



IZZIVI V IZBOLJŠEVANJU VEDENJSKEGA SLOGA IN ZDRAVJA

Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji

IZZIVI V IZBOLJŠEVANJU VEDENJSKEGA SLOGA IN ZDRAVJA
Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji

Uredniki:

Sonja Tomšič, Tatjana Kofol Bric, Aleš Korošec, Jožica Maučec Zakotnik

Strokovna recenzija:

Dr. Marjan Premik, Marijan Ivanuša

Lektura:

Optimus Lingua, d.o.o.

Prevod:

Poliglotka d.o.o.

Založnik:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

Oblikovanje spletne publikacije:

Andreja Frič

Leto izdaje:

2014

Elektronski vir, dostopno na www.nijz.si

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613(082)(0.034.2)

IZZIVI v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja - desetletje CINDI raziskav v Sloveniji [Elektronski vir] / uredniki Sonja Tomšič ... [et al.] ; [prevod Poliglotka]. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014

ISBN 978-961-6911-42-9 (pdf)

1. Tomšič, Sonja

274453760

IZZIVI V IZBOLJŠEVANJU VEDENJSKEGA SLOGA IN ZDRAVJA

Desetletje CINDI
raziskav v Sloveniji

Uredniki:

Sonja Tomšič

Tatjana Kofol Bric

Aleš Korošec

Jožica Maučec Zakotnik

KAZALO VSEBINE

Zborniku na pot // Jožica Maučec Zakotnik	IX
Recenzija publikacije // Dr. Marjan Premik	XI
Recenzija publikacije // Marijan Ivanuša	XIII
Povzetek.....	XV
Abstract.....	XX
1. ZDRAVJE IN SOCIALNO-EKONOMSKA KRIZA // Sonja Tomšič, Tatjana Kofol Bric	25
1.1 Viri	29
2. SAMOOCENA ZDRAVJA // Sonja Tomšič	30
2.1 Uvod.....	31
2.2 Metode.....	31
2.3 Rezultati	31
2.4 Razprava	33
2.5 Zaključek.....	35
2.6 Viri	35
3. PREHRANJEVANJE // Cirila Hlastan Ribič, Matic Kranjc	37
3.1 Uvod.....	38
3.2 Metode	38
3.3 Rezultati	39
3.3.1 Pogostost uživanja obrokov in zajtrka	39
3.3.2 Pogostost uživanja zelenjave	41
3.3.3 Pogostost uživanja sadja	41
3.3.4 Pogostost dosoljevanja hrane in uživanja s soljo bogatih živil.....	42
3.3.5 Pogostost uporabe maščob.....	42
3.3.6 Pogostost uživanja aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač, peciva in sladic	42
3.4 Razprava	43
3.5 Zaključek.....	44
3.6 Viri	45
4. ČEZMERNNA HRANJENOST IN DEBELOST // Cirila Hlastan Ribič, Matic Kranjc.....	48
4.1 Uvod.....	49
4.2 Metode.....	50
4.3 Rezultati	50
4.4 Razprava	53
4.5 Zaključek.....	53
4.6 Viri	54
5. TELESNA DEJAVNOST //Janet Klara Djomba	56
5.1 Uvod.....	57
5.2 Metode.....	58
5.3 Rezultati	58
5.3.1 Trendi 2001–2012.....	58
5.3.2 Starostniki v raziskavi 2012	60

5.4	Razprava	61
5.5	Zaključek.....	62
5.6	Viri	62
6.	TOBAK // Helena Koprivnikar	64
6.1	Uvod	65
6.2	Metode	65
6.3	Rezultati	65
6.3.1	Deleži kadilcev (redni in občasni), bivših kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili	65
6.3.2	Kajenje v stanovanju ali bivalnih prostorih	66
6.3.3	Izpostavljenost tobačnemu dimu drugih.....	66
6.3.4	Svetovanje za opustitev kajenja v zadnjem letu.....	67
6.4	Razprava	69
6.5	Zaključek.....	70
6.6	Viri	70
7.	ALKOHOL // Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič	71
7.1	Uvod.....	72
7.2	Metode	72
7.3	Rezultati	73
7.3.1	Stopnje pitja alkoholnih pijač	73
7.3.2	Čezmerno pitje	73
7.3.3	Visokotvegano opijanje	74
7.4	Razprava	76
7.5	Zaključek.....	76
7.6	Viri	77
8.	NEGATIVNI STRES // Maja Bajt, Helena Jeriček Klanšček	78
8.1	Uvod.....	79
8.2	Metode	80
8.3	Rezultati	80
8.3.1	Pogostost občutenja stresa, težave pri obvladovanju in tvegano stresno vedenje	80
8.3.2	Vzroki za občutenje stresa	81
8.4	Razprava	82
8.5	Zaključek.....	84
8.6	Viri	85
9.	SKRB ZA USTNO ZDRAVJE // Barbara Artnik	86
9.1	Uvod.....	87
9.2	Metode	88
9.3	Rezultati	88
9.3.1	Število obiskov pri zobozdravniku v zadnjem letu	88
9.3.2	Pogostost ščetkanja zob	89
9.4	Razprava	91
9.5	Zaključek.....	92
9.6	Viri	92

10. ARTERIJSKA HIPERTENZIJA // Alenka Borovničar.....	94
10.1 Uvod.....	95
10.2 Metode.....	95
10.3 Rezultati.....	95
10.3.1 Prisotnost zvišanega krvnega tlaka, ki ga je ugotovil zdravnik.....	96
10.3.2 Zdravljenja zvišanega krvnega tlaka z zdravili.....	97
10.3.3 Nazadnje opravljena meritev krvnega tlaka pri zdravniku.....	98
10.3.4 Samomerjenje krvnega tlaka.....	98
10.3.5 Rezultati samostojne analize 2012 v starosti 25–74 let.....	98
10.4 Razprava.....	99
10.5 Zaključek.....	100
10.6 Viri.....	100
11. ANGINA PEKTORIS // Jožica Šelb Šemerl.....	101
11.1 Uvod.....	102
11.2 Metode.....	103
11.3 Rezultati.....	103
11.3.1 Gibanje angine pektoris v populaciji in posameznih populacijskih skupinah.....	103
11.3.2 Gibanje dejavnikov tveganja za angino pektoris.....	105
11.4 Razprava.....	106
11.5 Zaključek.....	107
11.6 Viri.....	107
12. SLADKORNA BOLEZEN // Sonja Paulin.....	109
12.1 Uvod.....	110
12.2 Metode.....	111
12.3 Rezultati.....	111
12.3.1 Prevalenca sladkorne bolezni.....	111
12.3.2 Demografske in socialne značilnosti populacije oseb s sladkorno boleznijo.....	112
12.3.3 Življenjski slog prebivalstva, povezan z nastankom sladkorne bolezni.....	112
12.3.4 Življenjski slog oseb s sladkorno boleznijo.....	114
12.4 Razprava.....	116
12.4.1 Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni.....	116
12.4.2 Življenjski slog in preprečevanje visokega tveganja za sladkorno bolezen.....	117
12.5 Zaključek.....	117
12.6 Viri.....	118
13. PRIPRAVA VPRAŠALNIKA IN IZVEDBA TERENSKE FAZE ANKETE 2012 // Tina Zupanič.....	120
13.1 Vzorčenje in odzivnost.....	121
13.2 Način anketiranja.....	122
13.3 Prilagajanje vprašalnika.....	122
13.4 Doseg posameznih ciljnih populacij glede na način anketiranja.....	123
13.5 Viri.....	124

14. METODOLOGIJA ANALIZE REZULTATOV // Aleš Korošec	125
14.1 Uvod	126
14.2 Priprava analitične zbirke podatkov	126
14.3 Uteževanje podatkov in preverjanje značilnosti razlik med skupinami	127
14.4 Metodologija analize trendov	129
14.5 Metodološke ugotovitve in odprta vprašanja	130
14.6 Viri	130
Priloga 1: Vprašalnik raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012«	131
Priloga 2: Preglednica rezultatov raziskave leta 2012, 25–74 let	139
Seznam uporabljenih kratic	154
Seznam preglednic	155
Seznam slik	156
Sodelujoči	157

Zborniku na pot

SKUPAJ SPREMINJAMO VEDENJSKI SLOG ZA BOLJŠE ZDRAVJE

Znanstvena monografija, ki je pred nami, nam daje pomemben vpogled v desetletno dinamiko na področju vedenjskega sloga, povezanega z zdravjem pri prebivalcih Slovenije. Daje nam informacijo o velikosti problema ter trendih nezdravega vedenjskega sloga in tveganih vedenj med odraslim prebivalstvom glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti. Publikacija nam osvetljuje najranljivejše skupine odraslih, ki jih ogroža nezdrav vedenjski slog in z njim povezane neenakosti v zdravju glede na spol, starost, zdravstveno regijo ter glede na izobrazbo in samoocenjeni družbeni sloj, s poudarkom na trendih med socialno-ekonomsko krizo v Sloveniji od leta 2008 do leta 2012.

Spremljanje vedenjskega sloga, povezanega z zdravjem, je nujno, če želimo načrtovati ciljne ukrepe in spremljati učinkovitost njihove implementacije. Služi politiki in stroki, da prioritarno usmerita svoje strategije in programe v probleme, ki najbolj izstopajo, ter podpreta s svojimi podpornimi ukrepi skupine prebivalcev, ki podpora najbolj potrebujejo. Breme nezdravega vedenjskega sloga močno ogroža celotno prebivalstvo Slovenije; zahteva univerzalne javnozdravstvene ukrepe in razvoj podpornih okolij, ki omogočajo zdrave izbire vsem, hkrati pa presežna obremenjenost ranljivejših skupin prebivalstva z nezdravim vedenjskim slogom zahteva načrtovane dodatne in specifične ukrepe za zaščito njihove ranljivosti in učinkovitejšo krepitev njihovega zdravja.

Breme kroničnih nenalezljivih bolezni in nezdravega vedenjskega sloga ter neenakosti v zdravju, ki se pojavljajo v povezavi z obojim, vzročno in posledično, močno krni razvojne potenciale države in kakovost življenja prebivalcev Slovenije. Vse to zahteva celovito in odgovorno ukrepanje politike, stroke in celotne družbe. Odgovornost vsakega resorja do oblikovanja in implementacije ciljanih ukrepov za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju je treba sprejeti v Zakonu o javnem zdravju in spremljati dosežke njegove implementacije v Državnem zboru RS.

Stroka na področju javnega zdravja in primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji že več kot dve desetletji uresničuje vizijo programa CINDI (Collaboration for Integrated Noncommunicable Disease Intervention) in promovira razvoj integriranih politik na področju kroničnih nenalezljivih bolezni, razvija mreže, usmerjene v ukrepanje, usposablja zdravstvene delavce, podpira mobilizacijo resursov in izvaja raziskave, ki podpirajo ukrepanje na področju krepitev zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Gradnja kapacitet in partnerstev je v programu CINDI temelj učinkovite intervencije, vzpostavljene mreže pa so se izkazale kot najučinkovitejši način za implementacijo intervencij. Iskrena zahvala gre vsem dolgoletnim sodelavcem programa CINDI v Sloveniji, ki so s svojim strokovnim razvojnim in izvedbenim sodelovanjem v programih krepitev zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni pomembno prispevali k uresničevanju skupnih ciljev. Posebna zahvala gre tudi vsem tesnim sodelavcem raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog« in piscem znanstvenih monografij na tem področju.

Pred nami so zaradi nenehno spreminjajoče se situacije v družbi novi izzivi. Gospodarska kriza in z njo povezana socialno-ekonomska kriza močno zaznamujeta javno zdravje državljanov – že kratkoročno slabšata duševno zdravje prebivalcev in vedenjski slog, povezan z zdravjem, posebej pri revnih, manj izobraženih in nezaposlenih skupinah prebivalcev, dolgoročno vplivata na pojavnost kroničnih nenalezljivih in tudi nalezljivih bolezni. Za zaščito in varovanje javnega zdravja družbe in vsakega posameznika je celostno ukrepanje družbe, politike in stroke javnega zdravja v zdajšnjih časih potrebno bolj kot kdaj koli prej. V družbi z dvema milijonoma prebivalcev ima optimalno zdravje vsakega posameznika še večjo težo v gospodarskem in družbenem razvoju kot pri večmilijonskih družbah. Zato je pomembno, da se politika zaveda nepogrešljivega prijemališča za izboljšanje ekonomskega in družbenega razvoja, to je izboljšanje javnega zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju. Stroka javnega zdravja pa je dolžna s svojimi raziskavami kontinuirano spremljati občutljiva dogajanja v družbi in zdravju prebivalcev ter opozarjati politiko in javnost o vzročnih in posledičnih dogajanjih, povezanih z javnim zdravjem in družbeno-ekonomskim razvojem.

Jožica Maučec Zakotnik
Urednica in programska direktorica CINDI Slovenija

Recenzija publikacije

Gradivo »Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja«, ki ga je za publikacijo pripravilo 15 avtorjev, nam prikazuje dognanja na podlagi štirih obdobjnih preglednih presečnih raziskav na vzorcih odraslih (starih od 25 do 64 let) prebivalcev Slovenije v letih 2001, 2004, 2008 in 2012. Avtorji so povzeli rezultate vseh štirih raziskav ter prikazali značilnosti in trende z zdravjem povezanega življenjskega sloga; podkrepili so jih tudi z novimi strokovnimi spoznanji in priporočili.

V tej publikaciji so želeli osvetliti tudi stališča in vedenja ljudi v obdobju 2008–2012, ki ga je močno zaznamovala širša socialno-ekonomska kriza. V Sloveniji je ta kriza nedvomno vplivala na poslabšanje gmočnih pogojev življenja in zmanjšanje socialne varnosti prebivalstva, kar se že kaže v nekaterih spremenjenih trendih. Avtorji v enajstih poglavjih s tematskimi naslovi Zdravje in socialno-ekonomska kriza, Samoocena zdravja, Prehranjevanje, Čezmerna hranjenost in debelost, Telesna dejavnost, Tobak, Alkohol, Negativni stres, Skrb za ustno zdravje, Arterijska hipertenzija in Angina pectoris predstavijo ugotovitve, trende in mogoče ukrepe. Tem poglavjem sledita še organizacijsko-metodološki poglavji Priprava vprašalnika in izvedba terenske faze ankete 2012 ter Metodologija analize rezultatov, ki dopolnjujeta že v prejšnjih raziskavah CINDI zastavljeni izvedbeni in metodološki protokol (Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012) in ga dopolnjujeta oziroma izboljšujeta predvsem v pogledu popolnosti in preglednosti podatkov, njihove dosegljivosti (splet) ter zagotavljanja primerljivosti.

Rezultati raziskave so prikazani opisno, v preglednicah in grafikonih ter spremljani s komentarji in zaključki v katerih so naštetih nekateri mogoči ukrepi na državni ravni v okviru lokalnih skupnosti, zdravstvene dejavnosti ali na ravni sprememb življenjskega sloga posameznika. Poudarjen je pomen ukrepov za posebej ogrožene skupine prebivalcev glede na socialno-ekonomske razmere, geografsko območje in položaj posameznikov ter glede na značilnosti, povezane s starostjo, spolom, z izobrazbo, s samoocenjenim družbenim položajem.

Posebno pozornost zasluži usmerjenost raziskovalcev k proučevanju povezanosti razlik v družbeno-ekonomskem položaju z zdravstvenimi izidi v posameznih skupinah preiskovancev. Potrdili so, da se družbena neenakost pomembno povezuje z zdravstveno neenakostjo; s tem so nakazali, kako pomembno je na področju javnega zdravja širiti znanje in zavest o odločilni vlogi kompleksnih socialno-ekonomskih determinant na zdravje. Zmanjševanje neenakosti v zdravju je najpomembnejši cilj javnega zdravja in temu je treba posvetiti domala vse družbene in strokovne aktivnosti.

Opazovanje gibanja trendov z zdravjem povezanega življenjskega sloga pomeni temeljni cilj opazovalnega zdravstvenega nadzornega sistema. Na podlagi razpoložljivih podatkov v posameznih prostorskih in časovnih okvirih smo dobili vpogled v nekatere strokovne podrobnosti, s prikazom razporeditve in gibanja/trendov pa veliko utemeljenih informacij za vrednotenje dozdajšnjih javnozdravstvenih aktivnosti in načrtovanje novih.

V prihodnje bi bilo zaželeno, da bi raziskovalci obogatili analizo z bolj prepleteno kombinacijo podatkov ter dosegli večjo pregledno in uporabno vrednost v pogledu predlaganih ukrepov za izboljšanje socialno-ekonomskih determinant zdravja. Na podlagi ugotovitev je treba na jasnejši in akcijsko bolj zavezujoč način pozvati odgovorne politične, finančne in druge odločevalce, da se odzovejo na probleme, ki jih v naslovu izpostavlja publikacija »Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja«.

Nedvomno so v publikaciji analitično obravnavani elementi, ki lahko prispevajo k temu, da bi v naši družbi javno zdravje in blaginjo ljudi razumeli kot sistem, v katerem smo za zdravje odgovorni vsi – posamezniki, ki naj prevzamejo za zdravje prijazen način življenja, strokovnjaki, ki lahko zaradi znanja in veščin pomagajo ljudem pri preprečevanju bolezni in odpravljanju tegob, povezanih z njimi, ter s strokovnimi dognanji pomagajo politikom pri pripravi in sprejemanju družbenih ukrepov v prid izboljševanja zdravja prebivalstva, politiki, državniki in javni funkcionarji, ki so odgovorni, da uredijo razmere in okolje, v katerem se zdravje lahko uresničuje. Žal je bilo na tem segmentu zagotavljanja zdravja (politika zdravja, cilji zdravja, predpisi, ekonomske osnove, potrebna nacionalna infrastruktura: epidemiološko spremljanje, informacijski sistem, mreža izvajalcev itn.) v zadnjem desetletju premalo narejenega. Ta publikacija opozarja, da se spremembe v načinu in pogojih življenja po krajšem ali daljšem obdobju pokažejo v spremenjenem zdravstvenem stanju prebivalstva, zato je čuječnost in odgovornost na tem področju treba še okrepiti.

Dr. Marjan Premik

Recenzija publikacije

Slovenija ima bogato tradicijo zbiranja najrazličnejših podatkov o zdravju prebivalcev in tudi drugih podatkov, ki kažejo na socialno-ekonomsko stanje na nacionalnem ali regionalnem območju, tudi za posamezne socialno-ekonomske skupine prebivalcev. Podatki in njihovo analitično povezovanje so dragoceno izhodišče za oblikovanje dokazov, ki so ključni za oblikovanje uspešnih (javnozdravstvenih) politik.

Pri podatkih sta izjemno pomembni njihova verodostojnost in razpoložljivost. Nacionalni inštitut za javno zdravje, naslednik Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, ima dolgoletno tradicijo na področju zbiranja in obdelovanja podatkov s področja zdravja, zato je izjemno kredibilna ustanova na tem področju.

Naslednja pomembna elementa epidemioloških raziskav sta njihova mednarodna primerljivost in spremljanje trendov skozi čas. Slovenija v raziskavah zdravja in vedenjskega sloga prebivalcev (CINDI) sodeluje od leta 2001. Leta 2012 je takratni Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije objavil publikacijo s primerjalnimi rezultati raziskav CINDI iz let 2001, 2004 in 2008.

Program CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) svoje aktivnosti osredinja na obvladovanje najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni, pri čemer uporablja celovite ukrepe krepitve zdravja in preprečevanja bolezni. CINDI uporablja standardizirano metodologijo in celovit sistem za spremljanje in evalvacijo programa. Spremljanje in evalvacija se izvajata v rednih časovnih intervalih, pri tem pa se uporabljajo vnaprej dogovorjeni indikatorji in metodologija (CINDI Health Monitor: A Study of feasibility of a health behaviour monitoring survey across CINDI countries. World Health Organization 2003. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/240236/e79396.pdf). Prav ti elementi programa CINDI omogočajo mednarodno primerljivost posameznih nacionalnih rezultatov in tudi spremljanje trendov skozi čas.

Vsi navedeni elementi dajejo veliko težo tej publikaciji, ki v širšem kontekstu predstavlja rezultate zadnje iz vrste raziskav CINDI, saj je bila narejena leta 2012. Prav poseben pomen pa tem zadnjim rezultatom daje dejstvo, da gre za prvo tovrstno raziskavo v času nekajletne ekonomske krize, saj je zadnja raziskava CINDI bila narejena leta 2008, ko se je ekonomska kriza v Sloveniji šele začinjala. Znano je, da se ekonomska kriza hitro in neposredno kaže na slabšem zdravju ljudi, saj hitro pride tudi do poslabšanja na področju kroničnih nenalezljivih bolezni. Rezultati najnovejše raziskave so nekoliko presenetljivi, saj samoocena zdravja anketiranih prebivalcev Slovenije ne kaže na poslabšanje situacije. Ta rezultat je vsekakor odlična iztočnica za morebitne nove raziskave in analize, ki bi lahko potrdile ali ovrgle raznolike teorije ne le o mogočih razlogih za takšen rezultat, ampak tudi rezultat sam. Rezultati, objavljeni v tej publikaciji, pa tudi jasno nakazujejo slabšanje nekaterih trendov v življenjskem slogu prebivalcev, ki se bodo prej ali slej odrazili na slabšem zdravju prebivalcev. Ob tem je dragocen prikaz rezultatov glede na socialno-ekonomske dejavnike oz. socialno-ekonomske skupine prebivalcev. Znano je, da univerzalne politike povečujejo neenakosti

med posameznimi skupinami, zato tovrstni podatki omogočajo nadgradnjo univerzalnih politik s specifičnimi usmerjenimi pristopi za zmanjševanje neenakosti v zdravju prebivalcev in s tem doseganje univerzalnih izidov.

Publiciranje teh aktualnih podatkov hkrati omogoča seznanjanje različnih javnosti in s tem izpolnitev ključnega predpogoja za njihovo informirano vključevanje v razpravo o zdravju. Tako publikacija pomembno prispeva h gradnji predpogojev za doseganje dveh strateških ciljev, zapisanih v strategiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) Zdravje 2020:

- izboljševanje zdravja za vse in zmanjševanje neenakosti v zdravju ter
- izboljševanje vodenja in participatornega upravljanja za zdravje.

V dobro strukturirani publikaciji avtorji jasno podajo ključne izsledke raziskave in v svojih zaključkih ob koncu posameznega poglavja rezultate jasno povežejo z nastajajočimi strategijami ali politikami, kjer je to mogoče, hkrati pa nakažejo mogoče smeri iskanja ukrepov za izboljšanje stanja tudi na področjih, na katerih se o oblikovanju ustreznih ukrepov šele razmišlja.

Nacionalni inštitut za javno zdravje kot osrednja javnozdravstvena ustanova v državi redno objavlja svoje izsledke ter tako omogoča preprost dostop do pomembnih podatkov in informacij. Tako daje tudi pomembno usmeritev vsem ustanovam, ki z javnimi sredstvi zbirajo in obdelujejo različne podatke ali izvajajo raziskave, pa njihove podatkovne baze in rezultati zaradi najrazličnejših razlogov niso na voljo drugim ustanovam ali raziskovalcem. Ne nazadnje sta 1) zagovorništvo, komunikacija in mobilizacija skupnosti za zdravje ter 2) raziskovanje na področju javnega zdravja v podporo politikam in ukrepom dve izmed desetih ključnih funkcij javnega zdravja.

Marijan Ivanuša,
vodja Urada SZO v Sloveniji

POVZETEK

Z letom 2008 se je v Sloveniji začelo obdobje hujše ekonomske krize. Zaradi slabših ekonomskih pogojev obstaja skrb, da ima in bo imela kriza negativni učinek tudi na zdravje prebivalstva. Objavljeni so številni dokazi, da samoocena zdravja sledi socialno-ekonomskemu položaju. V splošnem velja, da ljudje z nižjim socialno-ekonomskim položajem svoje zdravje ocenjujejo slabše kot ljudje z višjim socialno-ekonomskim položajem. Večina dozdašnjih ugotovitev iz tujine kaže, da naj bi ekonomska kriza in varčevalni ukrepi negativno vplivali na zdravje prebivalstva, čeprav si vsi dokazi med seboj niso enotni. Seštevek nasprotujočih si individualnih in družbenih učinkov ekonomske krize na prebivalstvo je zato zelo težko ocenjevati in napovedati.

Čeprav bi pričakovali, da so ekonomska kriza in varčevalni ukrepi že negativno vplivali na zdravje prebivalstva, se pri lastni oceni zdravja, ki sicer velja za dober kazalnik zdravja prebivalstva, to ne kaže. Rezultati kažejo, da se je ocena lastnega zdravja v obdobju med letoma 2001 in 2012 konstantno izboljševala. Še vedno so prisotne precejšnje razlike med regijami. Podobne ugotovitve imajo tudi nekatere druge evropske države, medtem ko se pri drugih negativni učinki že kažejo, pri tretjih pa je stanje nespremenjeno. Na razlike med državami naj bi ključno vplivali prav varčevalni ukrepi in odzivi držav na krizo. Kot ugotavljajo, so socialne in ekonomske politike in ne zdravstvene tiste, ki lahko zmanjšajo potencialno velik negativen vpliv ekonomske krize na zdravje prebivalstva. Morda je naša dolgoletna tradicija socialne države tista, ki za zdaj še ohranja doseženo raven zdravja prebivalstva, vendar pa je na dolgi rok ob nespremenjenih ali celo slabših pogojih življenja treba predvideti poslabšanje izidov zdravja celotnega prebivalstva ali njenih skupin.

Iz raziskav je razvidno, da se od leta 2001 do leta 2008 kažejo trendi izboljševanja prehranjevalnih navad odraslih prebivalcev Slovenije, kar pa pri nekaterih ključnih merilih, kot sta uživanje sadja in zelenjave, ni opazno v letu 2012. Dejstvo je, da so spremembe v prehranjevanju in vedenjskem slogu dolgotrajen proces. Ugotovljene spremembe prehranjevalnih navad prebivalcev Slovenije so podobne kot v državah severne Evrope in sredozemskih državah. Tipični zahodni način prehranjevanja je opaznejši pri mlajšem prebivalstvu kot pri starejšem. Število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca Slovenije še vedno nista skladna s priporočili; zaužijemo preveč za zdravje škodljivih maščob, slane, mastne in sladke hrane. V naši prehrani je premalo sadja, predvsem pa zelenjave. Nakazuje se trend izboljševanja prehranjevalnih navad z vidika dosoljevanja obrokov in uporabe olivnega olja ter drugih rastlinskih olj pri pripravi hrane. Prav tako ugotavljamo zmanjšan trend uživanja aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač ter nespremenjen trend uživanja peciva in sladic. Bolj nezdravo se prehranjujejo moški, osebe iz čisto spodnjega in delavskega družbenega sloja ter nižje izobraženi z osnovnošolsko in s poklicno izobrazbo. Največ determinant nezdravega prehranjevanja se je pokazalo v vzhodnem delu Slovenije.

Delež tistih, ki uživajo svežo zelenjavo enkrat dnevno ali pogosteje, se je od leta 2001 do leta 2012 zmanjšal. Opazen je padajoč statistično značilen trend uživanja zelenjave enkrat na dan ali več

kot enkrat na dan. Več žensk enkrat ali večkrat na dan uživa zelenjavo v primerjavi z moškimi (leto 2012: ženske 51,0 %, moški 33,9 %), opažamo pa padajoč trend uživanja sveže zelenjave enkrat na dan ali pogosteje pri obeh spolih. Trend zmanjševanja uživanja zelenjave je opazen pri vseh starostnih in izobrazbenih skupinah ter pri vseh družbenih slojih. Neenakosti z vidika nezadostnega uživanja sveže zelenjave opažamo glede na družbeni sloj – najmanj pogosto uživajo svežo zelenjavo pripadniki čisto spodnjega in delavskega družbenega ter srednjega družbenega sloja. Trend uživanja svežega sadja enkrat na dan je od leta 2001 do leta 2012 padajoč. Uživanje sadja je pri približno 50 % anketirancev po pogostosti zadostno; med njimi sta opazna upad deleža tistih, ki uživajo sveže sadje več kot enkrat na dan, in porast deleža tistih, ki ga uživajo enkrat na dan. Manj pogosto jedo sveže sadje moški, tisti iz mlajših starostnih skupin, manj izobraženi in pripadniki čisto spodnjega in delavskega družbenega sloja. Z ustreznimi ukrepi politike, usmerjenim sodelovanjem prehranskih strokovnjakov, strokovnjakov javnega zdravja, pridelovalcev hrane, živilskopredelovalne industrije ter medijev, s ciljno promocijo in z izobraževanjem o zdravem načinu prehranjevanja ter ustreznimi podpornimi okolji v vseh življenjskih obdobjih lahko pripomoremo k boljšim prehranjevalnim navadam in prehranjevanju ter s tem k ohranjanju in krepitvi zdravja prebivalcev Slovenije.

Svetovna zdravstvena organizacija je že leta 1997 debelost uvrstila med bolezni, v 21. stoletju pa debelost predstavlja enega največjih izzivov javnega zdravja v svetu. Pojavnost debelosti se je od leta 1980 v več evropskih državah celo potrojila in v vseh še vedno raste, posebno med otroki. Med odraslimi prebivalci Slovenije ugotavljamo, da se delež anketirancev z indeksom telesne mase pod 25, to je primerno in premalo hranjenih, skozi leta ne spreminja, zmanjšuje pa se delež čezmerno hranjenih in povečuje delež debelih med odraslimi prebivalci Slovenije, in sicer predvsem na račun porasta debelosti pri moških. Neenako obremenjenost s čezmerno težo in z debelostjo opažamo glede na izobrazbo, saj je delež čezmerno hranjenih in debelih najvišji pri anketirancih z osnovno in s poklicno šolo; z višanjem izobrazbe se zmanjšuje v vseh letih spremljanja.

Redna telesna dejavnost je eden ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Delež odraslih, ki dosegajo smernice za telesno dejavnost Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) s celokupno telesno dejavnostjo, upoštevajoč starostno skupino od 25 do 64 let, se je v letih od 2001 do 2012 značilno povečal – pri ženskah za 13 %, pri moških pa za skoraj 5 %. Porazdelitev glede na geografska območja se je povsem spremenila: leta 2001 je bil najvišji delež najden v vzhodni Sloveniji, najnižji pa v osrednji Sloveniji. Leta 2012 je delež najvišji v zahodni, najnižji pa v vzhodni Sloveniji. Delež anketirancev, ki smernice za telesno dejavnost SZO dosegajo z zmerno telesno dejavnostjo, se je povečal za 14 %. Tudi tukaj je sprememba izrazito večja pri ženskah kot pri moških. Delež anketirancev, ki hodi redno, se je povečal za 25 %. Čeprav stopnja telesne dejavnosti pri odraslih prebivalcih Slovenije v splošnem narašča, opažamo neenakosti med skupinami z različnim socialno-ekonomskim ozadjem. Izsledki kažejo na učinkovitost ukrepov za spodbujanje telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vendar morajo biti bolj usmerjeni v gmotno in socialno šibkejše skupine. Pri tem je treba vključiti vse ravni družbe – od politike do posameznika – in tudi različne sektorje, predvsem zdravstvenega, športnega, izobraževalnega in socialnega.

Za izboljšanje prehranjevalnih in gibalnih navad prebivalcev Slovenije je ključnega pomena zagotovitev za zdravje naklonjenih javnih politik s sistemskimi ukrepi, ki bodo omogočale

dostopnost do zdravega prehranjevanja in zdravega življenjskega sloga vsem prebivalcem Slovenije, tudi socialno šibkim. Zdrave izbire morajo postati lažje dostopne izbire, sicer težko pričakujemo, da bodo socialno šibki posegali po zdravih živilih in se zdravo prehranjevali. Dodatno so poleg sistemskih ukrepov, ki bodo omogočali večjo dostopnost do zdrave hrane, zdravega prehranjevanja in več telesne dejavnosti vsem skupinam prebivalcev, pomembni tudi ustrezni programi in aktivnosti za ozaveščanje, informiranje in za izobraževanje prebivalstva o zdravem načinu prehranjevanja, redni telesni dejavnosti, preprečevanju debelosti od rane mladosti naprej in o zdravem hujšanju, kadar se pojavi debelost.

Slovenija se uvršča v sam vrh držav članic EU po porabi alkohola in tudi po zdravstvenih posledicah zaradi pitja alkohola. Vsak deseti Slovenec (25–64 let) čezmerno pije alkohol, vsak drugi se vsaj enkrat letno opije. Moški manj abstininirajo, pijejo alkohol pogosteje in v večji meri v primerjavi z ženskami. Čezmerno pitje alkohola s starostjo narašča, medtem ko visokotvegano opijanje s starostjo upada. Prebivalci vzhodne Slovenije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visokotvegano opijajo. V obdobju 2001–2012 zaznavamo trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač, čeprav se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, je pa značilno porastel delež tistih, ki so se visokotvegano opili vsaj enkrat na leto, potem ko smo do leta 2008 zaznavali trend padanja takega vedenja. Na ta neugoden trend uživanja alkoholnih pijač bi lahko vplivala gospodarska kriza. Obvladovanje problematike posledic pitja alkohola je učinkovitejše ob širšem družbenem konsenzu. Tako SZO med najuspešnejše ukrepe alkoholne politike, ki dokazano zmanjšujejo škodo zaradi alkohola, uvršča davčne in cenovne ukrepe ter omejevanje dostopa, ki jih kot najučinkovitejše in stroškovno upravičene priporoča tudi za obdobje finančne krize. Poleg teh SZO priporoča tudi skrb za varnost v cestnem prometu, kratke svetovalne programe in zdravljenje motenj zaradi uživanja alkohola.

V Sloveniji je med dejavniki tveganja kajenje tobaka najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manjzmožnosti. V obdobju 2001–2012 se je znižal delež kadilcev in zvišal delež nekdanjih kadilcev, a tudi znižal delež tistih, ki niso nikoli kadili. Za čas v obdobju od 2008 do 2012 so značilne manj ugodne spremembe v razširjenosti kajenja. Zvišal se je delež kadilcev na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko se med moškimi delež ni spremenil. Hkrati se je znižal delež oseb, ki niso nikoli kadile, in to pri obeh spolih. Neugodne spremembe v razširjenosti kajenja so izrazitejše med ženskami. Med ugodnimi izidi zaznavamo višanje deleža nekdanjih kadilcev. K temu sta najverjetneje najbolj prispevala ukrep prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih ter povečan obseg svetovanj opustitve kajenja zdravstvenih delavcev. Potrebno je dodatno spodbujanje zdravstvenih delavcev k svetovanju opustitve, saj so deleži kljub zviševanju še vedno nizki, pa tudi ovrednotenje ustreznosti in kapacitet obstoječega sistema pomoči pri opuščanju kajenja ter prilagoditev potrebam, ki bodo lahko še posebej narasle ob uvedbi različnih ukrepov. Pomembna je čimprejšnja uvedba znanih učinkovitih ukrepov in ustreznih programov za zmanjševanje razširjenosti kajenja in posledic kajenja med prebivalci Slovenije.

Doživljanje stresa je do določene mere normalno, dlje časa trajajoči negativni stres brez sprostitve pa predstavlja enega ključnih dejavnikov za slabšanje zdravstvenega stanja posameznika, saj povečuje tveganje za nastanek številnih bolezni in motenj ter poslabšanje

že obstoječih bolezenskih stanj. Finančno-gospodarska in ekonomska kriza v zadnjih letih predstavljata veliko tveganje za slabše duševno in telesno zdravje prebivalstva. Izguba službe, negotovost, nejasne zahteve in pričakovanja, občutki brezizhodnosti, slabšanje družbeno-ekonomskega položaja, revščina, neenakosti in različne spremembe v družbi povzročajo posameznikom dodatne duševne obremenitve, ponavljajoč in dolgotrajen stres pa lahko privede do upada razpoloženja, izgorelosti, različnih psihosomatskih in duševnih motenj, odvisno od posameznika. V obdobju 2004–2012 pa tudi posebej med letoma 2008 in 2012 zaznavamo statistično značilen porast občutenja stresa zaradi poslabšanja gmotnih pogojev za življenje, problemov v družini, slabih odnosov s sodelavci in osamljenosti. Omenjene spremembe v veliki meri pripisujemo posledicam finančno-gospodarske krize, tako da morajo biti tudi ukrepi usmerjeni v omilitev oz. zmanjševanje posledic krize. Poleg univerzalnih ukrepov, ki so namenjeni celotnemu prebivalstvu, je treba s posebnimi ukrepi pozornost posvetiti še populacijskim skupinam, ki so pri doživljanju stresa zaradi različnih življenjskih okoliščin, ki stres povzročajo, in pri obvladovanju stresa posebej ranljive, poleg njih pa posebno pozornost nameniti tudi zgodnjemu prepoznavanju novih ranljivih skupin.

Zobni karies in parodontalna bolezen predstavljata pomemben javnozdravstveni problem. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je karies v razvitem svetu naraščal do 60. let prejšnjega stoletja, nato pa je začel upadati, vendar še vedno prizadene vsaj 60–90 % šolskih otrok in veliko večino odraslih. Ščetkanje zob in redni obiski pri zobozdravniku so najpomembnejši načini lastne skrbi posameznika za vzdrževanje ustrezne ustne higijene ter posledično za preprečevanje kariesa in parodontalne bolezni. Leta 2012 ni obiskalo zobozdravnika kar 33,3 % odraslih ljudi, kar je več kot leta 2008; glede na leto 2008 je to na račun povečanega deleža moških, starih 25–39 let, z dokončano najmanj poklicno šolo. Naraščajoči trend neobiskov zobozdravnika med letoma 2001 in 2012 opazujemo med moškimi, starimi 40–54 let, s srednjo šolo in med ženskami, starimi 25–39 let, z najmanj višjo šolo. Nadaljuje se trend naraščanja obiskov enkrat na leto, medtem ko se večkratni obiski zmanjšujejo. Za vzdrževanje zdravja zob je zelo pomembno najmanj enkrat na leto preventivno obiskati zobozdravnika. Rezultati raziskave kažejo, da si zobe redno, vsaj dvakrat na dan, ščetka le 62,8 % odraslega prebivalstva. Pogostost slabe skrbi za ustno higieno (manj kot enkrat na dan) je bila leta 2012 glede na leto 2008 značilno večja pri obeh spolih z dokončano srednjo šolo ali manj. Stanje se je leta 2012 najbolj poslabšalo med mlajšim ženskami, starimi 25–34 let, med katerimi je delež tistih, ki si ščetka zobe manj kot enkrat dnevno, narasel z 0,6 % na 2,5 %.

Prevalenca arterijske hipertenzije se v opazovanem obdobju med letoma 2001 in 2012 povečuje s pomembnim trendom, predvsem na račun moških. Pojavnost je najvišja pri najstarejši starostni skupini, ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe, pri najnižjem družbenem sloju; prebivalci tega sloja jemljejo tudi največ zdravil proti zvišanemu krvnemu tlaku. Pojavnost je najvišja na vzhodnem geografskem območju Slovenije. Med prebivalci, starimi 25–74 let, o zvišanem krvnem tlaku poroča 25,7 % oseb (28,6 % moških in 22,7 % žensk). Zdravila za arterijsko hipertenzijo je redno jemalo 21,0 % oseb. Prevalenca arterijske hipertenzije s starostjo narašča in je v starostni skupini od 70 do 74 let prisotna pri moških v 53,2 % in pri ženskah v 55,0 %. Zvišan krvni tlak je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za obolevnost za kronične nenalezljive bolezni, ki so v Sloveniji in tudi svetu vodilni vzrok smrti in prezgodnje umrljivosti, kamor sodijo predvsem bolezni srca in ožilja s pojavnostjo srčnega infarkta, možganske kapi; zvišan krvni tlak pa vpliva tudi na obolevnost ledvic. Visoko dohodkovno razvite države so

začele zmanjševati arterijsko hipertenzijo pri prebivalcih z uspešnimi javnozdravstvenimi politikami in multisektorskim delovanjem, usmerjenim v zmanjšano količino soli v procesirani prehrani, in z omogočanjem diagnostike ter širše dostopnosti do odkrivanja in zdravljenja arterijske hipertenzije in dejavnikov tveganja zanjo.

Angina pektoris je povezana s kajenjem tobaka, z debelostjo, s pomanjkanjem telesne dejavnosti, stresom, z visoko ravnjo holesterola in maščob v krvi, zvišanim krvnim tlakom, s sladkorno boleznijo, z družinsko obremenjenostjo in s starostjo. Angina pektoris od 3- do 4-krat zviša tveganje za smrt pri sladkornih bolnicah in ženskah z moteno toleranco za glukozo. V obdobju od 2001 do 2012 je angino pektoris navajalo 5,3 % prebivalcev med 25. in 64. letom. Ob vsakem opazovanju je bil delež moških, ki so imeli angino pektoris, višji kot delež žensk. Deleži bolnikov so pri obeh spolih naraščali sorazmerno z naraščanjem starosti. Med dejavnikoma, ki sta služila kot približka socialno-ekonomskim razredom, to sta izobrazba in poklic, je bil delež bolnih najvišji med tistimi s končano ali z nedokončano osnovno šolo in se je zmanjševal z višanjem izobrazbe. V opazovanem obdobju je značilno padel delež moških in žensk, ki bi jim zdravnik bolečine za prsnico ali v mirovanju potrdil kot angino pektoris – pri moških v starosti od 45 do 64 let, pri ženskah pa že mlajših, tudi tistih, starih od 35 do 44 let.

ABSTRACT

The year 2008 saw the onset of a severe economic crisis in Slovenia. Due to deteriorated economic conditions, there is the concern that the crisis will also have a negative effect on the health of the population. Extensive evidence has been published that self-rated health and the socio-economic status are associated. In general, it applies that people with a lower socio-economic status rate their health worse than people with a higher socio-economic status. The majority of international findings that are available so far indicate that both the economic crisis and austerity measures themselves have a negative impact on the health of the population, even though the evidence is not uniform. The sum of contradictory individual and social effects of the economic crisis on the population is thus difficult to assess and predict.

Even though it might be expected for the economic crisis and austerity measures to have already had a negative effect on the health of the population, self-rated health, which is otherwise seen as a good indicator of the health of the population, does not show that. Results indicate that in the period between 2001 and 2012, self-rated health continually improved. Substantial differences between regions are still present. Similar findings have also been reported by some other European countries, while in some countries negative effects are already evident in others the situation has remained unchanged. The differences between the countries are supposedly predominantly affected by austerity measures and the state's response to the crisis. It has been established that it is the social and economic policies and not health policies which can reduce the potentially major negative impact of the economic crisis on the health of the population. It is perhaps our long-standing tradition of being a socialist state which is still maintaining the achieved level of health of the population, however, in the long run, with unchanged or even deteriorated living conditions, we need to anticipate deteriorated health results for the entire population or its groups.

Trends of improvement of majority of eating habits of the adult Slovenian population from 2001 to 2008 are shown. Thus the same trend is not evident in some of the main criteria of healthy eating, such as the consumption of fruit and vegetables, where we observed a decline in 2012. It is a fact that changes in eating habits and lifestyle are a lengthy process. The established changes in the eating habits of the Slovenian population are similar to the countries of Northern Europe and Mediterranean countries. The typical western style of eating is more evident in the younger population than in the older population. The number of daily meals and the rhythm of eating of the average Slovenian are still not in line with recommendations; we consume too many health-damaging fats, salty, fatty and sweet foods. Our eating habits show an insufficient intake of fruit and even more so of vegetables. There is a trend of improvement of eating habits from the viewpoint of adding salt to food and using olive oil and other vegetable oils in food preparation. We have also established reduced trends in the consumption of flavoured carbonated and non-carbonated beverages and unchanged trends in the consumption of pastry and desserts. Less healthy eating habits have been established in men, people from the lowest and working class and

people with lower educational attainment, i.e. primary and vocational education. The majority of determinants of unhealthy eating habits have been established in the eastern part of Slovenia.

The share of people, who consume fresh vegetables once a day or more frequently, decreased from 2001 to 2012. A statistically significant declining trend in the consumption of vegetables once a day or more frequently has been noted. Compared to men, more women consume vegetables once a day or more frequently (in 2012 women – 51.0 %, men – 33.9 %), however a declining trend in the consumption of fresh vegetables once a day or more frequently has been noted in both genders. The declining trend in the consumption of vegetables is evident in all age and educational groups and in all social classes. Inequalities in terms of insufficient consumption of fresh vegetables have been noted with regard to social class – the least frequently, fresh vegetables are consumed by people from the lowest and the working class and the middle class. The trend of consuming fresh fruit once a day is declining from 2001 to 2012. For approximately 50 % of respondents, fruit consumption is sufficient in terms of frequency. Among them, a decline in the share of people consuming fresh fruit more than once a day and an increase in the share of people consuming it once a day have been noted. Fresh fruit is less frequently consumed by men, people from the younger age groups, people with lower educational attainment and by members of the lowest and working class. Appropriate policy measures, directed cooperation of nutritional experts, public health experts, food producers, the food processing industry and the media, a targeted promotion and education on healthy eating habits and appropriate supporting environments for all life stages can contribute to better eating habits and nutrition and thus also to maintaining and strengthening the health of the Slovenian population.

Already in 1997, the World Health Organisation (WHO) classified obesity as a disease, while in the 21st century it represents one of the greatest public health challenges in the world. Since 1980, the prevalence of obesity has even tripled in several European countries and is still growing in all of them, especially among children. It has been established that the share of respondents with a BMI of under 25, i.e. with normal weight and underweight, is not changing throughout the years, while the share of overweight persons is decreasing and the share of obese persons among the adult Slovenian population is increasing, predominantly due to the increase of obesity in men. Inequalities in overweight and obesity have been noted with regard to educational attainment, as the share of overweight and the share of obese persons is the highest among respondents with primary and vocational education and drops parallel to a higher educational attainment in all years of monitoring.

Regular physical activity is one of the key lifestyle factors for maintaining and improving health. The share of adults, who meet the recommendations of the WHO on physical activity with the total amount of physical activity, in consideration of the 25 to the 64 years old age group, has significantly increased between 2001 and 2012; among women by 13 % and among men by 5 %. The distribution with regard to geographical areas has changed completely: in 2001, the highest share was noted in eastern Slovenia and the lowest in central Slovenia. In 2012, this share is the highest in western and the lowest in eastern Slovenia. The share of respondents, who meet the WHO recommendations on physical activity with moderate intensity physical activity increased by 14 %. The change is again more pronounced among women than among men. The share of respondents, who walk regularly,

increased by 25 %. Even though the level of physical activity among the adult Slovenian population is generally increasing, inequalities between groups with a different socio-economic background have been noted. The findings show that measures aimed at facilitating physical activity for strengthening health have been efficient, however they need to be directed more towards the financially and socially weaker groups. All levels of society have to be included in this respect – from policies to the individual – as well as different sectors, especially the health, sports, educational and social sector.

In order to improve the eating and physical activity habits of the Slovenian population, it is crucial to ensure public policies that are favourable to health by utilising systemic measures, which will ensure access to healthy eating and a healthy lifestyle to all Slovenian residents, including the socially weaker ones. Healthy choices have to become more easily accessible choices, otherwise it is difficult to expect that socially weaker persons will choose healthy food and have healthy eating habits. In addition to systemic measures, which will enable better access to healthy food, healthy eating habits and more physical activity to all population groups, corresponding programmes and activities for raising awareness, providing information and educating the population on healthy eating habits, regular physical activity, prevention of obesity from early youth onwards and on healthy dieting when obesity occurs, are equally important.

Slovenia is among the top EU Member States in terms of alcohol consumption and health consequences of alcohol consumption. Every tenth Slovenian (25-64 years old), consumes alcohol excessively and every second Slovenian report heavy episodic drinking (or binge drinking) at least once a year. Men abstain less, consume alcohol more frequently and to a greater degree compared to women. Excessive alcohol consumption increases with age, while heavy episodic drinking declines with age. The residents of eastern Slovenia to a greater extent excessively consume alcohol and engage in heavy episodic drinking. In the 2001-2012 period, an upward trend in abstainers and a downward trend in excessive drinkers of alcoholic beverages has been noted, even though in 2012, compared to 2008, the share of excessive drinkers of alcoholic beverages did not significantly change, however the share of those engaging in heavy episodic drinking at least once a year has significantly increased while a decline in such a behaviour had been noted until 2008. The economic crisis may have had an effect on this unfavourable trend of alcohol consumption. It is more efficient to manage the problems related to alcohol consumption with a broader social consensus. The WHO thus classifies price and tax measures and restrictions on availability as the most successful measures of alcohol policy, which have been proven to reduce alcohol-related harm. These are also recommended as the most efficient and cost effective during the financial crisis. Furthermore, the WHO also recommends care for safety in road transport, short counselling programmes and treatment of alcohol use disorders.

Tobacco smoking is one of the most important preventable risk factor for deaths and healthy life years lost (due to premature mortality and years lived with disability) in Slovenia. In the 2001-2012 period, the share of smokers decreased and the share of former smokers increased. However, the share of never-smokers also decreased. The 2008-2012 period is characterised by less favourable changes as regards prevalence of smoking. The share of smokers increased due to higher shares of female smokers, while the share remains the same among men. At the same time, the share of never-smokers decreased in both genders. The

unfavourable changes in the prevalence of smoking are more distinct among women. As regards favourable results, higher shares of former smokers have been noted. This is probably mostly due to the total ban on smoking in enclosed public and work places and the greater volume of medical counselling on giving up smoking. Health workers need to be additionally encouraged to advise patients to give up smoking, as despite increases, the shares are still low. We also need to assess the adequacy and capacities of the existing support system for quitting smoking and adapting to increased needs, which could arise with the implementation of additional measures. Known and efficient measures and appropriate programmes for reducing the prevalence of smoking and its consequences among the Slovenian population need to be implemented as soon as possible.

To a certain degree, experiencing stress is normal. Long-term negative stress that does not subside however, represents one of the key factors for the deterioration of an individual's health status, as it increases the risk for the onset of numerous diseases and disorders and for the deterioration of existing health conditions. In recent years, the financial and economic crisis has presented a great risk for poorer mental and physical health of the population. Loss of employment, uncertainty, unclear demands and expectations, feelings of hopelessness, deterioration of the social and economic status, poverty, inequalities and various changes in the society cause additional mental strains for individuals, while recurring and long-lasting stress may, depending on the individual, lead to mood deterioration, burnout and different psychosomatic and mental disorders. In the 2004-2012 period as well as especially from 2008-2012, there has been a statistically significant increase of experiencing stress due to deterioration of financial conditions, problems in the family, poor relationships with co-workers and loneliness. To a great extent, the mentioned changes are attributed to the consequences of the financial and economic crisis and measures thus have to be directed towards mitigating or reducing the effects of the crisis. In addition to universal measures, which are aimed at the entire population, we also need to implement special measures focusing on population groups, which are especially vulnerable to experiencing stress due to different living conditions that cause stress and to managing it, while special attention also has to be paid to early recognition of new vulnerable groups.

Dental caries and periodontal disease are important public health problems. According to data of the World Health Organisation, caries increased in the developed world until the 1960s and then began declining. Nevertheless, it still affects at least 60-90 % of school-aged children and a great majority of adults. Brushing and regular visits to the dentist are the most important ways of own care for maintaining an appropriate oral hygiene and consequently for preventing caries and periodontal disease. In 2012, as many as 33.3 % of adults did not visit a dentist, which is more than in 2008. With respect to 2008, this increase is due to the increased share of men aged 25-39 who have completed at least a vocational school. The growing trend of not visiting the dentist between 2001 and 2012 can be observed among men aged 40-54 with secondary education and women aged 25-39 with at least a higher education. The trend of increased visits once a year is continuing, while repeated visits are decreasing. In order to maintain dental health, preventive visits to the dentist at least once a year are necessary. The results of the study indicate that only 62.8 % of the adult population brush their teeth regularly at least twice a day. Compared to 2008, the frequency of poor oral hygiene care (less than once a day) was significantly greater in 2012 in both genders with complete secondary school or lower. In 2012, the situation deteriorated the most among

younger women aged 25-34, where the share of women who brush their teeth less than once a day increased from 0.6 % to 2.5 %.

In the observed period from 2001 to 2012, the prevalence of arterial hypertension increases with a significant trend, especially among men. Incidence is the highest in the oldest age group, among persons with the lowest educational attainment and in the lowest social class, with members of this class also taking the highest number of medications for treating high blood pressure. Incidence is the highest in the eastern geographical area of Slovenia. Among the population aged 25-74, 25.7 % (28.6 % men and 22.7 % women) reported having high blood pressure. 21.0 % of persons regularly took medicine for treating arterial hypertension. Prevalence of arterial hypertension increases with age and in the 70 to 74 age group, it is present in 53.2 % of men and 55.0 % of women. High blood pressure is one of the most important risk factors for morbidity from chronic non-communicable diseases, which, both in Slovenia and globally, represent the leading cause of death and premature mortality, especially including cardiovascular diseases with incidence of heart attack and stroke, while high blood pressure also affects the incidence of kidney diseases. High-income countries began reducing arterial hypertension of their population by implementing successful public health policies and with multi-sectoral actions, which are directed towards reduced amounts of salt in processed food and by enabling diagnostics and wide accessibility to detecting and treating arterial hypertension and its risk factors.

Angina pectoris is related to tobacco smoking, obesity, lack of physical activity, stress, high blood cholesterol and fat levels, high blood pressure, diabetes, family history and age. Angina pectoris increases the risks of death in female diabetic patients and women with impaired glucose tolerance by 3 to 4 times. In the 2001 to 2012 period, angina pectoris was reported by 5.3 % of the population aged 25-64. At each observation, the share of men with angina pectoris was higher than the share of women. For both genders, the shares of patients increased proportionately to age. Considering factors, which served as an approximation of social and economic classes, i.e. educational attainment and profession, the share of patients was the highest among persons with completed or uncompleted primary school and decreased with increasing levels of educational attainment. In the observed period, we saw a significant decline of the share of both men and women, who have had doctors confirm chest pain or pain occurring at exercise or at rest as angina pectoris – among men aged 45 to 64 and among women already among the younger ones aged 35 to 44.



1

ZDRAVJE IN SOCIALNO- EKONOMSKA KRIZA

Sonja Tomšič, Tatjana Kofol Bric

1 ZDRAVJE IN SOCIALNO-EKONOMSKA KRIZA

Zdravje je na splošno prepoznano kot ena največjih vrednot posameznikov in družbe, ker je predpogoj za človekovo udejstvovanje v vsej svoji celovitosti; prav zato je zdravje tudi odraz stanja posamezne družbe.

Javno zdravje je zavezano k skrbi za zdravje in h kakovosti življenja celotnega prebivalstva. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) kot nosilna ustanova za javno zdravje na nacionalni ravni ima med osnovnimi poslanstvi spremljanje zdravstvenega stanja in razširjenosti dejavnikov tveganja prebivalcev Slovenije. Na osnovi teh informacij lahko javnozdravstvena stroka v sodelovanju z različnimi drugimi strokami predlaga odločevalcem v različnih resorjih ukrepe za izboljšanje zdravja.

Zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije na NIJZ spremljamo z najrazličnejšimi kazalniki iz različnih virov podatkov. Na področju spremljanja kroničnih bolezni, ki predstavljajo največje breme sodobnega človeka, in dejavnikov, povezanih z njimi med odraslimi prebivalci Slovenije, je že več kot desetletje pomemben vir informacij tudi presečna pregledna raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog«. Z omenjeno raziskavo lahko spremljamo samooceno zdravstvenega stanja, pogostost pojavljanja bolezenskih znakov in kroničnih bolezni ter pogostost stikov prebivalcev z zdravstveno službo. Prav tako pa nam omenjena raziskava predstavlja glavni vir informacij o determinantah vedenjskega sloga med odraslimi. Tako lahko spremljamo najpomembnejše dejavnike tveganja, ki jih povežemo z razvojem kroničnih bolezni in stanj, razširjenost nezdravega vedenjskega sloga, kot so: nezdrave prehranjevalne in gibalne navade, pretirano uživanje alkohola, kajenje, stres in neustrezna skrb za ustno zdravje. Ponovitve raziskav nam omogočajo, da spremljamo razširjenost dejavnikov tveganja in bolezenskih znakov v času.

V tokratni publikaciji smo želeli osvetliti stališča in vedenja ljudi v obdobju, ki ga je močno zaznamovala gospodarsko-ekonomska kriza v Sloveniji in razvitem svetu. Vzporedno je zelo hitro pokazala zobe tudi socialno-ekonomska kriza, ki je vplivala na slabšanje gmotnih pogojev in zmanjšanje socialne varnosti prebivalstva.

Razsežnost krize v Sloveniji je vidna v različnih socialnih in ekonomskih kazalnikih. Kot kažejo podatki, se je stopnja brezposelnosti v Sloveniji v obdobju 2008–2012 podvojila in je leta 2012 znašala 8,9 % (1–2); med mladimi je bila v povprečju leta 2012 celo 20,5 % (3). Naraščanje brezposelnosti je hitrejše kot v povprečju Evropske unije. V Sloveniji tudi dolgotrajna brezposelnost narašča hitreje kot v EU, v obdobju 2008–2012 se je več kot podvojila in je v letu 2012 znašala 3,9 %, kar kaže na povečanje strukturnih problemov na trgu dela (1–2). Povečal se je delež manj »varnih« oblik zaposlitve. Delež začasnih zaposlitev je najvišji med mladimi v starosti 15–24 let, pri čemer Slovenija dosega najvišji delež v EU. Med gospodarsko krizo se je razširjenost začasnih zaposlitev močno povečala med visokoizobraženimi. Delne zaposlitve pa so najbolj razširjene med nizkoizobraženimi (3).

Gospodarska kriza je najbolj prizadela osebe z nizko in s srednjo stopnjo izobrazbe, v veliki meri zaradi padca delovne aktivnosti v gradbeništvu. V starostni skupini 20–64 let se je v obdobju 2008–2012 stopnja delovne aktivnosti znižala za 4,7 odstotne točke in je v letu 2012 znašala

68,3 %. Poslabšanje položaja na trgu dela je bilo tudi pri nas najizrazitejše pri mladih; stopnja delovne aktivnosti mladih (15–24 let) se je v obdobju 2008–2012 zmanjšala za 11,1 odstotne točke. Slovenija ima tudi najnižjo stopnjo delovne aktivnosti starejših (1–2).

Tudi Slovenija se je na slabšanje razmer na trgu dela na začetku krize odzvala z intervencijskima zakonoma za ohranjanje delovnih mest in okrepljenim izvajanjem programov aktivne politike zaposlovanja, nato pa je politika postala bolj pasivna. V letu 2010 je Slovenija nekoliko povečala dostopnost in višino nadomestil za primer brezposelnosti, kar je izboljšalo dohodkovno varnost brezposelnih, vendar le za kratko obdobje, ker se je že sredi leta 2012 višina nadomestil znižala. Šele v aprilu 2013 so bile sprejete spremembe na področju varovanja zaposlitve s spremembo Zakona o delovnih razmerjih. Ob enem največjih znižanj gospodarske aktivnosti v EU med krizo je Slovenija zaznavala najvišje zvišanje minimalne plače, ki se je v obdobju 2008–2012 realno povečala skoraj za 30 %. Rast plač v zasebnem sektorju se je v obdobju krize postopoma upočasnjevala, kljub temu pa so se do zdaj plače krizi manj prilagajale kot zaposlenost. Varčevalni ukrepi plačne politike državnega sektorja pa so med krizo ob zamrznitvi oz. znižanju osnovnih plač javnim uslužbencem ter zamrznitvijo napredovanja ukinili večino stimulatивnih elementov plač (1). Od leta 2012 naprej je že prišlo do številnih novih sprememb na področju trga dela, to je na primer zmanjšanje odpravnin, skrajšanje odpovednih rokov, lažje odpuščanje, uvedena možnost začasnega in občasnega dela upokoјencev, povečana dostopnost do nadomestil za brezposelnost za mlade do 30 let (1), katerih vpliv na zdravje prebivalcev bomo morali spremljati tudi v prihodnje.

Pod pragom tveganja revščine je v Sloveniji v letu 2011 živelo okoli 273.000 ljudi (13,6 %). Od leta 2009 do leta 2011 se je tveganje v Sloveniji zvišalo za 2,3 odstotne točke (v povprečju EU 0,6 odstotne točke). Slovenija je kljub povečanemu tveganju še vedno med evropskimi državami z nizko stopnjo tveganja revščine, vendar je med sedmimi državami, ki se jim je stopnja tveganja revščine v treh letih najbolj povišala. Večanje tveganja revščine je v zadnjih dveh letih značilno za skoraj vse socialno-ekonomske skupine. Stopnja tveganja revščine med mlajšimi od 18 let je še vedno precej pod povprečjem EU, vendar skrb vzbuja hitrost slabšanja, saj je Slovenija med štirimi državami, v katerih se je stopnja tveganja revščine med mlajšimi od 18 let v zadnjih letih najbolj povečala. Pri starejših so stopnje tveganja revščine v Sloveniji višje kot v povprečju EU, poleg tega pa se povečujejo, medtem ko se v povprečju EU znižujejo oz. ostajajo enake. V letu 2010 je Slovenija za socialno zaščito namenila skoraj četrtno BDP, vendar se je obseg izdatkov za programe socialne zaščite povečal precej manj kot v predhodnih letih. Ob rasti števila upravičencev do posameznih socialnih transferjev in števila upokoјencev je bila razmeroma nizka rast posledica različnih ukrepov države za uravnoteženje javnih financ, kot na primer delna uskladitev socialnih transferjev in pokojnin, varčevalni ukrepi v zdravstvu (3).

Spremembe socialno-ekonomskih pogojev so vplivale na poslabšanje gmotnega stanja prebivalcev zaradi izgube zaposlitve, trajajoče brezposelnosti s težavami pri plačevanju rednih mesečnih obveznosti, med ljudi so se razširili strah pred izgubo zaposlitve in negotova pričakovanja za prihodnost, pri najmanj premožnih pa tudi strah za vsakodnevno preživetje družine s težavami pri zagotavljanju najnujnejših vsakodnevnih dobrin, kar vse posredno ali neposredno vpliva na zdravje in vedenjski slog posameznikov, družin in družbe.

Že pred krizo je imela Slovenija razmeroma nizke rasti izdatkov za zdravstvo, še nižja rast med krizo pa je v slovenskem zdravstvu v zadnjih letih zahtevala strožje varčevanje kot v povprečju

EU. Potem ko je bila rast v obdobju 2000–2009 v povprečju EU letno realno 4,6-odstotna (v Sloveniji 3,6 %), se je v letu 2010 zmanjšala na –0,6 % (v Sloveniji na –2,0 %). Javni izdatki za zdravstvo so se realno zniževali, skupaj v letih 2010–2012 za 6,3 %. V letu 2012 so bili potrebni dodatni ukrepi za stabilno javno financiranje zdravstva; prenos dela plačil za zdravstvene storitve na dopolnilna zdravstvena zavarovanja, znižanje plač, znižanje bolniškega nadomestila idr. (3).

Na finančno dostopnost zdravstvenih storitev najbolj vplivajo neposredni izdatki iz žepa za zdravje, saj so lahko za revnejša gospodinjstva veliko finančno breme. V kriznih letih je del izpada javnih sredstev pomembno nadomestilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, tako da se neposredni izdatki iz žepa skoraj niso povečali. Obremenjenost gospodinjstev z izdatki za zdravstvo se je zaradi dviga premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja sicer povečala, vendar se je tako breme preneslo na zasebna sredstva na način, ki ni obremenil samo bolnih in starih, ki bi bili sicer ob zniževanju javnih virov lahko močno prizadeti zaradi slabše dostopnosti in večjih neposrednih plačil. Rast neposrednih izdatkov gospodinjstev za zdravstvo je bila po prvih ocenah zelo umirjena, kar kaže tudi na to, da je zdravje do določene mere »luksuzna« dobrina. Po podrobnejših podatkih ankete o porabi gospodinjstev so namreč gospodinjstva v najnižjem dohodkovnem kvintilu že v letu 2010 začela varčevati pri izdatkih za zdravje: ob tem, ko čedalje večji delež razpoložljivega dohodka namenijo za hrano in druge nujne življenjske dobrine, odlagajo nakupe zdravstvenih storitev in dobrin, za katere je treba plačati neposredno iz žepa (zobozdravstvo, protetika, korekcijska očala) (3).

Tako kot v večini držav v Evropi smo tudi v Sloveniji vpeljali določene varčevalne ukrepe, ki neposredno ali posredno vplivajo na zdravje ter zmanjšujejo možnosti za zdravje in zdrave izbire prebivalcev. Znano je, da slabe socialno-ekonomske okoliščine negativno vplivajo na zdravje ljudi. V osnovi naj bi se slabši socialni in ekonomski položaj odražal v slabšem zdravju (4). Tako na primer ljudje s slabšimi socialno-ekonomskimi pogoji umirajo prej, živijo dlje časa z oviranostjo, med njimi so bolj razširjeni dejavniki tveganja, kot so: kajenje, alkohol, nezdrave prehranjevalne in gibalne navade in drugi. Poleg poslabšanja splošnih socialno-ekonomskih pogojev za večino prebivalstva naj bi se med ekonomsko krizo še poglobile razlike med posameznimi socialno-ekonomskimi sloji, kar vodi v povečevanje preprečljivih in nepravilnih neenakosti, ki se odražajo v zdravju in so posledica posameznikovega socialno-ekonomskega položaja.

Kot ugotavljajo različni raziskovalci po Evropi, poleg poslabšanja socialno-ekonomskega stanja lahko tudi sami varčevalni ukrepi dodatno vplivajo na poslabšanje možnosti za zdravje prebivalcev (5). Ugotovitve iz predhodnih ekonomskih kriz kažejo, da so vplivi krize različni v različnih državah in različnih skupinah prebivalstva, saj prav varčevalni ukrepi, ki jih sprejmejo posamezne države, in prisotnost učinkovitih socialnih omrežij vplivajo na omilitev ali potenciranje škodljivega vpliva krize na zdravje (6).

Kot kažejo dozdajšnje raziskave trenutne krize, je pričakovati največji negativni vpliv na duševno zdravje. Dozdajšnji padajoči trend v številu samomorov se je ustavil ali celo obrnil, povečala pa se je stopnja depresije, anksioznosti (7–8), ugotavljajo tudi ponovne pojave določenih nalezljivih bolezni (malarija, vročica denga (9–10)) ali razširitev okužb v določenih skupinah ljudi. Med uživalci drog v Grčiji se je povečala okuženost z virusom HIV, kar povezujejo z zmanjšanjem sredstev za preventivne programe (11). Zmanjšanje dohodkov v gospodinjstvu ima večplastne vplive tudi na razširjenost kajenja in uživanja alkohola. Vpliv

krize opažajo tudi v zmanjšanju prometnih nesreč v nekaterih državah, kar pripisujejo zmanjšani uporabi prevoznih sredstev (12).

Je pa pričakovati, da se bodo določeni vplivi krize na zdravju odrazili šele čez čas, saj se večina sprememb v vedenjskem slogu odrazi v merljivih posledicah šele po dolgotrajnejši izpostavljenosti ali spremembi. Kot verjetnejše posledice s krizo povezujejo stanja, na katera vpliva zmanjšana dostopnost do zdravstvenih storitev. V ta sklop sodijo: slabša obravnava kroničnih bolezni, slabše bolnikovo upoštevanje zdravstvenih nasvetov zaradi manjšega zagotavljanja zdravstvenih storitev z javnimi sredstvi, večjih doplačil, zmanjševanja osebja, zapiranja določenih zdravstvenih ustanov, omejitve ordinacijskih časov in zaradi spremenjenih vedenjskih vzorcev (12).

V tokratni publikaciji smo želeli osvetliti znane in najbolj razširjene dejavnike tveganja za zdravje, povezane z vedenjskim slogom med odraslimi prebivalci Slovenije s posebnim poudarkom na spremembah, ki so se pojavile v opazovanem obdobju 2008–2012, tj. v obdobju socialno-ekonomske krize. Avtorji prispevkov so skušali podati tudi predloge prihodnjih usmeritev za aktivnosti, pri čemer pa je nujno, da se zavedamo, da zdravje ne nastaja in ni odvisno samo od zdravstvenega sektorja, ampak je stvar celotne družbe in komplementarnih medsektorskih aktivnosti tudi na številnih področjih socialnih determinant zdravja, kot so: izobrazba, poklic, dohodek, bivanjski pogoji, okoljski pogoji (4, 13).

1.1 Viri

1. M Bednaš, A Kajzer, M Hafner (ur.). *Ekonomski izzivi 2013*. UMAR: Ljubljana, 2013.
2. Eurostat. *Labour market statistics*.
3. R Kmet Zupančič (ur.). *Poročilo o razvoju 2013*. UMAR: Ljubljana, 2013.
4. Fair Society, *Healthy Lives: The Marmot Review*. The Marmot Review, 2010. Dostopno 10.1.2014 na: www.ucl.ac.uk/marmotreview
5. S. Arie Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *BMJ* 2013;346:f3773 doi: 10.1136/bmj.f3773
6. *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
7. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*; 2011. 378: 124–5.
8. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Pub Health*; 2012., doi: 10.1093/eurpub/cks035.
9. Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*; 2012. 53: 169–71.
10. Sousa C A, Clairouin M, Seixas G, Viveiros B, Novo M T, Silva A C, Escoval M T, et al. Ongoing outbreak of dengue type 1 in the Autonomous Region of Madeira, Portugal: preliminary report. *Euro Surveill*; 2012. 17.
11. ECDC. *Risk assessment on HIV in Greece*. Technical report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012.
12. S Thomson, M Jowett, T Evetovits, M Jakab, M McKee, Josep Figueras. *Health, health systems and economic crisis in Europe - Impact and policy implications (summary)*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2013. Dostopno 10.1.2014 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/Health-and-economic-crisis-in-Europe4.pdf
13. Helena Koprivnikar, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev. *Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.



2

SAMOOCENA ZDRAVJA

Sonja Tomšič

2 SAMOOCENA ZDRAVJA

Lastna ocena zdravja se je v obdobju med letoma 2001 in 2012 v Sloveniji stalno izboljševala pri vseh skupinah prebivalstva. Prisotne so precejšnje razlike med regijami.

Večina dozdajšnjih ugotovitev iz tujine kaže, da naj bi ekonomska kriza in varčevalni ukrepi negativno vplivali na zdravje prebivalstva, čeprav si vsi dokazi med seboj niso enotni. Seštevek nasprotujočih si individualnih in družbenih učinkov ekonomske krize na populacijo je zato zelo težko ocenjevati in napovedati, zato je potrebno nadalje podrobno spremljati vpliv družbenih posledic na zdravje prebivalstva.

2.1 Uvod

Samoocena zdravja je uveljavljena mera splošnega zdravstvenega stanja, ki dobro odseva in napoveduje manjzmožnost, funkcionalno sposobnost, obolevnost in umrljivost prebivalstva (1). Samoocena zdravja zajame fizične in duševne komponente zdravja pa tudi zadovoljstvo z življenjem. Slaba samoocena zdravja pa odseva tudi psihološke in socialne težave, ki so posledica zdravstvenih težav, ter ne le bolečino in nelagodje (2).

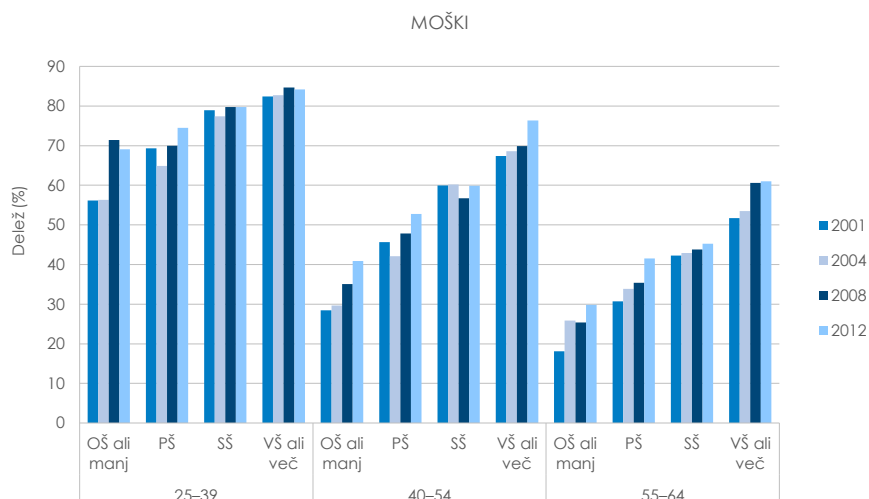
Leta 2008 je nastopilo obdobje hujše ekonomske krize. Zaradi slabših ekonomskih pogojev obstaja skrb, da ima/bo imela kriza negativni učinek tudi na zdravje prebivalstva. Obstajajo številni dokazi, da samoocena zdravja sledi socialno-ekonomskemu položaju. V splošnem velja, da ljudje z nižjim socialno-ekonomskim položajem svoje zdravje ocenjujejo slabše kot ljudje z višjim socialno-ekonomskim položajem (3–6).

2.2 Metode

Odrasli anketiranci so podali lastno oceno zdravja (vprašanje 24 v prilogi 1). Za namene analize smo združili odgovore v kategorije – zelo dobro ali dobro, srednje in slabo ali zelo slabo. Izbrano spremenljivko smo analizirali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, samoocenjeni družbeni sloj, geografsko območje in glede na zdravstveno regijo.

2.3 Rezultati

Dobra ali zelo dobra ocena lastnega zdravja v obdobju med letoma 2001 in 2012 narašča, tudi v obdobju med zadnjima dvema anketama (leta 2008 in 2012). Dobra ali zelo dobra ocena lastnega zdravja statistično značilno narašča pri obeh spolih, v vseh starostnih skupinah, vseh izobrazbenih skupinah (slika 2.1) in v večini zdravstvenih regij (razen v regijah Koper in Ravne na Koroškem, v katerih porast ni statistično značilen).



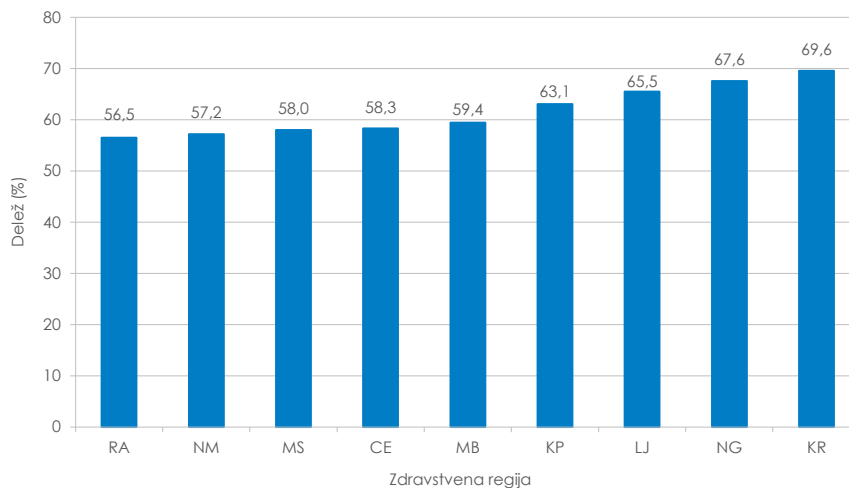
OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ ali več – višja šola ali več

Vir: NIJZ

Slika 2.1: Samoocena zdravja (dobra ali zelo dobra) po spolu, starosti in po izobrazbi, Slovenija, 2001–2012

Glede na vrsto dela se ocena lastnega zdravja še naprej značilno izboljšuje v vseh skupinah, razen med študenti, pri katerih porast ni značilen. Najnižji delež oseb z dobrim ali zelo dobrim zdravjem je med upokojenci (v letu 2012 39,3 %), sledijo gospodinje (50,5 %) in nezaposleni (51,1 %), najvišji delež pa je med študenti (86 %).

Med regijami ostajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro (slika 2.2), najmanjši delež oseb, ki ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro, je v regiji Ravne na Koroškem, najvišji pa v Kranju.



Vir: NIJZ

Slika 2.2: Samoocena zdravja (dobro ali zelo dobro) po zdravstvenih regijah, Slovenija, 2012

2.4 Razprava

Lastna ocena zdravja v Sloveniji se je v opazovanem obdobju, tudi med ekonomsko krizo, izboljševala. Rezultat je na prvi pogled morda nekoliko presenetljiv, saj številni raziskovalci ugotavljajo, da naj bi slabši ekonomski pogoji negativno vplivali na zdravje prebivalstva. Predvsem brezposelnost, zmanjševanje financiranja in obseg pravic na področju zdravstva ter povečevanje davkov naj bi negativno vplivali na zdravje, kar že ugotavljajo v nekaterih evropskih državah. Vendar tuji raziskovalci ugotavljajo tudi, da ekonomska kriza lahko celo pozitivno vpliva na zdravje (7). Dejansko so ugotovitve raziskovalcev na tem področju različne.

Tako se je na primer v Grčiji, Španiji, na Portugalskem in Irskem povečalo število samomorov, prav tako so porastle težave z duševnim zdravjem, alkoholom in z nedovoljenimi drogami (8). V raziskavi, ki je zajela vse evropske države, so poročali, da je 3-odstotni porast v brezposelnosti do leta 2009 povzročil več kot 4-odstotni porast samomorov pri mlajših od 65 let, le v Avstriji se je pri samomorih nadaljeval padajoč trend. Poročali so tudi o občutnem padcu poškodb v prometu, medtem ko vplivov na celokupno umrljivost niso zaznali (9). Danska študija iz leta 2011 ugotavlja pomembno povezanost med brezposelnostjo in slabo oceno lastnega zdravja, fizičnim zdravjem, duševnim zdravjem in visokimi ravni doživljanja stresa. Pri lastni oceni zdravja Britanci ugotavljajo, da je delež oseb s slabo oceno lastnega zdravja med letoma 2009 in 2010 porastel, prav tako ugotavljajo porast srčno-žilnih težav in težav z dihalni, ne pa depresije ali duševnih težav. So pa pri brezposelnih v prvih šestih mesecih ekonomske krize ugotavljali celo upad slabega zdravja, trend pa se je potem obrnil (10).

Izkušnje iz preteklih ekonomskih kriz pa so ponekod nakazovale na splošno izboljšanje zdravja prebivalstva z na primer upadom celokupne umrljivosti (11–12) in zmanjšanjem uporabe zdravstvenih storitev. Razmišljanja o pozitivnih učinkih krize so, da naj bi že strah pred izgubo dohodka vplival na zmanjšanje kaloričnega vnosa hranil in s tem na zmanjšanje debelosti; posamezniki imajo, če so brezposelni, tudi več časa za priložne aktivnosti zunaj in se več gibljejo, prav tako naj bi se zaradi manj razpoložljivih finančnih sredstev zmanjšala bolj tvegana vedenja (manj pitja alkohola, manj vožnje z avtomobilom ...) (13). Po drugi strani pa

finančne težave lahko spodbujajo pitje alkohola kot sredstvo za blaženje stresa, kar vodi tudi v povečanje nasilja (14–15). Brezposelnost in zmanjšani dohodek vodijo v poslabšanje pogojev življenja in povečano doživljanje stresa (13). Osebe z zmanjšanimi dohodki ali brez njih lahko tudi zmanjšajo ali opustijo skrb za preventivo, tudi presejalne programe (16) in obiske pri zdravniku.

Seštevek nasprotujočih si individualnih in družbenih učinkov ekonomske krize na populacijo je zato zelo težko ocenjevati in napovedati. Večinoma se strokovnjaki strinjajo z ugotovitvijo, da se pri posamezni osebi, ki je izgubila službo, poveča tveganje za duševne motnje in s tem povezane somatske posledice. Pri raziskavah, ki raziskujejo posledice za zdravje na ravni družbe (ne na ravni posameznika), pa so si do zdaj edini v tem, da se v slabih ekonomskih časih stopnja duševnih težav poveča, stopnja poškodb v prometu pa zmanjša (7).

Izsledki naše ankete o izboljšani lastni oceni zdravja se skladajo z izsledki drugih anket v slovenskem prostoru, ki vsebujejo podobna vprašanja, to sta Slovensko javno mnenje (6) in Anketa o življenjskih pogojih (EU-SILC), ki je primerljiva tudi na evropski ravni. Po podatkih, ki izhajajo iz ankete o življenjskih pogojih, se tudi v veliko drugih različnih evropskih državah lastna ocena zdravja izboljšuje (na primer Španija, Nemčija, Italija, Latvija in še nekatere druge države), ponekod ostaja enaka (na primer Irska, Nizozemska, Francija in nekatere druge države), medtem ko se v nekaterih državah lastna ocena poslabšuje (Grčija, Danska in Avstrija) (17). Samoocena zdravja naj bi bila sicer dober kazalnik populacijskega zdravja. Vendar moramo biti pri kakršnih koli primerjavah z drugimi državami pazljivi, saj ugotavljajo, da bi lahko »nacionalno« različno dožemanje lastnega zdravja ne glede na objektivne okoliščine vplivalo na razlike med državami (18). Na splošno bolje ocenjujejo svoje zdravje prebivalci severnoevropskih in anglosaških držav, najslabše prebivalci vzhodnoevropskih držav, osrednjeevropske države pa smo vmes (19).

Vpliv ekonomske krize je nedvomno večji v določenih ranljivejših skupinah, kot so revnejši prebivalci, mladi, starejši, socialno izključeni (13). Zaradi finančne krize naj bi se povečevale socialno-ekonomske neenakosti znotraj družb.

Skrb, ki se pojavlja med raziskovalci, je, da varčevalni ukrepi držav in ne sama recesija vplivajo na slabše zdravje v Evropi (11, 20). Kot ugotavlja profesor Marmot, politike, ki povečujejo brezposelnost, gotovo povečajo zdravstvene težave (20). Prav varčevalni ukrepi in odzivi držav na krizo naj bi ključno vplivali na razlike med državami. Kot ugotavljajo, so socialne in ekonomske politike (in ne zdravstvene) tiste, ki lahko zmanjšajo potencialno velik negativen vpliv ekonomske krize na zdravje prebivalstva (13). Slovenija ima dolgo zgodovino socialne države. Kot ugotavljajo iz preteklih izkušenj v tujini, naj bi močna socialna opora med krizo zaščitniško vplivala na zdravje prebivalstva (15, 21). Morda je prav dolgotrajna socialna politika naše države tista, ki za zdaj mili posledice krize. Prav tako bi lahko razmišljali, da so bili dozdejšnji varčevalni ukrepi Slovenije takšni, da niso bistveno vplivali na zdravje prebivalstva, in se zato učinek krize trenutno (še) ne odraža v lastni oceni zdravja.

Odločevalci naj pri uvajanju varčevalnih ukrepov večji poudarek namenijo ohranjanju stopnje izobrazbe (znanja), ki je predpogoj za zdrav življenjski slog, ne le za zmanjšanje vplivov na posameznikov socialno-ekonomski položaj, ampak tudi za blažitev negativnih vplivov na zdravje celotne evropske populacije (19). Ugotavljajo, da visoka socialna kohezija in socialne

politike, še posebej tiste, ki aktivno posegajo v trg delovne sile, lahko zmanjšajo vpliv ekonomske krize na zdravje (15).

Morebiten vpliv ekonomske krize moramo spremljati tudi prek drugih kazalnikov, še naprej pa tudi z mnenjskimi anketami o ocenah lastnega zdravja, ki naj bi dale celovitejše ocene splošnega zdravja populacije. O nadaljnji uporabnosti tega kazalnika v časih socialno-ekonomskih sprememb pa bo treba v prihodnje še razmisliti in raziskati.

2.5 Zaključek

Čeprav bi pričakovali, da so ekonomska kriza in varčevalni ukrepi že negativno vplivali na zdravje prebivalstva, se pri lastni oceni zdravja, ki sicer velja za dober kazalnik zdravja populacije, to ne kaže. Izsledki kažejo, da se je ocena lastnega zdravja v obdobju med letoma 2001 in 2012 konstantno izboljševala.

Podobne ugotovitve imajo tudi nekatere druge evropske države, medtem ko se pri drugih negativni učinki že kažejo, pri tretjih pa je stanje nespremenjeno. Na razlike med državami naj bi ključno vplivali prav varčevalni ukrepi in odzivi držav na krizo. Kot ugotavljajo, so socialne in ekonomske politike (in ne zdravstvene) tiste, ki lahko zmanjšajo potencialno velik negativen vpliv ekonomske krize in varčevalnih ukrepov na zdravje prebivalstva. Morda je naša dolgoletna tradicija socialne države tista, ki za zdaj še ohranja določeno raven zdravja prebivalstva, vendar pa je na dolgi rok ob nespremenjenih ali celo slabših pogojih življenja treba predvideti poslabšanje izidov zdravja celotne populacije ali njenih skupin.

2.6 Viri

1. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
2. Blank N, Diderichsen F The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Commun Health* 1996; 50: 156-61.
3. Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1343-50.
4. Leinsalu M Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55: 847-61.
5. Martikainen P, Lahelma E, Marmot M, Sekine M, Nishi N, Kagamimori S. A comparison of socio-economic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland, and Japan. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1287-95.
6. Malnar B, Kurdija S. Trends in subjective health assesment between 1981 and 2011 as an indicator of persistent social Inequalities. *Zdrav Var* 2012; 51: 11-20.
7. Catalano R. Health, Medical Care, and Economic Crisis. *N Engl J Med* 2009; 360:8.
8. Thomson S, Jowett M, Evetovits T, Jakab M, McKee M, Figueras J. Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. 2013.
9. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315-23.
10. Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom. *PLoS ONE* 2013; 8(2): e56674.

11. Stuckler D, Meissner C, Fishback P, Basu S, McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929 – 1937. *J Epidemiol Community Health* 2011. doi:10.1136/jech.2010.121376
12. Fishback P, Haines M, Kantor S. Births, deaths, and new deal relief during the Great Depression. *Rev Econ Stats* 2007; 89: 1–14.
13. Kaplan GA. Economic crises: Some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – A tale of three countries. *Soc Scie Med* 2012; 74:643e646.
14. Catalano R, Snowden L, Shumway M, Kessell E. Unemployment and civil commitment: a test of the intolerance hypothesis. *Aggress Behav* 2007;33:272-80.
15. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381:1323–31
16. Catalano RA, Satariano WA, Ciemins EL. Unemployment and the detection of early stage breast tumors among African Americans and non-Hispanic whites. *Ann Epidemiol* 2003;13:8-15.
17. Health status indicators from SILC survey. Dostopno 10.9.2013 na:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database
18. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prättällä R, Klumbien J, Pudele I. Association between health behaviour and self-rated health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Pub Health* 2004; 14: 32-6.
19. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motorico E, Salinas-Perez J, Garcia-Alonso C, Salvador-Carullla L. The Impact of Socio-Economic Status on Self-Rated Health: Study of 29 Countries Using European Social Surveys (2002–2008). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10, 747-761.
20. Arie S. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *BMJ* 2013;346:f3773
21. Vuori J, Silvonen J. The benefit of a preventive job search program on re-employment and mental health at two years follow-up. *J Occup Organ Psychol* 2005; 78: 43–52.



3

PREHRANJEVANJE

Cirila Hlastan Ribič, Matic Kranjc

3 PREHRANJEVANJE

Prehranjevalne navade in prehranski status so pomembne determinante večine kroničnih nenalezljivih bolezni – kot dejavniki tveganja ali varovalni dejavniki. Prebivalci Slovenije imajo v povprečju nezdrave prehranjevalne navade. Odstotek anketirancev, ki so dnevno zaužili tri glavne obroke (zajtrk, kosilo in večerjo), je v letih od 2004 do 2012 naraščal. Rednejše se prehranjujejo ženske v primerjavi z moškimi. Slabše prehranjevalne navade z vidika pogostosti uživanja obrokov opazamo pri manj izobraženih. Delež anketirancev, ki nikoli ne uživajo zajtrka, je od leta 2001 do leta 2008 naraščal, v letu 2012 pa ugotavljamo naraščajoč trend uživanja zajtrka vsak dan pri skoraj vseh preiskovanih skupinah oseb. Delež tistih, ki uživajo svežo zelenjavo enkrat dnevno ali pogosteje, se je od leta 2001 do leta 2012 zmanjšal. Trend zmanjševanja uživanja zelenjave je opazen pri vseh starostnih in izobrazbenih skupinah ter pri vseh družbenih slojih. Neenakosti z vidika uživanja zelenjave opazamo glede na družbeni sloj – najmanj pogosto uživajo svežo zelenjavo pripadniki čisto spodnjega in delavskega družbenega ter srednjega družbenega sloja. Trend uživanja svežega sadja enkrat dnevno je od leta 2001 do leta 2012 padajoč. Uživanje sadja je pri približno 50 % anketirancev po pogostosti zadostno. Manj pogosto jedo sveže sadje moški, tisti iz mlajših starostnih skupin, manj izobraženi in pripadniki čisto spodnjega in delavskega družbenega sloja.

Odrasli prebivalci Slovenije uživajo prevelike količine za zdravje škodljivih maščob, soli in sladkorja. Izsledki raziskav v obdobju 2001 do 2012 kažejo, da statistično značilno narašča uporaba olivnega olja. Ugotavljamo pa tudi naraščajoč trend uporabe svinjske masti (zaseke) in masla kot namaza. Od leta 2008 do leta 2012 se je pogostost dosoljevanja spet povečala. V obdobju 2001–2012 opazamo trend zmanjševanja pogostosti uživanja aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač. Prehranjevalne navade, ki dolgoročno škodujejo zdravju so bolj razširjene med formalno manj izobraženimi in ekonomsko slabše preskrbljenimi prebivalci in moškimi.

3.1 Uvod

Izsledki številnih raziskav dokazujejo neposredno povezavo nezdravih prehranjevalnih navad s pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni (1–7). Predhodni izsledki med odraslimi prebivalci Slovenije kažejo, da ima velik delež prebivalcev že prisotne dejavnike tveganja za nastanek bolezni nezdravega življenjskega sloga (8).

Revščina in neizobraženost sta dokazano največja sovražnika zdravja, kar opazamo tudi pri slovenskem prebivalstvu (8).

3.2 Metode

Pri opredeljevanju modela splošnega nezdravega prehranjevanja smo v analizi podatkov trendov prehranjevanja pri odraslih prebivalcih Slovenije upoštevali šest meril, ki so naštetá v preglednici 3.1 in so nam predstavljala komponente opazovanega tveganega vedenja.

Preglednica 3.1: Upoštevana merila za opredeljevanje splošnega nezdravega načina prehranjevanja glede na vprašanja v raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog«

Kriterij	Vprašanje v vprašalniku	Nezdravo vedenje (komponente nezdravega prehranjevanja)
Dnevno število obrokov	Koliko obrokov (na primer zajtrk, dopoldanska/popoldanska malica, kosilo in večerja) običajno pojedete na dan?	2 ali manj
	Kako pogosto uživete zajtrk?	Nikoli
Zelenjava	Kako pogosto običajno uživete zelenjavo?	Uživanje zelenjave manj pogosto kot 1-krat na dan
Sadje	Kako pogosto običajno uživete sadje?	Uživanje sadja manj pogosto kot 1-krat na dan
Soljenje hrane	Ali hrano pri mizi dodatno solite?	Dosoljevanje hrane brez poskušanja v vsakem primeru
Maščoba pri kuhi	Katero maščobo najpogosteje uporabljate pri pripravi hrane?	Uporaba margarine, masla, smetane in svinjske masti
Sladke jedi in pijače	Kako pogosto uživete pecivo in sladice?	Uživanje peciva in sladic 1–3-krat na teden ali pogosteje
	Kako pogosto uživete aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače (kole, ledeni čaj, sadne napitke, ipd.)?	Uživanje aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač 1–3-krat na teden ali pogosteje

Vir: NIJZ

3.3 Rezultati

3.3.1 Pogostost uživanja obrokov in zajtrka

Odstotek anketirancev, ki so dnevno zaužili tri glavne obroke (zajtrk, kosilo in večerjo), je v letih od 2004 do 2012 naraščal (preglednica 3.2). Rednejše se prehranjujejo ženske v primerjavi z moškimi. Opažamo trend povečevanja uživanja treh dnevni obrokov pri osebah v starostnih skupinah 25–39 let in 55–64 let, pri osebah s srednješolsko in z višjo izobrazbo ali več ter pri osebah, ki se uvrščajo v srednji in zgornji družbeni sloj. Slabše prehranjevalne navade z vidika pogostosti uživanja obrokov opažamo pri manj izobraženih. Delež tistih, ki uživajo dnevno tri glavne obroke, narašča v zahodni in osrednji Sloveniji; največ anketirancev, ki uživajo tri glavne obroke, je v novogoriški in koprski regiji, statistično pomembno pa narašča tudi v ljubljanski regiji.

Delež anketirancev, ki nikoli ne uživajo zajtrka, od leta 2001 do leta 2008 narašča, v letu 2012 pa opažamo pomemben upad deleža anketirancev, ki zajtrka nikoli ne uživajo (preglednica 3.2). Trend upada deleža oseb, ki nikoli ne uživajo zajtrka, je v letu 2012 značilen za oba spola, vse starostne skupine, vse izobrazbene skupine, za osebe iz spodnjega, delavskega, srednjega in visokega družbenega sloja ter za vsa geografska območja. Delež tistih, ki zajtrka nikoli ne uživajo, je najvišji v koprski, ravenski, mariborski in v murskosoboški zdravstveni regiji. Delež tistih, ki nikoli ne uživajo zajtrka, je v letu 2012 največji v koprski regiji (13,1 %), pri preiskovancih z osnovno (12,3 %) in s poklicno šolo (13,2 %), v čisto spodnjem in delavskem družbenem sloju (12,8 %), pri težkih fizičnih delavcih (16,6 %) in nezaposlenih (13,1 %).

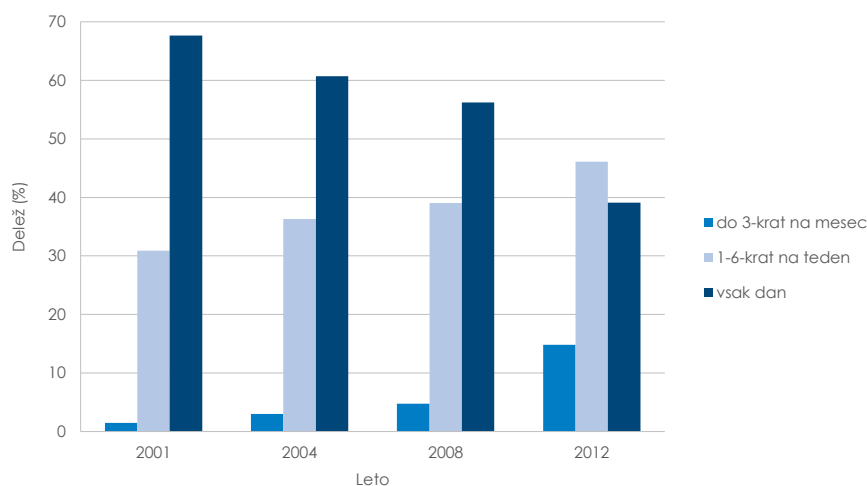
Preglednica 3.2: Pogostost uživanja zajtrka, sadja in zelenjave glede na spol, starost, demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev Slovenija, 2001–2012

	Vsak dan jem zajtrk (%)				Vsak dan jem sadje (%)				Vsak dan jem zelenjavo (%)			
	2001	2004	2008	2012	2001	2004	2008	2012	2001	2004	2008	2012
Skupaj	48,2	50,4	49,5	53,7	55,6	56,6	54,3	53,4	67,7	60,7	56,2	39,1
Spol												
Moški	44,2	45,4	43,6	47,9	44,5	44,7	42,6	41,7	62,6	54,0	49,1	30,9
Ženski	52,3	55,5	55,7	59,6	66,8	68,8	66,7	65,3	72,8	67,6	63,8	47,4
Starostna skupina												
25–39	38,0	42,2	46,1	49,5	49,6	48,2	46,3	46,4	64,1	55,1	49,6	32,0
40–54	46,0	46,1	43,3	48,4	57,7	59,7	56,8	54,2	68,2	62,3	59,2	40,2
55–64	76,0	76,3	67,5	69,3	64,0	67,2	64,2	63,4	74,1	68,9	62,6	48,9
Izobrazba												
Osnovna šola ali manj	58,9	60,9	55,5	62,5	56,0	56,1	53,7	53,9	68,6	62,6	56,9	40,2
Poklicna šola	44,9	45,9	44,1	47,8	51,4	53,5	49,4	50,0	66,2	59,4	55,1	36,5
Srednja šola	43,0	45,2	46,4	50,5	56,2	55,9	55,1	51,4	67,0	59,9	55,8	38,1
Višja šola ali več	49,0	52,4	55,0	58,0	60,0	61,0	58,5	57,7	69,2	61,4	57,1	51,5
Samoocenjen družbeni sloj												
Čisto spodnji in delavski	49,2	50,0	46,9	50,3	52,8	53,2	49,9	50,1	65,5	59,1	53,4	37,5
Srednji	46,6	47,9	49,2	55,0	56,5	56,7	56,0	54,1	68,3	60,2	57,2	39,5
Višji srednji in zgornji	47,2	52,2	57,1	59,8	61,0	63,9	62,3	63,7	72,0	64,5	60,2	42,6
Poklic												
Fizično delo v kmetijstvu	62,5	67,8	62,2	56,7	52,5	53,3	47,1	48,4	69,5	66,1	56,6	34,7
Fizično delo v industriji	35,8	33,3	29,3	36,6	46,6	48,7	45,1	37,4	63,0	59,2	54,2	28,6
Lažje fizično delo	38,8	42,1	44,7	48,8	55,9	55,1	53,5	53,3	66,7	58,4	54,5	37,1
Študent/ka	43,4	50,8	56,9	59,7	45,3	55,6	51,8	56,2	69,3	60,9	53,5	40,5
Gospodinja	67,6	76,5	68,4	77,0	64,6	67,5	66,6	69,4	72,6	66,8	64,6	64,0
Upokojen/a	76,5	80,2	73,2	75,5	65,7	69,9	66,2	65,7	73,7	70,1	65,4	51,6
Nezaposlen	51,3	53,8	56,1	54,0	50,6	52,0	54,4	48,7	66,7	55,9	54,3	37,7
Geografsko območje												
Zahodna Slovenija	49,9	50,6	50,6	58,3	60,8	60,6	57,6	59,0	70,0	62,5	57,2	45,7
Osrednja Slovenija	45,0	50,5	49,9	54,0	56,3	57,2	56,7	53,2	65,7	58,1	55,8	35,7
Vzhodna Slovenija	49,5	50,2	48,6	51,3	52,7	54,4	51,2	50,9	57,8	61,6	56,0	38,2
Zdravstvena regija												
CE	50,7	51,3	50,7	54,5	52,7	54,4	52,1	52,5	66,7	58,2	54,8	37,4
NG	53,0	49,1	54,4	63,3	66,3	64,0	60,3	61,7	76,2	68,0	60,5	60,2
KP	51,0	50,8	50,0	59,7	61,3	60,3	57,5	62,9	70,9	62,4	59,5	49,2
KR	47,6	51,2	49,1	54,6	57,5	58,9	56,2	54,8	66,0	59,6	53,7	35,7
LJ	45,0	50,5	49,9	54,0	56,3	57,2	56,7	53,2	65,7	58,1	55,8	35,7
MB	49,7	49,4	48,2	48,4	52,3	53,5	49,8	49,3	68,4	63,0	56,5	37,3
MS	51,4	54,5	45,9	51,8	54,9	54,8	52,6	51,7	51,2	65,2	60,3	42,2
NM	46,2	46,6	49,2	50,8	49,9	54,3	52,1	49,6	66,8	62,3	57,8	36,5
RA	46,6	49,0	45,3	51,7	55,5	57,6	49,7	51,7	66,1	62,3	47,8	43,0

Vir: NIJZ

3.3.2 Pogostost uživanja zelenjave

Delež tistih, ki uživajo svežo zelenjavo enkrat dnevno ali pogosteje, se je od leta 2001 do leta 2012 zmanjšal (slika 3.1). Opazen je padajoč statistično značilen trend ($p < 0,005$) uživanja zelenjave enkrat na dan ali več kot enkrat na dan. Več žensk enkrat ali večkrat na dan uživa zelenjavo v primerjavi z moškimi (ženske 51,0 %, moški 33,9 %), opažamo pa padajoč trend uživanja sveže zelenjave enkrat dnevno ali pogosteje pri obeh spolih. Trend zmanjševanja uživanja zelenjave je opazen pri vseh starostnih in izobrazbenih skupinah ter pri vseh družbenih slojih, čeprav je delež tistih, ki uživajo zelenjavo enkrat dnevno ali pogosteje, še vedno največji pri pripadnikih višjega srednjega in zgornjega družbenega sloja in počasneje upada. Med starostnimi skupinami opažamo najnižje pogostosti uživanja zelenjave pri starostni skupini 25–39 let. Padajoč trend uživanja zelenjave je značilen tudi za vsa geografska območja in za vse zdravstvene regije. Pogosteje sicer uživajo zelenjavo v zahodnem delu Slovenije. Največ sveže zelenjave uživajo v novogoriški in koprski regiji, najmanj pa v ljubljanski in kranjski regiji (preglednica 3.2).



Vir: NIJZ

Slika 3.1: Pogostost uživanja sveže zelenjave, Slovenija, 2001–2012

3.3.3 Pogostost uživanja sadja

Trend uživanja svežega sadja enkrat dnevno je od leta 2001 do leta 2012 padajoč (preglednica 3.2). Uživanje sadja je pri približno 50 % anketirancev po pogostosti zadostno; med njimi je opazen upad deleža tistih, ki uživajo sveže sadje več kot enkrat na dan, in porast deleža tistih, ki ga uživajo enkrat na dan. Preostale kategorije pogostosti v skupnem številu ne kažejo trenda spreminjanja. Manj pogosto jedo sveže sadje vsaj enkrat na dan moški (v letu 2012 moški 41,7 %, ženske 65,3 %), tisti iz mlajših starostnih skupin (v letu 2012 od 25 do 39 let 46,4 %, od 55 do 64 let 63,4 %), manj izobraženi (v letu 2012 tisti s poklicno šolo 50,0 %, tisti z višjo izobrazbo ali več 57,7 %) in nižje na družbeni lestvici (čisto spodnji, delavski sloj 50,1 %, višji srednji in zgornji sloj 63,7 %). Manj pogosto uživajo sveže sadje v zadostnih količinah na vzhodu Slovenije, še posebej nizek delež tistih, ki ne uživajo svežega sadja vsakodnevno, pa je med težkimi fizičnimi delavci v industriji.

3.3.4 Pogostost dosoljevanja hrane in uživanja s soljo bogatih živil

Od leta 2001 je delež tistih, ki hrano pri jedi dosoljujejo po predhodnem poskušanju oziroma brez pokušanja, upadel z 58,6 % v letu 2001 na 51,6 % v letu 2012, manj med moškimi, med mlajšimi od 50 let in upokojenci, med nižje izobraženimi, težkimi fizičnimi delavci in nezaposlenimi. Uživanje gotovih jedi se po pogostosti povečuje, predvsem v starostih 25–54 let, med moškimi in študenti, med pripadniki spodnjega in delavskega razreda ter v vzhodni Sloveniji.

3.3.5 Pogostost uporabe maščob

Izsledki raziskav iz obdobja 2001–2012 kažejo, da statistično značilno narašča uporaba olivnega olja. V letu 2012 so najpogosteje za pripravo hrane uporabljali olivno olje starejši, anketiranci s končano višjo stopnjo izobrazbe ali več ter anketiranci v zahodni Sloveniji. Ugotavljamo pa naraščajoč trend uporabe svinjske masti (zaseke) in masla kot namaza. Podatki kažejo, da zaužijejo anketiranci v čisto spodnjem in delavskem družbenem sloju več margarine (v letu 2012 8,1 % vsak dan), medtem ko maslo pogosteje uživajo anketiranci v višjem srednjem in zgornjem družbenem sloju. Svinjsko mast ali zaseko pogosteje uživajo v vzhodni Sloveniji, težki fizični delavci, upokojenci, gospodinje, pripadniki čisto spodnjega in delavskega družbenega sloja ter anketiranci z osnovnošolsko in s poklicno izobrazbo. Neenakosti pri uporabi maščob glede na izobrazbo in družbeni sloj se kažejo tudi pri uporabi paštete, ki jo pogosteje uporabljajo anketiranci z osnovnošolsko in s poklicno izobrazbo ter iz čisto spodnjega in delavskega družbenega sloja.

Največji delež anketirancev pri pripravi hrane uporablja druga rastlinska olja. Pogosteje uporabljajo margarino pri pripravi hrane starejši, anketiranci s končano osnovno in poklicno šolo ter anketiranci v vzhodni Sloveniji, v primerjavi z maslom, ki ga pogosteje uporabljajo pripadniki višjega srednjega in zgornjega družbenega sloja z višjo stopnjo izobrazbe.

3.3.6 Pogostost uživanja aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač, peciva in sladic

V obdobju 2001–2012 opazamo trend zmanjševanja pogostosti uživanja aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač. Statistično značilno se je zmanjšal delež tistih, ki te pijače uživajo pogosteje kot od 1- do 3-krat na teden. Aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače pogosteje uživajo moški. Glede na starostne skupine največ sladkih pijač zaužijejo anketiranci, stari od 25 do 39 let. Raziskava je pokazala neenakosti v uživanju sladkih pijač glede na družbeni sloj in izobrazbo. Vsak dan pogosteje sladke pijače uživajo pripadniki čisto spodnjega in delavskega sloja, z osnovnošolsko in s poklicno izobrazbo, vsakodnevno te pijače pije tudi velik delež težkih fizičnih delavcev. V letu 2012 je opazen večji delež vsakodnevnega uživanja teh pijač v vzhodni Sloveniji, še posebej v murskosoboški regiji.

Pogostost uživanja peciva in sladic se v obdobju 2001–2012 ni spreminjala. Največji delež anketirancev peciva in sladice uživa od 1-krat mesečno do 3-krat tedensko (v letu 2012 80,4 %). Pecivo in sladice najpogosteje uživajo anketiranci, stari od 25 do 39 let. V skupini, ki jih uživajo vsakodnevno, prednjačijo ženske, še posebej mlajše. Raziskava kaže, da je največji delež anketirancev, ki uživajo peciva in sladice vsakodnevno ali od 4- do 6-krat na teden, v skupini z višjo izobrazbo ali več.

3.4 Razprava

Izsledki raziskav kažejo, da je nezdravo prehranjevanje pomemben javnozdravstveni problem (12). Nezdravo prehranjevanje je pomemben dejavnik tveganja, ki je povezan z nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), ki največ prispevajo k umrljivosti prebivalcev Slovenije (13–14). Nezdrave prehranjevalne navade uvrščamo v skupino vedenjskih dejavnikov tveganja. Učinkovito jih lahko obvladamo z zdravim življenjskim slogom ter tako preprečujemo in zdravimo KNB ali pa njihov razvoj potisnemo v poznejše življenjsko obdobje (15).

Dokazano je, da lahko vzroke za nastanek kroničnih bolezni, ki so povezani z neustrezno prehrano in nezdravim življenjskim slogom, iščemo v socialnih in ekonomskih dejavnikih, kot so: nizka stopnja izobrazbe, nizek dohodek in s tem težja dostopnost do zdravega načina življenja. Izsledki raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog« kažejo povezavo med dejavniki nezdravega prehranjevanja in socialno-ekonomskimi determinantami v slovenskem prostoru. Priporočila navajajo, da naj bi posameznik zaužil od tri do pet obrokov, enakomerno razporejenih prek dneva. Manj kot trije obroki dnevno vodijo v neredno prehranjevanje, ki ima lahko za posledico prekomerno prehranjenost in debelost (15). Tveganje za nastanek debelosti je lahko tudi več kot šest zaužitih obrokov dnevno, kajti s tem se poveča možnost prekomernega energijskega vnosa. Zajtrk je najpomembnejši obrok v dnevni prehrani, saj zjutraj telo oskrbi s potrebno energijo in hranilnimi snovmi; pomemben je tudi zaradi vpliva na dnevni ritem prehranjevanja. Dokazano je, da se tisti, ki zjutraj zajtrkujejo, rednejše in bolj zdravo prehranjujejo prek dneva, kar pomeni, da pojedjo več manjših obrokov (16–17). Redno uživanje obrokov, še posebej zajtrka, lahko zniža tveganje za razvoj debelosti, predvsem prek mehanizma energijskega ravnotežja in delovanja metabolizma (18). V evropskih državah je ocenjeno, da zajtrk uživa le okoli 30 % splošnega prebivalstva (19–20). Vzroki za izpuščanje zajtrka so: neustrezna razporeditev časa in pozno jutranje vstajanje (21), pomanjkanje motivacije za pripravo zajtrka (22), želja po izgubi telesne mase (23), zmanjšan tek (24), občutek siljenja na bruhanje, šibkost in utrujenost (25) ter kajenje (26).

Sadje in zelenjava imata velik pomen v zdravi prehrani, ker sta biološko visoko vredni skupini živil z nizko energijsko gostoto. Sadje in zelenjava vsebujeta veliko vitaminov, mineralov, antioksidantov, prehranske vlaknine in veliko drugih zaščitnih snovi. Raziskave kažejo, da naj bi nezadostno uživanje zelenjave in sadja povzročilo 4,3 % skupnih bolezni pri moških in 3,4 % pri ženskah oz. od 14 % do 19 % raka na prebavilih, 31 % ishemične bolezni srca in 2,7 milijona smrti letno (27–29).

Kot zadostno uživanje zelenjave in sadja smo določili uživanje zelenjave in sadja vsaj enkrat dnevno, čeprav je za preventivo pred KNB, kot so: bolezni srca in ožilja, rak, sladkorna bolezen tipa 2 in debelost, priporočen vnos najmanj 400 g zelenjave in sadja dnevno, od tega vsaj 250 g zelenjave in 150 g sadja (29). Izsledki kažejo skrb vzbujajoče stanje pri uživanju zelenjave, saj se je odstotek tistih, ki zelenjavo uživajo manj kot enkrat dnevno, od leta 2001 do leta 2012 povečal z 32,3 % na skoraj 55 %. Z vidika nezadostnega uživanja sveže zelenjave opažamo neenakosti glede na družbeni sloj in izobrazbo pri pripadnikih čisto spodnjega in delavskega ter srednjega družbenega sloja ter pri osebah z osnovno šolo in s poklicno šolo, največje razlike pa so med različnimi starostnimi skupinami in spoloma – ženske in starejši jedo svežo zelenjavo pogosteje. Raziskave v nekaterih evropskih državah kažejo različne trende v uživanju sadja in zelenjave. V Franciji je osemletna raziskava sedemdnevnega prehranskega dnevnika pokazala trend povečevanja uživanja sadja in zelenjave (30). V severni Španiji

(Kataloniji) pa so z raziskavo, v kateri so uporabili metodo vprašalnika pogostosti uživanja živil, in z metodo jedilnika prejšnjega dne ugotovili trend zmanjševanja uživanja sadja in zelenjave (31).

Prekomeren vnos soli in s tem natrija je dokazan neposredni prehranski dejavnik tveganja za povišan krvni tlak, ta pa predstavlja pomemben vzrok za nastanek možganske kapi ter drugih bolezni srca in ožilja. Prevelika količina zaužite soli je dejavnik tveganja tudi za nastanek drugih kroničnih bolezni – bolezni ledvic, sladkorne bolezni tipa 2, osteoporoze, debelosti in raka želodca (32–39). S številnimi raziskavami je bilo ugotovljeno, da prebivalci industrializiranih držav uživamo prekomerne količine soli (29, 33, 40–41).

Prekomerno uživanje maščob je velik dejavnik tveganja pri nastanku bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, debelosti, povišanega krvnega tlaka in nekaterih vrst raka, predvsem dojke, debelega črevesa, trebušne slinavke in prostate (11, 42). V okviru zdravega prehranjevanja naj bi za vsakdanjo pripravo jedi izbirali različna rastlinska olja (olivno olje, repično olje, sojino olje), druge maščobe (maslo, trde margarine, smetano, svinjsko mast, zaseko) pa le občasno. V sladkih pijačah, pecivih in v sladicah je veliko dodanih sladkorjev. V pecivih in sladicah pa je tudi veliko skrite maščobe. S pitjem aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač ter z uživanjem sladic in peciv zaužijemo veliko energije in v večini primerov le malo ali pa sploh nič hranilnih snovi. Enostavni sladkorji naj ne bi prispevali več kot 10 % dnevnega energijskega vnosa, saj se hitro po zaužitju absorbirajo v kri in zvišajo vrednosti krvnega sladkorja ter količino izločenega inzulina (43–44). V primerjavi z raziskavami trendov prehranjevanja ugotavljajo v Franciji trend zmanjševanja uživanja peciva, sladic in sladkorja pri odraslem prebivalstvu (30).

3.5 Zaključek

Z ustreznimi ukrepi politike, usmerjenim sodelovanjem prehranskih strokovnjakov, strokovnjakov javnega zdravja, s pridelovalci hrane, živilskopredelovalne industrije ter z mediji, s ciljno promocijo in z izobraževanjem o zdravem načinu prehranjevanja ter ustreznimi podpornimi okolji v vseh življenjskih obdobjih lahko pripomoremo k boljšim prehranjevalnim navadam in prehranjevanju ter s tem k ohranjanju in krepitevi zdravja prebivalcev Slovenije. Vsak posameznik pa je odgovoren za lastno zdravje tudi z ustreznim načinom prehranjevanja.

Za izboljšanje prehranjevalnih navad prebivalcev Slovenije so ključnega pomena zagotovitev za zdravje naklonjenih javnih politik s sistemskimi ukrepi na nacionalni ravni in tudi regionalnih ravneh z ustreznimi finančnimi ukrepi ter s podporo raziskovalni dejavnosti.

Druga nacionalna prehranska politika, ki je v fazi sprejemanja, temelji na zastavljenih ciljih prve prehranske politike; še posebno poudarja usmerjene aktivnosti delovanja pri ciljnih skupinah in okoljih, ki so se v teh letih izkazala za najbolj pereča na področju prehranjevanja, še posebno pri ranljivih skupinah prebivalcev Slovenije, kot so nižje izobraženi in revnejši (45).

Z uvedbo učinkovite davčne politike na področju živil/hrane (npr. večje obdavčenje sladkih pijač, slaščic, živil z večjo vsebnostjo nasičenih maščob, transmaščobnih kislin ...), preoblikovanja živil in prepovedi oglaševanja nezdravih živil/hrane bi lahko bistveno izboljšali prehranjevanje prebivalcev Slovenije, z lažjo dostopnostjo in izbiro zdrave hrane, še zlasti za socialno ogrožene skupine prebivalstva. Takšne ukrepe so v preteklih letih uspešno izvedle že nekatere evropske države (Finska, Belgija, Velika Britanija, Danska, Madžarska, Romunija).

Politika na področju prehranjevanja bi morala spodbujati in razvijati sistem lokalne pridelave hrane, s čimer bi pripomogla tudi k socialno-ekonomskemu razvoju podeželja. Poleg sistemskih, strukturnih ukrepov, ki bodo omogočali večjo dostopnost do zdrave hrane in zdravega prehranjevanja vsem skupinam prebivalcev, so za oblikovanje zdravih prehranjevalnih navad pomembne aktivnosti za ozaveščanje, obveščanje in za izobraževanje prebivalstva o zdravem načinu prehranjevanja od otroštva naprej.

3.6 Viri

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. World Health Organization. Geneva: Switzerland; 2003.
2. Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch Intern Med* 2009; 169(15): 1355-62.
3. Iqbal R, Anand S, Ounpuu S, Islam S, Zhang X, Rangarajan S, et al. Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation* 2008; 118: 1929-37.
4. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Spiegelman D, Stampfer M, Willett WC. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *BMJ* 1996; 313: 84-90.
5. Bakker N, van't Veer P, Zock PL and the Euramic Study Group. Adipose Fatty Acids and Cancers of the Breast, Prostate and Colon: An Ecological Study. *Int J Cancer* 1997; 72: 587-97.
6. Pietinen P, Ascherio A, Korhonen P, Hartman AM, Willett WC, Albanes D, et al. Intake of fatty acids and risk of coronary heart disease in a cohort of Finnish men. The Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study. *Am J Epidemiol* 1997; 145(10): 876-87.
7. Reddy BS. Dietary fat and colon cancer: animal model studies. *Lipids* 1992; 27: 807-13.
8. Hlastan Ribič C, Djomba JK, Zaletel-Kragelj L, Maučec-Zakotnik J, Fras Z, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008 - z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.
9. Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, Ferro-Luzzi A, James WPT, eds. Food and health in Europe: a new basis for action. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2004.
10. Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe. Bruxelles, European Commission; 2002.
11. Hlastan Ribič C. Uvod v prehrano: učbenik za študente medicine in stomatologije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2009.
12. Hlastan Ribič C. Zdrava prehrana kot temelj zdravja. In: Hlastan Ribič C, eds. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010, Ljubljana, oktober 2010. Zdrava prehrana in javno zdravje : zbornik prispevkov. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010, p. 5-26.
13. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, I. Značilnosti in povzetek raziskave. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004. p. 1-38.
14. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, II. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004. p. 191-6.
15. Mahan K, Escott-Stump S. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy (12th ed). W B Saunders Company, Philadelphia; 2008.
16. Lewis GH, Jörg WH, Tzetze L, Chinwe I, Polly W, Sue R. Does consuming breakfast influence activity levels? An experiment into the effect of breakfast consumption on eating habits and energy expenditure. *Public Health Nutr*; 2012;15 (02).

17. Rolfes SR, Pinna K, Whitney E. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. 7th ed. Belmont, C. A.: Thomson/Wadsworth; 2006.
18. Timlin MT, Pereira MA. Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. *Nutr Rev* 2007; 65 (6 Pt 1): 268-81.
19. Siega-Riz AM, Popkin BM, Carson T. Trends in the breakfast consumption for children in the United States from 1965–1991. *Am J Clin Nutr* 1999;67 (Suppl. 1): 748S–756S.
20. Nicklas TA, Reger C, Myers L, O'Neil C. Breakfast consumption with and without vitamin–mineral supplement use favourably impacts daily nutrient intake of ninthgrade students. *J Adolesc Health* 2000; 27: 314–21.
21. Ortega RM, Requejo AM, Redondo T, Lopez-Sobaler AM, Andres P, Ortega A, et al. Breakfast habits of different groups of Spanish schoolchildren. *J Hum Nutr Diet* 1996; 9: 33–41.
22. Moore GF, Tapper K, Murphy S, Lynch R, Raisanen L, Pimm C, et al. Associations between deprivation, attitudes towards eating breakfast and breakfast eating behaviours in 9–11-year-olds. *Public Health Nutr* 2007; 10: 582–9.
23. Sjöberg A, Hallberg L, Höglund D, Hulthen L. Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Goteborg Adolescence Study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 1569–78.
24. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard B, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J AmDiet Assoc* 2005; 105: 743–60.
25. Unusan N, Sanlier N & Danisik H. Comparison of attitudes towards breakfast by Turkish fourth graders living in Turkey and Germany. *Appetite* 2006; 46: 248–53.
26. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A et al. Breakfast skipping and health-compromising behaviours in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 842–53.
27. Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S, Davey Smith G. Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Commun Health* 2003; 57: 218–25.
28. Hung H C, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, et al: Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 1577–84.
29. WHO. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland; 2002.
30. Dubuisson C, Lioret S, Touvier M, Dufour A, Calamassi Tran G, Volatier JL, et al. Trends in food and nutritional intakes of French adults from 1999 to 2007: results from the INCA surveys. *Br J Nutr* 2010; 103: 1035-48.
31. Ribas-Barba L, Serra-Majem L, Salvador G, Castell C, Cabezas C, Salleras L, et al. Trends in dietary habits and food consumption in Catalonia, Spain (1992–2003). *Public Health Nutr* 2007; 10(11A): 1340–1353.
32. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR; 2007.
33. WHO. *Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Forum and technical meeting*; Paris, France; 2006.
34. Teucher B, Dainty JR, Spinks CA, Majsak-Newman G, Berry DJ, Hoogewerff JA, et al. Sodium and Bone Health: The Impact of Moderately High and Low Salt Intakes on Calcium Metabolism in Postmenopausal Women. *J Bone Miner Res* 2008; 9: 1477-85.
35. Weir MR, Fink JC. Salt intake and progression of chronic kidney disease: an overlooked modifiable exposure? A commentary. *Am J Kidney Dis* 2005; 45(1): 176–88.
36. Cappuccio FP, Kalaitzidis R, Dunecliff S, Eastwood JB. Unravelling the links between calcium excretion, salt intake, hypertension, kidney stones and bone metabolism. *J Nephrol* 2000; 13: 169–77.
37. Vedovato M, Lepore G, Coracina AR, Dodesini AR, Jori E, Tiengo A, Del Prato S, Trevisan R. Effect of sodium intake on blood pressure and albuminuria in Type 2 diabetic patients: the role of insulin resistance. *Diabetologia* 2004; 47: 300–3.
38. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer E, Travis RC. *Diet, Nutrition and the Prevention of Cancer*. *Public Health Nutr* 2004; 7(1A): 187–200.
39. Riboli E, Norat T. *Cancer Prevention and Diet: Opportunities in Europe*. *Public Health Nutr* 2001; 4(2B): 475–84.
40. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of joint WHO/FAO Expert Consultation*. WHO Technical Report Series, No. 916. World Health Organization. Geneva: Switzerland; 2003.

41. Hlastan-Ribič C, Maučec Zakotnik J, Vertnik L, Vegnuti M, Cappuccio F. Salt intake of the Slovene population assessed by 24 h urinary sodium excretion. *Public health nutr* 2010;13 (11): 1803-9.
Dostopno na: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7914879>, doi: 10.1017/S136898001000025X.
42. Carroll KK, Braden LM, Bell JA, Kalamegham R. Fat and cancer. *Cancer* 1986; 58: 1818-25.
43. D-A-CH Referenzwerte der DGE, ÖGE, SGE/SVE. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, 3. korrigierter Nachdruck 2008. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), die Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) sowie die Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Rostock, Deutschland. Dostopno na:
<http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3&page=1>.
44. D-A-CH Referenčne vrednosti za vnos hranil. Delovna skupina za pripravo "Referenčnih vrednosti za vnos hranil". Nemško prehransko društvo, Avstrijsko prehransko društvo, Švicarsko društvo za raziskovanje prehrane, Švicarsko združenje za prehrano. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2004.
45. Kugelberg S, Jönsson K, Yngve A. Understanding the process of establishing a food and nutrition policy: the case of Slovenia. *Health Policy*; 2012. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.005>.



4

ČEZMERNNA HRANJENOST IN DEBELOST

Cirila Hlastan Ribič, Matic Kranjc

4 ČEZMERNNA HRANJENOST IN DEBELOST

Čezmerna hranjenost in debelost sta v svetu in Sloveniji velika javnozdravstvena problema, ki se še povečujeta. Vplivata predvsem na zmanjšanje kakovosti življenja, povečujeta obolevnost za kronična obolenja, kot so: sladkorna bolezen, različne vrste raka, zvišan krvni tlak ter bolezni srca in žilja.

Z analizo trendov raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog« 2001–2012 smo ugotovili, da se delež anketirancev z indeksom telesne mase (ITM) < 25 skozi leta raziskave ne spreminja, zmanjšuje pa se delež čezmerno hranjenih in povečuje delež debelih med odraslimi prebivalci Slovenije, in sicer predvsem na račun porasta debelosti pri moških. Ugotavljamo visok delež (okoli 40 %) čezmerno hranjenih (ITM 25–29,9), ki se od leta 2001 do leta 2008 ni značilno spremenil, v letu 2012 pa opazamo zmanjšanje deleža čezmerno hranjenih preiskovancev pri obeh spolih. Delež čezmerno hranjenih in debelih je višji v starejši starostni skupini (55–64 let) in je višji pri moških.

Neenakosti z vidika čezmernega hranjenja opazamo glede na izobrazbo, kjer je delež čezmerno hranjenih najvišji pri anketirancih z osnovno in s poklicno šolo ter se z višanjem izobrazbe zmanjšuje v vseh letih anketiranja. Prav tako opazamo neenakosti z vidika debelosti glede na izobrazbo, kjer je delež debelih anketirancev najvišji pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe (osnovna šola) in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje, in to v vseh letih anketiranja. Pri vseh izobrazbenih skupinah smo opazili trend naraščanja debelosti. Največji delež debelih je glede na delo prisoten v skupini težkih fizičnih delavcev (v letu 2012 22,1 %) v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu. Opazamo pa tudi naraščajoč trend pojavljanja debelosti pri lažjih fizičnih in pisarniških delavcih (v letu 2012 14,5 %).

4.1 Uvod

Debelost je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu; povzročajo jo psihološki, socialni in genetski dejavniki (1). Grobo populacijsko merilo za debelost je indeks telesne mase (ITM > 30). Debelost tudi v Sloveniji postaja velik javnozdravstveni problem, ki zmanjšuje dolžino in kakovost življenja s pojavom različnih obolenj (2). Debelost je povezana s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, različnih vrst raka, z nastankom hipertenzije ter boleznimi srca in žilja. Prav tako predstavlja dejavnik tveganja za nastanek jetrnih bolezni, žolčnih kamnov, ortopedskih zapletov, dermatoloških sprememb, nevroloških in hormonskih motenj ter psihosocialnih posledic. Epidemiološke in eksperimentalne raziskave kažejo, da je debelost v povezavi s preobilno in z energijsko gosto hrano ter s telesno nedejavnostjo vodilni dejavnik tveganja pri nastanku različnih oblik raka, predvsem raka na maternici, debelem črevesu, ledvicah, trebušni slinavki, na požiralniku, raka na dojkah v pomenopavzalnem obdobju pri ženskah ter limfoma in levkemije (3). Debelost po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije porablja 2–8 % sredstev zdravstvenega sistema in je odgovorna za 10–13 % smrti v različnih območjih evropske regije (1). Čezmerna hranjenost in debelost naraščata v vseh evropskih državah. Na prehranjevanje in stanje hranjenosti imajo pomemben vpliv fiziološki, psihološki, ekonomski in

socialni dejavniki (5–6). Glavni vzrok debelosti in čezmerne hranjenosti je neravnovesje med energijskim vnosom in porabo. Povečuje se vnos energijsko goste hrane, ki je bogata z maščobami, s soljo, sladkorji ter osiromašena z vitamini, minerali in z drugimi mikrohranili. Zmanjšala se je tudi telesna dejavnost zaradi sedeče narave dela, spremenjenih oblik transporta in večje urbanizacije. Spremembe v prehranskih vzorcih in telesni dejavnosti so pogosto posledica okoljskih in socialnih sprememb, povezanih z razvojem in s pomanjkanjem podpornih politik na področju zdravja, kmetijstva, transporta, urbanega načrtovanja, okolja, predelave hrane, distribucije, trženja in izobraževanja (1). V povezavi z debelostjo je močno prisoten socialno-ekonomski vidik, o čemer poročajo številne evropske države. Največ debelosti je prisotne prav med revnimi in slabše izobraženimi. Socialno-ekonomske neenakosti v povezavi z debelostjo se kažejo v različnih prehranjevalnih navadah med družbenimi sloji in drugih tveganih vedenjih (npr. telesna nedejavnost), kar največkrat vodi tudi do neenakosti v zdravju (5, 7, 9).

4.2 Metode

Za izračun indeksa telesne mase (ITM) smo anketirance v raziskavi vprašali o njihovi telesni masi in višini.

Pri ocenjevanju čezmerne hranjenosti in debelosti smo uporabili ITM, ki predstavlja razmerje med telesno maso in kvadratom višine ter ga izrazimo v kg/m^2 . Čeprav ITM ne odraža dejanskega deleža telesne maščobe, se pogosto uporablja za prepoznavanje premajhne ali prevelike telesne mase.

Stanje hranjenosti glede na ITM delimo v naslednje kategorije:

- do 18,4 podhranjenost
- 18,5–24,9 normalna hranjenost
- 25,0–29,9 čezmerna hranjenost
- 30,0–34,9 debelost I. stopnje
- 35,0–39,9 debelost II. stopnje
- 40 in več izredna debelost (debelost III. stopnje)

Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, zaposlitveni status in vrsto dela, samoocenjeni družbeni sloj, geografsko območje in glede na zdravstveno regijo.

4.3 Rezultati

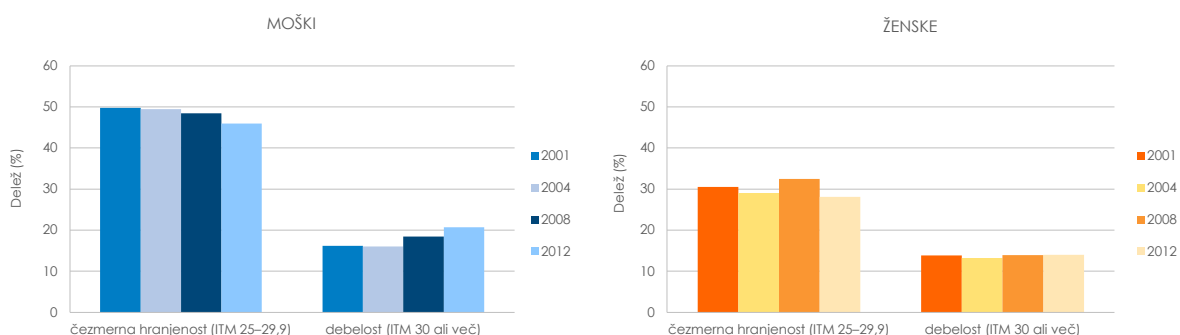
Izsledki raziskave kažejo na trend naraščanja debelih ljudi z indeksom telesne mase 30 in več. Takih je bilo v letu 2001 15,0 %, v letu 2004 14,6 %, v letu 2008 16,2 % in v letu 2012 17,4 %. Opažamo tudi trend naraščanja zelo debelih ljudi z indeksom telesne mase nad 35 (2001: 2,4 %, 2004: 2,6 %, 2008: 3,5 %, 2012: 3,5 %). Trend preiskovancev z normalno telesno maso ostaja nespremenjen. V preglednici 4.1 so prikazani izsledki raziskave z deleži preiskovancev z normalno telesno maso, čezmerno hranjenih in debelih glede na spol, starost, demografske, socialno-ekonomske in zemljepisne značilnosti anketirancev. Zelo velik je delež čezmerno hranjenih, ki se je od leta 2001 do leta 2012 statistično pomembno zmanjšal. Trend anketirancev z indeksom telesne mase 30 in več značilno narašča.

Preglednica 4.1: Delež preiskovancev glede na indeks telesne mase (ITM) glede na spol, starost, demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012

	Indeks telesne mase														
	18,5 do 24,9					25 do 29,9					30 ali več				
	2001	2004	2008	2012	$\overset{p}{\text{trend}}$	2001	2004	2008	2012	$\overset{p}{\text{trend}}$	2001	2004	2008	2012	$\overset{p}{\text{trend}}$
Skupaj	43,5	44,4	42,5	43,7	0,616	40,3	39,4	40,7	37,2	0,001	15,0	14,6	16,2	17,4	<0,001
Spol															
Moški	33,7	34,1	32,9	33,0	0,289	49,8	49,5	48,4	45,9	<0,001	16,2	16,0	18,4	20,7	<0,001
Starostna skupina															
25–39	57,5	58,6	56,5	55,2	0,021	32,0	31,0	32,8	30,8	0,597	8,3	7,6	9,7	10,9	<0,001
40–54	36,4	39,2	37,1	41,0	0,002	44,2	42,5	44,6	39,4	0,001	18,9	17,6	18,0	18,6	0,907
55–64	28,6	26,6	26,7	29,7	0,343	49,6	50,3	48,1	43,8	<0,001	21,3	22,8	25,0	26,0	<0,001
Izobrazba															
Osnovna šola ali manj	31,9	32,2	27,6	28,4	0,010	44,8	44,3	46,5	43,1	0,735	22,5	22,8	25,9	27,8	0,001
Poklicna šola	37,3	36,0	33,8	32,3	<0,001	45,1	45,3	45,1	42,7	0,180	16,9	17,9	20,8	23,9	<0,001
Srednja šola	49,6	50,6	46,1	43,9	<0,001	37,1	36,6	38,8	38,6	0,118	12,2	11,1	14,6	16,0	<0,001
Višja šola ali več	56,9	57,5	55,7	56,4	0,532	32,6	31,8	35,3	29,8	0,145	7,9	7,9	7,8	11,0	<0,001
Samoocenjen družbeni sloj															
Čisto spodnji in delavski	35,3	37,0	33,7	37,0	0,613	44,3	42,3	44,3	39,6	0,002	19,6	19,5	21,7	22,5	0,001
Višji srednji in zgornji	56,1	56,2	51,1	55,0	0,272	34,8	34,5	38,4	30,2	0,184	7,2	7,6	9,1	11,3	0,002
Poklic															
Težko fizično delo v industriji, rudarstvu, gradbeništvu	37,0	36,0	35,6	31,6	0,035	45,1	47,8	44,3	44,8	0,758	17,5	15,8	20,1	22,1	0,008
Lažje fizično delo, storitveno delo, pisarniško delo, intelektualno delo, raziskovalno delo, vodstveni kadri	52,9	49,9	47,8	48,8	<0,001	35,3	37,2	38,7	34,7	0,693	10,0	11,1	12,7	14,5	<0,001
Upokojen/a	29,6	29,1	27,7	28,7	0,513	46,8	46,9	47,6	44,1	0,202	22,9	23,3	24,6	26,5	0,025
Geografsko območje															
Zahodna Slovenija	45,0	47,3	46,7	44,4	0,593	40,6	38,4	37,9	37,3	0,050	12,8	12,4	14,7	16,5	<0,001
Osrednja Slovenija	47,2	46,6	43,1	46,8	0,359	37,7	38,3	42,0	35,5	0,399	13,8	13,4	14,1	16,4	0,006
Vzhodna Slovenija	40,5	41,7	40,1	41,3	0,775	41,7	40,7	41,2	38,2	0,004	16,8	16,4	18,3	18,5	0,011
Zdravstvena regija															
NG	46,2	47,2	48,4	47,1	0,742	42,3	37,2	38,7	34,9	0,056	10,2	13,8	12,2	16,6	0,017
KR	45,0	48,5	44,4	42,1	0,099	41,0	37,5	40,1	40,6	0,836	12,7	12,3	15,1	15,7	0,033
LJ	47,2	46,6	43,1	46,8	0,359	37,7	38,3	42,0	35,5	0,399	13,8	13,4	14,1	16,4	0,006
RA	42,6	41,6	42,1	40,9	0,707	44,6	41,0	38,5	38,3	0,100	11,8	15,9	18,0	18,4	0,022

Vir: NIJZ

Slika 4.1 prikazuje porazdelitev indeksa telesne mase med anketiranci po spolu in glede na leto preiskave. Izsledki kažejo, da je delež čezmerno hranjenih višji pri moških kot pri ženskah. Opažamo statistično značilen upad deleža čezmerno hranjenih moških ($p < 0,005$) in značilno ($p < 0,005$) naraščanje deleža moških z ITM > 30 za približno enak odstotek, kar nakazuje, da se del moškega prebivalstva v zadnjih letih premika iz skupine čezmerno hranjenih med debele.

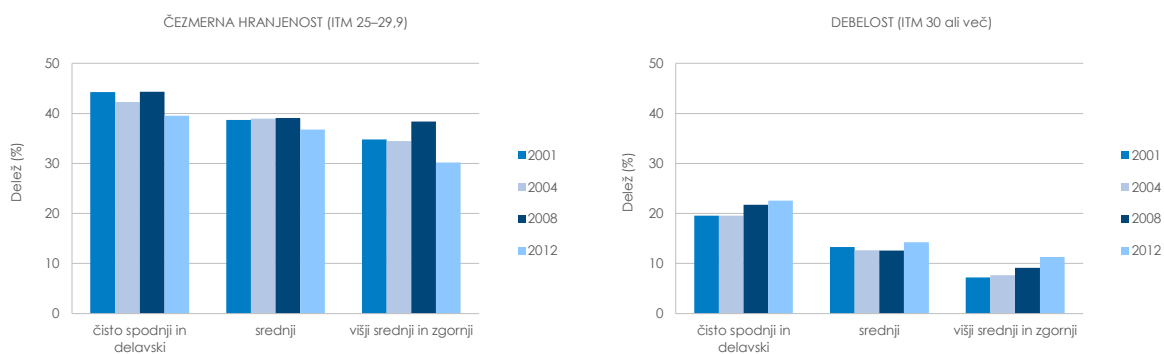


Vir: NIJZ

Slika 4.1: Porazdelitev indeksa telesne mase (ITM) med anketiranci po spolu in glede na leto raziskave, Slovenija, 2001–2012

Delež debelih je višji pri moških kot pri ženskah; značilen porast debelosti smo ugotovili le pri moških. Glede starostnih skupin je delež čezmerno hranjenih v letu 2012 najvišji v najstarejši starostni skupini (65–74 let), medtem ko je največji delež debelih v starostni skupini 55–64 let. Trendi naraščanja deležev čezmerne hranjenosti in debelosti so opazni predvsem pri mlajših odraslih (25–39 let) in starejših (55–64 let) (preglednica 4.1).

Slika 4.2 prikazuje delež čezmerno hranjenih in debelih anketirancev glede na družbeni sloj in leto raziskave. Delež čezmerno hranjenih se z višanjem družbenega sloja zmanjšuje. Najvišji je pri pripadnikih najnižjega sloja (čisto spodnji in delavski sloj); v tej skupini je značilen trend manjšanja deleža čezmerno hranjenih. Delež debelih je najvišji pri pripadnikih najnižjega sloja (čisto spodnji in delavski sloj) in se z višanjem družbenega sloja zmanjšuje. Največji delež debelih je glede na delo prisoten v skupini težkih fizičnih delavcev (v letu 2012 22,1 %) v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu. Opažamo pa tudi naraščajoč trend ($p < 0,005$) pojavljanja debelosti pri lažjih fizičnih in pisarniških delavcih (v letu 2012 14,5 %).



Vir: NIJZ

Slika 4.2: Delež debelih anketirancev po družbenem sloju, Slovenija, 2001–2012

Med zdravstvenimi regijami in geografskimi deli Slovenije so manjše razlike glede čezmerne hranjenosti in debelosti. Skupni delež čezmerno hranjenih in debelih narašča in je najvišji v vzhodnem delu Slovenije, predvsem v območju murskosoboške, novomeške in celjske zdravstvene regije. Statistično značilno narašča od leta 2001 do leta 2012 v novogoriški, kranjski, ljubljanski in v ravenski zdravstveni regiji.

4.4 Razprava

Debelost zmanjšuje kakovost življenja, povečuje obolevnost in skrajšuje življenjsko dobo. Čezmerna hranjenost in debelost sta pomembna vzroka za nastanek različnih kroničnih nenalezljivih bolezni (8). Z analizo trendov raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2012« smo ugotovili, da se delež anketirancev z ITM < 25 skozi leta raziskave ne spreminja, zmanjšuje pa se delež čezmerno hranjenih in povečuje delež debelih med odraslimi prebivalci Slovenije, in sicer predvsem na račun porasta debelosti pri moških.

V poglavjih »Prehranjevanje« in »Telesna dejavnost« podrobno opisujemo trende na področju prehranjevanja in telesne dejavnosti odraslih prebivalcev Slovenije. Z analizo trendov raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2012« smo ugotovili, da na stanje hranjenosti vplivata izobrazba in tudi družbeni sloj. Neenakosti z vidika čezmernega hranjenja opazamo glede na izobrazbo, kjer je delež čezmerno hranjenih najvišji pri anketirancih z osnovno in s poklicno šolo ter se z višanjem izobrazbe zmanjšuje v vseh letih anketiranja. Prav tako opazamo neenakosti z vidika debelosti glede na izobrazbo, kjer je delež debelih anketirancev najvišji pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe (osnovna šola) in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje, in to v vseh letih anketiranja. Pri vseh izobrazbenih skupinah smo opazili trend naraščanja debelosti. Delež čezmerno hranjenih in debelih je najnižji v osrednjem delu Slovenije. Najmanj čezmerno hranjenih je v koprski regiji, največ pa v kranjski. Delež debelih anketirancev je najvišji v vzhodnem delu Slovenije v vseh letih anketiranja. Delež debelih ljudi je najvišji v novomeški in murskosoboški regiji, najnižji pa v kranjski regiji.

Prevalenca čezmerne hranjenosti in debelosti v Sloveniji kaže, da so ukrepi za spreminjanje prehranjevalnih in gibalnih navad celotnega prebivalstva v vseh starostnih skupinah nujni (10). Zaradi celostnega obvladovanja trenda čezmerne telesne mase in debelosti, ki so v večji meri posledica nezdravega prehranjevanja in nezadostne telesne dejavnosti, so se v Sloveniji v zadnjih letih odvijale dejavnosti na najvišji politični ravni. Pomemben mejnik v zgodovini prehranjevanja prebivalcev Slovenije predstavljata prva nacionalna prehranska politika: Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (11–12) in Strategija Vlade RS na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja v obdobju od 2007 do 2012 (13). Od leta 2001 poteka v Sloveniji Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva (NPPPSŽB) (14).

4.5 Zaključek

Za izboljšanje prehranjevalnih in gibalnih navad prebivalcev Slovenije je ključnega pomena zagotovitev za zdravje naklonjenih javnih politik s sistemskimi ukrepi, ki bodo omogočale dostopnost do zdravega prehranjevanja in zdravega življenjskega sloga vsem prebivalcem Slovenije, tudi socialno šibkim. Zdrave izbire morajo postati lažje dostopne izbire, sicer težko

pričakujemo, da bodo socialno šibki posegali po zdravih živilih in se zdravo prehranjevali. Dodatno so poleg sistemskih ukrepov, ki bodo omogočali večjo dostopnost do zdrave hrane, zdravega prehranjevanja in več telesne dejavnosti vsem skupinam prebivalcev, pomembni tudi ustrezni programi in aktivnosti za ozaveščanje, informiranje in za izobraževanje prebivalstva o zdravem načinu prehranjevanja, redni telesni dejavnosti, preprečevanju debelosti od zgodnje mladosti naprej in o zdravem hujšanju, kadar se pojavi debelost.

Učinkovitejše obvladovanje naraščajočega problema debelosti zahteva celostni, medresorni in interdisciplinarni pristop ter vzpostavitev podpornih okolij za spodbujanje in zagotavljanje zdravega življenjskega sloga celotnega prebivalstva. Učinkovit pristop zahteva sistemske ukrepe dejansko vseh resorjev: preusmeritev zdravstvenega sistema v preprečevanje bolezni in usmerjeno sodelovanje prehranskih strokovnjakov, profesorjev športne vzgoje, kineziologov, fizioterapevtov, strokovnjakov javnega zdravja, pridelovalcev hrane, živilskopredelovalne industrije in medijev. Ustrezno izobraževanje in promocijo zdravega načina življenja je treba vključiti v formalno in neformalno izobraževanje. Vzpostavitev ustreznih pogojev za zdrave odločitve in zdrav način življenja vseh populacijskih skupin je predpogoj za zmanjševanje naraščajočega problema debelosti. Debelost je slovenski nacionalni problem. Vzpostavitev ustreznih pogojev za zdrave odločitve in zdrav način življenja vseh populacijskih skupin je predpogoj za zmanjševanje naraščajočega problema debelosti. Šele ob ustreznih pogojih je lahko posameznik odgovoren za lastno zdravje z ustreznim načinom življenja.

4.6 Viri

1. WHO. Obesity and overweight. Fact sheet N°311; 2011.
2. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR; 2007.
4. WHO. Global Database on Body Mass Index an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. Dotopno 1.7.2012 na: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
5. Branca F, Nikogosian N, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. World Health Organization; 2007.
6. Hlastan-Ribič C, Djomba JK, Blaznik U, Zaletel-Kragelj L, Šerona A, Maučec Zakotnik J. Debelost - javnozdravstveni problem v Sloveniji. In: Avberšek- Lužnik I, Skela-Savič B, Skinder Savič K, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011. p. 63-76.
7. Hlastan Ribič C, Djomba JK, Zaletel-Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010.
8. Rolfes SR, Pinna K, Whitney E. Understanding Normal and Clinical Nutrition. 7th ed. Belmont, C.A.: Thomson/Wadsworth; 2006.
9. French SA, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. Annu Rev Public Health 2001; 22: 309-35.
10. Maučec Zakotnik J, Štern B, Hlastan Ribič C, Luznar N. Nacionalni program preprečevanja kroničnih bolezni v Sloveniji - sistemski pristop v odkrivanju in obravnavi ogroženih populacij. In: Gregorič A, ed. Zbornik. Maribor: Splošna bolnišnica; 2006. p. 211-8.
11. Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C, Poličnik R, Pavčič M, Štern B, Pokorn D, et al., eds. Nacionalni program prehranske politike za obdobje od 2005 do 2010 : [NPPP 2005-2010]. Ponatis. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005 [i. e.] 2007. p.47

12. Kugelberg S, Jönsson K, Yngve A. Understanding the process of establishing a food and nutrition policy: the case of Slovenia. *Health Policy* 2012; 107(1):91-7. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.005>.
13. Poličnik R, Karpjuk D, Jakovljević M, Ačimovič B, Nečimer M, Lazar I, et al., eds. Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 : povzeto po strategiji Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2007. p. 36. Dostopno na: http://cindi-slovenija.net/images/stories/dokumenti/zz_hepa_slovenski.pdf
14. Fras Z, Leskošek B. Izvajanje nacionalnega programa primarnega preprečevanja bolezni srca in žilja v Sloveniji in vzpostavitev registra oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni - izkušnje prvih treh let. Zbornik 3. strokovnega srečanja izvajalcev nacionalnega programa primarne preventivne srčnožilnih bolezni. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana - CINDI Slovenija; 2005. p. 95-105.



5

TELESNA DEJAVNOST

Janet Klara Djomba

5 TELESNA DEJAVNOST

Redna telesna dejavnost je eden ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. V zadnjih letih smo priča velikim družbenim in političnim spremembam, ki pomembno vplivajo na socialno-ekonomski položaj družbe in posameznikov. Spremenjene razmere, v katerih posameznik živi, vplivajo na njegovo vedenje, povezano z zdravjem, in tako posledično tudi na zdravje. Mehanizmi, prek katerih socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na telesno dejavnost, so različni, vsi pa imajo enako posledico: zmanjšana količina telesne dejavnosti ali telesna nedejavnost ter s tem povečano tveganje za pojav kroničnih bolezni.

Delež odraslih, ki dosegajo smernice za telesno dejavnost SZO s celokupno telesno dejavnostjo, upoštevajoč starostno skupino od 25 do 64 let, se je v letih od 2001 do 2012 značilno povečal. Razlika je večja, če jo primerjamo med spoloma – pri ženskah se je delež povečal s 44 % na 57 %, pri moških pa s 56 % na 61 %. Porazdelitev glede na geografska območja se je povsem spremenila: leta 2001 je bil najvišji delež zabeležen v vzhodni Sloveniji, najnižji pa v osrednji Sloveniji. Leta 2012 je delež najvišji v zahodni, najnižji pa v vzhodni Sloveniji. Delež anketirancev, ki smernice za telesno dejavnost SZO dosegajo z zmerno telesno dejavnostjo, se je povečal za 14 %. Tudi tukaj je sprememba izrazito večja pri ženskah kot pri moških. Delež anketirancev, ki hodi redno, se je povečal za 25 %. Čeprav stopnja telesne dejavnosti pri odraslih Slovencih v splošnem narašča, opazamo neenakosti med skupinami z različnim socialno-ekonomskih ozadjem. Izsledki kažejo na učinkovitost ukrepov za spodbujanje telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vendar morajo biti bolj usmerjeni v gmotno in socialno šibkejše skupine. Pri tem je potrebno vključiti vse ravni družbe – od politike do posameznika – in tudi različne sektorje, predvsem zdravstvenega, športnega, izobraževalnega in socialnega. Nova Nacionalna strategija RS »Prehrana in telesna dejavnost za zdravje« in novi Nacionalni program športa Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, ki je prav tako v nastajanju, bosta prispevala potrebno politično osnovo, ki bo zagotavljala pogoje za izvajanje ustreznih dejavnosti.

5.1 Uvod

Redna telesna dejavnost je eden ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. V zadnjih letih smo priča velikim družbenim in političnim spremembam, ki pomembno vplivajo na socialno-ekonomski položaj družbe in posameznikov. Spremenjene razmere, v katerih posameznik živi, lahko vplivajo na njegovo vedenje, povezano z zdravjem, in tako posledično tudi na zdravje. Na telesno dejavnost posameznika vpliva več dejavnikov, med katerimi se v zadnjem času daje večji pomen predvsem socialno-ekonomskim dejavnikom, kot so: izobrazba, višina dohodka, bivalno okolje in družbeni sloj. Negativni vpliv slabših socialno-ekonomskih pogojev na telesno dejavnost posameznikov ali določenih populacijskih skupin je potrdilo več študij (1–8). Mehanizmi, prek katerih socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na telesno dejavnost, so različni, vsi pa imajo enako posledico: zmanjšana količina telesne dejavnosti ali telesna nedejavnost ter s tem povečano tveganje za pojav

kroničnih bolezni. Izsledki o vplivu socialno-ekonomskih dejavnikov na telesno dejavnost so izjemnega pomena, saj pomagajo pri identifikaciji tistih populacijskih skupin, ki so zaradi neenakosti najbolj prizadete in ki potrebujejo usmerjene ukrepe za izboljšanje stanja.

5.2 Metode

Za analizo smo uporabili vprašanja iz sklopa »Gibanje« (vprašanja 81–91 v prilogi 1). Analiza trendov v raziskavah od leta 2001 do leta 2012 je otežena, saj so bili uporabljeni različni vprašalniki. V vprašalniku iz leta 2001 je bila uporabljena kratka različica vprašalnika IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), v letih 2004 in 2008 pa prilagojena vprašanja iz dolge različice vprašalnika IPAQ (9–10). Leta 2012 smo uporabili povsem drugačna vprašanja. Podobna so kratki različici vprašalnika IPAQ, vendar se v primerjavi z letom 2001 nanašajo na običajni teden, ne na preteklega. Za nova vprašanja smo se odločili, ker smo želeli po eni strani pridobiti podatke o telesni dejavnosti (TD) v običajnem tednu in se tako izogniti pristranskosti, povezani z vremenskimi razmerami, letnimi časi itn. Hkrati smo želeli uporabiti čim manj vprašanj, saj so izkušnje iz let 2004 in 2008 pokazale, da je bila odzivnost na vprašanja o telesni dejavnosti nižja kot za preostali del vprašalnika. Vzrok za to je najverjetneje struktura vprašanj, ki se močno razlikuje od preostalega vprašalnika. V analizo trendov smo vključili izsledke raziskav 2001 in 2012. Vprašanja se sicer razlikujejo v obdobju poročanja in navajanju trajanja telesne dejavnosti na dan (»prosto« navajanje trajanja leta 2001 in izbira med dvema možnostma leta 2012), vendar je ohranjena struktura vprašanj, ki sprašujejo po skupni količini telesne dejavnosti določene intenzivnosti. Primerjava izsledkov iz let 2001 in 2012 je zaradi različnih obdobja poročanja omejena, vendar nam kljub temu omogoča okvirno oceno trenda.

V analizo trendov smo vključili spremenljivke hoja, zmerno intenzivna telesna dejavnost (ZTD) in celokupna telesna dejavnost za krepitev zdravja. Pri ZTD in hoji smo upoštevali samo anketirance, ki aktivnost izvajajo redno – vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut.

Spremenljivka celokupna telesna dejavnost za krepitev zdravja vključuje ZTD in intenzivni TD in je oblikovana na enak način kot v publikaciji o trendih 2001–2008 (10).

5.3 Rezultati

5.3.1 Trendi 2001–2012

Preglednica 5.1 prikazuje trend gibalnih navad od leta 2001 do leta 2012. Prikazani so odstotki anketirancev, ki dosegajo smernice SZO za telesno dejavnost s celokupno telesno dejavnostjo ali samo z ZTD in tistih, ki hodijo redno, vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut.

Celokupna telesna dejavnost za krepitev zdravja

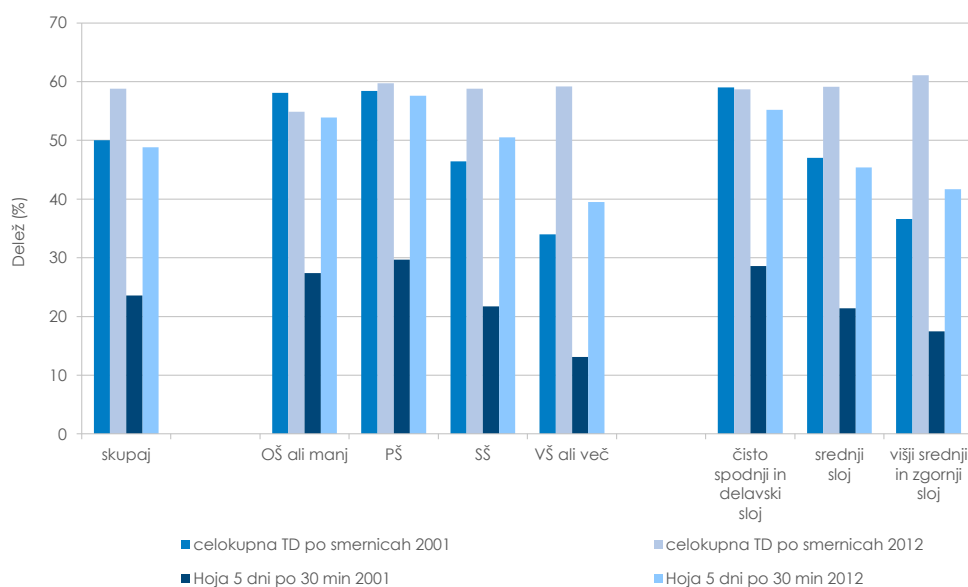
Delež odraslih se je v letih od 2001 do 2012 značilno povečal. Razlika je večja pri ženskah kot pri moških. Glede na starost je največji napredek viden v najmlajši starosti skupini (25–39 let), najmanjši pa v najstarejši (55–64 let). Trendi glede na stopnjo izobrazbe in družbeni sloj so prikazani na sliki 5.1. Leta 2001 je bil najvišji delež zabeležen v vzhodni Sloveniji, najnižji pa v osrednji Sloveniji. Leta 2012 je delež najvišji v zahodni, najnižji pa v vzhodni Sloveniji.

Zmerno intenzivna telesna dejavnost kot zadostna telesna dejavnost za krepitev zdravja

Delež anketirancev, ki so z ZTD zadostili smernicam SZO za telesno dejavnost se je povečal za 14 %. Tudi tukaj je sprememba izrazito večja pri ženskah kot pri moških. Glede na starost je izboljšanje vidno v vseh starostnih skupinah. Glede na izobrazbo je največja sprememba vidna v najvišje izobraženi skupini, vendar delež v tej skupini ostaja najnižji. Najvišji delež je viden v skupini s poklicno izobrazbo. Delež se je povišal v vseh družbenih slojih, najnižji pa ostaja pri pripadnikih najvišjih slojev. V primerjavi z letom 2001 je sprememba največja v osrednji Sloveniji, kjer se je delež skoraj podvojil.

Hoja

Delež anketirancev, ki hodi redno, se je povečal za 25 %. Glede na starost izrazito prednjači najstarejša starostna skupina, v kateri se je delež od leta 2001 skoraj potrojil. Med geografskimi regijami leta 2012 ni pomembnih razlik, vidno pa je, da je sprememba najmanjša v vzhodni Sloveniji.



OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ – višja šola ali več, Celokupna TD – celokupna telesna dejavnost

Vir: NIJZ

Slika 5.1: Delež anketirancev, ki dosegajo smernice za telesno dejavnost SZO ali pa hodi redno vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut, glede na izobrazbo in družbeni sloj, Slovenija, 2001, 2012

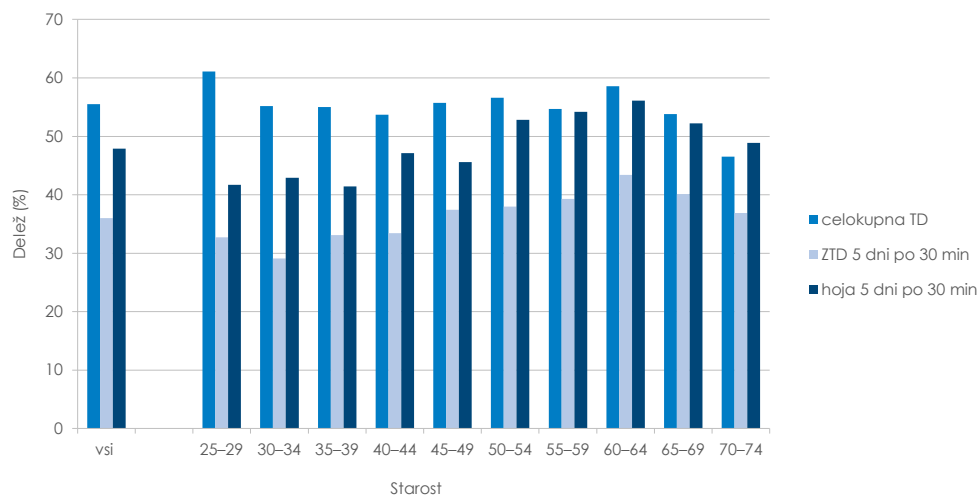
Preglednica 5.1: Delež anketirancev, ki dosega količino telesne dejavnosti po smernicah SZO s celokupno telesno dejavnostjo oz. z zmerno telesno dejavnostjo, in anketirancev, ki hodijo vsaj 5 dni v tednu po 30 minut, glede na izbrane demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, starostna skupina 25–64 let, Slovenija, 2001, 2012

	Celokupna telesna dejavnost po smernicah (%)			Zmerna telesna dejavnost 5 dni po 30 min (%)			Hoja 5 dni po 30 min (%)		
	2001	2012	p trend	2001	2012	p trend	2001	2012	p trend
Skupaj	50,0	58,8	<0,001	23,1	36,6	<0,001	23,6	48,8	0,001
Spol									
Moški	55,9	60,6	<0,001	26,9	36,9	<0,001	25,0	47,1	<0,001
Ženski	43,9	56,9	<0,001	19,3	36,3	<0,001	22,0	50,6	<0,001
Starost									
25–39	46,5	58,5	<0,001	20,6	32,2	<0,001	23,7	42,8	<0,001
40–54	50,4	57,7	<0,001	22,7	37,3	<0,001	24,6	49,9	<0,001
55–64	56,8	60,9	0,015	29,7	42,8	<0,001	21,1	57,1	<0,001
Izobrazba									
Osnovna šola ali manj	58,1	54,9	0,127	31,0	37,6	0,001	27,4	53,9	<0,001
Poklicna šola	58,4	59,7	0,416	30,0	41,6	<0,001	29,7	57,6	<0,001
Srednja šola	46,4	58,8	<0,001	19,3	37,5	<0,001	21,7	50,5	<0,001
Višja šola ali več	34,0	59,2	<0,001	9,9	32,1	<0,001	13,1	39,5	<0,001
Samoocenjen družbeni sloj									
Čisto spodnji in delavski	59,0	58,7	0,819	30,2	41,3	<0,001	28,6	55,2	<0,001
Srednji	47,0	59,1	<0,001	20,6	34,5	<0,001	21,4	45,4	<0,001
Višji srednji in zgornji	36,6	61,1	<0,001	11,3	32,3	<0,001	17,5	41,7	<0,001
Geografsko območje									
Zahodna Slovenija	48,8	62,1	<0,001	23,8	36,4	<0,001	21,6	49,4	<0,001
Osrednja Slovenija	44,0	58,2	<0,001	18,9	36,0	<0,001	20,8	47,5	<0,001
Vzhodna Slovenija	54,3	57,5	0,005	25,5	37,0	<0,001	26,2	49,4	<0,001
Zdravstvena regija									
CE	48,5	63,1	<0,001	23,6	37,3	<0,001	20,6	48,5	<0,001
NG	45,6	58,1	<0,001	23,7	32,0	0,002	21,2	46,7	<0,001
KP	51,4	64,5	<0,001	24,1	39,2	<0,001	22,4	51,8	<0,001
KR	44,0	58,2	<0,001	18,9	36,0	<0,001	20,8	47,5	<0,001
LJ	50,9	61,5	0,009	21,0	36,0	<0,001	25,5	47,7	<0,001
MB	57,2	60,1	0,341	27,8	40,4	<0,001	23,9	48,0	<0,001
MS	56,2	57,5	0,536	27,8	37,6	<0,001	25,5	51,5	<0,001
NM	52,0	56,6	0,020	24,1	36,3	<0,001	27,6	48,8	<0,001
RA	54,8	54,7	0,982	24,5	34,3	0,001	27,3	48,6	<0,001

Vir: NIJZ

5.3.2 Starostniki v raziskavi 2012

Ob upoštevanju celotnega vzorca za raziskavo v letu 2012, ki vključuje tudi anketirance, stare 65–74 let, se porazdelitev po posameznih skupinah nekoliko spremeni (slika 5.2). Pri celokupni telesni dejavnosti za krepitev zdravja in pri ZTD je vidno postopno večanje deleža do starostne skupine 60–64 let, nato pa delež upade. Nekoliko večji delež je pri starostni skupini 70–74 let viden pri redni hoji, kjer znaša skoraj polovico (48,9 %).



Celokupna TD – celokupna telesna dejavnost, ZTD – zmerno intenzivna telesna dejavnost

Vir NIJZ

Slika 5.2: Delež anketirancev, ki dosegajo količino telesne dejavnosti po smernicah SZO s celokupno telesno dejavnostjo oziroma zmerno intenzivno telesno dejavnostjo ali pa hodi redno vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut, glede na starost, starostna skupina 25–74 let, Slovenija, 2012

5.4 Razprava

V splošnem lahko trdimo, da so se gibalne navade odraslih Slovencev v obdobju od leta 2001 do leta 2012 izboljšale, tudi ob upoštevanju dejstva, da anketiranci ob navajanju svojih navad za tipičen teden pogostost včasih precenijo (11). Razlika je najmanjša (manj kot 10 %) pri celokupni telesni dejavnosti glede na smernice SZO, največja pa pri redni hoji, pri kateri se je skupni delež več kot podvojil. Vzroki za različne trende glede na socialno-ekonomske dejavnike so različni. Neprimerno okolje s slabo infrastrukturo, pomanjkanje ustreznih objektov, slabo finančno stanje, pomanjkanje časa, utrujenost in preslaba ozaveščenost so najpomembnejši dejavniki, ki so povezani z nezadostno telesno dejavnostjo (1–8).

Porast pogostosti redne hoje lahko razlagamo z učinki prizadevanj za spodbujanje hoje kot telesne dejavnosti za krepitev zdravja po eni strani, pa tudi s slabšanjem gmotnega stanja in posledičnim iskanjem brezplačnih načinov telesne dejavnosti po drugi strani.

Ne glede na prednosti hoje (12–15) pa je nujno spodbujati tudi intenzivnejše vrste telesne dejavnosti, saj je porast pri celokupni in zmerno intenzivni telesni dejavnosti znatno nižji kot pri hoji. Pri zmerno intenzivni telesni dejavnosti kot telesni dejavnosti za krepitev zdravja opazamo izrazit porast v najvišje izobraženi skupini (za 22 %), vendar delež v tej skupini ostaja najnižji. Glede na to, da je upoštevana vsa zmerno intenzivna telesna dejavnost, ne glede na razlog (delovno mesto, rekreacija, transport, domača opravila), lahko porast vsaj deloma pojasnimo s splošnim povečanjem količine telesne dejavnosti na račun boljše ozaveščenosti. Da je delež v tej skupini še vedno nižji kot pri nižje izobraženih skupinah, pa lahko deloma pojasnimo tudi s sedečim delom, ki je v tej skupini pogostejše.

Starostniki predstavljajo pomembno ciljno skupino pri prizadevanjih za spodbujanje telesne dejavnosti zaradi pogosto slabšega gmotnega položaja in različnih obolenj, ki so pogostejša v starosti.

Razliko v trendih med geografskimi regijami lahko vsaj deloma pojasnimo z različnima vprašalnikoma, ki sta bila uporabljena, vendar to ne more biti edini vzrok za tako veliko razliko. Vzrok za tako izrazit upad deleža zadostno telesno dejavnih v vzhodni Sloveniji lahko iščemo v slabših socialno-ekonomskih dejavnikih, vendar bi bilo pojav smiselno natančneje raziskati. Poleg regionalnih razlik v socialno-ekonomskih dejavnikih je lahko vzrok tudi v različno učinkovitih pristopih za spodbujanje telesne dejavnosti. Za ugotavljanje učinkovitosti ukrepov bi bila potrebna evalvacija obstoječih dejavnosti. Za načrtovanje prihodnjih dejavnosti pa je treba poleg izsledkov evalvacije upoštevati tudi regionalne demografske in socialno-ekonomske značilnosti posameznih regij.

5.5 Zaključek

Čeprav stopnja telesne dejavnosti pri odraslih Slovencih v splošnem narašča, opazamo neenakosti med skupinami z različnim socialno-ekonomskim ozadjem. Izsledki kažejo na učinkovitost ukrepov za spodbujanje telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vendar morajo biti ti bolj usmerjeni v gmotno in socialno šibkejšo skupino. Pri tem je treba vključiti vse ravni družbe – od politike do posameznika – in tudi različne sektorje, predvsem zdravstvenega, športnega, izobraževalnega in socialnega. Nova strategija Ministrstva za zdravje, ki bo vključevala telesno dejavnost za krepitev zdravja, in novi Nacionalni program športa Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, ki je prav tako v nastajanju, bosta prispevala potrebno politično osnovo, ki bo zagotavljala pogoje za izvajanje ustreznih dejavnosti in zmanjševanje neenakosti na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja.

5.6 Viri

1. Bergman P, Grijbovski AM, Hagströmer M, Bauman A, Sjöström M. Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates – a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2008; 8: 367. Dostopno 20.4.2012 na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/367>.
2. Cotter KA, Lachman ME. No Strain, No Gain: Psychosocial Predictors of Physical Activity Across the Adult Lifespan. *J Phys Act Health* 2010; 7(5): 584–94.
3. Shaw BA, Spokane LS. Examining the Association Between Education Level and Physical Activity Changes During Early Old Age. *J Aging Health* 2008; 20(7): 767–87.
4. Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Factors associated to leisure-time sedentary lifestyle in adults of 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008; 42(Suppl 2): 70–7.
5. Pan SY, Cameron C, DesMeules M, Morrison H, Craig CL, Jiang X. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009; 9: 21. Dostopno 20.4.2012 na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/21>
6. Lee RE, Cubbin C. Striding Toward Social Justice: The Ecologic Milieu of Physical Activity. *Exerc Sport Sci Rev* 2009; 37(1): 10–7.
7. Harper S, Lynch J. Trends in Socioeconomic Inequalities in Adult Health Behaviors Among U.S. States, 1990–2004. *Public Health Reports* 2007; 122: 177–89.
8. Lahti J, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8: 36. Dostopno 20.4.2012 na <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/36>.
9. International Physical Activity Questionnaire. Dostopno 20.4.2012 na: <https://sites.google.com/site/theipaqa/>

10. Djomba JK. Telesna dejavnost. V: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L (ur.). Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012: 51-69.
11. Chang L, Krosnick JA. Measuring the frequency of regular behaviours: Comparing the 'typical week' to the 'past week'. *Sociological Methodology*;2003;33:55-80.
12. Murtagh EM, Murphy MH, Boone-Heinonen J. Walking- the first steps in cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol* 2010; 25(5): 490-6.
13. Boone-Heinonen J, Evenson KR, Taber DR, Gordon-Larsen P. Walking for prevention of cardiovascular diseases in men and women: a systematic review of observational studies. *Obes Rev* 2009; 10(2): 204-17.
14. Peterson MJ, Morey MC, Giuliani C, Pieper CF, Evenson KR, Mercer V, Visser M, et al. Walking in old age and development of metabolic syndrome: The health, aging, and body composition Study. *Metabolis syndrome and related disorders* 2010; 8(4): 317-22.
15. Diehr P, Hirsch C. health benefits of increased walking for sedentary, generally healthy older adults: using longitudinal data to approximate an intervention trial. *Journal of gerontology* 2010; 65A(9): 982-9.



6

TOBAK

Helena Koprivnikar

6 TOBAK

V obdobju 2001–2012 se je znižal delež kadilcev in zvišal delež bivših kadilcev, a tudi znižal delež tistih, ki niso nikoli kadili. Za čas med zadnjima dvema raziskavama (2008 in 2012) so značilne manj ugodne spremembe v razširjenosti kajenja (zvišanje deleža kadilcev zaradi zvišanja deleža med ženskami, medtem ko se med moškimi delež ni spremenil, in znižanje deleža tistih, ki niso nikoli kadili, pri obeh spolih). Neugodne spremembe v razširjenosti kajenja so izrazitejše med ženskami. Pomembna je čimprejšnja uvedba poznanih učinkovitih ukrepov in ustreznih programov za zmanjševanje razširjenosti kajenja in posledic kajenja med prebivalci Slovenije.

6.1 Uvod

V Sloveniji je med dejavniki tveganja kajenje tobaka najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manjzmožnosti (1). Letno zaradi kajenja umre skoraj 3.600 prebivalcev Slovenije, od tega skoraj 900 pred 60. letom starosti (2). Kajenje je pomemben vzrok neenakosti v zdravju, ki so posledica razlik v deležih kadilcev glede na socialno-ekonomski položaj, te beležimo tudi v Sloveniji (3). Namen poglavja je prikazati razširjenost kajenja in trende v kajenju v obdobju 2001–2012 ter med letoma 2008 in 2012 med prebivalci Slovenije, starimi 25–64 let.

6.2 Metode

Analizirali smo delež kadilcev, bivših kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili, obseg kajenja v bivalnih prostorih, delež prebivalcev, ki so izpostavljeni tobačnemu dimu, in delež kadilcev, ki jim je bila svetovana opustitev kajenja v zadnjem letu. Podatke smo pridobili iz vprašanj 35, 36, 37, 39, 41 in 49 (gl. prilogo 1). Pri vprašanju o izpostavljenosti tobačnemu dimu smo združili zadnje tri odgovore v skupino izpostavljenih, pri vprašanju o svetovanju za opustitev kajenja pa smo združili odgovore zdravnik, zobozdravnik, medicinska sestra, drug zdravstveni delavec v skupino zdravstveni delavci. Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, družbeni sloj, bivalno okolje, geografsko območje in glede na zdravstveno regijo.

6.3 Rezultati

6.3.1 Deleži kadilcev (redni in občasni), bivših kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili

V obdobju 2001–2012 se je delež kadilcev (preglednica 6.1) statistično značilno znižal na račun statistično značilnega zvišanja deleža bivših kadilcev in kljub statistično značilnemu znižanju deleža tistih, ki niso nikoli kadili. Med zadnjima dvema raziskavama med letoma 2008 in 2012 pa sta se deleža kadilcev ($p = 0,008$) in bivših kadilcev ($p = 0,007$) statistično značilno zvišala, medtem ko se je delež tistih, ki niso nikoli kadili, statistično značilno znižal ($p < 0,001$).

Med moškimi se je delež kadilcev v obdobju 2001–2012 (preglednica 6.1) statistično značilno znižal na račun statistično značilnega zvišanja deleža bivših kadilcev, medtem ko se delež tistih, ki niso nikoli kadili, ni statistično značilno spremenil. Med ženskami se delež kadilk ni statistično značilno spremenil, delež žensk, ki niso nikoli kadile, se je statistično značilno znižal, delež bivših kadilk pa statistično značilno zvišal. Med letoma 2008 in 2012 pa se je med ženskami statistično značilno zvišal delež kadilk ($p = 0,006$) in bivših kadilk ($p = 0,020$); pri moških se deleža nista statistično značilno spremenila. Delež tistih, ki niso nikoli kadili, pa se je statistično značilno znižal pri obeh spolih (moški: $p = 0,012$; ženske: $p < 0,001$).

Pri spremembah deležev v posameznih starostnih skupinah v obdobju 2001–2012 (preglednica 6.1) in med letoma 2008 in 2012 izstopa statistično značilno zvišanje deleža kadilcev v najstarejši starostni skupini (2008–2012: $p = 0,010$), do katerega je med letoma 2008 in 2012 prišlo zaradi sprememb deleža med ženskami ($p = 0,004$). Med letoma 2008 in 2012 se je med najmlajšimi ($p = 0,025$) in najstarejšimi ($p < 0,001$) statistično značilno znižal delež tistih, ki niso nikoli kadili, med najmlajšimi zaradi sprememb deleža pri ženskah ($p = 0,014$).

Delež kadilcev se je v obdobju 2001–2012 statistično značilno znižal med poklicno in najvišje izobraženimi (preglednica 6.1), v preostalih dveh skupinah (osnovna šola ali manj, srednja šola) pa ostal nespremenjen ob hkratnem statistično značilnem znižanju deleža tistih, ki niso nikoli kadili. Znižanji deleža kadilcev med poklicno in najvišje izobraženimi sta odraz sprememb med moškimi, med katerimi se je delež kadilcev znižal v večini izobrazbenih skupin (OŠ ali manj: $p = 0,013$, poklicna: $p = 0,001$; višja ali več: $p = 0,027$), razen med srednje izobraženimi, pri katerih se je delež kadilcev statistično značilno zvišal ($p = 0,030$). Med ženskami se delež kadilk ni statistično značilno spremenil v nobeni izmed izobrazbenih skupin. Med letoma 2008 in 2012 pa se je delež kadilcev zvišal med srednje ($p = 0,007$) in najvišje izobraženimi ($p = 0,009$), med zadnjimi predvsem na račun žensk ($p = 0,036$). V večini izobrazbenih skupin se je znižal tudi delež tistih, ki niso nikoli kadili (poklicna: $p = 0,007$; srednja: $p < 0,001$; višja ali več: $p = 0,020$). Med poklicno in najvišje izobraženimi je do znižanj prišlo predvsem zaradi sprememb deležev med ženskami (poklicna: $p = 0,025$; višja ali več: $p = 0,004$), med srednješolsko izobraženimi pa predvsem zaradi sprememb med moškimi ($p < 0,001$).

Neenakosti v kajenju so pri obeh spolih najizrazitejše v najmlajši starostni skupini 25-39 let (slika 6.1).

6.3.2 Kajenje v stanovanju ali bivalnih prostorih

Delež tistih, ki navajajo, da oni ali družinski član kadijo v bivalnih prostorih, je v letu 2012 17,8 %. V obdobju 2001–2012 se je delež statistično značilno znižal skupno, pri obeh spolih, v vseh starostnih skupinah, izobrazbenih skupinah, družbenih slojih, geografskih območjih in zdravstvenih regijah ($p < 0,001$), medtem ko se med letoma 2008 in 2012 ni statistično značilno spremenil v nobeni izmed navedenih skupin.

6.3.3 Izpostavljenost tobačnemu dimu drugih

Delež izpostavljenih tobačnemu dimu je v letu 2012 39,2 %, najbolj izpostavljenih (5 ur ali več) pa 6,3 %. V obdobju 2001–2012 sta se oba deleža statistično značilno znižala skupno, pri obeh spolih, v vseh starostnih skupinah, vseh izobrazbenih skupinah, vseh družbenih slojih, geografskih območjih in zdravstvenih regijah ($p < 0,001$). Med letoma 2008 in 2012 se delež izpostavljenih tobačnemu dimu skupno in v večini spremljanih skupin ni statistično značilno spremenil, se pa je statistično značilno znižal med moškimi ($p = 0,013$), v skupini s poklicno ($p = 0,011$) in z najvišjo

stopnjo izobrazbe ($p = 0,014$). Statistično značilno se je znižal tudi delež najbolj izpostavljenih (5 ur ali več) ($p < 0,001$).

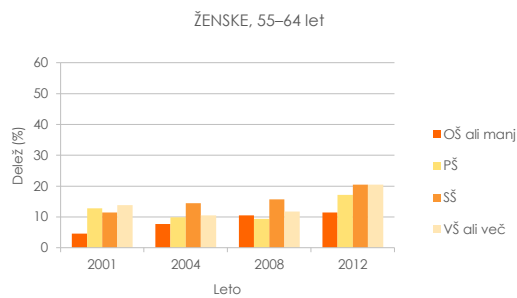
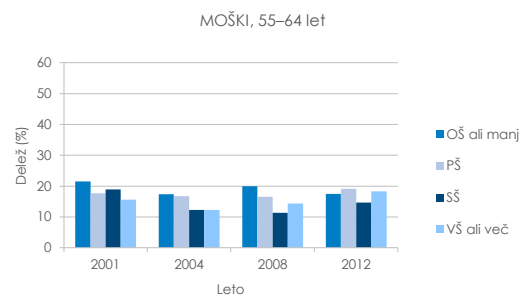
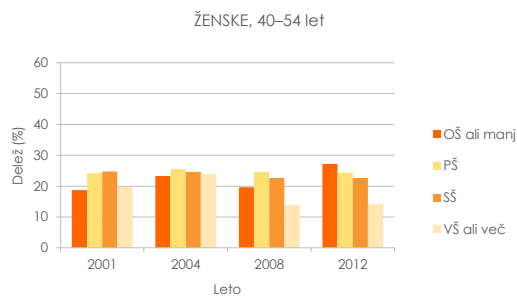
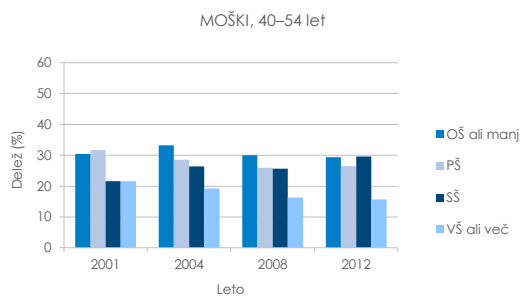
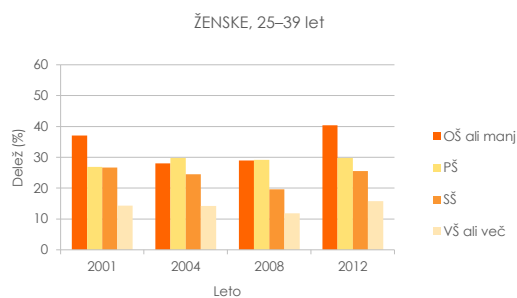
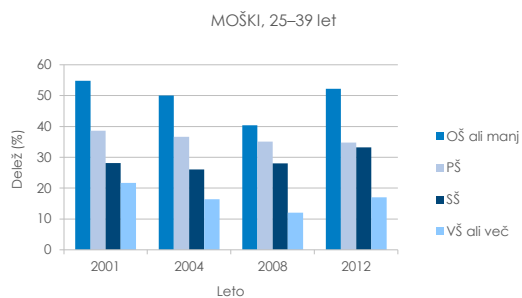
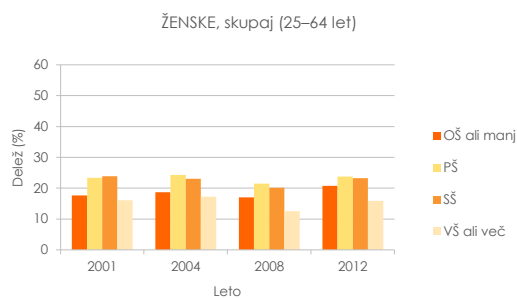
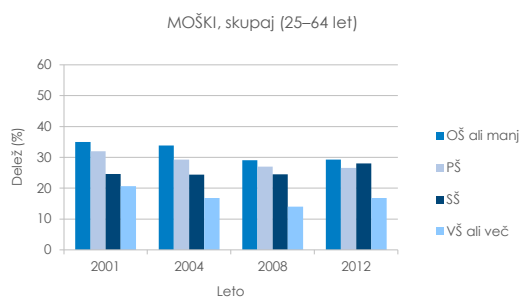
Preglednica 6.1: Deleži kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi 25–64 let, po spolu, starosti, izobrazbi in po družbenem sloju, 2001–2012

	Delež kadilcev (%)					Delež bivših kadilcev (%)					Delež tistih, ki niso nikoli kadili (%)				
	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend
Skupaj	24,5	23,4	20,7	22,6	<0,001	24,4	24,3	26,3	28,4	<0,001	51,1	52,3	53,0	49,0	0,017
Spol															
Moški	28,5	25,9	23,6	24,8	<0,001	30,3	29,5	30,4	32,3	0,027	41,2	44,6	46,0	43,0	0,081
Ženski	20,3	20,7	17,6	20,3	0,320	18,4	19,0	21,9	24,4	<0,001	61,3	60,3	60,5	55,3	<0,001
Starostna skupina															
25–34	27,5	26,5	23,1	25,4	0,030	18,3	15,8	19,2	20,7	0,005	54,2	57,8	57,7	53,9	0,783
35–44	30,8	27,3	23,7	24,0	<0,001	26,1	24,0	22,6	22,3	0,002	43,2	48,7	53,7	53,7	<0,001
45–54	22,3	23,8	20,8	23,2	0,920	29,2	31,2	32,3	33,0	0,007	48,4	44,9	47,0	43,8	0,016
55–64	13,6	12,8	13,7	17,3	0,001	23,8	26,5	32,3	38,3	<0,001	62,6	60,7	53,9	44,4	<0,001
Izobrazba															
Osnovna šola ali manj	25,1	25,2	22,7	24,6	0,417	19,5	19,6	26,4	28,1	<0,001	55,4	55,2	50,9	47,3	<0,001
Poklicna šola	28,7	27,4	25,1	25,5	0,005	27,5	27,4	29,3	33,8	<0,001	43,7	45,2	45,6	40,7	0,146
Srednja šola	24,2	23,7	22,3	25,8	0,218	25,8	25,7	26,6	29,4	0,001	50,0	50,6	51,1	44,8	<0,001
Višja šola ali več	18,2	17,0	13,2	16,3	0,027	23,4	22,3	23,3	23,9	0,446	58,4	60,7	63,5	59,8	0,312
Samoocenjen družbeni sloj															
Čisto spodnji in delavski	27,1	26,6	25,7	28,1	0,524	24,3	24,1	27,0	29,4	<0,001	48,6	49,3	47,4	42,5	<0,001
Srednji	23,8	22,3	18,5	19,7	<0,001	25,0	25,6	25,9	27,7	0,006	51,3	52,1	55,6	52,6	0,060
Višji srednji in zgornji	18,5	19,2	13,7	14,8	0,004	26,2	23,0	26,4	27,0	0,349	55,3	57,8	59,9	58,2	0,179

Vir: NIJZ

6.3.4 Svetovanje za opustitev kajenja v zadnjem letu

V letu 2012 37,7 % kadilcev navaja, da so jim zdravstveni delavci svetovali opustitev kajenja. Delež se je statistično značilno zvišal v obdobju 2001–2012 ($p < 0,001$), in to zaradi sprememb med letoma 2008 in 2012, ko se je delež statistično značilno zvišal skupno ($p < 0,001$), pri obeh spolih ($p < 0,001$), v vseh starostnih skupinah (25–34, 35–44, 45–54: $p < 0,001$; 55–64: $p = 0,002$), izobrazbenih skupinah (OŠ ali manj: $p = 0,005$, preostale skupine: $p < 0,001$) in v več kot polovici zdravstvenih regij (CE, KR, MB: $p < 0,001$; LJ: $p = 0,037$; MS: $p = 0,002$). Med letoma 2008 in 2012 so se deleži statistično značilno zvišali v vseh treh spremljanih skupinah zdravstvenih delavcev ($p < 0,001$) in so se skoraj ali več kot podvojili. V letu 2012 32,4 % kadilcev navaja, da so jim opustitev kajenja svetovali zdravniki, 10,2 % medicinske sestre in 8,7 % zobozdravniki.



OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ – višja šola ali več
Vir: NIJZ

Slika 6.1: Delež kadilcev pri moških in ženskah glede na stopnjo izobrazbe in starost, Slovenija, 2001–2012

6.4 Razprava

Raziskava iz leta 2012 kaže na manj ugodne spremembe v razširjenosti kajenja v primerjavi s preteklimi. V obdobju 2001–2008 smo beležili ugodne spremembe kazalnikov kadilskega vedenja (znižanje deleža kadilcev, zvišanje deleža bivših kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili, skupno in pri obeh spolih) (3). Med letoma 2008 in 2012 pa beležimo zvišanje deleža kadilcev na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko se med moškimi delež ni spremenil. Zvišanje deleža kadilk izhaja predvsem iz zvišanja deleža v najstarejši starostni skupini (55–64 let). Spremembe kazalnikov v starejših starostnih skupinah lahko pripišemo prehodu generacij z različnim obsegom kajenja, spremembe med mlajšimi pa so znak prevzemanja navade, saj skoraj vsi kadilci začnejo kaditi (tudi redno) do 25. leta starosti. V mlajših starostnih skupinah pa se delež kadilcev med letoma 2008 in 2012 ni spremenil pri nobenem izmed spolov, obenem pa se je znižal delež tistih, ki niso nikoli kadili, izraziteje pri ženskah. Delež tistih, ki niso nikoli kadili, odraža učinkovitost ukrepov in programov v preprečevanju začetka kajenja. Ta delež pa se je znižal v večini izobrazbenih skupin in v najmlajši starostni skupini, zvišal pa se ni v nobeni izmed spremljanih skupin. Spremembe med letoma 2008 in 2012 so vplivale na spremembe v celotnem spremljanem obdobju 2001–2012, ko se je delež kadilcev sicer znižal (na račun znižanja med moškimi), a se je znižal tudi delež tistih, ki niso nikoli kadili. To nas skupaj z drugimi podatki o razširjenosti kajenja med mladostniki (4) opozarja na potrebo po ukrepanju. Navedene spremembe lahko pripišemo različnim dejavnikom – eden najpomembnejših je marketing tobačnih izdelkov, ki spodbuja začetek kajenja in kajenje na splošno. Spodbuja tudi socialno-ekonomske razlike v kajenju (5), za katere smo prikazali, da so prisotne tudi pri nas. Marketing tobačnih izdelkov je obsežen in se v zadnjem obdobju intenzivno usmerja v ženske in dekleta, kar je že vplivalo na razširjenost kajenja med njimi (5). Zato je ključno, da čim prej uvedemo poznane učinkovite zakonodajne ukrepe, s katerimi bomo omejili marketinške aktivnosti tobačne industrije ter tako zmanjšali razširjenost kajenja in neenakosti v kajenju. Najpomembnejši ukrepi so: nadaljnje zviševanje obdavčitve in cen ter zmanjševanje razlik med cenami tobačnih izdelkov, ukinitvev izjem v oglaševanju na prodajnih mestih, prepoved dodatkov za povečanje privlačnosti tobačnih izdelkov in kajenja, ureditev maloprodajnega trga tobačnih izdelkov, uvedba učinkovitih slikovnih zdravstvenih opozoril in čimprejšnja uvedba enotne embalaže.

Med ugodnimi izidi beležimo višanje deleža bivših kadilcev. K temu sta najverjetneje najbolj prispevala ukrep prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih ter povečan obseg svetovanj opustitve kajenja zdravstvenih delavcev. Potrebno je dodatno spodbujanje zdravstvenih delavcev k svetovanju opustitve (deleži so kljub zviševanju še vedno nizki) pa tudi ovrednotenje ustreznosti in kapacitet obstoječega sistema pomoči pri opuščanju kajenja ter prilagoditev potrebam, ki bodo lahko še posebej narastle ob uvedbi različnih ukrepov.

Kajenje v bivalnih prostorih in izpostavljenost pasivnemu kajenju sta se sicer zmanjšala v obdobju 2001–2012, a se med letoma 2008 in 2012 večinoma ne spreminjata več. To in pa nezanimljivi deleži obeh opozarjajo na potrebo po ustreznih programih, ki bi bili namenjeni zmanjševanju obeh v domačem okolju.

6.5 Zaključek

Neugodne spremembe v razširjenosti kajenja v zadnjih letih (zvišanje deleža kadilk in nespremenjen delež kadilcev) kažeta na potrebo po čimprejšnji uvedbi poznanih in dokazano učinkovitih ukrepov za zmanjševanje kajenja ter okrepitvi programov in aktivnosti preprečevanja in zmanjševanja kajenja.

6.6 Viri

1. World Health Organization. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
2. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization, 2012.
3. Koprivnikar H. Tobak. V: Artnik B in sod. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah Cindi 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
4. Koprivnikar H. Kajenje tobaka. V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ed.). Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.
5. National Cancer Institute. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use: Executive Summary. NCI Tobacco Control Monograph No. 19, NIH Pub. No. 07-6242. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008.



7

ALKOHOL

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

7 ALKOHOL

Vsak deseti Slovenec (25–64 let) čezmerno pije alkohol, vsak drugi se vsaj enkrat letno opije. Moški manj abstininirajo, pijejo alkohol pogosteje in v večji meri v primerjavi z ženskami. Čezmerno pitje alkohola s starostjo narašča, medtem ko visokotvegano opijanje s starostjo upada. Prebivalci vzhodne Slovenije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visoko tvegano opijajo. V obdobju 2001–2012 zaznavamo trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač, čeprav se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, je pa značilno porastel delež tistih, ki so se visokotvegano opili vsaj enkrat letno, potem ko smo do leta 2008 zaznavali trend padanja takega vedenja. Na ta neugoden trend uživanja alkoholnih pijač, bi lahko vplivala gospodarska kriza.

7.1 Uvod

Škodljivo uživanje alkohola predstavlja enega glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje, saj lahko povzroča zasvojenost ter več kot 60 različnih bolezni in poškodb. Delež alkoholu pripisljivih smrti in izgubljenih zdravih let življenja je v svetovnem merilu največji v evropski regiji SZO, ki ima tudi največjo porabo alkohola na prebivalca na svetu (1). Slovenija se uvršča v sam vrh držav članic EU po porabi alkohola in tudi po zdravstvenih posledicah zaradi pitja alkohola (2–3).

7.2 Metode

V anketi so udeleženci odgovarjali na vprašanja o pogostosti in količini pitja alkoholnih pijač (gl. vprašanja 68–76 v prilogi 1). Iz podatkov smo izračunali količino zaužitega alkohola glede na vrsto alkoholne pijače, pri čemer smo upoštevali: merico alkohola, količino in pogostost pitja za različne vrste alkoholnih pijač¹ (4). Glede na količino zaužitega alkohola smo določili stopnje pitja alkoholnih pijač:

- abstinenti (popolni abstinenti, ki v zadnjem letu niso zaužili alkohola; 0 g alkohola/dan);
- manj tvegani pivci (ženske, ki zaužijejo 10 g ali manj čistega alkohola dnevno, in moški, ki zaužijejo 20 g ali manj čistega alkohola dnevno);
- čezmerni pivci (ženske, ki zaužijejo več kot 10 g čistega alkohola dnevno, in moški, ki zaužijejo več kot 20 g čistega alkohola dnevno).

Za analizo visokotvegane alkohole opijanja smo uporabili vprašanje o pogostosti pitja 6 ali več pijač ob eni priložnosti za moške in 4 ali več pijač ob eni priložnosti za ženske.

Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, samoocenjeni družbeni sloj, geografsko območje in glede na zdravstveno regijo.

¹Izračun zaužitega alkohola:

vino: število kozarcev vina (1 dl) x 10 g = g alkohola vina; g alkohola vina x število dni/leto = g alkohola vina/leto;

pivo: število kozarcev piva (1 dl) x 4 g = g alkohola piva; g alkohola piva x število dni/leto = g alkohola piva/leto;

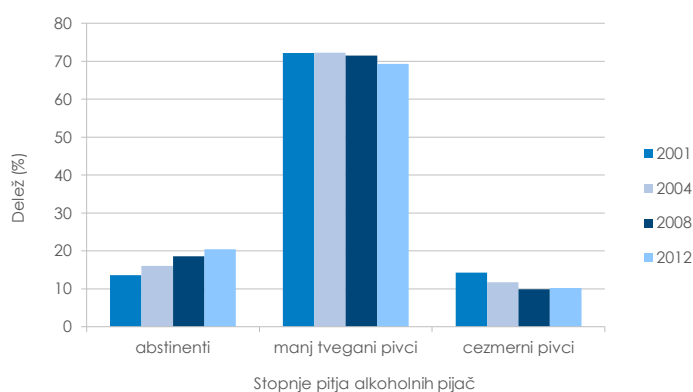
žgane pijače: število šilc (0,3 dl) x 10 g = g alkohola žgane pijače; g alkohola žgane pijače x število dni/leto = g alkohola žgane pijače/leto.

7.3 Rezultati

7.3.1 Stopnje pitja alkoholnih pijač

Porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač vseh anketirancev v obdobju 2001–2012 je pokazala, da je delež abstinentov statistično značilno naraščal, medtem ko sta deleža manj tveganih in čezmernih pivcev alkoholnih pijač statistično značilno padala (za vse $p < 0,001$) (slika 7.1).

Porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač vseh anketirancev leta 2012 glede na raziskavo, izvedeno v letu 2008, je pokazala, da je delež abstinentov statistično značilno narasel ($p = 0,007$) medtem, ko je delež manj tveganih pivcev statistično značilno padel ($p = 0,007$), delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač pa se ni statistično značilno spremenil. Podrobnejši rezultati glede na spol za leto 2012 so glede na leto 2008 pokazali značilno naraščanje deleža abstinentk ($p = 0,01$) in čezmernih pivk alkohola ($p = 0,006$) ter padanja zmernih pivk alkohola ($p < 0,001$), pri moških pa ni bilo opaziti taistih značilnih sprememb.



Vir: NIJZ

Slika 7.1: Stopnje pitja alkoholnih pijač, Slovenija, 2001–2012

7.3.2 Čezmerno pitje

V letu 2012 je v Sloveniji čezmerno pilo alkohol 10,2 % prebivalcev (25–64 let), 15,4 % moških in 4,7 % žensk. Delež čezmernih pivcev alkohola je bil v vseh letih raziskav višji pri moških kot pri ženskah, a je značilno upadal (preglednica 7.1).

V celotnem opazovanem obdobju (2001–2012) se delež čezmernega pitja s starostjo viša; v starostnih skupinah 40–54 let in 55–64 let je delež čezmernih pivcev statistično značilno padal (preglednica 7.1), za starostno skupino 25–39 let je statistično značilno padal do leta 2008 ($p < 0,001$), v starostni skupini 65–74 let pa je bil v letu 2012 delež čezmernih pivcev 13,6-odstoten.

Delež čezmernih pivcev je bil v obdobju 2001–2012 najvišji v najnižjih izobrazbenih skupinah (osnovna šola ali manj in poklicna izobrazba), najnižji pa v skupini z višješolsko izobrazbo ali več, v vseh pa je statistično značilno padal (preglednica 7.1), razen v skupini s srednješolsko izobrazbo, v kateri je statistično značilno padal do leta 2008 ($p = 0,001$). V obdobju 2001–2012 ne zaznavamo statistično značilnih sprememb glede deleža čezmernih pivcev s srednješolsko izobrazbo. V primerjavi z letom 2008 se delež čezmernih pivcev leta 2012 med različnimi starostnimi in izobrazbenimi skupinami ni statistično značilno razlikoval, razen v skupini s srednješolsko izobrazbo.

Glede na samoocenjeni družbeni sloj je bil delež čezmernih pivcev najvišji v najnižjem (spodnji in delavski), najnižji pa v najvišjem (višji srednji in zgornji) družbenem sloju. Trend padanja deleža čezmernih pivcev v obdobju 2001–2012 zaznavamo v najnižjem in srednjem družbenem sloju (preglednica 7.1), glede na leto 2008 pa je leta 2012 v srednjem sloju delež čezmernih pivcev statistično značilno porastel ($p = 0,03$).

Trend zniževanja čezmernih pivcev je bil v obdobju 2001–2012 prisoten v vseh treh geografskih območjih in skoraj v vseh zdravstvenih regijah, izjeme so bile Nova Gorica, Koper in Ravne na Koroškem (preglednica 7.1). Glede na leto 2008 v letu 2012 v vseh treh geografskih območjih in skoraj v vseh zdravstvenih regijah ni bilo značilnih sprememb; izjema je bila le Nova Gorica, kjer se je delež statistično značilno povečal ($p = 0,018$).

7.3.3 Visokotvegano opijanje

Podatki za leto 2012 kažejo, da se je v Sloveniji v predhodnem letu vsaj enkrat letno opilo 50,4 % prebivalcev, 62 % moških in 38 % žensk (preglednica 7.1). Delež tistih, ki so se visokotvegano opijali vsaj enkrat letno, je v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 statistično značilno porastel pri moških in ženskah ($p < 0,001$), potem ko je do leta 2008 statistično značilno padal ($p = 0,008$).

Med osebami, ki so odgovorile, da se niso nikoli visokotvegano opijale, je bil manjši delež moških, pri vseh drugih oblikah visokotveganega opijanja z alkoholom pa je bil delež moških večji v primerjavi z ženskami (slika 7.2).

V opazovanem obdobju 2001–2012 je bil statistično značilno v porastu delež moških in žensk, ki so se visokotvegano opijale nekajkrat letno ($p < 0,001$), in tistih, ki so se opijali od 1- do 3-krat mesečno ($p = 0,001$), medtem ko je delež tistih, ki so se visokotvegano opijali, od 1- do 7-krat tedensko, med moškimi statistično značilno padal ($p = 0,008$), pri ženskah pa ni bilo značilnih razlik (slika 7.2). Podobno je bilo v letu 2012 v primerjavi z letom 2008: delež moških in žensk, ki so se visokotvegano opijali, je statistično značilno naraščal pri tistih, ki so se opijali nekajkrat letno ($p < 0,001$) in od 1- do 3-krat mesečno (moški: $p = 0,001$; ženske: $p = 0,006$), pri od 1- do 7-krat tedenskem opijanju pa ni bilo statistično značilnih razlik (slika 7.2).

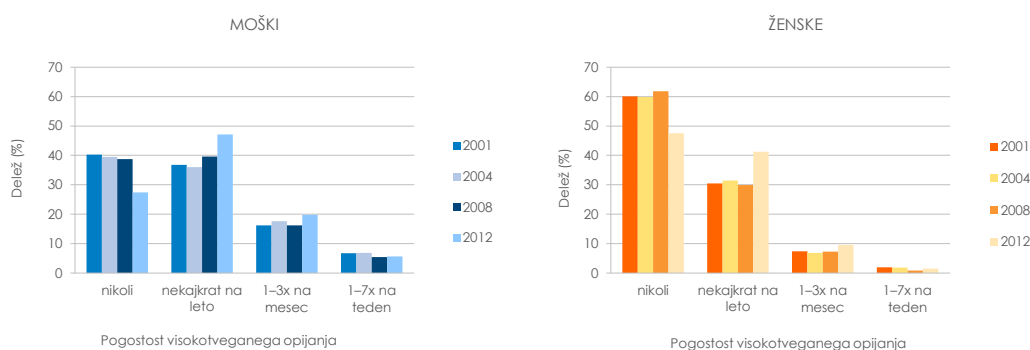
Za obdobje 2001–2012 je bilo pri visokotveganem opijanju zaznati trend naraščanja pri večini sociodemografskih spremenljivk: pri obeh spolih, v vseh starostnih skupinah, pri vseh izobrazbenih skupinah (razen osnovne šole ali manj, kjer ni bilo značilnih razlik), v vseh družbenih slojih in geografskih regijah ter v vseh zdravstvenih regijah razen Murske Sobotice in Novega mesta, kjer ni bilo značilnih razlik (preglednica 7.1). Tudi v letu 2012 je v primerjavi z letom 2008 statistično značilno naraščal delež tistih, ki so se visokotvegano opijali, pri obeh spolih, v vseh starostnih in izobrazbenih skupinah, glede na samoocenjeni družbeni sloj v čisto spodnjem delavskem in srednjem (pri višjem srednjem in zgornjem ni bilo značilnih razlik), v vseh geografskih regijah, v večini zdravstvenih regij razen Kopra, Raven in Novega mesta, kjer ni bilo značilnih razlik.

V letu 2012 je bil najvišji delež tistih, ki so se visokotvegano opijali glede na starost in spol, v starostni skupini 25–34 let pri obeh spolih, glede na izobrazbo in spol pa med moškimi s srednješolsko izobrazbo in med ženskami s poklicno izobrazbo (preglednica 7.1).

Preglednica 7.1: Delež prebivalcev Slovenije, ki čezmerno pije alkoholne pijače in se visokotvegano opija glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti, Slovenija, 2001–2012

	Čezmerno pitje alkoholnih pijač (%)					Visoko tvegano opijanje (%)				
	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend
Skupaj	14,3	11,7	9,9	10,2	<0,001 ↓	43,7	43,0	41,5	50,4	<0,001 ↑
Spol										
Moški	22,3	18,2	16,0	15,4	<0,001 ↓	54,7	54,3	53,0	62,0	<0,001 ↑
Ženski	5,9	4,9	3,4	4,7	0,003 ↓	32,0	31,1	29,0	38,0	<0,001 ↑
Starostna skupina										
25–39	10,6	9,1	8,4	9,4	0,067	45,9	46,2	47,8	56,0	<0,001 ↑
40–54	15,6	12,7	9,9	10,0	<0,001 ↓	42,3	40,9	39,3	46,7	0,002 ↑
55–64	19,4	15,4	12,8	12,0	<0,001 ↓	42,2	41,0	34,0	47,2	0,026 ↑
Izobrazba										
Osnovna šola ali manj	17,8	12,5	11,9	11,1	<0,001 ↓	43,4	38,8	36,3	47,3	0,497
Poklicna šola	16,5	13,7	13,2	12,1	<0,001 ↓	47,3	44,8	44,7	52,1	0,014 ↑
Srednja šola	11,5	10,4	8,3	10,3	0,075	42,0	44,1	44,0	52,0	<0,001 ↑
Višja šola ali več	10,8	10,0	7,6	8,7	0,004 ↓	40,9	42,6	38,6	48,7	<0,001 ↑
Samooocenjen družbeni sloj										
Čisto spodnji in delavski	17,0	13,3	12,3	11,3	<0,001 ↓	44,3	41,8	41,5	50,4	<0,001 ↑
Srednji	12,4	10,9	7,8	9,4	<0,001 ↓	43,9	44,7	41,2	50,7	<0,001 ↑
Višji srednji in zgornji	13,6	11,3	11,4	10,4	0,059	43,6	44,2	45,1	50,0	0,011 ↑
Geografsko območje										
Zahodna Slovenija	12,7	11,1	8,7	9,8	0,001 ↓	39,0	39,8	39,3	48,6	<0,001 ↑
Osrednja Slovenija	12,9	11,3	9,8	9,3	<0,001 ↓	43,0	41,0	41,8	47,7	0,001 ↑
Vzhodna Slovenija	15,9	12,4	10,6	11,0	<0,001 ↓	46,4	45,8	42,3	53,0	<0,001 ↑
Zdravstvena regija										
CE	17,3	13,1	9,9	10,8	<0,001 ↓	45,1	48,1	42,4	53,1	0,003 ↑
NG	15,1	13,8	7,8	13,8	0,229	41,1	37,2	39,4	51,3	0,002 ↑
KP	13,0	12,4	12,9	9,2	0,061	38,5	43,8	44,2	49,0	0,001 ↑
KR	11,3	8,7	6,1	8,2	0,012 ↓	38,2	38,2	35,6	47,0	0,002 ↑
LJ	12,9	11,3	9,8	9,3	<0,001 ↓	43,0	41,0	41,8	47,7	0,001 ↑
MB	13,7	10,5	10,1	10,0	0,004 ↓	46,9	44,0	39,5	54,2	0,003 ↑
MS	18,4	12,6	10,4	14,0	0,041 ↓	48,8	47,6	42,0	53,4	0,353
NM	19,9	16,8	13,9	13,5	0,002 ↓	46,8	44,2	44,7	48,6	0,473
RA	8,0	9,1	9,8	6,1	0,428	44,1	44,5	50,3	55,2	0,003 ↑

Vir: NIJZ



Vir: NIJZ

Slika 7.2: Pogostost visokotvegane opijanja po spolu, Slovenija, 2001–2012

7.4 Razprava

Izsledki raziskave kažejo, da je bila med Slovenci v letu 2012 prevalenca čezmernega pitja alkohola 10-odstotna, prevalenca visokotveganega opijanja (vsaj enkrat letno) pa 50-odstotna. Spodbudno je sicer, da v obdobju 2001–2012 zaznavamo trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač, po drugi strani pa se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, skrb vzbujajoče pa je dejstvo, da je značilno porastel delež tistih, ki so se visokotvegano opili vsaj enkrat letno, potem ko smo do leta 2008 zaznavali trend padanja takega vedenja.

Moški so abstinirali v manjšem deležu, alkohol so pili pogosteje in v večjih količinah. Pri moških je bil večji delež čezmernih pivcev med nižje izobraženimi, pri ženskah pa so bile čezmerne pivke višje izobražene; pri visokotveganem opijanju je bil pri moških v letu 2012 večji delež med srednje izobraženimi, pri ženskah pa med poklicno izobraženimi. V letu 2012 je bil delež čezmernih pivcev najvišji med najstarejšimi, starimi 55–64 let, pri visokotveganem opijanju pa med najmlajšimi, starimi 25–39 let. V obdobju 2001–2012 je bil najvišji delež čezmernih pivcev in tistih, ki so se visokotvegano opijali, v vzhodni Sloveniji.

V opazovanem obdobju 2001–2012 zaznavamo trend naraščanja visokotveganega opijanja nekajkrat letno in od 1- do 3-krat mesečno (med moškimi in ženskami), medtem ko se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež tistih, ki so se vsaj 1-krat tedensko opijali, ni značilno razlikoval.

Posledice finančne krize (ekonomska recesija, brezposelnost) bi lahko v Sloveniji podobno kot drugod po svetu vplivale tako na zmanjšano porabo alkohola pa tudi na naraščanje opijanja (5–7); s slabšanjem makroekonomskih kazalnikov bi lahko naraščala tudi čezmerno pitje alkohola in odvisnost od alkohola (8). Primerljivi podatki za Slovenijo kažejo, da je poraba alkohola v Sloveniji tradicionalno še visoka (3); hkrati smo do leta 2008 zaznavali trend padanja čezmernega pitja alkohola in tudi visokotveganega opijanja, v letu 2012 pa se trend v prvem primeru ni nadaljeval, v drugem pa se je delež takega vedenja celo povečal. Izsledki tujih raziskav kažejo, da podobni rezultati lahko odražajo gospodarsko krizo (5–7).

7.5 Zaključek

Obvladovanje problematike posledic pitja alkohola je učinkovitejše ob širšem družbenem konsenzu; tako SZO med najuspešnejše ukrepe alkoholne politike, ki dokazano zmanjšujejo škodo zaradi alkohola, uvršča davčne in cenovne ukrepe, omejevanje dostopa, skrb za varnost v cestnem prometu, kratke svetovalne programe in zdravljenje motenj zaradi uživanja alkohola (9). Glede na finančno krizo pa SZO kot najučinkovitejše in hkrati stroškovno upravičene ukrepe za zmanjševanje škode zaradi alkohola priporoča ukrepe glede višanja cen in omejevanja dostopnosti alkohola (10), saj tovrstni ukrepi lahko vplivajo na zmanjševanje razširjenosti škodljivega pitja in odvisnosti od alkohola (5).

Leta 2012 so se trošarine na alkoholne pijače v Sloveniji dvignile, a to na rezultate opravljene raziskave (še) ni moglo vplivati. Smiselno bi bilo ovrednotiti tudi učinke novega Zakona o voznikih (Zvoz – sprejet leta 2010), ki poleg strožjih represivnih ukrepov za vožnjo pod vplivom alkohola uvaja tudi svetovalni in rehabilitacijski pristop (12), ter učinke Zakona o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1 – sprejet leta 2011), ki izrecno prepoveduje alkoholiziranost na

delovnem mestu in predvideva kazni za kršitve (13). Izvedene so bile tudi številne aktivnosti s področja ozaveščanja, izobraževanja, seznanjanja, za katere pa po mnenju SZO večinoma ni mogoče dokazati večje učinkovitosti glede zmanjševanja posledic (9).

7.6 Viri

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet* 2009; 373: 2223–33.
2. Lovrečič M, Lovrečič B. Umrljivost in hospitalizacije zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v Sloveniji v obdobju od leta 2000 do 2010. *Isis* 2013; 22: 60-5.
3. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in pивske navade v obdobju 2000-2010: primerjava med EU in Slovenijo. *Isis* 2013; 22: 70-5.
4. Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, editors. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012: 89-101.
5. Alcohol and the financial crisis: FACT SHEET Building Capacity Project. London: Institute of Alcohol Studies, 2010. Pridobljeno 15. 6. 2013 s spletne strani: <http://www.ias.org.uk/buildingcapacity/resources/factsheets/dhs-financial.pdf>
6. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323-31.
7. Bor J, Basu S, Coufts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008-2009. *Alcohol* 2013; 48: 343-8.
8. Dávalos ME, Fang H, French MT. Easing the pain of an economic downturn: macroeconomic Conditions and Excessive Alcohol Consumption. *Health Econ* 2012; 21: 1318-35.
9. World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. Pridobljeno 15.5.2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf
10. WHO, Regional office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen, Denmark, 2011. Pridobljeno 15.6.2013 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
11. Uredba o določitvi zneska trošarine za alkohol in alkoholne pijače. Ur. l. RS, št. 24/2012.
12. Zakon o voznikih (ZVoz). Ur. l. RS, št. 109/2010.
13. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Ur. l. RS, št. 43/2011.



8

NEGATIVNI STRES

Maja Bajt, Helena Jeriček Klanšček

8 NEGATIVNI STRES

Pogosto doživljanje stresa in težave z obvladovanjem so pomembni dejavniki za slabšanje zdravstvenega stanja posameznika, zato je pomembno, da spremljamo doživljanje negativnega stresa. V letu 2012 je približno 26 % vprašanih stres doživljalo zelo pogosto oz. vsakodnevno, 4 % je imelo težave z njegovim obvladovanjem in približno 26 % je zelo pogosto doživljalo stres in ima hkrati težave z njegovim obvladovanjem. Deleži se od 2001 do 2012 niso statistično značilno spreminjali. V letih 2004, 2008 in 2012 si glavnina vzrokov za stres sledi v enakem vrstnem redu: obremenitve na delovnem mestu, slabi gmotni pogoji, težave v družini ter slabi odnosi s sodelavci in osamljenost. V obdobju 2004–2012 zaznavamo statistično značilno povišanje doživljanja stresa zaradi slabih gmotnih pogojev, slabih odnosov s sodelavci, problemov v družini in osamljenosti, medtem ko se je doživljanje stresa zaradi obremenitev na delovnem mestu med letoma 2008 in 2012 kljub največjemu deležu statistično značilno zmanjšalo. Omenjene spremembe v veliki meri pripisujemo posledicam finančno-gospodarske krize, tako da morajo biti tudi ukrepi usmerjeni v omilitev oz. zmanjševanje posledic krize, ki povečujejo tveganje za posameznikovo zdravje in so potencialni stresorji, npr. brezposelnost, poslabšanje gmotnih pogojev za življenje za večino prebivalstva, revščina itn. Poleg univerzalnih ukrepov, ki so namenjeni celotni populaciji, je treba s posebnimi ukrepi pozornost posvetiti še populacijskim skupinam, ki so pri doživljanju stresa zaradi različnih življenjskih okoliščin, ki stres povzročajo, in pri obvladovanju stresa ranljive, poleg njih pa posebno pozornost nameniti tudi zgodnjemu prepoznavanju novih ranljivih skupin.

8.1 Uvod

Doživljanje stresa je do določene mere normalno, dlje časa trajajoči negativni stres brez sprostitve pa predstavlja enega ključnih dejavnikov za slabšanje zdravstvenega stanja posameznika, ker povečuje tveganje za nastanek številnih bolezni in motenj ter poslabšanje že obstoječih bolezenskih stanj. Značilno za ljudi, ki pogosteje doživljajo negativni stres, je, da se pogosteje vedejo bolj tvegano (tvegano pitje alkoholnih pijač, kajenje, uporaba drog, telesna neaktivnost oz. pretirana telesna aktivnost ...); s tem povečujejo verjetnost pojava novih bolezni in poškodb (1–3).

Finančno-gospodarska in ekonomska kriza v zadnjih letih predstavljata veliko tveganje za slabše duševno in telesno zdravje prebivalstva. Izguba službe, negotovost, nejasne zahteve in pričakovanja, občutki brezizhodnosti, slabšanje družbeno-ekonomskega položaja, revščina, neenakosti in različne spremembe v družbi povzročajo posameznikom dodatne duševne obremenitve, ponavljajoč in dolgotrajen stres pa lahko privede do upada razpoloženja, izgorelosti, različnih psihosomatskih in duševnih motenj, odvisno od posameznika (4–5).

8.2 Metode

Anketirance smo v letih 2001, 2004, 2008 in 2012 spraševali o pogostosti občutenja stresa, težavah pri obvladovanju stresa, tveganem stresnem življenju (pogosto oz. vsakodnevno občutenje stresa in hkratne težave z obvladovanjem) in o vzrokih za stres (vprašanja 28–30 v prilogi 1). Izbrane spremenljivke smo v celotnem obdobju analizirali glede na izbrane demografske, socialno-ekonomske in geografske spremenljivke (spol, starost, izobrazba, samoocenjeni družbeni sloj, geografsko območje, zdravstvena regija, zaposlitveni status).

8.3 Rezultati

8.3.1 Pogostost občutenja stresa, težave pri obvladovanju in tvegano stresno vedenje

V obdobju 2001–2012 je največ oz. slaba polovica vseh vprašanih stres občutila občasno: delež se v opazovanem obdobju statistično pomembno ni spreminjal (preglednica 8.1). Prav tako se v celotnem obdobju nista spreminjala deleža ljudi, ki stresa ne občutijo nikoli oz. zelo redko, in tistih, ki stres občutijo zelo pogosto oz. vsakodnevno. Delež zadnjih je bil v letu 2012 približno 26-odstoten; tudi med letoma 2008 in 2012 ne zaznavamo statistično pomembnih razlik. Večina prebivalstva je v obdobju od 2001 do 2012 obvladovala napetosti, strese in pritiske zlahka ali z nekaj truda. Delež je v celotnem obdobju statistično pomembno narasel in je v letu 2012 znašal dobrih 81 %. Sta pa v istem obdobju pomembno upadla deleža ljudi, ki stres obvladujejo z nekaj težavami (takšnih je bilo v letu 2012 slabih 15 %), in ljudi, ki stres obvladujejo s hudimi težavami oz. ga sploh ne (v letu 2012 slabe 4 %) (preglednica 8.1).

Če nekdo stres občuti zelo pogosto oz. vsakodnevno in ima hkrati težave z njegovim obvladovanjem, govorimo o tveganem stresnem vedenju. Odstotek ljudi, ki se je tvegano stresno vedel, se je v celotnem obdobju 2001–2012 gibal med dobrimi 24 % in slabimi 30 %, vendar se niti v celotnem obdobju niti med letoma 2008 in 2012 ni statistično značilno povečal (preglednica 8.1).

Posamezniki v starosti 65–75, ki smo jih zajeli v raziskavo le v letu 2012, glede zelo pogostega oz. vsakodnevnega doživljanja stresa, obvladovanja stresa s hudimi težavami oz. neobvladovanja in tveganega stresnega vedenja ne odstopajo pomembno od populacije, stare 25–64 let.

Preglednica 8.1: Različni vidiki doživljanja stresa v obdobju 2001–2012, Slovenija

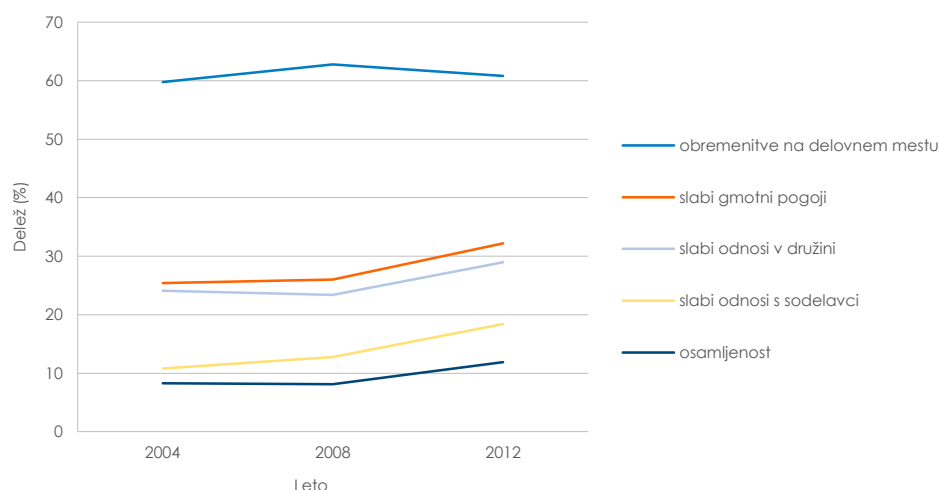
	Delež (%)					p trend
	2001	2004	2008	2012		
Zelo pogosto oz. vsakodnevno občutenje stresa	24,9	30,7	27,7	26,2	0,855	
Obvladovanje stresa s hudimi težavami oz. neobvladovanje	5,3	5,0	4,0	3,8	<0,001 ↓	
Tvegano stresno vedenje	24,2	29,9	26,8	25,5	0,906	

Vir: NIJZ

8.3.2 Vzroki za občutenje stresa

V letih 2004, 2008 in 2012 si glavnina vzrokov za stres sledi v enakem vrstnem redu: obremenitve na delovnem mestu, slabi gmotni pogoji, težave v družini ter slabi odnosi s sodelavci in osamljenost (slika 8.1).

V celotnem obdobju 2004–2012 (in tudi med letoma 2008 in 2012) zaznavamo statistično značilno povišanje doživljanja stresa zaradi slabih gmotnih pogojev, slabih odnosov s sodelavci, problemov v družini in osamljenosti, medtem ko se je doživljanje stresa zaradi obremenitev na delovnem mestu med letoma 2008 in 2012 kljub največjemu deležu statistično značilno zmanjšalo (slika 8.1).



Vir: NIJZ

Slika 8.1: Vzroki za občutenje stresa v obdobju 2004–2012, Slovenija

O obremenitvah na delovnem mestu je v letu 2012 poročalo več kot 60 % odraslih prebivalcev Slovenije. V obdobju 2004–2012 ne zaznavamo statistično značilnih sprememb, med letoma 2008 in 2012 pa celo statistično značilno znižanje.

Stres zaradi slabih gmotnih pogojev je drugi najpogostejši vzrok za stres in v letu 2012 ga je doživljala slaba tretjina prebivalstva. Zaznavamo statistično značilni porast v celotnem obdobju 2004–2012 ter tudi med letoma 2008 in 2012. Porast zaznavamo pri moških in ženskah, in sicer v vseh starostnih skupinah (razen pri moških in ženskah v starosti 45–54 let, pri katerih so deleži že tako med višjimi), vseh geografskih in zdravstvenih regijah, razen mariborski (v njej je delež od vseh zdravstvenih regij v vseh letih med višjimi). Prav tako smo porast zaznali pri vseh izobrazbenih skupinah, razen osnovnošolski in pri manj izobraženih, ki imajo že tako najvišji delež. Poslabšanje stresa zaradi gmotnih pogojev zaznavamo tudi v čisto spodnjem in delavskem (v njem je delež že tako najvišji) ter srednjem družbenem razredu. Delež v opazovanem obdobju statistično narašča tudi pri študentih, upokojencih in pri zaposlenih, ki opravljajo lažja fizična dela, storitvene dejavnosti, pisarniška dela, intelektualna, raziskovalna in vodstvena dela, medtem ko pri nezaposlenih in prijavljenih na zavodu ter fizičnih delavcih ne narašča, vendar pa pri njih že tako zaznavamo visoke deleže doživljanja stresa zaradi slabih gmotnih pogojev.

Stres zaradi težav v družini je tretji najpogostejši vzrok doživljanja stresa; v letu 2012 je o njem poročalo 29 % ljudi. O težavah v družini sicer pogosteje poročajo ženske, ljudje, stari 55–64 let, srednje in bolj izobraženi, gospodinje, študenti, upokojenci in nezaposleni. Statistično povišanje v obdobju 2004–2012 smo zaznali pri moških in ženskah, pri ljudeh, starih od 25 do 44 let, v vseh geografskih regijah, v ljubljanski, celjski, mariborski in v murskosoboški zdravstveni regiji, v vseh družbenih slojih, pri študentih, zaposlenih, lažjih fizičnih, pisarniških, storitvenih, intelektualnih, raziskovalnih in vodilnih delavcih.

Slabi odnosi s sodelavci so četrty najpogostejši vzrok doživljanja stresa; o njem v letu 2012 poroča dobrih 18 % ljudi, v obdobju 2004–2012 pa zaznavamo statistično značilno povišanje. O slabih odnosih s sodelavci poročajo predvsem stari od 25 do 54 let, višje in bolj izobraženi, vendar poslabšanje odnosov s sodelavci v opazovanem obdobju zaznavamo prav v vseh skupinah glede na obravnavane demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev.

O stresu zaradi osamljenosti je leta 2012 poročalo slabih 12 %, v obdobju 2004–2012 zaznavamo porast doživljanja stresa zaradi omenjenega vzroka. Stres zaradi osamljenosti je sicer bolj značilen za ženske (predvsem starejše od 55 let), manj izobražene (OŠ in manj), vendar v obdobju 2004–2012 zaznavamo porast stresa zaradi osamljenosti pri obeh spolih, starih 25–54 let, poklicno in več izobraženih, vseh treh družbenih slojih, vseh geografskih regijah (posebej pa v koprski, ljubljanski, ravenski, novomeški in v mariborski zdravstveni regiji), pri dejansko vseh skupinah glede na delovno aktivnost (razen določenih skupin fizičnih delavcev in gospodinj).

V skupini starejših posameznikov (65–74) (zajeli smo jih le v letu 2012) le redki doživljajo stres zaradi obremenitev na delovnem mestu in slabih odnosov s sodelavci (5 % oz. 2 %); najpogosteje ga doživljajo zaradi težav v družini, sledijo slabi gnotni pogoji za življenje in osamljenost. Posebej izstopajo slabše izobražene (OŠ in manj) starejše ženske (65–74) in pa ovdoveli, ki bistveno pogosteje doživljajo stres zaradi osamljenosti kot preostali (ženske, OŠ in manj: 24,3 %; ovdoveli: 45,7 %).

8.4 Razprava

V zadnjih nekaj letih smo priča različnim družbenim spremembam, ki močno vplivajo na kakovost življenja večine prebivalstva. Obdobje po letu 2008 je v EU in tudi v Sloveniji zaznamovala finančno-gospodarska kriza, ki je vplivala na naglo poslabšanje gospodarske dejavnosti, posledično povečala brezposelnost, poslabšala kupno moč prebivalstva ter povzročila poslabšanje življenjskih razmer in gnotnega položaja posameznikov. Od leta 2008 je v Sloveniji precej narastlo število brezposelnih oseb, poleg tega zaznavamo tudi povečanje delovno neaktivne populacije med starejšimi in mladimi ter števila ljudi, ki živijo pod pragom revščine (6–7). Hkrati s finančno-gospodarsko krizo in z njenimi posledicami se pojavljajo še druge spremembe na družbeni in individualni ravni: negotovost in nejasna perspektivnost, ki se pri posamezniku lahko odražata kot pojav vznemirjenosti in negativnih čustev (jeze, žalosti, razočaranja, tesnobe, depresivnosti, strahu, skrbi, dvomov in celo brezizhodnosti), občutja gnotne, socialne in duševne ogroženosti, prek slabih samoocen telesnega in duševnega zdravja ter tudi večje potrebe po iskanju psihološke pomoči (4, 8–9).

Vpliv finančno-gospodarske krize se odraža tudi v naših ugotovitvah, saj v obdobju 2004–2012 in med letoma 2008–2012 zaznavamo statistično značilno povišanje odstotka ljudi, ki doživljajo stres zaradi slabših gmotnih pogojev za življenje. Povečano občutenje stresa zaradi poslabšanja gmotnih pogojev zaznavamo v vseh opazovanih skupinah, razen pri pripadnikih višjega srednjega in zgornjega družbenega razreda ter v skupinah, ki so bile že predhodno med bolj obremenjenimi zaradi slabih gmotnih pogojev (živeči v mariborski regiji, slabše izobraženi, nezaposleni, fizični delavci). Treba je opozoriti, da v kriznih časih obstaja nevarnost poslabševanja življenjskih razmer ranljivih skupin (posamezniki z nizkimi dohodki, nezaposleni, revni, mladi, enostarševske družine, pripadniki etničnih manjšin, starostniki ...) in dodatnega povečevanja neenakosti v populaciji. Pogosto se poleg neposrednih posledic finančno-gospodarske krize (odpuščanja, slabšanje zaposlitvenih možnosti, nezanesljive zaposlitve, zniževanja plač), ki močno vplivajo na kakovost življenja posameznika in družin, tudi sistemi javnega zdravstva, šolstva in sistemi socialnega varstva reformirajo na način, ki povečuje družbene neenakosti, s tem ko se skrb za zdravje, izobrazbo in socialno varnost z države v večji meri prenaša na posameznika (10). Poleg tega se zmanjšujejo ali celo ukinjajo subvencije, pomoči in univerzalni programi, ki so imeli v preteklosti varovalno in korektivno funkcijo in so zmanjševali neenakosti. Take reforme poleg neposrednih posledic krize lahko vplivajo tudi na slabšanje kazalnikov vedenjskega sloga, povezanega z zdravjem, in samih zdravstvenih izidov, posebej pri skupinah, ki so že tako ogrožene (slabše izobraženi, pripadniki nižjega in tudi srednjega družbenega sloja, nezaposleni, fizični delavci, prebivalci regij vzhodne Slovenije ...). Ustvarjajo pa se lahko nove nepravilne razlike in tudi nove ranljive skupine (11–13). Povečanje doživljanja stresa zaradi slabih gmotnih pogojev v obdobju 2004–2012 ter med letoma 2008 in 2012 zaznavamo tudi med bolj izobraženimi (poklicno, srednje, višje in več), pripadniki srednjega sloja, prebivalcih regij, ki pred leti še niso veljale za posebej prizadete zaradi slabega gospodarskega stanja in brezposelnosti. Boljša izobrazba, ki sicer pomeni več znanj, boljšo socialno oporo, več spretnosti pri obvladovanju stresa, pogosto pa tudi boljši dohodek in boljšo dostopnost do gmotnih virov in storitev v prihodnje morda ne bo več obdržala vloge pomembnega varovalnega dejavnika (13). Čeprav so bile obremenitve na delovnem mestu v letu 2012 še vedno najpogostejši vzrok doživljanja stresa, smo v obdobju 2004–2012 ter med letoma 2008 in 2012 zaznali povečanje odstotka ljudi, ki stres doživljajo zaradi težav v medosebnih odnosih: v družini, s sodelavci in zaradi osamljenosti. Finančno-gospodarska kriza namreč prek vplivov na duševno zdravje posameznika vpliva tudi na njegove odnose z drugimi. Najbolj obremenjeni so predvsem odnosi z najbližjimi (družinski člani, sodelavci) (4, 14–15).

Čeprav je odziv posameznika na stresne dogodke izrazito individualen, pa je finančno-gospodarska kriza lahko objektivno ogrožajoča za večino prebivalstva. Naša prizadevanja morajo biti usmerjena v ukrepe zmanjševanja izpostavljenosti potencialnim stresorjem in tudi v krepitev posameznika za učinkovitejše obvladovanje stresa. Ukrepi se morajo izvajati na makroravni (mednarodni in državni ukrepi, sistemski in medsektorski), mezoravni (ukrepi v okoljih, v katerih se ljudje gibljejo) in mikro- oz. individualni ravni (16).

Ukrepi zmanjševanja izpostavljenosti potencialnim stresorjem morajo biti med finančno-gospodarsko krizo usmerjeni predvsem v omilitev oz. zmanjševanje posledic krize, ki povečujejo tveganje za posameznikovo zdravje in so potencialni stresorji, npr. brezposelnost, poslabšanje gmotnih pogojev za življenje za večino prebivalstva, revščina itn. Svetovna zdravstvena organizacija (4) kot učinkovite na področju zmanjševanja negativnih učinkov

finančno-gospodarske krize navaja programe aktivnega zaposlovanja (npr. pomoč pri hitrem pridobivanju ponovne zaposlitve, usposabljanje za iskanje zaposlitve, programi zaposlovanja za mlade brezposelne osebe/težje zaposljive osebe/ljudi s posebnimi potrebami, programi prekvalifikacij za težje zaposljive osebe, programi promocije zdravja za brezposelne osebe), programe podpore družinam (programi finančne podpore in pomoči za čas brezposelnosti, posebni programi podpore za socialno ogrožene), omejevanje dostopa do alkohola in nadzor nad cenami (ker med krizo pogosto poraste raba alkohola), posebni programi za ljudi, ki imajo visoko tveganje težav v duševnem zdravju (programi zgodnjega prepoznavanja težav v duševnem zdravju in izboljšana odzivnost zdravstvenega sektorja, programi preprečevanja težav v duševnem zdravju), programi za pomoč ljudem, ki so v dolgovih (programi finančne podpore, finančno-svetovalni in psihološko-svetovalni programi). Poleg omenjenih programov, ki so specifični za čas finančno-gospodarske krize, je treba opozoriti še na potrebo po zmanjševanju dejavnikov, ki so prepoznani kot strukturni pogoji, ki povečujejo tveganje za zdravje in ki so potencialni stresorji, npr. diskriminacija, revščina, slabi bivalni pogoji, nezaposlenost itn. (4). Na mezoravni pomeni, da se v lokalnih, šolskih in v delovnih okoljih prepozna potencialno stresne dogodke, ki se jih zmanjša ali odstrani: npr. slabi odnosi med sodelavci na delovnem mestu, kršenje osnovnih pravic na delovnem mestu, slaba klima v šolah itn. Na mikroravni je treba posameznike naučiti, da prepoznajo za njih specifične dogodke in okoliščine, ki povzročajo negativni stres, in se na omenjene dogodke/okoliščine primerno odzovejo (16).

Med finančno-gospodarsko krizo je izjemnega pomena krepitev varovalnih dejavnikov duševnega zdravja (občutek nadzora nad življenjem, pozitivna samopodoba, socialna opora itn.) in učenje strategij za obvladovanje stresne reakcije (dihalne tehnike, izražanja čustev, sprostitvene tehnike, tehnike reševanja problemov, postavljanje prioritete). Poleg univerzalnih ukrepov, ki so namenjeni celotni populaciji, je treba s posebnimi ukrepi pozornost posvetiti še populacijskim skupinam, ki so pri doživljanju in obvladovanju stresa zaradi različnih življenjskih okoliščin še posebej ranljive (npr. starejši zaradi osamljenosti, brezposelni in slabše izobraženi zaradi slabših gmotnih pogojev itn.), poleg tega pa je treba posebno pozornost nameniti tudi zgodnjemu prepoznavanju novih ranljivih skupin.

8.5 Zaključek

V obdobju 2004–2012 in tudi posebej med letoma 2008 in 2012 zaznavamo statistično značilen porast občutenja stresa zaradi poslabšanja gmotnih pogojev za življenje, problemov v družini, slabih odnosov s sodelavci in osamljenosti. Omenjene spremembe v veliki meri pripisujemo posledicam finančno-gospodarske krize, tako da morajo biti tudi ukrepi usmerjeni v omilitev oz. zmanjševanje posledic krize, ki povečujejo tveganje za posameznikovo zdravje in so potencialni stresorji, npr. brezposelnost, poslabšanje gmotnih pogojev za življenje za večino prebivalstva, revščina itn. Poleg univerzalnih ukrepov, ki so namenjeni celotni populaciji, je treba s posebnimi ukrepi pozornost posvetiti še populacijskim skupinam, ki so pri doživljanju stresa zaradi različnih življenjskih okoliščin, ki stres povzročajo, in pri obvladovanju stresa ranljive, poleg njih pa posebno pozornost nameniti tudi zgodnjemu prepoznavanju novih ranljivih skupin.

8.6 Viri

1. De Longis A, Folkman S, Lazarus RS. The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54(3): 486-95.
2. Thoits PA. Stress and Health. Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior* 2010; 51: S41.
3. Sarafino EP. *Health Psychology: Biopsychological interactions*. Singapore: John Wiley and Sons; 1990.
4. WHO – Svetovna zdravstvena organizacija. *Impact of economic crisis on mental health*. Stockholm; WHO, 2011.
5. Kardum I, Krapič N. Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and individual differences* 2011; 30(3): 503-15.
6. SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Mednarodni dan boja proti revščini 2012. Dostopno 05. 06. 2013 na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5070.
7. SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Prvi maj 2013 – mednarodni praznik dela. Dostopno 06. 06. 2013 na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5460.
8. Catalano R. Health, medical care, and the economic crisi. *The New England Journal of Medicine* 2009; 360: 749-751.
9. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study. *Social Science and Medicine* 2011; 73(7): 1105-1112.
10. WHO – Svetovna zdravstvena organizacija. *The financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva: WHO, 2009. Dostopno 10. 06. 2013 na: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
11. WHO – Svetovna zdravstvena organizacija. *Closing the gap in a generation: Commission on Social Determinants of Health Report*. Geneva: WHO, 2009.
12. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S in dr. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: IVZ RS, 2011.
13. Gabrijelčič Blenkuš M, Mencin Čeplak M, Bajt M, Korošec A, Djomba JK, Jeriček Klanšček H. The differences in selected health-related behaviour indicators among wome with different educational attainment in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 2013; 52: 119-136.
14. Solantaus T, Leinonen J, Punamaki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Development Psychology* 2004; 40: 412-429.
15. Leinonen JA, Solantaus TS, Punamaki RL. Social support and quality of parenting under economic pressure and workload in Finland: the role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology* 2003; 17: 409-418.
16. Bajt M, Jeriček Klanšček H. Stres. V Artnik B in dr. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trend v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: IVZ RS, 2012.



9

SKRB ZA USTNO ZDRAVJE

Barbara Artnik

9 SKRB ZA USTNO ZDRAVJE

Ščetkanje zob in redni obiski pri zobozdravniku so najpomembnejši načini lastne skrbi posameznika za vzdrževanje ustrezne ustne higijene ter posledično za preprečevanje kariesa in parodontalne bolezni. Leta 2012 ni obiskalo zobozdravnika kar 33,3 % odraslih ljudi; glede na leto 2008 je to na račun povečanega deleža moških, starih 25–39 let, z dokončano najmanj poklicno šolo. Naraščajoči trend neobiskov zobozdravnika med letoma 2001 in 2012 opazujemo med moškimi, starimi 40–54 let, s srednjo šolo in med ženskami, starimi 25–39 let, z najmanj višjo šolo. Nadaljuje se trend naraščanja obiskov enkrat letno, medtem ko se večkratni obiski zmanjšujejo. Za vzdrževanje zdravja zob je zelo pomembno najmanj enkrat letno preventivno obiskati zobozdravnika.

Rezultati raziskave kažejo, da si zobe redno, vsaj dvakrat dnevno, ščetka le 62,8 % odrasle populacije. Pogostost slabe skrbi za ustno higieno (manj kot enkrat dnevno) je bila leta 2012 glede na leto 2008 značilno večja pri obeh spolih z dokončano srednjo šolo ali manj. Stanje se je leta 2012 najbolj poslabšalo med mlajšim ženskami, starimi 25–34 let, med katerimi je delež tistih, ki si ščetka zobe manj kot enkrat dnevno, narastel z 0,6 % na 2,5 %. Večje je tveganje pri ljudeh, ki so jim izobraževalne aktivnosti težje dosegljive in nimajo zagotovljenih osnovnih socialno-ekonomskih pogojev za zdrav življenjski slog.

V preprečevanju kariesa je še posebej učinkovita uporaba zobne paste s fluoridi. Pomembno vlogo pri zmanjševanju kariesa igrajo tudi splošna prehranska priporočila, število vnesenih dnevnih obrokov hrane in uporaba nekariogenih sladil.

9.1 Uvod

Glavni vzroki za vnetje obzobnih tkiv in nastanek kariesa so mehke zobne obloge ali zobni plak, ki se neprestano tvorijo v ustih. Ščetkanje zob in redni obiski pri zobozdravniku so zato najpomembnejši načini lastne skrbi posameznika za vzdrževanje ustrezne ustne higijene ter posledično za preprečevanje kariesa in parodontalne bolezni. Zobni karies in parodontalna bolezen predstavljata pomemben javnozdravstveni problem. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je karies v razvitem svetu naraščal do 60. let prejšnjega stoletja, nato pa je začel upadati (1–2), vendar še vedno prizadene vsaj 60–90 % šolskih otrok in veliko večino odraslih (3). V tretjem svetu karies zaradi povečane uporabe sladkorja narašča še v zadnjih desetletjih (4). Parodontalna bolezen je ena najpogostejših okužb pri odraslih; je posledica kopičenja in razmnoževanja bakterij na površini zoba. Večinoma se začne kot vnetje dlesni (gingivitis) in še po daljšem času napreduje v razgradnjo pozobnice, čeljustne kosti in cementa (parodontitis). Parodontitis z nastankom globokih obzobnih žepov, umikom dlesni in z majavostjo zob se po navadi izrazi med 40. in 50. letom starosti (5). Še pomembnejša je povezanost parodontalne bolezni in sistemskih bolezni ter stanj. Ljudje s kroničnimi vnetji obzobnih tkiv so veliko bolj izpostavljeni tveganju za srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, sladkorno bolezen, osteoporozo in za prezgodnji porod (6).

9.2 Metode

Pri analizi vprašanj v povezavi z ustnim zdravjem smo se osredinili na vprašanja o skrbi za ustno higieno (vprašanja št. 11 in 27 v prilogi 1).

Za interpretacijo podatkov o številu obiskov pri zobozdravniku v zadnjem letu smo odgovore enkrat, dvakrat in trikrat ali večkrat združili v eno kategorijo: enkrat ali večkrat. Anketirance smo prosili, da naj ne upoštevajo obiskov zaradi spremstva otrok ali drugih družinskih članov.

Odgovore o pogostosti ščetkanja zob smo združili v tri kategorije: nikoli ali manj kot enkrat dnevno, enkrat dnevno in večkrat dnevno. Prvi dve kategoriji (nikoli ali manj kot enkrat dnevno in enkrat dnevno) predstavljata nezadostno ustno higieno in smo ju v nadaljnji analizi združili v eno kategorijo.

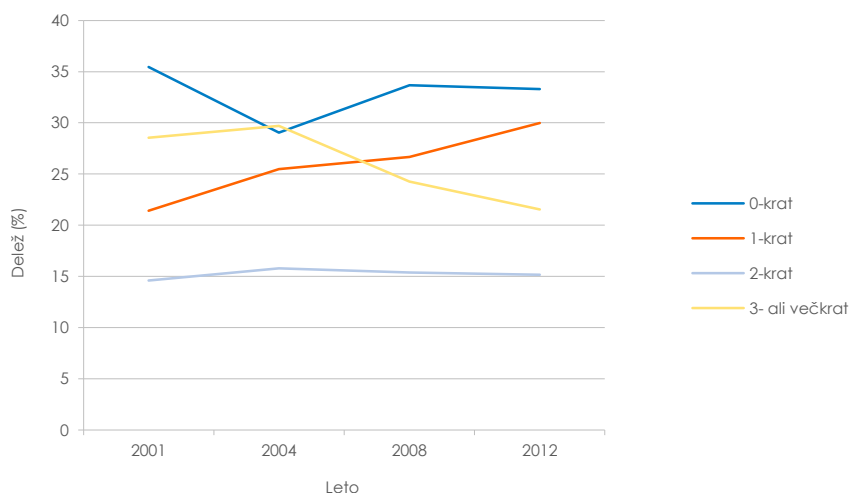
Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, 5-, 10- in 15-letne starostne razrede, izobrazbo, samoocenjeni družbeni sloj, delo, geografsko območje in glede na zdravstveno regijo.

Uživanje sladkorja, kajenje in raba alkohola, ki tudi vplivajo na ustno zdravje, so analizirani v drugih poglavjih te publikacije.

9.3 Rezultati

9.3.1 Število obiskov pri zobozdravniku v zadnjem letu

Delež ljudi, ki v zadnjem letu ni obiskal zobozdravnika, je bil med letoma 2001 in 2012 bolj ali manj konstanten. Leta 2012 ni obiskalo zobozdravnika 33,3 % odraslih oseb (slika 9.1), 38,2 % moških in 28,2 % žensk (preglednica 9.1). Leta 2012 je najbolj narasel delež ljudi, ki v zadnjem letu niso obiskali zobozdravnika, starih 25–39 let (z 28,4 % na 31,2 %; $p = 0,030$), med njimi še posebej v starostnem razredu 35–39 let (s 24,6 % na 30,1 %; $p = 0,013$). V letu 2012 je med moškimi, stari 25–39 let, statistično značilno narasel delež neobiskov pri zobozdravniku, če so imeli končano poklicno šolo (z 38,0 % na 47,2 %; $p = 0,030$) ali najmanj višjo šolo (s 24,8 % na 31,8 %; $p = 0,033$), in neznačilno narasel, če so imeli končano srednjo šolo (s 30,3 % na 35,6 %).



Vir: NIJZ

Slika 9.1: Število obiskov pri zobozdravniku v zadnjem letu, Slovenija, 2001–2012

Trend naraščanja deleža ljudi, ki zobozdravnika v zadnjem letu niso obiskali, je statistično značilen v starostnem razredu 25–34 let (za oba spola: $p = 0,021$, pri ženskah: $p = 0,015$, pri moških: ni statistično značilno), med njimi še posebno v starostnem razredu 25–29 let ($p = 0,004$) (preglednica 9.1). Pri moških s končano poklicno šolo jih leta 2012 kar 44,1 % zobozdravnika v zadnjem letu ni obiskalo, vendar ni značilnih razlik glede na prejšnja leta. Nasprotno pa se je med moškimi z dokončano srednjo šolo ta trend obrnil ($p = 0,007$), v zadnjem 4-letnem obdobju je narastel celo statistično značilno (z 32,8 % na 37,3 %; $p = 0,030$). Trend povečevanja deleža ljudi, ki zobozdravnika ne obiskujejo, je najbolj značilen za moške, stare 40–54 let, s končano srednjo šolo ($p = 0,039$) in za ženske, stare 25–39 let, z dokončano najmanj višjo šolo ($p = 0,012$).

Leta 2012 je glede na leto 2008 statistično značilno padlo število neobiskov zobozdravnika v starostnem razredu 40–54 let (s 35,1 % na 31,9 %; $p = 0,014$), še posebno v starostnem razredu 50–54 let (z 38,0 % na 32,5 %; $p = 0,017$). Med moškimi, starimi 40–54 let, z dokončano osnovno šolo ali manj je ta delež od leta 2008 do leta 2012 statistično značilno padel, in sicer s 55,7 % na 43,9 % ($p = 0,030$).

Trend zmanjševanja neobiskov pri zobozdravniku je najbolj zaznaven v starostni skupini 35–44 let ($p = 0,004$). Pri moških te starosti je sicer opazen trend padanja neobiskov zobozdravnika ($p = 0,032$), vendar pa se je leta 2012 glede na leto 2008 neznačilno povečal, in sicer z 32,8 % na 35,6 %. Neobiski se statistično značilno zmanjšujejo v zdravstveni regiji Murska Sobota ($p = 0,010$), v zadnjem 4-letnem opazovanem obdobju tudi v zdravstveni regiji Celje (s 37,5 % na 33,0 %; $p = 0,038$), pri osebah, ki opravljajo težko fizično delo v kmetijstvu, v živinoreji, v gozdarstvu ($p = 0,008$), v zadnjem 4-letnem opazovanem obdobju pa tudi med nezaposlenimi oziroma med prijavljenimi na zavodu za zaposlovanje (s 46,4 % na 38,7 %; $p = 0,032$).

Statistično značilno narašča delež ljudi, ki zobozdravnika obišče enkrat letno, in pada delež tistih, ki obiščejo zobozdravnika trikrat ali večkrat (slika 9.1).

9.3.2 Pogostost ščetkanja zob

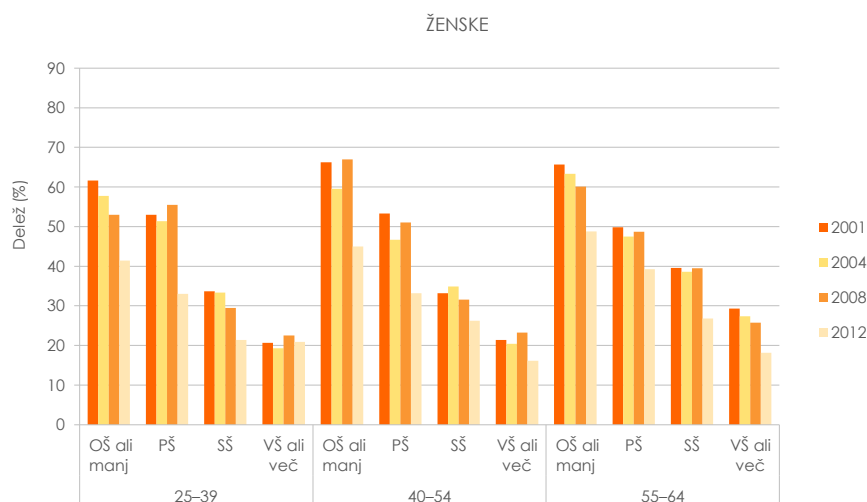
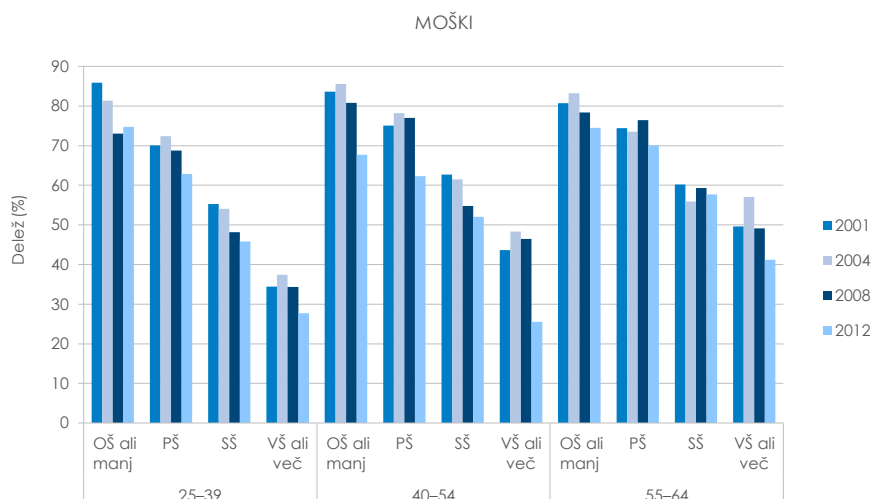
Delež ljudi, ki si enkrat dnevno ali manjkrat ščetka zobe, je bil leta 2012 38,9-odstoten, od tega je bilo 50,5 % moških in 27,1 % žensk. V opazovanih letih je delež statistično značilno padal glede na vse spremenljivke (preglednica 9.1, slika 9.2).

Nikoli ali manj kot enkrat dnevno si je v letu 2012 ščetkalo zobe 8,2 % ljudi, kar predstavlja značilno povečanje ($p = 0,051$) glede na leto 2008 (7,3 %). Trend se je obrnil na račun povečanega deleža žensk (z 2,0 % na 3,2 %; $p = 0,004$), in sicer med ženskami, starimi 25–34 let (z 0,6 % na 2,5 %; $p = 0,005$), ljudi z osnovno šolo ali manj (moški: s 23,1 % na 31,7 %; $p = 0,007$; ženske: s 5,6 % na 10,3 %; $p = 0,009$) in moških s srednjo šolo (s 6,7 % na 9,8 %; $p = 0,012$). Rezultati glede na zdravstveno regijo kažejo, da je delež ljudi, ki si ščetka zobe manj kot enkrat dnevno, v novogoriški zdravstveni regiji med letoma 2001 in 2008 padal (10,4 %, 8,2 % in 4,3 %), v letu 2012 pa statistično značilno narastel na 8,6 % ($p = 0,033$).

Preglednica 9.1: Neustrezna lastna skrb za ustno zdravje glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012

	Neobisk zobozdravnika v zadnjem letu (%)					Ščetkanje zob enkrat dnevno ali manjkrat (%)						
	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend		
Skupaj	35,5	29,0	33,7	33,3	0,500	54,5	52,7	50,0	38,9	<0,001	↓	
Spol												
Moški	40,1	32,9	37,4	38,2	0,857	65,1	65,1	60,8	50,5	<0,001	↓	
Ženski	30,7	25,1	29,7	28,2	0,379	43,6	39,9	38,4	27,1	<0,001	↓	
Starostna skupina												
25–29	30,8	26,2	33,9	34,5	0,004	↑	45,1	43,8	38,0	30,2	<0,001	↓
30–34	29,4	23,2	26,4	29,2	0,613		50,2	45,5	40,8	33,7	<0,001	↓
35–39	33,4	26,2	24,6	30,1	0,079		52,2	51,1	48,1	37,2	<0,001	↓
40–44	35,2	26,9	32,5	28,6	0,021	↓	55,1	53,3	50,9	34,5	<0,001	↓
45–49	37,1	31,5	34,8	34,4	0,447		58,7	56,9	52,9	38,6	<0,001	↓
50–54	37,4	33,1	38,0	32,5	0,127		57,8	56,4	57,9	42,8	<0,001	↓
55–59	40,7	34,7	38,4	38,5	0,818		60,9	60,0	58,1	48,1	<0,001	↓
60–64	43,9	33,3	43,9	39,6	0,728		59,0	57,7	55,5	46,9	<0,001	↓
Izobrazba												
Osnovna šola ali manj	46,2	37,6	47,2	43,9	0,937		73,0	70,5	69,9	57,7	<0,001	↓
Poklicna šola	38,3	33,5	37,9	39,5	0,172		65,3	65,3	66,0	53,3	<0,001	↓
Srednja šola	31,1	24,9	30,1	32,4	0,006	↑	45,5	45,3	41,7	38,2	<0,001	↓
Višja šola ali več	26,0	21,7	24,9	26,5	0,135		30,7	31,9	31,2	23,5	<0,001	↓
Zdravstvena regija												
CE	36,2	27,2	37,5	33,0	0,998		59,6	55,9	53,9	41,7	<0,001	↓
NG	30,0	27,2	24,5	27,2	0,282		56,0	54,8	49,7	44,9	<0,001	↓
KP	34,0	22,8	29,3	34,0	0,387		50,9	53,6	50,1	37,7	<0,001	↓
KR	37,2	27,1	36,8	33,9	0,950		52,8	47,5	42,6	36,8	<0,001	↓
LJ	33,7	27,0	30,7	32,5	0,883		48,3	48,9	47,3	35,2	<0,001	↓
MB	35,5	36,6	37,0	36,3	0,672		58,0	54,0	50,7	38,9	<0,001	↓
MS	48,6	35,9	41,7	38,3	0,010	↓	60,1	61,6	56,1	43,1	<0,001	↓
NM	33,4	29,0	33,2	33,7	0,526		64,3	60,2	60,3	46,8	<0,001	↓
RA	33,5	24,9	28,6	25,0	0,063		51,7	46,7	43,8	38,5	<0,001	↓

Vir: NIJZ



OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ – višja šola ali več

Vir: NIJZ

Slika 9.2: Ščetkanje zob enkrat dnevno ali manjkrat, po spolu, starosti in po izobrazbi, Slovenija, 2001–2012

9.4 Razprava

Leta 2012 ni obiskalo zobozdravnika kar 33,3 % odraslih ljudi; glede na leto 2008 na račun povečanega deleža moških, starih 25–39 let, z dokončano najmanj poklicno šolo. Naraščajoči trend neobiskov zobozdravnika med letoma 2001 in 2012 opazujemo med moškimi, starih 40–54 let, s srednjo šolo, in med ženskami, starih 25–39 let, z najmanj višjo šolo. Nadaljuje se trend naraščanja obiskov enkrat letno, medtem ko se večkratni obiski zmanjšujejo. Interpretacija bi zahtevala nadaljnjo analizo.

Za vzdrževanje zdravja zob je zelo pomembno najmanj enkrat letno preventivno obiskati zobozdravnika (7). Namen tega obiska je, da zobozdravnik pregleda zobovje, odkrije morebitne za nestrokovnjaka neprepoznave okvare na zobeh ali dlesnih, profesionalno preveri in vzpostavi ustno higieno ter po potrebi tudi kurativno ukrepa. Pomen preventivnega obiska je tudi v tem, da se razjasnijo morebitne nejasnosti v povezavi z osebno prakso

varovanja lastnih zob in za seznanjenje z morebitnimi novostmi na področju vzdrževanja ustnega zdravja.

Ščetkanje zob je preprost in učinkovit način zmanjševanja stopnje zobnega plaka in gingivitisa (8). Izsledki raziskave kažejo, da se trend skrbi za lastno ustno higieno v smislu rednega ščetkanja zob v populaciji odraslih v Sloveniji izboljšuje, vendar si zobe redno, vsaj dvakrat dnevno, ščetka le 62,8 % odrasle populacije. Ob tem nimamo podatka, kolikšen delež si zobe tudi nitka, kar predstavlja nujni pogoj za ustrezno ustno higieno. Pogostost slabe skrbi za ustno higieno (manj kot enkrat dnevno) je bila leta 2012 značilno večja pri obeh spolih z dokončano srednjo šolo ali manj. Stanje se je leta 2012 najbolj poslabšalo med mlajšimi ženskami, starimi 25–34 let, med katerimi je delež tistih, ki si ščetka zobe manj kot enkrat dnevno, narastel z 0,6 % na 2,5 %. Večje je tveganje pri ljudeh, ki so jim izobraževalne aktivnosti težje dosegljive in nimajo zagotovljenih osnovnih socialno-ekonomskih pogojev za zdrav življenjski slog.

Priporoča se ščetkanje dvakrat dnevno (9). Iz sistematičnih pregledov literature izhajajo trdni znanstveni dokazi, da je v preprečevanju kariesa še posebej učinkovita uporaba zobne paste s fluoridi (10). Pomembno vlogo pri zmanjševanju kariesa igrajo tudi splošna prehranska priporočila, število vnesenih dnevnih obrokov hrane in uporaba nekariogenih sladil.

9.5 Zaključek

V EU pod okriljem SZO in Mednarodne zveze zobozdravnikov (FDI) poteka projekt razvoja kazalnikov evropskega globalnega ustnega zdravja (angl. European Global Oral Health Indicators Development Project, EGOHID) (11). Glavni cilj projekta je prizadevanje držav za izvajanje preventive ter posledično izboljšanje ustnega in s tem tudi splošnega zdravja. Dva specifična cilja sta še posebej poudarjena: zmanjšanje razlik v zobozdravstvenem varstvu v državah EU ter izboljšanje učinkovitosti zobozdravstvenega sistema in izboljšanje zobozdravstvene oskrbe glede na potrebe vseh skupin v populaciji. Temu trendu želi slediti tudi Slovenija; aktivne pri tem so nekatere strokovne ustanove in organizacije. Le z ustreznim sodelovanjem med stroko in odgovornimi partnerji na ravni države si lahko obetamo uspehe in dobre rezultate v prihodnje.

9.6 Viri

1. Marthaler TM, O'Mullane DM, Vrbič V. The prevalence of dental caries in Europe 1990 – 1995. *Caries Res* 1996; 30: 237–55.
2. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953–2003. *Caries Res* 2004; 38: 173–81.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Org* 2005; 83: 661–9.
4. Petersen PE, Kwan S. World Health Organisation global oral health strategies for oral health promotion and disease prevention in the twenty-first century. *Präv Gesundheitsf* 2009; 4(2): 100–4. Pridobljeno 10. 7. 2013 s spletne strani: <http://www.springerlink.com/content/xqq3101041073751/fulltext.pdf>
5. Skalerič U, Kovač-Kavčič M. Periodontal treatment needs in a population of Ljubljana, Yugoslavia. *Community Dental Oral Epidemiol* 1989; 17:304–6.
6. Skalerič U. Parodontalna medicina – stičišče med medicino in stomatologijo. *Zdrav Vestn* 2000; 69:23–7.

7. Greene JC. Dental Public Health. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS. Oxford textbook of public health. Volume 3 The practice of public health. Third edition. New York, Oxford, Tokyo: Oxford University Press, 1997. Pp. 1159–70.
8. Sheiham A. Dental cleanliness and chronic periodontal disease. *Br Dent J* 1970; 129: 413–8.
9. Sheiham A. Prevention and control of periodontal disease. In: International conference on research in the biology of periodontal disease. Klavan B, Genco R, Löe H, Page R, Stern I, Thorpe J et al., editors. Chicago: University of Illinois, 1977: 309–68.
10. Marinho V, Higgins J, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003.
11. European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. EGOHID II. Last update on 06/05/2009. Pridobljeno 13. 7. 2013 s spletne strani: <http://www.egohid.eu/>



10

ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

Alenka Borovničar

10 ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

Prevalenca arterijske hipertenzije se v opazovanem obdobju med letoma 2001 in 2012 povečuje s pomembnim trendom, predvsem na račun moških. Pojavnost je najvišja pri najstarejši starostni skupini, ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe, pri najnižjem družbenem sloju; prebivalci tega sloja jemljejo tudi največ zdravil proti zvišanemu krvnemu tlaku. Prav tako je to v vzhodnem geografskem območju Slovenije. Krvni tlak, ki je izmerjen pri zdravniku zaradi zdravstvenih težav, je pogosteje izmerjen pri ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe in najnižjem družbenem sloju; pri preventivnem zdravstvenem pregledu pa je krvni tlak izmerjen pogosteje pri ljudeh z najvišjo stopnjo izobrazbe in najvišjem družbenem sloju. Ugotovljena sta porast samomerjenja krvnega tlaka, in sicer znotraj enega meseca, in pomembno zmanjšanje neizvajanja samomerjenja krvnega tlaka.

10.1 Uvod

Arterijska hipertenzija (AH) sodi med pglavitne neodvisne dejavnike tveganja za nastanek, napredovanje ter za pojavljanje zapletov bolezni srca in žilja. Ob tem je treba vedeti, da učinkovanje AH kot dejavnika tveganja ni enako v vseh skupinah prebivalstva, pa tudi da sočasna prisotnost določenih bolezenskih stanj in/ali drugih dejavnikov tveganja pomembno spremeni profil ogroženosti posameznika z AH. Gre za enega izmed dejavnikov, ki povečujejo ogroženost posameznika, da bo utrpel katerega izmed zapletov napredovalih bolezni srca in žilja, in ga je treba predvsem na ravni posameznika 'klinično' obravnavati v sklopu celostnega, na več dejavnikov tveganja usmerjenega programa zmanjševanja ogroženosti (1).

10.2 Metode

V raziskavi smo zbirali podatke o s strani zdravnika ugotovljeni arterijski hipertenziji, zdravilih za znižanje krvnega tlaka, meritvah krvnega tlaka, mestu merjenja in o razlogih za meritev (vprašanja 15–17, 20–22 v prilogi 1). Vse spremenljivke smo opazovali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, samoocenjen družbeni sloj, geografsko območje in zdravstveno regijo.

10.3 Rezultati

Pogostost arterijske hipertenzije, navezujoč se na vprašanja iz anketnih vprašalnikov, smo opazovali pri celotni populaciji kot splošno pogostost pojava glede na spol, starostno skupino, stopnjo izobrazbe, pripadnost družbenemu sloju, geografsko območje, zdravstveno regijo (preglednica 10.1) in zaposlitveni status.

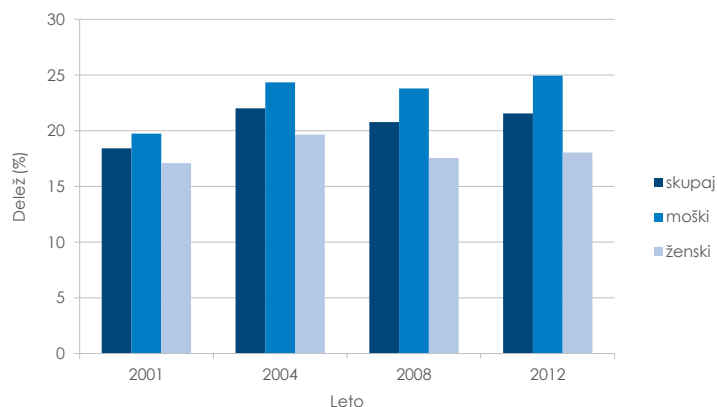
Preglednica 10.1: Prevalenca zvišanega krvnega tlaka glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012

		Delež (%)				
		2001	2004	2008	2012	p trend
Skupaj		18,4	22,0	20,8	21,5	<0,001
Spol						
Moški		19,7	24,4	23,8	24,9	<0,001
Ženski		17,1	19,7	17,6	18,1	0,760
Starostna skupina						
25–39		5,9	7,1	6,1	7,1	0,144
40–54		21,4	25,1	22,9	21,8	0,747
55–64		39,0	45,9	43,7	44,0	0,030
Izobrazba						
Osnovna šola ali manj		29,0	32,5	31,9	33,8	0,012
Poklicna šola		18,6	26,9	26,0	27,9	<0,001
Srednja šola		14,6	16,4	17,3	20,8	<0,001
Višja šola ali več		11,9	13,5	12,6	13,5	0,234
Samoocejen družbeni sloj						
Čisto spodnji in delavski		22,7	28,3	26,6	26,0	0,022
Srednji		15,8	19,7	17,0	18,5	0,042
Višji srednji in zgornji		13,7	13,8	14,9	16,3	0,104
Geografsko območje						
Zahodna Slovenija		15,2	20,6	16,6	21,0	<0,001
Osrednja Slovenija		18,5	20,5	21,1	20,0	0,187
Vzhodna Slovenija		19,9	23,7	22,5	22,8	0,010
Zdravstvena regija						
CE		19,5	24,0	23,5	21,5	0,315
NG		16,7	20,8	17,6	21,2	0,214
KP		12,9	20,1	17,0	23,3	<0,001
KR		16,1	21,0	15,7	19,1	0,496
LJ		18,5	20,5	21,1	20,0	0,187
MB		19,2	20,9	21,9	22,6	0,026
MS		20,4	24,7	23,1	22,8	0,508
NM		21,8	30,9	22,3	27,1	0,335
RA		20,0	20,9	20,8	20,9	0,799

Vir: NIJZ

10.3.1 Prisotnost zvišanega krvnega tlaka, ki ga je ugotovil zdravnik

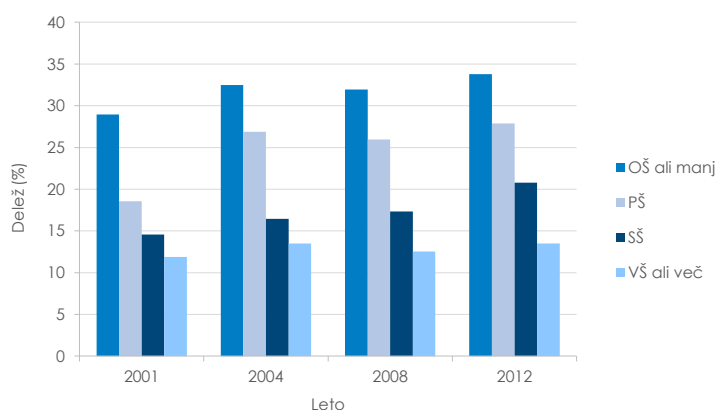
Prevalenca AH se je pri celotni obravnavani populaciji od leta 2001 do leta 2012 statistično pomembno povežala (povprečna vrednost 20,7 %). Prevalenca je višja pri moških kot pri ženskah; v letih anketiranja se pri moških stalno in statistično pomembno zvišuje (slika 10.1).



Vir: NIJZ

Slika 10.1: Porazdelitev povišanega krvnega tlaka med spoloma, Slovenija, 2001–2012

Prevalenca AH je najvišja pri obeh spolih skupaj v najstarejši starostni skupini (55–64 let); pri moških je v tej starostni skupini ugotovljen trend porasta. Pri stopnji izobrazbe je prevalenca najvišja v skupini z opravljeno osnovno šolo in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje (slika 10.2).



OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ – višja šola ali več

Vir: NIJZ

Slika 10.2: Porazdelitev anketirancev z arterijsko hipertenzijo glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2001–2012

Prevalenca AH je najvišja pri pripadnikih najnižjega samoocenjenega družbenega sloja v vzhodnem delu Slovenije, čeprav pa pomembno narašča pojavnost AH tudi v zahodni geografski regiji. Glede zdravstvene regije je prevalenca najvišja v novomeški in murskosoboški regiji, pomemben trend naraščanja AH pa je v letih anketiranja v koprski regiji; nakazan je tudi v mariborski regiji.

10.3.2 Zdravljenja zvišanega krvnega tlaka z zdravili

V povprečju je v obdobju anketiranja jemalo zdravila za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka 15,1 % ljudi, in sicer je ugotovljen statistično pomemben trend porasta zdravljenja na račun moških. Izmed ljudi, ki so jemali zdravila za AH, jih je največ v najstarejši starostni skupini, pri ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe in v najnižjem družbenem sloju; pri vseh teh skupinah se deleži v letih anketiranja statistično pomembno povečujejo.

10.3.3 Nazadnje opravljena meritev krvnega tlaka pri zdravniku

Do enega leta nazaj je bil izmerjen krvni tlak pri zdravniku pri 78,8 % (2001), 60,4 % (2004), 71,1 % (2008), 73,6 % (2012) anketirancev. Največji delež oseb, pri katerih je izmerjen krvni tlak pri zdravniku znotraj enega leta, je v najstarejši starostni skupini 55–64 let in skupini z najnižjo izobrazbo.

Odstotek anketirancev, ki so na vprašanje meritve krvnega tlaka odgovorili, da ta ni bil nikoli izmerjen, je bil najvišji v najmlajši starostni skupini, skupini z najnižjo izobrazbo in v najnižjem družbenem sloju. Prav tako sem sodijo osebe, ki opravljajo težko fizično delo v kmetijstvu, živinoreji in v gozdarstvu, gospodinje ter nezaposlene osebe oz. prijavitelje na zavodu za zaposlovanje.

10.3.4 Samomerjenje krvnega tlaka

Glede merjenja krvnega tlaka, ki so ga anketiranci izmerili sami pred manj kot enim mesecem, je bil delež ljudi leta 2004 35,6-odstoten, leta 2008 40,3-odstoten in leta 2012 39,2-odstoten, kar pomeni statistično pomembno povečanje. Samomerjenje krvnega tlaka pred manj kot enim mesecem narašča s starostjo, pri čemer je bil delež največji v najstarejši starostni skupini, tudi ločeno po spolu, pri anketirancih z najnižjo stopnjo izobrazbe ter pri čisto spodnjem in delavskem sloju. Glede na geografsko območje Slovenije je najvišji odstotek samomerjenja krvnega tlaka v vzhodnem delu in murskosoboški zdravstveni regiji. Samomerjenje krvnega tlaka je v največjem deležu pri upokojenih osebah, najnižji pa pri študentih.

Nasprotno pa se delež ljudi, ki merjenja krvnega tlaka do tedaj sami niso nikoli izvedli, v letih anketiranja statistično pomembno zmanjšuje: leta 2004 je bil 28,3-odstoten, leta 2008 25,6-odstoten in leta 2012 22,0-odstoten.

10.3.5 Rezultati samostojne analize 2012 v starosti 25–74 let

Izmed vseh oseb, vključenih v raziskavo (starost 25–74 let), o zvišanem krvnem tlaku poroča 25,7 % oseb (28,6 % moških in 22,7 % žensk). Zdravila za AH je redno jemalo 21,0 % oseb. Prevalenca AH s starostjo narašča in je v starostni skupini od 70 do 74 let prisotna pri moških v 53,2 % in pri ženskah v 55,0 %.

V letu 2012 je bil pri 85,1 % oseb v starosti do 65 do 74 let izmerjen krvni tlak znotraj enega leta. Pri 27,1 % oseb je bil izmerjen krvni tlak pri zdravniku, kamor so se zglasile zaradi zdravstvenih težav, in pri 65,5 % oseb, ki so bile na preventivnem pregledu; 7,4 % oseb je odgovorilo, da na zdravniškem pregledu niso bili. Zaradi zdravstvenih težav je izmerjen krvni tlak najpogosteje v najstarejši starostni skupini, pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe, pri najnižjem družbenem sloju, upokojenih osebah, gospodinjah in osebah, ki opravljajo težko fizično delo, delajo v kmetijstvu, živinoreji in v gozdarstvu.

Na rednem preventivnem pregledu pa je bil največkrat izmerjen krvni tlak pri najmlajši starostni skupini, osebah z najvišjo stopnjo izobrazbe, pri višjem srednjem in zgornjem družbenem sloju, glede na zaposlitveni status pa pri zaposlenih osebah, študentih, intelektualcih, zaposlenih v raziskovalni dejavnosti in vodstvenih kadrih.

Po podatkih analize 2012 je bilo samomerjenje krvnega tlaka pred manj kot enim mesecem izvedeno pri 43,4 % osebah, najpogosteje v starostni skupini 65–74 let (71,7 %), v skupini z

najnižjo stopnjo izobrazbe (55,5 %), pri najnižjem družbenem sloju (47,8 %), v vzhodnem geografskem področju območju Slovenije (47,5 %).

10.4 Razprava

Zvišan krvni tlak je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za obolenost za kronične nenalezljive bolezni, ki so v Sloveniji in tudi v svetu vodilni vzrok smrti in prezgodnje umrljivosti, kamor sodijo predvsem bolezni srca in ožilja s pojavnostjo srčnega infarkta, možganske kapi; zvišan krvni tlak pa vpliva tudi na obolenost ledvic. Visoko dohodkovno razvite države so začele zmanjševati AH pri prebivalcih z uspešnimi javnozdravstvenimi politikami in multisektorskim delovanjem, usmerjenim v zmanjšano količino soli v procesirani prehrani in z omogočanjem diagnostike ter širše dostopnosti do odkrivanja in zdravljenja AH in dejavnikov tveganja zanjo. Nasprotno pa se pogosto v deželah v razvoju ugotavlja naraščajoče število oseb, ki utrpijo srčni infarkt ali možgansko kap, kar je posledica nediagnosticiranih in nekontroliranih dejavnikov tveganja, kamor sodi zvišan krvni tlak, ne nazadnje pa tudi zaradi tudi slabše učinkovitih zdravstvenih sistemov (2).

Znano je, da na visok krvni tlak in naraščanje krvnega tlaka s starostjo pomembno vpliva nezdrav življenjski slog, vključno s prekomernim uživanjem soli, saj je prekomeren vnos soli in s tem natrija dokazano neposredni prehranski dejavnik tveganja za povišan krvni tlak, ta pa predstavlja pomemben vzrok za nastanek možganske kapi ter drugih bolezni srca in ožilja (3), nadalje nezadostno uživanje zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, prekomerna telesna masa in debelost ter nezadostna telesna dejavnost – dejavniki tveganja, ki so med prebivalci Slovenije pomembno prisotni in povezani s socialno-ekonomskim stanjem (4). Znano pa je, da socialno-ekonomske razmere, določane glede stopnje izobrazbe, zaposlitve in dohodka, močno vplivajo na neenakosti v zdravju tudi v preostalih evropskih državah (5).

V opazovanih letih je ugotovljen pomemben trend porasta arterijske hipertenzije, prav tako tudi glede jemanja zdravil za zdravljenje AH, oboje na račun moških. Je pa med leti anketiranja od 2001 do 2012 ugotovljen pomemben trend porasta samomerjenja krvnega tlaka do pred enim mesecem, kar po drugi strani pomeni, da se ljudje tudi zavedajo pomembnosti lastnega nadzora krvnega tlaka.

Pri najnižji stopnji izobrazbe je prevalenca AH največja, kar kažejo tudi do zdaj izvedene raziskave (6–8). Pri najnižji stopnji izobrazbe je ugotovljen največji delež ljudi, ki imajo pri zdravniku izmerjen krvni tlak znotraj enega leta, pa tudi največji delež, ki ga nimajo nikoli izmerjenega. Ugotavljamo, da je pogosteje izmerjen krvni tlak na rednem preventivnem pregledu kot pri pregledu zaradi zdravstvenih težav (7), kar kažejo tudi podatki raziskave, izvedene v letu 2012. Po drugi strani pa je krvni tlak, ki je izmerjen pri zdravniku zaradi zdravstvenih težav, najpogosteje pri ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe in najnižjem družbenem sloju ter pri osebah, ki opravljajo težka fizična dela. Pri preventivnem pregledu pa je krvni tlak izmerjen pogosteje pri ljudeh z najvišjo stopnjo izobrazbe, pri višjem srednjem in zgornjem družbenem sloju ter osebah, ki opravljajo nefizična dela oziroma intelektualcih. To vsekakor kaže na neenako uporabo zdravstvene oskrbe, saj marginalnejše skupine pogosteje obiščejo zdravnika le ob že prisotnih zdravstvenih težavah. Predvsem v luči slabšanja socialno-ekonomskega stanja, ki je posledica vsesplošne ekonomske krize, se je treba zavedati, da ljudje s težavo krijejo stroške zdravstvenega varstva, tudi v povezavi z AH in

njenimi zapleti. Skrb za zdravje pa je še toliko bolj pereča zaradi zmanjšanja oziroma osiromašenja javnozdravstvenih financ in skrbi za javno zdravje (2).

Slovenija se bo morala tudi v prihodnje spoprijeti z nekaterimi izzivi, če bo želela omogočiti zdravje čim širši skupini prebivalcev oziroma če bo želela zmanjšati neenakosti v zdravju. Zavedati pa se moramo, da so ukrepi za obvladovanje vedenjskih dejavnikov tveganja lahko učinkoviti le, če so prilagojeni lastnostim in značilnostim posameznih populacijskih skupin.

10.5 Zaključek

Z omenjenimi raziskavami smo pridobili podatke o razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja, ki vplivajo na biološke dejavnike tveganja, kot je AH, kar pa lahko vodi do drugih bolezenskih stanj oziroma kroničnih nenalezljivih bolezni. Podatki so bili pridobljeni na nacionalni in regionalni ravni. Zadnje je še posebej pomembno zaradi znanih medregijskih razlik v razširjenosti dejavnikov tveganja. Še pomembnejši so podatki o populacijskih skupinah, ki jih dejavniki tveganja najbolj ogrožajo. Primerjalna analiza podatkov vseh štirih raziskav daje še dodatne pomembne podatke o trendu spreminjanja razširjenosti posameznih dejavnikov tveganja, kar kaže na možnost dodatnega in usmerjenega ukrepanja. Raziskave pa vsekakor prispevajo tudi k strokovni in znanstveni podlagi za pripravo predlogov prihodnjih interventnih programov in izboljšavi že obstoječih programov za spreminjanje vedenjskih vzorcev prebivalstva.

10.6 Viri

1. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, III. Zdravstvena stanja. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. Ljubljana, 2004.
2. A Global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. World Health Organisation.
3. Cirila Hlastan Ribič C, Zakotnik Maučec J, Vertnik L, Vergnuti M, Cappuccio FP. Salt intake of the Slovene population assessed by 24 h urinary sodium excretion. *Public Health Nutr* 2010; 3: 1-7.
4. Šelb – Šemerl J. Bolezni srca in žilja. V Hočevar Grom A. in sod. Zdravje v Sloveniji, inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2010 .
5. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. for European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Eng J Med* 2008; 358: 2468-81.
6. Bulc M. Vpliv sprememb življenjskega sloga odraslih prebivalcev Ljubljane na krvni tlak. Doktorsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
7. Artnik B, Bajt M, Bilban M, Borovničar A, Brguljan Hitij J, Djomba JK. Et al. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah Cindi 2001-2004-2008. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2012.
8. Ernstsén L, Strand BH, Nilsen SM, Espnes GA, Krokstad, S. Trends and absolute and relative educational inequalities in four modifiable ischaemic heart disease risk factors: repeated cross-sectional surveys from Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) 1984-2008.



11

ANGINA PEKTORIS

Jožica Šelb Šemerl

11 ANGINA PEKTORIS

Angina pectoris (AP), simptom, ki nastopi zaradi neravnovesja med preskrbo in porabo kisika v srcu, se kaže z bolečino za prsnico. Ta vrsta bolečine se ne pojavlja samo pri koronarni bolezni, zato je epidemiološko ugotavljanje angine pectoris težavno.

Med 30.375 osebami zajetimi v raziskavah je na vprašanje ali je pri njih zdravnik ugotovil AP 5,27 % vprašanih odgovorilo pritrdilno. Delež moških s pritrdilnimi odgovori je bil višji kot delež žensk, deleži so naraščali s starostjo, so bili višji med tistimi z dokončano ali z nedokončano osnovno šolo, med upokojenci in nezaposlenimi, v najnižjem družbenem razredu, v regijah Murska Sobota in Celje in v vzhodnem območju Slovenije.

V obdobju štirih presečnih raziskav je značilno padel delež tako moških kot žensk, ki bi jim zdravnik bolečine za prsnico ali v mirovanju potrdil kot angino pectoris, le v določenih starostnih skupinah. Delež je padel osebam z dokončano ali nedokončano osnovno šolo, težkim fizičnim delavcem, kmetom, živinorejcem ter gozdarjem kot tudi pripadnikom delavskega, najnižjega in srednjega družbenega razreda ter v regijah Celje, Maribor in Murska Sobota. Delež je ostal nespremenjen višjemu, srednjemu in zgornjemu socialno-ekonomskemu razredu, tistim, ki delajo v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu ter gospodinjam in študentom. Zrastel je ljudem s srednjo izobrazbo in delavcem na delovnih mestih, ki zahtevajo lažje fizično delo.

Prsna bolečina se kot simptom pojavlja pri različnih boleznih in pri anketiranju, metodi pridobivanja podatkov, so odgovori odvisni od okoliščin vprašanega in načina izpraševanja. Kljub metodološkim težavam smo iz podatkov presečnih raziskav izluščili skupine ljudi, ki bi jim v prihodnje morali, zlasti če bo ekonomska kriza dolgotrajna, nameniti več dejavnosti za preprečevanje aterosklerotične bolezni srca.

11.1 Uvod

Angina pectoris (AP) je klinični sindrom, ki nastopi zaradi neravnovesja med preskrbo in porabo kisika v srcu; najpogosteje nastane zato, ker aterosklerotične venčne arterije ne zmorejo preskrbeti dovolj kisika, če ga srce potrebuje več (1). Kaže se z bolečino za prsnico, v čeljusti, rami, hrbtu ali rokah, nastopi med počitkom, delom ali čustveno obremenitvijo, včasih se pojavi tudi v zgornjem delu abdomna. Angina pectoris predstavlja zvišano tveganje za akutni srčni infarkt ali nenadno srčno smrt. Vzroke za angino pectoris slabo razumemo in ljudje z njenimi simptomi imajo lahko zelo različno tveganje za nastop nenadne srčne smrti ali akutnega srčnega infarkta – od enakega onim v splošni populaciji do občutno višjega (2). Kakšna je epidemiološka slika AP, je težko ugotoviti, ker je prsna bolečina simptom, ki se ne pojavlja samo pri koronarni bolezni, in tudi klinična diagnoza AP je lahko nezanesljiva. Hemingway in sodelavci poročajo o zelo različni prevalenci AP v 31 državah – od 0,73 % do 14,4 % pri moških in od 0,76 % do 15,1 % pri ženskah (3).

Zaradi velikega razpona deleža AP v različnih državah, ki je lahko posledica množice metodoloških pristopov ali različnega razumevanja tega, kar so posameznike spraševali (4), je

smiselno ugotavljati trende AP v posamezni državi, če so bili podatki v vseh raziskavah v državi pridobljeni na enak način, in ne toliko same prevalence primerjati med državami.

11.2 Metode

V štirih raziskavah, izvedenih v letih 2001, 2004, 2008 in 2012, so prikazani odgovori na vprašanje, ali je vprašanemu zdravnik ugotovil angino pektoris (vprašanje 15, priloga 1), vendar vprašanje ne razlikuje med zdravnikom primarnega, sekundarnega oziroma terciarnega zdravstvenega varstva, ki imajo različne možnosti in znanje za diagnostiko koronarnega sindroma in s tem AP. Zato smo pri opisanih trendih za statistično značilne vzeli tiste razlike v trendih, pri katerih je možnost napake enaka ali manjša od 10 %.

11.3 Rezultati

11.3.1 Gibanje angine pektoris v populaciji in posameznih populacijskih skupinah

Med 30.375 osebami, ki so v štirih raziskavah v obdobju 2001–2012 odgovorile na vprašanje o bolečinah v prsih ob mirovanju ali med telesno dejavnostjo, je pri 1.601 osebi zdravnik ugotovil angino pektoris. To je v štirih presečnih raziskavah v povprečju 5,27 odstotka anketiranih. Ob vsaki je bil delež moških, ki so imeli AP, višji kot delež žensk. Deleži bolnikov so pri obeh spolih naraščali sorazmerno z naraščanjem starosti. Med dejavnikoma, ki sta služila kot približka socialno-ekonomskim razredom, to sta izobrazba in poklic, je bil delež bolnih najvišji med tistimi s končano ali z nedokončano osnovno šolo in se je zmanjševal z višanjem izobrazbe. Med poklici je bil delež najvišji pri upokojenicah in nezaposlenih, a najnižji med študenti. Tisti, ki so se sami ocenili, da pripadajo najnižjemu družbenemu sloju, so imeli med seboj tudi najvišji delež bolnikov z angino pektoris. Murska Sobota in Celje sta bili regiji z najvišjim deležem AP in temu ustrezno je bilo najbolj prizadeto območje vzhodne Slovenije.

Preglednica 11.1: Ocenjena prevalenca angine pektoris glede na demografske in socialno-ekonomske značilnosti anketiranih, značilni trendi, Slovenija, 2001–2012

		Delež (%)					
		2001	2004	2008	2012	p trend	
Spol							
	Moški	5,6	7,6	5,9	4,8	0,009	↓
	Ženski	5,2	5,4	3,2	3,8	<0,001	↓
Starostne skupine po spolu							
	Moški 45–54	7,8	9,7	7,5	5,8	0,025	↓
	55–64	11,2	16,5	13,1	8,4	0,005	↓
	Ženske 35–44	4,2	3,1	1,9	1,4	<0,001	↓
	45–54	6,7	8,3	4,4	4,5	0,002	↓
	55–64	10,2	9,1	6,1	8,3	0,066	↓
Izobrazba							
	Osnovna šola ali manj	12,2	12,5	8,2	7,6	<0,001	↓
	Srednja šola	2,8	3,9	3,4	3,9	0,104	↑
Poklic							
	Težko fizično delo v kmetijstvu, živiloreji, gozdarstvu	8,9	9,1	6,3	5,2	0,049	↓
	Lažje fizično delo, storitveno delo, pisarniško delo, intelektualno delo, raziskovalno delo, vodstveni kadri	1,6	3,5	2,9	2,7	0,057	↑
	Upokojen/a	11,0	13,0	9,2	9,1	0,019	↓
	Nezaposlen, prijavljen na zavodu	9,2	9,1	11,8	5,0	0,003	↓
Samoocenjen družbeni sloj							
	Čisto spodnji in delavski	8,2	8,8	6,7	6,5	0,001	↓
	Srednji	3,9	5,1	3,4	2,8	0,001	↓
Geografsko območje							
	Vzhodna Slovenija	6,8	7,6	5,2	4,8	<0,001	↓
Zdravstvena regija							
	CE	7,5	8,1	4,8	4,9	0,001	↓
	NG	3,7	5,7	2,5	2,4	0,102	↓
	MB	6,3	7,5	5,8	3,9	0,002	↓
	MS	7,8	8,8	6,4	4,8	0,027	↓

Vir: NIJZ

V obdobju štirih presečnih raziskav je značilno padel delež tako moških kot žensk, ki bi jim zdravnik bolečine za prsnico ali v mirovanju potrdil kot angino pektoris – pri moških v starosti od 45 do 64 let, pri ženskah pa že mlajših, tudi tistih, starih od 35 do 44 let. Delež angine pektoris je tistim s končano ali z nedokončano osnovno šolo in težkim fizičnim delavcem, kmetom, živilorejcem ter gozdarjem padal, padal je tudi pripadnikom delavskega, najnižjega in srednjega družbenega razreda. Tudi v regijah Celje, Maribor in Murska Sobota se je delež bolnikov z AP značilno zmanjšal, kar ustreza tudi zmanjšanju na geografskem območju vzhodne Slovenije. Višjemu, srednjemu in zgornjemu socialno-ekonomskemu razredu je delež bolnikov z AP ostal nespremenjen, prav tako tistim, ki delajo v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu ter gospodinjam in študentom, a je zrastle ljudem s srednjo izobrazbo in delavcem na delovnih mestih, ki zahtevajo lažje fizično delo.

11.3.2 Gibanje dejavnikov tveganja za angino pektoris

Gibanje dejavnikov tveganja do neke mere lahko pojasni gibanje AP v populaciji in posameznih populacijskih skupinah. AP je povezana s kajenjem tobaka, z debelostjo, s pomanjkanjem telesne dejavnosti, stresom, z visoko ravno holesterola in maščob v krvi, zvišanim krvnim tlakom, s sladkorno boleznijo, z družinsko obremenjenostjo z AP in s starostjo (2). Angina pektoris od 3- do 4-krat zviša tveganje za smrt pri sladkornih bolnicah in ženskah z moteno toleranco za glukozo (5).

Padanje deležev oseb z AP je padalo sorazmerno z deležem oseb s sladkorno boleznijo, z zmernim pitjem alkohola in ITM pod 25 kg/m², in sicer pri obeh spolih in pri moških še oseb v stresu in pri ženskah tistih z zvišanim krvnim tlakom, kadičkah in čezmernih pivkah alkohola. Deleži oseb z ITM nad 30 kg/m² so se v opazovanem obdobju gibal obratno sorazmerno z gibanjem AP. V raziskavah je potrjena pozitivna povezava angine pektoris s prekomerno telesno težo in z debelostjo (6–7). Prekomerna telesna teža in debelost nista edina dejavnika tveganja za AP. Zaradi negativne korelacije med trendom debelosti in trendom AP pri 1.600 oseb, kar je v povprečju 400 bolnikov v eni od naših raziskav, je najbrž prisotna sistematična napaka v odgovorih (zanikanje AP pri debelih, pripisovanje prsne bolečine drugim vzrokom) ali napaka pri vnosu podatkov ali izračunih.

Čeprav je celotni delež AP med moškimi in ženskami v obdobju štirih raziskav značilno padel, je med moškimi značilno porastel delež tistih z zvišanim krvnim tlakom, s holesterolom, z indeksom telesne mase nad 30 kg/m² in delež sladkornih bolnikov, a značilno je padlo število kadičev. Med ženskami je zrastel delež tistih z zvišanim holesterolom in depresivnih, a padel je delež žensk, ki so bile pogosto pod stresom in so imele težave z njegovim obvladovanjem.

Delež oseb z zvišanim krvnim tlakom se je zvišal med mlajšimi odraslimi osebami obeh spolov in starejšimi odraslimi moškimi, tistimi z osnovno do srednjo izobrazbo, s poklicem, v katerem so opravljali težko fizično delo v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu ter v poklicih z lažjim fizičnim delom do intelektualnih storitev in med upokojenci v regijah Maribor in Koper, tj. v zahodni in vzhodni Sloveniji. Pri večini teh kategorij bolnikov se je hkrati povečal tudi delež tistih, ki so jemali zdravila proti zvišanemu krvnemu tlaku. Med ljudmi, ki so imeli zvišan krvni tlak in so opravljali lažja fizična dela, storitvene dejavnosti, pisarniško, intelektualno, vodilno in raziskovalno delo ali so bili upokojeni, se je zvišal tudi delež tistih, ki so se pritoževali, da so pod stresom in da ga težko obvladujejo. V vsej populaciji, stari od 25 do 64 let, se je povečal delež oseb z depresivnimi težavami med vsemi, razen med tistimi, ki so končali poklicno šolo in tvorijo en del skupine poklicev lažjih fizičnih del, storitvene dejavnosti, pisarniškega, intelektualnega, vodilnega in raziskovalnega dela, ter del srednjega razreda po samoocenjenem družbenem razredu. Vsi ti so po zgoraj navedenem imeli zvišan krvni tlak in so težko obvladovali stres.

Delež ljudi z zvišanim holesterolom se je v opazovanem obdobju zviševal med moškimi in ženskami, tistimi s poklicno in srednjo izobrazbo, pri skupini poklicev lažjih fizičnih del, storitvene dejavnosti, pisarniškega, intelektualnega, vodilnega in raziskovalnega dela ter upokojenci, a predvsem na območju zahodne Slovenije. Tudi med njimi in tistimi z zvišanim krvnim tlakom je rasel delež tistih, ki so jemali ustrezna zdravila. Zvišal se je delež debelih ljudi, tistih z indeksom telesne mase 30 in več kg/m² pri vseh odraslih moških. Zrastle je v vseh izobrazbenih skupinah in med delavci, ki opravljajo težko fizično delo v industriji, rudarstvu in v gradbeništvu, ter med lažjimi fizičnimi delavci, poklici storitvene dejavnosti, pisarniškega, intelektualnega in raziskovalnega dela ter med vodilnimi delavci, narastel je v vseh regijah razen v regijah

vzhodne Slovenije. Vzporedno s porastom deleža debelih ljudi je narastel tudi delež bolnikov s *sladkorno boleznijo* med moškimi, tistimi z manj kot višjo ali univerzitetno izobrazbo v skupini lažjih fizičnih delavcev in drugih nefizičnih poklicih ter med upokojenci ter v regijah Nova Gorica, Koper in Novo mesto. Tudi zanje, kar zadeva zdravila, velja enako kot za zgornji dve skupini. Pri vseh, ki zmorejo biti *telesno dejavni* ali so telesno dejavni zaradi svojih poklicev, so se deleži telesne dejavnosti povečali. Deleži tistih, ki niso bili telesno dejavni, so padli pri moških in ženskah, starih od 55 do 64 let, v regiji Murska Sobota, med težkimi fizičnimi delavci v kmetijstvu, živinoreji in v gozdarstvu ter nezaposlenimi. *Kajenje* je padlo med mlajšimi moškimi, srednjim in višjim srednjim ter zgornjim slojem, med lažjimi fizičnimi delavci, delavci v storitveni dejavnosti in uradništvom ter med intelektualnimi poklici v regijah Ljubljana, Novo mesto in Celje.

11.4 Razprava

V analizi podatkov štirih presečnih raziskav o AP smo ugotovili, da je bil povprečni delež moških z AP za 1,5 % višji kot povprečni delež žensk. Deleži moških in žensk z AP so v opazovanem obdobju padali. Pri moških so značilno padali med tistimi, starimi od 45 do 64 let, in med ženskami, starimi od 35 do 64 let. Deleži so padali med tistimi s končano osnovno šolo, med težkimi delavci v kmetijstvu, živinoreji in v gozdarstvu, upokojenci in nezaposlenimi, med tistimi, ki so se ocenili, da sodijo v spodnja dva družbena razreda, v največjih dveh regijah vzhodne Slovenije in regiji Nova Gorica. Deleži oseb z AP so naraščali med osebami s srednješolsko izobrazbo in tistimi z lažjimi fizičnimi deli ter nefizičnimi poklici. Med dejavniki tveganja so se vzporedno z gibanjem deležev AP gibali tudi deleži sladkornih bolnikov, tistih z depresijo, zmernih pivcev alkohola in tistih z ITM manj kot 25 kg/m² obeh spolov in moških, še tistih pod stresom in pretežkih, pri ženskah pa še pri tistih z zvišanim krvnim tlakom, kadilkah in čezmernih pivkah alkohola.

Ugotavljanje epidemiološke slike AP je težko, ker je prsna bolečina simptom, ki se ne pojavlja samo pri koronarni bolezni in je zato klinična diagnoza lahko nezanesljiva. Odgovori na vprašanje o prsni bolečini ob naporu, čeprav so zbrani na podlagi diagnoze, ki jo je postavil zdravnik, so odvisni od okoliščin vprašanega (npr. potrebe bolnika, da bi ob težavah obiskal zdravnika ...) in spretnosti izpraševalca, naj bo to zdravnik ali pri raziskavah anketar (8). Dobljena incidenca in prevalenca bolezni od populacije do populacije lahko zelo variirata, poleg tega prevalenca bolezni zunaj bolnišnice, pridobljena z vprašalniki, predstavlja AP, ki je milejša, velikokrat prehodna in manj nevarna, kot je AP, katere prevalenca je pridobljena na podlagi kliničnih primerov (9). Dejavniki tveganja za AP so enaki kot za koronarno srčno bolezen (10). AP je tudi potencialni napovedni dejavnik za veliko resnejši manifestaciji bolezni koronarnih žil, kot sta akutni srčni infarkt in nenadna srčna smrt (9).

Ugotovljena prevalenca AP v naših raziskavah sodi v spodnjo tretjino vrednosti prevalenc, ki jih je ugotovil Hemingway v svoji metaanalizi 74 člankov o pojavu AP v 31 državah. Ugotovil je tudi višjo srednjo vrednost deleža AP pri ženskah kot pri moških, a naši rezultati srednjih vrednosti so, kar zadeva spol, ravno nasprotni (3), kar ni skladno s tem, da naj bi ženske pogosteje obiskovale zdravnika kot moški. Odgovor lahko tiči v tem, da bi bile lahko ženske – čeprav naj bi bili simptomi AP pri ženskah pogostejši kot pri moških (11) – tudi pri nas manj pogosto agresivneje diagnosticirane in zdravljene kot moški, kar je opisano v literaturi (12).

V zadnjih desetletjih prevalenca AP v razvitem svetu pada, tako kot pada umrljivost zaradi bolezni srca in žilja (1, 13). V obdobju opisanih štirih raziskav je pri nas delež moških z AP padel za 0,8 % in žensk za 1,4 %, čeprav je delež večine dejavnikov tveganja v posameznih populacijskih podskupinah rasel. Tako je delež oseb z zvišanim krvnim tlakom, ali s holesterolom, sladkorno boleznijo ali z depresijo, ki so jim bila predpisana zdravila proti tem boleznim, rasel in se je tako zmanjševalo število tistih, ki jim je bila angina pectoris ugotovljena, tudi zaradi neposrednega vpliva zdravil na bolezen, zaradi katere so bila predpisana, in posledičnega zmanjševanja te bolezni kot dejavnika tveganja za AP. Na videz kontradiktorni so tudi rezultati v skupini delavcev z lažjim fizičnim delom, med katerimi se je delež depresivnih zmanjšal, po drugi strani pa je bilo med njim več tistih pod stresom, ki ga težko obvladujejo. Zmanjšanje kajenja in zvišanje deleža telesno dejavnih sta lahko pozitivno vplivala na zmanjšanje deleža AP v populaciji. V raziskavi Rok Simon s sodelavci o neenakosti v umrljivosti žensk po izobrazbi, ki je bila posredni kazalnik socialno-ekonomskega stanja žensk v Sloveniji, se je izkazalo, da je tveganje za umrljivost zaradi ishemične bolezni srca, katere predstopnja je AP, žensk z nizko izobrazbo in s tem z nižjim socialno-ekonomskim statusom višje kot tistih z višjo izobrazbo (14). Opisane so tudi razlike v dostopnosti zdravljenja AP, povezane s socialno-ekonomskim statusom (15), prav tako je več bolezni srca in žilja, povezanih z zvišanim krvnim tlakom, med revnejšimi sloji črnih prebivalcev ZDA (16). Slabo socialno-ekonomsko stanje prek psihosocialnih dejavnikov povečuje tveganje za bolezni srca in žilja, med njimi tudi za AP (17). Rahel dvig trendov večine obravnavanih dejavnikov tveganja v raziskavi iz leta 2012 v primerjavi z letom 2008 skupaj ob podpori informacij iz literature dovoljuje predvidevanje, da se bo incidenca AP – med ekonomsko krizo in zlasti če bo ta dolgotrajna – povečevala.

11.5 Zaključek

Z analizo trendov AP smo ocenili prevalenco AP v populaciji in različnih skupinah posameznikov znotraj nje, v katerih so deleži AP v dvanajstletnem obdobju naraščali. Deleži so naraščali med moškimi z nižjo in s srednjo izobrazbo, med delavci z lažjim fizičnim in intelektualnim delom, upokojenci ter med pripadniki spodnjega in srednjega socialno-ekonomskega razreda, predvsem v regijah Nova Gorica, Koper in Maribor. To so skupine ljudi, ki bi jim v prihodnje morali, zlasti če bo ekonomska kriza dolgotrajna, nameniti več dejavnosti za preprečevanje aterosklerotične bolezni srca. Prijemališča za preventivno dejavnost so dejavniki tveganja, ki so v opazovanem obdobju, v posameznih skupinah še vedno naraščali.

11.6 Viri

1. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinesdocuments/guidelines-angina-ft.pdf>
2. Merry AHH, Boer MAJ, Schouten LJ, Feskens EJM, Verschuren MWM, Gorgels APM, Van den Brandt PA. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and family history and the risks of acute myocardial infarction and unstable angina pectoris: a prospective cohort study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2011; 11:13.
3. Hemingway H, Langenberg C, Damant J, Frost C, Pyorala K, Barrett-Connor E. Prevalence of Angina in Women Versus Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of International Variations Across 31 Countries. *Circulation* 2008;117:1526-36.
4. http://www.escardio.org/guidelines-surveys/ehs/angina-pectoris/Documents/EHS_Angina_MainPublication.pdf

5. Carpuic KT, Wingard DL, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. The Association of Angina Pectoris with Heart Disease Mortality Among Men and Women by Diabetes Status: The Rancho Bernardo Study. *J Womens Health* 2010; 19: 1433-9.
6. Lin L, Ma J, Yia X, Kelepouris E, Eisen H. Global variability in angina pectoris and its association with body mass index and poverty. *Am J Cardiol* 2011;5:655-61.
7. Bahadori B, Neuer E, Schumacher M, Fruhwald F, Eber B, Klein W, Toplak H, Wascher TC. Prevalence of coronary artery disease in obese versus lean men with angina pectoris and positive exercise stress test. *Am J Cardiology* 1996;11:1000-10.
8. Pakhomov S, Hemingway H, Weston SA, Jacobsen SJ, Rodeheffer R, Roger VL. Epidemiology of angina pectoris: role of natural language processing of medical records. *Am Heart J* 2007; 4: 666-73.
9. Tunstall Pedoe H. Angina Pectoris: Epidemiology and Risk Factors. *European Heart Journal* 2013; 7: 1-5.
10. Richardson PJ, Lawford SH. Relationship between hypertension and angina pectoris. *Br J Clin Pharmacol* 1979;7: 249S-253S.
11. Harris RB, Weissfeld LA. Gender differences in the reliability of reporting symptoms of angina pectoris. *J Clin Epidemiol* 1991;10:1071-8.
12. Crilly M, Bundred P, Hu X, Lackey L, Johnstone F. Gender differences in the clinical management of patients with angina pectoris: a cross-sectional survey in primary care. *BMC Health Services Research* 2007; 7:142.
13. <http://www.ageing.oxfordjournals.org/content/early/2013/3/12/ageing.aff032.abstract>
14. Rok Simon M, Tomšič S, Šelb Šemerl J, Nadrag P, Mihevc Ponikvar B, Lavtar D, Korošec A, Kofol Bric T. Neenakosti v umrljivosti žensk po izobrazbi. *Zdrav Var*2013;52:77-86.
15. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health* 2009;9:460.
16. Cooper RS, Ghali JK. Coronary heart diseases: black white differences. *Cardiovas Clin* 1991; 3: 205-25.
17. Jenkins CD. Psychosocial risk factors for coronary heart diseases. *Acta Med Scan Suppl* 1982;660:123-36.



12

SLADKORNA BOLEZEN

Sonja Paulin

12 SLADKORNA BOLEZEN

Z raziskavo je bila v letu 2012 ugotovljena prevalenca sladkorne bolezni 6,6 % (25–74 let). V starosti 55–64 let je o bolezni poročalo 12,5 % anketiranih, značilno pogosteje moški, in 15 % oseb, starih 65–75 let. Prevalenca sladkorne bolezni (SB), dejavnikov življenjskega sloga, ki prispevajo k njenemu nastanku, in visokega tveganja za SB je večja pri nizkem socialno-ekonomskem položaju. Visoko ali zelo visoko tveganje za nastop SB v prihodnjih 10 letih ima pri 45–54 letih 14 % moških in 12 % žensk ter četrtna prebivalstva v starosti 55–64 let. Nezdruve izbire življenjskega sloga v povezavi s SB, zlasti telesna nedejavnost, čezmerna prehranjenost in debelost ter nezdravo prehranjevanje so imeli v desetletnem obdobju med slovenskim prebivalstvom trend naraščanja. Področja delovanja za primarno preprečevanje in obvladovanje SB poleg zdravstva in izobraževanja vključujejo tudi druge sektorje ter znanje in ozaveščenost za odločitve glede dejavnikov vedenjskega sloga, ki vplivajo na pojav SB.

12.1 Uvod

Sladkorna bolezen s spremljajočo obolevnostjo, socialnimi in ekonomskimi posledicami za obolele, njihove družine in celotno družbo postaja v številnih državah velik javnozdravstveni problem. Mednarodna zveza za diabetes (IDF) po svoji metodologiji ocenjuje prevalenco sladkorne bolezni (znane in neodkrite) na 8,5 % odraslih med 20 in 79 let, po posameznih evropskih državah od 2,4 % do 9,8 %. Projekcije na podlagi trendov in porazdelitev determinant sladkorne bolezni (SB) predvidevajo, da se lahko v EU prevalenca do leta 2025 poveča na več kot 10 % prebivalstva (1–3). V vseh starostnih skupinah se pojavlja pogosteje kot pred dvema desetletjema. Ob naraščanju prevalenca sladkorne bolezni za okoli 1 % v treh letih je bila označena tudi kot globalna epidemija z velikimi razlikami v zdravstvenih izidih med socialno-ekonomskimi skupinami. Ključni vplivni dejavniki so: naraščanje debelosti, življenjski slog prebivalstva z manj telesne dejavnosti, urbanizacija, ekonomska in prehranska tranzicija, rast obesogenih okolij. Starostno specifično tveganje se v Evropi povečuje pri delovno aktivnem prebivalstvu. SB tipa 2 ima lahko večletni potek brez simptomov, delež neodkritih bolnikov pa je tudi v razvitih državah visok, do 35 %. SB z zapleti še vedno skrajšuje pričakovano trajanje življenja za 10 ali več let in manjša kakovost življenja. Prevalenca SB in dejavnikov življenjskega sloga, ki prispevajo k njenemu nastanku, je v razvitem svetu večja in hitreje narašča v skupinah z nizkim socialno-ekonomskim položajem (4). Razlike se odražajo v večji prevalenci ugotovljene SB in večjem deležu neprepoznane SB pri nižjem socialno-ekonomskem položaju, pogostejših zapletih pri SB ter v večji in prezgodnji umrljivosti.

Namen analize je prikazati razširjenost in trende dejavnikov življenjskega sloga, povezanih z nastankom in zdravstveno obravnavo SB, med prebivalci Slovenije v starosti 25–64 let. Cilji so opisati stanje po izbranih kazalnikih, ugotoviti delež bolnikov, ki sledijo posameznim smernicam in priporočilom, ter značilnosti skupin, ki so manj uspešne pri spreminjanju z zdravjem povezanih vedenj. Življenjski slog in socialno neenakosti na področju SB je podrobno predstavila predhodna raziskava in nadalje smo spremljali ključne značilnosti v letu 2012.

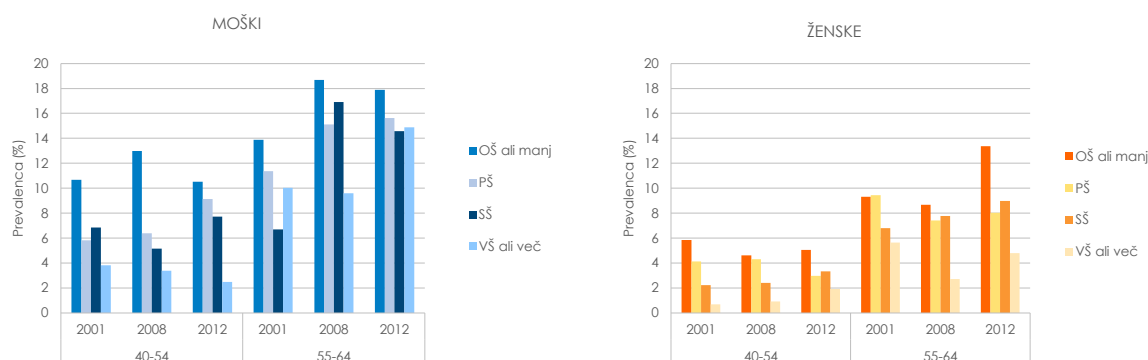
12.2 Metode

Podatke smo pridobili iz vprašanj 15, 16, 18, 19, vprašanj o telesni teži, višini, obsegu pasu, prehrani, telesni dejavnosti, kajenju, samooceni zdravja, obiskih pri zdravniku, opravljenih meritvah in o svetovanju za spremembo življenjskega sloga (glej prilogo 1). Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, starostne skupine, izobrazbo, samoocenjeni družbeni sloj in vrsto dela. Pri nekaterih spremenljivkah je bilo število po razredih premajhno za testiranja ali sklepe glede značilnosti trendov. Prevalenca SB (vključuje vse tipe SB) je odstotek oseb, ki jim je bila ugotovljena SB in so jo imeli v zadnjih 12 mesecih.

12.3 Rezultati

12.3.1 Prevalenca sladkorne bolezni

V letu 2012 je 6,6 % (95 % IZ = 6,2 %–7,2 %) anketiranih v starosti 25–74 let poročalo, da imajo sladkorno bolezen, 8,1 % moških (95 % IZ = 7,3 %–8,9 %) in 5,2 % žensk (95 % IZ = 4,5 %–8,9 %). Med osebami, starimi 25–64 let, je delež 5,4 % (95 % IZ = 4,9 %–5,9 %) in je značilno večji kot pred leti. SB je v vseh starostnih skupinah po 35. letu od 1,5- do 2-krat pogostejša pri moških. V starosti 55–64 let je o bolezni poročalo 12,5 % anketiranih, pri 65–75 let 15 % oseb. Značilno se je povečal delež SB v starosti 60–64 let ($p = 0,011$), pri moških 55–64 let ($p = 0,016$) ter med osebami, ki opravljajo lažje fizično ali sedeče delo ($p = 0,018$). Delež je v vseh starostnih skupinah večji pri nižji izobrazbi (slika 12.1). Med osebami, ki so se opredelile kot spodnji in delavski sloj, je SB do 2-krat pogostejša v primerjavi z drugimi družbenimi skupinami (preglednica 12.1). Večji delež SB kot pred leti je med moškimi s poklicno in srednjo šolo ter med ženskami s srednjo in z višjo šolo. Trenda rasti prevalenca pri spodnjem in delavskem sloju mestnega prebivalstva v raziskavi 2012 ni bilo mogoče naprej slediti zaradi spremenjene metodologije. Po geografskih območjih je tudi v letu 2012 skoraj polovica (43 %) oseb s SB iz vzhodne Slovenije, četrtina pa iz zahodnega dela, kjer se je poročana prevalenca SB povečala.



OŠ – osnovna šola ali manj, PŠ – poklicna šola, SŠ – srednja šola, VŠ – višja šola ali več

Vir: NIJZ

Slika 12.1: Ocenjena starostno specifična prevalenca sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2001–2008–2012

Preglednica 12.1: Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni glede na izbrane demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, starostna skupina 25–64 let, Slovenija, 2001–2012

	Da (%)					Da – moški (%)					Da – ženske (%)					
	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend	2001	2004	2008	2012	p trend	
Skupaj	4,3	5,6	4,5	5,4	0,032	↑	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Spol																
Moški	5,2	7,1	6,1	6,8	0,026	↑	5,2	7,1	6,1	6,8	0,026	–	–	–	–	
Ženski	3,3	4,1	2,9	3,9	0,579		–	–	–	–	–	3,3	4,1	2,9	3,9	
Starostna skupina																
25–34	0,6	1,2	0,7	0,8	0,973		0,8	1,2	0,7	0,6	0,299	0,4	1,1	0,8	1,0	
35–44	2,2	2,9	1,3	2,3	0,452		3,1	3,9	1,9	2,7	0,186	1,2	1,9	0,6	1,9	
45–54	6,3	7,4	6,2	6,2	0,528		7,9	9,8	8,6	8,5	0,918	4,6	4,8	3,6	3,9	
55–64	9,6	12,7	11,2	12,5	0,043	↑	11,0	15,7	15,3	15,7	0,016	↑	8,4	9,9	7,1	9,1
Izobrazba																
Osnovna šola ali manj	7,4	9,0	8,8	10,3	0,016	↑	9,3	9,8	12,2	11,9	0,072	–	6,1	8,5	5,8	9,0
Poklicna šola	4,5	7,9	5,5	6,9	0,023	↑	4,9	9,5	6,2	8,8	0,006	↑	3,8	5,2	4,1	3,8
Srednja šola	3,2	3,4	3,9	5,1	<0,001	↑	4,2	4,8	5,3	6,1	0,025	↑	2,3	2,1	2,6	3,9
Višja šola ali več	2,0	2,5	1,7	2,7	0,522		3,2	4,1	2,8	3,7	0,938	–	0,9	1,1	0,8	2,0
Samoocenjen družbeni sloj																
Čisto spodnji in delavski	5,8	7,2	6,6	7,2	0,077		6,8	8,0	8,1	8,4	0,103	–	4,7	6,3	4,7	5,8
Srednji	3,5	5,1	2,8	4,0	0,766		4,4	7,2	3,7	5,5	0,943	–	2,6	3,1	1,9	2,6
Višji srednji in zgornji	2,3	2,4	3,6	4,5	0,003	↑	3,5	3,8	5,7	7,2	0,006	↑	1,0	1,1	1,6	2,2
Geografsko območje																
Zahodna Slovenija	3,4	4,2	3,8	5,9	0,001	↑	4,6	5,6	5,6	7,9	0,004	–	2,2	2,8	1,8	3,7
Osrednja Slovenija	4,4	5,8	4,3	5,6	0,216		5,1	7,2	6,1	7,6	0,036	–	3,7	4,5	2,5	3,6
Vzhodna Slovenija	4,6	6,1	5,0	4,9	0,966		5,6	7,7	6,3	5,7	0,692	–	3,6	4,4	3,6	4,1

Vir: NIJZ

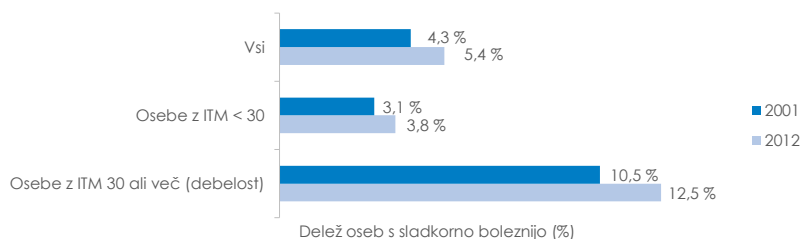
12.3.2 Demografske in socialne značilnosti populacije oseb s sladkorno boleznijo

Okoli dve tretjini sladkornih bolnikov v starosti 45–64 let predstavljajo moški. Med osebami s SB se je povečal delež skupine 55–64 let ($p < 0,001$), moških 55–64 let ($p < 0,001$) ter oseb s srednjo ($p < 0,001$) in z višjo izobrazbo ($p = 0,013$). V letu 2012 se je 54,5 % oseb s SB umestilo v spodnji in delavski sloj, tretjina v srednji ter 8,4 % v višji srednji in zgornji družbeni sloj. V raziskavi 2012 je značilno manjši delež oseb s težkim fizičnim delom v kmetijstvu, gozdarstvu ($p = 0,011$), industriji, v gradbeništvu ($p < 0,001$), kar lahko odraža manjšo pripravljenost za sodelovanje v anketi. V desetletnem obdobju se je povečal delež oseb z lažjim fizičnim in s pisarniškim delom ($p = 0,002$), ki predstavljajo tretjino oseb s SB med 25. in 64. letom. Delež upokojenih med osebami s SB pred 65. letom se je po letu 2008 povečal z 32,4 % na 44,2 % ($p = 0,002$).

12.3.3 Življenjski slog prebivalstva, povezan z nastankom sladkorne bolezni

Podrobnejše analize posameznih dejavnikov so prikazane v drugih poglavjih te publikacije. Ključni dejavniki življenjskega sloga, ki vplivajo na nastanek SB, tj. debelost in čezmerna prehranjenost, telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, večinoma kažejo neugodne trende in socialne neenakosti. Ti rezultati omogočajo spremljanje kazalnikov kakovosti sistema za preprečevanje SB tipa 2 (5). Prevalenca debelosti med osebami, stari 25–64 let, znaša 17,4 %, pri moških 20,7 %, pri ženskah 14 %, in se značilno povečuje. Na osnovi indeksa telesne mase (ITM) je ugotovljena debelost pri petini oseb, starih 40–54 let, in vsaki četrti osebi, stari 55–64

let. Debelost in centralna debelost naraščata s starostjo pri obeh spolih. Skupni delež čezmerne prehranjenosti in debelosti znaša 54,6 %. 12,5 % odraslih, starih 25–64 let, z ITM 30 ali več ima SB (slika 12.2). Nezadostno telesno dejavnost je mogoče ugotoviti pri okoli polovici odraslih. Med kazalniki deleža prebivalstva, ki se prehranjuje skladno z nacionalnimi priporočili, izstopa trend upadanja deleža oseb, ki vsakodnevno uživajo zelenjavo (39 %), podobno nizek delež oseb uživa sadje, redno zajtrkuje le polovica odraslih, pogosto je uživanje sladkih pijač, povečala se je uporaba trdih maščob v prehrani.

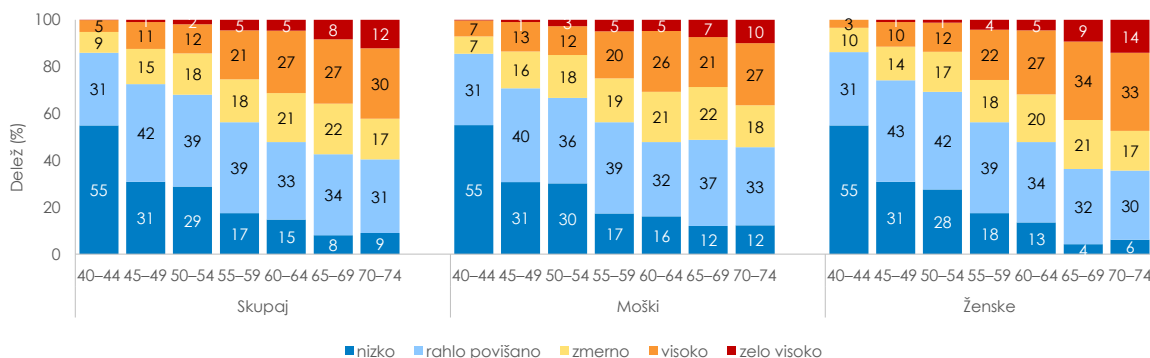


Vir: NIJZ

Slika 12.2: Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni med odraslimi v starosti 25–64 let glede na vrednost ITM, Slovenija, 2001 in 2012

Odkrivanje oseb z velikim tveganjem za SB tip 2 se v okviru populacijskih strategij izvaja s presejanjem z vprašalniki ali s točkovanjem, kar omogoča ugotoviti, pri katerih osebah bi bilo izvajanje laboratorijskih meritev krvnega sladkorja najučinkovitejše. Za izračun tveganja smo uporabili finski model populacijskega presejanja FINDRISC, ki na podlagi standardiziranega vprašalnika omogoča ocenitev tveganja za razvoj SB tip 2 v naslednjih 10 letih (6). V oceno so zajeti posameznikovi podatki: starost nad 40 let, čezmerna prehranjenost ali debelost (ITM), trebušna debelost (obseg pasu), telesna dejavnost (manj kot 30 minut dnevno), uživanje zelenjave in sadja (manj kot 1-krat na dan), jemanje zdravil za zvišan krvni tlak, kdajkoli izmerjena zvišana koncentracija krvnega sladkorja in sladkorna bolezen tipa 1 ali 2 pri ožjih ali širših sorodnikih. Klinično presejanje uporablja številnejša merila in laboratorijsko meritev koncentracije glukoze v krvi (7–8).

Ocenjeno tveganje na podlagi vrednosti FINDRISC po starostnih skupinah in spolu prikazuje slika 12.3. Med osebami v starosti 55–64 let je četrtnina (28 %) ogroženih z visokim (zbolel bo 1 od 3) ali zelo visokim tveganjem (zbolel bo 1 od 2) (6). Delež oseb z visokim ali zelo visokim tveganjem je 14 % moških in 12 % žensk, starih 45–54 let, ter 33 % moških in 45 % žensk v starosti 65–74 let. V okviru posamezne starostne skupine se z višanjem izobrazbe manjša prevalenca visokega tveganja.



Vir: NIJZ

Slika 12.3: Tveganje za sladkorno bolezen tip 2 po spolu in starosti – model FINDRISC, 25–74 let, Slovenija, 2012

12.3.4 Življenjski slog oseb s sladkorno boleznijo

Za preprečevanje in odlaganje kroničnih zapletov pri SB je ključno doseganje ciljev pri telesni teži, ravni glukoze in maščob v krvi, krvnem tlaku ter pri nekajenju. Na spremenljive dejavnike tveganja lahko bolnik vpliva z življenjskim slogom, v katerem so glavni dejavniki zdrave prehranske navade, telesna dejavnost, znižanje telesne teže, nekajenje (8–10). Pri več kot dveh tretjinah sladkornih bolnikov (25–64 let) sta ugotovljena zvišan holesterol in arterijska hipertenzija, ki je pogostejša kot pred leti ($p < 0,001$). Pri osebah s SB je delež debelosti 40,8 % in čezmerne prehranjenosti 40,1 %. Petina sladkornih bolnikov je kadilcev (preglednica 12.2). Po dva izmed teh dejavnikov sta prisotna pri 27 % in po trije pri 40 % sladkornih bolnikov že v starosti 45–54 let.

Samoocenjeno zdravje je slabo pri 16,8 % anketiranih s SB, vendar se je delež zmanjšal ($p = 0,003$), srednje pri 54,1 % in dobro ali zelo dobro pri 29,1 %. Podobno kot prejšnja leta 8 % anketiranih z ugotovljeno SB v zadnjem letu ni obiskalo zdravnika, 9 % bolnikov v zadnjem letu ne navaja meritve krvnega sladkorja ali tlaka in 19 % meritve holesterola. Za obisk zobozdravnika se je odločilo manj oseb, v letu 2012 le 60 %. Med anketiranimi je 31,8 % odgovorilo, da za svoje zdravje premalo skrbijo, 58,7 % pa meni, da za zdravje kar dobro skrbijo, in njihov delež se je povečal ($p = 0,006$).

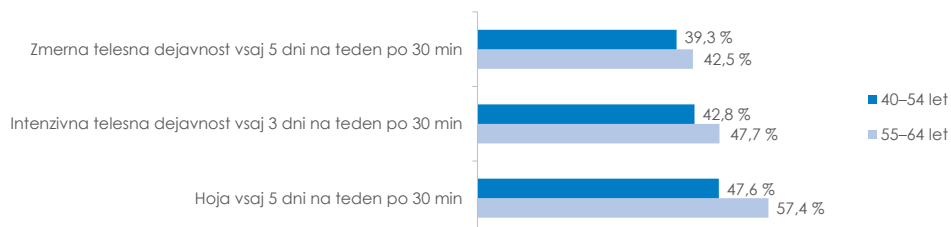
Preglednica 12.2: Presnovni in vedenjski kazalniki pri osebah s sladkorno boleznijo (25–64 let), Slovenija, 2001–2012

	Delež (%)					p trend
	2001	2004	2008	2012		
Presnovni kazalniki						
ITM \geq 30	37,1	34,3	40,8	40,8	0,104	
ITM 25–29,9	45,4	46,7	44,8	40,1	<0,001	
Zvišan krvni tlak *	52,9	64,6	61,9	69,0	<0,001	↑
Zvišan holesterol **	–	62,3	60,1	66,7	0,194	
Vedenjski kazalniki						
Zadostna telesna dejavnost***	–	61,2	59,5	52,9	0,396	
Kajenje	19,9	15,9	16,8	19,0	0,967	
Čezmerno uživanje alkohola	18,2	15,5	12,7	10,9	0,003	↓
Uživanje več kot treh dnevnih obrokov	52,1	51,7	50,3	–	0,651	
Uživanje zajtrka vsak dan	69,4	67,4	64,5	68,9	0,840	
Uživanje zelenjave 1-krat na dan ali več	74,4	65,5	62,9	51,6	<0,001	↓
Uživanje sveže zelenjave 1-krat na dan ali več	74,4	64,3	61,2	50,8	<0,001	↓
Uživanje svežega sadja 1-krat na dan ali več	64,5	63,0	62,8	64,0	0,925	
Uživanje maščobe kot namaz - nikoli	28,8	31,7	29,7	–	0,808	
Uživanje ocvrtih jedi - nikoli	14,0	9,8	23,8	13,8	0,152	
Dosoljevanje hrane - nikoli	47,5	53,2	55,1	48,4	0,930	
Uporaba zdravstvenih storitev						
Obiski pri zdravniku v zadnjem letu	94,0	93,2	89,3	92,6	0,270	
Obiski pri zobozdravniku v zadnjem letu	65,4	69,3	54,5	59,9	0,007	↓
Meritev v zadnjem letu – sladkor v krvi	–	83,3	89,5	90,5	0,001	
Meritev v zadnjem letu – krvni tlak	93,0	89,0	91,9	91,3	0,856	
Meritev v zadnjem letu – holesterol	80,8	77,5	83,2	80,8	0,506	

*Zvišan krvni tlak več kot 140/90 mm Hg ali jemanje zdravil za znižanje krvnega tlaka, **Zvišan holesterol več kot 5 mmol/l ali jemanje zdravil za znižanje holesterola v krvi, ***Hoja po smernicah – vsaj 5 dni na teden po 30 minut

Vir: NIJZ

Dovolj telesno dejavnih je glede na smernice okoli polovica oseb s SB v starosti 40–54 let (42,2 %) in v starosti 55–64 let 47,5 % (slika 12.4). Med anketiranimi je 79,8 % odgovorilo, da so lahko telesno dejavni, tega pa ni zmožnih zaradi bolezni 7,3 % ali invalidnosti 2,3 % bolnikov s SB. 10,6 % ni gibalno dejavnih, čeprav nimajo omejitev. 48,9 % je dejavnih brez omejitev oz. so telesno dejavni pri poklicnem delu, 30,9 % pa je dejavnih kljub omejitvam. Deleži primerno aktivnih se med kategorijami ITM ne razlikujejo. 41,2 % bolnikov s SB je v zadnjem letu povečalo količino rekreativnega gibanja.



Vir: NIJZ

Slika 12.4: Telesna dejavnost oseb s sladkorno boleznijo po vrsti aktivnosti in starostnih skupinah, Slovenija, 2012

Vse tri obroke – zajtrk, kosilo, večerjo – vsak dan zaužije 48,5 % sladkornih bolnikov. Redno zajtrkuje 68,9 % in 4–6 dni v tednu 5,7 %, četrtnina po 1- do 3-krat tedensko ali nikoli. Dopoldansko malico uživa vsak dan 43,3 % in 4–6-krat na teden 12,7 % bolnikov; oba deleža sta se v obdobju 2001–2012 zmanjšala ($p = 0,010$; $0,008$). Kosilo ima vsak dan 86 % bolnikov, vendar se je zmanjšal delež rednega kosila med osebami z nižjo izobrazbo ($p = 0,023$). Tretjina vsak dan zaužije popoldansko malico (31 %) in 8,9 % večino dni v tednu, deleža pa sta se zmanjševala ($p < 0,001$; $p = 0,018$). Večerjo vsak dan zaužije 71,6 % bolnikov in 4- do 6-krat na teden 10,3 %. Po teh podatkih četrtnina do tretjina bolnikov ne uživa redno priporočenih obrokov oziroma ima neustrezno razporeditev ali premalo dnevnih obrokov.

Zelenjavo, svežo ali predelano, uživa vsakodnevno okoli polovica oseb s SB; njihov delež se je pomembno zmanjšal, izraziteje pri moških. Prav tako je upadel delež oseb s SB, ki vsaj 1-krat na dan uživa svežo zelenjavo, s 74,4 % v letu 2001 na 50,8 % v letu 2012. Sveže sadje uživa vsak dan okoli dve tretjini oseb s SB, kar ostaja v obdobju 2001–2012 na enaki ravni. Ocvrte jedi uživa 1- do 3-krat na teden ali pogosteje 23,5 % oseb, nikoli samo 13,8 %. Delež oseb, ki jih uživajo največ 3-krat na mesec (76,5 %), se je od leta 2001 (65,2 %) povečeval ($p < 0,001$), vendar je nižji kot v letu 2008 (86,6 %). Olivno olje za pripravo hrane vsak dan uporablja 41,3 % oseb, nikoli ali redko 27 % in podobno druga rastlinska olja. Pri kuhi uporabljajo tudi nasičene in trans-maščobe, tedensko tretjina in vsak dan okoli 6 %. Nikoli ali redko uporablja nasičene maščobe za pripravo hrane okoli polovica oseb s SB. V primerjavi s preostalo populacijo je večji le delež redne uporabe olivnega olja in drugih olj ter 'nikoli' masla in smetane, ob tem pa delež teh, ki nikdar ne uporabljajo masti (39 %), ni večji kot med osebami brez SB. Maščobe kot namaz nikoli ali le poredko uporabljata dve tretjini oseb s SB, o uporabi priporočene margarine s steroli pa ni podatka. Polnomastno mleko ali mleko s 3,5 % mlečne maščobe uživa 35,2 % oseb. Med sladkornimi bolniki 51,6 % oseb dosljuje pripravljeno hrano, pogosteje moški.

Bolj zdravo se je začelo v zadnjem letu prehranjevati 64,5 % anketiranih oseb s SB. Povečali so se deleži odgovorov ($p < 0,001$), da uživajo manj mastno hrano (75,9 %), uporabljajo drugo vrsto maščobe (45,4 %), več zelenjave (70 %), več sadja (63,5 %), manj slano (56,5 %), manj sladko (74,8 %), več manjših obrokov (56 %). Dve tretjini oseb s SB želi znižati telesno težo.

Stres pogosto ali vsak dan doživlja in ima težave z njegovim obvladovanjem 27 % anketiranih. Med kadilci (19 %) skoraj polovica kadi 11–20 cigaret dnevno in tretjina več kot 20. Glede posledic kajenja za zdravje je polovica nekoliko zaskrbljena, zelo 14,2 %, ne pretirano ali sploh ne 36,2 %, vendar želi kajenje opustiti 70,8 % kadilcev s SB.

12.4 Razprava

12.4.1 Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni

V številnih državah so vir informacij o prevalenci kroničnih obolenj in stanj, življenjskem slogu in z zdravjem povezanimi vedenji anketne raziskave med prebivalstvom. Reprezentativna raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog« je v letu 2012 ugotovila samoporočano prevalenco SB v Sloveniji 6,6 % (25–74 let), druga raziskava o zdravstvenem stanju (EHIS angl. European Health Interview Survey) v letu 2007 6,2 % (osebe, stare 15 in več let). Pojavljanje SB v Sloveniji spremljamo podrobneje z letnimi podatki o porabi ambulantno predpisanih zdravil za zniževanje glukoze v krvi, ki jih je v letu 2012 prejelo okoli 99.300 oseb, med njimi 32 % inzulin; v starosti 25–74 let je zdravila za SB prejemale 71.573 oseb ali 5,2 % (11–12). Anketna ocena prevalence SB je za petino večja glede na število prejemnikov zdravil, kar se povezuje s tem, da določeno obdobje po ugotovitvi SB tipa 2 lahko poteka zdravljenje samo z nefarmakološkimi ukrepi, z zdravim življenjskim slogom. Deloma k večji anketni prevalenci prispeva pogostejše odločanje oseb z boleznijo za sodelovanje v raziskavi (pristranost izbora), v anketi pa so pritrtilno glede SB mogoče odgovorile tudi osebe z diagnosticirano moteno toleranco za glukozo (pristranost priklica, klasifikacije) ali po nosečniški SB, kar sicer ne ovira medletne primerljivosti, je pa potrebno to upoštevati ob interpretaciji rezultatov. O deležu nefarmakološkega zdravljenja za Slovenijo za zdaj ni podatkov; za ocene uporabljamo predpostavko o deležu 15 %. Prevalenca SB se s starostjo povečuje. Antihiperглиkemična zdravila je pri starosti 60 let prejemale 10,4 % prebivalstva in v starosti 65–75 let 16 % oseb, podobno kot v večini evropskih držav (12–14). Pri moških po 35. letu je bila SB do 2-krat pogostejša kot pri ženskah. V vseh starostnih skupinah je tudi v Sloveniji prevalenca SB večja pri nižji izobrazbi in socialnem položaju. Za obdobje 2001–2012 je značilen trend naraščanja SB v starosti 60–64 let, pri moških 55–64 let, moških s poklicno ali srednjo šolo in ženskah s srednjo ali višjo izobrazbo ter pri ljudeh, ki so pri delu malo telesno dejavni ali opravljajo lažje fizično delo.

Do hitrega relativnega večanja prevalence SB tip 2 vodi po interpretacijah tujih avtorjev več sočasnih dejavnikov: spremenjeno razmerje odkrita/neodkrita SB, demografske spremembe, pojavljanje SB pri nižji starosti, izboljšano zdravljenje SB, manjša umrljivost in daljše preživetje oseb s SB in v splošni populaciji ter incidenca SB (sedanja ter incidenčna stopnja v prejšnjih letih), ki se povečuje s porastom čezmerne telesne teže in debelosti med prebivalstvom (15). Učinek aktivnega presejanja v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB) je zgodnje odkrivanje SB, kar delno pojasni rast letne prevalence števila prejemnikov zdravil, ki se je letno povečevala za okoli 3 % in v letih 2008–2011 za okoli 4.000 oseb (5 %) ob letni incidenci 11.000 novih prejemnikov zdravil za SB. Spremembe v socialnodemografskih značilnostih populacije z ugotovljeno SB gre deloma pripisati odkrivanju SB pri mlajših odraslih, ki so ciljne skupine programa NPPPSŽB, in učinkom dejavnikov tveganja za SB, ki v skupinah s slabšim socialno-ekonomskim položajem hitreje naraščajo.

Po ocenah IDF je Slovenija med evropskimi državami s srednje visoko prevalenco SB (20–79 let), nediagnosticirano SB pa ima po IDF² v evropskem merilu vsak tretji bolnik s SB (1). V Sloveniji je delež neodkrite SB verjetno manjši kot 30 % zaradi desetletnega izvajanja NPPPSŽB in delovanja referenčnih ambulant.

12.4.2 Življenjski slog in preprečevanje visokega tveganja za sladkorno bolezen

Ocene nadaljnje rasti števila oseb s SB v Evropi temeljijo na sedanjih incidenčnih stopnjah za starost in spol, vendar se bodo te najverjetneje povečale z naraščanjem deleža debelosti (15). Med evropskim prebivalstvom je tveganje za SB od 30- do 40-odstotno in podobno je tveganje za preddiabetes, moteno toleranco za glukozo, ki prav tako poveča ogroženost za SB tip 2 in srčno-žilne bolezni. Nezdrave izbire življenjskega sloga, ki prispevajo k nastanku SB, so imele v Sloveniji v desetletnem obdobju trend naraščanja. Po podatkih sodelujočih v raziskavi je med slovenskim prebivalstvom že v starosti 55–64 let 28 % oseb z visokim ali zelo visokim tveganjem za nastop SB v 10 letih, kar je znatno več kot na primer v nordijskih državah z zgledi dolgoletnih preventivnih aktivnosti, v katerih je ta delež za tretjino manjši. Finski model za populacijsko strategijo presejanja za visoko tveganje je lahko koristen za identifikacijo skupin z visokim tveganjem, ki bi največ pridobile od intenzivnih intervencij za spremembo življenjskega sloga s ciljem preprečevanja bolezni (10, 16–17).

Želene cilje v izboljšanju življenjskega sloga po raziskavi v Sloveniji dosega polovica do dve tretjini oseb s SB, trendi glede posameznih priporočil pa niso ugodni. Ugotovitve o življenjskem slogu sladkornih bolnikov odražajo sodelovanje bolnikov pri zdravljenju, izvajanje specifičnega vidika oskrbe različnih zdravstvenih strokovnjakov in pristope, ki zagotavljajo posamezne vidike dostopnosti, znanja in motivacije ogroženim ter že obolelim glede na individualne potrebe. Pri posameznih dejavnikih tveganja obstaja socialni gradient, ki spremeni obet zdravja za pomemben del prebivalstva.

12.5 Zaključek

Zdravstvena obravnava sladkorne bolezni zajema kontinuum SB od dejavnikov življenjskega sloga in visokega tveganja do nastopa bolezni, zapletov in drugih izidov. Vrednotenje učinkovitosti strategij za doseganje populacijskih ciljev pri dejavnikih življenjskega sloga je omogočeno le z zagotavljanjem kakovostnih podatkov. Področja delovanja za primarno preprečevanje in obvladovanje sladkorne bolezni poleg zdravstva in izobraževanja vključujejo tudi druge sektorje ter znanje in ozaveščenost za odločitve, ki dolgoročno podpirajo cilje v zdravju prebivalstva. Zlasti odločevalci na področjih proizvodnje in trženja hrane in sladkih pijač, davčne politike, urbanističnega načrtovanja in medijev naj bi v čim večji meri izpolnili svojo vlogo pri primarnem zmanjševanju dejavnikov, ki prispevajo k pojavu sladkorne bolezni, in s tem prispevali k zmanjšanju bremena bolezni. Ukrepi in strategije Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni (NPOSB) 2010–2020 so komplementarni drugim, katerih nosilci so različni sektorji.

² IDF pripravlja ocene celokupne prevalence SB na osnovi zbranih podatkov SZO z uporabo korekcijskih faktorjev glede na metode, po katerih so bili podatki zbrani (samoporočanje, meritev glukoze na tešče, meritev glukoze po obremenitvi OGTT) ter splošno domnevo, da je med prebivalstvom delež nediagnosticirane SB 30–35 % vseh primerov SB, zaradi česar prevalenco znane SB 20–79 let (starostno stand. stopnjo) množi s faktorjem 2 (za nekaj držav: 1,5). Objavljene ocene in projekcije prevalence SB za Slovenijo so bile pripravljene na osnovi samoporočanih podatkov za leto 2004 in so neskladne (previsoke) glede na število prejemnikov antihiperglikemičnih zdravil.

Pri posameznih dejavnikih tveganja za SB in aterosklerotično srčno-žilno bolezen, visokem tveganju in prevalenci SB so ugotovljene socialne neenakosti. Dosežena raven pravic sladkornih bolnikov v Sloveniji v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja le delno odgovori na probleme neenakosti v zdravju, ki se kažejo tudi pri sladkorni bolezni. Tudi pri aktivnem zgodnjem odkrivanju v programih primarne zdravstvene dejavnosti je zato izpostavljen pomen pristopov in intervencij za modifikacijo življenjskega sloga, ki sistematično vključujejo delovanje za zmanjšanje neenakosti. Poleg širitve mreže referenčnih ambulant so velikih pričakovanj deležni multidisciplinarni strukturirani edukcijski programi in enotni standardi oskrbe, ki naj bi povečali možnosti za boljše zdravstvene izide pri sladkorni bolezni, kar so v Akcijskem načrtu NPOSB ključni cilji.

12.6 Viri

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Pridobljeno 12.2.2014 s spletne strani: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
2. Global Burden of Disease Country profiles. Global Burden of Disease Study 2010. Institute for Health Metrics and Evaluation . Pridobljeno 21. 9. 2013 s spletne strani: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles>
3. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, et al. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 94: 311-321.
4. Espelt A, Borrel C, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia* 2008; 51(11): 1971-9.
5. Pajunen P, Landgraf R, Muylle F, Neumann A, Lindstrom J, Schwarz PE, Peltonen M. Quality indicators for the prevention of type 2 diabetes in Europe–IMAGE. *Horm Metab Res* 2010;42 Suppl 1:S56-63
6. Saaristo T. Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health care: academic dissertation. Acta Univ. Oul. D 1144. Oulu: University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Finland, 2011. Pridobljeno 6.12.2013 s spletne strani: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514297113/isbn9789514297113.pdf>
7. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J et al., for the Writing Group, on behalf of the IMAGE Study Group. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes–IMAGE. *Horm Metab Res* 2010; 42 Suppl. 1: S3–S36
8. Medvešček M, Mrevlje F, eds. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana : Diabetološko združenje Slovenije; 2011. p. 1-4; 10-21; 98-101.
9. Poljanec Bohnec M, Tomažin Šporar M. Kurikulum za edukacijo o oskrbi odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, 2012
10. Paulin S. Sladkorna bolezen. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel-Kragelj L (eds.) *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: IVZ; 2012.
11. Stovring H, Andersen M, Beck-Nielsen H, Green A, Vach W. Counting drugs to understand the disease: The case of measuring the diabetes epidemic. *Population Health Metrics* 2007; 5:2.
12. Zbirka porabe zdravil na recept, 2012, NIJZ.
13. Niemi M, Winell K. Diabetes in Finland. Prevalence and Variation in Quality of Care. Finnish Diabetes Association. STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health. Tampere, 2006.
14. Colagiuri S, Borch-Johnsen K, Glümer C, Vistisen D. There really is an epidemic of type 2 diabetes. *Diabetologia* 2005;48(8):1459-63.
15. Knai C, Pomerleau J, McKee M. Tackling the social and economic determinants of nutrition and physical activity for the prevention of obesity across Europe: EURO-PREVOB. *International Journal of Obesity* 2008; 32:S232-S232.

16. National Institute for Health and Care Excellence. Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. NICE public health guidance 38. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2012. Pridobljeno 6.12.2013 s spletne strani:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13791/59951/59951.pdf>
17. Tuomilehto J. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673–9.



13

PRIPRAVA VPRAŠALNIKA IN IZVEDBA TERENSKE FAZE ANKETE 2012

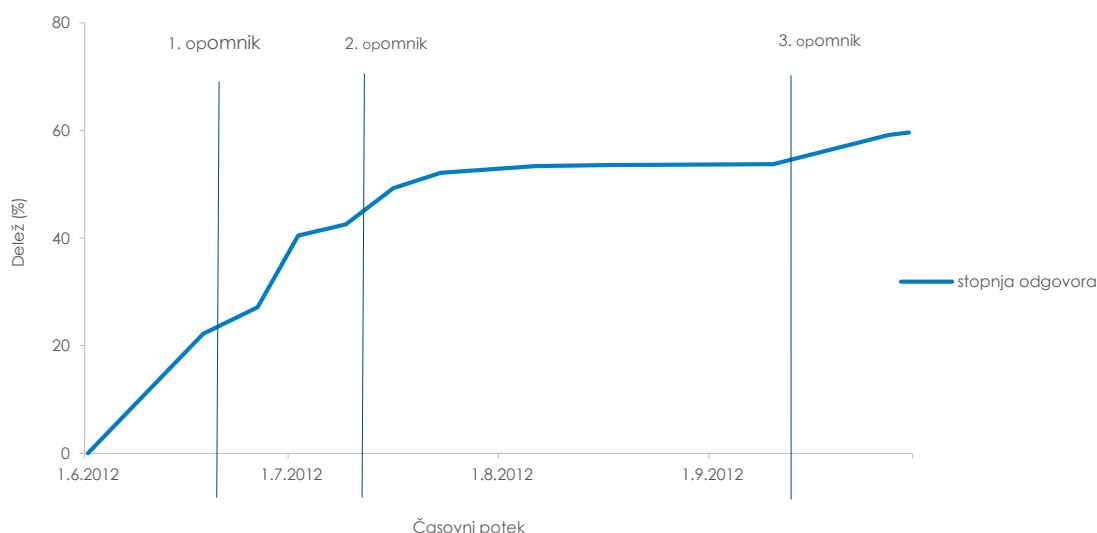
Tina Zupanič

13 PRIPRAVA VPRAŠALNIKA IN IZVEDBA TERENSKÉ FAZE ANKETE 2012

13.1 Vzorčenje in odzivnost

Raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog« pri odraslih prebivalcih Slovenije je bila v letu 2012 izvedena že četrtrič. Vzorčni okvir za pripravo vzorca je predstavljal Centralni register prebivalstva (CRP). Vzorec je pripravil Statistični urad Republike Slovenije na podlagi stratificiranega enostavnega slučajnega vzorčnega načrta (stratifikacija po regijah in tipu naselja). V vzorec je bilo vključenih 16.000 prebivalcev Slovenije, ki so bili na dan začetka anketiranja (1. junija 2012) stari od 25 do vključno 74 let. Terenska faza ankete pa je potekala od 1. junija 2012 do konca septembra 2012. Čeprav se je čas izvedbe terenske faze ankete nekoliko razpotegnil v poznejši čas, je bila glavnina podatkov zbrana v istem časovnem obdobju kot v preteklih raziskavah, zato so podatki primerljivi s preteklimi izvedbami raziskave.

Spodnja slika prikazuje rast stopnje odgovora med izvedbo terenske faze raziskave. Opazimo lahko, da se je stopnja odgovora po vsakem opomniku pomembno zvišala in da je na koncu znašala 59,6 %, s čimer je bila dosežena druga najvišja stopnja odgovora od začetka izvajanja te raziskave v Sloveniji. Zaradi »preobremenjenosti« prebivalcev z najrazličnejšimi anketami in tudi z neposrednim trženjem namreč ti vse pogosteje zavračajo sodelovanje, kar posledično vpliva tudi na kakovost izvedenih anket in izračunane ocene populacijskih parametrov (1). Dosežena stopnja odgovora zato predstavlja velik dosežek za raziskovalce, saj smo tudi s pomočjo intenzivne medijske kampanje med trajanjem terenske faze izvedbe ankete – kljub splošno padajočim stopnjam odgovorov v vseh anketnih raziskovanjih – dosegli dovolj visoko odzivnost, da je sklepanje iz vzorca na populacijo zanesljivo.



Vir: NIJZ

Slika 13.1: Prikaz stopnje odgovora med potekom terenske faze izvedbe raziskave

13.2 Način anketiranja

Vprašalniki so v vzorec izbrane osebe – tako kot v predhodnih raziskavah zaradi primerljivosti s preteklimi krogi raziskave – prejele po pošti, in sicer 1. junija 2012. Zaradi visokih stroškov, povezanih z izvedbo terenske faze raziskave s pomočjo poštne ankete z vprašalnikom na papirju (v nadaljevanju: poštna anketa), nižanja odzivnosti v preteklih raziskavah in nižanja dosega mlajše, mobilnejše populacije je bila v letu 2012 anketa izvedena z *mešanim načinom anketiranja* (t. i. »mixed-mode survey«). Izbrane osebe so vprašalnik na papirju skupaj s povratno kuverto z naslovom pripadajočega regijskega Zavoda za zdravstveno varstvo prejele skupaj z obvestilnim pismom in nato še ob 1. in 3. opomniku. V obvestilnem pismu je bila vsem izbranim osebam ponujena tudi možnost spletnega anketiranja (v nadaljevanju: spletna anketa), ki je potekalo celoten čas trajanja ankete. Regijski Zavodi za zdravstveno varstvo so v toku izvajanja terenske faze raziskave izvedli osnovno kontrolo po pošti prejetih vprašalnikov (kontrola s podatki iz vzorca o spolu in letu rojstva, na podlagi česar je bilo ugotovljeno, ali je na anketo dejansko odgovarjala izbrana oseba) in ocenili stopnjo odgovora spremenljivke za vse prejete vprašalnike, nato pa vprašalnike prejete na papirju vnesli v spletno aplikacijo za vnos anket.

Spletno anketiranje in vnos odgovorov, pridobljenih na papirnatih vprašalnikih, prejetih po pošti, sta potekala s pomočjo spletnega orodja 1KA oziroma EnKlikAnketa (<https://www.1ka.si/>), programske opreme za spletno anketiranje. 1KA predstavlja brezplačno orodje za izdelavo spletnih anket in nastaja na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani v okviru centra za Družboslovno informatiko, skupaj z osrednjim globalnim portalom metodologije spletnih anket WebSM (2).

13.3 Prilagajanje vprašalnika

Zaradi novosti, ki jo je prineslo spletno anketiranje, pa tudi zaradi zagotovitve ustrezne kakovosti podatkov, zbranih s pomočjo poštne ankete, je bilo treba anketni vprašalnik nekoliko prilagoditi. Predvsem so bila spremenjena anketna vprašanja, pri katerih je bilo mogočih več odgovorov in je anketiranec v preteklih izvedbah raziskave le obkrožil vse odgovore, ki so se nanašali nanj, medtem ko je preostale možnosti pustil prazne. Takšna so bila vprašanja o:

- bolezenskih težavah, ki jih je imel anketiranec v zadnjih 30 dneh,
- jemanju zdravil,
- stresu,
- dejavnikih, ki najbolj prispevajo k slabemu zdravju in visoki umrljivosti,
- osebah, ki so anketirancem, ki kadijo, svetovale, da opustijo kajenje,
- vrstah kruha,
- osebah, ki so anketirancem svetovale, da spremenijo način prehranjevanja, pitja alkoholnih pijač, se več gibajo v prostem času,
- spremembah prehranjevalnih navad,
- preživljanju dopusta/počitnic.

Zgoraj navedena vprašanja so bila spremenjena tako, da je moral anketiranec obkrožiti odgovor »da« ali »ne« v vsaki vrstici za vsako posamezno možnost odgovora.

Podobno so bila spremenjena tudi vprašanja, pri katerih so anketiranci že v preteklih izvedbah raziskave za vsako navedeno kategorijo označili enega izmed ponujenih odgovorov. Takšna so bila vprašanja o:

- boleznih ali stanjih, ki jih je ugotovil zdravnik,
- nazadnje opravljenih meritvah/pregledih,
- opravljenih meritvah/pregledih zaradi zdravstvenih težav ali na rednem preventivnem zdravstvenem pregledu,
- samopregledih,
- pogostosti in kraju uživanja posameznih dnevnih obrokov,
- pogostosti uporabe posameznih maščob pri pripravi hrane, namazov na kruhu,
- pogostosti uživanja posameznih živil,
- pogostosti pitja alkoholnih pijač.

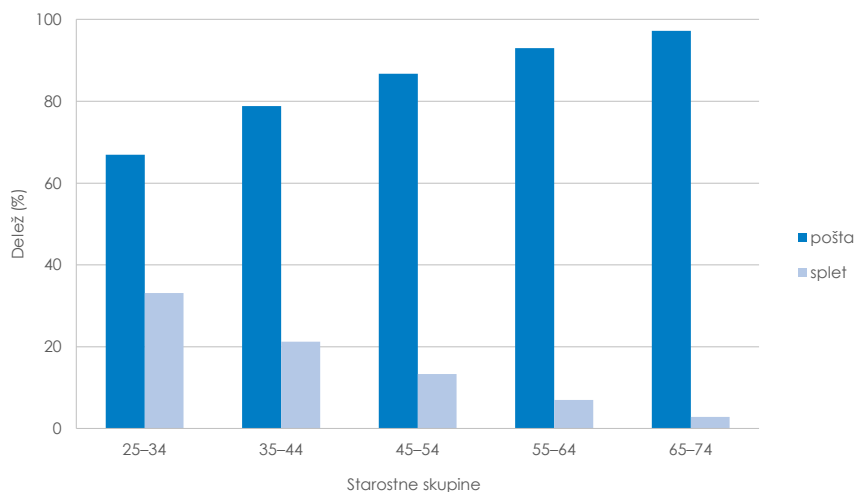
Zgoraj navedena vprašanja so bila spremenjena tako, da so bila za boljšo preglednost oblikovana v tabele, v katerih je anketiranec v vsaki vrstici obkrožil en odgovor.

Pri nekaterih vprašanjih, npr. vprašanje o najvišji doseženi stopnji izobrazbe, pa smo le-te zamenjali s standardnim anketnim vprašanjem s seznama osnovnih socialnih spremenljivk (3).

Z vidika vsebine se zaradi potrebne primerljivosti s preteklimi izvedbami raziskave vprašanja večinoma niso bistveno spreminjala, s preoblikovanjem posameznih vprašanj smo dosegli zgolj večjo kakovost dobljenih podatkov ter primerljivost med obema načinoma anketiranja uporabljenima v raziskavi izvedeni v letu 2012.

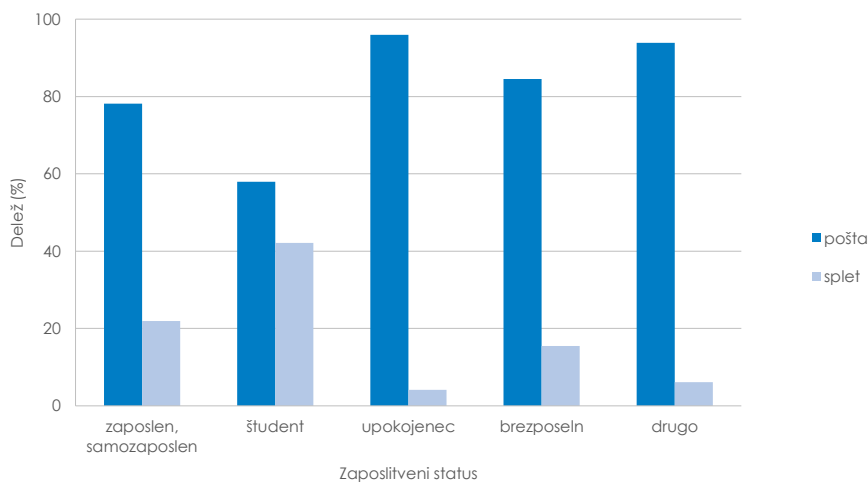
13.4 Doseg posameznih ciljnih populacij glede na način anketiranja

V nadaljevanju je prikazan doseg posameznih ciljnih podpopulacij glede na način anketiranja v raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012«. Opazimo lahko, da se z nižanjem starosti povečuje delež tistih anketirancev, ki so na anketo odgovorili s pomočjo spletnega anketiranja. Podobno so višji tudi deleži anketirancev, ki so na anketo odgovorili s pomočjo spletnega anketiranja med študenti in zaposleno populacijo. S ponujeno možnostjo spletnega anketiranja smo tako uspeli zajeti tudi mlajšo, mobilnejšo populacijo, ki je s »klasičnimi« načini anketiranja vedno težje dosegljiva, in tako zagotovili ustrezno zastopanost te populacije v zbranih podatkih. Na drugi strani pa smo s klasičnim načinom anketiranja s pomočjo poštnih ankete v večjem deležu dosegli starejšo populacijo.



Vir: NIJZ

Slika 13.2: Delež odgovorov glede na starostne skupine in način anketiranja, 2012



Vir: NIJZ

Slika 13.3: Delež odgovorov glede na zaposlitveni status in način anketiranja, 2012

13.5 Viri

1. Županič T. Neodgovor na anketno vprašanje v raziskavah, povezanih z zdravjem. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2011.
2. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, EnKlikAnketa (1KA). Dostopno 20.8.2013 na https://www.1ka.si/c/695/Kaj_je_1KA/?preid=694
3. Belak E, Kutin J, Klep J, Novak T, Žnidaršič E, Dolenc D, Inglič R, Škrbec T, Zdešar P, Klasinc S. Osnovne socialne spremenljivke v anketah oseb in gospodinjstev na Statističnem uradu RS (Core Social Variables), Osnutek. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2010. Interno gradivo.



14

METODOLOGIJA ANALIZE REZULTATOV

Aleš Korošec

14 METODOLOGIJA ANALIZE REZULTATOV

14.1 Uvod

V letu 2012 smo uspešno izvedli četrto ponovitev raziskave CINDI »Z zdravjem povezan vedenjski slog«, s katero smo pridobili nove podatke o z zdravjem povezanem vedenjskem slogu prebivalcev Slovenije. Ker se je v času od zadnje raziskave iz leta 2008 gospodarska in družbena klima v Sloveniji obrnila v negativno smer, se to skladno s strokovno literaturo lahko odraža tudi na poslabšanem zdravstvenem stanju prebivalcev oz. porastu tveganih vedenj za zdravje. Osveženi izsledki raziskave bodo tako lahko prispevali k posodobitvi preventivnih zdravstvenih programov in drugih promocijskih (komunikacijskih) aktivnosti, ki bodo kljub težkim časom ljudi še vedno spodbujali k čim večji skrbi za lastno zdravje in psihofizično kondicijo ter obenem omogočali čim večjo enakost ljudi v dostopu do zdravstvenega sistema in njegovih storitev.

Raziskava CINDI iz leta 2012 je vsebinsko v čim večji mogoči meri uporabljala enaka vprašanja kot v prejšnjih letih – z namenom zagotoviti sosledje raziskav iz prejšnjih let (1). Novost in precejšnja izboljšava v zadnji raziskavi je možnost, da so anketiranci lahko sami izbirali, ali bodo vprašalnik izpolnjevali klasično (na papir) ali pa bodo uporabili spletno orodje. Uvedba spletnega anketiranja se je izkazala za zelo dobrodošlo, saj so se s tem načinom zmanjšali stroški izvedbe raziskave, dosegli pa smo tudi višjo odzivnost ankete s tem načinom anketiranja, predvsem med mlajšimi udeleženci, in boljšo uporabniško izkušnjo anketirancev. Podrobnejši opis izvedbe terenske faze raziskave do vključno priprave vhodnih podatkov je v poglavju 13 »Priprava vprašalnika in izvedba terenske faze ankete 2012«.

14.2 Priprava analitične zbirke podatkov

Priprava analitične zbirke podatkov za leto 2012 je potekala tako, da se je zagotovilo čim boljše primerljivost s podatki iz prejšnjih let. Spletne ankete so uporabniki izpolnili v spletnem orodju 1KA, podatke iz anket, izpolnjenih v papirnati obliki, pa so na regionalnih Zavodih za zdravstveno varstvo vnesli v elektronsko obliko brez kakršnih koli omejitev (na primer: vneseni so bili vsi posredovani odgovori, kljub navodilu ankete, da mora anketiranec izbrati le en odgovor). Kontrola in priprava podatkov sta se izvajali enotno na enem mestu.

Med postopkom priprave analitične zbirke se je spoštovalo vrsto pravil in dobrih praks, ki so bile že uveljavljene in uporabljene ob prvi raziskavi CINDI CHMS iz leta 2001 (2). Primeri: izbrisani so bili odgovori iz sklopa o kajenju pri nekadilcih, o uživanju pitja alkohola pri abstinentih in pri podobnih preskokih. Čeprav so bila na papirnatem vprašalniku navodila jasno napisana in preskoki jasno označeni (tudi barvno), niso vsi anketiranci preskočili vprašanj, ki se na njih ne nanašajo. Ugotovljeno je bilo tudi, da so nekateri anketiranci pri odgovorih v setih podvprašanj, pri katerih je bila na voljo le izbira 'da' ali 'ne', pozitivno označili le trditve, ki so za njih držale, niso pa negativno odgovorili na preostale trditve. Pri teh vprašanjih se je takim osebam pripisalo negativen odgovor namesto manjkajoče vrednosti, in

sicer tam, kjer je bilo očitno, da so se obkroževali samo pritrdilni odgovori. Pri številskih vprašanjih so se določile najvišje mogoče dopustne vrednosti (npr. število obiskov pri splošnem zdravniku ali specialisti v zadnjih 12 mesecih, količina popitega piva ...), preostali odgovori pa so se označili kot manjkajoče vrednosti. Pri vprašanjih o telesni višini, teži in o obsegu pasu se je pregledal tudi indeks telesne mase (ITM), in če je bil zunaj intervala 15–50 kg/m², kar smo določili kot verjetne rezultate, sta se podatka o telesni višini in teži označila kot manjkajoči vrednosti. Povsod pri številskih spremenljivkah se je popravilo na videz neustrezne vrednosti (npr. višina 1,72 cm ali besedne vrednosti 'nič', '/', '-') v ustrezne vrednosti. Popravili so se tudi očitno zatipkani vnosi.

V redkih primerih, v katerih so osebe na papirnati vprašalnik na določeno vprašanje z zahtevanim samo enim odgovorom izbrale več odgovorov, se je na podlagi vsebinske presoje izmed teh odgovorov izbralo en odgovor (pretežno konservativno odločanje), vendar enotno znotraj posameznega vprašanja.

Nekateri vprašalniki niso bili izpolnjeni v celoti. Tako se je pozneje izključilo nekaj oseb, ki so odgovorile na manj kot deset odstotkov vprašanj. V primerih, ko je anketiranec izpolnil vprašalnik na papirju in tudi v spletnem obrazcu, se je upoštevalo tisti način, pri katerem je bil višji odstotek izpolnjenih odgovorov. V primerih, ko se spol in starost osebe v izpolnjenem vprašalniku nista ujemala s podatki iz vzorca, se je upoštevalo podatke iz vprašalnika, a le če so bili v sprejemljivih mejah (npr. podatki 82 let stare osebe, ki je odgovorila na anketo namesto dejansko izbrane osebe, niso bili upoštevani). Celoten postopek priprave končne analitične zbirke, izvedenih spremenljivk, logičnih kontrol in uteževanja je preverljiv in ponovljiv.

14.3 Uteževanje podatkov in preverjanje značilnosti razlik med skupinami

Uteževanje ankete je bilo narejeno na enak način kot v prejšnjih raziskavah (1). Utežili smo po 5-letnih starostnih skupinah, spolu in po zdravstveni regiji. Podatke o sestavi prebivalstva na dan 30. 6. 2012 smo pridobili na spletni strani Statističnega urada Republike Slovenije. Analiza uteženih podatkov je potekala skladno z uveljavljenimi priporočili (3–4). V preglednici 14.1 prikazujemo, katere posledice je imelo prilagajanje demografske strukture z anketo zbranih podatkov na strukturo prebivalstva Slovenije v starosti 25–74 let.

Preglednica 14.1: Primerjava neutežene in utežene zbirke podatkov glede na ključne spremenljivke, 25–74 let, Slovenija, 2012

	Neuteženi (%)	Uteženi (%)
Spol		
Moški	44,37	50,59
Ženski	55,63	49,41
Starost		
25–34 let	15,94	21,54
35–44 let	19,21	21,83
45–54 let	23,04	22,48
55–64 let	23,48	20,75
65–74 let	18,33	13,40
Družbeni sloj		
Čisto spodnji	3,76	3,51
Delavski	38,44	37,67
Srednji	47,86	48,76
Višji srednji	9,14	9,31
Zgornji	0,79	0,75
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	16,68	14,27
Nižja srednja ali poklicna šola	20,50	20,29
Srednja strokovna ali splošna	34,91	35,86
Višja, visoka ali več	27,91	29,58
Zdravstvena regija		
CE	15,11	14,84
NG	5,24	4,99
KP	6,49	7,39
KR	10,58	9,74
LJ	29,87	30,86
MB	15,32	15,96
MS	6,60	5,94
NM	6,62	6,71
RA	4,17	3,57

Vir: NIJZ

Čeprav naj bi začetni vzorec ustrezno predstavljal prebivalstvo, so se na raziskavo bolj odzvale ženske in starejši, ki so manj verjetno v dobrem zdravstvenem stanju. To posledično pomeni, da lahko pri določenih vprašanjih (ki so bolj odvisni od spolno-starostne strukture anketirancev) pride do opazne razlike v odstotkih odgovorov med uteženo in neuteženo zbirko anketnih podatkov. V preglednici 14.2 prikazujemo tudi nekaj primerov vpliva uteževanja na odgovore posameznih vsebinskih vprašanj.

Preglednica 14.2: Primerjava neutežene in utežene zbirke podatkov glede na nekatera vsebinska vprašanja, 25–74 let, Slovenija, 2012

	Neuteženi (%)	Uteženi (%)
Samoocena trenutnega zdravstvenega stanja		
Zelo dobro ali dobro	54,99	58,62
Srednje	37,30	34,43
Slabo ali zelo slabo	7,71	6,94
Občutki napetosti, stresa, velikega pritiska		
Nikoli ali zelo redko	26,91	26,84
Občasno	49,21	48,60
Pogosto ali vsak dan	23,88	24,57
Pitje mleka		
Ne pijem mleka	21,76	21,63
Domače mleko (s kmetije, mlekomata)	12,86	12,44
Mleko s 3,5% m.m.	33,89	35,12
Mleko z manj maščobe (1,6 % m.m.)	29,63	29,04
Posneto mleko (0,5 % m.m.)	1,86	1,77
Indeks telesne mase		
ITM < 25	41,87	43,13
25 ≤ ITM < 30	38,98	38,57
ITM ≥ 30	19,15	18,30

Vir: NIJZ

14.4 Metodologija analize trendov

Metodologija analize trendov je bila enaka kot v prejšnji publikaciji (1), v kateri je tudi podrobneje opisana. Podatkom iz let 2001, 2004 in 2008 se je dodalo podatke iz leta 2012. Nato smo po enaki metodologiji pridobili osvežene trende o pojavnosti težav, bolezenskih stanj in drugih delavnikov za navedena leta.

Izbrane spremenljivke smo analizirali glede na spol, starostne skupine (25–39 let, 40–54 let, 55–64 let), izobrazbo (osnovna šola ali manj, poklicna šola, srednja šola, višja šola ali več), samoocenjeni družbeni sloj (čisto spodnji in delavski, srednji, višji srednji in zgornji), geografsko območje³ (zahodna, osrednja in vzhodna Slovenija) in glede na zdravstveno regijo (Celje, Nova Gorica, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Novo mesto, Ravne na Koroškem).

Čeprav sta raziskavi v letih 2008 in 2012 vključevali tudi prebivalce v starosti 65–74 let, smo jih v analizi trendov zaradi primerljivosti s podatki iz let 2001 in 2004 izključili. V ločeni analizi podatkov, pridobljenih v raziskavi v letu 2012, ki je v prilogi 2, pa smo analizirali vse vključene sodelujoče (starost 25–74 let).

³V vzhodno Slovenijo sodijo zdravstvene regije Celje, Maribor, Murska Sobota, Novo mesto, Ravne na Koroškem. Osrednjo Slovenijo predstavlja zdravstvena regija Ljubljana. V zahodno Slovenijo sodijo Nova Gorica, Koper in Kranj.

14.5 Metodološke ugotovitve in odprta vprašanja

Največji izziv pri sestavljanju zbirke štirih ponovitev raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog« je bil zagotoviti kontinuiteto vprašanj oziroma odgovorov, saj se je vprašalnik v celotnem opazovanem obdobju deloma spreminjal. Preučevanja časovnih trendov ne moremo izvajati, če se časovna vrsta podatkov prekine ali se vprašanja ali odgovori vsebinsko bistveno spremenijo. Določena vprašanja so se sicer spremenila oziroma prilagodila spremenjenim okoliščinam, tako da se je (običajno) novejše različice vprašanj prevedlo na starejše (manj podrobne) različice z namenom pridobiti trende skozi vse štiri ponovitve. Dodatno smo podatke iz leta 2012 analizirali samostojno.

Pomemben izziv je predstavljala obravnava »navideznih« manjkajočih vrednosti – kot je opisano že zgoraj, glede odgovarjanja na podkategorije, ki so se nanašale na posameznika, ne pa na vse podkategorije posameznega vprašanja. Če postopka za samodejno pripisovanje negativnih odgovorov tam, kjer je to smiselno in potrebno, ne bi izvedli, bi se odstotek manjkajočih vrednosti pri določenih spremenljivkah gibal tudi čez 30 %.

14.6 Viri

1. Artnik B in sod. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012.
2. Zaletel-Kragelj L. Metode dela in opazovanci. V: Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J (ur.). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katetra za javno zdravje; 2004.
3. Heeringa GS, West TB, Berglund AP. Applied Survey Data Analysis. Boca Raton: Chapman & Hall / CRC; 2010.
4. Stapleton LM. Analysis of Data from Complex Surveys. V: de Leeuw ED, Hox JJ, Dillman DA (ur.). International Handbook of Survey Methodology. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2008.

Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012

VPRAŠALNIK

Prosimo vas, da pri vprašanjih, kjer ni posebej navedenega načina izpolnjevanja, **obkrožite ustrezen odgovor**. Vprašalnik lahko izpolnjuje **samo oseba, izbrana v vzorec**. Če slabše vidite ali ga težje razumete, naj vam pri izpolnjevanju kdo pomaga. Vsekakor pa naj bodo odgovori vaši. Prosimo vas, da izpolnjen anketni vprašalnik **najkasneje do 18. 6. 2012** vrnete po pošti v priloženi pisemski ovojnici.

OSNOVNI PODATKI

- Spol:**
 - moški
 - ženski
- Leto rojstva:**
19
- Ali ste trenutno:**
 - samski
 - poročeni
 - živite v zunajzakonski zvezi
 - ovdoveli
 - ločeni
- Koliko članov šteje vaše gospodinjstvo?**

- Koliko oseb, mlajših od 18 let, živi v istem gospodinjstvu kot vi?**

- Kakšen je vaš zaposlitveni status?**
(Prosimo, označite samo en odgovor.)
 - zaposlen
 - samozaposlen
 - študent
 - gospodinja, gospodinjec
 - upokojenec
 - brezposeln
- Kakšno delo večinoma opravljate?**
(Prosimo, označite samo en odgovor.)
 - težko fizično delo v kmetijstvu, živinoreji, gozdarstvu ipd.
 - težko fizično delo v industriji, rudarstvu, gradbeništvu ipd.
 - lažje fizično delo (npr. prevoznišvo, montaža, priprava hrane, tiskarstvo, skladiščenje, popravila, vzdrževanje ...)
 - kombinacija lažjega fizičnega in storitvenega dela (npr. strežba, turizem, trgovina, pospeševanje prodaje, medicinska oskrba ...)
 - enostavnejše pisarniško delo (npr. tajništvo, nižji menedžment)
 - intelektualno, raziskovalno delo, vodstveni kadri (npr. poučevanje, zdravljenje, višji menedžment)
 - drugo

- Katera je vaša najvišja dosežena stopnja izobrazbe?**
 - nepopolna osnovnošolska izobrazba
 - osnovnošolska izobrazba
 - nižja ali srednja poklicna izobrazba
 - srednja strokovna, splošna izobrazba
 - višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba
 - visokošolska strokovna izobrazba
 - visokošolska univerzitetna izobrazba
 - specializacija, magisterij, doktorat
- Kateri družbeni skupini (sloju ali razredu) pripadate po svojem mnenju?**
 - čisto spodnji
 - delavski
 - srednji
 - višji srednji
 - zgornji
 - ne vem

UPORABA ZDRAVSTVENIH STORITEV IN ZDRAVSTVENO STANJE

- Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih pri splošnem zdravniku ali specialistu?**
(Ne upoštevajte obiskov zaradi bolezni otrok ali drugih družinskih članov.)
_____ (Prosimo, vpišite število obiskov.)
- Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih pri zobozdravniku?**
(Prosimo, ne upoštevajte obiskov zaradi spremstva otrok ali drugih družinskih članov.)
_____ (Prosimo, vpišite število obiskov.)
- Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih sprejeti v bolnišnico?**
(Prosimo, ne upoštevajte poroda ali spremstva otroka.)
_____ (Prosimo, vpišite število sprejemov.)
- Koliko dni ste bili v zadnjih 12 mesecih zaradi bolezni ali poškodbe odsotni z dela ali nezmožni opravljati običajne delovne obveznosti?**
(Če se ne spomnite točno, prosimo, napišite približno število dni. Ne upoštevajte odsotnosti z dela zaradi nosečnosti, porodniškega dopusta, nege ali spremstva otroka ali drugega družinskega člana.)
_____ dni (Prosimo, vpišite število dni.)

14. Ali ste v zadnjih 30 dneh imeli katero od naštetih težav?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a	bolečine v prsih med telesno dejavnostjo	1 2
b	bolečine v križu	1 2
c	bolečine v vratu/ramenih	1 2
d	bolečine v drugih sklepih	1 2
e	vztrajne napade kašlja z izkašljevanjem sluzi	1 2
f	otekanje nog	1 2
g	alergijo	1 2
h	zaprtje	1 2
i	glavobol	1 2
j	nespečnost	1 2
k	depresivno stanje (poltrst, žalost)	1 2
l	zobobol	1 2
m	težave pri uriniranju	1 2

15. Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da, ugotovljena je bila v zadnjem letu	da, ugotovljena je bila pred več kot enim letom	ne
a	zvišan krvni tlak več kot 140/90 mmHg (hipertenzija)	1 2	3
b	zvišan holesterol več kot 5 mmol/l (hiperholestolemija)	1 2	3
c	sladkorno bolezen ali diabetes	1 2	3
d	prebolelo srčno kap ali miokardni infarkt	1 2	3
e	bolečino v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (npr. angino pektoris)	1 2	3
f	srčno popuščanje	1 2	3
g	možgansko kap	1 2	3
h	bolezni in okvare hrbtenice	1 2	3
i	bolezni sklepov (artritis ali artroze)	1 2	3
j	kronični bronhitis, emfizem (KOPB)	1 2	3
k	bronhialno astmo	1 2	3
l	razjede (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku	1 2	3
m	jetrno cirozo	1 2	3
n	depresijo	1 2	3
o	bolezen ščitnice	1 2	3

16. Ali ste v zadnjih 7 dneh jemali naslednja zdravila ali zdravilna sredstva?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a	za znižanje krvnega tlaka	1 2
b	za znižanje holesterola v krvi	1 2
c	za zdravljenje sladkorne bolezni	1 2
d	proti glavobolu	1 2
e	proti drugim bolečinam	1 2
f	proti kašlju	1 2
g	pomirjevala in uspavala	1 2
h	prehranska dopolnila v obliki vitaminov in minerale	1 2
i	kontracepcijska sredstva	1 2
j	antidepresive	1 2
k	zeliščne pripravke	1 2

17. Ste kdaj redno jemali zdravila za nižanje krvnega tlaka?

- 1 da
 2 ne

18. So vam kdaj izmerili zvišano koncentracijo krvnega sladkorja (kadarkoli)?

- 1 da
 2 ne

19. Je imel kdo od bližnjih ali širših sorodnikov sladkorno bolezen (diabetes tipa 1 ali 2)?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a	stari starši, teta, stric, bratranec, sestrična	1 2
b	starši, brat, sestra, otrok	1 2

20. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/preglede?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	v zadnjih 12 mesecih	pred 1 do 3 leti	pred 3 do 5 leti	pred več kot 5 leti	nikoli	ne vem
a	krvni tlak	1 2 3 4 5 6				
b	holesterol v krvi	1 2 3 4 5 6				
c	sladkor v krvi	1 2 3 4 5 6				
d	pregled blata na prikrito krvavitev	1 2 3 4 5 6				
e	kolonoskopija	1 2 3 4 5 6				
f	mamografija (slikanje) dojke (samo za ženske)	1 2 3 4 5 6				
g	bris materničnega vratu (samo za ženske)	1 2 3 4 5 6				
h	pregled prostate (samo za moške)	1 2 3 4 5 6				

21. Če je ta meritev/pregled bil/a opravljen/a, ali je bil/a opravljen/a zaradi vaših zdravstvenih težav ali na rednem preventivnem zdravstvenem pregledu?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	zaradi mojih zdravstvenih težav	na rednem preventivnem zdravstvenem pregledu	nisem opravil/a takšnega pregleda
a	krvni tlak	1 2 3	
b	holesterol v krvi	1 2 3	
c	sladkor v krvi	1 2 3	
d	pregled blata na prikrito krvavitev	1 2 3	
e	kolonoskopija	1 2 3	
f	mamografija (slikanje) dojke (samo za ženske)	1 2 3	
g	bris materničnega vratu (samo za ženske)	1 2 3	
h	pregled prostate (samo za moške)	1 2 3	

22. Kdaj ste si sami nazadnje:

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	pred manj kot 1 mesecem	pred 1 do 6 meseci	pred več kot pol leta	nikoli
a	izmerili krvni tlak	1 2 3 4		
b	samopregledovali dojke (samo za ženske)	1 2 3 4		
c	samopregledovali moda (samo za moške)	1 2 3 4		

23. Ali imate priznano katero od stopenj invalidnosti?

- 1 ne
- 2 I. stopnjo
- 3 II. stopnjo
- 4 III. stopnjo

24. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?

- 1 zelo dobro
- 2 dobro
- 3 srednje
- 4 slabo
- 5 zelo slabo

25. Kako skrbite za svoje zdravje?

- 1 zelo dobro
- 2 kar dobro
- 3 bolj malo, premalo
- 4 skoraj nič
- 5 ne vem, kaj bi rekel

26. Koliko zob vam manjka?

- 1 nič
- 2 1–5
- 3 6–10
- 4 več kot 10, toda ne vsi
- 5 manjkajo mi vsi zobje oziroma nosim totalno protezo

27. Kako pogosto si umivate zobe?

- 1 nikoli
- 2 ne vsak dan
- 3 enkrat dnevno
- 4 dvakrat dnevno
- 5 večkrat dnevno

28. Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?

- 1 nikoli
- 2 zelo redko
- 3 občasno
- 4 pogosto
- 5 vsak dan

29. Če se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom, kaj menite, da je vzrok temu?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a obremenitve na delovnem mestu	1	2
b slabi odnosi med sodelavci	1	2
c problemi v družini	1	2
d slabi materialni pogoji za življenje	1	2
e osamljenost	1	2
f hrupno okolje	1	2

30. Kako obvladujete napetosti, stres in pritiske, ki jih doživljate v življenju?

- 1 zlahka jih obvladujem
- 2 z nekaj truda jih obvladujem
- 3 z večjim naporom jih obvladujem
- 4 s hudimi težavami jih še obvladujem
- 5 ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno

31. Koliko ljudi vam je tako blizu, da lahko nanje računate, če imate resen osebni problem?

- 1 nobenega
- 2 1 ali 2
- 3 3 do 5
- 4 več kot 5

32. Koliko ur na dan običajno spite med delovnim tednom?

- 1 več kot 8 ur
- 2 8 ur
- 3 6–7 ur
- 4 manj kot 6 ur

33. Kako hrupno se vam zdi okolje, v katerem bivate?

- 1 zelo hrupno
- 2 srednje hrupno
- 3 malo hrupno
- 4 sploh se mi ne zdi hrupno

34. Kateri od spodaj navedenih dejavnikov po vašem mnenju najbolj prispevajo k slabemu zdravju in visoki umrljivosti odraslih prebivalcev?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a nepravilna prehrana	1	2
b stres	1	2
c slabi življenjski pogoji (pomanjkanje denarja, slabo stanovanje)	1	2
d naporno telesno delo	1	2
e kajenje	1	2
f premalo gibanja	1	2
g debelost	1	2
h dedni (genetski) dejavniki	1	2
i alkohol	1	2
j slaba dostopnost do zdravstvenih storitev	1	2
k tvegano vedenje na cesti	1	2

KAJENJE

35. Ali vi ali katerikoli drug član vaše družine kadi v stanovanju ali v bivalnih prostorih?

- 1 ne, nihče ne kadi
- 2 da

36. Koliko ur na dan preživite v okolju, kjer nekdo kadi?

- 1 skoraj nikoli nisem izpostavljen/a tobačnemu dimu
- 2 manj kot 1 uro na dan
- 3 1–5 ur na dan
- 4 več kot 5 ur na dan

37. Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili (cigarete, cigare ali pipe tobaka)?

- 1 ne kadim in nisem nikoli kadil ⇒ POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 50!
 2 sedaj ne kadim, a prej sem kadil ⇒ NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 38!
 3 sedaj kadim ⇒ NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 38!

38. Ali ste pokadili vsaj 100 cigaret v svojem življenju?

- 1 da
 2 ne

39. Kakšen kadilec ste (ali ste bili)?

- 1 reden, kadim (kadil sem) vsak dan
 2 občasen

40. Katere tobačne izdelke in/ali izdelke z nikotinom uporabljate oziroma ste uporabljali (možnih je več odgovorov)?

- 1 tovarniške cigarete
 2 ročno zvite cigarete
 3 cigare
 4 pipe tobaka
 5 vodno pipo
 6 tobak za njuhanje, žvečenje ali sesanje
 7 elektronske cigarete
 8 drugo, prosimo navedite: _____

41. Koliko cigaret običajno pokadite (ali ste pokadili) na dan?

_____ cigaret na dan

42. Če ste, ali ste bili kadilec, koliko ste bili stari, ko ste prvič kadili?

_____ let (Prosimo, vpišite starost.)

43. Če ste bili kadilec, pa niste več, koliko ste bili stari, ko ste začeli redno (vsak dan) kaditi?

_____ let (Prosimo, vpišite starost.)

44. Če ste bili kadilec, pa niste več, koliko ste bili stari, ko ste prenehali kaditi?

_____ let (Prosimo, vpišite starost.)

45. Če ste še vedno kadilec, ali bi radi opustili kajenje?

- 1 ne, kajenja ne nameravam opustiti
 2 da, kajenje nameravam opustiti v naslednjih 30 dneh
 3 da, kajenje nameravam opustiti v naslednjih 6 mesecih
 4 da, kajenje nameravam opustiti nekoč v prihodnosti
 5 nisem še razmišljal/a o tem

46. Kolikokrat ste resno poskusili prenehati kaditi in ste zdržali brez kajenja vsaj 24 ur (če ne kadite več, prosimo, navedite, kolikokrat ste poskusili prenehati kaditi pred dokončno opustitvijo kajenja)?

- a _____-krat
 b nikoli

47. Če še vedno kadite, prosimo navedite, kdaj ste nazadnje resno poskusili prenehati kaditi in ste zdržali brez kajenja vsaj 24 ur?

- 1 v zadnjem mesecu
 2 pred več kot 1, a manj kot 6 meseci
 3 pred več kot 6, a manj kot 12 meseci
 4 pred več kot 1 letom

48. Ali vas skrbijo škodljive posledice kajenja za vaše zdravje?

- 1 zelo sem zaskrbljen/a
 2 nekoliko sem zaskrbljen/a
 3 nisem preirano zaskrbljen/a
 4 sploh nisem zaskrbljen/a

49. Ali vam je v zadnjem letu (v zadnjih 12 mesecih) katera od naštetih oseb svetovala, da opustite kajenje?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

		da	ne
a	zdravnik	1	2
b	zobozdravnik	1	2
c	medicinska sestra	1	2
d	drug zdravstveni delavec	1	2
e	družinski član	1	2
f	prijatelj	1	2
g	drugi	1	2

PREHRANJEVALNE NAVADE

50. Kako pogosto uživate našete dnevne obroke?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	vsak dan	4-6x na teden	1-3x na teden	1-3x na mesec	nikoli	
a	zajtrk	1	2	3	4	5
b	dopoldanska malica	1	2	3	4	5
c	kosilo	1	2	3	4	5
d	popoldanska malica	1	2	3	4	5
e	večerja	1	2	3	4	5
f	priložnostni obrok (npr. pred televizijo)	1	2	3	4	5

51. Kje uživate naslednje obroke?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	doma	izven doma	obroka ne jem	
a	zajtrk	1	2	3
b	dopoldanska malica	1	2	3
c	kosilo	1	2	3
d	popoldanska malica	1	2	3
e	večerja	1	2	3

52. Kako pogosto uporabljate navedene maščobe pri pripravi hrane?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	vsak dan	tedensko	mesečno	redkeje	nikoli	ne vem	
a	oljčno (olivno) olje	1	2	3	4	5	6
b	druga rastlinska olja	1	2	3	4	5	6
c	smetano (kislo ali sladko)	1	2	3	4	5	6
d	margarino	1	2	3	4	5	6
e	maslo	1	2	3	4	5	6
f	svinjsko mast	1	2	3	4	5	6
g	drugo, katero:	1	2	3	4	5	6

53. Kako pogosto uporabljate navedene namaze na kruhu?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	vsak dan	tedensko	mesečno	redkeje	nikoli	ne vem
a margarino	1	2	3	4	5	6
b maslo	1	2	3	4	5	6
c svinjsko mast ali zaseko	1	2	3	4	5	6
d namaz z veliko maščob (ribji, zelenjavni, simi, zeliščni)	1	2	3	4	5	6
e čokoladni namaz	1	2	3	4	5	6
f arašidovo maslo	1	2	3	4	5	6
g paštele	1	2	3	4	5	6
h smetano	1	2	3	4	5	6
i majonezo	1	2	3	4	5	6

54. Kakšno mleko najpogosteje pijete?

- 1 ne pijem mleka
- 2 domače mleko (s kmetije, mlekomata)
- 3 mleko s 3,5 % maščobe
- 4 mleko z manj maščobe (1,6 % maščobe ali manj)
- 5 posneto mleko (0,5 % maščobe)

55. Katere mlečne izdelke najpogosteje uživate?

- 1 polnomastne mlečne izdelke
- 2 mlečne izdelke z manj maščob
- 3 ne uživam mlečnih izdelkov

56. Ali jeste naslednje vrste kruha (tudi žemlje, bombice in podobne pekavske izdelke)?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	da	ne
a bel	1	2
b polbel	1	2
c črn	1	2
d polnozrnat	1	2
e druge vrste (ajdov, koruzni, pirin ipd.)	1	2

57. Koliko kruha običajno pojedete na dan?

- 1 do četrt kg
- 2 četrt do pol kg
- 3 več kot pol kg
- 4 ne jem kruha

58. Koliko vode običajno popijete na dan?

- 1 do 2 dl
- 2 2 dl–0,5 l
- 3 0,5–1 l
- 4 1–2 l
- 5 2 l in več
- 6 vode sploh ne pijem

59. Koliko skodelic prave kave ali čaja običajno spijete na dan?

- _____ skodelic kave
 _____ skodelic pravega čaja (zeleni, črni čaj)
 _____ skodelic zeliščnega ali sadnega čaja

60. S koliko polnimi čajnimi žličkami ali kockami sladkorja si sladkate skodelico kave ali čaja?

- _____ (skodelica kave)
 _____ (skodelica pravega čaja)
 _____ (skodelica zeliščnega ali sadnega čaja)

61. Kako pogosto običajno uživate naslednja živila?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	nikoli	1–3x na mesec	1–3x na teden	4–6x na teden	1x na dan	več kot 1x na dan
a mleko in mlečne izdelke (mleko, sire, jogurt, skuto...)	1	2	3	4	5	6
b sveže sadje	1	2	3	4	5	6
c 100% sadne sokove	1	2	3	4	5	6
d surovo zelenjavo	1	2	3	4	5	6
e predelano zelenjavo (kuhano, dušeno ipd.)	1	2	3	4	5	6
f perutnino (piščančje ali puranje meso)	1	2	3	4	5	6
g rdeče meso (govedino, svinjino, konjsko meso)	1	2	3	4	5	6
h ribe in morske sadeže	1	2	3	4	5	6
i krompir, riž, testenine	1	2	3	4	5	6
j jajce kot samostojno jed	1	2	3	4	5	6
k žita (kosmiče, muslije, kaše)	1	2	3	4	5	6
l kruh	1	2	3	4	5	6
m ocvrte jedi (pomfril, ocvrto meso, ocvrtke...)	1	2	3	4	5	6
n sendviče, hot dog, pice, burek, kebab	1	2	3	4	5	6
o gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov ipd.	1	2	3	4	5	6
p suhomesnate izdelke (šunke, pršut, vratovino ipd.)	1	2	3	4	5	6
r druge mesne izdelke (klobase, salame, paštele, hrenovke ipd.)	1	2	3	4	5	6
s pecivo, sladice, slaščice	1	2	3	4	5	6
t bonbone, čokolado	1	2	3	4	5	6
u aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače (kole, ledeni čaj, sadne napitke, vode z okusom ipd.)	1	2	3	4	5	6

62. Koliko zelenjave (sveže in kuhane) v povprečju zaužijete na dan?

- (Ena enota predstavlja približno 100 g zelenjave:
 - lonček brokolija, brstičnega ohrovtja, kisle repe ali kislega zelja
 - skleda solate, regrata, radiča ali motovilca
 - 2 paradižnika ali 2 papriki
 - 1 manjša rdeča pesa ali čebula
 - 1,5 dl soka iz sveže stisnjene zelenjave)

- 1 ne uživam zelenjave
- 2 1 enoto ali manj
- 3 več kot 1 enoto in manj kot 2 enoti
- 4 2 enoti ali več

63. Koliko sadja v povprečju zaužijete na dan?

(Ena enota predstavlja približno 100 g sadja:

- 1 srednje veliko jabolko, hruška, breskev ali pomaranča
- 1 manjša banana
- 3 mandarine, kiviji ali marelice
- 1 skodelica grozdja, češenj, malin, jagod ali borovnic
- 1,5 dl soka iz sveže stisnjene sadja brez dodanega sladkorja)

- 1 ne uživam sadja
 2 manj kot 1 enoto
 3 eno enoto
 4 2 enoti ali več

64. Ali že pripravljeno hrano pri mizi dodatno solite?

- 1 nikoli ne dosolim pripravljene hrane
 2 hrano naprej poskusim in po potrebi dosolim
 3 hrano brez poskušanja vedno dosolim

65. Ali vam je katera od spodaj navedenih oseb svetovala, da iz zdravstvenih razlogov spremenite način prehranjevanja?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a zdravnik	1	2
b medicinska sestra	1	2
c drug zdravstveni delavec	1	2
d družinski član	1	2
e prijatelj	1	2
f drugi	1	2

66. Ali ste se v zadnjem letu (v zadnjih 12 mesecih) začeli bolj zdravo prehranjevati?

- 1 ne
 2 da

67. Ali ste spremenili svoje prehranjevalne navade?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	da	ne
a jem manj mastno hrano	1	2
b uporabljam drugo vrsto maščobe	1	2
c jem več zelenjave	1	2
d jem več sadja	1	2
e jem manj slano hrano	1	2
f jem manj sladko hrano	1	2
g jem več manjših obrokov	1	2
h ne jem mesa	1	2

ALKOHOL

68. Ali ste v zadnjih 12 mesecih kdaj pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker mošt, radler ...)?

- 1 ne ⇒ PRESKOČITE NA VPRAŠANJE ŠT. 77!
 2 da ⇒ NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 69!

69. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker mošt, radler ...)?

- 1 1-krat na mesec ali redkeje
 2 2 do 4-krat na mesec
 3 2 do 3-krat na teden
 4 4-krat na teden ali bolj pogosto

70. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili:

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	nikoli	nekajkrat na leto	1x na mesec	2-3x na mesec	1-2x na teden	3-6x na teden	vsak dan
a vino	1	2	3	4	5	6	7
b pivo	1	2	3	4	5	6	7
c žgane pijače	1	2	3	4	5	6	7
d radler	1	2	3	4	5	6	7
e mešane gazirane alkoholne pijače (Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, Bandidos ...)	1	2	3	4	5	6	7

71. Koliko pijač, ki vsebujejo alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih običajno popili na tisti dan, ko ste pili?

Kot pijača šteje: kozarec (1 dl) vina ALI pol steklenice oziroma pločevinke (2,5 dl) piva ALI steklenica oziroma pločevinka (0,5 l) radlerja ALI šilce (0,3 dl) žgane pijače oziroma likerja ALI ena steklenica ali pločevinka (3,3 dl) mešane gazirane alkoholne pijače (npr. Bacardi Breezer, Smirnoff Ice). Tabela izpolnjujete po vrsticah!

	popita količina
a vino	_____ kozarcev po 1 dl
b pivo	_____ dl piva
c žgane pijače	_____ kozarčkov (šilc) po 0,3 dl
d radler	_____ steklenic ali pločevink po 0,5 l
e mešane gazirane alkoholne pijače (Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, Bandidos ...)	_____ steklenic ali pločevink po 3,3 dl

PROSIMO, DA NA VPRAŠANJE ŠT. 72 ODGOVORIJO SAMO MOŠKI!

72. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti (npr. na zabavi, za rojstni dan, za novo leto ipd.) popili 6 ali več meric alkoholnih pijač?

Ena merica alkoholne pijače je: kozarec (1 dl) vina ALI pol steklenice oziroma pločevinke (2,5 dl) piva ALI steklenica oziroma pločevinka (0,5 l) radlerja ALI šilce (0,3 dl) žgane pijače oziroma likerja ALI ena steklenica ali pločevinka (3,3 dl) mešane gazirane alkoholne pijače (npr. Bacardi Breezer, Smirnoff Ice).

- 1 nikoli
 2 manj kot 1-krat na mesec
 3 1 do 3-krat na mesec
 4 1 do 3-krat na teden
 5 dnevno ali skoraj vsak dan

PROSIMO, DA NA VPRAŠANJE ŠT. 73 ODGOVORIJO SAMO ŽENSKE!

73. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti (npr. na zabavi, za rojstni dan, za novo leto ipd.) popili 4 ali več meric alkoholnih pijač?

Ena merica alkoholne pijače je: kozarec (1 dl) vina ALI pol steklenice oziroma pločevinke (2,5 dl) piva ALI steklenica oziroma pločevinka (0,5 l) radlerja ALI šilce (0,3 dl) žgane pijače oziroma likerja ALI ena steklenica ali pločevinka (3,3 dl) mešane gazirane alkoholne pijače (npr. Bacardi Breezer, Smirnoff Ice).

- 1 nikoli
 2 manj kot 1-krat na mesec
 3 1 do 3-krat na mesec
 4 1 do 3-krat na teden
 5 dnevno ali skoraj vsak dan

74. Ali vam je v zadnjih 12 mesecih katera od spodaj naštetih oseb svetovala, da spremenite navade pitja alkoholnih pijač?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	da	ne
a zdravnik	1	2
b medicinska sestra	1	2
c drug strokovnjak	1	2
d družinski član	1	2
e prijatelj	1	2
f drugi	1	2

75. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili navade pitja alkohola?

- 1 ne
 2 da

76. Če ste jih spremenili, kako ste jih spremenili?

- 1 alkoholnih pijač sploh ne pijem več
 2 pijem manj alkoholnih pijač
 3 pijem več alkoholnih pijač

TELESNA VIŠINA, TELESNA TEŽA IN OBSEG TREBUHA

Prosimo, da odgovorite na spodnja vprašanja, ker so pomembna za oceno tveganja za sladkorno bolezen.

77. Napišite vašo telesno višino:

_____ cm

78. Koliko tehtate?

_____ kg

79. Kakšen je vaš obseg pasu v višini popka?

_____ cm

80. Kakšen je vaš odnos do vaše telesne teže?

- 1 vseeno mi je
 2 zadovoljen/a sem s svojo telesno težo
 3 rad/a bi bil/a bolj suh/a
 4 rad/a bi bil/a bolj debel/a

GIBANJE

Naslednja vprašanja se nanašajo na telesno dejavnost. Prosimo vas, da najprej preberete opise telesne dejavnosti različnih intenzivnosti in nato odgovorite na vprašanja.

Intenzivna telesna dejavnost pomeni večji telesni napor, pri katerem se precej zadihate in oznojite. Med intenzivne telesne dejavnosti spadajo na primer: tek, squash, hitro plavanje, hoja po stopnicah, aerobika, tenis, nogomet, hitro kolesarjenje, kolesarjenje po hribovitem terenu, dvigovanje/prenašanje težkih bremen, lopatanje in druga težka fizična dela (npr. gozdarska, cestna, gradbena, kmečka).

Zmerna telesna dejavnost pomeni zmerni telesni napor, pri katerem se nekoliko zadihate in ogrejete. Med zmerno telesne dejavnosti spadajo na primer: hitra hoja, kolesarjenje po ravnem terenu, ples, počasno plavanje, golf, lahkoten tenis, badminton, dvigovanje/prenašanje srednje težkih bremen, težja industrijska ali gospodinjstva opravila (npr. ribanje tal, intenzivno sesanje tal, pomivanje oken).

Prosimo vas, da odgovorite na naslednja vprašanja tudi, če se vam zdi, da sploh niste telesno dejavni.

81. Ali ste lahko telesno dejavni (kjerkoli)?

- 1 telesno dejaven ne morem biti zaradi bolezni
 2 telesno dejaven ne morem biti zaradi invalidnosti
 3 kljub omejitvam sem telesno dejaven
 4 nisem telesno dejaven, kljub temu da nimam omejitev
 5 sem telesno dejaven in nimam omejitev

82. Koliko dni ste v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma, v prostem času ter za rekreacijo skupaj) intenzivno telesno dejavni?

Število dni: _____

Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja:

- 1 povprečno manj kot 30 min naenkrat
 2 povprečno 30 min ali več naenkrat

83. Koliko dni ste v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma, v prostem času ter za rekreacijo skupaj) zmerno telesno dejavni? Upoštevajte vse zmerno intenzivne telesne dejavnosti, ki trajajo vsaj 10 minut skupaj in jih seštejte, če jih je več.

Število dni: _____

Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja:

- 1 povprečno manj kot 30 min
 2 povprečno 30 min ali več

84. Koliko dni v običajnem tednu hodite vsaj 10 min skupaj? Pri tem upoštevajte hojo za različne namene: pot v službo ali po opravkih, domača opravila, hojo med delovnim časom in hojo kot rekreacijo in jih seštejte, če jih je več.

Število dni: _____

Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja:

- 1 povprečno manj kot 30 min
 2 povprečno 30 min ali več

85. Koliko ur običajno sedite? Pri tem upoštevajte sedenje na delovnem mestu, doma, pri branju, pred TV ali računalnikom, na poti, pri počitku ipd.

_____ (Prosimo, vpišite število ur sedenja na delovni dan.)

_____ (Prosimo, vpišite število ur sedenja na dan ob koncu tedna.)

86. Kako pogosto se v običajnem tednu v svojem prostem času ukvarjate z naslednjimi športnimi dejavnostmi:

Vztrajnostna vadba, pri kateri se poviša vaš srčni utrip in se nekoliko zadihate (npr. tek, kolesarjenje, plavanje, igre z žogo, aerobika ipd.)

Število dni na teden: _____

Trajanje v enem dnevu: _____ min

Vadba za mišično moč, s katero krepite ali ohranjate moč mišic (npr. vaje z utežmi, intervalni trening, mišične vaje doma ipd.)

Število dni na teden: _____

Trajanje v enem dnevu: _____ min

87. Če ste zaposleni, kakšno je vaše delovno mesto?

- 1 telesno zelo naporno
 2 telesno srednje naporno
 3 telesno zelo malo naporno
 4 sedeče

88. Ali vam je v zadnjih 12 mesecih katera od spodaj naštetih oseb svetovala, da se v prostem času gibajte več?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	da	ne
a zdravnik	1	2
b medicinska sestra	1	2
c drug zdravstveni delavec	1	2
d družinski član	1	2
e prijatelj	1	2
f drugi	1	2

89. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili količino rekreativnega gibanja v prostem času?

- 1 ne
 2 da, v prostem času se gibljem več
 3 da, v prostem času se gibljem manj

90. Če ste zaposleni ali študent, koliko oddaljeno je mesto zaposlitve/študija od vašega trenutnega mesta bivanja?

- 1 nič, delam doma
 2 do pol kilometra
 3 pol kilometra do 2 km
 4 2 km do 10 km
 5 11 do 30 km
 6 31 km ali več

91. Če ste zaposleni ali študent, kako običajno pridete od mesta bivanja do mesta zaposlitve/študija?

- 1 mi ni potrebno, ker delam doma
 2 peš
 3 s kolesom, skirojem, rollerji
 4 z javnim motornim prevoznim sredstvom (avtobus, vlak)
 5 z osebnim avtomobilom ali drugim osebnim motornim prevoznim sredstvom (motor ipd.)

PREŽIVLJANJE DOPUSTA/POČITNIC

92. Kako pretežno preživljate dopust/počitnice?
(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrsti. Tabela izpolnjajte po vrsticah!)

	da	ne
a daljši dopust v enem kosu (najmanj 10 delovnih dni)	1	2
b večkrat letno po nekaj dni	1	2
c sploh ne hodim na dopust	1	2

93. Na kakšen način preživljate dopust/počitnice?

- 1 večinoma počivam
 2 poleg počivanja sem tudi občasno telesno dejaven
 3 poleg počivanja sem tudi redno (vsak dan) telesno dejaven

PROMETNA VARNOST

94. Ali uporabljate kresničko ali baterijsko svetilko, ko ponoči hodite po nerazsvetljenih poteh?

- 1 nikoli
 2 včasih
 3 skoraj vedno
 4 vedno
 5 nikoli ne hodim ponoči po nerazsvetljenih poteh

95. Ali se v avtu pripnete z varnostnim pasom, kadar vozite ali ste sopotnik na prednjem sedežu?

- 1 nikoli
 2 včasih
 3 skoraj vedno
 4 vedno

96. Ali se v avtu na zadnjem sedežu pripnete z varnostnim pasom?

- 1 nikoli
 2 včasih
 3 skoraj vedno
 4 vedno
 5 na zadnjem sedežu ni varnostnega pasu
 6 nikoli se ne vozim na zadnjem sedežu

Najlepša hvala za sodelovanje!

Vaša zaporedna številka:

Priloga 2: Preglednica rezultatov raziskave leta 2012, 25–74 let

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA					STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA									
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS		
10. Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih pri splošnem zdravniku ali specialistu?																							
0-krat	22,4	26,3	18,3	28,6	29,3	22,4	15,4	11,5	17,5	22,1	24,1	22,8	20,6	21,9	22,2	22,9	24,2	23,4	22,5	20,8	23,9		
1-2 krat	38,5	37,9	39,0	45,0	41,8	38,7	33,3	29,8	29,9	36,1	38,7	43,9	39,6	39,4	40,8	40,1	33,6	35,3	36,3	37,0	39,9		
3-5 krat	25,4	23,0	28,0	17,7	19,7	24,9	32,6	37,5	32,0	26,1	23,7	24,0	26,1	24,1	24,9	25,0	25,8	25,5	25,1	27,9	24,0		
6 ali večkrat	13,7	12,8	14,6	8,6	9,3	14,0	18,7	21,3	20,6	15,8	13,5	9,3	13,7	14,6	12,1	12,1	16,3	15,9	16,1	14,3	12,3		
11. Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih pri zobozdravniku?																							
0-krat	35,0	39,4	30,6	31,7	29,4	33,4	39,0	46,4	46,6	41,0	33,5	27,5	28,8	35,7	36,9	34,0	26,4	34,8	34,4	38,0	40,4		
1-krat	29,0	26,8	31,3	34,3	31,6	28,6	25,3	22,2	20,3	23,4	28,7	37,0	35,8	30,0	29,1	28,3	31,6	30,5	30,1	27,8	22,4		
2-krat	14,9	14,1	15,8	14,7	17,4	14,5	13,9	13,5	11,8	14,3	15,2	16,4	15,7	13,3	14,4	16,7	16,9	13,5	14,4	13,3	14,5		
3 ali večkrat	21,1	19,8	22,4	19,3	21,6	23,5	21,8	17,8	21,2	21,3	22,6	19,1	19,7	21,0	19,7	21,0	25,1	21,1	21,2	20,8	22,7		
12. Kolikokrat ste bili v zadnjih 12 mesecih sprejeti v bolnišnico?																							
0-krat	86,6	86,4	86,8	88,7	89,4	87,4	84,7	79,6	82,1	85,2	87,2	89,0	84,4	86,2	85,7	88,2	85,4	87,7	84,7	86,9	85,1		
1-krat	10,2	10,3	10,1	9,5	8,0	9,6	11,2	14,8	13,0	11,1	9,8	8,7	10,5	11,7	11,3	9,5	10,5	8,7	11,1	9,1	12,0		
2 ali večkrat	3,2	3,3	3,1	1,8	2,6	3,0	4,2	5,6	5,0	3,7	3,0	2,3	5,1	2,2	3,0	2,3	4,2	3,6	4,2	3,9	2,9		
13. Koliko dni ste bili v zadnjih 12 mesecih zaradi bolezni ali poškodbe odsotni z dela ali nezmožni opravljati običajne delovne obveznosti?																							
0 dni	59,7	62,9	56,0	54,2	61,1	60,9	66,1	69,8	60,1	61,1	61,1	57,5	51,3	53,6	60,0	57,6	63,9	64,0	63,0	61,4	66,5		
1-7 dni	19,8	18,6	21,3	28,0	20,6	15,0	10,8	0,0	10,4	13,5	18,6	25,8	31,6	25,0	19,7	22,4	12,6	13,7	13,8	18,5	18,8		
8-14 dni	7,8	7,0	8,7	8,6	7,5	7,7	6,4	11,3	8,3	8,2	7,0	8,3	7,1	8,0	7,6	8,8	8,1	6,6	7,7	6,8	6,1		
15-30 dni	6,9	6,0	8,0	6,0	6,5	8,1	6,4	7,3	9,5	8,3	7,2	5,4	3,2	8,3	8,3	6,3	8,9	8,9	7,5	6,5	5,4		
31 dni ali več	5,8	5,5	6,1	3,2	4,2	8,3	10,3	11,6	11,7	8,9	6,1	3,0	6,8	5,1	4,3	4,9	6,6	6,8	8,0	6,9	3,3		
14. Ali ste imeli v zadnjih 30 dneh katero od naštetih težav? (možnih več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																							
bolečine v prsih med telesno dejavnostjo	9,7	10,5	8,9	6,9	7,8	10,3	11,8	13,1	15,3	11,5	9,6	5,8	7,9	7,6	6,5	9,1	11,2	12,3	12,2	10,3	10,3		
bolečine v križu	50,6	48,7	52,4	44,6	46,7	56,0	55,3	50,2	56,6	54,3	50,6	45,0	45,4	50,8	46,3	47,9	52,1	52,5	53,8	54,6	53,3		
bolečine v vratu/ramenih	40,0	33,4	46,7	38,3	41,7	44,5	39,4	32,9	43,4	39,5	40,0	38,8	39,5	42,8	34,8	38,0	43,5	44,0	42,9	41,3	38,2		
bolečine v drugih sklepih	36,0	34,3	37,8	24,5	28,6	41,5	44,5	44,6	45,4	39,3	35,3	30,1	32,6	35,3	33,2	35,2	41,6	38,9	36,9	36,7	38,3		
vztrajni napadi kašlja z izkašljevanjem sluzi	10,7	10,7	10,7	10,4	11,1	9,6	10,8	12,2	12,5	10,6	10,6	10,1	8,8	8,9	10,8	10,9	11,0	10,7	11,4	10,2	13,2		
otekanje nog	15,5	10,1	20,9	8,0	13,4	18,9	18,2	21,0	21,9	17,3	14,7	12,0	12,6	16,4	12,5	14,6	16,7	16,4	16,1	17,8	16,5		
alergija	13,0	11,0	15,2	16,6	14,4	13,3	10,0	9,2	10,3	9,1	13,3	16,8	14,2	15,8	12,5	12,9	15,4	11,5	12,5	12,7	12,9		
zaprtje	10,9	5,8	16,0	12,5	10,7	11,1	9,2	10,6	13,5	9,2	10,2	11,6	8,0	11,0	9,3	10,8	10,5	10,1	12,9	11,3	10,9		
glavobol	39,6	31,4	48,0	52,8	49,7	40,0	27,4	20,0	35,2	36,7	40,5	42,8	32,6	39,6	34,8	40,3	42,5	36,7	39,8	43,0	41,9		
nespečnost	26,0	21,3	30,8	25,2	23,6	27,8	27,3	26,0	27,3	25,2	26,1	25,7	24,7	22,2	24,0	25,8	22,2	30,1	27,7	27,4	25,7		
depresivno stanje (potrnost, žalost)	22,3	18,6	26,2	25,7	21,2	25,7	20,0	16,7	23,7	22,4	22,6	21,4	19,8	23,3	17,6	20,7	24,1	24,8	24,3	25,1	23,3		
zobobol	11,7	11,7	11,8	16,3	13,0	10,4	10,2	6,8	10,2	12,3	13,0	10,5	7,2	11,3	11,1	11,0	12,2	11,6	12,0	13,6	15,4		
težave pri uriniranju	8,5	9,4	7,6	5,5	5,6	7,7	11,7	14,3	11,2	9,7	7,9	7,0	4,3	8,7	7,6	8,8	12,1	9,4	8,8	8,2	8,4		
15. Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik? (možnih več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																							
hipertenzija	25,7	28,6	22,7	6,1	11,7	25,4	44,0	52,4	40,2	31,2	23,9	16,8	25,2	27,4	22,9	24,0	25,3	29,9	25,7	27,4	27,7		
zvišan holesterol	24,6	25,7	23,5	5,3	15,0	30,0	39,4	39,8	29,3	26,2	24,8	20,9	23,9	28,2	24,1	24,6	23,8	27,2	24,7	24,4	19,5		
sladkorna bolezen	6,6	8,1	5,2	0,8	2,3	6,2	12,5	15,0	12,4	7,9	6,2	3,5	7,7	8,1	5,5	6,8	7,9	7,8	6,3	5,4	7,2		
prebolela srčna kap ali miokardni infarkt	2,1	2,9	1,3	0,1	0,2	1,9	4,1	5,3	4,2	2,5	1,8	0,9	2,9	1,5	1,4	2,4	0,9	2,5	1,8	1,9	2,8		
bolečine v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo	5,0	5,6	4,5	1,5	2,5	5,2	8,3	9,7	9,0	7,3	4,3	2,4	3,5	3,0	3,3	5,0	6,8	7,2	6,0	5,1	5,8		
srčno popuščanje	3,5	4,0	3,1	0,5	1,1	2,2	5,5	11,7	7,5	3,9	3,1	1,9	2,9	3,4	2,4	3,4	4,0	3,3	4,2	3,9	4,5		
možganska kap	1,8	1,9	1,7	0,5	0,6	1,8	2,8	4,1	2,7	2,3	1,6	1,1	1,1	1,0	1,6	1,7	1,7	1,6	1,7	2,7	1,9		
bolezni in okvare hrbtenice	21,7	19,0	24,4	9,0	14,7	27,9	30,8	29,4	29,5	24,6	21,5	16,2	16,6	22,4	17,8	19,6	21,0	26,2	25,9	23,6	22,2		
bolezni sklepov	12,8	10,3	15,4	2,6	4,5	14,5	20,4	28,4	21,6	14,9	11,8	8,4	12,0	12,1	11,4	12,5	14,5	14,3	13,7	13,4	11,8		
kronični bronhitis, emfizem (KOPB)	3,6	4,2	2,9	2,0	2,0	3,6	4,9	6,5	5,2	4,1	3,7	2,2	3,0	3,8	4,1	3,9	3,4	2,4	4,2	2,9	2,7		
bronhialna astma	4,3	4,1	4,4	3,9	3,0	4,7	4,2	6,2	4,5	4,3	4,3	4,1	3,2	3,8	3,9	5,4	4,9	5,3	3,4	3,2	3,7		

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
razjeda na želodcu ali dvanajstniku	6,9	6,6	7,2	3,6	4,1	9,6	8,9	9,5	9,1	8,9	6,4	5,1	5,8	5,7	5,8	6,7	7,2	8,6	9,2	6,9	4,6
jetrna ciroza	1,1	1,3	0,9	0,3	0,7	1,4	1,8	1,5	1,9	1,5	1,1	0,5	1,3	0,5	0,3	1,1	2,0	1,3	1,2	1,1	2,2
depresija	8,1	6,0	10,2	4,2	5,5	11,9	10,2	9,0	12,7	9,0	8,1	5,3	9,8	8,6	7,2	7,3	9,6	7,8	8,8	8,8	7,5
bolezen ščitnice	5,8	1,7	9,9	3,6	3,4	6,4	7,9	8,9	7,6	5,0	5,8	5,3	6,8	8,5	5,9	6,0	6,9	5,2	6,0	3,9	4,6
16. Ali ste v zadnjih 7 dneh jemali naslednja zdravila ali zdravilna sredstva? (možnih več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																					
za zniževanje krvnega tlaka	21,0	22,3	19,6	1,3	5,2	17,3	40,6	54,1	37,4	26,3	18,5	12,3	23,5	20,8	18,8	19,2	21,7	24,9	20,9	22,4	23,0
za zniževanje holesterola v krvi	10,6	11,8	9,4	0,3	1,7	7,9	21,3	29,5	18,2	12,0	10,3	6,1	11,0	13,0	9,7	11,0	9,9	8,9	10,2	10,0	11,1
za zdravljenje sladkorne bolezni	4,8	5,8	3,8	0,5	1,2	3,9	9,0	12,8	10,3	5,5	4,4	2,2	5,9	4,5	4,0	4,6	5,9	5,6	5,1	4,5	5,7
proti glavobolu	27,4	19,8	35,2	30,5	32,2	29,7	22,5	18,3	30,3	27,6	27,7	25,4	23,1	28,4	22,9	26,5	27,3	25,0	26,2	32,8	33,3
proti drugim bolečinam	23,6	18,6	28,7	18,4	19,3	26,0	27,7	28,3	35,6	27,2	22,8	16,2	20,2	20,6	18,3	21,4	27,0	24,9	26,1	29,2	25,2
proti kašlju	5,6	4,5	6,7	6,0	5,5	4,9	5,5	6,3	6,2	5,1	5,6	5,5	4,1	4,3	4,6	5,6	4,1	5,9	6,3	6,6	5,6
pomirjevala in uspavala	6,8	4,8	8,8	3,2	4,2	7,8	9,0	11,5	11,9	7,6	5,5	5,3	6,4	9,6	5,0	5,9	6,6	6,0	7,2	8,5	6,2
vitamini, minerali	19,1	14,4	23,9	25,0	19,9	17,0	16,1	16,2	10,7	13,3	19,8	26,2	21,1	22,9	18,0	21,5	16,4	18,0	16,8	18,1	13,0
kontracepcijska sredstva (samo ženske)	11,3	-	11,3	22,1	17,1	6,7	0,6	0,2	4,0	12,9	12,3	12,5	6,3	8,2	9,4	11,8	19,2	6,6	11,1	14,0	13,2
antidepresivi	4,9	3,1	6,9	3,0	3,5	7,5	5,6	5,1	8,0	5,2	4,8	3,5	6,0	6,9	4,1	4,1	4,6	4,1	5,2	6,3	4,3
zeliščni pripravki	17,3	11,8	22,8	14,9	16,1	17,3	19,4	19,8	15,8	13,7	17,1	20,4	19,5	17,9	19,2	17,2	18,6	17,1	18,0	16,2	12,3
20a. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – krvni tlak?																					
v zadnjih 12 mesecih	73,0	70,6	75,4	63,2	67,3	74,2	81,1	85,1	75,1	70,8	72,5	74,1	73,2	75,0	71,5	72,2	74,1	75,2	70,6	74,6	75,3
pred 1 do manj kot 3 leti	15,7	16,9	14,5	18,8	19,5	16,7	11,8	8,1	12,1	17,4	15,7	16,2	16,0	13,9	15,6	16,8	16,4	14,5	16,6	14,6	13,6
pred 3 do manj kot 5 leti	4,1	4,1	4,1	5,1	5,1	3,8	3,2	2,7	4,2	4,3	4,1	4,0	3,2	3,9	4,9	4,4	3,5	3,2	4,4	3,8	3,5
pred več kot 5 leti	2,0	2,4	1,6	2,1	2,1	1,9	2,0	1,9	1,5	2,8	2,1	1,5	2,4	2,7	2,1	2,1	1,0	0,6	2,7	1,7	1,1
nikoli oz. ne vem	5,2	6,0	4,4	10,8	6,0	3,5	2,0	2,2	7,1	4,7	5,6	4,2	5,1	4,5	5,9	4,4	5,0	6,5	5,7	5,2	6,4
20b. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – holesterol v krvi?																					
v zadnjih 12 mesecih	46,3	46,8	45,7	25,5	40,1	52,8	58,5	64,6	53,2	46,6	46,3	43,2	46,9	50,0	46,8	45,2	44,2	47,2	45,4	46,6	47,7
pred 1 do manj kot 3 leti	25,3	26,1	24,4	22,5	29,1	28,0	24,6	19,0	20,3	25,8	24,8	27,6	25,1	22,2	24,2	27,4	24,0	28,3	24,4	24,1	22,7
pred 3 do manj kot 5 leti	7,3	6,7	8,0	6,4	8,2	7,8	7,6	5,9	7,4	8,4	6,4	7,7	7,0	5,6	7,4	7,9	8,5	7,0	8,2	6,3	6,7
pred več kot 5 leti	3,5	3,6	3,5	3,5	3,7	3,0	3,9	4,0	3,1	3,8	3,6	3,4	4,6	6,4	3,8	3,6	4,3	2,6	3,4	2,5	2,4
nikoli oz. ne vem	17,6	16,8	18,4	42,1	18,9	8,4	5,4	6,5	16,0	15,4	18,9	18,1	16,4	15,9	17,8	16,0	18,9	14,9	18,7	20,5	20,4
20c. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – sladkor v krvi?																					
v zadnjih 12 mesecih	48,0	47,5	48,6	32,2	41,6	51,7	59,8	64,7	54,0	45,7	48,4	46,6	49,3	52,8	48,0	46,4	44,6	48,9	49,0	47,6	49,4
pred 1 do manj kot 3 leti	23,6	23,8	23,3	22,8	26,5	26,8	21,1	17,1	17,3	23,9	23,3	26,2	22,9	20,2	21,7	26,5	24,2	23,3	21,6	23,3	21,7
pred 3 do manj kot 5 leti	7,3	6,8	7,8	7,2	8,2	7,0	7,5	5,8	7,0	8,5	6,4	7,6	7,9	6,4	6,8	7,7	8,8	8,2	7,3	6,7	6,3
pred več kot 5 leti	3,8	3,4	4,1	4,1	4,2	3,2	3,6	3,7	3,5	3,8	3,6	4,0	3,4	5,7	3,4	3,8	4,7	2,8	4,7	2,7	3,3
nikoli oz. ne vem	17,3	18,4	16,2	33,7	19,4	11,3	7,9	8,7	18,2	18,1	18,2	15,6	16,4	14,9	20,2	15,7	17,6	16,8	17,4	19,5	19,3
20d. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – pregled blata na prikrito krvavitev?																					
v zadnjih 12 mesecih	20,5	20,4	20,5	3,9	6,2	23,5	45,6	34,9	28,0	23,4	19,8	16,6	19,5	23,6	19,0	20,1	19,6	19,6	20,7	21,4	20,2
pred 1 do manj kot 3 leti	13,9	14,0	13,8	6,4	6,8	14,1	25,2	24,6	18,6	14,6	14,5	11,0	13,5	14,6	13,7	13,2	18,0	14,8	13,5	14,8	12,3
pred 3 do manj kot 5 leti	5,3	5,7	4,9	4,2	5,0	5,5	4,7	8,5	5,4	6,0	4,9	5,2	4,1	5,4	4,5	5,8	5,4	5,0	4,0	5,8	6,2
pred več kot 5 leti	6,1	6,4	5,9	7,7	6,9	6,3	3,8	4,9	4,3	6,4	6,3	6,6	7,5	6,1	6,1	6,1	5,9	7,1	5,8	5,8	6,0
nikoli oz. ne vem	54,2	53,6	54,9	77,8	75,0	50,5	20,7	27,2	43,7	49,7	54,5	60,6	55,4	50,3	56,8	54,7	51,0	53,6	56,0	52,2	55,3
20e. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – kolonoskopijo?																					
v zadnjih 12 mesecih	5,1	5,4	4,8	1,4	2,5	5,9	9,3	10,7	8,4	5,3	4,5	4,5	3,0	4,5	5,1	5,6	6,3	6,4	5,0	3,9	5,6
pred 1 do manj kot 3 leti	5,3	5,5	5,0	1,7	3,2	5,3	8,8	12,2	8,4	4,8	5,3	4,4	4,9	4,7	4,0	5,2	6,9	5,3	6,1	5,2	5,6
pred 3 do manj kot 5 leti	4,4	4,5	4,3	1,2	2,2	4,8	8,6	8,9	5,8	5,4	4,1	3,8	2,4	5,1	4,6	5,2	3,6	4,9	3,8	3,6	4,7
pred več kot 5 leti	5,2	4,6	5,8	2,0	3,3	5,3	9,2	10,3	5,5	5,0	5,0	5,5	4,5	5,8	5,4	5,3	4,3	8,2	5,1	4,2	4,6
nikoli oz. ne vem	80,0	80,0	80,1	93,6	88,8	78,7	64,1	57,9	71,9	79,5	81,2	81,8	85,1	79,9	80,9	78,7	78,9	75,1	80,0	83,0	79,5
20f. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/pregleda – mamografijo dojke (samo ženske)?																					
v zadnjih 12 mesecih	20,0	-	20,0	1,0	6,7	29,1	41,6	27,4	27,6	21,9	20,0	15,6	13,1	18,6	20,7	23,6	15,2	20,5	21,5	16,8	12,8
pred 1 do manj kot 3 leti	16,2	-	16,2	1,8	5,9	20,2	33,3	26,8	24,7	18,3	16,6	11,3	15,9	15,9	21,0	16,6	12,1	13,3	15,6	16,8	12,7

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS	
pred 3 do manj kot 5 leti	5,9	-	5,9	0,7	2,3	6,4	10,0	14,9	9,0	9,1	5,3	3,8	4,5	7,6	6,4	5,7	5,3	8,5	5,8	4,8	6,5	
pred več kot 5 leti	6,0	-	6,0	1,4	4,6	7,3	6,1	14,4	9,3	5,2	6,1	4,5	7,4	4,1	5,8	5,3	7,2	7,7	4,8	7,2	8,1	
nikoli oz. ne vem	52,0	-	52,0	95,1	80,5	37,0	9,0	16,5	29,4	45,4	52,0	64,8	59,2	53,9	46,1	48,8	60,1	50,0	52,2	54,4	59,9	
20g. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/preglede – bris materničnega vratu (samo ženske)?																						
v zadnjih 12 mesecih	38,7	-	38,7	42,4	43,1	42,4	34,6	20,5	33,4	36,0	38,5	42,2	38,1	39,7	44,1	37,4	37,1	32,9	41,7	37,8	38,3	
pred 1 do manj kot 3 leti	36,9	-	36,9	39,0	38,8	38,8	35,8	25,8	30,2	38,5	37,6	38,3	39,0	30,4	35,5	39,0	40,6	41,9	34,2	36,1	35,3	
pred 3 do manj kot 5 leti	10,8	-	10,8	8,3	10,3	10,5	12,0	15,9	12,7	11,9	11,7	8,7	8,7	13,6	6,5	11,1	11,1	13,3	11,6	10,2	11,2	
pred več kot 5 leti	6,6	-	6,6	2,4	3,0	5,0	10,0	20,5	12,1	6,7	6,1	4,6	9,0	6,0	6,6	6,6	6,0	6,4	6,7	7,0	4,7	
nikoli oz. ne vem	7,0	-	7,0	7,9	4,7	3,2	7,7	17,3	11,5	6,8	6,1	6,2	5,2	10,2	7,4	6,0	5,2	5,4	5,9	8,8	10,6	
20h. Kdaj ste nazadnje opravili naslednje meritve/preglede – pregled prostate (samo moški)?																						
v zadnjih 12 mesecih	13,0	13,0	-	1,8	3,6	11,6	25,1	35,0	17,3	13,5	12,0	12,5	15,7	11,3	11,1	12,8	17,8	14,7	14,0	11,5	13,9	
pred 1 do manj kot 3 leti	8,5	8,5	-	1,4	3,8	8,8	16,9	16,5	11,2	7,4	7,7	9,7	11,9	7,4	7,9	8,4	3,7	12,8	8,1	8,6	7,2	
pred 3 do manj kot 5 leti	4,0	4,0	-	1,0	1,1	4,0	7,5	9,1	4,8	4,7	3,6	3,5	2,7	7,0	5,2	4,0	2,9	3,4	3,8	2,7	4,1	
pred več kot 5 leti	4,6	4,6	-	2,1	2,6	4,4	6,8	10,0	3,4	5,1	4,2	5,1	3,5	5,1	3,7	5,3	5,1	4,3	4,1	4,5	4,5	
nikoli oz. ne vem	69,9	69,9	-	93,7	88,9	71,1	43,7	29,3	63,3	69,3	72,5	69,1	66,2	69,1	72,2	69,5	70,5	64,8	70,1	72,7	70,3	
22a. Kdaj ste si sami nazadnje – izmerili krvni tlak?																						
pred manj kot 1 mesecem	43,4	41,3	45,5	23,1	31,1	44,4	59,6	71,7	55,5	48,3	42,3	35,9	38,8	44,0	39,6	38,8	47,6	45,8	43,5	50,8	49,9	
pred 1 do 6 meseci	19,7	19,4	20,1	23,2	20,1	21,4	18,2	12,9	16,2	18,6	19,6	22,3	23,3	19,7	20,1	19,4	23,2	19,6	19,5	18,1	21,5	
pred več kot pol leta	16,5	16,4	16,6	25,2	22,5	14,8	9,0	6,2	9,6	12,5	17,8	20,6	17,3	16,0	15,3	18,5	11,1	11,9	17,6	16,4	13,7	
nikoli	20,4	22,9	17,8	28,6	26,4	19,3	13,3	9,1	18,8	20,6	20,3	21,2	20,6	20,3	25,0	23,2	18,1	22,7	19,4	14,7	14,8	
22b. Kdaj ste si sami nazadnje – samopregledovali dojke (samo ženske)?																						
pred manj kot 1 mesecem	46,3	-	46,3	32,1	42,9	51,4	57,9	50,3	53,2	51,9	49,0	38,0	43,1	47,8	45,2	40,5	53,9	50,3	48,4	50,3	53,7	
pred 1 do 6 meseci	26,7	-	26,7	28,1	29,3	27,1	24,1	22,5	20,3	24,1	27,4	29,7	29,8	24,0	24,2	28,4	25,0	24,2	26,0	27,7	24,7	
pred več kot pol leta	14,0	-	14,0	20,9	15,3	11,1	9,0	12,4	9,8	11,8	12,4	18,4	13,6	12,8	14,2	17,4	10,0	14,7	12,2	10,6	12,7	
nikoli	13,1	-	13,1	18,9	12,6	10,4	9,1	14,8	16,7	12,1	11,1	13,9	13,5	15,4	16,3	13,7	11,1	10,7	13,4	11,4	8,9	
22c. Kdaj ste si sami nazadnje – samopregledovali moda (samo moški)?																						
pred manj kot 1 mesecem	30,1	30,1	-	28,5	25,1	30,9	34,6	34,8	27,1	29,0	31,6	30,0	19,2	25,4	27,8	27,2	37,2	29,7	34,7	37,3	31,7	
pred 1 do 6 meseci	13,4	13,4	-	14,2	14,1	12,3	13,4	12,4	8,7	12,7	12,7	16,7	17,5	10,8	13,2	13,3	13,6	12,5	12,0	11,7	21,7	
pred več kot pol leta	10,4	10,4	-	14,0	11,0	8,3	9,5	7,5	10,2	9,9	9,0	12,9	10,3	11,6	7,7	11,5	9,9	9,3	10,4	10,0	11,0	
nikoli	46,1	46,1	-	43,3	49,8	48,5	42,5	45,3	54,0	48,4	46,7	40,5	53,0	52,1	51,3	48,0	39,3	48,5	42,8	41,0	35,6	
23. Ali imate priznano katero od stopenj invalidnosti?																						
ne	88,4	87,2	89,6	98,7	95,9	86,1	78,1	78,6	75,4	82,4	90,3	96,1	88,1	88,7	91,2	89,8	79,9	84,6	87,2	88,7	87,8	
I. stopnjo	3,0	3,4	2,7	0,8	1,0	2,6	6,0	6,3	7,2	4,2	2,3	1,1	2,7	4,0	2,5	2,4	4,6	4,0	3,6	2,4	4,4	
II. stopnjo	2,0	2,0	2,1	0,2	0,5	1,8	4,2	4,6	4,0	2,9	1,8	0,8	3,7	2,1	1,9	1,8	3,7	2,3	2,0	1,5	1,8	
III. stopnjo	6,6	7,5	5,6	0,3	2,6	9,5	11,6	10,6	13,4	10,4	5,6	2,0	5,4	5,1	4,5	6,0	11,8	9,2	7,1	7,4	6,0	
24. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?																						
zelo dobro	13,7	14,8	12,6	25,6	18,9	10,1	5,4	4,9	5,2	8,4	13,4	21,7	15,8	12,8	15,1	15,0	12,2	12,0	13,6	11,0	14,2	
dobro	44,9	45,6	44,2	54,6	52,0	44,7	38,1	28,8	27,8	40,7	47,4	53,2	46,2	45,9	51,2	47,7	40,8	41,2	40,5	43,8	38,8	
srednje	34,4	32,9	36,0	17,7	25,2	36,5	46,6	54,1	50,9	41,5	33,7	22,4	33,1	35,7	29,4	30,8	38,3	37,2	37,6	37,5	39,3	
slabo	5,7	5,5	6,0	1,8	3,1	6,6	8,4	10,5	13,6	7,6	4,4	2,2	4,5	4,3	3,5	5,6	7,6	7,4	6,5	6,4	6,3	
zelo slabo	1,2	1,2	1,2	0,2	0,7	2,1	1,4	1,8	2,5	1,8	1,0	0,4	0,3	1,3	0,9	0,9	1,0	2,2	1,7	1,3	1,5	
25. Kako skrbite za svoje zdravje?																						
zelo dobro	7,8	8,1	7,4	9,3	9,4	7,0	5,8	7,1	6,5	5,9	7,3	10,2	8,4	9,3	6,9	8,4	5,8	6,1	7,6	6,6	10,3	
kar dobro	56,7	55,2	58,2	60,4	52,3	52,9	58,3	61,8	50,2	53,1	57,5	61,5	53,9	57,4	60,5	55,0	58,1	53,1	56,0	60,1	56,6	
bolj malo, premalo	28,8	29,4	28,3	26,3	33,0	32,4	27,3	22,5	29,8	32,7	28,9	25,5	31,5	25,7	27,3	29,3	29,9	34,5	28,7	27,8	26,5	
skoraj nič	1,6	1,9	1,4	1,7	1,1	2,3	1,4	1,4	2,2	1,2	1,9	1,3	2,4	2,1	0,7	1,9	0,3	1,9	1,9	1,2	1,3	
ne vem, kaj bi rekel	5,1	5,5	4,7	2,2	4,2	5,5	7,2	7,2	11,3	7,1	4,4	1,5	3,8	5,5	4,6	5,4	5,8	4,4	5,8	4,4	5,2	

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA					STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA								
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
26. Koliko zob vam manjka?																					
nič	23,8	22,0	25,7	58,6	32,0	11,5	5,5	3,8	6,3	12,0	22,8	41,8	25,6	22,6	23,3	24,9	26,7	21,9	23,4	23,7	21,1
1 – 5	48,2	50,4	46,0	39,7	59,4	62,0	43,0	28,6	37,1	51,6	52,5	46,0	47,3	46,1	48,2	47,2	46,1	49,0	51,0	49,1	47,9
6 – 10	11,7	11,6	11,7	1,6	6,2	14,5	19,5	19,9	18,3	15,1	11,1	6,7	10,9	12,3	11,2	12,3	10,3	11,1	10,9	11,8	12,3
več kot 10, toda ne vsi	10,8	10,7	10,9	0,1	1,8	9,2	22,0	27,9	22,0	14,6	9,9	4,0	11,0	13,8	9,7	10,6	12,0	11,7	9,7	9,9	12,8
manjkajo mi vsi zobje oz. nosim totalno protezo	5,5	5,2	5,7	0,1	0,6	2,7	10,0	19,8	16,3	6,8	3,7	1,4	5,2	5,2	7,6	5,0	4,9	6,3	5,0	5,4	5,9
27. Kako pogosto si umivate zobe?																					
nikoli	0,9	1,5	0,3	0,5	0,3	0,9	1,4	1,8	2,6	1,4	0,5	0,2	2,0	0,7	1,1	0,6	0,5	1,3	0,9	1,0	1,1
ne vsak dan	7,8	11,8	3,6	5,4	5,6	9,0	9,8	9,9	16,4	12,7	5,8	2,7	7,5	7,5	5,3	6,8	7,9	10,6	9,2	7,8	10,0
enkrat dnevno	31,3	37,9	24,5	26,1	30,0	30,8	36,4	34,6	39,0	38,8	32,0	21,5	37,6	30,6	31,9	28,7	31,2	34,7	32,4	30,8	33,5
dvakrat dnevno	47,6	40,4	55,0	55,4	53,5	48,3	39,9	36,1	31,5	38,4	49,3	59,5	44,3	47,0	47,7	49,2	46,5	43,2	46,6	49,7	45,7
večkrat dnevno	12,5	8,5	16,5	12,6	10,6	11,1	12,6	17,6	10,6	8,6	12,3	16,0	8,6	14,2	14,1	14,7	13,8	10,1	10,9	10,7	9,7
28. Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?																					
nikoli	4,0	5,8	2,3	2,6	2,8	2,4	5,6	8,7	5,8	5,6	3,9	2,4	4,8	4,0	4,4	3,7	4,8	3,9	3,9	4,0	4,5
zelo redko	22,8	27,4	18,1	22,3	21,0	18,7	26,3	28,3	21,3	25,8	24,9	18,9	25,3	22,4	26,2	22,3	21,3	20,9	22,4	21,9	24,6
občasno	48,6	46,2	51,1	45,1	48,7	50,6	49,4	49,5	51,8	47,6	48,6	47,9	48,3	46,5	46,8	47,9	51,0	48,0	51,1	49,8	47,7
pogosto	19,7	16,5	23,0	25,3	21,7	22,4	14,9	10,2	15,4	16,9	18,5	24,9	17,7	22,3	19,0	21,4	18,4	19,2	17,7	19,1	18,7
vsak dan	4,9	4,2	5,5	4,8	5,8	5,9	3,8	3,3	5,6	4,2	4,1	5,9	3,8	4,8	3,7	4,6	4,5	7,8	5,0	5,3	4,5
29. Če se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom, kaj menite, da je vzrok temu? (možnih več odgovorov, prikazan delež pritrjalnih odgovorov)																					
obremenitve na delovnem mestu	53,4	56,0	50,7	72,8	75,2	66,6	26,4	5,0	24,3	43,8	55,7	71,2	48,7	51,2	53,8	56,5	52,2	52,8	51,9	51,3	53,9
slabi odnosi med sodelavci	16,2	15,3	17,2	20,7	24,6	19,5	8,3	1,9	7,5	13,3	16,7	21,9	15,8	17,4	13,7	18,4	15,4	15,2	14,4	15,8	15,5
problemi v družini	28,7	21,4	36,0	30,8	29,7	27,2	28,4	26,4	24,5	22,9	29,3	33,8	32,5	29,9	28,4	29,8	25,9	27,4	28,1	27,0	27,6
slabi materialni pogoji za življenje	31,1	30,9	31,3	34,1	30,7	32,1	32,6	23,0	38,8	38,6	32,4	20,6	27,9	29,7	27,1	29,2	38,0	31,7	31,7	34,3	37,0
osamljenost	12,2	10,4	14,0	17,1	10,3	10,0	10,1	14,2	14,8	12,4	11,6	11,5	10,5	15,0	10,9	10,9	15,0	12,7	13,1	12,5	13,4
hrupno okolje	13,2	13,7	12,6	14,1	13,0	13,7	12,1	12,7	11,7	14,3	13,3	12,6	16,1	12,9	12,0	13,7	15,3	12,9	12,5	12,6	12,4
30. Kako obvladujete napetosti, stres in pritiske, ki jih doživljate v življenju?																					
zlahka jih obvladujem	16,6	19,4	13,8	18,0	15,3	13,1	16,5	22,8	17,6	18,6	17,3	13,8	17,6	19,3	18,5	16,1	17,8	14,2	18,1	14,1	17,4
z nekaj truda jih obvladujem	65,2	64,3	66,0	66,0	67,5	64,0	65,8	60,9	59,1	62,8	65,4	69,4	64,4	60,6	68,9	66,1	67,5	64,2	62,5	67,0	62,2
z večjim naporom jih obvladujem	14,3	12,9	15,9	13,3	14,3	17,3	13,7	12,1	15,5	13,8	14,2	14,4	15,3	15,3	10,1	14,4	12,0	16,8	14,7	14,5	16,3
s hudimi težavami jih še obvladujem	3,2	2,7	3,7	2,4	2,3	4,4	3,3	3,6	6,1	3,7	2,7	2,1	2,3	3,9	2,0	3,0	2,0	4,0	3,6	3,8	2,7
ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno	0,7	0,7	0,7	0,3	0,5	1,2	0,8	0,6	1,8	1,0	0,4	0,3	0,4	0,8	0,4	0,5	0,7	0,8	1,1	0,6	1,4
31. Koliko ljudi vam je tako blizu, da lahko nanje računate, če imate resen osebni problem?																					
nobenega	3,7	4,4	3,0	2,2	3,2	4,6	4,6	4,3	6,1	4,9	3,5	2,1	2,0	4,2	3,1	3,1	2,9	4,4	4,5	4,1	5,7
1 ali 2	48,7	50,8	46,6	40,9	48,4	49,9	52,8	53,5	53,9	53,3	49,0	42,6	53,2	48,5	48,3	47,5	47,9	49,6	48,4	50,1	48,7
3 do 5	34,9	32,8	37,0	42,8	37,4	32,0	30,4	29,5	27,2	29,8	34,9	42,2	31,1	35,8	36,1	36,5	34,3	34,0	34,9	32,9	32,7
več kot 5	12,7	12,1	13,4	14,1	11,1	13,4	12,2	12,6	12,7	12,0	12,6	13,1	13,7	11,6	12,4	12,9	14,8	11,9	12,3	12,9	12,9
32. Koliko ur na dan običajno spite med delovnim tednom?																					
več kot 8 ur	8,5	8,5	8,4	6,4	6,0	7,5	10,9	13,8	15,7	9,5	8,0	5,0	8,1	10,0	6,5	7,4	8,6	8,6	9,2	9,9	10,2
8 ur	28,1	25,3	31,0	32,1	25,5	24,4	28,5	31,7	29,3	26,3	27,8	29,4	33,1	27,9	27,7	28,1	29,7	26,2	27,6	28,2	27,3
6 – 7 ur	51,3	53,6	48,9	52,3	56,9	55,3	47,1	40,4	38,4	51,7	52,4	55,9	46,3	50,1	54,4	52,6	50,9	51,8	50,7	50,5	48,4
manj kot 6 ur	12,1	12,6	11,6	9,2	11,6	12,8	13,5	14,1	16,7	12,6	11,9	9,7	12,5	11,9	11,4	11,9	10,7	13,4	12,5	11,4	14,2
33. Koliko hrupno se vam zdi okolje, v katerem bivate?																					
zelo hrupno	3,9	4,1	3,6	3,7	3,3	4,5	4,2	3,6	4,3	4,9	3,6	3,3	3,4	3,8	2,5	4,5	3,8	2,6	3,9	4,4	3,8
srednje hrupno	25,1	24,3	25,9	25,2	23,2	26,2	25,5	25,2	26,4	25,2	26,6	22,3	23,6	25,7	24,0	25,5	21,9	25,6	26,1	24,2	26,3
malo hrupno	32,5	34,5	30,5	32,9	34,8	32,3	31,4	30,4	30,6	32,2	31,6	34,9	31,3	30,7	31,1	31,2	37,2	32,8	31,8	35,1	36,6
sploh se mi ne zdi hrupno	38,5	37,1	40,0	38,2	38,7	37,1	38,9	40,8	38,7	37,8	38,3	39,4	41,7	39,8	42,5	38,8	37,1	39,0	38,3	36,4	33,4
34. Dejavniki, ki po vašem mnenju najbolj prispevajo k slabemu zdravju in visoki umrljivosti odraslih prebivalcev? (možnih več odgovorov, prikazan delež pritrjalnih odgovorov)																					
nepravilna prehrana	77,5	78,5	76,6	83,8	83,1	80,0	71,6	63,4	63,1	74,7	78,4	85,5	78,4	77,9	77,5	77,2	78,8	78,3	77,1	76,6	79,9
stres	83,7	82,2	85,2	91,5	90,5	87,1	78,7	61,9	65,7	81,1	85,9	91,6	84,0	83,1	84,2	85,3	87,1	80,5	82,5	82,2	83,9
slabi življenjski pogoji	57,0	55,4	58,7	58,4	55,0	60,3	58,4	50,1	54,6	61,5	59,1	52,3	51,2	58,0	53,6	56,2	59,4	49,2	57,1	62,6	62,1

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
naporno telesno delo	44,4	44,3	44,4	52,8	47,2	46,5	39,0	31,0	43,1	49,4	47,2	38,0	39,9	43,1	40,0	42,2	47,5	47,8	44,7	48,7	50,0
kajenje	79,3	78,9	79,6	85,7	84,5	82,5	73,4	64,2	62,0	75,2	81,8	87,6	76,7	81,1	79,8	80,0	83,9	76,1	77,0	80,5	77,9
premalo gibanja	76,4	77,3	75,5	83,0	81,0	78,7	71,7	61,4	56,4	73,0	78,9	85,5	76,1	77,1	80,1	76,9	78,7	74,9	75,0	75,9	71,8
debelost	77,2	77,2	77,2	84,1	82,7	80,3	70,7	62,0	59,1	74,3	79,4	85,5	76,8	77,8	78,6	77,6	77,9	77,7	76,6	77,3	73,0
dedni (genetski) dejavniki	65,6	64,1	67,2	71,4	67,3	67,3	63,8	53,5	49,0	64,6	69,0	70,3	62,2	69,3	67,0	65,0	68,6	65,6	65,9	66,1	61,3
alkohol	77,7	76,9	78,5	83,6	82,7	80,4	73,0	62,8	61,1	74,5	80,2	84,9	78,5	79,4	78,0	77,8	78,7	74,5	77,8	77,6	76,5
slaba dostopnost do zdravstvenih storitev	32,9	31,8	34,2	39,1	35,0	33,0	29,0	25,7	30,0	34,5	33,5	32,7	29,2	37,0	29,0	34,3	36,1	29,1	30,6	33,9	36,3
tvegano vedenje na cesti	57,7	57,0	58,4	60,8	61,9	59,6	56,0	45,2	46,6	58,5	59,2	60,6	55,5	61,0	59,9	58,7	60,3	52,8	56,3	56,5	57,2
35. Ali vi ali katerikoli drug član vaše družine kadite v stanovanju ali v bivalnih prostorih?																					
da	16,9	17,3	16,4	20,4	13,8	18,9	18,3	10,8	21,6	20,7	17,7	11,1	10,8	18,3	15,2	17,5	16,5	16,5	16,9	17,6	18,3
36. Koliko ur na dan preživite v okolju, kjer nekdo kaditi?																					
skoraj nikoli nisem izpostavljen/a tobačnemu dimu	63,7	59,1	68,4	53,0	62,7	60,6	67,1	82,9	63,9	58,0	59,5	72,4	70,5	64,1	66,0	63,3	65,1	66,6	64,4	60,2	59,4
manj kot 1 uro na dan	22,5	25,1	19,9	30,7	23,7	23,5	18,9	11,1	19,7	24,9	24,9	19,5	17,9	20,2	21,3	23,5	22,4	20,9	22,8	23,1	26,0
1-5 ur na dan	7,9	8,9	6,8	10,9	7,7	8,5	7,5	2,6	8,3	9,0	9,3	5,0	6,2	7,6	8,2	7,4	7,6	9,1	7,1	9,4	7,8
več kot 5 ur na dan	5,9	6,9	4,9	5,4	5,9	7,4	6,5	3,5	8,1	8,1	6,3	3,0	5,4	8,1	4,5	5,9	4,9	3,3	5,7	7,2	6,8
37. Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili?																					
ne kadim in nisem nikoli kadil	50,7	43,4	58,2	53,9	53,7	43,8	44,4	61,7	56,2	42,8	45,6	59,5	51,6	50,5	50,5	49,8	46,9	54,1	54,0	48,2	51,8
sedaj ne kadim, a prej sem kadil	28,8	34,0	23,4	20,7	22,3	33,0	38,3	31,5	25,5	33,9	30,5	24,9	30,0	27,9	27,9	29,7	33,1	27,5	28,4	28,9	25,5
sedaj kadim	20,5	22,6	18,4	25,4	24,0	23,2	17,3	6,8	18,4	23,3	23,9	15,6	18,4	21,6	20,6	20,0	18,4	17,6	22,8	22,7	
38. Ali ste pokadili vsaj 100 cigaret v svojem življenju? (samo bivši ali trenutni kadilci)																					
da	95,4	96,6	93,8	94,6	95,4	96,6	95,2	94,7	95,4	95,8	95,3	95,3	97,4	93,7	97,0	95,3	96,1	95,0	95,0	95,0	96,4
39. Kakšen kadilec ste (ali ste bili)? (samo bivši ali trenutni kadilci)																					
reden, kadim (kadil sem) vsak dan	70,6	75,5	63,7	67,8	67,6	70,8	74,4	72,8	71,1	74,9	71,6	64,2	70,5	73,0	70,6	70,8	71,4	71,5	69,4	70,6	67,3
občasen	29,4	24,5	36,3	32,2	32,4	29,2	25,6	27,2	28,9	25,1	28,4	35,8	29,5	27,0	29,4	29,2	28,6	28,5	30,6	29,4	32,7
40. Katere tobačne izdelke in/ali izdelke z nikotinom uporabljate oziroma ste uporabljali? (samo bivši ali trenutni kadilci; možnih je več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																					
tovarniške cigarete	95,4	94,7	96,6	94,5	96,3	96,0	95,1	95,0	93,0	96,2	96,0	95,2	93,7	94,4	95,8	95,0	97,2	96,4	94,7	96,4	97,0
ročno zvite cigarete	7,8	10,5	4,2	17,0	8,5	6,7	3,2	2,1	5,8	5,8	8,4	9,8	8,5	9,2	9,7	8,2	2,6	6,8	7,9	6,6	8,8
cigare	4,6	6,5	2,0	5,7	5,9	4,2	3,8	3,0	4,7	3,3	4,9	5,1	3,2	5,6	4,0	5,2	1,7	2,8	6,9	3,3	4,2
41. Koliko cigaret običajno pokadite (ali ste pokadili) na dan? (samo bivši ali trenutni kadilci)																					
povprečno št. cigaret na dan	15,4	18,3	11,4	11,4	13,8	15,8	18,5	18,8	17,0	16,8	15,4	13,1	16,5	16,7	15,1	15,1	15,4	15,8	15,1	14,8	
42. Če ste, ali ste bili kadilec, koliko ste bili stari, ko ste prvič kadili? (samo bivši ali trenutni kadilci)																					
povprečna starost v letih	17,7	17,3	18,1	16,1	16,9	17,7	18,4	20,4	18,1	17,6	17,6	17,6	17,7	18,2	17,6	17,8	17,4	17,8	17,6	17,4	17,5
43. Če ste bili kadilec, pa niste več, koliko ste bili stari, ko ste začeli redno (vsak dan) kaditi? (samo bivši kadilci)																					
povprečna starost v letih	19,7	19,5	20,1	17,8	18,5	19,4	20,6	22,2	20,2	19,7	19,5	19,8	20,0	20,0	19,7	19,8	19,9	19,5	19,5	19,4	20,3
44. Če ste bili kadilec, pa niste več, koliko ste bili stari, ko ste prenehali kaditi? (samo bivši kadilci)																					
povprečna starost v letih	35,6	36,3	34,5	24,9	29,4	34,6	40,8	45,6	39,4	36,8	35,0	33,6	37,7	37,2	35,7	35,8	35,4	34,7	34,8	35,2	34,0
45. Če ste še vedno kadilec, ali bi radi opustili kajenje? (samo trenutni kadilci)																					
ne, kajenja ne nameravam opustiti	10,3	10,1	10,6	8,0	9,2	11,2	10,5	26,6	15,3	9,7	9,4	10,3	4,7	12,5	9,2	12,1	10,2	12,8	8,8	9,4	8,5
da, kajenje nameravam opustiti v naslednjih 30 dneh	5,8	5,7	6,1	6,2	7,0	3,9	6,7	4,9	4,6	4,9	5,4	8,0	1,0	5,0	7,8	6,3	3,4	5,5	7,5	6,0	3,2
da, kajenje nameravam opustiti v naslednjih 6 mesecih	13,7	14,4	12,9	16,4	13,1	12,5	12,4	12,4	8,3	11,0	15,3	16,0	17,8	15,2	10,5	13,5	12,5	13,6	10,2	18,0	11,5
da, kajenje nameravam opustiti nekoč v prihodnosti	50,9	50,8	51,2	54,7	50,6	51,4	47,6	38,9	43,5	53,4	51,9	51,1	61,8	45,8	54,6	50,7	53,1	51,5	52,4	47,4	50,2
nisem še razmišljal/a o tem	19,2	19,1	19,3	14,7	20,1	20,9	22,7	17,3	28,3	21,0	18,1	14,5	14,7	21,5	17,8	17,5	20,8	16,6	21,1	19,3	26,6
47. Če še vedno kadite, prosimo navedite, kdaj ste nazadnje resno poskusili prenehati kaditi in ste zdržali brez kajenja vsaj 24 ur? (samo trenutni kadilci)																					
v zadnjem mesecu	16,0	15,8	16,3	20,2	17,8	13,7	11,8	5,4	10,7	11,6	15,6	23,5	15,7	15,1	23,3	17,5	14,8	6,1	16,5	12,2	17,6
pred več kot 1, a manj kot 6 meseci	14,8	16,0	13,4	20,0	13,4	10,3	14,4	17,9	13,9	15,0	17,0	10,8	13,8	8,0	19,5	14,3	17,5	17,4	13,8	16,6	12,3
pred več kot 6, a manj kot 12 meseci	11,6	12,1	10,8	14,0	13,5	8,5	8,7	12,1	8,2	12,1	11,4	12,9	13,5	12,1	8,9	12,1	8,6	17,8	10,7	11,2	9,9
pred več kot 1 letom	57,6	56,1	59,5	45,9	55,3	67,5	65,1	64,7	67,2	61,3	55,9	52,8	57,0	64,8	48,3	56,1	59,2	58,6	59,0	60,1	60,1

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
48. Ali vas skrbijo škodljive posledice kajenja za vaše zdravje? (samo bivši ali trenutni kadilci)																					
zelo sem zaskrbljen/a	12,7	13,0	12,4	12,0	13,0	13,5	12,8	11,7	13,8	12,5	11,7	14,1	10,2	13,1	10,3	12,9	10,5	14,5	12,7	13,1	15,9
nekoliko sem zaskrbljen/a	36,6	35,2	38,6	42,8	41,2	35,0	31,0	29,1	33,0	36,4	39,1	35,1	38,8	40,0	36,0	36,6	38,4	32,8	34,3	37,7	37,5
nisem pretirano zaskrbljen/a	31,9	31,9	31,8	30,6	29,7	32,5	35,4	29,4	32,6	30,8	31,8	32,1	31,3	30,0	33,9	31,9	36,0	31,8	32,3	32,2	26,6
sploh nisem zaskrbljen/a	18,8	19,9	17,2	14,6	16,1	19,0	20,8	29,7	20,5	20,3	17,5	18,6	19,6	16,9	19,8	18,7	15,1	20,9	20,7	17,0	20,1
49. Ali vam je v zadnjem letu (v zadnjih 12 mesecih) katera od naštetih oseb svetovala, da opustite kajenje? (samo bivši ali trenutni kadilci, možnih je več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																					
zdravnik	17,2	17,6	16,6	17,0	15,9	19,7	17,3	13,5	20,2	19,6	16,8	13,9	17,6	19,1	19,9	17,1	12,3	15,8	16,3	17,4	16,8
zobozdravnik	4,0	4,5	3,3	5,3	5,1	3,8	3,7	0,9	2,9	3,1	4,7	4,5	3,9	8,5	4,6	4,1	3,3	4,7	2,7	3,0	3,1
medicinska sestra	3,6	4,5	2,4	4,1	4,2	3,5	3,5	2,5	3,5	3,8	3,4	4,0	3,0	5,0	4,0	3,3	2,6	2,5	4,6	3,3	4,7
drug zdravstveni delavec	2,9	3,4	2,3	4,0	2,6	2,8	3,3	1,1	2,8	3,0	2,8	3,3	3,0	5,0	3,6	2,5	2,5	2,5	3,0	2,5	3,2
družinski član	31,6	30,3	33,4	44,0	39,3	30,6	22,7	14,9	28,8	30,7	34,2	29,9	25,9	30,2	30,8	31,7	32,0	29,4	31,2	33,8	35,3
prijatelj	21,0	20,0	22,2	33,0	26,8	19,1	13,4	7,4	16,4	20,2	22,0	22,5	17,2	16,6	19,7	21,9	19,0	19,9	21,3	21,7	25,5
drugi	23,0	23,7	22,0	23,1	23,7	22,8	23,5	17,5	21,1	27,2	22,5	21,1	28,7	21,0	26,0	22,8	20,2	20,9	20,9	23,7	23,4
50. Ali vsakodnevno uživate naslednje dnevne obroke? (možnih je več odgovorov, prikazan delež pritrilnih odgovorov)																					
zajtrk	58,4	53,0	63,8	50,7	47,6	48,6	69,3	89,7	70,3	53,7	54,6	60,7	66,7	64,0	58,6	58,4	57,0	55,0	59,5	54,4	56,9
dopoldanska malica	34,6	33,9	35,3	30,8	35,0	36,3	34,9	37,6	41,7	38,9	33,5	30,4	29,1	34,9	32,0	32,3	35,9	40,7	38,3	33,5	40,7
kosilo	81,6	78,8	84,4	76,4	74,9	78,6	88,0	96,3	88,4	82,4	79,5	80,2	84,2	83,1	83,1	78,8	89,3	80,2	85,1	80,5	80,1
popoldanska malica	21,1	16,5	25,8	17,7	17,8	18,9	24,5	34,9	32,9	21,4	20,0	17,8	23,0	23,8	18,9	20,0	21,0	24,6	22,3	19,4	23,7
večerja	55,0	58,4	51,5	49,8	47,7	49,1	61,8	77,3	68,5	59,3	53,0	48,9	68,2	60,6	54,7	54,0	54,0	50,6	53,3	54,1	54,9
priložnostni obrok (npr. pred televizijo)	11,4	12,1	10,7	11,1	10,0	10,9	12,6	14,9	15,9	14,4	10,8	8,7	9,2	11,6	9,6	11,0	11,4	12,0	11,8	13,0	12,7
51a. Kje uživate naslednje obroke – zajtrk?																					
doma	81,4	81,8	81,0	77,7	75,0	76,0	88,2	96,9	86,3	79,9	79,5	82,5	85,1	79,7	81,9	80,4	79,8	81,7	81,7	81,4	84,5
izven doma	7,9	6,4	9,4	10,9	12,6	9,4	3,0	0,1	3,6	7,2	8,6	9,5	5,5	6,9	7,5	9,3	8,1	8,4	8,5	6,9	5,0
obroka ne jem	10,7	11,8	9,6	11,5	12,4	14,6	8,8	3,1	10,2	12,8	11,9	8,1	9,4	13,4	10,5	10,3	12,1	9,9	9,7	11,7	10,5
51b. Kje uživate naslednje obroke – dopoldanska malica?																					
doma	27,4	24,4	30,6	16,6	13,3	18,2	47,6	67,0	47,8	30,7	25,7	19,7	29,6	29,4	25,4	24,4	30,7	30,0	30,1	27,2	31,9
izven doma	51,0	53,9	47,9	62,1	66,6	63,5	28,2	4,6	27,4	48,5	52,6	59,5	41,9	47,2	53,2	52,8	47,5	55,8	49,2	50,7	51,2
obroka ne jem	21,6	21,7	21,5	21,3	20,0	18,3	24,1	28,4	24,7	20,8	21,7	20,7	28,5	23,4	21,3	22,8	21,9	14,2	20,6	22,2	16,9
51c. Kje uživate naslednje obroke – kosilo?																					
doma	83,3	82,3	84,3	71,7	75,8	84,1	92,6	98,8	95,0	89,8	84,5	72,1	72,4	82,0	87,5	78,7	92,8	84,5	86,3	86,7	87,2
izven doma	15,6	16,2	14,9	27,3	22,2	14,8	6,5	0,9	4,1	8,8	14,3	26,9	25,8	16,2	11,8	20,0	7,2	14,4	13,0	12,1	11,3
obroka ne jem	1,2	1,5	0,8	1,1	2,1	1,1	0,9	0,3	1,0	1,4	1,2	1,1	1,8	1,8	0,7	1,4	0,0	1,1	0,7	1,1	1,5
51d. Kje uživate naslednje obroke – popoldanska malica?																					
doma	51,6	45,7	57,5	48,7	48,4	46,0	57,5	67,1	59,6	49,3	47,7	54,6	55,6	53,9	50,1	49,8	50,3	55,5	51,9	50,1	57,2
izven doma	14,1	14,0	14,3	20,9	16,9	15,0	7,6	2,2	7,6	14,5	17,4	12,6	12,1	13,4	15,1	14,9	11,5	11,9	14,0	14,9	13,7
obroka ne jem	34,2	40,3	28,3	30,3	34,7	39,0	34,9	30,7	32,7	36,2	35,0	32,8	32,3	32,6	34,8	35,4	38,1	32,6	34,1	35,0	29,1
51e. Kje uživate naslednje obroke – večerja?																					
doma	90,2	91,2	89,2	89,1	91,3	86,4	92,0	94,0	91,5	90,2	89,5	90,5	91,2	90,8	90,8	90,2	91,9	89,3	89,6	89,9	90,1
izven doma	2,8	3,5	2,0	4,1	3,0	3,5	1,6	0,5	1,7	3,0	3,5	2,2	3,1	2,2	2,4	2,7	2,2	4,6	2,7	2,6	2,8
obroka ne jem	7,0	5,4	8,8	6,7	5,8	10,1	6,4	5,5	6,8	6,8	7,0	7,3	5,8	7,0	6,8	7,1	5,9	6,2	7,6	7,5	7,1
52a. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – oljčno (olivno) olje?																					
vsak dan	35,6	31,1	40,0	26,3	30,3	34,7	44,3	50,0	34,1	29,6	34,9	40,6	56,6	63,4	42,1	41,6	18,4	31,9	26,0	19,5	17,1
tedensko	30,9	33,6	28,3	39,1	33,5	30,6	24,9	21,6	21,8	27,0	30,8	37,2	28,2	23,5	31,2	32,7	37,1	34,8	32,9	28,4	26,8
mesečno	7,4	8,5	6,3	10,2	8,4	7,0	5,4	4,2	5,8	8,4	7,8	6,8	4,8	3,5	5,7	7,2	8,4	7,5	8,0	8,9	12,3
redkeje	14,9	15,3	14,6	14,5	16,6	15,6	14,7	11,7	17,3	18,9	15,4	11,0	6,4	6,7	13,9	10,6	21,7	17,0	17,5	23,3	23,6
nikoli	11,2	11,6	10,8	9,9	11,2	12,1	10,8	12,5	21,1	16,2	11,1	4,4	4,1	2,9	7,2	7,9	14,4	8,7	15,6	19,8	20,2
52b. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – druga rastlinska olja?																					
vsak dan	36,0	33,7	38,3	24,1	29,7	36,7	45,3	53,6	49,1	43,1	34,7	27,6	27,4	25,6	33,4	34,8	37,8	44,2	40,4	40,4	33,7
tedensko	37,7	41,6	33,8	44,3	43,4	38,2	30,1	26,2	29,2	34,7	38,9	41,6	35,4	31,5	37,5	36,3	42,7	35,5	39,1	40,1	43,5

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS	
mesečno	8,0	8,0	7,9	12,1	9,1	7,4	5,1	4,1	5,4	6,7	8,1	9,7	11,2	10,0	7,9	8,1	5,2	6,9	6,8	7,6	9,0	
redkeje	14,4	13,1	15,7	14,9	13,9	14,3	15,5	12,3	12,0	12,8	14,4	16,4	20,1	22,9	15,7	16,8	12,7	10,8	11,0	10,0	9,9	
nikoli	4,0	3,7	4,3	4,6	3,9	3,5	4,0	3,8	4,3	2,7	3,9	4,7	5,9	10,0	5,5	4,0	1,6	2,6	2,7	2,0	3,9	
52c. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – smetano (kislo ali sladko)?																						
vsak dan	3,9	3,7	4,1	3,1	2,8	3,2	4,9	7,1	7,2	3,9	3,9	2,6	4,6	3,6	5,8	3,8	1,8	3,7	4,0	3,3	3,7	
tedensko	37,4	35,9	38,8	35,4	41,1	39,8	33,8	35,2	32,0	37,2	38,2	38,5	28,6	24,5	41,4	39,7	37,6	28,2	33,2	40,4	52,9	
mesečno	25,2	24,6	25,7	33,3	26,2	23,8	20,6	17,9	20,6	22,6	25,4	28,4	23,3	24,5	21,3	23,9	27,9	30,0	27,3	28,1	20,3	
redkeje	26,1	25,6	26,6	22,3	23,5	26,6	30,8	29,9	30,8	27,8	25,5	24,1	33,4	33,0	24,4	24,7	28,0	28,1	28,4	24,1	19,1	
nikoli	7,4	10,2	4,7	5,9	6,4	6,6	9,9	9,9	9,4	8,5	7,0	6,4	10,2	14,4	7,1	7,9	4,7	10,0	7,1	4,0	4,0	
52d. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – margarino?																						
vsak dan	7,0	7,2	6,7	3,5	4,6	5,4	8,7	18,8	14,0	8,0	6,6	3,9	6,6	3,4	7,5	5,3	5,8	7,0	7,9	9,2	11,6	
tedensko	25,0	25,9	24,1	22,0	27,4	26,5	24,6	23,9	30,7	30,1	25,8	18,6	16,8	14,6	23,8	22,8	24,5	21,4	28,1	30,8	38,7	
mesečno	16,9	17,6	16,2	22,2	18,5	17,1	12,9	9,7	15,3	17,4	18,2	15,9	15,4	12,0	15,0	16,0	23,9	17,9	17,6	20,5	15,7	
redkeje	27,9	27,7	28,2	30,2	26,8	29,1	28,4	22,4	26,7	28,2	27,8	28,4	26,6	29,6	28,9	28,3	30,8	31,3	30,1	24,6	21,6	
nikoli	23,2	21,7	24,7	22,1	22,7	21,9	25,4	25,1	13,3	16,2	21,6	33,3	34,6	40,3	24,8	27,7	15,0	22,3	16,2	15,0	12,4	
52e. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – maslo?																						
vsak dan	6,0	5,3	6,8	3,8	5,2	4,8	7,6	12,2	7,3	5,8	5,7	6,0	6,6	5,8	6,4	5,4	5,1	4,5	6,6	7,3	6,4	
tedensko	29,6	28,2	30,9	26,4	33,2	28,0	29,6	31,6	26,2	27,3	28,3	33,5	37,0	30,1	34,2	28,9	25,4	27,9	27,6	28,1	31,0	
mesečno	20,3	20,5	20,1	25,5	22,1	20,8	15,3	13,6	14,1	19,7	21,3	21,8	20,3	17,7	17,0	21,9	19,0	20,6	20,4	19,7	22,7	
redkeje	31,7	32,3	31,1	32,1	28,6	34,9	32,8	29,1	33,6	33,6	32,2	29,3	26,2	34,1	30,2	31,2	36,1	32,8	32,9	32,9	28,4	
52f. Kako pogosto uporabljate pri pripravi hrane – svinjsko maslo?																						
vsak dan	4,9	5,1	4,7	2,0	2,9	4,0	7,4	11,9	15,5	6,0	3,5	1,5	3,5	3,3	2,0	2,8	6,5	9,1	8,5	5,0	8,2	
tedensko	15,8	19,5	12,0	11,7	15,0	18,4	16,7	18,5	23,3	22,1	15,0	9,5	15,5	8,1	10,4	11,3	22,8	24,6	22,4	16,6	24,5	
mesečno	11,2	13,5	8,9	13,9	10,0	11,3	10,3	9,8	9,7	13,5	11,5	10,2	9,4	8,7	9,6	10,7	12,0	10,1	14,8	11,2	13,5	
redkeje	27,8	28,8	26,8	27,8	26,8	27,2	29,1	28,8	23,2	28,1	28,6	28,5	33,2	28,0	26,7	28,3	31,6	27,9	26,5	26,5	26,4	
nikoli	40,4	33,1	47,7	44,6	45,3	39,1	36,5	31,1	28,3	30,3	41,4	50,3	38,3	51,9	51,3	46,9	27,0	28,3	27,9	40,7	27,3	
53a. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - margarino?																						
vsak dan	6,6	6,6	6,6	3,7	4,3	4,5	8,2	18,1	12,6	7,6	5,9	4,2	4,6	2,6	5,8	5,1	5,8	5,9	7,6	9,2	14,0	
tedensko	21,8	23,0	20,5	15,7	23,9	23,9	23,6	22,0	28,2	27,4	22,5	14,6	10,7	12,1	20,1	18,0	21,8	21,1	27,2	29,0	33,2	
mesečno	11,9	13,2	10,5	16,0	14,4	12,1	7,6	5,6	10,9	12,6	13,2	10,4	8,3	6,4	11,6	12,6	13,7	13,9	10,8	13,2	14,0	
redkeje	23,5	23,9	23,1	29,4	22,0	24,1	21,1	17,7	24,7	24,7	23,0	22,6	20,4	19,1	22,4	23,2	31,3	23,8	26,9	23,6	20,5	
nikoli	36,3	33,3	39,3	35,1	35,4	35,5	39,5	36,5	23,6	27,8	35,3	48,2	56,0	59,7	40,1	41,1	27,4	35,3	27,5	25,1	18,3	
53b. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - maslo?																						
vsak dan	4,5	3,7	5,3	2,5	3,9	3,8	5,2	9,4	4,0	3,8	4,1	5,5	3,0	3,7	4,5	4,4	5,2	3,8	4,6	4,8	6,4	
tedensko	22,7	21,5	23,9	17,8	23,8	21,0	25,2	28,8	22,3	20,4	21,4	25,7	17,2	15,6	25,4	22,3	18,9	22,9	26,1	24,4	22,9	
mesečno	16,8	16,6	17,0	19,8	20,8	16,8	12,7	10,2	11,3	17,0	17,6	17,9	12,2	11,5	14,6	18,4	19,4	16,7	16,1	17,0	23,0	
redkeje	32,1	31,1	33,0	35,0	29,1	34,6	32,1	27,0	29,7	33,4	32,7	31,3	32,9	34,8	31,6	30,6	33,0	32,1	32,0	34,8	28,7	
nikoli	24,0	27,0	20,9	24,8	22,3	23,8	24,8	24,5	32,7	25,3	24,2	19,7	34,6	34,5	23,9	24,4	23,5	24,6	21,2	19,1	19,0	
53c. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - svinjsko maslo ali zaseko?																						
vsak dan	0,8	0,9	0,8	0,1	0,6	0,5	1,2	3,0	2,9	1,4	0,5	0,2	0,2	0,0	0,4	0,4	1,3	1,1	1,3	1,3	2,2	
tedensko	5,7	8,1	3,2	2,8	4,2	7,2	7,3	8,9	10,4	9,3	4,8	2,8	3,5	2,0	4,8	3,4	6,4	6,2	6,0	8,4	16,3	
mesečno	7,3	9,9	4,7	6,2	6,8	7,8	7,3	9,8	8,2	9,7	7,5	5,3	5,1	4,6	8,7	5,5	8,1	4,5	5,9	11,0	15,7	
redkeje	28,6	32,6	24,5	27,9	27,6	29,6	30,5	26,6	25,9	31,4	28,9	27,5	23,0	12,2	32,2	25,6	37,3	22,1	29,1	38,4	36,2	
nikoli	57,5	48,5	66,8	62,9	60,9	54,9	53,7	51,8	52,6	48,2	58,4	64,3	68,1	81,2	53,9	65,1	46,9	66,2	57,6	40,8	29,6	
53d. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - namaz z veliko maščob (ribji, zelenjavni, siri, zeliščni)?																						
vsak dan	1,1	1,1	1,2	1,1	0,8	0,8	1,3	2,3	1,7	0,7	1,3	1,0	0,6	0,4	1,2	1,3	0,7	0,9	0,9	1,4	1,8	
tedensko	15,3	16,0	14,7	15,9	17,2	15,0	12,7	15,4	13,4	13,4	15,4	17,1	11,9	14,8	17,1	16,2	17,2	12,6	13,8	15,4	17,2	
mesečno	20,7	21,7	19,6	28,5	23,6	19,3	13,8	13,4	13,4	18,6	20,8	24,6	18,4	18,3	21,1	21,8	23,8	22,2	19,4	20,3	19,5	
redkeje	36,3	34,7	38,0	34,7	35,8	38,9	38,4	31,8	32,8	36,9	37,9	35,6	40,5	32,5	35,5	36,5	36,2	34,9	37,3	36,9	35,9	
nikoli	26,5	26,6	26,5	19,8	22,6	25,9	33,9	37,0	38,7	30,3	24,6	21,7	28,6	33,9	25,1	24,3	22,2	29,4	28,6	26,0	25,6	

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
53e. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - čokoladni namaz?																					
vsak dan	0,7	0,6	0,7	1,2	1,0	0,4	0,2	0,2	0,4	0,7	0,5	1,0	1,5	1,8	1,3	0,3	0,8	0,2	0,4	0,6	0,5
tedensko	7,7	9,5	5,9	13,4	11,4	5,0	2,4	2,7	5,0	7,3	8,2	8,3	10,4	10,7	6,9	8,7	6,7	6,6	6,2	6,2	6,2
mesečno	14,2	15,4	12,9	25,7	18,4	11,5	4,2	3,3	8,7	13,1	13,6	17,3	18,1	15,9	15,1	14,5	14,3	11,4	13,4	12,1	15,4
redkeje	29,4	28,0	30,8	38,5	34,1	30,1	20,1	14,4	23,1	31,0	29,3	30,9	30,9	28,5	29,8	28,7	27,9	31,2	29,3	30,4	28,6
nikoli	48,1	46,4	49,7	21,3	35,1	53,1	73,1	79,4	62,8	47,8	48,4	42,5	39,1	43,1	46,9	47,6	50,2	50,6	50,3	50,7	49,4
53f. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - arašidovo maslo?																					
vsak dan	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,4
tedensko	0,9	1,0	0,8	1,3	1,1	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	1,0	1,2	1,1	0,3	1,1	1,2	0,7	0,4	1,3	0,7	0,5
mesečno	1,8	2,2	1,4	2,5	2,1	1,9	1,1	0,7	1,4	0,9	1,7	2,5	1,7	1,6	1,5	2,3	1,9	1,3	1,4	1,7	1,6
redkeje	9,5	11,0	7,9	14,0	10,8	8,4	6,6	4,1	4,8	8,1	9,3	12,1	6,7	5,2	7,5	11,4	7,9	9,6	10,3	9,8	8,1
nikoli	87,7	85,7	89,7	82,1	85,8	88,9	91,6	94,5	93,0	90,0	87,9	84,1	90,0	92,9	90,0	84,9	89,5	88,7	86,8	87,8	89,5
53g. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - paštete?																					
vsak dan	1,6	2,1	1,0	1,6	1,2	1,3	1,7	2,7	3,0	2,5	1,4	0,6	0,4	1,2	1,0	1,0	1,8	1,8	1,5	2,9	3,2
tedensko	25,7	30,9	20,3	29,0	28,8	26,0	21,5	20,3	30,0	30,3	26,9	19,6	16,0	16,5	23,7	23,0	35,0	25,9	29,4	32,7	28,3
mesečno	27,4	29,3	25,4	31,8	29,4	28,0	23,2	21,1	23,2	26,9	27,9	28,5	20,2	21,9	29,1	27,2	29,1	29,1	28,7	28,3	28,9
redkeje	32,4	27,4	37,4	26,3	28,5	35,0	37,8	36,8	31,9	30,6	32,4	33,6	35,4	40,1	32,8	34,7	25,9	32,7	31,2	26,9	28,5
nikoli	13,0	10,2	15,9	11,3	12,2	9,7	15,9	19,3	11,9	9,7	11,4	17,6	28,1	20,3	13,4	14,0	8,2	10,5	9,2	9,2	11,1
53h. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - smetano?																					
vsak dan	1,2	1,3	1,1	0,8	1,0	1,3	1,7	1,6	1,6	1,5	1,3	0,8	0,9	1,4	1,6	1,3	0,7	0,9	0,9	1,3	1,8
tedensko	14,0	15,1	12,8	13,8	15,1	14,2	12,3	14,3	15,2	15,5	14,3	12,2	7,8	8,4	14,6	13,7	15,1	8,0	13,4	18,6	20,8
mesečno	17,4	17,6	17,1	18,7	19,0	18,6	14,3	14,1	15,5	16,9	17,0	18,9	10,7	13,7	19,4	16,4	20,8	17,4	18,2	19,7	18,7
redkeje	32,2	31,2	33,2	31,9	30,6	33,2	32,6	33,5	32,2	34,2	33,1	29,9	25,9	29,6	30,5	32,2	35,8	33,4	36,0	33,4	27,6
53i. Kako pogosto uporabljate kot namaz na kruhu - majonezo?																					
vsak dan	0,8	1,0	0,6	1,5	0,9	0,3	0,6	0,3	0,9	1,0	0,7	0,7	0,8	0,9	0,6	0,8	1,0	0,3	0,6	0,9	1,6
tedensko	10,3	13,5	7,1	17,3	12,1	9,2	4,9	3,8	9,4	11,6	11,5	8,5	7,9	6,0	10,9	10,6	10,8	8,6	9,7	12,9	11,6
mesečno	15,1	18,1	12,1	20,1	18,9	14,6	9,1	7,9	11,5	15,9	15,8	15,0	13,2	10,8	14,9	14,8	16,7	14,9	16,2	15,9	18,2
redkeje	35,9	33,6	38,3	33,0	36,3	41,1	34,4	33,0	31,4	36,6	37,0	35,9	31,5	37,0	35,8	35,6	35,3	34,9	38,5	36,3	34,2
nikoli	37,9	33,9	42,0	28,1	31,8	34,7	51,0	54,9	46,8	34,8	35,0	39,8	46,6	45,3	37,7	38,2	36,3	41,4	35,1	34,1	34,5
54. Kakšno mleko najpogosteje pijete?																					
ne pijem mleka	21,6	23,3	19,9	16,2	21,4	24,9	25,7	19,0	23,3	23,2	21,2	20,4	21,5	16,3	19,9	22,1	19,3	26,6	21,9	20,7	26,1
domače mleko (s kmetije, mlekomata)	12,4	11,8	13,1	11,8	12,2	11,8	12,4	14,8	16,8	12,4	10,7	12,3	14,4	9,3	18,7	11,8	15,4	12,3	16,4	8,3	7,1
mleko s 3,5 % maščobe	35,1	36,2	34,0	43,2	39,0	31,6	29,3	30,6	35,2	36,6	37,5	31,4	35,4	39,3	32,6	32,8	33,7	31,3	36,1	40,1	35,4
mleko z manj maščobe (1,6 % ali manj)	29,0	27,4	30,7	27,0	26,1	30,1	30,3	33,3	23,0	26,4	28,9	33,7	28,0	32,2	27,3	31,1	30,6	27,7	24,3	29,4	29,4
posneto mleko (0,5 % maščobe)	1,8	1,3	2,3	1,8	1,3	1,6	2,2	2,2	1,7	1,3	1,8	2,2	0,8	2,9	1,5	2,1	1,0	2,1	1,2	1,5	1,9
55. Katere mlečne izdelke najpogosteje uživata?																					
polnomastne mlečne izdelke	38,7	40,4	36,9	48,3	43,4	36,9	31,5	29,1	35,5	37,0	39,4	40,5	46,9	40,2	45,2	39,3	38,0	35,7	39,0	34,1	31,0
mlečne izdelke z manj maščob	55,0	52,2	57,9	47,4	51,5	56,4	60,4	62,8	52,9	55,5	55,1	55,5	49,0	53,6	50,0	55,3	55,5	55,5	53,5	59,5	59,4
ne uživam mlečnih izdelkov	6,3	7,4	5,2	4,4	5,1	6,7	8,1	8,1	11,6	7,5	5,5	4,0	4,1	6,2	4,7	5,4	6,5	8,7	7,5	6,4	9,6
57. Koliko kruha običajno pojedete na dan?																					
do četrť kg	81,0	72,0	90,2	79,5	79,5	78,9	83,6	85,2	78,1	76,5	80,5	85,9	80,8	79,4	80,3	81,9	76,5	78,0	80,4	82,6	82,6
četrť do pol kg	14,2	23,6	4,6	13,7	14,5	16,2	13,6	12,3	17,9	19,6	14,0	9,2	13,9	13,8	15,6	13,4	18,1	16,8	14,3	13,3	14,2
več kot pol kg	1,7	2,9	0,4	1,6	2,5	2,1	1,0	0,8	2,8	2,1	1,9	0,6	1,0	1,9	1,2	1,4	2,2	2,6	2,5	1,3	1,9
ne jem kruha	3,1	1,5	4,8	5,3	3,5	2,7	1,8	1,7	1,2	1,8	3,6	4,2	4,3	4,9	2,9	3,3	3,1	2,6	2,7	2,8	1,3
58. Koliko vode običajno popijete na dan?																					
do 2 dl	7,3	6,8	7,8	4,3	4,8	7,6	9,9	11,6	12,2	8,2	6,6	5,2	4,9	7,9	7,2	6,7	7,6	7,3	8,2	7,7	8,1
2 dl - 0,5 l	12,0	12,1	11,9	8,0	10,5	13,3	14,9	14,4	13,3	13,2	12,0	10,6	11,8	11,0	12,1	11,2	11,9	13,5	11,6	13,8	11,7
0,5 - 1 l	29,9	28,7	31,1	23,9	28,2	32,1	32,4	34,6	30,1	30,5	29,6	29,5	34,0	29,8	30,0	29,6	29,9	31,0	31,4	28,7	25,9
1 - 2 l	34,0	33,9	34,1	38,1	37,1	32,0	31,5	29,6	30,5	33,1	34,2	36,2	30,7	33,8	32,6	35,9	34,7	31,9	33,2	34,4	32,6

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS	
2 l in več	15,4	16,3	14,4	24,8	18,5	13,4	9,7	7,2	11,3	13,3	16,1	17,8	17,2	16,3	16,9	15,2	14,6	14,0	14,3	14,2	19,1	
vode sploh ne pijem	1,5	2,3	0,7	1,0	0,9	1,6	1,7	2,5	2,7	1,8	1,4	0,8	1,4	1,1	1,1	1,5	1,4	2,4	1,2	1,3	2,6	
61a. Kako pogosto običajno uživate – mleko in mlečne izdelke (mleko, sire, jogurt, skuto ...)?																						
nikoli	2,5	3,2	1,7	1,3	2,0	2,8	3,4	3,2	4,2	2,9	2,2	1,7	1,3	3,1	1,8	2,0	3,7	3,1	2,3	2,7	4,5	
1-3x na mesec	10,9	12,4	9,3	7,3	9,8	11,7	13,9	12,7	17,9	14,3	9,9	6,6	9,8	7,5	8,1	9,3	11,6	14,0	13,0	12,7	15,2	
1-3x na teden	28,1	29,6	26,5	23,1	28,2	32,2	29,8	26,1	32,8	30,6	28,7	23,4	23,8	17,8	26,7	26,7	27,7	31,7	30,9	32,0	32,4	
4-6x na teden	16,8	18,0	15,6	19,8	21,4	15,4	13,8	11,0	9,2	16,8	17,7	19,2	13,3	17,0	18,2	17,8	15,3	18,9	16,5	15,2	15,2	
1x na dan	31,9	28,7	35,2	26,4	30,5	32,1	35,5	37,7	33,1	31,9	30,7	33,0	33,2	34,6	32,4	32,0	34,7	28,5	31,4	31,0	32,6	
več kot 1x na dan	23,1	15,0	31,3	18,9	19,5	23,2	27,9	28,2	23,0	19,8	22,3	26,0	29,7	30,0	23,7	22,8	19,8	23,0	22,4	20,0	21,1	
61b. Kako pogosto običajno uživate – sveže sadje (jabolka, hruške, breskve, banane, pomaranče)?																						
nikoli	0,9	1,1	0,7	0,5	1,2	0,9	0,8	1,1	1,7	0,7	1,0	0,5	0,6	0,7	0,9	0,9	2,1	1,2	0,8	0,6	1,3	
1-3x na mesec	6,4	9,1	3,6	8,4	6,4	6,2	5,7	4,6	8,9	8,2	6,8	3,7	4,4	6,7	6,6	6,0	9,2	8,7	6,9	5,9	5,7	
1-3x na teden	20,5	26,4	14,5	24,9	23,6	19,5	16,8	15,6	20,1	23,7	21,1	17,9	16,3	14,4	20,2	20,2	17,4	21,3	20,8	24,7	23,4	
4-6x na teden	17,1	19,7	14,6	21,0	18,7	18,0	13,2	12,8	13,1	15,6	18,1	18,8	15,8	13,7	16,2	18,1	16,7	17,3	17,6	17,9	15,9	
1x na dan	31,9	28,7	35,2	26,4	30,5	32,1	35,5	37,7	33,1	31,9	30,7	33,0	33,2	34,6	32,4	32,0	34,7	28,5	31,4	31,0	32,6	
več kot 1x na dan	23,1	15,0	31,3	18,9	19,5	23,2	27,9	28,2	23,0	19,8	22,3	26,0	29,7	30,0	23,7	22,8	19,8	23,0	22,4	20,0	21,1	
61c. Kako pogosto običajno uživate – 100 % sadne sokove?																						
nikoli	19,8	18,7	21,0	13,3	16,8	19,2	25,0	32,3	31,9	22,4	18,4	15,3	18,2	19,4	19,2	19,5	20,7	20,9	19,9	20,4	21,3	
1-3x na mesec	35,8	35,3	36,3	40,4	37,6	35,3	33,5	27,2	28,5	34,2	38,3	36,6	35,9	31,6	38,8	35,8	38,3	37,8	34,2	35,9	35,4	
1-3x na teden	23,3	24,9	21,6	25,0	24,4	24,1	21,0	19,4	18,5	22,5	23,7	25,2	24,0	22,1	22,2	23,5	19,6	20,8	23,4	25,0	24,8	
4-6x na teden	8,6	9,0	8,1	10,0	9,1	8,5	7,4	6,6	6,3	8,2	7,6	10,5	8,7	10,1	8,4	8,5	7,7	10,2	9,2	7,6	7,3	
1x na dan	9,1	9,2	9,1	7,9	9,6	9,4	8,9	10,7	9,8	9,6	8,3	9,6	9,3	12,8	8,5	9,2	10,3	7,7	9,8	8,1	7,6	
več kot 1x na dan	3,4	3,0	3,8	3,2	2,5	3,5	4,3	3,8	5,0	3,2	3,6	2,8	4,0	4,0	2,9	3,5	3,4	2,7	3,6	3,0	3,6	
61d. Kako pogosto običajno uživate – surovo zelenjavo?																						
nikoli	4,6	5,7	3,5	4,7	4,5	4,7	4,8	4,0	6,0	6,1	5,0	2,6	2,2	2,7	5,1	5,8	3,8	5,2	4,6	3,9	4,1	
1-3x na mesec	9,6	11,6	7,5	13,3	9,7	9,2	8,0	6,0	9,5	10,1	10,8	7,8	2,6	7,2	15,1	9,9	8,7	9,8	10,3	9,3	7,3	
1-3x na teden	22,9	25,6	20,1	26,8	25,3	21,6	20,2	18,2	24,2	23,9	22,7	21,9	16,3	17,7	22,3	24,9	21,1	21,1	24,6	23,7	21,7	
4-6x na teden	22,1	24,2	19,9	24,4	24,0	23,3	18,1	18,5	16,9	21,1	22,0	24,9	16,5	21,1	20,9	21,8	21,0	25,7	21,9	24,0	23,1	
1x na dan	30,9	26,0	35,8	23,2	27,8	31,0	36,1	41,2	32,3	29,9	30,0	32,1	42,1	36,2	27,8	29,2	33,0	29,4	29,8	31,0	31,6	
več kot 1x na dan	10,0	6,8	13,2	7,5	8,6	10,2	12,8	12,0	11,2	8,9	9,5	10,7	20,3	15,2	8,8	8,5	12,4	8,9	8,7	8,1	12,2	
61e. Kako pogosto običajno uživate – predelano zelenjavo (kuhano, dušeno ipd.)?																						
nikoli	3,0	4,2	1,7	3,2	2,4	2,7	2,9	4,1	5,1	4,1	2,8	1,5	3,6	2,6	2,7	2,8	1,9	3,1	3,1	3,1	3,9	
1-3x na mesec	15,6	19,9	11,4	15,3	15,6	16,2	15,6	15,4	20,0	18,9	16,3	10,9	16,2	13,9	16,3	13,6	19,5	14,8	15,1	18,7	18,6	
1-3x na teden	39,3	42,1	36,6	36,2	39,2	41,8	40,8	38,4	42,6	41,8	39,0	36,8	39,5	36,0	40,9	38,0	36,7	39,2	42,7	40,0	39,4	
4-6x na teden	23,9	20,8	27,1	28,3	25,6	24,0	20,2	19,2	17,2	20,1	24,0	29,3	21,4	26,2	23,1	24,7	26,2	25,5	23,5	22,2	23,2	
1x na dan	15,6	11,4	19,8	14,9	14,9	13,3	17,3	19,4	12,2	13,0	15,7	18,5	15,2	17,2	15,3	17,9	13,9	15,1	13,8	14,0	12,3	
več kot 1x na dan	2,6	1,7	3,5	2,2	2,3	2,1	3,2	3,6	3,0	2,0	2,2	3,0	4,0	4,1	1,7	3,0	1,8	2,3	1,7	2,1	2,5	
61f. Kako pogosto običajno uživate – perutnino (piščančje ali puranje meso)?																						
nikoli	3,7	3,4	3,9	4,3	4,1	2,9	3,0	4,2	2,4	2,0	3,5	5,5	2,7	4,7	5,1	4,2	2,9	4,4	3,0	2,3	2,6	
1-3x na mesec	27,0	28,1	26,0	17,8	22,2	28,0	35,0	36,4	36,3	29,9	26,2	21,7	32,4	31,3	29,0	25,6	27,0	29,4	31,1	22,5	21,1	
1-3x na teden	56,8	56,0	57,5	57,2	60,1	58,5	54,5	50,8	51,4	56,7	56,8	59,6	54,5	52,7	53,7	56,3	58,3	54,6	55,0	62,3	62,3	
4-6x na teden	10,0	10,0	9,9	16,9	11,2	8,4	5,4	6,1	7,6	8,1	10,7	11,2	8,8	8,4	9,6	10,7	10,2	9,6	9,0	10,2	11,5	
1x na dan	2,2	2,2	2,2	3,2	1,9	1,9	1,6	2,1	1,7	2,6	2,3	1,8	1,2	2,3	1,8	2,8	1,1	1,9	1,6	2,4	1,5	
več kot 1x na dan	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5	0,2	0,4	0,5	0,7	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3	1,0	
61g. Kako pogosto običajno uživate – rdeče meso (govedino, svinjino, konjsko meso)?																						
nikoli	5,2	3,3	7,2	7,0	5,7	4,1	4,5	4,4	4,3	3,3	4,9	7,2	4,6	4,8	6,1	5,6	5,0	4,9	4,3	4,5	6,7	
1-3x na mesec	35,5	30,3	40,8	30,5	34,0	33,8	39,0	43,7	37,4	33,0	36,0	35,5	30,7	34,3	37,6	37,6	27,7	31,8	32,8	38,6	33,2	
1-3x na teden	49,4	53,2	45,6	50,6	50,3	51,5	47,8	45,0	47,4	51,5	49,3	49,2	52,4	50,0	48,2	48,1	55,3	52,9	51,7	48,4	45,1	
4-6x na teden	7,3	9,7	4,8	9,7	7,9	7,5	5,9	4,2	7,0	8,3	7,5	6,6	9,2	7,4	6,0	6,5	10,0	7,9	8,2	6,1	10,8	
1x na dan	2,2	3,1	1,4	1,9	1,8	2,7	2,6	2,2	3,3	3,3	2,0	1,3	2,9	3,1	1,6	2,1	1,8	2,2	2,2	2,1	3,2	
več kot 1x na dan	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,6	0,6	0,5	0,4	0,1	0,1	0,3	0,5	0,2	0,2	0,2	0,7	0,2	1,1	

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA									
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS		
61h. Kako pogosto običajno uživajte – ribe in morske sadeže?																							
nikoli	8,0	7,2	8,8	7,4	6,4	6,4	9,2	12,8	12,9	9,3	7,3	5,8	7,3	5,0	9,6	8,7	7,0	7,5	9,2	7,5	5,8		
1-3x na mesec	62,8	62,8	62,9	60,4	64,8	65,2	62,2	60,4	62,2	63,8	63,6	61,6	61,2	54,8	62,0	61,8	69,2	68,3	66,0	64,8	58,1		
1-3x na teden	25,4	25,7	25,2	27,5	25,8	24,4	25,1	23,5	20,7	22,7	25,3	29,4	28,8	34,8	24,6	25,7	21,2	19,5	21,1	25,2	31,3		
4-6x na teden	2,5	2,8	2,2	3,9	2,0	2,7	2,0	1,5	2,2	2,5	2,6	2,5	2,3	3,8	2,9	2,5	1,8	3,0	2,5	1,7	2,8		
1x na dan	1,0	1,3	0,7	0,7	0,9	1,0	1,3	1,4	1,7	1,4	0,9	0,6	0,2	1,0	0,7	1,2	0,8	1,2	1,0	0,8	1,6		
več kot 1x na dan	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,6	0,3	0,1	0,0	0,5	0,2	0,0	0,3		
61i. Kako pogosto običajno uživajte – krompir, riž, testenine?																							
nikoli	0,6	0,4	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	1,3	0,5	0,5	0,6	0,2	0,8	0,9	0,7	0,8	0,5	0,3	0,7	0,9		
1-3x na mesec	9,4	9,3	9,5	8,1	8,3	9,2	11,5	10,6	11,7	10,4	8,8	8,5	6,7	8,2	9,2	9,8	10,8	9,2	9,5	9,8	9,9		
1-3x na teden	48,1	47,2	49,0	43,6	49,1	51,0	50,0	45,8	50,8	50,0	48,6	45,1	49,7	47,6	49,7	47,3	45,0	42,1	47,6	51,6	49,2		
4-6x na teden	27,0	28,6	25,3	32,3	29,9	25,3	22,2	23,5	20,5	24,5	27,6	30,8	27,1	28,0	26,2	27,4	25,7	29,9	28,5	23,7	26,7		
1x na dan	14,0	13,4	14,6	14,5	11,3	12,9	14,8	18,3	14,0	14,1	13,5	14,5	14,9	13,9	12,8	13,9	17,5	17,2	13,6	13,7	12,2		
več kot 1x na dan	0,9	1,0	0,8	1,0	0,8	1,0	0,8	1,1	1,7	0,6	1,1	0,6	1,4	1,5	1,1	1,0	0,2	1,0	0,6	0,5	1,2		
61j. Kako pogosto običajno uživajte – jajce kot samostojno jed?																							
nikoli	11,9	9,6	14,2	9,4	10,5	11,7	13,7	15,7	12,8	11,3	11,3	12,4	13,0	13,8	10,7	12,3	14,7	13,1	9,5	11,0	13,2		
1-3x na mesec	60,7	59,7	61,7	58,1	62,4	63,0	61,2	57,0	55,4	61,5	61,1	62,2	60,4	54,5	61,9	61,6	58,2	58,7	60,1	65,0	54,6		
1-3x na teden	23,2	25,4	20,9	27,1	23,8	20,9	21,4	22,3	25,3	22,7	23,5	22,1	23,1	26,5	24,2	22,1	21,2	23,2	26,1	20,3	25,6		
4-6x na teden	2,8	3,4	2,2	3,6	2,2	2,9	2,3	3,0	3,7	2,8	2,8	2,5	2,6	4,0	2,3	2,3	4,3	4,0	2,3	2,8	3,9		
1x na dan	1,3	1,7	0,9	1,6	0,9	1,4	1,1	1,7	2,7	1,5	1,2	0,8	0,7	1,2	0,9	1,5	1,2	1,0	1,7	0,9	2,5		
več kot 1x na dan	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,5	0,0	0,4	0,1	0,2		
61k. Kako pogosto običajno uživajte – žita (kosmiče, muslije, kaše)?																							
nikoli	33,9	42,4	25,3	20,1	27,5	36,8	46,0	46,5	50,2	45,8	32,8	21,0	38,9	43,1	29,0	30,4	36,6	36,9	35,6	35,5	31,6		
1-3x na mesec	32,4	31,8	33,0	34,6	33,3	33,7	28,7	30,0	28,7	31,7	33,7	32,9	27,5	24,5	33,5	31,3	32,2	33,0	33,6	35,8	37,2		
1-3x na teden	19,0	15,2	22,8	23,4	22,7	17,0	14,9	14,1	12,6	14,1	18,9	24,8	19,2	16,1	20,4	21,4	19,1	18,0	17,8	15,8	19,5		
4-6x na teden	7,1	5,2	9,0	11,6	7,7	6,1	4,4	3,5	3,1	4,3	6,9	10,6	6,9	7,0	8,2	7,7	5,2	5,3	6,8	7,1	6,1		
1x na dan	6,7	4,5	9,0	9,4	7,8	5,5	5,1	4,5	4,0	3,5	6,6	9,8	5,3	8,5	8,2	8,1	6,4	5,7	5,3	5,3	4,1		
več kot 1x na dan	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,5	1,3	0,6	1,1	0,9	2,1	0,9	0,7	1,1	0,6	1,1	0,9	0,6	1,6		
61l. Kako pogosto običajno uživajte – kruh?																							
nikoli	1,5	1,0	2,0	2,1	1,7	1,1	1,3	1,3	1,2	1,0	1,5	2,0	1,6	2,0	1,6	1,5	1,6	1,6	1,4	1,6	0,8		
1-3x na mesec	4,3	3,0	5,6	5,7	4,3	3,5	4,2	3,5	4,2	3,5	4,3	4,8	4,1	4,3	4,0	4,5	2,4	4,5	3,9	4,6	4,8		
1-3x na teden	11,4	8,8	14,0	15,9	12,7	12,1	7,8	5,7	8,1	9,0	11,5	14,3	10,9	11,2	9,6	12,8	10,4	10,9	11,0	10,3	12,4		
4-6x na teden	14,5	14,7	14,3	18,4	17,5	12,8	11,5	9,9	8,2	12,9	14,7	17,9	14,4	13,9	14,6	16,3	10,3	16,1	12,5	13,3	14,1		
1x na dan	38,5	36,1	41,0	34,1	39,4	38,9	39,8	42,0	36,9	38,1	39,5	38,3	42,7	41,6	37,6	36,1	42,4	37,0	38,3	41,5	37,3		
več kot 1x na dan	29,8	36,4	23,1	23,9	24,4	31,5	35,4	37,6	41,4	35,6	28,4	22,7	26,3	27,1	32,7	28,7	33,0	29,9	32,9	28,7	30,5		
61m. Kako pogosto običajno uživajte – ocvrte jedi (pomfrit, ocvrto meso, ocvrte ...)?																							
nikoli	10,8	8,1	13,5	8,3	8,5	9,3	13,8	17,0	9,1	8,5	10,5	13,1	10,4	14,6	12,4	13,4	8,7	9,8	9,3	6,9	6,1		
1-3x na mesec	61,1	56,2	66,1	57,0	59,3	61,5	64,6	64,8	58,9	59,1	59,8	64,7	57,6	53,4	64,4	64,6	61,9	64,0	60,3	60,6	49,0		
1-3x na teden	23,6	29,9	17,2	29,4	27,0	24,0	18,5	15,0	24,9	27,0	24,8	19,5	27,9	27,2	20,5	18,6	25,0	22,1	25,4	27,1	34,4		
4-6x na teden	3,3	4,3	2,2	4,2	4,2	3,4	2,1	1,4	3,8	4,0	3,7	2,0	3,5	3,3	1,9	2,2	2,7	3,3	3,4	4,4	7,2		
1x na dan	1,1	1,3	0,8	1,0	0,9	1,3	0,8	1,4	2,7	1,1	1,0	0,4	0,6	1,4	0,5	1,0	1,8	0,5	1,2	0,9	2,5		
več kot 1x na dan	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,5	0,1	0,3	0,6	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,4	0,1	0,9		
61n. Kako pogosto običajno uživajte – sendviče, hot dog, pico, burek, kebab?																							
nikoli	17,7	13,4	22,1	6,6	9,5	13,8	28,4	43,6	28,5	18,3	15,8	15,1	15,3	20,4	17,9	16,9	15,9	18,4	20,2	17,1	16,4		
1-3x na mesec	60,5	57,6	63,4	60,6	64,4	64,0	58,9	48,5	55,9	59,0	60,5	63,1	58,6	56,2	62,8	60,0	61,7	63,8	61,2	61,1	57,5		
1-3x na teden	15,5	20,6	10,3	23,0	17,9	16,7	9,2	5,7	9,7	15,7	16,9	16,3	16,6	16,4	13,2	16,5	17,2	13,4	14,5	15,6	16,5		
4-6x na teden	3,7	4,7	2,7	6,4	4,9	3,4	1,7	0,8	2,3	3,8	4,4	3,5	3,2	3,5	4,5	4,1	2,1	2,7	2,5	3,8	6,3		
1x na dan	2,2	3,1	1,3	3,2	2,9	1,9	1,6	0,9	2,8	2,7	2,1	1,9	5,7	3,1	1,3	2,3	3,1	1,4	1,4	1,9	3,0		
več kot 1x na dan	0,3	0,5	0,2	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,9	0,5	0,2	0,1	0,6	0,4	0,3	0,3	0,0	0,4	0,2	0,6	0,3		

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA									
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS		
61o. Kako pogosto običajno uživata – gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov ipd.?																							
nikoli	55,3	48,1	62,8	42,1	49,2	57,7	66,6	68,4	64,5	59,3	52,4	52,5	63,5	64,2	55,0	53,8	58,8	57,3	58,0	51,9	44,9		
1-3x na mesec	36,8	40,7	32,8	46,9	42,6	34,8	28,4	25,1	28,3	32,9	38,5	40,9	31,6	29,7	36,7	38,6	34,6	35,0	35,3	38,8	42,7		
1-3x na teden	6,1	8,6	3,6	9,1	6,3	5,8	3,8	4,9	5,3	5,7	7,3	5,3	4,4	3,6	7,2	6,0	4,5	5,6	5,3	7,5	9,7		
4-6x na teden	1,0	1,6	0,5	1,7	1,2	0,9	0,5	0,7	0,8	1,5	1,0	1,0	0,2	1,3	0,5	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2		
1x na dan	0,4	0,6	0,1	0,2	0,6	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5	0,4	0,2	0,3	0,8	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7		
več kot 1x na dan	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,5	0,2	0,4	0,1	0,0	0,4	0,4	0,1	0,7	0,7	0,2	0,2	0,6		
61p. Kako pogosto običajno uživata – suhomesnate izdelke (šunke, pršut, vratovino ipd.)?																							
nikoli	9,6	6,5	12,7	11,3	9,9	8,0	8,1	11,2	11,8	8,3	8,8	10,5	5,4	6,4	10,9	10,5	7,0	11,0	8,3	10,3	10,8		
1-3x na mesec	56,9	50,3	63,8	49,3	54,9	59,2	62,4	61,0	59,7	59,0	57,4	53,8	45,4	50,7	59,3	57,4	57,2	60,3	57,3	58,7	58,7		
1-3x na teden	26,6	33,5	19,4	30,0	28,0	26,0	24,2	22,7	21,2	26,1	26,4	29,4	38,3	33,8	24,6	25,6	29,7	23,2	27,5	24,0	22,2		
4-6x na teden	4,9	6,7	3,0	6,7	5,4	4,9	3,6	2,7	4,5	4,1	5,3	5,0	6,9	6,5	4,0	4,7	4,4	4,5	4,8	4,8	4,6		
1x na dan	1,7	2,5	0,9	2,2	1,6	1,7	1,3	2,0	2,3	2,1	1,8	1,3	3,4	2,4	1,0	1,5	1,4	1,0	1,7	2,0	2,4		
več kot 1x na dan	0,3	0,5	0,1	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,0	0,6	0,2	0,3	0,2	0,4	0,0	0,4	0,2	1,3		
61r. Kako pogosto običajno uživata – druge mesne izdelke (klobase, salame, pašete, hrenovke ipd.)?																							
nikoli	6,3	3,6	9,0	7,8	6,5	4,9	5,9	6,1	4,0	3,7	5,6	9,8	6,6	8,0	7,2	8,1	2,8	4,9	5,0	4,0	5,4		
1-3x na mesec	48,4	40,9	56,1	36,0	45,3	50,1	56,2	59,3	52,8	46,5	48,1	48,1	54,4	51,8	51,1	52,1	39,6	51,4	46,1	40,4	44,3		
1-3x na teden	36,1	42,8	29,2	42,2	39,1	36,1	31,5	27,8	32,2	39,4	36,9	34,7	33,3	34,3	33,5	32,3	45,1	35,1	38,1	42,1	38,7		
4-6x na teden	6,6	9,0	4,2	10,7	6,9	6,1	4,4	3,5	6,1	6,9	7,2	5,8	4,0	4,1	5,8	5,4	9,4	6,9	7,6	9,5	7,4		
1x na dan	2,2	3,1	1,3	2,7	1,9	2,4	1,6	2,6	3,7	3,0	1,8	1,5	1,8	1,5	1,6	1,8	2,7	1,5	2,5	3,5	3,1		
več kot 1x na dan	0,5	0,7	0,2	0,7	0,3	0,4	0,4	0,7	1,1	0,5	0,5	0,2	0,0	0,2	0,7	0,3	0,4	0,1	0,7	0,6	1,0		
61s. Kako pogosto običajno uživata – pecivo, sladice, slaščice?																							
nikoli	5,5	6,5	4,5	2,8	3,6	5,0	8,2	9,8	7,6	5,5	5,5	4,5	8,6	5,1	4,8	5,7	5,0	6,0	4,7	5,1	6,3		
1-3x na mesec	44,4	44,5	44,3	37,0	40,9	44,8	50,5	52,8	53,3	46,4	45,5	37,9	40,2	43,6	45,8	43,2	44,7	45,9	45,0	45,7	45,8		
1-3x na teden	36,0	35,8	36,3	40,5	39,5	37,2	31,3	27,6	28,7	34,9	35,6	40,4	36,4	37,0	35,1	37,2	33,6	34,7	35,1	36,1	34,5		
4-6x na teden	9,0	9,2	8,8	13,3	11,2	7,5	5,6	5,6	5,4	7,6	9,4	11,1	8,2	9,4	8,8	9,3	11,3	7,7	9,0	8,6	8,8		
1x na dan	4,2	3,4	5,0	5,1	4,0	4,7	3,4	3,3	4,1	4,5	3,1	5,3	5,9	4,0	4,5	3,5	4,9	5,0	5,2	3,6	3,7		
več kot 1x na dan	0,9	0,7	1,1	1,3	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,2	0,9	0,8	0,7	0,9	0,9	1,1	0,6	0,6	1,0	0,8	0,9		
61t. Kako pogosto običajno uživata – bonbone, čokolado?																							
nikoli	12,3	12,4	12,1	6,2	6,9	11,9	18,8	23,4	20,4	13,2	11,9	8,6	15,7	13,6	12,6	12,1	9,8	13,8	11,3	10,5	14,7		
1-3x na mesec	46,4	46,9	46,0	37,5	44,5	49,0	53,0	51,0	49,1	49,3	47,8	41,9	46,8	49,0	47,4	45,9	45,4	46,1	45,7	46,5	47,0		
1-3x na teden	28,0	27,9	28,1	36,0	32,9	27,8	20,0	17,6	19,9	25,8	28,4	32,3	26,2	24,9	25,9	28,5	29,3	28,2	29,1	30,2	24,4		
4-6x na teden	7,5	7,5	7,5	12,5	8,6	6,5	4,4	3,4	4,6	6,0	7,1	10,1	6,8	7,1	7,7	7,9	7,7	6,1	7,8	8,0	5,8		
1x na dan	4,8	4,5	5,1	6,3	5,8	4,0	3,3	4,1	5,1	5,1	3,8	5,6	4,1	4,6	5,0	4,5	7,3	5,2	5,0	4,0	6,3		
več kot 1x na dan	1,0	0,8	1,2	1,5	1,4	0,8	0,6	0,5	0,9	0,7	0,9	1,4	0,4	0,9	1,5	1,1	0,6	0,6	1,0	0,7	1,7		
61u. Kako pogosto običajno uživata – aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače (kole, ledeni čaj, sadne napitke, vode z okusom ipd.)?																							
nikoli	27,2	19,2	35,5	15,2	20,0	26,7	37,7	45,9	28,1	23,4	25,2	31,8	27,8	32,8	29,3	28,9	26,9	26,3	26,1	24,0	20,3		
1-3x na mesec	32,5	30,3	34,8	33,7	36,3	32,9	30,8	25,8	29,7	30,0	31,8	36,3	34,5	31,9	33,7	34,3	32,1	29,6	32,8	31,6	25,6		
1-3x na teden	18,6	22,3	14,8	23,2	20,4	18,2	14,6	14,1	17,2	18,3	20,0	17,7	16,8	15,1	17,2	18,3	17,6	19,6	19,6	20,7	19,5		
4-6x na teden	7,7	10,4	4,9	12,7	9,2	6,5	4,3	3,9	6,3	9,1	8,3	6,6	6,7	4,9	9,5	7,1	8,2	8,3	7,6	8,6	9,4		
1x na dan	7,2	9,0	5,2	8,5	7,2	8,0	6,4	4,5	8,6	9,7	7,6	4,3	7,5	8,4	5,5	5,9	8,3	7,5	8,0	7,6	10,3		
več kot 1x na dan	6,8	8,7	4,8	6,7	7,0	7,7	6,2	5,7	10,1	9,4	7,1	3,2	6,7	6,9	4,7	5,5	6,9	8,7	5,8	7,5	14,8		
62. Koliko zelenjave (sveže ali kuhane) v povprečju zaužijete na dan?																							
ne uživam zelenjave	1,2	1,7	0,7	2,0	1,6	1,1	0,4	1,0	1,9	1,6	1,3	0,7	1,8	1,1	1,1	1,3	0,9	0,9	1,5	1,0	1,4		
1 enoto ali manj	36,5	41,9	30,9	42,4	40,8	35,5	30,4	30,6	37,2	37,0	37,4	34,6	31,4	34,6	39,0	36,2	36,5	34,2	38,8	36,2	37,4		
več kot eno enoto in manj kot 2 enoti	44,1	42,5	45,6	41,2	42,1	44,8	47,1	45,9	41,0	43,2	44,9	45,3	43,3	42,6	42,3	44,0	45,5	48,6	42,3	46,1	42,6		
2 enoti ali več	18,2	13,8	22,8	14,4	15,5	18,6	22,0	22,5	20,0	18,1	16,5	19,5	23,4	21,7	17,6	18,4	17,0	16,3	17,5	16,7	18,6		
63. Koliko sadja v povprečju zaužijete na dan?																							
ne uživam sadja	1,5	1,8	1,2	1,6	1,9	1,5	1,1	1,3	2,0	1,6	1,5	1,0	0,8	1,1	1,1	1,8	2,7	1,1	1,3	1,8	1,4		
manj kot 1 enoto	23,9	29,9	17,6	31,4	27,9	22,6	19,1	14,5	24,7	26,0	25,4	20,2	21,4	19,6	25,1	22,5	26,0	27,3	26,0	23,0	28,2		
eno enoto	45,1	45,6	44,6	41,6	43,5	46,1	46,8	49,2	44,0	45,4	45,0	45,5	40,4	46,2	44,0	45,3	47,0	43,8	43,7	48,6	42,9		
2 enoti ali več	29,5	22,6	36,6	25,4	26,7	29,8	33,0	35,0	29,2	26,9	28,1	33,3	37,4	33,2	29,9	30,4	24,3	27,8	28,9	26,6	27,5		

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE				ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
64. Ali že pripravljeno hrano pri mizi dodatno solite?																					
nikoli ne dosolim pripravljene hrane	49,8	43,6	56,2	45,5	48,7	49,3	50,3	58,7	50,9	47,4	48,0	53,3	63,9	57,0	50,5	49,1	54,5	56,6	48,4	43,5	41,6
hrano naprej poskusim in po potrebi dosolim	48,5	53,7	43,1	52,4	49,3	49,2	48,0	39,9	46,6	50,2	50,3	45,8	35,4	41,2	46,9	49,6	44,4	41,1	49,9	54,4	56,5
hrano brez poskušanja vedno dosolim	1,7	2,7	0,7	2,0	2,0	1,4	1,6	1,4	2,5	2,4	1,7	0,9	0,8	1,9	2,6	1,3	1,2	2,2	1,7	2,1	2,0
65. Ali vam je katera od spodaj navedenih oseb svetovala, da iz zdravstvenih razlogov spremenite način prehranjevanja? (možnih je več odgovorov)																					
zdravnik	28,1	32,1	23,9	14,0	21,2	32,0	39,5	37,7	37,0	34,7	26,7	20,8	26,5	26,4	25,9	26,6	30,1	35,1	27,9	29,0	31,4
medicinska sestra	6,5	7,3	5,7	3,0	5,3	7,5	9,0	8,4	8,9	8,5	5,9	4,7	7,0	7,0	5,4	6,2	6,2	8,5	6,1	6,3	7,6
drug zdravstveni delavec	3,4	3,6	3,2	2,0	3,0	3,6	4,7	3,9	3,9	3,5	3,5	3,1	3,5	4,1	3,0	3,4	3,9	5,4	2,5	2,9	4,0
družinski član	27,9	33,4	22,2	29,4	25,6	29,6	29,3	24,0	26,8	30,1	27,6	27,3	26,8	29,8	26,2	28,5	28,2	31,1	26,0	27,0	28,9
prijatelj	14,7	15,2	14,3	19,3	16,4	15,6	11,1	8,6	11,7	13,1	15,1	17,0	13,2	14,8	13,7	16,2	11,7	14,6	14,4	14,3	13,8
drugi	6,5	7,0	6,1	6,7	7,8	6,8	5,6	5,4	5,7	6,9	6,3	7,0	6,3	7,2	5,9	7,0	5,5	7,6	5,4	6,8	6,4
66. Ali ste se v zadnjih 12 mesecih začeli bolj zdravo prehranjevati?																					
da	47,0	44,6	49,5	50,2	43,1	44,9	48,4	50,1	51,3	46,1	47,1	45,7	44,7	49,1	45,5	44,6	50,2	45,8	47,4	48,6	55,7
67. Ali ste spremenili svoje prehranjevalne navade? (možnih je več odgovorov)																					
jem manj mastno hrano	64,8	61,7	68,0	61,0	61,7	67,1	68,5	66,3	63,8	64,5	65,9	64,3	60,8	67,2	61,8	62,7	65,3	64,5	65,8	68,2	69,6
uporabljam drugo vrsto maščobe	39,2	38,1	40,3	40,2	40,4	40,0	39,9	32,9	29,1	35,2	40,8	44,9	39,7	39,3	41,9	39,2	39,4	39,1	38,6	37,5	40,0
jem več zelenjave	60,1	56,6	63,6	60,0	58,6	59,7	62,6	59,1	54,9	59,4	60,9	61,9	60,3	65,1	59,0	58,3	62,8	60,0	58,8	60,2	65,9
jem več sadja	56,9	53,0	60,8	58,3	55,3	57,6	57,8	54,5	53,7	55,6	58,1	57,9	53,8	59,7	56,3	56,5	56,8	52,4	55,3	58,8	62,2
jem manj slano hrano	48,8	47,5	50,1	46,0	47,7	49,2	51,4	50,2	47,6	49,9	48,7	48,7	46,6	50,7	48,6	46,7	53,5	47,9	47,6	50,9	54,5
jem manj sladko hrano	52,9	50,1	55,8	50,2	51,5	54,7	55,3	53,2	49,9	52,3	54,1	53,5	52,9	52,2	50,6	52,6	53,1	51,1	52,8	54,5	57,8
jem več manjših obrokov	41,6	36,8	46,6	44,6	38,7	40,9	42,1	42,4	39,7	40,9	41,6	43,2	40,9	43,5	40,9	40,3	44,5	40,2	41,4	42,7	45,7
ne jem mesa	8,6	7,4	9,8	6,5	7,4	9,0	10,6	10,2	12,9	9,5	7,4	7,5	9,1	10,7	7,9	7,7	5,8	9,7	9,1	8,2	11,7
68. Ali ste v zadnjih 12 mesecih kdaj pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker mošt, radler ...)?																					
da	79,3	85,9	72,4	83,4	79,2	78,0	77,5	78,0	68,2	77,5	80,7	84,0	77,8	77,6	79,3	81,3	82,2	75,8	78,3	80,7	73,9
69. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker mošt, radler ...)? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																					
1-krat na mesec ali redkeje	29,1	17,0	44,3	32,5	30,9	28,3	26,9	24,3	35,3	27,9	30,1	26,4	25,3	27,6	29,7	30,4	30,9	24,2	29,1	29,9	28,1
2 do 4-krat na mesec	35,5	34,4	36,8	42,3	37,2	34,8	30,4	28,8	28,9	33,9	35,9	38,4	30,9	33,9	37,2	36,3	34,6	36,1	32,9	36,9	36,0
2 do 3-krat na teden	24,2	32,1	14,3	20,5	23,9	25,1	26,0	27,4	22,6	25,3	23,3	25,2	27,2	22,4	23,9	23,8	27,2	26,6	25,3	22,0	26,0
4-krat na teden ali bolj pogosto	11,2	16,5	4,6	4,7	8,0	11,7	16,7	19,4	13,3	12,8	10,7	10,0	16,7	16,1	9,3	9,5	7,3	13,2	12,6	11,2	9,9
70a. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili – vino? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																					
nikoli	10,0	9,7	10,4	14,2	9,6	10,4	7,5	5,7	11,8	12,5	11,5	6,1	8,4	5,6	19,6	12,2	13,1	3,5	6,9	7,8	7,1
nekajkrat na leto	28,3	22,4	35,7	32,2	33,4	27,0	25,9	18,0	25,4	27,6	30,7	26,9	21,6	27,3	29,3	31,0	32,1	20,4	28,0	28,3	26,2
1x na mesec	14,3	13,6	15,2	18,2	15,8	13,8	10,8	10,8	14,1	13,3	13,6	15,7	12,5	14,1	13,2	14,5	17,2	13,7	14,8	14,8	13,8
2–3x na mesec	19,3	19,1	19,6	20,6	17,8	19,0	19,7	19,9	15,8	18,7	18,6	21,9	17,6	16,9	17,7	18,7	17,1	21,4	19,7	21,9	20,8
1–2x na teden	15,5	18,2	12,2	10,5	15,5	16,9	17,8	19,1	15,4	15,0	14,1	17,6	20,1	17,4	11,6	13,2	15,8	19,1	17,7	16,5	16,6
3–6x na teden	8,2	10,8	5,0	3,5	6,4	9,2	11,1	14,0	8,4	7,9	7,9	8,7	11,3	12,1	6,5	7,3	4,2	14,3	7,9	6,2	11,0
vsak dan	4,3	6,2	1,9	0,7	1,5	3,8	7,2	12,5	9,2	5,0	3,6	3,1	8,5	6,7	2,2	3,1	0,7	7,6	5,0	4,5	4,5
70b. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili – pivo? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																					
nikoli	16,3	9,2	25,4	15,9	16,2	13,9	17,3	20,2	19,4	12,8	16,0	17,3	19,4	18,1	16,5	18,8	16,1	15,4	12,5	14,3	13,0
nekajkrat na leto	23,6	15,6	33,9	21,8	23,1	24,3	24,9	25,1	24,6	23,2	23,4	24,0	24,2	26,1	22,7	23,2	19,5	23,9	23,9	24,7	22,9
1x na mesec	14,0	12,7	15,7	13,7	14,7	14,2	14,1	13,1	13,8	15,3	12,9	14,7	15,1	10,5	14,7	13,2	13,9	16,3	15,2	14,1	15,4
2–3x na mesec	20,1	23,7	15,7	20,8	20,0	21,4	19,3	17,9	17,1	20,7	19,9	21,1	16,1	21,3	17,2	19,7	21,2	20,6	20,1	23,3	19,7
1–2x na teden	17,6	25,4	7,6	21,2	18,2	16,6	14,3	16,4	15,1	16,3	19,3	17,3	17,7	17,0	21,0	16,5	22,4	15,5	18,5	15,4	21,3
3–6x na teden	6,3	10,2	1,4	5,8	6,7	7,0	6,5	5,1	6,7	7,8	6,9	4,8	5,6	5,7	5,6	6,7	4,5	7,0	7,1	6,0	6,8
vsak dan	2,0	3,3	0,3	0,8	1,1	2,5	3,6	2,2	3,4	3,9	1,6	0,9	2,0	1,2	2,3	1,9	2,5	1,2	2,6	2,2	0,8
70c. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili – žgane pijače? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																					
nikoli	34,3	29,5	40,2	28,3	36,1	36,0	35,7	37,5	41,8	39,0	33,9	29,7	34,2	39,0	30,9	34,9	35,3	34,1	34,4	32,5	34,9
nekajkrat na leto	37,0	34,0	40,8	39,4	38,6	36,8	37,0	29,2	32,7	35,5	36,8	39,4	34,9	36,3	35,7	37,0	37,6	37,8	39,0	36,6	37,3
1x na mesec	14,0	16,6	10,7	17,6	13,2	13,3	12,2	12,3	12,3	11,6	14,3	15,5	15,7	13,5	15,7	13,7	13,3	11,4	13,2	15,4	13,0

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE			ZDRAVSTVENA REGIJA									
	skupaj	M	Ž	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS	
2–3x na mesec	9,6	12,2	6,5	11,3	8,6	9,5	8,7	9,8	6,5	8,9	10,1	10,5	9,7	7,7	12,7	8,9	9,5	11,6	9,4	9,5	9,4	
1–2x na teden	3,8	5,6	1,6	3,0	3,0	3,2	4,3	8,0	4,4	3,5	3,7	4,1	4,9	2,8	4,2	3,9	3,9	3,0	2,9	4,7	4,3	
3–6x na teden	0,8	1,4	0,1	0,3	0,3	0,9	1,5	1,6	0,9	1,1	0,9	0,6	0,6	0,3	0,7	1,1	0,3	1,2	0,8	0,7	0,8	
vsak dan	0,4	0,7	0,1	0,1	0,2	0,3	0,6	1,5	1,4	0,5	0,4	0,1	0,0	0,4	0,2	0,5	0,0	0,9	0,3	0,7	0,3	
70d. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili – radler? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																						
nikoli	35,9	33,2	39,2	22,2	26,8	34,9	50,5	63,6	46,0	35,9	34,5	34,3	39,1	31,3	35,6	33,0	35,3	37,0	34,3	31,8		
nekajkrat na leto	23,1	19,6	27,5	23,6	25,1	25,1	21,9	15,0	19,2	23,6	22,7	24,5	24,0	18,4	23,4	24,5	22,4	23,7	22,0	23,5	21,1	
1x na mesec	11,8	11,1	12,6	14,8	13,8	11,6	7,9	7,2	10,3	11,7	11,8	12,1	10,9	8,5	12,7	11,8	14,1	12,3	11,2	12,3	12,5	
2–3x na mesec	15,7	17,4	13,6	21,0	18,3	15,4	10,7	7,7	12,9	15,1	15,8	16,9	11,8	13,4	19,6	15,1	17,7	14,9	15,6	16,6	16,3	
1–2x na teden	10,7	14,3	6,1	15,2	12,3	10,1	6,7	4,8	8,5	9,8	12,3	10,0	9,2	10,0	10,6	10,6	10,3	10,0	11,3	9,8	15,3	
3–6x na teden	2,5	3,6	1,0	3,1	3,1	2,3	1,5	1,4	2,1	3,3	2,5	2,1	5,1	1,2	2,1	1,9	2,5	3,5	2,6	2,8	2,9	
vsak dan	0,4	0,7	0,0	0,1	0,5	0,6	0,7	0,2	1,0	0,6	0,4	0,1	0,0	0,6	0,4	0,5	0,0	0,3	0,2	0,8	0,2	
70e. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili – mešane gazirane alkoholne pijače (Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, Bandidos ...) (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																						
nikoli	67,4	66,5	68,6	52,5	63,5	72,3	78,7	81,4	72,3	67,5	67,4	66,1	74,5	72,3	70,2	69,9	63,0	72,4	65,2	58,6	64,7	
nekajkrat na leto	22,3	21,6	23,1	30,9	27,0	19,0	14,8	11,8	17,1	21,7	22,1	24,3	17,4	18,3	22,0	20,7	22,5	18,3	23,8	28,2	24,5	
1x na mesec	5,4	5,9	4,7	9,8	5,2	3,7	3,3	2,5	3,5	5,2	5,4	5,8	4,0	5,4	4,3	4,6	8,2	3,9	6,3	7,1	5,1	
2–3x na mesec	3,1	3,6	2,5	4,9	3,1	3,0	1,4	2,4	3,5	3,1	3,4	2,8	1,6	2,4	2,2	3,4	3,9	3,0	3,0	4,0	3,2	
1–2x na teden	0,9	1,2	0,6	1,1	0,7	1,1	0,4	1,2	1,1	1,3	1,0	0,6	1,9	0,9	0,6	0,8	1,4	2,0	0,9	0,5	1,4	
3–6x na teden	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	0,7	0,5	0,5	0,2	0,3	0,4	0,0	0,4	0,5	0,3	0,5	0,8	0,0	
vsak dan	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,7	0,8	0,3	1,8	0,6	0,2	0,1	0,3	0,3	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3	0,7	1,0	
nikoli	67,4	66,5	68,6	52,5	63,5	72,3	78,7	81,4	72,3	67,5	67,4	66,1	74,5	72,3	70,2	69,9	63,0	72,4	65,2	58,6	64,7	
71. Koliko pijač, ki vsebujejo alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih običajno popili na tisti dan, ko ste pili? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																						
vino (povp. decilitrov vina)	2,6	3,2	2,0	3,0	2,8	2,5	2,5	2,4	2,9	2,9	2,6	2,4	2,6	2,3	2,5	2,6	2,4	2,9	2,7	2,7	3,3	
pivo (povp. decilitrov piva)	5,1	6,3	3,3	6,8	5,7	4,4	4,0	3,3	4,5	5,2	5,4	4,9	4,9	4,6	5,5	5,5	5,1	4,7	5,1	4,5	5,3	
žgane pijače (povp. centilitrov žgane pijače)	4,6	4,8	4,3	6,7	4,4	3,7	3,6	3,5	4,1	4,6	4,8	4,7	4,1	4,5	4,6	5,0	5,4	4,1	4,2	4,6	4,5	
radler (povp. decilitrov radlerja)	7,8	8,4	7,0	9,0	8,0	7,4	6,6	5,9	8,0	8,2	8,3	7,0	8,0	7,9	8,7	7,9	7,9	7,0	7,9	7,5	7,9	
mešane gazirane alkoholne pijače - Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, Bandidos ... (povp. decilitrov m.g.a.p.)	4,1	4,1	4,0	4,9	4,2	3,6	2,8	2,1	4,0	4,1	4,1	4,1	3,1	3,8	4,2	4,7	4,3	3,4	4,1	3,6	3,7	
72. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti (npr. na zabavi, za rojstni dan, za novo leto ipd.) popili 6 ali več meric alkoholnih pijač – moški? (izključene vse ženske ter moški, ki so navajali, da niso pili)																						
nikoli	28,5	28,5	-	22,2	28,3	30,2	29,4	35,1	21,4	28,7	27,1	32,7	26,6	29,1	32,4	32,2	30,7	25,4	22,9	26,8	21,9	
manj kot 1-krat na mesec	46,2	46,2	-	50,2	46,3	47,1	44,6	40,0	48,9	43,6	46,9	46,2	47,3	47,2	45,8	44,0	48,7	48,8	50,3	46,1	41,9	
1 do 3-krat na mesec	19,4	19,4	-	22,6	20,9	16,7	18,9	16,7	18,3	19,2	21,3	17,6	19,1	21,5	17,7	17,2	17,9	19,7	21,4	19,2	28,3	
1 do 3-krat na teden	4,4	4,4	-	4,6	3,5	4,1	4,6	5,6	6,8	5,4	4,1	3,0	3,6	2,1	3,2	5,1	2,8	4,6	3,8	5,3	5,7	
dnevno ali skoraj vsak dan	1,6	1,6	-	0,4	1,0	1,9	2,5	2,5	4,6	3,0	0,6	0,5	3,5	0,0	0,9	1,4	0,0	1,5	1,6	2,5	2,2	
73. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti (npr. na zabavi, za rojstni dan, za novo leto ipd.) popili 4 ali več meric alkoholnih pijač – ženske? (izključeni vsi moški ter ženske, ki so navajale, da so niso pile alkoholnih pijač)																						
nikoli	47,7	-	47,7	36,8	51,6	51,6	51,7	48,4	41,6	40,2	48,7	51,7	47,2	50,6	53,4	52,8	35,6	51,2	41,1	43,9	39,2	
manj kot 1-krat na mesec	40,8	-	40,8	46,9	40,5	39,8	36,6	38,0	40,6	45,6	42,0	38,0	44,1	40,5	35,6	37,3	51,8	35,4	47,1	42,1	44,7	
1 do 3-krat na mesec	9,8	-	9,8	14,8	7,1	7,2	8,9	10,8	14,8	12,1	7,3	9,4	8,2	6,1	8,8	8,0	12,5	12,2	10,6	11,9	13,8	
1 do 3-krat na teden	1,4	-	1,4	1,5	0,7	1,2	2,0	1,8	2,2	1,8	1,7	0,8	0,0	1,5	2,0	1,5	0,0	0,8	1,2	1,8	1,9	
dnevno ali skoraj vsak dan	0,3	-	0,3	0,0	0,1	0,1	0,8	1,0	0,8	0,3	0,3	0,2	0,5	1,2	0,2	0,4	0,0	0,4	0,0	0,3	0,3	
74. Ali vam je v zadnjih 12 mesecih katera od spodaj naštetih oseb svetovala, da spremenite navade pitja alkoholnih pijač? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																						
zdravnik	4,1	6,4	1,2	1,5	2,5	4,5	6,2	7,6	8,9	7,0	2,6	2,2	4,2	2,8	5,0	3,5	3,8	5,4	4,5	4,3	4,6	
medicinska sestra	0,9	1,3	0,4	0,4	0,9	0,9	1,1	1,5	2,0	1,7	0,6	0,4	1,3	0,3	1,0	0,7	0,5	0,6	1,4	0,9	1,2	
drug strokovnjak	0,7	1,0	0,3	0,5	0,7	0,9	0,7	0,8	1,5	0,8	0,6	0,6	0,3	0,5	1,0	0,7	0,3	1,4	0,5	0,7	0,8	
družinski član	11,2	17,8	2,8	8,7	8,1	12,0	14,5	14,3	14,5	15,4	10,7	7,9	10,5	9,2	12,3	11,3	11,2	12,5	10,2	10,7	13,6	
prijatelj	3,2	4,9	1,1	4,0	2,8	3,2	3,1	2,6	5,2	3,6	3,2	2,3	2,3	3,2	3,3	3,0	1,7	3,0	3,2	4,0	4,1	
drugi	1,5	2,2	0,7	2,0	1,8	1,3	1,3	1,1	3,0	1,8	1,4	1,1	0,3	1,3	2,8	1,5	1,7	1,4	1,2	1,5	1,9	
75. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili navade pitja alkohola? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač)																						
da	28,8	34,9	20,9	26,4	22,8	26,5	35,9	37,1	50,3	38,8	27,1	17,5	30,7	27,2	25,9	25,5	31,1	28,8	33,1	31,2	32,6	

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA					STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS
76. Če ste jih spremenili, kako ste jih spremenili? (izključene osebe, ki so navajale, da niso pile alkoholnih pijač, in tiste, ki v zadnjih 12 mesecih niso spremenile navad pitja alkohola)																					
alkoholnih pijač sploh ne pijem več	6,4	5,1	9,4	6,1	6,2	7,9	7,4	3,8	8,8	5,5	5,8	6,7	4,6	4,2	7,0	6,1	3,0	5,6	8,1	6,8	8,6
pijem manj alkoholnih pijač	89,9	91,2	87,2	86,6	90,1	89,2	90,6	94,2	89,4	91,9	90,6	86,3	95,4	93,9	87,6	89,5	95,7	87,8	90,2	88,9	86,9
pijem več alkoholnih pijač	3,6	3,8	3,4	7,3	3,7	3,0	2,0	2,1	1,8	2,6	3,6	7,0	0,0	2,0	5,4	4,4	1,3	6,6	1,7	4,3	4,4
77.+78. Indeks telesne mase																					
do 18,5 kg/m ²	1,5	0,3	2,8	3,7	1,7	0,8	0,6	0,3	0,6	0,9	1,4	2,6	1,2	1,9	1,5	1,2	2,1	2,7	1,6	1,5	1,2
18,5 do manj kot 25 kg/m ²	41,6	32,0	51,6	58,1	48,6	37,9	29,7	27,7	27,0	31,2	42,1	54,8	44,4	43,6	40,2	44,7	39,6	37,0	39,1	40,6	38,1
25 do manj kot 30 kg/m ²	38,6	46,6	30,3	28,2	35,3	41,5	43,8	47,8	43,8	43,8	39,9	31,1	36,8	36,1	42,3	37,1	38,6	38,6	39,2	39,9	39,4
30 do manj kot 35 kg/m ²	14,6	17,3	11,8	8,1	11,3	16,0	20,4	19,1	21,6	19,7	13,3	9,4	14,7	14,8	13,2	13,7	14,9	16,8	16,3	14,0	15,7
35 kg/m ² in več	3,7	3,8	3,6	1,8	3,1	3,8	5,5	5,1	7,0	4,5	3,3	2,1	2,9	3,6	2,8	3,3	4,9	5,0	3,7	3,9	5,6
80. Kakšen je vaš odnos do vaše telesne teže?																					
vseeno mi je	1,9	2,6	1,2	1,7	2,0	1,6	1,7	3,1	4,3	2,2	1,6	1,0	1,9	2,5	2,7	1,9	0,7	1,6	1,2	1,6	3,9
zadovoljen/a sem s svojo telesno težo	46,9	51,6	42,1	49,5	46,0	45,5	44,5	50,6	47,2	47,2	45,9	47,8	46,6	44,2	48,5	46,5	48,4	44,7	48,3	46,7	49,2
rad/a bi bila/a bolj suh/a	49,1	43,3	55,0	45,2	50,2	51,4	52,2	44,5	46,2	49,2	49,9	49,4	49,4	50,6	46,8	49,1	48,9	51,7	48,2	50,5	45,8
rad/a bi bil/a bolj debel/a	2,1	2,5	1,7	3,6	1,8	1,6	1,5	1,9	2,3	1,4	2,5	1,8	2,1	2,8	2,0	2,5	2,0	2,0	2,3	1,2	1,1
81. Ali ste lahko telesno dejavni (kjerkoli)?																					
telesno dejaven ne morem biti zaradi bolezni	3,1	2,9	3,3	0,5	0,9	3,4	4,4	8,5	9,3	3,9	2,1	1,0	3,6	2,6	2,3	3,2	3,4	3,3	3,9	2,6	3,7
telesno dejaven ne morem biti zaradi invalidnosti	1,2	1,4	1,0	0,1	0,7	1,3	2,0	2,3	3,2	1,8	0,9	0,2	0,8	1,0	1,5	0,8	1,2	2,3	1,2	0,9	2,5
kljub omejitvam sem telesno dejaven	17,1	17,2	17,0	7,3	9,7	17,7	25,3	32,0	26,2	21,0	16,8	10,7	15,9	18,4	14,6	16,6	16,3	16,6	17,4	19,5	17,2
nisem telesno dejaven, kljub temu da nimam omejitev	11,4	9,8	13,0	13,0	14,6	11,4	8,7	7,2	10,1	12,5	11,5	11,0	14,1	10,9	10,1	10,9	11,7	9,5	12,1	12,5	11,2
sem telesno dejaven in nimam omejitev	67,2	68,8	65,6	79,1	74,1	66,2	59,5	49,9	51,2	60,9	68,7	77,1	65,7	67,2	71,5	68,5	67,4	68,3	65,4	64,5	65,5
82. Koliko dni ste v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma, v prostem času ter za rekreacijo skupaj) intenzivno telesno dejavni?																					
povprečno število dni	3,7	3,8	3,5	3,4	3,4	3,7	4,1	4,2	4,2	4,1	3,8	3,2	3,6	3,7	3,8	3,5	4,1	4,0	3,9	3,7	3,8
Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja: povprečno več kot 30 min naenkrat (%)	66,6	70,3	62,5	67,3	64,0	65,0	68,2	70,5	65,1	65,7	65,4	69,1	68,7	68,8	71,8	67,2	65,6	63,2	66,0	62,6	66,0
83. Koliko dni ste v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma, v prostem času ter za rekreacijo skupaj) zmerno telesno dejavni?																					
povprečno število dni	4,6	4,5	4,7	4,3	4,4	4,6	4,9	5,1	4,7	4,7	4,6	4,4	4,4	4,6	4,7	4,5	4,8	4,8	4,7	4,5	4,4
Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja: povprečno več kot 30 min naenkrat (%)	62,9	63,7	62,2	57,8	59,1	63,0	68,7	70,3	63,3	66,5	62,6	60,9	66,3	61,2	68,7	63,2	62,4	63,1	62,7	60,4	59,0
84. Koliko dni v običajnem tednu hodite vsaj 10 min skupaj? Pri tem upoštevajte hojo za različne namene: pot v službo ali po opravkih, domača opravila, hojo med delovnim časom in hojo kot rekreacijo.																					
povprečno število dni	5,6	5,4	5,7	5,4	5,4	5,6	5,8	5,8	5,7	5,8	5,6	5,4	5,5	5,5	5,7	5,5	5,6	5,6	5,7	5,6	5,6
Ta dejavnost v enem dnevu običajno traja: povprečno več kot 30 min naenkrat (%)	62,9	62,1	63,8	53,4	56,4	64,1	73,4	72,2	71,4	72,1	63,2	52,9	66,1	61,9	66,1	60,8	61,2	62,2	66,7	62,0	62,0
85. Koliko ur običajno sedite? Pri tem upoštevajte sedenje na delovnem mestu, doma, pri branju, pred TV ali računalnikom, na poti, pri počitku ipd.																					
povprečno št. ur sedenja na delovni dan	5,0	4,9	5,0	5,8	5,4	5,1	4,2	3,7	3,6	3,6	4,8	6,6	4,9	5,2	5,1	5,4	4,7	4,7	4,6	4,8	4,4
povprečno št. ur sedenja na dan ob koncu tedna	4,4	4,6	4,1	4,7	4,2	4,2	4,3	4,5	4,6	4,3	4,4	4,3	4,3	4,6	4,2	4,4	4,4	4,2	4,2	4,5	4,5
86. Kako pogosto se v običajnem tednu v svojem prostem času ukvarjate z naslednjimi športnimi dejavnostmi:																					
Vztrajnostna vadba - št. dni na teden	2,3	2,4	2,2	2,4	2,2	2,2	2,5	2,4	2,1	2,3	2,3	2,4	2,2	2,3	2,6	2,3	2,5	2,1	2,3	2,3	2,6
Vztrajnostna vadba - trajanje v enem dnevu (minut)	40,2	45,6	34,4	45,9	41,6	40,2	36,6	30,9	26,9	35,4	41,3	46,3	38,9	40,9	48,0	42,9	36,1	36,5	35,7	38,3	36,5
Vadba za mišično moč - št. dni na teden	1,3	1,4	1,2	1,4	1,2	1,1	1,4	1,6	1,3	1,3	1,4	1,3	1,1	1,4	1,5	1,3	1,3	1,2	1,4	1,2	1,4
Vadba za mišično moč - trajanje v enem dnevu (minut)	14,4	16,9	11,8	19,1	14,4	12,7	11,9	11,9	10,9	13,8	14,6	15,8	12,8	15,4	16,6	15,8	14,1	12,8	12,5	12,9	14,7
87. Če ste zaposleni, kakšno je vaše delovno mesto? (izključeni študenti, gospodinje/gospodinjci, upokoenci in brezposelni)																					
telesno zelo naporno	10,8	13,5	7,7	9,7	10,3	12,7	9,8	11,5	29,7	21,0	11,4	1,9	6,5	10,8	7,8	9,8	19,0	10,8	12,7	10,9	16,4
telesno srednje naporno	38,2	41,8	34,1	36,1	38,8	39,6	38,0	28,2	55,0	59,0	44,6	18,9	46,6	37,7	39,2	32,5	38,7	40,0	40,9	41,4	45,9
telesno zelo malo naporno	18,0	18,0	18,0	20,5	17,5	16,8	16,6	12,6	4,7	9,0	17,1	25,4	20,1	15,7	18,6	18,9	14,6	19,1	16,7	17,3	18,6
sedeče	33,0	26,8	40,2	33,8	33,3	30,9	35,6	47,7	10,5	11,0	26,9	53,8	26,8	35,8	34,5	38,8	27,7	30,1	29,7	30,4	19,0

Preglednica se nadaljuje ...

Vprašanje v raziskavi (rezultati prikazani v %)	SPOL			STAROSTNA SKUPINA						STOPNJA IZOBRAZBE					ZDRAVSTVENA REGIJA							
	skupaj	M	Ž	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	OŠ ali manj	PŠ	SŠ	VŠ ali več	NG	KP	KR	LJ	RA	NM	CE	MB	MS	
88. Ali vam je v zadnjih 12 mesecih katere od naštetih oseb svetovala, da se v prostem času gibate več? (možnih je več odgovorov)																						
zdravnik	19,7	21,0	18,4	9,5	15,1	23,6	26,3	26,9	27,5	24,3	18,3	14,3	20,8	18,4	16,3	19,9	18,2	25,2	19,8	19,3	20,6	
medicinska sestra	4,5	4,8	4,2	2,2	3,6	5,4	6,1	5,8	6,4	5,6	4,5	2,9	5,8	4,5	4,2	3,9	3,3	4,9	5,3	4,5	5,9	
drug zdravstveni delavec	3,4	3,5	3,3	2,2	3,9	3,4	4,3	3,0	4,2	3,6	3,2	3,2	4,3	3,3	3,2	3,5	2,4	6,0	2,7	3,2	2,2	
družinski član	26,1	25,2	27,1	26,6	26,0	27,8	27,0	21,3	22,7	26,3	25,8	28,2	27,5	27,8	25,2	28,1	24,5	26,5	24,2	24,4	24,6	
prijatelj	16,7	15,5	17,9	20,0	18,8	18,3	13,3	10,5	13,0	15,7	16,7	19,2	16,6	16,4	16,3	17,6	17,2	16,7	16,8	15,5	16,0	
drugi	5,8	6,0	5,6	6,2	6,5	6,5	4,5	5,0	5,3	6,4	5,5	6,2	6,2	6,1	5,1	6,2	5,2	7,0	5,6	5,1	6,0	
89. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili količino rekreativnega gibanja v prostem času?																						
ne	58,1	61,8	54,4	49,3	56,3	60,7	61,6	66,6	59,4	61,0	57,1	56,8	61,2	58,8	59,5	56,7	56,6	59,1	57,7	59,8	56,7	
da, v prostem času se gibljem več	35,9	32,6	39,4	42,6	37,1	34,5	34,1	27,9	34,8	35,1	37,3	35,6	32,9	33,2	34,4	36,8	38,4	35,1	37,2	36,1	35,8	
da, v prostem času se gibljem manj	5,9	5,6	6,2	8,1	6,6	4,8	4,4	5,5	5,8	3,9	5,6	7,7	5,9	8,0	6,1	6,5	5,0	5,9	5,1	4,1	7,5	
92. Kako pretežno preživljate dopust/počitnice? (možnih je več odgovorov)																						
daljši dopust v enem kosu (najmanj 10 delovnih dni)	49,3	47,4	51,2	55,8	64,3	55,5	35,1	22,2	27,6	42,5	50,8	61,2	47,7	36,2	52,2	55,4	50,1	44,1	45,1	51,9	38,5	
večkrat letno po nekaj dni	50,0	51,9	48,1	60,8	53,1	52,1	43,4	31,9	22,5	39,3	53,1	65,4	51,4	56,5	56,2	54,8	46,3	48,0	47,0	41,7	40,1	
sploh ne hodim na dopust	13,6	13,4	13,9	6,4	8,6	13,1	19,4	25,9	26,7	18,3	12,0	6,1	13,1	17,1	9,4	11,2	10,6	16,8	15,2	13,5	23,9	
94. Ali uporabljate kresničko ali baterijsko svetilko, ko ponoči hodite po nerazsvetljenih poteh?																						
nikoli	20,0	23,6	16,3	24,7	20,5	16,4	19,2	18,7	15,4	16,9	19,0	25,3	23,8	31,1	19,2	26,8	14,5	11,3	13,1	15,5	11,1	
včasih	17,9	19,4	16,4	22,1	20,4	17,5	14,5	12,9	13,0	17,6	18,1	20,1	19,2	11,4	20,7	18,2	17,8	18,7	18,2	17,4	18,8	
skoraj vedno	13,0	12,3	13,7	14,7	13,5	14,6	11,3	9,0	9,3	12,3	13,4	14,6	9,7	6,0	14,9	10,1	16,0	18,5	15,7	13,9	19,1	
vedno	15,7	14,6	16,9	13,9	17,8	17,3	15,5	12,9	17,4	17,9	15,9	13,3	8,3	5,5	17,4	10,0	20,6	18,8	22,3	21,6	23,5	
nikoli ne hodim ponoči	33,4	30,2	36,6	24,5	27,7	34,2	39,5	46,4	44,8	35,3	33,5	26,7	39,1	45,9	27,8	35,0	31,1	32,7	30,7	31,5	27,5	
95. Ali se v avtu pripnete z varnostnim pasom, kadar vozite ali ste sopotnik na prednjem sedežu?																						
nikoli	0,3	0,4	0,1	0,6	0,1	0,3	0,3	0,2	0,6	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,2	0,3	
včasih	1,4	2,0	0,8	1,9	1,5	1,3	1,3	0,7	1,7	2,0	1,6	0,7	1,8	2,6	1,8	1,0	0,7	1,5	2,2	0,8	1,3	
skoraj vedno	7,5	10,3	4,7	8,0	9,1	8,3	6,6	4,2	6,6	8,6	8,9	5,6	8,1	8,5	8,3	6,9	5,9	8,6	8,4	6,9	7,5	
vedno	90,8	87,3	94,3	89,4	89,3	90,1	91,8	94,9	91,2	89,2	89,2	93,5	90,1	88,8	89,6	92,0	93,0	89,5	88,7	92,1	90,9	
96. Ali se v avtu na zadnjem sedežu pripnete z varnostnim pasom? (brez fistih, ki se nikoli ne vozijo na zadnjem sedežu)																						
nikoli	9,7	12,0	7,6	13,7	10,7	8,1	8,4	5,2	7,8	9,9	10,7	9,2	14,1	16,4	10,1	9,2	6,3	8,8	12,3	7,3	3,6	
včasih	21,4	22,2	20,8	28,4	21,5	21,1	19,3	12,4	15,7	18,1	23,0	24,1	24,0	28,6	25,0	21,5	13,7	18,3	22,7	19,2	16,2	
skoraj vedno	19,1	19,1	19,1	22,5	20,1	19,7	17,7	12,3	15,3	17,7	17,9	23,2	23,7	18,2	20,3	20,0	16,5	20,6	18,2	16,2	20,6	
vedno	49,1	46,1	51,8	35,3	47,4	50,4	53,8	68,0	59,8	53,5	47,7	43,2	37,5	36,2	43,5	48,4	63,5	51,4	46,0	57,2	59,2	
na zadnjem sedežu ni varnostnega pasu	0,7	0,6	0,7	0,1	0,3	0,7	0,8	2,1	1,5	0,8	0,7	0,3	0,6	0,7	1,1	0,8	0,0	0,8	0,8	0,2	0,5	

Seznam uporabljenih kratic

1KA – En Klik Anketa

AH – arterijska hipertenzija, povišan krvni tlak

AP – angina pectoris, bolečine v prsnem košu med telesno dejavnostjo ali v mirovanju

BDP – bruto družbeni proizvod

CINDI – angl. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention = Program za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni

CRP – Centralni register prebivalstva

EGOHID – angl. European Global Oral Health Indicators Development Project = projekt razvoja kazalnikov evropskega globalnega ustnega zdravja

EHIS – angl. European Health Interview Survey = raziskava o zdravstvenem stanju

EU – Evropska unija

EU-SILC – angl. European Union Statistics on Income and Living Conditions = Anketa o življenjskih pogojih

FDI – World dental federation = Mednarodna zveza zobozdravnikov

FINDRISC – angl. Finish Diabetes Risc Score

IDF – angl. International Diabetes Federation = Mednarodna zveza za diabetes

IPAQ – angl. International Physical Activity Questionnaire = mednarodni vprašalnik o telesni dejavnosti

ITM – indeks telesne mase

IZ – interval zaupanja

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NPOSB – Nacionalnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni

NPPPSŽB – Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni

OŠ – osnovna šola ali manj

PŠ – poklicna šola

SB – sladkorna bolezen

SŠ – srednja šola

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

TD – telesna dejavnost

VŠ – višja šola ali več

ZTD – zmerno intenzivna telesna dejavnost

Seznam preglednic

Preglednica 3.1: Upoštevana merila za opredeljevanje splošnega nezdravega načina prehranjevanja glede na vprašanja v raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog«.....	39
Preglednica 3.2: Pogostost uživanja zajtrka, sadja in zelenjave glede na spol, starost, demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev Slovenija, 2001–2012	40
Preglednica 4.1: Delež preiskovancev glede na indeks telesne mase (ITM) glede na spol, starost, demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012	51
Preglednica 5.1: Delež anketirancev, ki dosegajo količino telesne dejavnosti po smernicah SZO s celokupno telesno dejavnostjo oz. z zmerno telesno dejavnostjo, in anketirancev, ki hodijo vsaj 5 dni v tednu po 30 minut, glede na izbrane demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, starostna skupina 25–64 let, Slovenija, 2001, 2012.....	60
Preglednica 6.1: Deleži kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi 25–64 let, po spolu, starosti, izobrazbi in po družbenem sloju, 2001–2012.....	67
Preglednica 7.1: Delež prebivalcev Slovenije, ki čezmerno pije alkoholne pijače in se visokotvegano opija glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti, Slovenija, 2001–2012.....	75
Preglednica 8.1: Različni vidiki doživljanja stresa v obdobju 2001–2012, Slovenija	80
Preglednica 9.1: Neustrezna lastna skrb za ustno zdravje glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012.....	90
Preglednica 10.1: Prevalenca zvišanega krvnega tlaka glede na demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, Slovenija, 2001–2012.....	96
Preglednica 11.1: Ocenjena prevalenca angine pectoris glede na demografske in socialno-ekonomske značilnosti anketiranih, značilni trendi, Slovenija, 2001–2012	104
Preglednica 12.1: Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni glede na izbrane demografske, socialno-ekonomske in geografske značilnosti anketirancev, starostna skupina 25–64 let, Slovenija, 2001–2012	112
Preglednica 12.2: Presnovni in vedenjski kazalniki pri osebah s sladkorno boleznijo (25–64 let), Slovenija, 2001–2012	114
Preglednica 14.1: Primerjava neutežene in utežene zbirke podatkov glede na ključne spremenljivke, 25–74 let, Slovenija, 2012	128
Preglednica 14.2: Primerjava neutežene in utežene zbirke podatkov glede na nekatera vsebinska vprašanja, 25–74 let, Slovenija, 2012.....	129

Seznam slik

Slika 2.1: Samoocena zdravja (dobra ali zelo dobra) po spolu, starosti in po izobrazbi, Slovenija, 2001–2012 ...	32
Slika 2.2: Samoocena zdravja (dobro ali zelo dobro) po zdravstvenih regijah, Slovenija, 2012	33
Slika 3.1: Pogostost uživanja sveže zelenjave, Slovenija, 2001–2012	41
Slika 4.1: Porazdelitev indeksa telesne mase (ITM) med anketiranci po spolu in glede na leto raziskave, Slovenija, 2001–2012	52
Slika 4.2: Delež debelih anketirancev po družbenem sloju, Slovenija, 2001–2012.....	52
Slika 5.1: Delež anketirancev, ki dosega smernice za telesno dejavnost SZO ali pa hodi redno vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut, glede na izobrazbo in družbeni sloj, Slovenija, 2001, 2012.....	59
Slika 5.2: Delež anketirancev, ki dosega količino telesne dejavnosti po smernicah SZO s celokupno telesno dejavnostjo oziroma zmerno intenzivno telesno dejavnostjo ali pa hodi redno vsaj 5 dni v tednu po vsaj 30 minut, glede na starost, starostna skupina 25–74 let, Slovenija, 2012	61
Slika 6.1: Delež kadilcev pri moških in ženskah glede na stopnjo izobrazbe in starost, Slovenija, 2001–2012.....	68
Slika 7.1: Stopnje pitja alkoholnih pijač, Slovenija, 2001–2012	73
Slika 7.2: Pogostost visokotvegane opijanjanja po spolu, Slovenija, 2001–2012.....	75
Slika 8.1: Vzroki za občutenje stresa v obdobju 2004–2012, Slovenija.....	81
Slika 9.1: Število obiskov pri zobozdravniku v zadnjem letu, Slovenija, 2001–2012.....	88
Slika 9.2: Ščetkanje zob enkrat dnevno ali manjkrat, po spolu, starosti in po izobrazbi, Slovenija, 2001–2012	91
Slika 10.1: Porazdelitev povišanega krvnega tlaka med spoloma, Slovenija, 2001–2012.....	97
Slika 10.2: Porazdelitev anketirancev z arterijsko hipertenzijo glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2001–2012	97
Slika 12.1: Ocenjena starostno specifična prevalenca sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2001–2008–2012	111
Slika 12.2: Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni med odraslimi v starosti 25–64 let glede na vrednost ITM, Slovenija, 2001 in 2012.....	113
Slika 12.3: Tveganje za sladkorno bolezen tip 2 po spolu in starosti – model FINDRISC, 25–74 let, Slovenija, 2012.....	113
Slika 12.4: Telesna dejavnost oseb s sladkorno boleznijo po vrsti aktivnosti in starostnih skupinah, Slovenija, 2012	115
Slika 13.1: Prikaz stopnje odgovora med potekom terenske faze izvedbe raziskave	121
Slika 13.2: Delež odgovorov glede na starostne skupine in način anketiranja, 2012	124
Slika 13.3: Delež odgovorov glede na zaposlitveni status in način anketiranja, 2012	124

Sodelujoči

(po abecednem vrstnem redu priimkov)

[doc. dr. Barbara Artnik](#), dr. dent. med., specialistka socialne medicine; Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

[mag. Maja Bajt](#), univ. dipl. psih., nacionalni promotor zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[dr. Alenka Borovničar](#), dr. med.; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[asist. Janet Klara Djomba](#), dr. med., specialistka javnega zdravja; Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

[doc. dr. Cirila Hlastan Ribič](#), dipl. živ. teh.; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Marijan Ivanuša](#), dr. med.; vodja urada Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji

[dr. Helena Jeriček Klanšček](#); Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Tatjana Kofol Bric](#), dr. med., specialistka socialne medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Helena Koprivnikar](#), dr. med., specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Aleš Korošec](#), univ. dipl. mikrobiol.; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Matic Kranjc](#), dr. med., specializant javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[dr. Barbara Lovrečič](#), dr. med., specialistka socialne medicine in specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[mag. Mercedes Lovrečič](#), dr. med., specialistka psihiatrije; Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravstveni dom Izola

[Jožica Maučec Zakotnik](#), dr. med., specialistka družinske medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Sonja Paulin](#), dr. med.; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[doc. dr. Marjan Premik](#), dr. dent. med., specialist socialne medicine; Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

[prim. dr. Jožica Šelb Šemerl](#), dr. med., specialistka anesteziologije z reanimatologijo; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[Sonja Tomšič](#), dr. med., specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje

[mag. Tina Zupanič](#), dipl. soc.; Nacionalni inštitut za javno zdravje

