

Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem

*Eva Novak**

Povzetek: Osrednji namen naše raziskave je bil preveriti, v kolikšni meri so različni dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni (kajenje, čezmerno pitje alkohola, nezadostna telesna aktivnost ter nezdrav način prehranjevanja) povezani z zadovoljstvom z življenjem in če ga z njimi lahko napovedujemo. Sodelovalo je 225 udeležencev, starih med 18 in 65 let. Rezultati so pokazali, da vsi dejavniki tveganja skupaj, poleg demografskih spremenljivk in osebnostnih faktorjev, pojasnijo 3 % dodatne variance zadovoljstva z življenjem, vendar pa je zgolj nezdrav način prehranjevanja tisti dejavnik tveganja, ki napoveduje manj zadovoljujoče življenje. Hkrati smo preverili tudi ali se objektivna in subjektivna ocena zdravja povezuje z zadovoljstvom z življenjem ter (ne)zdravim življenjskim slogom. Rezultati so pokazali, da je predvsem nezadostna fizična aktivnost tista, ki se povezuje s slabšim zdravjem ter da se subjektivna ocena zdravja v večji meri povezuje z zadovoljstvom z življenjem kot pa se z njim povezujejo objektivni indikatorji zdravja. Takšne ugotovitve nam dajejo pomembna izhodišča za morebitne preventivne ukrepe proti kroničnim nenalezljivim boleznim v Sloveniji.

Ključne besede: z zdravjem povezana vedenja, življenjski slog, zadovoljstvo z življenjem, kronične bolezni, dejavniki tveganja

Health and healthy lifestyle in association with satisfaction with life

Eva Novak

Abstract: The aim of our study was to examine whether risk factors for chronic non-communicable diseases (tobacco use, heavy alcohol consumption, inadequate physical activity and unhealthy eating habits) are associated with satisfaction with life and if they are able to predict it. 225 respondents, aged between 18 and 65 years, participated. Results show that all risk factors together explain 3 % of variance in satisfaction with life after controlling for both demographic and personality variables. Unhealthy eating habit is the only risk factor that can predict lower satisfaction with life. We also examined if objective and subjective evaluations of health associate with satisfaction with life and (un)healthy lifestyle. Results show that lower health is mostly associated with inadequate physical activity and that subjective evaluation of health is more associated with satisfaction with life than are objective indicators of health. Those findings can give us an important starting point for preventive actions against chronic non-communicable diseases in Slovenia.

Key words: health behavior, lifestyle, satisfaction with life, chronic diseases, risk factors

CC = 3365

*Naslov / Address: Eva Novak, e-mail: novak.eva@gmail.com

The greatest happiness of the greatest number is the foundation of morals and legislation. [Jeremy Bentham]

Leta 2008 so v Svetovni zdravstveni organizaciji (WHO) izdelali globalni načrt za boj proti »glavnemu svetovnemu ubijalcu 21. stoletja« – kroničnim nenalezljivim boleznim. Podatki so namreč pokazali, da prav te bolezni vsakoletno povzročijo skoraj 35 milijonov smrtnih žrtev po celem svetu in s tem predstavljajo kar 60 % vseh vzrokov smrti. Dobra novica je, da je večino bolezni možno preprečiti z zmanjšanjem pojavnosti dejavnikov tveganja pri posameznikih, kar konkretno pomeni predvsem zmanjšanje uporabe tobaka, zdrav način prehranjevanja, zadostna fizična aktivnost in netvegano pitje alkohola. Če se učinkoviti preventivni ukrepi ne bodo kmalu začeli izvajati s polno hitrostjo, se bodo bolezni in smrtnost, ki izhajajo iz zgornjih vzrokov, le še povečevale. Svetovna zdravstvena organizacija v tem primeru napoveduje porast kroničnih nenalezljivih bolezni za kar 17 % v samo naslednjih 10 letih (WHO, 2008).

Zelo pomembno je torej, da so preventivni ukrepi kar se da kvalitetni in natančni. Izvajanje raziskav, spremljanje stanja prebivalstva in poznavanje statističnih podatkov o dejavnih tveganja za nenalezljive bolezni daje pomemben, a objektivni pogled na dotično problematiko. Prepogosto pa se zanemarija tisti drugi, subjektivni pogled, ki lahko igra pomembno vlogo tako na ravni razumevanja problematike kot iskanja preventivnih rešitev. Ali objektivno nekvaliteten način življenja nujno pomeni tudi nezadovoljstvo z življenjem? Je možno, da so posamezniki, ki so v večji meri izpostavljeni dejavnikom tveganja, vseeno zadovoljni s svojim življenjem in morda zato preventivni ukrepi, ki jih do zdaj poznamo, nimajo tolikšnega učinka, kot bi ga objektivno morali imeti? V pričujoči raziskavi smo poskušali najti vsaj kakšen odgovor več in se tako posvetili temi, ki je življenjska, je aktualna in predvsem izrednega pomena za posameznika in širšo družbo.

Kljub temu da so v nekaterih predelih sveta infekcijske bolezni še vedno glavni vzrok smrti, so v Sloveniji, kakor tudi ostalih članicah Evropske Unije, vodilni vzrok obolevnosti in smrtnosti kronične nenalezljive bolezni (WHO, 2009). Gre za raznolike bolezni (diabetes tipa 2, visok krvni tlak, rakava obolenja, debelost, osteoporoza ...), izmed katerih sta najpogostejši bolezni srca in ožilja (npr. ishemična bolezen srca, možganska kap, periferna žilna bolezen ...) ter maligne neoplazme (npr. pljučni rak, rak ustne votline, materničnega vratu, dojk, želodca, ledvic ...).

Smrtnost zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni se je začela povečevati med industrijsko revolucijo, okoli leta 1850, ter v prvih 100 letih zelo počasi naraščala. Šele v zadnjih nekaj desetletjih pa so omenjene bolezni postajale čedalje bolj podobne hitro razraščajoči se epidemiji (Rotovnik-Kozjek, 2006). Na njihov nastanek vplivajo zelo različni dejavniki tveganja. Le-ti se delijo na dve glavni skupini: nespremenljivi (osebni) ter spremenljivi (vedenjski) dejavniki tveganja (Bulc, 2007). V prvo skupino spadajo starost, spol ipd., v drugo kajenje, nezdrav način prehranjevanja, tvegano pitje

alkohola ter nezadostna fizična aktivnost. Medtem ko na prve ne moremo vplivati, pa zagotovo lahko na slednje. Govorimo namreč lahko o t. i. z zdravjem povezanim življenjskem slogu.

Življenjski slog označuje za posameznika značilen način življenja, določen s skupino izrazitih obnašanj, ki se pojavljajo konsistentno v nekem časovnem obdobju. Nanaša se na najrazličnejša področja življenja ter z njimi povezana stališča, vedenje in vrednote posameznika – npr. telesna aktivnost, socialno vedenje in odnosi, prehrana, obvladovanje stresa, uporaba tobaka, drog, alkohola, skrb za varnost, spolnost, spanje itd. (Drobne in Mohar, 2004, cit. v Majhen, 2008). Vključuje lahko zdravju škodljiva (tvegana) in zdravju neškodljiva (naklonjena) vedenja. Slednja omogočajo ohranjanje in krepitev zdravja, ter s tem kakovostnejše življenje posameznika. Zanimanje za zdrav življenjski slog se je v drugi polovici dvajsetega stoletja začelo močno povečevati, v zadnjih nekaj letih pa so številne slovenske raziskave (Fras, 2001; Kraševac Ravnik, 2004; Poles, 2003; Šelb Šemerl, 2003; Topolič, 2003, cit. v Majhen, 2008) pokazale tudi, da obstajajo pomembne povezave med elementi zdravju škodljivega življenjskega sloga in pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni.

Kako pa se z njimi povezuje zadovoljstvo z življenjem – globalna ocena posameznika o njegovem življenju (Pavot, Diener, Colvin in Sandvik, 1991)? Višje je pri posameznikih z boljšim zdravjem ter višjo energijo (Veenhoven, 1996). Zanimivo je, da je subjektivna ocena zdravja v večji meri povezana z zadovoljstvom z življenjem, kot pa objektivna ocena (Lyubomirsky in Lepper, 2003; Okun, Stock, Haring in Witter, 1984, cit. v Diener in Seligman, 2004). Razlika torej je, ali se udeležence vpraša, kako subjektivno ocenjujejo svoje zdravje ali pa se jih konkretno sprašuje o njihovem zdravstvenem stanju. Toda, ali lahko prenesemo ocene zdravja ter posredno zadovoljstva z življenjem tudi na življenjski slog posameznika? Kakšna je povezava subjektivnega ali objektivnega zdravja z življenjskim slogom; ali bolj zdravi tudi bolj zdravo živijo? Skorajda samoumevno bi bilo, da je temu tako. Morda celo preveč, saj drastično primanjkuje raziskav, ki bi odgovorile na zgornje vprašanje. Šele nedavna obsežna danska študija (Pisinger, Toft, Aadahl, Glümer in Jørgensen, 2009) je pokazala, da se zdrav življenjski slog pomembno povezuje z zdravjem. Še podrobneje, tisti, ki nikoli niso kadili, so fizično aktivni in zmerno pijejo alkohol, so poročali o najvišjem zdravju. Razlike v prehranjevalnih navadah na ocene zdravja niso vplivale.

Longitudinalni del omenjene raziskave je pokazal tudi, da izmed vseh dejavnikov fizična aktivnost najbolj napoveduje zdravje. Stubbe s sodelavci je leta 2007 eden prvih izvedel raziskavo, kjer je preverjal povezave med fizično aktivnostjo in pozitivno psihologijo, kot sta na primer zadovoljstvo z življenjem in sreča. Ugotovili so, da so fizično aktivni posamezniki v povprečju bolj srečni in zadovoljni s svojim življenjem, v primerjavi s tistimi, ki niso dovolj fizično aktivni.

Ugotovitve o neposrednih povezavah zadovoljstva z življenjem s kajenjem in uživanjem alkohola pa so nekoliko neenotne - raziskava na mladostnikih je pokazala, da so kadilci in pivci alkohola pomembno manj zadovoljni z življenjem (Zullig, Valois,

Huebner, Oeltmann in Drane, 2001), spet druge študije kažejo povezavo uživanja alkohola in nezadovoljstva z življenjem zgolj pri ženskah (Murphy, McDevitt-Murphy in Barnett, 2005), ali pa sploh ne. O kajenju, oziroma uporabi tobaka, v povezavi z zadovoljstvom z življenjem bi na podlagi danske študije lahko posredno zaključili, da sta negativno povezana. Ker kajenje vpliva na slabše zdravje, ki pa vpliva na splošno zadovoljstvo z življenjem, bi lahko sklepali, da bodo kadilci manj zadovoljni z življenjem. To nekatere raziskave (ki so sicer uporabile zgolj eno vprašanje za preverjanje zadovoljstva z življenjem, op. p.) tudi potrjujejo (McClave, Dube, Strine in Mokdad, 2009; Zullig idr., 2001).

V naši raziskavi smo najprej želeli preveriti, ali se objektivna in subjektivna ocena (ne)zdravja povezujeta z zadovoljstvom z življenjem ter (ne)zdravim življenjskim slogom kot skupno spremenljivko dejavnikov tveganja.

V skladu s predhodnimi ugotovitvami (npr. Lyubomirsky in Lepper, 2003; cit. v Diener in Seligman, 2004) smo predvidevali, da je subjektivna ocena zdravja v večji meri povezana z zadovoljstvom z življenjem, kot pa objektivna. Upoštevajoč nedavne raziskave (Pisinger idr., 2009), ki so potrdile povezanost zdravja in zdravega življenjskega sloga, smo predvidevali tudi, da se nezdrav življenjski slog negativno povezuje s subjektivno oceno zdravja in pozitivno z objektivnimi indikatorji nezdravja. Nezdrav življenjski slog, kot skupna spremenljivka vseh štirih dejavnikov tveganja, namreč vpliva na pojav kronično nenalezljivih bolezni, kot so rak, kronorarna srčna bolezen, diabetes in mnoge druge. Vse to pa se kaže kot slabše zdravje posameznika. To naj bi tudi bilo bistvo in glavni namen zdravega življenjskega sloga – zagotavljati in vzdrževati boljše zdravje.

Osrednji namen naše raziskave pa je bil preveriti, ali lahko, ob kontroliranju demografskih in osebnostnih spremenljivk, z izbranimi dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni napovedujemo zadovoljstvo z življenjem. Za kontroliranje demografskih spremenljivk smo se odločili na podlagi predhodnih ugotovitev (Andrews in Withey, 1976, Argyle, 1999; cit. v Diener in Biwas-Diener, 2000; Veenhoven, 1996), da le-te (npr. spol, starost, izobrazba, veroizpoved ...) pojasnijo med 8 in 15 % variance zadovoljstva z življenjem. Zmerne korelacije med zadovoljstvom z življenjem in nekaterimi osebnostnimi faktorji (čustveno stabilnostjo ($r = ,28$) in ekstravertnostjo ($r = ,31$), po Musek in Avsec, 2006) pa so razlog za kontroliranje osebnostnih spremenljivk ob napovedovanju zadovoljstva z življenjem.

V skladu z ugotovitvijo, da boljše zdravje predstavlja posamezniku tudi večje zadovoljstvo z življenjem (Veenhoven, 1996), smo predpostavljali, da nezdrav življenjski slog (nezadostna telesna aktivnost, nezdrav način prehranjevanja, čezmerno uživanje alkohola in uporaba tobaka) napoveduje tudi nižje zadovoljstvo z življenjem.

Ker osebnost v naši raziskavi ni osrednji predmet proučevanja in ker smo želeli ohraniti ekonomičnost reševanja vprašalnikov, smo uporabili eno najkrajših različic osebnostnega vprašalnika po modelu Velikih pet – vprašalnik TIPI (Gosling, Rentfrow in Swann, 2003), ki je že preveden v slovenski jezik.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 225 udeležencev, starih od 18 do 65 let, s povprečno starostjo 40,5 let ($SD = 11,93$). Sodelovalo je 168 žensk in 57 moških.

Pripomočki

Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 – kratka verzija (Inštitut za varovanje zdravja: Cindi Slovenija¹; Zaletel-Kragelj, Fras in Maučec-Zakotnik, 2004).

Vprašalnik, ki obsega 97 vprašanj iz 7 področij (zdravstveno stanje, kajenje, prehranjevalne navade, alkohol, gibanje, preživljanje počitnic in prometna varnost), je v svoji raziskavi Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije uporabil Inštitut za varovanje zdravja, oziroma natančneje Cindi Slovenija. V naši raziskavi smo izbrali vprašanja, ki so bila za naše okvire pomembna. Kratka verzija vprašalnika tako pokriva 5 področij in je sestavljena iz 49 vprašanj (12 za zdravstveno stanje, 9 za kajenje, 12 za prehranjevalne navade, 10 za alkohol in 6 za gibanje).

Pri vprašanjih o zdravstvenem stanju udeleženci na 5-stopenjski lestvici ocenijo lastno zdravstveno stanje od 1 (zelo slabo) do 5 (zelo dobro), kar predstavlja subjektivno oceno zdravja. Vprašanja o (1) zdravstvenih težavah, (2) zdravniških diagnozah bolezni ter (3) uporabi zdravil pa predstavljajo objektivne indikatorje nezdravja. Ob tem je potrebno poudariti, da večje število zdravstvenih težav, zdravniških diagnoz in uporabe zdravil predstavlja višje objektivno nezdravje. Vprašanja o kajenju se nanašajo na pasivno kajenje, čas in rednost kajenja; vprašanja o alkoholu pa na pogostost in količino pitja vina, piva in žganih pijač. Sklop vprašanj o prehranjevalnih navadah je obsežnejši in se nanaša na število in pogostost obrokov, uporabo maščob, sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov, kruha ter količino popite vode in dosoljevanje hrane. Sklop vprašanj o gibanju pa se deli na pogostost in intenzivnost telesne aktivnosti na delovnem mestu, na poti, pri domačih opravilih, v prostem času ter sedenje.

Lestvica zadovoljstva z življenjem SWLS (Satisfaction with life scale; Diener in dr., 1985). Je lestvica, sestavljena iz petih postavk, ki meri splošno zadovoljstvo z življenjem. Udeleženci odgovarjajo na lestvici od 1 (sploh ne drži) do 7 (povsem drži). Skupni rezultat predstavlja vsota odgovorov na vseh petih postavkah, pri čemer višji skor pomeni višje zadovoljstvo z življenjem. Lestvica je zanesljiva v času ($r = ,50–,84$) ter notranje konsistentna ($\alpha = ,79–,89$, na slovenskem vzorcu ,83) (Musek in Avsec, 2006).

¹ Cindi Slovenija je Center za preprečevanje kroničnih bolezni v Sloveniji, ki deluje pod okriljem Inštituta za varovanje zdravja. Program CINDI deluje od leta 2000, njegovo poslanstvo pa je prispevati k ohranitvi in kreipitvi zdravja in kakovosti življenja slovenskega prebivalstva.

Osebnostni vprašalnik TIPI (Ten-Item Personality Inventory; Gosling in dr., 2003). Vprašalnik je sestavljen iz desetih postavk, vsaka vsebuje po dva pridevnika. Udeleženci za vsako postavko ocenjujejo, v kolikšni meri gledajo nase na opisan način (npr. »Nase gledam kot na nekoga, ki je ekstraverten, navdušen.«). Vsako postavko ocenijo na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 7 (popolnoma se strinjam). Vrednotenje postavk se izvaja za vsak osebnostni faktor posebej – ekstravertnost, emocionalna stabilnost, sprejemljivost, vestnost in odprtost za izkušnje. Po dve postavki označujeta en faktor, pri čemer je ena izmed njiju obratno vrednotena. Test-retest zanesljivost ($r = ,72$) je zadovoljiva. Korelacije faktorjev na TIPI ter BFI vprašalnikov so bile najvišje pri ekstravertnosti ($r = ,77$) ter vestnosti ($r = ,71$), nekoliko nižje pri nevroticizmu ($r = ,70$) ter sprejemljivosti ($r = ,64$) in tudi v tem primeru najnižje na faktorju odprtosti za izkušnje ($r = ,57$).

Postopek

Zbiranje podatkov je, z namenom, da bi pridobili kar največ udeležencev, potekalo na dva načina. Tiskano verzijo vprašalnika je po metodi snežne kepe rešilo 92 udeležencev. Objavljena pa je bila tudi spletna različica, ki je bila posredovana kot vabilo k reševanju ankete preko spletnega naslova prav tako po metodi snežne kepe. Uredniki spletnega brskalnika Najdi.si so jo uvrstili tudi na prvo stran, tako da smo zajeli kar se da neselekcioniran vzorec. Spletno različico vprašalnika je izpolnilo 146 udeležencev. Vzorca udeležencev (tisti, ki so rešili tiskano in tisti, ki so rešili spletno različico vprašalnika) se med seboj nista pomembno razlikovala.

Rezultati

Iz tabele 1 je razvidno, da prihaja do statistično pomembne zmerne pozitivne povezave med zadovoljstvom z življenjem ter subjektivno oceno zdravja ter do šibke negativne povezave med zadovoljstvom z življenjem in zdravniškimi diagnozami kot indikatorjem objektivnega nezdravja.

Iz tabele 1 je prav tako razvidno, da vsi trije indikatorji objektivnega nezdravja pomembno negativno korelirajo s subjektivno oceno zdravja, še najbolj zdravniške diagnoze. Preostala dva indikatorja objektivnega nezdravja (zdravstvene težave ter jemanje zdravil) pa statistično pomembno pozitivno korelirata z nezdravim življenjskim slogom. Z vidika dejavnikov tveganja je zgolj nezadostna telesna aktivnost tista, ki je v statistično pomembni korelaciji z omenjenima indikatorjema objektivnega nezdravja.

Tabela 1. Koeficienti korelacije med štirimi dejavniki tveganja, nezdravim življenjskim slogom, indikatorji subjektivnega in objektivnega zdravja ter zadovoljstvom z življenjem.

	Prehr.	T. akt.	Kajen.	Alko.	NŽS	OOZ-1	OOZ-2	OOZ-3	SOZ
T. akt.	,19*								
Kajen.	,04	,11							
Alko.	,04	,10	,04						
NŽS	,59*	,30*	,50*	,51*					
OOZ-1	,09	,24*	,02	,13	,21*				
OOZ-2	,01	,04	-,06	,03	,06	,08			
OOZ-3	-,03	,17*	-,02	,12	,17*	,46*	,24*		
SOZ	-,08	-,08	-,06	-,03	-,13	-,23*	,39*	-,21*	
ZZZ	-,15*	,01	-,06	-,08	-,15*	-,06	-,17*	,07	,39*

Opomba: Prehr. = kategorizirana spremenljivka načina prehranjevanja; T. akt = kategorizirana spremenljivka telesne aktivnosti; Kajen. = nominalna spremenljivka kadilec/nekadilec; Alko. = kategorizirana spremenljivka uživanja alkohola (abstinent, zmerni pivec, čezmerni pivec); NŽS = skupna spremenljivka nezdrav življenjski slog; OOZ-1 = objektivna ocena nezdravja (zdravstvene težave); OOZ-2 = objektivna ocena nezdravja (zdravniške diagnoze); OOZ-3 = objektivna ocena nezdravja (jemanje zdravil); SOZ = subjektivna ocena zdravja; ZZZ = zadovoljstvo z življenjem.

* $p < 0,05$, enosmerno.

Dalje smo preverili tudi, kako dobro nezdrav življenjski slog (nezadostna telesna aktivnost, kajenje, čezmerno uživanje alkohola ter nezdrav način prehranjevanja) napovedujejo zadovoljstvo z življenjem ob kontroliranju demografskih (spol in starost) ter osebnostnih spremenljivk. Da bi to preverili, smo izvedli multiplo regresijsko analizo v treh blokih, kjer smo posamezne spremenljivke postopoma dodajali.

2. in 3. model napovedovanja sta statistično pomembna na nivoju $p < ,05$ (2. model ($F(7,182) = 7,50$; $p < ,001$) in 3. model ($F(11,178) = 5,45$, $p < ,001$).

Če se v tabeli 2 osredotočimo najprej na osebnostne faktorje (2. model napovedovanja), lahko razberemo, da ima največjo napovedno moč (beta koeficient) ekstravertnost, sledi ji čustvena stabilnost ter tudi vestnost. Za vse tri faktorje so koeficienti regresijskih nagibov statistično pomembni. Faktorja sprejemljivosti in odprtosti imata ne le nizka beta koeficienta, temveč tudi relativno visoko njuno standardno napako, kar kaže na nizko zanesljivost teh regresijskih parametrov. Osebnostni faktorji skupaj pojasnijo 21 % variance zadovoljstva z življenjem.

Iz tabele 2 lahko razberemo tudi, da vsi dejavniki tveganja skupaj dodatno pojasnijo še tri odstotke variance zadovoljstva z življenjem, izmed vseh dejavnikov tveganja pa ima statistično pomemben in dovolj zanesljiv beta koeficient zgolj nezdrav način prehranjevanja.

Tabela 2. *Multipla regresijska analiza za demografske spremenljivke, izbrane osebnostne faktorje in dejavnike tveganja kot prediktorje zadovoljstva z življenjem.*

Spremenljivke	<i>B</i>	<i>SE_B</i>	β	<i>R</i> ²
1. stopnja				
Spol	0,78	1,04	,09	
Starost	0,05	0,04	,05	,01
2. stopnja				
Spol	-0,87	0,98	-,06	
Starost	0,05	0,04	,09	
Sprejemljivost	0,17	0,20	,06	,22*
Odprtost za izkušnje	-0,09	0,19	-,03	$\Delta R^2 = ,21$
Ekstravertnost	0,64	0,18	,27*	
Čustvena stabilnost	0,63	0,18	,26*	
Vestnost	0,62	0,21	,20*	
3. stopnja				
Spol	-1,10	1,02	-,08	
Starost	0,05	0,04	,09	
Sprejemljivost	0,19	0,20	,07	
Odprtost za izkušnje	-0,07	0,19	-,03	
Ekstravertnost	0,63	0,17	,27*	,25*
Čustvena stabilnost	0,60	0,18	,24*	$\Delta R^2 = ,03$
Vestnost	0,62	0,21	,20*	
Kajenje	-0,32	1,00	-,02	
Čezmerno uživanje alkohola	-0,56	0,99	-,04	
Nezdrav način prehranjevanja	-1,79	0,90	-,14*	
Nezadostna telesna aktivnost	3,13	1,85	,11	

* $p < ,05$.

Razprava

V raziskavi smo najprej preverili, ali se objektivna in subjektivna ocena (ne)zdravja povezujeta z zadovoljstvom z življenjem ter (ne)zdravim življenjskim slogom. Rezultati (tabela 1) so potrdili predpostavko, da se zadovoljstvo z življenjem v nekoliko večji meri povezuje s subjektivno oceno zdravja, kot pa z zdravniškimi diagnozami kot indikatorjem objektivnega nezdravja. Takšni rezultati še dodatno potrjujejo, da je zadovoljstvo z življenjem v osnovi subjektivna ocena posameznikovega življenja, kot tudi komponenta subjektivnega blagostanja (t.j. celostnega vrednotenja in občutenje posameznikovega življenja kot dobrega; Diener, 1984; Diener, Emmons, Larsen in Griffin, 1985; Pavot in Diener, 1993; Diener in Tov, v tisku). Če na zadovoljstvo z življenjem pogledamo »od spodaj navzgor« (Brief, Houston Butcher, George in Link, 1993; Andrews in Withey, 1976, Hsieh,

2003; cit. v Grunert, Dean, Raats, Nielsen in Lumbers, 2007; Diener, 1984), lahko sklepamo, da je sestavljeno iz zadovoljstev s posameznimi področji v življenju, med drugim tudi zadovoljstva z zdravjem. To morda kaže, da udeleženci ob vprašanju, ki predstavlja subjektivno oceno zdravja (»Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?«), deloma ocenjujejo tudi zadovoljstvo z njim in ne podajajo zgolj kritične ocene glede njega.

So pa rezultati pokazali, da vsi trije indikatorji objektivnega nezdravja (zdravstvene težave, zdravniške diagnoze ter jemanje zdravil) statistično pomembno negativno korelirajo s subjektivno oceno zdravja. Še najbolj to velja za zdravniške diagnoze (-,39). Drži torej, da imajo posamezniki, ki so svoje trenutno zdravstveno stanje ocenili kot zelo dobro ali dobro, tudi manj zdravstvenih težav (tako potrjenih zdravniških diagnoz, kot ostalih tegob, kot so glavoboli, bolečine v sklepih, alergije itd. in jemljejo tudi manj zdravil, ki bi olajšale te zdravstvene težave). Seveda velja tudi obratno. Korelacije sicer niso visoke, kljub temu pa kažejo na to, da so udeleženci bolj ali manj ocenili svoje trenutno zdravstveno stanje tudi v skladu z objektivnimi kazalniki in le-tega v večji meri ne pre-/podcenjujejo.

Dalje je iz tabele 1 razvidno, da sta dva indikatorja objektivnega nezdravja (zdravstvene težave ter jemanje zdravil) v statistično pomembni pozitivni korelaciji z nezdravim življenjskim slogom. Podrobnejši pogled na rezultate pa nam razkriva, da je predvsem nezadostna telesna aktivnost tista, ki je v statistično pomembni korelaciji z omenjenima indikatorjema objektivnega nezdravja. Našo prvo predpostavko lahko torej deloma potrdimo – bolj nezdrav življenjski slog se statistično pomembno povezuje s slabšim zdravjem, toda to predvsem velja za nezadostno telesno aktivnost. Sklepali bi lahko, da so zdravstvene težave, kot so glavobol, bolečine v križu in drugih sklepih, nespečnost ipd. pogostejše pri neaktivnih posameznikih, kar se sklada z mnogimi predhodnimi ugotovitvami o pozitivnih učinkih fizične aktivnosti na zdravje. Le-ta namreč zmanjšuje stres, povečuje nivo energije, krepi kardiovaskularni sistem, zmanjšuje bolečine v sklepih, ki so posledica zakrčenosti in sedečega načina življenja, kakor tudi lahko zmanjšuje glavobole (npr. Vuori, 1998). Hkrati pa več zdravstvenih težav predstavlja tudi več fizičnih omejitev (bolečine, pomanjkanje energije, morebitne poškodbe ipd.), kar pa otežuje sleherno telesno aktivnost. Predhodne ugotovitve ene izmed longitudinalnih študij (Pisinger idr., 2009) prav tako potrjujejo, da je predvsem fizična aktivnost tista, ki se v največji meri povezuje z zdravjem.

Takšni rezultati kažejo tudi na to, da so objektivni indikatorji sicer medsebojno povezani, a se med seboj tudi nekoliko razlikujejo in kažejo različne vidike zdravja. Med tem ko se, na primer, količina potrjenih zdravniških diagnoz (hipertenzija, zvišan holesterol, diabetes ipd.) v večji meri povezuje s subjektivno oceno/zaznavo zdravja, pa se količina manjših zdravstvenih težav (glavobol, nespečnost, zaprtje, bolečine v sklepih ipd.) ter količina zdravil za lajšanje teh težav v večji meri povezujejo z bolj nezdravim življenjskim slogom, natančneje manjšo fizično aktivnostjo. Glede na to, da so za potrjene zdravniške diagnoze potrebni obiski pri zdravniku, zdravniške raziskave in nenazadnje neposredna zdravniška ocena zdravja, bi lahko na podlagi

rezultatov morda sklepali, da je le-ta v večji meri tista, ki oblikuje subjektivno oceno zdravja. Res je tudi, da predstavljajo zdravniške diagnoze predvsem resnejši zdravstveni zapleti in imajo lahko zato večjo težo pri subjektivnem ocenjenju zdravja kot pa manjše, vsakodnevne zdravstvene težave.

Glede na to, da se bolj nezdrav življenjski slog povezuje s slabšim zdravjem, slednji pa se dalje povezuje z nižjim zadovoljstvom z življenjem, smo predvidevali tudi, da nezdrav življenjski slog (nezadostna telesna aktivnost, nezdrav način prehranjevanja, čezmerno uživanje alkohola in uporaba tobaka) napoveduje nižje zadovoljstvo z življenjem.

Rezultati so pokazali (tabela 2), da vsa štiri tvegana vedenja za nenalezljive bolezni skupaj, poleg demografskih spremenljivk ter osebnostnih faktorjev, dodatno pojasnijo še tri odstotke variance zadovoljstva z življenjem. Izmed vseh tveganih vedenj ima statistično pomemben in dovolj zanesljiv beta koeficient zgolj nezdrav način prehranjevanja ($\beta = -,14$). Z drugimi besedami, sprememba nezdravega načina prehranjevanja za 1 standardni odklon, spremeni zadovoljstvo z življenjem za ,14 standardnega odklona v obratno smer. Takšen model napovedovanja se je izkazal tudi za statistično pomembnega ($F(11,178) = 5,45, p < ,001$).

Izkazalo se je, da vsi štirje dejavniki tveganja, ki predstavljajo nezdrav življenjski slog, nekaj malega dodatno prispevajo k pojasnjevanju variance zadovoljstva z življenjem. Edini statistično pomemben prediktor pa je nezdrav način prehranjevanja. Sicer je njegova vloga relativno majhna, saj je veliko drugih, pomembnejših spremenljivk, ki v večji meri napovedujejo zadovoljstvo z življenjem (demografske, osebnostne ipd.), a jo vendarle ima. Zaključimo lahko, da nezdrav način prehranjevanja, kar pomeni na primer uživanje manj kot treh obrokov dnevno, manj kot vsaj enkrat na dan zelenjavo in sadje, nezadostno uživanje žit in rib ter pre pogosto uživanje ocvrtih jedi, napoveduje manj zadovoljujoče življenje.

Ne smemo pa tudi pozabiti na preostale dejavnike tveganja, ki se niso izkazali kot pomembni napovedovalci zadovoljstva z življenjem. Kot kaže, umestitev subjektivnega blagostanja in s tem zadovoljstva z življenjem pod hedonski model psihičnega blagostanja, kjer je glavni poudarek na dobrem počutju in uživanju življenja (Musek, 2007), ni zanemarljiva. Izbrana tvegana vedenja so v tako veliki meri razširjena med ljudmi tudi zato, ker predstavljajo užitek. Prižgana cigareta po stresnem sestanku nekomu lahko predstavlja užitek. Sedenje pred televizijo namesto ure in pol dolge vožnje s kolesom marsikomu predstavlja večji užitek, vsaj kratkoročno. Tudi zabavo in sprostitve v družbi si dandanes redkokateri mladi še predstavlja brez alkohola. Morda izmed vseh tveganih vedenj nezdrav način prehranjevanja še v najmanjši meri nudi takojšen užitek. Čeprav je za koga okusnejša ocvrta, mastna in sladka hrana, pa so vedno bolj dosegljive tudi zdrave jedi, ki so hkrati tudi okusne ter nudijo užitek. Tudi telesna aktivnost, ki aktivnim posameznikom v večini nudi užitek, je v našem vzorcu zajeta najverjetneje preširoko. Delovno mesto, gospodinjstva opravila, ipd. vse to so aktivnosti, ki sicer morajo biti opravljene, a povečini ne nudijožitka ali zadovoljstva. Vsekakor pri zaključevanju ne smemo pozabiti, da so dejavniki tveganja med seboj zelo povezani in se prepletajo, kar še posebej velja za

telesno aktivnost in način prehranjevanja. Obe tvegani vedenji se namreč neposredno in najpogosteje kažeta v obliki pridobivanja odvečnih kilogramov, kar se hitro pokaže tudi na zadovoljstvu posameznika.

Raziskava pa ima vsekakor tudi nekaj omejitev in s tem predlogov za nadaljnja raziskovanja. Ena takšnih je že samo opredelitev življenjskega sloga. V našem primeru smo upoštevali zgolj štiri dejavnike, ki sicer najpomembneje vplivajo na nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, a niso edine, ki prispevajo h kvalitetnejšemu življenju. Vzrok za marsikatere razlike v dobljenih rezultatih se lahko skriva prav v različnih opredelitvah. Omejitev naše raziskave je tudi, da nam ne dovoljuje sklepanja o vzročnosti. Ne vemo torej, ali je nezdrav način prehranjevanja vzrok za večje nezadovoljstvo z življenjem ali pa je morda večje nezadovoljstvo z življenjem vzrok za bolj nezdrav način prehranjevanja. Zelo velik korak naprej bi tako pomenila eksperimentalno zastavljena longitudinalna študija, ki bi dovoljevala zaključevanje o vplivu dejavnikov tveganja na zadovoljstvo z življenjem (ali morda celo obratno).

Glede na to, kako tesno je nezdrav način prehranjevanja povezan s pojavom čezmerne prehranjenosti in debelosti, kakor tudi diabetesa, povišanega krvnega tlaka, raka, osteoporoze in srčno-žilnih bolezni, je z vidika preventive dobro, da se povezuje z manj zadovoljujočim življenjem. To je namreč še dodaten razlog, ki bi morda pomagal k promociji bolj zdravega načina prehranjevanja. Ker so sodobni prehranjevalni vzorci prenosljivi iz ene generacije v drugo, je pomembno, da se tega zavedajo že starši. Potrebno se je zavedati, da so bolezni, katerih glavni dejavnik tveganja je nezdrav način prehranjevanja, za slovensko populacijo pomembne predvsem zato, ker so to tiste bolezni, zaradi katerih prebivalci Slovenije najpogosteje umiramo.

Literatura

- Bulc, M. (2007). Preventiva v DM – 2007 [Preventive medicine – 2007]. V M. Mramor (ur.), *Preventiva v osnovnem zdravstvu: priporočila za prakso* (str. 120–146). Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E. in Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21–33.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. in Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Diener, E. in Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1–3.
- Diener, E., in Tov, W. (v tisku). National subjective well-being indices: An assessment. V K. C. Land (ur.), *Encyclopedia of Social Indicators and Quality-of-Life Studies*. New York: Springer.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J. in Swann Jr., W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of research in personality*, 37, 504–528.
- Grunert, K.G., Dean, M., Raats, M. M., Nielsen, N. A. in Lumbers, M. (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49, 486–493.

- Majhen, M. (2008). *Medpanožnost promocije gibalne/športne aktivnosti za zdravje* (Neobjavljeno magistrsko delo) [Interdisciplinarity of promoting physical/sports activities for a healthier lifestyle]. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana.
- McClave, A. K., Dube, S. R., Strine, T. W. in Mokdad, A. H. (2009). Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Preventive Medicine*, 48, 173–179. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.11.012
- Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E. in Barnett, N. P. (2005). Drink and Be Merry? Gender, Life Satisfaction, and Alcohol Consumption Among College Students. *Psychology of addictive behaviors*, 19(2), 184–191.
- Musek, J. (2007). Pozitivna psihologija [Positive psychology]. *Anthropos*, 1-2, 302–343.
- Musek, J. in Avsec, A. (2006). Osebnost, samopodoba in psihično zdravje [Personality, self-concept and psychological health]. *Anthropos*, 1-2, 51–75.
- Pavot, W. in Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.
- Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R. in Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer, C. in Jørgensen, T. (2009). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population, The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49, 418–423. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.08.011
- Rotovnik-Kozjek, N. (2006). Zdrava prehrana in aktivni življenjski slog [Healthy diet and active lifestyle]. *Polet*, 5(2), 50–51.
- Stubbe, J. H., De Moor, M. H. M., Boomsma, D. I. in De Geus, E. J. C. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44(2), 148–152.
- Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. V W. E. Saris, , R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, B. Bunting, (ur.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (str. 11–48). Budimpešta: Eötvös University Press.
- Vuori, I. (1998). Does physical activity enhance health?. *Patient Education and Counseling*, 33, 95–103.
- World Health Organization. (2009). *World Health Statistics 2009*. Sneto z naslova <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>
- World Health Organization. (2008). *2008-2013 Action plan for the Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Sneto z naslova http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
- Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z. in Maučec-Zakotnik, J. (2004). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije* [Risky behaviour related to health and selected health conditions in adult population of Slovenia]. Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, S., Oeltmann, J. E. in Drane, J. W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279–288.

Prispelo 10. 03. 2010
Sprejeto 19. 05. 2010