

SÚHRN

Existenciu socio-ekonomických nerovností v zdraví potvrdzujú výskumy vo všetkých krajinách Európy. V rannom detstve sú socio-ekonomické rozdiely výrazné, pretrvávajú počas detstva a rannej puberty a s nástupom adolescencie sa vytrácajú, aby sa znovuobjavili v rannej dospelosti a prehĺbili počas dospelosti a znovu vytratili na sklonku života. Stredo-európske krajiny sú citlivejšie na prehlbovanie socio-ekonomických nerovností, pretože prebiehajúca transformácia v týchto krajinách, spojená sa nerovnosťami v príjmoch má nežiadúci dopad na zdravie populácie.

Úvodná kapitola je venovaná hlavným hypotézam vysvetľujúce zistenia týkajúce sa socio-ekonomických nerovností v zdraví, menovite hypotéze artefaktu merania, selekcie zdravím a sociálneho zapríčinenia. Podrobnejšie sa venuje trom teoretickým prúdom v rámci hypotézy sociálneho zapríčinenia, a to zapríčineniu životnými okolnosťami (materialistická hypotéza), zapríčineniu životným štýlom (behaviourálna hypotéza) a zapríčineniu rozdielmi vo vedomostiach, postojoch a hodnotách. Zvláštna pozornosť je venovaná hypotéze odlišnej expozície a odlišnej citlivosti objasňujúcich prítomnosť triednych nerovností v zdraví a hypotéze nárazníka a latentných rozdielov, vysvetľujúcich absenciu triednych nerovností v zdraví u adolescentov.

Cieľom štúdie je preskúmať vzťah medzi pozíciou v socio-ekonomickej stratifikácii a zdravím v skupine slovenských adolescentov. Autorka postupuje od monitoringu subjektívnych zdravotných ťažkostí adolescentov, cez overenie existencie socio-ekonomických nerovností v zdraví až po pokus objasniť prítomnosť týchto nerovností pomocou sprostredkujúcich faktorov ako sú rizikové správanie a sociálna opora. Zvláštnu pozornosť venuje vplyvu rodičov a rovesníkov na rizikové správanie.

Dáta boli zozbierané v septembri a októbri 1998. Vzorku tvorilo 1370 chlapcov a 1246 dievčat, študentov prvého ročníka 31 stredných škôl lokalizovaných v Košiciach (mesto vo východnej časti Slovenska, 240 000 obyvateľov) vo veku 14 až 17 rokov (priemerný vek 15 rokov). Zbierané boli informácie týkajúce sa nasledovných šesť oblastí: demografická a socio-ekonomická charakteristika (vzdelanie a zamestnanie rodičov, typ školy), zdravie (subjektívna pohoda, vitalita, duševné zdravie, subjektívne zdravotné ťažkosti, chronické ochorenia, celkové hodnotenie zdravia, náchylnosti k chorobe, užívanie zdravotníckych služieb), rizikové správanie (fajčenie, konzumovanie alkoholu, skúsenosť s užívaním drog,

nedostatok športovej aktivity) a postoje k rizikovému správaniu, vplyv rodičov a rovesníkov na rizikové správanie, sociálna sieť, sociálna opora a osobnosť (sebaúcta, štýl rozhodovania).

Zdravie adolescentov bolo skúmané s využitím subjektívnych zdravotných indikátorov, ktoré sú v slovenských podmienkach zriedkavo používané, pritom veľmi dôležité v období, keď klasické objektívne indikátory ako sú mortalita, morbidita nedostatočne zachytávajú zdravotnú situáciu respondentov. Slovenskí, ale i holandskí adolescenti, chlapci i dievčatá, trpia značným množstvom subjektívnych zdravotných ťažkostí. Slovenskí adolescenti sa v tomto smere nelíšia od západo-európskych adolescentov. Výskyt zdravotných ťažkostí je častejší v skupine dievčat, v porovnaní so skupinou chlapcov. Pozornosť si vyžaduje najmä miera subjektívnej pohody adolescentov, vysoký výskyt symptómov únavy, bolesti hlavy, bolesti chrbta, kožné ochorenia a choroby dýchacích ciest. Charakter zdravotných ťažkostí adolescentov naznačuje možné nepriaznivé procesy, ktoré neskôr môžu viesť k vážnejším chronickým ochoreniam (chronické choroby dýchacieho a muskulo-skeletálneho systému), no v tomto období sú ešte preventabilné, reverzibilné, alebo prinajmenšom ovplyvnitelné v žiadúcom smere.

Adolescenti z nižších socio-ekonomických skupín (zamestnanie a vzdelanie rodičov, typ školy adolescenta) trpia vyšším počtom subjektívnych zdravotných ťažkostí, hodnotia svoje zdravie menej priaznivo, častejšie sa cítia náchylnejší k ochoreniu v porovnaní so svojimi rovesníkmi, užívajú viac liekov na lekárske predpis (nesúvisí so vzdelaním rodičov) a menej liekov bez predpisu, a vyznačujú sa nižšou mierou vitality (nesúvisí so vzdelaním rodičov a typom školy) a duševného zdravia (nesúvisí so vzdelaním rodičov) v porovnaní so svojimi rovesníkmi z vyšších socio-ekonomických skupín. Triedne rozdiely v zdraví sme nepotvrdili v miere subjektívnej pohody a výskytu chronických ochorení. Chlapci a dievčatá sa nelíšia vo výskyte triednych nerovností v zdraví.

Výskyt socio-ekonomických nerovností v zdraví v neprospech nižších socio-ekonomických skupín bol potvrdený u slovenských adolescentov, ale nie u holandských a škótskych adolescentov. Rozdiely v zisteniach je možné vysvetliť rozdielmi vo vplyve ochranných faktorov a hĺbke triednych nerovností v zdraví u adolescentov z krajín s odlišnou socio-ekonomickou situáciou. Vplyv ochranných faktorov buď absentuje, alebo je nedostatočný na potlačenie triednych rozdielov, ktoré môžu byť v Strednej Európe hlbšie v porovnaní so Západnou Európou.

Behaviorálna hypotéza výskytu socio-ekonomických rozdielov v zdraví zdôrazňuje podiel fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog a nedostatku

fyzickej aktivity na výskyt a hĺbku nerovností v zdraví. Podľa tejto hypotézy ľudia z nižších socio-ekonomických skupín sa správajú rizikovejšie, čoho dôsledkom je horšie zdravie v porovnaní s ľuďmi z vyšších socio-ekonomických skupín. Prezentovaná štúdia potvrdila súvislosť socio-ekonomického statusu (zamestnanie a vzdelanie rodičov, typ školy adolescenta) s výskytom rizikového správania adolescentov i keď s niektorými výnimkami, týkajúcimi sa väčšinou vzdelania rodičov ako indikátora socio-ekonomického statusu a výskytu užívania alkoholu, respektíve skúsenosti s užívaním drog. Výskyt rizikového správania bol vyšší v nižších socio-ekonomických skupinách adolescentov. Výnimku tvoril výskyt konzumovania alkoholu v skupine dievčat, keď bol socio-ekonomický status určený na základe vzdelania rodičov. Dcéry vzdelanejších rodičov konzumovali alkohol častejšie.

Socio-ekonomické rozdiely vo výskyte rizikové správania adolescentov neboli potvrdené v príbuznej holandskej štúdií. Odborná literatúra je v tejto oblasti charakteristická inkonzistenciou zistení. Dôvodom môžu byť odlišnosti vo vzorkách, metodike, ale i socio-kultúrne odlišnosti.

Iba tretina skúmaných adolescentov sa nesprávala riskantne, teda nefajčili, nekonzumovali alkohol, nemali skúsenosti s užívaním alkoholu a športovali v optimálnej miere. Výskyt fajčenia, konzumovania alkoholu a skúsenosti s užívaním drog navzájom súvisel. S výnimkou športovania sa chlapci správali rizikovejšie v porovnaní so skupinou dievčat. Potvrdený bol nepriaznivý vplyv skúmaného rizikového správania na zdravie adolescentov (subjektívnu pohodu, vitalitu, duševné zdravie, subjektívne zdravie, subjektívna náchylnosť k chorobám, zdravotné ťažkosti, chronické choroby, využívanie zdravotníckych služieb). Výnimku bolo iba športovanie, ktoré súviselo s vyšším výskytom úrazov.

Rizikové správanie sa významne podieľa na potvrdených socio-ekonomických nerovnostiach v zdraví. Vyšší výskyt rizikového správania v nižších socio-ekonomických skupinách (odlišná expozícia), ale i odlišný dopad rizikového správania na zdravie v socio-ekonomických skupinách (odlišná citlivosť) môžu byť mechanizmami vysvetľujúcimi triedne nerovnosti v zdraví. Vplyv socio-ekonomického statusu (zamestnanie, vzdelanie matky) a rizikového správania (fajčenie, konzumovanie alkoholu) na zdravie významne interagoval: Socio-ekonomické rozdiely v zdraví sa vyskytovali v skupinách fajčiarov a konzumentov alkoholu, no absentovali v skupinách nefajčiarov a abstinetnov. Vplyv rizikového správania na zdravie adolescentov bol slabší vo vyšších socio-ekonomických skupinách a silnejší v nižších socio-ekonomických skupinách absolventov. Charakter potvrdených interakcií podporuje obe skúmané hypotézy (odlišná expozícia/ odlišná

citlivosť), i keď hypotézu odlišnej expozície výraznejšie.

Výskyt rizikového správania rodičov (fajčenie, konzumovanie alkoholu, športovanie) ale tiež výskyt rizikového správania u rovesníkov-priateľov (fajčenie, konzumovanie alkoholu, športovanie, skúsenosť s užívaním drog) zvyšoval pravdepodobnosť výskytu relevantného rizikového správania u adolescentov.

Fajčenie patrí k jedným z najčastejšie skúmaných determinánt zdravia pre svoj úzky vzťah s najzávažnejšími civilizáčnými chorobami, vysoký výskyt v populácii a nízky priemerný vek, v ktorom s fajčením ľudia začínajú. Vplyv rovesníkov, vplyv rodičov a vplyv socio-ekonomického statusu na výskyt fajčenia u adolescentov sú obvykle skúmané osobitne. Autorka sa pokúsila overiť model, vysvetľujúci výskyt fajčenia u adolescentov spolupôsobením týchto troch faktorov. Najsilnejší vplyv na výskyt fajčenia u adolescentov mal výskyt fajčenia medzi ich priateľmi. Adolescenti, ktorí uviedli vyšší výskyt fajčiarov v skupine svojich priateľov častejšie sami fajčili. Výskyt fajčenia u rodičov zvyšoval pravdepodobnosť fajčenia u svojich adolescentných potomkov a to priamo i nepriamo skrze vplyv na výskyt fajčiarov v skupine priateľov svojich detí. Socio-ekonomický status súvisel s fajčením adolescentov iba nepriamo skrze vplyv na výskyt fajčiarov medzi rodičmi a priateľmi adolescentov. Nižší socio-ekonomický status súvisel s vyšším výskytom fajčiarov v oboch skupinách.

Rodičia, obzvlášť matka, patrili k najdôležitejším zdrojom sociálnej opory adolescentov. Vplyv rovesníkov zdá sa rásť, najmä u dievčat. K najčastejším rovesníckym kontaktom patrilo kamarátstvo, dôverné priateľstvo a skupinové rovesnícke aktivity. Dievčatá inklinovali viac k dôverným priateľstvám, chlapci k skupinovým rovesníckym aktivitám, väčšinou športového charakteru. Chlapci častejšie ako dievčatá udávali nízku mieru sociálnej opory (nemali sa s kým porozprávať o problémoch). Nižšia miera sociálnej opory sa vyskytovala častejšie v nižších socio-ekonomických skupinách adolescentov a súvisela s vyšším počtom zdravotných ťažkostí. Adolescenti, ktorí uviedli, že sa nemajú s kým rozprávať o problémoch, menej priaznivo posudzovali svoje zdravie, trpeli vyšším počtom subjektívnych zdravotných ťažkostí, nižšou mierou subjektívnej pohody, vitality a duševného zdravia. Zistenia podporujú hypotézu odlišnej expozície, ale nie hypotézu odlišnej citlivosti.

Napriek tomu, že väčšina štúdií používa indikátory socio-ekonomického statusu založené na socio-ekonomických charakteristikách otca, naše výsledky týkajúce sa socio-ekonomických nerovností v zdraví, rizikovom správaní ale i sociálnej opore naznačujú, že význam socio-ekonomických charakteristik matky môže byť väčší

v porovnaní s charakteristikami otca.

Záverečná kapitola je venovaná diskusii najzávažnejších zistení, odporúčaniam vzhľadom k ďalším výskumom a významu zistení pre opatrenia v oblasti školstva, zdravotníctva a verejnej správy.

Autorka sa pokúsila v diskusii zodpovedať do akej miery je adolescencia obdobím plného zdravia, prečo triedne nerovnosti v zdraví neabsentujú v skupine slovenských adolescentov, ktoré aspekty zdravia súvisia s pozíciou v socio-ekonomickej stratifikácii, aké odlišnosti v triednych nerovnostiach v zdraví je možné očakávať pri porovnaní mužov a žien, aký je výskyt rizikového správania a jeho vplyv na zdravie už v období adolescencie, aké sú determinanty rizikového správania a akým spôsobom participuje rizikové správanie a sociálna opora na výskyte socio-ekonomických nerovností v zdraví.

Autorka odporúča v ďalších výskumoch zahrnúť prierezové i longitudinálne dáta, rozšíriť vzorku vzhľadom na vek respondentov, región a skladbu z hľadiska minoritných skupín. Tiež doporučuje rozšíriť skúmaný model o ďalšie premenné a zahrnúť socio-environmentálny kontext.

Vplyv socio-ekonomických charakteristík na zdravie a kvalitu života, ale i mechanizmy redukcie socio-ekonomických nerovností by nemali podľa autorky absentovať pri vzdelávaní ľudí, ktorí pri výkone svojho povolania môžu napomôcť redukcii nerovností. Viac pozornosti je potrebné venovať prevencii v zmysle podpory preberania osobnej zodpovednosti za vlastné zdravie a kvalitu života. Monitoring zdravia, ale i nerovností v zdraví môže priniesť dôležité informácie potrebné pre prípravu vhodných prevenčných programov. Najúčinnnejšie sa zdajú komunitné prevenčné programy, ktoré ale vyžadujú spoluprácu všetkých sektorov: zdravotníctvo, školstvo, verejná správa.