

SLOVENSKÁ ŠTATISTIKA a DEMOGRAFIA

SLOVAK STATISTICS
and DEMOGRAPHY

3/2016

ročník/volume 26

Recenzovaný vedecký časopis so zameraním na prezentáciu moderných štatistických a demografických metód a postupov.

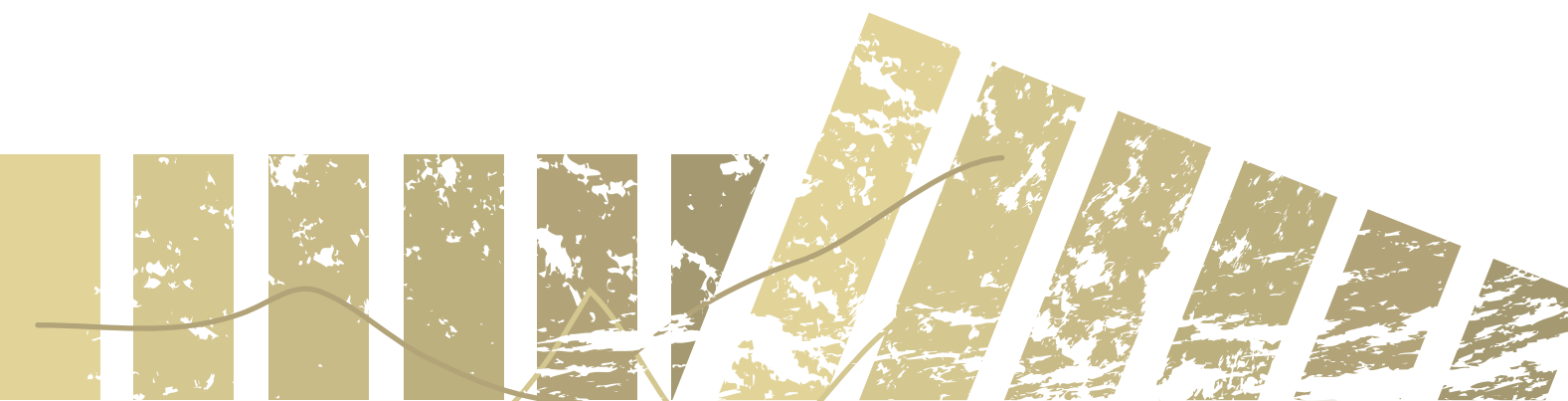
Scientific peer-reviewed journal focusing on the presentation of modern statistical and demographic methods and procedures.

Článok/Article: 6

Typ článku/Type of article: vedecký článok/scientific article

Strany/Pages: 81 – 99

Dátum vydania/Publication date: 15. júl 2016/July 15, 2016



Roman DŽAMBAZOVIČ, Daniel GERBERY, Ján SOPÓCI
Katedra sociológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

SOCIÁLNO-EKONOMICKÁ PODMIENENOSŤ SPRÁVANIA MLADÝCH ĽUDÍ VO VZŤAHU K ZDRAVIU

SOCIO-ECONOMIC CONDITIONALITY OF THE YOUTHS' HEALTH-RELATED BEHAVIOUR

ABSTRAKT

Príspevok sa venuje skúmaniu sociálno-ekonomických a kultúrno-behaviorálnych faktorov zdravotného stavu mladých ľudí na Slovensku. Na základe údajov z Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS) z roku 2014 autori analyzujú sociálno-ekonomickú podmienenosť výskytu rizikového správania mladých ľudí na Slovensku vo vzťahu k svojmu zdraviu. Binárna logistická analýza ukázala jasnú súvislosť medzi sociálno-ekonomickým statusom meraným príjmom, pracovnou intenzitou domácnosti a fajčením. Čo sa týka pitia alkoholu, výsledky analýzy nie sú až také jednoznačné a ako výraznejšie diferencujúci faktor vystupuje do popredia príjmová situácia domácností. Zatiaľ čo predpoklady na pravidelné fajčenie sú vyššie medzi mladými ľuďmi z nízkopríjmových skupín, alkohol táto kategória mladých v porovnaní s mladými ľuďmi s vyššími príjmami konzumuje menej.

ABSTRACT

Article focuses on the socio-economic and cultural and behavioural factors of young people's health in Slovakia. The authors analyse the socio-economic conditionality of health-related risk behaviour of young people using data from the EHIS 2014. Binary logistic regression between socio-economic status has shown a clear link between income and household work intensity, and smoking. As for drinking alcohol, the results are not so clear and household income seems to be a major differentiating factor. While chances of getting addicted to smoking are significantly higher among young persons from low-income households, alcohol consumption is more common among their better-off peers.

KĹÚČOVÉ SLOVÁ

zdravie, mladí ľudia, EHIS, nerovnosti v oblasti zdravia, sociálno-ekonomický status, rizikové a protektívne správanie vo vzťahu k zdraviu

KEY WORDS

health, young people, EHIS, health inequalities, socio-economic status, risk and protective health-related behaviour

1. ÚVOD

Nerovnosť v zdraví je jednou z najčastejšie analyzovaných otázok pri skúmaní zdravia. Bežne sa nerovnosti v zdraví vymedzujú ako odlišnosti v zdraví sociálnych skupín, ktoré sú determinované ich sociálno-ekonomickou pozíciou v systéme sociálnej stratifikácie. V centre pozornosti je napríklad súvislosť medzi sociálno-ekonomickým statusom, rizikovým či protektívnym správaním vo vzťahu k vlastnému zdraviu a zdravotným stavom ľudí. Na základe zistení z mnohých výskumov uskutočnených v rôznych krajinách možno túto súvislosť považovať za empiricky

verifikovanú a v zásade i za teoreticky vysvetlenú. Teoretické vysvetlenie vzniku a reprodukcie nerovností v oblasti zdravia poskytujú rôzne teórie nerovností v zdraví (materiálne, kultúrno-behaviorálne, psychologicko-sociálne teórie, teórie životného cyklu atď.), ako aj viac či menej komplexné modely snažiace sa o syntézu prvkov viacerých teórií [napr. 1, 4, 29]. Niektoré z uvedených teórií nerovností v zdraví sa empiricky testovali aj v podmienkach Slovenskej republiky [7, 8, 9, 27, 28], pričom táto verifikácia viedla k záveru, že i v našej spoločnosti platia mnohé poznatky o vzťahoch medzi sociálno-ekonomickým statusom, správaním vo vzťahu k zdraviu a zdravotným stavom jednotlivcov, ale aj sociálnych skupín či kategórií obyvateľstva.

Napriek tomu, že v súčasnosti už aj na Slovensku disponujeme mnohými poznatkami o nerovnostiach v oblasti zdravia, množstvo charakteristík, súvislostí a vzťahov existujúcich v oblasti zdravotného stavu a spoločenských, ekonomických, kultúrnych, psychologických a iných faktorov zdravia našej populácie stále iba čaká na objasnenie. Osobitne dôležitou sa táto úloha javí vo vzťahu k mládeži. Nielen preto, že zdravotný stav mládeže a jej postoj k vlastnému zdraviu sú významnou súčasťou obrazu o zdravotnom stave obyvateľstva z hľadiska jeho ďalšieho vývoja, ale aj preto, že výskumy poukazujú na mnohé negatíva a rizikové správanie mladých ľudí, ktoré by nemali zostať bez povšimnutia.

Údaje z Európskeho zisťovania o zdraví¹ v roku 2014 (ďalej „EHIS 2014“), z ktorých budeme vychádzať pri našej analýze, umožňujú ďalšiu verifikáciu doterajších poznatkov a testovanie viacerých súvislostí medzi sociálno-ekonomickým postavením mladých ľudí (resp. domácností, v ktorých žijú) a ich správaním vo vzťahu k svojmu zdraviu. Teoretickým východiskom tohto testovania sú základné tézy materiálnej (štruktúrnej) a kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví [1, 24]. V prvej časti štúdie predstavíme teoretické východiská nášho výskumného postupu. V ďalšej poukážeme na štandardné spôsoby merania, operacionalizácie a analýzy týchto skutočností. V tretej časti štúdie predstavíme postup našej analýzy a hlavné zistenia uskutočnenej analýzy a ich interpretáciu.

2. SÚVISLOSTI MEDZI SOCIÁLNO-EKONOMICKÝM POSTAVENÍM A PROTEKTÍVNYM A RIZIKOVÝM SPRÁVANÍM VO VZŤAHU K ZDRAVIU

Spoločenskovedné teórie vysvetľujúce vznik a reprodukciu nerovností v oblasti zdravia sú zväčša orientované na mezo- alebo i makrosociologickú úroveň analýzy problematiky, pričom aplikujú prístup založený na snahe explikovať tieto nerovnosti na základe objasnenia súvislosti medzi nerovnakým zdravím členov rôznych sociálnych skupín či kategórií obyvateľstva (prípadne i nerovnakým zdravím

¹ Európske zisťovanie o zdraví (*European Health Interview Survey – EHIS*) sa realizuje v päťročných intervaloch ako empirický dotazníkový výskum so zameraním na jednotlivcov. EHIS zbiera okrem iných dát údaje patriace do tzv. minimálneho európskeho zdravotného modulu (*Minimum European Health Module – MEHM*) [pozri napr. 33], ktorý obsahuje tri ukazovatele zdravia: subjektívne hodnotenie vlastného zdravia (subjektívne zdravie), prítomnosť dlhotrvajúceho (chronického) ochorenia alebo zdravotného problému a mieru obmedzenia v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému; získava tiež údaje indikujúce úroveň zdravotnej starostlivosti, údaje o vybraných faktoroch zdravia i o ďalších skutočnostiach týkajúcich sa zdravia ľudí. V SR sa terénny zber údajov v rámci zisťovania EHIS uskutočnil dvakrát: v roku 2009 a v roku 2014 (v roku 2009 sa uskutočnil iba v niektorých štátoch EÚ, v roku 2014 už bol povinným zisťovaním vo všetkých členských štátoch EÚ). Výberový súbor tvorili v roku 2014 osoby staršie ako 15 rokov, zber údajov sa uskutočnil v domácnostiach, realizoval ho Štatistický úrad SR v júli až decembri 2014 na vzorke 7 670 respondentov formou osobného rozhovoru. Do konečnej databázy bolo zaradených 5 490 respondentov (miera návratnosti teda bola 71,6 %).

obyvateľstva rôznych spoločností) a exogénnymi alebo endogénnymi činiteľmi zdravia populácie (akými sú napríklad sociálno-ekonomický status, životná úroveň, životný štýl, zdraviu prospešné alebo škodlivé správanie, fázy životného cyklu atď.). Teórie nerovností v oblasti zdravia možno klasifikovať napríklad na základe kritéria smeru kauzálneho pôsobenia medzi spoločensky danými podmienkami života obyvateľstva a nerovnosťami v oblasti zdravia. Na základe toho rozlišujeme teórie výberu na základe rôzneho zdravia a teórie podmienenosti zdravia spoločensky danými podmienkami života [1].

Teórie výberu na základe zdravia vychádzajú z predpokladu, že zdravie, resp. zdravotný stav významne ovplyvňuje postavenie ľudí v spoločnosti. Nerovnosti v zdraví sú teda spôsobené tým, že ľudia sú v jednotlivých etapách života na základe svojho rozdielneho zdravotného stavu (ktorý, samozrejme, významne ovplyvňuje aj ich pozícia v spoločnosti) rôzne úspešní vo vzdelávaní, pri získavaní a udržiavaní si profesijného či sociálneho statusu a pod. Na základe týchto skutočností vznikajú a pretrvávajú medzi nimi i nerovnosti v zdraví [35, 37].²

Teórie podmienenosti zdravia spoločensky danými podmienkami života pracujú s predpokladom, že nerovnosti v zdraví spôsobuje jeden alebo viac druhov spoločensky daných podmienok života (napríklad sociálno-ekonomický status, životný štýl a pod.). Podľa týchto teórií predpokladané determinanty neovplyvňujú zdravie priamo, ale sprostredkované cez iné skutočnosti (tzv. sprostredkujúce faktory). Takéto vysvetlenie nerovností v zdraví vychádza z poznania, že rôzne spoločenské triedy alebo statusové skupiny žijú v odlišných sociálno-ekonomických podmienkach, ktorým zodpovedá aj ich diferencované správanie a konanie v každodennom živote. Na základe odlišných sociálno-ekonomických podmienok (príjmu, životnej úrovne, pracovných podmienok, podmienok bývania atď.) a rôzneho (zdraviu viac alebo menej prospešného) správania vznikajú v spoločnosti zloženej z takto diferencovaných sociálnych skupín a kategórií nerovnosti v zdraví.

Teórie podmienenosti zdravia spoločensky danými podmienkami sa členia podľa toho, ktoré sprostredkujúce faktory považujú za rozhodujúce. Rozlišujeme materiálne (štruktúrne) teórie, kultúrno-behaviorálne teórie, psychologicko-sociálne teórie a teórie životného cyklu [1, 24]. V sociologickom skúmaní nerovností v oblasti zdravia sa doteraz najviac využívali prvé dve z týchto teórií.

Materiálne teórie zdôrazňujú význam pôsobenia sociálnej štruktúry, resp. sociálnej stratifikácie na nerovnosti v oblasti zdravia a ako sprostredkujúce faktory, ktorých pôsobenie treba preskúmať, vyzdvihujú sociálno-ekonomický status, príjmovú distribúciu, pracovné podmienky, nezamestnanosť, chudobu, kvalitu bývania, susedstva i životného prostredia a pod., teda najmä skutočnosti materiálneho, resp. sociálno-ekonomického charakteru [5, 31].

Aj *kultúrno-behaviorálne teórie* vychádzajú z uznávania významu sociálneho postavenia v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti, ako sprostredkujúce faktory

² Medzi tieto teórie možno zaradiť aj vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia na základe odlišných geneticky daných dispozícií ľudí. Vychádzajú z názoru, že súčasťou zdravotného stavu sú i od predkov zdedené biologické a psychologické dispozície, na základe ktorých sú príslušníci rôznych sociálnych skupín a kategórií nerovnako úspešní v nadobúdaní a udržiavaní si sociálneho postavenia, a teda aj v umiestňovaní sa v systéme nerovností v zdraví [20].

však zdôrazňujú najmä kultúrne (socializáciou, výchovou, vzdelávaním, osvetou) podmienené skutočnosti týkajúce sa štýlu života ľudí z rôznych sociálnych tried alebo statusových skupín. Tieto teórie zameriavajú svoju pozornosť primárne na protektívne alebo rizikové správanie vo vzťahu k vlastnému zdraviu týkajúce sa celkovej životosprávy, spôsobu a kvality stravovania, ne/existencie škodlivých návykov, ne/dostatku fyzického pohybu, ne/absolvovania pravidelných preventívnych lekárskeho vyšetrení a pod. [2]

Pri našej analýze sa sústreďíme na skúmanie súvislosti medzi sociálno-ekonomickým statusom a správaním vo vzťahu k zdraviu. Treba preto upozorniť na dve základné prezentácie poznatkov kultúrno-behaviorálnej teórie: na prezentáciu v podobe jednoduchého priameho behaviorálneho vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia a v podobe vysvetľovania kultúrne podmieneného správania ako sprostredkujúceho faktora nerovností v oblasti zdravia [1: 64 – 76]. Podľa jednoduchého behaviorálneho vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia sú pre členov rôznych sociálnych skupín alebo príslušníkov rôznych sociálnych kategórií (spoločenských tried, statusových skupín, príjmových kategórií a pod.) v nerovnakej miere typické či zastúpené rôzne charakteristiky psychologického charakteru (súhrnne označované ako miera sebakontroly, sebadisciplíny a pod.), s ktorými súvisí aj určitý štýl života vrátane správania k vlastnému zdraviu. Poznatky z výskumov podporujú záver, že čím nižší je sociálno-ekonomický status ľudí, tým častejšie sa v ich správaní vyskytujú rizikové prvky, ako fajčenie, nadmerné pitie alkoholu, nedostatočný podiel čerstvého ovocia a zeleniny v strave, nedostatočný fyzický pohyb. Zriedkavejšie sú zastúpené aj protektívne druhy správania (dodržiavanie zdravej životosprávy, absolvovanie preventívnych lekárskeho prehliadok). Medzi príslušníkmi vyšších statusových skupín je protektívne správanie k vlastnému zdraviu zastúpené viac a rizikové menej [29, 31]. Rizikové, resp. protektívne správanie príslušníkov rôznych sociálnych skupín a kategórií sa teda v tomto type vysvetlenia považuje za hlavný sprostredkujúci faktor medzi sociálno-ekonomickým postavením a nerovnosťami v oblasti zdravia.

Psychologizmus, neúplnosť i ďalšie nedostatky tohto vysvetlenia sa snažia prekonať alebo odstrániť viaceré verzie *teórie* kultúrnej podmienenosti protektívneho a rizikového správania k zdraviu. Tieto teórie hľadajú vysvetlenie odlišného správania príslušníkov jednotlivých sociálnych skupín k svojmu zdraviu v rôznych spôsoboch, resp. mechanizmoch pôsobenia odlišných kultúr rôznych sociálnych skupín na myslenie, správanie a konanie ich členov vo vzťahu k vlastnému zdraviu. Ako mechanizmy transformácie kultúry do zdravia prospešného alebo škodlivého správania skúmajú autori najčastejšie pôsobenie rôzneho habitusu príslušníkov jednotlivých spoločenských tried, vplyv odlišnej výchovy a vzdelania členov rôznych sociálnych skupín a kategórií ľudí, ďalej snahu o sociálne odlišenie sa príslušníkov niektorých statusových skupín od ostatných i prostredníctvom osobitného životného štýlu vrátane prístupu k zdraviu a pod. [1, 2].

Výskumy nerovností v oblasti zdravia spravidla vychádzajú z teoretických východísk, ktoré sa snažia kombinovať, resp. syntetizovať prvky uvedených teórií nerovností v zdraví. Na základe takýchto pokusov o syntézu vznikajú modely snažiace sa o komplexné vysvetlenie vzťahov medzi spoločensky určenými podmienkami života obyvateľstva a nerovnosťami v oblasti zdravia. Najuznávanejším z nich je model Komisie pre spoločenské determinanty zdravia Svetovej

zdravotníckej organizácie, ktorý vychádza z ústredného postavenia sociálno-ekonomického statusu (ovplyvňovaného politickým a spoločensko-ekonomickým kontextom) a považuje ho za rozhodujúci determinant vo vzťahu k nerovnostiam v oblasti zdravia. Ako najdôležitejšie sprostredkujúce faktory uvádza špecifickými spôsobmi spolupôsobiacie materiálne, psychologicko-sociálne, behaviorálne i biologické faktory doplnené ďalšími, medzi ktoré patrí systém zdravotnej starostlivosti a iné sociálno-kultúrne a štruktúrne charakteristiky spoločností [4: 46 – 48].

Sociálno-ekonomický status sa chápe ako rozhodujúci faktor zdravia spoluvytvárajúci rôzne sociálne, pracovné, ekonomické a zdravotné podmienky života i odlišné zdravie jednotlivcov situovaných v rôznych pozíciách systému sociálnej stratifikácie spoločnosti. Potvrdzujú to zistenia empirických výskumov, ktoré dokázali napríklad vplyv sociálnej triedy na prístup k lekárskej starostlivosti, vplyv sociálneho postavenia na výskyt rizikového a protektívneho správania vo vzťahu k zdraviu a pod. [3, 5, 20].

Vzťah medzi sociálno-ekonomickým statusom a zdravím, správaním k zdraviu sa potvrdil v rôznych štátoch a v rôznych obdobiach, a to bez ohľadu na spôsob merania statusu. Tento vzťah je konzistentný a robustný, hoci jeho sila sa v jednotlivých štátoch a obdobiach líši. Vo vyspelých štátoch v súčasnosti ľudia síce žijú v priemere dlhšie a zdravšie ako predchádzajúce generácie a úroveň ich zdravia sa v posledných desaťročiach neustále zlepšovala, množstvo výskumov však potvrdzuje pretrvávajúcu sociálno-ekonomickú podmienenosť zdravia: i vo vyspelých moderných spoločnostiach ľudia s vyšším sociálno-ekonomickým statusom žijú v priemere dlhšie a sú zdravší ako ich spoluobčania s nižším statusom. Ľudia s nižším vzdelaním, pracovným zaradením a príjmom, ľudia vykonávajúci manuálnu a rutinnú prácu, ako aj príslušníci niektorých etnických menšín a migranti zomierajú mladší, majú vyššiu mieru chorobnosti, sú viac vystavení rizikovým faktorom negatívne ovplyvňujúcim ich zdravie, častejšie majú zhoršený zdravotný stav a pod. [3, 5, 20, 38]. Vyššie sociálno-ekonomické postavenie znamená väčšie zdroje (príjmy, bohatstvo, prestíž, moc a prospešné sociálne kontakty), ktoré pôsobia vo vzťahu k zdraviu protektívne bez ohľadu na aktuálne sprostredkujúce mechanizmy tohto pôsobenia.

Poznatky získané zo sociologických a iných analýz nerovností v oblasti zdravia v SR i ďalších postsocialistických štátoch Európy zväčša potvrdzujú platnosť uvedených teórií. Taktiež sa konštatuje, že v európskych postsocialistických štátoch sa od deväťdesiatych rokov 20. storočia reprodukovujú podobné vývinové trendy, na ktoré od 70. rokov 20. storočia upozorňujú výskumníci v štátoch západnej Európy [5, 19, 20, 38]. Zistenia z výskumov realizovaných v postsocialistických štátoch potvrdili najmä existenciu významného vzťahu medzi sociálno-ekonomickým statusom a zdravím, pričom v týchto štátoch existuje väčšia miera nerovností v oblasti zdravia ako v západoeurópskych štátoch. Zväčšovanie ekonomickej a sociálnej diferenciacie v postsocialistických štátoch sprevádza narastanie nerovností v oblasti zdravia medzi jednotlivými spoločenskými triedami, resp. vrstvami tvoriacimi systém ich sociálnej stratifikácie [7]. Spoločenské zmeny v štátoch strednej a východnej Európy ovplyvnili aj oblasť zdravia a veľmi negatívne zasiahli obyvateľov s najnižším sociálno-ekonomickým postavením (u nás napríklad obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít).

Objektom našej analýzy sú respondenti EHIS 2014 vo veku 15 až 24 rokov. Výber tejto vekovej kategórie vyplynul z nášho cieľa, ktorým bolo preskúmanie súvislostí medzi sociálno-ekonomickým postavením mladých ľudí a ich správaním k zdraviu. Veková kohorta 15- až 24-ročných prežíva špecifickú životnú etapu – mladosť. Ide teda o adolescentov a mladých dospelých, ktorí sú pri skúmaní nerovností v zdraví špecifickí z niekoľkých dôvodov: 1) nerovnosti v zdraví v dospelosti súvisia s obdobím detstva a mladosti, keďže zdravotné problémy v týchto etapách života majú tendenciu pretrvávať aj v neskoršom veku; 2) v mladosti sa utvára so zdravím súvisiace správanie i hodnoty súvisiace so zdravím, ktoré výrazne determinujú zdravie a zdravotný stav človeka v neskorších etapách životného cyklu; 3) rizikové faktory zdravia sa v mladosti kumulujú a u tých, ktorí sú v tomto období sociálno-ekonomicky znevýhodnení, sa tieto znevýhodnenia neskôr ešte viac prehĺbia [12, 35].

Skutočnosť, že nerovnosti v zdraví súvisia s vekom, potvrdili mnohé empirické výskumy. Menej sa už hovorí o vekovej determinácii hĺbky nerovností v zdraví. Súvisí to pravdepodobne s tým, že tieto nerovnosti nemajú linearitu ani jednoznačný smer. Nerovnosti v zdraví sú výrazné v ranom detstve, v období adolescencie sa znižujú, v ranej dospelosti sa opäť objavujú a v období dospelosti sa prehľbujú. V období staroby, najmä po 75 roku života, sú opäť minimálne. Ide o výrazný argument potvrdzujúci hypotézu o znižovaní nerovností v zdraví v období dospievania [36]. Napriek všeobecne lepšiemu zdravotnému stavu mladých ľudí v porovnaní s ostatnými vekovými kohortami však mladosť nie je obdobím života, v ktorom nerovnosti v zdraví neexistujú [11, 13, 30].

Vo všeobecnosti platí, že sociálno-ekonomický status výrazne ovplyvňuje zdravotný stav a výskyt rizikového i protektívneho správania k zdraviu.³ Mladí ľudia pochádzajúci z rodín s nižším sociálno-ekonomickým statusom hodnotia svoje zdravie menej priaznivo a ich zdravotný stav je horší. Častejšie sa u nich vyskytujú dlhotrvajúce zdravotné ťažkosti a postihnutia, invalidita a pod. [23]. Výskumy potvrdili aj vplyv sociálno-ekonomickej pozície mladých ľudí na životný štýl, konkrétne súvislosť medzi sociálno-ekonomickou pozíciou (zamestnanie a vzdelanie rodičov, typ navštevovanej školy) a výskytom rizikového správania adolescentov (skúsenosť s fajčením, frekvencia fajčenia, skúsenosť s konzumáciou alkoholu, frekvencia konzumácie alkoholu, skúsenosť s užívaním drog, nedostatok športovej aktivity, postoj k fajčeniu). Výskyt rizikového správania bol okrem niektorých výnimiek vyšší v skupinách adolescentov s nižšou sociálno-ekonomickou pozíciou [10]. Aj rizikové správanie rodičov a rovesníckej skupiny silne súvisí s rizikovým správaním mladých ľudí (napríklad v prípade fajčenia) a je ich silným prediktorom [22]. V sociálnych skupinách a kategóriách s nižším sociálno-ekonomickým postavením je fajčenie častejšie, preto adolescenti vyrastajúci v takomto prostredí majú častejšie rodičov i viac rovesníkov v okolí, ktorí fajčia; v tomto prostredí býva fajčenie tiež dostupnejšie a viac tolerované [6].

Zistenia z doteraz uskutočnených výskumov teda naznačujú, že základné tézy materiálnych a kultúrno-behaviorálnych teórií nerovností v zdraví platia aj pre

³ *Pre úplnosť musíme dodať, že výsledky analýz o vplyve sociálno-ekonomického postavenia na zdravie a správanie vo vzťahu k zdraviu nie sú úplne jednoznačné a variujú v závislosti od spôsobu merania sociálno-ekonomického statusu, typu správania k zdraviu, od skúmanej vekovej skupiny, pohlavia a konkrétnej populácie (spoločnosti).*

kategóriu mládeže, resp. mladých ľudí žijúcich v SR. Naším cieľom je preto s využitím údajov EHIS 2014 preskúmať, či tvrdenia o súvislostiach medzi sociálno-ekonomickým statusom a rizikovým správaním vo vzťahu k zdraviu platia i pre mládež na Slovensku.

3. SPÔSOB MERANIA A ANALÝZY SÚVISLOSTÍ MEDZI SOCIÁLNO-EKONOMICKÝM STATUSOM A RIZIKOVÝM SPRÁVANÍM K ZDRAVIU U MLADÝCH ĽUDÍ

Skúmanie nerovností v oblasti zdravia a vo vzťahu medzi sociálno-ekonomickým postavením jednotlivcov, ale aj sociálnych skupín a kategórií v systéme stratifikácie spoločnosti, rôznymi sprostredkujúcimi faktormi a zdravím sa venovalo množstvo empirických výskumov. Vďaka nim máme k dispozícii nielen teoretické vysvetlenia tohto vzťahu, ale aj množstvo spôsobov, metód a nástrojov jeho empirického skúmania. Pri navrhovaní spôsobu analýzy údajov z EHIS 2014 pre potreby testovania súvislostí medzi sociálno-ekonomickým postavením a rizikovým správaním vo vzťahu k vlastnému zdraviu možno túto metodologickú i metodickú výbavu využiť. Dotazník EHIS 2014 totiž vychádza zo štandardnej operacionalizácie a merania sociálno-ekonomického statusu, zo správania k svojmu zdraviu i zdravotného stavu.

Medzi najčastejšie indikátory postavenia v systéme sociálnej stratifikácie patrí sociálno-ekonomický status. Považuje sa aj za jeden z najvýznamnejších determinantov nerovností v oblasti zdravia. Sociálno-ekonomický status býva operacionalizovaný mnohými spôsobmi, najčastejšie ako zjednodušené označenie pre premenné, akými sú napríklad vzdelanie, zamestnanie a príjem, alebo ako súhrnný konštrukt vytvorený pomocou súboru premenných, či ako hierarchické zoradenie zamestnaní do poradia podľa ich prestíže, finančného ocenenia a pod. [15: 3]. Pri skúmaní vzťahu sociálno-ekonomického statusu a nerovností v oblasti zdravia sa vo výskumoch najčastejšie používa operacionalizácia statusu prostredníctvom dosiahnutého vzdelania a príjmu, ostatné spôsoby operacionalizácie a merania sociálno-ekonomického statusu sa používajú zriedkavejšie. Pri niektorých typoch analýz je z vecných dôvodov nevyhnutné pri operacionalizácii a meraní sociálno-ekonomického statusu použiť iba jednu alebo dve premenné. Obyčajne sa tak postupuje pri analýzach, v ktorých sa pôsobenie sociálno-ekonomického statusu na nerovnosti v zdraví dekomponuje na priame pôsobenie a pôsobenie sprostredkované ďalšími faktormi. V takýchto prípadoch sa najčastejšie ako indikátor sociálno-ekonomického statusu používa dosiahnuté vzdelanie a zriedkavejšie príjem alebo zamestnanie, pretože vzdelanie spravidla časovo i kauzálne predchádza zamestnaniu i príjmu [18: 65].

Realizované výskumy odhalili množstvo sprostredkujúcich faktorov medzi postavením v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti a nerovnosťami v oblasti zdravia. Úmerne k tomuto množstvu existuje aj veľký počet spôsobov operacionalizácie a merania týchto sprostredkujúcich faktorov. Spomedzi sprostredkujúcich faktorov behaviorálneho, resp. kultúrno-behaviorálneho charakteru sa v empirických výskumoch najčastejšie testuje vplyv diferencovaného pôsobenia rôznych druhov protektívneho, ale najmä rizikového správania na zdravie príslušníkov rôznych sociálnych skupín alebo kategórií. Rizikové, resp. protektívne správanie sa operacionalizuje, skúma a meria napríklad prostredníctvom: ne/vhodného stravovania, ne/existencie zdraviu škodlivých návykov (pitie alkoholu,

fajčenie atď.), ne/dostatku fyzického pohybu a ne/absolvovania pravidelných preventívnych lekárskeho vyšetrení. Z mnohých druhov rizikového správania sa najčastejšie skúma vplyv tých, ktoré sa považujú za najviac škodlivé pre zdravie: fajčenie, nadmerné pitie alkoholu, nesprávna výživa (ako jej častý indikátor sa používa nedostatočný podiel čerstvej zeleniny a ovocia v strave), nedostatok fyzického pohybu, nedostatok spánku, neabsolvovanie preventívnych lekárskeho prehliadok atď., pričom sa bežne využíva kombinácia viacerých zo spomínaných indikátorov tohto správania [1, 3, 29]. Opakované testovanie indikátorov rizikového i protektívneho správania v mnohých empirických výskumoch dostatočne preverilo ich validitu (najmä vo výskumoch, v ktorých sa použila ich kombinácia).

Pri skúmaní faktorov zdravia vrátane správania vo vzťahu k vlastnému zdraviu sa u mladých ľudí pozornosť najčastejšie venuje vplyvu ich sociálno-ekonomickej pozície. V prípade drvivej väčšiny adolescentov a mladých dospelých je pritom táto pozícia sprostredkovaná sociálnym postavením, resp. statusom ich rodičov (najmä ich vzdelaním, profesiovým statusom, príjmom atď.), rodinným zázemím alebo sociálno-ekonomickými podmienkami rodiny (kvalitou bývania, vybavením domácnosti atď.). V tejto súvislosti sa však skúma a analyzuje aj sila súvislosti medzi zdravím sociálno-ekonomického statusu samotného dospievajúceho jedinca,⁴ napríklad prostredníctvom indikátorov, akými sú jeho ekonomická aktivita, typ navštevovanej školy, úspešnosť v škole alebo sebazaradenie do určitej sociálnej pozície, prostredníctvom indikátorov kultúrneho kapitálu (napríklad hodnota zdravia, vedomosti a informácie o zdraví atď.) a sociálneho kapitálu (napríklad členstvo v rovesníckych skupinách, množstvo sociálnych vzťahov, členstvo v sociálnych sieťach atď.).

V nasledujúcej časti našej štúdie sa budeme podrobnejšie venovať zvolenému spôsobu operacionalizácie sociálno-ekonomického postavenia a indikátorom správania k zdraviu. Primárne sa budeme zaoberať rizikovým (zdraviu škodlivým) správaním. Pri vymedzení sociálno-ekonomického statusu sme sa sústredili na sociálno-ekonomické charakteristiky domácností. Rizikové správanie vo vzťahu k zdraviu sme operacionalizovali prostredníctvom pitia alkoholu a fajčenia.

4. VÝSLEDKY ŠTATISTICKÉHO ZISŤOVANIA EHIS 2014

Existujúce poznatky o zdravotnom stave našej populácie potvrdzujú známu skutočnosť, že zdravotný stav výrazne determinuje vek [27]. Mladšie vekové kategórie obyvateľstva hodnotia svoje zdravie pozitívnejšie, menej sa u nich objavujú dlhotrvajúce ochorenia alebo zdravotné problémy a v bežných činnostiach sú v menšej miere obmedzované zdravotnými problémami ako staršie vekové kategórie obyvateľstva, čo ukázali aj zistenia EHIS 2014 (pozri prílohu). Popritom však realizované výskumy prinášajú zistenia o zvyšujúcom sa výskyte rizikového správania vo vzťahu k zdraviu v čoraz mladších vekových kategóriách. Potvrdzujú to aj údaje EHIS 2014.⁵ Podiel mladých ľudí vo veku 15 – 24 rokov, ktorí fajčia, predstavuje takmer 30 %, pričom 18 % z nich fajčí denne. V starších vekových

⁴ Niektoré zistenia ukázali silnejšiu súvislosť medzi vlastným sociálno-ekonomickým postavením a správaním vo vzťahu k zdraviu [17, 34], než bola sila súvislosti medzi týmto správaním a sociálnym statusom rodiny, v ktorej mladý človek žije. Aj z tohto dôvodu sa spôsobom operacionalizácie a meraniu sociálneho statusu mladého človeka venuje čoraz väčšia pozornosť.

⁵ Pracujeme s neváženými údajmi EHIS 2014.

kategóriách je situácia síce nepriaznivejšia, pokiaľ ide o podiel pravidelných (denných) fajčiarov (pozri tabuľku 1), podiel príležitostných fajčiarov je však najvyšší práve v najmladšej vekovej kategórii.

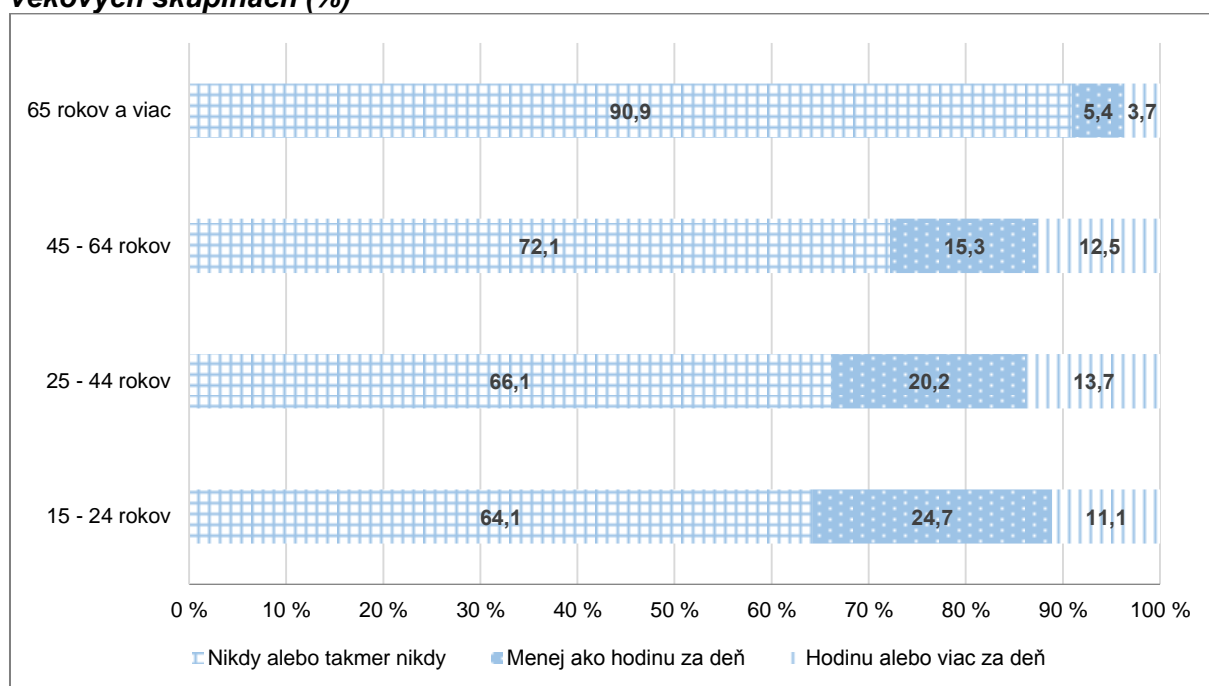
Tabuľka č. 1: Frekvencia fajčenia vo vekových skupinách (v %)

	15 – 24 rokov	25 – 44 rokov	45 – 64 rokov	65 rokov a viac
Denne	17,9	28,5	24,8	8,2
Príležitostne	11,6	7,2	6,0	2,2
Vôbec	70,5	64,3	69,2	89,6
Spolu	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014, nevážené údaje

Vysoký je aj podiel mladých ľudí, ktorí sú intenzívne vystavení dymu z tabakových výrobkov. Ako ukazuje graf č. 1, viac než tretina z nich je vystavená dymu v uzavretých priestoroch a 11 % v takýchto podmienkach zotrváva denne hodinu i dlhšie.

Graf č. 1: Frekvencia vystavenia tabakovému dymu v uzavretých priestoroch vo vekových skupinách (%)



Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014, nevážené údaje

Pitie alkoholických nápojov je ďalším druhom rizikového správania významne zastúpeným medzi mladými ľuďmi. Aspoň raz za týždeň alkoholické nápoje pije 13 % mladých ľudí vo veku 15 až 24 rokov, čo je približne o sedem percentuálnych bodov menej ako v skupine osôb vo veku 25 až 44 rokov a o deväť percentuálnych bodov menej než vo vekovej kategórii 45 až 64 rokov.⁶ Alkohol sa u mladých ľudí spája predovšetkým s koncom pracovného týždňa a víkendom. Počas dvoch z troch dní tvoriacich koniec týždňa konzumuje alkohol 48 % mladých ľudí, ktorí do styku s alkoholom prichádzajú každý týždeň minimálne raz. V pracovných dňoch je

⁶ Osoby v dôchodkovom veku 65 rokov a viac sú z hľadiska frekvencie fajčenia a spotreby alkoholu najmenej rizikovou skupinou.

konzumácia alkoholu zriedkavejšia: dva z prvých štyroch pracovných dní v týždni (pondelok až štvrtok) pije alkohol 11 % mladých ľudí, ktorí s ním prichádzajú do styku aspoň raz týždenne. Tri zo štyroch týchto dní ho konzumuje 5 % mladých ľudí. Môžeme sa domnievať, že študijné či pracovné povinnosti pôsobia protektívne a mladí ľudia v daných dňoch konzumujú alkohol menej často.

Na druhej strane, vo vekovej kategórii 15- až 24-ročných sa pri porovnaní s ostatnými vekovými kategóriami častejšie vyskytujú aj také vzory správania, ktoré sú pre zdravie prospešné. Medzi mladými ľuďmi je napríklad podľa zistení výskumu zo všetkých vekových kategórií najnižší podiel osôb, ktoré konzumujú ovocie zriedkavo. Mladí ľudia sa tiež najviac venujú fyzickým aktivitám – výskum medzi nimi zaznamenal napríklad najvyšší priemerný počet dní, počas ktorých aspoň desať minút chodia pešo alebo využívajú bicykel. Vhodným ukazovateľom zdravého spôsobu života a protektívneho správania k zdraviu je telesná hmotnosť indikovaná prostredníctvom indexu telesnej hmotnosti (BMI – Body Mass Index). Ide o často sledovaný faktor ovplyvňujúci zdravotný stav jednotlivca. Aj v tomto prípade je situácia medzi mládežou pozitívna a nachádzame nízky podiel jednotlivcov s nadváhou.

V našej analýze rizikového správania mládeže vo vzťahu k zdraviu nás zaujímalo najmä to, či a v akej miere ovplyvňuje rizikové správanie tejto vekovej kategórie sociálno-ekonomická pozícia. Na identifikovanie tohto vplyvu sme využili binárnu logistickú regresnú analýzu, ktorá modeluje vplyv nezávislých premenných na závislú premennú nadobúdajúcu dve hodnoty. Ak má závislá premenná len dva varianty, nastáva špecifická situácia. V tomto prípade – na rozdiel od štandardnej viacnásobnej lineárnej regresie – nepredikujeme hodnoty premennej, ale prirodzený logaritmus šance, že nastal jav, ktorý nás zaujíma [7]. Šance sú určené ako pomer pravdepodobnosti, že udalosť nastane, a pravdepodobnosti, že udalosť nenastane. Šance môžu nadobúdať hodnoty od nuly do nekonečna (na rozdiel od pravdepodobnosti). Prirodzený logaritmus šancí potom vedie k tomu, že hodnoty sa môžu pohybovať od $-\infty$ do ∞ . V centre našej pozornosti je pritom vplyv sociálno-ekonomického statusu domácnosti. Uprednostnenie sociálno-ekonomických charakteristík domácnosti pred sociálno-ekonomickými charakteristikami jednotlivca vychádza z predpokladu, že väčšina osôb vo veku 15 až 24 rokov ešte žije v rodičovských domácnostiach alebo že tieto domácnosti pre nich predstavujú významný zdroj ekonomickej istoty. Ide o dôsledok špecifického statusu mládeže: ich ekonomickej a bytovej nesamostatnosti, často ešte neukončeného procesu vzdelávania alebo iba začiatkovej kryštalizácie postavenia na trhu práce.

EHIS 2014 ponúka na takúto analýzu niekoľko možností. Na operacionalizáciu sociálno-ekonomickej pozície sme z nich vybrali dve: príjmovú situáciu domácnosti a situáciu v domácnosti z hľadiska vzťahu jej členov k trhu práce. Na indikovanie príjmovej situácie využívame premennú kvintily ekvivalentného príjmu, ktorá rozdeľuje výberový súbor do piatich (rovnako početných) príjmových kategórií podľa výšky príjmu. Keďže ide o ekvivalentný príjem, je v ňom zohľadnená veľkosť i štruktúra domácnosti. Do analýz sme zaradili dichotomickú formu tejto premennej rozlišujúcu medzi osobami v prvom (najnižšom) kvintile a vo zvyšku príjmovej distribúcie. Na zachytenie situácie domácnosti vo vzťahu k trhu práce sme vytvorili novú premennú, ktorú sme nazvali pracovná intenzita. Názov (zámerne) evokuje indikátor, ktorý sa využíva na porovnávanie krajín EÚ (a ktorý sa počíta z údajov EU SILC). Naša premenná sa však od tohto oficiálneho indikátora líši konceptuálne

i výpočtom. Ide o podiel osôb v domácnosti vo veku 16 až 64 rokov, ktoré sú zamestnané. Na jej výpočet sme využili premennú HH_ACT indikujúcu počet osôb vo veku 16 až 64 rokov v domácnosti, ktoré sú zamestnané, a premenné HHNBPERS_16_24 a HHNBPERS_25_64, ktoré zachytávajú počet osôb vo veku 16 až 24 a 25 až 64 rokov.⁷ Následne sme získané hodnoty premennej rekatégorizovali a vytvorili sme dichotomickú premennú s hodnotami 1 (v domácnosti pracuje aspoň jedna osoba v danom veku) a 2 (v domácnosti nepracuje ani jedna osoba v danom veku).

Tieto dva indikátory sociálno-ekonomickej pozície domácností sú kľúčové nezávislé premenné, ktoré sme doplnili o ďalšie štyri. Skôr než ich predstavíme, najprv sa pristavíme pri formách rizikového správania, pri ktorých predpokladáme, že na ich prítomnosť/frekvenciu vplýva *sociálno-ekonomický status*. Analyzovať budeme vplyv sociálno-ekonomického statusu na fajčenie, pitie alkoholu a rizikové pitie alkoholu. Keďže využívame binárnu logistickú regresiu, premenné zachytávajúce takéto správanie boli transformované na dichotomické závislé premenné. Ich opis uvádzame v tabuľke 2.

Tabuľka č. 2: Opis závislých premenných pre modely binárnej logistickej regresie

Varianty	Závislé premenné		
	Fajčenie	Pitie alkoholu	Rizikové pitie alkoholu
1	denne	raz za mesiac a častejšie	riziková ⁸ jednorazová konzumácia alkoholu raz za mesiac a častejšie
0	vôbec alebo príležitostne	menej než raz za mesiac	riziková jednorazová konzumácia alkoholu menej často

Zdroj: vlastné spracovanie

K dvom kľúčovým nezávislým premenným sme pridali ďalšie štyri, ktorých efekt sme chceli kontrolovať a zároveň nás zaujímal aj ich vlastný substantívny prínos. Po prvé, do binárnej logistickej regresnej analýzy sme zaradili *pohlavie a index telesnej hmotnosti (BMI)*. V období mladosti možno o týchto premenných uvažovať ako o dôležitých diferencujúcich faktoroch vo vzťahu k rizikovému správaniu k zdraviu. Zároveň považujeme za dôležité mať ich pri interpretácii vplyvu sociálno-ekonomického statusu pod kontrolou. Po druhé, do analýzy sme zaradili športovanie ako typ protektívneho (zdraviu prospešného) správania. Nakoniec sme do modelov zaradili aj dva typy rizikového správania vo vzťahu k zdraviu. Do modelu so závislou premennou fajčenie sme zaradili premennú pitie alkoholu. Do modelu so závislou premennou týkajúcou sa pitia alkoholu sme zase zaradili nezávislú premennú

⁷ Rozpor medzi tým, že premenná pracovná intenzita opisuje situáciu osôb vo veku 16 – 64 rokov, a tým, že naša analýza sa zameriava na osoby vo veku 15 – 24 rokov, nepredstavuje teoretický a ani metodologický problém. Premenná pracovná intenzita je meraná na úrovni domácnosti, po jej vypočítaní sa jej hodnota pripíše každému členovi domácnosti. Napríklad, ak v domácnosti nepracuje žiadna osoba vo veku 16 – 64 rokov, tak hodnota 2 je pripísaná každému členovi takejto domácnosti vrátane osôb vo veku 15 – 24 rokov. Znamená to potom, že aj keď pracujeme so súborom osôb, ktorých vek sa pohybuje medzi 15 a 24 rokmi, disponujeme v ich prípade informáciami o tom, aká je pracovná intenzita v ich domácnosti.

⁸ Za rizikovú sa považuje konzumácia zodpovedajúca 60 g čistého etanolu alebo väčšiemu množstvu.

týkajúcu sa fajčenia. Rovnako ako v predchádzajúcich prípadoch i tu boli cieľom kontrola ich vplyvu i vlastný vecný efekt.

Výsledky troch modelov binárnej logistickej analýzy sú zhrnuté v tabuľkách 3, 4 a 5. Najdôležitejšie zistenia uskutočnenej analýzy možno zhrnúť takto. V prípade *fajčenia* sa ukázala jasná súvislosť medzi *sociálno-ekonomickým statusom* a výskytom tohto druhu rizikového správania. Šanca ocitnúť sa medzi pravidelnými fajčiarmi (v porovnaní so šancou sa tam neocitnúť) je pre osoby v prvom kvintile približne dvakrát vyššia v porovnaní so šancami osôb nachádzajúcich sa vyššie v príjmovej hierarchii. Podobne mladí ľudia žijúci v domácnostiach, v ktorých *nikto nepracuje*, majú dvaapokrát vyššiu šancu stať sa silnými fajčiarmi ako ich vrstovníci z domácností, v ktorých je zamestnaná aspoň jedna osoba. Štatisticky významné sú aj výsledky analýzy premenných *športovanie* a *pitie alkoholu*. Potvrdili sa predpoklady o smere silnej súvislosti: osoby, ktoré športujú (športovým aktivitám venujú aspoň minimálny čas), majú oveľa nižšie šance fajčiť každý deň v porovnaní s osobami, ktoré nešportujú vôbec. Podobná súvislosť platí aj pre mladých ľudí, ktorí pijú alkohol zriedka alebo ho nepijú vôbec. Samozrejme, tieto závery platia pri kontrole vplyvu ostatných premenných, ktoré boli zaradené do príslušných modelov (platí to aj pre všetky nasledujúce interpretácie).

Tabuľka č. 3: Pomery šancí a ich intervaly spoľahlivosti z logistického modelu pre závislú premennú fajčenie (veková kategória 15 – 24 rokov)

Premenná	Exp (β)	CI _{0,95} pre Exp (β)	
		Dolná hranica	Horná hranica
Pohlavie (referenčná kategória = ženy)			
Muži	1,276	0,792	2,055
Príjem (referenčná kategória = druhý až piaty kvintil ekvivalentného príjmu)			
Osoby v prvom príjmovom kvintile	1,919*	1,120	3,290
Pracovná intenzita domácnosti (referenčná kategória = osoby v domácnostiach, kde pracuje aspoň jedna osoba vo veku 16 – 64 rokov)			
Osoby v domácnostiach, kde nikto nepracuje	2,546**	1,367	5,112
Športovanie (referenčná kategória = osoby, ktoré vôbec nešportujú)			
Osoby, ktoré sa venujú športu aspoň jeden deň v týždni	0,580*	0,369	0,914
Pitie alkoholu (referenčná kategória = osoby, ktoré pijú alkohol menej než raz mesačne)			
Osoby, ktoré pijú alkohol raz mesačne alebo oveľa častejšie	0,226***	0,142	0,359
BMI	1,043	0,979	1,112
Konštanta	0,196		

Poznámka: Závislá premenná = fajčenie (0 = vôbec alebo príležitostne, 1 = denne).

*Signifikantné na hladine významnosti 0,05; **signifikantné na hladine významnosti 0,01;

***signifikantné na hladine významnosti 0,001.

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014, nevážené údaje

Pri analýze premennej pitie alkoholu sa u mladých ľudí objavili iné vzorce. Ako významný sa ukázal vplyv príjmovej situácie domácnosti, charakter súvislosti je však v tomto prípade iný ako v prípade fajčenia. Šance osôb z domácností patriacich do najnižšej príjmovej kategórie zaradiť sa medzi ľudí, ktorí pijú v mladom veku alkohol raz za mesiac alebo oveľa častejšie, sú výrazne nižšie než šance osôb z domácností s vyšším príjmom. Silne diferencujúcim faktorom je aj *pohlavie* – mladí muži sú v tomto ohľade oveľa rizikovejšou kategóriou než mladé ženy. Menej rizikovou kategóriou sú aj nefajčiari. Šance mladých nefajčiarov holdovať alkoholu sú niekoľkonásobne nižšie ako šance mladých ľudí, ktorí fajčia.

Tabuľka č. 4: Pomery šancí a ich intervaly spoľahlivosti z logistického modelu pre závislú premennú pitie alkoholu (veková kategória 15 – 24 rokov)

Premenná	Exp (β)	CI _{0,95} pre Exp (β)	
		Dolná hranica	Horná hranica
Pohlavie (referenčná kategória = ženy)			
Muži	2,405***	1,599	3,542
Príjem (referenčná kategória = druhý až piaty kvintil ekvivalentného príjmu)			
Osoby v prvom príjmovom kvintile	0,562*	0,335	0,944
Pracovná intenzita domácnosti (referenčná kategória = osoby v domácnostiach, kde pracuje aspoň jedna osoba vo veku 16 – 64 rokov)			
Osoby v domácnostiach, kde nikto nepracuje	0,889	0,422	1,918
Športovanie (referenčná kategória = osoby, ktoré vôbec nešportujú)			
Osoby, ktoré sa venujú športu aspoň jeden deň v týždni	0,813	0,538	1,227
Fajčenie (referenčná kategória = osoby, ktoré fajčia)			
Osoby, ktoré nefajčia	0,193***	0,129	0,289
BMI	1,009	0,952	1,070
Konštanta	0,769		

Poznámka: Závislá premenná = pitie alkoholu (0 = menej než raz za mesiac, 1 = raz za mesiac alebo oveľa častejšie); *signifikantné na hladine významnosti 0,05; **signifikantné na hladine významnosti 0,01; ***signifikantné na hladine významnosti 0,001.

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014, nevážené údaje

Rizikové pitie alkoholu sa vzťahuje na frekvenciu pitia i na množstvo vypitého alkoholu. Ako významný sa v tomto prípade ukázal vplyv pohlavia, BMI a protektívneho i rizikového správania k zdraviu. Rizikovejšími kategóriami sú mladí muži a mladí ľudia, ktorí fajčia a nešportujú. Ukazuje sa tiež, že so zvyšujúcou sa hodnotou BMI mierne klesá šanca zaradiť sa do kategórie, ktorá sa vyznačuje rizikovou konzumáciou alkoholu.

Tabuľka č. 5: Pomery šancí a ich intervaly spoľahlivosti z logistického modelu pre závislú premennú rizikové pitie alkoholu (veková kategória 15 – 24 rokov)

Premenná	Exp (β)	CI _{0,95} pre Exp (β)	
		Dolná hranica	Horná hranica
Pohlavie (referenčná kategória = ženy)			
Muži	1,995**	1,272	3,131
Príjem (referenčná kategória = druhý až piaty kvintil ekvivalentného príjmu)			
Osoby v prvom príjmovom kvintile	0,796	0,460	1,376
Pracovná intenzita domácnosti (referenčná kategória = osoby v domácnostiach, kde pracuje aspoň jedna osoba vo veku 16 – 64 rokov)			
Osoby v domácnostiach, kde nikto nepracuje	1,393	0,620	3,128
Športovanie (referenčná kategória = osoby, ktoré vôbec nešportujú)			
Osoby, ktoré sa venujú športu aspoň jeden deň v týždni	0,502**	0,318	0,802
Fajčenie (referenčná kategória = osoby, ktoré fajčia)			
Osoby, ktoré nefajčia	0,342***	0,222	0,527
BMI	0,913**	0,853	0,976
Konštanta	16,103		

Poznámka: Závislá premenná = rizikové pitie alkoholu (0 = riziková jednorazová konzumácia alkoholu menej často než raz za mesiac, 1 = riziková jednorazová konzumácia alkoholu raz za mesiac a častejšie); *signifikantné na hladine významnosti 0,05; **signifikantné na hladine významnosti 0,01; ***signifikantné na hladine významnosti 0,001.

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014, nevážené údaje

Na záver analýzy je potrebné reflektovať povahu a kvalitu vytvorených modelov. Hladiny významnosti zodpovedajúce hodnotám chí kvadrátu v testoch Omnibus potvrdzujú, že tieto modely ponúkajú lepšiu predikciu dát než v prípade nulového modelu. Hodnoty Nagelkerkeho R^2 sa pohybovali medzi 0,19 a 0,29. Nejde o vysoké hodnoty, ak by cieľom analýzy bolo vytvorenie čo najúplnejšieho modelu, ktorý by sa dal využiť napríklad pri predikcii budúceho vývoja alebo rôznych alternatív. My sme však chceli pomocou vecne dôležitých a dostupných premenných (a pri kontrole ich vplyvu) otestovať diferenciatnú silu ukazovateľov sociálno-ekonomického statusu.

5. ZÁVER

Údaje z Európskeho zisťovania o zdraví z roku 2014 sme využili na skúmanie sociálno-ekonomických a kultúrno-behaviorálnych faktorov zdravia mládeže na Slovensku. Naším primárnym cieľom bola analýza sociálno-ekonomickej podmienenosti rizikového správania mladých ľudí k svojmu zdraviu. Využitie troch regresných modelov binárnej logistickej analýzy nám umožnilo poukázať na niekoľko skutočností, ktoré si zaslúžia pozornosť pri ďalšom skúmaní zdravia a správania mladých ľudí k zdraviu. Sociálno-ekonomický status má najsilnejší vplyv na výskyt pravidelného fajčenia. Ukázala sa jasná súvislosť medzi sociálno-ekonomickým statusom meraným prostredníctvom príjmu a pracovnej intenzity domácnosti a výskytom tohto druhu rizikového správania. Vyššia šanca ocitnúť sa medzi

pravidelnými fajčiarimi sa zistila u mladých ľudí nachádzajúcich sa v prvom príjmovom kvintile. Podobná súvislosť platila aj v prípade adolescentov a mladých dospelých žijúcich v domácnostiach, v ktorých nikto nepracuje. Pracovná intenzita domácností, ktorá nie je štandardne využívaným indikátorom sociálno-ekonomického postavenia domácností, sa ukázala ako vhodný indikátor pri skúmaní sociálneho gradientu tohto typu rizikového správania vo vzťahu k zdraviu. V prípade pitia alkoholu sú výsledky menej jednoznačné. Spomedzi dvoch použitých indikátorov sociálno-ekonomického statusu sa ako diferencujúci faktor v oboch prípadoch – pitia alkoholu a rizikového pitia alkoholu – ukázala príjmová situácia domácnosti. Jej pôsobenie však nie je jednoznačné: zatiaľ čo šanca pravidelne fajčiť je vyššia medzi mladými ľuďmi z nízkopríjmových kategórií, šanca (častejšie) konzumovať alkohol je v týchto kategóriách oveľa nižšia než v kategóriách s vyššími príjmami. Potvrzuje to aj pohľad na pôvodné dáta EHIS 2014: mladí ľudia z najvyššieho (piateho) príjmového kvintilu pijú alkohol častejšie ako mládež umiestnená v najnižšom kvintile príjmového rebríčka. Podobnú výnimku súvislosti medzi nižším sociálno-ekonomickým statusom a vyššou frekvenciou rizikového správania (napr. pri konzumácii alkoholu) už potvrdili aj iné výskumné zistenia v zahraničí [pozri napr. 4, 22, 32] i na Slovensku [10].

Skúmanie sociálno-ekonomických rozdielov v správaní mládeže vo vzťahu k zdraviu neprinieslo jednoznačné výsledky. Výnimky nachádzame napríklad medzi jednotlivými krajinami alebo pri sledovaní rodových triednych aspektov. Navyše existujúce zistenia naznačujú zmiernenie sociálno-ekonomických nerovností v zdraví a v správaní súvisiacom so zdravím v období dospievania aj na Slovensku [pozri napr. 25]. Napriek tomu je potrebné pokračovať vo výskume a monitorovaní podmienosti zdraviu prospešného či zdraviu škodlivého správania sociálno-ekonomickou pozíciou. Sociálno-ekonomické diferencie v tejto oblasti sa totiž v dospelosti zvyrazňujú a prehlbujú a ich korene často musíme hľadať v období detstva a mladosti, keď sa formujú postoje k zdraviu a súvisiace správanie. Samotné monitorovanie sociálno-ekonomickej podmienosti správania súvisiaceho so zdravím však nepostačuje na pochopenie mechanizmov, akými sociálno-ekonomický status pôsobí na toto správanie. Aj preto je nevyhnutné orientovať ďalšie výskumné úsilie smerom k ozrejmieniu mechanizmov tohto pôsobenia.

Dôležité je ešte upozorniť, že analýza, ktorú sme uskutočnili, bola do veľkej miery determinovaná povahou dát. EHIS 2014 ponúka širokú škálu možností na konceptualizáciu zdravia, zdravotných ťažkostí či správania vo vzťahu k zdraviu. Vymedzenie a následná operacionalizácia sociálno-ekonomickej pozície sa ale musí opierať o relatívne užšiu škálu indikátorov, ktorá je však dostatočná na identifikáciu štandardne využívaných ukazovateľov sociálno-ekonomickej pozície jednotlivca v systéme sociálnej stratifikácie. Dostupné možnosti sa však zúžia, ak sa pozornosť zameria na mladých ľudí, kde svoje opodstatnenie strácajú ukazovatele viažuce sa na dosiahnutú úroveň vzdelania (ktoré ešte nemusí byť ukončené), pozíciu na trhu práce (príprava na povolanie, resp. nevykryštalizovaná pozícia v zamestnaní) či osobný príjem. Ukazovatele sledované v EHIS 2014 teda neumožňujú využiť širší diapazón indikátorov sociálno-ekonomického statusu samotného dospievajúceho jedinca. Aj napriek tomu, že EHIS nie je primárne zameraný na skúmanie nerovností v zdraví a sociálneho gradientu so zdravím súvisiaceho správania, domnievame sa, že analýza výsledkov tohto štatistického zisťovania nám umožnila prispieť do odbornej diskusie zameranej na oblasť zdravia mládeže.

Je potrebné upozorniť, že údaje Európskeho zisťovania o zdraví sú primárnym zdrojom pre porovnateľné európske sociálne indikátory zdravia. Päťročná periodicita realizácie zisťovania umožňuje porovnať jeho výsledky v čase a ponúka dôležitú informačnú databázu pre tvorcov verejných politík. Stáva sa takto nevyhnutným zdrojom sociálneho monitoringu a reportingu situácie v oblasti zdravia na Slovensku, ako i v ďalších krajinách EÚ. Ponúka pritom nielen informácie o stave a vývoji v sledovaných oblastiach, ale stáva sa nástrojom hodnotenia úrovne sociálneho rozvoja a efektivity realizovaných intervencií verejnej politiky.

LITERATÚRA

- [1] BARTLEY, M.: Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods. Cambridge: Polity, 2012. ISBN 978-0-7456-2779-3.
- [2] BLAXTER, M.: Health. Cambridge: Polity, 2010. ISBN 978-0-7456-4846-0.
- [3] BUDRYS, G.: Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness. New York: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, 2010. ISBN 978-0-7425-6507-4.
- [4] Commission on Social determinants of Health: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 978-92-4-150085-2.
- [5] DAVEY SMITH, G. (Ed.): Health Inequalities: Lifecourse Approaches. Bristol: The Policy Press, 2006.
- [6] DE VRIES, H.: Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. In: *Social Science and Medicine*, 41, 1995, 3, pp. 419-424.
- [7] DŽAMBAZOVIČ, R. – GERBERY, D.: Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. In: *Sociológia*, 46, 2014, č. 2, s. 194 – 219.
- [8] GECKOVÁ, A. a kol.: Socioekonomické nerovnosti v zdraví u adolescentov – vzťah medzi vzdelaním rodičov a výskytom subjektívnych zdravotných ťažkostí adolescentov. In: *Československá pediatrie*, 55, 2000, s. 87 – 95.
- [9] GECKOVÁ, A. – VAN DIJK, J. P. – HONČARIV, R. – GROOTHOFF, J. W. – POST, D.: Influence of health risk behaviour and socio-economic status on health of Slovak adolescents. In: *Croatian Medical Journal*, 244, 2003, 1, pp. 41-49.
- [10] GECKOVÁ, A. – VAN DIJK, J. P. – GROOTHOFF, J. W. – POST, D.: Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. In: *Social and Preventive Medicine*, 4, 2002, pp. 233-239.
- [11] GOODMAN, E. – AMICK, B. C. – REZENDES, M. O. – LEVINE, S. – KAGAN, J. – ROGERS, W. H. – TARLOV, A. R.: Adolescent's understanding of social class: A comparison of white upper middle class and working class youth. In: *Journal of Adolescent Health*, 27, 2000, 2, pp. 80-83.
- [12] HAAS, S. A.: Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 7, 2006, pp. 339-354.
- [13] HALLDORSSON, M. – KUNST, A. E. – KOHLER, L. – MACKENBACH, J. P.: Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents - a comparative study of the five Nordic countries. In: *European Journal of Public Health*, 10, 2000, 4, pp. 281-288.
- [14] HANSON, M. D. – CHEN, E.: Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature. In: *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 2007, pp. 263-285.

- [15] HAUSER, R. M. – CARR, D.: Measuring Poverty and Socioeconomic Status in Studies of Health and Well-being. Center for Demography and Ecology Working Paper, 1994, 94-24, Madison: University of Wisconsin. Dostupné na: <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/94-24.pdf>.
- [16] HERTZMAN, C. – POWER, C. – MATTHEWS, S. – MANOR, O.: Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. In: *Social Science and Medicine*, 53, 2001, pp.1575-1585.
- [17] KOIVUSILTA, L. K. – RIMPELÄ, A. H. – KAUTIAINEN, S. M.: Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? In: *BMC Public Health*, 6, 2006, p. 110. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479325/>.
- [18] KREIDL, M.: Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? In: *Sociologický časopis*, 44, 2008, č. 1, s. 55 – 86.
- [19] KUNST, A. E.: Socioeconomic inequalities in health in Central and Eastern Europe: synthesis of results of eight new studies. In: *International Journal of Public Health*, 54, 2009, pp. 197-200.
- [20] MACKENBACH, J. P.: *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Erasmus MC, 2006.
- [21] MACKENBACH, J. P.: Socio-economic Health Differences in The Netherlands: A Review of Recent Empirical Findings. In: *Social Science and Medicine*, 34, 1992, pp. 213-226.
- [22] MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. – STEWART, R. – VAN DIJK, J. P. – OROSOVA, O. – GROOTHOFF, J. W. – POST, D.: Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. In: *European Addiction Research*, 4, 2005, pp. 204-209.
- [23] MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. – ŽEŽULA, I. – VAN DIJK, J. P. – TUINSTRAN, J. – GROOTHOFF, J. W. – POST, D.: Socio-economic inequalities in health among Slovak adolescents. In: *Sozial und Präventivmedizin*, 49, 2004, 1, pp. 26-35.
- [24] NETTLETON, S.: *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity, 2012. ISBN 978-07-4-564600-8.
- [25] SALONNA, F.: *Health inequalities among Slovak adolescents over time*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2012. ISBN 978-90-367-5823-9.
- [26] SMITH, G. D. – BARTLEY, M. – BLANE, D.: The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. In: *British Medical Journal*, 301, 1990, pp. 373-376.
- [27] SOPÓCI, J. – DŽAMBAZOVIČ, R. – GERBERY, D.: *Zdravie a zdravotná starostlivosť na Slovensku – nerovnosti v zdraví*. Bratislava: STIMUL, 2015. ISBN 978-80-8127-147-2.
- [28] SOPÓCI, J. – HRABOVSKÁ, A.: Kultúrno-behaviorálna podmienenosť nerovností v oblasti zdravia na Slovensku. In: *Sociologický časopis*, 51, 2015, č. 4, s. 667 – 699.
- [29] STRONKS, K.: *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?* Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 1997. ISBN 978-909010-413-3.
- [30] TORSHEIM, T. – CURRIE, C. – BOYCE, W. – KALNINS, I. – OVERPECK, M. – HAUGLAND, S.: Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. In: *Social Science and Medicine*, 59, 2004, pp. 1-12.

- [31] TOWNSEND, P. – DAVIDSON, N. (eds.): *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin, 1982.
- [32] TUINSTRA, J. – GROOTHOFF, J. W. – VAN DEN HEUVEL, W. J. A. – POST, D.: Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence. Do they exist? In: *Social Science and Medicine*, 47, 1998, pp. 67-74.
- [33] VELČICKÁ, J.: *Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014)*. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2015. ISBN 978-80-8121-465-3.
- [34] VEREECKEN, C. A. – MAES, L. – DE BACQUER, D.: The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviours among adolescents in Belgium. In: *Journal of Adolescent Health*, 34, 2004, pp. 330-338.
- [35] WADSWORTH, M. E. J.: Health inequalities in the life course perspective. In: *Social Science and Medicine*, 44, 1997, 6, pp. 859-869.
- [36] WEST, P.: Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? In: *Social Science and Medicine*, 44, 1997, 6, pp. 833-858.
- [37] WEST, P.: Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities. In: *Social Science and Medicine*, 32, 1991, pp. 373-384.
- [38] WILKINSON, R. G. – MARMOT, M. (eds.): *Social Determinant of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO, 2003. ISBN 978-92-890-1371-0.

PRÍLOHY

Príloha č. 1: Celkové zhodnotenie zdravia obyvateľov SR podľa vekových kategórií (v %)

	Spolu	Vekové kategórie					
		15 – 24	25 – 34	35 – 44	45 – 54	55 – 64	65+
Veľmi dobré	24,0	60,3	40,2	28,1	12,1	3,4	0,8
Dobré	41,7	35,1	48,0	53,9	52,1	39,0	19,4
Ani dobré, ani zlé	22,4	3,3	9,7	14,1	25,3	38,7	43,7
Zlé	9,5	1,0	1,9	3,1	9,1	15,4	27,1
Veľmi zlé	2,5	0,3	0,1	0,8	1,3	3,6	8,9

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014

Príloha č. 2: Dlhotrvajúce (chronické) ochorenie alebo zdravotný problém obyvateľov SR podľa vekových kategórií (v %)

	Spolu	Vekové kategórie					
		15 – 24	25 – 34	35 – 44	45 – 54	55 – 64	65+
Áno	53,7	25,1	31,7	37,2	59,4	78,2	93,0
Nie	46,3	74,9	68,3	62,8	40,6	21,8	7,0

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014

Príloha č. 3: Miera obmedzenia v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému minimálne v posledných 6 mesiacov u obyvateľov SR podľa vekových kategórií (v %)

	Spolu	Vekové kategórie					
		15 – 24	25 – 34	35 – 44	45 – 54	55 – 64	65+
Veľmi obmedzovaný	11,3	2,7	4,3	5,9	11,1	16,6	27,7
Obmedzovaný, ale nie veľmi	27,6	10,3	14,9	18,6	31,2	41,7	50,0
Vôbec neobmedzovaný	61,1	86,9	80,8	75,5	57,7	41,7	22,3

Zdroj: Štatistický úrad SR, EHIS 2014

Štúdia bola vypracovaná v rámci riešenia projektu APVV-14-0639 Sociálna stratifikácia a sociálna mobilita v slovenskej spoločnosti.

RESUME

Article focuses on the socioeconomic and cultural and behavioural factors of health-related risk behaviour among young people in Slovakia. The authors verify the materialist (structural) and cultural and behavioural hypotheses which are part of the health inequality theories, using data from the EHIS 2014. More specifically, it was a testing of the basic connections between the socioeconomic status of young people aged 15-24 and their health-related risk behaviour. The socio-economic status is indicated and measured by means of income and work intensity of the household members. Health-related risk behaviour is expressed by authors as regular smoking and alcohol drinking.

The statistical method of the binary logistic regression was used in the analysis which established a direct link between the socio-economic status of young people and their smoking. Persons from the first income quintile have significantly higher chances of getting addicted to smoking than their peers. Similar holds true for adolescents and young adults living in unemployed households. The work intensity of a household which is not a normally used indicator of exploring the socio-economic position of a household, proved to be a suitable indicator of exploring the social gradient of this type of risky health-related behaviour. In case of alcohol drinking, the results were less ambiguous, however, the household income seems to be the most important factor also in this type of risky behaviour. The chances of (more frequent) alcohol consumption are higher among young people who are better off. We can conclude that analysis of data from the EHIS 2014 confirms social and economic differences in health-related behaviour of the young population.

PROFESIJNÝ ŽIVOTOPIS

Mgr. Roman Džambazovič, PhD., je odborným asistentom na Katedre sociológie FiF UK v Bratislave. Venuje sa skúmaniu sociálnych nerovností, sociálnych deviácií, rodinného a demografického správania. Je autorom a spoluautorom publikácií *Chudoba na Slovensku (2007)*, *Sociálne nerovnosti na Slovensku (2011)*, *Rodinné správanie v demografických dátach (2012)*, *Rodina na Slovensku v teórii a vo výskume (2015)* a *Zdravie a zdravotná starostlivosť na Slovensku – nerovnosti v zdraví (2015)*.

Mgr. Daniel Gerbery, PhD., prednáša na Katedre sociológie FiF UK v Bratislave a zaoberá sa aplikovaným sociálnym výskumom v Inštitúte pre výskum práce a rodiny. K jeho výskumným záujmom patria sociálne nerovnosti, chudoba a sociálne vylúčenie, komparatívna sociálna politika a kvantitatívne metódy v sociálnych vedách. Je autorom a spoluautorom publikácií *Kniha o chudobe. Spoločenské súvislosti a verejné politiky (2007)*, *Inovatívne orientácie v sociálnej politike: Perspektíva sociálnej inklúzie (2011)*, *Potrebujeme sociálny štát? Úvahy (nielen) o verejných politikách (2013)* a *Spoločnosť a ekonomika: sociologické perspektívy (2015)*.

Prof. PhDr. Ján Sopoci, PhD., je vedúcim Katedry sociológie FiF UK v Bratislave. Venuje sa skúmaniu sociálnej stratifikácie a mobility, sociálnych, zdravotníckych a politických inštitúcií. Je autorom a spoluautorom viacerých publikácií, napríklad *Sociálne nerovnosti na Slovensku (2011)*, *Ako sa mení slovenská spoločnosť (2013)*, *Sociálne inštitúcie modernej spoločnosti (2014)* a *Zdravie a zdravotná starostlivosť na Slovensku – nerovnosti v zdraví (2015)*.

KONTAKT

roman.dzambazovic@uniba.sk, daniel.gerbery@uniba.sk, jan.sopoci@uniba.sk