

# I.1 ZDRAVSTVENO STANJE STAREJŠIH OSEB: PRIMERJAVA SAMOOCENE ZDRAVSTVENEGA STANJA IN OBJEKTIVNIH KAZALNIKOV

**Andrej Srakar,**

Inštitut za ekonomska raziskovanja

I./27

## **Ključne ugotovitve:**

- Kazalniki zdravja kažejo, da Slovenija ne odstopa bistveno od povprečja SHARE, z izjemo obolevanja za artritisom, kjer smo precej bolj zdravi.
- Indeks zdravja po državah SHARE je pokazal, da so najboljše Danska, Švica in Poljska, Slovenija je v zgornjem delu lestvice.
- Najbolj optimistični pri izražanju zdravja so Skandinavci, najbolj pesimistični pa v vzhodnoevropskih državah in Nemčiji, tudi Slovenija sodi med nekoliko bolj pesimistične države.
- Za Slovenijo so posebej pomembne ugotovitve glede neenakosti v zdravju, ki kažejo, da po sami pogostosti bolezenskih znakov ne odstopamo od zahodnoevropskih držav, problemi pa lahko nastopijo glede njihovega vpliva na celotno zdravstveno stanje.

## **1. Uvod**

O razmerju med dejanskim in samoizraženim zdravjem je bilo doslej že veliko napisano, posebej v zadnjih letih, ko se mere samoizraženega zdravja (angl. *self-rated health*, SRH) vedno pogosteje uporabljajo pri vrednotenju javnega zdravja (glej npr. Wu idr., 2013; Benjamins idr., 2004; Idler in Angel, 1990; Goldberg idr., 2001; Shibuya idr., 2002; Lindström, 2009; Mansyur idr., 2008). Kot opozarjajo Wu in sodelavci, med samoizraženim in dejanskim zdravjem ni enostavnega in enoznačnega odnosa (Wu idr., 2013). Nekatere študije poročajo, da starejši ljudje dojemajo svoje zdravje v pozitivnem smislu in ga največkrat precenjujejo (Maddox, 1962; Ferraro, 1980; Cockerham idr., 1983), medtem ko so druge študije pokazale, da starejši ljudje svoje zdravje ocenjujejo slabše kot drugi s podobnimi objektivnimi okoliščinami zdravstvenega varstva (Ferraro, 1980; Mitrushina in Satz, 1991; Fillenbaum, 1979). Še vedno je nejasno, do katere mere je samoizraženo zdravje skladno z objektivnimi dejavniki zdravja, in ali je merjenje SRH lahko splošno sprejeta mera zdravstvenega stanja v širši populaciji. Zato je, kot pišejo Wu in sodelavci, ocenjevanje razmerja med SRH in objektivnim zdravstvenim stanjem pomembno za to, da se določi, ali lahko SRH služi kot indikator objektivnega zdravstvenega stanja (Wu idr., 2013).

V našem prispevku bomo uporabili postopek, ki ga je pri ocenjevanju razmerja med samoizraženim in dejanskim zdravjem pri starejših uporabil nemški ekonomist in eden tvorcev projekta SHARE Hendrik Jürges. V raziskavi SHARE obstajajo tako vprašanja, ki vrednotijo samoizraženo zdravje (po evropski in ameriški različici) kot tudi številni dejanski pokazatelji zdravstvenega stanja: prisotnost različnih oblik bolezni, kazalniki duševnega zdravja, indeks telesne mase in fizični testi (v četrtem valu SHARE so se na nemškem vzorcu pojavili tudi t. i. biomarkerji – telesna višina, obseg pasu, krvni pritisk in vzorci posušenih kapljic krvi; vključevanje biomarkerjev naj bi bilo precej razširjeno v naslednjih valovih raziskave). Jürges (2005) je na osnovi vpogleda v podatke prvega vala SHARE in primerjalnih študij pokazal, da obstajajo precejšnje nekonsistentnosti med izraženim in dejanskim zdravjem, predvsem starejši v skandinavskih državah (Danska in Švedska) so mnenja, da so precej boljšega zdravja, kot so dejansko. Na drugi strani je pokazal, da so države mediteranskega bazena (Italija, Španija, Grčija) nagnjene k večjemu pesimizmu glede izražanja mnenja o lastnem zdravstvenem stanju.

Jürgesov postopek bomo uporabili na razširjeni podatkovni bazi SHARE s podatki za četrti val raziskave, ki vključujejo 16 evropskih držav: Švedsko, Dansko, Nizozemsko, Avstrijo, Belgijo, Francijo, Nemčijo, Italijo, Portugalsko, Španijo, Češko, Estonijo, Madžarsko, Poljsko, Švico in Slovenijo. Naš prispevek bo sestavljen tako: v drugem razdelku bomo predstavili podatke in uporabljene metode. Predstavili bomo tudi nekaj osnovnih kazalcev zdravstvenega stanja za vse države SHARE. V tretjem razdelku bomo izračunali indeks zdravja in ugotovili, katere države so pri izražanju zdravja preveč optimistične in katere preveč pesimistične. V četrtem razdelku bomo pogledali še, od kod izvirajo neenakosti med državami pri izražanju zdravja, in nato v zaključku predstavili nekaj sklepnih razmišljanj.

## 2. Podatki in metoda

V analizi bomo uporabili naslednji sklop osnovnih spremenljivk, ki se nahajajo v bazi podatkov četrtega vala raziskave SHARE:

- sphus – samoizraženo zdravje po ameriški lestvici (1 – Odlično; 2 – Zelo dobro; 3 – Dobro; 4 – Zadovoljivo; 5 – Slabo);
- ph006d1 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Srčni napad, vključno z miokardičnim infarktom ali vensko trombozo ali kakšnim drugim problemom s srcem, vključno z odpovedjo srca zaradi zamašitve žil (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d2 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Visok krvni pritisk ali hipertenzija (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d3 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Visok holesterol v krvi (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d4 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Kap ali bolezen možganskega ožilja (0 – Ne, 1 – Da);

- ph006d5 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Diabetes ali visok sladkor v krvi (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d6 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Kronična pljučna bolezen, kot je kronični bronhitis ali emfizem (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d8 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Artritis, vključno s kostnim artritisom ali revmatizmom (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d10 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Rak ali maligni tumor, vključno z levkemijo ali limfomom, toda brez manjših kožnih rakov (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d11 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Razjeda na želodcu ali dvanajstniku, razjedo na požiralniku (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d12 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Parkinsonova bolezen (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d13 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Očesna mrena (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006d14 – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Zlom kolka ali stegnenice (0 – Ne, 1 – Da);
- ph006other – Ali vam je zdravnik kdaj diagnosticiral: Druge bolezni (0 – Ne, 1 – Da);
- mh020\_ – Ali ste se pri družinskem zdravniku ali psihiatru [kdaj] zdravili zaradi depresije? (0 – Ne, 1 – Da);
- bmi2 – Indeks telesne mase (pod 18,5 – podhranjeni; od 18,5 do 24,9 – normalni; od 25 do 29,9 – prekomerno hranjeni; 30 in več – debeli);
- gsbotten – Največja moč stiska roke, prekodirana v tercile; spremenljivka gsbotten ima vrednost 1 za vse tiste v spodnjem tercilu in 0 za vse ostale.

Spremenljivko bmi2 smo prekodirali v tri neprave (angl. *dummy*) spremenljivke: prvo bmi2under, ki ima vrednost 1 za tiste, ki sodijo v kategorijo podhranjenih, in 0 za tiste, ki ne; drugo bmi2over, ki ima vrednost 1 za tiste, ki sodijo v kategorijo prekomerno hranjenih, in 0 za tiste, ki ne; ter tretjo bmi2obes, ki ima vrednost 1 za tiste, ki sodijo v kategorijo debelih, in 0 za tiste, ki ne; četrto kategorijo (normalni) smo izpustili zaradi multikolinearnosti.

Osnovne značilnosti spremenljivk po državah so vidne iz tabele 1. Med bolezenskimi simptomi so najpogostejši d2 (visok krvni pritisk ali hipertenzija) s 40 %, d3 (visok holesterol) s 23 % in d8 (artritis) s 25 %. Vprašanci SHARE so se zelo pogosto zdravili tudi zaradi depresije (12 %), največ pa jih je v kategoriji prekomerno hranjenih: 41 %. Zelo redki so v splošnem bolezenski simptomi d12 (Parkinsonova bolezen) z 1 %, d14 (zlom kolka ali stegnenice) z 2 % in d4 (kap ali bolezen možganskega ožilja) s 4 %.

Podobni so tudi rezultati za Slovenijo, kjer odstopa predvsem spremenljivka d8 (artritis), ki je v Sloveniji prisotna precej manj kot v povprečju držav SHARE, nekoliko manj je tudi tistih, ki so se zdravili zaradi depresije, nekoliko večji kot v povprečju držav SHARE pa je delež prekomerno hranjenih.

**TABELA 1: OSNOVNI PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU PO DRŽAVAH SHARE, V ODSOTKIH PRISOTNOSTI POSAMEZNEGA BOLEZENSKEGA ZNAKA**

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

I./30

	ph006d1	ph006d2	ph006d3	ph006d4	ph006d5	ph006d6	ph006d8	ph006d10	ph006d11	ph006d12
Švedska	17	38	18	4	11	5	13	4	1	1
Danska	8	34	23	3	8	8	26	3	2	1
Nizozem.	11	29	18	4	11	7	10	5	2	0
Avstrija	12	36	21	5	11	6	15	6	5	1
Belgija	11	34	32	4	11	6	29	6	8	1
Francija	13	32	26	3	11	7	30	6	4	1
Nemčija	10	46	22	4	15	9	17	7	3	1
Italija	10	41	22	3	13	7	35	4	4	1
Portugal.	11	43	38	5	19	6	29	6	8	1
Španija	13	39	30	3	18	7	33	4	4	1
Češka	15	49	23	5	17	7	19	5	7	1
Estonija	24	49	20	7	12	9	28	7	12	1
Madžar.	21	54	21	8	17	8	40	5	9	1
Poljska	17	44	23	4	14	6	33	3	4	1
Švica	7	30	16	2	7	4	20	6	2	0
Slovenija	14	41	21	4	11	6	10	6	8	0
SKUPNO	14	40	23	4	13	7	25	5	6	1

	ph006d13	ph006d14	ph006dot	mh020	bmiunder	bmiover	bmiobese	gsbotter
Švedska	10	3	19	6	1	43	16	31
Danska	7	1	16	9	1	39	18	25
Nizozem.	6	1	18	9	1	43	15	27
Avstrija	9	3	15	12	1	41	19	32
Belgija	8	3	14	19	2	38	20	31
Francija	9	3	13	17	2	39	19	39
Nemčija	11	2	18	7	0	48	9	29
Italija	6	2	13	8	1	43	17	36
Portugal.	9	3	17	23	1	43	22	47
Španija	10	3	21	15	1	45	21	50
Češka	9	2	16	10	1	44	27	30
Estonija	11	3	13	10	1	40	29	37
Madžar.	6	4	17	13	1	40	29	39
Poljska	6	1	19	5	0	44	17	33
Švica	9	1	14	12	2	38	14	30
Slovenija	8	3	15	9	1	45	24	33
SKUPNO	9	2	15	12	1	41	23	34

Metodološko bomo uporabili regresijske modele z omejenimi odvisnimi spremenljivkami, in sicer ordinalno probit regresijo. Pri izračunu neenakosti v zdravju bomo uporabili znano Oaxaca-Blinder dekompozicijo (glej npr. Blinder, 1973; Oaxaca, 1973).

### 3. Rezultati

Indeks zdravja smo izračunali po postopku Hendrika Jürgesa (2005). Najprej smo izračunali rezultate ordinalne probit regresije spremenljivke samoizraženega zdravja v odvisnosti od dejanskih pokazateljev zdravstvenega stanja (vse zgoraj navedene spremenljivke z izjemo *sphus*). Rezultate regresije smo uporabili za izračun uteži, ki smo jih uporabili pri končnem izračunu indeksa zdravja.<sup>1</sup> Uteži zdravstvenih nezmožnosti smo izračunali tako, da smo delili vrednosti koeficientov pri neodvisnih spremenljivkah v ordinalni probit regresiji z razliko med največjo in najmanjšo napovedano vrednostjo spremenljivke *sphus* s pomočjo linearne napovedi. Rezultati izračunov so prikazani v spodnji tabeli. Vsi koeficienti so značilni pri stopnji zaupanja 99 %.

**TABELA 2: REZULTATI ORDINALNEGA PROBIT REGRESIJSKEGA MODELA**

SPREMENLJIVKA	KOEFICIENT	ST. NAPAKA	Z	P > Z	UTEŽ NEZMOŽNOSTI
Srčni napad	0,69	0,02	37,19	0,00	0,14
Visok pritisk	0,36	0,01	27,12	0,00	0,07
Visok holesterol	0,04	0,01	2,97	0,00	0,01
Kap	0,59	0,03	18,23	0,00	0,12
Diabetes	0,47	0,02	24,08	0,00	0,10
Kron. pljuč. bol.	0,58	0,03	22,30	0,00	0,12
Artritis	0,54	0,02	35,55	0,00	0,11
Rak/maligni tumor	0,48	0,03	18,15	0,00	0,10
Razjeda na želodcu	0,40	0,02	16,41	0,00	0,08
Parkinson. bol.	0,92	0,09	10,36	0,00	0,19
Očesna mrena	0,09	0,02	4,07	0,00	0,02
Zlom kolka/stegnenice	0,49	0,04	12,42	0,00	0,10
Drugo	0,50	0,02	28,97	0,00	0,10
Depresija	0,14	0,02	8,03	0,00	0,03
Podhranjeni	0,19	0,06	3,24	0,00	0,04
Preveč hranjeni	0,12	0,01	8,75	0,00	0,02
Debeli	0,32	0,02	18,60	0,00	0,06
Stisk rok	0,34	0,01	25,44	0,00	0,07

Naš (oz. Jürgesov) indeks zdravja smo sedaj izračunali tako, da smo za vsakega vprašanega izračunali vrednosti linearne napovedi, kjer so koeficienti pri spremenljivkah enaki utežem zdravstvenih nezmožnosti. Vrednosti takšne linearne napovedi se gibljejo med 0 in 1, kjer večja vrednost pomeni večje zdravstvene

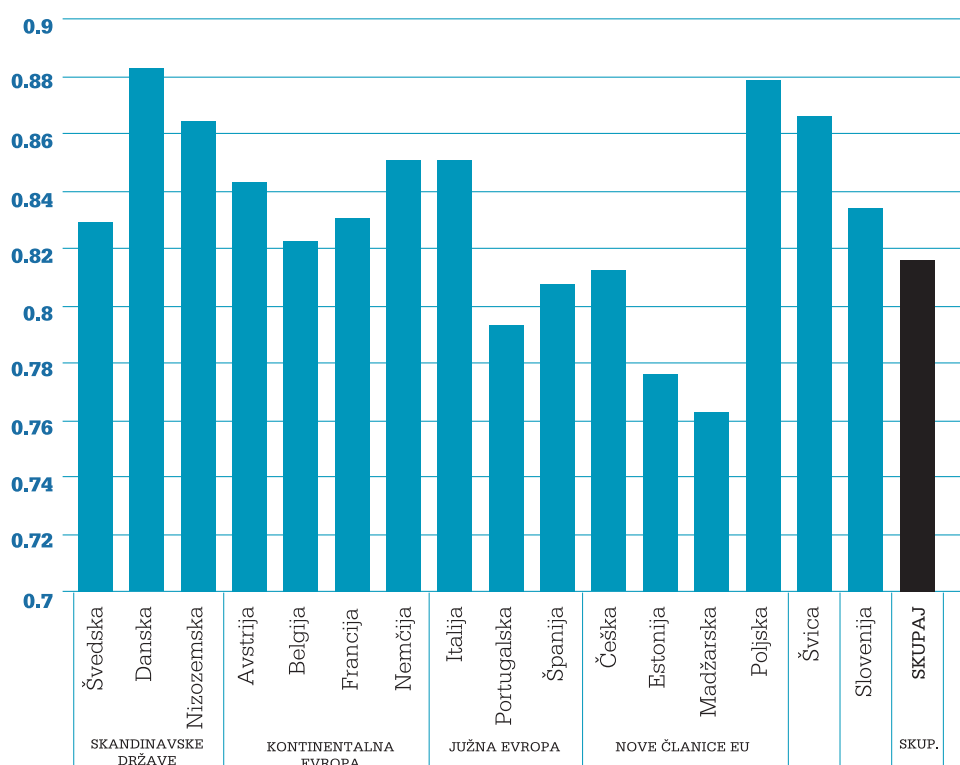
<sup>1</sup> Kot omenja tudi Jürges, se samoizraženo zdravje v analizi pojavlja v dvojni vlogi: najprej pri izračunu uteži in s tem zdravstvenega indeksa ter nato še v vlogi primerjav za uravnoteženje anomalij pri samoizražanju zdravstvenega stanja. Kot piše Jürges, sta oba koraka neodvisna drug od drugega, še več, čisto tehnično gledano, bi lahko uteži (in s tem indeks) konstruirali tudi brez regresijske analize; kot še piše Jürges, bi ustrezale tudi poljubno izbrane uteži.

nezmožnosti. Da bi dobili indeks zdravja, kjer morajo večje vrednosti odražati boljše objektivno zdravstveno stanje, smo dobljene vrednosti odšteli od 1.

Povprečja za tako izračunani indeks po državah so prikazana spodaj. Najboljši indeks objektivnega zdravja imajo Danci, Švicarji in Poljaki, sledijo Nizozemci, Nemci in Italijani. Slovenci se uvrščamo za tem in smo v zgornjem delu povprečja držav SHARE. Najslabše vrednosti imajo Madžari, Estonci, Čehi, Portugalci in Španci, torej predvsem države vzhodne Evrope in Mediterana.

**SLIKA 1: POVPREČJA INDEKSA ZDRAVJA PO DRŽAVAH SHARE**

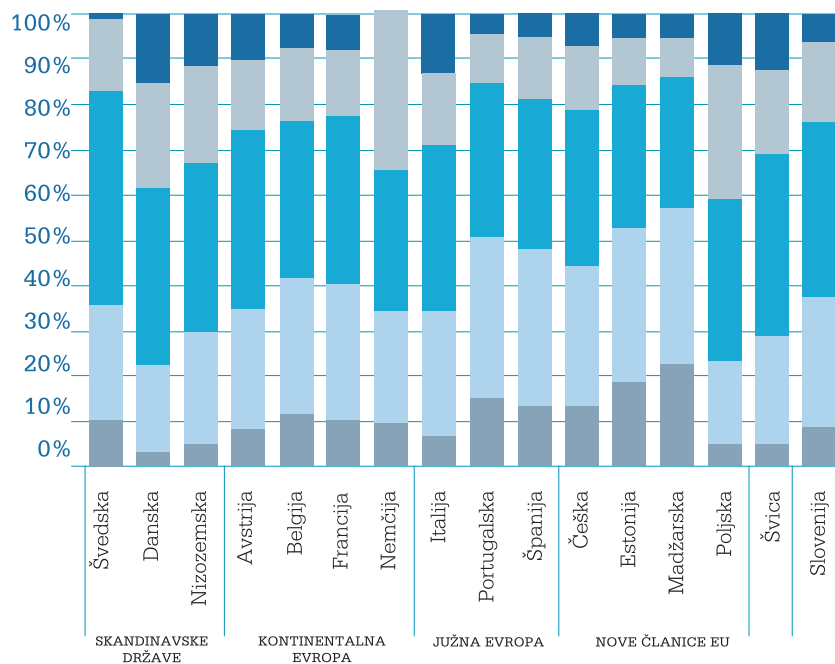
Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



Na osnovi statistične porazdelitve indeksa zdravja po državah in novoizračunanih točk preloma med vrednostmi samoizraženega zdravja (na osnovi primerjave izračunanega indeksa in prvotne porazdelitve samoizraženega zdravja) smo oblikovali popravljeno porazdelitev odgovorov na vprašanje o samoizraženem zdravju. Na prvem mestu po deležu vrednosti odlično in zelo dobro so Danska, Švica, Poljska (ki ohranjajo svoje mesto) ter Nemčija, ki je z izravnavo precej pridobila. Še naprej so na zadnjih mestih Madžarska, Estonija, Češka, Portugalska in Španija, zelo nizko je tu uvrščena Švedska.

## SLIKA 2: POPRAVLJENA SAMOOCENA ZDRAVJA PO DRŽAVAH SHARE

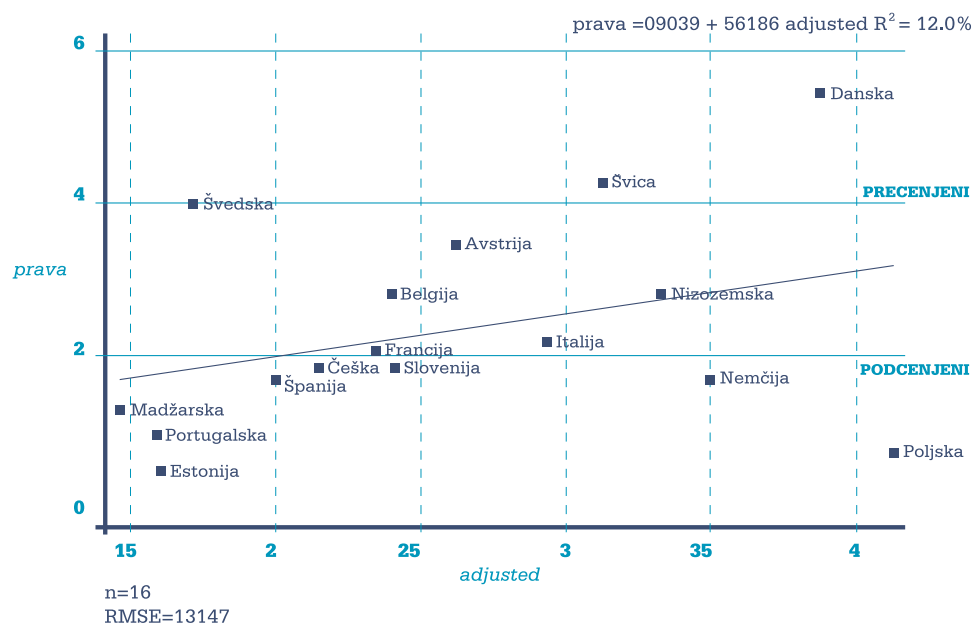
Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



Razmerje med prvotnim in popravljenim samoizraženim zdravjem je vidno iz slike 3. Države, ki se nahajajo pod regresijsko premico, imajo relativno gledano boljšo popravljen (angl. *adjusted*) samooceno zdravja, ravno obratno pa velja za države nad regresijsko premico. Podobno kot je ugotavljal že Jürges, so države, ki so bolj optimistične pri izražanju zdravja, skandinavske države, enako velja tudi za Švico, Avstrijo in Belgijo. Največji »pesimizem« pri izražanju zdravja pa je viden pri Poljski (ki ima malce nepričakovano odličen »dejanski« indeks zdravja) in Nemčiji (v skladu s tem, kar je ugotavljal že Jürges). Slovenija se nahaja blizu povprečja, vendar nekoliko močnejše v smeri pesimističnih držav pri izražanju zdravja.

## SLIKA 3: PRECENJENE IN PODCENJENE DRŽAVE PO ZDRAVJU GLEDE NA RAZMERJE MED IZVORNO IN POPRAVLJENO SAMOOCENO ZDRAVJA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



Metodološko zadnje, kar smo naredili, je še Oaxaca-Blinder dekompozicija neenakosti med državami. Dekompozicija nam pokaže, kolikšen delež odstopanja neke države glede ocene zdravja je posledica same vrednosti spremenljivk (zdravstvenega stanja), jakosti njihovega vpliva v regresiji (pomena za skupno zdravje) in interakcije obeh vplivov. Iz tabele 3 torej vidimo, da imajo skandinavske države (Švedska in Danska), države kontinentalne Evrope (Nizozemska, Avstrija, Belgija, Švica) in še nekatere (Italija, Španija) šibkejšo jakost vpliva na oceno zdravja, ravno obratno pa je pri vseh vzhodnoevropskih državah, vključujoč Slovenijo. Slednja pa je po učinku vrednosti spremenljivk (zdravstvenega stanja) ponovno bliže kontinentalnim in skandinavskim državam, kjer ta učinek povzroča manjšo neenakost glede zdravja. Zlasti Portugalska, Estonija, Češka in Madžarska prednjačijo pri odstopanju navzgor glede neenakosti zdravja in imajo oba navedena učinka močno pozitivna, pri Estoniji in Madžarski je pozitivna in značilna tudi interakcija obeh.

**TABELA 3: OAXACA-BLINDER DEKOMPOZICIJA NEENAKOSTI MED DRŽAVAMI GLEDE ZDRAVSTVENEGA STANJA**

Opomba: Statistična značilnost, \* – 10 %; \*\* – 5 %; \*\*\* – 1 %

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	UČINEK VREDNOSTI SPREMENLJIVK	UČINEK JAKOSTI VPLIVA SPREMENLJIVK NA OCENO ZDRAVJA	INTERAKCIJA
Švedska	-0,0047	-0,2889***	-0,0054
Danska	-0,1489***	-0,3441***	0,0742***
Nizozemska	-0,0789***	-0,0464***	0,0229**
Avstrija	-0,0457***	-0,1353***	0,0147***
Belgija	0,0036	-0,0957***	-0,0101**
Francija	-0,0154***	0,0169**	-0,0009
Nemčija	0,1682	-0,0333	-0,2020
Italija	-0,0489***	-0,0260**	0,0125**
Portugalska	0,0236***	0,0996***	0,0077
Španija	0,0199***	-0,0301***	-0,0053
Češka	0,0071**	0,0268***	-0,0013
Estonija	0,0149***	0,1667***	0,0336***
Madžarska	0,0449***	0,0419***	0,0209***
Poljska	-0,0377	0,2738***	-0,0324
Švica	-0,0875***	-0,1841***	0,0310***
Slovenija	-0,0163***	0,0497***	-0,0035



#### 4. Zaključek

Na kratko ponovimo glavne ugotovitve prispevka:

- Kazalniki zdravja kažejo, da Slovenija ne odstopa bistveno od povprečja SHARE, z izjemo obolevanja za artritisom, kjer smo precej bolj zdravi.
- Indeks zdravja po državah SHARE je pokazal, da so najboljše Danska, Švica in Poljska, Slovenija je v zgornjem delu lestvice.
- Najbolj optimistični pri izražanju zdravja so Skandinavci, najbolj pesimistični pa v vzhodnoevropskih državah in Nemčiji, tudi Slovenija sodi med nekoliko bolj pesimistične države.
- Neenakosti v zdravju so najmočnejše prisotne v vzhodnoevropskih državah, Slovenija ima močnejše izraženo neenakost glede vpliva posameznih zdravstvenih kazalnikov na skupno sliko, manj pa je izražena neenakost glede samih vrednosti spremenljivk.
- Za Slovenijo so posebej pomembne ugotovitve glede neenakosti v zdravju, ki kažejo, da po sami pogostosti bolezenskih znakov ne odstopamo od zahodnoevropskih držav, problemi pa lahko nastopijo glede njihovega vpliva na celotno zdravstveno stanje.

Odpira se več možnosti nadaljnjega dela. Najprej, podatki SHARE omogočajo tudi analizo po regijah, tako bi za Slovenijo lahko vključili 12 regij klasifikacije NUTS-3 in preverili, ali so med regijami odstopanja glede zdravja. Tako je sicer deloma storil že Srakar (2014) in uspel potrditi nekatere stereotipne predstave o prebivalcih slovenskih regij – Gorenjci, Primorci in Dolenjci izražajo nekoliko predobro zdravje, Štajerci, Prekmurci in Korošci pa nekoliko preslabo. V nadaljnjem raziskovanju bi bilo zanimivo podrobneje raziskati tudi odnos med samoizraženim in dejanskim zdravjem v vzročnem smislu. Seveda je jasno, da boljše dejansko zdravje praviloma vpliva tudi na višje samoizraženo zdravje, nepojasnjeno pa ostaja, ali tudi samoizraženo zdravje kot psihični dejavnik pozitivno vpliva na dejansko zdravje. Baza SHARE ponuja vrsto spremenljivk, ki bi lahko služile kot izhodišče pri oblikovanju instrumentalnih spremenljivk, s katerimi bi ta odnos lahko pojasnili, zato verjamemo, da tudi to vprašanje ne bo dolgo ostalo nepojasnjeno.

## Literatura

- Benjamins, M.R., Hummer, R.A., Eberstein, I.W., Nam, C.B. (2004): »Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality«. *Soc Sci Med* 2004, 59:1297–1306
- Blinder, A. S. (1973): »Wage discrimination: Reduced form and structural estimates«. *Journal of Human Resources* 8: 436–455.
- Cockerham, W., Sharp, K., Wilcox, J. (1983): »Aging and perceived health status«. *J Gerontol* 1983, 38: 349–355.
- Ferraro, K. (1980): »Self-ratings of health among the old and old-old«. *J Health Soc Behav* 1980, 21: 377–383.
- Fillenbaum, G.G. (1979): »Social context and self-assessments of health among the elderly«. *J Health Soc Behav* 1979, 20: 45–51.
- Goldberg, P., Gueguen, A., Schmaus, A., Nakache, J.P., Goldberg, M. (2001): »Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort«. *J Epidemiol Community Health* 2001, 55: 233–238.
- Idler, E.L., Angel, R.J. (1990): »Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study«. *Am J Public Health* 1990, 80: 446–452.
- Jürges, H. (2005): *True Health vs. Response Styles: Exploring Cross-country Differences in Self-reported Health*, Discussion Paper, DIW Berlin, 2005
- Lindström, M. (2009): »Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study«. *Health Policy* 2009, 93:172–179.
- Maddox, G. (1962): »Some correlates of differences in self-assessment of health status among the elderly«. *J Gerontol* 1962, 17:180–185
- Mansyur, C., Amick, B.C., Harrist, R.B., Franzini, L. (2008): »Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries«. *Soc Sci Med* 2008, 66: 43–56.
- Mitrushina, M.N., Satz, P. (1991): »Correlates of self-rated health in the elderly«. *Aging* 1991, 3: 73–77.
- Oaxaca, R. (1973): »Male–female wage differentials in urban labor markets«. *International Economic Review* 14: 693–709.
- Shibuya, K., Hashimoto, H., Yano, E. (2002): »Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample«. *BMJ* 2002, 324: 16–19.
- Srakar, A. (2014): *Grčavi Gorenjci, sentimentalni Korošci in vedri Dolenjci? SHARE raziskava in samopercepcija zdravja pri Slovencih*. Neobjavljeno gradivo Inštituta za ekonomska raziskovanja.
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., He, J. (2013): »The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study«. *BMC Public Health* 2013, 13: 320