

SOCIOEKONOMSKI POLOŽAJ DRUŽINE IN IZBRANI KAZALNIKI ZDRAVJA MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

SOCIOECONOMIC POSITION AND SOME SUBJECTIVE INDICATORS OF HEALTH IN YOUNG PEOPLE IN SLOVENIA

Helena Jeriček Klanšček¹, Mojca Gabrijelčič Blenkuš¹, Tina Zupanič¹

Prispelo: 16. 2. 2011 – Sprejeto: 14. 12. 2011

Izvirni znanstveni članek
UDK

Izvleček

Uvod: Socioekonomski položaj ima pomemben vpliv na zdravje in vedenje, povezano z zdravjem. V Sloveniji se s področjem raziskovanja razlik v zdravju otrok in mladostnikov ter socioekonomskim položajem še nismo poglobljeno ukvarjali. V članku nameravamo raziskati povezanost med socioekonomskim položajem in izbranimi kazalniki samoocenjenega zdravja ter z zdravjem povezanega vedenja pri mladostnikih pri nas.

Metode: V raziskavi se uporablja kvantitativna metodologija, in sicer standardni mednarodni anketni vprašalnik; vključenih je bilo 5.130 11-, 13- in 15-letnikov. Vzorčenje je bilo naključno, stratificirano; enota vzorčenja je bila razred. Za analizo podatkov smo uporabili hi-kvadrat in logistično regresijo.

Rezultati: Analiza povezanosti socioekonomskega statusa in izbranih kazalnikov zdravja ter z njim povezanega vedenja kaže, da je socioekonomski status pomembno povezan z vsemi izbranimi kazalniki, vendar pa je povezanost večinoma šibka. Mladostniki iz družin z nizkim socioekonomskim statusom (v primerjavi z mladostniki iz družin z visokim socioekonomskim statusom) pogosteje slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni s svojim življenjem, manj pogosto uživajo sadje vsak dan, so manj pogosto telesno aktivni, pogosteje se ocenjujejo kot predebeli, si manj pogosto umivajo zobe in so se manjkrat poškodovali v zadnjih 12 mesecih.

Zaključki: Ukrepe za preprečevanje neenakosti v zdravju je treba načrtovati od politične do individualne ravni. Potrebni so populacijski programi in ukrepi, ki bodo krepili zdravje in varovalne dejavnike celotne populacije ter zmanjševali neenakosti, pa tudi posebni programi in ukrepi za otroke in mladostnike iz revnejših družin ter tudi njihove družine, ki jim bodo omogočili pravičen in enak dostop do aktivnosti in virov zdravega življenja.

Ključne besede: socio-ekonomski položaj, izbrani kazalniki zdravja, ocena zdravja, prehrana, gibanje, neenakosti

Original scientific article
UDC

Abstract

Background: Social economic conditions have an important influence on health and health behaviour. In Slovenia, there have been no in-depth engagements into researching the differences in the health of children and young people correlated to their socioeconomic conditions. In the article, we intend to research the connection between the socio-economic status and selected indicators of self-evaluated health and health-related behaviour in young people in our country.

Methods: The research uses a quantitative methodology, namely the standard international survey questionnaire, in which 5130 11, 13 and 15 year olds were included. Sampling was performed randomly stratified; the sampling unit was a class. For the purposes of the analysis, the chi-square and logistical regression were used.

Results: The analysis of the connectedness between socio-economic status and selected indicators of health and health-related behaviour in young people shows that the socio-economic status is significantly connected to all the selected indicators. However, the connectedness is mostly weak. Adolescents from families with a low socio-economic status (in comparison with adolescents from families with a high socio-economic status) more often evaluate their own health worse, are less satisfied with their own life, eat less fruit per day, are less physically active, more often

evaluate themselves as overweight, wash their teeth less often and have had fewer injuries in the last twelve month.
Conclusions: *Measures for preventing health inequalities have to be planned from the political to the individual level. Population programs and measures that would strengthen health and safety factors for the whole population and reduce inequalities are needed, as well as special programs and measures for children and adolescents from poorer families and also their families, who will be given the opportunity for fair and equal access to activities and sources for a healthy life.*

Key words: social economic status, selected health indicators, self-related health, diet, exercise, inequalities

1 UVOD

Socioekonomski položaj ima pomemben vpliv na zdravje in vedenje, povezano z zdravjem. Pregled raziskav kaže, da se večina usmerja na odrasle in da je nižji socioekonomski položaj (nižja izobrazba, nižji dohodek in slabši zaposlitveni status) večinoma povezan z večjo umrljivostjo in obolevnostjo (1–10). Z raziskovanjem povezav in vplivov socioekonomskega položaja na zdravje otrok in mladostnikov se raziskovalci poglobljeno ukvarjajo šele v zadnjih letih (11–17). Obstajata dva glavna pristopa v raziskovanju razlik v zdravju otrok in mladih glede na socioekonomski položaj. Nekateri raziskovalci (11, 14, 17) se usmerjajo na raziskovanje razlik v zdravju otrok in mladostnikov glede na to, v katero socioekonomsko skupino otroci in mladostniki sodijo, drugi (18) pa raziskujejo makrokazalnike socioekonomskega položaja določene skupine otrok, skupnosti, regije ali države in njihove povezave z zdravjem otrok in mladostnikov.

Ugotovitve raziskav, ki so proučevale socioekonomske vidike in kazalnike zdravja pri mladostnikih, ne dajejo enotne slike. Nekateri raziskovalci ugotavljajo, da skoraj ni razlik v samooporočanem zdravju oz. so zelo majhne glede na socioekonomski položaj (15–17, 19–20), medtem ko drugi ugotavljajo pomembne razlike v zdravju mladostnikov glede na individualne socioekonomske razlike in tudi socioekonomske razlike na ravni različnih držav (18, 21–25).

V Sloveniji se s področjem raziskovanja razlik v zdravju mladostnikov in socioekonomskim položajem še nismo poglobljeno ukvarjali, razen v okviru raziskovanja neenakosti v zdravju v Sloveniji (26). Vzrokov je več; eden izmed njih je, da se o revščini izraziteje razpravlja šele v zadnjih letih (27–29), poleg tega pa imamo v Sloveniji kar nekaj blažilnih mehanizmov, zaradi katerih razlike v socioekonomskem položaju niso tako izrazite, kot so v nekaterih drugih državah. Namen članka je, da v njem raziščemo povezanost med socioekonomskim položajem in izbranimi kazalniki samoocenjenega zdravja in z zdravjem povezanega vedenja pri 11-, 13- in 15-letnikih v Sloveniji. Z analizo želimo preveriti, ali je socioekonomski položaj družin slovenskih mladostnikov

povezan z njihovim zdravjem in vedenjem, povezanim z zdravjem.

2 METODE

Podatke in primerjave smo črpali iz mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju iz leta 2006 (HBSC), ki je podrobno opisana v mednarodnem poročilu *Inequalities in young peoples health* (30) in slovenskem poročilu (31). V raziskavo je bilo vključenih 41 držav in 204.534 mladostnikov. Raziskovalni instrument je mednarodni standardiziran anketni vprašalnik, sestavljen iz niza enotnih vprašanj za vse države in omejenega števila nacionalnih vprašanj. V članku predstavljamo slovenske podatke, in sicer je bilo v slovenski vzorec zajetih 5.130 11-, 13- in 15-letnikov, od tega med 11-letniki 49,4 % fantov in 50,6 % deklet, med 13-letniki 50,1 % fantov in 49,9 % deklet ter med 15-letniki 50 % fantov in 50 % deklet. Šlo je za naključno, stratificirano vzorčenje, enota vzorčenja pa je bila razred. Raziskava je bila izvedena v mesecih februarju in marcu 2006.

Socioekonomski položaj otroka ali mladostnika je težje meriti kot pri odraslih. Vzroki za to so, da otroci in mladostniki velikokrat ne vedo, kakšno izobrazbo imajo njihovi starši, kakšen poklic opravljajo in kakšen je njihov dohodek. V raziskavi smo ga merili s pomočjo indeksa *Family Affluance Scale (FAS)*, ki meri družinsko bogastvo (premožnost) oz. socioekonomsko prikrajšanost. Indeks FAS je bil razvit in tudi preverjen za potrebe mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (32–34) in je ena izmed pogosto uporabljenih metod za merjenje socioekonomskega statusa mladostnikov. Indeks vsebuje vprašanja glede števila avtomobila/-ov v družini, lastne otrokove sobe, pogostosti počitnikovanja in števila računalnikov v družini. Seštevek odgovorov je razvrščen v tri skupine: FAS 1 (vsota = od 0 do 3) – nizek socioekonomski status (SES) ali nizek indeks FAS, FAS 2 (vsota = 4 in 5) – srednji SES ali srednji indeks FAS, FAS 3 (vsota = 6 in 7) – visok SES ali visok indeks FAS. Mladostnike smo glede na seštevek uvrstili v eno izmed treh

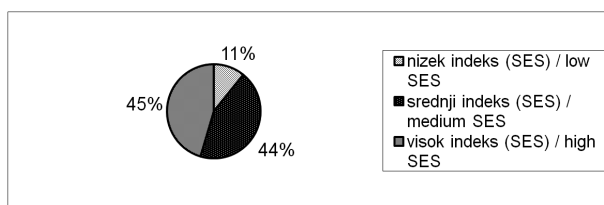
skupin, nato pa smo preverjali povezanost omenjenih treh skupin z naslednjimi izbranimi samoocenjenimi kazalniki zdravja ali z zdravjem povezanega vedenja: ocena zdravja, zadovoljstvo z življenjem, poškodbe, telesna samopodoba, uživanje sadja, telesna aktivnost in umivanje zob.

Podatke smo obdelali s programom SPSS. Uporabili smo podprogram Crosstabs, s pomočjo katerega smo izračunali tabele dvo- in večrazsežne frekvenčne porazdelitve ter statistike, ki omogočajo sklepanje o povezanosti spremenljivk. Za sklepanje o povezanosti smo uporabili hi-kvadrat test (χ^2), o tesnosti zveze pa smo sklepali na podlagi kontingenčnega koeficienta (C) in Cramerjevega koeficienta (Cr V). Meje razredov, po katerih smo klasificirali moč povezanosti spremenljivk glede na Cramerjev koeficient, so naslednje: 0,050–0,090 = šibka povezanost; 0,100–0,290 = srednje močna povezanost, 0,300 in več = močna povezanost. Za raven značilnosti smo vzeli vrednost statistične značilnosti $p \leq 0,05$. Uporabili smo tudi logistično regresijo.

3 REZULTATI

3.1 Socioekonomski položaj

Glede na celoten vzorec ($n = 5.130$; manjkajoči odgovori = 150 (2,9 %)) se je malo več kot desetina vprašanih uvrstila v skupino z nizkim socioekonomskim položajem (SES) ali nizkim indeksom FAS; v enakem deležu približno 45 % pa v skupino s srednjim socioekonomskim položajem (SES) ali srednjim indeksom FAS in v skupino z visokim socioekonomskim položajem (SES) ali visokim indeksom FAS (Slika 1).



Slika 1. Frekvenčna porazdelitev indeksa družinskega blagostanja (FAS).

Figure 1. Sample structural percentages according to the Family Affluence Scale (FAS).

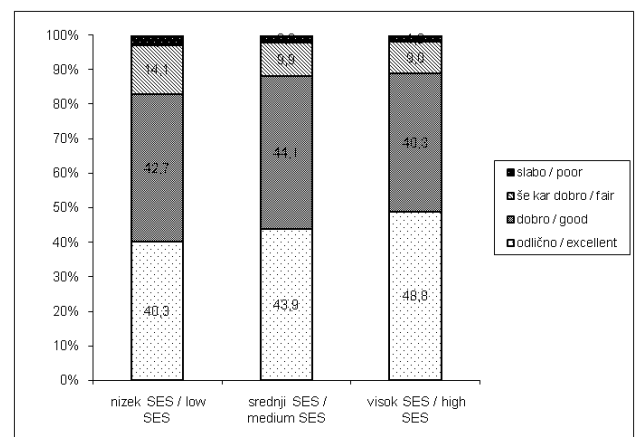
Slovenija se po odstotku uvrščenih enot v skupino z visokim SES-om uvršča na 14. mesto (z visokim deležem mladostnikov, uvrščenih v skupino z visokim SES-om (merjenim z indeksom FAS), pri razvrstitvi v skupino z nizkim SES-om (po najmanjšem odstotku uvrščenih v to skupino) pa si enajsto mesto deli z ZDA (enajsta po vrsti z najmanjšim deležem uvrščenih v

skupino z nizkim SES-om). Najvišje uvrščena na lestvici 41 sodelujočih držav (HBS 2006) je Islandija le z 2 % uvrščenimi v skupino z nizkim SES-om in 72 % z visokim SES-om, najnižje uvrščena pa je Turčija s 70 % uvrščenih v skupino z nizkim SES-om in 5 % v skupino z visokim SES-om (30).

Poleg tega smo na slovenskem vzorcu mladostnikov ugotovili, da znotraj indeksa FAS, ki je sestavljen iz štirih spremenljivk (soba, počitnice, št. računalnikov, avtomobilov), najmočnejšo povezanost s kazalniki zdravja in z njim povezanega vedenja slovenskih mladostnikov kaže spremenljivka, ki meri število družinskih počitnic. Pogostost družinskih počitnic se kaže kot najpomembnejši socio-ekonomski kazalnik (izmed prej omenjenih), ki vpliva na izbrane subjektivne kazalnike zdravja.

3.2 Subjektivna ocena svojega zdravja in zadovoljstva z življenjem

Subjektivna ocena zdravja je statistično značilno ($p < 0,001$) povezana s socioekonomskim položajem in je glede na Cramerjev koeficient šibka ($\chi^2 = 27,240$; $C = 0,074$; $Cr \cdot V = 0,052$). Največje razlike so med mladostniki iz družin z visokim socioekonomskim položajem in tistimi iz družin z nizkim socioekonomskim položajem. Tako so mladostniki iz revnejših družin v manjšem deležu (40,3 %) ocenili svoje zdravje kot odlično v primerjavi z mladostniki iz bogatejših družin (48,8 %), pogosteje pa so svoje zdravje ocenili kot slabo ali še kar dobro kot pa mladostniki iz bolj situiranih družin (Slika 2).

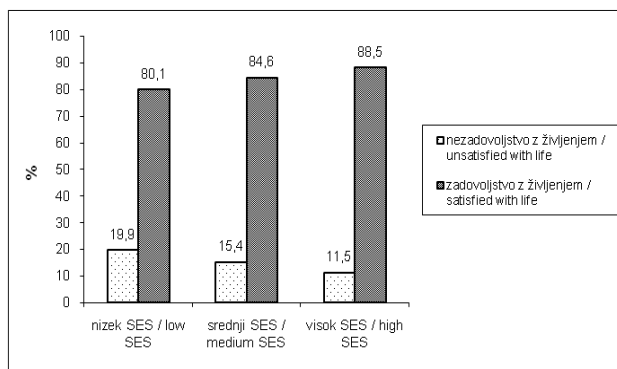


Slika 2. Subjektivna ocena zdravja glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine.

Figure 2. Self-rated health according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

Zadovoljstvo z življenjem

Spremenljivki socioekonomski status in zadovoljstvo z življenjem (rekodirana Cantrillova lestvica v zadovoljen in nezadovoljen) sta statistično značilno povezani ($p < 0,000$), povezanost je glede na Cramerjev koeficient šibka $\chi^2 = 30,072$; $C = 0,078$; $CrV = 0,078$). Največje razlike v zadovoljstvu z življenjem se kažejo med mladostniki z visokim SES-om in mladostniki z nizkim SES-om. Zadovoljnih z življenjem je v skupini z visokim SES-om kar za 8,4 % več kot v skupini z nizkim SES-om (Slika 3).

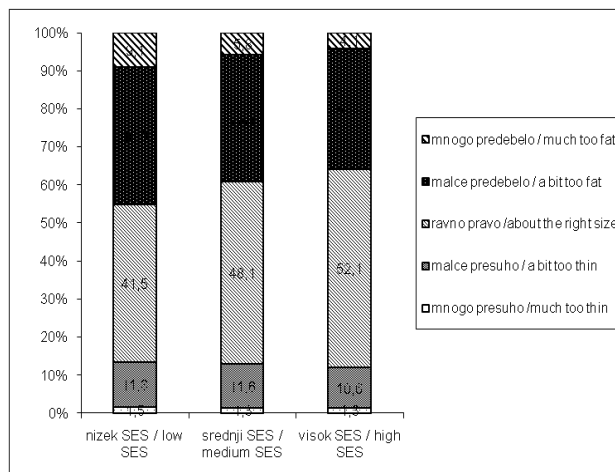


Slika 3. Zadovoljstvo z življenjem (rekodirano v dve skupini) glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine SES.

Figure 3. Life satisfaction (recoded into two groups: satisfied, unsatisfied) according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

3. 3 Telesna samopodoba in pogostost poškodb

Povezanost socioekonomskega položaja družine mladostnika (merjenega z indeksom FAS) in samoocene telesne teže je statistično značilna ($p < 0,001$) in glede na Cramerjev koeficient šibka ($\chi^2 = 35,774$; $C = 0,086$; $CrV = 0,061$). Mladostniki z različnim socioekononomskim statusom se razlikujejo glede na samooceno telesne teže, predvsem pri oceni ravno pravšnosti in pri oceni telesa kot malce/mnogo predebelega, medtem ko pri oceni telesa kot malce/mnogo presuhega večjih razlik ni. Odstotek mladostnikov, ki ocenjujejo svoje telo kot ravno pravšnje, narašča z višjim SES-om. Tako 41,5 % mladostnikov z nizkim SES-om ocenjuje svoje telo kot ravno pravšnje, medtem ko je v skupini z visokim SES-om takih 52,1 %. Odstotki odgovorov, ki lastno telo ocenjujejo kot malce ali mnogo predebelo, je pri mladostnikih z nizkim SES-om za 5 % višje kot pri mladostnikih z visokim SES-om (Slika 4).

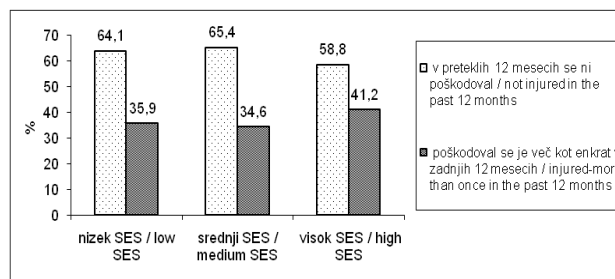


Slika 4. Ocena telesne samopodobe glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine (SES).

Figure 4. Self-perception of body image according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

Pogostost poškodb

Povezanost med spremenljivkama: pogostost poškodb (primeri, ko je mladostnik potreboval pomoč zdravnika ali medicinske sestre) v zadnjih 12 mesecih in SES-om mladostnika je statistično značilna ($p < 0,001$) in glede na Cramerjev koeficient šibka ($\chi^2 = 21,307$; $C = 0,065$; $CrV = 0,066$). Mladostniki iz bogatejših družin so se pogosteje poškodovali kot mladostniki iz revnejših družin (Slika 5).



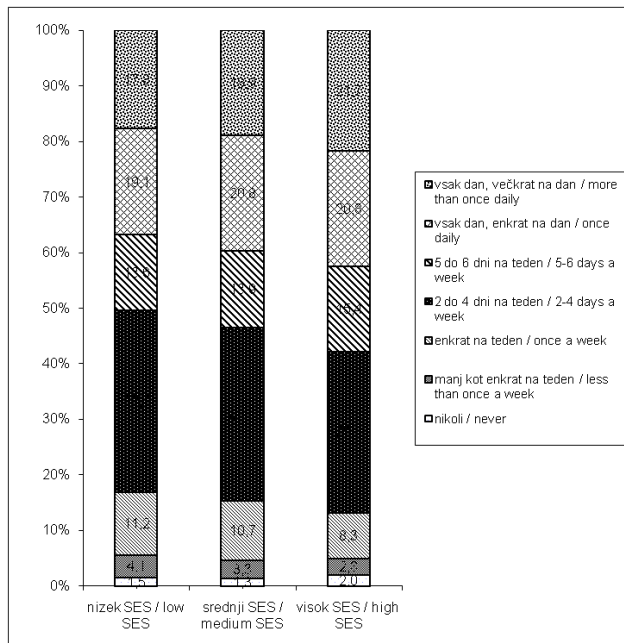
Slika 5. Pogostost poškodb glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine (SES).

Figure 5. Injured in the past 12 months according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

3.4 Z zdravjem povezana vedenja

3.4.1 Uživanje sadja

Pogostost uživanja sadja je statistično značilno ($p = 0,016$) povezana s SES-om družine mladostnika in glede na Cramerjev koeficient šibka ($\chi^2 = 24,738$; $C = 0,071$; $CrV = 0,050$). Pogostost uživanja sadja narašča z višanjem SES-a družine mladostnika. Odstotek mladostnikov, ki so odgovorili, da uživajo sadje vsak dan (večkrat dnevno), je pri visokem SES-u za 3,9 % višji kot pri mladostnikih z nizkim SES-om (Slika 6).



Slika 6. Pogostost uživanja sadja glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine (SES).

Figure 6. Fruit consumption frequency according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

Tabela 1. Povezanost spremenljivk indeksa družinskega blagostanja FAS, ki meri socialno-ekonomski status družine in telesne aktivnosti, merjene s tremi spremenljivkami.

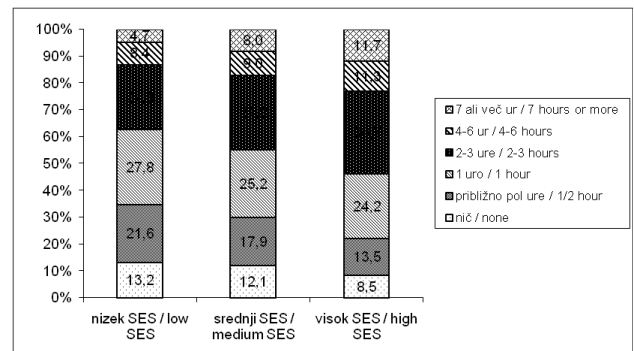
Table 1. Correlation between the SES and physical activities, measured by three variables.

Povezanost telesne aktivnosti in SES-a / Associations between physical activity (PA) and the SES	χ^2	C	CrV	p
Telesna aktivnost v št. ur/teden + SES Physical activity (PA) in Number of hour/week + SES	88,037	0,132	0,094	0,000
Telesna aktivnost št. dni/teden + SES PA in number of days/week + SES	96,527	0,139	0,099	0,000
Telesna aktivnost pogostost/mesec PA -frequency/Month + SES	80,671	0,127	0,090	0,000

3.4.2 Telesna aktivnost

Telesno aktivnost smo merili s tremi spremenljivkami, ki so vse tri statistično značilno povezane s socioekonomskim statusom družine mladostnika ($p = 0,000$), vendar je glede na Cramerjev koeficient ta povezanost šibka ($CrV < 0,100$) (Tabela 1).

Število ur in število dni rekreacije tedensko in tudi pogostost rekreacije narašča z višanjem SES-a. Mladostniki iz družin s slabšim socioekonomskim statusom se manj pogosto rekreirajo kot mladostniki iz družin z višjim socioekonomskim statusom. Odgovor, da se nič ne gibljejo v prostem času, je izbralo 13,2 % mladostnikov iz revnih družin in 8,5 % iz bogatih družin, medtem ko je pri odgovoru, da se rekreirajo 7 ur in več tedensko, razlika med revnimi in bogatimi 7 % v prid slednjim (Slika 7).



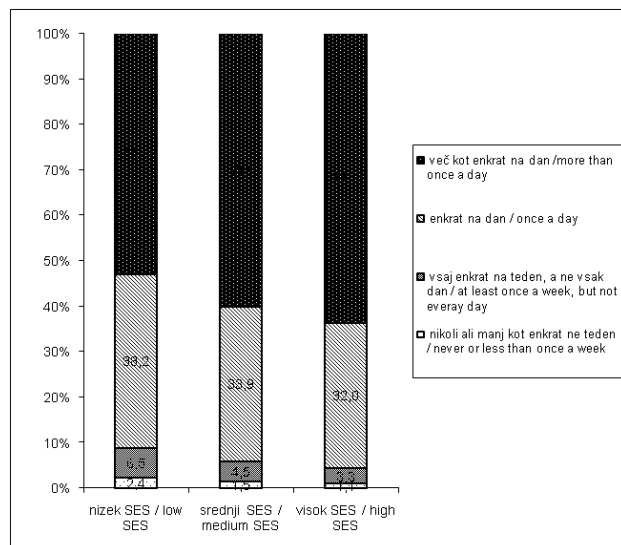
Slika 7. Število ur rekreacije tedensko glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine (SES).

Figure 7. Exercise-hours a week according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

3.4.3 Umivanje zob

Pogostost umivanja zob je statistično značilno povezana s socioekonomskim statusom družine mladostnika ($p < 0,001$), vendar je glede na Cramerjev koeficient povezanost šibka ($\chi^2 = 31,047$; $C = 0,079$;

$Cr > V = 0,056$). Mladostniki iz družin z višjim SES-om si pogosteje umivajo zobe (več kot enkrat dnevno) vsak dan (63,6 %) kot pa mladostniki iz družin z nizkim SES-om (52,9 %) (Slika 8).



Slika 8. Pogostost umivanja zob (rekodirano) glede na indeks družinskega blagostanja FAS, ki meri socio-ekonomski status družine (SES).

Figure 8. Tooth brushing frequency (recoded) according to the Family Affluence Scale (FAS), which measures the socio-economic status of the family.

3. 5 Vpliv indeksa FAS na z zdravjem povezana vedenja

Z logistično regresijo smo dodatno preverjali vpliv indeksa FAS na spremenljivke, ki merijo posamezna vedenja, povezana z zdravjem, in sicer nas je zanimalo, ali mladostniki, ki slabše ocenjujejo svoje zdravje oz. imajo manj zdrave navade, prihajajo iz družin z nižjim ali s srednjim rezultatom indeksa FAS.

Rezultati kažejo, da imajo tisti mladostniki, ki prihajajo iz družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS, 1,2-krat višje obete, da slabše ocenjujejo svoje zdravstveno stanje (95 % IZ: od 1,0 do 1,4) in 1,5-krat višje obete, da so nezadovoljni z življenjem, kot tisti, ki prihajajo iz družin z visokim indeksom FAS (95 % IZ: od 1,3 do 1,8). Mladostniki, ki prihajajo iz družin z visokim indeksom FAS, imajo 1,3-krat višje obete, da so se vsaj 1-krat v zadnjih 12 mesecih poškodovali, kot tisti, ki prihajajo iz družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS (95 % IZ: od 1,2 do 1,5). Poleg tega imajo mladostniki, ki prihajajo iz družin z visokim indeksom FAS, tudi 1,2-krat višje obete, da vsaj 1-krat dnevno ali pogosteje uživajo sadje (95 % IZ: od 1,0 do 1,3), ter 1,2-krat višje obete, da imajo boljšo zobno higieno kot tisti, ki prihajajo iz

družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS (95 % IZ: od 1,1 do 1,4). Mladostniki, ki prihajajo iz družin z visokim indeksom FAS, imajo tudi 1,4-krat višje obete, da so telesno dejavni 60 minut dnevno vsak dan v tednu (95 % IZ: od 1,2 do 1,6), ter 1,2-krat višje obete, da ocenjujejo svoje telo kot ravno pravo kot tisti, ki prihajajo iz družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS (95 % IZ: od 1,1 do 1,4).

4 RAZPRAVA

Analiza je pokazala pomembne razlike v zdravju in vedenju, povezanem z zdravjem, med mladostniki iz družin z nizkim in visokim socioekonomskim statusom. Mladostniki iz bogatejših družin se ocenjujejo kot bolj zdrave, bolj zadovoljne z življenjem in tudi njihov življenjski slog je bolj naklonjen zdravju kot pri mladostnikih iz revnejših družin. Podobne ugotovitve veljajo tudi za odraslo populacijo. Odrasli z višjim dohodkom svoje zdravje pogosteje ocenjujejo kot odlično ali dobro v primerjavi s tistimi z nižjimi dohodki (1–2, 8, 35). Vzroki za te razlike so pri mladostnikih in odraslih verjetno kompleksni in prepleteni. Eden izmed njih je verjetno povezan s tem, da imajo ljudje z višjim SES-om večje materialno bogastvo in posledično več možnosti za zdrav način življenja, razvoj svojih potencialov, uresničevanje svojih interesov, kar verjetno vpliva na občutke zadovoljstva, mogoče tudi na priljubljenost in večjo socialno mrežo.

Sklepamo lahko, da socioekonomski položaj družine že sam po sebi ustvarja razlike v zaznavanju svojega zdravja, zadovoljstva z življenjem in telesne podobe ter tudi v količini gibanja, uživanja sadja, pogostosti poškodb, umivanja zob itn. Gotovo imajo mladostniki iz bogatejših družin več možnosti za razvoj svojih potencialov in zdrav način življenja, zelo verjetno pa tudi starše, ki tudi sami bolj skrbijo za svoje zdravje in so mladostnikom bolj zdrav zgled. Zanimivo bi bilo v raziskavo vključiti še druge socioekonomske pa tudi družbene dejavnike, kot so: izobrazba, dohodek, način življenja staršev, ki vplivajo na razlike v zdravju, a niso zajeti v indeks FAS, s katerim smo merili SES v tej raziskavi. Vendar pa je vključevanje teh dodatnih kazalnikov pri populaciji mladostnikov (predvsem pri mlajši mladostnikih – 11-letnikih) zelo zahtevno, saj so študije pokazale, da je pri omenjenih kazalnikih zelo veliko manjkajočih odgovorov.

Naši rezultati večinoma kažejo na povezanost med socioekonomskim položajem mladostnikove družine in izbranimi subjektivnimi kazalniki zdravja in z zdravjem povezanega vedenja, vendar pa je povezanost večinoma šibka. Šibka povezanost med socioekonomskim položajem družin mladostnikov in

njegovim samoocenjenim zdravjem nakazuje možnost, da obstajajo še drugi pomembni dejavniki, ki so povezani z zdravjem (36–39). Lahko pa je vzrok zanjo tudi v načinu merjenja socioekonomskega položaja mladostnikov, ki mogoče ni več primeren, po drugi strani pa je zahtevnejši kot pri odraslih. Še posebej zahtevno je oblikovati mednarodni merski instrument, ki bi upošteval raznolikost socioekonomskih kontekstov in dejavnikov v različnih državah. Tako se je tudi indeks FAS spreminjal in tudi danes se raziskovalci ukvarjajo z njegovo validacijo. Zelo koristna bi bila dodatna validacija indeksa na slovenski populaciji mladostnikov in razmislek o tem, ali so lastna soba, počitnice, računalnik in avtomobil primerni pokazatelji različnega socioekonomskega položaja družine mladostnika pri nas ali je to mogoče kaj drugega. Nekatero raziskavo nakazujejo tudi pomen mladostnikove osebne socialne pozicije, ki se povečuje z odraščanjem in osamosvajanjem mladostnika (40).

Zanimivo je tudi, da podobne razlike v zdravju mladostnikov glede na socioekonomski položaj najdemo tudi v drugih državah, vključenih v to mednarodno raziskavo, kar pomeni, da ne gre samo za enkratne razlike v zdravju mladostnikov pri nas.

Glede na mednarodne podatke raziskave HBSC (iz leta 2006) je tako kot pri nas tudi v večini držav nižji socioekonomski status (merjen z indeksom FAS) družine mladostnika povezan s slabšo samooceno zdravja, z nižjo stopnjo uživanja sadja in manj rednim umivanjem zob, medtem ko je tako pri nas kot v večini sodelujočih držav statistično značilna povezanost visokega zadovoljstva z življenjem z visokim indeksom FAS, ki velja za dečke in deklice. V manjšini sodelujočih držav je statistično značilna povezava med SES-om in prepoznavanjem sebe kot debelega. V večini teh primerov je ta samopercepcija povezana z nizkim indeksom FAS. Ta vzorec je najmočnejši v zahodni Evropi, medtem ko se v vzhodni Evropi skoraj ne pojavlja. V manj kot polovici sodelujočih držav najdemo statistično značilno povezanost med nizkim indeksom FAS in manjšo pogostostjo od zmerne do močne fizične aktivnosti (30).

Ker gre za sistematične in ponavljajoče se razlike, na katere večinoma lahko vplivamo in so nepravilne, lahko govorimo o neenakostih v zdravju mladostnikov. Neenakosti so vse bolj pomembna tema ne samo pri odraslih (41), ampak tudi pri mladostnikih.

Koristno bi bilo razmišljati o tem, kako zmanjševati razlike med revnimi in bogatimi mladostniki, in tudi o tem, kako mladostnike iz revnejših družin pritegniti v bolj zdrav način življenja in jim ga tudi omogočiti, poleg tega pa raziskati, kaj vse še vpliva posredno ali neposredno na subjektivne kazalnike zdravja in z zdravjem povezanega vedenja pri mladostnikih.

5 ZAKLJUČEK

Analiza povezanosti socioekonomskega statusa in izbranih kazalnikov zdravja ter z njim povezanega vedenja mladostnikov kaže, da je socioekonomski status pomembno povezan z vsemi izbranimi kazalniki, vendar pa je povezanost šibka. Mladostniki iz družin z nizkim socioekonomskim statusom (v primerjavi z mladostniki iz družin z visokim socioekonomskim statusom):

- pogosteje slabše ocenjujejo svoje zdravje,
- so manj zadovoljni s svojim življenjem,
- manj pogosto uživajo sadje vsak dan,
- so manj pogosto telesno aktivni,
- pogosteje se ocenjujejo kot predebeli,
- si manj pogosto umivajo zobe in
- so se manjkrat poškodovali v zadnjih 12 mesecih.

Mladostniki, ki prihajajo z družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS, imajo višje obete, da slabše ocenjujejo svoje zdravje in da so nezadovoljni z življenjem kot tisti, ki prihajajo z družin z visokim indeksom. Mladostniki iz družin z visokim indeksom FAS pa imajo višje obete, da so se v zadnjih 12 mesecih poškodovali, da pogosteje uživajo sadje, imajo boljšo zobno higieno, da so telesno dejavni 60 minut dnevno vsak dan v tednu in da ocenjujejo svoje telo kot ravno pravšnje kot tisti, ki prihajajo iz družin z nizkim ali s srednjim indeksom FAS (95 % IZ: od 1,1 do 1,4).

Opisane razlike v zdravju se pojavljajo tudi v drugih državah, so nepravilne in jih lahko preprečimo, zato lahko govorimo o neenakostih. Ukrepe za preprečevanje neenakosti v zdravju je treba načrtovati od politične ravni, kjer si je treba prizadevati za zdravje v vseh politikah in enakost v zdravju v strateških dokumentih, do individualne ravni, kjer je treba opolnomočiti posameznika in mu omogočiti zdrave izbire. Treba je ohraniti že obstoječe ukrepe za zmanjševanje razlik pri nas in tudi razviti nove populacijske programe in ukrepe, ki bodo krepili zdravje in varovalne dejavnike celotne populacije ter zmanjševali neenakosti. Potrebni so tudi posebni promocijski in preventivni programi ter ukrepi za mladostnike iz revnejših družin in tudi njihove družine ter za druge ranljive skupine, ki jim bodo omogočili pravičen in enak dostop do aktivnosti in virov zdravega življenja.

Zahvala

Avtorice prispevka se zahvaljujemo Nini Scagneti, Maji Bajt, Mateji Gorenc, Darji Lavtar in Vesni Pucelj, ki so sodelovale pri izvedbi raziskave leta 2006, ter Robertu Deichmannu Rothu, ki je pomagal pri pripravi podatkov.

Literatura

1. Lahelma E. Health inequalities-the need for explanation and intervention. *Eur J Public Health* 2006; 16: 339.
2. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile: an independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health, 2006.
3. Artnik B, Vidmar G, Javornik J, Laaser U. Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. *CMJ* 2006; 47: 103-113.
4. Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health* 2010; 124: 78-85.
5. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Soc Sci Med* 2002; 54: 221-228.
6. Hagen K. et al. Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46,901 adults in Norway. *Scand J Public Health* 2005; 33: 268-275.
7. Heritage Z. Inequalities, social ties and health in France. *Public Health* 2009; 123: 29-34.
8. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M. et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Eng J Med* 2008; 358: 2468-2481.
9. Menke R, Streich W, Rossler G, Brand H. *Report on socio-economic differences in health indicators in Europe: health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, 2003.
10. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1768-1784.
11. Chen E, Matthews KA, Boyce W. Socioeconomic differences in children's health: how and why do these relationships change with age? *Psychological Bull* 2002; 128: 295-329.
12. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 130-135.
13. Spencer NJ. Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey. *Eur J Public Health* 2006; 16: 368-375.
14. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G. et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Inter J Public Health* 2009; 54: 260-270.
15. Glendinning A, Love JG, Hendry LB, Shucksmith J. Adolescence and health inequalities: extensions to Macintyre and West. *Soc Sci Med* 1992; 35: 679-687.
16. Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: a comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995; 41: 163-171.
17. Siahpush M, Singh GK. A multivariate analysis of the association between social class of origin and current social class with self-rated general health and psychological health among 16-year-old Australian. *Aust N Z J Med* 2000; 30: 653-659.
18. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Hauglands S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1-12.
19. Tuinstra J. Health in adolescence: an empirical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles. Groningen: Faculty of Medical Sciences, 1998.
20. West P. Inequalities?: social class differentials in health in British youth. *Soc Sci Med* 1988; 27: 291-296.
21. Call KT, Nonnemaker J. Socioeconomic disparities in adolescent health: contributing factors. *Ann NY Academy Sci* 1999; 896: 352-355.
22. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents health. *Am J Public Health* 1999; 89: 1522-1528.
23. van der Lucht F, Groothoff J. Social inequalities and health among children aged 10-11 in The Netherlands: causes and consequences. *Soc Sci Med* 2006; 40: 1305-1311.
24. Starfield B, Riley AW, Witt WP, Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 354-361.
25. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997; 44: 833-858.
26. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin A. et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2011.
27. Pokorn D. Neenakost v prehrani in debelost. *Zdrav Var* 2002; 41: 320-222.
28. Javornik J. Poročilo o človekovem razvoju. *Ekonomsko ogledalo* 2003; 9: 18-19.
29. Marušič A. Revščina ni začetek duševne motnje. V: Zbornik prispevkov na strokovnem srečanju »Izobraževalni program iz javnega zdravja III«. Maribor, 2005.
30. World Health Organisation. Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Geneva:WHO, 2008.
31. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: poročilo 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2007.
32. Boyce W, Torsheim T, Currie C, Zambon A. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Soc Ind Res* 2006; 78: 473-487.
33. Schnohr CW, Kreiner S, Due EP, Currie C, Boyce W, Diderichsen F. Differential item functioning of a family affluence scale: validation study on data from HBSC 2001/02. *Soc Ind Res* 2008; 89: 79-95.
34. Andersen A, Krølner R, Currie C, Dallago L, Due P, Richter M, Örkényi Á, Holstein BE. High agreement on family affluence between children's and parents' reports: international study of 11-year-old children. *Epidemiol Community Health* 2008; 62: 1092-1094.
35. Kamin T, Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, Dernovšek ZM. Duševno zdravja prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
36. Richter M, Erhart M, Boyce W, Vereecken CA, Zambon A, Gabhainn SN. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med* 2009; 69: 396-403. Pridobljeno 18. 6. 2009 s spletne strani: www.elsevier.com/locate/socscimed.
37. Marmot M. Social determinants and adolescent health. *Int J Public Health* 2009; 54: 125-127.
38. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H. et al. Subjective Health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health* 2009; 54: 151-159.
39. Koller T, Morgan A, Guerreiro A, Currie C, Ziglio E. et al. Addressing the socioeconomic determinants of adolescent health: experiences from the WHO/HBSC Forum 2007. *Int J Public Health* 2009; 54: 278-284.
40. Koivusilta LK, Rimpela AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence: does stratification occur by familial background, family affluence or personal social position? *BMC Public Health* 2006; 6: 110-114.
41. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health; executive summary. WHO, 2008.