

Katja Boh

PRIMARNA SOCIALNA INTEGRACIJA IN ZDRAVJE

Glavni namen tega prispevka je bil ugotoviti kolikšna je stopnja primarne socialne integracije pri naši populaciji ter pomen, ki ga ima socialna integracija za dobro telesno in duševno zdravje. Stopnjo socialne integracije smo merili s sestavom družinskega gospodinjstva, v katerem anketiranec živi ter pogostostjo stikov, ki jih ima s svojimi sorodniki in prijatelji.

Analiza kaže, da večina naših anketirancev živi v družini. V samskih gospodinjstvih živi le 8 % moških in nekaj več kot 10 % žensk. Večina anketirancev ima tudi pogostejše stike s sorodniki, redkejša pa s prijatelji. Največ oseb z zelo slabo integracijo najdemo med ženskami srednjih in starejših letnikov. Sklepamo, da so to žene z odraslimi otroci, ki so že zapustili svoj dom ter razvezane žene in vdove. V večjih mestih je več osamljenih oseb kot v manjših krajih.

Na osnovi podatkov je možno sklepati, da bolezenska simptomatika korelira s socialno integracijo. Osebe s slabo socialno integracijo imajo več bolezenskih težav kot one, ki so dobro integrirane v primarne skupine. Največ zdravstvenih težav in še zlasti psihosomatskih simptomov imajo osamljene ženske.

The main aims of the study are first, to establish the degree of primary social integration/isolation in our population and second, to analyse the influence of social integration on physical and mental health. Social integration is measured by means of the composition of the family households the respondents live in and the frequencies of their contacts with relatives and friends.

The analysis shows that the majority of our respondents live in family households. Only 8 % of men and slightly more than 10 % of women live in single households. Most respondents have frequent contacts with relatives but much less with friends. Most persons with weak social integration are found among women in the middle and older age groups. It may be assumed that these are women whose adult children have already left home, divorcees and widows. There are more isolated persons in cities than in the rural areas.

The data indicate a correlation between social integration and health. Persons with weak social integration have more illnesses than those who are well integrated in primary groups. Most problems, especially psychosomatic symptoms, are found in isolated women.

primarna socialna integracija, zdravje, družina

1. Socialna integracija — vir kvalitete življenja

Poznamo različne klasifikacije človekovih potreb, vse pa izhajajo iz predpostavke, da je potrebe možno deliti v dve temeljni kategoriji: v biološke in socialne. Oboje so vitalnega pomena za normalno človekovo delovanje, saj sta »... to dve glavni področji, na katerih človek eksistira kot človek« (M. Zvonarevič 1974).

Socialne potrebe lahko še naprej delimo glede na različne kriterije. V sociologiji in psihologiji posebno pogosto uporabljajo klasifikacijo po A. H. Maslowu (1943), ta pri socialnih potrebah loči:

- a) potrebo po ljubezni,
- b) potrebo po sigurnosti in
- c) potrebo po spoštovanju in samospoštovanju.

To pa so natanko tiste potrebe, na katerih raziskovalci kvalitete življenja gradijo svoje koncepte in na osnovi katerih razlikujejo med življenjsko ravniyo ter kvaliteto življenja.

Po E. Allardtu (1976) se koncept življenjske ravni nanaša na materialne in neosebne vire, s katerimi lahko posamezniki obvladujejo in upravljajo, svoje življenjske pogoje ali bolj natančno: »... življenjska raven temelji na tistih potrebah, pri katerih je stopnja zadovoljitve opredeljena z materialnimi in neosebnimi viri, ki jih posameznik obvladuje in z njimi upravlja. To se nanaša na dohodek, stanovanje, potrebe po zaposlitvi itn., vendar ne na socialne potrebe, kakršne so potrebe po ljubezni, varnosti in samoudejanjanju. Zadovoljevanje potreb po ljubezni in samoudejanjanju ni opredeljeno z materialnimi viri, s katerimi lahko posameznik upravlja, marveč s tem, kako se povezuje z drugimi ljudmi in družbo kot celoto.«

Potreba po socialnih odnosih je tako močna in elementarna, da jo nekateri atvorji uvrščajo med vrojene biološke potrebe. Človek ne more živeti sam. Vse življenje je z neštetiimi vezmi povezan z drugimi ljudmi. Šele posledice, ki jih lahko ima pomanjkanje takšnih vezi za kvaliteto življenjskih pogojev, nam kažejo, kako pomembne so za človekovo eksistenco.

Oblike združevanja, v katerih se ustvarjajo socialni odnosi, pa so lahko različne. Običajno jih delimo v primarne in sekundarne. Primarne in sekundarne oblike odnosov je na začetku tega stoletja v psihologiji uvedel C. H. Cooley (1909). Primarni odnosi (C. H. Cooley govori o skupinah) so tisti, za katere sta značilna intimna povezanost in sodelovanje »iz oči v oči«, se pravi neposredni stik. C. H. Cooley meni, da so primarne iz več razlogov, njihova glavna značilnost pa je, da so temeljne za oblikovanje človekove narave in družbenih idealov. Rezultat intimne povezanosti je določeno psihološko spajanje individualnosti v skupnost.

Trajnejše odnose, ki posameznike povezujejo v skupnosti, imenujemo tudi *integracijo*. Integracija zagotavlja večjo varnost in je obenem vir za zadovoljevanje cele vrste materialnih, socialnih in kulturnih potreb. Integracija in potreba po njej sta lahko različno intenzivni in se spreminjata glede na starost in življenjski cikel posameznika ter njegove trenutne potrebe in možnosti, toda določena stopnja integracije je univerzalna potreba in nujen pogoj za človekovo dobro počutje. Prav to je razlog, da se je integracija uvrstila med pomembne kazalce kvalitete življenja. S socialno dezintegracijo, osamljenostjo, označujemo pomanjkanje integracije, kar ima lahko negativne posledice za človekovo življenje.

Ločimo primarno in sekundarno integracijo. V tem prispevku se bomo ukvarjali samo s primarno integracijo, torej tisto, ki jo omogočajo neposredni stiki bodisi z družinskimi člani bodisi s sorodniki in prijatelji. Analizirali bomo stopnjo primarne socialne integracije v naši populaciji ter pomen, ki ga ima takšna integracija za dobro telesno in mentalno zdravje.

Odgovoriti želimo na naslednja vprašanja:

— Ali obstajajo razlike v stopnji primarne integracije med različnimi skupinami ljudi in kateri ljudje so v največji meri prikrajšani za primarne socialne stike?

— Ali je možno odkriti zveze med stopnjo socialne integracije in zdravstvenimi potrebami ter prek teh zvez sklepati na kvaliteto življenja ljudi?

2. Družinska integracija

Najstarejša oblika integracije je *družina in sorodstvo*. Družinske skupnosti so že od nekdaj povezovala člane med seboj in navzven z njihovim ožjim in širšim okoljem. Zaradi visoke stopnje integriranosti družinskih sistemov v preteklosti (F. Neidhardt 1975) je bilo skoraj nemogoče, da bi človek ostal osamljen in zato prikrajšan za pomoč drugih članov družinske in sorodniške skupnosti. Družinska solidarnost je bila obvezna in vgrajena v institucionalni sistem določene družbe. Ponekod in v določenih obdobjih so bile dolžnosti in obveznosti do družinskih članov tudi pravno regulirane.

Nova delitev dela in novi način življenja v industrijsko razvitih in urbaniziranih družbah sta vplivala tudi na integracijo. Sorodniški sistemi so postopno dezintegrirali, in družina je izgubila tiste svoje strukturalne značilnosti, ki so omogočale vzpostavljanje socialnih stikov, in na temelju katerih je bilo stoletja možno graditi pristne socialne odnose in komunikacijo.

Osamljenost ljudi je skrajna posledica socialne dezintegracije. Materialni razvoj je v vseh razvitejših družbah razširil opcije in vplival na kvaliteto življenja ljudi. Življenjska doba se je podaljševala in življenjski standard se je zvišal, to pa omogoča večjo samostojnost. Vendar je vedno več ljudi, ki so izgubili stik s svojim primarnim okoljem, in to prav v tistih življenjskih obdobjih in situacijah, ko bi najbolj potrebovali neposredne človeške stike in ko se je profesionalna pomoč pokazala kot povsem nezadostna.

2.1. *Življenje v družinskem gospodinjstvu kot pokazatelj socialne integracije*

V tem sestavku poskušamo osvetliti problem primarne integracije v naši družbi in določiti, kdo so osebe in skupine ljudi, ki jih opisani dezintegracijski procesi najbolj ogrožajo.

Delno lahko na zastavljeno vprašanje odgovorimo z analizo sestave družinskega gospodinjstva, v kakršnem živijo naši anketiranci, ter s pogostostjo stikov, ki jih imajo s sorodniki in prijatelji.

Gotovo je, da življenje v družinski skupnosti še zdaleč ni zadosten in tudi ne najbolj zanesljiv kazalec primarne integracije. Družinski odnosi so lahko zelo različni in lahko bodisi ugodno bodisi neugodno vplivajo na kvaliteto življenja. Na osnovi naših podatkov ni možno ugotavljati emocionalnih izkušenj, se pravi kvalitete odnosov v družini. To, kar merimo, je zgolj in samo informacija o tem, ali anketiranec živi sam ali skupaj

Tabela 1: Sestava gospodinjstev, v katerih živijo anketiranci, po spolu (v %)

	Moški	Ženske
Samsko gospodinjstvo	8,1	10,5
Živi s svojimi starši, sestrami, brati in/ali drugimi sorodniki	15,8	12,2
Živi s svojimi otroki ali otroki in sorodniki	1,4	9,1
Živi s partnerjem ali s partnerjem in sorodniki	13,1	12,0
Živi s partnerjem in otroki (nuklearno gospodinjstvo)	48,7	41,8
Živi s partnerjem, otroki in sorodniki (razširjeno družinsko gospodinjstvo)	12,9	14,4
	N = 1207	1253

z drugimi osebami, ki so med seboj v sorodniških odnosih. Vendar lahko predpostavljamo, da je pri osebah, ki živijo same večja verjetnost, da bo njihova integracija slabša, kot pri osebah, ki živijo v kakršnikoli družinski skupnosti.

Kot kažejo naši podatki, živi večina naših anketirancev v družinskih skupnostih, zdaleč največ jih živi v nuklearnih družinskih gospodinjstvih. V samskih gospodinjstvih je le nekaj manj kot 1/10 moških in nekaj več kot 1/10 žensk. Razlike med moškimi in ženskami si lahko vsaj delno razlagamo tudi z daljšo življenjsko dobo žensk, saj v mnogih primerih preživijo svoje partnerje.

2.2. Socialna integracija v različnih življenjskih ciklikih

Tabela 2: Sestava gospodinjstev v različnih življenjskih ciklikih za celo populacijo v %

Sestava gospodinjstev:	Živi sam	Živi v družini ¹
Življenjski cikelus:		
— 15—24 let brez otrok	29,7	10,3
— 25—44 let brez otrok	21,7	6,8
— 15—64 let, otroci do 6 let		24,6
— 15—64 let, otroci 7—18 let		30,6
— 25—64 let, otroci več kot 18 let		15,7
— 45—64 let, brez otrok doma	28,8	8,8
— 65 in več let, brez otrok doma	19,8	3,2
	222	2151.

V samskih gospodinjstvih živijo samo mlajše osebe, ki niso, ali še niso, ustvarile svoje družine, ter osebe nad 45 let, ki nimajo družine ali je nimajo več, ker so se otroci osamosvojili, ali so se partnerji verjetno razšli, ali pa je družina dezintegrirala zaradi smrti enega ali več njenih članov. Vsi drugi živijo v eni izmed oblik družinske skupnosti.

Življenje v samskem gospodinjstvu pa samo po sebi še ni negativen pojav. Nasprotno, zlasti starejše osebo so pogosto rade samostojne in neodvisne. To jim v sodobnih družbah omogočajo zavarovalne in socialne varstvene institucije. Vprašanje pa je, ali lahko samostojno življenje in materialna neodvisnost ob institucionalni pomoči odtehta družinsko integracijo, ali kot pravi Ch. Axelsson (1985): »Živeti v samskem gospodinjstvu je lahko za ostarelega človeka najboljša alternativa, kar pa še ne pomeni,

da ni ne problematična,« še zlasti, ker gre za osebe, ki v tem življenjskem obdobju verjetno najbolj boleče občutijo negativne posledice samskega življenja.

3. Sorodniške in prijateljske mreže

Družinska skupnost pa ni edina oblika primarne integracije. Moški in ženske, ki živijo v samskih ali družinskih gospodinjstvih, imajo lahko tudi druge oblike integracije, kot so *npr. sorodniške in prijateljske mreže*.

Novejše socialne teorije o družini nas učijo, da se zaradi sodobnega načina življenja, ki je omogočil večjo rezidencialno mobilnost in za katerega je značilna neolokalnost mladih družin — te si prizadevajo, da bi si čimprej ustvarile svoj dom —, ne rahljajo sorodniške vezi in sorodniška solidarnost ne izginja. Sodobna komunikacijska sredstva omogočajo pogoste stike in vsebina teh stikov je močno podobna oni iz preteklosti.

Za medsebojno izmenjavo virov, pa najsi bodo materialni, finančni, ali pa psihološki, krajevna oddaljenost ni več odločilna. Resda se sorodniški stiki v sodobnih družbah omejujejo na ožji sorodniški krog in običajno vključujejo tri (v novejši dobi tudi štiri) generacije ter samo najbližje kolateralne sorodnike (sestre, brate, sestrične, bratrance), vendar so stiki intenzivni in vsebinsko raznoliki in bogati (E. Litwak 1959/60, M. B. Sussman, 1959, K. Waerness, 1985).

Podobne funkcije imajo lahko tudi prijateljski odnosi, ki pa so običajno bolj pogosti pri zelo mladih ljudeh, ne pa pri starejših. Integracija v sorodniške in prijateljske mreže lahko ustvarja enake ali podobne vire kot družinsko gospodinjstvo in ima v določenih primerih celo nekatere prednosti. Omogoča večjo avtonomnost, ne da bi se zaradi tega bistveno zmanjšali viri za zadovoljevanje človekovih potreb.

3.1. Pogostost stikov s sorodniki in prijatelji

V naši raziskavi smo stopnjo integracije v sorodniške in prijateljske mreže merili z anketirančevimi odgovori na vprašanje, kako pogosto obiskuje sorodnike (ki z anketiranim ne živijo v skupnem gospodinjstvu) ali prijatelje in ali ga oni obiskujejo. Anketirance je lahko izbral med tremi odgovori: »Ne, nima stikov«, »Včasih«, »Pogosto«. Na ta način seveda nismo dobili informacije o dejanskih stikih, marveč o anketirančevi percepciji teh stikov. Glede na to, da je to anketirančeva subjektivna ocena, je možno, da je prišlo do nekaterih odstopanj, da so nekateri anketiranci podcenjevali pogostost stikov, medtem ko so jo drugi precenili. Lahko predpostavljamo, da so na ocene vplivali različni dejavniki, kot npr. anketirančeva starost, njegove izkušnje in pričakovanja.

Kljub tem omejitvam pa nam podatki vendarle dajejo, pa četudi le grobo sliko o tem, kolikšni del prebivalstva je socialno integriran oziroma kolikšen je delež oseb, ki so zares osamljene.

Tabela 3: Redki stiki ali sploh nobenih, s sorodniki in prijatelji (primerjava naših in švedskih podatkov, v %)²

	Slovenija	Švedska
Redki stiki s sorodniki	15,3	15,0
Od tega nobenih stikov	7,5	6,1
Redki stiki s prijatelji	17,6	5,8
Od tega nobenih stikov	10,4	3,2

Kljub temu da ima večina naših anketirancev stike s sorodniki ali prijatelji, moramo vendar ugotoviti, da je odstotek anketirancev, ki imajo zelo redke stike, ali jih sploh nimajo, še vedno velik. Zlasti preseneča, da so prijateljski stiki med našim prebivalstvom mnogo redkejši kot pri Švedih.

Verjetno lahko vzroke iščemo v nekaterih značilnostih družinskega življenja našega prebivalstva, zlasti še v njegovi izrazito družinski orientaciji. Družinska integracija je pri Slovencih še vedno zelo močna in nobenih znakov ni, da bi se družina kot skupnost in kot institucija bližala dokončnemu razkroju, pač pa se nagiba k večji privatizaciji: pretežni del Slovencev živi v družini, v njej preživi pretežni del svojega prostega časa in porabi pretežni del svojega nedelovnega časa za dejavnosti, ki so spet namenjene družinskemu standardu in večji družinski blaginji.

V tem je verjetno tudi vzrok, da je več naših ljudi bolje integrirano v sorodniške kot prijateljske mreže in da se razlike med pogostostjo sorodniških in prijateljskih stikov pri moških in ženskah kažejo v različnih življenjskih ciklihih.

3.2. Instrumentalnost sorodniških in prijateljskih mrež

Tabela 4: Redki stiki s sorodniki in prijatelji po spolu in v različnih življenjskih ciklihih (v %)

Spol in življenjski cikelus	Redki stiki s sorodniki	Redki stiki s prijatelji	Vsi
Moški:			
— 15—24 let brez otrok	24,2	9,2	157
— 25—44 let brez otrok	26,2	13,5	126
— 15—64 let, otroci mlajši kot 6 let	11,5	10,8	270
— 15—64 let, otroci 7—18 let	11,4	15,4	326
— 25—65 let, otroci nad 18 let	13,4	19,4	150
— 45—65 let brez otrok	20,4	23,0	113
— starejši kot 65 let brez otrok	20,8	27,1	48
Ženske:			
— 15—24 let brez otrok	12,0	9,0	133
— 25—44 let brez otrok	12,6	16,2	68
— 15—64 let, otroci mlajši kot 6 let	11,1	12,7	259
— 15—64 let, otroci 7—18 let	12,2	18,9	330
— 25—65 let, otroci nad 18 let	15,3	32,5	215
— 45—65 let, brez otrok	17,5	21,3	160
— starejši kot 65 let brez otrok	17,9	28,3	67

Mladi moški imajo mnogo manj stikov s sorodniki kot s prijatelji. Enako velja za ženske, le da so razlike manjše. Najbolj pogoste stike s sorodniki in prijatelji imajo moški in ženske v obdobju aktivnega starševstva. V tem se očitno kaže instrumentalnost sorodniških in prijateljskih zvez. Kot smo to ugotavljali že v nekaterih prejšnjih raziskavah, so v tem obdobju zlasti pomembni stiki med mlado nuklearno družino in starši obeh partnerjev ter najbližjimi sorodniki (K. Boh in N. Černigoj-Sadar, 1985).³

Ko otroci odrastejo in se osamosvojijo, tudi pogostost sorodniških in prijateljskih stikov upade. V tem življenjskem obdobju obstaja največja nevarnost da postane človek osamljen. To še posebno velja za ženske v zadnjem življenjskem ciklusu; takrat običajno izgubijo svojega partnerja in pogosto tudi dezintegrirajo sorodniške in prijateljske mreže.

To si je možno razlagati na več načinov. Gotovo, da je za vzdrževanje sorodniških in prijateljskih zvez potrebna določena aktivnost, ki jo sta-

rejše osebe ne zmorejo, verjetno pa so tudi možnosti izbora manjše pri starejših kot pri mlajših osebah.

Prav tako domnevamo, da je zmanjševanje sorodniških in prijateljskih stikov pri starejših osebah posledica asimetričnih odnosov. To pomeni, da so te osebe v določenih življenjskih obdobjih, ko so bile še same aktivne, imele pomembno vlogo pri ustvarjanju in alokaciji virov (ko so imele svojo družino, ko so pomagale mladim, da si ustvarijo svojo družino). Bile so v vlogi »ustvarjalca« in »dajalca« virov. V starejših letih pa pridejo v položaj »prejemnika« virov, ki naj bi se ustvarjal v družinsko-sorodniških in prijateljskih mrežah. Ti viri pa se zaradi že prej opisanih vzrokov ne ustvarjajo, so neustrezni, ali jih ostareli ne morejo mobilizirati za svoje potrebe.

3.3. Socialna (dez)integracija v mestih in na podeželju

Družinsko-sorodniške in prijateljske mreže so običajno trdnješe v manjših krajih kot v velikih urbanih središčih, kjer prihaja zaradi večje mobilnosti, zmanjševanja socialne kontrole, nepreglednosti in neobvladljivosti okolja do hitrejšje socialne dezintegracije. Želeli smo preveriti, ali ta teorija velja tudi za naše prebivalstvo.

Tabela: Stiki s sorodniki in prijatelji glede na značilnosti kraja (po spolu v %)

	Kraji		
	Ljubljana Maribor	manjši kraji	vas
Moški:			
Redki stiki s sorodniki	24,2	13,5	12,2
Od tega nobenih stikov	12,8	7,4	6,2
Redki stiki s prijatelji	16,6	15,4	15,1
Od tega nobenih stikov	10,0	7,7	5,8
Vsi:	211	311	688
Ženske:			
Redki stiki s sorodniki	13,4	12,8	15,0
Od tega nobenih stikov	12,8	7,4	6,2
Redki stiki s prijatelji	20,4	16,9	20,8
Od tega nobenih stikov	14,2	7,1	11,8
Vsi:	160	337	659

Pri moških je v mestnih okoljih nakazana tendenca k večji izoliranosti kot v primestnih in vaških okoljih. V Ljubljani in Mariboru je več moških, ki imajo malo stikov, ali pa sploh ne s svojimi sorodniki in prijatelji. Pri ženskah je ta tendenca manj izražena. Razlike med mestnim prebivalstvom in pa onim, ki živijo v manjših krajih in primestnih občinah ter vasi, je zlasti opaziti pri tisti skupini moških in žensk, ki nima nobenih sorodniških stikov. Takšnih je v mestu enkrat več kot na vasi. Glede na to, da velja isto za prijateljske stike, lahko sklepamo, da je tudi pri nas v večjih mestih več osamljenih oseb kot v manjših krajih.

4. Slaba socialna integracija in zdravje

O šibki ali *slabi socialni integraciji* lahko govorimo, če živi oseba v samskem gospodinjstvu in ima zelo redke stike, ali sploh nobenih, s sorodniki in prijatelji. Za te osebe lahko rečemo, da so resnično osamljene in prikrajšane za vire, ki se ustvarjajo v primarnih strukturah.⁴

Tabela 5: Slaba socialna integracija (osebe, ki živijo v samskih gospodinjstvih in imajo redke stike ali pa nobenih, s sorodniki ali prijatelji (po spolu v %)

	Stiki s sorodniki	Stiki s prijatelji	Vsi, ki živijo sami v gospodinjstvih
Celotna populacija:			
— ima redke stike;	22,5	17,5	223
od tega nobenih stikov	10,8	6,7	
Moški:			
— ima redke stike;	31,5	17,9	95
od tega nobenih stikov	14,7	6,3	
Ženske:			
— ima redke stike;	15,6	17,2	128
od tega nobenih stikov	7,8	7,0	

V celotni vzročni populaciji je malo manj kot 1/4 vseh samskih oseb, ki imajo redke stike s sorodniki, in več kot 1/10, ki nimajo nobenih stikov. Le nekoliko manjši je delež onih anketirancev, ki živijo v samskih gospodinjstvih pa imajo redke stike, ali pa nobenih, s prijatelji. Brez sorodniških stikov je nekaj več moških kot žensk, pri prijateljskih stikih pa med spoloma ni večjih razlik. Kljub temu da zaenkrat še ne moremo natančno določiti koliko oseb je najbolj osamljenih in katere so to, pa lahko vendar sklepamo, da osamljenost tudi v naši družbi ni redek pojav.

Sedaj ko smo približno ocenili stopnjo primarne integracije pri naših anketirancih, lahko še odgovorimo na vprašanje o pomenu socialne integracije za blaginjo ljudi.

Na osnovi zbranih podatkov je težko preveriti hipotezo o (ne)problematicnosti socialne (dez)integracije in njenem neposrednem vplivu na kvaliteto življenja. Toda če sprejmemo predpostavko, da je zdravje, se pravi telesno in mentalno počutje ljudi, pomemben pokazatelj kvalitete življenja, da se v zdravstvenem stanju kažejo negativne in pozitivne komponente kvalitete življenja in da je od zdravstvenega stanja posameznika odvisno, kateri viri mu bodo dostopni in kako bo z njimi upravljal, potem z ugotavljanjem zdravstvenega stanja oseb brez socialne integracije in z njo sklepamo na pomen, ki ga ima integracija kot dejavnik kvalitete življenja.

Podatki kažejo, da so vse našete zdravstvene težave bolj pogoste pri ženskah kot pri moških in najbolj pogoste pri socialno slabo integriranih ženskah. Ženske, ki živijo ali v samskih gospodinjstvih ali nimajo stikov s sorodniki in prijatelji, bolj pogosto tožijo, da imajo bolečine in cirkulatorne motnje. Posebno velike so razlike pri psihosomatski simptomatiki. Kar polovica vseh žensk, ki živijo v samskih gospodinjstvih in imajo redke stike s sorodniki, so povedale, da imajo vsaj enega ali več težjih in lažjih psihosomatskih simptomov. Pri utrujenosti je razmerje nekoliko drugačno. Kaže, da so bolj utrujene ženske, ki imajo družino, kot one, ki so same, vendar je utrujenost redkejša pri tistih, ki imajo pogoste stike s sorodniki in prijatelji, kot pri onih, ki teh stikov nimajo. Lahko torej sklepamo, da jih solidarnostna pomoč sorodniških in prijateljskih mrež razbremenjuje in s tem prispeva k njihovemu boljšemu fizičnemu počutju.

Pri moških so razmerja drugačna. Razlike v bolezenski simptomatiki so med moškimi s slabo in močno integracijo manjše kot pri ženskah ali pa razlik sploh ni. V nekaterih primerih so razmerja celo obratna in v prid samskim moškim. To si lahko razlagamo tudi s starostno strukturo moških in žensk z različno socialno integracijo ter večjo nagnjenostjo žensk k obolevnosti, o čemer bomo še podrobneje govorili.

Tabela 6: Zdravstveni problemi oseb s slabo in močno socialno integracijo (po spolu v %)

Integracija	Zdravstveni problemi					
	bolečine	cirkul. motnje	psihos. simptomi	utrujenost	eks. uživanje alkohola	vsi
Živi sam:						
— moški	13,8	7,4	9,5	22,1	27,4	95
— ženske	34,4	29,9	53,2	22,6	7,8	128
Živi v družini:						
— moški	16,3	12,5	25,7	32,6	28,8	1085
— ženske	22,7	19,0	40,0	44,3	5,7	1058
Redki stiki s sorodniki:						
— moški	14,2	14,2	27,0	33,8	28,8	197
— ženske	29,4	27,7	51,0	54,0	6,2	177
Pogosti stiki s sorodniki:						
— moški	17,4	12,2	23,8	35,7	29,2	1007
— ženske	23,5	19,8	26,1	44,2	6,0	1074
Redki stiki s prijatelji:						
— moški	21,0	19,5	31,3	38,0	30,0	185
— ženske	36,4	20,9	39,0	58,3	6,9	247
Pogosti stiki s prijatelji:						
— moški	16,2	11,3	23,5	31,5	29,1	1019
— ženske	21,3	19,2	27,5	42,7	6,9	1003

V analizo smo vključili tudi ekscesivno uživanje alkoholnih pijač. Četudi pitje samo po sebi ni bolezenski simptom, lahko predpostavljamo, da je ekscesivno pitje znak psihičnega neugodja, kar delno potrjujejo tudi naši rezultati.

Med ekscesivnimi pivci je signifikantno več moških kot žensk. Pri- bližno 30 % vse anketirane moške vzročne populacije je ekscesivnih pivcev, ne glede na stanje njihove socialne integracije. Vendar pri ženskah ni tako: med njimi je veliko manj pivk; obstajajo pa nekatere razlike v pivskih navadah pri ženskah s slabo in močno socialno integracijo. Največ ekscesivnih pivcev je med ženskami, ki živijo v samskih gospodinjstvih, iz česar lahko sklepamo na problematičnost njihovega položaja.

Na osnovi prikazanih podatkov je torej možno sklepati, da bolezenska simptomatika korelira s socialno integracijo, ali drugače povedano: zdrav- stveno stanje je slabše pri ljudeh s slabo socialno integracijo kot pri onih, ki so čvrsto integrirani v primarne skupine. To še zlasti velja za ženske, verjetno tudi zato, ker so po svoji tradiciji bolj navezane na družino kot moški in tudi bolj odvisne od njenih virov. Ženska več priča- kuje od partnerskih in družinskih odnosov, zato je tudi bolj ranljiva, če se njena pričakovanja ne uresničijo in se odnosi zaradi kakršnihkoli razlogov poslabšajo.

Prikazanih podatkov pa seveda ni možno interpretirati, ne da bi pri tem upoštevali rezultate naših predhodnih analiz, ki kažejo, da obolevnost narašča s starostjo in da so ženske bolj nagnjene k obolevnosti kot moški. Največ bolezenskih simptomov imajo ženske srednjih let in starejši letniki (K. Boh in N. Černigoj-Sadar), torej natanko tista populacija, za katero

smo ugotovili, da je v njej največ oseb, ki živijo v samskih gospodinjstvih ali imajo redke stike s sorodniki in prijatelji.⁷

To pa v nobenem primeru ne zmanjšuje vrednosti naših rezultatov. Nasprotno četudi ne moremo ugotavljati vzročno-posledičnih zvez in ne vemo, ali pomanjkanje integracije povzroči bolezensko simptomatiko ali je zveza naključna oziroma posledica starosti in določene fiziološke predispozicije za obolevnost pri ženskah, lahko našo analizo sklenemo z ugotovitvijo, da je verjetneje, da se bodo zdravstvene težave pojavile pri osamljenih ljudeh kot pri tistih, ki so integrirani v primarne skupine.

sorodstvenih in prijateljskih mrežah z vidika njegove socialne integracije, poskusili smo odkriti zvezo med stopnjo socialne integracije ter telesnim in ~~mentalnim zdravjem.~~

Stopnjo ali intenzivnost socialne integracije smo opredelili s sestavo gospodinjstva, v katerem posameznik živi (samsko ali družinsko gospodinjstvo), ter pogostostjo stikov s sorodniki ali prijatelji. Kljub temu da so lahko pogosti socialni odnosi tudi obremenjujoči in posameznika ovirajo v njegovih individualnih težnjah ter omejujejo njegovo svobodo, smo izhajali iz hipoteze, da je primarna integracija vir za zadovoljevanje potreb in je zato določena stopnja integracije pomemben dejavnik pri ustvarjanju kvalitetnih življenjskih pogojev.

Socialno integracijo smo merili z »objektivnimi« kazalci (tip gospodinjstva, pogostost stikov). Gotovo bi dobili še bolj poglobljene informacije, ko bi temu lahko dodali tudi subjektivne vidike integracije (percepcije, stališča). Vendar so naši »objektivni« podatki dovolj tehtni, še posebno, ker so raziskave pokazale, da ni pomembnega razkoraka med stopnjo integracije, merjeno z objektivnimi, in tisto, merjeno s subjektivnimi kazalci. (ch. Axelsson 1985).

Odgovorili smo na obe osnovni vprašanji: kdo so osebe, ki imajo socialno integracijo ali je nimajo, in kako socialna integracija vpliva na zdravstveno stanje ljudi.

Rezultate naše analize bi lahko strnili takole:

Naši anketiranci izkazujejo precej visoko stopnjo integriranosti. Večji del vzročne populacije živi v družini, le 10,3 % jih živi v samskih gospodinjstvih. Med njimi je nekoliko več žensk kot moških.

Večina prebivalstva ima stike s sorodniki, manj s prijatelji. Iz tega smo sklenili, da so naši anketiranci močno družinsko orientirani in da je družina bila, in tudi ostaja eden najbolj pomembnih virov za zagotavljanje nekaterih za življenje nujnih potreb.

V sedANJI fazi obdelave ni bilo možno izračunati deleža osamljenih oseb, ki imajo zelo redke socialne stike, ali nobenih (živijo v samskih gospodinjstvih in nimajo stikov s sorodniki in prijatelji ali pa so ti zelo redki. Vendar se nam že v tej fazi nakazuje nekatere tendence, iz katerih je možno razbrati, da je med ženskami več osamljenih kot med moškimi. Največ oseb z izrazito slabo integracijo je med ženskami srednjih in starejših letnikov, to je v tisti fazi življenjskega ciklusa, ko otroci zapustijo svojo družino in si ustvarijo svoj dom, zakonska zveza pa razpade (ali je že prej razpadla zaradi razveze ali partnerjeve smrti). Sočasno z družinsko dezintegracijo, kot kaže, usihajo tudi sorodniške in prijateljske zveze.

Vprašanje, ali je slabše zdravje posledica osamljenosti ali so, nasprotno, te osebe prav zato osamljene, ker niso zdrave, za načrtovanje socialne in zdravstvene politike ter aktiviranje konkretnih virov pravzaprav niti ni

pomembno. *Temeljna je pri tem ugotovitev, da je slaba primarna integracija povezana z zdravstvenimi problemi in predvsem z mentalnim zdravjem in da so v tem smislu najbolj rizična skupina samske ženske srednjih in starejših letnikov.*

PRIPOMBE:

¹ V družinska gospodinjstva smo šteli vse empirično ugotovljene strukturne tipe družin, kot so prikazani v tabeli 1.

² Če je anketiranec odgovoril, da nima stikov ali ima samo enega ali dva redka stika, smo ga uvrstili med »redke stike«.

³ Družinska solidarnost je najmočnejše izražena pri mladih družinah, ki dobivajo pomoč od svojih staršev, včasih tudi bratov in sester, ter pri starejših osebah, ki jim pomagajo njihovi otroci, zlasti hčerke. Mladi dvojici pomagajo zlasti materialno, potem pri opravljanju gospodinskih del in pri varstvu otrok, pa z nasveti in psihološko oporo v krizah. Starejše in onemogle osebe so v veliki meri odvisne od uslug svojih otrok. (K. Boh in N. Černigoj-Sadar 1985).

⁴ V tej fazi obdelave podatkov še ne moremo ugotoviti, koliko naših respondentov sodi v skupino »osamljenih«, to je tistih, ki živijo v samskih gospodinjstvih in nimajo stikov niti s sorodniki niti s prijatelji. Zato tudi primerjava s švedskimi rezultati na tej stopnji analize še ni možna.

⁵ »Bolečine« pomeni, da je anketiranec v zadnjih 12 mesecih imel bolečine v ramenih, križu, hrbtu, rokah, komolcih, nogah, kolenih (revmatične bolečine, išias ipd.).

Med »cirkulatorne motnje« smo šteli večje težave s srcem, krvnim pritiskom, žilami; oteklina na nogah, pomanjkanje zraka, slabosti. Med »psihosomatske simptome« smo uvrstili splošno utrujenost in preutrujenost, nespečnost, anksioznost in nemir, depresije ter živčno napetost. Če je anketiranec odgovoril, da ima manjšo težavo, smo pripisali vrednost 1, za hujše težave pa vrednost 2. V analizi smo upoštevali tiste anketirance, ki so našli dva lažja ali en težji simptom in več.

Pri »utrujenosti« smo upoštevali samo »notorično utrujenost«, to je primere, ko je anketiranec povedal, da je utrujen ves dan oz. da je utrujen zjutraj, čez dan in zvečer.

⁶ Merili smo tudi pogostost uživanja alkohola. Vprašanje se je glasilo: Ali kdaj pijete alkoholne pijače? (Če da) Ali pijete alkoholne pijače vsak dan oziroma skoraj vsak dan? (Če da) Ali takrat ko pijete, popijete več kot pol litra vina ali več kot 3 kozarčke žganja ali več kot 4 piva in podobno?

⁷ Naši podatki se v glavnem skladajo s švedskimi. Vendar so šli raziskovalci na Švedskem v svoji analizi že korak dalje in ugotovili, da je med osamljenimi osebami največ žensk srednjih let iz nižjih slojev. V nadaljnjih analizah bomo tudi mi poskušali še bolj natančno identificirati socialno in zdravstveno najbolj ogrožene skupine prebivalstva.

LITERATURA:

Allardt, E.: Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. Acta sociologica 1976. Vol. 19. No. 3.

Axelsson, Ch.: Family and Social Integration. V: Welfare in Transition; Living Conditions in Sweden 1968—1981, Chapter 12, Oxford University Press, 1986.

Balbo, L.: Stato di famiglia. Etas Libri. Milano 1980.

Boh, K., Černigoj-Sadar, N.: Spreminjanje življenjskih vzorcev v evropskih družinah. ISU, Ljubljana 1984/85.

Boh, K., Černigoj-Sadar, N.: Otroško varstvo v Sloveniji — kazalec kvalitete življenja otrok in družin, ISU, Ljubljana 1985.

Boh, K., Černigoj-Sadar, N.: Testing New Methods in Extending Social and Rehabilitation Services for Families. ISU, Ljubljana 1985.

Boh, K., Černigoj-Sadar, N.: Zdravstvene potrebe in njihovo zadovoljevanje. Analiza stanja in perspektiv na osnovi socialnih indikatorjev. Zdravstveno stanje prebivalstva v Sloveniji. ISU, Ljubljana 1985.

Cooley, C. H.: The Social Organization. New York 1909.

Litwak, E.: The Use of Extended Family Groups in the Achievement of Social Goals. Social Problems 1959/60. Vol. 7.

- Maslow, A.H.: A Theory of Human Motivation. Psychological Review. New York 1943.
- Mitterauer, M.; Sieder R.: Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Verlag C.H. Beck. München 1984.
- Neidhardt, F.: Die Familie in Deutschland. Gesellschaftliche Stellung. Struktur und Funktion. Leske Verlag, 1975.
- Sussman, M.B.: The Isolated Nuclear Family: Fact or Fiction? Social Problem Vol. 6. 1959.
- Sussman, M.B., Burchinal, L.: Kin Family Network: Unheralded Structure in Current Conceptualization of Family Functioning. In: Sussman M.B. (ed.): Sourcebook in Marriage and the Family. Houghton Mifflin Company. Boston 1968.
- Zvonarević, M.: Socialna psihologija. Školska knjiga, Zagreb 1974.
- Waerness, K.: Caring. (Poglavje v knjigi: Changes of Family Patterns in Europe — v tisku).