vera í reglulegu sambandi við heilbrigðisþjónustuna. Einnig hefur því verið haldið fram að „sjúklingshlutverkið“ samrýmist fremur hlutverki húsmóðurinnar og að konur séu ekki undir sömu pressu og karlar í atvinnulífinu og hafi þess vegna fremur ráðrúm til að gera hlé á störfum sínum og „vera veikar“. Að lokum, er tilgreind sú ástæða að líf kvenna feli einfaldlega í sér meiri streitu og þess vegna séu þær líklegri til að veikjast og sæki

sér þess vegna frekar læknishjálp. Í því sambandi er bent á að tvieggjað sé að tala um að konur séu „meira veikar“ (Bury, 2005, bls. 55-56). Guðbjörg Linda Rafnsdóttir (2004) bendir á að konur séu líklegri en karlar til að upplifa vinnustreitu og ýmis konar vanlíðan og sækir þess vegna meira til heilsugæslulækna heldur en karlar (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 401-402). Samkvæmt Bury (2005) hafa Popay og Groves gagnrýnt það sjónarmið að konur hafi meira svigrúm til veikinda og bent á að sífellt meiri pressa sé á konur, ekki síður en karla, um að standa sig á vinnumarkaði. Auk þess megi benda á að margar konur beri megin ábyrgð á heilsu og velferð barna og annarra skjólstæðinga og það gefi þeim síst meira svigrúm til að leggjast í veikindi. Það gæti þvert á móti leitt til þess að konur yrðu síður líklegar til að „verða veikar“ (Bury, 2005, bls. 56). Hér þarf að gera greinarmun á því hvort konur eru „veikari“ en karlar frá náttúrunnar hendi, eða hvort félagslegir umhverfisþættir verði til þess að þeim sé hættara við veikindum heldur en karlar, m.ö.o. verði veikari.

Bartley (2004) bendir á að samkvæmt fjölmörgum rannsóknum sem gerðar hafa verið þjáast fleiri konur heldur en karlar af líkamlegum kvillum svo sem þreytu, höfuðverkjum og vöðvaverkjum. Þegar heilsufar kvenna og karla sem hafa sams konar efnahagslega og félagslega stöðu er borið saman hefur þessi munur tilhneigingu til að minnka eða hverfa. Sem dæmi má nefna að ef borinn er saman hópur karla og kvenna sem ekki hefur fjölskylduábyrgð og vinnur fullan vinnudag í lágt launuðum rútínustörfum, eru karlar ekki síður líklegir til að sýna einkenni um sálræna vanlíðan, þó að konur taki aftur á móti meiri veikindafrí. Eitt af því sem getur útskýrt kynjamuninn hvað varðar veikindi og þörf fyrir heilsugæslu, er að mun fleiri konur en karlar stunda einhæf láglaunastörf og bera meginábyrgð á umönnun barna og heimilisstörfum. Karlar sem vinna þess konar störf og hafa sams konar umönnunarskyldur sýna ekki síður merki um að þjáast af sálrænum kvillum (Bartley, 2004, bls. 136-137).

Ekki er langt síðan farið var fyrir alvöru að rannsaka áhættuþætti í vinnuumhverfi kvenna. Litið hefur verið svo á að vinna kvenna hefði síður en vinna karla í för með sér heilsufarlega áhættu, enda hafi gjarnan verið litið á vinnu kvenna sem eins konar framlengingu á tilveru þeirra og því horft framhjá því líkamlega erfiði sem t.d. umönnunarstörfum fylgir. Mennt hafa einnig vaknað til vitundar um andlega

og félagslega áhættuþætti og að þeir gætu aukið líkur á líkamlegum óþægindum (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 404).

Vefjagigt er sjúkdómur sem leggst í meira mæli á konur heldur en karla. Í rannsókn Ástu Snorradóttur (2008) á konum sem hafa vefjagigt og hafa þess vegna hrökklast af vinnumarkaði, kemur fram að flestar kvennanna álíta að veikindi þeirra megi að einhverju leiti rekja til vinnunnar, t.d. of mikils álags eða erfiðra vinnuaðstæðna. Þeir álagsþættir sem konurnar töluðu um tengdust vinnu-fyrirkomulagi, tekjum og stöðu þeirra á vinnumarkaði (Ásta Snorradóttir, 2008, bls. 85).

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir (2004) segir í grein sinni *Vinnuumhverfi, líðan og kynferði* frá Karin Messing, sem hefur bent á að karlmenn séu í meirihluta þeirra sem fá bætur vegna atvinnusjúkdóma. Messing gagnrýnir þá viðteknu skoðun að það sé vegna þess að konur vinni örugg störf og verði ekki fyrir barðinu á atvinnusjúkdómum. Hún heldur því hins vegar fram að tryggingakerfið sé skipulagt út frá hefðbundnum karlastörfum og því hafi þau heilsufarslegu vandamál sem konur glíma við vegna vinnu sinnar, ekki verið skilgreind og séu því ekki bótaskyld. Hún segir jafnframt að þar með verði til sá vítahringur, að sá heilsufarsvandi sem einkum hrjái konur, verði ekki viðfangsefni rannsókna í nægilega miklum mæli, vegna þess að atvinnusjúkdómar kvenna eru ekki nægilega kostnaðarsamir fyrir þjóðarbúið til að þeir fái forgang í forvarnarstarfi (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 404-405).

Fræðimenn hafa fjallað um þann mismun sem er á heilsu karla og kvenna og spurt hvort ójöfnuður í heilsufari milli félagslegra hópa sé minni eða meiri meðal kvenna en karla. Bartley (2004) heldur því fram að þar sem konur lifa að meðaltali lengur en karlar í iðnvæddum þjóðfélögum hafi tiltölulega lítilli athygli verið beint að ójöfnuði í heilsufari milli kvenna með ólíka félags- og efnahagslega stöðu. Önnur ástæða er sú að það er erfitt getur verið að ákvarða hvernig beri að greina félags- og efnahagslega stöðu kvenna (Bartley, 2004, bls. 135). Konur hafa stundum aðra stéttarstöðu en eiginmenn þeirra og því vaknar sú spurning hvernig flokka beri þær.

Undir þetta tekur Hólmsfríður K. Gunnarsdóttir (2005) og bendir á að ójöfnuður í heilsufari sé síður sýnilegur meðal kvenna heldur en karla. Þess vegna hafi

skapast umræður um hvort nota beri sömu mælikvarða til að meta félags- og efnahagslega stöðu kvenna og karla. Umræðan á sér stað vegna þess að kynin hafa haft ólíka stöðu á vinnumarkaðnum. Þessi umræða snýst einkum um hvort stéttarstaða kvenna eigi að ákvarðast út frá þeirra eigin stöðu eða stöðu maka (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005, bls. 19). Þegar flestar konur voru heimavinnandi þótti atvinnustaða eiginmanna kvennanna besta mælikvarði á stöðu þeirra og efnahag heimilisins. Því var atvinnustaða eiginmanns gjarnan notuð til að meta stöðu kvenna. Atvinnuþátttaka kvenna hefur hins vegar aukist verulega og hjúskaparstaða er orðin óstöðugri en áður. Þessi breyting hefur í för með sér að nú er eðlilegra að styðjast fremur við upplýsingar um atvinnu kvennanna sjálfra heldur en upplýsingar um störf eiginmanna við mat á samspili atvinnulífs og heilsufars (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004, bls. 5-6).

Árið 1996 var gerð samanburðarrannsókn á milli Finnlands og Bretlands, á mun milli kynja hvað varðar stéttbundinn ójöfnuð í heilsufari. Í Finnlandi var atvinnuþátttaka kvenna mjög mikil, en í Bretlandi mun minni og af þeim konum sem voru á vinnumarkaði voru mun fleiri sem sinntu hlutastörfum. Rannsóknin leiddi í ljós síst minni stéttbundinn ójöfnuð meðal kvenna heldur en karla. Jafnframt kom fram að þar sem atvinnuþátttaka kvenna er mikil er atvinna kvenna mun betri mælikvarði á félagslega og efnahagslega stöðu þeirra, heldur en þar sem atvinnuþátttaka kvenna er minni (Bartley, 2004, bls. 144-146).

Rannsókn sem Cabrera gerði á konum í Svíþjóð, leiddi í ljós að dánartíðni kvenna var mest í lágstétt, minnkaði í miðstétt en hækkaði svo aftur með hækkandi stéttarstöðu án þess að verða jafn há og í lágstétt. Dánartíðni vegna krabbameina hjá konum hækkaði með hækkandi stéttarstöðu, en dánarmein vegna hjarta og æðasjúkdóma minnkaði með hækkandi stéttarstöðu (Cabrera, 2005, bls. 34).

Gerð var rannsókn hér á landi á dánartíðni meðal iðnverkakvenna á árunum 1975-1995. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort dánartíðni vegna reykingatengdra sjúkdóma væri hærri meðal iðnverkakvenna en annarra íslenskra kvenna. Tilgátan var sett fram vegna þess að rannsóknir bentu til að krabbamein í hópnum væru algengari en meðal annarra kvenna. Niðurstöðurnar voru þær að dánartíðnin í hópnum var lág, nema dánartíðni vegna voveiflegra dauðsfalla var

hærri hjá iðnverkakönnum en öðrum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002, bls. 4-5).

Sally Macintyre segir að mikið af þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið á sambandinu milli félags- og efnahagslegrar stöðu og heilsufars feli í sér kynjaskekkju, sem geti hindrað fólk í að koma auga á félagsleg mynstur í heilsufari. Hún segir að þessi kynjaskekkja komi aðallega fram á tvo vegu. Annars vegar lýsi hún sér í kynjablindu, þ.e. gerðar eru rannsóknir á karlmönnum, en niðurstöðurnar gerðar að viðmiði og heimfærðar upp á konur. M.ö.o. er lítið svo á að ekki sé neinn munur á kynjunum. Hins vegar eru kynin álitin ólík í grundvallaratriðum. Það getur til dæmis lýst sér í því að álykta sem svo að þau einkenni sem konur finna fyrir á miðjum aldri tengist breytingaskeiðinu án þess að athuga hvort sams konar einkenni geti verið að finna hjá karlmönnum á sama aldri. Sem dæmi nefnir hún einnig að til sé vitneskja um þunglyndi sem hrjái sumar konur í kjölfar barnsburðar, en sálarlíf nýbakaðra fedra hafi lítið verið rannsakað. Macintyre heldur fram að slíkar kynjaskekkjur sé að finna í mörgum rannsóknum sem gerðar hafa verið á ójöfnuði í heilsufari (Macintyre, 2001, bls. 283-284). Hún segir að þriðja gerð kynjaskekkju birtist í því að safna upplýsingum um hjúskap og um foreldrahlutverk hjá konum, en ekki hjá körlum og því vitum við lítið um hvort starf eiginkonu, menntun hennar eða tekjur, hefur áhrif á heilsu karla (Macintyre, 2001, bls. 284).

Hjarta- og æðasjúkdómar hafa einkum verið álitnir tengjast streitu meðal þeirra karla sem eru aðsópsmiklir í stjórnun fyrirtækja. Því er horft framhjá tveimur mikilvægum þáttum. Í fyrsta lagi að hjarta og æðasjúkdómar eru algengari meðal þeirra karla sem hafa lægri stéttarstöðu heldur en meðal karla sem hafa hærri stéttarstöðu. Í öðru lagi er það að hjarta og æðasjúkdómar eru álitnir fyrst og fremst sjúkdómar sem leggjast á karlmenn. Það seinkar því að konur fái greiningu, þær eru ólíklegri til að gangast undir uppskurði og fá ekki sérfræðiaðstoð fyrr en síðar á sjúkdómsferlinu. M.ö.o. vegna þess að tíðni hjarta og æðasjúkdóma er lægri hjá konum en körlum er sú tilhneiging til staðar í kerfinu að líta svo á að konur fái ekki þessa sjúkdóma (Bury, 2005, bls. 54-55). Því má segja að kynjaskekkjur varðandi hugmyndir um sjúkdóma hafi áhrif á hvað er álitnið dæmigert fyrir karla og fyrir konur.



## Aldur og heilsufar

Til þess að öðlast yfirsýn yfir heilsufar og sjúkdóma karla og kvenna hefur verið bent á að nauðsynlegt sé að líta á félagslegar aðstæður og hlutverk hvers æviskeiðs. Bury (2005) fjallar um rannsóknir sem Annandale gerði í Bretlandi í lok 20. aldar. Niðurstöður þeirra rannsókna eru á þá leið að launuð störf utan heimilis séu almennt til bóta fyrir heilsu kvenna. Að með launavinnu fjölgi hlutverkum kvenna, þær fái frekar stuðning frá samfélaginu og sjálfstraust þeirra aukist. En það fari þó eftir aldri kvennanna og kringumstæðum. Rannsóknir Annandale leiddu einnig í ljós að yngri húsmæður sem höfðu engin hlutverk utan heimilis voru líklegastar til að hafa versta heilsufarið (Bury, 2005, bls. 51). Hlutverk og tengsl við samfélagið virðist samkvæmt þessu vera lykilatriði. Yngri konur skortir oft slík hlutverk og það kemur niður á heilsufari þeirra.

Í skýrslu um veikindafjarvistir á Norðurlöndum sem út kom árið 2003, er meðal annars fjallað um að veikindafjarvistir hafi aukist stórlega í Svíþjóð undanfarin ár, þrátt fyrir að rannsóknarniðurstöður sýni að heilsa sænsku þjóðarinnar hafi síður en svo versnað á þessum tíma. Aukningin í veikindafjarvistum hefur aðallega orðið meðal ungra, ófaglærðra kvenna (Jensen o.fl., 2003, bls. 3-6).

Gerð var könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks á leikskólum Reykjavíkur árið 2000. Starfsfólkið var svo til eingöngu konur. Könnunin leiddi í ljós að yngra starfsfólkið og það sem hafði skemmstan starfsaldur, var óánægðast með ýmislegt í vinnuumhverfinu (Berglind Helgadóttir o.fl., 2000, bls. 4-5). Starfsfólk yngra en 25 ára var einnig líklegra til að hafa verið fjarverandi vegna veikinda 4 sinnum eða oftar undanfarið ár. Það gildi um 48% þeirra sem voru yngri en 25 ára. 30% þeirra sem voru í aldursflokknum 25-34 ára höfðu verið fjarverandi vegna veikinda 4 sinnum eða oftar, 24% þeirra sem voru í aldursflokknum 35-44 ára, en aðeins 16% þeirra sem höfðu náð 45 ára aldri (Berglind Helgadóttir o.fl., 2000, bls. 64-65). Einnig kom fram að starfsfólk yngra en 25 ára var fjölmennast í hópi þeirra sem höfðu farið 4 sinnum eða oftar til læknis undanfarið ár. Hlutfall þeirra sem höfðu leitað læknis vegna höfuðverkja var hæst meðal þeirra sem voru yngri en 25 ára (Berglind Helgadóttir o.fl., 2000, bls. 68).

Tölur um veikindafjarvistir í löndum Evrópusambandsins frá árinu 1996 gefa til kynna að fólk sem var 45 ára og eldra hafi sjaldnar tekið stutt veikindaleyfi, þ.e. 1-

2 daga, heldur en fólk sem var yngra en 45 ára. Aftur á móti tóku þeir sem voru 45 ára og eldri oftast lengri veikindaleyfi, þ.e. 3-11 daga, heldur en þeir yngri. Þennan mun er að finna hjá báðum kynjum. Yngri konur tóku oftast stutt veikindaleyfi en ungir karlar, en eldri konur tóku sjaldnar stutt veikindaleyfi. Samkvæmt þessum samanburði voru það konur sem voru 45 ára eða eldri, sem sjaldnast tóku skemmri veikindaleyfi (Ilmarinen, 1999, bls. 48). Lengri veikindaleyfi voru algengari meðal hinna eldri. Í sex löndum voru þó fleiri í hópi yngri karla en þeirra eldri, sem tóku lengri veikindaleyfi. Meðal kvenna voru veikindafjarvistir tíðari hjá eldri konum samanborið við þær yngri, nema á Írlandi (Ilmarinen, 1999, bls. 49-50). Þessar tölur frá Evrópusambandslöndunum gáfu einnig til kynna að krónískir sjúkdómar eða heilsuvandamál væru algengari meðal hinna eldri, þ.e. þeirra sem eru 45 ára eða eldri. Það á við um bæði kyn (Ilmarinen, 1999, bls. 50-51).

Rúnar Vilhjálmsson gerði heilbrigðiskönnun á Stór-Reykjavíkursvæðinu á 10. áratug 20. aldar. Þar var spurt um króníska sjúkóma og hvort fólk hefði fundið fyrir ýmsum skammvinnnum líkamlegum einkennum s.s. höfuðverk, svima, ógleði, ólgu í maga, eymslum í vöðvum, hita- og kuldaköstum og tímabundnum bakverkjum s.l. sjö daga. Einnig var spurt um ýmis krónísk líkamleg vandamál á síðustu 12 mánuðum. Niðurstöðurnar voru þær að eldra fólk ætti við fleiri krónísk vandamál að stríða, s.s. krabbamein og hjarta- og æðasjúkdóma. Aftur á móti reyndist fjöldi skammvinnra líkamlegra kvilla og einkenna fara lækkandi með aldrinum og segir Rúnar það vera í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 339). Þarna kemur fram að í yngri aldursflokknum hafi skammvinn einkenni s.s. höfuðverkir, verið tíðari.

Það hlutfall fólks sem metur heilsu sína góða eða frekar góða lækkar með hækkandi aldri. Juhani Ilmarinen (2005) segir að aldur hafi óumflýjanlega þau áhrif á heilsuna að henni hraki. Hann bendir þó á að það breyti ekki því að ungt fólk veikist einnig og að ekki séu öll heilsufarsleg vandamál þess eðlis að þau rýri starfsgetu fólks (Ilmarinen, 2005, bls. 158).

Í rannsókn sem gerð var í Bretlandi á 9. áratugnum var fólk beðið um að meta eigið heilsufar. Í yngri aldurshópum kom fram munur á milli kynja, sem fólst í því að konur voru líklegri en karlar til að meta eigin heilsu sem slæma. Þessi

munur á milli kynja hvarf í eldri aldursflokkum. Einnig kom fram munur milli kynja eftir því um hvers konar heilsufarseinkenni var að ræða. Sál-félagsleg einkenni s.s. áhyggjur, kvíði, síþreyta og höfuðverkir voru algengari hjá konum. Þegar um önnur einkenni var að ræða s.s. bakverki, kvef og flensu var enginn munur milli kynja (Bury, 2005, bls. 48-50). Þarna kemur fram að kynjamunur finnst hvað varðar sál-félagsleg heilsufarseinkenni og er sá kynjamunur bundinn við yngri aldurshópinn.

Rúnar Vilhjálmsson (2000) bendir á að nýlegar rannsóknir sýni að stéttamunur í heilsufari sé lítill meðal yngri fullorðinna, þ.e. 25-34 ára. Stéttamunurinn aukist síðan og nái hámarki meðal miðaldra fólks og yngri aldraðra, þ.e. 45-74 ára. Munurinn á heilsufari milli stétta minnki síðan þegar nær dregur ævilokum eða um og eftir 75 ára aldur. Rúnar segir að þessar niðurstöður megi túlka þannig að viðvarandi áhættuþættir í umhverfi og lífsvenjum margfaldi líkur á heilsutjóni og auki stéttamun á heilsufari eftir aldri. Þegar dragi að ævilokum hafi þeir veikustu fallið frá og þau valáhrif (selection effect) færi stéttirnar aftur nær hvor annarri hvað heilsufar varðar (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 342).

## Lagskipting og heilsufar

Eins og komið hefur fram í umfjölluninni hér að framan hefur þjóðfélagsstaða fólks áhrif á heilsufar og líðan fólks með margvíslegum hætti. En hefur heilsufar áhrif á skiptingu fólks í ólíka þjóðfélagshópa?

Lagskiptingarkenningar af ýmsu tagi hafa verið fyrirferðarmiklar innan félagsfræðinnar. Stéttakenningar Karl Marx og Max Weber eru þar áberandi. Samkvæmt kenningu Marx skiptast öll iðnvædd þjóðfélög í tvennt á grundvelli eignarhalds á framleiðslutækjum. Weber hélt því aftur á móti fram að þjóðfélagið skiptist í aðskilin svið og að hið efnahagslega svið væri ekki eini orsakavaldur lagskiptingar þjóðfélagsins. Hann hélt því fram að virðing (status) væri lykilhugtak í félagskerfinu og að sú virðing sem fólk nýtur væri einn þáttur í hlutskipti manna. Weber staðhæfði einnig að stéttarstaða markaðist ekki eingöngu af eignum, heldur einnig þeirri kunnáttu (menntun), sem fólk hefði aflað sér og gæti selt á markaði (Morrison, 1995, bls. 232-239). Virðing (status), samkvæmt skilgreiningu Weber, grundvallast á gildisdómum um lífsstíl viðkomandi, en einnig á menntunarstigi og starfsvirðingu (occupational rank). (Það er m.ö.o. staða fólks gagnvart neyslu sem ræður stöðu fólks hjá Weber, en ekki staða fólks gagnvart framleiðslunni eins og Marx lagði til grundvallar.) (Cockerham, 2007, bls. 84-85). Cockerham bendir á að Weber hafi gert menntun hátt undir höfði í sinni stéttagreiningu vegna þess að mikil virðing hafi verið borin fyrir háskólaþólki í Þýskalandi á 19. öld og á fyrri hluta 20. aldar. Að síðar hafi iðnrekendur í meira mæli hlotið þann sess (Cockerham, 2007, bls. 81).

Cockerham segir að mismunandi stéttagreiningar séu notaðar í heilsufélagsfræðinni, en þær byggist í öllum tilfellum á þrískiptingunni í há-, mið- og lágstétt. Algengast sé þó að styðjast við skiptingu í fimm stéttir, en sú skipting grunvallast á tekjum, menntun og störfum (Cockerham, 2007, bls. 81). Misjafnt er eftir rannsóknum hvort stuðst er við upplýsingar um störf, menntun eða tekjur fólks til að meta stéttarstöðu. Það er að hluta til vegna þess að ólíkar hefðir hafa skapast á milli landa um hvers konar gögnum er safnað á kerfisbundin hátt á vegum opinberra aðila. Í sumum tilfellum þurfa rannsakendur því að láta sér nægja þau gögn sem tiltæk eru (Berkman og Macintyre, 1997, bls. 52). Í Bretlandi hefur í rannsóknum til dæmis gjarnan verið stuðst við þann mælikvarða hvort fólk búi í

eigin húsnæði eða í leiguhúsnæði. Í ljós hefur komið að þeir sem leigja á einkamarkaði eða af hinu opinbera, hafa hærri dánartíðni samanborið við hina. Svipaðar niðurstöður hafa komið í ljós þegar menntun er notuð sem mælikvarði (Shaw o.fl., 1999, bls. 214). Berkman og Macintyre (1997) benda á að rannsakendur í Bandaríkjunum hafi tilhneigingu til að nota upplýsingar um menntun og tekjur, í Bretlandi og á Nýja Sjálandi eru oftast notaðar upplýsingar um störf, en upplýsingar um menntun hafa venjulega verið notaðar í löndum Evrópu utan Bretlands. Niðurstöðurnar fara nokkuð eftir því við hvaða mælikvarða er stuðst. Dæmi um slíkt eru skrifstofustörf en þeim fylgir meiri virðing heldur en laun. Annað vandamál er að með tímanum geta orðið breytingar á virðingu og launakjörum starfstétta. Um miðja 20. öld var til dæmis hvítflibbastörfum raðað hærra í virðingarröðina heldur en bláragastörfum, en eftir að þau urðu bleikflibbastörf („pink-collar“) með innrás kvenna, hafa mörg bláragastörf orðið betur launuð og hafa jafnvel fengið hærri sess í virðingarröðinni. Þá er virðingarröð starfa breytileg milli landa og gerir það samanburð erfiðan. Aldur fólks skiptir einnig verulegu máli þegar rætt er um menntun, því eldri kynslóðir fengu að jafnaði ekki eins langa skólagöngu og yngri kynslóðin, en hafa samt sem áður ekkert síður gert sig gildandi á vinnumarkaði (Berkman og Macintyre, 1997, bls. 55-56). Wilkinson bendir á að upplýsingar um störf séu venjulega teknar úr dánarvottorðum og þar veitir nánasti ættingi upplýsingar. Hann spyr: Hvernig á t.d. að flokka stjórnanda fyrirtækis? Er hann völdugur forstjóri stórfyrirtækis eða er hann sjálfstætt starfandi smiður? Á að flokka atvinnulausan lögfræðing út frá starfi eða út frá menntun? Wilkinson bendir á að Whitehall rannsóknirnar, sem gerðar voru á opinberum starfsmönnun í Bretlandi og fjallað var um hér að framan, séu lausar við þennan vanda. Í þeim rannsóknum voru allir í vinnu og það hjá sama vinnuveitanda og þar kom fram góð samsvörun á milli starfa og menntunar (Wilkinson, 1996, bls. 58). Það var m.ö.o. mjög einsleitur hópur, en oftast byggja rannsóknir á gögnum sem hafa ekki jafn einsleita skráningu fólks í stéttir.

Því hefur löngum verið haldið fram hér á landi að stéttamunur væri lítill og að möguleikar manna til auðs og metorða væru jafnir. Hólmfríður K. Gunnardóttir (2005) bendir á rannsókn Þorbjörns Broddasonar og Keith Webb sem sýndi annars konar veruleika, því að við nánari skoðun kom í ljós að mestur hluti

embættismanna hér á landi kom úr efri stéttum þjóðfélagsins (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005, bls.19). Svipað kemur fram í grein Ólafar Garðarsdóttur *Þjóðfélagsbreytingar og skólasókn á fyrri hluta 20. aldar*. Þar segir að allmargir fræðimenn hafi fært rök fyrir því að félagslegur hreyfanleiki hafi verið minni en ætla mætti hér á landi á 19. og 20. öld. Hún bendir á rannsókn Guðmundar Hálfðánarsonar um félagslegan hreyfanleika á 19. öld í því sambandi, en sú rannsókn leiddi í ljós að hreppstjórar, sýslumenn og prestar áttu í nær öllum tilvikum þjóðfélagslegar rætur í þessum sömu stéttum (Ólöf Garðarsdóttir, 2007, bls. 31). Í sömu grein fjallar Ólöf um tildrög að stofnun almennra barnaskóla hér á landi. Þar er fjallað um ójöfnuð af tvennum toga, annars vegar um formlegan ójöfnuð sem birtist í því að börnunum var raðað í bekki eftir kunnáttu í lestri, hins vegar um óformlegan (dulinn) ójöfnuð, sem fólst í framkomu einstakra kennara gagnvart börnunum. Framkoma þessara kennara litaðist af því hvort börnin voru komin af ríku eða fátæku fólki. Þessi mismunun gat bæði komið fram í viðmóti gagnvart börnunum og í einkunnagjöf (Ólöf Garðarsdóttir, 2007, bls. 32-36). Því má segja að skólakerfið hafi styrkt stéttaskiptinguna í landinu í stað þess að vinna á móti henni.

Ferdinand Mount fjallar í bók sinni *Mind the Gap* um stéttaskiptinguna í Bretlandi og veltir fyrir sér hvort hún sé raunverulega á undanhaldi, eins og margir vilja meina. Eitt af því sem hann beinir sjónum sínum að er menntakerfið, en margir hafa litið á það sem eitt helsta verkfærið til að auka félagslegan hreyfanleika. Mount vitnar í skýrslu um menntun og fátækt barna, sem sýnir að menntunarleg frammistaða barna í Bretlandi ráðist meira af stéttastöðu foreldra, heldur en í öðrum löndum. Hann segir að bilið milli þeirra sem eru fátækir og hinna sem hafi sterkari stöðu sé augljóst strax í upphafi og að þetta bil aukist gegnum alla skólagönguna. Þeir sem koma frá ómenntuðum fjölskyldum eru fimm sinnum ólíklegri til að fara í eitthvert framhaldsnám, en þeir sem koma frá menntastéttunum (Mount, 2004, bls. 52). Sambærilega niðurstöðu gefa rannsóknir Sigurjóns Björnssonar og Wolfgang Edelstein á námsárangri eftir þjóðfélagsuppruna, sem greint er frá í fyrrnefndri grein Ólafar Garðarsdóttur. Rannsóknirnar voru gerðar hér á landi og náðu til einstaklinga sem fæddir voru 1950-1961. Rannsóknirnar leiddu í ljós jákvæða fylgni milli þjóðfélagsuppruna og einkunna

og sýndu að munurinn jókst eftir því sem á skólagönguna leið (Ólöf Garðarsdóttir, 2007, bls. 30).

Höfundar bókarinnar *The Death of a Class* halda því fram að þó svo að hugtakið stétt hafi verið lykilhugtak í félagsfræði og stjórnmálum þá hafi fjarað undan merkingu þess að undanfögnu og að pólitískar hreyfingar horfi nú í aðrar áttir og tali til hópa sem myndaðir eru á annars konar grundvelli, s.s. út frá kynferði eða kynþætti (Pakulski og Waters, 1996, bls. 1-7). Aðrir benda á þýðingu stéttarstöðu. Til dæmis Ivan Reid (1980) sem heldur því fram að stéttarstaða sé þýðingarmesta form lagskiptingar. Hann bendir í því sambandi á að munur sé á því að vera svartur, vera kona eða eldri borgari og vera í millistétt eða að vera svartur, kona eða gamall og vera í verkalýðsstétt (Cockerham, 2007, bls. 75-76). M.ö.o. að allar þessar breytur skipti máli. En hefur þetta eitthvað með heilsufar og líðan að gera?

Rúnar Vilhjálmsson segir að álagsþættir tengdir efnahag, vinnu og heimilislífi hafi komið mjög við sögu alvarlegra krónískra vandamála síðustu áratugina, einkum geðsjúkdóma og hjarta- og æðasjúkdóma. Hann segir að þessir álagsþættir hafi mismunandi útbreiðslu í einstökum samfélagshópum, séu háðir tækniþróun og breytingum á vinnuumhverfi og búsetu ásamt tilsvareandi breytingum á efnahag. Hann bendir á að konum almennt og fólki úr lægri stéttum sé hættara við ýmsu álagi en körlum almennt og fólki í milli og efri stéttum. Þar er hann að tala um heimilisálag af ýmsu tagi, fjárhagslegt álag og valdleysi/einhæfni í starfi sem konur upplifa umfram karla, og fjárhagslegt álag og valdaleysi/einhæfni í starfi sem lægri stéttir upplifa umfram hærri stéttir (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 336-337). M.ö.o. bæði kynferði og stéttarstaða skipta máli.

Hér á eftir verður fjallað um tengsl heilsufars við hverja og eina af þeim breytum sem stéttarstaða fólks er gjarnan miðuð út frá, það er menntun, störfum og tekjum.

### ***Menntun og heilsufar***

Mikið af rannsóknum hafa verið gerðar til að meta hvort finna megi mismun á heilsufari eða lífslíkum fólks eftir lengd menntunar og meta hugsanlegan heilsufarslegan ávinning af aukinni menntun fólks.

Samkvæmt Cockerham segja John Mirowsky og Catherine Ross í bók sinni *Education, Social Status, and Health* (2003) að góð menntun sé alltaf til bóta hvað

varðar heilsu, að æðri menntun og heilbrigði séu nánast samheiti. Þau benda á að allar mælingar sýni að fullorðnir Bandaríkjamenn sem hafi framhaldsskólapróf, hafi betri heilsu heldur en þeir sem hafi minni menntun. Þau staðhæfa að þeir betur menntuðu upplifi sig heilbrigðari, eigi síður í vandræðum með daglegar athafnir, séu atorkusamari, finni síður til sársauka, verkja og lasleika, þjáist síður af áhyggjum og kvíða og hafi færri sjúkdómsgreiningar vegna hættulegra eða hamlandi sjúkdóma. Þau benda jafnframt á að lífslíkur þeirra betur menntuðu séu meiri og trúlega hafi þeir betur menntuðu einnig meiri lífslöngun (Cockerham, 2007, bls. 87).

Link og Phelan (2005) benda á að ný þekking um hvernig verjast megi sjúkdómum og bæta heilsu vaxi stöðugt og fólk sem hafi meiri bjargir, sé að jafnaði líklegra til að nýta sér þá þekkingu (Link og Phelan, 2005, bls. 74). Ólafur Ólafsson (2004) fyrrverandi landlæknir bendir á að heilbrigðisfræðsla nái betur til þeirra sem hafi meiri menntun (Ólafur Ólafsson, 2004, bls. 16). Í svipaðan streng taka Anna Björg Aradóttir og Sigrún Gunnarsdóttir sem benda á, í grein sinn *Læsi til lífsgæða*, að hafi fólk aðgang að upplýsingum um heilsufar og geti nýtt sér þær upplýsingar, eigi það betra með að efla eigin heilsu og bæta líðan. Þær benda á að slík heilbrigðisfræðsla verði að grundvallast á persónulegum samskiptum og miðast við þarfir einstaklingsins og samfélagsins. Þær benda einnig á að huga verði að þeirri menntun sem auðveldi fólki að takast á við þætti í samfélaginu sem hafi áhrif á heilbrigði. Þær telja að menntun og læsi á heilbrigði sporni gegn ójöfnuði í heilsufari sem sé vaxandi áhyggjuefni Alþjóðaheilbrigðismála-stofnunarinnar og heilbrigðisyfirvalda margra þjóða. Þær segja það vera staðreynd að ójöfnuður í heilsufari sé til staðar hér á landi (Anna Björg Aradóttir og Sigrún Gunnarsdóttir, 2001, bls. 115).

Í rannsókn sem gerð var hér á landi, árið 2000, á mismunandi starfshópum kvenna í öldrunarþjónustu með ólíkan menntunarlegan bakgrunn og áður hefur verið fjallað um, kom í ljós að einungis 16% hjúkrunarfræðinga, sem er sá starfshópur sem hefur lengsta menntun að baki, höfðu aldrei verið frá vinnu vegna veikinda s.l. ár, en 35-42% af hinum starfshópunum, sem eru sjúkraliðar, ófaglært aðstoðarfólk við umönnun og starfsfólk í ræstingum. Í rannsókninni voru þessir starfshópar einnig beðnir um að meta líkamlega og andlega heilsu sína. 31% hjúkrunarfræðinga mátu líkamlega heilsu sína góða eða mjög góða, en 23%



sjúkraliða, 25% ófaglærðra í umönnunarstörfum og 30% af þeim sem unnu við ræstingar. Þegar spurt var um andlega líðan (mental health) voru aftur á móti hlutfallslega flestir meðal ræstingarfólksins eða 51%, sem mátu andlega heilsu sína góða eða mjög góða, samanborið við 49%, 48% og 44% hjá hinum hópunum (Gunnarsdóttir, Rafnsdóttir og Tómasson, 2003, bls. 156). Rannsóknin leiddi einnig í ljós að ófaglærðar konur í umönnunarstörfum og ræstitækna stunduðu reglulega líkamsrækt í minna mæli en aðrar. Einnig kom í ljós að reykingar voru næstum helmingi algengari hjá þessum hópi heldur en meðal hjúkrunarfræðinga (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004, bls. 5). Menntun virðist m.ö.o. hafa áhrif á þann lífsstíl sem fólk temur sér.

Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (2005) fjallar í grein sinni *Ójöfnuður í heilsufari*, um rannsókn sem unnin var upp úr gögnum Hjartaverndar. Þar kom fram greinilegt samband á milli lengdar skólagöngu og hversu algengt var að fólk stundaði líkamshreyfingu. „Leiðrétting fyrir ástundun hreyfingar dró úr tengslum skólagöngu og dánartíðni en eftir leiðréttinguna stóð enn eftir marktækur munur á dánartíðni eftir lengd skólagöngu.“ (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005, bls. 22). M.ö.o. lengd skólagöngu virðist hafa sjálfstæð áhrif á dánartíðni. Í sömu grein er vitnað í rannsókn frá 1990 á mataræði íslendinga. Megin niðurstaðan var sú að fituríkasta fæðið væri hjá þeim starfshópum sem hefðu stystu skólagönguna (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005, bls. 22).

Halldóra Viðarsdóttir og félagar gerðu rannsókn hér á landi til að meta áhættu á krabbameinum með tilliti til menntunar. Rannsóknin byggði á gögnum úr manntalinu sem tekið var árið 1981. Niðurstöðurnar voru þær að karlar í efsta menntunarflokknum voru 27% líklegri til að fá krabbamein í blöðruhálskirtil og 147% líklegri til að fá sortuæxli heldur en þeir karlar sem einungis höfðu grunnmenntun. Aftur á móti voru þeir sem voru í hæsta menntunarflokki, síður líklegir til að fá krabbamein í lungu, maga og þvagfæri. Karlar með hæstu menntun höfðu aðeins 63% af þeirri áhættu sem karlar með grunnmenntun höfðu á að fá lungnakrabbamein. Meðal kvenna fjölga tilvikum brjóstakrabbameina með hækkandi menntunarstigi. Með aukinni menntun minnka aftur á móti líkur á krabbameinum í lungum og æxlunarfærum. Þær konur sem eru með mesta menntun hafa aðeins 42% af þeirri hættu sem konur með grunnmenntun hafa á að fá krabbamein í lungu. En þær höfðu 42% meiri líkur á að fá sortuæxli

samanborið við konur með grunnmenntun. Konur með miðlungsmenntun voru í minni krabbameinsáhættu en þær konur sem höfðu minni eða meiri menntun (Vidarsdóttir o.fl., 2008, bls. 386). Tíðni einstakra krabbameinstegunda virðist því tengjast lengd menntunar.

Halldóra og félagar benda á í sömu grein að aukin áhætta á blöðruhálskirtilskrabbameinum eftir menntun sé í samræmi við niðurstöður frá öðrum Norðurlöndum. Talið er að skýringin á því hvers vegna þetta krabbamein er algengara hjá betur menntuðum körlum sé sú að þeir séu líklegri en aðrir til að fá greiningu. Sortuæxli tengjast einnig hærri stéttarstöðu, einkum hjá körlum. Útfjólubláir geislar er þekktur áhættuþáttur sortuæxla. Ólíkar ferðavenjur þjóðfélagshópa er talin megin ástæða þess að sortuæxli eru mun algengari meðal þeirra sem hafa meiri menntun, þ.e. tíðari ferðalög hinna menntaðri til sólríkari landa eru álitin meginástæðan. Munurinn á tíðni sortuæxla eftir menntunarhópum er sérstaklega mikill meðal karla. Þeir lífsstílsþættir sem taldir eru auka líkur á brjóstakrabba eru áfengisneysla og hár aldur við fæðingu fyrsta barns, en þær konur sem hafa hærri menntun fresta gjarnan barneignum og eiga færri börn. Vísað er í óbirta rannsókn sem sýnir að íslenskar konur með meiri menntun, hafi tilhneigingu til að neyta áfengis í meira mæli en konur sem hafa minni menntun. Það er einkum brjóstgjöf sem talin er verndandi þáttur í sambandi við brjóstakrabbein (Vidarsdóttir o.fl., 2008, bls. 387-389).

Þá má spyrja hvers vegna betur menntað fólk sé að jafnaði heilsubetra og líði betur en fólk sem hefur minni menntun? Í rannsókn sem Ross og Chia-ling Wu gerðu í Bandaríkjunum árið 1995 var gerður samanburður á fólki út frá menntunarstigi. Þá kom í ljós að þeir betur menntuðu voru jafnframt líklegri til að sinna störfum sem voru gefandi fyrir þá sem einstaklinga, hafa góðar tekjur, vera síður í fjárhagserfiðleikum og höfðu fremur en aðrir tilfinningu fyrir því að hafa stjórn á eigin lífi og heilsu. Þeir voru einnig líklegri en aðrir til að stunda líkamsrækt, fara í reglubundið heilsufarseftirlit hjá lækni, drekka áfengi í hóflegu magni og voru síður líklegir til tóbaksreykinga. Þessar rannsóknir Ross og Wu útskýrðu því hvers vegna tengslin á milli menntunar og heilsufars eru svo mikil og verða sterkari eftir því sem líður á ævi fólks, þ.e. þeir sem eru minna menntaðir verða oftar veikir og deyja fyrr (Cockerham, 2007, bls. 87).

## ***Störf og heilsufar***

Hér á eftir verður fjallað um tengsl á milli heilsufars og starfa, en ýmsir fræðimenn hafa skoðað þessi tengsl. Rannsóknir hafa í auknum mæli beinst að sál-félagslegu vinnuumhverfi og vinnutengdri streitu.

Hugtakið starfsánægja er regnhlífarhugtak (yfirhugtak) sem nær yfir tilfinningar okkar gagnvart mörgum þáttum vinnunnar. Þættir svo sem laun, stjórnun, vinnufélagar, starfsöryggi, hið efnislega umhverfi, umfang vinnunnar, tæki, hugbúnaður og fleira, eru líklegir til að hafa áhrif á viðhorf og tilfinningar fólks gagnvart vinnunni (Weinberg og Cooper, 2007, bls. 16).

Samspil vinnuumhverfis og veikindafjarvista getur verið flókið. Vinnuumhverfi getur leitt til sjúkdóma sem kosta fjarvistir frá vinnu. Einnig geta aðstæður á vinnustað verið með þeim hætti að fólk ákveður að fara ekki til vinnu ef því líður illa. M.ö.o. sál-félagslegar vinnuaðstæður geta verið það óæskilegar að þær leiði til veikindafjarvista. Að mati Jensen og féлага (2003), eru þeir þættir í vinnuumhverfinu, sem oftast tengjast fjarvistum:

1. Líkamlega erfið vinna.
2. Einhæf og síendurtekin vinna.
3. Að hafa lítið um eigin vinnu að segja.
4. Miklar kröfur í vinnunni (Jensen o.fl., 2003, bls. 6).

Miklu máli skiptir fyrir vellíðan starfsmanna að vinnuálag sé hæfilegt. Rannsókn var gerð hjá starfsmönnum sveitarfélags í Finnlandi á árunum 1991-1993 en á þeim árum átti sér stað mikill niðurskurður hjá sveitarstjórnunum þar í landi. Niðurstaðan var sú að niðurskurður á vinnustaðnum hafði í för með sér stoðkerfisvandamál sem komu skýrast fram hjá konum og lágstéttarfólki (Kivimäki, Vahtera, Ferrie, Hemingway og Pentti, 2001, bls. 813). Önnur rannsókn var gerð í Finnlandi til að meta veikindafjarvistir í kjölfar niðurskurðar hjá hinu opinbera á árunum 1991-1996. Rannsóknin náði til opinberra starfsmanna á aldrinum 19-62 ára, sem héldu sínu starfi í niðurskurðinum. Rannsóknin leiddi í ljós að þar sem niðurskurðurinn var mikill jukust veikindafjarvistir hjá fastráðnu starfsfólki en ekki hjá lausráðnu starfsfólki og var það óháð kyni. Einnig fundust marktæk jákvæð tengsl milli aukinnar tíðni dauðsfalla af völdum hjarta- og æðasjúkdóma og mikils niðurskurðar, en ekki tengsl við aukna dánartíðni af öðrum orsökum (Vahtera o.fl., 2004, bls. 2-3). Niðurskurðurinn hefur í för með sér aukið andlegt

álag fyrir þá starfsmenn sem áfram starfa og aukið verkefnaálag vegna fækkunar starfsfólks.

Árið 2002 var gerð rannsókn á öllum starfsmönnum banka og sparisjóða á Íslandi. Markmið rannsóknarinnar var að kanna vinnuumhverfi, líðan og heilsufar starfsmannanna (Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002, bls. 5). Þar var meðal annars spurt hvort tveir eða fleiri aðilar geri kröfur sem stangist á. 21% aðspurðra svaraði spurningunni á þá leið að það ætti stundum við og 5% sagði að það ætti oft eða alltaf við. Í ljós kom að fulltrúar, þjónustufulltrúar, þjónusturáðgjafar og því næst yfirmenn, fundu oftast fyrir því að gerðar væru til þeirra misvísandi kröfur frá tveimur eða fleiri aðilum. Það gildi einnig frekar um konur en karla, enda eru konur í meirihluta þeirra sem vinna þessi störf. Því má segja að það fari bæði eftir kynferði og starfsstöðu hve miklar líkur eru á að gerðar séu misvísandi kröfur til starfsmanns. En skiptir þetta einhverju máli? Já, vegna þess að því oftast sem tveir eða fleiri aðilar gerðu misvísandi kröfur til starfsmanns því líklegri var hann til að hafa „fundið fyrir mikilli streitu, verið andlega eða líkamlega úrvinda í lok vinnudags og fundist starfið andlega og líkamlega erfitt. Þessir starfsmenn höfðu oftast leitað til læknis vegna vefjagigtar, bakveiki, síþreytu, hjartsláttartruflana, ristilkrampa, höfuðverkja og annarra verkja og þeir voru síður líklegir til að vera ánægðir í vinnunni.“ (Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002, bls. 21-22). M.ö.o. svo virðist sem starfið geti haft áhrif á þætti sem tengjast heilsufari starfsmanna.

Í áður nefndri rannsókn sem gerð var á faglærðum og ófaglærðum konum í öldrunarþjónustu hér á landi árið 2000, kom m.a. í ljós að sjúkraliðar og ófaglærðir í umönnunarstörfum höfðu oftast leitað læknis vegna svefnraskana, samanborið við hjúkrunarfræðinga. Sjúkraliðum og ófaglærðum fannst vinnan í öllum tilfellum líkamlega erfiðari en hjúkrunarfræðingunum (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 5).

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir (2004) bendir á í grein sinni *Vinnuumhverfi, líðan og kynferði* að ýmsar erlendar rannsóknir gefi til kynna að vandamálum sem tengjast streitu hafi fjölgað verulega á undanförunum árum. Á sama tíma og vinnuumhverfið hafi almennt orðið hættuminna, verði sálfélagslegar kvartanir

algengari. Það er m.a. álitid tengjast því að vinnumarkaðurinn hefur breyst á þann hátt að störfum sem hafa í för með andlegt og félagslegt álag hefur mikið fjölgað (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 401).

Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (2004) segir að rannsóknir á tengslum vinnu og heilsufars hafi einkum verið gerðar meðal karla. Á síðari árum sé vaxandi áhugi á að rannsaka þær heilsufarshættur sem konur búi við í vinnunni. Hún segir helstu ástæðurnar fyrir þessu fálæti varðandi rannsóknir á konum vera þær að atvinnuþátttaka kvenna hafi lengi vel verið mun minni en karla og almennt álitid að konur ynnu störf sem fælu í sér minni hættur. Hólmfríður segir jafnframt að markmið rannsókna á vinnutengdri heilsu beggja kynja sé að koma auga á áhættuþætti sem tengist starfinu eða starfsumhverfinu og geti þá bæði verið um að ræða andlega og líkamlega áhættuþætti (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2004, bls. 426).

Í fyrrnefndri rannsókn sem Ásta Snorradóttir gerði á konum sem hafa skerta starfsorku vegna vefjagigtar kom fram að vinnuumhverfið ætti hlut að máli. Þeir álagsþættir sem nefndir voru og snúa að vinnufyrirkomulagi lutu bæði að félagslegu vinnuumhverfi og hinu áþreifanlega vinnuumhverfi, s.s. loftkulda og aðbúnaði á vinnustað. Þeir álagsþættir sem tengdust félagslegu vinnuumhverfi og komu fram hjá konunum voru lítill stuðningur yfirmanns, tíðar fjarvistir samstarfsfólks, erfið samskipti við samstarfsfólk eða viðskiptavinum, erfið og illleysanleg verkefni, þörf á að leysa mörg verk af hendi samtímis og skortur á sjálfræði í vinnu (Ásta Snorradóttir, 2008, bls. 85).

Robert Karasek og Töres Theorell (1990) hafa fjallað um streituvaldandi þætti vinnunnar og gert líkan þar sem störf eru flokkuð út frá tveimur viðmiðum. Annars vegar því hversu miklar sálrænar eða andlegar kröfur starfið gerir til starfsmannsins og hins vegar hvort starfsmaðurinn getur tekið einhverjar sjálfstæðar ákvarðanir varðandi vinnu sína. Út frá þessum tveimur viðmiðunum skipta þeir störfum í fjóra flokka:

1. Störf sem gera miklar kröfur, en fela í sér lítið sjálfræði (high-strain).
2. Störf sem gera miklar kröfur og fela í sér mikið sjálfræði (active).
3. Störf sem fela í sér litlar kröfur, en mikið sjálfræði (low-strain).
4. Störf sem fela í sér litlar kröfur og lítið sjálfræði (passive).

Niðurstaða þeirra er sú að þeir sem vinna störf sem gera miklar kröfur en fela í sér lítið sjálfræði (high-strain) sé hættast við streitu og líkamlegum sjúkleika. Aftur á

móti þegar sjálfræði starfsmannsins aukist, minnki hin neikvæðu streituáhrif þó að starfið geri miklar andlegar kröfur. Þeir segja að þetta eigi við um ýmis störf sem krefjist mikillar hæfni og kunnáttu, en þyki jafnframt eftirsóknarverð. Þess konar störf feli í sér virkni (active jobs). Rannsóknir sem gerðar hafa verið bæði í Svíþjóð og í Bandaríkjunum sýna að fólk sem sinnir þess konar störfum, er að jafnaði athafnasamara og virkara í sínum frítíma þrátt fyrir miklar starfskröfur. Karasek og Theorell benda einnig á að störf sem fela í sér litlar andlegar kröfur en mikið sjálfræði (low strain job) færa fólki að jafnaði meira heilbrigði og starfsánægju, en önnur gerð starfa. Óvirk störf (passive job) sem fela í sér litlar kröfur og litla stjórn á eigin vinnu, geti á hinn bóginn, leitt til þess að einstaklingurinn glati einhverju af fyrri færni sinni og verði óvirkari í frístundum sínum (Karasek og Theorell, 1990, bls. 31-36).

Segja má að þróun tækninnar sé nokkuð tvíbent hvað varðar tengsl starfa og líðanar. Annars vegar hefur tæknin aukið afköst og þar með hagnað fyrirtækja og gert sum störf léttari, en hins vegar hefur þróun tækninnar gert ákveðin störf ennþá einfaldari, einhæfari og einangraðri, og þar með óheilsusamlegri. Þessi atriði hafa ekki síst áhrif á störf ófaglærðra kvenna (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 403).

Siegrist og Marmot (2004) benda á að rannsóknir á vinnutengdum áhættuþáttum hafi breyst frá því að beinast eingöngu að hinum efnislegu þáttum vinnuumhverfisins. Rannsóknirnar séu í meira mæli farnar að beinast að sálfélagslegum áhættuþáttum í vinnuumhverfinu, en slíkar rannsóknir grundvallist á fræðilegum hugtökum. Þeir segja að tvö líkön hafi hlotið sérlega mikla athygli á síðustu árum. Þar er annars vegar um að ræða fyrr nefnt líkan Karasek og Theorell um tengslin á milli þess hve miklar starfskröfur hvíla á starfsmanninum og hvort hann hefur eitthvert sjálfræði í vinnu sinni (demand-control). Hins vegar fjalla þeir um að ójafnvægi á milli erfiðis og umbunar (effort-reward imbalance – ERI). Að ef fólk finnst það ekki fá réttláta umbun fyrir erfiði sitt, hafi það slæm sálræn áhrif. Líkanið tengist hugmyndinni um réttláta skiptingu og sálfræðilega samningnum sem hvílir á hugmyndinni um gagnkvæmni. Siegrist og Marmot benda á að það geti orðið verulegur misbrestur á jafnvæginu á milli erfiðis starfsmanns og þeirrar umbunar sem hann hlýtur, sér í lagi þegar lítið er um atvinnutækifæri fyrir starfsmenn. Talið er að ójafnvægið á milli erfiðis og umbunar geti leitt til tauga-

veiklunar og streituvíðbragða starfsmanns og þegar til lengdar lætur dregið úr sjálfstrausti hans. Þeir benda einnig á að þó svo að fáar rannsóknir hafi verið gerðar til að kanna áhrif ójafnvægis á milli erfiðis og umbunar á fólk, hafi komið fram vísendingar um að þeir sem búi við það að fá ekki umbun erfiðis síns, séu í aukinni hættu á að fá hjartasjúkdóma, þjáist oftar af þunglyndi og áfengissýki og meti eigin heilsu slæma, í meira mæli en aðrir (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1466-1467).

Í ritinu *Veikindafjarvistir á Norðurlöndum* kemur fram að hjá mörgum starfsmönnum virðist sem jafnvægið á milli þeirra krafna sem gerðar eru í vinnunni og möguleika starfsmannsins á að uppfylla þær, hafi raskast. Bent er á að slíkt ósamræmi geti leitt til aukinna fjarvista frá vinnu (Jensen o.fl., 2003, bls. 9).

Í fyrr nefndri rannsókn sem gerð var á bankamönnum hér á landi árið 2002, kom meðal annars í ljós að karlar voru líklegri en konur til að upplifa sálfélagslega streitu, sem fólst í að vera andlega úrvinda, að finnast starfið andlega erfitt eða að finna til streitu. Stjórnendur útibúa voru líklegri en aðrir til að upplifa sálfélagslega streitu. Karlar meðal stjórnenda voru líklegri en konur til að finnast starfið andlega erfitt (Rafnsdóttir, Tomasson og Gunnarsdóttir, 2009, bls. 21-22).

Rannsókn sem gerð var á stéttarstöðu karla á aldrinum 30-64 ára sem létust af hjartaslagi á 9. áratug 20. aldar í löndum Vestur-Evrópu og í Bandaríkjunum, leiddi í ljós hærri dánartíðni meðal þeirra sem unnu líkamlega vinnu (manual), en hjá þeim sem unnu annars konar störf (non-manual) Um 1950 var aftur á móti ekki greinanlegur munur á dánartíðni af völdum hjartaslaga milli hærri og lægri stétta í Bandaríkjunum eða í löndum Norður-Evrópu (Kunst, del Rios, Groenhof og Mackenbach, 1998, bls. 2285-2287).

Rannsókn sem gerð var á öllum Norðurlöndunum leiddi í ljós mismunandi tíðni krabbameins eftir starfstéttum, sér í lagi meðal karla. Meðal kvenna var munurinn milli starfshópa ekki eins afgerandi (Hávar Sigurjónsson, 2009, bls. 776). Nýgengi krabbameins í heild reyndist mest meðal starfsfólks veitingahúsa (Hávar Sigurjónsson, 2009, bls. 779). Meðal karla var tíðni krabbameins mest meðal þjóna og veitingamanna og minnst meðal bænda. Tíðni krabbameins hjá kennurum, læknum og háskólamönnum var undir meðallagi. Þegar tíðni lungnakrabbameins hjá körlum var skoðuð sérstaklega var munurinn milli þjóna-

og veitingamanna annars vegar og annarra starfstétta hins vegar enn skýrari. Tíðni lungnakrabbameins hjá kennurum, læknum og bændum var einungis um helmingur af meðaltali lungnakrabbameins hjá öllum körlum. Hjá konunum sýndu niðurstöðurnar ekki jafn skýr tengsl á milli tíðni krabbameins og starfstéttar. Brjóstakrabbamein tengdist þó lengd menntunar og fram kom að tíðni brjóstakrabba væri yfir meðaltali hjá tannlæknum, blaðakonum, læknum, listakonum og stjórnendum. Tíðnin var aftur á móti undir meðallagi hjá garðyrkjukonum, bændakonum, ræstitæknum og hjá konum sem starfa í matvælaíðnaði (Hlynur Orri Stefánsson, 2010, bls. 13).

Í heilsufarsrannsókn Rúnars Vilhjálmssonar, sem áður hefur verið fjallað um, er sýnt fram á að verkafólk og starfsfólk í þjónustustörfum glímur við fleiri skammvinn líkamleg einkenni en aðrar starfstéttir. Aftur á móti var ekki að finna mun á starfsstéttum að öðru leiti en því að meiri tilhneigingar gætir til stoðkerfisvandamála með lækkandi stéttarstöðu, en hlutfall stoðkerfisvandamála reyndist hæst meðal verkafólks eða 58%. Tíðni vandamála í stoðkerfi var aftur á móti lægst meðal sérfræðinga og embættismanna. Samkvæmt Rúnari benda rannsóknarniðurstöður í Vestur-Evrópu og Bandaríkjunum eindregið til þess að einstaklingum í lægri stéttum sé almennt hættara við skammvinnu og langvinnu sjúkdómum samanborið við einstaklinga í efri stéttum, en þó sé stéttamunurinn mest áberandi þegar um alvarlega sjúkdóma er að ræða (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 342).

Í rannsókn Arber og Cooper sem gerð var í Bretlandi í lok 20. aldar, voru eldri borgarar beðnir um að meta eigin heilsu. Þar kom fram að hærra hlutfall þeirra sem áður sinntu störfum þar sem krafist var menntunar (professional), mátu heilsu sína góða, heldur en þeir sem höfðu unnið ófaglærð störf. Það bendir til þess að menntun fólks og staða í atvinnulífinu hafi áhrif á heilsuna löngu eftir að starfsævinni lýkur (Bury, 2005, bls. 52).

### ***Tekjur og heilsufar***

Tekjur eru einn af þeim mælikvörðum sem notaðir eru til að varpa ljósi á stéttarstöðu fólks í þjóðfélaginu. Eins og fjallað hefur verið um hér að framan snýst sú umræða ekki einungis um hversu háar tekjurnar eru, heldur ekki síður



hvernig þær eru í samanburði við tekjur annarra og hvort ójöfnuður í tekjudreifingu sé mikill eða lítill.

Til að bera saman ójöfnuð í tekjudreifingu er gjarnan stuðst við svokallaðan Gini stuðul (Gini coefficient) sem ítalski tölfræðingurinn Corrado Gini setti fram árið 1912. Gini stuðullinn er mælikvarði á ójöfnuð í tekjudreifingu, þar sem gildið 0 táknar algeran jöfnuð og gildið 1 hámarks ójöfnuð (Gini coefficient, Wikipedia).

En hvað telst hár eða lágur Gini stuðull? Og hvað teljast miklar eða litlar breytingar frá einum tíma til annars? Stefán Ólafsson (2006) bendir á að Norðurlöndin hafi þá sérstöðu að hafa fremur jafna tekjuskiptingu og þar hafa Gini-stuðlarnir mælst á bilinu 0,20-0,25. Löndin á meginlandi Evrópu hafa Gini-stuðla á bilinu 0,25-0,30. 0,30 er nálægt meðaltali hagsælli ríkja OECD. Þau Vesturlönd sem hafa meiri ójöfnuð hafa Gini-stuðla á bilinu 0,30-0,40, en þróunarlönd hafa oftast Gini-stuðla á bilinu 0,40-0,55. Stefán vitnar einnig í sérfræðinga OECD sem telja að ef Gini-stuðli breytist á um meira en 12% frá einum tíma til annars, sé það mikil breyting, en að breyting um 2-7% sé lítill breyting (Stefán Ólafsson, 2006, bls. 154-155).

Samkvæmt mælingum á Gini-stuðlinum jókst ójöfnuður á Íslandi á árunum milli 1993 og 2005 um 10,0% hjá einhleypingum, en 40,7% hjá hjónafólki. Þetta eru einungis áhrif markaðarins að mati Stefáns Ólafssonar (2006). Eftir að tekið hefur verið tillit til skatta og bóta, hefur ójöfnuðurinn á tímabilinu aukist um 17,6% hjá einhleypingum, en 71,4% hjá hjónafólki (Stefán Ólafsson, 2006, bls. 133). Athygli vekur að ójöfnuðurinn mælist meiri eftir aðgerðir skattkerfisins samkvæmt Stefáni Ólafssyni (2006). M.ö.o. á þessu tímabili virðist skattkerfið hér á landi ekki hafa dregið úr ójöfnuði heldur beinlínis aukið hann.

Ójöfnuður í OECD-ríkjunum jókst á árunum 1985-1995 sem endurspeglast í um að meðaltali 6% hækkun á Gini-stuðlum (Stefán Ólafsson, 2006, bls. 154-155). Samkvæmt því hefur ójöfnuður í tekjudreifingu aukist mun meira hér á landi heldur en í öðrum OECD löndum. Sambærilegar niðurstöður fást ef rýnt er í tölur um kaupmáttaraukningu. Á árunum 1995-2004 varð kaupmáttaraukning þeirra 10% tekjuþega sem lægst hafa tekjurnar 36%, en 60% hjá þeim 10% tekjuþega sem hæstar tekjur hafa. Eftir aðgerðir skattkerfisins var kaupmáttaraukning lægsta hópsins kominn niður í 26% en hæsta hópsins upp í 77%. Þarna kemur aftur fram

hvernig skattakerfið ýkir þann mun á kaupmáttaraukningu sem varð milli tekjuhópna í þjóðfélaginu. Þessi munur skýrist að stórum hluta af því að fjármagnstekjuskattur var aðeins 10% en tekjuskattur 38% og hæstu tekjuhóparnir hafa haft sífellt stærri hluta tekna sinna af fjármagnstekjum (Stefán Ólafsson, 2006, bls. 143-145).

McGrail og félagar gerðu samanburðarrannsókn í Kanada og Bandaríkjunum sem leiddi í ljós að dánartíðni sem rekja má til ójöfnuðar í tekjuskiptingu er frekar stöðug í Kanada, en hefur vaxið stöðugt í Bandaríkjunum. Félags- og efnahagsleg dreifing á ungbarnadauða er einnig ólík milli þessara tveggja landa. Í Kanada hefur hann lækkað jafnt hjá öllum hópum, en í Bandaríkjunum hefur hann lækkað tiltölulega meira í efri stéttunum, heldur en þeim lægri, þannig að bilið hefur aukist. Höfundarnir vilja meina að vaxandi vísbendingar séu um að rót ójöfnuðar í heilsufari megi rekja til aðgerða stjórnvalda á félagslega, efnahagslega og pólitíska sviðinu. Löndin tvö eru ólík hvað varðar lýðheilsu og hvernig heilsufarið dreifist meðal þegnanna. Niðurstöðurnar voru þær að meðalheilsan var örlítið minni í Bandaríkjunum heldur en í Kanada, þó að munurinn væri ekki marktækur. Meðalheilsan lækkaði með aldrinum eins og við mátti búast, en var marktækt hærri í Kanada heldur en í Bandaríkjunum meðal tveggja lægstu menntunarhópna og hjá lægsta tekjuhópnum. Mismunur á Gini-stuðlum benti til meiri ójöfnuðar í heilsufari í Bandaríkjunum en í Kanada. Bæði var ójöfnuður í heilsufari og tekjutengdur ójöfnuður í heilsufari minni í Kanada samanborðið við Bandaríkin. Þó að heilsa hafi að jafnaði verið betri í efri stéttum í báðum ríkjunum var það samband sterkara í Bandaríkjunum en í Kanada (McGrail, Dorslaer, Ross og Sanmartin, 2009, bls. 1856-1858).

Tinna Laufey Ásgeirsdóttir (2006) segir í grein sinni *Áhrif tekna á heilsu* að í alþjóðlegum samanburði komi fram að íbúar ríkari landa búi að jafnaði við betri heilsu og meira langlífi en íbúar fátækra landa. Það eigi þó aðeins við ef borin eru saman þróunarlönd og þróuð ríki. Ef borin eru saman þróuð lönd kemur aftur á móti í ljós að heildarupphæð þjóðartekna hefur ekki úrslitaáhrif, heldur tekjudreifingun. Nánar tiltekið, þau lönd sem eru rík og hafa jafnframt jafna tekjudreifingu ná bestum árangri hvað varðar góða heilsu og langlífi þegnanna. Í þessu sambandi bendir Tinna á að ójöfnuður í tekjudreifingu hér á landi hafi aukist (samanber umræðu hér að framan). Tinna Laufey veltir fyrir sér í því sambandi

hvort að tekjutengdur ójöfnuður í heilsufari muni aukast á Íslandi í kjölfar þess (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2006).

Tinna Laufey bendir einnig á að íslenskar rannsóknarniðurstöður skeri sig nokkuð úr niðurstöðum rannsókna sem gerðar hafa verið í öðrum löndum fyrir það að á Íslandi hafi mjög miklar tekjur neikvæð áhrif á heilsu. Ekki er vitað hver skýringin á því getur verið, en streita virðist ekki vera skýringin. Aðrar tilgátur sem settar hafa verið fram til að skýra þetta eru að þessi hópur íslensks hátekjufólks gefi sér síður tíma en aðrir til að sinna heilsunni eða að hátekjufólk svari spurningum um heilsu sína með öðrum hætti en lágtekjufólk (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2006).

Tinna Laufey (2007) segir í bók sinni *Lifestyle Economics* frá árinu 2007 að svo til allar rannsóknir sýni fram á jákvæð tengsl á milli tekna og heilsu sem verði meiri eftir því sem farið er í hærri tekjuhópa. Þó bendir hún á tvær rannsóknir sem hafa sýnt minnkandi tengsl og jafnvel öfug tengsl á milli tekna og dánartíðni í hæstu tekjuhópnum. Önnur rannsóknin er byggð á gögnum frá Bandaríkjunum, en hin er frá Bretlandi (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2007, bls. 58-59). M.ö.o. íslensku rannsóknarniðurstöðurnar skera sig e.t.v. ekki svo mikið úr þegar grannt er skoðað.

## RANNSÓKNIN

Eins og áður hefur komið fram er þessi rannsókn byggð á gögnum sem Lýðheilsustöð (og fleiri stofnanir) aflaði haustið 2007 með spurningalistakönnun (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 2). Sendir voru út spurningalistar þar sem spurt var um fjölmörg atriði sem varða heilsu, sjúkdóma, líðan og lífsgæði. Leitað var upplýsinga um ýmsa þætti sem eru álitnir geta haft áhrif á heilsufar fólks, s.s. lífshætti og aðstæður. Áhersla var lögð á að mæla þætti sem gögn Hagstofu Íslands og heilbrigðisyfirvalda ná ekki yfir og leggja með þessum gögnum grundvöll að öflugu lýðheilsustarfi í framtíðinni (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 2).

### *Rannsóknaraðferð*

Í einum lið spurningarlistans voru þátttakendur beðnir um að merkja við hvort ýmis heilsufarsleg vandamál hefðu truflað daglegt líf þeirra. Úr þessum lista voru valin 10 atriði til umfjöllunar í þessari rannsókn. Þessi 10 atriði eru oft talin tengjast streitu og álagi. Þau einkenni sem hér verður fjallað um eru: þrekleysi, vöðvabólga, verkir í baki eða herðum, tíðir höfuðverkir, verkir í kvið, andþyngsli, svefnerfiðleikar, þungar áhyggjur, kviði og depurð. Fjallað verður um öll þessi einkenni sem vanlíðunareinkenni.

Gerð var áreiðanleikagreining (reliability analysis) á gagnasafninu sem gaf þá útkomu að Cronbach's Alpha væri 0,794. Alpha gildið er mælikvarði á það hversu mikill áreiðanleiki fæst með því að setja allar þessar mælingar saman í eina mælingu. Alpha getur verið á bilinu 0-1. Það telst ásættanlegt ef Alpha gildið fer yfir 0,7. Með alpha gildi upp á 0,794 fæst því verulegur áreiðanleiki fyrir þessa samsettu mælingu.

Spurt var: „Hefur eitthvað af eftirfarandi ástandi þínu truflað daglegt líf þitt?“ Svarmöguleikarnir voru 3. Í fyrsta lagi „Já, á síðustu 12 mánuðum“, í öðru lagi: „Já, en fyrir meira en 12 mánuðum“ og í þriðja lagi: „Nei, aldrei“. Svarmöguleikunum er fækkað, þannig að svörin eru aðeins flokkuð í „já“ og „nei“. Þeir sem höfðu fundið fyrir þessum einkennum á síðustu 12 mánuðum flokkuðust undir „já“, en hinir sem ekki höfðu fundið fyrir þessum einkennum eða höfðu fundið fyrir þeim fyrir meira en 12 mánuðum, flokkuðust undir „nei“. Hér

verður fjallað um það hve margir hafi fundið fyrir umræddum vanlíðunareinkennum. Vanlíðunareinkennin eru hér sett fram sem fylgibreytur.

Frumbreyturnar eru kynferði, aldur, menntun, störf og tekjur.

Aldur er flokkaður í sex flokka, sem eru 18-25 ára, 26-35 ára, 36-45 ára, 46-55 ára, 56-65 ára og 66-79 ára.

Menntun er flokkuð í fjóra flokka, sem eru grunnnám, framhaldsskólapróf, grunnpróf úr háskóla og framhaldsmenntun úr háskóla.

Störf eru flokkuð í fimmtán flokka, sem sjá má í töflu 1.

**Tafla 1. Störf og staða á vinnumarkaði.**

---

1	Kjörinn fulltrúi, æðsti embættismaður/æðsta embættiskona eða æðsti stjórnandi
2	Sérfræðingur (með háskólapróf)
3	Sérmenntaður starfsmaður/sérmenntuð starfskona (ekki með háskólapróf)
4	Skrifstofukona/-maður
5	Þjónustu-, sölu- eða afgreiðslukona/-maður
6	Bóndi
7	Sjómaður
8	Iðnaðarmaður
9	Sérhæfður iðnverkamaður
10	Bílstjóri, véla- eða vélgæslukona/-maður
11	Verkakona/-maður
12	Ég er í námi eingöngu
13	Ég er ekki í launaðri vinnu
14	Líklega ekki í launaðri vinnu
15	Líklega í launaðri vinnu

---

Engin af þeim konum sem svöruðu könnuninni stunda sjómennsku (nr. 7). Í öllum öðrum starfaflokkum fyrirfinnst bæði kyn, en konur eru mjög fáar í flokkunum sérhæfður iðnverkamaður (nr. 9) og einnig meðal bílstjóra og vélgæslufólks (nr. 10).

Tekjur eru flokkaðar í tíu flokka, sem eru: Tekjur undir 75 þús., 75-141 þús., 142-200 þús., 201-279 þús., 280-369 þús., 370-459 þús., 460-529 þús., 530-619 þús., 620-699 þús. og 700 þús. og meira.

Rannsóknin beindist að því hvort finna megi tengsl á milli tiltekinna vanlíðunareinkenna annars vegar og hins vegar starfa, tekna, menntunar, kynferðis og aldurs. Gagnagreiningin var unnin með SPSS 16.0, en töflur og myndir voru gerðar með Excel 2003.

Í töflu 1 er meðaltal, miðgildi, staðalfrávik, varíans, skewness og kurtosis allra fylgibreyta og frumbreyta. Í líðan-spurningunum er hátt hlutfall „missing values“ eins og sést í töflu 1. Ætla má að það sé vegna þess að þeir sem finna ekki til vanlíðunar sleppi alveg þessari spurningu fremur en að krossa við „nei“.

**Tafla 2. Fjöldi, missing values, meðaltal, miðgildi, staðalfrávik, varíans, skewness og kurtosis frumbreyta og fylgibreyta.**

	Þrek-leysi	Vöðva-bólga	Verkir í bakí/herðum	Tíðir höfuð-verkir	Verkir í kviði	And-þyngsli	Svefn-erfið-leikar	Þungar áhyggjur	Kviði	Depurð	Menntun	Störf	Tekjur á mánuði	Kyn	Aldur
Fjöldi	5418	5465	5539	5362	5338	5366	5479	5376	5415	5378	5743	5673	5530	5832	5834
Missing Values	488	441	367	544	568	540	427	530	491	528	163	233	376	74	72
Meðaltal	1,785	1,646	1,560	1,838	1,855	1,900	1,736	1,779	1,753	1,802	1,839	7,274	4,155	1,533	50,892
Miðgildi	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	4	2	52
Staðalfrávik	0,411	0,478	0,496	0,369	0,352	0,300	0,441	0,415	0,431	0,399	0,898	4,442	2,232	0,499	17,015
Varíans	0,169	0,229	0,246	0,136	0,124	0,090	0,194	0,172	0,186	0,159	0,806	19,730	4,983	0,249	289,523
Skewness	-1,385	-0,612	-0,240	-1,833	-2,017	-2,673	-1,073	-1,345	-1,177	-1,513	0,861	0,212	0,787	-0,132	-0,168
Kurtosis	-0,082	-1,626	-1,943	1,359	2,069	5,147	-0,850	-0,190	-0,616	0,289	-0,091	-1,489	0,078	-1,983	-1,065

Meðaltal allra fylgibreytanna, þ.e. allra vanlíðunareinkennanna er hærri en 1,5. Það þýðir að í öllum tilvikum eru fleiri sem merkja við að þessi vanlíðunareinkenni trufla ekki daglegt líf þeirra. Ef jafn margir myndu svara þessum spurningum játandi og neitandi væri meðaltalið 1,5 (já=1 og nei=2).

Meðaltal á breytunni kyn er 1,533 sem þýðir að konur eru örlítið fleiri en karlar meðal svarenda. Ef svarendur væru jafn margir af hvoru kyni væri meðaltalið 1,5 (karlar=1 og konur=2).

Meðalaldurinn í úrtakinu er 51 ár, en miðgildið er 52 ár. Dreifing breytunnar aldur er því neikvætt skekkt, þ.e. miðgildið herra en meðaltalið.

Frumbreytan menntun var flokkuð í fjóra flokka. Gildið 1 er fyrir þá sem hafa einungis hlotið grunnmenntun, gildið 2 fyrir þá sem hafa lokið framhaldsskólaprófi, gildið 3 fyrir þá sem hafa lokið grunnprófi frá háskóla og gildið 4 fyrir þá sem hafa lokið framhaldsnámi úr háskóla. Meðaltalið er 1,839, en miðgildið er 2. Dreifingin á breytunni menntun er því neikvætt skekkt, þ.e. miðgildið er herra en meðaltalið, sem þýðir að í úrtakinu eru mun fleiri sem einungis hafa lokið grunnmenntun, en þeir sem hafa háskólamenntun af einhverju tagi.

Frumbreytan störf var flokkuð í fimmtán flokka. Gildið 1 er fyrir þá sem hafa hæstu stöðu á vinnumarkaði, þ.e. stjórnendur og kjörnir embættismenn. Þeir sem eru virkir á vinnumarkaði eru flokkaðir niður í 11 flokka, en þeir sem eru í námi eingöngu eða eru ekki á vinnumarkaði, fá gildin frá 12 upp í 15. Meðaltalið var 7,27 en miðgildið 6 sem þýðir að dreifing breytunnar er jákvætt skekkt.

Frumbreytan tekjur var flokkuð í tíu flokka. Neðsti tekjuflokkurinn fékk gildið 1, en sá hæsti fékk gildið 10. Meðaltalið var 4,155 og miðgildið 4. Það þýðir að dreifingin er jákvætt skekkt.

Skewness er mælikvarði á skekkju dreifingar. Þegar um hreina normalkúrfu er að ræða er skewness 0. Fari skewness upp fyrir tölugildið 1, telst dreifing ekki normal. Kurtosis er mælikvarði á lögun kúrfunnar, þ.e. hvort hún er of brött eða of flöt til að geta talist normal. Hrein normalkúrfa hefur kurtosis 0 og kurtosis má ekki fara upp fyrir tölugildið 1 til að talnasafnið teljist normaldreift. Í óháðu breytunum eru engin skewness vandamál, en kurtosis vandamál koma fram í störfum, kynferði og aldri. Skewness og Kurtosis vandamál eru í svo til öllum af háðu breytunum. Því eru ekki forsendur fyrir því að gera „venjulega“ aðhvarfsgreiningu. Þess í stað eru niðurstöður byggðar á fylgnirannsóknnum sem gerðar eru með krosstöflum, en einnig gerð „stepwise“ aðhvarfsgreining. Niðurstöður aðhvarfsgreiningarinnar eru settar fram sem  $R^2$ , sem er oftast túlkaður sem það hlutfall af breytileika svara sem er skýrður með þeim óháðu breytum sem eru í jöfnunni. Því myndi  $R^2 = 1$  þýða að þær óháðu breytur sem eru í jöfnunni skýri dreifinguna að fullu, en  $R^2 = 0$  að engin línuleg tengsl séu til staðar (Coefficient of determination, Wikipedia).

Til að svara þeirri spurningu hvort líðan fólks ráðist af kynferði, aldri eða stéttarstöðu, verður hér á eftir gerð grein fyrir helstu niðurstöðum úr greiningu gagnanna. Líðan fólks er metin út frá gögnum um áður nefnd vanlíðunareinkenni.

Frumbreytur rannsóknarinnar eru bakgrunnsbreyturnar kynferði, aldur, menntun, störf og tekjur. Fylgibreyturnar eru fyrr nefnd vanlíðunareinkenni, þ.e. þrekleysi, vöðvabólga, verkir í baki/herðum, tíðir höfuðverkir, verkir í kvið, andþyngsli, svefnerfiðleikar, þungar áhyggjur, kvíði og depurð.

### ***Þátttakendur***

Einn megintilgangur með gagnasöfnuninni var að kanna heilsu og líðan Íslendinga út frá aldri og búsetu og var því tekið lagskipt tilviljunarúrtak meðal þjóðarinnar árið 2007. Það þýðir að í úrtakinu eru tiltölulega fleiri af eldri kynslóðinni og af landsbyggðinni, heldur en eru í þýðinu, sem er íslenskir ríkisborgarar (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 3-4). Ef reiknað er meðaltal af óflokkuðum aldri þeirra sem svöruðu kemur í ljós að meðalaldur svarenda er 50,9

ár. Samkvæmt Hagstofu Íslands var meðalaldur Íslendinga könnunarárið 36,1 ár (karlar 35,6 ára og konur 36,7 ára) (Hagstofa Íslands).

Upphaflegt úrtak var 9928 manns (Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson, bls. 4), en þeir sem svöruðu voru 5906 þannig að svarhlutfall var rúm 60%.

**Tafla 3. Fjöldi þátttakenda eftir kyni.**

	Fjöldi	Hlutfall
Karlar	2724	46,7
Konur	3108	53,3
Alls	5832	100

Í töflu 3 má sjá að heldur fleiri konur en karlar svöruðu könnuninni. Þær eru 53,3% á móti 46,7% karla. Í töflu 3 kemur einnig fram að heildartalan er 5832, en eins og fyrr sagði var heildarfjöldi svarenda 5906. Mismunur á þessum tveimur tölum er vegna þess að 74 einstaklingar merktu ekki við kyn í spurningalistanum.

Í töflu 4 má sjá nánari greiningu á hlutföllum aldurs og kynja meðal þeirra sem svöruðu. Þar kemur fram að þátttakendum fjölgar eftir því sem ofar dregur í aldursflokkum og að konur eru fleiri í öllum aldursflokkum nema aldursflokknum 56-65 ára. Taflan sýnir einnig að heildarfjöldi þátttakenda er 5816, en það þýðir að 16 einstaklingar af þeim 5832 sem merktu við kyn hafa ekki merkt við aldur.



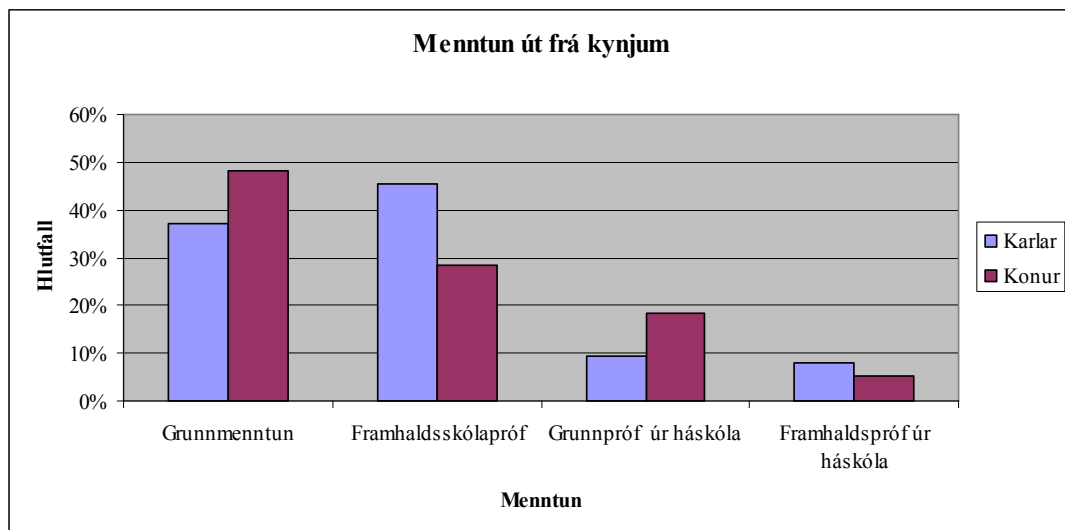
**Tafla 4. Fjöldi þátttakenda eftir aldri og kyni.**

		<b>Karl</b>	<b>Kona</b>	<b>Alls:</b>	<b>%</b>
18 til 25 ára	Fjöldi	220	297	517	8,9
	% innan aldurs	42,6	57,4		
	% innan kyns	8,1	9,6		
26 til 35 ára	Fjöldi	328	451	779	13,4
	% innan aldurs	42,1	57,9		
	% innan kyns	12,1	14,6		
36 til 45 ára	Fjöldi	438	535	973	16,7
	% innan aldurs	45,0	55,0		
	% innan kyns	16,1	17,3		
46 til 55 ára	Fjöldi	475	552	1027	17,7
	% innan aldurs	46,3	53,7		
	% innan kyns	17,5	17,8		
56 til 65 ára	Fjöldi	560	541	1101	18,9
	% innan aldurs	50,9	49,1		
	% innan kyns	20,6	17,5		
66 til 79 ára	Fjöldi	696	723	1419	24,4
	% innan aldurs	49,0	51,0		
	% innan kyns	25,6	23,3		
<b>Alls:</b>		2717	3099	5816	100,0

## NIÐURSTÖÐUR

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir helstu niðurstöðum gagnagreiningarinnar. Kaflanum er skipt í nokkra undirkafla sem fjalla um tengsl vanlíðunareinkenna við kynferði, aldur, menntun, störf og tekjur. Segja má að kynferði sé eins konar grunntónn í eftirfarandi gagnavinnslu því að mikið af niðurstöðunum verða greindar eftir kyni.

Menntun er ein af þeim frumbreytum sem eru til skoðunar. Menntun dreifist nokkuð ójafnt á milli kynja og milli aldurshópa. Á mynd 2 má sjá hvernig menntun skiptist út frá kynjum. Þar kemur fram að hærra hlutfall kvenna hefur einungis lokið grunnmenntun, hærra hlutfall karla hefur lokið framhaldsskólamenntun, hærra hlutfall kvenna er með grunnpróf úr háskóla, en hærra hlutfall karla en kvenna, er með framhaldsmenntun úr háskóla.



Mynd 2. Menntun út frá kynjum.

Athygli vekur hve stór hluti úrtaksins er einungis með grunnmenntun, þrátt fyrir að aðeins 8,9% svarenda sé í yngsta aldurshópnum, sbr. töflu 4. Menntun fólks er nokkuð háð aldri, eins og sjá má í töflum 5 og 6. Tafla 5 er fyrir karla en tafla 6 fyrir konur.

**Tafla 5. Menntun eftir aldri – karlar.**

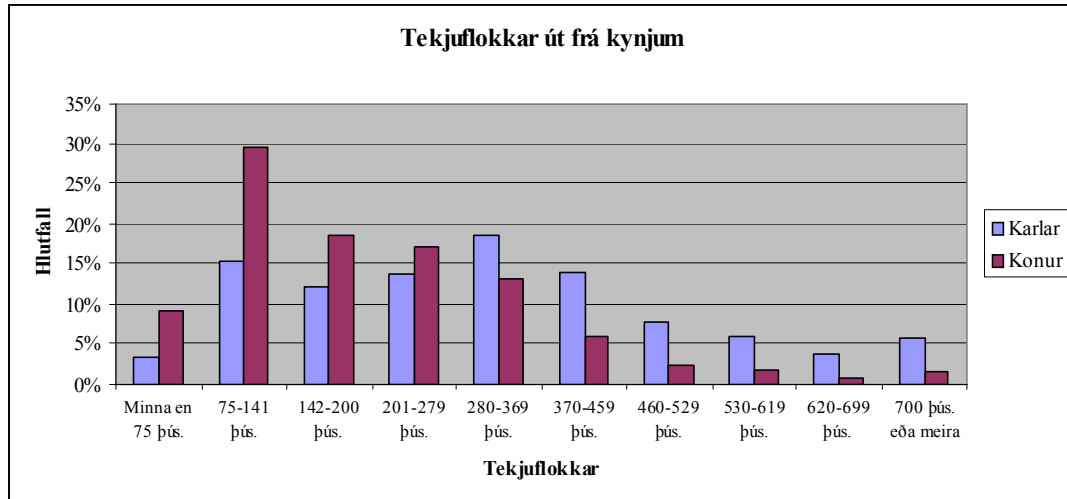
<b>Karlar</b>	18-25 ára	26-35 ára	36-45 ára	46-55 ára	56-65 ára	66-79 ára
Grunnmenntun	50%	24%	30%	30%	41%	46%
Framhaldsskólapróf	45%	38%	48%	51%	44%	45%
Grunnpróf úr háskóla	4%	28%	11%	9%	6%	4%
Framhaldspróf úr háskóla	0%	10%	11%	10%	10%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Tafla 6. Menntun eftir aldri – konur.**

<b>Konur</b>	18-25 ára	26-35 ára	36-45 ára	46-55 ára	56-65 ára	66-79 ára
Grunnmenntun	45%	18%	27%	40%	61%	81%
Framhaldsskólapróf	47%	33%	32%	31%	27%	15%
Grunnpróf úr háskóla	7%	41%	29%	23%	10%	3%
Framhaldspróf úr háskóla	1%	8%	12%	7%	2%	1%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Í töflunum hér að framan má sjá hlutfall hvers menntunarstigs í hverjum aldurshópi fyrir sig, hjá körlum annars vegar og hjá konum hins vegar. Athyglisvert er að bera saman grunnmenntun hjá körlum og konum í yngsta og elsta aldurshópnum. Í yngsta aldurshópnum er lægra hlutfall kvenna (45%) en karla (50%) sem hefur einungis grunnmenntun. Í elsta aldurshópnum er því öfugt farið, þar eru 81% kvenna einungis með grunnmenntun, en aðeins 46% karla. Í elsta aldurshópnum er því mun hærra hlutfall karla en kvenna sem hafa framhaldsskóla- eða háskólamenntun. Í næst yngsta aldurshópnum eru 28% karla með grunnpróf úr háskóla, en 41% kvenna. Í aldurshópnum þar fyrir ofan er munurinn milli kynjanna enn meiri hvað varðar grunnpróf úr háskóla.

Á eftirfarandi mynd má sjá hvernig kynin raðast í tekjuflokka. Þar má sjá að konur eru fjölmennari í lægri tekjuhópnum, en viðsnúningur verður þegar tekjurnar fara yfir 280 þúsund. Í þeim tekjuflokkum eru karlar fjölmennari. Munurinn var marktækur ( $P < 0,001$ ).

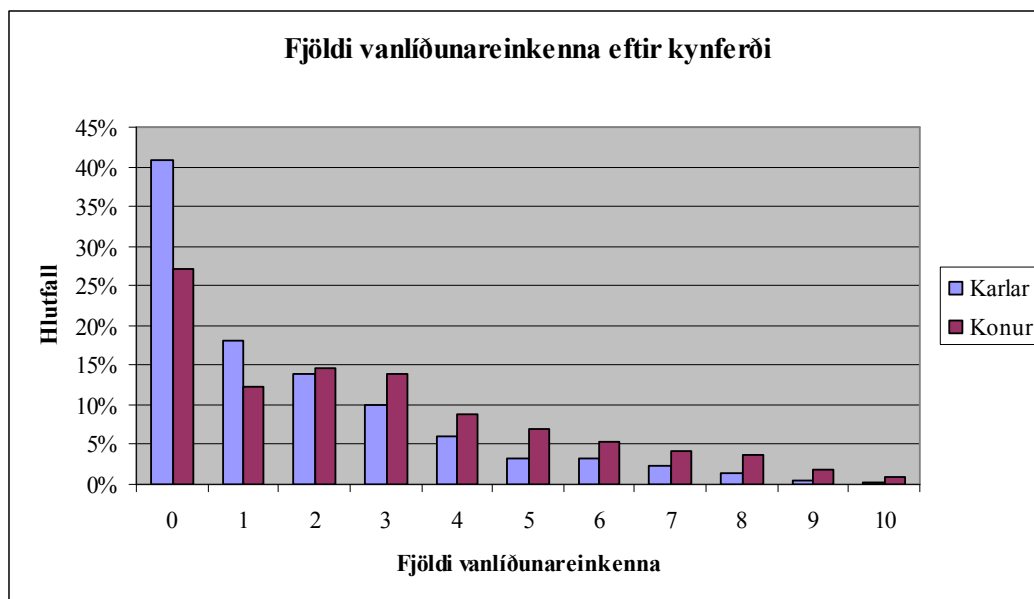


Mynd 3. Tekjuflokkar út frá kynjum.

Hér á eftir verður fjallað um helstu niðurstöður gagnagreiningarinnar. Fjallað verður sérstaklega um tengsl sérhverrar frumbreytu við fylgibreyturnar.

### ***Kynferði og líðan***

Lítum fyrst á hvernig fjöldi vanlíðunareinkenna deilist niður á kynin. Á mynd 4 má sjá hversu hátt hlutfall bæði karla og kvenna hafa engin þessara vanlíðunareinkenna. Þar kemur fram að 41% karla hafa engin af þessum vanlíðunareinkennum, en aðeins 28% kvenna. Á myndinni má einnig sjá að fleiri karlar (18%) en konur (13%) hafa aðeins eitt þessara vanlíðunareinkenna. Þegar vanlíðunareinkennin verða tvö eða fleiri, eru konur aftur á móti komnar í meirihluta og eftir því sem vanlíðunareinkennum fjölga, því meiri verða „yfirburðir“ kvenna.



**Mynd 4. Fjöldi vanlíðunareinkenna eftir kynferði.**

Hér hefur einungis verið fjallað um fjölda vanlíðunareinkenna, en ekki um hvort öll vanlíðunareinkennin dreifast með sama hætti milli kynjanna. Meiri hluti karla, eða nærri 60%, finna fyrir einu eða engu þessara vanlíðunareinkenna, en aðeins um 40% kvenna.

Marktækur munur er á milli kynja og hvers og eins af þeim vanlíðunareinkennum sem hér er fjallað um. Í töflu 7 er gerð grein fyrir hversu hátt hlutfall karla og kvenna finnur fyrir hverju og einu af vanlíðunareinkennum, sem hér eru til skoðunar.

**Tafla 7. Vanlíðunareinkenni eftir kyni.**

	Karlar	Konur	n	Kikvaðrat	
Þrekleysi	17%	26%	5367	0,000	***
Vöðvabólga	24%	46%	5413	0,000	***
Verkir í baki/herðum	38%	50%	5482	0,000	***
Tíðir höfuðverkir	10%	22%	5309	0,000	***
Verkir í kvið	11%	18%	5289	0,000	***
Andþyngsli	8%	12%	5317	0,000	***
Svefnerfiðleikar	20%	32%	5428	0,000	***
Þungar áhyggjur	18%	26%	5329	0,000	***
Kvíði	20%	29%	5365	0,000	***
Depurð	16%	24%	5334	0,000	***

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Í öllum tilfellum segist hærra hlutfall kvenna en karla finna fyrir umræddum vanlíðunareinkennum. Munurinn er misjafnlega mikill en í öllum tilfellum marktækur.

Athygli vekur að helmingur kvenna segist vera með verk í baki/herðum, hátt í helmingur með vöðvabólgu og um þriðjungur segist finna fyrir svefnerfiðleikum. Þessi sömu einkenni eru einnig algengust meðal karla, þótt færri karlar en konur nefni þau. Kvíði er einnig meðal þeirra einkenna sem bæði konur og karlar nefna hvað oftast. Þungar áhyggjur, depurð og þrekleysi fylgja þar fast á eftir. Tíðir höfuðverkir eru einnig nokkuð algengir, sér í lagi meðal kvenna.

### ***Aldur og líðan***

Aldur er önnur frumbreyta sem verður skoðuð við greiningu gagnanna. Í eftirfarandi töflum er greint frá tíðni vanlíðunareinkenna hjá hvoru kyni fyrir sig eftir aldursbilum.

**Tafla 8. Vanlíðunareinkenni eftir aldri – karlar.**

<b>Karlar</b>	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-79	n	Kíkvaðrat
Þrekleysi	9%	19%	15%	15%	17%	21%	2543	0,001 **
Vöðvabólga	27%	32%	30%	26%	21%	15%	2531	0,000 ***
Verkir í baki/herðum	39%	47%	46%	39%	35%	27%	2582	0,000 ***
Tíðir höfuðverkir	13%	18%	11%	11%	9%	5%	2517	0,000 ***
Verkir í kvíði	15%	17%	10%	11%	9%	7%	2515	0,000 ***
Andþyngsli	8%	11%	3%	7%	8%	9%	2528	0,005 **
Svefnerfiðleikar	24%	23%	18%	22%	21%	18%	2551	0,202
Þungar áhyggjur	25%	30%	23%	23%	13%	6%	2530	0,000 ***
Kvíði	28%	34%	23%	23%	14%	10%	2534	0,000 ***
Depurð	24%	23%	16%	19%	12%	9%	2533	0,000 ***

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

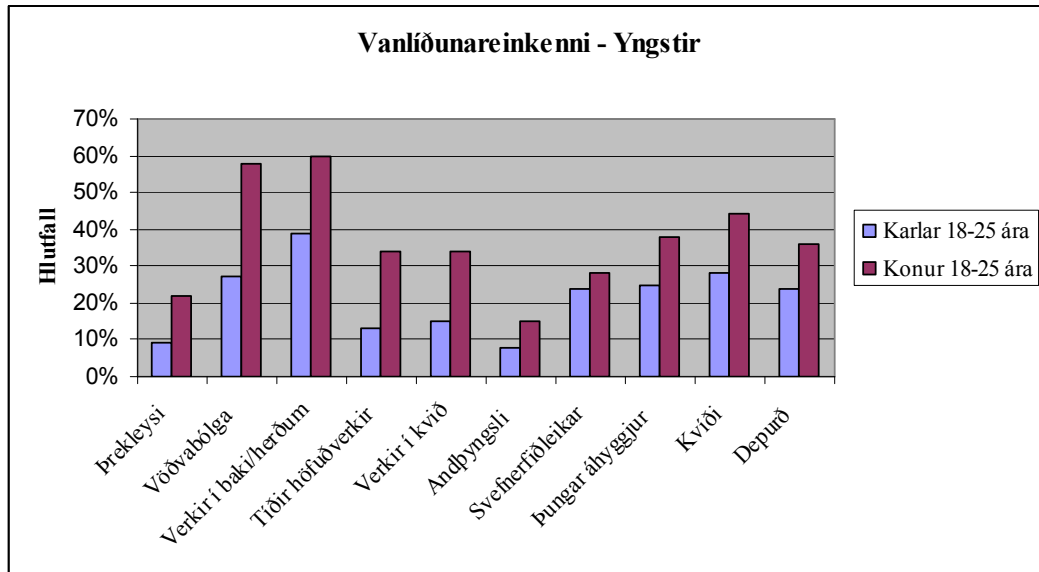
**Tafla 9. Vanlíðunareinkenni eftir aldri – konur.**

<b>Konur</b>	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-79	n	Kíkvaðrat
Þrekleysi	22%	26%	26%	24%	28%	27%	2809	0,423
Vöðvabólga	58%	55%	53%	45%	43%	29%	2867	0,000 ***
Verkir í baki/herðum	60%	56%	53%	48%	48%	41%	2885	0,000 ***
Tíðir höfuðverkir	34%	32%	27%	19%	16%	8%	2777	0,000 ***
Verkir í kvíði	34%	24%	18%	15%	13%	13%	2759	0,000 ***
Andþyngsli	15%	11%	11%	12%	11%	13%	2774	0,462
Svefnerfiðleikar	28%	28%	25%	36%	42%	30%	2862	0,000 ***
Þungar áhyggjur	38%	38%	31%	23%	21%	13%	2784	0,000 ***
Kvíði	44%	40%	29%	25%	26%	18%	2817	0,000 ***
Depurð	36%	32%	29%	22%	19%	13%	2786	0,000 ***

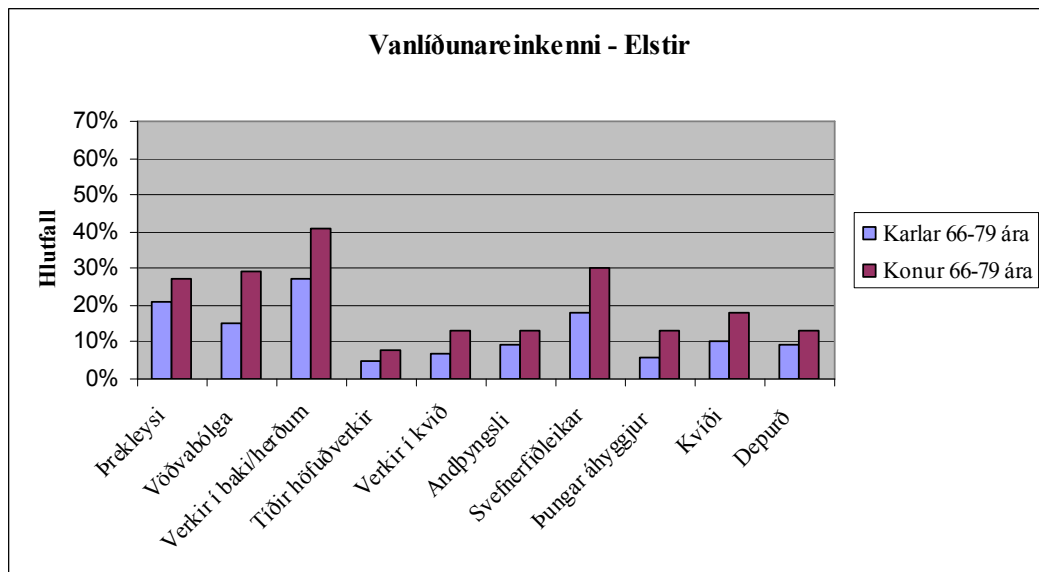
\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Athyglisvert er að samkvæmt þessum niðurstöðum fækkar flestum af þeim vanlíðunareinkennum sem hér eru til skoðunar, eftir því sem einstaklingarnir eru eldri. Undantekningar á því eru örfáar. Ein þeirra er þrekleysi. Hjá körlum eykst

þrekleysi marktækt með hækkuðum aldri, en hjá konum er ekki marktækur munur á þrekleysi eftir aldurshópum. Önnur undantekning er að ekki er marktækt samband á milli svefnerfiðleika og aldurs hjá körlum og svefnerfiðleikar aukast hjá konum fram að 66 ára aldri, þá fer þeim aftur fækkandi. Hjá konum er ekki marktækur munur á milli aldurs og andþyngsla. Munurinn á milli kynjanna er ekki eins mikill í elsta aldurshópnum og þeim yngsta eins og sjá má á myndum 5 og 6.



Mynd 5. Tíðni vanlíðunareinkenna meðal hinna yngstu.



Mynd 6. Tíðni vanlíðunareinkenna meðal hinna elstu.

## Menntun og líðan

Hér verður fjallað um hvort finna megi mun á líðan fólks eftir lengd menntunar. Eftirfarandi töflur greina frá tengslum menntunar og umræddra vanlíðunareinkenna, annars vegar hjá körlum og hins vegar hjá konum.

**Tafla 10. Vanlíðunareinkenni eftir menntun – karlar.**

Karlar	Grunnnám	Framhaldsskóli	Háskóli-grunnpróf	Háskóli-framhald	n	Kíkvaðrat
Þrekleysi	22%	16%	10%	11%	2489	0,000 ***
Vöðvabólga	28%	23%	23%	15%	2477	0,001 **
Verkir í baki/herðum	39%	38%	37%	27%	2528	0,011 *
Tiðir höfuðverkir	13%	9%	8%	6%	2465	0,002 **
Verkir í kvið	13%	10%	11%	6%	2461	0,009 **
Andþyngsli	9%	7%	5%	8%	2277	0,161
Svefnerfiðleikar	22%	20%	13%	22%	2497	0,023 *
Þungar áhyggjur	19%	16%	21%	18%	2479	0,306
Kviði	22%	19%	21%	19%	2482	0,342
Depurð	16%	15%	17%	16%	2481	0,781

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

**Tafla 11. Vanlíðunareinkenni eftir menntun – konur.**

Konur	Grunnnám	Framhaldsskóli	Háskóli-grunnpróf	Háskóli-framhald	n	Kíkvaðrat
Þrekleysi	28%	24%	25%	22%	2771	0,091
Vöðvabólga	43%	52%	44%	44%	2823	0,001 **
Verkir í baki/herðum	48%	54%	48%	50%	2842	0,067
Tiðir höfuðverkir	19%	26%	20%	21%	2736	0,001 **
Verkir í kvið	17%	21%	17%	18%	2722	0,173
Andþyngsli	14%	12%	9%	8%	2738	0,012 *
Svefnerfiðleikar	34%	29%	29%	34%	2820	0,026 *
Þungar áhyggjur	24%	28%	27%	28%	2748	0,233
Kviði	28%	31%	28%	28%	2778	0,478
Depurð	22%	27%	24%	22%	2752	0,032 *

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Hér koma fram færri marktæk tengsl, samanborið við þegar tengsl aldurs og líðanar eru skoðuð. Hjá körlum var marktækur munur á þrekleysi milli þeirra sem hafa stysta skólagöngu (22%) og lengsta skólagöngu (11%). Hjá konum var, aftur á móti, ekki marktækur munur á þrekleysi út frá menntun. Marktækur munur var á vöðvabólgu og menntun hjá báðum kynjum. Hæsta tíðni vöðvabólgu hjá körlum er meðal þeirra sem hafa grunnskólapróf (28%) en lægsta tíðnin hjá þeim sem hafa próf úr háskóla eða 15%. Konur sem hafa lokið framhaldsskóla eru hins vegar líklegastar til að hafa fundið fyrir vöðvabólgu (52%), meðan aðrir menntunarhópar skora lægra eða í kringum 43% og 44%.

Einungis hjá körlum var marktækur munur á verkjum í baki, eftir lengd skólagöngu. Marktækur munur var hjá báðum kynjum milli höfuðverkja og lengdar menntunar. Konur fá oftast höfuðverki en karlar í neðsta menntunar-



flokknum (19% og 13%), en meira en þrisvar sinnum oftár en karlar í hæsta menntunarflokknum (21% og 6%). Svipað gildir um kviðverki (karlar 6% og konur 18%) og vöðvabólgu (karlar 15% og konur 44%). Munur á menntun og verkjum í kvið var einungis marktækur hjá körlum. Munur á andþyngslum eftir menntun var eingöngu hjá konum. Munur á svefnerfiðleikum eftir menntun var marktækur hjá báðum kynjum. Það vekur þó athygli að hjá báðum kynjum voru svefnerfiðleikar algengastir hjá þeim sem höfðu grunnskólapróf og framhaldspróf úr háskóla (34% hjá konum og 22% hjá körlum). Hvorki hjá konum né körlum var marktækur munur á þungum áhyggjum og kvíða eftir lengd menntunar. Marktækur munur var á menntun og depurð hjá konum en ekki hjá körlum.

## Störf og líðan

Næst verður fjallað um tengsl starfa og líðanar, þ.e. hvort líðan fólks fari eftir því hvernig starfi það sinnir eða stöðu þess á vinnumarkaði.

Næstu tvær töflur birta niðurstöður fylgnimælinga á milli vanlíðunareinkenna fólks og þeirra starfa sem það sinnir eða stöðu þess á vinnumarkaði. Tafla 12 sýnir niðurstöðurnar fyrir karla, en tafla 13 fyrir konur.

**Tafla 12. Vanlíðunareinkenni eftir störfum og stöðu á vinnumarkaði – karlar.**

Karlar	Kvinnu fulltrúi eða ekki í stjórnaði	Sérfræðingur (með háskólaprófi)	Sérmennta- starfsmaður	Skrifstofukona/-maður	Þjónustur, sölur eða afgreiðslumaður	Bandi	Sjónmaður	Iðnaksmaður	Sérhæfður iðnverkamaður	Bílstjóri, vélgæslumaður	Verkakona/-maður	Ég er í námi eingöngu	Ég er ekki í launabré vinnu	Líklega ekki í launabré vinnu	Líklega í launabré vinnu	n	Kikvaðrat
Drekleysi	15%	9%	12%	19%	13%	23%	19%	14%	16%	20%	24%	10%	31%	23%	3%	2435	0,000 ***
Vöðvabólga	21%	18%	22%	31%	31%	23%	29%	27%	25%	30%	30%	26%	21%	16%	26%	2423	0,031 *
Verkir í baki/herðum	43%	32%	36%	43%	40%	40%	46%	41%	43%	41%	42%	38%	32%	29%	39%	2472	0,069
Tiðir höfuðverkir	8%	7%	9%	11%	14%	9%	9%	11%	7%	14%	13%	9%	12%	13%	13%	2411	0,500
Verkir í kvíð	5%	8%	10%	17%	12%	11%	9%	12%	11%	16%	17%	8%	11%	7%	15%	2409	0,141
Andþyngsli	7%	5%	6%	9%	10%	11%	5%	7%	5%	8%	9%	4%	11%	9%	6%	2416	0,204
Svefnerfíleikar	21%	18%	19%	26%	24%	16%	17%	17%	14%	28%	16%	21%	26%	26%	19%	2443	0,040 *
Þungar áhyggjur	16%	20%	19%	19%	22%	19%	22%	16%	17%	20%	27%	20%	14%	9%	19%	2424	0,233
Kvíði	20%	20%	19%	20%	24%	23%	25%	18%	19%	24%	24%	17%	21%	11%	16%	2428	0,594
Depurð	10%	17%	14%	13%	22%	16%	18%	13%	14%	20%	20%	16%	16%	12%	18%	2425	0,250

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

**Tafla 13. Vanlíðunareinkenni eftir störfum og stöðu á vinnumarkaði – konur.**

Konur	Kvinnu fulltrúi eða ekki í stjórnaði	Sérfræðingur (með háskólaprófi)	Sérmennta- starfsmaður	Skrifstofukona/-maður	Þjónustur, sölur eða afgreiðslumaður	Bandi	Sjónmaður	Iðnaksmaður	Sérhæfður iðnverkamaður	Bílstjóri, vélgæslumaður	Verkakona/-maður	Ég er í námi eingöngu	Ég er ekki í launabré vinnu	Líklega ekki í launabré vinnu	Líklega í launabré vinnu	n	Kikvaðrat
Drekleysi	17%	24%	24%	25%	22%	23%	14%	10%	57%	27%	15%	35%	29%	19%	2749	0,000 ***	
Vöðvabólga	43%	42%	50%	48%	52%	40%	58%	60%	43%	47%	57%	39%	32%	42%	2804	0,000 ***	
Verkir í baki/herðum	39%	46%	53%	46%	52%	52%	58%	55%	57%	56%	50%	48%	49%	46%	2820	0,321	
Tiðir höfuðverkir	11%	21%	24%	25%	26%	16%	20%	20%	0%	24%	26%	16%	11%	19%	2718	0,000 ***	
Verkir í kvíð	15%	17%	18%	16%	21%	10%	11%	20%	14%	16%	30%	17%	16%	12%	2698	0,012 *	
Andþyngsli	13%	8%	10%	12%	12%	10%	0%	18%	0%	12%	12%	15%	20%	14%	2714	0,008 **	
Svefnerfíleikar	43%	29%	34%	32%	28%	25%	14%	27%	29%	35%	28%	38%	30%	30%	2800	0,023 *	
Þungar áhyggjur	23%	25%	24%	25%	30%	25%	17%	9%	29%	28%	40%	24%	15%	29%	2723	0,001 **	
Kvíði	24%	27%	27%	29%	34%	25%	11%	18%	29%	27%	41%	30%	21%	28%	2757	0,007 **	
Depurð	14%	23%	23%	23%	29%	19%	13%	10%	43%	22%	35%	23%	15%	25%	2725	0,003 **	

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Hjá konum var mun oftár um marktækan mun að ræða á líðan eftir starfi eða stöðu á vinnumarkaði, samanborið við karla, nánar tiltekið í öllum tilfellum nema þegar um er að ræða verki í baki eða herðum. Athygli vekur hversu hátt hlutfall þeirra kvenna sem eingöngu eru í námi hafa þungar áhyggjur (40%), þjáast af kvíða (41%) og depurð (35%). Ef þessar tölur eru bornar saman við svör annarra kemur í ljós að enginn annar hópur kvenna eða karla þjáist í jafn miklum mæli af þungum áhyggjum og kvíða og konur sem eru eingöngu í námi. Það eru eingöngu einn hópur kvenna sem slær þeim við hvað varðar depurð og það eru bílstjórar eða vélgæslumenn (43%).

Ef einungis eru greind svör hjá þeim sem eru virkir á vinnumarkaði, þ.e.a.s. eru starfandi á vinnumarkaði en til dæmis ekki í námi, verður niðurstaðan nokkuð á annan veg, eins og sjá má í næstu tveimur töflum.

Tafla 14. Vanlíðunareinkenni eftir störfum – karlar.

Karlar	Kjörinn fulltrúi eða ætíð í stjórnmáli	Sérfræðingur (með háskólapróf)	Sérvenntaður starfsmáður	Skrifstofukona/-maður	Þjónustur, sölu- eða aðgæslumáður	Þóndi	Sjónmaður	Iðnaðarmaður	Sérhæfður iðnverkamaður	Bláskjór, vélgestlumáður	Verkakona/-maður	n	Kikvaðrat
Þrekleysi	15%	9%	12%	19%	13%	23%	19%	14%	16%	20%	24%	1948	0,001 **
Vöðvabólga	21%	18%	22%	31%	31%	23%	29%	27%	25%	30%	30%	1949	0,026 *
Verkir í baki/herðum	43%	32%	36%	43%	40%	40%	46%	41%	43%	41%	42%	1981	0,162
Tiðir höfuðverkir	8%	7%	9%	11%	14%	9%	9%	11%	7%	14%	13%	1933	0,306
Verkir í kvið	5%	8%	10%	17%	12%	11%	9%	12%	11%	16%	17%	1931	0,061
Andþyngsli	7%	5%	6%	9%	10%	11%	5%	7%	5%	8%	9%	1938	0,497
Svefnerfiðleikar	21%	18%	19%	26%	24%	16%	17%	17%	14%	28%	16%	1955	0,071
Þungar áhyggjur	16%	20%	19%	19%	22%	19%	22%	16%	17%	20%	27%	1947	0,502
Kviði	20%	20%	19%	20%	24%	23%	25%	18%	19%	24%	24%	1949	0,663
Depurð	10%	17%	14%	13%	22%	16%	18%	13%	14%	20%	20%	1944	0,089

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Tafla 15. Vanlíðunareinkenni eftir störfum – konur.

Konur	Kjörinn fulltrúi eða ætíð í stjórnmáli	Sérfræðingur (með háskólapróf)	Sérvenntaður starfsmáður	Skrifstofukona/-maður	Þjónustur, sölu- eða aðgæslumáður	Þóndi	Sjónmaður	Iðnaðarmaður	Sérhæfður iðnverkamaður	Bláskjór, vélgestlumáður	Verkakona/-maður	n	Kikvaðrat
Þrekleysi	17%	24%	24%	25%	22%	23%	14%	10%	57%	27%	27%	1916	0,301
Vöðvabólga	43%	42%	50%	48%	52%	40%	58%	60%	43%	47%	47%	1955	0,077
Verkir í baki/herðum	39%	46%	53%	46%	52%	52%	58%	55%	57%	56%	56%	1957	0,147
Tiðir höfuðverkir	11%	21%	24%	25%	26%	16%	20%	45%	0%	24%	0%	1911	0,088
Verkir í kvið	15%	17%	18%	16%	21%	10%	11%	20%	14%	16%	12%	1900	0,462
Andþyngsli	13%	8%	10%	12%	12%	10%	0%	18%	0%	12%	0%	1910	0,172
Svefnerfiðleikar	43%	29%	34%	32%	28%	25%	14%	27%	29%	35%	35%	1949	0,107
Þungar áhyggjur	23%	25%	24%	25%	30%	25%	17%	9%	29%	28%	28%	1914	0,510
Kviði	24%	27%	27%	29%	34%	25%	11%	18%	29%	27%	27%	1923	0,183
Depurð	14%	23%	23%	23%	29%	19%	13%	10%	43%	22%	22%	1911	0,124

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Hjá körlunum verða ekki miklar breytingar. Munur á þrekleysi eftir starfsviði verður minna marktækur og munur á svefnerfiðleikum eftir starfi er ekki lengur marktækur. Hjá konum, aftur á móti, verða miklar breytingar. Eins og fram kemur í töflu 13 er marktækur munur á öllum þeim vanlíðunareinkennum sem rannsóknin beinist að eftir starfi eða stöðu á vinnumarkaði, nema verkjum í baki eða herðum. Þegar tengslin eru einungis skoðuð út frá þeim sem eru virkir á vinnumarkaði finnst hvergi marktækur munur á vanlíðunareinkennum eftir störfum hjá konum, sbr. töflu 15 hér fyrir ofan.

## Tekjur og líðan

Hér verður fjallað um tengsl á milli tekna og líðanar. Í eftirfarandi tveimur töflum má sjá tíðni vanlíðunareinkenna milli tekjuhópa. Tafla 16 sýnir niðurstöður fyrir karla og tafla 17 fyrir konur.

**Tafla 16. Vanlíðunareinkenni eftir tekjum – karlar.**

<b>Karlar</b>	Minna en 75 þús.	75-141 þús.	142-200 þús.	201-279 þús.	280-369 þús.	370-459 þús.	460-529 þús.	530-619 þús.	620-699 þús.	700 þús. eða meira	n	Kikvaðrat
Þrekleysi	16%	27%	24%	15%	15%	13%	14%	12%	11%	7%	2437	0,000 ***
Vöðvabólga	23%	24%	26%	23%	25%	25%	24%	22%	26%	18%	2427	0,888
Verkir í baki/herðum	29%	37%	37%	39%	39%	38%	38%	36%	42%	36%	2477	0,810
Tiðir höfuðverkir	12%	13%	14%	7%	12%	10%	8%	8%	8%	6%	2411	0,048 *
Verkir í kvið	11%	12%	19%	11%	10%	11%	8%	8%	9%	6%	2410	0,002 **
Andþyngsli	11%	13%	9%	6%	8%	7%	3%	3%	8%	2%	2425	0,000 ***
Svefnerfiðleikar	26%	25%	25%	18%	17%	19%	18%	21%	27%	16%	2443	0,041 *
Þungar áhyggjur	20%	22%	23%	19%	20%	20%	17%	17%	21%	17%	2425	0,511
Kviði	20%	22%	23%	19%	20%	20%	16%	17%	21%	17%	2428	0,759
Depurð	24%	19%	18%	13%	15%	16%	12%	10%	16%	14%	2429	0,036 *

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

**Tafla 17. Vanlíðunareinkenni eftir tekjum – konur.**

<b>Konur</b>	Minna en 75 þús.	75-141 þús.	142-200 þús.	201-279 þús.	280-369 þús.	370-459 þús.	460-529 þús.	530-619 þús.	620-699 þús.	700 þús. eða meira	n	Kikvaðrat
Þrekleysi	23%	30%	29%	24%	21%	25%	21%	23%	33%	12%	2659	0,008 **
Vöðvabólga	50%	43%	48%	46%	47%	45%	46%	57%	52%	33%	2704	0,214
Verkir í baki/herðum	51%	50%	55%	46%	48%	51%	48%	56%	61%	36%	2721	0,097
Tiðir höfuðverkir	25%	21%	24%	23%	21%	17%	15%	24%	26%	12%	2631	0,283
Verkir í kvið	24%	20%	17%	18%	16%	13%	18%	17%	26%	14%	2620	0,101
Andþyngsli	12%	15%	14%	10%	9%	8%	7%	13%	14%	9%	2633	0,046 *
Svefnerfiðleikar	31%	34%	32%	32%	30%	30%	28%	30%	48%	23%	2707	0,618
Þungar áhyggjur	34%	27%	26%	27%	26%	19%	21%	23%	43%	21%	2644	0,049 *
Kviði	36%	32%	27%	31%	29%	23%	20%	20%	35%	19%	2670	0,019 *
Depurð	27%	26%	24%	24%	27%	17%	21%	27%	23%	14%	2646	0,308

\*\*\* p < 0,001 - \*\* p < 0,01 - \* p < 0,05

Marktækur munur er á þrekleysi eftir tekjum, bæði hjá körlum og konum. Þrekleysi karla minnkar með hækkandi tekjum, en þrekleysi kvenna er mest fyrir næst lægstu og næst hæstu tekjurnar og langminnst fyrir hæstu tekjurnar. Ekki er marktækur munur á vöðvabólgu eða verkjum í baki/herðum eftir tekjum. Marktækur munur er á tíðni tíðra höfuðverkja eftir tekjum hjá körlum, en ekki hjá konum. Hins vegar eru konur almennt líklegri til að hafa höfuðverk en karlar. Einnig er marktækur munur á verkjum í kvið eftir tekjum hjá körlum en ekki konum. Hjá báðum kynjum er marktækur munur á andþyngslum eftir tekjum. Hjá körlum er marktækur munur á svefnerfiðleikum eftir tekjum, en ekki hjá konum. Hjá konum er marktækur munur á þungum áhyggjum annars vegar og hins vegar á kviða út fá tekjum, en þessi fylgni sést ekki hjá körlum. Marktækur munur var á depurð eftir tekjum hjá körlum, en ekki hjá konum.

Athygli vekur að þegar rýnt er í töflurnar má sjá að í flestum tilfellum er herra hlutfall vanlíðunareinkenna hjá þeim körlum sem eru í næst hæsta tekjuflokknum samanborið við þá sem eru í þriðja hæsta tekjuflokknum eða í hæsta

tekjuflokknum. Það á við um alla vanlíðunarþætti nema þrekleysi og tíða höfuðverki.

Hjá konum kemur svipað fram, en í þeirra tilfelli byrjar aukningin á vanlíðunar-einkennum stundum í tekjuflokknum þar fyrir neðan, þ.e.a.s. í þriðja hæsta tekjuflokknum. Ef horft er á næst hæsta og þriðja hæsta launaflokkinn hjá konum og tölurnar bornar saman við tekjuflokkana þar fyrir neðan annars vegar og hæsta tekjuflokkinn hins vegar, kemur þetta mynstur fram í öllum tilfellum.

## Aðhvarfsgreining

Til að skoða fjölbreytutengsl innan vanlíðunarbreytanna var gerð aðhvarfsgreining á gagnasafninu. Við aðhvarfsgreininguna voru notaðar allar frumbreyturnar, en aðeins ein fylgibreyta skoðuð í hvert sinn. Niðurstaðan er sýnd í töflu 18. Alls er því um 10 aðhvarfsgreiningar að ræða, þ.e. jafn margar fylgibreytunum. Aðhvarfsgreiningin var gerð "stepwise". Fylgibreyturnar hafa verið endurskráðar þannig að þeir sem hafa fundið fyrir umræddum vanlíðunareinkennum s.l. 12 mánuði fá 1, en hinir 0.

Tafla 18. Niðurstöður aðhvarfsgreiningar á vanlíðunarbreytum.

		<b>b</b>	<b>Beta</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Þrekleysi</b>	Líkan 1: <i>Tekjur</i>	-0,022	-0,121***	0,121	0,015
	Líkan 2: <i>Tekjur</i>	-0,018	-0,097***		
	<i>Kyn</i>	0,061	0,074***	0,140	0,020
<b>Vöðvabólga</b>	Líkan 1: <i>Kyn</i>	0,216	0,225***	0,225	0,050
	Líkan 2: <i>Kyn</i>	0,204	0,212***		
	<i>Aldur</i>	-0,005	-0,164***	0,278	0,077
<b>Bakverkir</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,131***	0,131	0,017
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,122***		
	<i>Kyn</i>	0,110	0,110***	0,171	0,029
<b>Höfuðverkir</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,180***	0,180	0,032
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,169***		
	<i>Kyn</i>	0,102	0,137***	0,226	0,051
<b>Kviðverkir</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,003	-0,133***	0,133	0,018
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,003	-0,138***		
	<i>Tekjur</i>	-0,016	-0,099***	0,166	0,028
<b>Andþyngsli</b>	Líkan 1: <i>Tekjur</i>	-0,013	-0,095***	0,095	0,009
	Líkan 2: <i>Tekjur</i>	-0,011	-0,080***		
	<i>Kyn</i>	0,027	0,046***	0,105	0,011
<b>Svefnerfiðleikar</b>	Líkan 1: <i>Kyn</i>	0,113	0,127***	0,127	0,016
	Líkan 2: <i>Kyn</i>	0,113	0,128***		
	<i>Starf</i>	0,004	0,036***	0,132	0,017
<b>Áhyggjur</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,005	-0,205***	0,205	0,042
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,005	-0,198***		
	<i>Kyn</i>	0,052	0,062***	0,220	0,049
<b>Kvíði</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,005	-0,179***	0,179	0,032
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,005	-0,184***		
	<i>Tekjur</i>	-0,019	-0,098***	0,204	0,042
<b>Depurð</b>	Líkan 1: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,170***	0,170	0,029
	Líkan 2: <i>Aldur</i>	-0,004	-0,175***		
	<i>Tekjur</i>	-0,017	-0,096***	0,195	0,038

\*\*\*: Fylgni er marktæk miðað við 0,001 mörk.

Niðurstöðurnar sem fram koma í töflu 18 segja til um hverjar af frumbreytunum hafa sterkasta fylgni við hverja og eina fylgibreytu. Lengst til vinstri í töflunni er

tilgreint hver af fylgibreytunum er til umfjöllunar. Í línunni sem tilgreind er sem Líkan 1 kemur fram hver af frumbreytunum hefur mesta fylgni við umrædda fylgibreytu. Í þeirri línu er síðan tilgreindur skurðpunktur við y-ás (b), hallatala (Beta), R og  $R^2$ . Líkan 2 segir til um hver af frumbreytunum hefur mesta fylgni (í fyrri línunni) við umrædda fylgibreytu og hvaða breyta hefur næst mesta fylgni (í seinni línunni) við hana. Í fyrri línunni í Líkani 2 kemur fram leiðréttur skurðpunktur við y-ás og ný hallatala því að nú gætir áhrifa frá þeirri frumbreytu sem best hefur við, þ.e. þeirri frumbreytu sem hefur næst mesta fylgni við fylgibreytuna. Skurðpunktur og hallatala í seinni línunni í Líkani 2 segir til um fylgni seinni frumbreytunnar við fylgibreytuna. Hækkun  $R^2$  fyrir Líkan 2 frá Líkani 1, sýnir hve mikið betur dreifingin er skýrð þegar tvær frumbreytur eru skoðaðar í stað einnar.  $R^2$  sýnir hve vel líkönin eru skýrð af fylgibreytunum.

**Þrekleysi** sýndi sterkust tengsl við tekjur þegar ein frumbreyta var skoðuð, í töflunni táknuð sem Líkan 1. Tengslin sem í töflunni eru táknuð með Beta (hallatalan) eru neikvæð. Það þýðir að því lægri tekjur sem fólk hefur, því meiri líkur eru á þrekleysi. Frumbreytan tekjur ein og sér spáir tölfræðilega fyrir um 1,5% af því hvort fólk hefur fundið til þrekleysis ( $R^2=0,015$ ). Næst sterkustu tengsl þrekleysis voru við kynferði, samtímis minnka tengslin við tekjur því nú er fylgni við tvær frumbreytur skoðuð, í töflunni táknað sem Líkan 2. Tengslin eru jákvæð og þar sem konur hafa hærra gildi heldur en karlar (karlar=1, en konur=2) þýðir það að tíðni þrekleysis er meiri hjá konum en körlum. Samanlagt skýra þessar tvær frumbreytur tölfræðilega 2,0% af fylgibreytunni þrekleysi ( $R^2=0,020$ ).

**Vöðvabólga** hafði sterkust tengsl við kynferði þegar ein frumbreyta var skoðuð. Um jákvæð tengsl var að ræða, þannig að um meiri tíðni vöðvabólgu var að ræða hjá konum en körlum. Næst sterkust voru neikvæð tengsl á milli vöðvabólgu og aldurs. Það þýðir að eftir því sem einstaklingar í úrtakinu voru eldri því minni urðu líkur á vöðvabólgu. Tölfræðilega skýrir kynferði 5% ( $R^2=0,050$ ) en kynferði og aldur samanlagt 7,7% af fylgibreytunni vöðvabólgu ( $R^2=0,077$ ).

**Verkir í baki/herðum** (Bakverkir) höfðu sterkust tengsl við aldur í einnar frumbreytu aðhvarfsgreiningu. Tengslin voru neikvæð sem þýðir að því eldri sem einstaklingarnir voru, því minni líkur voru á verkjum í baki og herðum. Næst sterkust fylgni var við kynferði. Þar voru tengslin jákvæð sem þýðir að hærri tíðni

vöðvabólgu var hjá konum en körlum. Tölfræðilega skýrði aldur 1,7% bakverkja en þegar áhrif kynferðis bættust við varð skýringin 2,9% ( $R^2=0,029$ ).

**Höfuðverkir** höfðu einnig sterkust tengsl við aldur. Eins og áður var um neikvæð tengsl að ræða, þ.e. minni tíðni höfuðverkja hjá þeim sem eldri eru. Næst sterkust tengsl voru við kynferði og voru tengslin þar jákvæð, sem þýðir meiri tíðni höfuðverkja hjá konum en körlum. Aldur skýrir tölfræðilega um 3,2% af tíðni höfuðverkja, en þegar kynferði bætist við jókst skýringin tölfræðilega upp í 5,1% ( $R^2=0,051$ ).

**Kviðverkir** höfðu sterkasta fylgni við aldur og næst sterkasta fylgni við tekjur. Í báðum tilfellum var um neikvæða fylgni að ræða, þannig að því eldri sem einstaklingarnir voru eða því hærri tekjur sem þeir höfðu, þeim mun minni líkur voru á kviðverkjum. Tölfræðilega skýrir aldur 1,8% af dreifingu kviðverkja og samanlagt skýra aldur og tekjur 2,8% af tíðni kviðverkja ( $R^2=0,028$ ).

**Andþyngli** höfðu sterkust tengsl við tekjur og var um neikvæða fylgni að ræða, þ.e. því hærri tekjur sem einstaklingarnir höfðu, þeim mun ólíklegri voru þeir til að finna til andþyngsla. Næst sterkust voru jákvæð tengsl á milli andþyngsla og kynferðis, sem þýðir að andþyngli voru algengari meðal kvenna en karla. Tölfræðilega skýrðu tekjur 0,9% af tíðni fylgibreytunnar andþyngsli, en sameiginlega skýrðu tekjur og kynferði 1,1% ( $R^2=0,011$ ).

**Svefnerfiðleikar** reyndust hafa sterkust tengsl við kynferði og var þar um jákvæð tengsl að ræða, sem þýðir að tíðni svefnerfiðleika var meiri hjá konum en körlum. Næst sterkust tengsl voru á milli svefnerfiðleika og þess hvað fólk starfar við. Þar var einnig um jákvæð tengsl að ræða. Spurningarnar um störf voru settar upp samkvæmt flokkuninni í töflu 1. Þar hefur hæsta staða á vinnumarkaði lægsta gildið o.s.frv.. Því felur jákvæð fylgni það í sér að eftir því sem staða á vinnumarkaði lækkar, því meiri líkur verða á svefnerfiðleikum. Tölfræðilega skýrði kynferði 1,6% af tíðninni og samanlagt skýra kynferði og starf 1,7% ( $R^2=0,017$ ).

**Þungar áhyggjur** (Áhyggjur) reyndust hafa sterkust tengsl við aldur og var fylgnin neikvæð. Eftir því sem aldur einstaklinganna var hærri, því minni líkur voru á að þeir hefðu þungar áhyggjur. Þar á eftir kom jákvæð fylgni við kynferði,



sem þýðir að konur höfðu oftast þungar áhyggjur heldur en karlar. Aldur skýrði tölfraðilega 4,2% af tíðni breytunnar þungar áhyggjur, en samanlagt skýra aldur og kynferði 4,9% ( $R^2=0,049$ ).

**Kvíði** hafði sterkust tengsl við aldur. Um neikvæð tengsl var að ræða þannig að því hærra sem aldur einstaklinganna var, því fátíðari var kvíði. Næst sterkust tengsl voru milli kvíða og tekna. Þar var einnig um neikvæð tengsl að ræða, sem þýðir að eftir því sem fólk hafði hærra tekjur því fátíðari var kvíði. Tölfraðilega skýrir aldur 3,2% af tíðni breytunnar, en samanlagt skýra aldur og tekjur 4,2% ( $R^2=0,042$ ).

**Depurð** hafði sterkust tengsl við aldur og þar á eftir við tekjur. Í báðum tilfellum var um neikvæða fylgni að ræða, sem þýðir að eftir því sem aldur var hærra og eftir því sem tekjur voru hærra, því minni líkur voru á depurð. Tölfraðilega skýrir aldur 2,9% af tíðni breytunnar, en samanlagt skýra aldur og tekjur 3,8% af dreifingunni ( $R^2=0,038$ ).

Í öllum tilfellum hér að framan var um marktæk tengsl að ræða ( $p < 0,001$ ).

### ***Samantekt aðhvarfsgreiningar***

Aldur er sú af frumbreytunum sem oftast hafði mest tengsl við vanlíðunareinkennin eða í sex tilvikum af tíu. Af þeim frumbreytum sem næst oftast höfðu mest tengsl við fylgibreyturnar voru kynferði og tekjur, tvisvar sinnum hvor. Sú frumbreyta sem hafði oftast næst mest tengsl við fylgibreyturnar var kynferði sem hafði í fimm tilfellum næst hæsta fylgni við frumbreyturnar. Þar á eftir voru tekjur þrisvar, aldur einu sinni og störf einu sinni. Því má segja að aldur, kyn og tekjur séu þær frumbreytur sem hafi sterkust tengsl við fylgibreyturnar sem eru vanlíðunareinkennin.

## UMRÆÐA

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvort finna mætti mun á líðan fólks eftir þjóðfélagsstöðu þess. Til að kanna hvort tengsl væru þar á milli var stuðst við gögn um tíu vanlíðunareinkenni sem ætla má að tengst geti streitu eða álagi. Lagt var mat á tengsl þessara vanlíðunareinkenna við nokkrar breytur sem varpa ljósi á þjóðfélagsstöðu fólks. Þær breytur eru kynferði, aldur, menntun, störf og tekjur.

Í niðurstöðum þessarar rannsóknar kemur einna skýrast fram að þau vanlíðunareinkenni sem rannsóknin beindist að, eru mun algengari hjá konum en körlum. Mun fleiri konur en karlar þjást af mörgum vanlíðunareinkennum og mun fleiri karlar en konur hafa engin af þessum tilteknu vanlíðunareinkennum. Munur á milli kynja hvað varðar vanlíðunareinkennin var mismikill, en í öllum tilfellum var um marktækan mun að ræða ( $p < 0,001$ ). Þau vanlíðunareinkenni sem eru tíðust hjá báðum kynjum eru verkir í baki, vöðvabólga og svefnerfiðleikar, þar á eftir komu kvíði, þunglyndi, depurð og þrekleysi. Höfuðverkir voru nokkuð algengir meðal kvenna.

Niðurstöðurnar eru í miklu samræmi við fræðilega umfjöllun um heilsufar kynjanna. Rannsóknir hafa ítrekað sýnt að þrátt fyrir að konur lifi lengur en karlar búa þær við verra heilsufar megnið af ævinni (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 339; Hermann Óskarsson, 2005, bls. 49; Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 292). Einnig má benda á að munur á meðalævi karla og kvenna hefur minnkað í flestum Evrópulöndum síðast liðna áratugi (Berlin, Marie, 2010; Hagstofa Íslands, 2006). Rannsóknir hafa leitt í ljós að konur meti eigin heilsu mun verri, heldur en karlar gera (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 406-408) og að þær leiti einnig meira til heilsugæslunnar. Fræðimenn hafa fjallað um hvort þessi mismunur kynjanna á heimsóknum til lækna endurspeglar verra heilsufar kvenna eða hvort þær leiti meira til lækna vegna heilsufarsvandamála annarra heimilismeðlima, s.s. barna eða gamalmenna (Bury, 2005, bls. 55-56). Einnig hefur verið bent á að þessi munur geti að hluta til stafað af tilhneigingu karla til að afneita eigin veikindaeinkennum og þeir leiti því ekki til læknis (Lorber og Moore, 2002, bls. 18). Einnig hefur verið bent á að líf kvenna feli í sér meiri streitu (Bury, 2005, bls. 55-56) og að konur séu líklegri til að upplifa vinnustreitu (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004,

bls. 401-402). Bartley (2004) bendir á að rannsóknir hafi sýnt að ef borin er saman heilsa karla og kvenna sem hafa sams konar félags- og efnahagslega stöðu og eru ekki með fjölskylduábyrgð, hafi kynjamunur hvað varðar tíðni líkamlegra kvilla svo sem höfuðverkja, þreytu og vöðvaverkja, tilhneigingu til að minnka eða hverfa (Bartley, 2004, bls. 136-137). M.ö.o. að heilsufarsmunur kynjanna sé af fremur af félagslegum toga en líffræðilegum.

Þegar áhrif aldurs eru skoðuð kemur í ljós að flest vanlíðunareinkenni reyndust tíðari meðal hinna yngri. Það var sérlega áberandi hjá konum. Undantekningin var þrekleysi sem jókst marktækt hjá körlum með hækkandi aldri. Hjá konum er aftur á móti ekki um marktækan mun að ræða. Í heilsufarsrannsókn Rúnars Vilhjálmssonar komu fram svipaðar niðurstöður, þ.e.a.s. að fjöldi „skammvinnra líkamlegra kvilla og einkenna“ svo sem höfuðverkja, fækki með hækkandi aldri, en krónískum sjúkdómum svo sem krabbameini og hjarta- og æðasjúkdómum, fjölgi aftur á móti með hækkandi aldri (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 339). Í þessari rannsókn kom einnig fram að með hækkandi aldri minnkaði munurinn á milli kynjanna. Þetta kemur glöggt fram ef borinn er saman yngsti aldurshópurinn og sá elsti. Bresk rannsókn frá 9. áratug 20. aldar, þar sem fólk var beðið um að meta eigin heilsu sýndi niðurstöðu í sömu átt, en þó mun ýktari. Þar kom fram kynjamunur í yngri aldurshópnum sem var á þá leið að konur voru líklegri en karlar, til að meta eigin heilsu slæma. Kynjamunurinn hvarf aftur á móti í eldri aldursflokkum (Bury, 2005, bls. 48-50).

Þegar tengsl á milli menntunar og vanlíðunareinkenna eru skoðuð kemur fram marktækur munur í nokkrum tilfellum. Marktækur munur er á þrekleysi hjá körlum eftir lengd menntunar, þ.e. eftir því sem karlar hafa meiri menntun því ólíklegri eru þeir til að þjást af þrekleysi. Þennan mun er aftur á móti ekki að finna hjá konum. Til eru rannsóknarniðurstöður sem sýna að þeir sem hafa meiri menntun meti heilsu sína betri og upplifi sig heilbrigðari og atorkusamari en aðrir hópar. Dæmi um það eru niðurstöður John Mirowsky og Catherine Ross sem benda á að fullorðnir Bandaríkjamenn sem hafa framhaldsskólapróf hafi betri heilsu en þeir sem hafi minni menntun og staðhæfa að þeir menntaðri upplifi sig heilbrigðari, atorkusamari, finni sjaldnar til sársauka og þjáist síður af áhyggjum og kvíða (Cockerham, 2007, bls. 87). Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja það að nokkru leiti. Sem dæmi um það eru neikvæð tengsl á milli þrekleysis og

menntunar, en þau tengsl koma einungis fram hjá körlum. Niðurstöðurnar benda einnig til að þeir sem hafi meiri menntun hafi marktækt sjaldnar vöðvabólgu, höfuðverki og svefnerfiðleika og á það við um bæði kyn. Aftur á móti kemur fram hjá hvorugu kynjanna, marktækur munur á kvíða eða þungum áhyggjum eftir lengd menntunar.

Þegar vanlíðunareinkenni eru skoðuð út frá störfum og stöðu á vinnumarkaði koma víða í ljós marktæk tengsl. Hjá körlum eru marktæk tengsl á milli starfs og stöðu á vinnumarkaði og þrekleysis, vöðvabólgu og svefnerfiðleika. Hjá konum eru fleiri marktæk tengsl, þau finnast fyrir öll vanlíðunareinkenni nema verki í baki/herðum. Þegar einungis eru greind svör hjá þeim sem eru starfandi á vinnumarkaði breytist myndin örlítið hjá körlum. Þá eru ekki lengur marktæk tengsl milli starfs og svefnerfiðleika. Hjá konum gjörbreytist myndin á þann veg að ekki er lengur um nein marktæk tengsl að ræða. Því virðist sem starfið sem slíkt skipti ekki máli varðandi vanlíðunareinkenni kvenna, þar sem á móti margar konur í öllum starfsgreinum virðast þjást af vanlíðunareinkennum. Það að vera á vinnumarkaði virðist aftur á móti skipta miklu máli. Það kemur verulega á óvart að ekki skuli koma fram nein marktæk tengsl milli starfa og vanlíðunareinkenna, vegna þess að rannsóknir hafa sýnt að þar sem atvinnuþátttaka kvenna er mikil komi stéttbundinn ójöfnuður í heilsufari hjá konum betur í ljós, heldur en þar sem atvinnuþátttaka kvenna er lítil (Bartley, 2004, bls. 144-146). Því hefði mátt ætla að þarna myndi koma fram skýr munur vegna þess að á Íslandi er atvinnuþátttaka kvenna mjög mikil.

Sérstaka athygli vakti hve algengar þungar áhyggjur, kvíði og depurð virðast meðal þeirra kvenna sem eru í námi eingöngu. Þær hlutfallstölur eru háar samanborið við hlutfallstölur annarra hópa kvenna og allra karlahópanna. Þarna er ef til vill verðugt rannsóknarefni á ferð. Einnig má sjá í niðurstöðunum að konur virðast ekki njóta heilsufarslegs ábata af háskólanámi í sama mæli og karlar gera. Í því sambandi má nefna að í grein Hólmfríðar K. Gunnarsdóttur og Kristins Tómassonar *Dánarmein iðnverkakvenna* er vitnað í niðurstöður danskrar rannsóknar frá 1994, sem leiddi í ljós að dánartíðni háskólamenntaðra karla var lægra en meðaldánartíðnin, en dánartíðni háskólamenntaðra kvenna var hærri en meðaltalið (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002, bls. 3).

Þegar tengsl á milli tekna og vanlíðunareinkenna eru skoðuð má sjá að oftast er um marktæk tengsl að ræða hjá körlum en konum. Það er í samræmi við staðhæfingar Macintyre um að konur virðist minna næmar fyrir tekjureifingunni heldur en karlar (Macintyre, 2001, bls. 287-288). Tengslin á milli tekna og vanlíðunareinkenna eru neikvæð, þ.e.a.s. að því hærrí sem tekjurnar eru því minni verður tíðni vanlíðunareinkenna. Hjá báðum kynjum komu fram marktæk tengsl á milli þrekleysis og tekna og andþyngsla og tekna. Hjá körlum kom auk þess fram marktækur munur á höfuðverkjum, kviðverkjum, svefnerfiðleikum og depurð eftir tekjum. Hjá konum aftur á móti kom fram marktækur munur á þungum áhyggjum og tekjum annars vegar og hins vegar á tekjum og kvíða.

Athygli vekur að karlar í næst efsta tekjuhópnum skuli hafa mun meiri andþyngsli heldur en þeir karlar sem eru í tekjuflokknum fyrir neðan og í hæsta tekjuflokknum. Einnig má sjá að hærra hlutfall karla í næst efsta tekjuflokknum samanborið við þriðja hæsta og efsta tekjuflokkinn, finna fyrir öllum vanlíðunareinkennum nema þrekleysi og tíðum höfuðverkjum. Hjá konum kemur svipað fyrirbæri fram, en í þeirra tilfelli verður aukningin á vanlíðunareinkennum stundum í tekjuflokknum þar fyrir neðan, þ.e.a.s. í þriðja hæsta tekjuflokknum. Ef borin eru saman næst hæsta og þriðja hæsta tekjubilið hjá konum og tölurnar bornar saman við tekjuflokkana þar fyrir neðan annars vegar og hæsta tekjuflokkinn hins vegar, kemur þetta mynstur fram í öllum tilfellum.

Nú má velta fyrir sér hvers vegna vanlíðunareinkenni komi fram á þessum tekjubilum í meira mæli en á neðri tekjubilum og því efsta? Ein skýring á því gæti verið sú að hér sé um að ræða millistjórnendur sem búi við mikla streitu. Að hér sé á ferðinni einhvers konar millistjórnendadepurð. Ef svo er, mætti lesa út úr þessum gögnum að millistjórnendur í hópi kvenna hafi að jafnaði lægri laun heldur en milli millistjórnendur í hópi karla.

Þessar niðurstöður eru í nokkuð svipuðum dúr og niðurstöður rannsóknar á banka-mönnum sem gerð var hér á landi árið 2002. Sú rannsókn leiddi í ljós að stjórnendur útibúa væru líklegri en aðrir til að upplifa sálfélagslega streitu. Einnig kom fram að karlar meðal stjórnenda voru líklegri til að finnast starfið andlega erfitt (Rafnsdóttir, Tomasson og Gunnarsdóttir, 2009, bls. 21-22).

Tinna Laufey Ásgeirsdóttir bendir einnig á nokkrar rannsóknarniðurstöður sem sýnt hafi minnkandi tengsl og jafnvel neikvæð tengsl á milli tekna og heilsu í efstu tekjuhópunum (Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2006; Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, 2007, bls. 58-59). Hér vakna spurningar um hvernig tekjuhópar eru flokkaðir í þessum rannsóknum og hvort hér geti í raun verið um svipað fyrirbæri að ræða?

Niðurstöður aðhvarfsgreininganna gáfu til kynna hverjar af frumbreytunum höfðu oftast sterkasta fylgni við frumbreyturnar. Þar kom fram hver af frumbreytunum hefði sterkasta fylgni og hver hefði næst sterkasta fylgni við hverja og eina fylgibreytu. Niðurstöðurnar voru á þann veg að þær frumbreytur sem sýndu oftast mest tengsl við fylgibreyturnar voru aldur, kyn og tekjur. Tengsl milli vanlíðunareinkenna og aldurs voru neikvæð, það er að segja eftir því sem aldur hækkaði, minnkaði tíðni vanlíðunareinkenna. Vanlíðunareinkenni voru tíðari meðal kvenna en karla. Tengsl milli tekna og vanlíðunareinkenna voru einnig neikvæð sem þýðir að eftir því sem tekjur urðu hærri, minnkaði tíðni vanlíðunareinkenna. Frumbreytan starf kom einu sinni fyrir og þá með næst sterkasta fylgni við svefnerfiðleika. Eftir því sem starfsvirðing minnkaði, jókst tíðni svefnerfiðleika. Frumbreytan menntun kom aldrei fyrir, sem er að mínu mati umhugsunarvert.

Niðurstöðurnar sýna að konur, þeir yngri, þeir sem hafa lágar tekjur og þeir sem hafa lægri stöðu á vinnumarkaði, hafa marktækt fleiri vanlíðunareinkenni en aðrir hópar. Því má segja að fram komi tengsl á milli þjóðfélagsstöðu og heilsufars. Segja má að umræddir hópar séu því í meiri þörf fyrir þjónustu heilsugæslunnar samanborið við aðra hópa. Eins og fram kom í fyrri umfjöllun hafa ýmsar rannsóknir sýnt að það eru ekki endilega þeir sem hafa minni menntun eða tekjur sem nýta sér heilsugæsluna mest, heldur frekar hærri menntunar- og tekjuhópar (Rúnar Vilhjálmsson, 2000, bls. 345; Ólafur Ólafsson, 2004; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, bls. 5). Þar af leiðandi er mun líklegra að þeir sem hafa hærri þjóðfélagsstöðu fái viðeigandi sjúkdómsgreiningu fyrr í sjúkdómsferlinu, sem eykur batahorfur ýmissa sjúkdóma.

Siegrist og Marmot (2004) fjalla um ójafnvægi á milli erfiðis og umbunar og þau óæskilegu sálrænu áhrif sem það hafi á fólk að upplifa að fá ekki réttláta umbun fyrir erfiði sitt. Þeir halda því fram að þegar lítið er um atvinnutækifæri fyrir

starfsmenn verði meiri hætta á að ójafnvægi skapist á milli erfiðis og umbunar. Í ljósi þess væri forvitnilegt að bera saman niðurstöður þeirra gagna sem Lýðheilsustöð safnaði árið 2007 (og þessi rannsókn byggir á) og þeirra gagna sem Lýðheilsustöð safnaði árið 2009. Það væri sérlega áhugavert í ljósi þeirra breytinga sem átt hafa sér stað á vinnumarkaði og fela í sér verulega fækkun á atvinnutækifærum.

Bent hefur verið á að veikindafjarvistir hafi aukist verulega á flestum Norðurlandanna síðustu árin, með viðeigandi kostnaðarauka fyrir þjóðfélagið. Álitid er að mikið af þessum fjarvistum stafi af óþægindum í stoðkerfi og andlegri vanlíðan (Jensen o.fl., 2003, bls. 4-5). Því má segja að hér séu til umræðu heilsufarsleg vandamál sem mikilvægt sé að bregðast við.

Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt að meðal þeirra sem hafa minni menntun og lægri tekjur er sjúkdóma- og dánartíðni hærri en hjá þeim sem hafa meiri menntun eða hærri tekjur (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1463-1464; Bartley, 2004, bls. 3-6). Menn greinir á um hvort það megi rekja til þess að þeir sem eru heilsuhraustari frá náttúrunnar hendi hafi tilhneigingu til að ná lengra í menntun og starfi heldur en hinir sem ekki hafa hlotið hreysti í vöggugjöf eða hvort þjóðfélagsstaða fólks hafi áhrif á heilsufar og dánartíðni (Marmot, 1999, bls. 11-12).

Niðurstöður *Svörtu skýrslunnar* sem kom út í Bretlandi árið 1980 sýndu að dánartíðni á flestum aldursbilum höfðu sterk tengsl við félags og efnahagslega stöðu. Niðurstöður skýrslunnar komu mörgum í opna skjöldu vegna þess að þá var almennt talið að svokallaðir velmegunarsjúkdómar (s.s. hjarta- og æðasjúkdómar) væru algengari í efri stéttum. Í ljós kom að það hafði breyst og þessir sjúkdómar voru orðnir algengari í lægri stéttum (Bartley, 2004, bls. 1-4).

Rannsóknir hafa leitt í ljós að sjúkdómar sem áður voru taldir velmegunarsjúkdómar og voru algengari í efri stéttum, eru nú orðnir tíðari í neðri stéttum. Hér er átt við sjúkdóma sem tengjast lífsstíl fólks, svo sem hjarta- og æðasjúkdóma og lungnakrabbamein (Bartley, 2004, bls. 4). Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að heilsusamlegur lífsstíll sé algengari hjá þeim sem hafa meiri menntun eða hærri tekjur. Þessar rannsóknir hafa aðallega beinst að lífsstílspáttum svo sem reykingum, mataræði og hreyfingu í frítíma (líkamsrækt) (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2004, bls. 22). Bent hefur verið á í því sambandi að efri stéttir þjóðfélagsins hafi meiri

þjargir til að forðast sjúkdóma, samanborðið við neðri stéttirnar (Sigrún Ólafsdóttir, 2004, bls. 293). Því má segja að þessir sjúkdómar rísi ekki lengur undir nafni sem velmegunarsjúkdómar, þegar þeir eru farnir að hrjá í meira mæli þá þjóðfélagshópa sem hafa lakari stöðu.

Í rannsóknum Halldóru Viðarsdóttur og féлага kom fram að sortuæxli væri mun algengara meðal þeirra sem höfðu meiri menntun. Þessi sjúkdómur hefur einkum verið tengdur við ferðalög erlendis (Vidarsdóttir o.fl., 2008, bls. 389). Í þessu sambandi má velta fyrir sér hvort sortuæxli muni í framtíðinni einnig verða algengari meðal þeirra sem hafa lægri stéttarstöðu? Það er að segja hvort að neðri stéttir muni taka upp lífsstíl efri stéttarinnar, á sama tíma og efri stéttin breyti sínum lífsstíl með einhverjum hætti, til að forðast sjúkdóminn.

Siegrist og Marmot (2004) hafa bent á að þó svo að ekkert samfélag sé án ójöfnuðar, sé ójöfnuðurinn misjafnlega mikill milli þjóðféлага og mikilvægt sé að grafast fyrir um hvað valdi ójöfnuði í heilsufari. Þeir benda jafnframt á að heilsufarslegur ójöfnuður sé óásættanlegur vegna þess að hann stríði gegn hugmyndum um jafna lífsmöguleika fólks (Siegrist og Marmot, 2004, bls. 1464). Svipuð afstaða kemur fram í yfirlýsingu sem Evrópusambandið sendi frá sér árið 2009 um að vinna gegn ójöfnuði í heilsufari, hvort sem um er að ræða ójöfnuð milli einstakara landa Evrópusambandsins eða innan sérhvers lands innan þess (Heilbrigðisráðuneytið, 2009).

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að konur, þeir sem eru yngri, þeir sem hafa minni menntun, lægri stöðu á vinnumarkaði og lægri tekjur finni að jafnaði oftar fyrir ýmsum af þeim vanlíðunareinkennum sem hér er fjallað um. Því má segja að finna megi tengsl á milli þjóðfélagsstöðu fólks og heilsufars þess. Með öðrum orðum má segja að ójöfnuður í heilsufari sé til staðar á Íslandi, en hvort ójöfnuðurinn er meiri eða minni hér á landi en í öðrum löndum verður ekki lagt mat á hér. Hvort ójöfnuður í heilsufari teljist ásættanlegur verða aðrir að dæma um.



## HEIMILDIR

Anna Björg Aradóttir og Sigrún Gunnarsdóttir. (2001). Læsi til lífsgæða. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2. 115.

Ásta Snorradóttir. (2008). *Örorka meðal kvenna á Íslandi*—óbirt MA ritgerð.

Bartley, Mel. (2004). *Health Inequality – an introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity.

Berglind Helgadóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kolbrún Ósk Hrafnadóttir, Kristinn Tómasson, Svava Jónsdóttir o.fl. (2000). *Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks á leikskólum í Reykjavík*. Reykjavík: Vinnueftirlitið. Sótt 1. september 2010 af <http://www.vinnueftirlit.is/vinnueftirlit/upload/files/arsskyrslur/rannsoknir/leikskolasky.pdf>

Berkman, L.F. og Macintyre, S. (1997). The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. *IARC Scientific Publications*, 138, 51-64.

Berlin, Marie. (2010). Mäns livslängd närmar sig kvinnors. Sótt 1. september 2010 af [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LE0001\\_2010K02\\_TI\\_11\\_A05TI1002.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0001_2010K02_TI_11_A05TI1002.pdf)

Bury, Michael. (2005). *Health and Illness*. Cambridge: Polity.

Cabrera, Claudia. (2005). *Socio-economic status and health in women: population based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease*. Göteborg: Nordic School of Public Health.

Cockerham, William C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.

Coefficient of determination. Sótt 1. September 2010 af [http://en.wikipedia.org/wiki/Special:Search/Coefficient\\_of\\_determination\\*](http://en.wikipedia.org/wiki/Special:Search/Coefficient_of_determination*)

Colgrove, James. (2002). The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *American Journal of Public Health*, 92 (5).

Eitzen, Stanley og Zinn, Maxine Baca. (2006). *Social Problems*. Boston: Pearson.

Gini coefficient. Sótt 1. september 2010 af [http://en.wikipedia.org/wiki/Gini\\_coefficient](http://en.wikipedia.org/wiki/Gini_coefficient)

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Kristinn Tomasson og Holmfríður K. Gunnarsdóttir. (2009). A Nation-wide Study of Psychosocial Strain at Work as a Predictor of seeking Medical Attention. *Disability Medicine*, 7, (3). Sótt 1. september 2010 af <http://www.vinnueftirlit.is/is/rannsoknir/>

Guðbjörg Linda Rafnsdóttir. (2004). Vinnuumhverfi, líðan og kynferði. Í Irma Erlingsdóttir (ritstjóri), *Fléttur II* (bls. 401-418). Reykjavík: Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum.

Gunnarsdóttir, H.K., Rafnsdóttir, G.L., Tómasson, K. (2003). Psychosocial factors and well-being among different professional groups in geriatric care. Í Guðbjörg L. Rafnsdóttir, Hólfríður K. Gunnarsdóttir og Þórunn Sveinsdóttir (ritstjórar), *Mind and Body in a Technological World – Hugur og hönd í heimi tækninnar*. Reykjavík: Vinnís – The Icelandic Ergonomics Society.

Hagstofa Íslands. (2007). Dánartíðni og ævilengd 2006. Sótt 1. september 2010 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=95&NewsID=2079>

Hagstofa Íslands. Sótt 1. september 2010 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=622&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN00102%26ti=Me%F0alaldur+%CDslendinga+1841%2D2010+%26path=../Database/mannfjoldi/Yfirlit/%26lang=3%26units=Ár>

Hardarson, T., Gardarsdóttir, M., Gudmundsson, K.Th., Thorgeirsson, G., Sigvaldason, H. og Sigfússon, N. (2001). The relationship between educational level and mortality. The Reykjavík Study. *Journal of Internal Medicine*; 249, 495-502. Sótt 1. september 2010 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2796.2001.00834.x/pdf>

Hávar Sigurjónsson. (2009). Lífshættir hafa afgerandi áhrif á krabbameinstíðni – viðtal við Laufeyju Tryggvadóttur og Hólfríði K. Gunnarsdóttur, *Læknablaðið*, 95, 776-779. Sótt 1. september 2010 af <http://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1435/PDF/u02.pdf>

Hedbom, Petra. (2008). Europeers livslákartlagt. Sótt 1. september 2010 af <http://www.lakemedelsvarlden.se/zino.aspx?articleID=11959>

Heilbrigðisráðuneytið. (2009). Dregið verði úr ójöfnuði í heilsufari. Sótt 1. september 2010 af <http://brussel.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/3004>

Hermann Óskarsson. (2005). *Heilbrigði og samfélag: Heilsufélagsfræðilegt sjónarhorn*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson. (2002). *Könnun á líðan, vinnuumhverfi og heilsu starfsfólks í útibúum banka og sparisjóða*. Reykjavík: Vinnueftirlitið – Rannsókn og heilbrigðisdeild. Sótt 1. september 2010 af [http://www.vinnueftirlit.is/vinnueftirlit/upload/files/ur\\_gamla\\_skjalakerfi/utgefingefni/4\\_konnun\\_a\\_lidan\\_vinnuumh\\_heilsu\\_starfsf\\_i\\_utib\\_banku\\_og\\_sparisj.pdf](http://www.vinnueftirlit.is/vinnueftirlit/upload/files/ur_gamla_skjalakerfi/utgefingefni/4_konnun_a_lidan_vinnuumh_heilsu_starfsf_i_utib_banku_og_sparisj.pdf)

- Hlynur Orri Stefánsson. (2010, 16. febrúar). Krabbamein tengist starfstétt-  
Karlkyns þjónar og veitingamenn eru meira en helmingi líklegri til að fá  
krabbamein en bændur og garðyrkjumenn. *Morgunblaðið*, bls. 13.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2002). Dánarmein  
iðnverkakvenna. *Læknablaðið*, 88, 195-201.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2008). Holdafar starfshópa –  
Líkamsþyngdarstuðull og hlutfall of feitra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. 4. Sótt 1.  
september 2010 af <http://www.hjukrunar.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=2353>
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir.  
(2004). Vinnuálag og líðan mismunandi starfshópa kvenna í öldrunarþjónustu.  
*Læknablaðið*, 90, 219-224.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir. (2004). Þær bjargast helst sem ferðast á fyrsta  
farrými. Um tengsl félagslegrar stöðu og heilsufars, Í Irma Erlingsdóttir (ritstjóri),  
*Fléttur II* (bls. 419-442). Reykjavík: Rannsóknarstofa í kvenna- og kynjafræðum.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir. (2005). Ójöfnuður í heilsufari á Íslandi – *Tímarit  
hjúkrunarfræðinga*, 81, (2), 18-25.
- Ilmarinen, Juhani. (1999). *Ageing workers in the European Union – Status and  
promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish  
Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry  
of Labour.
- Ilmarinen, Juhani. (2005). *Towards a Longer Worklife! – Ageing and the quality  
of worklife in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational  
Health, Ministry of Social Affairs and Health.
- Jensen, C., Grøn, S., Aronsson, G., Bjørnstad, O., Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og  
Kristinn Tómasson. (2003). *Veikindafjarvistir á Norðurlöndum*. Reykjavík:  
Vinnueftirlitið.
- Karasek, Robert og Theorell, Töres. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity,  
and the Reconstruction of Working Life*. United States of Amerika: BasicBooks.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Ferrie, J.E., Hemingway, H., og Pentti, J. (2001).  
Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a  
prospective study. *Occup. Environ. Med.*, 58; 811-817.
- Kristinn Tómasson. (2008). Heilsufar og efnahagsmál, ábyrgð lækna.  
*Læknablaðið*, 94, (11), 719. Sótt 1. september 2010 af  
<http://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1399/PDF/r01.pdf>

Kunst, del Rios, Groenhof og Machenbach. (1998). Socioeconomic Inequalities in Stroke Mortality Among Middle-Aged Men: An International Overview. *Stroke – Journal of the American Heart Association*, 29; 2285-2291. Sótt 1. september 2010 af <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/29/11/2285>

Leon , David A. (2001). Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. Í David A. Leon og Gill Walt (ritstjórar), *Poverty, inequality, and health – An International Perspective* (bls. 58-87). Oxford: Oxford University Press.

Link, Bruce G. og Phelan, Jo C. (2005). Fundamental Sources of Health Inequalities. Í David Mechanic et.al. (ritstjórar), *Policy Challenges in Modern Health Care* (bls. 71-84). United States: Rutgers University Press.

Lorber, Judith and Moore, Lisa Jean. (2002). *Gender and the Social Construction of Illness*. Oxford: AltaMira Press.

Macinko, James og Starfield, Barbara. (2001). The Utility of Social Capital in Research of Health Determinants. *The Milbank Quarterly*, 79, (3), 387-427.

Macintyre, Sally. (2001). Inequalities in health: is research gender blind? Í David A. Leon og Gill Walt (ritstjórar), *Poverty, inequality, and health – An International Perspective* (bls. 283-293). Oxford: Oxford University Press.

Mackenbach, Meerding og Kunst. (2007). *Economic implication of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Rotterdam: European Communities. Sótt 1. september 2010 af [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf)

Marmot, Michael. (1999). Introduction. Í Michael Marmot og Richard G. Wilkinson (ritstjórar), *Social determinants of health* (bls. 1-16). Oxford: Oxford University Press.

McGrail, Dorslaer, Ross og Sanmartin. (2009). Income-Related Health Inequalities in Canada and the United States: A Decomposition Analysis. *American Journal of Public Health*, 99, 1856-1863. Sótt 1. september 2010 af <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=4&sid=2&srchmode=1&vinst=PROD&fnt=6&startpage=-1&clientid=58032&vname=PQD&RQT=309&did=1881126511&scaling=FULL&ts=1264599105&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&TS=1283427768&clientId=58032>

Morrison, Ken. (1995). *Marx, Durkheim, Weber – Formations of Modern Social Thought*. London: SAGE Publications.

Mount, Ferdinand. (2004). *Mind the Gap – The New Class Divide in Britain*. London: Short Books.

Nyquist, Fredrica. (2009). *Social Capital and Health-Variations, Associations and Challenges*. Ábo: Painosalama Oy.

Ólafur Ólafsson. (2004). *Úr handraða Ólafs landlæknis*. Akureyri: Hólar.

Ólöf Garðarsdóttir. (2007). Þjóðfélagsbreytingar og skólasókn á fyrri hluta 20. aldar með sérstakri áherslu á þjóðfélagsuppruna nemenda. Í Sumarliði R. Ísleifsson og Þórunn Sigurðardóttir (ritstjórar), *Samfélagsleg áhrif verkalyðshreyfingarinnar á 20. öld – Framtíðarsýn á 21. öldinni* (bls. 25-39). Reykjavík: Efling-stéttarfélag og ReykjavíkurAkademían.

Pakulski, Jan og Waters, Malcolm. (1996). *The Death of Class*. London: SAGA Publications.

Putnam, Robert D. (2000). *Bowling alone – The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.

Rúnar Vilhjálmsson. (2000). Heilbrigðismál frá sjónarhóli félagsfræði. Í Friðrik H. Jónsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum* (bls. 335-350). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.

Shaw, Dorling og Smith. (1999). Poverty, social exclusion, and minorities. Í Michael Marmot og Richard G. Wilkinson (ritstjórar), *Social determinants of health* (bls. 211-239). Oxford: Oxford University Press.

Siegrist, Johannes og Marmot, Michael. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463-1473.

Sigrún Ólafsdóttir. (2004). Félagsfræði heilsu og veikinda. Í Þóroddur Bjarnason og Helgi Gunnlaugsson (ritstjórar), *Íslensk félagsfræði - Landnám alþjóðlegrar fræðigreinar* (bls. 288-308). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Stefán Hrafn Jónsson og Jón Óskar Guðlaugsson. (óbirt skýrsla). *Niðurstöður úr Könnun á heilsu og líðan Íslendinga árið 2007*. Reykjavík: Lýðheilsustöð.

Stefán Ólafsson. (2006). Aukinn ójöfnuður á Íslandi – Áhrif stjórn mála og markaðar í fjölþjóðlegum samanburði. *Stjórn mála og stjórnsýsla – veftímarit*, 2, (2). Sótt 1. september 2010 af <http://www.stjornmalogstjornsysla.is/images/stories/fg2006h/stefan.pdf>

Tinna Laufey Ásgeirsdóttir. (2006). Áhrif tekna á heilsu. *Doktor.is*. Sótt 1. september 2010 af [http://www.doktor.is/index.php?do=view\\_grein&id\\_grein=4439&option=com\\_d-greinar](http://www.doktor.is/index.php?do=view_grein&id_grein=4439&option=com_d-greinar)

Tinna Laufey Ásgeirsdóttir. (2007). *Lifestyle Economics – A health and Labor-market – Analysis of Iceland*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga. (2003). Algengi og dreifing notkunar geðdeyfðar-, kvíða og svefnlyfja, *Læknablaðið*, 89. Sótt 1. september 2010 af <http://hirsla.lsh.is/lsh/bitstream/2336/3914/3/L2003-01-89-F1.pdf>

Vahtera, Kivimäki, Pentti, Linna, Virtanen, Virtanen og Ferrie. (2004, 23. febrúar). Organisational downsizing, sickness absence and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004;328;555. Sótt 1. september 2010 af <http://www.bmj.com/content/328/7439/555.full.pdf>

Vidarsdóttir, H., Gunnarsdóttir, H.K., Olafsdóttir, E.J., Olafsdóttir, G.H., Pukkala, Eero og Tryggvadóttir, L. (2008). Cancer risk by education in Iceland; a census-based cohort study. *Acta Oncologica*; 47, 385-390. Sótt 1. september 2010 af [http://pdfserve.informaworld.com/110773\\_\\_789872109.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/110773__789872109.pdf)

Weinberg, Ashley og Cooper, Cary. (2007). *Surviving the Workplace – A guide to emotional well-being*. London: Thomson Learning.

Wilkinson, Richard G. (1996). *Unhealthy Societies – The Afflictions of Inequality*. Oxon: Routledge.