

SOCIALNA OMREŽJA IN ZDRAVJE: SPREMEMBE V SLOVENIJI

SOCIAL NETWORKS AND HEALTH: TRANSITION IN SLOVENIA

Majda Pahor¹, Valentina Hlebec²

Prispelo: 23.12.2005 - Sprejeto: 28.3.2006

Izvirni znanstveni članek
UDK 36(497.4):614

Izvleček

Izhodišče: Članek obravnava povezavo med socialnimi omrežji in njihovo vlogo pri nudenju opore v primeru bolezni. Uvodoma je obravnavan vpliv socialnih omrežij na zdravje splošne in starejše populacije, kot ga ugotavljajo študije po svetu v zadnjih desetletjih. Drugi del se usmeri na specifično teh povezav v socialnih omrežjih v Sloveniji. Posebej obravnava spremembe omrežja socialne opore v primeru bolezni pri starejših ljudeh.

Metode: Analiza empiričnih podatkov anketnih raziskav v Sloveniji v letih 1987 in 2002. Zaradi različnih načinov merjenja ustreznih kazalcev v dveh letih opazovanja in sorazmerno majhnega števila anketirancev v letu 1987 je bila možna le najenostavnejša bivariatna analiza primerjave z uporabo testa značilnosti razlik za nominalne spremenljivke.

Rezultati: Socialna omrežja nudijo oporo v primeru bolezni. Primerjava podatkov med letoma 1987 in 2002 kaže, da je v obeh letih najpomembnejši dajalec opore ožja družina, a se je v letu 2002 značilno zmanjšala vloga partnerja in staršev ter povečala vloga drugih sorodnikov ter sosedov in prijateljev. Pri ženskah je pomen partnerja kot dajalca opore v primeru bolezni upadel bolj kot pri moških, spremembe v omrežju pa so povezane tudi z zakonskim stanom, izobrazbo in starostjo anketirancev.

Zaključek: Potrebno je nadaljnje proučevanje vloge socialnih omrežij v primeru bolezni, ki bo osvetlilo ta pojav v primerjalni perspektivi.

Ključne besede: omrežja socialne opore, zdravje, starejši ljudje, Slovenija, tranzicija

Original scientific article
UDC 36(497.4):614

Abstract

Background: The article discusses the relations between different social networks, and their role in providing support during illness. The authors reviewed research projects addressing the influence of social networks on health of general and elderly population, conducted in the world over the past decades. Specific features of links established between social networks in Slovenia are presented, with special emphasis on changes in the provision of social support to the older population during illness.

Methods: Empirical data from research conducted in Slovenia in the years 1987 and 2002 are analysed. Owing to limited comparability of the indicators measured and because of the small number of respondents in 1987, only simple bivariate comparisons using significance tests for nominal variables were done.

Results: Social networks provide support in the case of illness. Data for 1987 and 2000 identified close family as the most important source of social support. In 2002, however, the role of the partner and parents as providers of support was significantly diminished, while the support role played by the extended family, neighbours and friends became more important. The role of the partner as the source of support was more diminished for women than for men. Other changes in social networks were connected with marital status, educational level and age of the respondents.

¹Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a, 1000 Ljubljana

²Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana
Kontaktni naslov: e-pošta: majda.pahor@vsz.uni-lj.si

Conclusions: *Further research into the role of social networks providing support during illness will increase the understanding of this phenomenon in a comparative perspective.*

Key words: social support network, health, elderly, Slovenia, transition

1 Uvod

Analiza zdravja in bolezni s konceptom socialnih omrežij omogoča dinamičen pristop k razumevanju življenja ljudi, njihove ogroženosti za zdravje in doživljanja zdravstvenih problemov. Ta koncept razume interakcije kot mehanizem, ki usmerja življenje ljudi, torej predpostavlja, da je mogoče ravnanje ljudi pojasniti z analizo njihovih interakcij z drugimi. S tem zdravje kontekstualizira, saj ga iz posamezne osebe premesti »vmes«, v odnosni prostor med osebe, skupine, organizacije ali skupnosti, in ga opazuje kot rezultat in dejavnik socialnih vezi (1). V članku avtorici opazujeta spremembe v socialnih omrežjih z vidika nudenja pomoči v primeru bolezni na osnovi podatkov iz dveh presečnih študij v Sloveniji, ki sta bili izvedeni leta 1987 in 2002. Podatki iz leta 1987 so del večje raziskave z naslovom Stratifikacija in kvaliteta življenja v Jugoslaviji 1987 (2). Gre za študijo, ki vsebuje podatke o sestavi in strukturi diskusijskih omrežij (3) Jugoslovanov ter neformalnih virih še nekaj drugih vrst socialne opore, med katerimi je tudi pomoč v primeru bolezni. Za leto 2002 imamo primerljive podatke o omrežjih socialne opore odraslih prebivalcev Slovenije (4). Novejši podatki vsebujejo informacije o sestavi in strukturi socialnih omrežij glede na šest tipov omrežij, med katerimi je diskusijsko omrežje (3) in tudi omrežje pomoči v primeru bolezni. V obeh primerih gre za študiji, za kateri so podatki zbrani za slučajen, reprezentativen vzorec, ki omogoča statistično sklepanje o populaciji in tako tudi sklepanje o spremembah v socialnih omrežjih za nudenje pomoči v primeru bolezni.

Temeljno vprašanje prispevka je, kako so se spremenila omrežja, ki nudijo socialno oporo v primeru bolezni v Sloveniji. Zanima nas predvsem to, kako je socialni kontekst tranzicije vplival na omrežja socialne opore v primeru bolezni. Kakšne spremembe so se zgodile med letoma 1987 in 2002? Ugotovljali bomo, do kakšnih sprememb v omrežjih je prišlo nasploh in kakšen je specifičen vpliv spola, zakonskega stanu, starosti, izobrazbe in zdravstvenega stanja na socialno oporo v primeru bolezni. Socialna opora v primeru bolezni ne pomeni le npr. dajanja zdravil ob določeni uri, ampak vključuje

še vrsto drugih dejavnosti, ki jih med seboj izmenjujejo člani omrežja socialne opore.

2 Pregled literature

2.1 Socialna omrežja in zdravje

Socialna omrežja so pomemben dejavnik zdravja. Zlasti socialna opora, ki jo omrežja nudijo, spada po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije med »trdna dejstva« o družbenih opredeliljkah zdravja (5). Pripadnost socialnim omrežjem, v katerih potekata komunikacija in medsebojna opora, omogoča ljudem občutek, da so sprejeti in cenjeni. To močno pozitivno vpliva na zdravje. Socialna opora deluje tako na individualni kot na družbeni ravni. V družbah z visoko stopnjo socialne izolacije in izključenosti je prisotna visoka stopnja prezgodnje smrti in slabše možnosti preživetja npr. po srčnem infarktu (5). Ljudje, ki dobivajo manj opore od drugih, so bolj verjetno depresivni, imajo več tveganja za zaplete in več težav zaradi kroničnih bolezni. Če so odnosi z najbližjimi v socialnih omrežjih nepodporni, to zelo negativno vpliva tako na duševno kot na telesno zdravje (5).

Hiter razvoj teorije in empiričnega raziskovanja o socialnih omrežjih in njihovih značilnostih v zadnjih desetletjih je v veliki meri pojasnil njihov vpliv na različne vidike kakovosti življenja (6). Že v 70. in 80. letih je več raziskav ugotavljalo, da pomanjkanje socialnih vezi ali omrežij poveča pričakovano umrljivost zaradi skoraj vseh vzrokov smrti (7). Te študije so večinoma upoštevale število bližnjih prijateljev in sorodnikov, zakonski stan in pripadnost ali članstvo v verskih ali prostovoljnih združenjih. Vezi v socialnih omrežjih so klasificirane na različne načine, večinoma po jakosti na »šibke« in »močne« (8). Raziskave na področju socialne epidemiologije, ki so prišle do nedvomno pomembnih rezultatov, pa so doživele veliko metodoloških kritik glede veljavnosti meritev (9). Drugi val raziskav se je zato usmeril bolj na kvalitativne vidike socialnih omrežij in njihovo vlogo pri socialni opori, ali pa na proučevanje škodljivih učinkov odnosov. Zlasti je pomemben Kahnov in

Antonuccijin *model konvoja*, v katerem sta videla posameznika kot potnika skozi življenje, pri čemer je obdan s člani in članicami svoje generacije, s katerimi ima skupne izkušnje in življenjske zgodbe in s katerimi si izmenjuje socialno oporo (10). Obilica raziskav na tem področju je potrdila izredno bogastvo in kompleksnost proučevanega pojava. Zato Berkman idr. (11) opozarjajo na nevarnosti izgube perspektive. Do te lahko pride, če obravnavamo socialno podporo ali socialna omrežja ločeno od njihovega konteksta, ki vključuje makro - strukturno raven in mikro - individualno raven. Zato predlagajo konceptualni model socialnih omrežij kot »mezo« družbenega pojava, ki s te pozicije vplivajo na zdravje. Izhajajo iz predpostavke, da so socialna omrežja na eni strani povezana »navzgor« z makrosocialnimi procesi in značilnostmi, na drugi strani pa »navzdol« s psihobiološkimi procesi na individualni ravni. Opozarjajo, da je bilo na pomen makrosocialnega konteksta za delovanje omrežij pozornih le malo študij. Zlasti je to premalo upoštevano pri proučevanju zveze med socialnimi omrežji in zdravjem. Z umestitvijo socialnih omrežij v to širšo verigo vzrokov in posledic lahko povežemo delovanje strukturnih sil, predvsem politike in ekonomije, na socialna omrežja kot posredniške strukture med največjimi in najmanjšimi elementi družbe. Zlasti je pomembno proučevati vpliv kulture, hitrih družbenih sprememb, industrializacije in urbanizacije na strukturo omrežij. Poleg egocentričnih omrežij, kot jih je opredelil Burt (3), so pomembna tudi skupnostna omrežja (6).

In kako konkretno socialna omrežja delujejo na potek zdravja in bolezni? Najbolj očitno je, da struktura omrežnih vezi vpliva na zdravje z zagotavljanjem različnih oblik opore. Vendar pa niso vse vezi take, ki bi dajale oporo. Opora pa je lahko tudi samo delno ustrezna ali neustrezna. Mogoče je še bolj kot dana opora pomembna »latentna opora«, ki omogoča intimnost in občutek pripadnosti – ne le med partnerjema ali starši in otroki, ampak predvsem na ravni soseske, skupnosti in organizacij. Vpliv socialnih omrežij na pripadnike ni nujno povezan z neposrednimi stiki med pripadniki, ampak bolj s skupnimi vrednotami in normami, npr. glede uživanja alkohola, kajenja, prehrane, uporabe zdravstvenega varstva ipd. Posameznik se zlasti v primerih nejasnosti pusti voditi normam, ki prevladujejo v njegovi referenčni skupini (12).

Socialna omrežja vplivajo na zdravju škodljiva ali koristna ravnanja, kot so kajenje, pitje alkohola, prehrana, spolne prakse, uporaba drog ipd. Vplivajo tudi

na intelektualna in čustvena stanja, kot so samospoštovanje, socialna kompetenca, depresija, poleg tega pa so tudi neposredno povezana s fiziološkimi poteki, predvsem z odgovorom na stres (13). Videti je, da je povezanost ljudi v omrežja obratnosorazmerna s tveganimi vedenji. Znana študija iz Alameda tako kot tudi novejša ugotovitve (14) kaže na zvezo med nizko stopnjo povezanosti v omrežja in kumulativno prevalenco tveganih vedenj, kot so kajenje, čezmerno pitje alkohola, telesna nedejavnost in debelost. Socialna opora pa spodbuja telesno dejavnost in pomaga pri prenehanju kajenja.

Občutek lastne učinkovitosti v starosti je močno povezan z ohranjanjem sodelovanja v omrežjih, kot so ugotovili McAvay, Seeman in Rodin (15). Pomanjkanje stikov s socialnim omrežjem je bilo povezano z upadom lastne učinkovitosti na področju zdravja in varnosti. Zdi se, da sočasno delovanje v večjem številu družbenih vlog (npr. ženska hkrati gospodinja in mama, zaposlena, dela kot prostovoljka in je vključena v kulturno društvo) poveča samospoštovanje in občutek lastne vrednosti (16, 17, 18). Ti občutki pa izboljšujejo obvladovanje stresnih življenjskih dogodkov, spodbujajo pozitivne učinke in preprečujejo depresijo. Po drugi strani pa lahko tudi povečajo obremenjenost, če ne izhajajo iz dejanskih interesov, ampak so bolj posledica pričakovanj okolja, kar se kaže zlasti pri ženskah. Spoprijemalne strategije za obvladovanje stresa vključujejo uporabo socialne opore, kar je pokazala pregledna študija (19), v kateri so ugotovili, da odnosi navezanosti prispevajo k samospoštovanju in občutku posameznikovega nadzora nad lastno usodo. Številne študije so ugotovile zvezo med socialno oporo in depresijo (20, 21, 22, 23, 24, 25). Zlasti čustvena opora blaži destruktivne učinke stresnih življenjskih dogodkov na tveganje za depresijo. To tveganje se poveča zlasti pri starejših, ki so socialno izključeni (26).

V mnogih raziskavah potrjena ugotovitev, da je vključenost v socialna omrežja dejavnik splošne umrljivosti, je vodila nekatere avtorje (11) do predpostavke, da socialna osamitev, dezintegracija in razpad povezav vplivajo na umrljivost in s tem na pričakovano življenjsko dobo z vplivanjem na staranje organizma. Predpostavili so (na osnovi proučevanja staranja s socialnega in biomedicinskega vidika), da je socialna osamitev kronično stresno stanje, na katero se organizem odziva s hitrejšim staranjem. Osamitev naj bi bila torej povezana s starostno obolevnostjo in upadom funkcij. Hkrati pa izboljšanje socialnih vezi izboljša tudi kognitivne funkcije pri starejših, kar je v

Družbeni strukturni pogoji (makro) / Social-structural conditions (macro)	Socialna omrežja (mezo) / Social networks (mezzo)	Psihosocialni mehanizmi (mikro) / Psychosocial mechanisms (micro)	Procesi / Pathways
Kultura / Culture norme in vrednote / norms and values družbena kohezija / social cohesion rasizem / racism seksizem / sexism tekmovalnost, sodelovalnost / competition, cooperation	Struktura socialnih omrežij / Social network structure velikost / size obseg / range gostota / density omejenost / boundedness bližina / proximity homogenost / homogeneity	Socialna opora / Social support instrumentalna in finančna / instrumental and financial informacijska / informational podporna / appraisal čustvena / emotional	Obnašanje v zvezi z zdravjem / Health behaviours kajenje / smoking pije alkohola / alcohol consumption prehrana / diet telesna dejavnost / exercise upoštevanje navodil za zdravljenje / adherence to medical treatment iskanje pomoči ob težavah / help-seeking behaviour Psihološki procesi / Psychological pathways samo-uspešnost / self-efficacy samospoštovanje / self-esteem učinkovitost pri spoprijemanju s težavami / coping effectiveness depresija, stres / depression, distress dobro počutje / sense of well-being
Socialno-ekonomski dejavniki / Socioeconomic factors odnosi v proizvodnji / relations of production neenakost / inequality diskriminacija / discrimination konflikti / conflicts struktura trga dela / labor market structure revščina / poverty	Značilnosti socialnih vezi / Characteristics of network ties pogostost medosebnega stika / frequency of face-to-face contact	Socialni vplivi / Social influence omejevanje, omogočanje vplivov na obnašanje v zvezi z zdravjem / constraining, enabling influences on health behaviour norme glede iskanja pomoči / norms towards help-seeking sovrstniški pritiski / peer pressure procesi družbene primerjave / social comparison processes	Fiziološki procesi / Physiologic pathways delovanje imunskega sistema / immune system function kardiovaskularne reakcije / cardiovascular reactivity kardiopulmunarna kondicija / cardiopulmonary fitness prenos nalezljivih boleznih / transmission of infectious diseases
Politika / Politics zakoni / laws javna politika / public policy politična participacija / political participation politična kultura / political culture	pogostost nevizualnega stika / frequency of non-visual contact pogostost sodelovanja (prisotnosti) / frequency of participation (attendance) večrazsežne vezi / multiplexity of ties trajanje / duration intimnost / intimacy	Socialna akcija / Social engagement telesna, umska dejavnost / physical, cognitive exercise okrepitev smiselnih družbenih pravil / reinforcement of meaningful social roles medosebna navezanost / interpersonal attachment	
Družbene spremembe / Social change urbanizacija / urbanization vojne, nemiri / wars, civil unrests ekonomska kriza / economic depression		Medosebni stiki / Person-to-person contact bližnji osebni stiki / close personal contact intimni stiki / intimate contact Dostop do virov in materialnih dobrin / Access to resources and material goods možnosti za delo / job opportunity dostop do zdravstvenega varstva / access to health care stanovanje / housing človeški kapital / human capital priporočila, pomembni kontakti / referrals, important contacts	

Shema 1. *Povezanost strukturnih in mikro vplivov na procese zdravja in bolezni. Prilježeno po: 11.*

Diagram 1. *Relationship between structural and micro influences on health and disease processes Adapted from: 11.*

nasprotju s starejšimi teorijami o delovanju možganov (27). Na zdravje vplivajo tudi druge spremembe socialne organizacije, kot so geografski premiki, povezani z urbanizacijo, zaposlitvijo, ali velike družbene spremembe, kot so tranzicije v bivših socialističnih državah – zlasti večji pritiski na delovnih mestih in družini neprijazna politika delodajalcev. Pri tem pa za izboljšanje zdravja dejanska socialna opora niti ne bi bila potrebna, ampak deluje že informacija, da bi se opora (per icipirana opora) v primeru potrebe lahko aktivirala (28). Fiziološke raziskave na starejših moških in ženskah so pokazale ugodnejše stanje pri osebah z višjim socialnim statusom, socialnim omrežjem in oporo (29). Tudi na imunski odziv vplivajo socialni odnosi. Že starejše študije so dokazale upad imunosti pri ljudeh, ki žalujejo ali živijo z resno bolnim partnerjem ali otrokom, dokazali pa so tudi vpliv manj dramatičnih vidikov odnosov, na primer nerazumevanje s partnerjem ali občutek osamljenosti. Socialna osamitev lahko uravnava imunske mehanizme pri latentnih okužbah. Konflikti in stres lahko močno negativno vplivajo na zdravje, enako kot različne oblike opore podpirajo zdravje posameznikov in skupnosti. Za odkrivanje medsebojnih zvez pa je potrebno še veliko raziskovanja (30, 31).

Naslednja shema (Shema 1, 11) povezuje strukturno in mikroraven vplivov, ki povzročijo določene poteke/procese zdravja in bolezni. Strukturni (makro) družbeni pogoji vplivajo na obseg, obliko in naravo socialnih omrežij, ta pa omogočajo delovanje psihosocialnih mehanizmov na mikroravni. Psihosocialni mehanizmi, kot so socialna opora, socialni vpliv, socialna akcija, medosebni stiki in dostop do virov, sprožajo psihofiziološke procese v organizmu, ki se kažejo v dobrem ali slabem zdravju.

2.2 Socialna omrežja in zdravje pri starejših ljudeh

Zaradi naraščajočega deleža starejših v sodobnih družbah je pomembno prepoznati različne dejavnike, ki lahko pomagajo v procesu staranja. Eden od pomembnih negativnih dejavnikov je pomanjkanje socialne interakcije, kot so pokazale mnoge raziskave (pregled v 32). Na tej osnovi se novejše študije usmerjajo v vprašanje, kako socialna opora pomaga starejšim ohranjati zdravje. Seveda socialna opora ni edini dejavnik, pomemben je tudi vpliv sloja, spola, družine, okolja v soseski in skupnosti itd. Vsekakor pa značilnosti socialnega omrežja zagotavljajo vire,

ki lahko vplivajo na počutje in pomagajo pri zaželenih izidih (32). Glede na to ločimo različne tipe opornih omrežij, ki zagotavljajo različne oblike pomoči (33). Poleg ugotavljanja značilnosti opornih omrežij in vezi znotraj njih, raziskovalce zanima tudi, kako oporna omrežja koristijo fizičnemu zdravju in funkcioniranju v starosti. Osnovna predpostavka teh raziskav je, da socialna opora blaži stresorje, kot je bolezen. Študije (34) so pokazale, da je količina pomoči bolj povezana z velikostjo omrežja kot z dejanskimi potrebami starejših, da je torej bolj verjetno, da bodo starejši prejeli pomoč, če imajo v svojem omrežju več oseb. Ker je bila študija longitudinalna, je merila učinke tudi v drugi časovni točki in ugotovila, da so osebe, ki so dobile pomoč v točki 1, imele manj težav z zdravjem tudi v točki 2 (34). Podobno dolgotrajne učinke socialne opore so našli tudi drugi raziskovalci (35): anketirani z več socialnimi vezmi so doživeli manjši upad funkcionalnih sposobnosti v sedemletnem obdobju, zlasti se je to pokazalo za moške in za tiste, ki so bili ob prvem merjenju v telesni kondiciji. Nekateri vedenjski dejavniki pa lahko »pokvarijo« učinke socialne opore, npr. kajenje in čezmerno pitje alkohola (36). Velikost omrežja različno vpliva na moške in ženske. Ima sicer varovalni učinek na oba spola, a je za moške varovalni dejavnik že manjše omrežje kot za ženske (37).

Zlasti v ZDA je bilo veliko intervencijskih študij, ki so ugotovljale učinke vzpostavljanja različnih oblik socialne opore za starejše ljudi v skupnosti. Ukrepi, kot so uvajanje centrov za seniorje, dnevnih negovalnih centrov, neformalnih sosedskih skupin starejših in upokojenskih združenj, mnogim starejšim še vedno ne omogočajo, da se ne bi počutili izključene. Osamitev lahko občutijo v socialnem (»pripadanje«) ali čustvenem smislu (bližnji, intimni odnos). Izhaja lahko iz smrti bližnjih ali je posledica bolezni, ki vodi v zmanjšanje socialnih stikov. Kaže se v slabšem psihičnem počutju, kar je ugotovilo več študij (38, 39).

3 Metode

V članku uporablja podatke iz dveh let opazovanja. Podatki o omrežjih socialne opore prebivalcev Slovenije so dostopni za leti 1987 in 2002. Podatki iz leta 1987 so del večje raziskave z naslovom Stratifikacija in kvaliteta življenja v Jugoslaviji 1987

(2). Gre za študijo, ki vsebuje podatke o sestavi in strukturi diskusijskih omrežij Jugoslovanov (3) ter neformalnih virih še nekaj drugih vrst socialne opore, med katerimi je tudi pomoč v primeru bolezni (2). Za leto 2002 imamo primerljive podatke o omrežjih socialne opore odraslih prebivalcev Slovenije (4) za štiri teoretične razsežnosti socialne opore. Novejši podatki vsebujejo informacije o sestavi in strukturi socialnih omrežij glede na šest tipov omrežij, med katerimi je tudi omrežje pomoči v primeru bolezni (4). Ker gre za presečni študiji, za kateri so podatki zbrani za slučajen, reprezentativen vzorec, lahko sklepamo o spremembah na populaciji. Med študijama (1987 in 2002) je kar nekaj razlik, od realizirane velikosti vzorca do načina zbiranja podatkov (41). V letu 1987 je bilo z osebnim intervjujem anketiranih 298 ljudi, v letu 2002 je bila velikost realiziranega vzorca pri računalniško podprti telefonski anketi 5013. Primerljivost teh podatkov sta preverjali Hlebec in Kogovšek (41) in ugotovili, da gre kljub metodološkim razlikam za vsebinsko primerljive podatke. V raziskavi leta 1987 so sodelovali posamezniki, stari med 15 in 75 let, v raziskavi leta 2002 pa osebe, stare 18 let in več. Da bi zagotovili primerljivost podatkov, upoštevamo le stare med 18. in 75. letom. Kljub metodološkim omejitvam lahko spremljamo razlike v odstotkih, povprečjih, standardnih odklonih ipd. za več starostnih razredov v dveh časovnih točkah.

V dveh raziskavah (1987 in 2002) smo socialno oporo v primeru bolezni merili z naslednjima vprašanjema:

- 1987: Recimo, da imate gripo in morate nekaj dni ležati. Potrebujete pomoč v gospodinjstvu, pri nakupih, hišnih opravilih in podobno. Koga bi v takem primeru najprej prosili za pomoč? Koga bi prosili za pomoč kot drugega? (2)
- 2002: Recimo, da se vas loti hujša bolezen ali ste na splošno oslabei in ne morete zapustiti stanovanja, da bi šli na primer po nakupih v trgovino ali po zdravila v lekarno. Na koga se običajno obrnete za to vrsto pomoči? (4)

Vprašanji najbolj zajameta instrumentalni vidik socialne opore v primeru bolezni, pomembna pa sta tudi informacijski in emocionalni vidik (40), ki pa tukaj nista merjena, ker sta bili anketni vprašanji oblikovani tako, da se je ocenjeval instrumentalni vidik pomoči. Ker sta v dveh letih opazovanja vprašanji o socialni opori zastavljeni z različnima metodama (pristop vlog in pristop generatorja imen, več o tem v 41), lahko med seboj primerjamo le, katera oseba je tista, na katero bi se najprej obrnili za pomoč. Omrežja socialne opore so

bila v letu 1987 ocenjena s t. i. relacijskim pristopom, pri katerem anketiranec poda samo vlogo, ki mu nudi določeno vrsto opore (npr. prijatelj, partner, oče ipd.). V tem primeru torej ne dobimo konkretnih oseb in praviloma ne moremo ločiti med osebami, ki imajo isto vlogo (npr. kateri konkretni prijatelj nudi oporo). V letu 2002 pa so bila omrežja socialne opore izmerjena z generatorji imen, pri čemer so informacije o konkretnih osebah, ki dajejo socialno oporo, dostopne. Pri tem lahko natančno ocenimo sestavo omrežja, npr. delež sorodnikov, prijateljev in sosedov, medtem ko pri relacijskem pristopu to ni mogoče. Za obe raziskavi torej lahko ugotovimo le, ali se za socialno oporo najpogosteje obrnemo na partnerja, prijatelja, otroka ipd. Kolikšen delež omrežja te osebe predstavljajo oziroma ali je omrežje anketiranca sestavljeno pretežno iz sorodnikov ali prijateljev, pa ne moremo neposredno ugotoviti.

Zaradi metodoloških omejitev, kot sta različno število anketirancev (298 in 5013) in različni metodi ocenjevanja omrežja socialne opore v primeru bolezni, smo za primerjavo obeh let uporabili le enostavne bivariatne metode primerjave, ki so primerne za nominalne in ordinalne spremenljivke. Podatke, prikazane v kontingenčnih tabelah, sva dopolnili s χ^2 testom za opazovanje razlik in stopnjo značilnosti tega testa.

4 Rezultati

4.1 Osnovne razlike med letoma 1987 in 2002

V opazovanih letih se je značilno ($\chi^2 = 51,661$, $p = 0,000$) zmanjšala (Tabela 1) vloga partnerja in staršev, povečala pa vloga drugih sorodnikov ter sosedov in prijateljev (čeprav so odstotki te podpore sorazmerno majhni). Najpomembnejši dajalec opore je najožja družina (partner, starši in otroci), a se je povečala tudi vloga bolj oddaljenih vezi.

4.2 Razlike glede na spol

Splošne smeri sprememb so enake za oba spola (Tabela 2). Upadel je pomen partnerja in ožje družine, povečala se je vloga širše družine, sosedov in prijateljev. Razlika med moškimi in ženskami je v tem, da je pomen partnerja za ženske upadel bolj kot za moške.

Tabela 1. *Osnovne razlike v virih socialne opore v primeru bolezni.*
 Table 1. *Basic differences between sources of social support during illness.*

Leto / viri Year / sources	SKŽ 1987 ¹ , n= 274	OSO 2002 ² , n= 4612
Partner Partner	52%	41%
Starši Parents	23%	14%
Bratje in sestre Siblings	5%	7%
Otroci Children	14%	18%
Drug sorodnik Other relative	3%	6%
Sosed Neighbour	2%	5%
Prijatelj Friend	2%	9%

Legenda: SKŽ= Boh K. in skupina. Stratifikacija in kakovost življenja v Jugoslaviji 1987 [kodirna knjiga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Institut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani, 1987. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Arhiv družboslovnih podatkov [izdelava, distribucija], 2000.

OSO= Ferligoj A. in drugi. Omrežja socialnih opor prebivalstva Slovenije [kodirna knjiga]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2002.

Vir za SKŽ 87 (2)

Vir za OSO 02 (4)

Tabela 2. *Najpomembnejši viri socialne opore glede na spol (SKŽ n = 273 , OSO n = 4615).*
 Table 2. *The most important sources of social support by gender (SKŽ n = 273 , OSO n = 4615).*

Zakonski stan marital status	Samski single		Razvezan divorced		Vdovec widowed		Poročen married	
	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002
Vir / leto Source / year								
Partner / partner	16 %	12 %	31 %	9 %	11 %	1 %	82 %	60 %
Ožja družina / close family	77 %	62 %	46 %	66 %	70 %	64 %	15 %	24 %
Širša družina / extended family	2 %	5 %	0 %	2 %	0 %	18 %	3 %	5 %
Sosed / neighbour	0 %	4 %	8 %	6 %	15 %	12 %	0 %	5 %
Prijatelj / friend	5 %	17 %	15 %	17 %	4 %	5 %	0 %	6 %

4.3 Razlike glede na stan

Če pogledamo podatke glede na stan anketirancev, vidimo, da je pri samskih najpomembnejši dajalec opore v obeh letih ožja družina (Tabela 3). V letu 2002 upad vloge ožje družine spremlja povečanje pomena prijateljev kot vira opore. Pri vseh skupinah naraste vloga sosedov in prijateljev, vendar sta ti dve skupini sorazmerno obrobni vir socialne opore. Najvidnejša sprememba je upad vloge partnerja pri poročenih (več kot 20 %).

4.4 Razlike glede na izobrazbo

Analiza podatkov o socialni opori glede na izobrazbo anketirancev je pokazala nekatere pomembne spremembe v opazovanem obdobju. V letu 1987 je bil najpomembnejši vir socialne opore v primeru bolezni partner, in sicer ne glede na izobrazbo. Za leto 2002 pa to za anketirance z nižjo izobrazbo ne drži več, saj je pomen partnerja že manjši kot pomen ožje družine. Splošna smer sprememb med letoma je ista, ne glede na izobrazbo, to je upad pomena partnerja in ožje družine. Vseeno pa najdemo izrazito povečanje vloge prijateljev pri višje izobraženih.

4.5 Razlika glede na starost

Pri dveh najmlajših skupinah se v letu 2002 verjetno kaže kasnejše odločanje za začetek skupnega življenja s partnerjem, saj pomen partnerja pri dajanju socialne opore v primeru bolezni upade (kar za 27 % v starostni skupini 25 do 34 let). Zmanjšana vloga partnerja se kaže tudi ostalih starostnih skupinah, vendar je upad bistveno manjši, npr. v skupini starejših od 50 let le za 6 %. Najstarejši (nad 65) so edina skupina, kjer ima razširjena družina pomembno vlogo za dobro desetino anketirancev.

5 Razpravljanje

V raziskavi so nas zanimale spremembe v omrežjih socialne opore v primeru bolezni med opazovanima letoma. Na osnovi podatkov lahko te spremembe povzamemo in opišemo. Najbolj značilna sprememba je splošni upad pomena partnerja in ožje družine (razen pri najstarejši skupini), rahlo naraščanje vloge širše družine, izrazito naraščanje pomena prijateljev ter nekoliko manj izrazito naraščanje pomena sosedov.

Tabela 3. *Najpomembnejši viri socialne opore glede na zakonski stan (SKŽ n = 273, OSO n = 4615).*

Table 3. *The most important sources of social support by marital status (SKŽ n = 273, OSO n = 4615).*

Zakonski stan marital status	Samski single		Razvezan divorced		Vdovec widowed		Poročen married	
	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002
Partner / partner	16 %	12 %	31 %	9 %	11 %	1 %	82 %	60 %
Ožja družina / close family	77 %	62 %	46 %	66 %	70 %	64 %	15 %	24 %
Širša družina / extended family	2 %	5 %	0 %	2 %	0 %	18 %	3 %	5 %
Sosed / neighbour	0 %	4 %	8 %	6 %	15 %	12 %	0 %	5 %
Prijatelj / friend	5 %	17 %	15 %	17 %	4 %	5 %	0 %	6 %

Tabela 4. *Najpomembnejši viri socialne opore glede na izobrazbo*
(SKŽ n = 273, OSO n = 4615).

Table 4. *The most important sources of social support by education*
(SKŽ n = 273, OSO n = 4615).

Izobrazba educational level	Osnovna ali manj elementary or lower		Srednja / secondary		Višja in več / post-secondary and higher	
	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002
Leto / vir Year / source						
Partner / partner	46 %	31 %	57 %	43 %	61 %	50 %
Ožja družina / close family	47 %	44 %	36 %	37 %	39 %	31 %
Širša družina / extended family	4 %	8 %	1 %	5 %	0 %	4 %
Sosed / neighbour	1 %	8 %	3 %	5 %	0 %	3 %
Prijatelj / friend	2 %	9 %	3 %	9 %	0 %	12 %

Tabela 5. *Najpomembnejši viri socialne opore po starostnih skupinah*
(SKŽ n = 273, OSO n = 4615).

Table 5. *The most important sources of social support by age*
(SKŽ n = 273, OSO n = 4615).

Starost / age	18–24		25–34		35–49		50–64		65–75	
	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002	SKŽ 1987	OSO 2002
Leto / vir Year / source										
Partner / partner	17 %	13 %	75 %	48 %	75 %	55 %	52 %	46 %	32 %	26 %
Ožja družina / Close family	75 %	69 %	26 %	33 %	25 %	27 %	38 %	34 %	41 %	44 %
Širša družina / extended family	2 %	2 %	0 %	5 %	0 %	5 %	0 %	4 %	16 %	11 %
Sosed / neighbour	0 %	2 %	0 %	3 %	0 %	4 %	4 %	7 %	8 %	12 %
Prijatelj / friend	6 %	14 %	0 %	12 %	0 %	9 %	6 %	8 %	3 %	6 %

Čeprav je nastale spremembe možno opisati, pa ni mogoče z gotovostjo trditi, kaj te spremembe pomenijo in zakaj do njih prihaja. Lahko bi sicer na osnovi podobnih študij iz tujine sklepali na možna pojasnila, a je prenašanje spoznanj problematično za interpretacijo teh podatkov. Morebitno razlago za zmanjšanje vloge najožje družine bi lahko našli v manjšanju velikosti družine oziroma gospodinjstva v Sloveniji nasploh, saj se je v popisu 2002 primerjavi s popisom 1981 število družin povečalo za 33.000, so pa v povprečju manjše, leta 2002 so šteje 3,1 člana (42). Vendar pa ostajajo vprašanja o tem, kaj pomeni npr. upadanje pomena partnerja kot vira socialne opore v primeru bolezni, še vedno odprta. Ali gre za povečevanje omrežij, »odpiranje« družine v socialno okolje ali pa za manj podporne odnose med nekaterimi družinskimi člani? Ali za večje število enočlanskih gospodinjstev?

Prisotne so tudi razlike po spolu v zvezi s socialno oporo v primeru bolezni. Osnovni nosilci opore so tako za moške kot ženske še vedno isti (partner in ožja družina), pri čemer je za moške najpomembnejša partnerka, za ženske pa ožja družina. Podobno, a še bolj izrazito spolno asimetrijo ugotavlja tudi Šadlova (43) pri emocionalni opori, kjer imajo ženske poleg partnerja še druge »enakovredne« emocionalne zaupnike – prijatelje.

Če pogledamo rezultate glede na zakonski stan, pa vidimo, da se pri razvezanih pomen partnerja izjemno zmanjša. Možno je tudi, da se je pomen izrazov, ki opisujejo tesne medosebne odnose v času opazovanja, spremenil (možno je, da se izraz partner danes uporablja drugače, kot se je pred skoraj dvajsetimi leti). Vsekakor pa je ožja družina najpomembnejši vir socialne opore v primeru bolezni za vse, razen za poročene (njena vloga v primerjavi z letom 1987 tudi naraste).

Predmet analize so bili v naših raziskavah odrasli. Med njimi ima največ zdravstvenih problemov najstarejša skupina, zato je potrebno podrobneje pogledati spremembe v njihovih socialnih omrežjih glede opore v primeru bolezni. Pri njih je močno upadel pomen partnerja in širše družine. Upadanje pomena partnerja gre mogoče na račun povečanega števila vdovcev, zlasti pa vdov v tej starostni skupini. Prisoten je rahel porast pomena ožje družine, pa značilen porast pomena sosedov in zlasti prijateljev. Majhen vzorec leta 1987 ne dopušča posebnih analiz znotraj skupine starejših, na primer razlik med bolj in manj izobraženimi ipd.

6 Zaključek

Za razumevanje kakovosti življenja v Sloveniji so pomembne ugotovitve tujih raziskav, ki pravijo, da so socialna omrežja vpliven dejavnik zdravja. Uporaba te perspektive pri raziskovanju bi poznavanje pojavov zdravja in bolezni zato gotovo obogatila. Zlasti skrbno spremljanje bi potrebovala starejša generacija, ki ima največ zdravstvenih problemov, je zato ranljiva in potrebuje več virov opore, tako institucionalne kot neinstitucionalne.

Literatura

1. Pescosolido BA, Levy J. The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and a dangerous potential for the complacent future. In: Levy JA, Pescosolido BA, editors. *Social networks and health. Stratifikacija in kvaliteta življenja v Jugoslaviji 1987* [kodirna knjiga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Institut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani, 1987. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Arhiv družboslovnih podatkov [izdelava, distribucija], 2000.
2. Burt RS. Network items in the general social survey. *Social Networks* 1984, 6: 293–339.
3. Ferligoj A. et al. Omrežja socialnih opor prebivalstva Slovenije [kodirna knjiga]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Institut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2002.
4. World Health Organization: Social determinants of health: the solid facts. Pridobljeno 1. 12. 2003 na spletni strani: www.who.dk/healthy_cities/Documentation/.
5. Mandič S, Hlebec V. Socialna omrežja kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave* 2005; 21, 49/50: 263–85.
6. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 1988, 7: 269–97.
7. Granovetter M. The strength of weak ties. *Am J Sociol* 1973, 78: 1360–80.
8. Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979, 2: 186–204.
9. Kahn R, Antonucci T. Convoys over the life-course: attachment, roles and social support. In: Baltes PB, Brim O, editors. *Life span development and behaviour*. New York: Academic Press, 1980: 253–86.
10. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Soc Sci Med* 2000, 6: 843–57.
11. Marsden PV, Fiedkin NE. Network studies of social influence. In: Wasserman S, Galaskiewicz J, editors. *Advances in social network analysis: research in the social and behavioural sciences*, Beverly Hills: Sage, 1994: 3–25.
12. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 1996, 3: 488–531.
13. Trieber F, Batanowski T, Broden D, Strong W, Levy M, Knox W. Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Prev Med* 1991, 20: 737–50.

15. McAvay G, Seeman T, Rodin J. A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults. *J Gerontol B: Psy. Soc Sci.* 1996, 51. Springfield, Ill.: Published quarterly for the Gerontological Society: 243–253.
16. Sieber S. Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review* 1974, št. 39: 567–78.
17. Thoits P. Multiple identities and psychological well-being: a reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review* 1983, 48: 174–87.
18. Cohen S et al. Social ties and susceptibility to common cold. *JAMA*, 1997, 277: 1940–44.
19. Fonagy P. Patterns of attachment, interpersonal relationship and health. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization: towards health policy for the twenty-first century*. New York, London: Routledge, 1996: 125–51.
20. Lin N, Dean A. Social support and depression: a panel study. *Social Psychiatry* 1984, 19: 83–91.
21. Loumaro T. Social support, health locus-of-control, and coping style and their relationship to depression among stroke victims. *Dissertation. Dissertations Abstracts International* 1990, 51 (5-B), 2628.
22. Bowling A. Social support and social networks: their relationship to successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of the concepts and a review of the evidence. *Fam Pract* 1991, 8: 68–83.
23. Morris PL, Robinson RG, Raphael B, Bishop D. The relationship between the perception of social support and post stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry* 1991, 54: 306–16.
24. Matt G, Dean A. Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *J Health Soc Behav* 1993, 34: 197–200.
25. Holahan C, Holahan C. Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis. *J Gerontol* 1987, 42: 5–68.
26. Murphy E. Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1982, št. 1411: 135–42.
27. Cotman C. *Synaptic plasticity*. New York: Guilford Press, 1985.
28. Kamarck T, Mannuck S, Jennings J. Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. *Psychosom Med* 1991, 52: 42–58.
29. Seeman T, Berkman L, Rowe BDJ. Social ties and support and neuroendocrine function. *Ann Behav Med* 1994, 2: 95–106.
30. Kiecolt-Glaser J et al. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med* 1984, 46: 7–14.
31. Kiecolt-Glaser J et al. Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosom Med* 1987, 49: 17–27.
32. Ashley DF, Wasserman S. Social support and social networks: synthesis and review. In: Levy JA, Pescosolido BA, editors. *Social networks and health*. Oxford: Elsevier Science Ltd., 2002: 29–72.
33. Litwin H. Support network. Types and patterns of help giving and receiving among older people. *Journal of Social Service Research* 1999, 24: 83–101.
34. Choi NG, Wodarski JS. The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research* 1996, 20: 52–63.
35. Unger JB et al. Stress, coping and social support among young homeless youth. *Journal of Adolescent Research* 1998, 13: 134–57.
36. Vaillant GE et al. Are social supports in late mid-life a cause or a result of successful physical aging? *Psychological Medicine* 1998, 28: 1159–68.
37. Shye D et al. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Soc Sci Med* 1995, 41: 935–47.
38. Thompson MG, Heller K. Facet of support related to well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and aging* 1990, 5: 535–44.
39. Dykstra PA. The differential ability of relationship and the provision and the effectiveness of support to older adults. *Journal of social and personal relationships* 1993, 10: 355–70.
40. Hlebec V, Kogovšek T. Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave* 2003, 19, 43: 103–126.
41. Hlebec V, Kogovšek T. Med korenčkom in palico sekundarne analize podatkov o socialnih omrežjih. *Družboslovne razprave* 2005, 21, 49/50: 189–203.
42. Statistični urad RS. Pridobljeno 30. 8. 2005 s spletne strani: http://www.stat.si/novice_poglej.asp?ID=549.
43. Šadl Z. Družbene spremembe, travmatične emocije in emocionalna opora. *Družboslovne razprave* 2005, 21, 49–50: 223–42.