

## MEDOSEBNI ODNOSI IN ZDRAVJE V OKVIRU SOSESKE\*\*1

*Povzetek. V soseskah živijo ljudje v različnih medsebojnih odnosih. V članku želimo proučiti, ali so značilnosti medsebojnih odnosov prebivalcev v soseski in značilnosti njihovega zdravja povezane. V raziskavi smo to problematiko proučevali pri prebivalcih večstanovanjskih stavb v ljubljanskih soseskah. Empirični podatki so bili zbrani z anketo o medsosedskih odnosih. Ugotovitve bivariatnih analiz in multiple linearne regresije kažejo, da so z zdravje najpomembnejši že znani dejavniki, kot na primer finančno stanje gospodinjstva in starost, hkrati pa se je izkazalo, da nekateri vidiki in značilnosti medosebnih odnosov pomembno vplivajo na zdravje prebivalcev teh stanovanjskih skupnosti. Posebej smo obravnavali opolnomočenost, ki se je izkazala za pomemben dejavnik, ki bi mu morali v prihodnosti posvetiti več raziskovalne pozornosti.*

*Ključni pojmi: zdravje, soseska, lokalna skupnost, opolnomočenost, odnosni dejavniki zdravja*

### Uvod

Zdravje je še vedno pogosto razumljeno kot pretežno fizični pojav, čeprav tako raziskovalne ugotovitve o njegovih značilnostih kot iz njih izpeljane dogovorne opredelitve v okviru institucij, kot je Svetovna zdravstvena organizacija, poudarjajo njegovo večdimenzionalnost. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot ne le odsotnost bolezni, ampak tudi fizično, psihično in socialno dobro počutje (Preambula, 1948). Poudarja tudi, da so osnovni pogoji za zagotavljanje zdravja zunaj zdravstvenega sektorja, to so življenjske okoliščine ljudi: bivalne razmere, materialna varnost, izobrazba, socialna pravičnost in enakost.

Zdravje nastaja tam, kjer ljudje živijo, delajo, stanujejo, se igrajo, šolajo ... Vključenost v podporne medsebojne odnose pozitivno vpliva na zdravje,

\* Dr. Matic Kavčič, docent na Zdravstveni fakulteti; dr. Majda Pahor, redna profesorica na Zdravstveni fakulteti, Univerza v Ljubljani.

\*\* Izvirni znanstveni članek.

<sup>1</sup> Članek je nastal v okviru raziskovanja, podprtega s sredstvi Agencije RS za raziskovanje in razvoj, P5-0200, Kakovost življenja družbenih skupin. Avtorja se zahvaljujeta Centru za proučevanje družbene blaginje za sodelovanje v raziskavi in Maji Mrzel za pomoč pri zbiranju in obdelavi podatkov.

kar velja tako za posameznike kot za skupnosti in družbe (Svetovna zdravstvena organizacija, 1986). Kjer je prisotna visoka stopnja socialne izolacije in izključenosti, je tudi visoka stopnja prezgodnje umrljivosti in obolevnosti ter več zapletov bolezni (Wilkinson in Marmot, 2003; Marmot in Wilkinson, 2006). Tudi raziskovanje vplivov odnosov v soseski na zdravje kaže na pomen značilnosti teh odnosov. Gre za raziskovanje povezanosti dveh kompleksnih pojavov, socialnih odnosov v soseski na eni strani in zdravja v njegovih različnih dimenzijah na drugi. V članku bomo v okviru širše raziskave, ki je bila usmerjena v medsosedske odnose in kakovost življenja stanovalcev v večstanovanjskih stavbah v Ljubljani, poskušali ugotoviti, kakšne so značilnosti zdravja udeležencev raziskave in kako se povezujejo z različnimi socialnimi dejavniki zdravja, ter najti razlike v samoocenjeni stopnji opolnomočenosti med anketiranci glede na njihovo zdravstveno stanje. Izhajali smo iz predpostavke, da izpostavljenost stresu in nerazrešenim konfliktom v bivalnem okolju vodi k slabemu zdravju (Ellen et al., 2001; Erikson et al., 2011; Idler in Yael, 1997).

Cilj našega prispevka je torej osvetliti povezave med odnosi v soseski oziroma stanovanjski zgradbi in značilnostmi zdravja udeležencev raziskave. Zato smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji, in sicer: ali različni medosebni odnosi stanovalcev v stavbi vplivajo na njihovo zdravje; kako katere značilnosti odnosov v soseski vplivajo na zdravje.

## Teoretično ozadje

Kot eden od dejavnikov zdravja ljudi je bil proučevan tudi vpliv značilnosti soseske oziroma skupnosti. Največ se je proučeval vpliv fizičnih in socialno-ekonomskih značilnosti soseske na zdravje, kar so vsekakor pomembni, a ne edini dejavniki zdravja (pregled v Gibson et al., 2011). Poleg stopnje degradiranosti in onesnaženosti okolja ter prisotnosti revščine in socialnih razlik vplivajo na zdravje tudi stiki s sosedi, medsebojno poznavanje, obnašanje prebivalcev in vzdušje v soseski (Mohnen et al., 2011). Številne raziskave (kot npr. Wen et al., 2006) so odkrile povezavo med socialno-ekonomskim statusom soseske in samooceno zdravja prebivalcev, posredovano skozi individualni socialno-ekonomski status, zaznavo kakovosti soseske in psihosocialno stanje. Podobno so Mathis in sodelavci (2015) ugotovili nižjo samooceno zdravja starejših prebivalcev mest pri tistih med njimi, ki v svojih okoljih zaznavajo kriminal.

Dolgoročna izpostavljenost stresu zaradi družbenih vezi ima številne negativne posledice za zdravje (Brunner in Marmot, 2006). Izpostavljenost stresu deluje na zdravje preko spremenjene hormonske slike, vpliva na delovanje srca in na imunski sistem (Lund et al., 2014). S pomočjo teh procesov se družbeni odnosi prevajajo v telesne psihobiološke poteke, ki se

kažejo v slabem zdravju (Berkman et al., 2000). Da sta stres in zdravje povezana, so ugotovili že endokrinologi v 50. letih 20. stoletja, kasneje so njihove ugotovitve potrdili s številnimi raziskavami o ozadju in poteku različnih duševnih in telesnih bolezni. S povezavo med stresom in zdravjem se že več desetletij ukvarja tudi sociologija, njena pomembna ugotovitev pa je, da na negativne reakcije na stres vplivajo spol, rasa/narodnost, zakonski stan in razred (Thoits, 2010). Dodatnemu škodljivemu diskriminacijskemu stresu so izpostavljene manjšine. Stresorji vztrajajo skozi življenjski potek in skozi generacije. Negativni učinki stresa pa se zmanjšajo, ko osebe pridobijo nadzor nad svojim življenjem, samospoštovanje in/ali socialno oporo.

Za pojasnitev procesov pri proučevanju odnosnih dejavnikov zdravja v soseski je pomemben koncept socialni kapital kot vrednost, ki jo prinaša povezanost z drugimi. Operacionalizirali so ga na različne načine, največkrat kot zaupanje, participacijo in korist od pripadnosti skupnosti. Pregledna študija prospektivnih raziskav o povezavi med socialnim kapitalom in zdravjem (Murayama et al., 2012) je ugotovila pozitiven vpliv socialnega kapitala na zdravje, tako individualnega kot socialnega kapitala lokalne skupnosti in delovnega mesta. Zdi se, da socialni kapital soseske, opredeljen kot stopnja zaupanja, participacije in politične udeležbe, bolj koristi zdravju žensk kot moških (Erikson et al., 2011). Mohnen in sodelavci (2011) so socialni kapital soseske opredelili kot zaupanje, participacijo, norme vzajemnosti in koristi od pripadnosti skupnosti ter v longitudinalni nacionalni raziskavi odkrili povezavo z zdravjem posameznikov, in to bolj izrazito v mestih kot v ruralnih skupnostih. Poortinga (2006) opozarja na vpliv različnih tipov socialnega kapitala na zdravje tako posameznikov kot celotne skupnosti. Socialni kapital soseske vpliva tudi na vedenje, povezano z zdravjem, npr. spodbuja fizično aktivnost in nekajenje (Mohnen et al., 2012). Ne le objektivne značilnosti soseske, na zdravje pomembno vpliva tudi subjektivno zaznana kakovost soseske (Weden et al., 2008). Način, kako ljudje doživljajo socialne odnose, vpliva na neenakosti v zdravju. Ključni dejavnik je njihov nadzor nad viri opore, zlasti v socialnih omrežjih (Putnam 1993). Socialni odnosi v soseski vplivajo na zdravje kratkoročno in dolgoročno. Na kratek rok vplivajo na vedenje in stališča do zdravja ter na uporabo zdravstvenega varstva, na dolgi rok pa skozi "vzdušje" v soseski, kjer lahko akumulacija stresa, slabe kakovosti okolja in omejenih virov revnih skupnosti okvari zdravje prebivalcev in jih naredi bolj ranljive za bolezni (Ellen et al., 2001).

Soseska je tudi vir socialne opore v bolezni, sicer ne ključna, a z naraščajočim pomenom, kot kažejo študije v Sloveniji. Med člani posameznikovega omrežja, ki nudi oporo v primeru bolezni, je med letoma 1987 in 2002 narasel delež sosedov z 2% na 4% (pri moških) oz. na 6% (pri ženskah) (Pahor in Hlebec, 2005). Socialna opora v svojih različnih oblikah je nasploh dejavnik zdravja, mnoge raziskave so dokazale njene učinke (gl. pregled v Pahor

in Hlebec, 2005). Pomembna je tudi ugotovitev, da je poleg dane opore za zdravje pomembna tudi t.i. "latentna opora" (Marsden in Friedkin, 1994), ki omogoča povezanost in občutek pripadnosti na ravni soseske, skupnosti in organizacij, na katero lahko pripadniki računajo, če jo bodo potrebovali. Primer za to je npr. zagotovljeno 24-urno zdravstveno varstvo ali pomoč na domu v primeru bolezni ipd.

Odnosi znotraj socialnih omrežij lahko ščitijo zdravje, obenem pa so lahko tudi vir stresa in negativno vplivajo na zdravje. Socialna omrežja so vir socialne opore v zvezi z zdravjem in boleznijo (Pahor et al., 2011). Zlasti so pomembni odnosi z najbližjimi, to je partnerjem, otroki, družino in prijatelji, vendar na zdravje vplivajo tudi odnosi s sosedi, celo tako, da lahko povečajo tveganje za prezgodnjo umrljivost (Lund et al., 2014). Danska longitudinalna kohortna študija na vzorcu približno 10.000 oseb srednjih let je izhajala iz predpostavke, da so socialni odnosi tudi vir stresa, in sicer tako, da osebam povzročajo skrbi, postavljajo zahteve in povzročajo konflikte, kar lahko vodi k škodi za zdravje. Znano je, da je največ stresa in najmanj socialne opore med nižjimi sloji (Stringhini et al., 2012) in da nižje mesto v hierarhiji poveča občutljivost za stres (Diderichsen et al., 2001), kar vodi do diferencirane ranljivosti, ko so za isti stresor bolj občutljivi pripadniki nižjih slojev. Kombinacija vseh teh dejavnikov vodi v slabo zdravje. Ženske dobivajo praviloma več socialne opore, njihova omrežja so večja in dobivajo več emocionalne opore (Barbee et al., 1993), vendar doživljajo tudi več zahtev in skrbi v družini ter so bolj pogosto vpletene v konflikte, kar povečuje njihovo izpostavljenost stresu. Moški so v družinskih omrežjih manj izpostavljeni zahtevam in skrbem (razen v odnosu do partnerke), vendar je njihova reakcija na stres bolj škodljiva za zdravje. Na socialne odnose vplivajo tudi osebne značilnosti: posamezniki, ki so nizko uvrščeni na lestvici prijaznosti in visoko na lestvici nevroticizma, se bolj pogosto zapletajo v konflikte (Bono et al., 2002). Tudi Chida in Steptoe (2009) sta odkrila povezavo med jezo in sovražnostjo ter koronarnimi srčnimi boleznimi.

V splošnem velja, da slabi odnosi vplivajo na vedenje v zvezi z zdravjem, na psihično počutje in na fiziološke reakcije, kar so vse dejavniki zdravstvenih izidov. Danska longitudinalna kohortna študija je pokazala, da skrbi, zahteve in konflikti v socialnih odnosih povečajo tveganje za prezgodnjo umrljivost, in sicer skrbi in zahteve, če so v zvezi s partnerjem ali otroki, konflikti pa v vseh odnosih, tudi s sosedi (Lund et al., 2014).

V Sloveniji so bile opravljene raziskave o pomenu socialne opore, ki jih nudijo različna socialna omrežja, tudi sosedska, v zvezi z boleznijo (Pahor in Hlebec, 2006; Pahor in Domajnko, 2007; Pahor et al., 2011), povezave med zaznanimi medsosedske odnosi in percepcijo zdravja pa še niso bile proučevane.

## Metode

V raziskavi smo, da bi opisali medsebojne odnose v populaciji prebivalcev stanovanjskih skupnostih v Ljubljani in pojasnili povezanost značilnosti teh odnosov z zdravjem, uporabili podatke, zbrane z anketo o medsosedskih odnosih. Anketa je bila izvedena s pomočjo vzorca gospodinjstev (stanovanj) v večstanovanjskih stavbah v Mestni občini Ljubljana, kjer je število stanovanj v stavbi večje ali enako 30. Na tej podlagi je SURS pripravil vzorec 2438 gospodinjstev. Gospodinjstva so se nahajala na 109 naslovih (naslov v istem bloku z drugim vhodom in številko je drug naslov) oziroma na 46 naslovih (če je ena stavba obravnavana kot en naslov). Ankete so bile razdeljene po nabiralnikih med 11. in 20. aprilom 2015. 53 anket ni bilo razdeljenih, ker na nabiralniku ni bilo priimka. Skupaj je bilo tako razdeljenih 2385 anket. Po pošti je bilo vrnjenih 384 anket, stopnja odgovora je bila torej 16,1 %, zaradi česar se zavedamo omejenih možnosti posploševanja rezultatov.

Med anketiranimi je bilo 69 % žensk, povprečna starost anketiranih je bila 55 let. Takih z osnovnošolsko izobrazbo je med anketiranimi 6 %, s srednješolsko 42 % in z višjo ali več 52 %. V največji meri gre za upokojene osebe (49 %) in nato zaposlene (39 %), ostalih je manj (brezposelnih 6 %, študentov in dijakov 4 % ter ostalih 2 %).

Značilnosti medsosedskih odnosov in zdravje anketirancev smo opisali z univariatnimi opisnimi statistikami. S Pearsonovim koeficientom korelacije smo preverjali povezanost med posameznimi spremenljivkami, s t-testom za neodvisna vzorca pa smo ugotavljali razlike v opolnomočenosti med zdravimi in tistimi z zdravstvenimi težavami (tj. tistimi z dolgotrajnimi boleznimi ali brez njih ter tistimi, ki se sploh ne čutijo ovirane, in tistimi, ki se čutijo zmerno ali zelo ovirane zaradi zdravstvenih težav). Opolnomočenost smo merili s tremi vprašanji: V kolikšni meri lahko odločate o svojem življenju?; Koliko lahko odločate o življenju v stavbi?; Koliko lahko odločate o življenju v soseski? Vsakokrat smo merili na lestvici odgovorov od 0 (čisto nič) do 10 (v veliki meri).

S faktorsko analizo smo z metodo glavnih osi ustvarili nove faktorje (zdravje, hrup, dobri -zaupljivi odnosi s sosedi), ki smo jih poleg finančnega stanja gospodinjstva, starosti, opolnomočenja v stavbi, izobrazbe in indeksa neuspešnega reševanja težav v stavbi vključili v pojasnjevalni model, ki smo ga testirali z multiplo linearno regresijo, pri čemer zdravje v modelu predstavlja odvisno spremenljivko. Indikatorji zdravja so bili odgovori na naslednja vprašanja: Kako bi na splošno ocenili svoje zdravje (1-5) ter Kako pogosto imate naslednje težave: a) močno razbijanje srca, b) težave s spanjem, c) nemirnost, zaskrbljenost (1-5), ki so tvorili en faktor (*eigenvalue* > 1) in pojasnili 47,5 % variance. Podobno indikatorja Kako zadovoljni ste z odnosi s sosedi in V kolikšni meri lahko zaupate sosedom tvorita en faktor: dobri - zaupljivi odnosi s sosedi (*eigenvalue* > 1) in pojasnita 59,9 %

variance. Faktorska analiza osmih indikatorjev pogostosti zaznavanja težav v stavbi je podala 2 faktorja, ki pojasnita 38,3% variance (*eigenvalue* > 1). Prvi faktor, ki smo ga poimenovali hrup, sestavljajo hrup bližnjih sosedov, zbiranje in hrup pred blokom ter hrup od drugod. Osem indikatorjev v anketi je merilo tudi uspešnost obračanja stanovalcev za pomoč zaradi težav v stavbi na določene osebe oziroma institucije. S faktorsko analizo smo ugotovili, da gre za dva faktorja, pri čemer so prvi štirje indikatorji (obračanje a) neposredno na osebe, ki so težavo zakrivila, b) na prijateljske sosede po nasvet, pomoč, c) na upravnika/lastnika stanovanja in d) na zbor lastnikov oz. upravni odbor) merili obračanje na osebe znotraj stavbe, zato smo indeks, za katerega smo sešteli odgovore "da, a nikoli uspešno" in "da, včasih uspešno, včasih ne", poimenovali neuspešno reševanje težav v stavbi.

## Rezultati

V soseskah v Ljubljani živijo ljudje v različnih medsebojnih odnosih. Anketiranci so na lestvici od 1 do 5 ocenili, da so v povprečju zadovoljni ( $\bar{x} = 3,8, \pm 0,9$ ) z odnosi s sosedi (7% pa jih z odnosi s sosedi ni zadovoljnih). Podobno v povprečju menijo, da jim lahko zaupajo ( $\bar{x} = 3,5, \pm 1,1$ ), čeprav jih je kar 17% odgovorilo, da sosedom bodisi sploh ne oz. ne zaupajo. Večina (85%) jih v zadnjem letu ni imela prepira s sosedi, le nekaj anketirancev (2%) pa je odgovorilo, da imajo včasih ali pogosto prepire s sosedi. Zaznavanje različnih težav v stavbi je večinoma občasno (več gl. Mandič, 2016). Med težavami, za katere večji delež anketirancev meni, da so pogostejše, najdemo neprimerno uporabo skupnih prostorov (22%), hrup od drugod (21%) in uničevanje skupne lastnine (20%). Približno polovica anketirancev meni, da obstajajo težave v stavbi, zaradi katerih bi se morali anketiranci pogovoriti (51%). 45% anketirancev težav v stavbi ni poskusilo reševati, 21% jih je poskusilo, a pri tem niso bili nikoli uspešni, 34% pa jih je poskusilo in že kaj doseglo. Največ se jih je zaradi težave obrnilo neposredno na osebe, ki so težavo zakrivila (pri tem jih je bilo uspešnih 16%) oziroma na zbor lastnikov (pri tem jih je bilo uspešnih 11%). Največ anketirancev (43%) se pogovarja s sosedi včasih oziroma pogosto (38%). Na drugi strani se nikoli ne obiskuje 43% sosedov, prav tako si večina (62%) nikoli ne sposoja manjših stvari od sosedov oziroma si ne pomaga pri večjih popravilih (77%). Največ anketirancev (44%) se s sosedi včasih pogovarja o problemih v soseski ali stanovanjski stavbi. Večina (51%) se nikoli ne pogovarja o osebnih stvareh.

V anketi nas je zanimalo tudi mnenje anketirancev, koliko lahko s svojimi dejanji vplivajo na to, kaj se z njimi dogaja. S tremi vprašanji smo merili njihovo splošno opolnomočenost v ožjem in širšem okolju. Na lestvici od 1 do 10 se je pokazalo, da v poprečju čutijo, da lahko v precejšnji meri ( $\bar{x} = 8,$

$\pm 2$ ) odločajo o svojem življenju. Precej manj se čutijo opolnomočeni glede možnosti odločanja o življenju v stavbi ( $\bar{x} = 4,3, \pm 2,6$ ). Le malo pa se jim zdi, da lahko odločajo o življenju v soseski ( $\bar{x} = 2,8, \pm 2,6$ ).

Zdravje anketirancev lahko ocenimo s tremi vprašanji, ki merijo njihovo samooceno, subjektivno zdravje. Pretekle raziskave (Idler in Benyamini, 1997; Malnar in Kurdija, 2012; Wu et al., 2013) so pokazale, da so samoocene zdravja veljavni indikatorji objektivnega zdravstvenega stanja. Ugotovili smo, da v povprečju anketiranci (na lestvici 1-5) svoje zdravje na splošno ocenjujejo kot zadovoljivo ( $\bar{x} = 3,5, \pm 0,9$ ). Slednje je primerljivo s podatki javnomnenjske raziskave Slovensko javno mnenje 2011/1 (Hafner-Fink et al., 2011), izvedene na reprezentativnem vzorcu Slovencev. V našem vzorcu je večji delež takih (40%), ki so odgovorili, da imajo kakšno dolgotrajno bolezen ali dolgotrajno zdravstveno težavo (za razliko od Slovensko javno mnenje 2011/1 - 29%, *ibid.*). Ne glede na to se jih 60% v zadnjih 6 mesecih ni čutilo oviranih zaradi zdravstvenih težav pri običajnih aktivnostih. Zmerno oviranih je bilo 32% anketiranih, 7% pa zelo oviranih. Anketirance smo vprašali tudi o pogostosti nekaterih specifičnih težav. Le malo anketirancev (7%) je navedlo, da bi imelo pogoste ali stalne težave z močnim razbijanjem srca. Težave s spanjem so bile pogostejše, 23% anketirancev ima omenjene težave pogosto ali stalno. 26% anketirancev pa je stalno ali pogosto nemirnih in zaskrbljenih. S pomočjo indikatorjev omenjenih težav in splošne ocene zdravja smo s faktorjsko analizo z metodo glavnih osi z oblikiranjem rotacije ustvarili faktor zdravje (manjša vrednost je boljše zdravje).

V nadaljevanju smo preverjali, ali so posamezne značilnosti medsebojnih odnosov povezane s (slabim) zdravjem.

Tabela 1: POVEZANOST ZDRAVJA IN DRUGIH SPREMENLJIVK

	ZDRAVJE		
	r	sig	N
Finančno stanje gospodinjstva	-0,374	0	335
Starost	0,298	0	327
Izobrazba	-0,243	0	331
Neuspešno reševanje težav v stavbi	0,204	0	296
Hrup	0,306	0	236
Prepir s sosedi	0,083	0,133	328
Zadovoljstvo z odnosi s sosedi	-0,088	0,11	334
Zaupanje sosedom	-0,013	0,81	331
Opolnomočenje v stavbi	-0,238	0	328
Opolnomočenje v življenju	-0,179	0,001	330
Opolnomočenje v soseski	-0,136	0,014	327
Velikost stanovanja na osebo	0,062	0,264	330

Vir: Anketa o medsosedskih odnosih (Mandič in drugi, 2015).

Posamezne korelacije kažejo na nekatere tipične povezave zdravja in demografskih spremenljivk. Tako je na primer težko finančno shajanje članov gospodinjstva statistično značilno srednje močno povezano s slabšim zdravjem, podobno tudi višja starost in nižja izobrazba. Slabše zdravje je podobno povezano tudi s faktorjem hrup (hrup bližnjih sosedov, zbiranje in hrup pred blokom in hrup od drugod) ter indeksom neuspešno reševanje težav v stavbi (sestavljajo ga šesteti odgovori nikoli in včasih uspešno, obračanje na osebe, ki so težavo v stavbi zakrivile, na prijateljske sosede po nasvet/pomoč, na upravnika/lastnika stanovanja oziroma na zbor lastnikov oz. upravni odbor). Stanovanjska površina na osebo, zadovoljstvo z odnosi s sosedi, zaupanje sosedom in prepir s sosedi niso povezani z zdravjem. Po drugi strani pa so vse tri spremenljivke opolnomočenja šibko statistično značilno povezane z zdravjem.

Za socialno oporo vemo, da je pomemben dejavnik kakovosti življenja in zdravja. V vprašalniku smo merili oporne stike med sosedi, ki smo jih opisno predstavili že zgoraj. Nekatere vrste stikov so statistično značilno povezane s slabim zdravjem (obiskovanje s sosedi,  $r = 0,123$ ,  $p = 0,025$ , pomoč pri večjih popravilih,  $r = 0,145$ ,  $p = 0,008$ , pogovor o problemih v soseski ali stanovanjski stavbi,  $r = 0,143$ ,  $p = 0,009$ , ter pogovor o osebnih stvareh,  $r = 0,124$ ,  $p = 0,025$ ). Sklepamo lahko, da je povezanost opornih stikov s slabšim zdravjem rezultat aktivacije sosedov v primeru povečanih potreb zaradi zdravstvenih težav.

Zanimalo nas je tudi, ali se ljudje z zdravstvenimi težavami razlikujejo glede opolnomočenja, torej možnosti vplivanja na svoje življenje nasploh, v stavbi in v soseski, od tistih, ki takih zdravstvenih težav nimajo.

*Tabela 2: OPOLNOMOČENOST GLEDE NA PRISOTNOST DOLGOTRAJNE BOLEZNI*

Opolnomočenje	Dolgotrajna bolezen	Povprečje	Std. odklon	t	p
V kolikšni meri lahko odločate o svojem življenju?	1 Ne	8,16	1,843	1,369	0,172
	2 Da	7,86	2,199		
Koliko pa lahko odločate o življenju v stavbi?	1 Ne	4,47	2,528	0,901	0,368
	2 Da	4,22	2,736		
Koliko pa lahko odločate o življenju v soseski?	1 Ne	3,01	2,563	2,208	0,028
	2 Da	2,41	2,562		

Vir: Anketa o medsosedskih odnosih (Mandič in drugi, 2015).



Rezultati kažejo, da se tisti z dolgotrajno boleznijo čutijo v povprečju manj opolnomočene. Vendar so te razlike značilne le za občutek o moči odločanja o življenju v soseski. Po drugi strani se v povprečju kot manj opolnomočene čutijo tudi tisti, ki so zmerno ali zelo ovirani. Vendar so statistično značilne razlike le pri občutku o moči odločanja o svojem življenju (tabela 3).

Tabela 3: OPOLNOMOČENOST GLEDE NA OBCUTEK OVIRANOSTI

Opolnomočenje	Oviranost	Povprečje	Std. odklon	t	p
V kolikšni meri lahko odločate o svojem življenju?	1 Sploh nisem oviran	8,29	1,817	2,725	0,007
	2 Zmerno ali zelo oviran	7,69	2,182		
Koliko pa lahko odločate o življenju v stavbi?	1 Sploh nisem oviran	4,46	2,475	0,824	0,410
	2 Zmerno ali zelo oviran	4,22	2,818		
Koliko pa lahko odločate o življenju v soseski?	1 Sploh nisem oviran	2,91	2,539	1,208	0,228
	2 Zmerno ali zelo oviran	2,57	2,612		

Vir: Anketa o medsosedskih odnosih (Mandič in drugi, 2015).

Za odgovor na raziskovalno vprašanje smo z multiplo linearno regresijo analizirali dejavnike zdravja (tabela 4). Faktor zdravja v modelu predstavlja odvisno spremenljivko, neodvisne pa so finančno stanje gospodinjstva, starost anketiranca, izobrazba (*dummy*), opolnomočenost za vplivanje na življenje v stavbi in indeks neuspešno reševanje zaznanih težav v stavbi ter faktorja hrup in dobri - zaupljivi odnosi s sosedi. Rezultati analize kažejo, da je model statistično značilen [ $F = (7, 198) = 13,230, p < 0,001$ ] pri čemer neodvisne spremenljivke pojasnijo približno 30% variance odvisne spremenljivke (zdravja). Ob kontroli vseh spremenljivk v modelu se pokažeta kot najpomembnejša dejavnika zdravja boljše finančno stanje gospodinjstva ( $\beta = -0,301, p < 0,001$ ) in nižja starost ( $\beta = 0,218, p < 0,001$ ), kar smo lahko predvideli. Podobno je značilen dejavnik slabšega zdravja tudi hrup ( $\beta = 0,182, p = 0,006$ ). Nasprotno pa se izobrazba ne pokaže kot statistično značilen dejavnik zdravja ( $p > 0,1$ ). Predvidevamo lahko, da finančno stanje prevzame pomembnejšo napovedno vlogo kot pa samo znanje, oziroma lahko pripišemo tak rezultat relativno slabi merski lestvici, s katero smo merili stopnjo izobrazbe. Podobno se v modelu tudi dobri in zaupljivi odnosi ne pokažejo kot značilen dejavnik zdravja ( $p > 0,1$ ). Vendarle pa je zanimivo, da je neuspešno reševanje težav v stavbi, ob nekoliko večjem tveganju ( $\beta = 0,115, p = 0,085$ ), statistično pomemben dejavnik slabšega zdravja.

Kot pomemben dejavnik krepitve zdravja se izkaže opolnomočenje v stavbi ( $\beta = -0,147$ ,  $p = 0,018$ ).

Tabela 4: MULTIPLA LINEARNA REGRESIJA – DEJAVNIKI ZDRAVJA

Spremenljivke		Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
		B	Std. napaka	Beta		
1	(Konstanta)	,252	,253		,999	,319
	Finančno stanje gospodinjstva	-,208	,046	-,301	-4,547	,000
	Starost	,011	,003	,218	3,464	,001
	Opolnomočenje v stavbi	-,053	,022	-,147	-2,390	,018
	Izobrazba	-,067	,114	-,039	-,593	,554
	Neuspešno reševanje težav v stavbi	,072	,042	,115	1,732	,085
	Hrup	,195	,070	,182	2,772	,006
	Dobri – zaupljivi odnosi s sosedi	,018	,064	,017	,274	,784
N = 206, F = (7, 198) = 13,230, p < 0,000, R <sup>2</sup> = 31,9% Radj <sup>2</sup> = 29,5%						

Vir: Anketa o medsosedskih odnosih (Mandič in drugi, 2015).

## Razprava

V naši raziskavi smo prišli do nekaterih ugotovitev, ki so večinoma v skladu z rezultati predhodnih raziskav o socialnih dejavnikih zdravja. Tako v bivariatnih kot tudi v regresijski analizi se je pokazalo, da igrajo primarno vlogo pri pogojevanju zdravja klasični dejavniki zdravja. Pričakovano smo našli povezanost med slabim zdravjem ter slabim finančnim shajanjem gospodinjstva in starostjo. Vpliv ekonomskih dejavnikov na zdravje je ena od osnovnih značilnosti porazdeljenosti zdravja med prebivalstvom. Podobno je s starostjo, ki poveča tveganje za razvoj različnih zdravstvenih težav. Zanimivo je, da v modelu izobrazba značilno ne vpliva na zdravje. Predpostavljamo lahko, da postane bolj pomembna vloga finančnega stanja gospodinjstva. V teoriji izobrazba, poleg posrednih finančnih vplivov in položaja v družbi, na zdravje vpliva predvsem skozi znanje. Morda lahko sklepamo, da je v najbolj urbanih soseskah prestolnice zdravstvena pismenost zaradi načina življenja in dostopnosti zdravstvenih storitev dovolj velika, da ta vpliv ni več toliko pomemben. Ta rezultat terja nadaljnje raziskovanje, zlasti ker smo stopnjo izobrazbe v anketi merili s pomanjkljivo merko lestvico. Navkljub tej kontroli pomembnih demografskih spremenljivk,

ki standardno vplivajo na zdravje, smo ugotovili pomembno vlogo določenih odnosnih vidikov za zdravje.

Pričakovana ugotovitev je tudi pozitivna povezava med dobrim zdravjem in možnostjo odločanja o življenju v stavbi, kar ugotavlja tudi Mandič (2016). Participacija in moč odločanja sta izrazita pozitivna prediktorja zdravja (Thoits, 2010). Po drugi strani pa so stresorji, ki izvirajo iz socialnih odnosov, kot npr. neuspešen poskus odprave zaznane težave v soseski, povezani s slabšo samooceno zdravja, kar je bilo konsistentno potrjeno tudi v drugih študijah (npr. Lund, 2014). Podobno velja za pogojenost slabega zdravja s pogostim zaznavanjem hrupa (od sosedov, zaradi zbiranja pred blokom, od drugod). Hrup je namreč tudi socialno pogojen, večinoma izvira od ljudi in njihovih odločitev.

Zanimivo je, da ocena odnosov s sosedi kot dobrih in zaupljivih ne vpliva na zdravje. Več se družijo in pogovarjajo s sosedi ter pridobivajo druge oblike opore tisti, ki imajo več težav z zdravjem. Verjetno gre tu za latentno funkcijo socialnih omrežij, ki sprožijo podporne mehanizme ob težavah, sicer ne (Marsden in Friedkin, 1994). Po drugi strani pa, kot ugotavlja Filipovič Hrast (2016), pogovor s sosedi in zaupanje sosedom pomembno vpliva na raven opolnomočenosti posameznikov.

498

Naše ugotovitve so potrdile pomen socialnih dejavnikov zdravja in so v skladu z opredelitvami zdravja kot pojava, ki nastaja iz življenjskih okoliščin ljudi (Marmot in Wilkinson, 2006). Izboljšanje zdravja je torej možno predvsem skozi intervencije v življenjske razmere. Pristopi k obravnavi družbenih dejavnikov zdravja bodo lahko učinkoviti, če bodo vključevali kategorije, kot so participacija, upravljanje in opolnomočenje. Dejavnik izrednega pomena za zdravje je tudi način politične in pravne organizacije oblikovanja politik zaradi vloge, ki jo ima pri ustvarjanju priložnosti za participacijo, opolnomočenje, odločanje prebivalcev na osnovi boljše informiranosti, upravljanje z vidika potreb in pravic ljudi v podpornem okolju ter odzivno upravljanje (Barten et al., 2007). Naše ugotovitve nakazujejo potrebe po takih ukrepih tudi v okolju, ki smo ga proučevali. Kot ugotavljata Semenza in Krishnasamy (2007) v svoji študiji primera, načrtovanje in izvajanje skupnostnih intervencij lahko izboljša zdravje ljudi in blaginjo skupnosti, vendar pri tem nastopa veliko težav, zlasti v urbanih okoljih, kot na primer humanizacija urbane pokrajine za omogočanje druženja in skupnih dejavnosti. Z estetskimi izboljšavami, predstavljenimi v članku, ki so vključevale stenske poslikave, informacijske kioske, viseče vrtove, vodnjake, klopi ipd., so prebivalcem omogočili krepitev socialnih omrežij in socialnega kapitala, bolj zdrav življenjski slog in s tem boljše zdravje.

Seveda bi za načrtovanje ukrepov izboljšanja zdravja potrebovali dodatno znanje o dejavniki zdravja v proučevanih urbanih okoljih, predvsem z analizo obstoječih aktivnosti, pobud in intervencij, ki že delujejo,

in ugotavljanjem njihovega vpliva na zdravstveno stanje. Pomembno omejitve v naši študiji predstavlja vzorec z nizko stopnjo odgovora, zaradi česar ima vzorec značilnosti samoselekcije. Pomembno bi natančnost analize in veljavnost sklepanja učinkov soseske na zdravje lahko izboljšali z informacijo o tem, koliko časa nekdo že biva v preučevani stavbi oziroma soseski, česar pa podatki, ki so nam bili na voljo, niso vsebovali.

## Sklep

Naj se v zaključku navežemo na pomembno ugotovitev iz literature, ki je do neke mere potrjena tudi v naši študiji: negativni učinki stresa na zdravje se zmanjšajo, ko osebe pridobijo nadzor nad svojim življenjem, samospoštovanje in/ali socialno oporo (Thoits, 2010). Ravno tako lahko opolnomočenje in participacija omogočita nadzor nad viri stresa. Iz rezultatov lahko sklepamo, da celo pojav nekaterih težav sam po sebi še ne predstavlja nujno pomembnih groženj za zdravje (slabši odnosi s sosedi, prepir s sosedi); vemo celo, da premagani izzivi lahko okrepijo posameznikovo samozavest in sposobnost spoprijemanja s težavami, kar potencialno krepi zdravje. Vendar pa ravno težave, ki so za nas pereče (npr. hrup) in nam jih kljub intervenciji med sosedi oziroma v skupnosti ni uspelo rešiti oziroma omiliti, močno povečajo stres in občutek nemoči, za katera vemo, da se prevajata tudi na fizični nivo kot slabše zdravje. Glede na to, da smo ugotovili, da splošna ocena odnosov s sosedi sicer ni tako bistvena, pomembno pa negativno vpliva na zdravje neuspešno reševanje težav v stavbi, lahko sklepamo, da bi spodbujanje in vzpostavljanje novih mehanizmov medsosedskega reševanja težav (npr. mediacija) lahko pomembno prispevalo k zdravju sosedov. Poseben izziv bi pri tem verjetno predstavljal prenos takih praks na širšo skupnost, ki ne zajema le sosedov v stavbi, pač pa celotno stanovanjsko sosesko, saj naši rezultati kažejo, da je občutek možnosti odločanja o življenju v soseski še posebno nizek.

## LITERATURA

- Barbee, Anita P., Michael R. Cunnigham, Barbara A. Winstead, Valerian J. Derlega, Mary R. Gulley, Pamela A. Yankeelov in Perri B. Druen (1993): Effects of gender-role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues* 49 (3): 175–190.
- Barten, Françoise, Diana Mitlin, Catherine Mulholland, Ana Hardoy in Ruth Stern (2007): Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York academy of Medicine* 84 (1): 164–173.
- Berkman, Lisa F., Thomas Glass, Ian Brissette in Teresa E. Seeman (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51 (6): 843–857.

- Bono, Joyce E., Terry L. Boles, Timothy A. Judge in Kristy J. Lauer (2002): The role of personality in task and relationship conflict. *Journal of Personality* 70 (3): 311–344.
- Brunner, Eric in Michael Marmot (2006): Social organisation, stress, and health. V Michael Marmot in Richard G. Wilkinson (ur.), *Social Determinants of Health*, druga izdaja, 97–130. Copenhagen: WHO.
- Chida, Yoichi in Andrew Steptoe (2009): The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease. A Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *Journal of the American College of Cardiology* 53 (11): 936–946.
- Diderichsen, Finn, Timothy Evans in Margaret Whitehead (2001): The social basis of disparities in health. V Timothy Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya in Meg Wirth (ur.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, 12–23. Oxford: OUP.
- Ellen, Gould I., Tod Mijanovich in Keri-Nicole Dillman (2001): Neighborhood Effects on Health: Exploring the Links and Assessing the Evidence. *Journal of Urban Affairs* 23 (3/4): 391–408.
- Eriksson, Malin, Nawi Ng, Lars Weinehall in Maria Emmelin (2011): The importance of gender and conceptualization for understanding the association between collective social capital and health: a multilevel analysis from northern Sweden. *Social Science and Medicine* 73 (2): 264–273.
- Filipovič Hrast, Maša (2016): Opolnomočenje posameznikov na ravni soseke: analiza stališč, znanja in delovanja. *Teorija in praksa* 53 (2): 469–487.
- Gibson, Marcia, Mark Petticrew, Clare Bambra, Amanda J. Sowden, Margaret Whitehead in Kath E. Wright (2011): Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health & Place* 17 (2011): 175–184.
- Hafner-Fink, Mitja, Janez Štebe, Brina Malnar, Miroslav Stanojevič, Miroljub Ignjatović, Nevenka Černigoj-Sadar (2011): Slovensko javno mnenje 2011/1: Mednarodna raziskava o okolju (ISSP 2010), zdravju in zdravstvenem varstvu (ISSP 2011), o odnosu delo – družina in psihičnem nasilju na delovnem mestu. Ljubljana: CJM.
- Idler, Ellen L. in Yael Benyamini (1997): Self-rated health and mortality: a review of twentyseven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38 (1): 21–37.
- Lund, Rikke, Ulla Christensen, Charlotte Juul Nillson, Margit Kriegbaum in Naja Hulvey Rod (2014): Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68 (8): 720–727.
- Malnar, Brina in Slavko Kurdija (2012): Trends in subjective health assessment between 1981 and 2011 as an indicator of persistent social inequalities. *Zdravstveno varstvo* 51 (1): 11–20.
- Mandič, Srna, Filipovič Hrast Maša, Pahor Majda, Kavčič Matic, Mrzel Maja., 2015. Anкета o medosedskih odnosih. Ljubljana: FDV, Center za proučevanje družbene blaginje.
- Mandič, Srna (2016): Moč in nemoč v stanovanjskem okolju. *Teorija in praksa* 53 (2): 420–448.

- Marsden, Peter V. in Noah E. Friedkin (1994): Network studies of social influence. V Stanley Wasserman in Joseph Galaskiewicz (ur.), *Advances in social network analysis: research in the social and behavioural sciences*, 3–25. Beverly Hills: Sage.
- Marmot, Michael in Richard G. Wilkinson (ur.) (2006): *Social Determinants of Health*, druga izdaja. Oxford: Oxford University Press.
- Mathis, Arlesia, Ronica Rooks in Dan Kruger (2015): Neighborhood Environment and Self-Rated Health Among Urban Older Adults. *Gerontology & Geriatric Medicine*, januar–december: 1–11.
- Mohnen, Sigrid M., Peter P. Groenewegen, Beate Völker in Henk Flap (2011): Neighborhood social capital and individual health. *Social Science & Medicine* 72 (5): 660–667.
- Mohnen, Sigrid M., Beate Völker, Henk Flap in Peter P. Groenewegen (2012): Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health – a multilevel analysis. *Public Health* 12 (1): 116.
- Murayama, Hiroshi, Yoshinori Fujiwara in Ichiro Kawachi (2012): Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *Journal of Epidemiology* 22 (3): 179–187.
- Pahor, Majda in Valentina Hlebec (2006): Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 45 (4): 175–185.
- Pahor, Majda in Barbara Domajnko (2007): Kdo me bo gledal?: socialna opora, zdravje in bolezni starejših ljudi. *Teorija in praksa* 44 (1/2): 254–276.
- Pahor, Majda, Barbara Domajnko in Valentina Hlebec (2011): Social support in the case of illness: intergenerational solidarity = Socialna opora v primeru bolezni: medgeneracijska solidarnost. *Zdravniški vestnik* 80 (2): 75–83.
- Poortinga, Wouter (2006): Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine* 63 (1): 255–270.
- Preambula k Ustanovni listini Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete na Prvi mednarodni konferenci, New York, 19.–22. junija 1946; podpisane 22. julija 1946 s strani predstavnikov 46 držav (Uradni arhiv Svetovne zdravstvene organizacije, št. 2, str. 100) in s pričetkom veljavnosti 7. aprila 1948.
- Semenza, Jan C. in Prasanna V. Krishnasamy (2007): Design of a Health-Promoting Neighborhood Intervention. *Health Promotion Practice* 8 (3): 243–256.
- Stringhini, Silvia, Lisa Berkman, Aline Dugravot, Jane E. Ferrie, Michael Marmot, Mika Kivimäki in Archana Singh-Manoux (2012): Socioeconomic status, structural and functional measures of social support, and mortality: The British Whitehall II Cohort Study, 1985–2009. *American Journal of Epidemiology* 175 (12): 1275–1283.
- Thoits, Peggy A. (2010): Stress and Health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behaviour* 51 (S): 41–53.
- Wen, Ming, Luise C. Hawkey in John T. Cacioppo (2006): Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: An analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Social Science & Medicine* 63 (10): 2575–2590.

Weden, Margaret M., Richard M. Carpiano in Stephanie A. Robert (2008): Subjective and Objective Neighborhood Characteristics and Adult Health. *Social Science & Medicine* 66 (6): 1256–1270.

Svetovna zdravstvena organizacija (1986): Ottawska listina za promocijo zdravja. Prva mednarodna konferenca o promociji zdravja, 21. november, Ottava.

Wilkinson, Richard G. (ur.) in Michael Marmot (ur.) (2003): *Social determinants of health: the solid facts*. København: Svetovna zdravstvena organizacija.

Wu, Shunquan, Rui Wang, Yanfang Zhao, Xiuqiang Ma, Meijing Wu, Xiaoyan Yan in Jia He (2013): The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13 (1): 320–329.