Предиктори самопроцене здравља студената

З. Јанковић¹

Self Assessment of Health of the Students

Jankovic Z.

Сажетак. Самопроцена здравља један је од здравствених индикатора помоћу кога се може испитати и утврдити здравствени статус популације или неке њене групе. Човеково поимање здравља или самопроцена може да предвиди акутну или хроничну болест, јер субјективни осећај лошег здравља често иде испред објективизације тегоба. Циљ је утврдити предикторе који утичу на самоперцепцију здравља студената, као и у којој мери фактори ризика утичу на самопроцену здравља. Истраживање је спроведено на 55 факултета и пет виших школа у пет универзитетских градова Републике Србије. Након анализе добијених резултата, студенти целог узорка доброг су здравља у 26.4%, осредњег у 62.5%, а лошег у 9.5%. Када су се довели у везу самопроцена здравља и здравствено понашање студената добиле су се асоцијације различитих вредности које су указивале да постоји веза између самоперцепције здравља и здравственог понашања студената. Предикторска варијабла која највише објашњава самопроцену здравља код студената јесу здравствене тегобе, јер има највећи парцијални допринос од свих предикторских варијабли у односу на критеријумску варијаблу ($\beta = -0.242$, t -тест = -17.446 , а значајност β коефицијента је $p=0.000$). То значи, ако су присутне здравствене тегобе, студенти ће перципирати своје здравље као лошије и обрнуто. Хијерархијском мултиплом регресијом приказано је колико сваки од субсета различитих хијерархијских нивоа има удела на самоперцепцију здравља. Од свих субсета највише на самопроцену здравља утиче индивидуа, од-

Summary. Self-assessment of health is one of health indicators with which we may examine and establish health status of the population or any of its groups. The fact is that own understanding of health or self-evaluation of it, may predict acute or chronic illness. Subjective feelings of "poor health" frequently are defined as such before health-related difficulties appear. The aim is to define predictors which influence self-perception of students' health and determine to what extent risk factors influence self-assessment of health. Our research was conducted between September and December 1999. It covered 55 faculties and 5 colleges located within five universities in Serbia. After the analysis, 26.4% students of the entire sample are shown to be in good health; 62.5% are of "average" health. "Poor" health is reported by 9.5% of the sample. When relating self-assessment of one's health and health behaviors of the students, we have observed associations of various values which pointed to the link between self-perception of one's health and one's health-related behavior. Health complaints are the most important predictive variable, which best explains self-evaluation of students' health. This one, of all others, has greatest partial contribution in relation to the criterion variable ($\beta = -0.242$, t -test = -17.446 , with β coefficient significance being $p=0.000$). If health complaints are present, students will perceive their health as worse and vice versa. Hierarchical multiple regression shows how each of the subsets of different hierarchical levels participates in self-perception of health. Of all the subsets, it is the person who has greatest influ-

¹ Прим. др сц. мед. Зденка Јанковић, специјалиста социјалне медицине, Завод за заштиту студената, Београд.

носно, њено здравствено понашање, од чега зависи здравствени статус дотичне особе.

Кључне речи: студенти, самопроцена здравља, предикторска варијабла, хијерархијска мултипла регресиона анализа.

ence on her/ his own perception of health. Her/ his health does depend on this perception.

Key words: students, self-assessment of health, predictive variable, hierarchical multiple regression shows.

Увод

Оцена сопственог здравља, као један од индикатора здравља, примењује се у истраживањима као методолошки адекватан и научно интересантан индикатор помоћу кога се може испитати и утврдити здравствени статус популације или неке њене групе (обично се овај индикатор користи за брзу процену здравственог стања циљне групе становништва). Субјективна процена здравља заснива се на перцепцији коју сваки човек има о некој појави, у овом случају о сопственом здрављу. Код перцепције тесно су повезани осећај и искуство који, као психички процес, активно одражава објективну стварност, утолико пре што свако од њих изазива неку врсту емоције у човеку: осећање лепог или ружног, пријатног или непријатног, задовољства или незадовољства, доброг или лошег здравља. Индивидуална процена здравља, која је у складу са сопственим вредностима дотичне особе, укључује биолошку, психолошку и социјалну димензију, те постоји потреба за бољим разумевањем перцепције здравља у социјалном и културолошком смислу. Самопроцена здравља требало би пре да буде оцена позитивног здравља, него оцена тренутног одсуства здравственог проблема.¹

Један од главних разлога интересовања за самопроцену здравља последњих година XX века у медицинским, епидемиолошким и социјалним истраживањима, јесте чињеница да проценом сопственог здравља човек може да предвиди акутни или хронични морбидитет јер, како Laubach W. тврди, субјективни осећај лошег здравља често иде испред објективизације тегоба, што може у многоме допринети превенцији соматизације неких тегоба и тако помоћи код превенције и раног откривања обољења; потом, самопроцена здравља указује и на функционални здрав-

ствени статус; стања која лимитирају свакодневне активности; као и опоравак након већих медицинских проблема.^{2,3} Idler E.L. и Benyamini Y. закључују, на основу анализе двадесет седам истраживања, да је глобална субјективна процена здравља независан предиктор mortalитета у скоро свим анализираним студијама, упркос коришћењу нумеричких специфичних индикатора здравственог статуса и других релевантних коваријанси означених као предиктори mortalитета.⁴ Mossey J.M. i Shapiro E., у свом истраживању о предиктору mortalитета код испитаника преко 65 година, добили су податак да онако како је растао ризик смрти, тако је перцепција о сопственом здрављу све више асоцирала са лошим здрављем (OR=2,92), што је било потврђено и објективним здравственим статусом. У закључку аутори сматрају да начин како особа сагледава своје здравље може бити од велике помоћи у односу на очекивани здравствени исход.⁵ Самопроцена здравља прати се у дугогодишњој студији MONICA (од 1982. године) у Данској, којом је обухваћено становништво од 30 до 70 година. Према подацима из 1992. (DAN-MONICA III), испитаници који су оценили своје здравље као лоше (и код којих су утврђени фактори ризика, као што су: неадекватна исхрана, пушење дувана и низак степен образовања), било је у јакој корелацији са повећањем mortalитета.⁶ Manderbacka K. и сарадници су на узорку од 7.290 Финаца, старости преко 25 година, добили да су све дијагностиковане болести снажно асоцирале са лошим здрављем, због чега сматрају да треба водити рачуна о тумачењу индикатора који директно утичу на самоперцепцију здравља.⁷ Индикатор оценом сопственог здравља показао се као поуздан фактор и у процесу тестирања и ретестирања: у Финској, у популацији одраслих, у поновљеном истраживању након годину да-

на, добијен је податак да је већи проценат испитаника проценио своје здравље као „добро“ и да је оно било обрнуто сразмерно броју посета лекару. У закључку овог истраживања се каже да самоперцепција здравља може бити валидан индикатор процене здравственог статуса који се може примењивати у кохортним студијама за праћење генералног здравља популације.⁸

Према већини студија најважнији доприносићи фактор у оцењивању сопственог здравља јесте медицинско стање испитаника, психо-социјална уравнотеженост и сопствено вредновање здравственог стања. Такође, и понашања везана за здравље, као што су структура слободног времена, физичка активност, пушење дувана, конзумирање алкохола и други фактори ризика (нпр. гојазност), директно утичу на рангирање сопственог здравља.⁹

У већини студија из ове области дошло се до закључка да различите добне групе различито оцењују сопствено здравље:

- старији испитаници самопроцену здравственог статуса везују и/или за своје медицинско стање, и/или за своје ограничене функционалне могућности, обухватајући на тај начин области физичког, психичког и социјалног доживљаја здравља, док
- млади самопроцену здравља више везују за сопствене доживљаје и понашања у односу на здравље, препознајући или не сопствено понашање као претњу по здравље, што показују многобројна истраживања о утицају здравственог понашања (пушење дувана, конзумирање алкохола и забрањених дрога, коришћење лекова, незаштићени и прерани сексуални односи, неуравнотежена исхрана) адолесцената и младих на здравствени статус, доводећи их у везу са морбидитетом и/или морталитетом ове добне групе.¹⁰

Самопроцена здравља као мера изузетно је субјективан здравствени индикатор који се разликује од земље до земље у зависности од социо-економског окружења, приступачности здравствених служби, културолошких традиција, чак и начина изражавања приликом постављања питања „самопроцене здравља“, што

ће се и у одговору рефлектовати као културолошка разлика у перцепцији здравља.

Још један лимитирајући фактор у примени самопроцене здравља, као информације о здравственом статусу у односу на објективну процену здравља, јесте дефиниција здравља која се различито схвата и тумачи од особе до особе, а која зависи, опет, од културолошког окружења и пола особе.^{3,11,12} На то указује истраживање спроведено у Индији, земљи ниског животног стандарда, земљи у којој постоје „затворене“ групе и подгрупе са својим културолошким обележјима. Резултати показују да су сиромашније групе становништва изјавиле да су мање болесне него што се очекивало према њиховој стопи морталитета. У овом случају здравствени проблеми исказани кроз самопроцену здравља мање су присутни у сиромашнијим групама због изграђених културалних и социо-економских разлика које утичу на перцепцију и јавно вредновање сопственог здравља за ту групу, односно, може се рећи да су чланови те групе „научени“ да трпе у тишини и болу.¹³ У том контексту постоје и разлике у опхођењу према болести: групација становништва код којих постоји највећа опасност од болести, најмање се обраћа здравственим службама, мада треба узети у обзир и економски фактор (здравствене услуге тржишно оријентисане).² Због тога, перцепција сопственог здравља може да буде различита за сваку културолошку заједницу, чинећи тако компарацију самопроцене здравља међу различитим народима, више или мање, ирелеватним.¹¹

Циљеви истраживања

1. Утврдити како студенти процењују своје здравље.
2. Утврдити здравствено понашање студената,
3. Утврдити предикторе који утичу на самоперцепцију здравља студената.

Време и место истраживања

Истраживање је спроведено у периоду од септембра до децембра 1999. године у пет

универзитетских градова Републике Србије, на 55 факултета и пет виших школа, и то у: Београду (32 факултета), Крагујевцу (1 факултет), Нишу (9 факултета), Новом Саду (10 факултета и 3 више школе) и Суботици (3 факултета и 2 више школе). Истраживање је обављено у оквиру пројекта "Здравствено понашање студентске и средњошколске омладине" према методологији Светске здравствене организације.

Популација и јединица посматрања

Истраживањем је обухваћено десет процената од укупног броја уписаних студената прве (старости 18–19 година) и треће (старости 21–22 године) године студија, школске 1999/2000. године, што је укупно **5 385** испитаника. За потребе овог рада узорак је посматран као целина, сем у делу који се односи на самопроцену здравља: узорак је груписан по факултетима: природно-технички, друштвени и уметнички.

Инструмент истраживања

Инструмент истраживања био је стандардизовани упитник (који је прилагођен студентима) из протокола истраживања Здравственог понашања Светске здравствене организације за 1997/1998. Упитник је био анониман и чинила су га 106 питања. Обележја су нумеричка и атрибутивна, а модалитети обележја су развијени у оквиру ординалних (од двостепених до десетостепених скала) и номиналних скала.

Статистичка обрада података

За анализу добијених података коришћене су методе дескриптивне статистике и мултиваријационе анализе. Од метода дескриптивне статистике коришћене су мере централне тенденције (аритметичка средина), мере варијабилитета (стандардна девијација, стандардна грешка), одређивање релативних

бројева, груписање и табелирање података. Од мултиваријационе анализе коришћена је мултипла регресиона анализа. За тестирање разлике у одговорима између испитаника који своје здравље процењују као „добро“, „осредње“ и „лоше“, коришћен је χ^2 тест таблице контингенције. Односно, за укрштање испитиваних варијабли и то, за категоријске варијабле коришћен је χ^2 тест егзактне вероватноће нулте хипотезе, а за континуиране варијабле Т-тест.

Предиктивна снага идентификованих фактора који одређују субјективну процену здравља или, другим речима речено, однос између зависне (*критеријумске*) варијабле и низа независних (*предикторских*) варијабли, испитивана је методом **мултипле регресионе анализе**. Тај однос репрезентован је математичким моделом (регресионим моделом) или једначином која повезује зависну са независном варијаблом уз низ одговарајућих претпоставки. Регресија има за циљ предвиђање на основу дефинисаног облика повезаности, а усмерена је ка процесу *вероватног облика повезаности* међу варијаблама са тенденцијом да се на основу једне процењује, предвиђа или оцењује вредност друге варијабле. У вези са тим може се рећи да модел који је конструисан представља вероватан однос међу варијаблама, у циљу предвиђања или оцено вредности једне варијабле, на основу одговарајућих вредности других варијабли.^{14,15,16,17,18,19}

У овом истраживању **зависна варијабла**, чија је вредност зависна од утицаја друге, односно других независно променљивих у испитиваном односу, била је **самопроцена здравља** (ординална варијабла која је нормализована методом Бломове трансформације и тако трансформисана варијабла посматрана је као варијабла интервалног нивоа мерења). Исход ове зависне варијабле покушан је да се објасни утицајем **независних варијабли** (које су дихотомне и континуиране), за које се претпоставља да утичу на неки догађај или испољеност у оквиру дефинисаног опсега испитиваних међуодноса.^{15,20,21} Пре примене мултипле регресионе анализе, варијабле ординалног нивоа мерења трансформисане су

и нормализоване коришћењем Бломове трансформације.

Анализом главних компоненти издвојена је прва главна компонента сваке од skupина која објашњава највећу количину варијансе, односно основни предмет мерења овако изабране скале, те је добијен *факторски скор* на тој компоненти. Добијени факторски скор сваке од skupине варијабли употребљен је за предикцију самоперцепције здравља. Ако су овако добијени скорови повезани са самопроценом здравља, поставља се питање који би то добијени скорови могли да имају највећи допринос у објашњењу и предвиђању самоперцепције здравља? Ако се самопроцена здравља посматра као критеријумска варијабла, а добијени скорови као предикторски, поступком *Step-Wise multiple regresije* могуће је утврдити допринос сваке варијабле у предвиђању самоперцепције здравља. *Step-Wise multipla regresija* јесте мултиваријациона метода чији је циљ да од две или више варијабли изабере оптималан број оних које, када се нађу у линеарном композиту, доприносе објашњењу дела варијансе која се предвиђа, а који није објашњен другим варијаблама које су у претходним корацима укључене у модел. У овом поступку има онолико корака колико и варијабли у моделу, односно варијабле се уносе једна за другом и процењују се њихове вредности. Ако додата варијабла подржава модел, све друге варијабле у моделу се ретестирају како би се утврдило да ли још увек доприносе успеху модела и иде се све дотле док нове варијабле у регресионом моделу дају нов допринос, односно до тренутка када повећање коефицијента мултипле регресије увођењем нове варијабле није значајно. На тај начин би овакав модел на крају требало да обезбеди најмањи могући субсет предикторских (независних) варијабли које су најјаче повезане критеријумском (зависном) варијаблом.^{21,18,14}

Методом мултипле регресије одређен је *коефицијент мултипле регресије (R)* који показује колика је повезаност (јачину везе) између критеријумске (зависне) варијабле, са једне, и линеарне комбинације предикторских

(независних) варијабли (предвиђена критеријумска варијабла), са друге стране (коефицијент мултипле регресије у овој анализи је главни деноминатор за искључивање предиктора). *Квадрат коефицијента мултипле регресије* говори о томе колики се проценат варијансе критеријумске варијабле објашњава (предвиђа) на основу познавања варијансе предикторских варијабли. *Бета стандардизовани регресиони коефицијент*, који се посматра као пондер у регресионој једначини, јесте мера која показује парцијални утицај појединих предикторских варијабли на критеријумску варијаблу када се све остале предикторске варијабле које су у моделу држе константним. Њихова величина говори о томе за колико се мења критеријумска варијабла ако се дати предиктор промени за једну јединицу, а остали предиктори остану непромењени.^{19,21,14}

Анализа резултата

У анализи резултата биће представљени они резултати који су оцењени као карактеристични за посматрану појаву.

Социодемографске карактеристике испитаника

Од укупног броја испитаника (5.385), свој здравствени статус оценило је **5.299** (98.4%) студената, односно недостаје 86 (1.6%) одговора. Од оних који су одговорили на ово питање, 1.424 (26.9%) оценило је своје здравље као **добро** (у даљем тексту: студенти доброг здравља), 3.366 (63.5%) оценило је своје здравље као **осредње** (у даљем тексту: студенти осредњег здравља), док је 509 (9.6%) оценило своје здравље као **лоше** (у даљем тексту: студенти лошег здравља) (*шема 1*). Испитаници посматрани по групама факултета одговорили су на следећи начин:

- студенти природно-техничких факултета у нешто вишем проценту (28.0%) оценили су своје здравље као „добро“ у односу на цео узорак (26.4%), док су студенти уметничких факулте-

Шема 1. Дистрибуција анкетираних студената и њихова самопроцена здравља

та у нешто нижем проценту (22.3%) оценили своје здравље као добро;

- испитаници посматрани по групама факултета своје здравље су окарактерисали као „осредње“ у једнаким процентима – у распону од 62.2 до 62.9%;
- студенти природно-техничких факултета су у најмањем проценту (8.3%) „лошег“ здравља, за разлику од студената уметничких факултета који су своје здравље оценили као „лоше“ у већем проценту (13.3%), а студенти друштвених факултета су у 10.1% „лошег“ здравља (*табела 1*):

Минималне године анкетираних студената који су оцењивали своје здравље су 15 (студенти уметничких факултета), а максималне године живота за посматране модалитете су 28. Посматрано по годинама живота, уочава се да су студенти своје здравље углавном оцењивали као осредње, а да са повећањем година живота тај проценат постаје све већи, док проценат студената доброг здравља са годинама опада (*графикон 1*).

Између студената који су процењивали своје здравље као добро, осредње и лоше, у односу на године живота, постоји веома ви-

Табела 1. Самопроцена здравственог статуса

у з о р а к	добро здравље		осредње здравље		лоше здравље		нема одговора		Σ
	п	%	п	%	п	%	п	%	
цео узорак	1.424	26.4	3.367	62.5	508	9.5	86	1.6	5.385
природно-технички факултет	752	28.0	1.670	62.2	224	8.3	40	1.5	2.686
друштвени факултет	595	25.3	1.481	62.9	238	10.1	39	1.7	2.353
уметнички факултет	77	22.3	216	62.4	46	13.3	7	2.0	346

Графикон 1. Дистрибуција студената према годинама живота.

соко статистички значајна разлика ($p < 0.001$) (табела 2).

Посматрано према полу своје здравље оценило је 2.004 (37.8%) студената и 3.295 (62.2%) студенткиња (табела 3), и већи је

процент студената (36.3%) доброг здравља него студенткиња (21.0%), док је осредњег здравља већи процент студенткиња (67.7%) него студената (57.1%), и већи процент студенткиња (11.3%) него студената (6.7%) оце-

Табела 2. Статистички приказ година живота анкетираних студената према самопроцени здравља

Статистички параметри	з д р а в љ е			Σ
	добро	осредње	лоше	
- укупан број (N)	1.424	3.366	509	5.299
- минималне године живота	15	15	17	15
- максималне године живота	28	28	28	28
- просечне године живота (x)	19,83	20,10	20,39	20,10
- SD	1.61	1.83	1.84	0.58
- SE	0.0427	0.0315	0.0816	7.95
статистичка значајност разлика	$T_{d.l.} = - 4.815$ $T_{d.l.} = - 6.405$ $T_{o.l.} = - 3.274$			$p < 0.001$ $p < 0.001$ $p < 0.001$

Табела 3. Статистички приказ старости анкетираних студената према полу

Статистички параметри	п о л		Σ
	м	ж	
- укупан број (N)	2.004	3.295	5.299
- минималне године живота	15	15	15
- максималне године живота	28	28	28
- просечне године живота (x)	20,08	20,05	20,10
- SD	1.82	1.76	0.58
- SE	0.040	0.0308	7.95
статистичка значајност разлика	t-тест=0.746; p=0.200; p>0.05		

нило је своје здравље као лоше, те постоји асоцијација између полова и самопроцене здравља на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (*графикон 2*).

Графикон 2. Дистрибуција студената према полу и самопроцени здравља (%). **Графикон 3.** Дистрибуција према имовном стању породице и оцини здравственог статуса студената (%).

Самопроцена здравља студената и социоекономски статус

Студенти који потичу из породица одличног имовног стања, здравље оцењују као добро у 46.7%, а да би се потом, како опада стандард породице, смањивао проценат доброг здравља. Проценат осредњег здравља, у односу на имовно стање породице, креће се у распону од 47.4% до 65.6%. Испитаници из породица изузетно лошег имовног стања, оценили су своје здравље као лоше у 20.4%, због чега и постоји веома високо статистички значајна разлика ($p < 0.001$) (*графикон 3*):

Самопроцена здравља студената и хигијенске навике

Студенти су млади људи који се рекреирају или се активно баве неким спортом, те је било занимљиво утврдити њихову самопроцену здравља у односу на физичку активност:

студенти доброг здравља свакодневно се рекреирају у 26.4%, осредњег здравља у 14.0%, а лошег у само 10.1%. Испитаници који се никада не рекреирају доброг су здравља у 7.6%, осредњег у 12.8%, а лошег у чак 25.6%, те постоји веома високо статистички значајна разлика између самопроцене здравственог статуса и физичке активности ($p < 0.001$) (*графикон 4*).

Оптимално време седења за ову популациону групу је осам часова. Оно што се примећује у одговорима студената јесте да се са повећањем дужине седења у сатима процентуално повећава осећање лошег здравственог статуса: испитаници доброг здравља у 21.8%, осредњег у 14.8% и лошег у 13.5% седе само до три сата. Студенти доброг здравља у 10.4%, осредњег у 14.3% и лошег у чак 26.3% седе осам и више часова, те постоји веома високо статистички значајна разлика ($p < 0.001$) (*графикон 5*).

Студенти доброг здравља у 59.6% и лошег у 43.1% спавају оптимално осам часова. Испитаници доброг здравља у 22.9%, а лошег у

Графикон 4. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на физичку активност (%)

Графикон 5. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на седење у току дана (%).

чак 37.4%, спавају мање од осам сати. У приближно истим процентима испитаници доброг здравља у 17.6%, осредњег у 15.4% и лошег у 19.6%, спавају више од осам сати, због чега постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (графикон 6).

Самопроцена здравља и навике у исхрани

Да би разлика у (не)редовности оброка била уочљивија, рекодирани су модалитети којима се обележава фреквенца дистрибуције оброка: свакодневно и два до три пута недељно у **редовно**, а једанпут недељно и никада у **нередовно**. Уочава се да испитаници доброг здравља у 56.1% редовно имају све оброке, а када имају нередовне оброке лошег су здравља у 64.7%, те постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (графикон 7).

Самопроцена здравља студената и социјално здравље

Студенти доброг здравља у 89.5% задовољни су и углавном задовољни (задовољни: 47.5% + углавном задовољни: 42.0% = 89.5%) својим изгледом, а студенти лошег здравља у 34.4% (углавном незадовољни: 18.4% + неза-

Графикон 6. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на дужину просечног спавања (%).

Графикон 7. Дистрибуција студената према самопроцени здравља и редовности конзумирања оброка (%).

довољни: 5.8% + желе нешто да промене: 10.2% = 34.4%) незадовољни су сопственим изгледом, због чега и желе нешто да промене на себи. У посматраним контингентима студената постоји асоцијација између самопроцене здравља и задовољства својим изгледом на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (*графикон 8*).

Ако је човек задовољан својим изгледом, а притом је и млад, онда се обично поседује и осећање доброг здравља, те је тада веома (26.0%) и прилично срећан (67.4%). Испитаници лошег здравља у 62.4% прилично су срећни, 26.0% су несрећни, а јако су несрећни у 7.3%. Ове разлике су веома високо статистички значајне ($p<0.001$) (*графикон 9*).

Студенти доброг здравља у само 4.1% су веома често усамљени, 30.4% понекад су усамљени, 36.6% углавном нису усамљени и 24.2% не постоји осећај усамљености. Испитаници лошег здравља у 12.9% веома су често усамљени, 13.3% прилично су усамљени и 41.2% понекад су усамљени. Између самопроцене здравља и осећања усамљености постоји асоцијација на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (*графикон 10*).

Графикон 8. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на задовољство својим изгледом (%)

Графикон 9. Дистрибуција студената према оцини сопственог здравственог статуса и доживљаја садашњег живота (%).

Графикон 10. Дистрибуција студената према самопроцени здравља и осећања усамљености (%).

Самопроцена здравља студената и здравствене тегобе

Када се доведу у везу самопроцена здравља студената и здравствене тегобе које су имали

у последњих шест месеци, добијени су следећи подаци:

- нервоза је присутна код студената доброг здравља у 55.3%, осредњег у 73.5%, а лошег у чак 84.5%;

- бол у стомаку присутан је код студената доброг здравља у 33.2%, осредњег у 54.2%, а лошег у 70.9%;
- главобоља постоји код студената доброг здравља у 31.8%, осредњег у 54.5%, а лошег у 71.7%;
- тегобе са спавањем имају студенти доброг здравља у 20.1%, осредњег у 31.8%, а лошег у 53.8% (*табела 4*).
- Студенти свој здравствени статус и здравствене тегобе, као што су: главобоља, бол у стомаку, бол у леђима, малаксалост, потиштеност, раздражљивост, нервоза, тегобе са спавањем и вртоглавице, доводе у асоцијацију, тако што су у знатно вишим процентима лошијег здравља ако имају неку од наведених тегоба свакодневно (*табела 5*).

Табела 4. Дистрибуција студената према здравственим тегобама и самопроцени здравственог статуса

Здравствене тегобе	Самопроцена здравља						Укупно	
	добро здравље		осредње здравље		лоше здравље			
	п	%	п	%	п	%	п	%
нервоза	787	55.3	2.474	73.5	430	84.5	3.691	69.6
бол у стомаку	473	33.2	1.825	54.2	361	70.9	2.659	50.2
главобоља	453	31.8	1.835	54.5	365	71.7	2.653	50.1
раздражљивост	481	33.8	1.774	52.7	359	70.5	2.614	49.4
поттиштеност	425	29.8	1.731	51.4	365	71.7	2.521	47.6
малаксалост	389	27.3	1.621	48.2	383	75.2	2.393	45.2
бол у леђима	368	25.8	1.326	39.4	303	59.5	1.997	37.7
тегобе са спавањем	287	20.1	1.072	31.8	274	53.8	1.633	30.8
вртоглавица	106	7.5	578	17.2	206	40.5	890	16.8

Табела 5. Статистичка значајност здравственог статуса студената у односу на здравствене тегобе

Варијабла	χ^2	df	p	Ст. значај.
главобоља	457.2	8	0.000	***
бол у стомаку	461.3	8	0.000	***
бол у леђима	264.2	8	0.000	***
малаксалост	609.4	8	0.000	***
поттиштеност	464.6	8	0.000	***
раздражљивост	366.5	8	0.000	***
нервоза	406.1	8	0.000	***
тегобе са спавањем	328.5	8	0.000	***
вртоглавица	334.7	8	0.000	***

*** $p < 0.001$ (веома високо статистички значајна разлика)

Табела 6. Ранг тегоба студената према мишљењу о свом здрављу

Здравствене тегобе	ранг = здравствене тегобе : здравље			
	добро здрав.	осредње здрав.	лоше здрав.	Σ
нервоза	1	1	1	1
раздражљивост	2	4	6	4
бол у стомаку	3	3	5	2
главобоља	4	2	3	3
поттиштеност	5	5	4	5
малаксалост	6	6	2	6
бол у леђима	7	7	7	7
тегобе са спавањем	8	8	8	8
вртоглавица	9	9	9	9

Сходно претходним подацима, рангиране су здравствене тегобе код испитаника према процени сопственог здравственог статуса и без обзира да ли су студенти доброг, осредњег или лошег здравља, на првом месту по значајности је нервоза, на седмом је бол у леђима, на осмом тегобе са спавањем и на деветом је вртоглавица. Једино значајна разлика у рангирању постоји када је у питању малаксалост (табела 6).

Самопроцена здравља студената и адиктивно понашање

Испитаници доброг здравља у 57.5% не пуше, а 3.5% је оних који пуше више од 20 цигарета дневно. Сличан је однос и када студенти своје здравље оцењују као лоше: студенти лошег здравља у 38.3% не пуше, док 10.3% пуше више од 20 цигарета дневно, те постоји веома висока статистички значајна разлика ($p < 0.001$) (графикон 11).

Студенти који не пуше, лошег су здравља у 8.4%, за разлику од оних који пуше дуже од осам година и који су лошег здравља у

14.6%, те постоји веома висока статистички значајна разлика ($p < 0.001$) (графикон 12).

Студенти који пуше да би савладали стресне ситуације, доброг су здравља у 23.5%, осредњег у 31.5%, а лошег у чак 47.5%, те постоји веома високо статистички значајна разлика, односно постоји асоцијација између ових двеју варијабли (графикон 13).

Студенти који конзумирају неко алкохолно пиће једном месечно у приближно истим процентима (од 59.4 до 63.2%), оцењују своје здравље као добро, осредње и лоше. Када студенти пију једном до три пута недељно, своје здравље оцењују као добро, осредње или лоше у приближно истим процентима (32.5 до 35.2%) (графикон 14).

Више од половине испитаника (56.4%) целог узорка, одговорило је на питање: Да ли конзумира рогу? Од испитаника који су одговорили на ово питање, 26.0% је изјавило да конзумира неку од понуђених дрога у упитнику у различитим временским интервалима. Студенти доброг здравља у 78.6% не конзумирају дрогу за разлику од оних (21.4%) који је конзумирају. Испитаници лошег здравља у 37.0% користе неку дрогу, мада је чак 63.0% студената изја-

Графикон 11. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на број попушених цигарета у току дана (%)

Графикон 12. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на дужину пушачког стажа (%).

Графикон 13. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на пушење дувана ради савладавања стреса (%).

вило да је лошег здравља, иако не користи ниједну дрогу. Између посматраних контингенција студената постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (графикон 15).

Графикон 14. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на фреквенцу конзумирања алкохолних пића (%).

Графикон 15. Дистрибуција студената доброг и лошег здравља у односу на конзумирање дрога (%).

Предиктори самопроцене здравља студената

Stepwise поступком мултипле линеарне регресије тестиране су следеће предикторске варијабле: године живота; степен образовања родитеља; социо-економски статус породице; пушење дувана; фреквенца конзумирања алкохолних пића; фреквенца и врста конзумирања дрога; физичка активност; лична хигијена; редовност спавања; дистрибуција оброка: редовност конзумирања оброка (доручак, ужина, вечера); дневно конзумирање куваних оброка; конзумирање воћа и поврћа; конзумирање слаткиша; конзумирање „брзе хране“; задовољство својим изгледом; задовољство својим садашњим животом; одсуство здравствених тегоба; узимање лекова (за главобољу и болове у стомаку) и психофармака (за спавање и нервозу); социјално здравље (комуникација са околином); друштвени живот (култура и забава); конфликти са околином; и сексуално по-

нашање. Након тестирања добијене су следеће предикторске варијабле које доприносе објашњењу самоперцепције здравља и сачињавају линеарни композит који служи за предикцију критеријумске варијабле: здравствене тегобе, задовољство својим изгледом, задовољство својим садашњим животом, физичка активност, узимање лекова, старост, забава, конзумирање воћа и поврћа, комуникација са околином, пушење дувана, степен образовања родитеља, друштвени живот (култура) и „брза храна“.

Прва варијабла која се издвојила и која има највише заједничке варијансе са самопроценом здравља (или највише утиче на самопроцену здравља) јесу здравствене тегобе. Корелација ове две варијабле је $R=0.380$, односно то је 14.4% заједничке варијансе између самоперцепције здравља и „здравствене тегобе“ као предикторске варијабле. У другом кораку здравственим тегобама придодато је задовољство својим изгледом, и у таквом моделу коефицијент мултипле регресије износи $R=0.414$, а то је 17.2% заједничке варијансе између критеријумске варијабле и присутних предикторских варијабли. У сваком кораку, са додавањем предикторских варијабли, повећава се коефицијент мултипле регресије или повезаност између критеријумске варијабле и линеарне комбинације предикторских варијабли, тј. повећава се проценат заједничке варијансе (у првом моделу је 14.4%), те тако у последњем кораку, у коме се налазе све придодате предикторске варијабле, коефицијент мултипле регресије износи $R=0.470$ (или 22.1% заједничке варијансе између самоперцепције здравља и свих предикторских варијабли које чине модел). У **табели 7** приказано је 13 корака којима су постепено једна по једна додаване предикторске варијабле.

Из истог исписа на **графикону 16** приказан је квадрат коефицијента мултипле регресије (R^2) у процентима који показује колика је повезаност између критеријумске варијабле и линеарне комбинације предикторских варијабли. Уочава се да у првом моделу коефицијент детерминације износи $R^2=0.144$ или 14.4%, где је присутна само предикторска варијабла здравствене тегобе, а у последњем моделу коефицијент мултипле регресије је $R^2=0.221$ или

22.1%, где су присутне све укључене предикторске варијабле:

У коначном моделу налазе се предикторске варијабле самопроцене здравља. Тако, на пример, ако студент нема здравствене тегобе, стандардизовани регресиони коефицијент (β

Табела 7. Модели који су ушли у мултиплу регресиону анализу

МОДЕЛ	коефицијент мултипле регресије (R)	квадрат мултипле регресије (R^2)	df	значајност
1	0.380	0.144	1	0.000
2	0.414	0.172	1	0.000
3	0.435	0.189	1	0.000
4	0.450	0.203	1	0.000
5	0.457	0.209	1	0.000
6	0.460	0.212	1	0.000
7	0.463	0.214	1	0.000
8	0.465	0.216	1	0.000
9	0.466	0.217	1	0.003
10	0.467	0.218	1	0.003
11	0.469	0.220	1	0.005
12	0.469	0.220	1	0.019
13	0.470	0.221	1	0.037

стандардизовани регресиони коефицијент) износи $\beta=-0.242$; t -тест=-17.446, а значајност β коефицијента је $p=0.000$ (или веома је високо статистички значајно $p<0.001$), што значи да највећи парцијални допринос од свих предикторских варијабли у односу на критеријумску варијаблу, имају здравствене тегобе. У контексту осталих предиктора њихови парцијални доприноси су све мањи и мањи, те на пример, задовољство својим изгледом нешто мање утиче на самоперцепцију здравља, јер је $\beta=0.118$; t -тест=9.123; затим, у одсуству забаве самоперцепција здравља код студената је лошија, а предикторска варијабла мање је повезана са субјективном оценом здравља ($\beta=-0.042$; t -тест=-3.321); такође, ако је степен образовања родитеља виши, студенти оцењују своје здравље боље ($\beta=0.038$; t -тест=3.152). Последња придодата предикторска варијабла „брза храна“, најмање је парцијално повезана са самоперцепцијом здравља ($\beta=-0.027$; t -тест=-2.09): ако студенти више конзумирају ову врсте хране, они своје здравље више перципирају као лоше (**табела 8 и графикон 17**).

Од овако издвојених варијабли мултипле линеарне регресије, њиховим груписањем сачињена су три различита модела тестирана хијерархијском мултиплом регресијом:

- први модел, кога чине демографске карактеристике испитаника (године живота) и степен

Графикон 16. Приказ квадрата коефицијента мултипле регресије (R^2) за 13 модела (%)

Табела 8. Коначни модел предикторских варијабли и самопроцена здравља

МОДЕЛ 13 (предикторске варијабле)	стандардизовани регресиони β коэффициент	t-тест	значајност β коэффицијента	статистички значај
здравствене тегобе	- 0.242	-17.446	0.000	***
задовољни својим изгледом	0.118	9.123	0.000	***
задовољни садашњим животом	0.125	9.380	0.000	***
физичка активност	0.093	7.153	0.000	***
узимање лекова	- 0.080	- 6.230	0.000	***
старост (године живота)	- 0.045	- 3.688	0.000	***
забава	- 0.042	- 3.321	0.000	***
конзумирање воћа и поврћа	0.038	2.981	0.003	**
комуникација са околином	0.040	3.091	0.002	**
пушење дувана	- 0.036	- 2.877	0.004	**
степен образовања родитеља	0.038	3.152	0.002	**
култура	0.030	2.377	0.017	*
брза храна	- 0.027	- 2.090	0.037	нс

ns $p > 0.05$ (није статистички значајно)* $p < 0.05$ (статистички значајно)

**

 $p < 0.01$ (високо статистички значајно)

 $p < 0.001$ (веома високо статистички значајно) **Графикон 17.** Приказ стандардизованог регресионог коэффицијента

Шема 2. Предикторске варијабле које објашњавају самоперцепцију здравља.

образовања родитеља, у субјективној процени здравља учествује са свега 1.0%;

- другом моделу придодате су предикторске варијабле које припадају микросистему, а то су: социјално здравље (забава, култура, комуникација са околином) и квалитет живота повезан са здрављем (задовољство својим изгледом, доживљај садашњег живота), и они учествују у самоперцепцији здравља са 12.9%; и
- трећем моделу, коме су придодате предикторске варијабле које се односе на здравствено понашање (то су: физичка активност, пушење дувана, конзумирање воћа и поврћа и „брза храна“) и здравствено стање (то су: здравствене тегобе и узимање лекова), објашњавају самопроцену здравља са 22.1% (*шема 2*).

Дискусија

У литератури постоји мали број студија које су посвећене самопроцени здравља као индикатору здравственог статуса, поготову младих људи у периоду од 18. до 26. године старости. Овакав однос истраживача може се објаснити, поред тога што су млади најздравија добна група, са ниским стопама морбидитета и морталитета, и тиме што се адолесценти (односно студенти) налазе у периоду повишене свесности и пажње свом телесном статусу и добром здравственом стању, тако да се перцепција здравља, самопуздање и задовољство сопственим животом рефлектује кроз високо позитивно вредновану самопроцену здравља.

Прва истраживања о здрављу младих и повезаности здравља и здравственог понашања, била су спроведена 1982. године у Финској, Норвешкој и Енглеској. Убрзо након публиковања добијених резултата, Светска здравствена организација је прихватила овакав начин праћења и процене здравља младих, тако да су истраживања овако дизајнирана 1997/98. године спроведена у 28 земаља. Један део ових истраживања односио се на генерално здравље и самопроцену здравственог статуса адолесцената. Према овом истраживању млади су оценили своје здравље као добро у распо-

ну од 81.2 до 98.0% (просек за све земље учеснице студије је 91.8%).²² Према подацима Европске комисије RUROSTAT, која је обавила истраживање у 15 земаља Европске уније, у периоду од 1996. до 1998. године, млади од 16. до 24. године су: веома доброг здравља у просеку 86.5% за посматрани период; осредњег здравља у просеку 11.5% за посматрани период; и веома лошег здравља у просеку 2.2% за посматрани период. У овом истраживању уочено је да су млади у земљама чланицама Европске уније своје здравље 1996. године оценили као веома добро у вишим процентима него 1998. године. Посматрано по државама чланицама Европске уније, млади Аустрије осећају се најздравије (95.3% у просеку за посматране године), а потом следе млади Ирске (93.7% у просеку за посматране године), што се објашњава стабилном политичком ситуацијом у тим земљама, пре свега економском, као и малим приливом избеглица из земаља у транзицији. Млади Француске (81.0%), а потом Немачке (84.5%), оценили су своје здравље као веома добро најнижим процентима у односу на остале државе чланице Европске уније, што је (вероватно) последица доласка великог броја избеглица из земаља у транзицији и из азијских земаља.¹¹

Посматрана перцепција здравља према полу показује да још у периоду адолесценције постоје разлике: дечаци/младићи лакше подносе „здравствене проблеме“ него супротан пол. И у каснијим годинама живота жене су незадовољније својим здрављем него мушкарци, односно, можда би се могло рећи, жене се брижније односе према сопственом здрављу, што се повезује са материнством. Према културолошком моделу, жене ће пре саопштити да имају неки здравствени проблем, јер је за њих прихватљивије да буду болесне него што је то случај са мушкарцима. Болест је далеко мање стигматизирајућа за жену, јер за њу важе нижи стандарди здравља, док су здравље и снага традиционално мушка вредност. Такође, културална је претпоставка да су жене „деликатнија“ створења, те и отуда могу бити и болесније од мушкараца, који су, углавном, социјализовани у складу са стоичким обрасцима, због чега су мање спремни да саопште

и признају симптоме болести или пак да затраже медицинску помоћ. Социјална структура и психолошке детерминанте здравља генерално су значајније за особе женског пола, а детерминанте понашања значајније су за мушкарце, до чега се дошло вредновањем здравља путем самоперцепције здравља, функционалног здравља, присуства хроничних болести и стреса.^{2,23}

Здравље, као интегрални део људског благостања, у основи је свих социо-економских активности и процеса развоја, због чега циљеви заштите и унапређења здравља, који, као основни услови социо-економске политике, упоредо се дефинишу са макроекономским циљевима и остварују се симултано. Да постоји снажна директна корелација између здравственог статуса и социјалних и економских фактора, односно, социо-економског статуса индивидуе, породице и друштва у целини, препознато је још у прошлом веку и документовано великим бројем студија. Социо-економски статус, обично се посматра кроз положај индивидуе и породице или се обе ове димензије „сабирају“, које, без обзира да ли се посматрају одвојено или заједно, подразумевају приходе, богатство, степен образовања, социјално благостање (статус у друштву) и/или још и неке друге културолошке атрибуте установљене у дотичном друштву, а које условљавају различите аспекте социјалне стратификације.^{24,25} Од набројаних критеријума на основу којих се мери социо-економски статус породице, односно друштва, а који се доводе у везу са здравственом неједнакошћу, односно са неједнаком расподелом ризика оболевања и морталитета у појединим групама становништва, у литератури се најчешће помињу класични индикатори, као што су: приходи (на чему инсистирају економисти), степен образовања и професионални статус.

Поставља се питање: Како степен образовања и приходи утичу на здравље? Економисти тврде да се новцем купује здравствена заштита, степен образовања омогућава избор, а заједно побољшавају здравље, под условом да особа има адекватан посао.²⁵ Веома добар пример за то је истраживање CDC у Сједињеним Америчким Државама, према коме су чла-

нови домаћинства који су имали низак степен образовања и посао којим су били незадовољни (ниска зарада у односу на животне трошкове), перципирали своје здравље као лоше у 8.3%, а добро у 73.6%, за разлику од испитаника који су завршили факултет и задовољни су својим радним местом: они су своје здравље оценили као лоше у свега 1.1%, а као добро у 94.5%.²⁶

Ефекат неједнакости у приходима породице може снажно да асоцира са самопроценом здравља и другим облицима здравственог понашања. Lynch W. и сарадници у свом истраживању истичу да када су људи нижег степена образовања, тада су нижег економског статуса, и према сопственој изјави испитаника, лошијег су здравственог стања. При томе, код ове групе испитаника постоји снажна веза између нижег социо-економског статуса и ризичног понашања, као на пример, пушења дувана и конзумирања алкохола, неадекватне исхране, испитаници се мање баве рекреацијом, депресивнији су и мање задовољни својим животом, што је супротно изјавама испитаника високог степена образовања, који су и вишег социо-економског статуса, што је оснажујући фактор здравијег стила живљења. Зато аутори сматрају да се боље здравље може постићи смањивањем друштвене поларизације, мањом материјалном угроженошћу и већом друштвеном подршком.^{27,28}

Да постоји значајна повезаност између социо-економског статуса и самопроцене здравља, Laubach W. је утврдио на узорку од 2.948 одраслих особа различитог социо-економског статуса, које су се изјашњавале о задовољству својим животом, о својим ставовима и понашању и о свом здравственом статусу. Како Laubach W. тврди, постоји смањење ризика и морбидитета код особа вишег социјалног статуса у поређењу са особама нижег социјалног статуса. Код испитаника оба пола нижег социо-економског статуса бележи се већа инциденца инфаркта срца, можданог удара, реуматска обољења, хронични бронхитис и професионална обољења. Према овом истраживању, скоро све скале изабраних мерних инструмената показале су значајан степен повезаности са социјалним статусом који се показао као

релевантан предиктор за самоперцепцију здравља: особе које припадају нижем социјалном staleжу показале су нижи степен задовољства својим здрављем и животом, имале су више психосоматских тегоба и телесних сметњи и биле су мање способне да учине нешто у циљу побољшања сопственог здравља, у односу на особе које су припадале вишем социјалном staleжу.²

Значај физичке активности за друштво није само лимитирано здрављем, већ све више и више има значаја за економију, социјализацију и едукацију, јер редовна рекреација позитивно асоцира са физичким, менталним и социјалним здрављем. У великом броју студија доказано је да је физичка активност део комплексне, мултифакторијалне етиологије многих хроничних незаразних обољења (гојазности, кардиоваскуларних болести, остеопорозе, депресије и анксиозности). Живот већине људи у развијеним земљама карактерише висок степен урбанизације, аутоматизације и технолошког развоја производње, уз истовремено побољшање радних и животних услова, али и негативних импликација на здравље и психофизичку кондицију. Основни фактор који у таквим условима живота угрожава здравље људи јесте смањена физичка активност, а ако се томе придружи и неадекватна исхрана, како по обиму, тако и по квалитету, исход је повећање телесне тежине, а што све заједно особу уводи у зачарани круг седантерног начина живота.^{29,30,31}

И Manderbacka K. је добила код својих испитаника (5.306 Швеђана старости од 18 до 75 година) да постоји снажна веза између физичке неактивности и лошег здравља, на шта указује однос ратио: они који никада не вежбају лошег су здравља и OR је 2.95, а код оних испитаника који свакодневно вежбају, нема корелације између ових двеју варијабли, јер је OR 1.00.³² Седантерни начин живота је карактеристичан за средњу и старију генерацију, међутим, слично се понашају деца и млади људи, а што се одражава на њихов раст и развој. Зато, ако се још у раном детињству започне са редовним физичким активностима, а потом настави и у адолесценцији, рекреација постаје стил живота која знатно утиче на здра-

вље (здравствена корист) и квалитет живота у виду психичког благостања, социјалне интеракције и интеграције. Ова корист подразумева бољу организацију времена, повећање самопоштовања, заштиту од емоционалних проблема, позитиван однос према вршњацима и пријатељима – боља социјализација, већи степен едукације, боље здравље и бољу минерализацију костију.^{33,34} Нажалост, ниво физичке активности опада већ за време адолесценције, што се може објаснити чињеницом да се у периоду од 20. до 30. године у животу дешавају многобројне социјалне промене. Douglas K. A. у свом истраживању износи податак да су се студенткиње редовно рекреирале у 32%, а студенти у 40%. При томе, студенткиње су редовне вежбе везивале за смањење телесне тежине, а студенти за повећање мишићне масе, пре него за здравствене разлоге и социјалну интеракцију.³⁵ Sale C. и сарадници, у свом истраживању о рекреацији и њеној повезаности са здрављем и структури слободног времена код младих, добили су у субсету регресионе анализе да физичка активност делује позитивно у смислу психичког растерећења када је у питању осећај нервозе, те се у овој студији рекреација показала као веома битан предиктор који позитивно утиче на осећај доброг стања.³⁰

За адолесцените и младе људе није само важна редовна и квалитетна исхрана, већ је битан и адекватан енергетски унос који омогућава раст и развој јединке. Правилно се хранити и редовно бити физички активан младим људима помаже да се осећају здраво и да, обликујући правилно своје тело, стекну самопоуздање и популарност. Међутим, често баш у адолесценцији долази до промене навика у исхрани: млади почињу у том периоду да прескачу оброке (углавном девојке), нередовно једу код куће, јер почињу да конзумирају брзу и неквалитетну храну ван своје куће, што има за последицу гојазност, а у каснијим годинама и појаву дијабета. Један од параметара правилне исхране младих јесте свакодневна заступљеност три главна obroка и две ужине. Према многим истраживањима међу адолесцентима од 18 година у Швајцарској и САД-у у просеку око 80% њих доручкује и око 50%

руча сваки дан. У Француској, Италији и Немачкој млади сваки дан ручају у распону од 41 до 77%, а у Енглеској само 14%.³⁶ На састанку у Великој Британији о храни и здрављу донет је закључак по коме, између осталог, процентуално повећање свакодневног конзумирања доручка је у корелацији са повећањем година старости; затим, постоји позитивна корелација између самоперцепције доброг здравља и свакодневног доручковања: мушкарци везују доручак за здравље срца, а жене избегавање доручка везују за витку линију.³⁷ У истраживању у САД-у међу 489 девојака од 15 до 25 година које су држале дијету на основу препорука у разним фитнес-магазинима, важбале су два сата дневно (53%), уз екстремну рестрикцију дневног уноса калорија – мање од 1200 (57%), употребу пилула за контролу апетита (72%) и лаксантних средстава (61%), и, при томе, половина (52%) испитаница је свакодневно избегавала два obroka.³⁸

Редовност конзумирања obroka у току дана и самопроцена здравља прати се у дугогодишњој студији (од 1982. године) под називом MONICA којом је обухваћено становништво Данске од 30 до 70 година. Према последњој анализи података (DAN-MONICA III), испитаници који су имали нередован унос obroka током дана, окарактерисали су своје здравље као лоше: мушкарци 16%, а жене 22%. Применом регресионих модела (коришћењем Цох'с пропорционалних хазардских регресионих модела), здравље које је процењено као лоше од стране испитаника асоцирало је са нередовним уносом obroka током дана: код жена OR=4.08, а код мушкараца је ова асоцијација била још јача: OR=6.57.⁶

Касна адолесценција је завршни стадијум младалаштва који траје од 18. до 26. године, а то је управо период у коме се налази студентска популација. У средишту овог периода су формирање идентитета и развој друштвених и моралних норми у понашању. Идентитет је појам којим се означава осећање које омогућава особи да доживљава себе као посебну и независну личност, свесну свога телесног стања, полне зрелости, других људи и друштва у целини, као и свог сопственог односа према тим људима и таквом друштву. Особа која је

успешно остварила свој идентитет има осећање унутрашњег јединства и целовитости, што значи осећање задовољства собом, својим радом или „удобности у сопственој кожи“.³⁹

Млада особа је заокупљена развојем свога тела, што ствара низ значајних психолошких проблема и конфликта. Током развоја млади стално морају изнова да доживљавају своје тело, да га изнова прихватају и да настале промене запазе и интегришу у доживљавање себе у настанку и обликовању. При томе, они имају сталан „задатак“ да све нове сензације и промене преобразе у нов психолошки доживљај себе. Процес формирања телесног идентитета одвија се у два правца: један од њих обележава *реално*, а други *идеализовано* доживљавање себе и свог телесног ега. Ако је развој младе особе такав да се ова два правца поклапају или су веома блиско повезана, великом вероватноћом се може претпоставити да ће млад човек бити задовољан својим изгледом, те ће бити сигуран у себе, прихватиће себе и довољно ценити себе да би остварио складно и хармонично живљење са „својим новим телом“. У таквим случајевима млад човек себе сматра лепим и задовољан је својим телесним изгледом, својом сликом о себи, сматрајући и желећи да га и околина таквог види. У противном, ако је раскорак између реалног и идеализованог доживљавања себе и свог телесног ега велики, јавља се болна сметња у прихватању свога телесног изгледа и телесног ега, па је ризик да се доживи „повреда“ много већи него иначе и представља значајан чинилац са становишта достизања потпуне интеграције. У овом периоду мали раст, ружан нос, бубуљичаво лице, криве ноге, мале груди, ношење наочара и слично, често су слабе тачке око којих се формира читав сплет конфликта који гутају енергију неопходну за складан развој младог човека. Међутим, чак и ова објективна телесна обележја немају за свакога подједнако значење: неко од ових телесних обележја се високо вреднује у једној заједници, док у другој знатно мање, што зависи од социјалног (културолошког) окружења, али и од циљева које је појединац себи поставио. Формирана слика о себи у тесној је вези са самопоштовањем које је базич-

но за психолошко благостање (well being), односно здравље те особе. Или, особа која је прихватила своје тело и осећа се добро у њему, физички активније живи, правилније се храни, не користи забрањене супстанце, друштвено је активнија.⁴⁰ Према истраживању Rabak-Wagener J., око две трећине студенткиња једног америчког универзитета веома је незадовољно величином свога тела, обликом или појавом, а решење налазе у смањењу телесне тежине. Међутим, смањење телесне тежине студенткиње сматрају да ће пре постићи држањем дијета које се могу наћи у модним часописима (59.1%), него редовном физичком рекреацијом. Али, када се довело у везу задовољство својим телом код студенткиња које су биле физички активније и студенткиња које су биле мање активне, добијена је статистички значајна разлика између ових двеју група. Аутор у том случају изводи закључак да је редовна рекреација у вези са већим задовољством својим телом, те су такве особе друштвено прихватљивије и задовољније собом.⁴¹

Задовољство својим телом и корисност од свога изгледа младој особи ствара осећај среће и задовољства, што исказује кроз сатисфакцију садашњим животом. Шта је то срећан живот и, уопште, шта је то срећа за човека? Срећа се не може свести само на њену топографску локализацију у мозгу у виду вегетативног центра у хипоталамусу, већ срећа, као свака психичка делатност, представља сложен функционални систем, чију реализацију обезбеђује комплекс можданих „апарата“, од којих сваки има свој удео у обезбеђивању функционисања тог функционалног система. У психолошком смислу, срећа је примарна емоција, која покреће човека, избацује га из равнотеже. То је стање у коме унутрашња страна човека преузима власт над њим, а он то не може и не жели да спречи.⁴² Можда је најједноставније објашњење среће дао Маслов А.: „Срећан човек је онај који је остварио свој циљ до кога му је толико стало балансирајући између својих могућности и жеља, односно човек је тада себе *самоостварио*“. Слободнији опис среће би био да је то потпуна употреба и искоришћавање талената, капацитета, потен-

цијала које човек поседује. Сматра се да се такви људи потпуно развијају и раде најбоље што могу, у стилу Ничеа: „Постани оно што јеси!“, досежући оне друштвене висине за које су способни. Заправо, срећа је у човеку, и она зависи од начина којим човек опажа свет и суочава се са њим живећи управо у том тренутку.⁴³

Психолози самопроцену доброг стања дефинишу као личну спознајну и афективну евалуацију свога живота, при чему су у овај шири концепт укључени искуство пријатних емоција, нижи ниво негативних расположења и висока сатисфакција животом.⁴⁴ У психологији постоји шест кључних елемената који својом међусобном интеграцијом обезбеђују постизање задовољства у животу: самоприхватање, позитивни односи са другим људима, аутономија, усклађен живот са околином, циљ у животу и лично усавршавање. Ако се ова објашњења примене на студенте, онда су они срећни или задовољни собом јер су успешно завршили један период школовања, самостално су изабрали свој циљ коме теже: уписали су факултет који су желели (више или мање), те су тиме доказали свој капацитет и потенцијал (себи и другима), због чега су поштовани у својој околини, те и сами имају осећај самопоштовања, подмирују своје когнитивне потребе, заљубљени су или воле, здрави су ... Задовољство својим животом најчешће се повезује са економским стањем друштва и породице, као и социолошким и културолошким обележјима. Ове разлике кореспондирају са разликама у „националном дохотку“, „неадекватним примањима“ и „сигурношћу примања“. Релативно добра примања могу да обезбеде да људи буду још „срећнији“, „активнији“ и „друштвенији“, а последично и „здравији“.⁴⁵

Pietilä A-M., у свом истраживању о задовољству животом међу младим Финцима (24 године старости), довела је у везу самопроцену здравља, здравствено понашање и стрес. Од испитаника који су оценили своје здравље као добро или веома добро (74%), њих 71% је задовољно (срећно) својим животом, а испитаници који се „здро“ понашају, 42% је срећно у свом живот. Резултати показују да је индивидуално здравље перципирано као добро

тамо где је постојао позитиван однос (задовољство) према животу, јер када се неко здравствено добро осећа, тада је срећан ($R=0.65$). Такође, примећено је да се са већим задовољством својим животом све боље перципира сопствено здравље. Остале варијабле, које су се издвојиле као предиктори срећног живота, јесу економска сигурност ($R=0.25$), здравствено понашање ($R=0.24$) и утицај стреса ($R=0.16$).⁴⁶

Здравље и болест се посматрају као крајеви квантуума дуж кога постоје застоји, динамика односа између стално променљивог организма и бројних патогених агенаса, развоја и адаптације организма у оквиру својих генетских могућности на факторе средине у којој живи. Симптоми који указују на промене у организму често су у почетку дискретне сензације које особа доживљава извесно време, а, између осталих, то су: главобоља, мука, грчеви, бол у стомаку, малаксалост... На здравствене тегобе људи реагују веома различито: неки их примећују раније и осетљивији су на њихову појаву, док је другима потребан знатно већи интензитет промене да би је регистровали и реаговали на њу. Истраживања показују да су особе које у сусрету са аверзивним догађањима чешће користе механизме потискивања, мање су осетљиве и на симптоме. Већа осетљивост на симптоме нађена је код особа са високим скором на скалама неуротицизма, склоним негативним осећањима и код анксиозних. Посматрано према полу, већа осетљивост на здравствене тегобе, њихово учесталије пријављивање, чешће тражење медицинске помоћи и чешће помињање симптома и у њиховом одсуству, у литератури се бележи код жена. Студије показују да су брзина препознавања и начин тумачења симптома у вези са индивидуално-психолошким, културалним и социјалним факторима. Тако, на пример, особе окренуте себи (сопственом телу, емоцијама и реакцијама уопште) брже примећују симптоме, него они који су усредсређени на спољашњу средину и активности. Људи су свеснији телесних сензација у тренуцима досаде и социјалне изолације, а мање су их свесни када су окупирани неким задацима или активностима које одвраћају пажњу. Људи су

осетљивији на телесне сензације када су под стресом, али је и евидентирано да су подложнији болестима и ризицима за појаву различитих поремећаја који се тада перципирају као здравствене тегобе, а које се иначе у другим ситуацијама не би ни приметиле. Такође, истраживања показују да постоји веза између доживљаја здравља и расположења особе: добро расположене особе оцењују свој здравствени статус бољим, мање се присећају болести и пријављују мањи број симптома; док, лоше расположене особе чешће пријављују симптоме, смањено верују у могућност њиховог ублажавања или отклањања и песимисти су у погледу сопственог здравственог стања. Од свих здравствених тегоба, бол је најзначајније повезан са доживљајем здравственог стања и најчешће се пријављује као промена која „нешто“ наговештава, он пружа повратну информацију о телесним функцијама и стању човековог организма, односно бол је човеков пријатељ.⁴⁷

Мооре Пх. са сарадницима, у свом истраживању, на узорку од 1.139 испитаника старости од 18 до 89 година, доказао је да постоји веза између социо-економског статуса, здравља, спавања и психосоматских тегоба: виши степен едукације асоцирао је са вишим примањима ($R=0.37$; $p<0.001$), већим квалитетом спавања ($R=0.12$; $p<0.001$), нижим психосоматским проблемима (главобоља, потиштеност, нервоза) ($R=-0.14$; $p<0.001$) и бољом перцепцијом сопственог здравља ($R=0.17$; $p<0.001$). Затим, већа примања су била у корелацији са квалитетнијим спавањем ($R=0.17$; $p<0.001$), (што је омогућавало већу ефикасност на послу, а тиме и бољу зараду), мањом фреквенцом психосоматских проблема ($R=-0.18$; $p<0.001$) и бољим здрављем ($R=0.18$; $p<0.001$). Мањи број психосоматских проблема је асоцирао са бољим здравственим статусом ($R=-0.23$; $p<0.001$). Када су се едукација и приходи, који су код испитаника утицали на психосоматске тегобе, укључили у анализу, као предиктор се издвојило примање: виши степен едукације утицао је на виша примања ($\beta=0.37$; $p<0.001$), а виша примања су асоцирала са мање психосоматских проблема ($\beta=-0.14$; $p<0.001$). И, када се квалитет спавања увео у

модел, асоцирао је са приходима (не и са степеном едукације), и био је значајан предиктор психолошког здравља. Односно, виши степен образовања и већа примања, као предиктори, асоцирали су са мање психосоматских тегоба и бољом самоперцепцијом здравља, чак и када су биле у питању године живота, пол и постојећи здравствени статус.⁴⁸

Здравље треба посматрати као стање динамичке равнотеже између појединца и његове физичке и социјалне околине. На ову равнотежу утичу, с једне стране здравствени потенцијали индивидуе, односно способност особе да се носи са изазовима средине, а, с друге стране, тип, интензитет и дужина трајања тог изазова. Овај изазов, означен и као социокултуролошки систем, јесте понашање индивидуе у контексту социјалне групе којој припада (породица, вршњаци, пријатељи). Али, много је већи тзв. анонимни утицај, који може бити повезан са економским интересима (рекламе, масмедија) или културолошким факторима и обичајима. Многе особе не могу да прилагоде свој стил живљења противно овим утицајима, а, с друге стране, када су ови утицаји позитивни, могу утицати на промену неправилног понашања у односу на сопствено здравље. Или, према биопсихосоцијалном моделу, *здравље није унапред дато*, већ се постиже кроз процес задовољења *биолошких, психолошких и социјалних потреба*, због чега у први план долазе маладаптивна понашања, животни стил и навике које нарушавају здравље повећавајући ризик за настанак различитих болести и/или поремећаја. Сходно томе, може се рећи да су изазови, који иначе „вребају“ током целог живота, посебно значајни у периоду адолесценције, као и способност младе особе да на њих одговори на прави начин, односно да се понаша правилно у односу на своје здравље, што јој је све теже и теже. Јер, адаптација на унутрашње психичке и спољашње физичке промене, које прате период адолесценције, одвија се у условима утицаја разних турбуленција у друштву, масмедија, ослабљене и измењене породичне структуре.⁴⁸

Најчешћа ризична понашања која се срећу код адолесцената јесте употреба психоактив-

них супстанци (дуван, алкохол и дроге) и предмет су изучавања бројних студија још од почетка осамдесетих година двадесетог века, преко истраживања која су се бавила социодемографским варијацијама и променама понашања везаних за здравље. Подаци о учесталости ризичних понашања младих људи различити су од аутора до аутора, у зависности од узраста адолесцената, пола, времена и места истраживања и географског подручја. Због тога, Karvonen S. и сарадници постављају питање у којој мери се добијени резултати могу генерализовати, без обзира да ли се посматрају са становишта превенције оболевања и/или недоследности у понашању. Ови аутори у својој студији тврде да се могу идентификовати теоријски прихватљиви обрасци понашања у популацији младих из различитих култура, уз оgradu да то, ипак, важи само за индустријализоване земље. Студија указује на то да детектовање ових образаца захтева мултикултуролошку еквиваленцу у примењеним интервенцијама, али и сензитивну анализу, која узима у обзир културолошке варијације. Према овој студији, млади имају тенденцију да се групишу у три врсте образаца понашања: један од образаца доприноси побољшању здравља, други угрожава здравље, док је трећи мешавина два претходна. Аутори сматрају да млади своје понашање оријентишу или ка свом физичком изгледу или друштвеној прихваћености, а да су небројено пута у недоумици у стварању перцепције о доследном понашању усмереном ка очувању здравља (нпр. умерено конзумирање алкохола има повољне ефекте по здравље, при чему се поставља питање у различитим срединама: Шта је то или колико је нешто умерено?).⁴⁹

Закључак

На основу добијених и приказаних резултата истраживања, могу се извести следећи закључци:

1. Студенти целог узорка, као и студенти груписаних факултета (природно-технички, друштвени и уметнички факултети), своје здравље

перципирају као добро у знатно нижим процентима у поређењу са младима из развијених земаља. Посматрано према полу студенти у вишем проценту перципирају своје здравље као добро него студенткиње, и обрнуто када је у питању перцепција лошег здравља. А посматрано према годинама живота, уочава се да студенти своје здравље оцењују у вишим процентима као осредње, да би, са повећањем година живота, тај проценат растао, што је случај и са студентима који су оценили своје здравље као лоше.

2. Веома висок проценат студената доброг здравља задовољно је својим садашњим животом, или другим речима речено, срећни су. Задовољство својим животом студенти су остварили интеграцијом:

- задовољства собом, јер су успешно завршили један период свог живота: то је период елементарног школовања, а потом су изабрали свој циљ који су и постигли: уписали су факултет који су желели, те су тиме доказали свој капацитет и потенцијал;
- задовољства својим изгледом или свесности свога телесног идентитета, при чему је веома висок проценат студената доброг здравља задовољно својим изгледом или може се рећи да постоји висок степен самоприхватања;
- студенти су групација младих која лако ступа у контакт са својом околином, односно имају усклађен живот са својом околином: они лако стичу нове пријатеље, те су доброг здравља у високом проценту.

3. Предиктор који је најзначајнији и који највише утиче на самопроцену здравља студената, јесу здравствене тегобе, које, када су присутне, испитаници оцењују своје здравље као лошије и обрнуто, ако су здравствене тегобе одсутне, студенти перципирају своје здравље као боље. Здравствена тегоба која се рангирањем нашла на првом месту код студената који су оценили своје здравље или као добро или као осредње или као лоше, јесте нервоза, што је, у сваком случају, последица обавеза на факултету, као и жеље да се заврши факултет на време и стекне економска независност.
4. Варијабле које су издвојене мултиплом линеарном регресијом груписане су у три различита модела, која су потом тестирана хијерархијском мултиплом регресијом. Трећем моделу су придодате варијабле које се односе на здравствено понашање студената, и овај модел у највишем проценту објашњава самопроцену здравља студената. То значи да здравствено понашање индивидуе има највећи утицај на самоперцепцију здравља, односно ако се студенти довољно физички рекреирају, мање пуше дуван, више конзумирају воћа и поврћа, а мање „брзе хране“, имаће мање здравствених тегоба и мање ће узимати лекова, те ће бити здравији и своје ће здравље перципирати пре као добро здравље него као осредње или као лоше. Из овога се може закључити да од сваке особе директно зависи њен здравствени статус, а тиме и њена самоперцепција тог и таквог здравственог статуса.

Литература

1. Emmelin Maria: Self-rated Health in Public Health Evaluation; Umeå University Medical Dissertations, SE-901 85 Umeå, Sweden; Doctoral thesis; 2004.
2. Laubach Wilfried, Shumacher J., Mundt A., Brähler E.: Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung; Sozial-Präventivmedizin; 2000; 45(1):2-12.
3. Wendel Fred: Saskatchewan Comparable Health Indicators Report; Saskatchewan Health; Sep 2002.; www.health.gov.sk.ca/info_center_comparable_health_indicators_report.html
4. Idler E.L., Benyamini Y.: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies; J Health Soc Behav, Mar 1997, 38(1):21-37.
5. Mossey J.M., Shapiro E.: Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly; American Journal of Public Health; 1982., Vol 72, Issue 8:800-8.
6. Osler M., Heitmann B.L., Høidrup S., Jørgensen L.M., Schroll M.: Food intake patterns, self rated health and mortality in Danish men and women. A prospective observational study; J Epidemiol Community health; Jun 2001, 55:399-403.

7. Manderbacka Kristiina, Lahelma E., Martikainen P.: Examining the continuity of self-rated health; *Int J Epidemiol*; April 1998, 27(2):208-13.
8. Saturno J. Pedro, Palmer H., Gascón J.: Physician attitudes, self-estimated performance and actual compliance with locally peer-defined quality evaluation criteria; *International Journal for Quality in Health Care*; Dec 1999, Vol. 11, Ho 6:487-495.
9. Manderbacka Kristina, Lundberg O., Martikainen P.: Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?; *Social Science & Medicine* 48; 1998:1713-1720.
10. Joliot E., Deschamps J.P.: La mesure de la qualité de vie des adolescents: Un nouvel outil d'évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative?; *Promotion & Education*; Quarterly/Trimestriel, Dec 1997., Vol IV/4.
11. European Commission – EUROSTAT: Office for National Statistics (OHS), United Kingdom & Sector „Health and Safety“ of Unit E.3 (Education, health and culture) of Eurostat: Health statistics – Key data on health 2002: Data 1970-2001; 2003; www.europa.eu.int
12. Moliner M. Antoni: What should be measured in relation to health status? The EU aggregate experience; *European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General*; WHO/ECE/Eurostat Meeting on the Measurement of Health Status; Geneva, May 2004; www.europa.eu.int/comm/eurostat
13. Burström B., Fredlund P.: Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?; *J Epidemiol Community Health*; 2001, 55:836-840.
14. SPSS for Psychologists – Chapter Seven: 205-220; www.spss.com
15. Erić-Marinković Jelena i sar.: Statistika za istraživače u oblasti medicinskih nauka, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2001.:301-311.
16. Hosmer, David and Stanley Lemeshow: *Applied Logistic Regression*, HY: Wiley & Sons, A much-cited recent treatment utilized in SPSS routines, 1989.
17. Menard, Scott: *Applied logistic regression analysis*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, Ho 106.
18. David C. Howell: *Statistical Methods for Psychology – 4th ed.p.cm.*, University of Vermont, An Imprint of Wadsworth Publishing Company, 1997.:42-78.
19. Kovačić J. Zlatko: *Multivarijaciona analiza*, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1994.
20. Daniel W.W: *Biostatistics: a foundation for analysis in the Health sciences*; John Wiley and Sons. Inc, Hew York, 1995.:542-562.
21. Tenjović Lazar: *Statistika u psihologiji-priručnik*, Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, Beograd, 2000.:150-164.
22. WHO-Regional Office for Europe: *Health and Health Behaviour among Young People (HBSC)*; WHO Cross-National Study International Report – 2000; www.ruhbc.ed.ac.uk/hbhc
23. Denton Margaret, Prus S., Walters V.: Gender differences in health: a Canadian study of the psychological, structural and behavioural determinants of health; *Social Science & Medicine*; Jun 2004, Vol. 58, Issue 12:2585-2600.
24. Kenneth A.B., Jennifer L.G., Stecklov G.: *Socioeconomic Status and Class in Studies of Fertility and Health in Developing Countries*; University of North Carolina at Chapel Hill; February, 1999; www.cpc.unc.edu/measure
25. Young W. Frank: Socioeconomic status and health: new explanation; *Ann H Y Acad Sci*; Oct 1999, 896:484-6.
26. Shepherd H. Donald - CDC: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS); Annual Report Survey Results From the 2002 IOWA; Dec 2003; www.state.ia.us/brfss
27. Lynch W. John, Kaplan G.A., Salonen J.T.: Why Do Poor People behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychological Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse; *Social Science & Medicine*; 1997, 44(6):809-821.
28. Gouskova Elena, Schoeni B.: Analysis of the Quality of the Health data in the PSID (Panel Study of Income Dynamics); June 2002; www.psidonline.isr.umich.edu/Guide/report_on_health_qsv2.pdf
29. Yang X., Telama R., Leino M., Vikari J.: Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization; *Scand J Med Sci Sports*; 1999, 9(2):120-27
30. Sale C., Guppy A., El-Sayed M.: Individual differences, exercise and leisure activity in predicting affective well-being in young adults; *Ergonomics*; 2000, Vol. 43, H° 10:1689-1697.
31. Steptoe Andrew, Wardle J., Fuller R., Holte A., Justo J., Sanderman R., Wichstrøm.: Leisure-Time Physical Exercise: Prevalence, Attitudinal Correlates and behavioral Correlates among Young Europeans from 21 Countries; *Preventive Medicine*; 1997, 26:845-854.
32. Manderbacka Kristina, Lundberg O., Martikainen P.: Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?; *Social Science & Medicine* 48; 1998:1713-1720.
33. G. Mick: Does exercise status influence the impression formed by college students?; *College Student Journal*; Dec 2003:1-4; www.findarticles.com
34. Robinson Anne & Associates: *Understanding Youth in Canada in 2002*; www.statcan.ca

-
35. Douglas K.A., Collins J.L., Warren C. et al.: Results from the 1995 – National College Health Risk Behavior Survey; *Journal of American College Health*; 1997., Vol. 46:55-66
36. Dixey Rachael, Heindl I., Loureiro I., Pérez-Rodrigo C., Snel J., Warnking P.: Healthy eating for young people in Europe-A school-based nutrition education guide; Sep 1998; www.who.int
37. Forum on Food and Health in Great Britain: Breakfast – do we need it?; *Nutrition Research Hewsletter*; Jan 1990; www.findarticless.com
38. Thomsen R. Steven, Weber M.M., Brown B.L.: Health and Fitness reading and eating-disordered weight loss methods; *AEJMC Magazine Division*; Apr 2000; www.list.msu.edu/cgi.bin
39. Kecmanović Dušan i sar.: Psihijatrija (Poglavlje 60: Erić Ljubomir: Adolescentna psihijatrija); *Medicinska knjiga*, Beograd-Zagreb, 1989, Tom II:2066-2090.
40. Hutbeam Don: Health promotion glossary. *Health Promotion International*; Oxford University Press, 1998, Vol. 13, H^o 4:349-364.
41. Rabak-Wagener J., Eickhoff-Shemek J., Kelly-Vance L.: The Effecat of Media Analysis on Attitudes and Behaviors Regarding Body Image Among College Students; *Journal of American College Health*; 1998., Vol. 479(1), 29.
42. Jung G. Karl: Analitička psihologija – Predavanja sa Tavistoka; Beograd, 2002.
43. Maslov H. Abraham: O životnim vrednostima – Izabrani eseji o psihologiji vrednosti; Beograd, 2001.
44. Diener Ed, Lucas E.R., Oishi S.: Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction; In C.R.Snyder and S.J.lopez (Eds.); *Handbook of positive psychology*, Chapter 5, 2002.:63-73; New York: Oxford Univerity Press; ediener@psych.uiuc.edu
45. Ruut Veenhoven: Conditions of Happiness; Kluwer Academic, 1984., Boston; www.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1980s/84a-con2.htm
46. 46. Pietilä Anna-Maija: Factors associated with life control in young men; *Journal of Advanced Hursing*; Sep 1994, 20(3):491-499; www.ruhbc.ed.ac.uk/hbhc
47. Berger Dušica: *Zdravstvena psihologija*; Beograd, 1997.
48. Moore J. Philip, Adler E.H., Williams R.D., Jackson S.J.: Socioeconomic Status and Health: The Role of Sleep; *Psychosomatic Medicine*; 2002., 64:337-344; www.psychosomaticmedicine.org
49. Karvonen Sakari, Abel T., Calmonte R., Rimpelä A.: Patterns of health-related behaviour and their cross-cultural validity – A comparative study on two populations of young people; *Sozial-Präventivmedizin*; 2000, 45:35-45.