

OCENJEVANJE PREVALENCE NEKATERIH KRONIČNIH BOLEZNI IN STANJ V POSAMEZNIH UPRAVNIH ENOTAH REGIJE CELJE THE ESTIMATE OF THE PREVALENCE OF SELECTED CHRONIC DISEASES AND RELATED HEALTH STATUS IN INDIVIDUAL ADMINISTRATIVE UNITS OF THE CELJE HEALTH REGION

Jana Govc Eržen¹, Lijana Zaletel Kragelj², Tadeja Vidmar Kopač³

Prispelo: 17. 12. 2003 – Sprejeto: 8. 9. 2004

Izvirni znanstveni članek
UDK 616.12/616.14

Izvleček

Namen raziskave je bil oceniti prevalenco nekaterih kroničnih bolezni (miokardni infarkt, možganska kap, angina pectoris, povišan krvni tlak, bolezni gibal, kronične bolezni dihal) v posameznih upravnih enotah regije Celje. **Metode.** Raziskava je potekala v letu 2001 kot del nacionalne raziskave. Vprašalnik je bil poslan 2310 naključno izbranim osebam v starosti od 25 do 64 let. Stopnja prevalence posameznih kroničnih bolezni, ki so za potrebe prikaza smiselno združene v skupine, je izražena v %. **Rezultati.** Odzivnost, izračunana na podlagi vročenih vprašalnikov, je bila 61,9%. Razširjenost obolevnosti zaradi posameznih skupin kroničnih bolezni se po upravnih enotah zelo razlikuje, povprečna prevalenca pa je v regiji po pravilu višja od republiške. Glede visoke obolevnosti izstopajo bolezni gibal (35%), zelo visoka pa je tudi prevalenca hipertenzije (19,3%) in izbranih kroničnih bolezni srca in ožilja (11,7%). **Zaključek.** Raziskava nakazuje regionalne razlike v prevalenci kroničnih nenalezljivih bolezni, ki jih je potrebno podrobno proučiti ter pripraviti ukrepe za zmanjševanje teh razlik.

Ključne besede: bolezni srca in ožilja, bolezni gibal, kronične pljučne bolezni, prevalenca, regionalne razlike

Original scientific article
UDC 616.12/616.14

Abstract

Aim. The aim of the research was to assess the prevalence of several chronic diseases (myocardial infarction, stroke, angina pectoris, increased blood pressure, musculoskeletal diseases, chronic respiratory diseases) in individual administrative units of the Celje region. **Methods.** The study was conducted as part of the national research project in 2001. In the Celje region, the questionnaire was sent to 2,310 randomly chosen individuals, aged 25 to 64 years. The prevalence of individual chronic diseases, grouped for clearer presentation, is expressed in %. **Results.** The response rate, calculated on the basis of the returned questionnaires, was 61.9%. The prevalence of individual groups of chronic diseases in the administrative units varies largely, with the average regional prevalence exceeding the national one. A very high prevalence was established for musculoskeletal diseases (35%), as well as for hypertension (19.3%) and some chronic cardiovascular diseases (11.7%). **Conclusion.** The established differences in the prevalence of chronic non-contagious diseases between the regions studied need further investigation. Appropriate measures will have to be taken to reduce the observed differences.

Key words: cardiovascular diseases, chronic musculoskeletal diseases, chronic pulmonary diseases, prevalence, regional difference

¹Zdravstveni dom Celje-ZP Vojnik, Keršova 1, 3212 Vojnik

²Medicinska fakulteta Ljubljana, Katedra za javno zdravje, Zaloška 4, 1000 Ljubljana

³Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje

Kontakti naslov: e-pošta: jana.govc@siol.net

Uvod

Slovenija je z dvema milijonoma prebivalcev, ki živijo na približno 21 000 km², uvrščena med majhne države. Kljub temu pa so med posameznimi deli države velike razlike, ne glede na to, ali opazujemo naravne, prostorske in geografske značilnosti ali gledamo ekonomske, socialne ali demografske značilnosti. Podobno je tudi, če pogledamo posamezne regije. Celjska regija je po površini druga največja v Sloveniji, takoj za Ljubljansko regijo. Na območju regije živi okoli 300 000 prebivalcev. Tako kot opazimo razlike v ravni zdravja med posameznimi deli oziroma regijami v Sloveniji, jih že dalj časa zaznavamo tudi v desetih upravnih enotah regije Celje. Na primer: standardizirane stopnje umrljivosti na 100 tisoč prebivalcev so bile leta 2002 od 766,4 v upravni enoti (UE) Velenje do 1031,4 v UE Šmarje pri Jelšah (1, 2, 3). Glede razlik v umrljivosti bi bilo mogoče sklepati, da je podobno, kot velja to za celotno državo, del razlik v zdravju na nivoju regije Celje mogoče pripisati ekonomskim in socialnokulturnim dejavnikom, ki prevladujejo na posameznem območju. Pregled standardiziranih stopenj umrljivosti kaže, da je umrljivost večja v tistih delih regije, kjer je ekonomsko stanje, merjeno s povprečnim bruto prihodkom na zaposlenega v UE, slabše (Šmarje, Šentjur) (4). Razmere pa so najboljše v tistem delu regije, kjer so ekonomske razmere bolj ugodne (Velenje, Celje, Žalec). Glavni vzrok smrti so tudi v regiji Celje, tako kot sicer v Sloveniji, bolezni srca in ožilja. Razlik v zdravstvenem stanju pa ne opažamo le v primeru umrljivosti. Tudi podatki o obolevnosti za rakom, ki jih posreduje Register raka za Slovenijo, kažejo na razlike v zdravstvenem stanju prebivalcev, ki živijo na različnih območjih regije. Pregled incidence raka na posameznih območjih celjske regije pokaže, da je večji delež tistih vrst raka, ki so povezani s slabšim ekonomskim stanjem in nižjo stopnjo izobraženosti (5).

Vse kaže, da se razlike med posameznimi območji v regiji še povečujejo, kar je predvsem posledica slabšanja ekonomskih razmer v zadnjem desetletju. Številne industrijske obrate, ki so bili razporejeni po regiji, so morali zaradi ekonomskih razlogov zapreti. S tem se je položaj prebivalcev v posameznih delih regije še poslabšal. Povečala se je stopnja brezposelnosti, ki je tudi sicer v regiji Celje med najvišjimi v Sloveniji (6).

Da bi spoznali življenjski slog prebivalcev v Sloveniji, zlasti pa razširjenost tvegane načina življenja, je bila v letu 2001 izvedena obsežna raziskava na območju

celotne Slovenije, v katero je bilo na ravni Slovenije vključenih 15379 oseb. Raziskava je bila zastavljena kot pregled trenutnega stanja in sicer s pomočjo vprašalnika, ki so ga osebe, vključene v raziskavo, same izpolnile in vrnilo po pošti. Vzorec je bil oblikovan tako, da je reprezentativen tudi za regijo. Tako je mogoče opraviti tudi analizo podatkov za območje regije Celje, kar omogoča natančnejšo opredelitev posameznih zdravstvenih problemov in izdelavo posnetka sedanjega stanja. S tem pridobimo ustrezne podatke, da lahko načrtujemo programe za preprečevanje bolezni in krepitve zdravja, ki temeljijo na dejanskih potrebah prebivalcev.

Metode

Opazovanci

Podatki so bili zbrani po priporočilih mednarodnega projekta SZO - CINDI Health Monitor v okviru raziskave "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije" (7). Vzorčenje je bilo zaradi predvidenega regionalnega pristopa naključno stratificirano po devetih zdravstvenih regijah. Na podlagi baze podatkov Centralni register prebivalstva (CRP) je vzorčenje opravil Statistični urad Republike Slovenije (8).

V zbiranje podatkov je bilo v regiji Celje skupaj zajetih 2310 odraslih prebivalcev v starosti od vključno 25 do vključno 64 let (9). Anketiranje je potekalo od sredine maja 2001 do tretjega tedna v juniju istega leta s pomočjo poštne ankete. Pri tem je bil uporabljen vprašalnik "Z zdravjem povezan vedenjski slog" (9).

V analizo so vključeni podatki iz vprašalnikov, ki so izpolnjevali naslednje pogoje:

- vprašalnik, ki smo ga glede na skupna navodila označili ob pregledu pred vnosom podatkov v računalniško zbirko podatkov kot primeren za analizo;
- med datoteko z vzorčnimi podatki (podatki, ki jih je posredoval pri vzorčenju Statistični urad Republike Slovenije) in datoteko s podatki iz vprašalnika sta se morala ujemati podatka o spolu in letnici rojstva anketiranca.

Opazovana zdravstvena stanja

Pojavi posameznih kroničnih bolezni so bili v manjših upravnih enotah redki, zato so v prikazu smiselno povezani v sklope kroničnih bolezni. Izjema je le v prikazu zvišanega krvnega tlaka, ki smo jo zaradi visoke prevalence prikazali ločeno.

Opazovali smo naslednja zdravstvena stanja (urejena so v bolezenske sklope):

1. Bolezni srca in ožilja brez zvišanega krvnega tlaka (angina pectoris, prebolela srčna kap, srčno popuščanje, možganska kap in njene posledice);
2. Zvišan krvni tlak;
3. Bolezni gibal (bolezni in okvare hrbtenice, boleznj sklepov);
4. Bolezni dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen, bronhialna astma).

Statistične metode

Prevalenco smo izračunali za vsako skupino kroničnih bolezni posebej, najprej za celotno regijo, nato pa za posamezne upravne enote (10). Analizo razlik v prevalenci med devetimi upravnimi enotami regije Celje ter analizo razlik v spolu med anketiranimi, ki so vprašalnike vrnili, smo testirali s testom hi-kvadrat ($p < 0,050$). Za analiziranje smo uporabili razpoložljivo različico statističnega programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) za okolje Windows (licenca Univerze v Ljubljani) (11, 12).

Rezultati

Od 2310 razposlanih vprašalnikov jih je bilo dejansko vročenih 2291 (99,2%). Pri 19 (0,8%) vročitev zaradi različnih razlogov ni bila možna, ker so v času od vzorčenja do obnovitve baze podatkov v Centralnem registru prebivalstva umrli ali pa niso bili dostopni zaradi bolezni, odselitve ipd. Odzivnost, izračunana na podlagi vročenih vprašalnikov, je bila 62,2% (vrnjenih je bilo 1424 vprašalnikov). Po preseku vseh upoštevanih značilnosti je za analizo ostalo na voljo 1294 vprašalnikov, kar je 90,9% od vseh vrnjenih vprašalnikov. Respondenti se niso statistično značilno razlikovali po starostni strukturi in strukturi velikosti naselij, v katerih so stalno bivali v času anketiranja, razlikovali pa so se v strukturi po spolu (žensk je med respondenti več kot v populaciji v tej starostni skupini, moških pa manj). Struktura anketirancev, ki so vrnili pravilno izpolnjene vprašalnike po spolu, je v celotnem vzorcu naslednja: 44,9% moških in 55,1% žensk. V sedmih od desetih upravnih enot je struktura podobna in se giblje za ženske med 47,9 in 53,7%. V treh upravnih enotah pa je bil delež žensk višji, in sicer od 59,5 do 60,5%. To so upravne enote Celje, Žalec in

Tabela 1. Ocena prevalence izbranih bolezni srca in ožilja (miokardni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, cerebrovaskularni inzult) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje.

Table 1. Prevalence rates of selected cardiovascular diseases (myocardial infarction, angina pectoris, heart failure, stroke) in ten administrative units of the Celje region, ranged from highest to lowest.

Upravna enota Administrative unit	Ne No	%	Da Yes	%	Skupaj Total	Rang Position
Šmarje pri Jelšah	107	82,9	22	17,1	129	1
Velenje	182	87,5	26	12,5	208	2
Celje	244	88,4	32	11,6	276	3
Šentjur pri Celju	69	88,5	9	11,5	78	4
Brežice	85	88,5	11	11,5	96	5
Žalec	162	89,0	20	11,0	182	6
Mozirje	72	90,0	8	10,0	80	7
Laško	74	90,2	8	9,8	82	8
Sevnica	67	90,5	7	9,5	74	9
Slov.Konjice	81	91,0	8	9,0	89	10
Skupaj Total	1143	88,3	151	11,7	1294	
Skupaj Slovenija Total Slovenia	8260	91,4	774	8,6	9034	

Sevnica. Analiza je pokazala da razlike v spolu znotraj regije Celje niso statistično značilne ($p < 0,050$), kljub temu, da so znatne.

Izbrane kronične bolezni srca in ožilja (angina pektoris, prebolela srčna kap, srčno popuščanje, možganska kap in njene posledice)

Glede na odgovore v vprašalniku ocenjujemo, da je prevalenca drugih kroničnih bolezni srca in ožilja, kamor so vključene angina pektoris, prebolela srčna kap, srčno popuščanje in možganska kap, med odraslimi prebivalci v regiji Celje kot celoti 11,7% (Tabela 1).

Po upravnih enotah se prevalenca giblje od 9% v Slovenskih Konjicah do kar 17,1 v Šmarju, kar je skoraj dvakrat več. Nadpovprečna razširjenost kroničnih bolezni srca in ožilja v primerjavi z regijo Celje je še v UE Velenje. Med tri upravne enote z najnižjo vrednostjo sodijo poleg Slovenskih Konjic še Sevnica in Laško. V vseh upravnih enotah pa ocena prevalence presega oceno prevalence v Sloveniji kot celoti.

najvišjo vrednostjo sodijo še Šmarje, Šentjur, Laško in Brežice. V teh upravnih enotah je prevalenca višja od povprečne v regiji, pa tudi od povprečne v Sloveniji, ki sicer ne odstopa bistveno od regijskega povprečja; je pa nekoliko nižja.

Bolezni gibal

Prevalenco bolezni sklepov in gibal (bolezni hrbtenice ter artritis in artroze) med odraslimi prebivalci v regiji Celje kot celoti ocenjujemo na 35%.

Po upravnih enotah se prevalenca teh bolezni giblje od 29,5% v Šentjurju do 45,8% v Brežicah. Nadpovprečna razširjenost bolezni sklepov in gibal v primerjavi z regijo Celje je še v UE Šmarje, Velenje in Sevnica. Med tri upravne enote z najnižjo vrednostjo sodijo poleg Šentjurja še Laško in Celje. V teh upravnih enotah je ocena prevalence bolezni sklepov in gibal nižja od ocene prevalence v Sloveniji kot celoti.

Tabela 2. Ocena prevalence zvišanega krvnega tlaka (hipertenzije) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje.

Table 2. Prevalence rates of arterial hypertension in ten administrative units of the Celje region, from highest to lowest.

Upravna enota Administrative unit	Ne No	%	Da Yes	%	Skupaj Total	Rang Position
Mozirje	60	75,0	20	25,0	80	1
Šmarje	98	76,0	31	24,0	129	2
Šentjur	60	76,9	18	23,1	78	3
Laško	64	78,0	18	22,0	82	4
Brežice	77	80,2	19	19,8	96	5
Žalec	148	81,3	34	18,7	182	6
Velenje	170	81,7	38	18,3	208	7
Sevnica	61	82,4	13	17,6	74	8
Konjice	74	83,1	15	16,9	89	9
Celje	232	84,1	44	15,9	276	10
Skupaj regija Celje Total-Celje region	1044	80,7	250	19,3	1294	
Skupaj Slovenija Total- Slovenia	7339	81,2	1695	18,8	9034	

Zvišan krvni tlak (hipertenzija)

Prevalenco zvišanega krvnega tlaka med odraslimi prebivalci v regiji Celje kot celoti ocenjujemo na 19,3%. Po upravnih enotah se prevalenca giblje od 15,9% (Celje) do 22,3% (Mozirje). Med upravne enote z

Kronične bolezni dihal

Prevalenco kroničnih bolezni pljuč (bronhialna astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen) med odraslimi prebivalci v regiji Celje kot celoti ocenjujemo na 4,9%. Po upravnih enotah je prevalenca teh bolezni izjemno

Tabela 3. Ocena prevalence bolezni gibal (bolezni hrbtenice ter artritis in artroze) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje.

Table 3. Prevalence rates of musculoskeletal diseases (spinal diseases, arthritis, arthrosis) in ten administrative units of the Celje region, from highest to lowest.

Upravna enota Administrative unit	Ne No	%	Da Yes	%	Skupaj Total	Rang Position
Brežice	52	54,2	44	45,8	96	1
Šmarje pri Jelšah	75	58,1	54	41,9	129	2
Velenje	132	63,5	76	36,5	208	3
Sevnica	48	64,9	26	35,1	74	4
Žalec	120	65,9	62	34,1	182	5
Slov.Konjice	59	66,3	30	33,7	89	6
Mozirje	54	67,5	26	32,5	80	7
Celje	189	68,5	87	31,5	276	8
Laško	57	69,5	25	30,5	82	9
Šentjur pri Celju	55	70,5	23	29,5	78	10
Skupaj regija Celje Total – Celje region	841	65,0	453,0	35,0	1294,0	
Skupaj Slovenija Total – Slovenia	6115	67,7	2919	32,3	9034	

Tabela 4. Ocena prevalence izbranih kroničnih bolezni dihal (bronhialna astma in kronična obstruktivna bolezen pljuč) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje.

Table 4. Prevalence rates of selected chronic respiratory diseases (bronchial asthma, chronic obstructive lung disease) in ten administrative units of the Celje region, from highest to lowest.

Upravna enota Administrative unit	Ne No	%	Da Yes	%	Skupaj Total	Rang Position
Brežice	87	90,6	9	9,4	96	1
Slov.Konjice	84	94,4	5	5,6	89	2
Šmarje pri Jelšah	122	94,6	7	5,4	129	3
Celje	262	94,9	14	5,1	276	4
Žalec	173	95,1	9	4,9	182	5
Velenje	198	95,2	10	4,8	208	6
Šentjur pri Celju	75	96,2	3	3,8	78	7
Mozirje	77	96,3	3	3,8	80	8
Sevnica	72	97,3	2	2,7	74	9
Laško	81	98,8	1	1,2	82	10
Skupaj regija Celje Total – Celje region	1231	95,1	63	4,9	1294	
Skupaj Slovenija Total – Slovenia	8629	95,5	405	4,5	9034	

variabilna in se giblje od 1,2% v Laškem do 9,4% v Brežicah. Nadpovprečna razširjenost bronhialne astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni v primerjavi z regijo Celje je še v UE Slovenske Konjice, Šmarje in Celje. Med tri upravne enote z najnižjo vrednostjo sodijo poleg Laškega še UE Sevnica in UE Mozirje. V teh upravnih enotah in tudi v UE Šentjur je ocena prevalenca kroničnih bolezni pljuč nižja od ocene prevalenca v Sloveniji kot celoti.

Razprava

Pregled podatkov o razširjenosti kroničnih bolezni, ki so jih navedli anketirani, pokaže, da je teh bolezni veliko. Razlike v obolenju zaradi posameznih bolezni med UE so izrazite. Gre za najbolj razširjene kronične bolezni, ki pomembno prizadenejo zdravje prebivalcev in pomenijo znatno zmanjšanje biološke sposobnosti prebivalstva, zaradi visoke stopnje invalidnosti pa tudi ekonomske (13).

Prvi del rezultatov se nanaša na izbrane bolezni srca in ožilja: prebolela srčna kap (miokardni infarkt), bolečina v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angina pectoris), srčno popuščanje in možganska kap ter njene posledice. Bolezni srca in ožilja so v regiji bolj pogoste, kot v povprečju v Sloveniji (14). Pregled razširjenosti teh bolezni po UE kaže na velike razlike med posameznimi območji. Na območju z najnižjo prevalenco izbranih bolezni srca in ožilja (Slovenske Konjice) je skoraj dvakrat manj anketiranih oseb navedlo, da imajo katero od naštetih bolezni kot na območju Šmarja pri Jelšah, ki je z boleznimi srca in ožilja najbolj obremenjena UE. Tu je kar 17,1 od 100 vprašanih oseb navedlo, da ima katero od kroničnih bolezni srca in ožilja, sledi pa Velenje, kjer je bilo takih oseb 12,5%. Razlike v obolevnosti zaradi bolezni srca in ožilja znotraj regije so verjetno v veliki meri odvisne od različnih socialnoekonomskih pogojev. Raziskave, ki so jih v zvezi z vplivom socialnoekonomskih dejavnikov izvajali, kažejo, da ima odločilen vpliv na razširjenost dejavnikov tvegana za bolezni srca in ožilja predvsem izobrazba (15, 16).

Podobno kot bolezni srca in ožilja je različna tudi prevalenca hipertenzije, ki jo moramo obravnavati ne samo kot samostojno bolezen, temveč tudi kot enega najpomembnejših dejavnikov za razvoj ateroskleroze in posledično drugih kroničnih bolezni srca in ožilja (17). Delež ogroženih oseb je v posameznih delih regije sorazmerno visok, saj ima četrtna ali skoraj četrtna oseb v starosti od 25-64 povišan krvni tlak. Pojav

zvišanega krvnega tlaka je pogosto mogoče povezati z načinom življenja, saj so raziskave pokazale, da je razširjenost te bolezni večja v okolju, kjer pri pripravi hrane uporabijo več soli, bolj ogroženi so ljudje s čezmerno telesno težo in debeli ter telesno manj dejavni (18). Raziskave tudi kažejo, da je starost pomemben dejavnik za razvoj zvišanega krvnega tlaka. Prav razlike v starostni strukturi prebivalstva ter razlike v razširjenosti dejavnikov tveganja med posameznimi skupinami prebivalstva odločilno vplivajo na stopnjo prevalenca povišanega krvnega tlaka na določenem območju (19, 20).

Razlike v razširjenosti arterijske hipertenzije in ostalih kroničnih bolezni srca in ožilja v regiji so lahko posledica različnih vzrokov. Možno je, da zvišanje krvnega tlaka po sebi, zlasti v začetku, še ne povzroča kliničnih težav in torej anketirani niso vedeli, da ga imajo. V tem primeru bi bili podatki o razširjenosti v veliki meri odvisni od tega, ali so v posameznem okolju izvajali presejalni program za zgodnje odkrivanje ali ne.

Posebej je potrebno opozoriti tudi na veliko stopnjo razširjenosti bolezni gibal. Anketirani so odgovarjali, ali jim je zdravnik ugotovil, da imajo bolezni in okvare hrbtenice oziroma da imajo bolezni sklepov (artritis in artroze). Tako kot drugod v Sloveniji in v podobno razvitih okoljih, kakor je Slovenija, je delež oseb s temi boleznimi izredno visok (14, 21, 22). Pregled pojavljanja bolezni gibal v regiji Celje pokaže, da je bilo največ zbolelih v UE Brežice, kjer je kar 45,8% anketiranih oseb navedlo, da imajo težave s hrbtenico oziroma s sklepi. Razlike med posameznimi UE so sicer prisotne, vendar pa niso tako izrazite kot v primeru bolezni srca in ožilja. Iz tega je mogoče sklepati, da so tudi vzroki za težave z gibalno po regiji pojavljajo bolj enakomerno. Glede na podatke, navedene v vprašalniku, je v regiji Celje izredno velika variabilnost v razširjenosti kroničnih bolezni dihal. Obolevnost zaradi teh bolezni je na območju UE Brežice dvakrat večja, kot je povprečje za regijo. Če pa jo primerjamo z najnižjo prevalenco, kot je bila ocenjena za območje UE Laško, pa je celo sedemkrat večja. Take razlike ni mogoče pojasnjevati z razlikami v stopnji onesnaženosti zraka. Verjetno prispeva k večjim razlikam tudi sorazmerno nizko število, vendar bi bilo potrebno kljub temu preveriti, ali so prisotni še drugi dejavniki, ki prispevajo k večji obolevnosti na posameznih območjih v regiji (23, 24, 25).

Rezultati kažejo, da je razširjenost posameznih kroničnih bolezni v posameznih UE regije Celje zelo različna. Glede na to, da so za pojav teh bolezni

pogosto odgovorni različni škodljivi dejavniki, je pomembno te dejavnike podrobneje opredeliti in jih nato sistematično spreminjati oziroma odpravljati. Pri tem imajo socialnoekonomski in kulturni dejavniki izredno pomembno vlogo, saj ključno vplivajo na razširjenost dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni in preko njih tudi na razširjenost teh bolezni. Zaradi tega je proučitev teh dejavnikov izrednega pomena, saj omogoča ustrezno osvetlitev problema. Samo dobro poznavanje vzrokov za pojav bolezni omogoča oblikovanje ustreznih in specifičnih ukrepov. V UE, kjer je razširjenost kroničnih bolezni največja, po pravilu beležijo tudi najvišjo stopnjo brezposelnosti, tam je prihodek na prebivalstva nižji, kot je v UE z nižjo prevalenco kroničnih bolezni, nižja pa je tudi izobrazbena struktura prebivalcev (4). V takih pogojih je ohranjanje tradicionalnega načina življenja, za katerega je značilno, da se bolj obdrži v okoljih, kjer je izobrazba prebivalcev nižja, bolj izrazito. To pa poleg ekonomskih dejavnikov, najbolj vpliva na način razširjenost dejavnikov tveganja. Razumljivo je, da bodo ukrepi za zmanjšanje prevalence kroničnih bolezni resnično učinkoviti le, ko bodo posegli tudi na področje socialno ekonomskih dejavnikov.

Različno prevalenco kroničnih bolezni, ki v največji meri obremenjujejo zdravstveno službo, pa je potrebno upoštevati tudi pri izgradnji mreže zdravstvene dejavnosti. Na območju, kjer je razširjenost bolezni večja, je to lahko tudi posledica neustrezne dostopnosti do zdravstvene službe. Torej je treba tu zagotoviti večjo enakopravnost zavarovancev.

Raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog« je v Sloveniji prva take vrste, ki omogoča tudi oceno zdravstvenega stanja prebivalstva oziroma razširjenosti najpomembnejših kroničnih bolezni. Glede na to, da je bil vprašalnik v okviru raziskave namenjen v prvi vrsti zbiranju informacij o vedenjskem slogu anketiranih, je potrebno pri oceni zdravstvenega stanja upoštevati tudi določeno stopnjo nezanesljivosti, ki je posledica netočnih odgovorov. Netočni odgovori so lahko posledica napačnega razumevanja vprašanja o zdravstvenem stanju anketiranih ali pa dejstva, da lastnega zdravstvenega stanja ne poznajo oziroma ga ne znajo opredeliti. Poleg tega je delež tistih, ki vprašalnika niso vrnili visok. Slabosti metode dela, ki je bila uporabljena, je mogoče zmanjšati le v okviru posebne raziskave, ki bi temeljila na osebnem anketiranju. Še bolje bi bilo, če bi podatke, pridobljene v okviru osebnega anketiranja, dopolnili s podatki iz zdravstvene dokumentacije anketiranih (16).

Zaključki

Pregled podatkov o razširjenosti kroničnih bolezni, ki so jih navedli anketirani, pokaže, da je breme teh bolezni veliko. Razlika med posameznimi UE regije Celje je izrazita za bolezni navedene v vprašalniku. To so hkrati tudi najbolj razširjene kronične bolezni, ki bistveno prizadenejo zdravje prebivalcev in pomenijo znatno zmanjšanje biološke, zaradi visoke stopnje invalidnosti pa tudi ekonomske sposobnosti prebivalstva.

Podatki raziskave se ujemajo z oceno, da socialnoekonomski in kulturni dejavniki ključno vplivajo na razširjenost dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni in preko njih tudi na razširjenost teh bolezni. Zaradi tega je izredno pomembno podrobno proučiti te dejavnike. Dobro poznavanje vzrokov za pojav bolezni omogoča oblikovati ustrezne in specifične ukrepe.

Literatura

1. Šelb J, Kravanja M. Umrljivost. Zdrav Var, 2000; 39 (Suppl): 5 – 18.
2. Zdravje v Sloveniji 1990-1999. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana, 2001.
3. Zdravstvenostatistični letopis regije Celje. Zavod za zdravstveno varstvo Celje, 2002: 1-36.
4. Statistični letopis Republike Slovenije 2001. Državni urad za statistiko. Ljubljana, 2002.
5. Pompe-Kirn V, Primic Žakelj M, Ferligoj A, Škrk A. Zemljavid incidence raka v Sloveniji 1978-1987, Ljubljana, Onkološki Inštitut Ljubljana, 1992: 105.
6. Javornik J, Korošec V, eds. Human development report. Slovenia 2003. Ljubljana, Institute of Macroeconomic Analysis and Development (IMAD) & United Nations Development Programme (UNDP), 2003.
7. Prättälä R, Helasoja V, Laaksonen M, Laatikainen T, Nikander P, Puska P. Cindi health monitor. Proposal for practical guidelines. Publications of the National Public Health Institute, Finland, 2001: 20.
8. Tršinar I. Centralni register prebivalstva. Uradni list RS, Ljubljana 1999: 194.
9. Zaletel-Kragelj L. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Protokol raziskave. Ljubljana, Inštitut za socialno medicino Medicinske fakultete in CINDI-Slovenija, 2001: 52. www.javnozdravje.com
10. Adamič Š. Temelji biostatistike. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 42 1989: 195.
11. SPSS Base 7.5 for Windows. User's Guide. SPSS Inc. Chicago, 1997: 628.
12. SPSS Base 7.5. Applications Guide. SPSS Inc. Chicago, 1997: 339.
13. Zaletel-Kragelj L. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni med odraslimi. Načrt in oblika študije. Ljubljana, Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in CINDI-Slovenija, 2001. <http://www.javnozdravje.com>
14. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. III. Zdravstvena stanja. Ur. Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J. CINDI Slovenija, Ljubljana 2004.

15. WHO Regional office for Europe. The European Health Report. European Series 97; Copenhagen 2002.
16. Bobak M, Hertzman C, Skodova Z, Marmot M. Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in the Czech Republic. *Int J Epidemiol* 1999; 28, pp. 46-52.
17. Acceto R. Obravnava hipertenzije. In: 40. Tavčarjevi dnevi. Zbornik predavanj in povzetkov posterjev. Portorož: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 1998: 66-70.
18. Dobovišek J. Arterijska hipertenzija. In Kocjančič A, Mrevlje F, editors. *Interna medicina*, Ljubljana, EWO, 1998: 189-191.
19. Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/nccdphp/burdenbook2004/Section03/bloodpres.htm>
20. Jenei Z, Pall D, Katona E, Kakuk G, Polgar P. The epidemiology of hypertension and its associated risk factors in the city of Debrecen, Hungary. *Public Health* 2002; 116:138-144.
21. Laiho K, Tuomilehto J, Tilvis R. Prevalence of rheumatoid arthritis and musculoskeletal diseases in the elderly population. *Rheumatol Int* 2001; 20:85-7.
22. Virokannas H, Rahkonen M, Luoma I, Rajala U, Uusimäki A. Long-term musculoskeletal disorders and work career in 55-year-old workers. *Exp Aging Res* 1999; 25:301-6.
23. Noorhassim I, Rampal KG, Hashim JH. The relationship between prevalence of asthma and environmental factors in rural households. *J Malaysia* 1995; 50: 263-7.
24. Sinclair H, Allwright SP, McCormick JS. Estimating the prevalence of chronic respiratory disease. *Ir Med J* 1990; 83:36-8.
25. Littlejohns P, Ebrahim S, Anderson R. Prevalence and diagnosis of chronic respiratory symptoms in adults *BMJ* 1989; 298:1556-61.
26. Rothman KJ. Measures of disease frequency. V Little, Brown and Co Boston/Toronto 1987, 23-34.