

ИЗЛОЖЕНОСТ СТРЕСУ КАО МЕХАНИЗАМ УТИЦАЈА СОЦИОЕКОНОМСКОГ ПОЛОЖАЈА НА КВАЛИТЕТ ЗДРАВЉА

ВЛАДИМИР МЕНТУС

Институт друштвених наука
Центар за социолошка и антрополошка истраживања
Краљице Наталије 45, Београд, Србија
vmentus@idn.org.rs

ТАТЈАНА МЕНТУС

Универзитет у Београду
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Високог Стевана 2, Београд, Србија
mentust@gmail.com

САЖЕТАК: У раду се разматра изложеност стресу као једном од механизма путем којег социоекономски положај може утицати на квалитет здравља. Пре свега, представљена је природа повезаности између социоекономског положаја и квалитета здравља, као и могући механизми њихове повезаности уопште. Према хипотезама диференцијалне изложености и диференцијалне рањивости, апсолутни социоекономски положај најбитнија је детерминанта квалитета здравља. Осим тога, у литератури је присутно и становиште о значају релативне позиције унутар друштвене хијерархије као битне детерминанте изложености стресу, али и квалитета здравља уопште. У том смислу, представљен је појам статусне анксиозности. Затим, пружен је осврт на повезаност између социоекономског положаја и изложености стресу, као и резултати досадашњих истраживања у тој области. Коначно, представљени су механизми путем којих изложеност стресу може утицати на квалитет здравља.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: социоекономски положај, здравље, стрес, хипотеза диференцијалне изложености, хипотеза диференцијалне рањивости, статусна анксиозност

У социологији здравља и болести вероватно најизучаванији тип повезаности је повезаност између различитих индикатора социоекономског

положаја (било на индивидуалном, било на групном нивоу) и квалитета здравља, при чему међу ауторима постоји широк консензус о њиховој позитивној међусобној повезаности. То се може увидети на примерима многих болести, независно од тога да ли се посматра преваленца, интензитет или стопа морталитета: припадност најнижој социоекономској групи у односу на више групе значи и два и по пута већу вероватноћу хоспитализације, три и по пута већу вероватноћу ограничења у активностима услед болести, краће очекивано трајање живота итд. [Chen & Miller 2012].

Поменуто указује на постојање социјалног градијента квалитета здравља [Marmot 2004]. Иако су социоекономски фактори уопште многобројни и различити по природи, они су међусобно повезани и путем различитих механизма детерминишу квалитет здравља. Тако, неки од механизма путем којих укупан социоекономски положај утиче на здравље могу бити: физичко окружење, у смислу изложености карциногенима или патогенима уопште и сл.; социјално окружење и с њим повезан степен приступа одређеним социјалним ресурсима, али и подложност међуљудском насиљу и агресији; процес социјализације и различита искуства која могу утицати на психички развој или тренутно расположење, афекте и мишљење; понашање повезано са здрављем итд. [Adler et al. 1994]. Повезаност, такође, може бити привидна, а може функционисати и у обрнутом смеру, о чему ће касније бити више речи. Такође је битно напоменути и да је повезаност ових варијабли криволинијског типа, и важи принцип опадајуће маргиналне корисности – свако додатно повећање социоекономског положаја доноси све мање повећање квалитета здравља [Wilkinson 1996]. Овде је најбитнији механизам искустава која детерминишу тренутно психичко стање. Наиме, почев од 1990-их у научној литератури се почело с наглашавањем значаја једног таквог механизма помоћу којег се могу објаснити социоекономске разлике у квалитету здравља, а то је изложеност стресу. Тако, већа смртност међу нижим друштвеним слојевима објашњава се већом изложеношћу различитим врстама стреса међу припадницима тих слојева, што се често назива хипотезом диференцијалне изложености. Поред тога, често се истиче и тенденција да припадници нижих слојева на располагању имају мање могућности и способности да се боре против те изложености и превладају је [Stronks 1997]. То се означава као хипотеза диференцијалне рањивости. Хипотеза која укључује обе наведене назива се хипотеза животног стреса (eng. *life stress hypothesis*) [Grzywacz et al. 2004].

Социоекономски положај може се одредити као „конструкт који одражава нечији приступ колективно пожељним ресурсима, били они материјална добра, новац, моћ, пријатељске мреже, здравствена заштита, слободно време или образовне могућности” [Oakes & Rossi 2003, према: Oakes & Kaufman 2017: 25]. Стрес се може одредити као „однос између особе и околине, у оквиру кога особа процењује да неки аспект околине укључује претњу, губитак или изазов за њене снаге, при чему се јављају карактеристичне промене психофизиолошке равнотеже” [Zotović 2002: 4]. Ово одређење укључује, како наглашава Зотовићева [ibid], два главна схватања стреса у психолошкој литератури – стрес као догађај и као реакци-

ја на догађај. Дакле, кључне компоненте стреса су: одређени догађај или ситуација у спољашњој средини; карактеристична субјективна процена догађаја; измене у психолошком функционисању; физиолошке промене; и доживљај целокупног процеса, при чему се подразумева међузависност чинилаца из домена околине и из домена особе која доживљава стрес, као и променљивост поменутих чинилаца под утицајем текуће трансакције.

И док појединачна акутна појава стреса не мора бити нарочито штетна по организам, и чак у одређеним ситуацијама може бити функционална, сасвим је друга ситуација у случају епизодичног акутног стреса, а још више у случају хроничне изложености стресу. Потоњи се може одредити као „стрес који 'абнормално' истрајава или траје дуго, било због тога што се стално изнова јавља, или епизодично, или непрекидно, било због тога што представља озбиљне претње којима се тешко прилагођава и које је тешко превазићи. То се односи и на свеоколни стрес, услед више-или-мање константних стресора садржаних у животним или радним условима, и на акутно-инцидентне стресоре, чији ефекти настављају да постоје и изван иницирајућег догађаја” [Vaum et al. 1999: 132]. У екстремним условима, као што је рат, стрес може довести до потпуног физичког и психичког краха [Opalić 2007]. Како је изложеност хроничном стресу потенцијално нарочито штетна по квалитет здравља, овде је првенствено фокус на њој. Корисно је напоменути и то да у овом смислу позитивни и негативни догађаји нису исто – док негативни догађаји узрокују нужност адаптације и штетне психофизичке промене, то се не може рећи и за позитивне догађаје, који су с психофизичком ометеношћу само слабо повезани, а углавном нису уопште [Thoits 1983, према: Thoits 1995: 54].

Припадници различитог социоекономског положаја доживљавају различите врсте стреса [Pearlin 1989]. Чак и ако је врста изложености стресорима слична за ниже и више слојеве, последице манифестовања ових стресора могу бити условљене социоекономским положајем. Најзад, ресурси који се могу мобилизовати у циљу превладавања стреса такође могу варирати у зависности од положаја [Pearlin 1989]. Окидачи стреса као и других негативних емоција могу бити најразличитији животни догађаји. Виши социоекономски положај, међутим, може на више начина утицати на то да се утицај оваквих догађаја умањи или спречи. Као што је поменуто, виши положај просто смањује вероватноћу изложености негативним догађајима. Друго, виши положај вероватно значи и више социјалних и психичких ресурса који се могу користити у циљу превладавања стресних ситуација и, самим тим, значи и мању осетљивост на стресна искуства. Тако, појединци нижих положаја могу имати мање могућности да створе и одрже социјалне мреже које би могле да ублаже ефекте стресних догађаја [House et al. 1991]. Исто тако, чак и при једнакој изложености стресорима, емоционално функционисање је по правилу више нарушено код припадника нижих слојева [Kessler 1979]. Између осталих, Тоитсова [Thoits 1995] наводи да, иако постоје варијације у резултатима истраживања друштвеног положаја и изложености стресу, литература сугерише да су припадници нижих слојева посебно осетљиви на стресоре – када се пореди са сличним

нивоима или интензитетом стресних искустава, оне који су на нижим положајима карактерише већа изложеност стресу (али и депресије) него оне на вишим друштвеним положајима.

Нижи приходи, образовање, или богатство могу изазвати и одржати лошије и стресне животне околности, јер су углавном повезани са животом у срединама с већом густином насељености, буком, криминалом, загађењем, дискриминацијом, slabим приступом здравственим установама итд. Насупрот томе, живот у околностима вишег положаја доноси мање опасности и оскудица, више социјалне подршке (којом се могу обезбедити психолошки и материјални ресурси у циљу превладавања стресне ситуације) [Cohen 2004] и других могућности за превладавање тешкоћа [Baum et al. 1999]. Осим тога „упорни и тешки психосоцијални услови доприносе увећаној тенденцији сиромашних да усвајају одређене нездраве облике понашања, да пате од депресије или да су превише заокупљени превладавањем тешке ситуације, што је по себи фактор ризика за болести повезане са стресом међу нискокоходовним групама. [...]. Они на нижим социоекономским позицијама такође имају и мање него остали могућности да приступе информацијама, услугама или технологијама које би их могле заштитити” [Geronimus 2000: 867]. Закључно, нижи социоекономски положај вероватно значи мању могућност задовољења потреба уопште.

Утицај друштвеног положаја на здравље почиње од најранијег животног доба, па чак и пре рођења, јер још у пренаталној фази здравље и благостање мајке могу представљати битан фактор за каснији развој јединке. Даље, оно што деца проживљавају у раном детињству, као и њихов физички, когнитивни и социјални развој, заједно, у великој мери одређују каснија постигнућа у школи и квалитет здравља и живота уопште [Marmot 2010]. Овде је то битно јер је здравље мајке, које је зависно од изложености стресу, и које је од огромног значаја за здравствено стање будуће јединке, повезано са социоекономским положајем.

DRIFT ХИПОТЕЗА

Смер повезаности између социоекономског положаја и здравља може бити и обрнут у односу на досад помињани, односно и квалитет здравља може одређивати друштвени положај. Овакво становиште означава се као хипотеза скретања (*drift hypothesis*). Према овом гледишту, лоше здравствено стање може бити узрок падања на друштвеној лествици и то услед онемогућавања обављања послова, зарађивања, образовања и сл. Другим речима, отежавајући здравствени услови могу онемогућавати узлазну покретљивост. То је лако видљиво у случају депресије. Ово, даље, може још више ослабити квалитет здравља. Међутим, интензитет међусобних утицаја ових варијабли није једнак. Како тврде Линч и сарадници [Lynch et al. 2004: 9–10], на основу анализе великог броја студија, „подаци се слажу око општег закључка да лош социоекономски положај претходи лошијем здрављу [...]. Ово не искључује обрнуту каузалност – да лошије здравље утиче на приходе – али то није примарни механизам који стоји иза пове-

заности између прихода и здравља”. Исто се може рећи и за изложеност стресу, а не само за здравље уопште – како претерана изложеност стресу може знатно утицати на погоршање функционисања у физичком, психичком и социјалном смислу, то може бити фактор који отежава успон на друштвеној хијерархији, а ово може утицати на стварање нових или одржање старих стресних услова итд.

РЕЛАТИВНИ ПОЛОЖАЈ И СТРЕС

Осим становишта да апсолутни положај омогућава да се спречи изложеност стресу или умање његови штетни ефекти, у литератури је врло присутан још један механизам сличне природе. Он се не заснива на апсолутном, већ на релативном положају, и нарочито је применљив на развијена друштва, у којима су изражене релативно веће друштвене неједнакости. Како у развијеним друштвима богатство земље нема значајног утицаја на просечни квалитет здравља становништва (имајући у виду на почетку поменути принцип опадајуће маргиналне корисности богатства за квалитет здравља), многи аутори тврде да након преласка одређене границе богатства главна детерминанта здравља популације постаје степен друштвених неједнакости (најчешће мерен приходовним неједнакостима) [Wilkinson 1992; Duleep 1995; McIsaac & Wilkinson 1997; Wagstaff & Doorslaer 2000; Lynch et al. 2001].

Социјални епидемиолози Ричард Вилкинсон и Кејт Пикет [Wilkinson & Pickett 2010] тврде да друштвене неједнакости узрокују здравствене проблеме путем тзв. статусне анксиозности, што је термин преузет од филозофа Алана де Ботона. Наиме, у развијеним земљама већ дуже од пола века постоји тенденција раста депресије, која је чврсто повезана с анксиозношћу – када се има једно, обично се има и друго, а и психијатри их слично третирају; раст депресије и анксиозности из генерације у генерацију је све већи – он захвата појединце из свих друштвених класа и типова породица [Collishaw et al. 2004, према: Wilkinson & Pickett 2010]. Међутим, у истом периоду је такође откривен, наводе аутори, и раст самопоштовања – осећаја поверења и вредновања себе, поноса, значаја сопствене личности итд. Ова наизглед парадоксална ситуација објашњава се чињеницом да људи постају све више анксиозни поводом тога како их други виде и шта други мисле о њима, што производи њихов одбрамбени покушај да подупру поверење и сигурност у саме себе. Конкретније, аутори наводе разлику између „здрог” и „нездоров” облика самопоштовања, где први значи реално заснован осећај поверења у себе, с рационалном и прецизном перцепцијом својих снага и слабости у различитим ситуацијама, а други укључује порицање својих слабости и константну тежњу да се створи и одржи позитивна слика о себи међу другима, затим прекомерну преокупацију собом, својим успехом и изгледом у очима других, без осећајности за друге, као и лоше реакције на критике које им се упућују.

„Људска бића теже да очувају социјално самопоимање и осетљива су на претње које могу да угрозе њихов друштвени статус или имиџ (...).

Те претње стварају могућност за губитак самопоштовања” [Dickerson & Kemeny, према: Wilkinson & Pickett 2010: 38]. Према Вилкинсону и Пикетовој, ниво лучења кортизола, једног од хормона стреса, посебно расте када људи осећају да други доносе негативне судове о њима. Даље, главни и најмоћнији извори стреса који утичу на здравље спадају у три категорије: низак социјални положај, мањак пријатеља и стрес у раном узрасту. Положај и богатство не утичу само на слику о себи, већ и слику о нама самима у очима других. Тако, раст друштвених неједнакости доводи до раста (статусне) анксиозности. То постаје све израженије у модерним друштвима – с јачањем улоге постигнутог статуса науштрб приписаног. Стресови, изазвани на тај начин, воде до веће смртности унутар популације. Зато је, тврде аутори, унутар модерних друштава интензитет материјалних неједнакости главна детерминанта психосоцијалног, али и здравственог стања појединаца уопште. Теорија статусне анксиозности, дакле, налаже да људи пореде себе с другима у друштву, у врло широком смислу, и осећају се прилично анксиозно по питању своје релативне позиције. Тиме се она ослања на теорију релативне депривације. Тако је пука перцепција лошијег положаја у односу на положај неког другог (а не могућности које потичу из апсолутно бољег положаја) потенцијални узрочник стреса.^{1,2}

ПРЕГЛЕД ДОСАДАШЊИХ ИСТРАЖИВАЊА

Од средине 1990-их, када се навелико отпочело с испитивањем повезаности између социоекономског положаја и изложености стресу, спроведен је веома велики број истраживања у овој области. И поред широког консензуса о међусобној позитивној повезаности, резултати су у одређеној мери измешани. Најчешће коришћен индикатор изложености стресу је ниво лучења кортизола, углавном због својих широких регулаторних утицаја који покривају централни нервни систем и метаболички и имуни систем [Miller et al. 2007]. На пример, Коен и сарадници [Cohen, Doyle & Baum 2006a; Cohen, Schwartz et al. 2006] открили су да је нижи социоекономски положај повезан с вишим нивоима лучења кортизола, независно од расе, старости, пола и телесне тежине. Росмонд и Бјорнторп [Rosmond and Björntorp 2000] открили су да је низак социоекономски положај (мерен занимањем) повезан с већим интензитетом лучења кортизола (али и гојазношћу) и што дуже траје припадност нижим слојевима, то су наведене

¹ Како тврде Вилкинсон и Пикетова, значај социјалног положаја на ментално благостање огледа се у хемијским процесима у мозгу. Серотонин и допамин спадају у хормоне који играју важну улогу у регулацији расположења: код људи, ниски нивои лучења ових хормона повезани су с депресијом и другим менталним девијацијама. Дауд и Голдман [Dowd & Goldman 2006] наводе да многе студије над нељудским приматима показују да животиње нижег положаја, између осталог, имају више нивое лучења кортизола, чешће оболевају од коронарне болести и подложније су инфекцијама. Заговорници идеје да је стрес механизам који на овај начин утиче на здравље углавном се слажу да је реч о механизму који код људи функционише на исти начин као и код других примата.

² За критике упућене Вилкинсону и Пикетовој видети: [Saunders 2010].

последиче више изражене. Већи број година проживљен у сиромаштву у позитивној је корелацији и са дисрегулацијом кардиоваскуларног система [Evans & Kim 2007]. Ли и сарадници [Li et al. 2007] открили су да нижи положај води до готово дуплирања лучења нивоа кортизола при буђењу. Даље, утврђено је да деца која потичу из нижих социоекономских слојева имају значајно више нивое лучења кортизола него деца из виших слојева, а та веза постаје значајна већ на узрасту од шест година. Ниво лучења кортизола код деце значајно је повезан и с мајчином депресијом [Lupien et al. 2000]. Почетна фаза незапослености повезана је с краткорочним, али повишеним лучењем кортизола и већим нивоом укупног холестерола [Arnetz et al. 1991]. Како је социоекономски положај негативно повезан с фреквенцијом стресних животних догађаја и одговора на стрес, многе ствари из социјалног окружења које се перципирају као стресне, као што су злочини, дискриминација заснована на раси/етницитету, недостатак адекватних здравствених услуга, проблеми с транспортом итд, чешће доживљавају појединци нижег социоекономског положаја [Lantz et al. 2005].

С друге стране, Брантштетер и сарадници [Brandtstädter et al. 1991] открили су да је социоекономски положај (мерен степеном образовања и занимањем) позитивно повезан с лучењем кортизола. Такође, што се тиче старости, они су открили да је код жена изражена негативна корелација између нивоа кортизола и старости, док код мушкараца није било значајног утицаја старости; иначе, што се тиче брачног статуса, то истраживање је показало да је код венчаних парова у јутарњим периодима веће лучење кортизола. Такође, Чен и Патерсон [Chen & Paterson 2006] открили су да је нижи социоекономски положај повезан с нижим лучењем кортизола (али и с већом гојазношћу). Кунц-Ебрехт и сарадници [Kunz-Ebrecht et al. 2004], који су проучавали изложеност стресу на послу у односу на пол, открили су да је ниво кортизола при буђењу за оба пола позитивно повезан с великим захтевима на радном месту, и да ова веза опада с растом социоекономског положаја. Једна студија, која је изложеност стресу мерила самопроцењом испитаника, показала је да су припадници виших слојева у већој мери изложени свакодневним стресорима, међутим, они ма који су слабијег интензитета [Grzywacz et al. 2004]. Даље, откривено је да деца између шест и десет година старости, која потичу из домаћинства нижег социоекономског положаја, имају знатно веће нивое лучења кортизола у односу на децу из домаћинства вишег положаја, међутим, ова корелација нестаје на средњошколском узрасту. Такође, мајке нижег положаја имају тенденцију ка вишем степену депресије и нездравих облика понашања, док мајке вишег положаја могу да се више стресирају у вези с пословним или породичним питањима [Lupien et al. 2001]. Једно истраживање показало је да је код жена значајно више лучење јутарњег кортизола у односу на мушкарце, независно од социоекономског положаја [Wright & Steptoe 2005]. Дауд и Голдман [Dowd & Goldman 2006] нису пронашли никакву повезаност између лучења кортизола и статуса.

Чињеница да се резултати ових истраживања разликују може бити последица многобројних фактора. Баум и сарадници [Baum et al. 1999] наводе да проблем може бити у недостатку јасних и кохерентних концептуализација и операционализација. За мерење социоекономског положаја користи се неколико демографских индикатора који се концентришу на занимање, приходе, образовање, итд. Међутим, иако су међусобно повезани, они само делимично представљају околности које се преклапају, а и посредују на различите начине. Ако се као показатељ социоекономског положаја узму приходи домаћинства, реч је о индикатору који наглашава више инструменталне предности, што је другачије него, на пример, степен образовања. Тако, лошије здравље појединаца нижег социоекономског положаја може бити резултат просто немогућности да се приуште услуге или производи који су битни за квалитет здравља [Rahkonen et al. 1997]. Тај механизам се, дакле, разликује од, рецимо, информисаности и свести о питањима битним за здравље, вољом да се понаша у складу са здравим животом итд. Карактеристике које се односе на професије и пословно окружење могу бити јак механизам путем којег социоекономски положај утиче на ниво депресије. Папас и сарадници [Pappas et al. 1993] образовање наводе као индикатор положаја који најбоље објашњава разлике у здрављу.

Још неки од разлога због којих постоје велике варијације у резултатима истраживања могу бити и специјална одабраност и недовољно велики узорци, а у случају истраживања која се фокусирају на лучење кортизола и то што на индивидуалном нивоу постоје велике варијације у лучењу кортизола током дана, које су производ разлика у активности и изложености стимулусима [Dowd & Goldman 2006]. Међутим, уколико се изложеност стресу мери субјективно, ту су такође изражене тешкоће које су иначе повезане са субјективним мерама, видети [Ментус 2017]. Осим наведених, узрок варијација могу бити и стварне разлике између популација, као што је откривено у случају појединих биомаркера. Тако су Мартикаинен и сарадници [Martikainen et al. 2001, према: Dowd & Goldman 2006] открили да је виши професионални статус повезан с нижим нивоима гојазности и вишим *HDL* холестеролом код мушкараца у Енглеској, али у случају мушкараца у Јапану важи супротно.

ИЗЛОЖЕНОСТ СТРЕСУ И КВАЛИТЕТ ЗДРАВЉА

У повезаности између изложености стресу и нарушавања квалитета здравља, како у соматском, тако и у менталном смислу, два биолошка система се сматрају кључним: симпатички нервни систем и хипоталамусно-хипофизно-адренална оса. Лучење адреналина и норадреналина, два главна маркера активирања симпатичког нервног система, повишено је током изложености акутним стресним ситуацијама, а у случају претеране изложености може доћи до слабљења имуног система, хемодинамичких промена, абнормалности срчаних ритмова и до неурохемијског дисбаланса. Друго, примарни маркер активације хипоталамусно-хипофизно-адре-

налне осе, кортизол, повезује се с падом имунитета и растом гојазности, променама крвног притиска, толеранцијом на глукозу, дијабетесом типа 2, преживљавањем рака дојке, когнитивним падом у старости, губитком памћења и ризиком од инфаркта и кардиоваскуларних болести [Cohen, Doyle & Vaum 2006a; Li et al. 2007]. Лечић-Тошевски и сарадници [Lečić-Toševski i dr. 2001] наводе да психички поремећаји узроковани стресом могу бити: акутна реакција на стрес, посттрауматски стресни поремећај, поремећаји прилагођавања и друге неспецификоване реакције на тежак стрес.

Док се на акутни стрес може релативно лако прилагодити, хронична активација хипоталамусно-хипофизно-адреналне осе оштећује спреге које враћају своје хормоне на нормалне нивое.³ Због тога је битан процес алостазе, тј. процес при којем организам појачава, односно утишава поједине виталне функције, као одговор на разне спољашње и унутрашње захтеве, којима се на тај начин прилагођава [Gotovac i dr. 2009]. Уколико се захтеви за одговорима јављају превише интензивно или учестало, постепено долази до тзв. алостатског оптерећења, тј. до исцрпљујућег ефекта по ткива и органе, што организам чини подложнијим болестима, или развија већ постојеће. Иако у ситуацији изненадне опасности стресна реакција, као саставни део алостазе, физиолошким и бихејвиоралним процесима потенцијално омогућава преживљавање, хронични стрес може у великој мери допринети алостатском оптерећењу.

Битно је поменути и понашање повезано са здрављем, као један од механизма путем којег изложеност стресу може утицати на погоршање здравља. Начин исхране, физичка активност или пушење, осим што су у одређеној мери повезани са социоекономским положајем и изложеношћу стресу, у значајној мери обликују квалитет здравља. На пример, већа изложеност стресу без обзира на пол, може бити повезана с већим уношењем масније хране, мањом учесталосту физичких активности и већом потрошњом дувана (мада не нужно и алкохола) [Ng & Jeffery 2003]. Ван Каутер и Шпигл [Van Cauter & Spiegel 1999] наводе да је дужина спавања, која знатно утиче на квалитет здравља, у великој мери зависна од лучења кортизола, што је, опет, зависно од положаја. Пушење, уношење алкохола, прекомерно уношење хране и физичка неактивност облици су задовољстава и релаксације који помажу да се поправи расположење припадника нижих слојева [Rampel et al. 2010]. Иако ови облици понашања могу краткорочно ублажити ефекте стреса, њихове дугорочне последице у том смислу могу бити знатно штетне. Такође је битно поменути да и овде постоји узајамна условљеност – исто као што изложеност стресу одређује понашање у вези са здрављем, ови облици понашања могу одређивати стрес. На пример, пушење путем никотинске зависности може повећати осећај стреса, а физичка активност може довести до неурохемијских промена које смањују депресију и анксиозност и ублажавају осетљивост на стрес уопште [Rampel et al. 2010].

³ Међутим, не само висок ниво кортизола – већ и претерано низак, може бити патоген [Dowd et al. 2009].

ЗАКЉУЧАК

У раду је разматрана улога различитих механизма међусобног утицаја социоекономског положаја, изложености стресу и здравља. Највећи број истраживања указује на позитивну повезаност између социоекономског положаја и квалитета здравља и негативну повезаност између положаја и изложености стресу, као и квалитета здравља и изложености стресу. Резултати истраживања повезаности социоекономског положаја и изложености стресу су у том смислу најмање конзистентни, и то најчешће услед разлика у концептуализацији и операционализацији појмова, специјалне одабраности и недовољне величине узорака и других методолошких питања, као и карактеристика самих изучаваних популација. Осим апсолутног положаја у друштвеној хијерархији, као једне од кључних детерминанти изложености стресу и квалитету здравља уопште, у литератури је присутан и значај релативне позиције у том смислу. Даље, облици понашања битни за квалитет здравља, као што су начин исхране или физичка активност, у великој мери су повезани и са социоекономским положајем и изложеношћу стресу. Којим год механизмима се објашњавао међусобни утицај ових варијабли, закључак који се намеће је да је предност у социоекономском смислу кључна за превенцију и превазилижење стресних ситуација, а самим тим и за квалитет здравља уопште.

ЗАХВАЛНИЦА

Рад је резултат пројеката ОИ 179039 (Структурне друштвене и историјске промене српског друштва у контексту европских интеграција и глобализације) и ОИ 179018 (Идентификација, мерење и развој когнитивних и емоционалних компетенција важних у друштву оријентисаном на европске интеграције) које финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Владе Републике Србије.

ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА

- Ментус, Владимир (2017). Валидност и поузданост субјективних индикатора благостања у социолошким истраживањима – мерење задовољства животом, *Социолошки преглед*, LI, 1: 157–180.
- Adler, Nancy E.; Thomas Boyce, Chesney A. Margaret, Sheldon Cohen, Susan Folkman, Robert L. Kahn & Leonard S. Syme (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient, *The American Psychologist*, 49: 15–24.
- Arnetz, Bengt B.; Sten-Olof Brenner, Lennart Levi, Robert Hjelm, Inga-Lill Petterson, Jerzy Wasserman, Björn Petrini, Peter Eneroth, Anders Kallner, Richard Kvetnansky & Milan Vidas (1991). Neuroendocrine and immunologic effects of unemployment and job insecurity, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55: 76–80.
- Baum, Andrew; J. P. Garofalo & Ann Marie Yali (1999). Socioeconomic status and chronic stress, does stress account for SES effects on health?, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 131–144.
- Brandtstädter, Jochen; Bernhard Baltes-Götz, Clemens Kirschbaum & Dirk Hellhammer (1991). Developmental and personality correlates of adrenocortical activity as indexed

- by salivary cortisol, observations in the age range of 35 to 65 years, *The Journal of Psychosomatic Research*, 35: 173–185.
- Chen, Edith & Gregory E. Miller (2012). “Shift-and-Persist” Strategies, *Perspectives on Psychological Science*, 7(2): 135–158.
- Chen, Edith & Laurel Q. Paterson (2006). Neighborhood, family, and subjective socioeconomic status, how do they relate to adolescent health?, *Journal of Health Psychology*, 25: 704–714.
- Cohen, Sheldon (2004). Social Relationships and Health, *American Psychologist*, 59: 676–684.
- Cohen, Sheldon; William J. Doyle & Andrew Baum (2006a). Socioeconomic status is associated with stress hormones, *Psychosomatic Medicine*, 68: 414–420.
- Cohen, Sheldon; Joseph E. Schwartz, Elissa Epel, Clemens Kirschbaum, Steve Sidney & Teresa Seeman (2006). Socioeconomic status, race, and diurnal cortisol decline in the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study, *Psychosomatic Medicine*, 68: 41–50.
- Dowd, Jennifer, J. & Noreen Goldman (2006). Do biomarkers of stress mediate the relation between socioeconomic status and health?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 633–639.
- Dowd, Jennifer; Amanda Simanek & Allison Aiello (2009). Socio-economic status, cortisol and allostatic load, a review of the literature, *International Journal of Epidemiology*, 38: 1297–1309.
- Duleep, Harriet Orcutt (1995). Mortality and Income Inequality among Economically Developed Countries, *Social Security Bulletin*, 58: 34–50.
- Evans, Gary W. and Pilyoung Kim (2007). Childhood poverty and health, cumulative risk exposure and stress dysregulation, *Psychological Science*, 18: 953–957.
- Geronimus, Arline (2000): To mitigate, resist or undo: addressing structural influences on health, *American Journal of Public Health*, 90: 867–871.
- Gotovac, Katja; Mladen Jergović, Ante Sabioncello, Dragica Kozarić-Kovačić, Dragan Dekaris (2009). Koncept alostatkog opterećenja ili kako pratiti utjecaj kroničnog stresa na zdravlje. U: Dragica Kozarić-Kovačić (ur.) *Stres i zdravlje*, Zbornik sažetaka 4. hrvatskog simpozija o poremećajima uzrokovanim stresom s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava.
- Grzywacz, Joseph G.; David M. Almeida, Shevaun D. Neupert, Susan I. Ettner (2004). Socioeconomic status and health, a microlevel analysis of exposure and vulnerability to daily stressors, *Journal of Health and Social Behavior*, 45: 1–16.
- House, James S.; Ronald C. Kessler, Regula A. Herzog, Richard P. Mero & Martha J. Breslow (1991). Social stratification, age, and health, in: Schaie, K. Warner, Blazer Dan, and James S. House (eds.) *Aging, health behaviors, and health outcomes*. Hillsdale: Erlbaum.
- Kessler, Ronald C. (1979). Stress, Social Status, and Psychological Distress, *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 259–272.
- Kunz-Ebrecht, Sabine R.; Clemens Kirschbaum & Andrew Steptoe (2004). Work stress, socioeconomic status and neuroendocrine activation over the working day, *Social Science and Medicine*, 58: 1523–1530.
- Lantz, Paula M.; James S. House, Richard P. Mero & David R. Williams (2005). Stress, Life Events, and Socioeconomic Disparities in Health, Results from the Americans’ Changing Lives Study, *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 274–288.
- Lečić-Toševski, Dušica; Saveta Draganić-Gajić, Olivera Vuković i Jelena Stepanović (2001). Stres i telesne bolesti, *Psihijatrija danas*, 33: 149–173.
- Li, Leah; Chris Power, Shona Kelly, Clemens Kirschbaum & Clyde Hertzman (2007). Life-time socio-economic position and cortisol patterns in mid-life, *Psychoneuroendocrinology*, 32: 824–833.
- Lupien, Sonia J.; Suzanne King, Michael J. Meaney & Bruce S. McEwen (2000). Child’s stress hormone levels correlate with mother’s socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry*, 48: 976–980.

- Lupien, Sonia J.; Suzanne King, Michael J. Meaney and Bruce S. McEwen (2001). Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status, *Developmental psychopathology*, 13: 653–676.
- Lynch, John; Smith Davey, George, Sam Harper, Marianne Hillemeier, Nancy Ross, George A. Kaplan & Michael Wolfson (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1, a Systematic Review, *Millbank Quarterly*, 82: 5–99.
- Lynch, John, Davey Smith, George, Hillemeier, Marianne, Shaw, Mary, Raghunathan, Trivellore, & Kaplan, George (2001). Income Inequality, the Psychosocial Environment, and Health, Comparisons of Wealthy Nations, *Lancet*, 358, 194–200.
- Marmot, Michael (2004). Tackling Health Inequalities Since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 262–263.
- Marmot, Michael (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. London: University College 7.
- Martikainen, Pekka; Masao Ishizaki, Michael Marmot, Hideaki Nakagawa & Sadanobu Kagamimori (2001). Socioeconomic differences in behavioural and biological risk factors: a comparison of a Japanese and an English cohort of employed men, *International Journal of Epidemiology*, 30: 833–838.
- McIsaac, Sandra J. & Richard Gerald Wilkinson (1997). Income Distribution and Cause-Specific Mortality, *European Journal of Public Health*, 7: 45–53.
- Miller, Gregory; Edith Chen & Eric Zhou (2007). If it Goes Up, Must it Come Down? Chronic Stress and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis in Humans, *Psychological Bulletin*, 133: 25–45.
- Ng, Debbie M. & Robert W. Jeffery (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*, 22: 638–642.
- Oakes, Michael & Jay Kaufman (2017). *Methods in social epidemiology*. Jossey-Bass A Wiley Brand: San Francisco.
- Opalić, Petar (2007). Stres, u: Aljoša Mimica i Marija Bogdanović (prir.): *Sociološki rečnik*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Pampel, Fred C.; Patrick M. Krueger & Justin T. Denney (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors, *The Annual Review of Sociology*, 36: 349–370.
- Pappas, Gregory; Susan Queen, Wilbur Hadden & Gail Fisher (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, *New England Journal of Medicine*, 329: 103–109.
- Pearlin, Leonard (1989). The Sociological Study of Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 241–256.
- Rahkonen, Ossi; Eero Lahelma and Minna Huuhka (1997). Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health, *Social Science & Medicine*, 44: 327–336.
- Rosmond, Roland & Per Björntorp (2000). Occupational status, cortisol secretory pattern, and visceral obesity in middle-aged men, *Obesity*, 8: 445–450.
- Saunders, Peter (2010). *Beware False Prophets, Equality, the Good Society and the Spirit Level*. Policy Exchange: London.
- Stronks, Karien (1997). *Socio-Economic Inequalities in Health, Individual Choice or Social Circumstances?*. Erasmus University: Rotterdam.
- Thoits, Peggy (1995). Stress, coping, and social support processes, Where are we? What next?, *Journal of Health and Social Behaviour*, Extra Issue, 53–79.
- Van Cauter, Eve & Karine Spiegel (1999). Sleep as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health, a hypothesis, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 254–261.
- Wagstaff, Adam & Eddy Doorslaer (2000). Income Inequality and Health, What does the Literature Tell Us?, *Annual Review of Public Health*, 21: 543–567.
- Wilkinson, Richard (1992). Income distribution and life expectancy, *British Medical Journal*, 304: 165–168.
- Wilkinson, Richard (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Routledge: London.

- Wilkinson, Richard & Kate Pickett (2010). *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. Allen Lane: London.
- Wright, Caroline E. & Andrew Steptoe (2005). Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population, *Psychoneuroendocrinology*, 30: 582–590.
- Zotović, Marija (2002). Stres i posledice stresa: prikaz transakcionističkog teorijskog modela, *Psihologija*, 35(1–2): 3–23.

ORIGINAL SCIENTIFIC PAPER

STRESS EXPOSURE AS A MECHANISM OF THE IMPACT OF
SOCIO-ECONOMIC STATUS ON HEALTH QUALITY

by

VLADIMIR MENTUS
Institute of Social Sciences
Centre for Sociological and Anthropological Research
Kraljice Natalije 45, Belgrade, Serbia
vmentus@idn.org.rs

TATJANA MENTUS
University of Belgrade
Faculty of Special Education and Rehabilitation
Visokog Stevana 2, Belgrade, Serbia
mentust@gmail.com

SUMMARY: The subject of this paper is stress exposure as one of the mechanisms through which the socioeconomic status may affect the health. First of all, the nature of the relationship between the socioeconomic status and the health quality, as well as possible mechanisms of relationship between them in general are presented. Then, an overview of the relationship between socioeconomic status and stress exposure is provided, as well as previous research results in this field. Finally, mechanisms by which stress exposure may affect health quality are presented. The largest number of studies indicates a positive correlation between socioeconomic position and health quality and a negative correlation between status and stress exposure, as well as health quality and stress exposure. The results regarding the relationship between socioeconomic status and stress exposure are in this respect the least consistent, mostly due to differences in the conceptualizations and operationalizations, poor representativeness of samples, and other methodological issues, as well as the characteristics of the examined populations themselves. Further, behaviors relevant to health quality, such as diet or physical activity, are to a great extent related to socioeconomic status and stress exposure. Whatever the mechanisms by which the interaction between these variables is explained may be, the socioeconomic status is probably the key for prevention and overcoming stressful situations, and thus, for health in general.

KEYWORDS: socioeconomic status, health, stress, differential exposure hypothesis, differential vulnerability hypothesis, status anxiety