

ODNOS MED NEKATERIMI ZNAČILNOSTMI ZDRAVJA IN SOCIALNIM POLOŽAJEM

Nevenka Černigoj Sadar, Alenka Brešar

Ključne besede: zdravje, dejavniki tveganja, socioekonomski status, spol

Key words: health, risk behaviour, socioeconomic status, gender

POVZETEK

Konceptualna izhodišči študije sta biopsihosocialni model zdravja in teorija virov. Izhajali smo iz predpostavke, da tako na zdravstveno stanje kot na dejavnike tveganja z negativnim izidom vpliva socialno-ekonomski položaj posameznika/posameznice: čim višji je socialno-ekonomski položaj tem večje je razpolaganje z materialnimi in nematerialnimi viri, kar pozitivno vpliva na večjo osveščenost o zdravju škodljivih navadah in vzorce vedenja ter zdravstveno stanje. Socialno-ekonomski položaj je opredeljen s spolom, starostjo, izobrazbo in povprečnim dohodkom na člana gospodinjstva.

Osredotočili smo se predvsem na eno dimenzijo zdravja, to je telesno blagostanje, ki ga ugotavljamo s kazalci fizične kondicije in odsotnostjo bolezenskih simptomov. Med dejavnike tveganja so uvrščeni naslednji

vedenjski vzorci: kajenje, pitje alkohola in odsotnost redne aktivnosti za ohranjanje psihofizične kondicije. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom "Kvaliteta življenja v Sloveniji - 1994" na reprezentativnem vzorcu za Slovenijo. Hipoteze smo preverjali s hi-kvadrat testom in multiplo regresijo. Rezultati analiz so pokazali, da so vsi kazalci socialno-ekonomskega položaja statistično značilno povezani z zdravstvenim stanjem, največjo težo ima spol, sledita mu starost in izobrazba. Ugotovljena je večja kumulacija zdravju škodljivih navad pri moških kot pri ženskah.

ABSTRACT

The theoretical background of the study is based on the biopsychosocial model of health and the resource theory. The basic hypothesis is that socioeconomic status has an impact on risk behavior as well as on health status. Higher socioeconomic status implies greater availability of material and non-material resources and as a consequence positive influence upon greater awareness about health endangering behavior, general patterns of behavior and general health status. Gender, age, education and average household income per capita have been taken as the indicators of socioeconomic status.

Analysis focuses on one dimension of health, that is self reported physical well being. The respondents have been asked about various aspect of their physical fitness, risk behavior and the frequency of perceived illness symptoms in the last year. The following activities endangering health have been taken into account: smoking, drinking an alcohol and absence of regular activity for maintaining the psycho-physical wellbeing.

Data has been obtained with the questionnaire 'Quality of Life in Slovenia - 1994' on a representative sample. Hypotheses are tested on the sample of respondents aged from 18 to 75 years, with chi-square test and multiple regression.

The results showed that all indicators of socioeconomic status are significantly related to health; the highest explanatory power has gender, age and education. Men have more health endangering habits than women.

IZHODIŠČA

Zdravje je med najpomembnejšimi razsežnostmi kakovosti življenja. Po eni strani je nezamenljiv osebni vir pri ustvarjanju življenjskih razmer, po drugi pa med najprepričljivejšimi ter celostnimi kazalci rezultatov kakovostnega življenja.

S programom World Health Organization (WHO) Zdravje za vse do leta 2000 kot nove razvojne usmeritve zdravstvene politike se vse bolj uveljavlja biopsihosocialni model zdravja, ki postavlja v ospredje interakcijo bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, pomembnih za zdravje (Polič, 1995). Torej je zdravje stanje, ki ni dano samo po sebi, ampak ga ustvarjamo z upoštevanjem bioloških značilnosti in različnih človekovih potreb. In ko 'ga ustvarimo', deluje kot vir za uresničitev osebnih in družbenih načrtov.

V naši študiji smo se osredotočili predvsem na eno razsežnost zdravja, to je telesno blagostanje, ki ga operacionaliziramo kot odsotnost bolezenskih simptomov. Pri nekaterih kazalcih zdravstvenega stanja, na primer fizični kondiciji, je poudarjena fizična oziroma fiziološka razsežnost, pri drugih, na primer nemiru, splošni utrujenosti, pa je prisotna tudi psihična razsežnost. V vseh primerih smo ugotavljali subjektivno zaznavo.

Prav tako smo se omejili le na tri v strokovni literaturi najpogostejše omenjene dejavnike tveganja, to so kajenje, pitje alkohola in odsotnost redne telesne aktivnosti, čeprav je jasno, da so to le nekatere izmed osnovnih nevarnosti, ki odločilno prispevajo k slabšanju zdravstvenega stanja.

Na podlagi rezultatov dosedanjih študij o vplivu socialnoekonomskih dejavnikov na zdravstveno stanje (Gross, 1989, Ross, Bird, 1994, Davis, Fine-Davis, 1991) smo kot kazalce socialnoekonomskega položaja upoštevali spol, starost, izobrazbo in povprečni dohodek na člana gospodinjstva.

Izhajali smo iz hipoteze, da tako na dejavnike tveganja z negativnim izidom kot na zdravstveno stanje vpliva socialnoekonomski položaj: čim višji je socialnoekonomski položaj, tem večje je razpolaganje z materialnimi in nematerialnimi viri, kar pozitivno vpliva tako na večjo ozaveščenost o zdravju škodljivih navadah kot na vzorce vedenja in zdravstveno stanje.

Vse statistične analize so narejene na vzorcu 1717 oseb, starih od 18 do 75 let. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom Kvaliteta življenja v Sloveniji 1974-1994.

DEJAVNIKI TVEGANJA IN OHRANJANJA ZDRAVJA

Tabela 1: Dejavniki tveganja

	Kajenje (1) (%)	Pitje alkohola (2) (%)	Neredna telesna aktivnost (3) (%)
Cel vzorec	29.7	12.7	78.8
Moški	33.9	22.0	74.8
Ženske	25.7	3.9	82.6
Hi-kvadrat	13.9 ***	208.4 ***	15.5 ***
15-24 let	30.4	6.7	61.6
25-34 let	44.5	8.5	75.2
35-44 let	38.3	12.1	82.0
45-54 let	25.9	14.7	82.4
55-75 let	12.9	18.3	86.0
Hi-kvadrat	113.8 ***	45.9 ***	64.2 ***
manj od OŠ	23.5	19.4	90.7
OŠ	27.3	10.1	86.9
Poklicna šola	36.0	12.7	80.9
Srednja šola	31.5	10.6	67.2
Višja, visoka	23.6	16.2	64.1
Hi-kvadrat	17.2 ***	57.2 ***	94.1 ***

V tabeli so prikazani odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da:

- 1) kadijo;
- 2) pijejo vsak dan oz. skoraj vsak dan;
- 3) z aktivnostjo za ohranjanje dobre fizične in psihične kondicije se ukvarjajo manj kot dvakrat na teden.

Statistična značilnost:

$0.05 < p < 0.1$ *

$0.01 < p < 0.05$ **

$p < 0.01$ ***

Od dejavnikov tveganja se je kot najbolj kritično področje pokazala telesna aktivnost. Biti telesno pasiven po napornem plačanem delu je v primerjavi s kajenjem in pitjem alkohola družbeno še najbolj sprejemljivo in razumljivo predvsem pri ženskah, ki so bolj obremenjene z delom za družino kot moški. Tisti, ki se redno ukvarjajo s kakršno koli aktivnostjo za ohranjanje dobre fizične in psihične kondicije, so v manjšini. Pri tem izstopajo moški, mladi in višje izobraženi. Delež telesno aktivnih upade že po 24. letu, pri izobrazbi pa je kritična razlika med tistimi s poklicno šolo ali manj ter drugimi.

Na drugem mestu negativnih razvad je kajenje, kadi dobra tretjina moških in dobra četrtina žensk. Med njimi jih večina (približno 70%) pokadi več kot 10 cigaret na dan. Odnos med kajenjem in starostjo ni linearen, najpogosteje najdemo kadilce v obdobjih od 25. do 45. leta, to je obdobje največjih delovnih in družinskih obremenitev.

Več kot vsak deseti uživa alkohol vsak dan ali skoraj vsak dan, med temi pivci jih četrtina pretirava v količinah popitega alkohola (popije na primer več kot pol litra vina na dan). Razlike med spoloma so pri pitju alkohola velike. Vsak dan pije alkoholne pijače dobra petina moških in le slabe 4% žensk. Pitje alkohola je predvsem za ženske družbeno nesprejemljivo, zato se zastavlja vprašanje, ali odgovori kažejo realno situacijo.

Tabela 2: Skupno število dejavnikov tveganja po spolu in izobrazbenih skupinah

Izobrazba	Spol	0 (%)	1 (%)	2 ali 3(%)
Manj kot OŠ	Moški	7.6	40.2	52.2
	Ženske	7.0	72.8	20.2
OŠ	Moški	9.2	48.4	42.5
	Ženske	5.3	72.4	22.2
Poklicna šola	Moški	12.6	46.7	40.7
	Ženske	6.5	64.2	29.4
Srednja šola	Moški	18.6	47.6	33.8
	Ženske	20.7	56.8	22.5
Višja, visoka šola	Moški	26.5	46.1	27.5
	Ženske	25.0	61.5	13.5
Skupaj	Moški	14.6	46.4	39.0
	Ženske	11.8	65.5	22.7
Hi-kvadrat	Moški	29.7 *** (N=842)		
	Ženske	57.4 *** (N=867)		

Dejavniki tveganja:

0 - ne kadi, ne pije alkohola vsak dan oz skoraj vsak dan (oz. če ga pije občasno, takrat popije manj kot 1/2 l vina ali manj kot 3 kozarčke žgane pijače ali manj kot 4 piva ipd.) ter se ukvarja z aktivnostjo za ohranjanje kondicije vsaj 2-krat na dan.

1 - ali kadi ali pije ali pa ni telesno aktiven

2 ali 3 - ima dva ali tri dejavnike tveganja

Kopičenje nevarnostnih dejavnikov obstaja predvsem pri moških v nižjih izobrazbenih kategorijah (tabela 2). Delež tistih, ki nimajo omenjenih negativnih navad, se tako pri moških kot pri ženskah veča z izobrazbo. Pri moških je ugotovljeno večje kopičenje negativnih dejavnikov za zdravje kot pri ženskah. Pri ženskah prevladuje le en dejavnik tveganja, najpogosteje je to odsotnost redne aktivnosti za vzpostavljanje dobre psihofizične kondicije.

ZDRAVSTVENO STANJE

Pri ugotavljanju zdravstvenega stanja smo upoštevali običajne kazalce fizične kondicije, zaznave intenzivnosti težav, ki jih povzročajo obolenja različnih sistemov, pojav kronične utrujenosti in obiske pri zdravniku zaradi bolezni.

Tabela 3: Kazalci zdravstvenega stanja

	Slaba fizična kondicija (%)	Kronična utrujenost (%)	Obisk zdravnika (%)
Cel vzorec	11.1	52.5	54.4
Moški	8.2	44.6	49.0
Ženske	13.8	59.9	59.4
Hi-kvadrat	51.6 ***	51.9 ***	18.9 ***
15-24 let	0.8	40.6	47.2
25-34 let	2.2	45.0	44.8
35-44 let	5.6	49.0	47.6
45-54 let	15.5	59.9	59.1
55-75 let	25.3	62.9	68.4
Hi-kvadrat	560.3 ***	102.4 ***	63.8 ***
manj od OŠ	26.7	68.9	61.1
OŠ	15.5	59.4	60.2
Poklicna šola	7.7	51.6	50.8
Srednja šola	4.9	44.3	50.6
Višja, visoka	2.3	34.0	48.1
Hi-kvadrat	221.0 ***	94.6 ***	17.9 ***

Slaba fizična kondicija: imajo težave pri hoji na 100 m, pri teku na 100 m in pri hoji po stopnicah navzgor in navzdol.

Kronična utrujenost: v zadnjih 14 dneh so se pogosto počutili utrujene, ali pa so zjutraj vstajali s težavo, bili čez dan posebno utrujeni in se zvečer počutili zelo utrujene.

Obisk zdravnika: V zadnjih 12 mesecih so bili zaradi svojih bolezni ali težav pri zdravniku (obiskov pri zobozdravniku in ginekologu nismo upoštevali).

Več kot vsak deseti ima zelo slabo fizično kondicijo, delež takih narašča predvsem po 45. letu. Da najbolj skrbijo za svoje zdravje tisti, ki imajo srednjo in visokošolsko izobrazbo, se kaže tudi v boljši fizični kondiciji. Glede na empirične podatke o prevladujočih vzorcih aktivnosti žensk (Černigoj Sadar, 1993) tudi ne preseneča statistično značilno večji delež žensk s slabo kondicijo v primerjavi z moškimi, razlike med spoloma so statistično značilne v vseh starostnih skupinah. Veliko skrb pa vzbuja podatek o kronično utrujenih, takih je več kot polovica, med njimi je seveda statistično značilno več žensk kot moških. Kronična utrujenost s starostjo sicer narašča, vendar je izredno visoka tudi med mladimi, dve petini mladih sta bili v pozni pomladi leta 1994 kronično utrujeni. Bolj kot starost pa na zaznavo kronične utrujenosti vpliva izobrazba, razmerje med najvišjo in najnižjo kategorijo je 1:2. Deleži kronično utrujenih so skoraj enaki kot deleži obiskov pri zdravniku, le da obiski pri zdravniku pri višji izobrazbi ne upadejo tako izrazito kot pri kazalcih utrujenosti. Več kot polovica je v zadnjem letu zaradi bolezni in težav obiskala zdravnika, predvsem starejši in tisti z nižjo izobrazbo. Razlike med starostnimi, izobrazbenimi kategorijami in spolom so statistično značilne. Ženske imajo večje število bolezenskih simptomov in tudi pogosteje iščejo pomoč pri zdravniku.

ODNOS MED SOCIALNOEKONOMSKIM POLOŽAJEM IN BOLEZENSKO SIMPTOMATIKO

Tabela 4: Odnos med socialnoekonomskim položajem in zaznano bolezensko simptomatiko (1) - rezultati multiple regresijske analize (metoda enter)

Neodvisne spremenljivke	B	Beta	T-test
Dohodek na osebo	-0.014	-0.113	-3.27 ***
Starost	0.057	0.323	9.63 ***
Število let šolanja	-0.160	-0.288	-4.84 ***
Dohodek na osebo x moški	0.002	0.015	0.31
Starost x moški	0.008	0.072	1.01
Število let šolanja x moški	0.132	0.347	3.68 ***
Moški	-2.840	-0.512	-4.84 ***
Konstanta	3.990		8.28 ***
R kvadrat	23.0 %		
F-test	66.28 ***		

Enačba za moškega: zdrstan = $1.15 - 0.012 \cdot \text{dohodek} + 0.065 \cdot \text{starost} - 0.03 \cdot \text{št.šol.} + U$

Enačba za žensko: zdrstan = $3.99 - 0.014 \cdot \text{dohodek} + 0.057 \cdot \text{starost} - 0.16 \cdot \text{št.šol.} + U$

Število in intenzivnost zaznane bolezenske simptomatike je najbolj povezana s spolom, ženske imajo statistično značilno bolj izraženo bolezensko simptomatiko, sledita starost in izobrazba, na zadnjem mestu je dohodek. Pri ženskah je izobrazba pomembnejša za pojasnitev zdravstvenega stanja kot pri moških, medtem ko se pojasnjevalna vrednost starosti ne razlikuje bistveno med spoloma. Ti rezultati so v skladu z rezultati dvodimenzionalnih in večdimenzionalnih analiz v prejšnjih poglavjih.

Iz rezultatov je razvidno, da je zdravstveno stanje žensk bolj povezano z njihovim socialnim položajem, kot se to kaže pri moških. To ne pomeni le, da je ženska z višjim socialnim položajem bolj kot moški osveščena, ampak si poišče tudi različne strategije razbremenitve vsakdanjega življenja, kar vsekakor pozitivno vpliva tudi na njeno zdravje.

SKLEPNE UGOTOVITVE

Večina žensk (87%) in moških (85%) ne skrbi ustrezno za svoje zdravje, saj imajo vsaj eno zdravju škodljivo navado. Med temi navadami je najpogostejša neredna telesna aktivnost za ohranjanje psihofizične kondicije, sledita kajenje in pitje alkohola. Moški živijo bolj rizično kot ženske, saj je kopičenje zdravju škodljivih navad pri njih večja. Skoraj dve petini moških ima dva ali tri dejavnike tveganja, medtem ko je med ženskami takih le dobra petina. Pri številu zaznanih bolezenskih simptomov pa se razmerje med spoloma spremeni, več žensk ima slabo fizično kondicijo ($\bar{X}=14\%$, $M=8\%$) in več jih je kronično utrujenih ($\bar{X}=60\%$, $M=45\%$), tudi število drugih znakov obolenosti je pri ženskah večje.

Dobljene rezultate lahko pojasnimo na več načinov. Poleg razlage o večji občutljivosti in tako imenovani medikalizaciji žensk se ponuja tudi razlaga, da nismo upoštevali vseh pomembnih dejavnikov, kot so na primer pretirana obremenjenost s plačanim in neplačanim delom, kar bi v primeru, ko gre za večje obremenitve, nedvomno morali prišteti med dejavnike tveganja za zdravje. Lahko se namreč, čeprav ne pijemo in ne kadimo ter se redno ukvarjamo z rekreativno dejavnostjo, ne počutimo dobro, ker ne zmoremo pritiskov socialnih obveznosti. Rezultat tega je kronična utrujenost in druge oblike obolenosti.

Tako pri dejavniki tveganja kot kazalci zaznave bolezenskih simptomov se je spol pokazal kot najpomembnejša determinanta, sledita starost in izobrazba. Najmanjšo težo, toda še vedno statistično značilno, ima dohodek na člana gospodinjstva.

Pri vseh kazalcih zaznanega zdravstvenega stanja smo dobili jasno izražene skupine, za katere je značilno slabše zdravstveno stanje, to so: starejši, ženske, slabše izobraženi in z manjšim dohodkom na osebo v gospodinjstvu. Skrb vzbuja je dejstvo, da so to hkrati tudi značilnosti skupin, ki so tudi sicer na obrobju družbe.

OPOMBE

(1) Kazalec zaznana bolezenska simptomatika je sestavljen iz subjektivne zaznave bolezenskih simptomov, ki so bili razvrščeni v naslednje skupine: glavobol, migrena; bolečine v ramenih, križu, prsih, rokah, revmatične bolezni, išijas, itd.; težave s srcem, previsok ali prenizek krvni pritisk, razširjene vene, otekline na nogah, občutek, da zmanjkuje zraka, vrtoglavica; težave s prebavo, želodcem, mehurjem, ledvicami, žolčem ali jetri; splošna utrujenost; živčne težave, anksioznost, nemir, napetost; depresija. Možne ocene za posamezne skupine simptomov so bile: 1 - ni imel težav ali bolezni v zadnjih 12 mesecih, 2 - imel manjše težave, 3 - imel večje težave ali hudo obliko bolezni. Ocene za posamezne skupine so bile seštete in transformirane v lestvico od 1 do 15. Cronbachov alfa za ta indeks je 0.72.

LITERATURA

1. Argyle, M. (1992) *The Social Psychology of Everyday Life*. Routledge, London-New York.
2. Černigoj Sadar, N., (1987), *Življenjsko obdobje in bolezenska simptomatika*, ISU Ljubljana.
3. Černigoj Sadar, N. (1993), *Socialne razsežnosti načinov življenja*, Zdravstveno varstvo, 32/2.
4. Davis, E. E., Fine-Davis, M. (1991) 'Social Indicators of Living Conditions in Ireland with European Comparisons', v *Social Indicators Research*, vol. 25, 1991.
5. Gross, I., (1989) *Disparities of Living Conditions among Women and Men in Austria*, Austrian Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Vienna.
6. Okolski, M., (1993) *Health and mortality*. V: *European Population Conference, Proceedings, Vol.1*. UN, New York and Geneva.
7. Polič, M. (1995), *Skušnjave nezdravja: psihološki dejavniki zdravega načina življenja*, Prva nacionalna konferenca o pospeševanju zdravja, Ljubljana, 29.- 30.marec.
8. Premik, M. (1993), *Način življenja in zdravje - Uvodno predavanje*, XXVII. srečanje sekcije za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva, Portorož, 19.-20.november 1992, Zdravstveno varstvo, 32/2.

9. Ross, C. E., Bird, C. E. (1994) Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health, v *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35 (June):161-178.
10. Selič, P., (1994) Biopsihosocialni model zdravja. V: *Anthropos*, letnik 26, št. 4-6. Ljubljana.

Barbara Smolej

POVZETEK

Glasbene sposobnosti se izražajo že zelo zgodaj, posebej reproduktivno-interpretativne, redkeje pa produktivne.

Razlike v hitrosti razvoja se pojavljajo tako na interindividualnem kot interkulturnem nivoju. Pod razvojem glasbenih sposobnosti razumemo razvoj različnih komponent, kot npr. ritma, diskriminacije višine, dojemanja melodije, harmonije ipd. Različni avtorji so ugotovili, da se že kmalu po rojstvu prične otrok odzivati na glasbo s spreminjanjem motorične aktivnosti, pri nekaterih se pojavi sprememba v ritmu in globini dihanja, prihaja tudi do inhibicije sesanja.

Tako kot na drugih področjih, tudi na področju glasbenih sposobnosti, poteka razvoj po nekem zaporedju. Najprej se pojavijo spontane pesmi, ki so ritmično in melodično neorganizirane, nato prične otrok imitirati pesmi, vendar samo posamezne dele, temu sledijo imaginativne pesmi. Znotraj teh razvojnih "stadijev" pa spet prihaja do razvoja v smislu izboljšanja dejavnosti.

ABSTRACT

Musical abilities are expressed very early, especially the reproductive-interpretative ones, but rarely productive ones. The differences in the promptness of development are evident both in the interindividual and inter-cultural level. Development of musical abilities is understood as

