POGOSTOST BOLEZENSKIH SIMPTOMOV PRI ODRASLEM PREBIVALSTVU SLOVENIJE IN DEJAVNIKI, KI SO POVEZANI Z NJIHOVIM POJAVLJANJEM

PREVALENCE OF DISEASE SYMPTOMS IN SLOVENIAN ADULT POPULATION AND FACTORS ASSOCIATED WITH THEIR PREVALENCE

Nina PIVEC¹, Tamara SERDINŠEK^{1,*}, Zalika KLEMENC-KETIŠ^{1,2}, Janko KERSNIK^{1,2}

¹ Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Taborska ul. 8, 2000 Maribor, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenija

Prispelo/Received: 3. 11. 2013
Sprejeto/Accepted: 19. 5. 2014

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article
UDK/UDC 616-07(497.4)

IZVLEČEK

Ključne besede:

bolezenski simptomi,
prevalenca, napovedni
dejavniki, slovensko
prebivalstvo

Namen. Namen raziskave je bil ugotoviti, kateri bolezenski simptomi se najpogosteje pojavljajo pri odraslem prebivalstvu Slovenije in določiti njihovo prevalenco in dejavnike, ki nanjo vplivajo.

Metode. Raziskava je bila presečna opazovalna in je potekala s pomočjo računalniško podprtega telefonskega anketiranja - CATI. Vključena sta bila 1002 prebivalca, stara med 15 in 90 let. Telefonski intervju je zajemal vprašanja o pojavnosti 23 bolezenskih simptomov, njihovem trajanju in o demografskih podatkih.

Izsledki. Slovensko prebivalstvo ima najpogosteje težave z bolečinami v hrbtenici (409 oseb - 40,8 %), bolečinami v sklepih (334 oseb - 33,4 %), s prekomerno utrujenostjo (308 oseb - 30,7 %), z živčnostjo (285 oseb - 28,4 %), glavobolom (280 oseb - 27,9 %), razdražljivostjo (261 oseb - 26,1 %) in z nespečnostjo (259 oseb - 25,8 %). Statistično pogosteje so se bolezenski simptomi pojavljali pri ženskah, starejših, nižje izobraženih, ljudeh z nižjim osebnim dohodkom, nezaposlenih, upokojenih in tistih z znano kronično boleznijo. Neodvisna napovedna dejavnika za prisotnost vsaj enega bolezenskega simptoma sta ženski spol in prisotnost kronične bolezni.

Sklepi. Slovensko prebivalstvo je znatno obremenjeno z bolezenskimi simptomi, saj 77,3 % vprašanih bremeni vsaj en bolezenski simptom. Raziskava je odkrila skupine prebivalstva, ki so bolezenskim simptomom še posebej podvržene (ženske, starejši, kronični bolniki, ljudje z nižjim socioekonomskim statusom) in katerim bi morala biti namenjena še posebna pozornost na ravni primarnega zdravstvenega varstva in preventivne dejavnosti.

ABSTRACT

Key words:

signs and symptoms,
prevalence, cross-
sectional study, population
surveillance

Objectives. The aim of this study was to determine the most common disease symptoms in the Slovenian adult population, to determine their prevalence and to identify the demographic and other factors associated with higher prevalence of the symptoms.

Methods. A cross-sectional observational study was conducted using computer assisted telephone interviewing - CATI that covered questions about the prevalence of 23 disease symptoms in the past month, their duration and general demographic information. The sample included 1,002 interviewees (age 15 - 90).

Results. The results showed that the most common symptoms among Slovenian people are back pain (409 interviewees - 40.8%), joint pain (334 interviewees - 33.4%), excessive fatigue (308 interviewees - 30.7%), nervousness (285 interviewees - 28.4%), headache (280 interviewees - 27.9%), irritability (261 interviewees - 26.1%) and insomnia (259 interviewees - 25.8%). Disease symptoms occurred more often in women, the elderly, people with lower education and lower income, the unemployed, retired people and people with a chronic disease. The independent predictive factors for the presence of any symptoms were female gender and chronic disease.

Conclusions. The prevalence of disease symptoms troubling the adult Slovenian population is high, as 77.3% of people suffer from at least one symptom. The study showed the population groups that are most heavily burdened (females, the elderly, chronic patients, people with lower socio-economic status) and to which more attention should be paid in primary health care and prevention.

*Corresponding author: Tel: +386 40 538 292; E-mail: todorovic.tamara@gmail.com

1 UVOD

Bolezniški simptomi, ki bremenijo odraslo prebivalstvo, pomembno vplivajo na kakovost življenja in uporabo zdravstvenih storitev. Za pomembnejše dejavnike, ki vplivajo na pogostost bolezenskih simptomov, so se v raziskavah v tujini in Sloveniji izkazali spol, socioekonomski status, starost in prisotnost kroničnega obolenja. Tako naj bi imele ženske vseh starosti več bolezenskih simptomov hkrati (1-5), jemale večje število zdravil, pogosteje obiskovale zdravnika in imele pogosteje somatoformne bolezenske simptome kot moški (6). Velik vpliv na prisotnost bolezenskih simptomov ima tudi socioekonomski status (SES), ki opisuje položaj posameznika v družbi in je opredeljen z izobrazbo, zaposlenostjo, dohodkom in z družbenim statusom. Tako je slabše zdravstveno stanje jasno povezano z nižjim socioekonomskim statusom, torej nižjo izobrazbo (7, 8) in nižjimi dohodki (9-12). Kljub temu se zdravje z višanjem dohodka izboljšuje le do neke mere, nato pa se rast zaustavi ali začne celo upadati zaradi t. i. bolezni izobilja, kot sta debelost in sladkorna bolezen (13).

Manj jasen je vpliv starosti na pogostost bolezenskih simptomov. Logično bi bilo sklepati, da višja starost skupaj z večjim številom kroničnih obolenj pomeni tudi večje število bolezenskih simptomov, vendar raziskave iz tujine tega ne potrjujejo v celoti. Pomemben vpliv na zdravje in pogostost bolezenskih simptomov ima tudi prisotnost kroničnega obolenja, kjer je bila dokazana visoka prevalenca bolezenskih simptomov (14), hkrati pa dolgotrajno bolni svoje zdravje tudi slabše ocenijo (11).

1.2 Pregled stanja v Sloveniji

Poglobljenih raziskav na temo pogostosti bolezenskih simptomov in dejavnikov, ki vplivajo na prisotnost le-teh, v Sloveniji še ni bilo. Nekaj podatkov o tem sta zbrala in obdelala Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) in Statistični urad Republike Slovenije (SURS). Anketa na osnovi osebnega anketiranja na domu je zajela reprezentativen vzorec prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več, in je potekala konec leta 2007. Anketiranci so bili povprašani, ali so že kdaj imeli oz. še imajo katero izmed naštetih 21 obolenj oz. bolezenskih stanj. Ugotovili so, da se pri Slovencih najpogosteje pojavljajo bolečine v križu, hipertenzija, bolečine v vratu, glavobol ali migrena in alergije (24). IVZ RS je v sklopu Centra za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni (program CINDI) v letih 2001, 2004 in 2008 izvedel raziskavo Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Obsežna presečna epidemiološka raziskava, ki je temeljila na razposlanih vprašalnikih (povzet po CINDI Process Evaluation Questionnaire), je zajela stratificiran vzorec prebivalcev Slovenije, starih od 24 do 75 let. V letu 2008 (in podobno v letu 2004) so ugotovili, da so med najpogostejšimi simptomi, ki so se v preteklem mesecu pojavili pri anketirancih, bolečine v križu (51,7 %), bolečine v vratu in ramenih (36,3 %), glavobol (31,9 %) in bolečine v drugih sklepih (30,7 %). Vsi simptomi so bili pogostejši pri ženskah, nižje izobraženih in nižjih družbenih slojih (15). Pomemben vir informacij je tudi raziskava o kroničnih obolenjih in bo-

lezenskih simptomih v Sloveniji, ki je ugotovila, da je imelo težave z zdravjem v preteklem letu kar 70,5 % anketiranih oseb (16). Večina preostalih raziskav v Sloveniji se je osredinila predvsem na anketirančevo samooceno zdravja.

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti, kateri so najpogostejši bolezenski simptomi, ki se v prebivalstvu pojavljajo, in identificirati demografske dejavnike, ki vplivajo na pogostost bolezenskih simptomov (spol, starost, SES, prisotnost kroničnega obolenja), ter dobiti celosten in reprezentativen vpogled v to področje.

2 METODE

2.1 Vzorec

Raziskava je bila presečna opazovalna in izvedena s pomočjo telefonske ankete v juniju 2011. Vanjo so bili vključeni državljani Republike Slovenije, stari od 15 do 90 let. Vzorec je bil izbran iz telefonskega imenika Republike Slovenije po metodi naključnih števil. Vzorec smo stratificirali po spolu, starosti in po regiji Slovenije, in sicer tako, da smo najprej izbrali regijo, nato uporabnika telefona (po metodi naključnih števil), nato pa je bil k sodelovanju povabljen tisti član družine, ki je imel pred datumom anketiranja zadnji rojstni dan. Če je ta oseba po spolu spadala v skupino, ki je že bila zapolnjena, ni bila anketirana, ampak se je poiskala druga ustrežna oseba. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, štev. 79/01/11, dne 20. 1. 2011.

2.2 Postopek anketiranja

Raziskava je potekala na osnovi metode CATI - računalniško podprtega telefonskega anketiranja (angl. computer assisted telephone interviewing), ki je dobro uveljavljena metoda pri preučevanju življenjskih navad ljudi in njihovih zdravstvenih značilnosti (17-19). Anketiranje poteka prek telefonskega pogovora, med tem pa izpraševalec odgovore sproti zapisuje v računalniški sistem. Metoda omogoča zajetje velikega dela prebivalstva in hkrati med anketiranjem zapisovanje podatkov v računalniški sistem, kar poenostavi zbiranje in nadaljnjo obdelavo podatkov (18). Anketiranje je izvedlo podjetje, specializirano za tržno raziskovanje in opremljeno za računalniško podprto telefonsko anketiranje. Izpraševalce je podjetje posebej usposobilo za izvedbo anketiranja in jih poučilo o metodologiji, anonimnosti in o pravilnem zapisovanju rezultatov. Podjetje je zagotovilo reprezentativnost našega vzorca glede na spol, starost in regijo prebivanja. Točnega podatka o številu oseb, ki je anketiranje zavrnilo, nimamo, saj raziskava CATI ne predvideva rutinskega zapisovanja neodzivnikov. Vsakemu neodzivniku se je poiskalo posameznika, podobnega glede demografskih značilnosti (spol, starost, regija prebivanja), s čimer smo pridobili reprezentativen vzorec, ki je omogočal posplošitev na celotno slovensko prebivalstvo.

2.3 Vprašalnik

Telefonski intervju je temeljil na vprašalniku iz šestih vprašanj, ki je bil razvit na podlagi podobnih raziskav v svetu (6,

20), a predhodno še ni bil uporabljen in validiran v Sloveniji. Pred izvedbo raziskave smo vprašalnik pilotsko preizkusili na vzorcu 10 ljudi. Sestavljen je bil iz vprašanj zaprtega tipa (razen vprašanj o starosti anketiranca in številu dni trajanja bolezenskega simptoma, ki sta bila odprtega tipa). Začel se je z osebno predstavitvijo, s predstavitvijo vsebine in namena telefonskega pogovora ter privolitvijo anketiranca k sodelovanju. Anketiranci, ki kljub zagotavljeni anonimnosti niso želeli sodelovati, v raziskavo niso bili vključeni. Nato so bili sodelujoči povprašani, ali so v preteklem mesecu imeli katerega izmed naštetih bolezenskih simptomov (nespečnost, bolečine v rokah/nogah, bolečine v sklepih, težave z očmi, slab sluh, šumenje v ušesih, nemirne noge, težko dihanje, bolečine v prsih, zaprtje, živčnost, slab tek, motnje erekcije - pri tem vprašanju so bile ženske izključene, motnje spomina, motnje zbranosti, prekomerno znojenje, utrujenost, glavobol, razdražljivost, bolečine v hrbtenici, omotica, slabost, driska in mravljinčenje okončin), kako dolgo so ti trajali in ali je pri njih prisotno kakšno kronično obolenje (definirano kot obolenje, prisotno vsaj šest mesecev). Izpraševalci so bolezenske simptome naštevati po računalniško izbranem naključnem vrstnem redu in tako anketiranci niso bili nujno povprašani po njih v zgoraj navedenem zaporedju. S tem smo se izognili pristranskosti, ki ga lahko prinaša telefonsko anketiranje, saj naj bi anketiranci pogostejše odgovarjali z odgovori, ki jim jih izpraševalec ponudi kot zadnje (21). Na koncu smo pridobili še splošne demografske podatke anketirancev (starost, izobrazba, zaposlitveni status in mesečni neto dohodek).

2.4 Analiza podatkov in statistična obdelava

V analizi smo kot odvisno spremenljivko uporabili spremenljivko »prisotnost bolezenskih simptomov«, ki je imela naslednji vrednosti: prisotnost vsaj enega simptoma vsaj enkrat v zadnjem mesecu/odsotnost kateregakoli simptoma v zadnjem mesecu.

Kot neodvisne spremenljivke smo v analizi uporabili: spol (moški/ženska), starost, izobrazbo (nižje-/srednje-/višje izobraženi), mesečni dohodek (višji/nizji dohodkovni razred), zaposlitev (zaposleni/nezaposleni), delovni status (aktivni/upokojeni) in prisotnost kroničnega obolenja (da/ne). Za namene analize smo anketirance razdelili glede na izobrazbo na nižje izobražene (nedokončana ali dokončana osnovna šola, dveletna ali triletna poklicna srednja šola), srednje izobražene (štiriletna ali petletna srednja šola) in na višje izobražene (visokošolski univerzitetni študij, specializacija, magisterij, doktorat in ustrezne ravni izobrazbe po novih bolonjskih programih) ter glede na mesečni dohodek na tiste v nižjem in tiste v višjem dohodkovnem razredu. Meja je bila postavljena pri 950 EUR neto mesečno in se je določila glede na povprečno mesečno neto plačo v letu 2011. Za analizo prisotnosti ali odsotnosti kroničnega obolenja smo upoštevali prisotnost kateregakoli bolezenskega stanja več kot 6 mesecev.

Statistična analiza podatkov je potekala s pomočjo programa SPSS Statistics 18.0. S pomočjo Studentovega t-testa za neodvisne vzorce smo ugotavljali povezavo med odvisno spremenljivko in starostjo. S pomočjo testa hi-kvadrat smo ugotavljali povezavo med odvisno spremenljivko in nasle-

dnjimi spremenljivkami: spol, izobrazba, dohodek, zaposlitev, delovni status in prisotnost kroničnega obolenja. Statistično pomembnost smo določili pri vrednosti $p < 0,05$.

Spremenljivke, ki so se v bivariatni analizi izkazale za statistično značilne (spol, starost, izobrazba, dohodek, zaposlitev, delovni status in prisotnost kroničnega obolenja), smo vključili v multivariatno logistično regresijsko analizo. Statistično pomembnost smo določili pri vrednosti $p < 0,05$. Dodatno smo izračunali še razmerje obetov za prisotnost bolezenskih simptomov.

3 REZULTATI

3.1 Osnovne demografske značilnosti anketirancev

Naš vzorec je vseboval 1002 anketiranca, 512 žensk (51,1 %) in 490 moških (48,9 %); povprečna starost anketi-

Preglednica 1. Prisotnost bolezenskih simptomov v zadnjem mesecu (N=1002).

Table 1. Prevalence of disease symptoms in the last month (N=1002).

Boleznski simptom/ Disease Symptom	Število/ Number	Odstotek/ Percentage [%]
Bolečine v hrbtenici/ <i>Back pain</i>	409	40,8
Bolečine v sklepih/ <i>Joint pain</i>	334	33,4
Prekomerna utrujenost/ <i>Excessive fatigue</i>	308	30,7
Živčnost/ <i>Nervousness</i>	285	28,4
Glavobol/ <i>Headache</i>	280	27,9
Razdražljivost/ <i>Irritability</i>	261	26,0
Nespečnost/ <i>Insomnia</i>	259	25,8
Bolečine v mišicah/ <i>Muscle pain</i>	256	25,6
Prekomerno znojenje/ <i>Excessive perspiration</i>	222	22,1
Težave z očmi/ <i>Eye problems</i>	218	21,7
Motnje spomina oz. Koncentracije/ <i>Cognitive disorders</i>	217	21,6
Mravljinčenje okončin/ <i>Tingling sensation in the limbs</i>	208	20,7
Nemirne noge/ <i>Restless legs</i>	172	17,2
Šumenje v ušesih/ <i>Ringling in the ears</i>	144	14,4
Omotica/ <i>Dizziness</i>	113	11,3
Težave s sluhom/ <i>Hearing problems</i>	106	10,6
Težko dihanje/ <i>Difficulties with breathing</i>	102	10,2
Zaprtje/ <i>Constipation</i>	93	9,2
Bolečine v prsih/ <i>Chest pain</i>	91	9,1
Slabost/ <i>Nausea</i>	91	9,1
Driska/ <i>Diarrhoea</i>	70	6,9
Slab tek/ <i>Anorexia</i>	63	6,3
Motnje erekcije/ <i>Erectile dysfunction</i>	28	5,8*

*Odstotek pri moških/*Percentage in men*

rancev je znašala $48,4 \pm 18,4$ leta. Med anketiranci je bilo 315 (31,4 %) ljudi z nižjo, 391 (39,0 %) s srednjo in 296 (29,6 %) ljudi z višjo izobrazbo, 456 (45,5 %) ljudi z mesečnim dohodkom manj kot 950 EUR in 546 (54,5 %) tistih z mesečnim dohodkom 950 EUR ali več ter 322 (32,1 %) kroničnih bolnikov.

3.2 Prisotnost in povprečno število bolezenskih simptomov

Anketiranci so v preteklem mesecu navajali povprečno $4,3 \pm 3,9$ bolezenskega simptoma; srednja vrednost pa so bili 4 bolezenski simptomi (spodnji kvartil 3 simptomi, srednji kvartil 5 simptomov in zgornji kvartil 7 simptomov). 216 (21,5 %) ljudi je navedlo, da v preteklem mesecu ni občutilo nobenega izmed teh bolezenskih simptomov, medtem ko je 774 (77,3 %) ljudi navedlo prisotnost vsaj enega. 84 (8,4 %) anketirancev je navajalo prisotnost več kot desetih bolezenskih simptomov naenkrat (Preglednica 1).

3.3 Trajanje bolezenskih simptomov

Bolezenske težave so pri tistih, ki so jih imeli, trajale od 4 do 25 dni, povprečno $13,2 \pm 4,6$ dneva. V zadnjem mesecu dni so imeli anketiranci najdlje težave s sluhom, z očmi, bolečinami v sklepih, s prekomernim znojenjem in šumenjem v ušesih; težave, ki so trajale najmanj časa, pa so bile: driska, slabost, glavobol, razdražljivost in omotica.

3.4 Povezanost spola, starosti, socioekonomskega statusa in kroničnega obolenja s pogostostjo bolezenskih simptomov

Večja pogostost bolezenskih simptomov v slovenskem prebivalstvu je opazna pri ženskem spolu, nižji izobrazbi, nižjem mesečnem dohodku, nezaposlenih ter pri upokojencih in kroničnih bolnikih (Preglednica 2). Tudi starejši anketiranci so imeli statistično značilno pogostejše prisotne bolezenske simptome. Povprečna starost anketirancev, ki so navajali bolezenske simptome ($48,4 \pm 18,4$ leta), je bila višja od tistih, ki bolezenskih simptomov niso navajali ($39,6 \pm 15,5$ leta) ($p < 0,001$).

Preglednica 2. Dejavniki, ki vplivajo na prisotnost bolezenskih simptomov.
Table 2. Factors that are associated with the prevalence of disease symptoms.

Dejavnik/Factor		Število anketirancev s prisotnim vsaj enim simptomom/ število anketirancev v kategoriji/ Number of interviewees with at least one symptom/Number of interviewees in the category	Odstotek anketirancev s prisotnim vsaj enim simptomom/ Percentage of interviewees with at least one symptom	p-vrednost/ p-value
Spol/Gender	Ženske/Women	430/512	84,6 %	<0,001
	Moški/Men	344/490	71,4 %	
Izobrazba/Education	Nižje izobraženi/Lower educated	285/315	90,5 %	0,031
	Drugi/Others	516/687	75,1 %	
	Srednje izobraženi/Middle educated	292/391	74,7 %	
	Drugi/Others	482/611	78,9 %	
	Višje izobraženi/Higly educated	224/296	75,6 %	0,866
	Drugi/Others	550/706	77,9 %	
Mesečni prihodek/ Monthly income	Nižji dohodek/Lower income	379/456	83,8 %	<0,001
	Višji dohodek/Higher income	396/546	73,5 %	
Zaposlitev/ Employment status	Nezaposleni/Unemployed	363/420	86,4 %	<0,001
	Zaposleni/Employed	412/571	72,2 %	
Delovni status/ Working status	Upokojenci/Retirees	276/307	89,9 %	<0,001
	Delovno aktivnoprebivalstvo/ Active population	499/684	73,0 %	
Prisotnost kroničnega obolenja/ Presence of chronic disease	Kronični bolniki/with chronic disease	287/322	90,3 %	<0,001
	Ostali/others	487/680	72,6 %	

V multivariatni logistični analizi sta se prisotnost kronične bolezni in ženski spol izkazala kot neodvisna napovedna

dejavnika za prisotnost vsaj enega bolezenskega simptoma (Preglednica 3).

Preglednica 3. Multivariatna analiza za prisotnost bolezenskih simptomov*.**Table 3.** Multivariate analysis for disease symptoms prevalence*.

Odvisna spremenljivka/ <i>Dependent variable</i>	Neodvisna spremenljivka/ <i>Independent variable</i>	Razmerje obetov/ <i>Odds ratio</i>	95 % interval zaupanja za razmerje obetov/ 95 % confidence interval for odds ratio		p-vrednost/ <i>p-value</i>
			spodnji/lower	zgornji/upper	
prisotnost bolezenskih simptomov/ <i>disease symptoms prevalence</i>	Ženski spol/ <i>Female sex</i>	2,002	1,449	2,765	<0,001
	Starost/ <i>Age</i>	1,010	0,996	1,024	0,169
	950 evrov ali manj dohodka na mesec/ <i>950 EUR or less monthly income</i>	0,647	0,466	0,899	0,009
	Nizka izobrazba/ <i>Low education</i>	1,193	0,829	1,716	0,342
	Zaposlenost/ <i>Employed</i>	0,794	0,481	1,311	0,368
	Upokojen/ <i>Retired</i>	1,301	0,638	2,652	0,469
	Kronično obolenje/ <i>Chronic disease</i>	2,257	1,447	3,520	<0,001

Hi-kvadrat: 90,764, stopinje prostosti: 7, $p < 0,001$, Nagelkerke R^2 : 0,135 Chi-square: 90.764, degrees of freedom: 7, $p < 0.001$, Nagelkerke R^2 : 0.135

4 RAZPRAVLJANJE

4.1 Povzetek rezultatov raziskave

Glede na naše ugotovitve so bolezenski simptomi v slovenskem prebivalstvu zelo razširjeni, saj jih navajajo skoraj štiri petine vprašanih. Najpogostejši bolezenski simptomi, ki bremenijo slovensko populacijo, so bolečine v hrbtenici, bolečine v sklepih, prekomerna utrujenost, živčnost in glavobol. Bolezenski simptomi trajajo različno dolgo - nekateri le nekaj dni, drugi pa skoraj ves mesec, v poprečju pa imajo prebivalci Slovenije največji delež časa težave s sluhom, z očmi, bolečinami v sklepih, s prekomernim znojenjem in šumenjem v ušesih. Neodvisna napovedna dejavnika za prisotnost bolezenskih simptomov sta ženski spol in prisotnost kroničnega obolenja, večjo pogostost bolezenskih simptomov pa smo ugotavljali pri ženskem spolu, nižje izobraženih, nižjem mesečnem dohodku, nezaposlenih, upokojencih in pri kroničnih bolnikih.

4.2 Primerjava z rezultati drugih podobnih tujih in domačih raziskav

Najpogostejši bolezenski simptomi v slovenskem prebivalstvu, opredeljeni v naši raziskavi, so zelo podobni tistim, ki jih navajajo druge zahodnoevropske in ameriške raziskave (6,22,23). Tako gre v prvi vrsti za simptome, povezane z degenerativnimi obolenji (bolečine v sklepih, hrbtenici), ki so posledica staranja prebivalstva in nefiziološkega položaja telesa pri številnih vsakodnevnih dejavnostih (delo za računalnikom, delo za napravami v industrijskih dejavnostih, prenašanje težkih bremen, nepravilno dvigovanje bremen, ekstremno ali nepravilno športno udejstvovanje ...), po drugi strani pa gre tudi za bolezenske simptome, ki jih v veliki meri povezujemo s stresom (prekomerna utrujenost, živčnost in glavobol), njegovemu vplivu na zdravje bomo namenili še nekaj besed.

V raziskavi smo potrdili ugotovitve številnih drugih raziskav - ženske statistično značilno pogosteje poročajo o bolezen-

skih simptomih in večjem številu le-teh (6, 23). Tudi pri nas imajo po podatkih IVZ RS moški o svojem zdravstvenem stanju boljše mnenje kot ženske (24). Glede na podatke iz raziskav naj bi bile ženske občutljivejše na stres kot moški, stres pa predstavlja enega izmed najpomembnejših dejavnikov tveganja za številna zdravstvena stanja (duševna obolenja, obolenja srca in žilja). Glede na slovenske podatke je percepcija stresa pri ženskah precej višja kot pri moških (25, 26), hkrati pa na večjo pojavnost bolezenskih simptomov pri ženskah vplivajo še številni drugi dejavniki.

V naši raziskavi je bila višja starost povezana z večjo pogostostjo bolezenskih simptomov, po drugi strani pa se ni izkazala za neodvisni napovedni dejavnik za prisotnost bolezenskih simptomov. Tudi v tuji literaturi prihaja do podobnih neskladij na tem področju. V švedski raziskavi, ki je raziskovala prisotnost bolezenskih simptomov v prebivalstvu glede na spol in starost, pa je bilo ugotovljeno, da pogostost le petih izmed tridesetih preiskovanih simptomov narašča s starostjo (27). Druga, prav tako švedska raziskava, ki se je osredinila le na prisotnost bolezenskih simptomov pri ženskah, je prišla do podobnih rezultatov (6). Tako je torej zelo verjetno, da na večje število bolezenskih simptomov pri starejšem prebivalstvu ne vpliva samo starost sama, ampak tudi drugi dejavniki. Znano je namreč, da višja starost pomeni večje tveganje za kronično obolenje, vendar so nekatere raziskave pokazale, da starejši kljub prisotnosti kroničnih obolenj svoje zdravstveno stanje še vedno dojemajo kot dobro. Tako ni popolnoma jasno, ali je povezava med starostjo in subjektivnim dojemanjem zdravja linearna ali pa je odvisna od trenutnega življenjskega položaja posameznika ter spremljajočega čustvenega in socialnega distresa (28). Pri nas po podatkih IVZ RS starostniki, starejši od 75 let, svoje zdravje ocenjujejo veliko slabše kot preostalo prebivalstvo, kar bi lahko pojasnilo tudi večje število bolezenskih simptomov pri njih (24). Pri tem pa nikakor ne smemo zanemariti dejavnikov družbenega vpliva na zdravje starejših. Tako se starejši pogosteje srečujejo s številnim težavami: z osamljenostjo, občutki nemoči in nekoristnosti, manjšo socialno vklju-

čenostjo, izgubo družbenega položaja, življenjskih sopotnikov, s finančno, čustveno in z bivalno stisko, ki lahko vplivajo na njihovo zdravstveno stanje. Na podoben način lahko pojasnimo tudi povečano prevalenco bolezenskih simptomov pri upokojencih, ki imajo skoraj 1,4-krat večjo verjetnost za prisotnost bolezenskih simptomov kot delovno aktivno prebivalstvo.

SES kot pomemben dejavnik zdravja prav tako pomembno vpliva na pogostost bolezenskih simptomov, pri čemer je opazen vpliv vseh komponent SES-a na zdravje (7, 10, 29). V raziskavah se pojavlja močna povezava med nižjim SES in večjo pojavnostjo bolezenskih simptomov. Na splošno velja, da je pri ljudeh z višjo izobrazbo zdravstveno stanje boljše, saj se lahko zaradi boljšega znanja in veščin bolje prilagajajo izzivom iz okolja, imajo večjo možnost zaposlitve, naj bi tudi hitreje pridobili informacije o ohranjanju in krepitvi zdravja in jih bolje razumeli. Povezanost dohodka z zdravjem pa najlažje razložimo z vplivom statusa zaposlitve in ekonomskega stanja na življenjske razmere. Višji dohodek omogoča kakovostno bivalno okolje in nakup kakovostne hrane, pomeni pa tudi višjo stopnjo nadzora nad življenjskimi okoliščinami in s tem lažje obvladovanje stresa. Če se osredinimo samo na simptome, ki sta se v naši raziskavi izkazala za najpogostejša v splošni populaciji, torej bolečine v križu in sklepih: po ameriški presečni internetni raziskavi je prevalenca kronične bolečine znatno višja pri ljudeh z nižjim SES, pri čemer so najpogostejše prav bolečine v križu in osteoartrotične bolečine v sklepih (30). Hemingway in sodelavci v svoji prospektivni raziskavi starejšega datuma navajajo, da je etiologija bolečine v križu slabo razjasnjena, saj naj bi bilo mogoče le 20 %te simptomatike pojasniti s fizikalnimi dejavniki tveganja in fizičnim delom, velik pomen pa pripisujejo psihosocialnim dejavnikom delovnega okolja, kot so: zadovoljstvo z delom, občutek nadzora nad svojim delom, monotono delo, časovni pritisk, podpora v delovnem okolju idr. (31). Tudi po Katzu SES sicer ni dejavnik tveganja za prisotnost radiografsko prisotnih degenerativnih sprememb na ravni medvretenčnih ploščic ledvene hrbtenice, predstavlja pa pomemben dejavnik tveganja pri nastanku bolečine v križu in obolelosti zaradi nje. Tudi tukaj se poudarja pomen fizikalnih in psihosocialnih dejavnikov pri nastanku bolečine v križu (32). Sklepamo lahko, da na višjo pojavnost bolezenskih simptomov pri ljudeh z nižjim SES torej ne vplivajo samo večje fizične delovne obremenitve, ampak tudi številni psihosocialni dejavniki, pri čemer pa je treba upoštevati, da nižji SES vpliva na slabše zdravstveno stanje ljudi in nasprotno- slabše zdravstveno stanje posledično privede do nižjega SES.

4.3 Prednosti in slabosti raziskave

Prednost naše raziskave je gotovo velikost vzorca, ki je glede na zastopanost anketirancev po spolu in starosti primerljiva s celotnim slovenskim prebivalstvom in omogoča posploševanje ugotovitev na celotno prebivalstvo. Prednost predstavlja tudi uporaba metode CATI, ki je uveljavljen način zbiranja podatkov s področja zdravja in zdravstvenih navad prebivalstva (18, 19). Omogoča visoko stopnjo odzivnosti (19), nizke stroške anketiranja (18) in enako kakovost

zbranih podatkov v primerjavi z anketiranjem v živo (19). Pomanjkljivostim metode CATI, kot so večja odzivnost starejših oseb, žensk, nezaposlenih, tistih z nižjimi dohodki in prebivalcev ruralnih območij (33), smo se s stratifikacijo vzorca glede na spol in starost v večji meri izognili. Naš vzorec zajema več anketirancev v višjem dohodkovnem razredu (54,4 % proti 45,5 %) in le manjše število nezaposlenih (7,5 %), nismo pa analizirali deleža mestnega in ruralnega prebivalstva. Dodatna pomanjkljivost naše raziskave je tudi dejstvo, da nimamo podatka o tem, koliko naključno izbranih anketirancev je odklonilo sodelovanje in kakšne so njihove karakteristike, saj izbrana metodologija CATI tega ne predvideva. Nadalje naša raziskava ni zajela prebivalstva brez fiksnega telefonskega priključka, ki postaja zaradi prodora mobilne telefonije vse številčnejša (34). V vprašalnik tudi niso bili vključeni vsi simptomi, ki bi lahko obremenjevali slovensko prebivalstvo. Pri sestavi vprašalnika smo se naslonili na raziskave, ki so bile že narejene v tujini in Sloveniji ter se omejili na 23 simptomov, po katerih smo spraševali; podatki so seveda zaradi tega lahko nepopolni. Glavno pomanjkljivost raziskave vidimo predvsem v zbiranju podatkov, pri katerih so anketiranci sami poročali o prevalenci bolezenskih simptomov v preteklem mesecu in drugih zdravstvenih karakteristikah, resničnost podatkov pa ni bila objektivno preverjena. Prav tako pri poročanju o bolezenskih simptomih nismo vzeli v obzir nekaterih drugih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na poročanje o bolezenskih simptomih (letni čas, v katerem je bilo opravljeno anketiranje, življenjski slog, trenutno psihično stanje in socialna mreža izpraševancev idr.). Kljub omenjeni subjektivnosti pri poročanju pa menimo, da je uporaba standardnih metod raziskovanja zmanjšala pristranskost podatkov na sprejemljivo raven in da rezultati odražajo zdravstveno stanje slovenskega prebivalstva.

4.4 Pomen raziskave za zdravnika družinske medicine in javno zdravje v Sloveniji

Kot smo omenili že na začetku, imamo v Sloveniji podatke o prisotnosti bolezenskih stanj, ki sta jih zbrala IVZ RS in SURS (15, 24), določene vidike te problematike pa pokrivajo tudi posamične raziskave s tega področja (15, 16, 35-38). S svojim delom smo želeli še dodatno osvetliti to problematiko - pomen raziskave za zdravnika družinske medicine in javno zdravje v Sloveniji je torej ravno v tem, da opredeli trajanje bolezenskih simptomov, predvsem pa demografske dejavnike, ki vplivajo na prisotnost bolezenskih simptomov. Tako smo identificirali ogrožene skupine, ki jim mora biti namenjena še posebna pozornost zdravniške družinske medicine in tudi javnozdravstvenih ukrepov. Z opredelitvijo najpogostejših bolezenskih simptomov, ki bremenijo splošno prebivalstvo, pa nam je omogočeno, da vplivamo na dejavnike tveganja, ki do teh simptomov pripeljejo.

4.5 Usmeritve za nadaljnje raziskovanje problema

Nadaljnje raziskovanje te problematike mora odgovoriti na več odprtih vprašanj. Najprej se mora posvetiti razlogom za takšno stanje in ugotoviti, zakaj so nekatere demo-

grafske skupine znatno bolj obremenjene z bolezenskimi simptomi kot druge. Nekaj odgovorov, o katerih smo pisali v prvem delu razprave, nam sicer že ponujata domača in tuja literatura, vendar bo vsekakor potreben celosten vpogled v to področje. Nadalje se mora raziskovanje usmeriti v morebitna razhajanja med samooceno zdravja ljudi in njihovim dejanskim zdravstvenim stanjem. V naši raziskavi so anketiranci namreč sami poročali o svojih zdravstvenih težavah, kar lahko predstavlja vir pristranskosti. Ne nazadnje bi bilo smiselno obremenitev odraslega prebivalstva z bolezenskimi simptomi opredeliti tudi z zemljepisnega vidika, torej glede na prebivanje v mestnem ali ruralnem okolju in glede na regijo prebivanja.

5 SKLEPI

Slovensko odraslo prebivalstvo je znatno obremenjeno z bolezenskimi simptomi, pri čemer ogrožene skupine predstavljajo predvsem ženske, starejši, brezposelni, kronični bolniki, ljudje z nižjo izobrazbo in nižjim prihodkom. Ukrepi javnega zdravja bi torej morali biti usmerjeni predvsem v te skupine pa tudi v preprečevanje najpogostejših bolezenskih simptomov v prebivalstvu. Tako bi bilo smiselno ukrepanje predvsem v smeri preprečevanja oziroma upočasnjevanja degenerativnih obolenj - primeren položaj delavcev na delovnih mestih, za računalnikom, izobraževanje o pravilnem dvigovanju bremen in pravilnem udeleževanju v športu. V Sloveniji imamo tudi zelo malo preventivnih aktivnosti v smislu preprečevanja in zgodnjega odkrivanja duševnih obolenj ter soočanja s stresom. Prihodnje raziskave se morajo posvetiti tudi natančnejšemu določanju vzrokov za takšno stanje. Potrebne bi bile tudi prospektivne raziskave, ki bi boljše ovrednotile smernice pojavljanja bolezenskih simptomov med splošnim prebivalstvom.

ZAHVALA

Za pomoč pri izvedbi raziskave se zahvaljujemo Osnovnemu zdravstvu Gorenjske in vsem sodelujočim v raziskavi. Raziskava je bila narejena na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru v sklopu razpisa za dekanove nagrade.

LITERATURA

- Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 38-44.
- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein EA, Sterler MS, Stoa MJ. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 18-25.
- Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams I, Harvey B, Glazier R et al. Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. *N Engl J Med* 2000; 342: 1016-22.
- Brayne C, Matthews FE, McGee MA, Jagger C. Health and ill-health in the older population in England and Wales: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Age Ageing* 2001; 30: 53-62.
- Kamlesh J, Rajesh K, Avasthi A. Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 978-87.
- Bardel A, Wallander M, Wedel H, Svärdsudd K. Age-specific symptom prevalence in women 35-64 years old: a population-based study. *BMC Public Health* 2009; 9: 37.
- Van Lenthe JF, Schrijvers TM, Droomers M, Joung MA, Louwman JM, Mackenbach JP. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: The Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health* 2004; 14: 63-70.
- Nagel G, Peter R, Braig S, Hermann S, Rohrmann S, Linseisen J. The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Public Health* 2008; 8: 384.
- Fritzell J. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scand J Public Health* 2004; 32: 6-16.
- Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Davey Smith G, Marmot M. Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self-rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Epidemiol Community Health* 2003; 57: 718-23.
- Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 364-70.
- Gold BE, Sternfeld B, Kelsey LK, Brown C, Mouton C, Reame N et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463-73.
- Zaletel Kragelj J, Eržen I. Javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
- Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manag* 2006; 31: 58-69.
- Hlastan Ribič C, Klara Djomba J, Zaletelj-Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. (ur). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008 (Z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010. Pridobljeno 10. 3. 2014 s spletne strani <http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf>.
- Softić N, Smogavec M, Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdrav Var* 2011; 50: 185-90.
- Cecatti JG, Camargo RPS, Pacagnella RC, Giavarotti T, Souza JP, Parpinelli MA et al. Computer-assisted telephone interviewing (CATI): using the telephone for obtaining information on reproductive health. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 1801-8.
- Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholis WL, Waksberg J. Telephone survey methodology. New York: John Wiley & Sons; 2001.
- Ketola E, Clockars M. Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. *Fam Pract* 1999; 16: 179-83.
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-5.
- Dillman DA, Christian LM. Survey mode as a source of instability in responses across surveys. *Field Methods* 2005; 30-52.
- Elliott AM, Hannaford PC, Smith BH, Wyke S, Hunt K. Symptom experience and subsequent mortality: results from the West of Scotland Twenty-07 study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 158.
- Mellner C, Krantz G, Lundberg U. Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities. *Int J Behav Med* 2006; 13: 1-7.
- Statistični urad republike Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Pridobljeno 15. 3. 2014 s spletne strani <http://www.stat.si/doc/pub/Zdravje.pdf>.
- Pahor M, Novak-Antolič Z, Zaletelj-Kragelj L. Stress burden in women in reproductive age in Slovenia - some causes and consequences. *Zdrav Vestn* 2009; 78: 281-8.
- Zaletelj-Kragelj L, Pahor M, Bilban M. Identification of population groups at a very high risk for frequent perception of stress in Slovenia. *Croat Med J* 2005; 46: 137-45.
- Tibblin G, Bengtsson C, Furunes B, Lapidus L. Symptoms by age and sex: the population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 9-17.
- Hunt MS, McEwen J, McKenna SP. Perceived health: age and sex comparisons in a community. *J Epidemiol Community Health* 1984; 38: 156-60.
- Dahl E. Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income-results from a Norwegian survey. *Sociol Health Ill* 2008; 16: 644-67.

30. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH: The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *J Pain* 2010; 11: 1230-9.
31. Hemingway H, Shipley MJ, Stansfeld S, Marmot M. Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23: 121-9.
32. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88(Suppl 2): 21-4.
33. Lugtig PJ, Lensvelt-Mulders GJLM, Frerichs R, Greven F. Estimating nonresponse bias and mode effects in a mixed mode survey. *Intern J of Market Res* 2011; 53: 669-86.
34. Gostiša N. Nekateri kazalniki razvoje elektronskih komunikacijskih storitev. Pridobljeno 20. 3. 2012 s spletne strani: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4965.
35. Malnar B, Kurdija S. Trends in subjective health assessment between 1981 and 2011 as an indicator of persistent social inequalities. *Zdrav Var* 2012; 51: 11-20.
36. Malnar B, Kurdija S. Thirty years of gender differences in self-assessed health: the case of Slovenia. *Zdrav Var* 2013; 52: 99-107.
37. Ule M, Kurdija S. Self-rated health among women and their assessment of health care system. *Zdrav Var* 2013; 52: 87-98.
38. Farkas J, Pahor M, Zaletelj Kragelj L. Self-rated health in different social classes in Slovenia. *Int J Public Health* 2011; 56: 45-54.