

I.7 KAJENJE TOBAKA MED PREBIVALCI SLOVENIJE, STARIMI 50 LET IN VEČ

Helena Koprivnikar,

Nacionalni inštitut za javno zdravje

I./94

Ključne ugotovitve:

- V Sloveniji kadi približno vsak sedmi prebivalec, star 50 let ali več (14,4 %).
- Delež kadilcev se med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, razlikuje glede na spol, starost in izobrazbo.
- Prebivalci Slovenije, stari 50 let in več, kadijo v manjšem deležu kot splošna populacija in so v zgodnejših fazah epidemije kajenja.
- Med državami, ki so sodelovale v raziskavi (številne evropske države in Izrael), se Slovenija uvršča med tiste z nižjimi deleži kadilcev.
- Pomembno je, da tudi v tej starostni skupini spodbujamo opuščanje kajenja, saj to v katerikoli starosti ugodno vpliva na zdravje, zmanjša umrljivost in izboljša preživetje.

1. Uvod

V svetu je med dejavniki tveganja raba tobaka najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti (World Health Organization, 2011: 8). Zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umre približno polovica kadilcev, ki v povprečju izgubijo več kot 10 let življenja (Jha, 2013: 341; Doll, 2004: 6). Tudi v Sloveniji je tobak med dejavniki tveganja najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti (World Health Organization, 2005: 116). Vsako leto zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umre skoraj 3600 prebivalcev Slovenije ali 10 vsak dan, četrtnina jih umre pred 60. letom starosti. Najpogostejši vzrok smrti so rakava obolenja, bolezni srca in ožilja ter bolezni dihal (World Health Organization, 2012: 321–22). Kadi vsak peti Slovenec, star od 25 do 74 let, delež kadilcev pa se razlikuje glede na spol, starost in socialno-ekonomski položaj (Koprivnikar, 2014: 55–60).

Kajenje škoduje tako rekoč vsakemu organu v telesu in škodljivo vpliva na zdravje skozi celotno življenje. Vzročno je povezano s številnimi vrstami raka (pljučni rak in rak dihalnih poti, rak ustne votline, glasilk, žrela, obnosnih votlin, nosne votline, požiralnika, želodca, debelega črevesa in danke, trebušne slinavke, jeter, ledvic, sečnega mehurja, sečevodov, materničnega vratu, jajčnikov ter levkemija), boleznimi dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen, astma, pogostejši kašelj, povečano izločanje sluzi in oteženo dihanje, pogostejše in resnejše okužbe dihal, vključno s pljučnico, prezgodnji in pospešen upad pljučnih funkcij), boleznimi srca in ožilja (koronarna srčna bolezen in srčni

infarkt, možganska kap, ateroskleroza, bolezensko razširjenje trebušne aorte) ter drugimi boleznimi in zdravstvenimi težavami, kot so sladkorna bolezen, spremembe imunskega sistema, motnje erekcije, revmatoidni artritis, slepota, očesne mrežnice, starostna degeneracija rumene pege, nizka kostna gostota pri ženskah, zlomi kolka, parodontalna bolezen (vnetje obzobnih tkiv) in splošno poslabšano zdravstveno stanje. Resne in nevarne posledice za zdravje, podobne škodljivim učinkom kajenja pri kadilcih, se lahko pojavijo tudi po dolgotrajni izpostavljenosti tobačnemu dimu (U.S. Department of Health and Human Services, 2014: 1–903).

Kajenje in s kajenjem povezane bolezni so tudi pomemben vzrok socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju (Stringhini, 2011: e10000419; David, 2010: 199–218; Van der Heyden, 2009: 322–30; Mackenbach, 2008: 2468–81; Mackenbach, 2006: 1–46), ki so posledica tega, da se deleži kadilcev razlikujejo glede na socialno-ekonomski položaj (David, 2010: 199–218; Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005a: 106–13; Huisman, 2005b: 756–64; Kunst, 2004: 1–83; Schaap, 2009: 103–9). Ključni kazalniki socialno-ekonomskega položaja so izobrazba in kazalniki prihodkov oziroma premoženja posameznika ali gospodinjstva (University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005: 756–64; Schaap, 2009: 103–9; Kunst, 2004: 14).

V tem poglavju želimo prikazati razširjenost kajenja med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, življenje s partnerjem ali brez njega in finančno stanje gospodinjstva, prikazati neenakosti v kajenju glede na izobrazbo in finančno stanje gospodinjstva ter primerjati delež kadilcev z ostalimi državami, ki sodelujejo v raziskavi.

2. Metode dela

Delež kadilcev smo pridobili iz vprašanja o trenutnem kajenju. Anketirani so lahko na vprašanje, ali kadijo, odgovorili z da ali ne.

3. Rezultati

3.1. Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 2756 prebivalcev Slovenije, starih 50 let in več. Porazdelitev vzorca glede na spol, starost, izobrazbo, življenje s partnerjem ali brez njega in finančno stanje gospodinjstva je predstavljena v tabeli 1.

TABELA 1: PORAZDELITEV VZORCA GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ŽIVLJENJE S PARTNERJEM ALI BREZ NJEGA IN FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	n	%
SKUPAJ	2756	
SPOL		
Moški	1196	43
Ženske	1560	57
STAROST		
50–64 let	1386	51
65–79 let	1011	37
80 let ali več	321	12
IZOBRAZBA		
Osnovna ali manj	949	35
Srednja	1349	49
Višja ali več	449	16
ŽIVI S PARTNERJEM		
Da	2065	75
Ne	683	25
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC		
Zelo težko	578	22
Z nekaj težavami	1064	40
Precej zlahka/Zlahka	1004	38

3.2. Delež kadičev skupno, glede na spol, starost, izobrazbo, življenje s partnerjem ali brez njega in finančno stanje gospodinjstva

Med prebivalci Slovenije, starimi 50 let ali več, kadi 14,4 % vseh anketirancev. Deleži kadičev med prebivalci Slovenije, starimi 50 let ali več, so glede na spol, starost, izobrazbo, življenje s partnerjem ali brez njega in finančno stanje gospodinjstva prikazani v tabeli 2.

TABELA 2: DELEŽ KADILCEV MED PREBIVALCI SLOVENIJE, STARIMI 50 LET ALI VEČ, GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ŽIVLJENJE S PARTNERJEM ALI BREZ NJEGA IN FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA.

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	%
SKUPAJ	14,4
SPOL	
Moški	17,1
Ženske	12,3
STAROST	
50–64 let	20,8
65–79 let	8,6
80 let ali več	2,8
IZOBRAZBA	
Osnovna ali manj	8,4
Srednja	14,8
Višja ali več	16,1
ŽIVI S PARTNERJEM	
Da	13,9
Ne	16,0
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC	
Zelo težko	15,9
Z nekaj težavami	15,5
Precej zlahka/Zlahka	12,6

I./97

Obstaja statistično značilna povezava med kajenjem in spolom ($x^2 = 12,6067$, $p < 0,001$), povezanost pa je šibka. Moški, stari 50 let ali več, so 1,5-krat bolj verjetno kadilci kot ženske iste starostne skupine.

Obstaja tudi statistično značilna povezava med kajenjem in starostnimi skupinami ($x^2 = 109,0704$, $p < 0,001$), tu je povezanost relativno močna. Delež kadilcev je med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, najvišji med najmlajšimi in najnižji med najstarejšimi. V starostni skupini 50–64 let je delež kadilcev statistično značilno višji kot v starostni skupini 65–79 let ($x^2 = 0,489918$, $p < 0,001$) ter v starostni skupini 80 let in več ($x^2 = 0,720722$, $p < 0,001$). Prav tako je delež kadilcev v starostni skupini 65–79 let statistično značilno višji kot v starostni skupini 80 let in več ($x^2 = 0,230804$, $p = 0,026$). Prebivalci, stari 50–64 let, so 2,8-krat bolj verjetno kadilci kot tisti, stari 65–79 let, in 9-krat bolj verjetno kot tisti, stari 80 let in več.

Tudi med kajenjem in stopnjo izobrazbe obstaja statistično značilna povezava ($x^2 = 8,8138$, $p = 0,012$), povezanost pa je šibka. Delež kadilcev je najnižji v skupini

z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, medtem ko se med tistimi s srednješolsko izobrazbo in tistimi z višjo izobrazbo ali več statistično značilno ne razlikuje. Delež kadilcev med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo ali manj se statistično značilno razlikuje od deleža kadilcev med tistimi s srednješolsko izobrazbo ($\chi^2 = 0,489918$, $p < 0,001$) in tistimi z višjo izobrazbo ali več ($\chi^2 = 0,489918$, $p < 0,001$). Prebivalci z višjo izobrazbo ali več so 2,1-krat, prebivalci s srednješolsko izobrazbo pa 1,9-krat bolj verjetno kadilci kot tisti z osnovnošolsko izobrazbo ali manj.

Povezanosti med kajenjem in tem, ali posameznik živi s partnerjem ali ne, ter s tem, kako gospodinjstvo finančno shaja skozi mesec, ni.

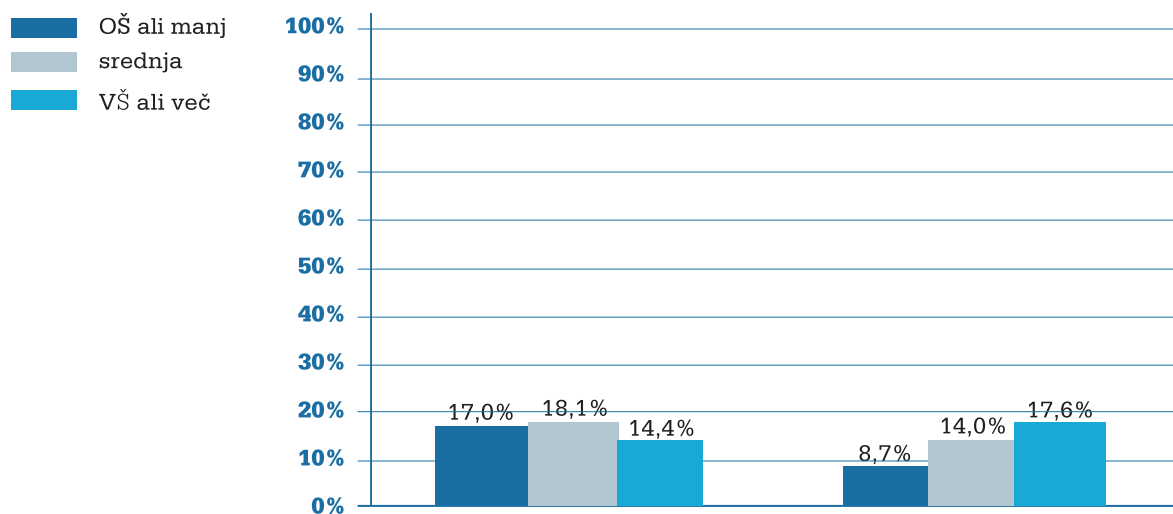
3.3. Delež kadilcev po spolu glede na izobrazbo in finančno stanje gospodinjstva

Pri moških ni statistično značilne povezave med kajenjem in stopnjo izobrazbe, medtem ko je pri ženskah prisotna ($\chi^2 = 15,6926$, $p < 0,001$), povezanost pa je šibka (slika 1). Delež žensk, ki kadijo, je statistično značilno nižji med najmanj izobraženimi glede na ženske s srednjo izobrazbo ($\chi^2 = -0,211578$, $p = 0,0109$) in ženske z višjo izobrazbo ali več ($\chi^2 = -0,354465$, $p = 0,001$). Med ženskami s srednjo izobrazbo in ženskami z višjo izobrazbo ali več v deležu kadilk ni statistično značilnih razlik.

Med kajenjem in finančnim stanjem gospodinjstva pri ženskah ni statistično značilne povezave, prisotna pa je pri moških ($\chi^2 = 12,1669$, $p = 0,002$), povezanost je šibka (slika 2). Delež kadilcev je statistično značilno nižji med moškimi, ki živijo v gospodinjstvih, ki finančno shajajo precej zlahka ali zlahka, v primerjavi z gospodinjstvi, ki shajajo zelo težko ($\chi^2 = 0,401502$, $p = 0,003$).

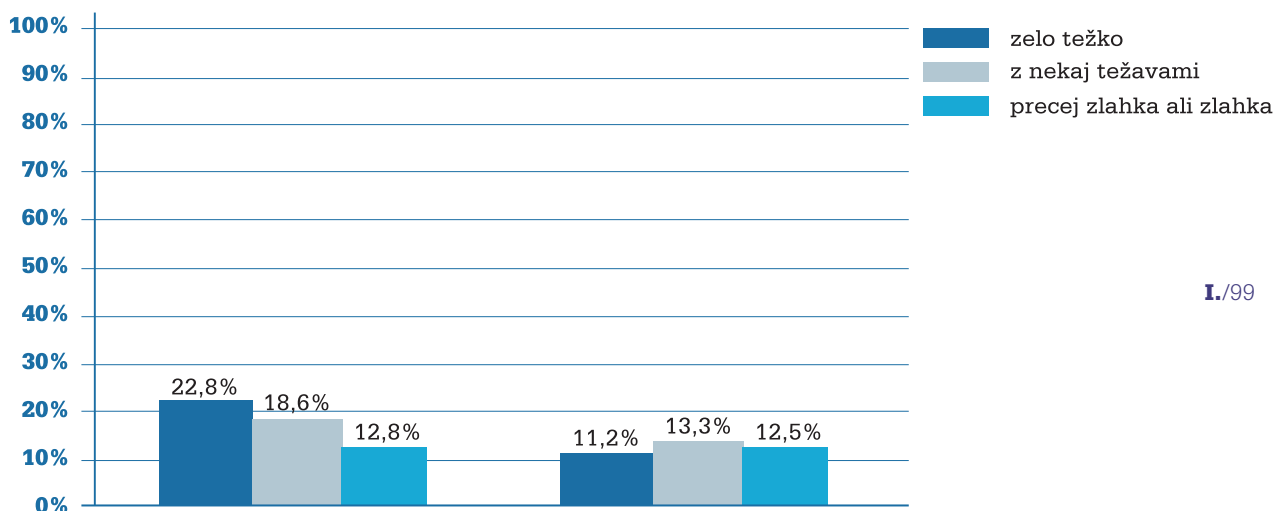
SLIKA 1: DELEŽ KADILCEV PO SPOLU GLEDE NA IZOBRAZBO

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



SLIKA 2: DELEŽ KADILCEV PO SPOLU GLEDE NA FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



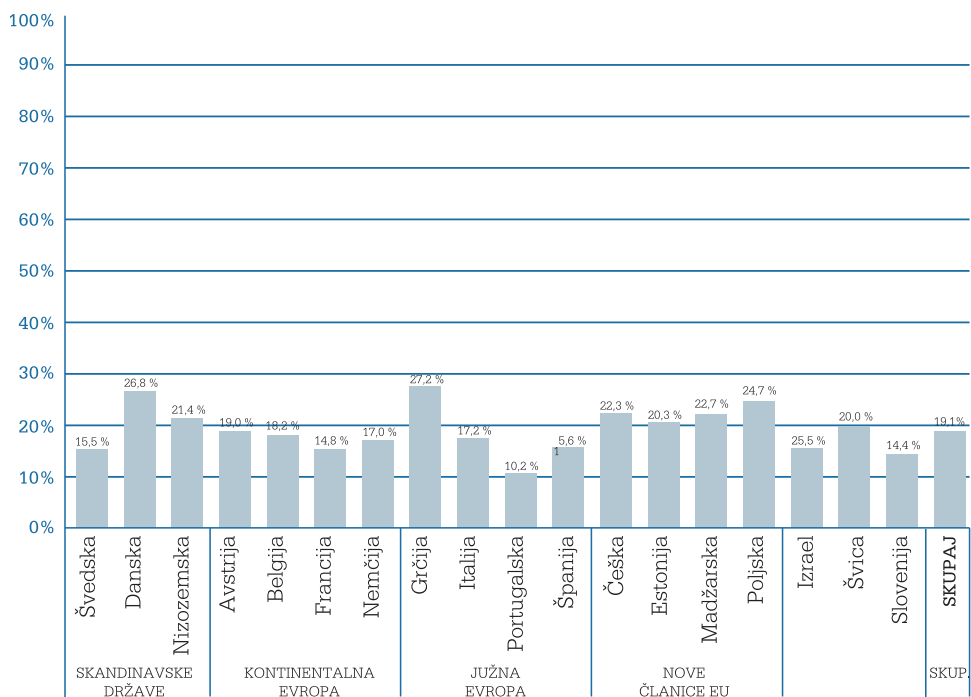
I./99

3.4. Primerjava deleža kadičev z drugimi državami, vključenimi v raziskavo

Primerjava deleža kadičev med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, z deleži kadičev med prebivalci iste starostne skupine v drugih evropskih državah in Izraelu kaže, da smo med državami z nižjimi deleži kadičev v tej starostni skupini (slika 3).

SLIKA 3: STAROSTNO STANDARDIZIRANI DELEŽI KADILCEV V DRŽAVAH, KI SODELUJEJO V RAZISKAVI

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



4. Razprava z zaključki

Naša raziskava kaže, da v Sloveniji kadi približno vsak sedmi prebivalec, star 50 let ali več (14,4 %), kar nas med državami, ki sodelujejo v raziskavi (številne evropske države in Izrael), uvršča med tiste z nižjimi deleži kadilcev.

Delež kadilcev se med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, razlikuje glede na spol, starost in izobrazbo. Delež kadilcev je nižji med ženskami kot med moškimi, kar je v skladu z drugimi raziskavami, taka razlika med spoloma v deležu kadilcev pa je značilna tudi za splošno populacijo (Koprivnikar, 2014: 55–60; David, 2010: 199–218; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 39–43; Inštitut za varovanje zdravja, 2007; Corsi, 2013: e57646; Garrett, 2013: 81–84). Med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, naša raziskava beleži najvišji delež kadilcev v najmlajši starostni skupini (50–64 let) in najnižjega med najstarejšimi (80 let in več). Nižji deleži kadilcev med starejšimi in zniževanje deleža kadilcev s starostjo beležijo tudi druge raziskave (Koprivnikar, 2014: 55–60; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 39–43; Inštitut za varovanje zdravja, 2007; Corsi, 2013: e57646; Garrett, 2013: 81–84; Ministrstvo za zdravje, 2014), vendar so nekatere pri izboru anketiranih glede na starost omejene na največ 65 ali največ 74 let (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 39–43; Inštitut za varovanje zdravja, 2007) ali pa imajo premajhen vzorec anketiranih za podrobnejšo razčlenitev deleža kadilcev v najvišjih starostnih skupinah (Ministrstvo za zdravje, 2014). Nižanje deleža kadilcev s starostjo lahko delno pripišemo višji stopnji umrljivosti med kadilci v primerjavi z nekadilci (Jha, 2013: 341–50; David, 2010: 199–218; Gellert, 2012: 837–44), saj je kajenje pomemben dejavnik tveganja za smrt in prezgodnjo smrt (Jha, 2013: 341–50; Doll, 2004: 1–9; World Health Organization, 2005: 116; World Health Organization, 2012: 321–22; David, 2010: 199–218), umrljivost med kadilci v starosti od 25 do 79 let pa je kar trikrat višja kot med tistimi, ki niso nikoli kadili (Jha, 2013: 341; David, 2010: 199–218). Zvišana stopnja umrljivosti kadilcev v primerjavi z nekadilci je značilna tudi za najstarejše starostne skupine in za oba spola. Pri trenutnih kadilcih, starih 60 let ali več, je stopnja umrljivosti za 83 % višja kot pri nekadilcih (Gellert, 2012: 837–44). Delež kadilcev pa se s starostjo zmanjšuje tudi zaradi pogostejšega opuščanja kajenja. Raziskave kažejo, da je delež bivših kadilcev višji v starejših starostnih skupinah v primerjavi z mlajšimi (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 39–43; Inštitut za varovanje zdravja, 2007). Opuščanje kajenja je smiselno v katerikoli starosti, saj tudi pri starejših zmanjša tveganje za smrt in podaljša življenje, do največjih učinkov pa pride pri opustitvi kajenja do 40. leta starosti (Jha, 2013: 341; Doll, 2004: 6; Taylor, 2002: 990–96).

Delež kadilcev je v splošni populaciji višji med skupinami z nižjim socialno-ekonomskim položajem, kar velja za večino držav Evropske unije in za razvite države (David, 2010: 199–218; Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005a: 106–13; Kunst, 2004: 1–83; Corsi, 2013: e57646; Garrett, 2013: 81–84). Pri obsegu razlik lahko obstajajo pomembne razlike med posameznimi državami. Številne raziskave so pokazale na večje razlike v deležu kadilcev glede na socialno-ekonomski položaj na severu Evrope in manjše razlike na jugu, pa tudi na vzhodu Evrope (Mackenbach, 2006: 1–46). Za prikaz socialno-ekonomskega položaja so ključni kazalniki izobrazba

in kazalniki prihodkov oziroma premoženja posameznika ali gospodinjstva (University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005b: 756–64; Kunst, 2004: 14; Schaap, 2009: 103–9). Tudi v Sloveniji so glede na zadnje raziskave deleži kadilcev v splošni populaciji nižji med prebivalci z najvišjo stopnjo izobrazbe, med ostalimi izobrazbenimi skupinami pa se delež kadilcev ne razlikuje (Koprivnikar, 2014: 55–60; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 39–43; Koprivnikar, 2012: 73–88).

Porazdelitev deleža kadilcev glede na socialno-ekonomski položaj se razlikuje glede na starost, tako v različnih evropskih državah in razvitih državah (Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005a: 106–13; Lugo, 2013: 4418–31) kot tudi v Sloveniji (Koprivnikar, 2014: 55–60; Koprivnikar, 2012: 73–88). Model epidemije kajenja opisuje, da je za zgodnje faze epidemije kajenja značilna neposredna povezava med deležem kadilcev in stopnjo izobrazbe, ki v kasnejših fazah epidemije preide v obratno povezavo (Lopez, 1994: 242–47). Starejše starostne skupine prebivalcev so torej v zgodnejših fazah epidemije kajenja v primerjavi z mlajšimi, zato razlike v deležu kadilcev glede na izobrazbo niso vedno izražene oziroma so manjše kot v mlajših starostnih skupinah (Huisman, 2005a: 106–13; Huisman, 2005b: 756–64; Lugo 2013: 4418–31; Lopez 1994: 242–47), kar velja tudi za Slovenijo (Koprivnikar, 2014: 55–60; Koprivnikar, 2012: 73–88). To je pokazala tudi naša raziskava, ki je med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, zabeležila najnižji delež kadilcev v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe, torej v skupini z najnižjim socialno-ekonomskim položajem. Med kajenjem in tem, kako gospodinjstvo finančno shaja skozi mesec, pa povezav nismo zabeležili.

Porazdelitev deleža kadilcev glede na socialno-ekonomski položaj pa se ne razlikuje le glede na starost, pač pa tudi glede na spol (David, 2010: 199–218; Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Kunst, 2004: 1–83; Lugo, 2013: 4418–31). V večini evropskih držav so obratne razlike v deležu kadilcev glede na izobrazbo prisotne pri obeh spolih (Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005a: 106–13; Kunst, 2004: 1–83). Izjema so ženske iz držav južne Evrope, kjer obratnih povezav ni oziroma so manj izražene (Mackenbach, 2006: 1–46; University College London Consulting, 2013: 1–175; Huisman, 2005a: 106–13; Kunst 2004: 1–83), podobno ugotavljamo tudi v Sloveniji (Koprivnikar, 2014: 55–60; Koprivnikar, 2012: 73–88). Po modelu epidemije kajenja ženske za moškimi v kajenju zaostajajo za 10 do 20 let (Mackenbach, 2006: 1–46; Lopez, 1994: 242–7), zato se pri ženskah sprememba od neposredne do obratne povezave med kajenjem in socialno-ekonomskim položajem zgodi kasneje kot pri moških (Huisman, 2005a: 106–13; Huisman, 2005b: 756–64; Lugo, 2013: 4418–31; Lopez, 1994: 242–47). V državah južne Evrope (v nekaterih primerih pa celo v državah severne Evrope), ki so v zgodnejših fazah epidemije kajenja, je pri starejših ženskah lahko prisotna še neposredna povezava med kajenjem in izobrazbo (Mackenbach, 2006: 1–46; Huisman, 2005a: 106–13; Kunst, 2004: 1–83), medtem ko je med mlajšimi ženskami v večini držav že prisotna obratna povezava (Kunst, 2004: 1–83). Podobno smo zasledili tudi v raziskavah v Sloveniji (Koprivnikar, 2014: 55–60; Koprivnikar, 2012: 73–88). Tudi naša razi-

skava je pokazala, da je med ženskami v Sloveniji, starimi 50 let ali več, delež kadilk najnižji v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe, med ostalima izobrazbenima skupinama pa ni razlik. Pri moških, starih 50 let ali več, pa ni očitnega vzorca porazdelitve deleža kadilcev glede na socialno-ekonomski položaj. Pri povezavi med kajenjem in tem, kako gospodinjstvo finančno shaja skozi mesec, pa smo med moškimi, starimi 50 let ali več, zabeležili najnižji delež kadilcev v gospodinjstvih, ki so finančno najlažje shajala, medtem ko pri ženskah, starih 50 let ali več, povezave med deležem kadilk in finančnim stanjem gospodinjstva nismo zabeležili.

Prednost te raziskave je v tem, da omogoča natančnejši vpogled v kadilske navade med prebivalci, starimi 50 let in več. Večina drugih raziskav, ki so na voljo v Sloveniji, ima navzgor omejene starostne skupine (do 64, 65 ali 74 let) oziroma premajhen vzorec anketiranih v starejših starostnih skupinah za podrobnejše analize po spolu in kazalnikih socialno-ekonomskega položaja. Pomanjkljivost raziskave pa je v tem, da so vprašanja o kajenju maloštevilna in dajejo omejen vpogled v kadilske navade med prebivalci, starimi 50 let ali več. Pri tem posebej izstopa, da ni podatka o deležu bivših kadilcev, kar onemogoča oceno povezav med kajenjem in različnimi drugimi področji, ki jih raziskava vključuje.

Literatura:

- Corsi, D. J., Lear, S. A., Chow, C. K., Subramanian S.V., Boyle, M. H., Teo, K. K. (2013): »Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis«. *PLoS One* 8(2): e57646.
- David, A., Esson, K., Perucic, A.-M., Fitzpatrick, C. (2010): »Tobacco use: equity and social determinants«. V: Blas, E., Kurup, A.S. (ur.): *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004): »Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors«. *British Medical Journal* 328: 1519–28.
- Garrett, B. E., Dube, S. R., Winder, C., Caraballo, R. S. (2013): »Cigarette smoking - United States, 2006-2008 and 2009-2010«. *MMWR Surveill Summ* 62 Suppl 3: 81–84.
- Gellert, C., Schöttker, B., Brenner, H. (2012): »Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis«. *Archives of Internal Medicine* 172(11): 837–44.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Mackenbach, J. P. (2005): »Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries«. *Tobacco Control* 14: 106–13.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Mackenbach, J. P. (2005): »Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income«. *Preventive Medicine* 40(6): 756–64.

• Inštitut za varovanje zdravja RS (2007): *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007*. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5& 5_id=347& 5_PageIndex=0& 5_groupId=185& 5_newsCategory=& 5_action>ShowNewsFull&pl=46-5.0. Dostop: 8. julij 2014

• Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., McAfee, T., Peto, R. (2013): »21st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States«. *New England Journal of Medicine* 368: 341–50.

• Koprivnikar, H. (2014): »Tobak«. V: Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A., Maučec Zakotnik, J. (ur.): *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

• Koprivnikar, H. (2012): »Tobak«. V: Maučec Zakotnik, J., Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A., Zaletel-Kragelj, L. (ur.): *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah Cindi 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

• Kunst, A. E., Giskes, K., Mackenbach, J. P. (2004): *Socioeconomic inequalities in smoking in the European Union: applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam: EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health and Department of Public Health, Erasmus Medical Centre.

• Lopez, A. D., Collishaw, N. E., Piha, T. (1994): »A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries«. *Tobacco Control* 3: 242–47.

• Lugo, A., La Vecchia, C., Boccia, S., Murisic, B., Gallus, S. (2013): »Patterns of smoking prevalence among the elderly in Europe«. *International journal of environmental research and public health* 10(9): 4418–31.

• Mackenbach, J. P. (2006): *Health Inequalities: Europe in Profile. Independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU in 2006*. Brussels: European Commission.

• Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E. (2008): »Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries«. *New England Journal of Medicine* 358(23): 2468–81.

• Ministrstvo za zdravje (2014): *Raziskava javnega mnenja o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola*. Neobjavljeno gradivo.

• Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014): *Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012: Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

• Schaap, M. M., Kunst, A. E. (2009): »Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: Learning from the experiences of recent scientific studies«. *Public Health* 123: 103–9.

• Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., Marmot, M., Sabia, S., Singh-Manoux, A. (2011): »Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts«. *PLoS Medicine* 8(2): e1000419.

• Taylor, D. H. Jr, Hasselblad, V., Henley, J., Thun, M. J., Sloan, F. A. (2002): »Benefits of smoking cessation for longevity«. *American Journal of Public Health* 92(6): 990–96.

- University College London Consulting, EuroHealthNet, Health Action Partnership International, North East Public Health Observatory, London Health Observatory (2013): *Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead by Sir Michael Marmot. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers.*
- U.S. Department of Health and Human Services (2014): *The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Van der Heyden, J., Schaap, M. M., Kunst, A. E., Esnaola, S., Borrell, C., Cox, B., Leinsalu, M., Stirbu, I., Kalediene, R., Deboosere, P., Mackenbach, J. P., Van Oyen, H. (2009): »Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations«. *Lung Cancer* 63(3): 322–30.
- World Health Organization (2005): *The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations.* Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011): *WHO Report on Global Tobacco Epidemic 2011.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2012): *WHO global report: mortality attributable to tobacco.* Geneva: World Health Organization.