



ŠTATISTICKÝ
ÚRAD
SLOVENSKEJ
REPUBLIKY

Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014)

**DEMOGRAFIA
A SOCIÁLNA ŠTATISTIKA**

Štatistický úrad Slovenskej republiky

**Pohľad na zdravotný stav
obyvateľstva SR a jeho
determinanty
(výsledky EHIS 2014)**

2015

Štatistický úrad Slovenskej republiky

Číslo: 900 - 0111/2015

Kód: 025015
Okruh: Demografia a
sociálna štatistika
Dátum: december 2015

Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014)

Sekcia sociálnych štatistík a demografie
Generálny riaditeľ sekcie: Ľudmila Ivančíková
Odbor štatistiky životnej úrovne obyvateľstva
Kontaktná osoba: Jarmila Velčická, tel.: 02 / 50236 767

2015

Autor publikácie: Jarmila Velčická

Objednávky posielajte na adresu:

Štatistický úrad Slovenskej republiky

Informačný servis

Miletičova 3

824 67 Bratislava

Fax: 55561 361

Tel: 50236 335

www.statistics.sk

Rozmnožovanie obsahu tejto publikácie, ako aj jednotlivých častí, v pôvodnej alebo upravenej podobe pre komerčné účely, je možné len s písomným súhlasom Štatistického úradu SR. Údaje, ktoré sú obsahom tejto publikácie, je možné použiť len s uvedením zdroja.

ISBN 978-80-8121-465-3

OBSAH

ÚVOD.....	5
1. Zdravotné štatistiky v Európskom štatistickom systéme (ESS)	6
2. Zdravotný stav obyvateľstva	7
2.1 Minimálny európsky modul o zdraví	7
2.2 Ochorenia a chronické zdravotné problémy	11
2.3 Duševné zdravie	14
3. Využívanie zdravotnej starostlivosti	19
3.1 Užívanie liekov	19
3.2 Preventívne služby	20
4. Zdravotné determinanty	25
4.1 Konzumácia ovocia a zeleniny	25
4.2 Fajčenie a konzumácia alkoholu	27
5. Metodika zisťovania EHIS 2014	33
ZÁVER	35
LITERATÚRA.....	37

ÚVOD

Publikácia *Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014)* je prvou publikáciou, ktorá sa zameriava na analytické zhodnotenie ukazovateľov z oblasti štatistiky zdravia, ktorých zdrojom je predovšetkým výberové zisťovanie o zdraví EHIS 2014.

V analýze sú okrem výsledkov zisťovania EHIS 2014 použité aj údaje z administratívnych zdrojov, konkrétne údaje Národného centra zdravotníckych informácií (podkapitola 2.2, 2.3, 3.1, 3.2), Úradu verejného zdravotníctva (podkapitola 3.2), ako aj údaje a analýzy medzinárodných organizácií (Eurostat, OECD, WHO). Chceme upozorniť, že našim cieľom nebolo v súvislosti s využitím administratívnych údajov vypracovať *kompletnú* analýzu zdravotného stavu, determinantov vplyvujúcich na zdravie a využívania služieb zdravotnej starostlivosti v národnom či medzinárodnom kontexte. V publikácii sme sa snažili poukázať na existujúci stav, resp. hroziace riziká vo vybraných oblastiach zdravia, a to v rozsahu ukazovateľov, ktoré sú predmetom Európskeho zisťovania o zdraví EHIS, alebo s nimi úzko súvisia. Využitie administratívne údaje sa s údajmi z výberového zisťovania EHIS, ktoré sa zameriava osobitne na zber údajov subjektívneho charakteru priamo zo strany občana ako prijímateľa zdravotnej starostlivosti, vzájomne dopĺňajú a spoločne dotvárajú komplexnejší obraz o zdraví a zdravotnej starostlivosti obyvateľstva SR.

Publikácia je rozdelená do 5 kapitol, z toho 2 kapitoly poskytujú obraz o postavení zdravotných štatistík v Európskom štatistickom systéme (kapitola 1) a základné informácie o výberovom zisťovaní o zdraví EHIS 2014 (kapitola 5). Analytická časť publikácie pozostáva z 3 kapitol. Každá sa špecificky zameriava na konkrétnu oblasť zdravia. Kapitola 2 sa venuje vybraným ukazovateľom zdravotnému stavu obyvateľstva, konkrétne premenným Minimálneho európskeho zdravotného modulu (podkapitola 2.1), chorobám a chronickým ochoreniam (podkapitola 2.2) a ukazovateľom týkajúcim sa duševného zdravia (podkapitola 2.3). Kapitola 3 je orientovaná na zdravotnú starostlivosť, ktorá je hodnotená cez užívanie liekov (podkapitola 3.1) a využívanie preventívnych služieb zameraných na predchádzanie ochorení alebo zdravotných problémov, ako sú chrípka, vysoký krvný tlak a zvýšená hladina cukru a cholesterolu v krvi (podkapitola 3.2). Poslednou analyticky zameranou kapitolou je kapitola 4, ktorá hodnotí zdravotné determinanty – konzumáciu ovocia a zeleniny (podkapitola 4.1) a fajčenie a konzumáciu alkoholu (podkapitola 4. 2).

Zdrojom údajov zo zisťovania EHIS 2014 je databáza údajov z 30.9. 2015 (UDB 30/09/2015).

Údaje v publikovaných tabuľkách a grafoch sú uvádzané v členení podľa pohlavia a veku. V jednotlivých kapitolách publikácie sa môžeme stretnúť s členením na rôzne vekové skupiny obyvateľstva. Dôvodom použitia rozdielnych vekových skupín pre vybrané ukazovatele zdravotného stavu, determinantov zdravia a využívania zdravotnej starostlivosti bolo zabezpečenie reprezentatívnosti údajov v daných skupinách obyvateľstva a anonymizácie údajov v prípade premenných, u ktorých išlo o nízke počtenosti výskytu.

1. Zdravotné štatistiky v Európskom štatistickom systéme (ESS)

Zdravie je jednou z najdôležitejších a nenahraditeľných hodnôt v ľudskom živote. V hodnotovom rebríčku človeka sa spravidla nachádza na poprednom mieste. Právo na zdravie je nie len jedným zo základných ľudských práv, ale aj významnou súčasťou spôsobu chápania ľudskej dôstojnosti. Prvýkrát bolo právo na zdravie formulované Ústavou Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1946, ktorej preambula stanovuje: *Každý bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na užívanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia* (WHO, 2008).

Povinnosťou Európskej únie, vyplývajúcou priamo zo zakladacej zmluvy EÚ, je zabezpečiť ochranu zdravia občanov, ako aj spoluprácu s jednotlivými členskými štátmi v otázkach zlepšovania zdravia, prevencie ochorení obyvateľstva a eliminácie zdrojov nebezpečenstva ohrozujúcich fyzické a duševné zdravie (Eurostat, 2015a). Spôsob, akým je možné zlepšiť prevenciu a zabezpečiť ochranu zdravia obyvateľstva, je pravidelné monitorovanie a skúmanie zdravia rozličných skupín populácie (podľa veku, socioekonomického statusu, pohlavia a pod.). Zdravie by sa malo hodnotiť z viacerých aspektov, teda nie len cez hlavné indikátory (napr. mortalita, morbidita) alebo objektívne indikátory zdravia založené na oficiálnych zdravotných štatistikách, ktoré pracujú s údajmi o obyvateľstve získanými od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sa kladie veľký dôraz na indikátory založené na sebahodnotení (subjektívnom postoji), ktoré umožňujú nahliadnuť na fyzickú, sociálnu a psychickú pohodu občana ako prijímateľa zdravotnej starostlivosti.

Európske štatistiky o zdraví v rámci ESS vychádzajú z dvoch typov dátových zdrojov – z administratívnych údajov a údajov z výberových zisťovaní (Eurostat, 2015b). Administratívne zdroje údajov sú základom pre zber štatistických údajov, akými sú ľudské a technické zdroje a aktivity, výdavky na zdravotnú starostlivosť, príčiny smrti a pracovné úrazy. Zisťovania zamerané na zber údajov priamo v domácnostiach zahŕňajú premenné z Minimálneho európskeho zdravotného modulu, ktorý je implementovaný v každoročne realizovanom Zisťovaní o príjmoch a životných podmienkach (EU SILC) a v Európskom zisťovaní o zdraví formou rozhovoru (EHIS), ktorý sa realizuje v 5-ročnom časovom intervale. EHIS okrem ukazovateľov zdravotného stavu pokrýva aj oblasť zdravotnej starostlivosti a zdravotné determinanty.

V oblasti politiky verejného zdravia viedla potreba mať k dispozícii spoľahlivé údaje za zdravotné štatistiky v pravidelnom časovom intervale a za všetky členské štáty, k prijatiu NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (ES) č. 1338/2008 o štatistikách Spoločenstva v oblasti verejného zdravia a bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (Eurostat, 2015a). V rámci neho je vymedzených päť domén zdravia. Prvá z nich, pojednávajúca o zdravotnom stave a determinantoch zdravia, sa priamo týka Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS). Stanovuje povinnosť pre všetky členské štáty zbierať individuálne údaje o zdraví prostredníctvom zisťovania EHIS v pravidelnom časovom odstupe každých päť rokov.

Štatistické indikátory o zdraví, založené na spoľahlivých a porovnateľných údajoch európskych zdravotných štatistik, majú v súčasnosti veľký význam. Sú potrebné na plnenie politických potrieb a požiadaviek obsiahnutých v konkrétnych európskych stratégiách. Sú nevyhnutné pre prijímanie politických rozhodnutí, ako aj pri hodnotení funkčnosti zdravotných systémov. Spoločné EÚ indikátory zdravia, založené na jednotne odsúhlasených pravidlách pre celú EÚ, sa využívajú v mnohých

klúčových politických opatreniach a iniciatívach: Európa 2020, Spolu k zdraviu, Stratégia spoločnosti o zdraví a bezpečnosti pri práci, Stratégia trvalo udržateľného rozvoja, Európske klúčové ukazovatele o zdraví (ECHI), ukazovatele zdravotnej a dlhodobej starostlivosti v rámci Otvorenej metódy koordinácie (OMC) a ukazovatele Generálneho riaditeľstva pre zdravie a spotrebiteľov (DG SANCO) a Generálneho riaditeľstva pre zamestnanosť (DG EMPL).

2. Zdravotný stav obyvateľstva

2.1 Minimálny európsky modul o zdraví

Minimálny európsky zdravotný modul (MEHM)¹, ktorý bol navrhnutý v rámci projektu Euro-REVES 2 za účelom monitorovania zdravotného stavu v Európe, bol prvýkrát prezentovaný na stretnutí projektovej skupiny European Disability Measurement project v júni 2002 v Luxemburgu. Prvýkrát bol aplikovaný v roku 2002 v rámci prieskumu Eurobarometer 58.2. Európsky štatistický úrad (Eurostat) prijal Minimálny európsky zdravotný modul ako veľmi dôležitú súčasť Systému európskych zisťovaní o zdraví (EHSS).² EHSS tvorí komplexnú sústavu zisťovaní, ktoré sú implementované flexibilným a štandardným spôsobom. Medzi jeho hlavné zložky patria zisťovanie o zdraví (EHIS) a MEHM implementovaný v rámci zisťovania o príjmoch a životných podmienkach domácností (EU SILC).

MEHM pozostáva z troch ukazovateľov zdravia. Prvý je zameraný na sebahodnotenie zdravia vo všeobecnosti prostredníctvom štandardizovanej otázky, ktorá vychádza z odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) z roku 1988. Druhý indikátor sa sústreďuje na hodnotenie výskytu pretrvávajúcich zdravotných problémov prostredníctvom všeobecnej otázky o chronických ochoreniach alebo zdravotných problémoch, ktorú vytvoril ISTAT (Taliansky národný štatistický úrad) pre EUROHIS, projekt zameraný na „Vývoj spoločných nástrojov pre zdravotné štatistiky“. Posledný z indikátorov je Global Activity Limitation Indicator (GALI), ktorým sa hodnotí výskyt dlhodobého pretrvávajúcich obmedzení v bežných činnostiach zo zdravotných dôvodov prostredníctvom otázky, ktorú vypracoval Euro-REVES projekt (EHEMU, 2010). Modul MEHM sa v súčasnosti využíva v rámci dvoch zisťovaní EU SILC a EHIS.

V podkapitole sa zameriavame na zhodnotenie výsledkov troch vyššie uvádzaných ukazovateľov zdravotného stavu zo zisťovania EHIS 2014 v členení podľa pohlavia a vekových skupín.

Prvým zo sledovaných ukazovateľov Minimálneho európskeho zdravotného modulu je **subjektívne hodnotenie zdravia vo všeobecnosti** (Tab. 2.1.1). Podľa výsledkov EHIS 2014 vnímala svoje zdravie ako veľmi dobré takmer štvrtina Slovákov, za dobré ho považovalo 41,7 % obyvateľstva. Ak spojíme obe uvedené kategórie (veľmi dobré a dobré) do jednej, môžeme konštatovať, že celkovo hodnotilo obyvateľstvo Slovenska svoje zdravie skôr pozitívnejšie (65,7 %). Svoje zdravie považovalo za zlé alebo veľmi zlé celkovo 12,0 % populácie. V členení podľa pohlavia si môžeme všimnúť, že zdravotný stav vnímali pozitívnejšie skôr muži ako ženy. Celkovo až 70,1 % považovalo v sledovanom období

¹ Minimum European Health Module.

² EHSS bol odsúhlasený na stretnutí riaditeľov Sociálnych štatistik (DSS) v roku 2002 a podporený DG SANCO expertnou skupinou o zdravotných informáciách (EGHI) ako rámec pre pravidelný zber harmonizovaných údajov, ktoré umožňujú medzinárodné porovnávanie údajov prostredníctvom zisťovaní a modulov v zisťovaniach o zdraví.

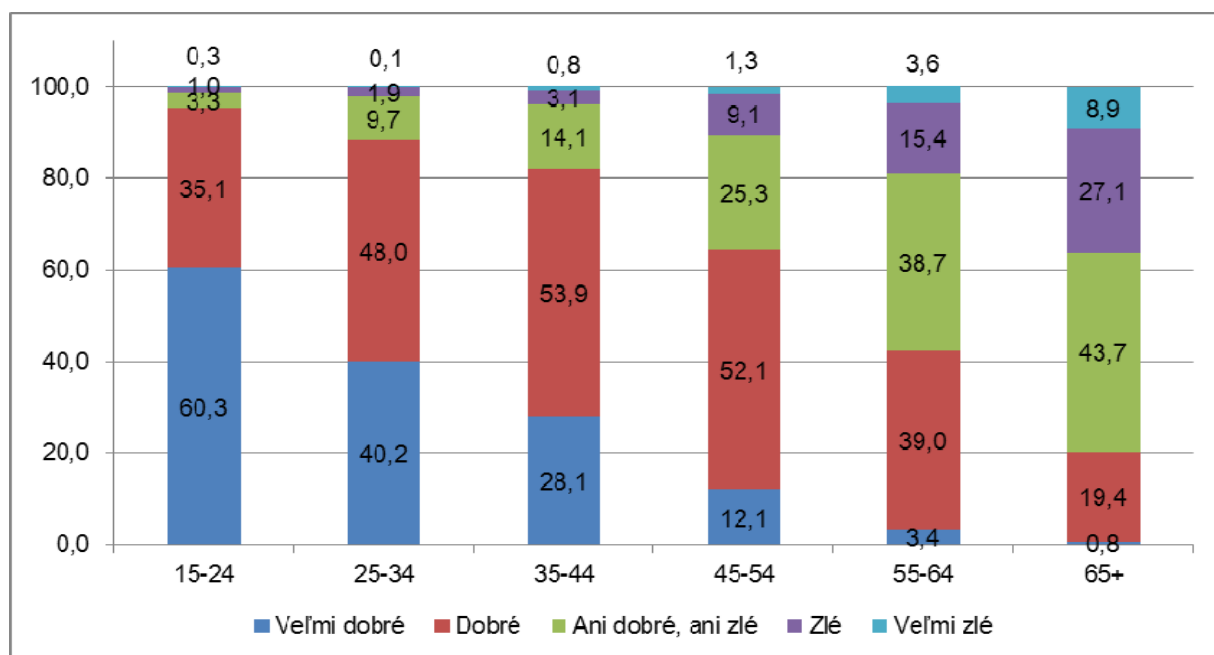
svoje zdravie za veľmi dobré alebo dobré, kým u žien to bolo len v 61,6 % prípadov. Graf 2.1.1 znázorňuje celkové zhodnotenie zdravia obyvateľov SR vo vybraných vekových skupinách. Poskytuje nám pohľad na väzbu medzi celkovým vnímaním zdravia a vekom. S pribúdajúcim vekom sa postupne zhoršoval zdravotný stav obyvateľov SR. Vo vyšších vekových skupinách postupne klesal podiel obyvateľstva, ktoré vnímalo svoje zdravie ako veľmi dobré alebo dobré. Najnižší podiel sa týkal najstaršej vekovej kategórie 65 ročných a starších (0,8 % v prípade veľmi dobrého zdravia a 19,4 % v prípade dobrého zdravia). Naopak zdravotne najlepšie sa cítili osoby vo veku 15 – 24 rokov. Až 60,3 % osôb tejto vekovej kategórie si uviedlo, že ich zdravotný stav bol veľmi dobrý.

Tab. 2.1.1 Celkové zhodnotenie zdravia obyvateľov SR podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Veľmi dobré	24,0	27,8	20,4	60,3	40,2	28,1	12,1	3,4	0,8
Dobré	41,7	42,3	41,2	35,1	48,0	53,9	52,1	39,0	19,4
Ani dobré, ani zlé	22,4	19,4	25,1	3,3	9,7	14,1	25,3	38,7	43,7
Zlé	9,5	8,6	10,3	1,0	1,9	3,1	9,1	15,4	27,1
Veľmi zlé	2,5	1,9	3,0	0,3	0,1	0,8	1,3	3,6	8,9

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 2.1.1 Celkové zhodnotenie zdravia obyvateľov SR podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Druhým menovaným ukazovateľom, ktorý je súčasťou Minimálneho európskeho zdravotného modulu, sa sledoval výskyt chronických (dlhodobých) ochorení alebo dlhotrvajúcich zdravotných problémov. Osoby s dlhotrvajúcim (chronickým) ochorením alebo zdravotným problémom, ktorý pretrváva alebo sa očakáva, že bude pretrvávajúť aspoň 6 mesiacov, predstavovali 53,7 % zo sledovanej populácie.

Znamená to, že každý druhý človek starší ako 15 rokov mal dlhotrvajúci zdravotný problém. V členení podľa pohlavia bola situácia v prípade tohto ukazovateľa opačná, ako tomu bolo pri hodnotení celkového zdravia. Chronické ochorenie alebo dlhotrvajúci zdravotný problém postihoval častejšie ženy (59,0 %). Aj v prípade tohto ukazovateľa sa prejavil vek ako faktor významne vplyvajúci na prítomnosť chronického ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému. So zvyšujúcim sa vekom narastal podiel osôb s takýmto problémom. Zatiaľ čo v najmladšej vekovej skupine trápilo dlhotrvajúce ochorenie alebo zdravotný problém štvrtinu osôb, v prípade 65 ročných a starších to bolo až 93 %.

Tab. 2.1.2 Dlhotrvaťúce (chronické) ochorenie alebo zdravotný problém obyvateľov SR podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Áno	53,7	48,1	59,0	25,1	31,7	37,2	59,4	78,2	93,0
Nie	46,3	51,9	41,0	74,9	68,3	62,8	40,6	21,8	7,0

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Poslednou analyzovanou premennou MEHM modulu je *obmedzenie pri vykonávaní bežných denných činností z dôvodu zdravotného problému*. Podľa metodiky Eurostatu predstavuje kľúčovú premennú na identifikáciu osôb so zdravotným postihnutím v zisťovaniach EHIS a EU SILC. Za osoby so zdravotným postihnutím sa považujú všetky osoby, ktoré si uviedli, že boli v sledovanom období veľmi alebo aspoň čiastočne obmedzované pri vykonávaní bežných denných činností z dôvodu zdravotného problému.

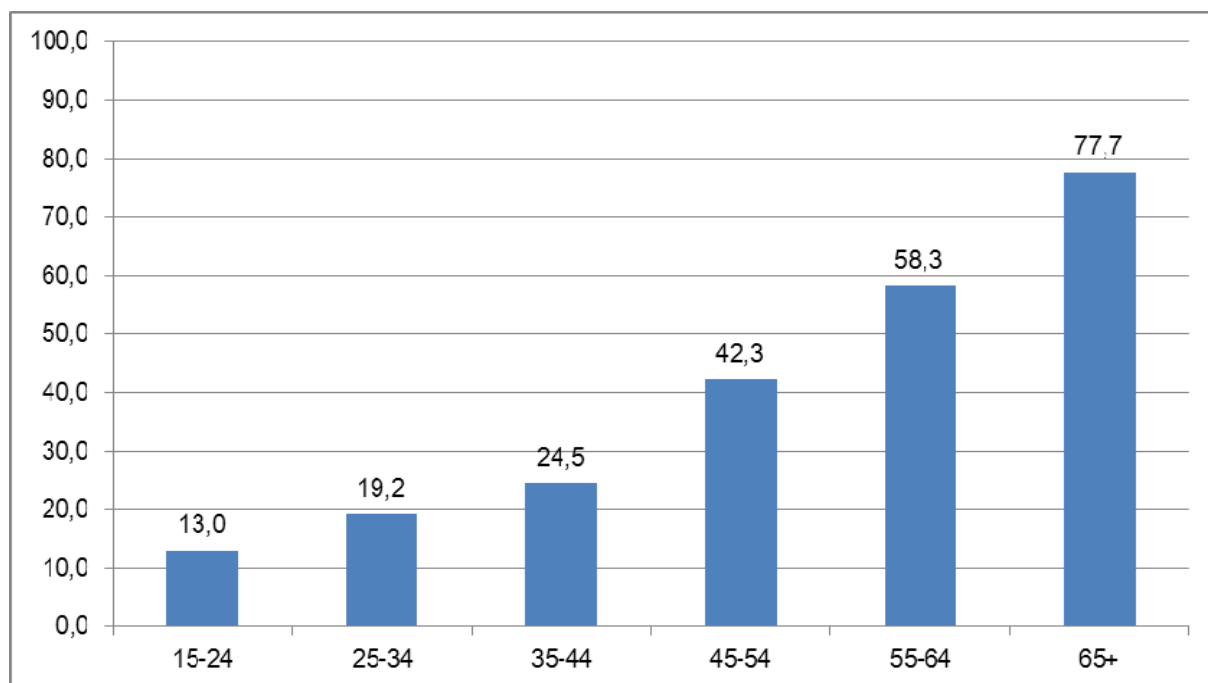
Ako je možné vidieť v tabuľke 2.1.3, v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov bolo v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému veľmi obmedzovaných 11,3 % sledovanej populácie. Osoby obmedzované, ale nie veľmi, predstavovali 27,6 %. Ak vezmeme do úvahy obe tieto kategórie odpovedí, zistíme, že na základe zisťovania EHIS 2014 môžeme až 38,9 % osôb označiť za osoby so zdravotným postihnutím. Z pohľadu pohlavia boli kvôli zdravotnému problému častejšie obmedzované ženy ako muži. Podiel žien so zdravotným postihnutím predstavoval 42,6 %, kým u mužov to bolo viac ako tretina (34,9 %). Aj v prípade tohto ukazovateľa sa výrazne prejavila väzba medzi vekom a obmedzením v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému. Kým v najmladšej vekovej kategórii bol podiel osôb, ktorých zdravotný problém veľmi obmedzoval, najnižší (2,7 %), v prípade 65 ročných a starších osôb to bolo už takmer 28 %. V ponímaní zdravotného postihnutia predstavoval vo vekovej kategórii 15 – 24 rokov podiel osôb so zdravotným postihnutím rovných 13 %, v prípade osôb 65 ročných a starších sa nachádzal na úrovni 77,7 % (Graf 2.1.3).

Tab. 2.1.3 Obmedzenie v bežných činnostiach kvôli zdravotnému problému v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov u obyvateľov SR podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Veľmi obmedzovaný	11,3	10,1	12,4	2,7	4,3	5,9	11,1	16,6	27,7
Obmedzovaný, ale nie veľmi	27,6	24,8	30,2	10,3	14,9	18,6	31,2	41,7	50,0
Vôbec neobmedzovaný	61,1	65,1	57,5	86,9	80,8	75,5	57,7	41,7	22,3

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 2.1.3 Podiel osôb so zdravotným postihnutím podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Vyššie analyzované ukazovatele Minimálneho európskeho zdravotného modulu sú dôležité nielen pri sledovaní zdravotného stavu obyvateľstva v podmienkach SR a v európskom meradle, ale majú veľký význam aj pri tvorbe zdravotných politík. V súčasnosti sú súčasťou dvoch výberových zisťovaní - EHIS a EU SILC, do budúcnosti sa však zvažuje začlenenie ukazovateľov o subjektívnom hodnotení zdravia a obmedzení v bežných aktivitách kvôli zdravotnému problému aj do ďalších sociálnych zisťovaní.

2.2 Ochorenia a chronické zdravotné problémy

V súčasnosti sú chronické choroby v Európe na vzostupe a to z niekoľkých dôvodov, medzi nimi aj vďaka starnutiu populácie a rizikovým faktorom spojených so životným štýlom. Predstavujú hlavný podiel z celkovej záťaže chorobami v rámci Európy a sú zodpovedné za 86 % úmrtí (European Commission, 2014). Chronické choroby sú dlhodobým zásahom do života pacienta. Ich vzniku a rozvoju je niekedy veľmi ťažké predchádzať, pretože vznikajú kombináciou ovplyvniteľných (4 hlavné rizikové faktory: zlé stravovacie návyky, fyzická neaktívna, konzumácia alkoholu, fajčenie) aj neovplyvniteľných rizikových faktorov (vek, pohlavie, genetická predispozícia) (World Economic FORUM, 2011).

Chronické ochorenia predstavujú v súčasnosti jeden z prioritných záujmov sledovania v oblasti verejného zdravia. V skutočnosti sú jednou z hlavných príčin využívania zdravotnej starostlivosti a ich liečba je mnohokrát finančne náročná. Merania morbidita v dôsledku chronických chorôb majú v štatistickej doméne „zdravotný stav“ významné postavenie nielen pre ich celkové zhodnotenie, ale aj štúdiom systémov zdravotnej starostlivosti pre účely formulovania politických opatrení a posúdenie a určenie nevyhnutných potrieb v oblasti zdravotnej starostlivosti (Eurostat, 2013).

Pomoc ľuďom trpiacim chronickými ochoreniami viesť aktívny a produktívny život má podstatný sociálny aj ekonomický význam. Úlohou Európy v rámci programov a stratégií zameraných na zdravie je podporovať využitie najlepších skúseností v otázkach prevencie a starostlivosti a súčasne podporovať, aby starnutie obyvateľstva bolo v dobrom zdravotnom stave a aktívnym spôsobom života (European Commission, 2014). Prvý summit ku chronickým ochoreniam sa konal v roku 2014 s cieľom posunúť chronické ochorenia do významnejšieho politického postavenia, využívať dostupné zdroje efektívnejším spôsobom, zabezpečiť väčšiu zainteresovanosť obyvateľstva, pacientov a zdravotných a sociálnych sektorov do politického rozvoja a implementácie, snažiť sa o dôkladnejšiu evidenciu a informovanosť o prevenciách, liečbe a demografických zmenách.

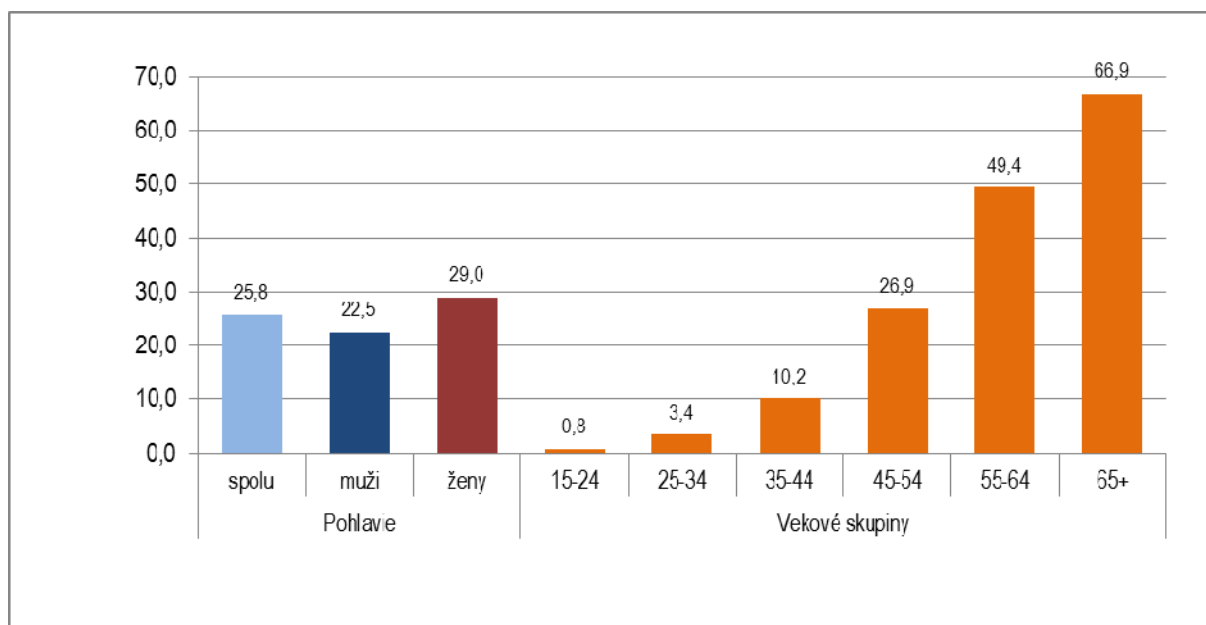
Dlhodobo majú z chorôb v rámci OECD krajín vedúce postavenie v príčinách smrti kardiovaskulárne choroby a to aj napriek ich významnému ústupu v posledných desaťročiach (OECD, 2015). Označujú sa ako choroby obehovej sústavy a z nich pre zdravotný stav človeka sú najnebezpečnejšie ischemické choroby srdca, cievne choroby mozgu, hypertenzné choroby a choroby periférnych ciev. Medzi najzávažnejšie rizikové faktory spôsobu života, ktoré dávajú vznik takmer 80% kardiovaskulárnych ochorení patrí fyzická neaktívna, užívanie tabaku a nezdravé zloženie stravy (World Economic Forum, 2011). Choroby obehovej sústavy majú vedúce postavenie aj v prípade Slovenska. Podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) boli v roku 2013 najčastejšou príčinou hospitalizácií práve choroby obehovej sústavy (15,8 %), po nich nasledovali choroby tráviacej sústavy (9,6 %) a nádory (9,2 %) (NCZI, 2015a). Choroby obehovej sústavy sú dlhodobo aj najčastejšou príčinou smrti v SR, hneď po nich nasleduje úmrtnosť na nádory (ŠÚ SR). Z diagnóz skupiny kardiovaskulárnych chorôb je veľmi nebezpečný vysoký krvný tlak (hypertenzia), nakoľko je zároveň silným rizikovým faktorom zodpovedajúcim za úmrtia v dôsledku cerebrovaskulárnej choroby mozgu. Hypertenzia je rizikovým faktorom aj pre akútne a chronické ischemické choroby srdca. Jej nebezpečenstvo spočíva v tom, že so zvyšujúcim sa tlakom krvi sa zároveň zvyšuje aj riziko úmrtnosti na choroby obehovej sústavy (Šulcová, M. a kol., 2012). Výsledky Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS), ktoré sa týkalo referenčného obdobia 2008 – 2009 taktiež ukázali, že problém s hypertenziou

nie je na Slovensku zanedbateľný. V sledovanom období malo problém s vysokým krvným tlakom až 29,7 % populácie SR. Zo všetkých 18 krajín, ktoré sa zapojili do zisťovania o zdraví, vykazovalo Slovensko druhú najhoršiu hodnotu. Najväčší výskyt problémov s hypertenziou bol zaznamenaný v prípade Maďarska.³

Z výsledkov zisťovania EHIS 2014 prezentujeme v analýze osem vybraných chronických ochorení a chronických zdravotných problémov, ktoré respondenti uviedli najčastejšie ako dlhodobý zdravotný problém, ktorým trpeli v období posledných 12 mesiacov. V prípade vysokého krvného tlaku a alergie bolo možné použiť podrobnejšiu vekovú štruktúru s 10-ročnými vekovými skupinami, nakoľko nám poskytujú reprezentatívne a spoľahlivé údaje. U ostatných chronických chorôb sme pre nízke početnosti výskytov v niektorých vekových skupinách za účelom zachovania reprezentatívnosti údajov pristúpili k použitiu troch vekových skupín: 15 – 44, 45 – 64 a 65+.

Z údajov vyplýva, že v sledovanom období bol zo všetkých uvádzaných ochorení najčastejším chronickým zdravotným problémom v populácii SR vysoký krvný tlak. Oproti predchádzajúcej vlne EHIS 2009 síce išlo o mierny pokles, hypertenziou však naďalej trpel každý štvrtý občan Slovenska (25,8 %), pričom častejšie postihovala ženy (29,0 %) ako mužov (22,5 %). Pri pohľade na vekové skupiny môžeme sledovať, ako vek významne vplýva na výskyt ochorenia. S rastúcim vekom narastá aj podiel obyvateľstva s uvedeným chronickým ochorením. Podľa údajov EHIS 2014 mali najmenšie problémy s hypertenziou osoby vo veku 15 – 24 rokov (0,8 %), naopak najčastejšie sa problémy s vysokým krvným tlakom týkali 65 ročných a starších osôb (66,9 %).

Graf 2.2.1 Výskyt vysokého krvného tlaku u obyvateľov SR v období posledných 12 mesiacov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

³ Eurostat, tabuľka: hlth_ehis_st1, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).

Za zmienku stoja aj ostatné v tabuľke 2.2.1 uvedené choroby obehovej sústavy (infarkt myokardu alebo jeho chronické následky, cievne ochorenie srdca vrátane angíny pectoris), resp. choroby, ktoré nie sú kardiovaskulárnymi chorobami, ale sú pre ich vznik silným rizikovým faktorom (t. j. cukrovka). Z pohľadu výsledkov zisťovania EHIS 2014 nešlo síce o chronické choroby alebo zdravotné problémy s najvyšším zastúpením u obyvateľstva SR, avšak vzhľadom na ich počet predstavujú spolu s vysokým krvným tlakom až polovicu zo všetkých najčastejšie uvádzaných ochorení analyzovaných v tejto podkapitole. Potvrzuje sa tým vyššie uvedené tvrdenie, že kardiovaskulárne choroby sú vo všeobecnosti často sa vyskytujúcim a závažným zdravotným problémom na Slovensku. Pri všetkých troch chorobách sa výrazne prejavuje vplyv veku na výskyt choroby. Najviac v prípade cievnych ochorení srdca (vrátane angíny pectoris), kde z hodnoty 6,5 % u osôb 45 – 64 ročných stúpla na hodnotu 22,5 % u osôb 65 ročných a starších.

Podľa výsledkov EHIS 2014 sa na popredných miestach objavili aj choroby pohybového aparátu (Tab. 2.2.1) – artróza, poruchy dolných častí chrbta alebo iná chronická porucha chrbta (chrbtice) a porucha funkcie krku (krčnej chrbtice/šije) alebo iná chronická porucha krku (krčnej chrbtice/šije). Poruchy chrbtice trápili 16,6 % obyvateľstva, poruchy krčnej chrbtice a šije 13,1 % a artrózou trpel takmer každý deviaty občan Slovenska (11,8 %). Poruchy dolnej časti chrbta (chrbtice) a krčnej chrbtice sú častokrát zapríčinené dlhodobým nevhodným zaťažovaním, nesprávnym držaním tela a jednostranným preťažovaním. Medzi rizikové faktory vzniku artrózy (degeneratívne nezápalové kĺbové ochorenie) patria najčastejšie genetická predispozícia, obezita a pohlavie, rovnako na vznik môžu významne vplyvať nepriaznivé podnety, ako sú preťažovanie, nerovnaká dĺžka nôh, úrazy, vírusové ochorenia ako aj nesprávna strava. Aj u týchto troch uvedených ochorení existuje vzťah medzi chorobou a vekom. S rastúcim vekom sa častejšie pridružujú zdravotné problémy a choroby pohybového aparátu. Podľa výsledkov zisťovania EHIS 2014 artróza a poruchy dolnej časti chrbta (chrbtice) sa týkali viac ako 1/3 populácie vo veku 65 rokov a viac.

Tab. 2.2.1 Výskyt najčastejších ochorení a chronických zdravotných problémov obyvateľov SR za obdobie posledných 12 mesiacov podľa pohlavia a vybraných vekových skupín (v %)

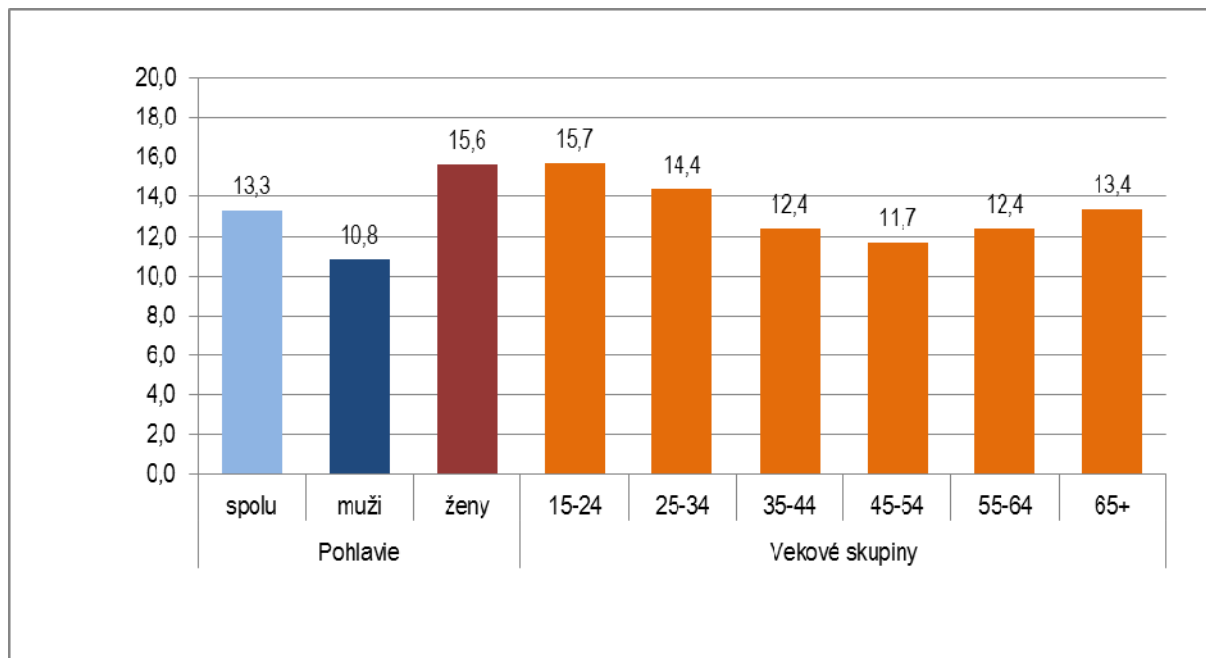
	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny		
		Muži	Ženy	15 - 44	45 - 64	65 +
Infarkt myokardu	2,5	2,8	2,1	0,1	2,6	9,4
Cievne ochorenie srdca	6,0	5,4	6,6	0,5	6,5	22,5
Artróza	11,8	8,1	15,3	1,7	14,6	38,2
Chronická porucha chrbtice	16,6	13,2	19,7	6,7	22,8	35,5
Chronická porucha krku	13,1	8,4	17,5	5,9	19,0	24,2
Cukrovka	6,9	6,4	7,3	1,4	7,5	22,9

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Odlíšne postavenie spomedzi všetkých najčastejšie uvedených chorôb majú v rámci zisťovania EHIS 2014 alergie. Metodicky sem boli zaradené alergická nádcha, senná nádcha, alergické kožné prejavy, alergie na potraviny a alergická astma. V sledovanom období trpelo alergiami rôzneho druhu 13,3 % obyvateľstva Slovenska. Alergia sa častejšie týkala žien a zo všetkých už spomínaných chronických

ochorenie je jediným, u ktorého sa nepreukázala spojitosť s vekom. Vo všetkých uvedených vekových skupinách ide viac-menej o rovnomerné rozloženie výskytu alergií, pričom hodnoty sa pohybujú od 11,7 % u osôb 45 – 54 ročných až do 15,7 % v najmladšej vekovej skupine (15 – 24 rokov). V prípade alergií ide o zvýšenú resp. prehnajú reakciu imunitného systému na určité alergény, s ktorými sa často stretávame v našom prostredí. To, že sa nepreukázal vplyv veku na výskyt choroby môže byť aj dôsledkom toho, že v zásade pre všetky formy alergií platí, že síce existuje určitá genetická predispozícia, alergikom sa však môže stať každý človek a to v priebehu celého svojho života. Možnými príčinami vzniku sú napr. stále sa zvyšujúce zaťaženie životného prostredia nečistotami, ako aj zmeny v spôsobe života a stravovacích návykoch (napr. zvýšená konzumácia určitých druhov jedla, liekov). Za jednu z najzávažnejších príčin výskytu alergií najmä u malých detí je možné považovať dodržiavanie prehnaných hygienických návykov.

Graf 2.2.2 Výskyt alergií u obyvateľov SR v období posledných 12 mesiacov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

2.3 Duševné zdravie

Duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou zdravia. O zdraví nie je možné vôbec hovoriť bez toho, aby sme brali do úvahy aj duševné zdravie. Dôležitý je totiž nielen fyzický stav človeka, ale i jeho psychická pohoda. Z pohľadu človeka predstavuje duševné zdravie nástroj, ktorý mu umožňuje realizovať svoj intelektuálny a emocionálny potenciál, ako aj nájsť a plniť si svoju úlohu v sociálnej a pracovnej oblasti života. Dobré duševné zdravie občanov znamená pre spoločnosť prosperitu, solidaritu a sociálnu spravodlivosť. Naopak naštrbené duševné zdravie zvyšuje náklady, prehľbuje straty a znamená záťaž tak pre občanov ako aj sociálny systém (European Commission, 2005). Tieto základné atribúty sú zahrnuté aj v popise duševného zdravia podľa WHO: je to stav duševnej pohody,

v ktorom jedinec využíva svoje schopnosti, vie sa vysporiadať so stresom, s ktorým sa bežne v živote stretáva, je schopný produktívne pracovať a je prospešným a prínosom pre svoju spoločnosť (WHO, 2014a).

Duševný stav človeka určuje celý rad faktorov. Mnohé z dôležitých determinantov sú štrukturálne, ako napríklad chudoba, rodová nerovnosť a diskriminácia vyplývajúca zo stigmatizácie a predsudkov, ktoré môžu viesť k sociálnemu vylúčeniu alebo prepusteniu zo zamestnania (EU Regional Conference Mental Health in All Policies, 2015).

Duševné problémy sú pre jedinca aj pre spoločnosť značnou záťažou a aj napriek tomu, že znamenajú rozsiahle dopady, v mnohých krajinách sa starostlivosti o duševnú stránku človeka nevenuje dostatočná pozornosť a nenaplnená potreba príslušnej liečby zostáva naďalej privysoká. OECD upozorňuje, že približne 5 % pracujúcej populácie sa potýka so závažným duševným zdravotným problémom. Údaje hovoria aj o tom, že každý druhý občan v rámci OECD populácie bude mať v určitej fáze svojho života skúsenosť s duševným ochorením, ktoré bude znamenať dopad na zníženie šance zamestnať sa, zníženie produktivity aj platu (OECD, 2014). Preto by sa starostlivosť o duševné zdravie mala stať jednou z politických priorít, aby sa mohla zaslúžiť o zlepšenie života ľudí a stať sa významným sociálnym a ekonomickým prínosom.

Výskyt duševných ochorení nie je v prípade Slovenska zanedbateľný. Prehľad o situácii na Slovensku ohľadom populácie, ktorá trpí duševnými ochoreniami a psychickými poruchami, poskytuje Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). Zameriava sa na zber informácií o činnosti psychiatrických ambulancií, ako aj na štatistické údaje o pacientoch v ústavnej psychiatrickej starostlivosti (NCZI, 2015b). Podľa najnovších údajov NCZI bolo v roku 2014 v psychiatrických ambulanciách vyšetrených 382 655 osôb, pričom prevažovali ženy (57,2%). V porovnaní s predchádzajúcim rokom ide o 2,5 % nárast. Medziročne sa zvýšil počet prípadov, u ktorých išlo o psychickú poruchu diagnostikovanú prvýkrát v živote (nárast o 8,9 % oproti roku 2013). Najčastejšou príčinou ambulantnej liečby boli afektívne poruchy (26 % z počtu všetkých duševných ochorení zistených u vyšetrených osôb), neurotické, stresom podmienené a somatiformné poruchy (21,4 %) a organické duševné choroby vrátane symptomatických (16,6 %), týkajúce sa prevažne osôb vo vyššom veku. Z pohľadu ústavnej psychiatrickej starostlivosti bolo pre duševné poruchy a poruchy správania uskutočnených 44 010 hospitalizácií, čo predstavovalo 81,2 na 10 000 obyvateľov. Najčastejšou príčinou hospitalizácie boli porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu (26 % z celkového počtu hospitalizácií). Druhou najčastejšou príčinou psychiatrickej liečby bola schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi, ktorá predstavovala 20 % zo všetkých hospitalizácií.

V zisťovaní EHIS 2014 sa sledovali viaceré duševné problémy obyvateľstva, ako napr. pocit skleslosti, depresie a beznádeje, pocit únavy a nedostatku energie, zlý pocit zo seba a z vlastného zlyhania, prílišný nepokoj alebo nervozita a pod. V analýze sme sa zamerali len na tri ukazovatele duševného zdravia, ktoré boli zo všetkých sledovaných uvádzané respondentmi najčastejšie (Tab. 2.3.1). Cieľom otázky o psychických problémoch bolo zistiť, aké psychické rozpoloženie alebo nepohodu pociťoval respondent v referenčnom období posledných 2 týždňov, konkrétne frekvenciu ich pociťovania.

Podľa výsledkov EHIS 2014 sa každodenné pociťovanie duševných problémov ukázalo byť zriedkavým javom u obyvateľstva Slovenska. Celkovo každý deň trpelo veľmi nízkym záujmom a apatiou ku

činnosti, ktoré respondent bežne vykonáva len 1,1 % ľudí. Rovnaký podiel populácie (2,6 %) trápili problémy so zaspávaním alebo poruchami spánku a prejavy celkovej únavy a straty energie. Ak však vezmeme do úvahy celú škálu frekvencie pociťovania duševných problémov (odpovede: takmer každý deň + viac ako polovicu dní + niekoľko dní počas referenčného obdobia 2 týždňov), dostávame celkom iný pohľad na situáciu (Graf 2.3.1). Výskyt určitých duševných problémov v období posledných 2 týždňov v takomto prípade priznalo celkovo až 43,2 % osôb v súvislosti s celkovou únavou alebo nedostatkom energie, 30,3 % s ťažkosťami so zaspávaním a nepokojným spánkom a 17,0 % osôb v súvislosti s nízkym záujmom a malým potešením z vykonávania každodenných aktivít. Z oboch pohlaví sú na tom podľa tohto princípu vo všetkých prípadoch horšie ženy. 48,6 % žien pociťovalo únavu a stratu energie, viac ako tretina žien uviedla ťažkosti so zaspávaním a kvalitou spánku a 18,8 % žien v referenčnom období zápasilo s apatiou a nízkym záujmom o bežne vykonávané aktivity.

Frekvencia pociťovania uvedených duševných problémov sa prejavila výraznejšie pri členení na vekové skupiny (Graf 2.3.2). Problémami so spánkom a únavou či nedostatkom energie najčastejšie trpeli osoby 65 ročné a staršie. Podľa údajov EHIS 2014 malo celkovo v sledovanom referenčnom období ťažkosti so zaspávaním a prerušovaným spánkom 59,4 % osôb tejto vekovej kategórie a pociťovalo únavu a nedostatok energie 61,5 % osôb. Pritom tieto problémy nie sú pre osoby spomínanej vekovej kategórie prehliadnuteľné, ani keď sa na ne pozrieme ako na problém, s ktorým sa stretávajú každodenne. Takmer každý deň zápasilo s poruchami spánku 7,2 % osôb vo veku 65 rokov a viac a s celkovou únavou a stratou energie 5,8 % osôb tejto vekovej kategórie.

Pociťovanie psychickej nepohody nie je ničím neobvyklým aj u osôb mladšieho veku. Prispieva k tomu veľkou mierou dnešný uponáhľaný životný štýl a rýchle pracovné nasadenie. Problém nastáva, ak je človek takýmto vplyvom vystavovaný často a dlhodobejšie. Dostávajú sa u neho prvé prejavy únavy, postupné nahľadávanie rovnováhy vedúce k stavom podráždenosti, pocitom apatie, k depresiám a v konečnom dôsledku až k možnému vzniku vážnych psychických chorôb. Podľa údajov EHIS 2014 osoby vo veku 15 – 44 rokov najčastejšie bojovali s únavou a nedostatkom energie. Celkovo ho v referenčnom období pociťovala 1/3 osôb tejto vekovej skupiny (kategórie niekoľko dní + viac ako polovica dní + takmer každý deň). Naopak osoby v tomto veku najmenej čelili nízkemu záujmu a nedostatočnému potešeniu z bežne vykonávaných aktivít. Problém si celkovo uviedlo 12,4 % osôb tejto vekovej kategórie.

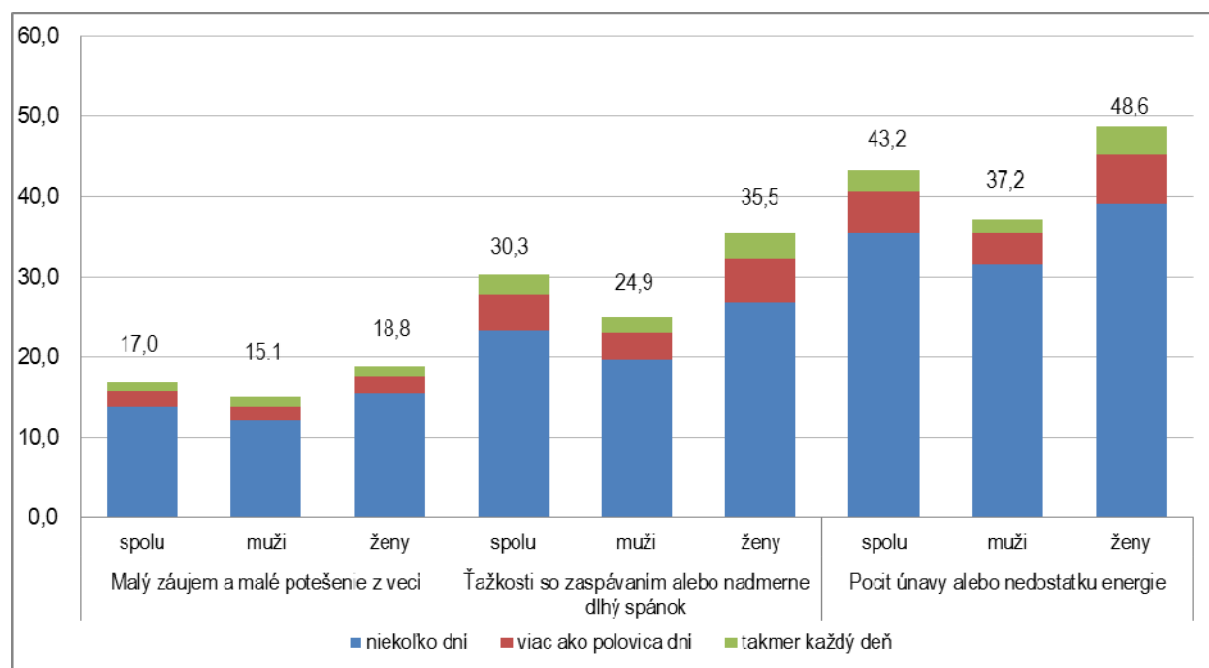
Je na každom človeku, aby sa snažil nájsť v živote rovnováhu a tak si udržiaval psychickú pohodu a duševné zdravie v dobrom stave. Duševne zdravý a vyrovnaný človek je totiž odolnejší aj voči telesným chorobám.

Tab. 2.3.1 Najčastejšie duševné problémy u obyvateľov SR v období posledných 2 týždňov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Malý záujem a malé potešenie z vecí, ktoré robíte				Ťažkosti so zaspávaním, prerušovaný alebo nadmerne dlhý spánok				Pocit únavy alebo nedostatku energie			
	vôbec nie	niekoľko dní	viac ako polovica dní	takmer každý deň	vôbec nie	niekoľko dní	viac ako polovica dní	takmer každý deň	vôbec nie	niekoľko dní	viac ako polovica dní	takmer každý deň
Spolu	83,0	13,9	2,0	1,1	69,6	23,3	4,4	2,6	56,8	35,5	5,1	2,6
muži	85,0	12,2	1,7	1,2	75,0	19,6	3,4	1,9	62,7	31,5	4,0	1,7
ženy	81,2	15,5	2,2	1,1	64,6	26,8	5,4	3,3	51,3	39,1	6,1	3,4
Vekové skupiny												
15-44	87,7	10,2	1,3	0,9	83,7	13,7	1,7	0,9	67,0	28,7	2,8	1,5
45-64	82,9	14,4	1,6	1,1	61,8	30,0	5,2	3,1	49,9	41,6	5,9	2,6
65+	73,7	20,2	4,1	2,0	40,6	40,7	11,5	7,2	38,4	45,0	10,7	5,8

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

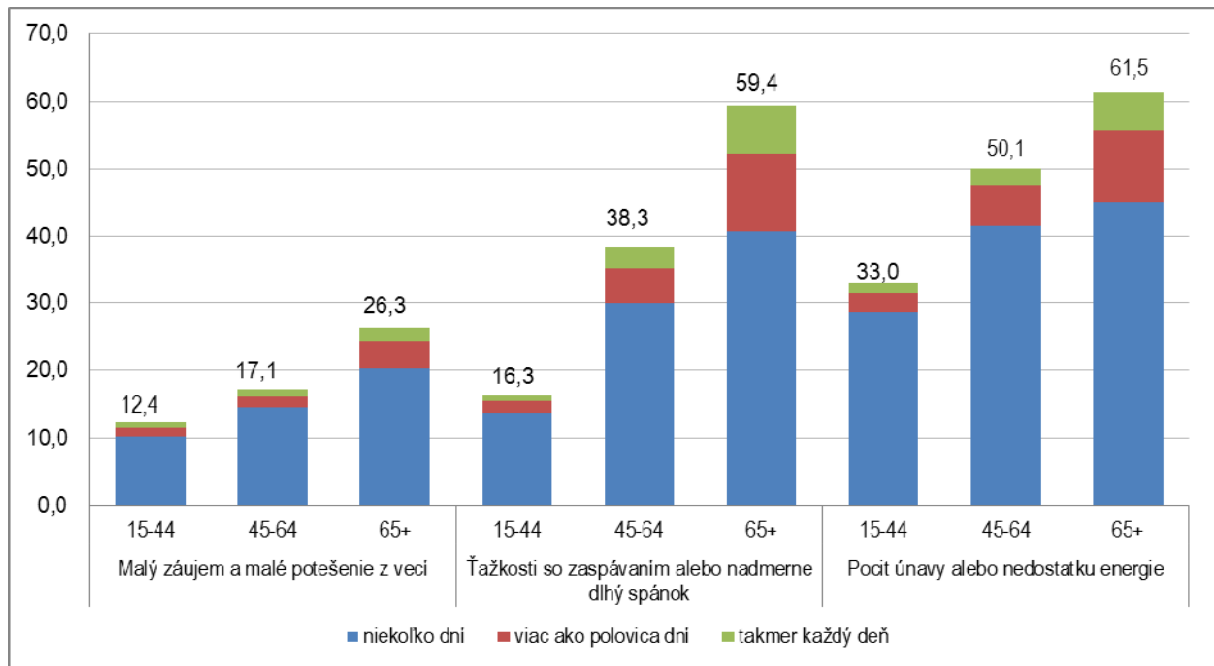
Graf 2.3.1 Frekvencia pociťovania duševných problémov u obyvateľov SR počas posledných 2 týždňov podľa pohlavia (v %)



Poznámka: hodnoty v grafe (uvádzané v %) pri každom ukazovateli spolu a v členení podľa pohlavia predstavujú súčet všetkých 3 frekvencií pociťovania duševných problémov.

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 2.3.2 Frekvencia pociťovania duševných problémov u obyvateľov SR počas posledných 2 týždňov podľa vekových skupín (v %)



Poznámka: hodnoty v grafe (uvádzané v %) pri každom ukazovateli v členení podľa vekových skupín predstavujú súčet všetkých 3 frekvencií pociťovania duševných problémov.

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

3. Využívanie zdravotnej starostlivosti

3.1 Užívanie liekov

Liečivá zastávajú významnú rolu v zdravotnom systéme krajín. OECD vo svojej nedávno vydanéj publikácii uvádza, že po ústavnej a ambulantnej starostlivosti reprezentovali lieky v roku 2013 tretiu najväčšiu výdavkovú položku z výdavkov na zdravotnú starostlivosť v rámci OECD krajín⁴. V mnohých kategóriách farmaceutík bol zaznamenaný rastúci trend v spotrebovaných množstvách, ktorý bol do istej miery spôsobený zvýšeným dopytom po liekoch určených na liečbu chronických ochorení a ochorení spojených s vyšším vekom, ako aj dôsledkom zmien v klinickej praxi (OECD, 2015).

Prehľad o spotrebe liekov na Slovensku poskytuje Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). Získava ho na základe štvrtročných výkazov o predpísaných a vydaných humánných liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách, ktoré sú určené zdravotným poisťovniam, lekárňam a výdajniam zdravotných pomôcok. Podľa údajov NCZI bolo v roku 2014 na Slovensku vydaných až 83,7 mil. balení liekov na lekárske predpis, t.j. ide o lieky, ktoré sú uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia (NCZI, 2015c). V zmysle klasifikácie ATC⁵ skupiny sa najvyššia spotreba zo všetkých predpísaných liekov týkala liekov určených na liečbu kardiovaskulárnych ochorení (28,8 mil. balení), nervových ochorení (14,3 mil.) a ochorení tráviaceho traktu a metabolizmu (8,7 mil.). Najpredávanejším liekom na lekárske predpis bol liek Novalgín 500 mg tbl, ktorého spotreba v roku 2014 predstavovala 1,3 mil. balení.

Slováci prejavujú čoraz väčší záujem o voľnopredajné lieky. Síce v porovnaní s predchádzajúcim rokom spotreba voľnopredajných liekov (t. j. bez lekárskeho predpisu) mierne klesla (o 5,9 %), lekárne záujem občanov o lieky bez lekárskeho predpisu registrujú a prispôbujú tomu aj ponúkaný sortiment. Za nákup voľnopredajných liekov, ktorých sa v roku 2014 spotrebovalo 35,6 mil. balení, občania Slovenska celkovo zaplatili až 147 mil. €. Z nich najpreferovanejšími boli lieky zo skupiny analgetík (6,7 mil. balení lieku), antireumatík a antiflogistík (3,9 mil.) a expektorancií, mukolytík a antitusík (3,3 mil. balení). Najviac kupovaným voľnopredajným liekom bol za rok 2014 Paralen 500 tbl, ktorého slovenské obyvateľstvo spotrebovalo 1,5 mil. balení.

Zisťovanie EHIS 2014 bolo zamerané na získanie informácie o užívaní liekov, ktoré respondentovi predpísal lekár alebo ich užíval bez lekárskeho predpisu, v období posledných 2 týždňov. Predmetom zisťovania boli všetky druhy liekov vrátane liekov na bylinnej báze, homeopatické lieky, výživové doplnky a vitamíny. Z antikoncepčných tabliet a hormónov sa brali do úvahy len tie, ktoré sa užívali za iným účelom ako antikoncepcie.

Údaje v tabuľke 3.1.1 ukazujú, že lieky akéhokoľvek druhu, či na lekárske predpis alebo bez neho, boli obyvateľmi Slovenska užívané takmer v rovnakom zastúpení (lieky na lekárske predpis 45,0 % a lieky bez lekárskeho predpisu 44,3 % obyvateľstva SR). Vo všeobecnosti lieky predpísané lekárom alebo bez lekárskeho predpisu užívali častejšie ženy ako muži. Ak zohľadníme aj vekové skupiny, môžeme si všimnúť, ako sa rozdiely medzi pohlaviami výrazne prehlbujú. Viditeľnejšie sa to prejavuje v prípade

⁴ Nebrali sa do úvahy výdavky na lieky v rámci nemocníc.

⁵ ATC skupina lieku – zatriedenie liečiva obsiahnutého v lieku podľa anatomicko-terapeuticko-chemickej klasifikácie určenej Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO).

voľnopredajných liekov. Zatiaľ čo v prípade liekov na lekárske predpis vo všetkých vekových skupinách platilo, že len približne o 8 percentuálnych bodov viac žien ako mužov užívalo tieto lieky, v prípade voľnopredajných liekov bol rozdiel medzi mužmi a ženami v ich užívaní podstatne vyšší, najviac vo vekovej skupine 45 – 64 rokov. V tejto vekovej skupine až o 20,1 percentuálnych bodov viac žien ako mužov užívalo lieky bez lekárskeho predpisu.

Z pohľadu vekových skupín si tiež môžeme všimnúť, že vo všeobecnosti s rastúcim vekom rástol aj podiel osôb užívajúcich lieky akéhokoľvek druhu. Platí to pre obe skupiny liekov, výraznejšie sa to však prejavuje v prípade liekov na lekárske predpis. Zaujímavé je tiež, že užívanie liekov, vitamínov a výživových doplnkov z lekárni ako voľne dostupných, prevažovalo nad užívaním liekov na základe lekárskeho predpisu len v jednej vekovej skupine: 15 – 44 ročných osôb (38,6 % verus 22,4 %). Vysvetlení môže byť niekoľko. Jedným z predpokladov je, že náchylnosť na vážnejšie choroby, vyžadujúce cieleňú medikamentóznú liečbu zo strany lekára, narastá so zvyšujúcim sa vekom a preto je aj potreba užívania liekov na lekárske predpis vyššia u starších osôb. Na druhej strane voľnopredajné lieky (bez lekárskeho predpisu) častokrát predstavujú veľmi rýchle a provizórne riešenie akútnych zdravotných problémov, po akom skôr siahajú mladšie vekové ročníky. Je to najmä z dôvodu pracovnej či osobnej zaneprázdnenosti alebo obavy z dlhej čakacej doby, ktorú môžu stráviť v čakárni lekára. Najhorším prípadom však je, ak nepovažujú zdravotný problém za toľko vážny, aby sa ním zaoberal lekár a jeho liečbu zoberú plne do svojej zodpovednosti.

Tab. 3.1.1 Užívanie liekov vrátane vitamínov a výživových doplnkov počas posledných 2 týždňov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny								
		Muži	Ženy	15 - 44			45 - 64			65 +		
				Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy
Lieky na lekárske predpis	45,0	38,5	51,0	22,4	18,0	27,0	59,2	55,1	63,1	88,4	83,4	91,5
Lieky bez lekárskeho predpisu	44,3	35,3	52,7	38,6	31,6	45,9	46,4	36,1	56,2	58,0	48,7	63,7

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

3.2 Preventívne služby

Prevenca je základom pre udržanie dobrého zdravotného stavu a posilnenie zdravia. Je nutné ju chápať ako aktivitu, ktorá vedie nielen k ochrane zdravia. Prevenca má mať aj výchovný charakter, má viesť k zdravému spôsobu života. Jej význam je nenahraditeľný. Tým, že umožňuje odhaliť choroby v počiatočnej fáze, pomáha predchádzať závažným zdravotným problémom a neskorším komplikáciám. Skoré odhalenie choroby vďaka prevencii dáva väčšie šance uspieť v liečbe a tak v neposlednom rade sa práve prevenca mnohokrát pričíní o záchranu či predĺženie života v zdraví.

Prevenčia odráža náš osobný záujem o zdravie a budúcnosť z pohľadu zdraviu. Ukazuje sa, že Slovensko má stále medzery vo vzdelávaní a prevencii, čo dokladajú zlé výsledky najmä v preventabilných diagnózach. Svoje zdravie ohrozuje rizikovým správaním (fajčenie, konzumácia alkoholu, nevhodná skladba stravy, nedostatok aktívneho pohybu) stále dosť veľké množstvo slovenskej populácie (Kovalčík, J., Tunega, M., 2015).

V analýze sme sa najskôr zamerali na zhodnotenie situácie štyroch významných ochorení a zdravotných problémov - chrípka, vysoký krvný tlak, zvýšená hladina cukru v krvi a zvýšená hladina cholesterolu v krvi z pohľadu dostupných administratívnych údajov. Neskôr hodnotíme v súvislosti s vyššie spomínanými ochoreniami využívanie preventívnych služieb obyvateľstvom Slovenska na základe výsledkov zisťovania EHIS 2014.

Chrípka predstavuje akútne vírusové ochorenie, ktoré každoročne postihuje 5 – 10 % dospelých a 20 – 30 % detí. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odhaduje, že celosvetovo dochádza k 3 až 5 miliónom prípadov s vážnym chrípkovým onemocnením a k 250 000 až 500 000 prípadov smrti v dôsledku chrípky (WHO, 2014b). Zaočkovanosť slovenského obyvateľstva proti chrípke v dlhodobejšom horizonte klesá. Podľa údajov Ústavu verejného zdravotníctva SR (ÚVZ SR) sa zaočkovanosť v chrípkovej sezóne 2013/2014 týkala 4,8 % populácie (259 192 osôb) (RÚVZ SR, 2015). Síce zaočkovanosť sa oproti predchádzajúcej sezóne mierne zvýšila o 0,2 %, od obdobia 2008/2009, kedy bola zaznamenaná najvyššia zaočkovanosť proti chrípke (12,8 %), je možné celkovo hovoriť o klesajúcom trende. Riziko vzniku závažných komplikácií v dôsledku chrípky sa týka najmä malých detí, seniorov a ľudí so závažnými chronickými ochoreniami. Odporúčaním Svetovej zdravotníckej organizácie je 75 % zaočkovanosť u osôb vo veku 65 rokov a viac. Podľa OECD predstavovala miera OECD priemernej vakcinácie proti chrípke u osôb 65 ročných a starších 48 % (OECD, 2015). Aj údaje ÚVZ SR dokladajú, že najvyššia zaočkovanosť na Slovensku sa týkala práve osôb patriacich do vyššej vekovej kategórie (59 roční a starší), konkrétne 15,6 % populácie tejto vekovej skupiny. U osôb vo veku do 15 rokov a 16 – 58 rokov bola zaočkovanosť proti chrípke v chrípkovej sezóne 2013/2014 veľmi nízka (1,3 % a 2% populácie z príslušnej vekovej skupiny).

Nebezpečenstvo vysokého **krvného tlaku** (hypertenzia) spočíva v tom, že nebýva sprevádzaný žiadnymi príznakmi a teda o jeho existencii mnohé osoby, ktoré ním trpia, ani len netušia. Vo väčšine prípadov nie je možné určiť príčinu vzniku, avšak sú faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť rozvinutia tohto ochorenia. Patria k nim: obezita, nadmerné solenie, konzumácia alkoholu, nedostatok fyzickej aktivity, stres a samozrejme aj neoplyvateľné rizikové faktory, akými sú vek a dedičnosť.

Aj Európske zisťovanie o zdraví, poukazuje na to, že problém s vysokým krvným tlakom sa týka dosť veľkej časti populácie (25,8 % v roku 2014, 29,7 % v roku 2009). V prvej vlne zisťovania, ktorá sa realizovala v rokoch 2008-2009 dokonca zo všetkých 18 krajín vykazovalo Slovensko druhú najhoršiu hodnotu.⁶ Problémy s vysokým krvným tlakom nie sú zanedbateľné ani v detskej populácii. Podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) bolo do pravidelného sledovania kardiológov v roku 2014 novoprijatých 86 743 pacientov, z toho detskí pacienti a mladistvé osoby do 24 rokov tvorili až 23 % (NCZI, 2015d). Z hľadiska diagnózy zistenej pacientovi prvýkrát v živote predstavovali práve hypertenzné choroby u detí a mladých ľudí do 24 rokov druhé najčastejšie ochorenie (13,5 na 10 000

⁶ Eurostat, tabuľka: hlth_ehis_st1, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).

obyvateľov) po poruchách srdcového rytmu (19,9 na 10 000 obyvateľov danej vekovej skupiny). Z diagnóz ochorení obehovej sústavy prevládali hypertenzné choroby u osôb vo veku 25 – 64 rokov (29,6 na 10 000 obyvateľov vo veku 25-44 rokov a 75,4 na 10 000 obyvateľov vo veku 45-64 rokov). Vysoký krvný tlak je možné považovať za tichého zabijáka, je preto v zájme ochrany vlastného zdravia venovať prevencii tohto ochorenia zvýšenú pozornosť.

Medzi závažné endokrinné, nutričné a metabolické choroby, u ktorých otázku prevencie netreba podceňovať, patria **cukrovka** (diabetes mellitus) a **zvýšená hladina cholesterolu v krvi** (hypercholesterolémia). Za najdôležitejšie príčiny vzniku oboch je možné považovať vonkajšie vplyvy (nevhodné zloženie stravy a nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita), ale významnú úlohu môže zohrávať aj genetika. Výnimku tvorí prípad cukrovky 1. typu, keďže ochorenie je podmienené autoimunitne a teda vznik a nástup tohto typu cukrovky nie je možné ovplyvniť⁷. Obe ochorenia sú spojené s rizikom vzniku závažných ochorení a komplikácií; v prípade hypercholesterolémie ide najmä o zvýšené riziko aterosklerózy a s ňou spojené komplikácie (infarkt srdcového svalu alebo mozgová mŕtvica). Diabetes mellitus je rizikovým faktorom pre kardiovaskulárne ochorenia, častokrát je tiež hlavnou príčinou slepoty, zlyhania obličiek, amputácie dolných končatín. Celosvetovo sa odhaduje, že viac ako 382 miliónov malo v roku 2014 diabetes mellitus a je predpoklad, že sa najmä v dôsledku nesprávnej životosprávy jeho výskyt v populácii bude zvyšovať (OECD, 2015). Aj podľa údajov NCZI sa počet novodiagnostikovaných prípadov s cukrovkou (diagnostikovaných v posledných 12 mesiacoch) zvyšuje (NCZI, 2015e). Ich počet za rok 2014 predstavoval 23 613 osôb, čo bol v porovnaní s rokom 2013 nárast o 1 056 osôb. Až 86 % nových prípadov tvorili pacienti s cukrovkou 2. typu, pričom ¾ boli pacienti vyššieho veku (50-roční a starší). V roku 2014 pribudlo 6 % nových prípadov (1 531 osôb) diabetes mellitus 1. typu, pričom najviac novodiagnostikovaných pacientov tohto typu diabetu bolo evidovaných vo vekových skupinách 20 – 39 rokov.

V prípade zvýšeného cholesterolu nie je na tom Slovensko o nič lepšie. Podľa údajov OECD sa užívanie liekov za účelom zníženia cholesterolu v krvi v rámci OECD krajín v období 2000 – 2013 viac ako strojnásobil. Spomedzi 27 krajín sa Slovensko spolu s dvoma ďalšími krajinami (UK a AU) v spotrebe týchto liekov nachádzalo na vrchole (OECD, 2015).

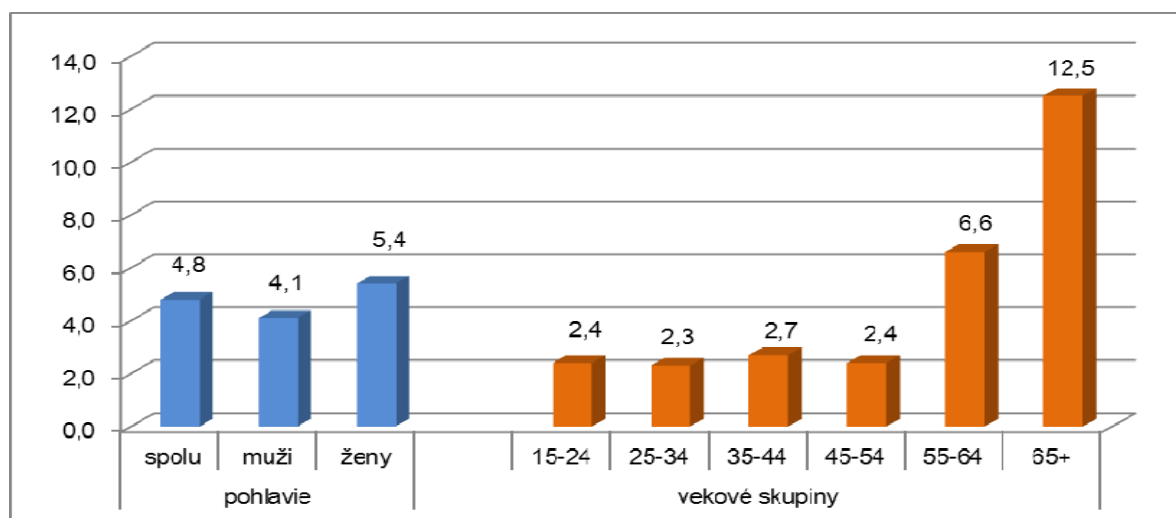
Využívanie preventívnych služieb sa v zisťovaní EHIS 2014 sledovalo z pohľadu ochorení a zdravotných problémov, ako sú chrípka, hypertenzia, zvýšená hladina cholesterolu a cukru v krvi. Podľa údajov EHIS 2014 využilo v roku 2013 celkovo očkovanie proti chrípke 4,8 % populácie Slovenska (rovnaký údaj za obyvateľstvo SR uvádza už vyššie spomenutý administratívny zdroj ÚVZ SR)⁸. Údaje ďalej vyjadrujú, že záujem o očkovanie v roku 2013 prejavili viac ženy (5,4 %) ako muži (4,1 %). V členení na vekové skupiny si môžeme všimnúť, že najvyšší podiel osôb, ktoré sa nechali v roku 2013 zaočkovať, sa týka vekovej skupiny 65 ročných a starších (12,5 %), ktoré sú z podľa WHO jednou

⁷ Rozlišuje sa diabetes 1. typu - telo neprodukuje vlastný inzulín, ochorenie je typické pre mladší vek (do 35 rokov) a diabetes 2. typu – telo produkuje inzulín, ale jeho účinok nie je dostačujúci, nakoľko ho organizmus nie je schopný úplne využiť (prejavuje sa najmä v dospelosti a vo vyššom veku).

⁸ Pozri odsek venovaný chrípke v podkapitole 3.2. Očkovanie proti chrípke bolo v EHIS 2014 zisťované v širšej škále odpovedí: za rok 2014, 2013, v roku 2012 a skôr a nikdy. Neuvádzame údaje za rok 2014 a to z dôvodu, že síce v dotazníku zisťovaný bol, ale vzhľadom na obdobie zberu údajov od respondentov (od 1.7 do 31.12. 2014) nemá úplne výpovednú hodnotu, pretože zber údajov bol realizovaný práve v čase obdobia najväčšej pravdepodobnosti vykonávania očkování a mnohé z nich sa mohli uskutočniť až po realizácii opytovania v domácnosti respondenta.

z najrizikovejších skupín v populácii z pohľadu chrípkových ochorení a s nimi spojených komplikácií. V ostatných vekových skupinách je zaočkovanosť proti chrípke veľmi nízka (okolo 2 %), výnimku tvoria osoby vo veku 55 – 64 rokov, u ktorých predstavoval podiel zaočkovaných osôb 6,6 %. Celkovo môžeme konštatovať, že na prevencii proti chrípke formou očkovania sa neprejavil vplyv veku. Podstata pravdepodobne spočíva v tom, že chrípka má na rozdiel od ostatných analyzovaných ochorení (viď Tab. 3.2.1) iný charakter – je to vírusové ochorenie, ktoré napáda človeka bez ohľadu na vek a pohlavie. Dôležitú úlohu tu zohráva kontakt s vysokou koncentráciou ľudí najmä v uzavretých priestranstvách a predovšetkým imunita, ktorá môže byť viac oslabená u detí, starších ľudí a osôb s výskytom závažných chronických ochorení.

Graf 3.2.1 Očkovanie proti chrípke v roku 2013 podľa pohlavia a vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Podľa údajov EHIS 2014 sa celkovo prevencie ochorení, ako sú vysoký krvný tlak, zvýšená hladina cholesterolu a hladiny cukru v krvi v období posledných 12 mesiacov, zúčastnila viac ako polovica populácie Slovenska (Tab.3.2.1). Vo všetkých prípadoch ochorení sa o prevenciu v posledných 12 mesiacoch viac zaujímali ženy ako muži.

Údaje ukazujú, že najlepšie na tom boli Slováci s využívaním preventívnych služieb v súvislosti s meraním krvného tlaku (62,6 % populácie). Ak sa pozrieme na časť populácie, ktorá sa preventívneho merania krvného tlaku nikdy nezúčastnila, môžeme konštatovať, že s otázkou prevencie voči tomuto ochoreniu nie je na tom obyvateľstvo Slovenska zle. Preventívne meranie krvného tlaku úplne ignorovalo 2,2 % populácie. S nevyužitím preventívnych služieb za účelom zisťovania hladiny cholesterolu a hladiny cukru v krvi sme boli na tom horšie. Preventívne meranie hladiny cholesterolu v krvi nikdy neabsolvoval približne každý dvanásť občan a meraniu hladiny cukru v krvi sa vo svojom živote úplne vyhol každý desiaty občan Slovenska.

Vek sa ukázal ako významný faktor, ktorý vplýval na využívanie preventívnych služieb v prípade všetkých troch zdravotných problémov (Graf 3.2.2). S rastúcim vekom sa vo všeobecnosti zvyšuje aj obava o svoj zdravotný stav, ako aj riziko výskytu týchto ochorení. Najvyššie podiely v prevencii

všetkých troch ochorení dosiahli osoby 65 ročné a staršie (viac ako ¾ populácie tejto vekovej skupiny, v prípade krvného tlaku takmer 90 %).

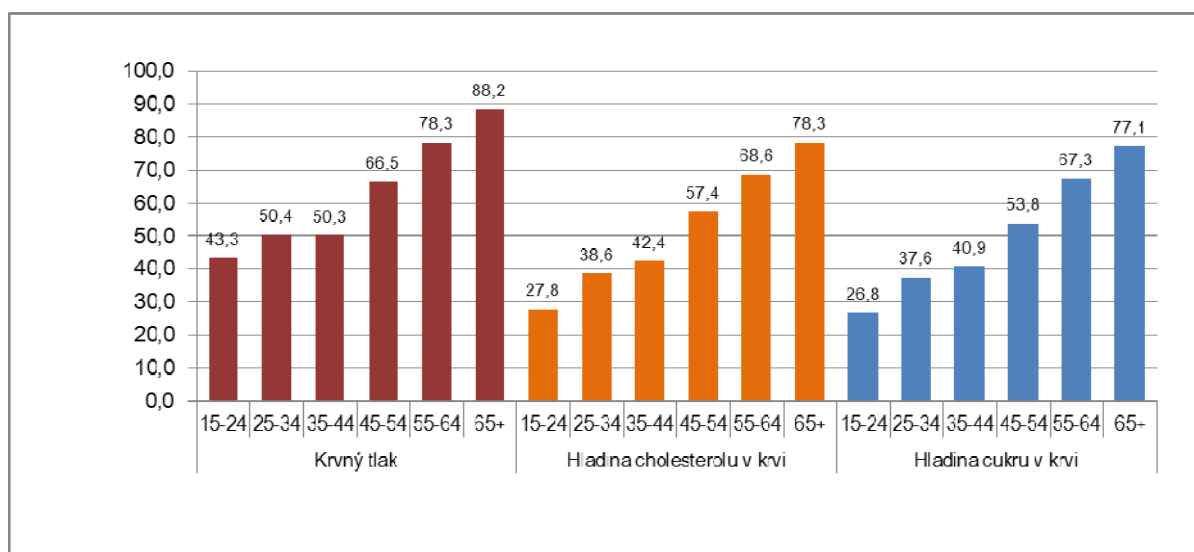
Naopak najnižšie podiely sa týkali vekovej skupiny 15 – 24 ročných. Pritom, keď sa pozrieme v tabuľke 3.2.1 na údaje, ktoré hovoria o tom, aký podiel obyvateľstva vo veku 15 – 24 rokov nikdy neabsolvovalo preventívne vyšetrenie zamerané na predchádzanie všetkých troch zdravotných problémov, môžeme vidieť, že podiely sú niekoľkonásobne vyššie už v porovnaní s nasledujúcou vekovou skupinou 25 – 34 ročných. Pritom dostupné administratívne údaje poukazujú na to, že ochorenia ako hypertenzia, prípadne diabetes mellitus, nie sú ničím výnimočne sa vyskytujúcim i v prípade mladších vekových ročníkov a preto prevenciu takýchto ochorení nie je vhodné podceňovať.

Tab. 3.2.1 Posledné preventívne vyšetrenie zamerané na predchádzanie vybraných ochorení alebo zdravotných problémov vykonané kvalifikovaným zdravotným pracovníkom podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Krvný tlak			Hladina cholesterolu v krvi			Hladina cukru v krvi		
	V období posledných 12 mesiacov	Pred viac ako 1 rokom	Nikdy	V období posledných 12 mesiacov	Pred viac ako 1 rokom	Nikdy	V období posledných 12 mesiacov	Pred viac ako 1 rokom	Nikdy
Spolu	62,6	35,2	2,2	52,1	39,7	8,2	50,5	39,4	10,1
muži	57,5	40,3	2,2	48,7	42,4	8,9	47,1	41,0	11,9
ženy	67,4	30,4	2,2	55,3	37,2	7,6	53,7	37,9	8,5
Vekové skupiny									
15-24	43,3	46,0	10,7	27,8	46,0	26,2	26,8	44,5	28,7
25-34	50,4	47,9	1,7	38,6	49,6	11,9	37,6	48,3	14,1
35-44	50,3	48,4	1,3	42,4	50,8	6,8	40,9	49,4	9,7
45-54	66,5	33,1	0,4	57,4	38,8	3,8	53,8	40,8	5,4
55-64	78,3	21,7	0,0	68,6	29,6	1,9	67,3	29,6	3,1
65+	88,2	11,5	0,2	78,3	21,2	0,5	77,1	21,5	1,3

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 3.2.2 Absolvovanie preventívneho vyšetrenia v období posledných 12 mesiacoch podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

4. Zdravotné determinanty

4.1 Konzumácia ovocia a zeleniny

Výživa je jedným z dôležitých determinantov zdravia, ktoré rozhodujú o zdravotnom stave človeka a určujú potenciál pre jeho ďalší fyzický a psychický rozvoj. Ovocie a zelenina majú vo výžive nezastupiteľné miesto a preto by mali byť neoddeliteľnou súčasťou zdravého jedálneho lístka nielen u detí, ale i dospelých.

Príjem ovocia a zeleniny sa významne líši medzi krajinami, a to v závislosti od ekonomických, kultúrnych a poľnohospodárskych daností príslušnej krajiny. Nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny má za následok vznik množstva ochorení. Existuje viacero dôkazov o tom, že živiny obsiahnuté v ovocí a zelenine, ako sú vláknina, kyselina listová, antioxidanty a draslík sa spájajú s nižším rizikom vzniku cukrovky a kardiovaskulárnych ochorení. Ich ostatné zložky – minerály a fytochemické látky, zohrávajú zas významnú úlohu v prevencii chronických ochorení (Bazzano, L.A., 2005).

Z výsledkov prvej vlny zisťovania EHIS, ktorá v krajinách EÚ prebiehala medzi rokmi 2008 – 2009 vyplýva, že v každodennej konzumácii ovocia sa Slovensko spomedzi všetkých 16 krajín EÚ nachádzalo v presnej polovici. Každodenná konzumácia ovocia, ktorá zahŕňala odpovede raz denne a aspoň 2-krát denne, sa týkala 64,2 % obyvateľstva Slovenska. Najlepšie na tom boli Slovinsko, Malta a Španielsko, kde sa každodenná spotreba ovocia týkala viac ako 70 % populácie.⁹

S každodennou konzumáciou zeleniny sme boli v roku 2009 na tom o dosť horšie. Zeleninu malo v jedálničku aspoň raz denne 51,5 % populácie Slovenska¹⁰, čo v porovnaní so zvyšnými 15 krajinami EÚ predstavuje druhý najnižší podiel. Horšie na tom bola len Malta (50,8 %), naopak najviac zeleniny v strave mali každý deň v sledovanom období Belgičania, Francúzi a Slovinci (75 a viac %).

Z výsledkov zisťovania EHIS 2014 je možné vidieť, že ovocie každodenne konzumovala menej ako polovica obyvateľstva Slovenska (47,4 %).¹¹ V porovnaní s prvou vlnou EHIS 2009 je to výrazne menší podiel populácie, avšak treba brať do úvahy aj skutočnosť, že na výsledky mohlo mať vplyv použitie viac agregovanej škály odpovedí v zisťovaní EHIS 2014.¹² Pozitívne však je, že konzumácia ovocia na pravidelnej dennej báze predstavovala najvyšší podiel v populácii zo všetkých uvádzaných frekvencií. Druhý najvyšší podiel 26,9 % sa týkal konzumácie ovocia a ovocných štiav v prevažnej časti týždňa (4 – 6 krát za týždeň). Vôbec nemalo ovocie vo svojom jedálničku veľmi malé percento populácie. S každodennou konzumáciou ovocia boli na tom jednoznačne lepšie ženy (54,0 %) ako muži (40,4 %), čo predstavuje rozdiel 13,6 percentuálnych bodov. Z pohľadu vekových skupín môžeme konštatovať, že v konzumácii ovocia a ovocných štiav sa vôbec neprejavila súvislosť medzi frekvenciou konzumácie

⁹ Eurostat, tabuľka: hlth_ehis_de7, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).

¹⁰ Každodenná konzumácia zeleniny zahŕňala konzumáciu raz denne (kód 1) a aspoň 2 krát denne (kód 2).

¹¹ Do úvahy sa bralo ovocie čerstvé, mrazené, konzervované aj sušené vrátane ovocných štiav vytlačených z čerstvého ovocia (okrem ovocných štiav z koncentrátu alebo z priemyselne spracovaného ovocia a umelo sladených ovocných štiav).

¹² V EHIS 2009 bola použitá podrobnejšia škála odpovedí a konkrétne každodenná konzumácia ovocia/zeleniny sa sledovala prostredníctvom dvoch samostatných kódov odpovedí: 2 x alebo viac krát denne a 1 x denne.

a vekom. V jednotlivých frekvenciách konzumácie je možné vidieť, že ovocie konzumovali približne rovnako osoby všetkých vekových kategórií.

Situácia s konzumáciou zeleniny¹³ bola podľa EHIS 2014 o niečo horšia (Tab. 4.1.2) v porovnaní s ovocím. Každý deň malo zeleninu a zeleninový šalát v jedálničku 44,0 % obyvateľov Slovenska. Oproti prvej vlne EHIS 2009 je to pokles o 7,5 percentuálnych bodov (vplyv mohlo mať aj použitie viac agregovanej škály odpovedí v zisťovaní EHIS 2014 v porovnaní s prvou vlnou EHIS 2009, viď poznámka č. 12). V každodennej konzumácii zeleniny prevažovali ženy. Takmer každá druhá osoba ženského pohlavia mala zeleninu alebo zeleninové šaláty každodenne zahrnuté v strave (49,8 %). V prípade mužov to bolo o 12 percentuálnych bodov menej ako žien. Celkovo si môžeme v tabuľke 4.1.2 všimnúť, že rozdiely vo frekvencii konzumácie zeleniny medzi mužmi a ženami boli takmer rovnaké ako pri spotrebe ovocia. Z pohľadu členenia na vekové skupiny platí to isté ako v prípade konzumácie ovocia. V jednotlivých frekvenciách konzumácie je možné vidieť, že zeleninu a zeleninové šaláty či šťavy konzumovali približne rovnako osoby všetkých vekových kategórií.

Na základe údajov zisťovania EHIS 2014 môžeme záverom konštatovať, že každodenný pravidelný prísun ovocia a zeleniny v našej strave nie je úplne dostatočný, najmä ak sa vezme do úvahy, že predmetom sledovania nebolo len ovocie/zelenina v čerstvej forme, ale i vo forme spracovaných produktov (šťavy, ovocné a zeleninové pokrmy/polievky). Ich pravidelný a dostatočný prísun má pre organizmus mimoriadny význam, nakoľko vďaka vysokej biologickej hodnote pozitívne vplyvajú na telesnú a duševnú kondíciu, imunitný systém a v neposlednom rade napomáhajú pri liečbe či predchádzaní rôznych ochorení.

Tab. 4.1.1 Frekvencia konzumácie ovocia (okrem ovocnej šťavy vyrobenej z koncentráту) podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny		
		Muži	Ženy	15-44	45-64	65+
1 alebo viackrát za deň	47,4	40,4	54,0	45,9	49,2	48,8
4 – 6 krát za týždeň	26,9	26,8	26,9	28,5	25,7	24,2
1 až 3 krát za týždeň	20,1	24,9	15,7	20,4	19,0	21,3
Menej ako 1 krát za týždeň	5,2	7,3	3,1	5,0	5,4	5,2
Nikdy	0,4	0,5	0,3	0,2	0,6	0,6

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

¹³ Do úvahy sa brala zelenina čerstvá, mrazená, konzervovaná aj tepelne upravená (zeleninové pokrmy, polievky) vrátane zeleninových šťiav vytlačených z čerstvej zeleniny (okrem zemiakov a podobných škrobových jedál, ako bataty, maniok, zeleninových šťiav z koncentrátu alebo z priemyselne spracovanej zeleniny a umelo sladených zeleninových šťiav).

Tab. 4.1.2 Frekvencia konzumácie zeleniny alebo zeleninového šalátu (okrem zemiakov a zeleninovej šťavy vyrobenej z koncentrátu) podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny		
		Muži	Ženy	15-44	45-64	65+
1 alebo viackrát za deň	44,0	37,8	49,8	43,2	44,8	45,1
4 – 6 krát za týždeň	28,7	28,7	28,6	29,8	27,3	27,8
1 až 3 krát za týždeň	21,9	25,8	18,2	21,8	22,2	21,4
Menej ako 1 krát za týždeň	5,1	7,3	3,0	5,0	5,3	4,7
Nikdy	0,3	0,4	0,3	0,1	0,3	1,0

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 4.1.1 Frekvencia konzumácie ovocia (vľavo) a zeleniny (v pravo) obyvateľstvom SR (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

4.2 Fajčenie a konzumácia alkoholu

Tabakizmus je v súčasnosti najsilnejšou závislosťou. Svetová zdravotnícka organizácia odhaduje, že tabak každoročne zabíja približne 6 miliónov ľudí, z toho viac ako 5 miliónov v dôsledku priameho požívania tabaku a viac ako 600 000 sú nefajčiari vystavení pasívnemu fajčeniu (WHO, 2015). Tabak sa považuje za hlavný rizikový faktor najmenej dvoch príčin predčasných úmrtí, a to kardiovaskulárnych ochorení a rakoviny. Zvyšuje riziko výskytu infarktu, mŕtvice, rakoviny pľúc, rakoviny hrtana a úst, prípadne rakoviny pankreasu. V neposlednom rade fajčenie počas tehotenstva môže mať nežiadúci vplyv na nízku pôrodnú váhu a vyššie riziko výskytu vrodených chýb a ochorení u novorodencov (OECD, 2015).

Nežiadúci negatívny vplyv na zdravie má aj pasívne fajčenie. Je charakterizované vdychovaním tabakového dymu nefajčiarmi predovšetkým v uzavretých priestoroch. Pasívne fajčenie sa označuje aj skratkou ETS (environmental tobacco smoke), čo znamená vdychovanie environmentálneho

tabakového dymu. Riziko pasívneho fajčenia spočíva v tom, že pri vdychovaní cigaretového dymu neprechádzajú obsiahnuté chemické látky a karcinogény ochranným filtrom.

Podľa údajov EHIS 2009, až 12 krajín zo všetkých 16, za ktoré sú dostupné údaje zo zisťovania, malo viac ako 20 % fajčiarov, ktorí fajčia denne. Slovensko s podielom 19,5 % populácie patrilo medzi zvyšné 4 krajiny. V zisťovaní dennej spotreby cigariet si Slovensko viedlo veľmi dobre. V roku 2009 malo spotrebu 20 a viac cigariet denne 6,7 % fajčiarov, čo bola spomedzi 15 krajín EÚ najnižšia hodnota. Najvyšší podiel vykazovalo v referenčnom období 2008 - 2009 Grécko s hodnotou 19,8 %.¹⁴ Tabakovému dymu v uzavretých priestoroch bola denne vystavená viac ako 1/6 slovenskej populácie (17,5 %), pričom prevládali muži (21,4 %) nad ženami (13,9 %).

Najnovšie výsledky z EHIS 2014 ukazujú, že podiel fajčiarov, ktorí fajčia denne bez ohľadu na druh tabakového výrobku, sa v porovnaní s predchádzajúcou vlnou zisťovania EHIS 2009 mierne zvýšil na hodnotu 22,9 %. K príležitostnému fajčeniu sa priznal takmer každý pätnásty občan Slovenska. 70,5 % populácie boli sledovanom období nefajčiari. Z pohľadu každodennej spotreby cigariet dominujú jednoznačne muži, ktorých bolo v porovnaní so ženami takmer dvojnásobne viac (30,4 %). Muži prevládali aj v prípade príležitostného fajčenia s podielom 7,5 % oproti ženám (5,9 %). Z vekových skupín prevažovalo každodenné fajčenie v prípade 25 – 34 ročných osôb (29,4 %) a 35 – 44 ročných osôb (28,6 %) (Graf 4.2.1). Dosť vysoký podiel pri každodennom fajčení vykazovali aj osoby vo veku 15 – 24 rokov (18,5 %). Z osôb 65 ročných a starších fajčilo každodenne 8,5 % osôb tejto vekovej skupiny. V príležitostnom fajčení dominovali osoby vo veku 15 – 24 rokov (11,3 %), najmenej si z času na čas cigaretu zapálilo len 2,3 % 65-ročných a starších osôb. Táto veková skupina je celkovo charakteristická najvyšším podielom nefajčiarov a zároveň reprezentuje najnižší podiel pravidelných aj príležitostných fajčiarov.

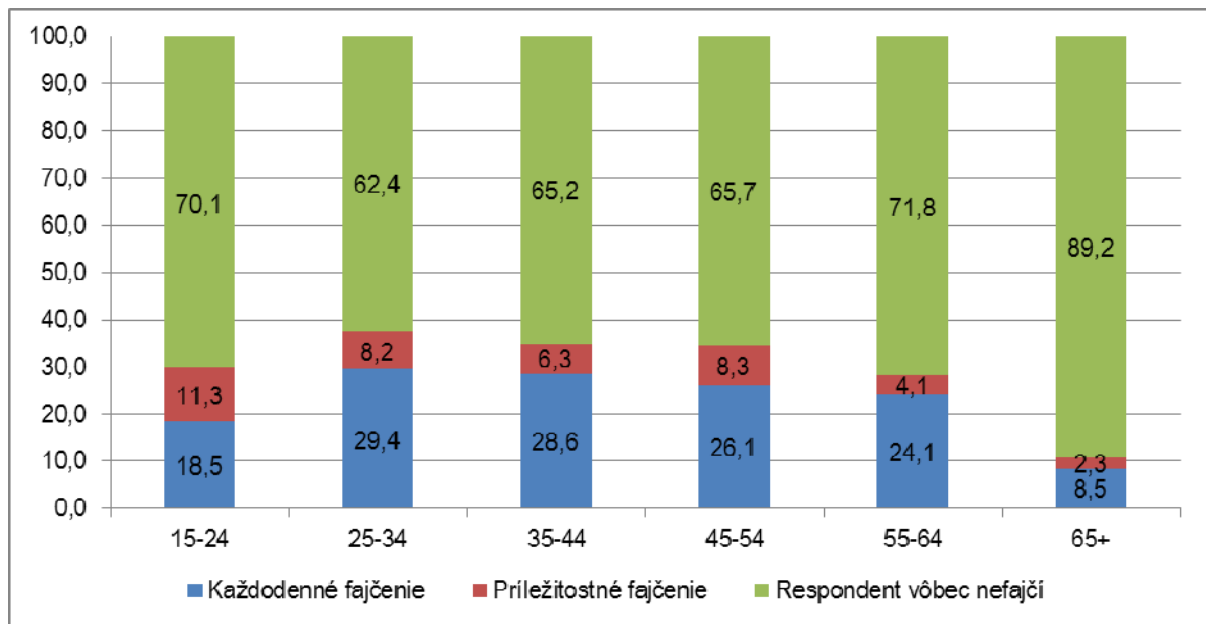
Tab. 4.2.1 Návyky spojené s fajčením (frekvencia) podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Každodenné fajčenie	22,9	30,4	15,8	18,5	29,4	28,6	26,1	24,1	8,5
Príležitostné fajčenie	6,7	7,5	5,9	11,3	8,2	6,3	8,3	4,1	2,3
Respondent vôbec nefajčí	70,5	62,0	78,3	70,1	62,4	65,2	65,7	71,8	89,2

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

¹⁴ Eurostat, tabuľky: hlth_ehis_de3, hlth_ehis_de5. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).

Graf 4.2.1 Návyky spojené s fajčením (frekvencia) podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Tabuľka 4.2.2 vyjadruje frekvenciu vystavenia tabakovému dymu (pasívne fajčenie) v uzavretých priestoroch len za osoby, ktoré sa v referenčnom období označili za nefajčiarov. Mohlo ísť o pasívne fajčenie v akomkoľvek prostredí (doma, na pracovisku, vo verejne prístupných priestoroch, v reštauráciách a pod.). Z výsledkov EHIS 2014 vyplynulo, že pasívnemu fajčeniu nebolo nikdy alebo takmer nikdy vystavených až 86,7 % nefajčiarov. Avšak každodenne bol menej ako 1 hodinu vystavený tabakovému dymu v uzavretých priestoroch skoro každý desiaty nefajčiar. Viac ako 1 hodinu denne pasívne vdychovalo tabakový dym 3,7 % nefajčiarov. Aj v prípade pasívneho fajčenia majú dominantné postavenie muži. 14,1 % mužov nefajčiarov vdychovalo tabakový dym v uzavretých priestoroch menej ako 1 hodinu denne a 5,6 % aspoň jednu hodinu denne. Nikdy alebo takmer nikdy nebolo pasívnemu fajčeniu vystavených 9 z 10 žien.

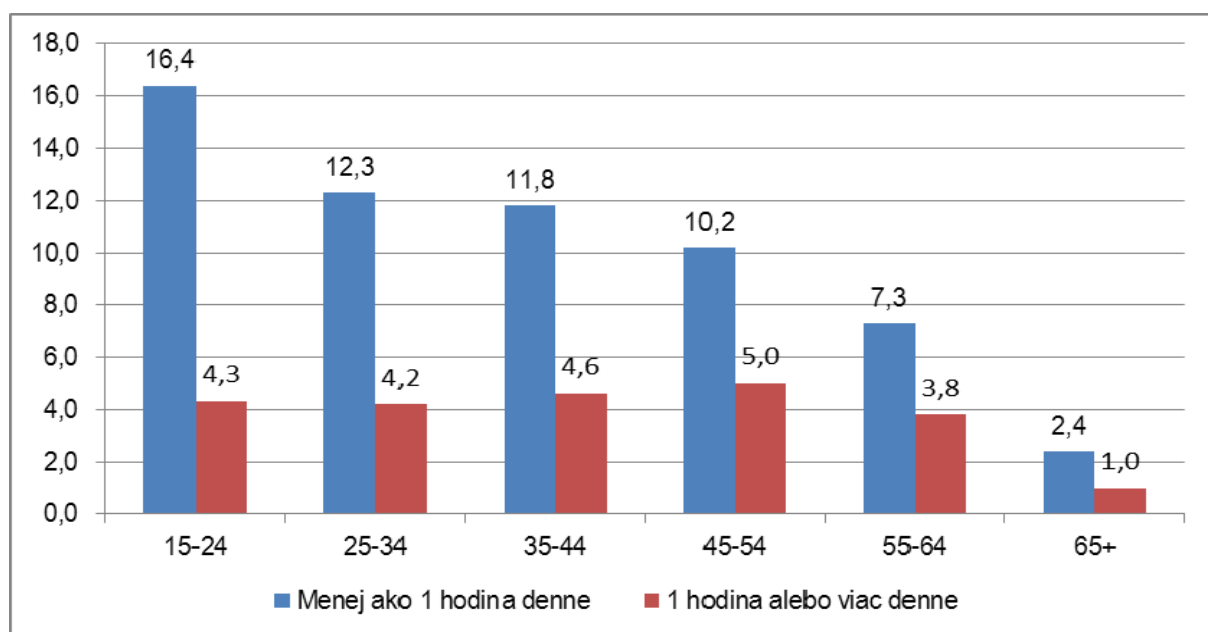
Výsledky podľa vekových skupín v grafe 4.2.2 ukazujú, že pasívne fajčenie, ktorému boli vystavení nefajčiari aspoň jednu hodinu denne, sa viac týkalo osôb v produktívnom veku (najmä 45 – 54 ročných a 35 - 44 ročných osôb). Keďže sa jedná o nefajčiarov a ich vystavenie pasívnemu fajčeniu bolo na každodennej báze, je predpoklad, že u týchto osôb ide skôr o súvis s ich pracovným alebo domácim prostredím, ako s ich životným štýlom. Vo vekovej skupine 15 – 24 ročných, kde bolo pasívne tabakovému dymu vystavených aspoň jednu hodinu každý deň 4,3 % nefajčiarov a menej ako 1 hodinu denne 16,4 % nefajčiarov, časť môžu tvoriť pasívni fajčiari na úkor svojich rodičov, či pracovných kolegov a časť takí, u ktorých môže mať podiel na ich pasívnom fajčení ich osobný štýl života (časté zdržiavanie sa v spoločenských priestoroch s povolením fajčiť). Osoby 15 – 24 ročné predstavovali z pohľadu pasívneho fajčenia menej ako 1 hodinu denne najvyšší podiel zo všetkých vekových skupín.

Tab. 4.2.2 Frekvencia vystavenia tabakovému dymu v krytých priestoroch v prípade nefajčiarov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Nikdy alebo takmer nikdy	86,7	80,3	91,5	79,2	83,5	83,6	84,8	88,9	96,6
Menej ako 1 hodina denne	9,6	14,1	6,3	16,4	12,3	11,8	10,2	7,3	2,4
1 hodina alebo viac denne	3,7	5,6	2,2	4,3	4,2	4,6	5,0	3,8	1,0

Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 4.2.2 Každodenné vystavenie tabakovému dymu v prípade nefajčiarov podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Ďalším významným rizikovým faktorom, ovplyvňujúcim zdravie, je konzumácia alkoholu. Nadmerná spotreba alkoholu vedie nielen ku vzniku značného množstva chorôb a poškodeniu zdravia jednotlivca, dôsledky nadmernej konzumácie sú oveľa rozsiahlejšie. Nezanedbateľné totiž nie sú ani ekonomické dopady a sociálne poškodenia vo forme disharmonických vzťahov, straty zamestnania, spoločenských konfliktov a priestupkov. Podľa Svetovej zdravotnej organizácie (WHO) sa odhaduje, že celosvetovo nadmerná konzumácia alkoholu spôsobuje viac ako 3,3 milióna úmrtí ročne a 5,1 % onemocnení sa každoročne pripisuje práve konzumácii alkoholu (WHO, 2014c).

Európske zisťovanie o zdraví sa zameriava aj na údaje o frekvencii konzumácie alkoholu. Z pohľadu každodennej spotreby sa Slovensko v referenčnom období 2008 – 2009 nachádzalo na 11. mieste s podielom 4,6 % populácie. Konzumácia alkoholu na dennej báze sa v rámci 14 krajín EÚ pohybovala od 1,0 % v Lotyšsku až po 13,4 % v Španielsku. V Českej republike sa každodenná konzumácia alkoholu v porovnaní so Slovenskom týkala raz tak veľkého podielu populácie (9,8 %).

Novšie údaje z EHIS 2014, poukazujú na to, že sa situácia v súvislosti s konzumáciou alkoholu výrazne nezmenila. Je dôležité upozorniť, že kategórie frekvencie požívania alkoholu boli v zisťovaní EHIS sledované podrobnejšie, avšak pre účely jednoduchšej interpretácie výsledkov sme vytvorili agregované kategórie (pozri poznámku pod tabuľkou 4.2.3). Každý alebo takmer každý deň pilo alkoholický nápoj akéhokoľvek druhu 4,2 % obyvateľov Slovenska. Prevažnú časť týždňa konzumovalo alkohol v sledovanom období len 3,9 % populácie. Príležitostne, t. j. 1 krát za mesiac alebo niekoľko krát za mesiac si dalo alkoholický nápoj 40,6 % populácie. Veľmi zriedkavé pitie alkoholických nápojov alebo ich žiadna konzumácia za posledných 12 mesiacov či celkovo v živote sa týkala každého druhého občana SR. Pri pohľade na členenie podľa pohlavia môžeme v grafe 4.2.3 vidieť, že celkovo k alkoholu častejšie inklinovali muži ako ženy, dokonca aj v prípade príležitostného pitia (1 krát alebo niekoľkokrát za mesiac). Zatiaľ čo len o niečo viac ako 1/3 mužov pila alkohol veľmi zriedkavo alebo vôbec, v prípade žien to bolo viac ako 65 %.

Vo všeobecnosti sú zo všetkých vekových skupín s alkoholom v kontakte veľmi zriedkavo prípadne vôbec alebo len 1 či pár krát za mesiac osoby vo veku 65 rokov a viac (Tab. 4.2.3). Za nimi nasledujú osoby vo veku 15 – 24 rokov, ale len v prípade veľmi zriedkavej alebo žiadnej konzumácii alkoholu (54,7 %). Z výsledkov grafu 4.2.4 vyplýva, že vo všeobecnosti podliehajú častej konzumácii alkoholických nápojov (každý deň alebo prevažnú časť týždňa) najviac osoby vo veku 55 – 64 rokov (7,9 a 5,5 % osôb tejto vekovej kategórie). Častá konzumácia alkoholu na približne rovnakej úrovni (okolo 5 %) sa týka aj osôb vo veku 35 – 44, 45 – 54 a 65 ročných a starších.

Konzumáciu alkoholu je možné považovať za stále pevnú súčasť správania sa Slovákov, či už je to konzumácia pri rôznych životných príležitostiach, ale aj častejšia konzumácia bez konkrétneho dôvodu. Pitie alkoholu však nie je len bežnou súčasťou nášho života, nesie so sebou aj významné zdravotné riziká. Dôležitú úlohu zohráva nielen frekvencia konzumácie alkoholu, ale i spotrebované denné množstvá (tzv. nárazové pitie). Je dôležité to mať na zreteli, pretože aj mierne pitie alkoholu nesie so sebou zvýšené nebezpečenstvo pre náš organizmus a riziko rozvoja závislosti.

Tab. 4.2.3 Frekvencia konzumácie alkoholických nápojov akéhokoľvek druhu za posledných 12 mesiacov podľa pohlavia a vekových skupín (v %)

	Spolu	Pohlavie		Vekové skupiny					
		Muži	Ženy	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Každý alebo takmer každý deň ¹⁾	4,2	7,9	0,9	0,4	2,6	4,5	4,8	7,9	4,9
Prevažná časť týždňa ²⁾	3,9	6,8	1,2	1,9	3,6	5,1	4,9	5,5	2,0
1 krát alebo niekoľko krát za mesiac ³⁾	40,6	49,3	32,4	43,0	47,9	47,8	44,7	34,7	23,8
Veľmi zriedkavá alebo žiadna konzumácia alkoholu ⁴⁾	51,3	36,0	65,5	54,7	46,0	42,6	45,6	51,8	69,2

Poznámka:

¹⁾ zahŕňa kategórie každý deň a takmer každý deň a 5-6 dní týždenne.

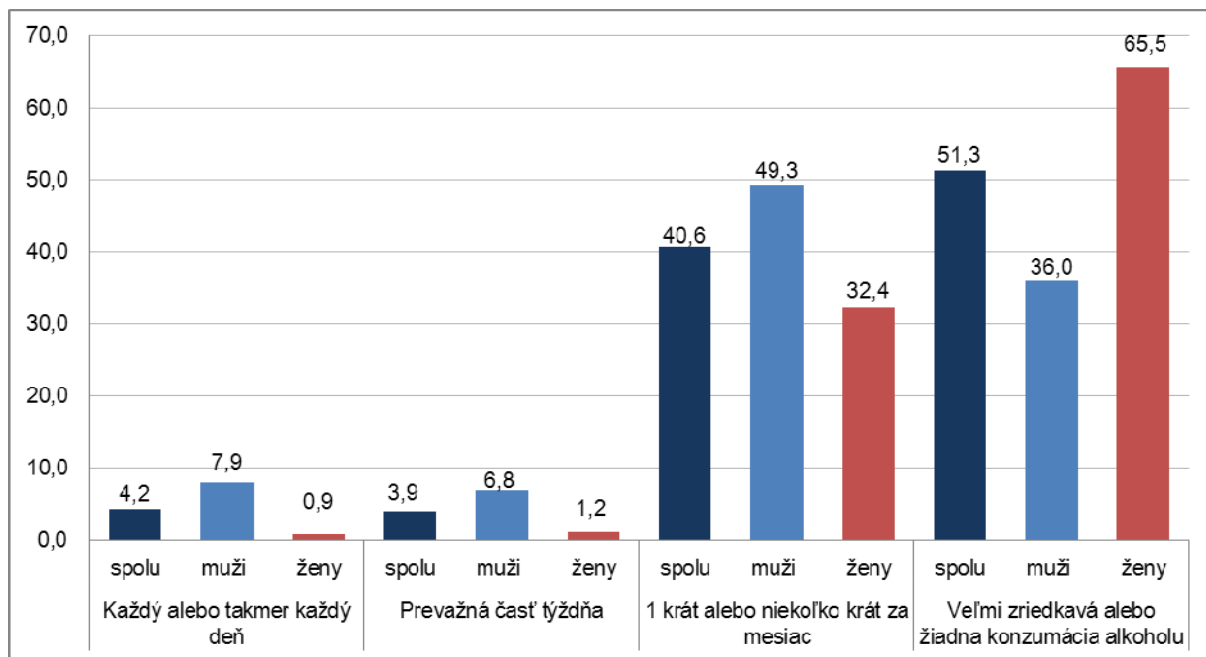
²⁾ zahŕňa kategóriu 3-4 dni týždenne.

³⁾ zahŕňa kategórie 1-2 dni týždenne, 2-3 dni mesačne, raz mesačne.

⁴⁾ zahŕňa kategórie menej ako 1 krát za mesiac, nikdy za posledných 12 mesiacov, nikdy v živote alebo iba pár hltov za život.

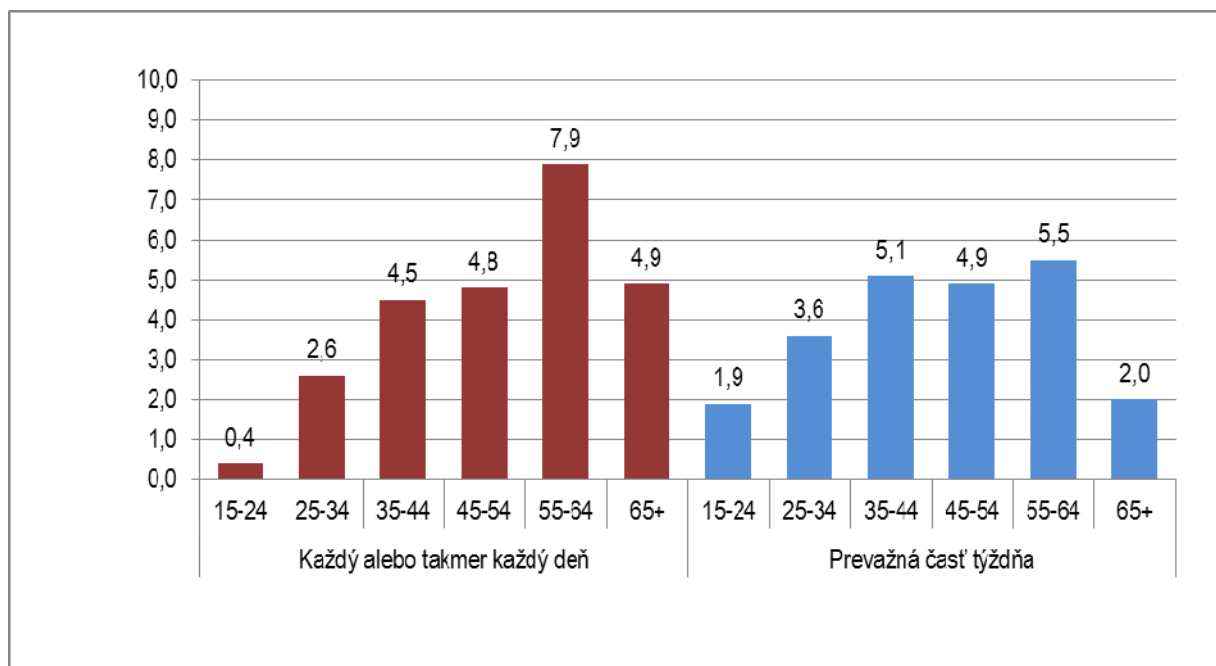
Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 4.2.3 Frekvencia konzumácie alkoholických nápojov akéhokoľvek druhu za posledných 12 mesiacov podľa pohlavia (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

Graf 4.2.4 Častá konzumácia alkoholických nápojov akéhokoľvek druhu za posledných 12 mesiacov podľa vekových skupín (v %)



Zdroj: ŠÚ SR, EHIS 2014 (UDB 30/09/2015)

5. Metodika zisťovania EHIS 2014

Európske výberové zisťovanie o zdraví EHIS 2014 je v poradí už druhou vlnou zisťovania s týmto zameraním. V podmienkach Slovenska sa realizovalo s 5-ročným časovým odstupom. EHIS 2014 sa od prvej vlny zisťovania (EHIS 2009) líšil v určitých metodických záležitostiach. Snáď najdôležitejšia zmena spočívala v tom, že na rozdiel od prvej vlny, ktorá prebiehala len v niektorých členských krajinách EÚ na základe gentlemantskej dohody, realizácia zisťovania EHIS 2014 bola pre všetkých členov EÚ povinná. Realizovala sa v zmysle Nariadenia Komisie (EÚ) č.141/2013, ktorým sa vykonáva nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o štatistikách Spoločenstva v oblasti verejného zdravia a bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, pokiaľ ide o štatistiky vychádzajúce z Európskeho zisťovania o zdraví formou rozhovoru (EHIS). Uvedené nariadenie stanovuje obsahové zameranie zisťovania EHIS 2014 a v porovnaní s EHIS 2009 sa týka významných zmien, najmä zníženia počtu sledovaných premenných z celkových 207 na 115, ako aj zvýšenia flexibility pre obdobie realizácie terénneho zberu dát (možnosť zberu dát v rozmedzí rokov 2013 až 2015).

Cieľovou populáciou zisťovania EHIS 2014 sú fyzické osoby, ktoré prevažné obdobie v roku žijú na území SR v súkromných domácnostiach a v čase zisťovania majú 15 rokov a viac. Osoby žijúce v kolektívnych domácnostiach a v inštitúciách (napr. domovy dôchodcov, detské domovy, väznice, kláštory a pod.) sú vo všeobecnosti vyňaté z cieľovej populácie.

Zber údajov o zdraví realizoval Štatistický úrad SR v dňoch 1.7. až 31.12. 2014 na vzorke 7 670 respondentov formou osobného rozhovoru. Do konečnej databázy bolo zaradených 5 490 respondentov. Miera návratnosti bola okolo 72 %.

Údaje o zdraví sa získavali od respondentov dvoma spôsobmi - prostredníctvom papierových dotazníkov (PAPI) a asi 20 % výberovej vzorky poskytovalo údaje prostredníctvom elektronického dotazníka (CAPI). V EHIS 2014 boli použité 2 dotazníky - hlavný a tzv. osobný dotazník zameraný na časť veľmi citlivých otázok o vybraných determinantoch zdravia. Sledované premenné boli v dotazníkoch štruktúrované do 4 hlavných tematických modulov:

- *základné informácie o respondentovi a o domácnosti, v ktorej žije (pohlavie, dátum narodenia, ekonomické postavenie, krajina narodenia, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie)*
- *zdravotný stav (napr. otázky Minimálneho európskeho modulu o zdraví, ochorenia a chronické zdravotné problémy, nehody a zranenia, obmedzenia telesných a zmyslových funkcií, duševné zdravie)*
- *zdravotná starostlivosť (napr. využívanie ústavnej, jednodňovej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti, využívanie služieb domácej starostlivosti, užívanie liekov, preventívne služby, nenaplnená potreba zdravotnej starostlivosti)*
- *faktory ovplyvňujúce zdravie (napr. BMI, fyzická aktivita/cvičenie, konzumácia ovocia a zeleniny, fajčenie a konzumácia alkoholu, sociálna opora, poskytovanie neformálnej starostlivosti alebo pomoci).*

Informácie za jednotlivé otázky o zdraví získaval od respondenta prostredníctvom osobného rozhovoru opytovateľ, ktorý bol poverený Štatistickým úradom SR. Výnimkou bol už spomínaný osobitný dotazník, ktorý obsahoval veľmi citlivé otázky o fajčení a konzumácii alkoholu. Ten vyplňal respondent sám

osobne. Po jeho vyplnení respondent odovzdal dotazník opytovateľovi v zalepenej obálke, čím sa zaručila úplná diskretnosť v prípade veľmi citlivých otázok. Zber údajov a ich spracovanie bolo vykonané v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a zmene a doplnení niektorých zákonov.

Referenčné obdobie pre vybrané analyzované ukazovatele zisťovania EHIS 2014 sa určuje vzhľadom na obdobie zberu údajov osobným rozhovorom s respondentom. V prípade ukazovateľov, ktoré sa zisťovali za obdobie napr. posledných 12 mesiacov (napr. výskyt ochorení a chronických zdravotných problémov, frekvencia konzumácie alkoholických nápojov) sa chápe 12 mesiacov pred dátumom zberu údajov v domácnosti respondenta.

ZÁVER

"Ľudské telo je chrám. Choroba je trhlina v harmónii. Zdravie je súzvuk" (Hippokrates).

Zdravie je odpradáva jedna z najcennejších ľudských hodnôt. Stav zdravia ovplyvňuje celkovú kvalitu nášho života. Ak sme zdraví, viac sa nám darí aj v ostatných oblastiach. Zdravie ako jedno zo základných ľudských práv má v ponímaní Európskej únie veľmi dôležité, priam prioritné postavenie. Je v záujme Európskej únie robiť všetko pre to, aby bola plne zabezpečená ochrana zdravia občanov EÚ, prístup k primeranej zdravotnej starostlivosti a tak prispievať k snahe dosiahnuť dlhší a zdravší život.

Pravidelný monitoring zdravia cez ukazovatele a indikátory, získavané zo zdravotných štatistík, má veľký význam nielen pre samotné zhodnotenie zdravotného stavu obyvateľstva na národnej či medzinárodnej úrovni. Indikátory majú kľúčové postavenie pre prijímanie politických rozhodnutí a smerovanie ďalších krokov vedúcich k zvyšovaniu kvality, ochrany zdravia a zlepšovania funkčnosti zdravotných systémov.

Z pohľadu hodnotenia zdravotného stavu obyvateľstva (kapitola 2) výsledky zisťovania EHIS ukázali, že vo vnímaní celkového zdravia sme sa vo všeobecnosti vyjadrovali skôr pozitívnejšie. V roku 2014 vnímalo svoje zdravie ako veľmi dobré a dobré celkovo 65,7 % obyvateľov SR. Svoj zdravotný stav videli pozitívnejšie muži ako ženy. V členení na vekové skupiny sa vek prejavil ako faktor významne vplyvajúci na celkové hodnotenie zdravia, t.j. s rastúcim vekom klesal podiel osôb, ktoré ho vnímali ako veľmi dobré a dobré. Dlhodobé (chronické) ochorenia alebo zdravotné problémy trápili v roku 2014 každého druhého občana Slovenska (53,7 %). Viac sa týkali žien a opäť sa v spojitosti s ich výskytom významne prejavil vplyv veku respondenta. V zmysle metodiky premennej o obmedzení pri vykonávaní bežných aktivít z dôvodu zdravotných problémov predstavoval podiel osôb so zdravotným postihnutím 38,9 %.

Z konkrétnych chronických ochorení Slovensko dlhodobo najviac ohrozujú kardiovaskulárne ochorenia. Podľa údajov EHIS 2014 Slovákov najčastejšie trápil vysoký krvný tlak (25,8 %). Na popredných miestach sa objavili aj choroby pohybového aparátu, ako sú artróza, poruchy dolných častí chrbta a porucha funkcie krku a z ostatných častých ochorení sa prejavili aj alergie (13,3 %). U kardiovaskulárnych ochorení a chorôb pohybového ústrojenstva sa ukázala silná spojitosť s vekom. Neoddeliteľnou súčasťou zdravia je aj duševné zdravie. Duševné spolu s telesným zdravím sú vlastne spojené nádoby. Ak trpí duša dlhodobo, s istotou sa to odzrkadlí aj na celkovom zdraví človeka. Výskyt psychických problémov nie je v prípade Slovenska zanedbateľný. Síce podľa výsledkov EHIS 2014 sa každodenné pociťovanie duševných problémov, ako sú celková apatia, ťažkosti so zaspávaním a pocit únavy a straty energie, ukázalo byť zriedkavejším javom (nie viac ako 2,6 % populácie), berúc do úvahy celú škálu frekvencie pociťovania duševných problémov sa však dostávame k podstatnejšie vyšším hodnotám. Celkovo v sledovanom období malo apatický prístup ku každodenným činnostiam 17,0 %, problémy so spánkom 30 % a pocit celkovej vyčerpanosti až 43,2 % obyvateľov SR. Náchylnejšie k pociťovaniu duševných problémov boli ženy, z vekových skupín sa najviac týkali osôb vo veku 65 rokov a viac.

Ľudské zdravie, zdravý životný štýl, kvalita života sú pojmy, ktorých vývoj a stav je trvalo spojený so zodpovednosťou a postojom k ich vytváraniu a ochrane. Ochranu vlastného zdravia máme plne vo

svojich rukách. To, v akom stave sa nachádza, je odrazom nášho osobného záujmu. V kapitole 3 o využívaní zdravotnej starostlivosti sme sa z pohľadu preventabilných ochorení v analýze zamerali na očkovanie proti chrípke, preventívne meranie krvného tlaku a hladiny cholesterolu a cukru v krvi. Podľa údajov EHIS 2014 a rovnako administratívnych údajov bola zaočkovanosť slovenskej populácie v roku 2013 na úrovni 4,8 %. Najviac zaočkovanou vekovou skupinou boli osoby 65 ročné a staršie (12,5 %). V ostatných preventabilných ochoreniach sa prevencie v období posledných 12 mesiacov zúčastnila viac ako polovica populácie Slovenska a týkala sa viac žien ako mužov. V prevencii všetkých troch ochorení sa prejavil vplyv veku. Hodnotenie užívania liekov na základe údajov EHIS 2014 ukázalo, že lieky akéhokoľvek druhu na lekársky predpis, ako aj bez lekárskeho predpisu, užíval v období posledných 2 týždňov približne rovnaký podiel populácie Slovenska (okolo 45 %). Spotreba liekov oboch typov rástla úmerne s vekom a vyššia bola v prípade žien.

Zdravie obyvateľstva ovplyvňuje množstvo faktorov (determinantov). Determinantom zdravia, konkrétne konzumácii ovocia a zeleniny a návykom spojeným s fajčením a konzumáciou alkoholu, sa venovala kapitola 4. Čas, množstvo, zloženie našej stravy a spôsob konzumácie sú do značnej miery regulované a ovplyvňované tradíciami a spoločenskými zvyklosťami, no vysoký podiel na tom majú hlavne naše osobné návyky. Výsledky zisťovania EHIS 2014 ukázali, že každodenná konzumácia ovocia a zeleniny nie je úplne dostačujúca vzhľadom na situáciu, že sa v zmysle metodiky za ovocie a zeleninu považovala nielen ich čerstvá forma, ale aj spracované produkty (šťavy, pokrmy). V jedálnom lístku mala aspoň jedenkrát denne ovocie či zeleninu menej ako polovica populácie Slovenska. Zo zdravia ovplyvňujúcich závislostí sme sa zamerali na fajčenie a konzumáciu alkoholických nápojov akéhokoľvek druhu. Výsledky EHIS 2014 ukázali, že v populácii Slovenska dennodenne fajčilo 22,9 % obyvateľstva. Pasívnemu fajčeniu, ktoré sa hodnotilo len z pohľadu nefajčiarov, bolo viac ako 1 hodinu denne vystavených 3,7 % populácie. Situácia v súvislosti s konzumáciou alkoholu sa oproti predchádzajúcej vlne EHIS 2009 výrazne nezmenila. Každý alebo takmer každý deň pilo alkoholický nápoj akéhokoľvek druhu 4,2 % obyvateľov Slovenska a celkovo častejšie k nemu inklinovali muži. Častejšie konzumácii alkoholických nápojov (každý deň alebo prevažnú časť týždňa) podliehali najviac osoby vo veku 55 – 64 rokov.

Vzhľadom na rozsah sféry zdravia, ktorú pokrýva zisťovanie EHIS, nebolo našou ambíciou prezentovať a hodnotiť túto problematiku v celej svojej šírke a hĺbke. Z pohľadu zisťovania EHIS sme sa v analýze zamerali na také vybrané ukazovatele zdravotného stavu, využívania zdravotnej starostlivosti a zdravotné determinanty, ktoré sa ukázali byť vhodným reprezentantom týchto menovaných oblastí zdravia. Využitím údajov z administratívnych zdrojov v jednotlivých kapitolách sme sa snažili vytvoriť prehľad o existujúcej situácii a doplniť tak informácie k sledovaným ukazovateľom zisťovania EHIS. Publikácia môže slúžiť ako podnet a inšpirácia pre ďalšie hĺbkovejšie analýzy, ktoré by mohli byť využiteľné pri tvorbe politických opatrení a návrhov na zlepšenia v oblasti verejného zdravia.

LITERATÚRA

- [1] WHO (2008), The rights to health, Fact Sheet No. 31, United Nations, Geneva, ISSN 1014-5567, jún 2008, s.1. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
- [2] EUROSTAT (2015a), Doc. DSS/2015/Feb/03.3, The future of European Health Interview Survey, 2015.
- [3] EUROSTAT (2015b), Key figures on Europe, 2015 edition, Eurostat Statistical book, s. 46. ISBN: 978-92-79-50790-8.
- [4] EHEMU (2010), Technical report 2010_4.6, The Minimum European Health Module", background documents, s. 4, June 2010.
- [5] EUROPEAN COMMISSION (2014), Chronic diseases, The health challenge of our times, European Union 2014, EB-02-14-926-EN-N (PDF). http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/06/EC-Chronic_diseases_informationsheet_en-2014.pdf.
- [6] WORLD ECONOMIC FORUM (2011), The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva. 2011, s. 9, REF: 080911.
- [7] EUROSTAT (2013), European Health Interview Survey (EHIS wave 2), Methodological manual, 2013 edition, s. 18. ISBN 978-92-79-29424-2.
- [8] OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Chapter 3, 10, s. 50, 68, 158, 134, 178. ISBN 978-92-64-24351-4. (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).
- [9] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ (2015a), Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2013, NCZI, Bratislava 2015, ISBN 978-80-89292-41-7.
- [10] ŠÚ SR, www.statistics.sk.
- [11] ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., FABIANOVÁ, E. a kol., Verejné zdravotníctvo. Bratislava: VEDA, 2012. ISBN 978-80-224-1283-4.
- [12] EUROSTAT, tabuľka: hlth_ehis_st1, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).
- [13] EUROPEAN COMMISSION (2005), Green paper, Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, EC 2005, Brussels, 14.10.2005 COM (2005) 484, s. 4. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf.
- [14] WHO (2014a), Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220, updated August 2014). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- [15] EU Regional Conference Mental Health in All Policies (2015), Supporting sustainability and growth in Europe 11-12 May 2015, Helsinki Conference Conclusions Mental Health in All Policies – A fundamental platform for sustainability and growth for people, communities and economies. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Conference%20Conclusions%2011-12%20May%202015%20Helsinki.pdf>.
- [16] OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of neglecting mental health care, OECD Publishing, Paris, Júl 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- [17] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ, (2015b), Psychiatrická starostlivosť v SR 2014, N CZI, Ročník 2015, ZŠ-4/2015.
- [18] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ (2015c), Spotreba liekov a zdravotníckych pomôcok v SR 2014, NCZI, Bratislava 2015, In: Štatistické prehľady 1/15.
- [19] KOVALČÍK, J., TUNEGA, M.: Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva, Analýza zdravotného stavu obyvateľstva, faktorov, ktoré ho ovplyvňujú a dlhodobých vyhládok finančnej udržateľnosti zdravotníctva v SR, INEKO, jún 2015, str.10. <http://www.ineko.sk/clanky/ineko-predstavuje-analyzu-ako-slovensko-zaplati-za-neliecenie-zdravotnictva>.

- [20] WHO (2014b), Influenza (Seasonal) Fact sheet N°211, WHO 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/> (posledný prístup dňa 23.11. 2015).
- [21] RÚVZ SR (2015), Analýza epidemiologickej situácie a činnosti odborov epidemiológie v Slovenskej republike za rok 2014, Regionálny Ústav Verejného Zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici vychádzajúc z analýz ÚVZ SR. http://www.epis.sk/InformacnaCast/Publikacie/VyroczneSpravy/Files/VS_SR_2014.aspx.
- [22] EUROSTAT, tabuľka: hlth_ehis_st1, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).
- [23] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ (2015d), Činnosť kardiologických ambulancií v SR 2014, Bratislava, 2015, In: Štatistické prehľady 3/2015.
- [24] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ (2015e), Činnosť diabetologických ambulancií v SR 2014, Bratislava, 2015, ZŠ-11/2015.
- [25] BAZZANO, L.A.: Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases, WHO, 2005, s. 11. ISBN 9241592850.
- [26] EUROSTAT, tabuľka: hlth_ehis_de7, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11. 2015).
- [27] WHO (2015), "Tobacco", Fact Sheet No. 339, updated in July 2015 (6-th July 2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
- [28] EUROSTAT, tabuľky: hlth_ehis_de3, hlth_ehis_de5. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (posledný prístup dňa 24.11.2015).
- [29] WHO (2014c), Global Status Report on Alcohol and Health 2014, WHO, 2014 ed., Geneva, s. VII, ISBN 978 92 4 069276 3.