

ZAKLJUČNO POROČILO
O REZULTATIH OPRAVLJENEGA RAZISKOVALNEGA DELA
NA PROJEKTU V OKVIRU CILJNEGA RAZISKOVALNEGA
PROGRAMA (CRP) »KONKURENČNOST SLOVENIJE 2006 – 2013«

I. Predstavitev osnovnih podatkov raziskovalnega projekta

1. Naziv težišča v okviru CRP:

5.

Povezovanje ukrepov za doseganje trajnostnega razvoja

2. Šifra projekta:

V3- 0545

3. Naslov projekta:

Raziskava: Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije za leto 2008

3. Naslov projekta

3.1. Naslov projekta v slovenskem jeziku:

Raziskava: Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije za leto 2008

3.2. Naslov projekta v angleškem jeziku:

Survey: Risk Factors for noncommunicable diseases among adults in Slovenia for the year 2008

4. Ključne besede projekta

4.1. Ključne besede projekta v slovenskem jeziku:

vedenjski dejavniki tveganja, prehranjevalne navade, telesna dejavnost, kajenje, alkohol, stres, prevalenca, nenalezljive bolezni

4.2. Ključne besede projekta v angleškem jeziku:

behavioral risk factors, nutritional habits, physical activity, smoking, alcohol, stress, prevalence, noncommunicable diseases

5. Naziv nosilne raziskovalne organizacije:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

5.1. Seznam sodelujočih raziskovalnih organizacij (RO):

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani Klinični center Ljubljana Bolnišnica Golnik,
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

6. Sofinancer/sofinancerji:

ARRS
Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

7. Šifra ter ime in priimek vodje projekta:

18642

Cirila Hlastan Ribič

Datum: _____

Podpis vodje projekta:

Podpis in žig izvajalca:

II. Vsebinska struktura zaključnega poročila o rezultatih raziskovalnega projekta v okviru CRP

1. Cilji projekta:

1.1. Ali so bili cilji projekta doseženi?

- a) v celoti
 b) delno
 c) ne

Če b) in c), je potrebna utemeljitev.

1.2. Ali so se cilji projekta med raziskavo spremenili?

- a) da
 b) ne

Če so se, je potrebna utemeljitev:

2. Vsebinsko poročilo o realizaciji predloženega programa dela¹:

Namen in cilj raziskave

Z namenom, da bi prispevali k poznavanju razširjenosti dejavnikov tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije in s tem prispevali k večji učinkovitosti preventivnih ukrepov, smo si pri načrtovanju raziskave zadali za cilj v populaciji odraslih Slovencev, starih od 25-74 let, raziskati in ovrednotiti vzorce življenjskih navad in razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja, ki so povezani z zdravstvenim stanjem, zlasti z nenalezljivimi boleznimi.

V proučevani populaciji smo glede na različne značilnosti (biološke, sociološke in zdravstvene) opazovancev ocenjevali razširjenost, intenzivnost ter medsebojno povezanost naslednjih skupin dejavnikov tveganja:

- kadilskih navad,
- pivskih navad,
- prehranjevalnih navad,
- gibalnih navad,
- obnašanja v zvezi z varnostjo v cestnem prometu,
- navad glede koriščenja nekaterih zdravstvenih storitev.

METODE DELA

Opis populacije

Vzorec je bil izbran iz populacije Slovencev, starih od vključno 25 do vključno 74 let. Zaradi razlik v umrljivosti in zbolevanju za nekaterimi boleznimi ter vedenjskimi dejavniki tveganja za KNB in razlik v nekaterih socialnoekonomskih kazalnikih med posameznimi zdravstvenimi regijami v Sloveniji, smo celotno opredeljeno populacijo razdelili še glede na pripadnost zdravstveni regiji.

Vzorec

Vzorec je bil:

1. naključen, stratificiran glede na zdravstvene regije,
2. pridobljen iz Centralnega registra prebivalstva,
3. starost anketiranih od 25 do 74 let.

Izbral ga je Statistični urad Republike Slovenije (SURS) iz svojih baz podatkov. Ažuriran je s podatki iz Centralnega registra prebivalstva (CRP).

Vrsta raziskave

Raziskava je tipa presečne epidemiološke raziskave.

Presečne raziskave so raziskave stanja v danem trenutku ali v določenem časovnem intervalu v skupini opazovancev ali v celotni populaciji. Če jih primerjamo z incidenčnimi raziskavami, ali raziskavami dinamike pojavov, so presečne raziskave kakor fotografija v primerjavi s filmom.

Če presečno raziskavo ponavljamo, jo lahko uporabimo kot sistem spremljanja, s katerim opazujemo spremembo zdravstvenega stanja ali njegovih določilnic v populaciji (health-

¹ Potrebno je napisati vsebinsko raziskovalno poročilo, kjer mora biti na kratko predstavljen program dela z raziskovalno hipotezo in metodološko-teoretičen opis raziskovanja pri njenem preverjanju ali zavračanju vključno s pridobljenimi rezultati projekta.

monitor sistem). Na tak način lahko sledimo, ali je nek intervencijski program učinkovit ali ne.

Poseben pomen imajo presečne raziskave za načrtovanje zdravstvenega varstva prebivalstva. Prispevajo lahko tako pri načrtovanju zdravstvenih zmogljivosti, kot tudi h učinkovitejšemu izvajanju zdravstvenega varstva. Pomembne so pri postavljanju socialnomedicinske diagnoze skupnosti, stalnemu nadzoru zdravstvenega stanja prebivalstva (surveillance), izobraževanju skupnosti in vpletanju le-te v reševanje zdravstvenih problemov in ocenjevanju njenega zdravstvenega varstva.

V povezavi z načrtovano raziskavo bi radi poudarili, da presečne raziskave lahko pomembno prispevajo k postavljanju epidemioloških temeljev diagnoze skupnosti (določanje zdravstvenega stanja prebivalstva in dejavnikov, ki so povezani z njim). Z njihovo pomočjo lahko pridemo do informacije o naravi, razsežnosti in vplivu zdravstvenih problemov. Na podlagi te informacije se nato lahko opredelijo prednostni cilji in načrtujejo ukrepi.

Vprašalnik

Vprašalnik je povzet po CINDI Process Evaluation Questionnaire, vendar prirejen razmeram v Sloveniji.

Kot osnovo smo uporabili vprašalnik, ki je bil uporabljen pri raziskavi leta 2004, ki pa smo ga priredili glede na izkušnje iz prejšnjih raziskav. Dodali smo vprašanja glede prehranjevalnih navad.

Začetek, potek in način anketiranja

Raziskava se je pričela 16.5.2008 z razpošiljanjem vprašalnikov. Čas smo določili glede na termin izvajanja prejšnjih raziskav ter priporočil glede primerljivosti podatkov s strani Evropskega urada SZO. Anketirancem, ki niso odgovorili v 14 dneh, smo poslali opomnik v obliki dopisa, v katerem smo jih ponovno zaprosili, da odgovorijo na vprašalnik in jim ponovno poslali vprašalnik. Približno dva tedna po prvem smo opomnik poslali še drugič, tokrat samo s pismom, v katerem smo prosili za sodelovanje pri raziskavi in objavili seznam nagrad (bivanje v zdravilišču, zdrava hrana, praktične nagrade...), ki smo jih po končanem zbiranju anket z žrebom razdelili med sodelujoče.

Anketiranje je bilo izvedeno po pošti, kot že pri prejšnjih raziskavah. Zanj smo se odločili po presoji vseh treh možnih načinov anketiranja- z osebnimi anketarji, anketarji po telefonu in po pošti. Dejavniki, ki smo jih upoštevali pri izboru metode so bili: časovni okvir izvedljivosti, stroški za izvedbo, odstotek odgovorjenih vprašalnikov in stopnja anonimnosti oziroma varovanja osebnih podatkov anketirancev.

Na Finskem način anketiranja po pošti za skoraj popolnoma enako raziskavo uporabljajo uspešno že vrsto let.

ODZIVNOST IN REPREZENTATIVNOST VZORCA

Od 15.963 prebivalcev, vključenih v vzorec, jih je vprašalnik po pošti prejelo 15.591 (372 prebivalcev ni bilo vključenih v raziskavo zaradi spremembe naslova, težke bolezni ali smrti). Splošna odzivnost je bila 49% (7633 vrnjenih izpolnjenih vprašalnikov).

REZULTATI

Rezultati raziskave 2008 so objavljeniv publikaciji:

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. Dostopna je na: <http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf>

V nadaljevanju je prikazan povzetek primerjalne analize izbranih rezultatov iz vseh treh raziskav. Analize so za orientacijske namene nareje na celotnih vzorcih, za bolj natančne rezultate pa bo potrebo vzorec raziskave 2008 prilagoditi in izločiti vse starejše od 64 let, saj v prvih dveh raziskavaj niso bili vključeni.

KAJENJE

Skupaj: delež kadilcev se je od leta 2001 zmanjšal s 23,7% na 17%.

Spol: delež je višji pri moških, vendar je padec bolj izrazit pri moških, kot pri ženskah.

Starost: delež kadilcev je najvišji v skupini 40-49 let, upada pa v vseh starostnih skupinah, razen v najstarejši (60-64 let).

Stopnja izobrazbe: delež kadilcev upada znotraj vseh, najvišji pa je pri anketirancih s končano poklicno ali srednjo šolo.

Vrsta dela: razen pri študentih, kjer je delež porastel, delež kadilcev povsod upada, najvišji pa je pri težkih delavcih v industriji.

Družbeni sloj: upad deleža kadilcev je viden v vseh družbenih slojih, najvišji pa ostaja pri pripadnikih spodnjega sloja.

Bivalno okolje: delež kadilcev je najvišji pri mestnih prebivalcih, upada pa v vseh okoljih.

Geografsko območje: delež kadilcev je najvišji pri prebivalcih osrednje Slovenije, upada pa v vseh območjih.

Zdravstvena regija: delež kadilcev je najvišji v ljubljanski in mariborski regiji, upada pa v vseh regijah.

ČEZMerno PITJE ALKOHOLA

Skupaj: Delež čezmernih pivcev je od leta 2001 do leta 2008 zmanjšal s 13,4% na 9,5%.

Spol: delež je višji pri moških, vendar upada tako pri moških, kot pri ženskah.

Starost: delež čezmernih pivcev je najvišji v starostni skupini 60-64 let, upada pa v vseh starostnih skupinah, razen v najmlajši (20-25 let).

Stopnja izobrazbe: delež čezmernih pivcev upada znotraj vseh skupin, najvišji pa je v skupini z nedokončano OŠ.

Vrsta dela: delež čezmernih pivcev je najvišji pri težkih delavcih v kmetijstvu, upada pa v vseh skupinah, razen pri težkih delavcih v industriji in nezaposlenih, kjer je delež porastel.

Družbeni sloj: Upad deleža čezmernih pivcev je viden v vseh družbenih slojih, razen v višjem srednjem/višjem, kjer je delež nekoliko porastel in je tudi najvišji.

Bivalno okolje: delež čezmernih pivcev je najvišji v vaškem okolju, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev.

Geografsko območje: delež čezmernih pivcev je najvišji v vzhodnem delu Slovenije, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev.

Zdravstvena regija: delež čezmernih pivcev je najvišji v novomeški regiji, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev, razen v ravenski regiji, kjer je delež nekoliko porastel.

TVEGANO STRESNO VEDENJE

Spremenljivko »tvegano stresno vedenje« smo izračunali iz podatkov o doživljanju stresa in doživljanju stresa.

Skupaj: prevalenca tveganega stresnega vedenja se je od leta 2001 (24,3%) do leta 2004 najprej zvišala na 29,9%, nato pa do leta 2008 spet padla na 24,7%.

Spol: spremembe so podobne (najprej porast, nato padec pri obeh spolih, vendar je prevalenca v vseh letih višja pri ženskah.

Starost: trend sprememb je podoben v različnih starostnih skupinah, prevalenca pa je najvišja pri starostnih skupinah 30-39 ter 40-49 let.

Stopnja izobrazbe: prevalenca je najvišja pri najvišje izobraženih, trend sprememb pa sledi skupni porazdelitvi.

Vrsta dela: v letu 2008 opazujemo isto prevalenco tveganega stresnega vedenja kot leta 2004 pri študentih in nezaposlenih, pri ostalih skupinah pa je viden upad od leta 2004 do leta 2008. Prevalenca je najvišja pri težkih delavcih v industriji, pisarniških in intelektualnih delavcih ter nezaposlenih.

Družbeni sloj: najbolj so prizadeti pripadniki spodnjega sloja, vendar se je tudi pri njih prevalenca tveganega stresnega obdobja znižala v drugem obdobju

Bivalno okolje: prevalenca je najvišja pri mestnih prebivalcih.

Geografsko območje: prevalenca je najvišja pri prebivalcih osrednje Slovenije.

Glede na zdravstvene regije je prevalenca najvišja v celjski regiji, v vseh pa je upadla od leta 2004 do 2008.

PREHRANJEVALNE NAVADE

Uživanje zelenjave (sveže in predelane)

Skupaj: Delež anketirancev, ki uživajo zadostno količino zelenjave (vsaj enkrat dnevno), se je od leta 2001 do leta 2008 zmanjšal s 68,4% na 60,9%.

Spol: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo ženske kot moški, delež pa se je zmanjšal pri obojih.

Starost: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v starostni skupini 60-64 let, delež pa se je zmanjšal v vseh starostnih skupinah.

Stopnja izobrazbe: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo anketiranci z nedokončano OŠ, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah.

Vrsta dela: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo gospodinje in upokojenci, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah

Družbeni sloj: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah

Bivalno okolje: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v primestnem in vaškem okolju, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah

Geografsko območje: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v zahodnem delu Slovenije, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah

Zdravstvena regija: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v novogoriški in murskosoboški regiji. Slednja je tudi edina, kjer delež zadostnega uživanja zelenjave ni upadel.

Uživanje sadja (svežega ter predelanega in 100% sadni sokovi)

Skupaj: Delež anketirancev, ki uživajo zadostno količino sadja (vsaj enkrat dnevno), se je

od leta 2001 do leta 2008 povečal s 57% na 63,7%, vendar se od leta 2004 do 2008 praktično ni spremenil.

Spol: zadostno količino sadja pogosteje uživajo ženske kot moški, delež pa se je povečal pri obojih.

Starost: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v starostni skupini 60-64 let, delež pa se je povečal v vseh starostnih skupinah.

Stopnja izobrazbe: zadostno količino sadja pogosteje uživajo anketiranci z višjo ali visoko izobrazbo, delež pa se je povečal samo v skupini z nedokončano OŠ in končano srednjo šolo, v ostalih pa se je zmanjšal.

Vrsta dela: zadostno količino sadja pogosteje uživajo gospodinje in upokojeanci, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Družbeni sloj: zadostno količino sadja pogosteje uživajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Bivalno okolje: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v primestnem okolju, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Geografsko območje: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v zahodnem delu Slovenije, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Zdravstvena regija: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v koprski regiji, delež pa se je povečal v vseh regijah.

Uporaba oljčnega olja

Skupaj: delež anketirancev, ki pri kuhi uporabljajo pretežno oljčno olje, se je od leta 2001 do leta 2008 povečala s 20,5% na 28%, pri čemer v obdobju od leta 2001 do 2004 ni bilo spremembe.

Spol: oljčno olje pogosteje uporabljajo ženske kot moški, delež pa se je povečal pri obojih.

Starost: oljčno olje pogosteje uporabljajo mlajši anketiranci (25-29 let), delež pa se je povečal v vseh skupinah

Stopnja izobrazbe: oljčno olje pogosteje uporabljajo višje izobraženi anketiranci, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Vrsta dela: oljčno olje pogosteje uporabljajo pisarniški/intelektualni delavci, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Družbeni sloj: oljčno olje pogosteje uporabljajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Bivalno okolje: oljčno olje pogosteje uporabljajo mestni prebivalci, delež pa se je povečal v vseh skupinah

Geografsko območje: oljčno olje pogosteje uporabljajo prebivalci zahodne Slovenije, delež pa se je povečal v vseh območjih.

Zdravstvena regija: oljčno olje pogosteje uporabljajo v goriški regiji, delež pa se je povečal v vseh regijah, razen v koprski.

Dosoljevanje hrane

Skupaj: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 42,2% na 53,3%.

Spol: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri ženskah kot pri moških, povečal pa se je pri obojih.

Starost: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je najvišji v starostni skupini 60-64 let, ki pa je tudi edina, kjer se delež ni povečal.

Stopnja izobrazbe: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri višje izobraženih, narašča pa v vseh skupinah.

Vrsta dela: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri študentih in upokojencih, narašča pa v vseh skupinah.

Družbeni sloj: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo je višji pri pripadnikih višjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.

Bivalno okolje: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo je višji v vaškem okolju, narašča pa v vseh skupinah.

Geografsko območje: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo je višji v zahodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

Zdravstvena regija: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je najvišji v goriški regiji, narašča pa v vseh regijah.

TELESNA DEJAVNOST

Primerjava je možna samo med leti 2004 in 2008, ker so se vprašanja o telesni dejavnosti v raziskavi leta 2001 razlikovala od prihodnjih. Zaradi zelo nizke odzivnosti na vprašanja o telesni dejavnosti predstavljamo samo rezultate za rekreativno telesno dejavnost.

Skupaj: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, se je od leta 2004 do leta 2008 zmanjšal s 40,8% na 36,6%.

Spol: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je glede na spol približno enak, pri obojih pa se je zmanjšal.

Starost: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v starostni skupini 60- 64 let, kjer se je od leta 2004 tudi povečal. V ostalih starostnih skupinah se je zmanjšal.

Stopnja izobrazbe: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je nižji pri anketirancih z nedokončano ali končano OŠ, kjer se je delež od leta 2004 povečal. V ostalih skupinah se je delež zmanjšal.

Vrsta dela: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji pri gospodinjah. Delež se je zmanjšal pri vseh, razen pri delavcih v industriji in kmetijstvu.

Družbeni sloj: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v spodnjem sloju, kjer se je delež od leta 2004 nekoliko povečal. V ostalih skupinah se je zmanjšal.

Bivalno okolje: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v vaškem okolju, vendar se je zmanjšal v vseh okoljih.

Geografsko območje: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v vzhodnem delu Slovenije, vendar se je zmanjšal v vseh območjih.

Zdravstvena regija: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v novomeški regiji, najnižji pa v mariborski regiji.

TELESNA TEŽA

Prekomerna prehranjenost (ITM 25,0-29,9)

Skupaj: delež prekomerno prehranjenih se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 39,6% na 42%.

Spol: delež prekomerno prehranjenih je višji pri moških kot pri ženskah, povečal pa se je pri obojih.

Starost: delež prekomerno prehranjenih je višji v starejši starostni skupini (60-64 let), narašča pa v vseh skupinah.

Stopnja izobrazbe: delež prekomerno prehranjenih je višji pri anketirancih z nedokončano OŠ, narašča pa v vseh skupinah.

Vrsta dela: delež prekomerno prehranjenih je najvišji pri delavcih v kmetijstvu, narašča pa v vseh skupinah, razen pri težkih delavcih v industriji.

Družbeni sloj: delež prekomerno prehranjenih je višji pri pripadnikih nižjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.

Bivalno okolje: delež prekomerno prehranjenih je višji v primestnem okolju, narašča pa v vseh okoljih.

Geografsko območje: delež prekomerno prehranjenih je višji v vzhodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

Zdravstvena regija: delež prekomerno prehranjenih je najvišji v celjski regiji, narašča pa v vseh regijah, razen v koprski.

Debelost (ITM 30 in več)

Skupaj: delež debelih se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 15% na 17,9%.

Spol: delež debelih je višji pri moških kot pri ženskah, povečal pa se je pri obojih.

Starost: delež debelih je višji v starejši starostni skupini (60-64 let), narašča pa v vseh skupinah, razen pri 40-49 letnikih.

Stopnja izobrazbe: delež debelih je višji pri anketirancih z nedokončano OŠ, narašča pa v vseh skupinah.

Vrsta dela: delež debelih je višji pri gospodinjah, narašča pa v vseh skupinah.

Družbeni sloj: delež debelih je višji pri pripadnikih nižjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.

Bivalno okolje: delež debelih je višji v vaškem okolju, narašča pa v vseh okoljih.

Geografsko območje: delež debelih je višji v vzhodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

Zdravstvena regija: delež debelih je najvišji v murskosoboški regiji, narašča pa v vseh regijah, razen v goriški.

IZBRANA BOLEZENSKA STANJA

Arterijska hipertenzija (AH)

Skupaj: Prevalenca AH se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povišala (s 18,8% na 23,2%), nato pa znižala na 22,6%.

Spol: Prevalenca AH je višja pri moških kot pri ženskah, vendar se pri moških stalno zvišuje, pri ženskah pa je po letu 2004 nekoliko padla.

Starost: Prevalenca AH je najvišja v starostni skupini 60-64 let, kjer je tudi enaka kot leta 2004. V ostalih starostnih skupinah je po letu 2004 nekoliko padla.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca AH je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ in visoko ali višjo šolo, pri ostalih pa je

porasla ali ostala ista.

Vrsta dela: Prevalenca AH je najvišja pri upokojencih, potem pa pri težkih delavcih v kmetijstvu. Prevalenca je po letu 2004 padla pri delavcih v industriji, pisarniških/intelektualnih delavcih, študentih in upokojencih, pri ostalih pa je porasla.

Družbeni sloj: Prevalenca AH je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v zgornjem sloju.

Bivalno okolje: Prevalenca AH je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.

Geografsko območje: Prevalenca AH je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v zahodnem in vzhodnem delu Slovenije, porasla pa je v osrednjem delu Slovenije.

Zdravstvena regija: Prevalenca AH je najvišja v murskosoboški regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah, razen v ljubljanski, mariborski in ravenski regiji.

Prebolel srčni infarkt in/ali angina pectoris (AMI/AP)

Skupaj: Prevalenca AMI/AP se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povišala (s 6,3% na 7,5%), nato pa znižala na 5,8%.

Spol: Prevalenca AMI/AP je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.

Starost: Prevalenca AMI/AP je najvišja v starostni skupini 60-64 let. V vseh starostnih skupinah je po letu 2004 upadla.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca AMI/AP je najvišja v skupini z nedokončano OŠ, kjer je sicer nižja kot leta 2001. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ, končano poklicno in srednjo šolo ter višjo in visoko šolo.

Vrsta dela: Prevalenca AMI/AP je najvišja pri upokojencih in nezaposlenih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri nezaposlenih.

Družbeni sloj: Prevalenca AMI/AP je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah.

Bivalno okolje: Prevalenca AMI/AP je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.

Geografsko območje: Prevalenca AMI/AP je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v vseh območjih.

Zdravstvena regija: Prevalenca AMI/AP je najvišja v murskosoboški regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah.

Sladkorna bolezen

Skupaj: Prevalenca sladkorne bolezni se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povišala (s 4,3% na 5,9%), nato pa znižala na 5%.

Spol: Prevalenca sladkorne bolezni je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.

Starost: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v starostni skupini 60-64 let. V vseh starostnih skupinah je po letu 2004 upadla, razen pri 25-29letnikih, kjer je ostala enaka.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ, končano poklicno šolo ter

višjo in visoko šolo, porasla pa v skupinah z nedokončano OŠ in končano srednjo šolo.
Vrsta dela: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja pri upokojencih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri težkih delavcih v kmetijstvu..
Družbeni sloj: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v višjem sloju.
Bivalno okolje: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v primestnem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.
Geografsko območje: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v vseh območjih.
Zdravstvena regija: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v celjski regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah.

Prebolela možganska kap

Skupaj: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povišala (s 0,9% na 1,4%), nato pa znižala na 1%.
Spol: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.
Starost: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v starostni skupini 60-64 let, kjer tudi stalno naraščala. V ostalih starostnih skupinah je po letu 2004 upadla.
Stopnja izobrazbe: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano poklicno šolo in srednjo šolo ter višjo šolo, porasla pa v skupinah z nedokončano OŠ, končano OŠ in končano visoko šolo.
Vrsta dela: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja pri upokojencih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri težkih delavcih v kmetijstvu, gospodinjah in nezaposlenih.
Družbeni sloj: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v spodnjem sloju.
Bivalno okolje: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.
Geografsko območje: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v vzhodnem delu Slovenije, kjer je tudi stalno naraščala. Po letu 2004 je upadla v ostalih dveh območjih.
Zdravstvena regija: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v novomeški regiji.

3. Izkoriščanje dobljenih rezultatov:

3.1. Kakšen je potencialni pomen² rezultatov vašega raziskovalnega projekta za:

- a) odkritje novih znanstvenih spoznanj;
- b) izpopolnitev oziroma razširitev metodološkega instrumentarija;
- c) razvoj svojega temeljnega raziskovanja;
- d) razvoj drugih temeljnih znanosti;
- e) razvoj novih tehnologij in drugih razvojnih raziskav.

3.2. Označite s katerimi družbeno-ekonomskimi cilji (po metodologiji OECD-ja) sovpadajo rezultati vašega raziskovalnega projekta:

- a) razvoj kmetijstva, gozdarstva in ribolova - Vključuje RR, ki je v osnovi namenjen razvoju in podpori teh dejavnosti;
- b) pospeševanje industrijskega razvoja - vključuje RR, ki v osnovi podpira razvoj industrije, vključno s proizvodnjo, gradbeništvom, prodajo na debelo in drobno, restavracijami in hoteli, bančništvom, zavarovalnicami in drugimi gospodarskimi dejavnostmi;
- c) proizvodnja in racionalna izraba energije - vključuje RR-dejavnosti, ki so v funkciji dobave, proizvodnje, hranjenja in distribucije vseh oblik energije. V to skupino je treba vključiti tudi RR vodnih virov in nuklearne energije;
- d) razvoj infrastrukture - Ta skupina vključuje dve podskupini:
 - transport in telekomunikacije - Vključen je RR, ki je usmerjen v izboljšavo in povečanje varnosti prometnih sistemov, vključno z varnostjo v prometu;
 - prostorsko planiranje mest in podeželja - Vključen je RR, ki se nanaša na skupno načrtovanje mest in podeželja, boljše pogoje bivanja in izboljšave v okolju;
- e) nadzor in skrb za okolje - Vključuje RR, ki je usmerjen v ohranjanje fizičnega okolja. Zajema onesnaževanje zraka, voda, zemlje in spodnjih slojev, onesnaženje zaradi hrupa, odlaganja trdnih odpadkov in sevanja. Razdeljen je v dve skupini:
- f) zdravstveno varstvo (z izjemo onesnaževanja) - Vključuje RR - programe, ki so usmerjeni v varstvo in izboljšanje človekovega zdravja;
- g) družbeni razvoj in storitve - Vključuje RR, ki se nanaša na družbene in kulturne probleme;
- h) splošni napredek znanja - Ta skupina zajema RR, ki prispeva k splošnemu napredku znanja in ga ne moremo pripisati določenim ciljem;
- i) obramba - Vključuje RR, ki se v osnovi izvaja v vojaške namene, ne glede na njegovo vsebino, ali na možnost posredne civilne uporabe. Vključuje tudi varstvo (obrambo) pred naravnimi nesrečami.

² Označite lahko več odgovorov.

3.3. Kateri so **neposredni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

Pod točko 3.1.: Neposreden rezultat znanstveno raziskovalnega dela v sklopu našega projekta so podatki o razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja in nekaterih kroničnih nenalezljivih boleznih. Hkrati smo s primerjalno analizo z rezultati preteklih raziskav ugotovili trend spreminjanja opazovanih pojavov.

Pomembna je tudi ugotovitev, da je metoda zbiranja podatkov, ki smo jo uporabili v proketu (anketiranje po pošti), neustrezna za doseganje optimalnih rezultatov (odziva). Nadaljni korak po koncu projekta je izboljšati instrument (vprašalnik) in najti ustrežnejšo metodo zbiranja podatkov.

Pod točko 3.2.: Rezultati so pomemben vir podatkov o razširjenosti nekaterih kroničnih nenalezljivih boleznih in dejavnikov tveganja zanje. Rezultati predstavljajo tudi evalvacijo dosedanjih preventivnih dejavnosti na področju preprečevanja kroničnih nenalezljivih boleznih.

3.4. Kakšni so lahko **dolgoročni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

Pod točko 3.1.: Rezultati so že bili uporabljeni in bodo v tudi v prihodnosti še uporabljeni za pisanje znanstveno raziskovalnih del. Možna bo tudi primerjava z rezultati tujih raziskav.

Pod točko 3.2.: Rezultati bodo v pomoč in podporo pri načrtovanju aktivnosti za izboljšanje zdravstvenega varstva, v primeru našega projekta predvsem pri načrtovanju preventivnih dejavnosti in promocije zdravja

3.5. Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- a) v domačih znanstvenih krogih;
- b) v mednarodnih znanstvenih krogih;
- c) pri domačih uporabnikih;
- d) pri mednarodnih uporabnikih.

3.6. Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?

Inštitut za varovanje zdravja

3.7. Število diplomantov, magistrorv in doktorjev, ki so zaključili študij z vključenostjo v raziskovalni projekt?

noben

4. Sodelovanje z tujimi partnerji:

4.1. Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujimi raziskovalnimi inštitucijami.

--

4.2. Kakšni so rezultati tovrstnega sodelovanja?

--

5. Bibliografski rezultati³ :

Za vodjo projekta in ostale raziskovalce v projektni skupini priložite bibliografske izpise za obdobje zadnjih treh let iz COBISS-a) oz. za medicinske vede iz Inštituta za biomedicinsko informatiko. Na bibliografskih izpisih označite tista dela, ki so nastala v okviru pričujočega projekta.

³ Bibliografijo raziskovalcev si lahko natisnete sami iz spletne strani:<http://www.izum.si/>

6. Druge reference⁴ vodje projekta in ostalih raziskovalcev, ki izhajajo iz raziskovalnega projekta:

Janet Klara Djomba:

- poster "Travel behaviour concerning work and studying trips among Slovene urban residents" na konferenci International conference on physical activity and public health v Torontu, maj 2010,
- predavanje "Epidemiologija bolezni srca in ožilja" v sklopu CINDI šole
- predavanje "Veliki javnozdravstveni problemi" za študente medicine v sklopu predmeta Socialna medicina

Cirila Hlastan Ribič

- Predavanje celostni pristop zmanjševanja soli v prehrani, Gospodarska zbornica Ljubljana 2010

Ajda Jelenc:

- ustna predstavitev "IMPACT OF AGE ON ACTIVE TRANSPORT HABITS IN URBAN RESIDENTS IN SLOVENIA" na konferenci European conference on mobility management v Grazu, maj 2010.

⁴ Navedite tudi druge raziskovalne rezultate iz obdobja financiranja vašega projekta, ki niso zajeti v bibliografske izpise, zlasti pa tiste, ki se nanašajo na prenos znanja in tehnologije.

Navedite tudi podatke o vseh javnih in drugih predstavitev projekta in njegovih rezultatov vključno s predstavitvami, ki so bile organizirane izključno za naročnika/naročnike projekta.

Inštitut za varovanje zdravja RS
Center za preprečevanje kroničnih bolezni
CINDI Slovenija

Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta
Katedra za javno zdravje

**TVEGANA VEDENJA, POVEZANA Z ZDRAVJEM IN NEKATERA ZDRAVSTVENA STANJA PRI
ODRASLIH PREBIVALCIH SLOVENIJE V OBDOBJU OD LETA 2001 DO 2008**
Primerjalna analiza izbranih dejavnikov tveganja in bolezenskih stanj iz raziskav
»Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«

Uredili: Janet Klara Djomba, Cirila Hlastan-Ribič, Lijana Zaletel-Kragelj, Jožica Maučec-
Zakotnik, Zlatko Fras

Ljubljana, 2010

**TVEGANA VEDENJA, POVEZANA Z ZDRAVJEM IN NEKATERA ZDRAVSTVENA STANJA PRI
ODRASLIH PREBIVALCIH SLOVENIJE V OBDOBJU OD LETA 2001 DO 2008**

**Primerjalna analiza izbranih dejavnikov tveganja in bolezenskih stanj iz raziskav
»Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«**

Publikacija je rezultat ciljnega raziskovalnega projekta

V3-0545

Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008

Agencije za raziskovanje Republike Slovenije in Ministrstva za zdravje

Uredili

Janet Klara Djomba, Cirila Hlastan-Ribič, Lijana Zaletel-Kragelj, Jožica Maučec-Zakotnik,
Zlatko Fras

Izdal in založil

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Oblikovanje, prelom in priprava za tisk

Ajda Jelenc

Izdano

Ljubljana, 2010

Vse informacije, prikazane v tabelah v tej publikaciji, so predmet avtorske zaščite ter drugih oblik zaščite intelektualne lastnine. V vseh dokumentih, v katerih bodo objavljene, morata biti naveden avtor in izdajatelj publikacije.

PROJEKTNA SKUPINA

Ciljnega raziskovalnega projekta

V3-0545

Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008

ODGOVORNI NOSILEC PROJEKTA:

Dr. Cirila Hlastan Ribič, univ.dipl.inž.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Center za preprečevanje kroničnih bolezni CINDI Slovenija

RAZISKOVALCI IN SODELAVCI NA PROJEKTU:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije:

Jožica Maučec Zakotnik, dr.med.

Ajda Jelenc

Barbka Lapuh

Tina Hajdinjak

Jasna Tancig Ogrinc

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani:

Dr. Lijana Zaletel- Kragelj, dr.med.

Janet Klara Djomba, dr.med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana:

Dr. Zlatko Fras, dr.med.

Bolnišnica Golnik, KOPA:

Miljana Vegnuti

1 UVOD

1.1 Raziskave CINDI Health Monitor - »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«

Strategija programa CINDI temelji na promociji zdravja in preprečevanju dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni (KNB). Osnova delovanja programa CINDI so raziskave, tako na administrativno omejenem, a epidemiološko dovolj velikem območju (demonstracijskem območju) kot tudi na nacionalni ravni, ki omogočajo podatke o razširjenosti dejavnikov tveganja za KNB in njihovo povezanost z različnimi determinantami zdravja. Na podlagi zbranih podatkov se načrtuje in izvaja ukrepe za izboljšanje stanja, tako za politiko kot tudi različne interdisciplinarne strokovne skupine. Program CINDI je interventni program, ki na osnovi ugotovljenega stanja oblikuje in izvaja interventne programe, sodeluje pa tudi s politiko s ciljem oblikovanja čimbolj učinkovitih medresornih integriranih politik in programov za preprečevanje in obvladovanje KNB: Slovenija v programu CINDI sodeluje skoraj že dve desetletji. Program CINDI je izvedel ključne raziskave na področju dejavnikov tveganja za KNB. Na osnovi analize ključnih javno zdravstvenih problemov je CINDI Slovenija oblikoval in predlagal politiki v izvajanje učinkovit in že deset let delujoč Nacionalni program preprečevanja srčno žilnih bolezni (1). Leta 2001 je Evropski urad SZO sklenil, da naj bi se lokalne CINDI raziskave v sodelujočih državah razširile in postale nacionalne. Projekt se imenuje CINDI Health Monitor (CHM). Poglavitna cilja CHM projekta SZO sta:

1. razširjanje informacije o pogostosti dejavnikov tveganja med državami Evrope, da bi te na podlagi zanesljivih podatkov oblikovale ustrezno nacionalno zdravstveno politiko in ukrepe za izboljšanje zdravja prebivalstva in
2. priprava primerjalnih analiz med državami v evropskem prostoru in publiciranje znanstvenih poročil o perečih javno zdravstvenih problemih.

K sodelovanju v projektu CHM je SZO povabila vse evropske in tudi druge države. Slovenija je k projektu CHM pristopila leta 2001 in prvo raziskavo izvedla že istega leta.

Razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja za nenalezljive bolezni v Sloveniji do leta 2001 nismo imeli zanesljivo ocenjene. Ko je bila izvedena prva raziskava CHM oziroma "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije", kot smo jo poimenovali v Sloveniji, so prvič bili na voljo podatki o razširjenosti dejavnikov tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije, opredeljene pa so bile tudi populacijske skupine, ki so za pojav določenega dejavnika tveganja najbolj ogrožene. Raziskavo smo ponovili leta 2004 in leta 2008. Rezultati raziskave leta 2001 so objavljeni v

obširni publikaciji (2), rezultati raziskav iz let 2004 in 2008 pa so objavljeni v elektronski obliki (3,4) in so tako na razpolago strokovni, znanstveni in tudi laični javnosti.

1.2 Dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni

Problem, ki smo ga raziskovali z raziskavami "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije" so vedenjski dejavniki tveganja, za katere menimo, da so povezani z nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni, ki največ pripomorejo k veliki umrljivosti prebivalcev Slovenije.

Najpomembnejši vzroki umrljivosti v Sloveniji so podobni kot v državah EU: na prvih treh mestih so bolezni srca in ožilja, rak ter poškodbe in zastrupitve (5,6). Ljudje v določenem okolju zbolevajo za različnimi bolezenskimi pojavi. Te povezujemo z značilnostmi ljudi samih (vedenjskimi in biološkimi) ali njihovega bivalnega okolja. Nekatere od teh značilnosti so dejansko lahko vzroki za nastanek opazovanega bolezenskega pojava, za druge pa to lahko le domnevamo. Pri nastanku posameznega bolezenskega pojava igrajo vloge različni dejavniki tveganja. Nekateri so lahko povezani z enim bolezenskim pojavom ali pa z mnogimi, zato predstavljajo zelo zapleten pojav. Posamezna značilnost je že lahko bolezenski pojav ali pa dejavnik tveganja za drugi bolezenski pojav.

Najpogostejši dejavniki tveganja, ki jih povezujemo s tistimi kroničnimi bolezenskimi pojavi, ki največ prispevajo k umrljivosti prebivalstva, so kajenje, uživanje alkohola, nepravilna prehrana in telesna nedejavnost. Naštete dejavnike štejemo v skupino vedenjskih dejavnikov tveganja. Le-te lahko učinkovito obvladamo z zdravim življenjskim slogom, ter tako preprečujemo in zdravimo kronične nenalezljive bolezni ali pa njihov razvoj potisnemo v kasnejše življenjsko obdobje.

1.3 Pomen rezultatov raziskav "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije"

Z raziskavami smo pridobili podatke o razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni tako na nacionalni, kot tudi na regionalni ravni. Slednje je še posebej pomembno zaradi že znanih medregijskih razlik v razširjenosti dejavnikov tveganja. Še bolj pomembni pa so podatki o populacijskih skupinah, ki jih dejavniki tveganja najbolj ogrožajo. Ukrepi za obvladovanje vedenjskih dejavnikov tveganja so lahko učinkoviti le, če so prilagojeni lastnostim in značilnostim posameznih populacijskih skupin.

Primerjalna analiza podatkov vseh treh raziskav daje še dodatne pomembne informacije. Dobili smo informacijo o trendu spreminjanja razširjenosti posameznih dejavnikov tveganja, o uspešnosti dosedanjih ukrepov za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni ter o možnostih dodatnega ukrepanja.

Raziskava prispeva strokovno in znanstveno podlago za pripravo predlogov bodočih intervencijskih programov in izboljšavo že obstoječih programov za spreminjanje vedenjskih vzorcev prebivalstva, pa tudi za oceno učinkovitosti že obstoječih programov. Kot primer dobre prakse, kjer so raziskave CINDI Slovenija služile kot osnova za oblikovanje interventnih programov in politik v Sloveniji navajamo Nacionalni program primarne preventive srčno žilnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki se izvaja že od leta 2002 (1). Resolucija o nacionalnem planu prehranske politike 2005 - 2010 (7) in Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007 - 2012 (8) sta tudi bila pripravljena na osnovi rezultatov raziskav Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcev Slovenije iz leta 2001 in 2004. Isti raziskavi sta služili tudi za oblikovanje in evalvacijo interventnega medresornega programa in strategije za zmanjševanje razlik v zdravju v Pomurju-Programa MURA (9). Raziskava iz leta 2004 je pokazala, da so programi promocije zdravja v Pomurju v treh letih bistveno vplivali na spremembo življenjskega sloga in tudi bioloških dejavnikov tveganja. Dodatni rezultati iz leta 2008 nam bodo lahko služili kot del nadaljnje evalvacije obstoječih programov, tudi prehranske politike in nacionalnega programa telesne dejavnosti, hkrati pa nam bodo podali ustrezne usmeritve k izboljšavi že zastavljenih strategij na omenjenih področjih.

Rezultati pomenijo tudi možnost primerjave Slovenije glede razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja z drugimi evropskimi državami, saj je raziskava del projekta Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) Health Monitor Survey (10).

1.4 Namen in cilj raziskav "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije"

Z namenom, da bi prispevali k poznavanju razširjenosti dejavnikov tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije in s tem prispevali k večji učinkovitosti preventivnih ukrepov, smo si pri načrtovanju raziskav ter pri primerjalni analizi rezultatov raziskav zadali za cilj v populaciji odraslih Slovencev, starih od 25-64 (oziroma 74) let, raziskati in ovrednotiti vzorce življenjskih navad in razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja, ki so povezani z zdravstvenim stanjem, zlasti z nenalezljivimi boleznimi.

V proučevani populaciji smo glede na različne značilnosti (biološke, sociološke in zdravstvene) opazovancev ocenjevali razširjenost, intenzivnost ter medsebojno povezanost naslednjih skupin dejavnikov tveganja:

- kadilskih navad,
- pivskih navad,

- prehranjevalnih navad,
- gibalnih navad,
- obnašanja v zvezi z varnostjo v cestnem prometu,
- navad glede koriščenja nekaterih zdravstvenih storitev.

REFERENCE

1. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur List RS, 2001(67): 6921- 6928.
2. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije I.-III. Ljubljana: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete, 2004.
3. Djomba JK, Zaletel-Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2004. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010. Dostopno na: <http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2004.pdf>
4. 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. Dostopno na: <http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf>
5. WHO Regional Office for Europe. The Health for all Statistical Database. Copenhagen. Dostopno na: <http://data.euro.who.int/hfad/>
6. Zdravstveni statistični letopis 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS,
7. Resolucija o nacionalnem planu prehranske politike 2005 - 2010. Ur List RS, 2005(39): 3681-3719
8. Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2007. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Nacionalni_program_telesna_dejavnost_slo.pdf
9. Buzeti T, Maučec Zakotnik J. Vlaganje za zdravje in razvoj v Sloveniji- program MURA. Murska Sobota: Center za zdravje in razvoj, 2008.
10. Prättälä R, Helasoja V, Laaksonen M, laatikainen T, Nikander P, Puska P. Cindi health monitor. Proposal for practical guidelines. Helsinki: publications of the National Public Health Institute, 2001:20.

2 METODE DELA

2.1 Opis populacije

Vzorec je bil izbran iz populacije Slovencev, starih od vključno 25 do vključno 64 let v raziskavah leta 2001 in 2004 ter do vključno 74 let v raziskavi leta 2008. Zaradi razlik v umrljivosti in zbolevanju za nekaterimi boleznimi ter vedenjskimi dejavniki tveganja za KNB in razlik v nekaterih socialnoekonomskih kazalnikih med posameznimi zdravstvenimi regijami v Sloveniji, smo celotno opredeljeno populacijo razdelili še glede na pripadnost zdravstveni regiji.

2.2 Vzorec

Vzorec je izbral Statistični urad Republike Slovenije (SURS) iz svojih baz podatkov. Ažuriran je s podatki iz Centralnega registra prebivalstva (CRP). Vzorec je bil naključen in stratificiran glede na zdravstvene regije, starost vključenih prebivalcev je bila od 25 do 64 (oziroma 74) let.

Število prebivalcev, zajetih v raziskavo, je leta 2001 bilo 15.379, leta 2004 jih je bilo 15.297, leta 2008 pa smo v raziskavo zajeli 15.963 prebivalcev.

Pri določanju velikosti vzorca smo upoštevali načrtovane statistične analize, potrebno osnovno število enot pa smo prilagoditi še načinu anketiranja po pošti. Pri tem smo upoštevali dosedanje slovenske izkušnje in izkušnje skupine Finbalt (1). Za končno oceno velikosti vzorca smo se pri vsaki raziskavi odločili upoštevati, kot da bomo ob anketiranju dosegli 45% odziv anketirancev. Kljub temu, da je bila odzivnost v prvih dveh raziskavah večja od 50%, smo vzorec za raziskavo leta 2008 povečali, ker je bila odzivnost leta 2004 nižja kot leta 2001 in smo upoštevali možnost nadaljnjega zniževanja odzivnosti.

2.3 Vrsta raziskave

Raziskave "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije" so tipa presečne epidemiološke raziskave. Presečne raziskave so raziskave stanja v danem trenutku ali v določenem časovnem intervalu v skupini opazovancev ali v celotni populaciji. Če presečno raziskavo ponavljamo, jo lahko uporabimo kot sistem spremljanja, s katerim opazujemo spremembo zdravstvenega stanja ali njegovih določilnic v populaciji (health-monitor sistem). Na tak način lahko sledimo, ali je nek intervencijski program učinkovit ali ne.

Poseben pomen imajo presečne raziskave za načrtovanje zdravstvenega varstva prebivalstva. Prispevajo lahko tako pri načrtovanju zdravstvenih zmogljivosti, kot tudi h učinkovitejšemu izvajanju zdravstvenega varstva. Pomembne so pri postavljanju

socialnomedicinske diagnoze skupnosti, stalnemu nadzoru zdravstvenega stanja prebivalstva (surveillance), izobraževanju skupnosti in vpletanju le-te v reševanje zdravstvenih problemov in ocenjevanju njenega zdravstvenega varstva.

V povezavi z izvedenimi raziskavami bi radi poudarili, da presečne raziskave lahko pomembno prispevajo k postavljanju epidemioloških temeljev diagnoze skupnosti (določanje zdravstvenega stanja prebivalstva in dejavnikov, ki so povezani z njim). Z njihovo pomočjo lahko pridemo do informacije o naravi, razsežnosti in vplivu zdravstvenih problemov. Na podlagi te informacije se nato lahko opredelijo prednostni cilji in načrtujejo ukrepi.

2.4 Vprašalnik

Vprašalnik, uporabljen v raziskavi leta 2001, je bil povzet po CINDI Process Evaluation Questionnaire, vendar prirejen razmeram v Sloveniji (2). Pri načrtovanju raziskave leta 2004 smo vprašalnik priredili glede na izkušnje iz prejšnjih raziskav in glede na potrebe po dodatnih informacijah. Za raziskavo leta 2008 smo vprašalnik ponovno prilagodili, vendar obstoječih vprašanj iz leta 2004 nismo spreminjali, ampak smo vprašanja dodajali ali odvzeli.

2.5 Potek in način anketiranja

Potek anketiranja je bil pri vseh raziskavah podoben. Raziskave so se pričele v mesecu maju z razpošiljanjem vprašalnikov. Čas smo določili glede na termin izvajanja prejšnjih raziskav ter priporočil glede primerljivosti podatkov s strani Evropskega urada SZO. Anketirancem, ki niso odgovorili v 14 dneh, smo poslali opomnik v obliki dopisa, v katerem smo jih ponovno zaprosili, da odgovorijo na vprašalnik in jim ponovno poslali vprašalnik. Približno dva tedna po prvem smo opomnik poslali še drugič, tokrat samo s pismom, v katerem smo prosili za sodelovanje pri raziskavi in objavili seznam nagrad (bivanje v zdravilišču, zdrava hrana, praktične nagrade...), ki smo jih po končanem zbiranju anket z žrebom razdelili med sodelujoče.

Anketiranje je bilo v vseh raziskavah izvedeno po pošti. Zanj smo se odločili po presoji vseh treh možnih načinov anketiranja- z osebnimi anketarji, anketarji po telefonu in po pošti. Dejavniki, ki smo jih upoštevali pri izboru metode so bili: časovni okvir izvedljivosti, stroški za izvedbo, odstotek odgovorjenih vprašalnikov in stopnja anonimnosti oziroma varovanja osebnih podatkov anketirancev. Na Finskem način anketiranja po pošti za skoraj popolnoma enako raziskavo uporabljajo uspešno že vrsto let (3).

REFERENCE

1. Finbalt Health Monitor. Feasibility of a Collaborative System for Monitoring Health Behaviour in Finland and the Baltic Countries. Helsinki, National Public Health Institute, 1999:31.
2. Prättälä R, Helasoja V, Laaksonen M, Laatikainen T, Nikander P, Puska P. Cindi health monitor. Proposal for practical guidelines. Helsinki: publications of the National Public Health Institute, 2001.
3. Finbalt Health Monitor. Feasibility of a Collaborative System for Monitoring Health Behaviour in Finland and the Baltic Countries. Helsinki, National Public Health Institute, 1999.

3 ODZIVNOST IN REPREZENTATIVNOST VZORCA

Splošna odzivnost anketirancev se je od prve do zadnje raziskave manjšala, pri zadnji raziskavi je celo padla pod 50%. Tabela 1.1 prikazuje število prebivalcev, vključenih v vzorec, število prebivalcev, ki so vprašalnik po pošti dejansko prejeli, ter splošno odzivnost. Določeno število prebivalcev ni bilo vključenih v raziskavo, ker vprašalnika zaradi spremembe naslova, smrti ali drugih razlogov ni bilo možno vročiti, ali pa prebivalci niso mogli sodelovati zaradi težke bolezni.

Tabela 1.1: Odzivnost glede na leto raziskave

	Leto raziskave		
	2001	2004	2008
Število prebivalcev, vključenih v raziskavo	15.379	15.297	15.591
Število vročenih vprašalnikov	15.153	15.221	15.591
Odzivnost	63,8%	57,4%	49%

Odzivnost glede na zdravstvene regije se je razlikovala v vseh treh raziskavah. Tabela 1.2 prikazuje odzivnost po zdravstvenih regijah glede na leto raziskave.

Tabela 1.2: Odzivnost (%) po zdravstvenih regijah glede na leto raziskave

	Leto raziskave		
	2001	2004	2008
Celje	62,2	58,2	49,3
Nova Gorica	68,8	58,4	47,5
Koper	63,5	50,3	45,9
Kranj	66,9	61,3	56,9
Ljubljana	61,8	58,3	49,4
Maribor	58,1	53,4	46,9
Murska Sobota	75,0	61,0	49,5
Novo Mesto	67,3	56,1	48,6
Ravne	72,1	63,8	55,3

4 REZULTATI

Prikazani so izbrani dejavniki tveganja in bolezenska stanja, pri katerih prikazujemo rezultate iz vseh treh raziskav. Tak prikaz omogoča opazovanje razlik v razširjenosti posameznih dejavnikov in obolenj.

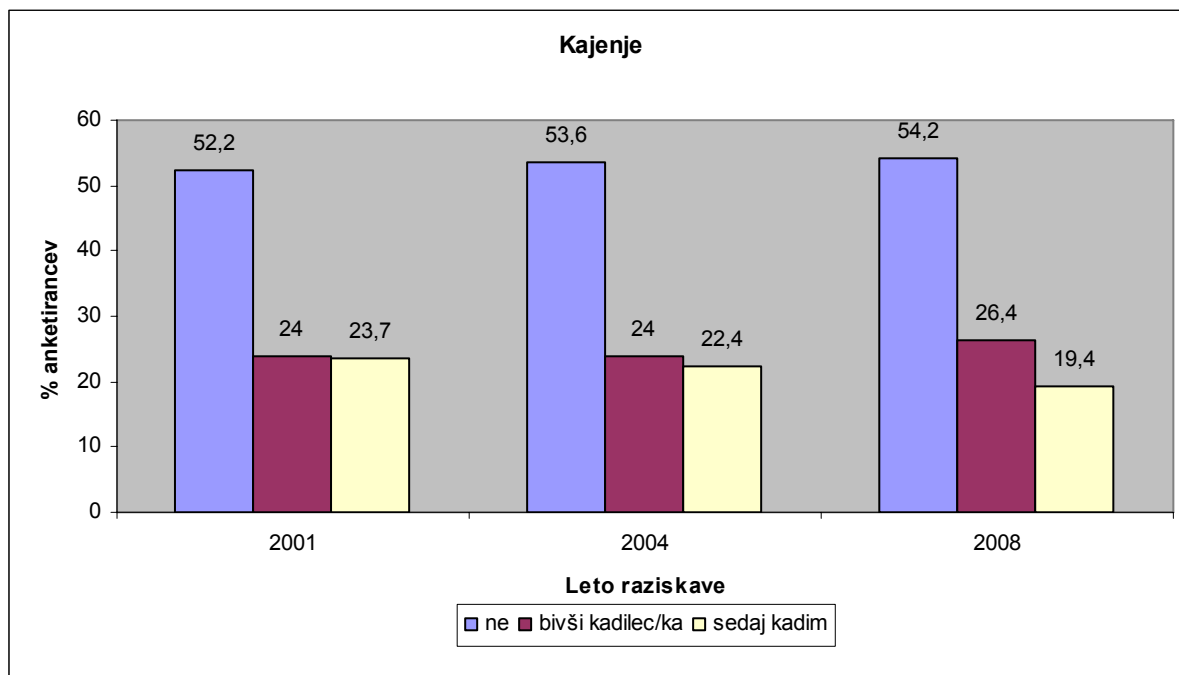
Poleg enostavnih spremenljivk, ki izhajajo neposredno iz vprašanj v vprašalniku, so predstavljene tudi nekatere kompleksne spremenljivke (ITM, tvegano pitje alkohola, tvegano stresno vedenje, tvegano vedenje povezano s privezovanjem z varnostnim pasom), ki smo jih sestavili iz več vprašanj.

Za potrebe primerjalne analize smo morali okrniti vzorec za analizo raziskave leta 2008. V tej raziskavi smo namreč v vzorec vključili prebivalce v starosti 25 do 74 let, v prvih dveh raziskavah pa prebivalce v starosti 25 do 64 let. Takšna krnitev sicer pomeni zmanjšanje vzorca za analizo (6072 vprašalnikov, primernih za analizo), vendar se rezultati v celotnem in okrnjenem vzorcu (vključeni samo prebivalci stari 25 do 64 let) razlikujejo predvsem pri ocenjenih prevalencah kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogostejše v starejši populaciji. Pri ostalih spremenljivkah so razlike zelo majhne ali pa jih ni.

V rezultatih, ki so prikazani v nadaljevanju, se vsi rezultati raziskave iz leta 2008 nanašajo na vzorec, iz katerega smo izločili starejše od 64 let.

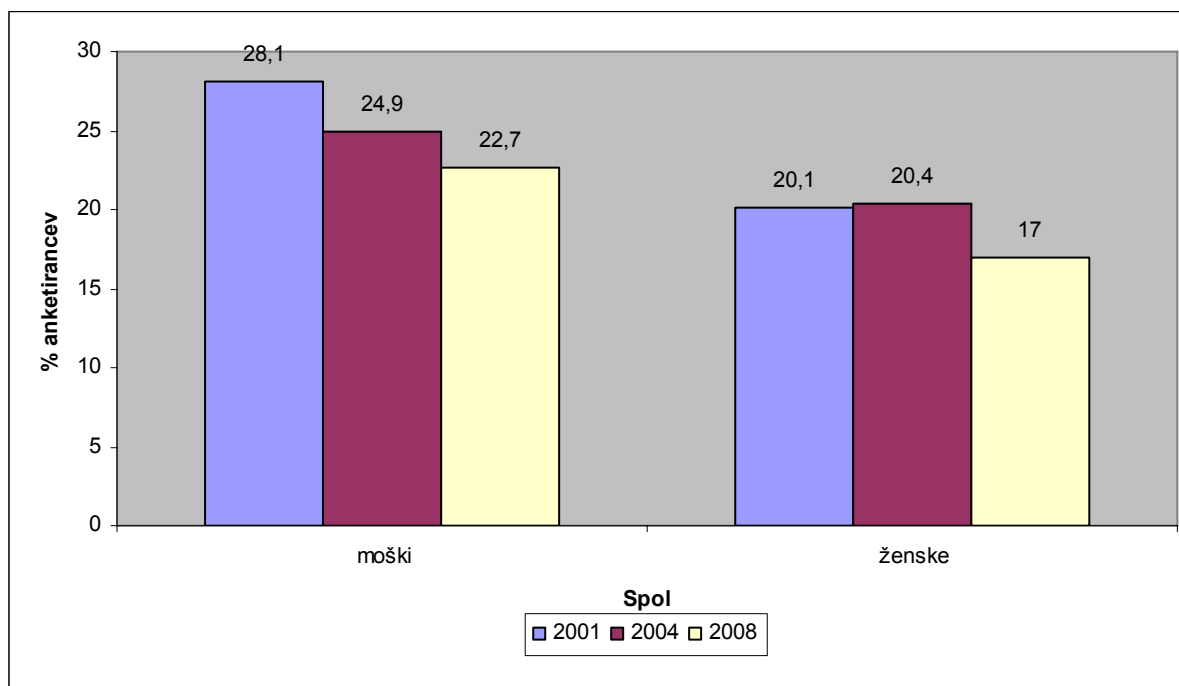
KAJENJE

Delež kadilcev se je od leta 2001 zmanjšal s 23,7% na 19,4%.



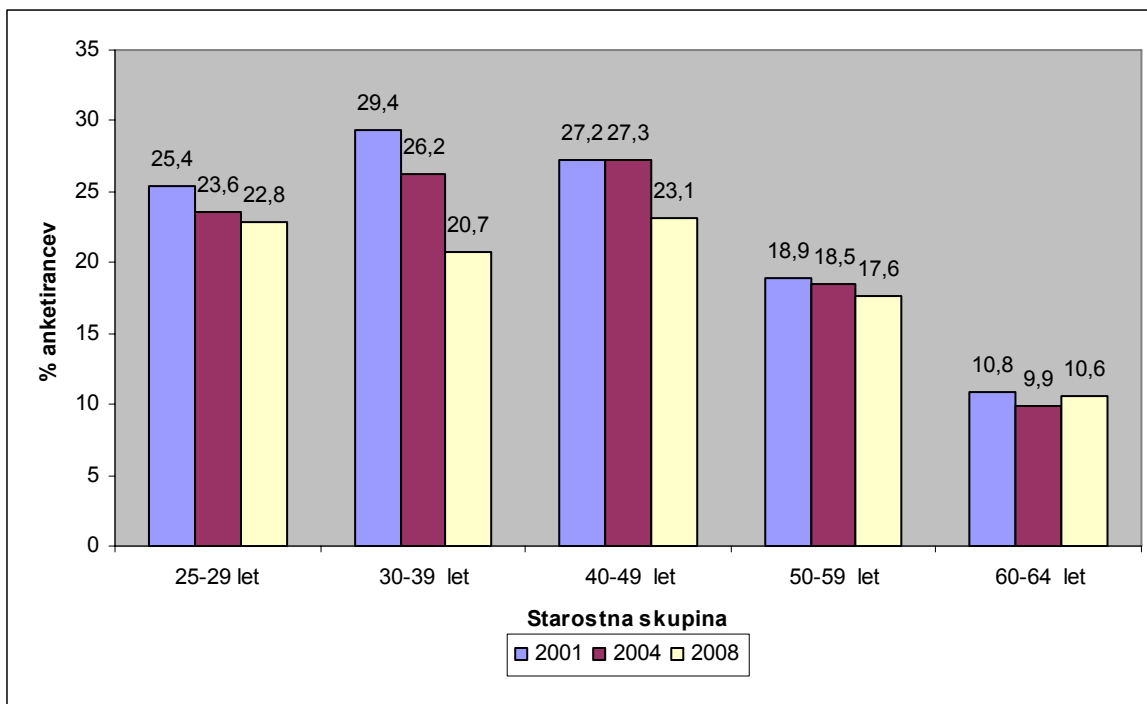
Slika 1.1: Delež kadilcev glede na leto raziskave.

Spol: delež je višji pri moških, vendar je padec bolj izrazit pri moških, kot pri ženskah.



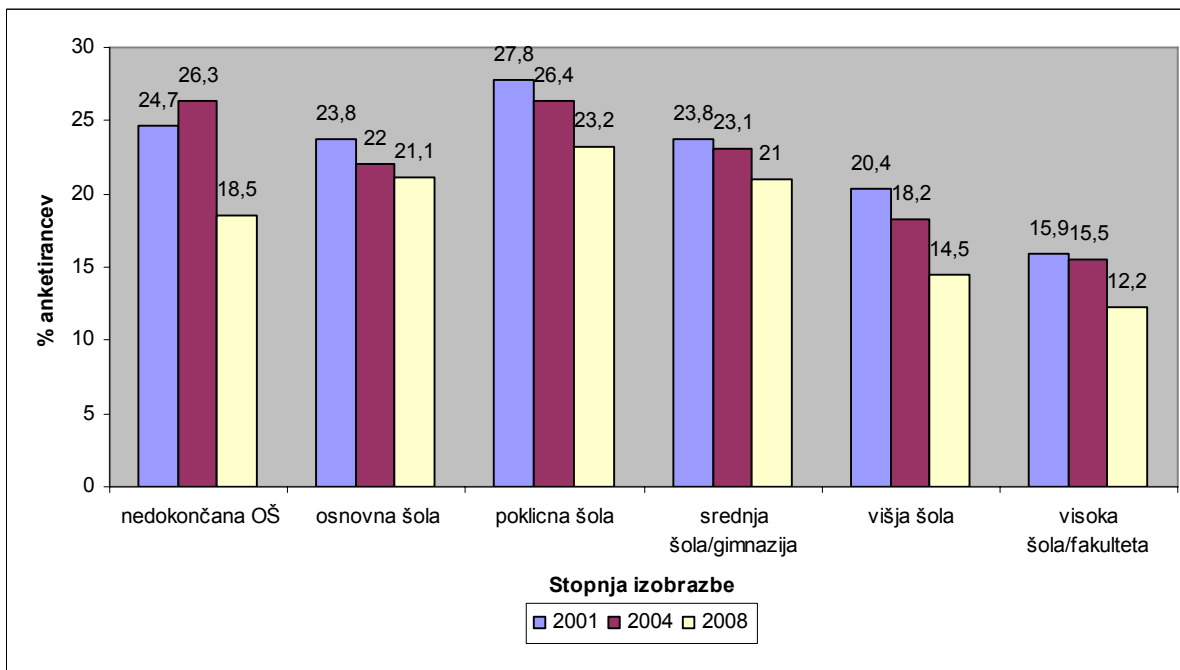
Slika 1.2: Delež kadilcev znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež kadičev je najvišji v skupini 40-49 let, upada pa v vseh starostnih skupinah, razen v najstarejši (60-64 let).



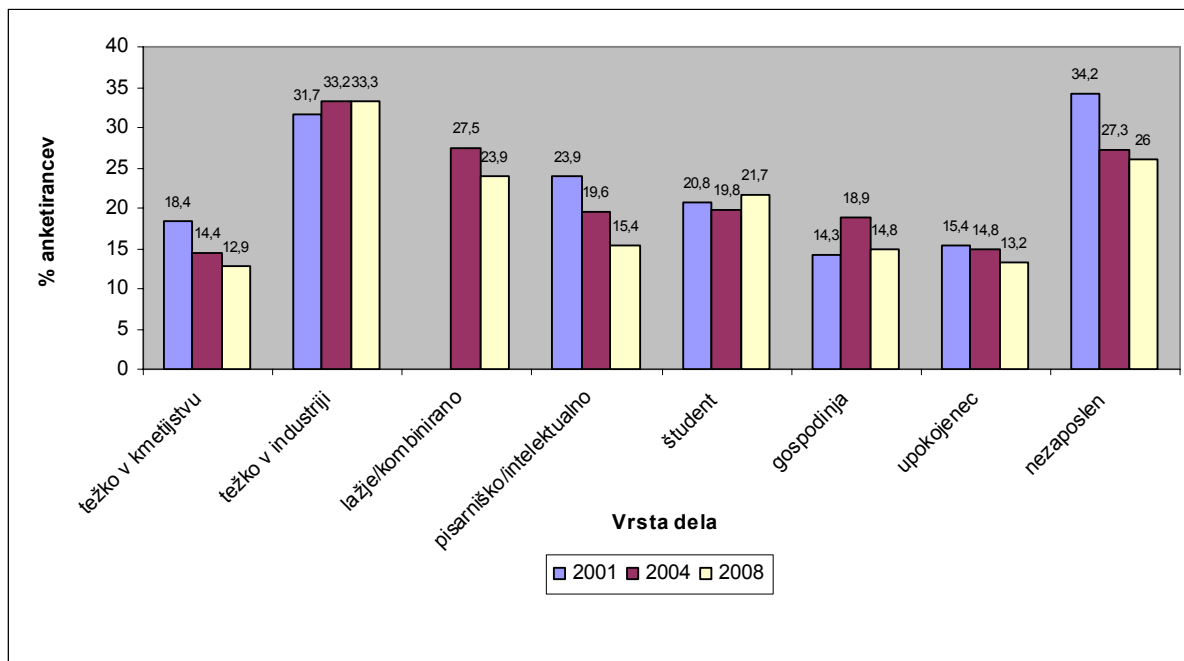
Slika 1.3: Delež kadičev znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež kadičev upada znotraj vseh, najvišji pa je pri anketiranih s končano poklicno ali srednjo šolo.



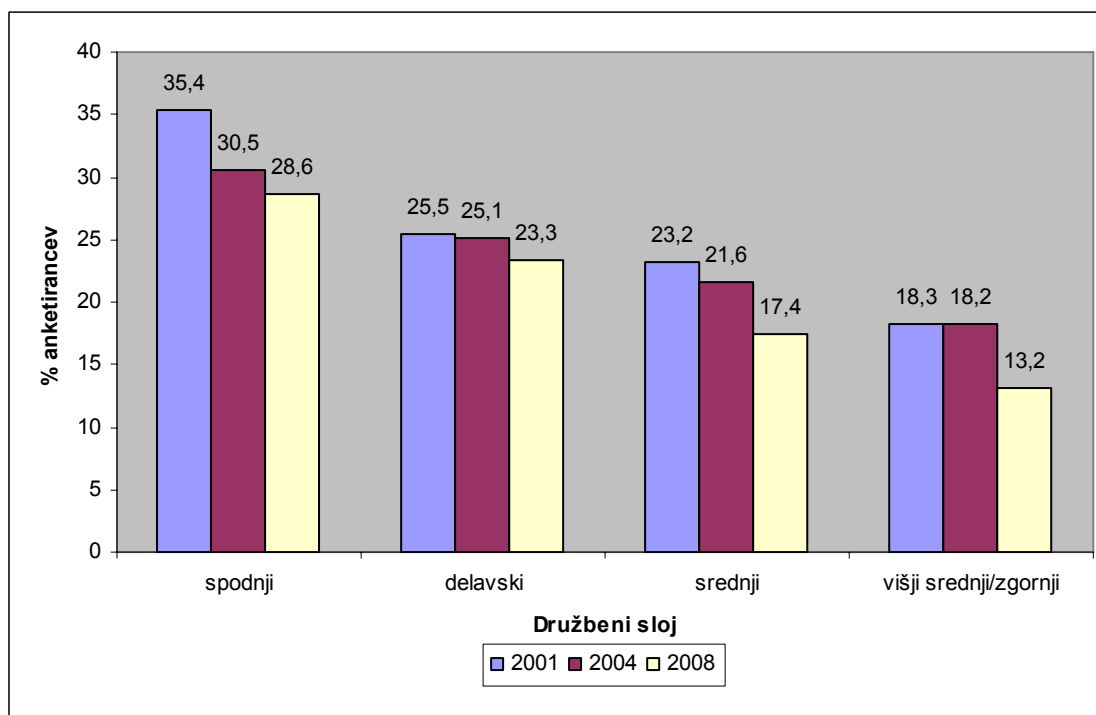
Slika 1.4: Delež kadičev znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: razen pri študentih, kjer je delež porasel, delež kadilcev povsod upada, najvišji pa je pri težkih delavcih v industriji.



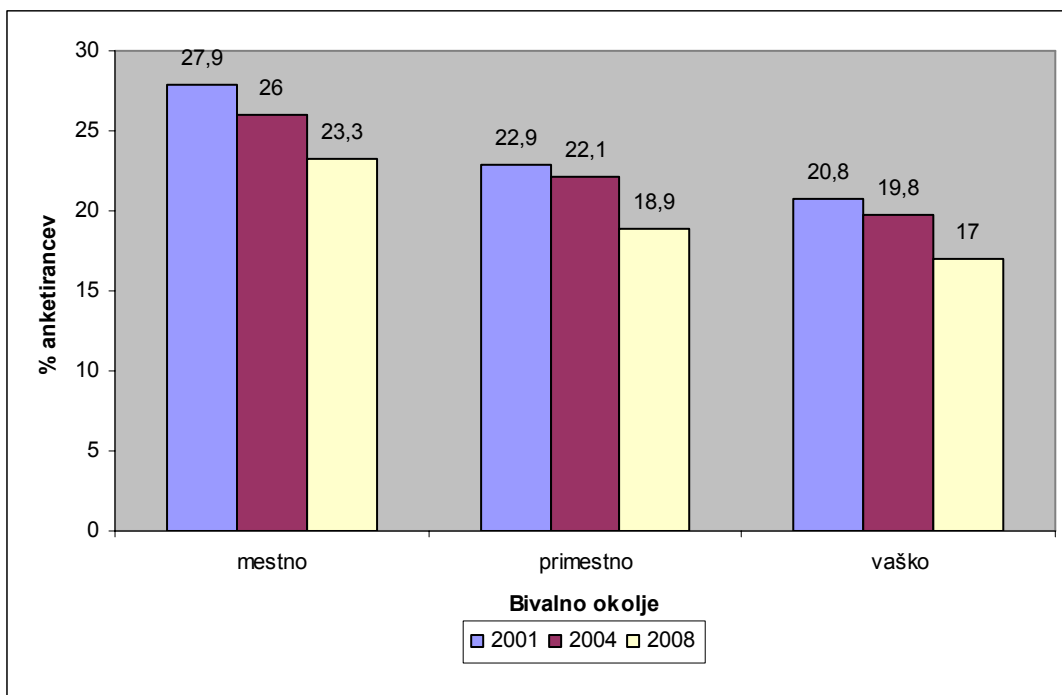
Slika 1.5: Delež kadilcev znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: upad deleža kadilcev je viden v vseh družbenih slojih, najvišji pa ostaja pri pripadnikih spodnjega sloja.



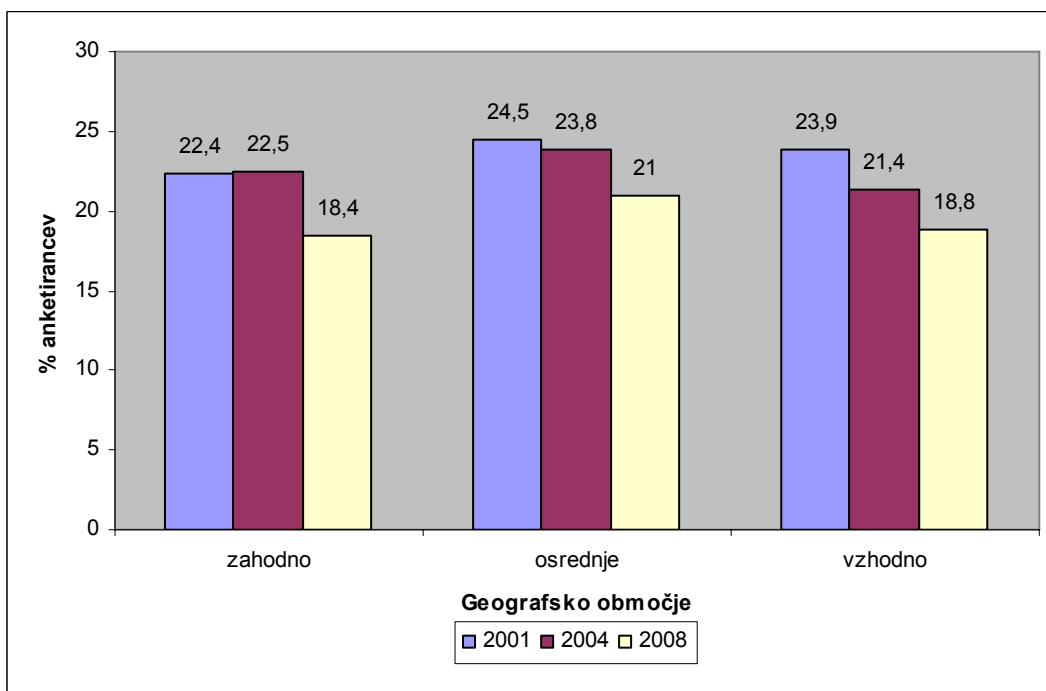
Slika 1.6: Delež kadilcev znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež kadilcev je najvišji pri mestnih prebivalcih, upada pa v vseh okoljih.



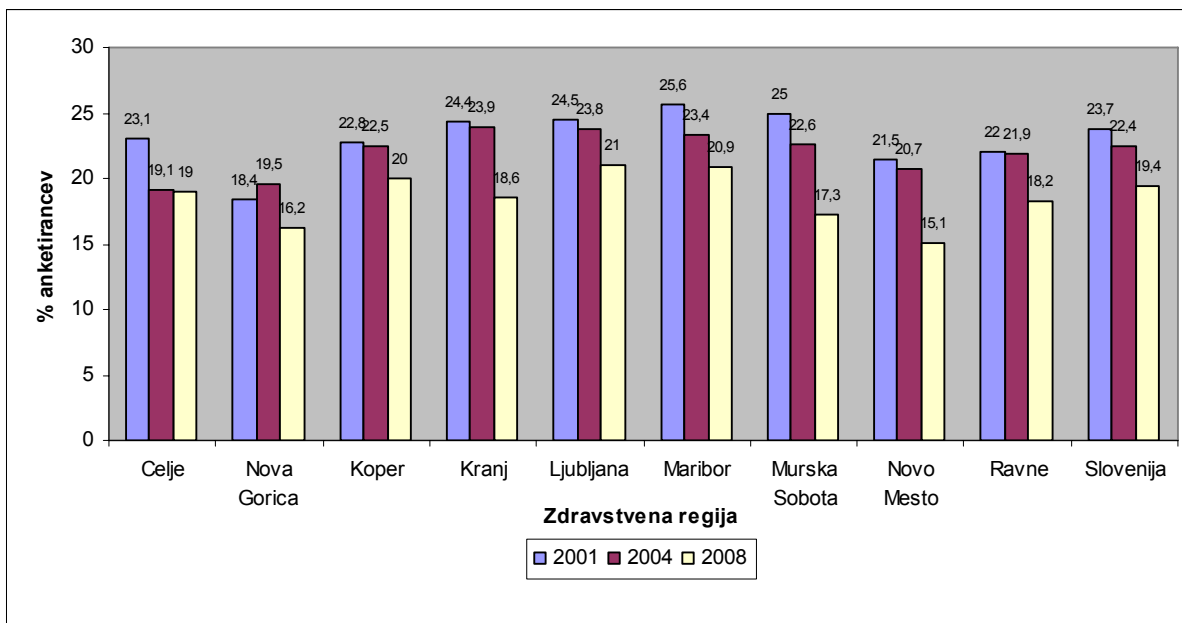
Slika 1.7.: Delež kadilcev znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež kadilcev je najvišji pri prebivalcih osrednje Slovenije, upada pa v vseh območjih.



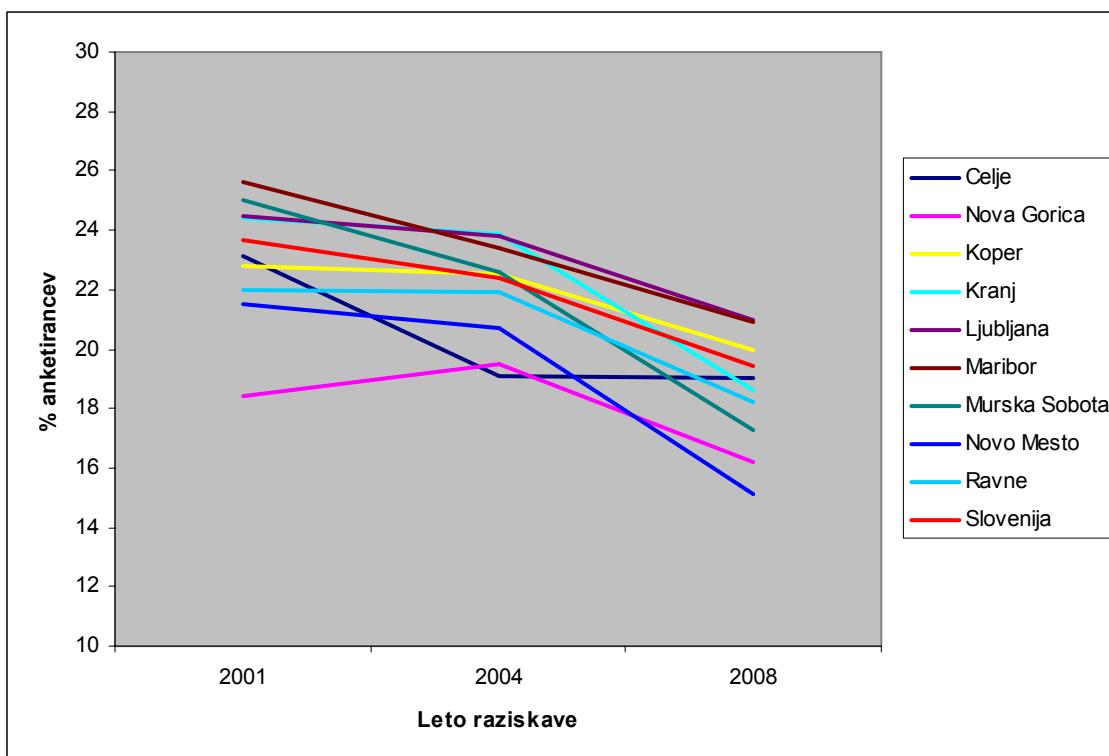
Slika 1.8: Delež kadilcev znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež kadičev je najvišji v ljubljanski in mariborski regiji, upada pa v vseh regijah.



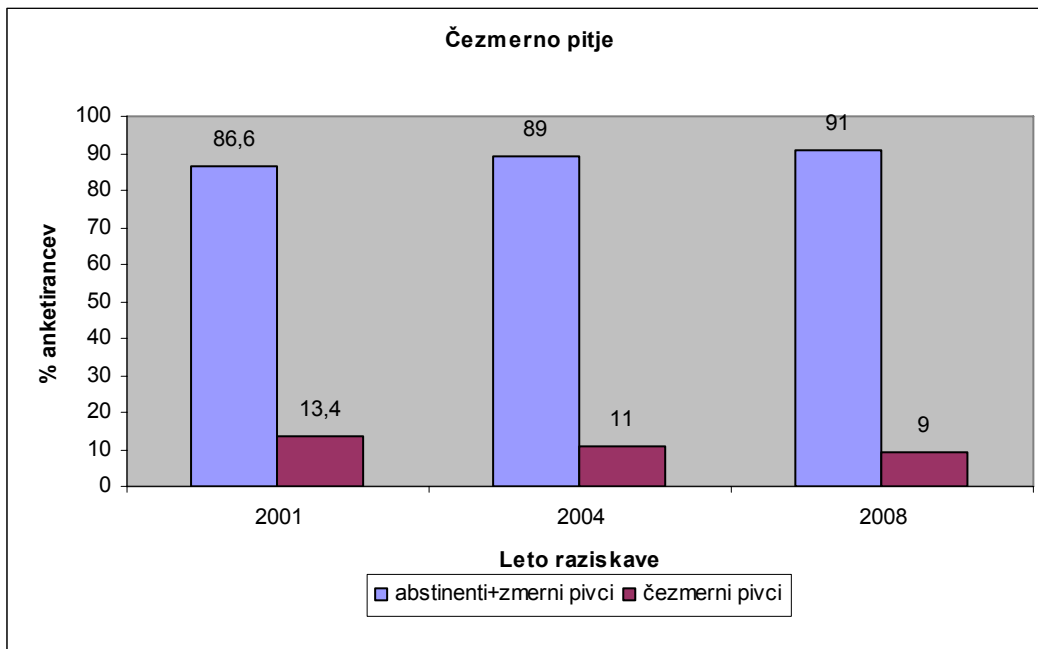
Slika 1.9: Delež kadičev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

Slika 1.10: Krivulja- delež kadičev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



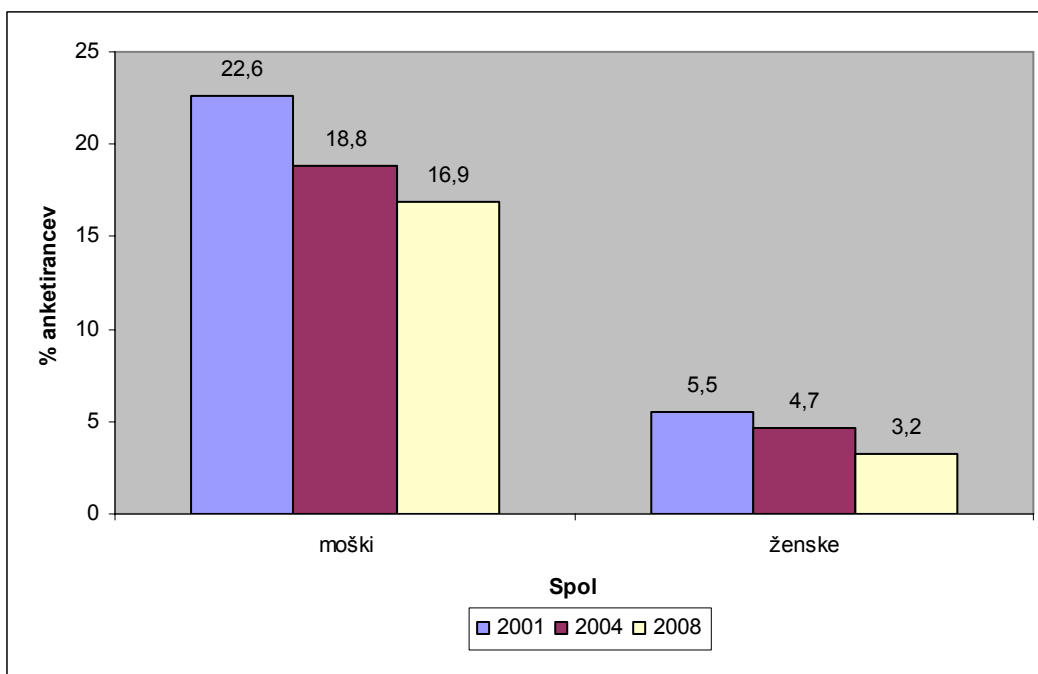
ČEZMerno PITJE ALKOHOLA

Delež čezmernih pivcev je od leta 2001 do leta 2008 zmanjšal s 13,4% na 9%.



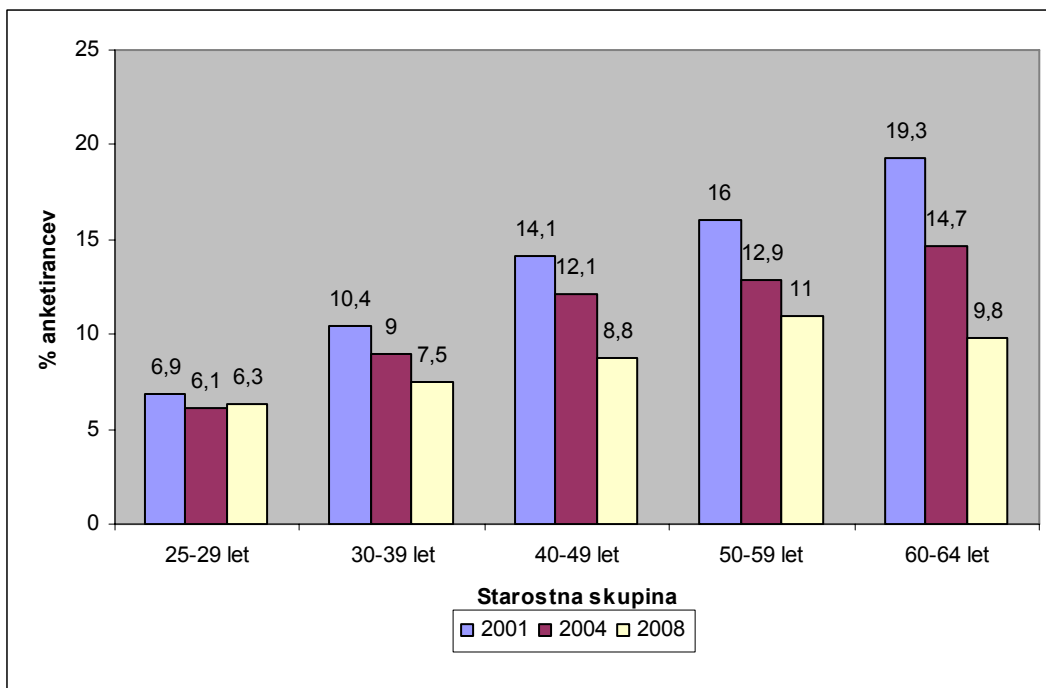
Slika 2.1: Delež čezmernih pivcev glede na leto raziskave.

Spol: delež je višji pri moških, vendar upada tako pri moških, kot pri ženskah.



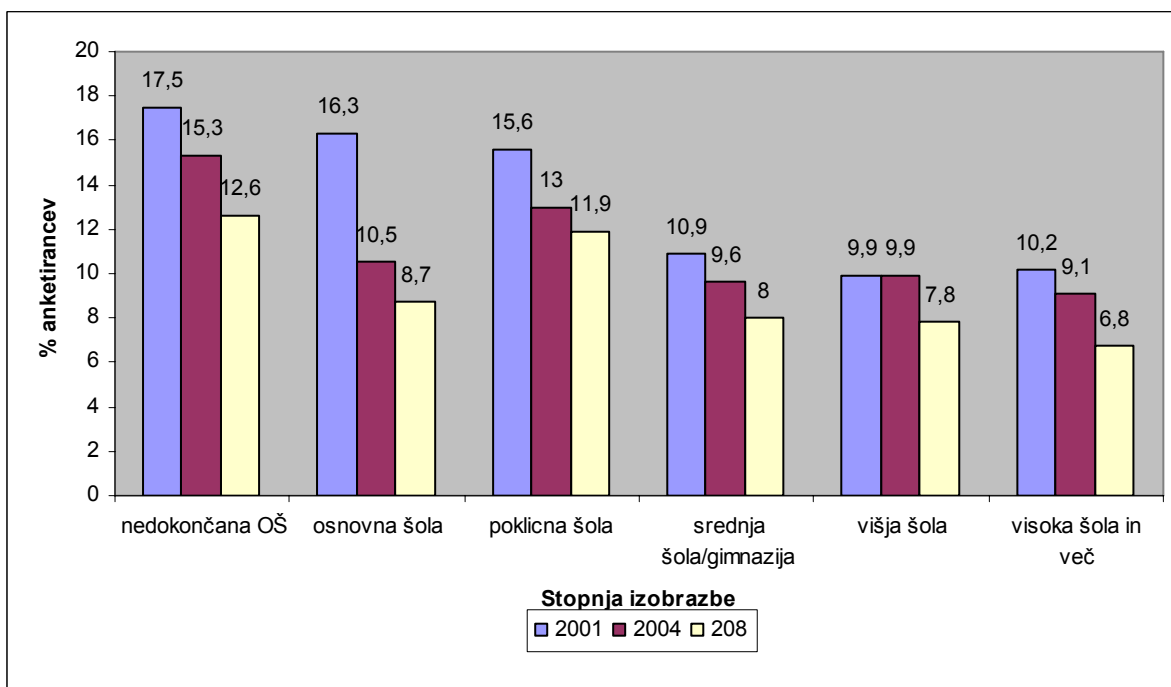
Slika 2.2: Delež čezmernih pivcev znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež čezmernih pivcev je najvišji v starostni skupini 60-64 let, upada pa v vseh starostnih skupinah, razen v najmlajši (20-25 let).



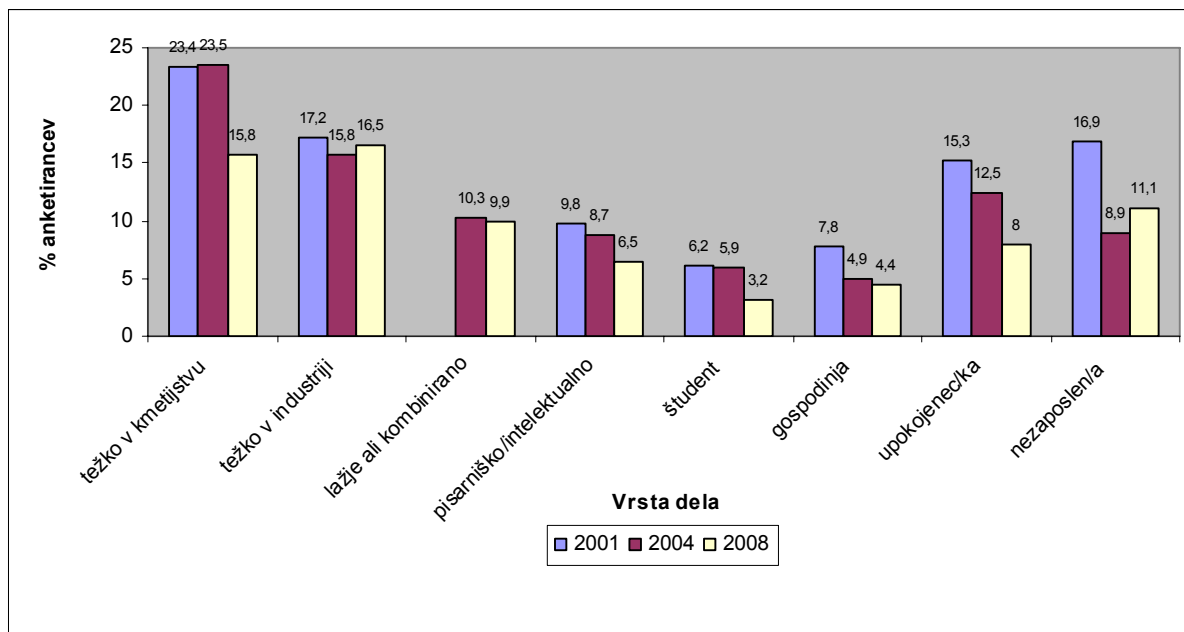
Slika 2.3: Delež čezmernih pivcev znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež čezmernih pivcev upada znotraj vseh skupin, najvišji pa je v skupini z nedokončano OŠ.



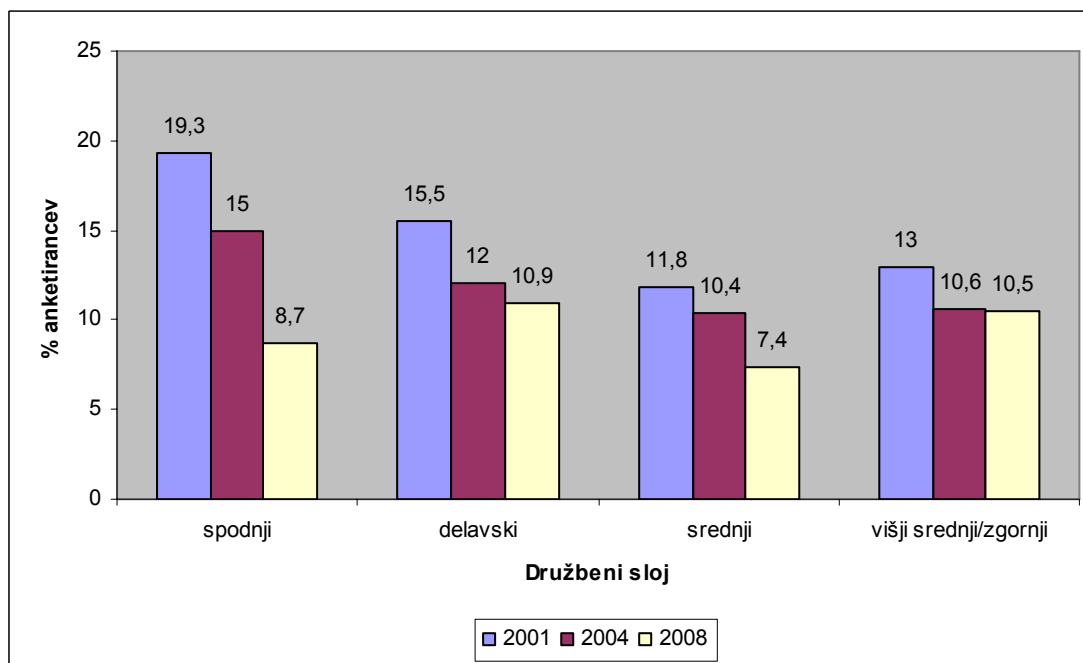
Slika 2.4: Delež čezmernih pivcev znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: delež čezmernih pivcev je najvišji pri težkih delavcih v kmetijstvu, upada pa v vseh skupinah, razen pri težkih delavcih v industriji in nezaposlenih, kjer je delež porastel.



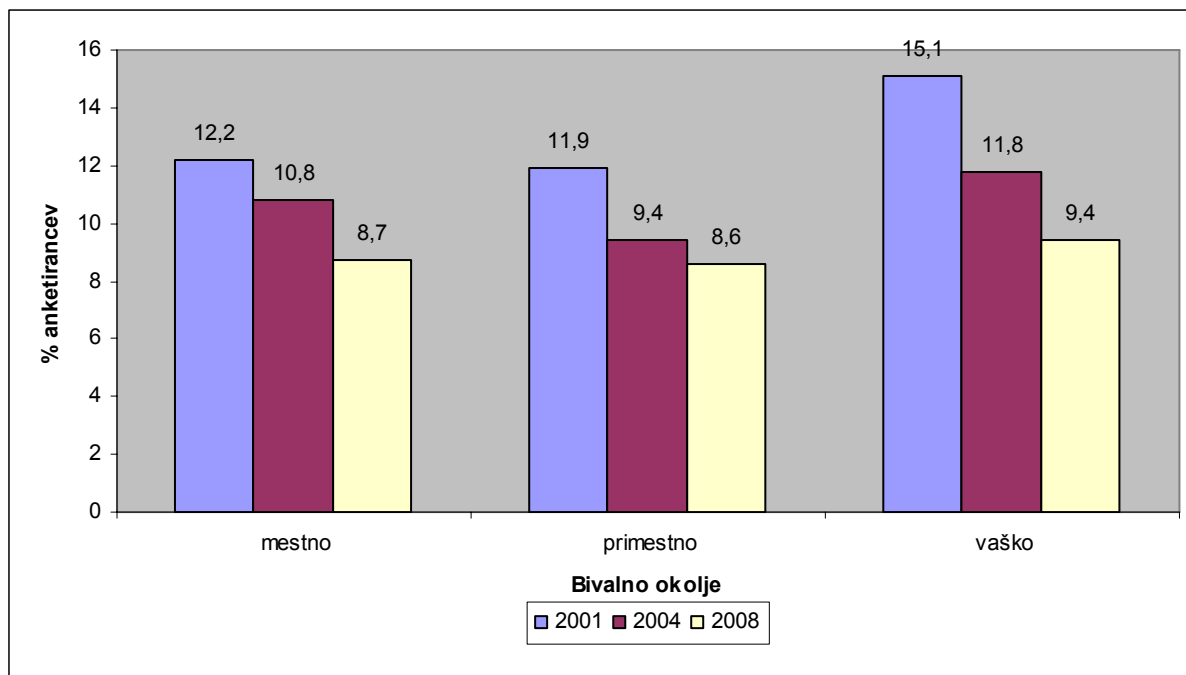
Slika 2.5: Delež čezmernih pivcev znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: Upad deleža čezmernih pivcev je viden v vseh družbenih slojih, razen v višjem srednjem/višjem, kjer je delež nekoliko porastel in je tudi najvišji.



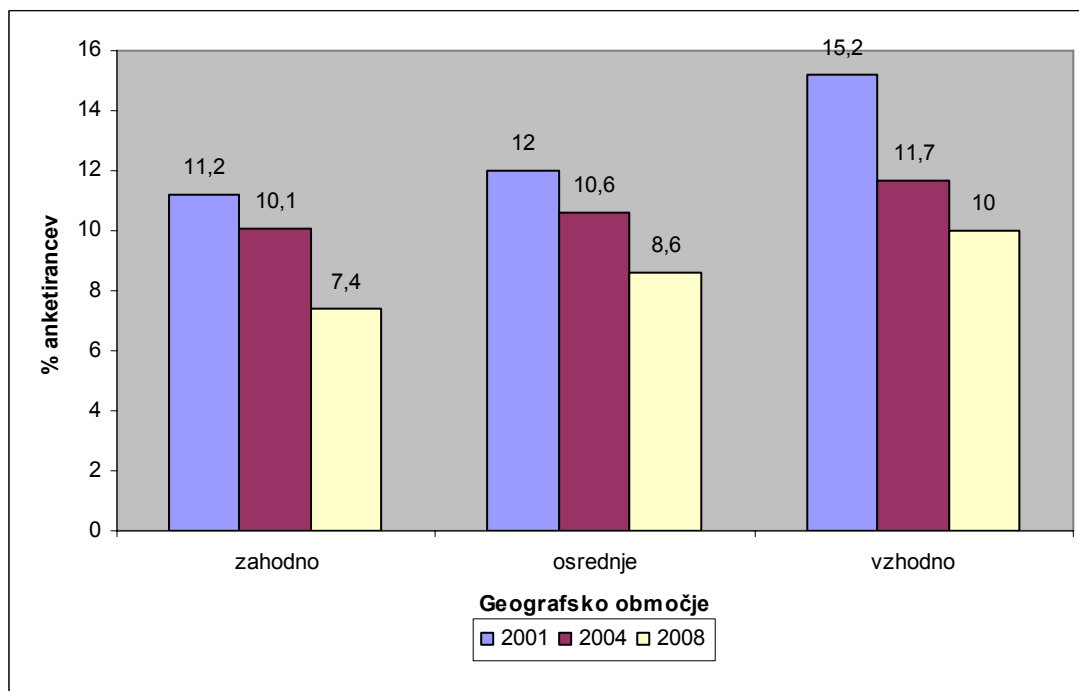
Slika 2.6: Delež čezmernih pivcev znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež čezmernih pivcev je najvišji v vaškem okolju, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev.



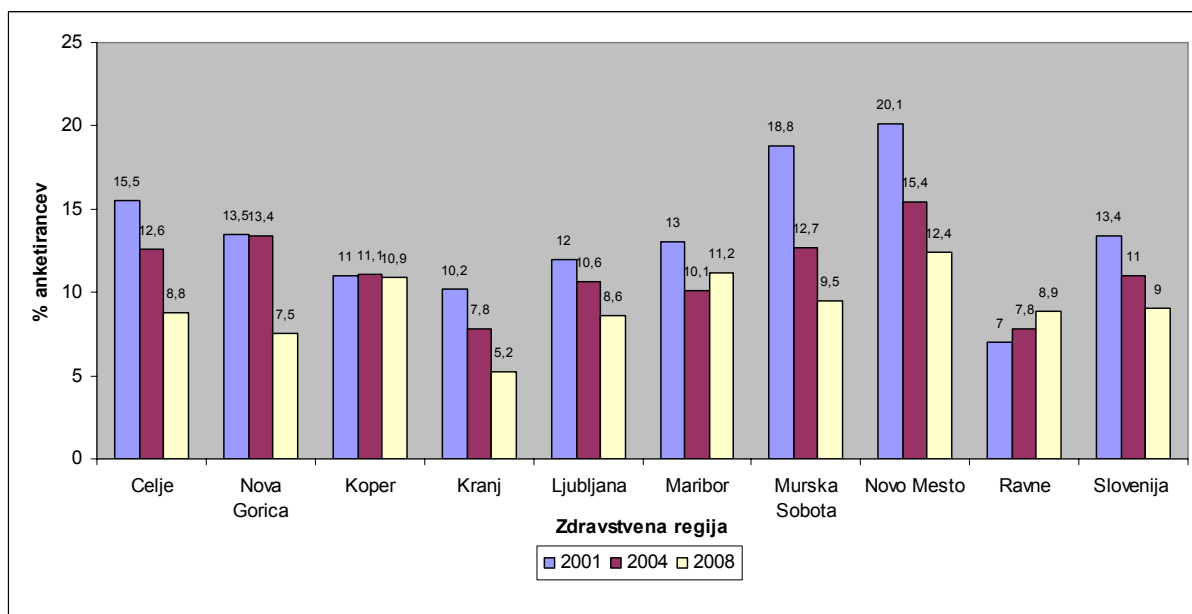
Slika 2.7: Delež čezmernih pivcev znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež čezmernih pivcev je najvišji v vzhodnem delu Slovenije, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev.

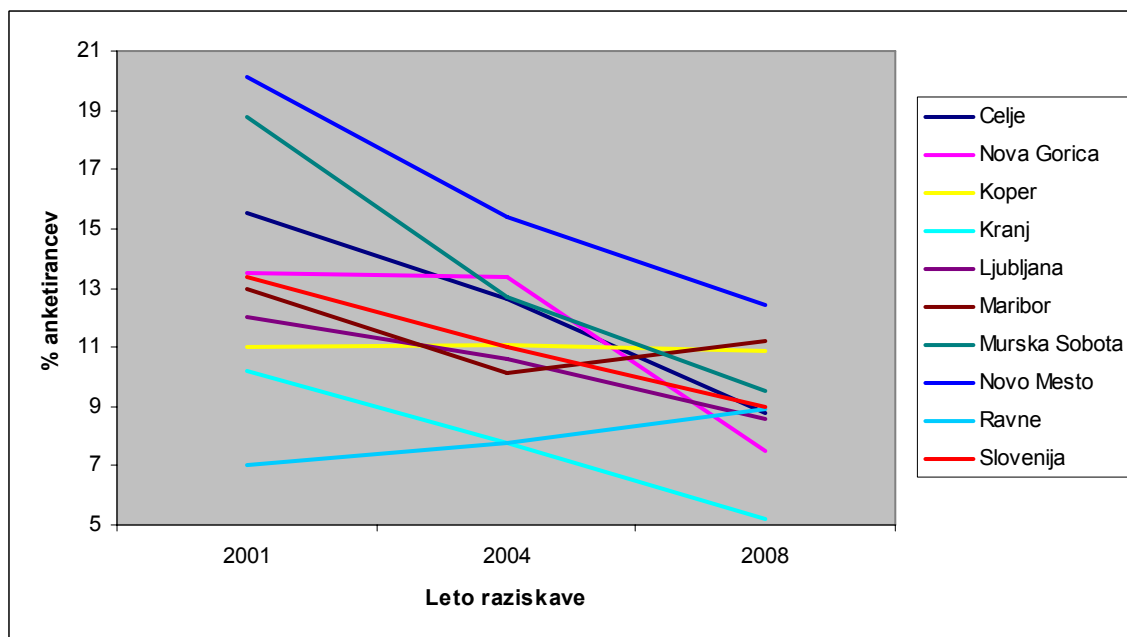


Slika 2.8: Delež čezmernih pivcev znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež čezmernih pivcev je najvišji v novomeški regiji, povsod pa opazujemo upad deleža čezmernih pivcev, razen v ravenski regiji, kjer je delež nekoliko porastel.



Slika 2.9: Delež čezmernih pivcev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

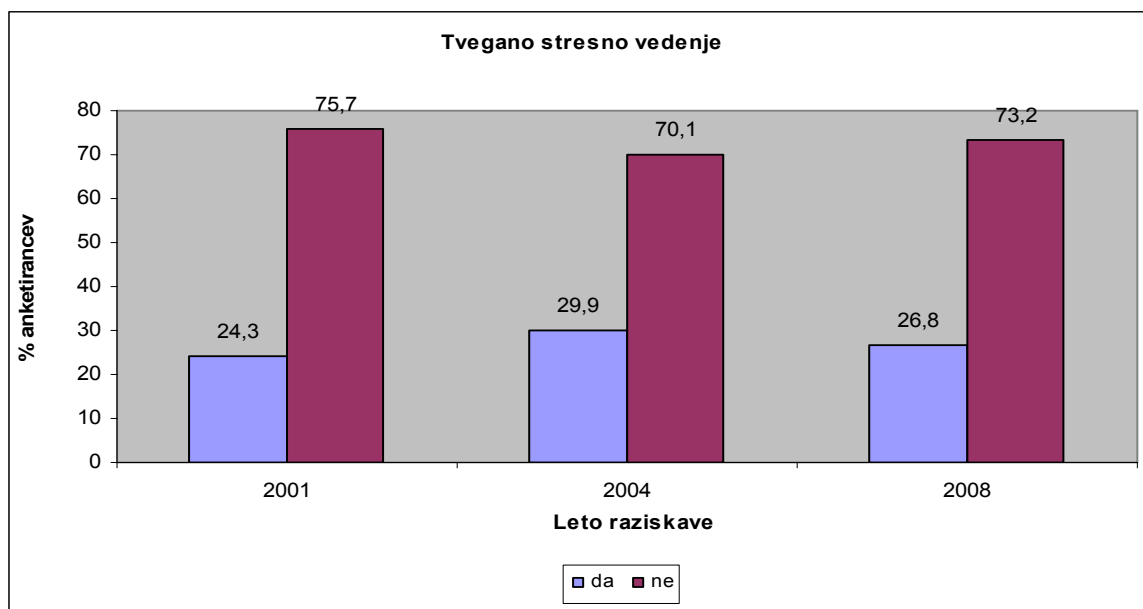


Slika 2.10: Krivulja- delež čezmernih pivcev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

TVEGANO STRESNO VEDENJE

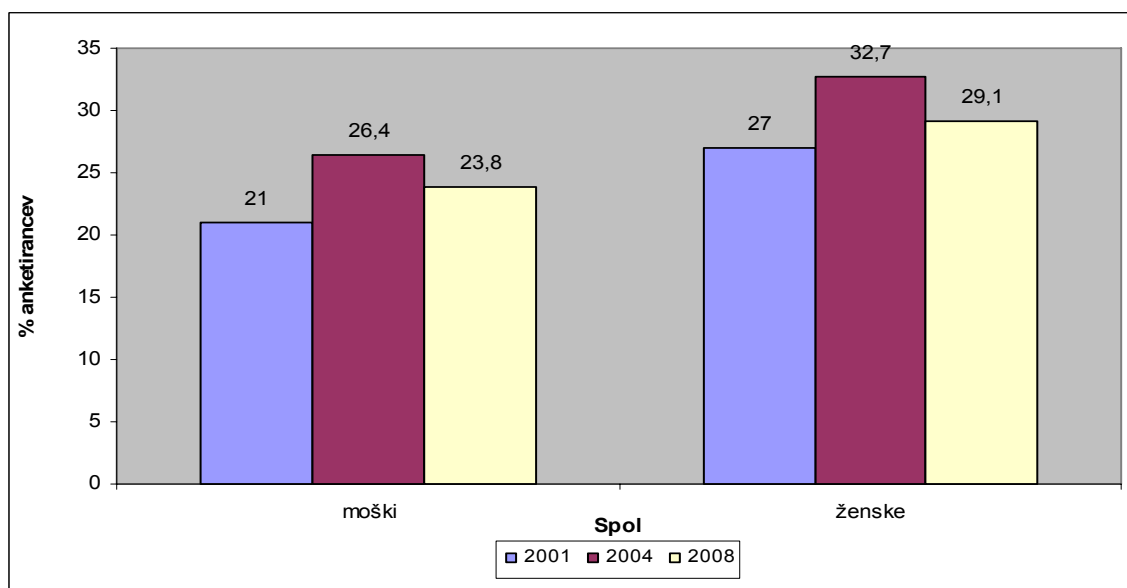
Spremenljivko »tvegano stresno vedenje« smo izračunali iz podatkov o doživljanju stresa in doživljanju stresa.

Prevalenca tveganega stresnega vedenja se je od leta 2001 (24,3%) do leta 2004 najprej zvišala na 29,9%, nato pa do leta 2008 spet padla na 26,8%.



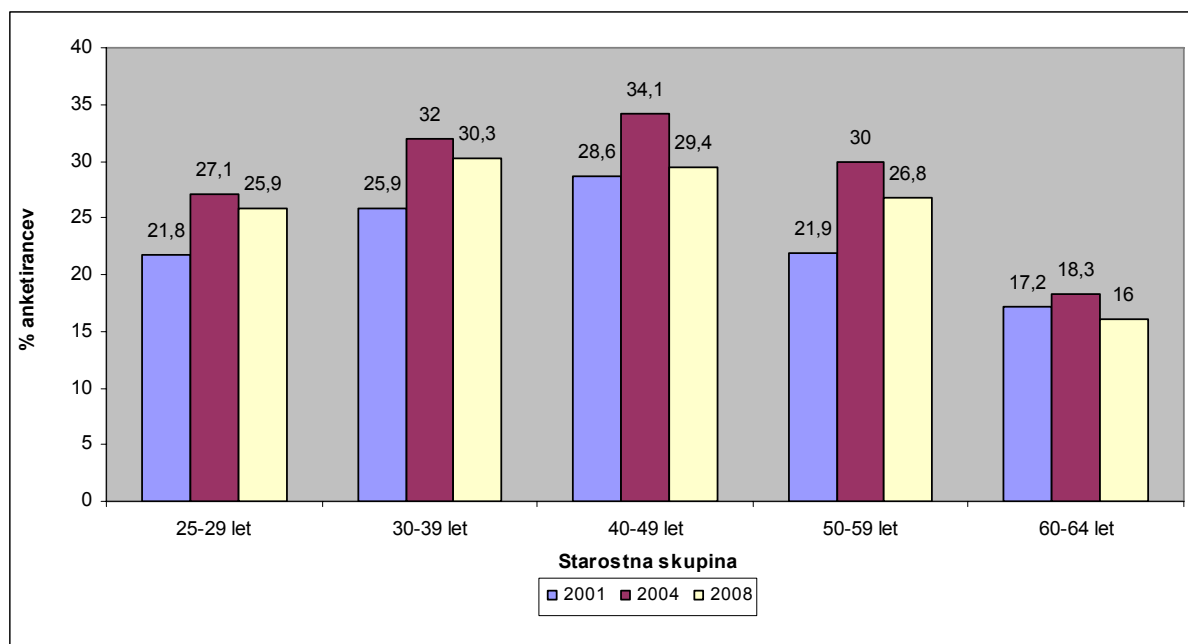
Slika 3.1: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem glede na leto raziskave.

Spol: spremembe so podobne (najprej porast, nato padec pri obeh spolih, vendar je prevalenca v vseh letih višja pri ženskah).



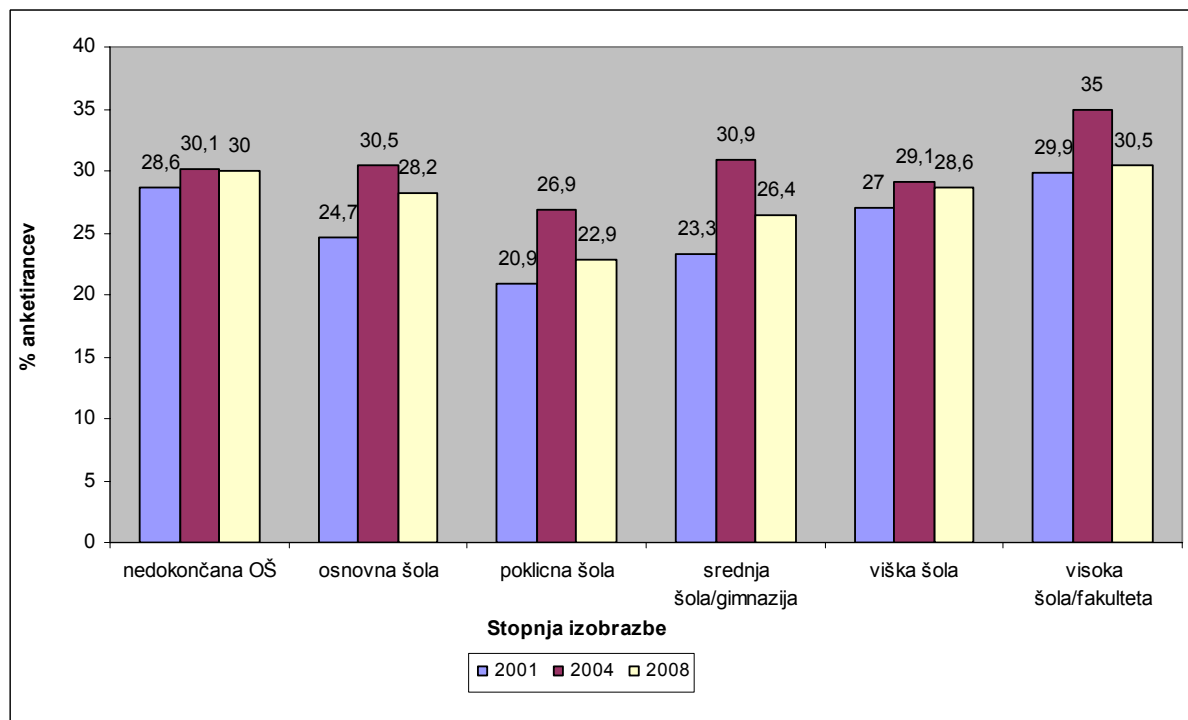
Slika 3.2: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: trend sprememb je podoben v različnih starostnih skupinah, prevalenca pa je najvišja pri starostnih skupinah 30-39 ter 40-49 let.



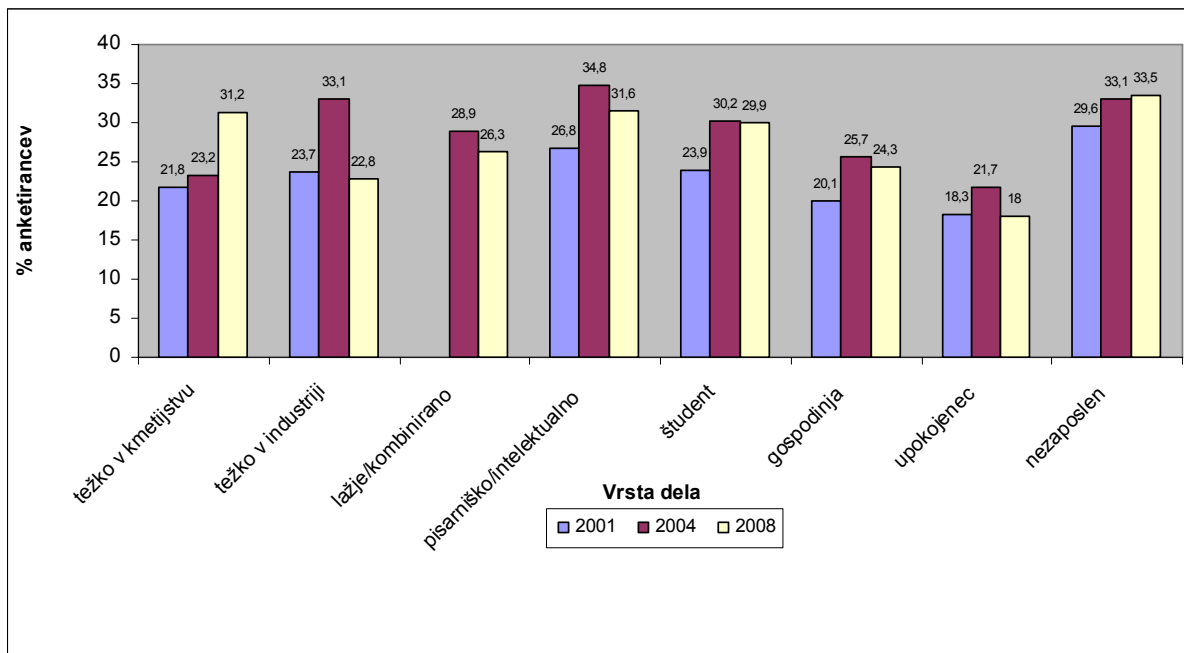
Slika 3.3: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: prevalenca je najvišja pri najvišje izobraženih, trend sprememb pa sledi skupni porazdelitvi.



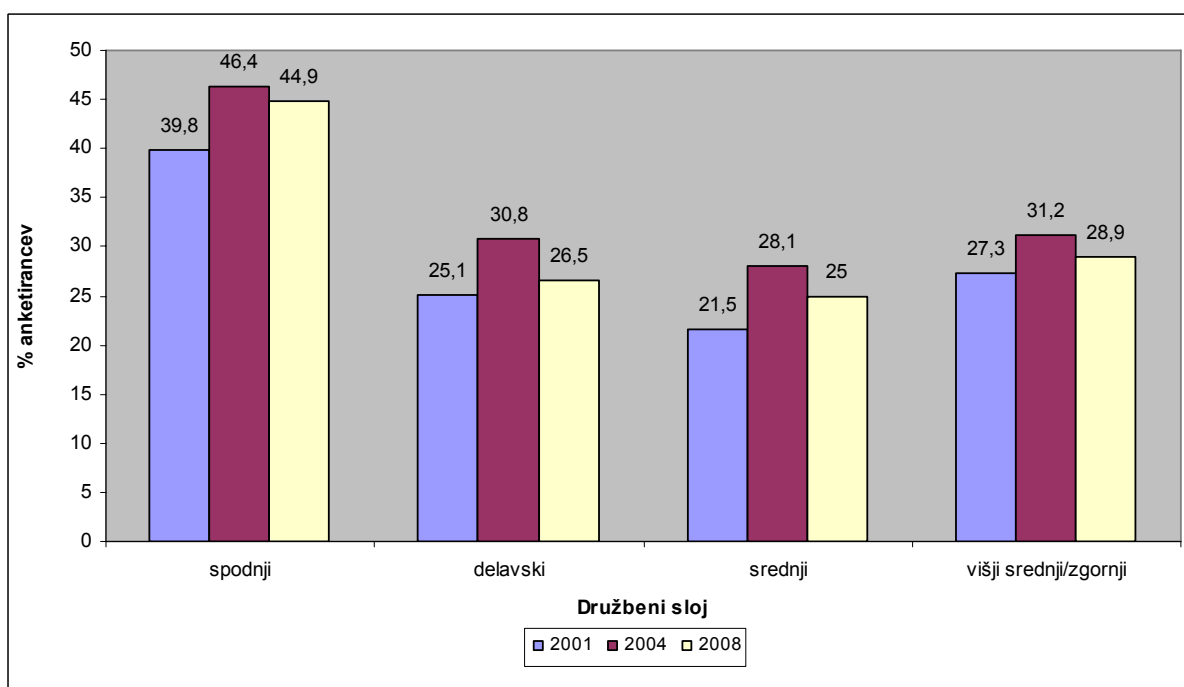
Slika 3.4: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: v letu 2008 opazujemo isto prevalenco tveganega stresnega vedenja kot leta 2004 pri študentih in nezaposlenih, pri ostalih skupinah pa je viden upad od leta 2004 do leta 2008. Prevalenca je najvišja pri težkih delavcih v industriji, pisarniških in intelektualnih delavcih ter nezaposlenih.



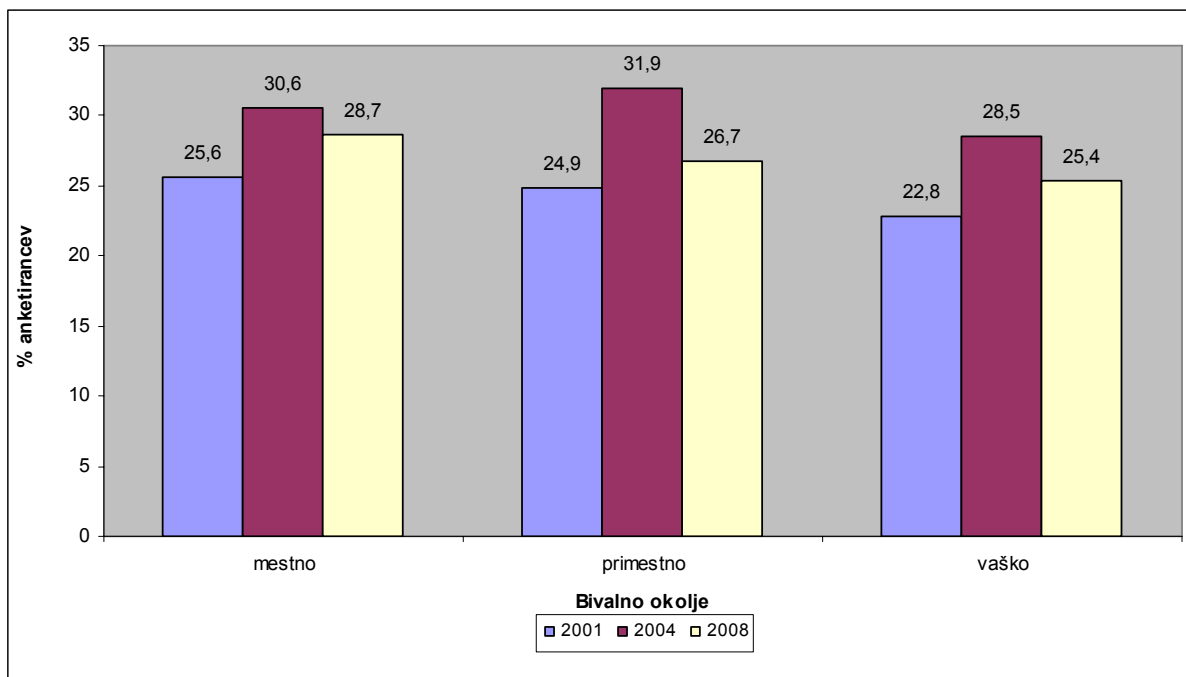
Slika 3.5: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: najbolj so prizadeti pripadniki spodnjega sloja, vendar se je tudi pri njih prevalenca tveganega stresnega obdobja znižala v drugem obdobju



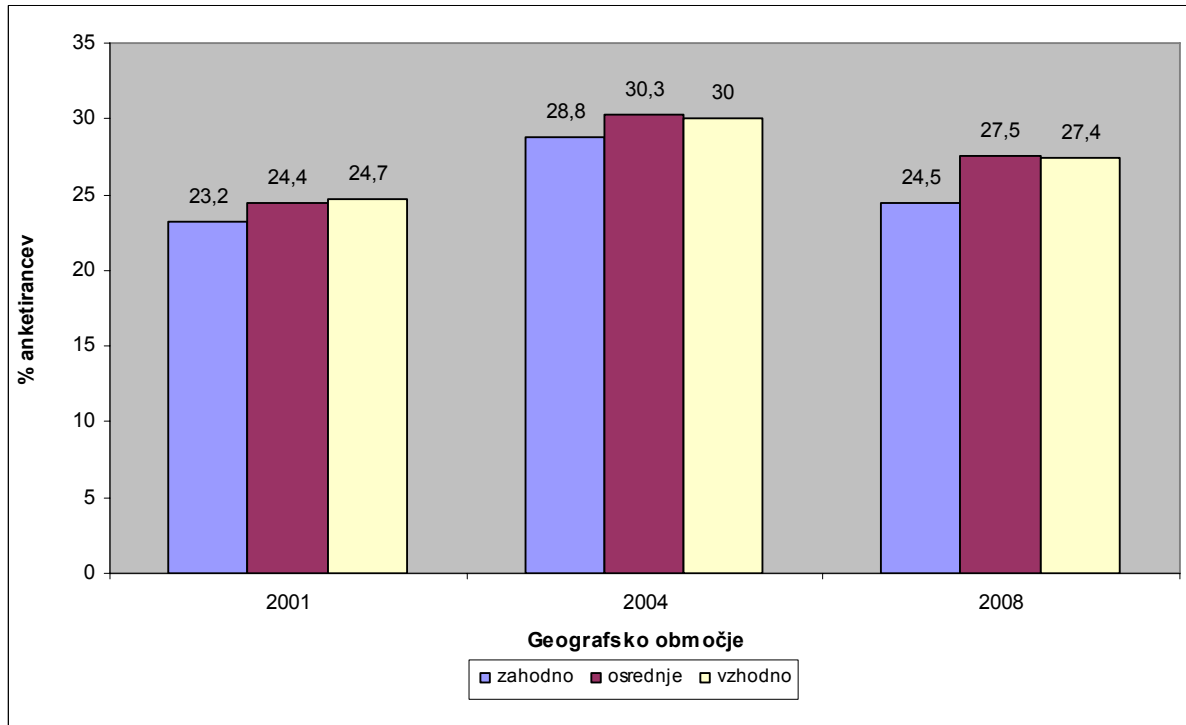
Slika 3.6: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: prevalenca je najvišja pri mestnih prebivalcih.



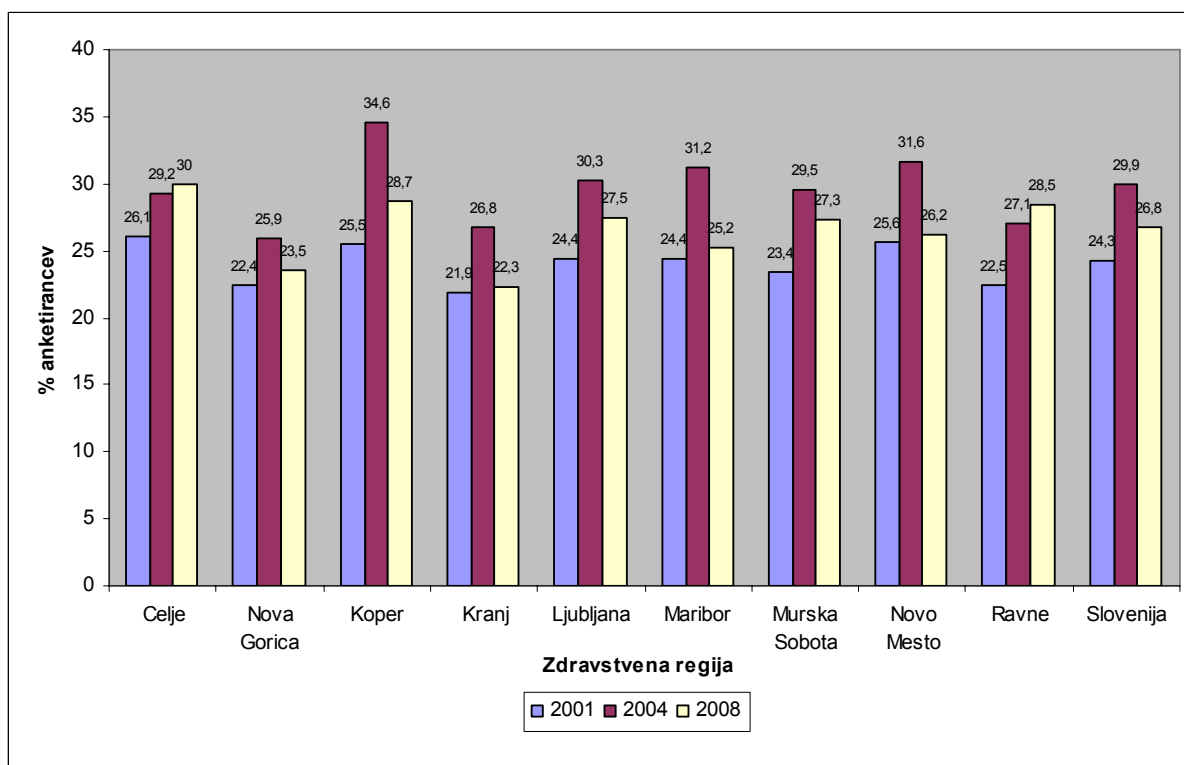
Slika 3.7: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: prevalenca je najvišja pri prebivalcih osrednje Slovenije.

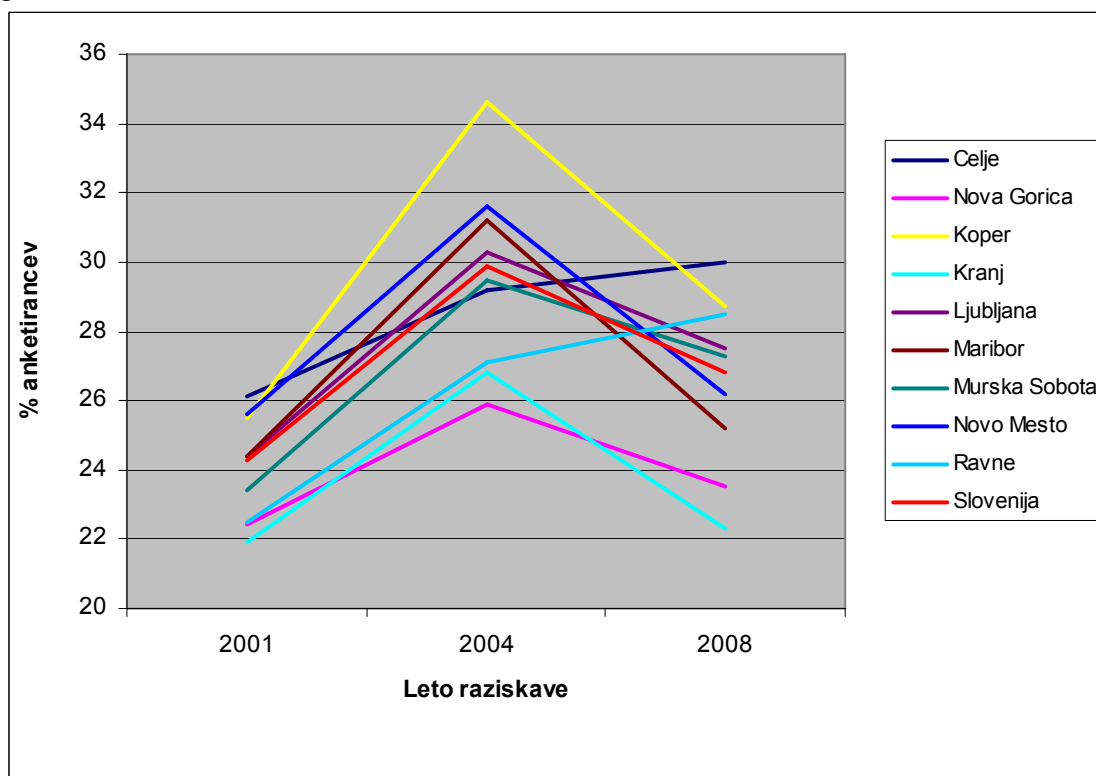


Slika 3.8: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Glede na zdravstvene regije je prevalenca najvišja v celjski regiji, v vseh pa je upadla od leta 2004 do 2008.



Slika 3.9: Delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

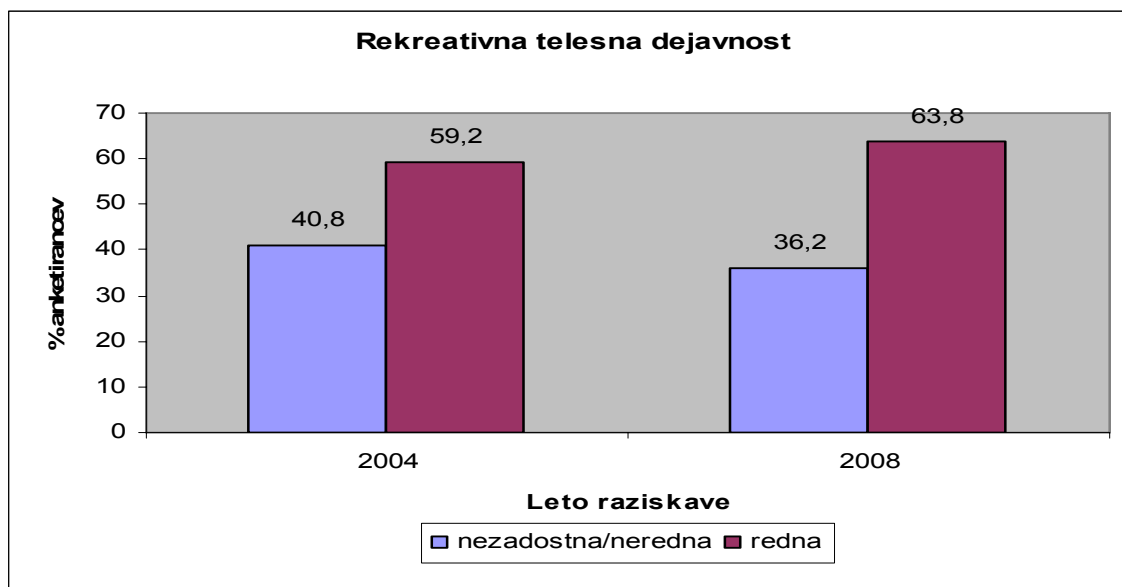


Slika 3.10: Krivulja- delež anketirancev s tveganim stresnim vedenjem znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

NEREDNA REKREATIVNA TELESNA DEJAVNOST

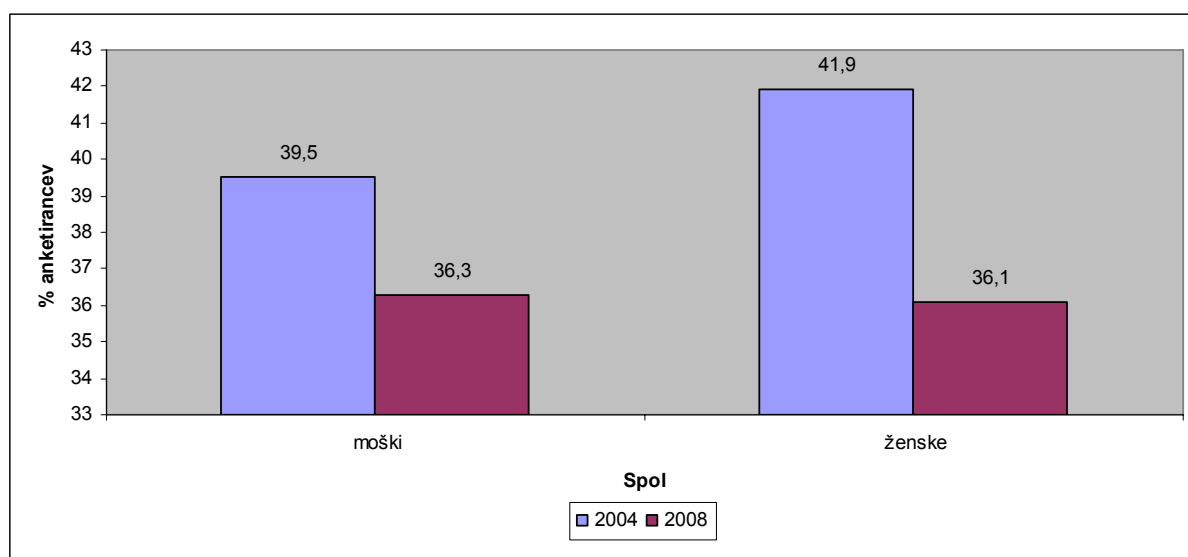
Primerjava je možna samo med leti 2004 in 2008, ker so se vprašanja o telesni dejavnosti v raziskavi leta 2001 razlikovala od prihodnjih. Zaradi zelo nizke odzivnosti na vprašanja o telesni dejavnosti predstavljamo samo rezultate za rekreativno telesno dejavnost.

Delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, se je od leta 2004 do leta 2008 zmanjšal s 40,8% na 36,2%.



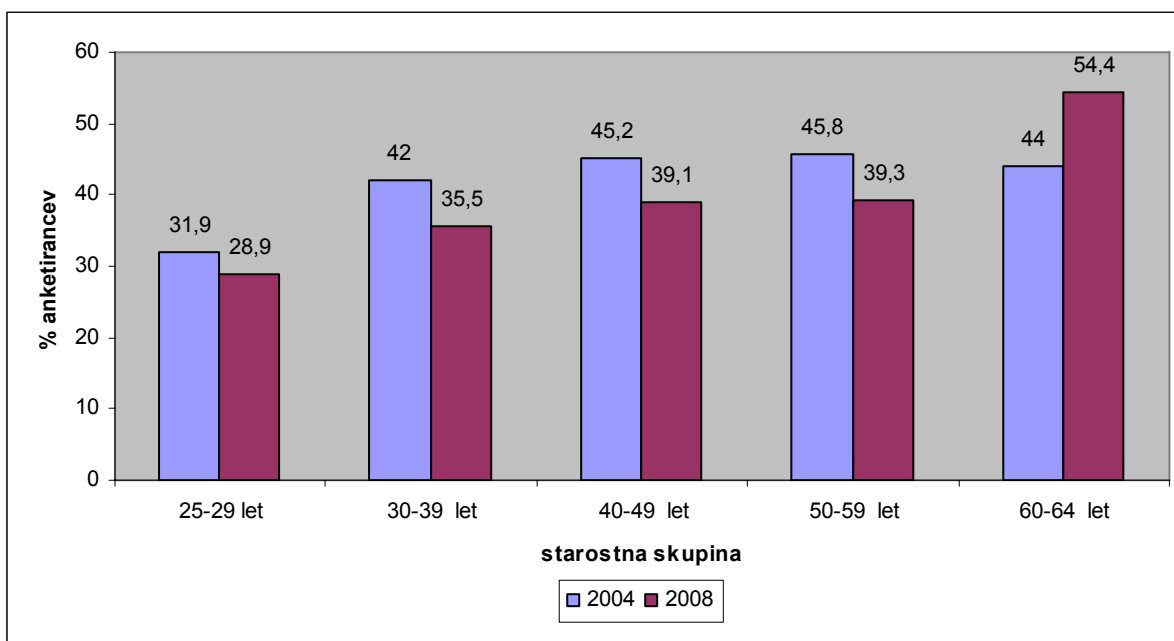
Slika 4.1: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev glede na leto raziskave.

Spol: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je glede na spol približno enak, pri obojih pa se je zmanjšal.



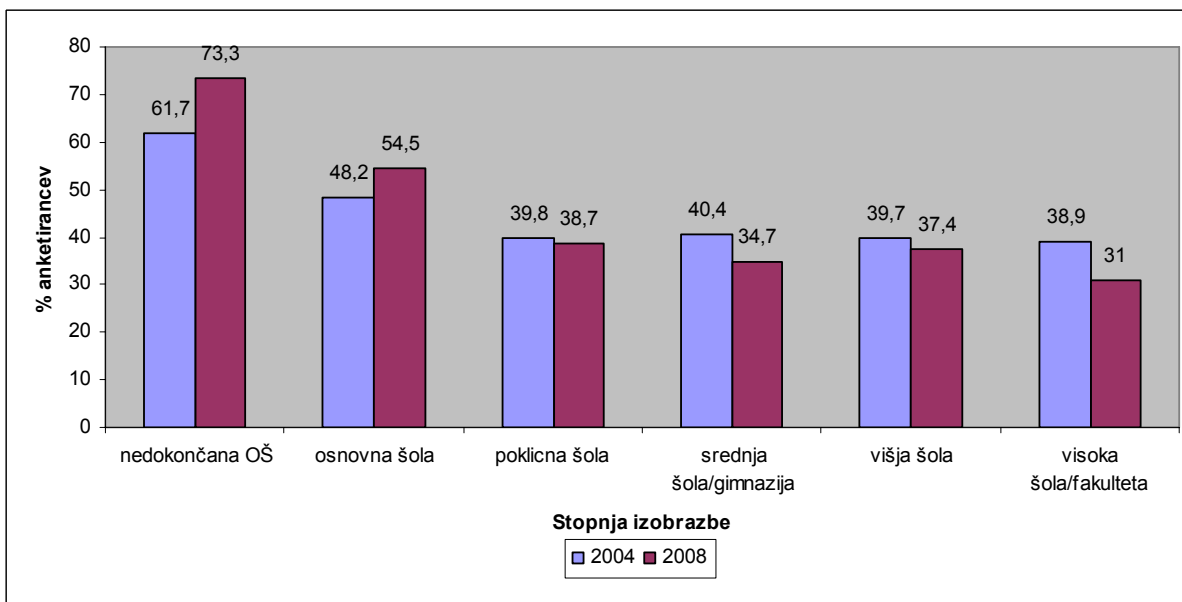
Slika 4.2: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v starostni skupini 60- 64 let, kjer se je od leta 2004 tudi povečal. V ostalih starostnih skupinah se je zmanjšal.



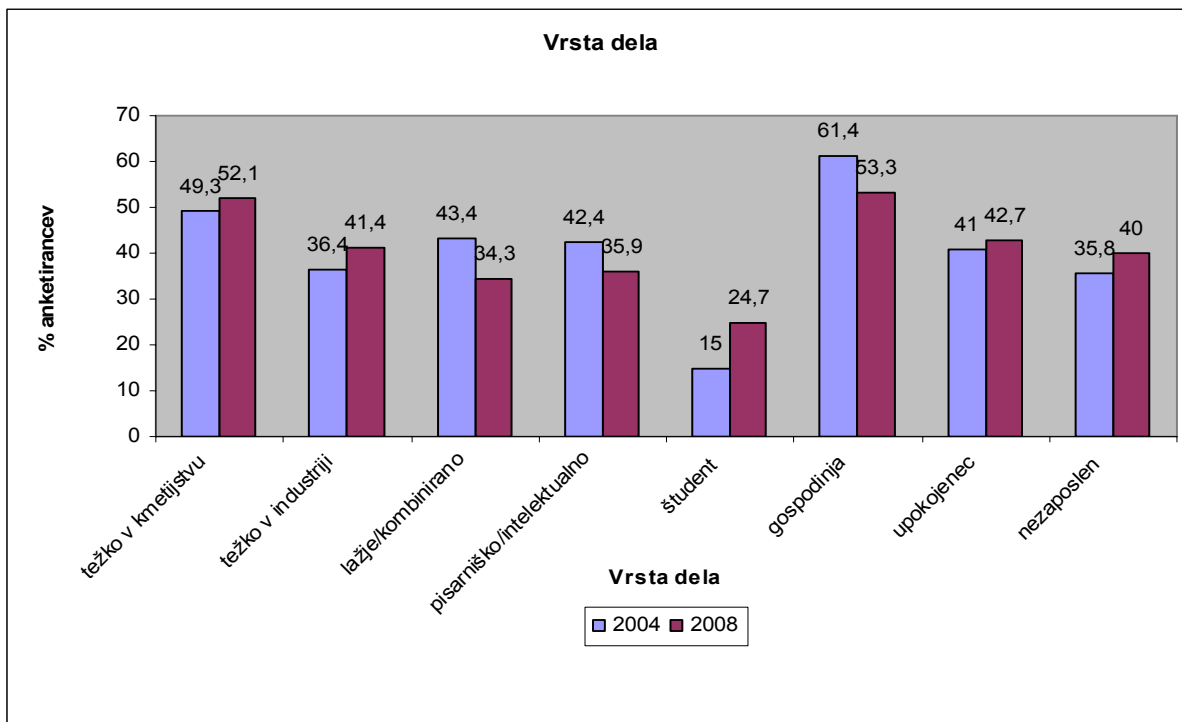
Slika 4.3: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je nižji pri anketirancih z nedokončano ali končano OŠ, kjer se je delež od leta 2004 povečal. V ostalih skupinah se je delež zmanjšal.



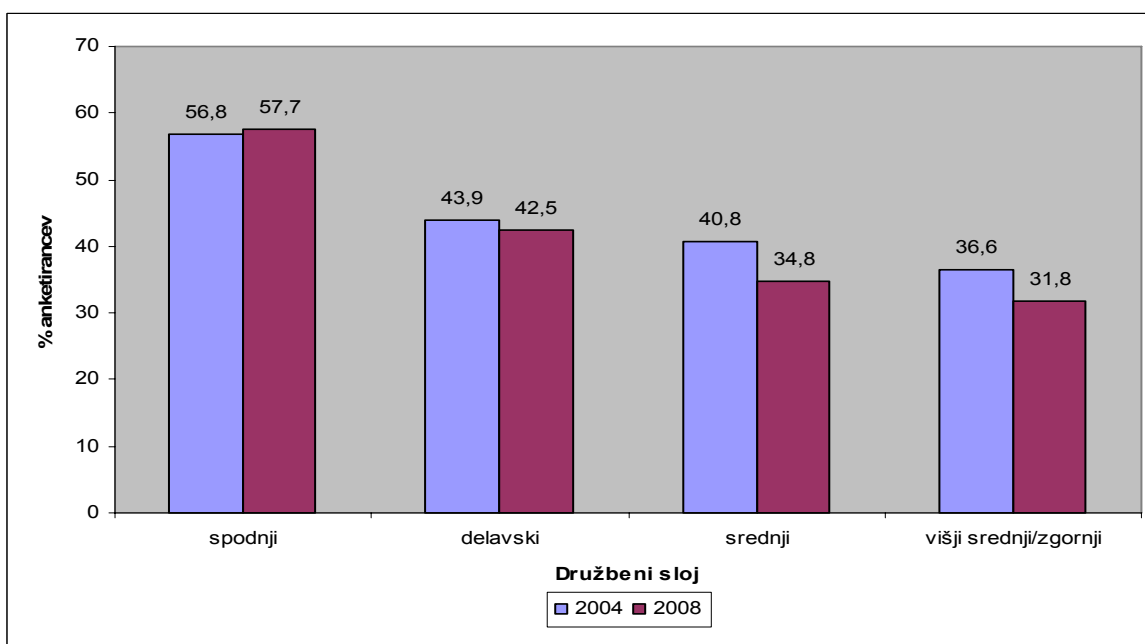
Slika 4.4: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji pri gospodinjah. Delež se je zmanjšal pri vseh, razen pri delavcih v industriji in kmetijstvu.



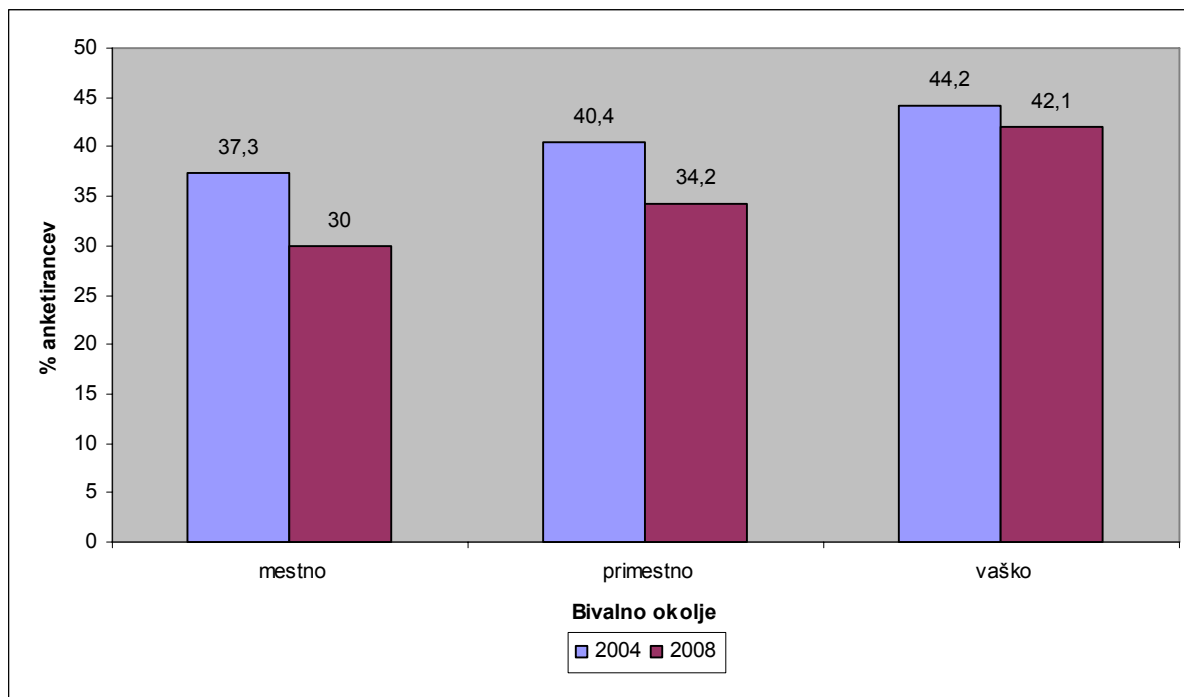
Slika 4.5: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v spodnjem sloju, kjer se je delež od leta 2004 nekoliko povečal. V ostalih skupinah se je zmanjšal.



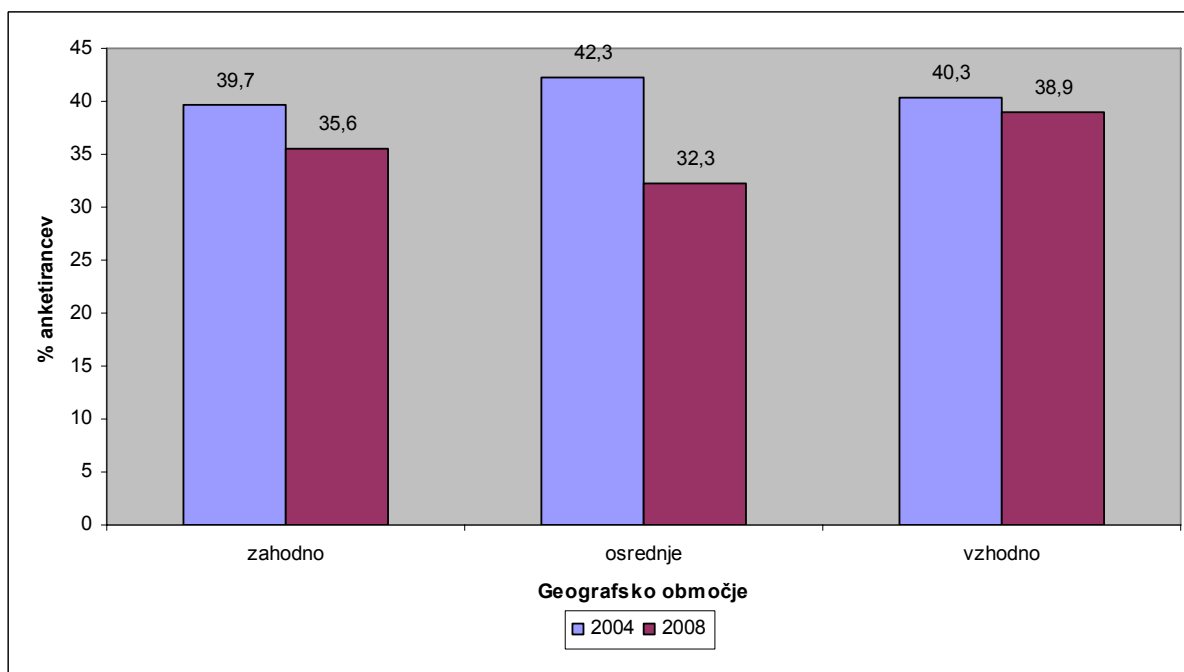
Slika 4.6: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v vaškem okolju, vendar se je zmanjšal v vseh okoljih.



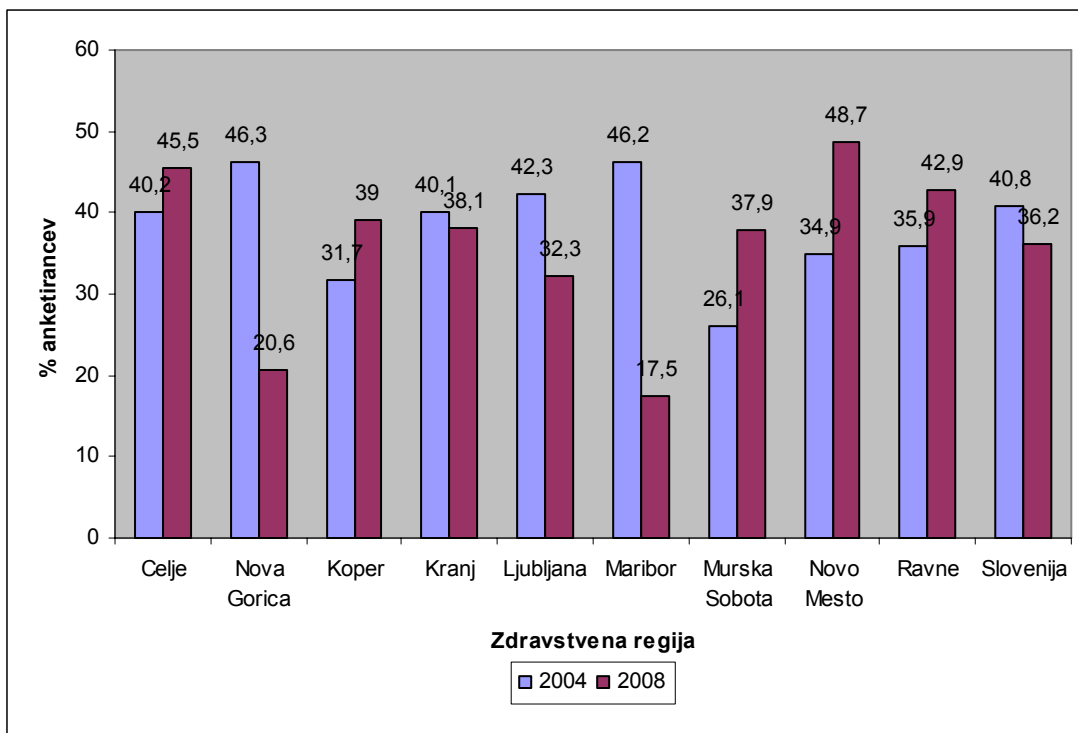
Slika 4.7: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v vzhodnem delu Slovenije, vendar se je zmanjšal v vseh območjih.

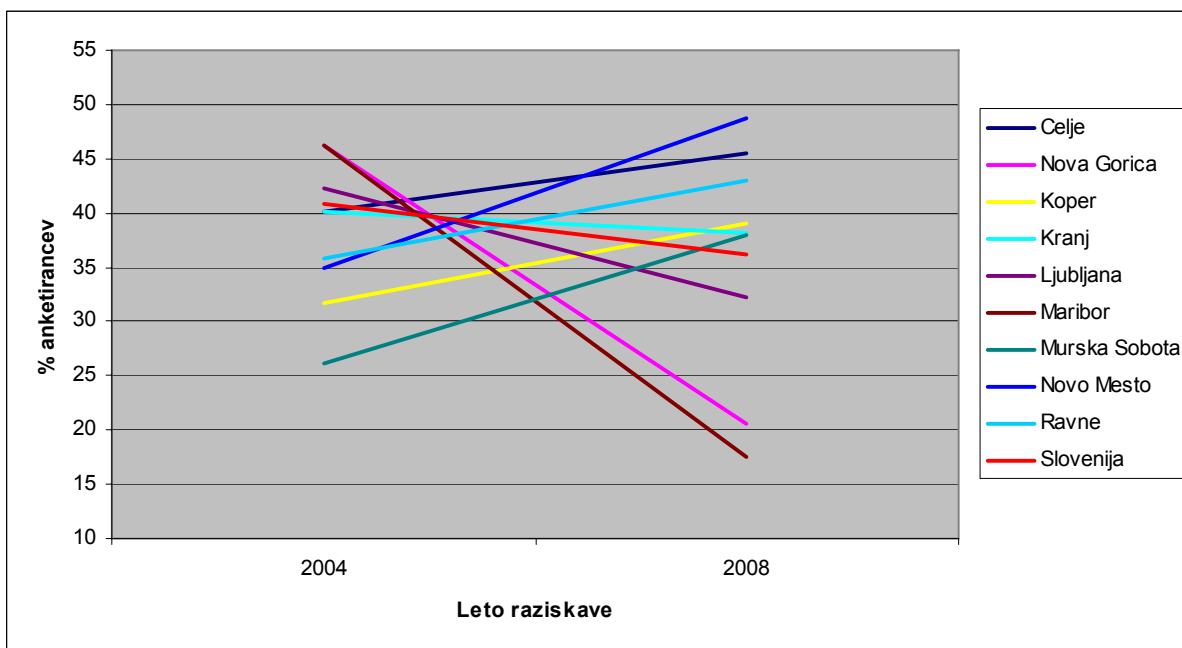


Slika 4.8: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež anketirancev, ki so neredno ali nič rekreativno telesno dejavni, je najvišji v novomeški regiji, najnižji pa v mariborski regiji.



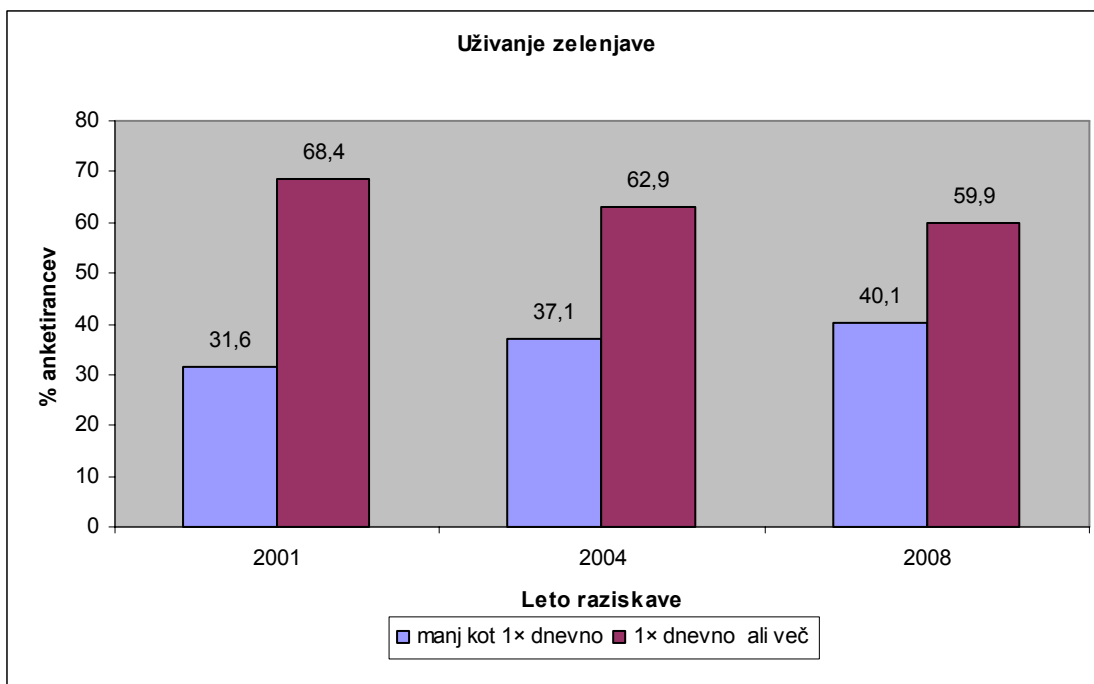
Slika 4.9: Delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 4.10: Krivulja- delež neredno rekreativno telesno dejavnih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

Zadostno uživanje zelenjave (sveže in predelane)

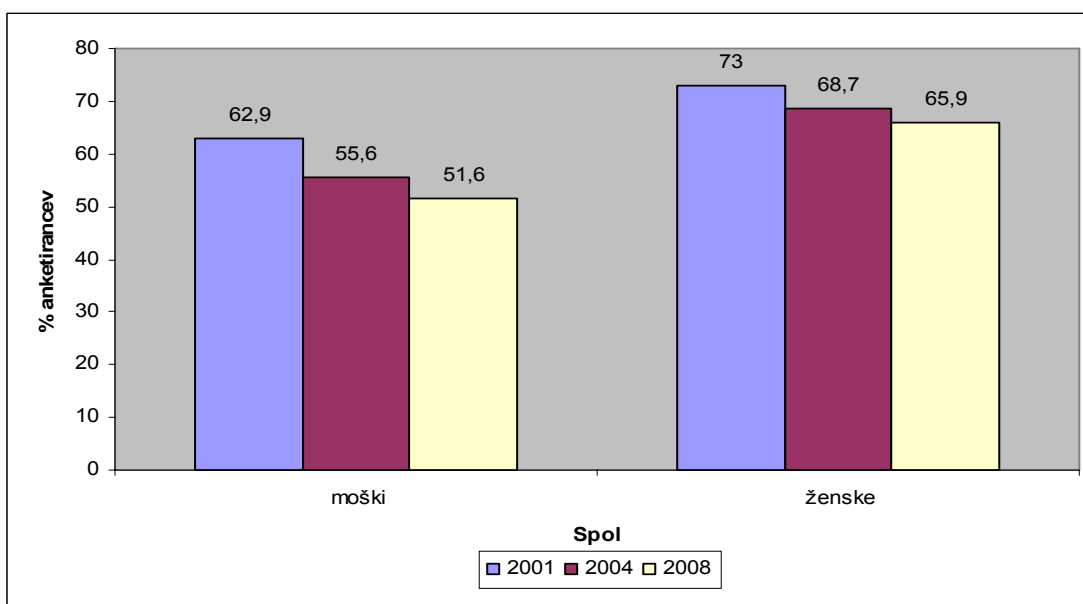
Kot zadostno uživanje zelenjave smo določili uživanje zelenjave vsaj enkrat dnevno. Delež anketirancev, ki uživajo zadostno količino zelenjave (vsaj enkrat dnevno), se je od leta 2001 do leta 2008 zmanjšal s 68,4% na 59,9%.



Slika

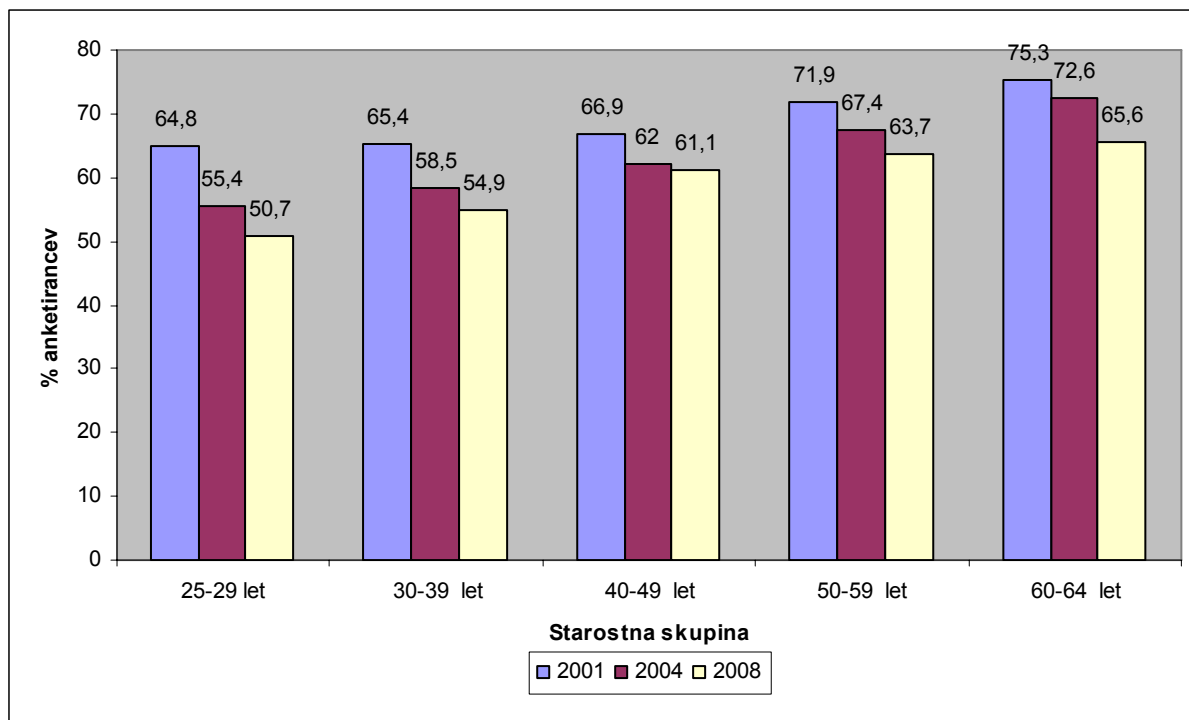
5.1: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave glede na leto raziskave.

Spol: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo ženske kot moški, delež pa se je zmanjšal pri obojih.



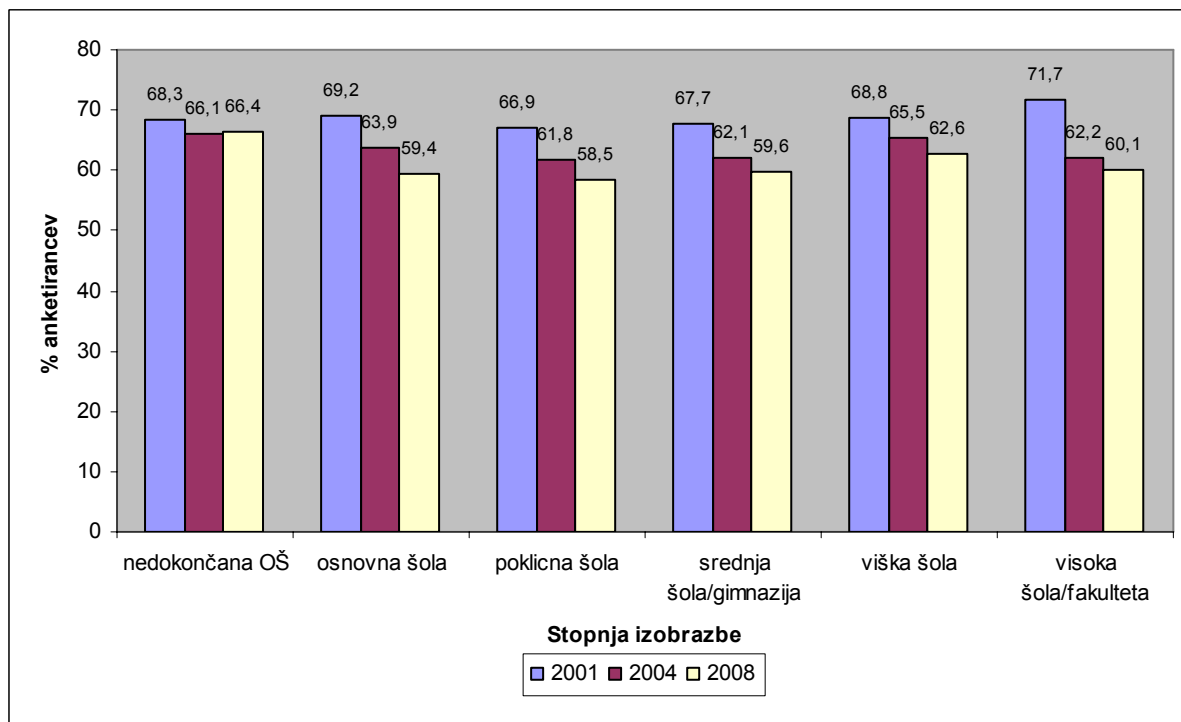
Slika 5.2: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v starostni skupini 60-64 let, delež pa se je zmanjšal v vseh starostnih skupinah.



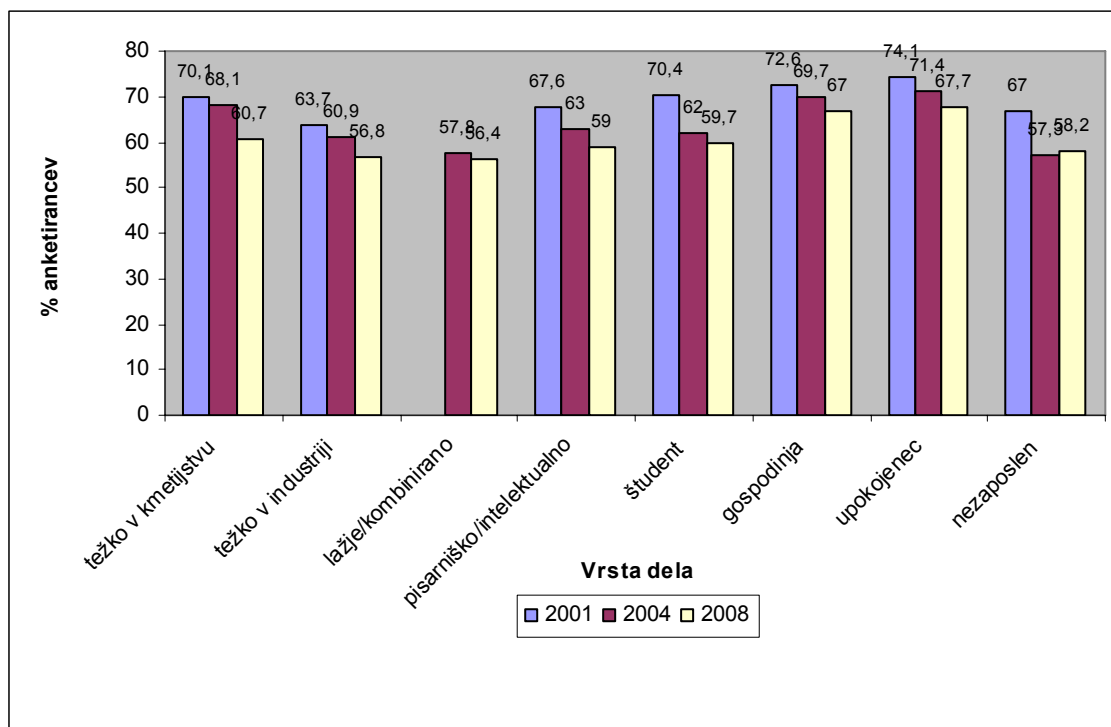
Slika 5.3: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo anketiranci z nedokončano OŠ, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah.



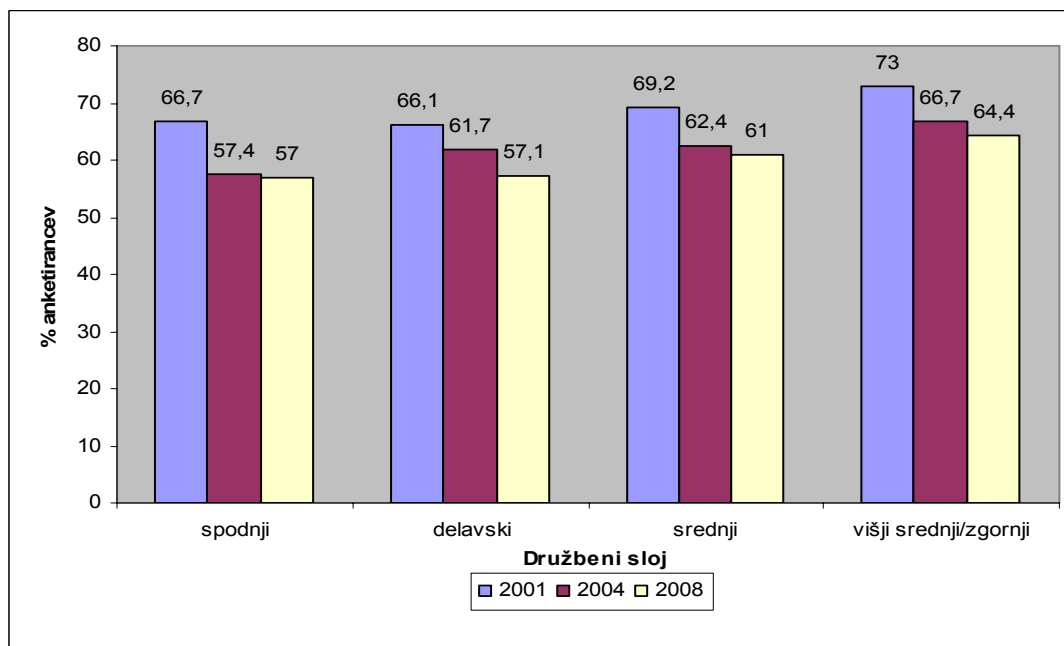
Slika 5.4: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo gospodinje in upokojenci, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah



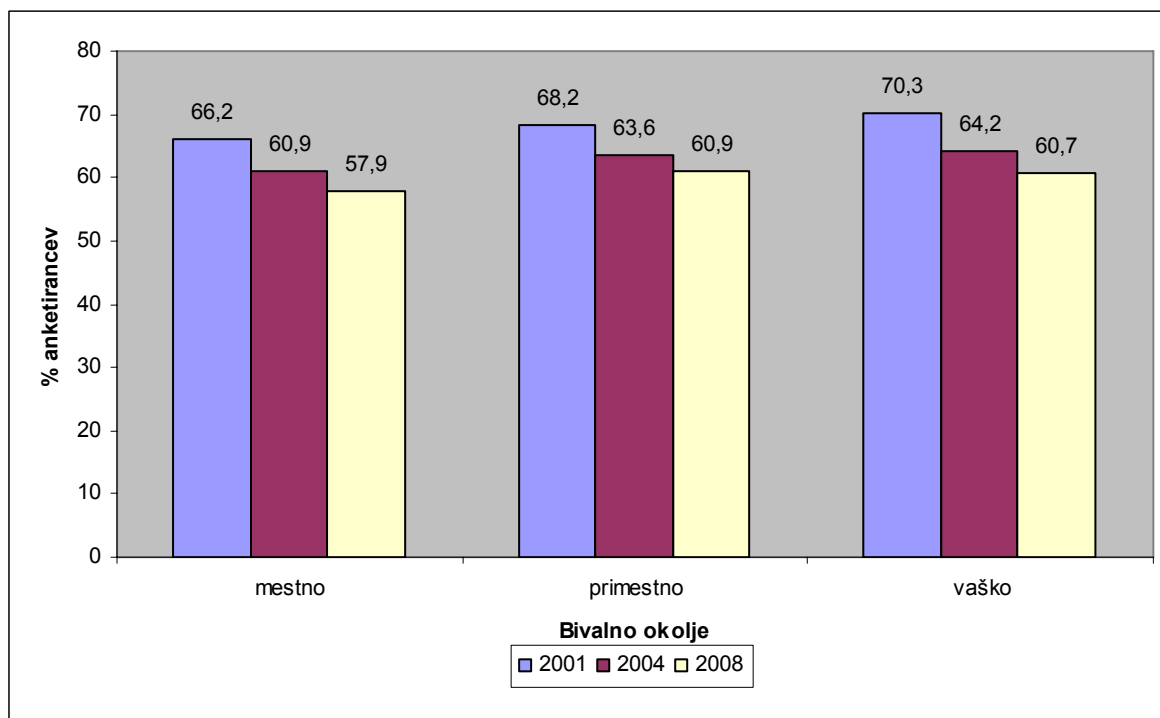
Slika 5.5: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah



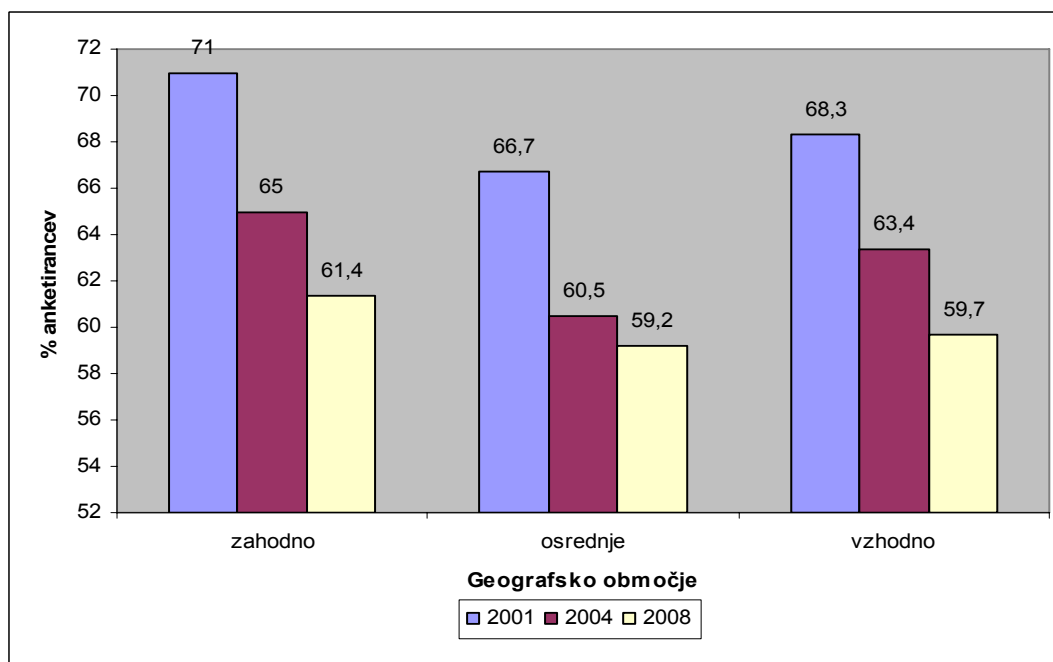
Slika 5.6: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v primestnem in vaškem okolju, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah



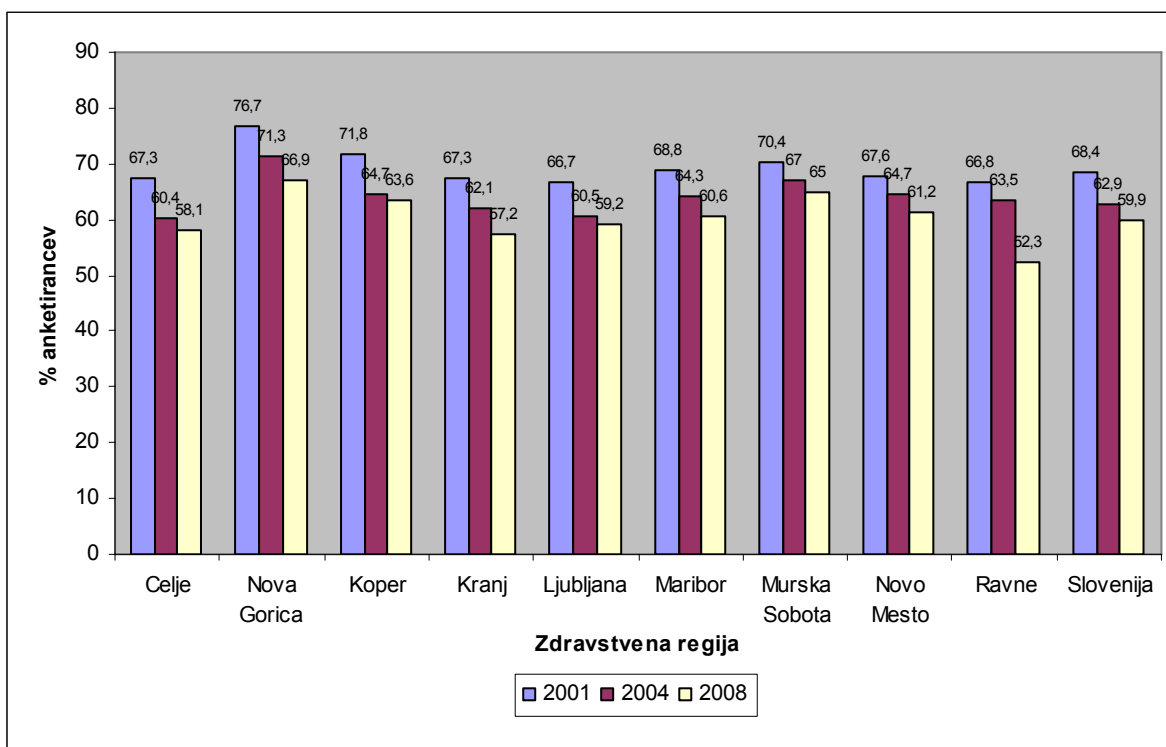
Slika 5.7: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v zahodnem delu Slovenije, delež pa se je zmanjšal v vseh skupinah

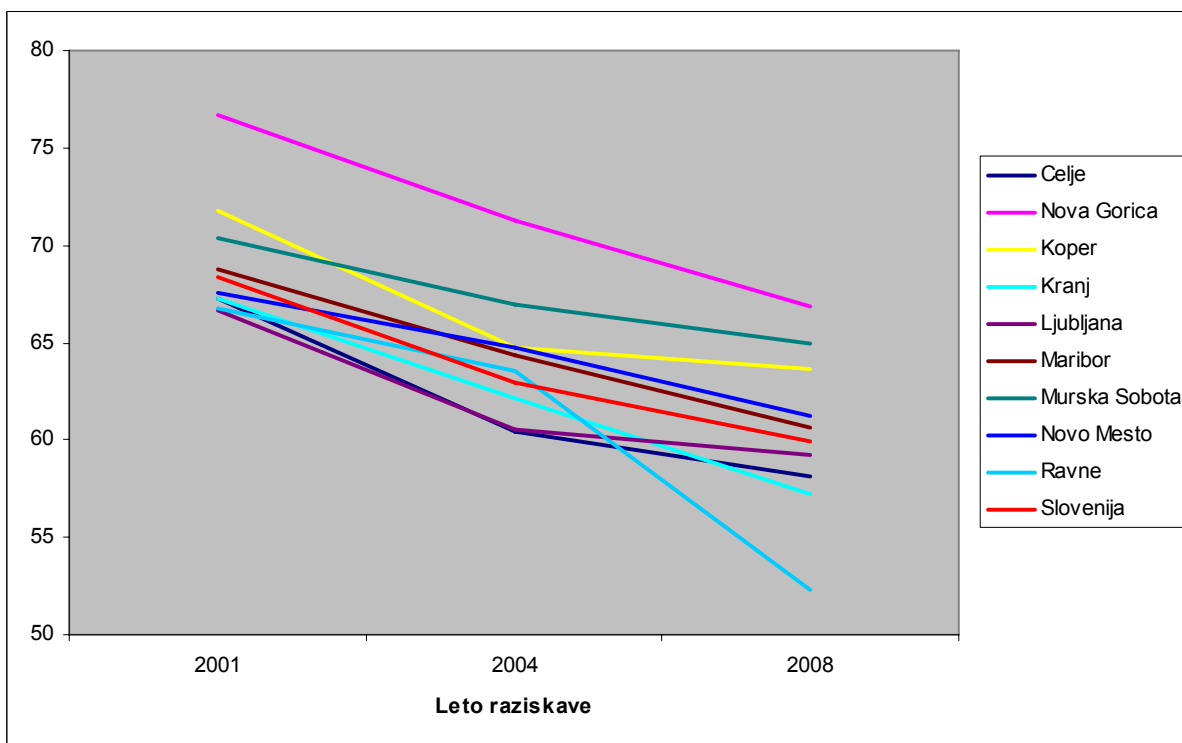


Slika 5.8: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: zadostno količino zelenjave pogosteje uživajo v novogoriški in murskosoboški regiji. Slednja je tudi edina, kjer delež zadostnega uživanja zelenjave ni upadel.



Slika 5.9: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

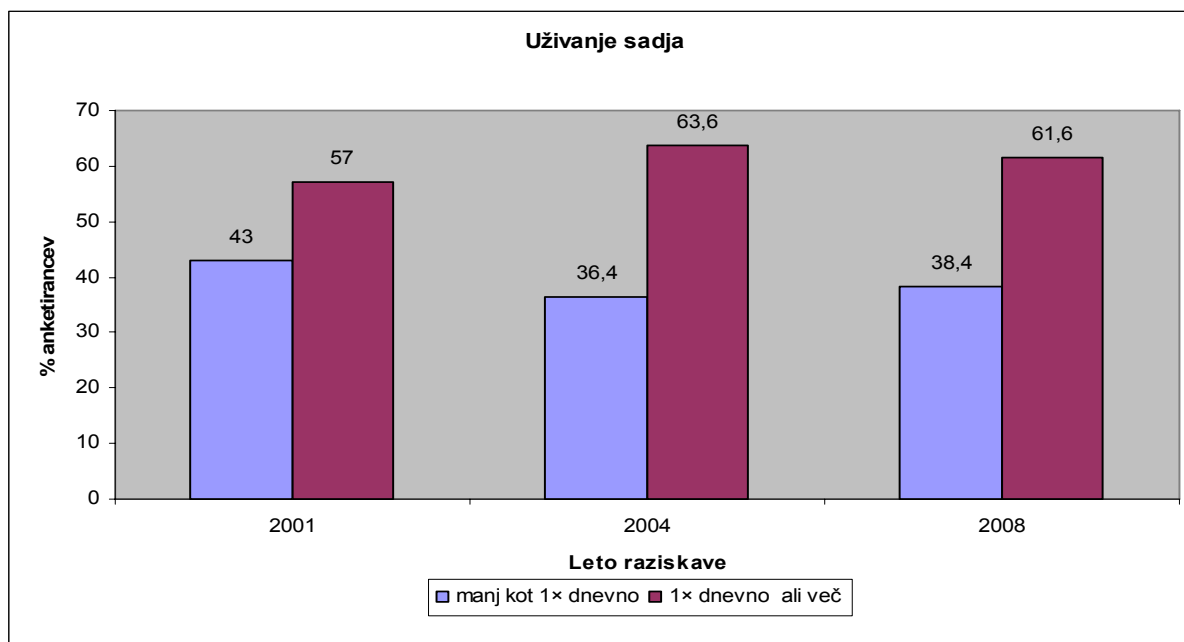


Slika 5.10: Krivulja- delež anketirancev, ki uživajo dovolj zelenjave znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

Zadostno uživanje sadja (svežega ter predelanega in 100% sadni sokovi)

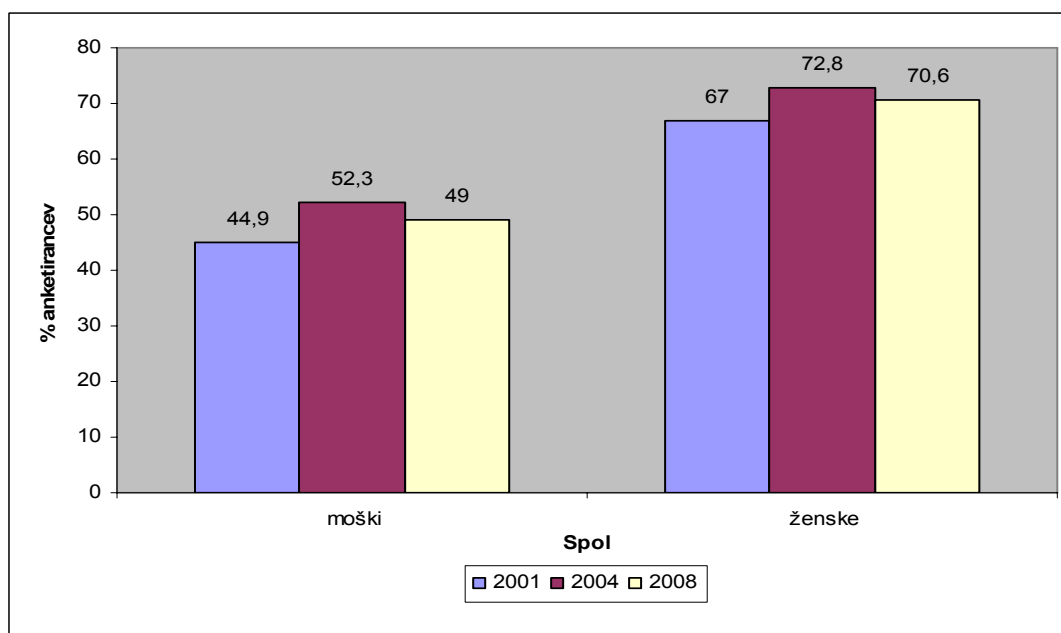
Kot zadostno uživanje zelenjave smo določili uživanje zelenjave vsaj enkrat dnevno.

Delež anketirancev, ki uživajo zadostno količino sadja (vsaj enkrat dnevno), se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 57% na 61,6%, vendar je delež leta 2004 bil višji (63,6%) kot leta 2008.



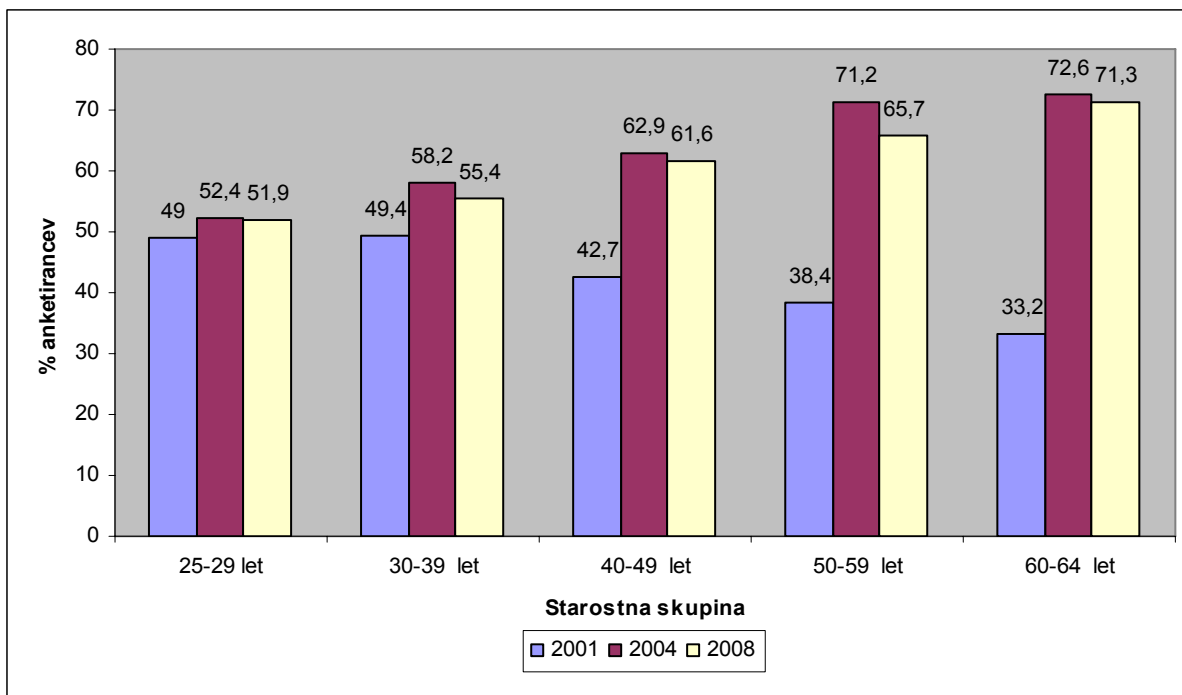
Slika 6.1: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja glede na leto raziskave.

Spol: zadostno količino sadja pogosteje uživajo ženske kot moški, delež pa se je povečal pri obojih.



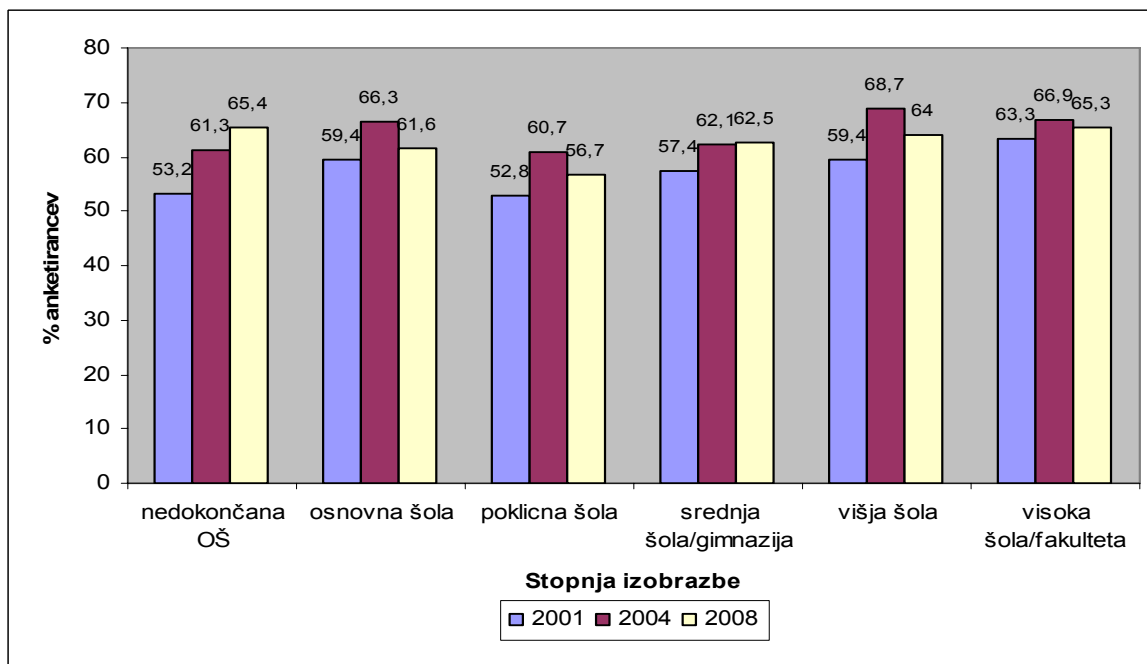
Slika 6.2: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v starostni skupini 60-64 let, delež pa se je povečal v vseh starostnih skupinah.



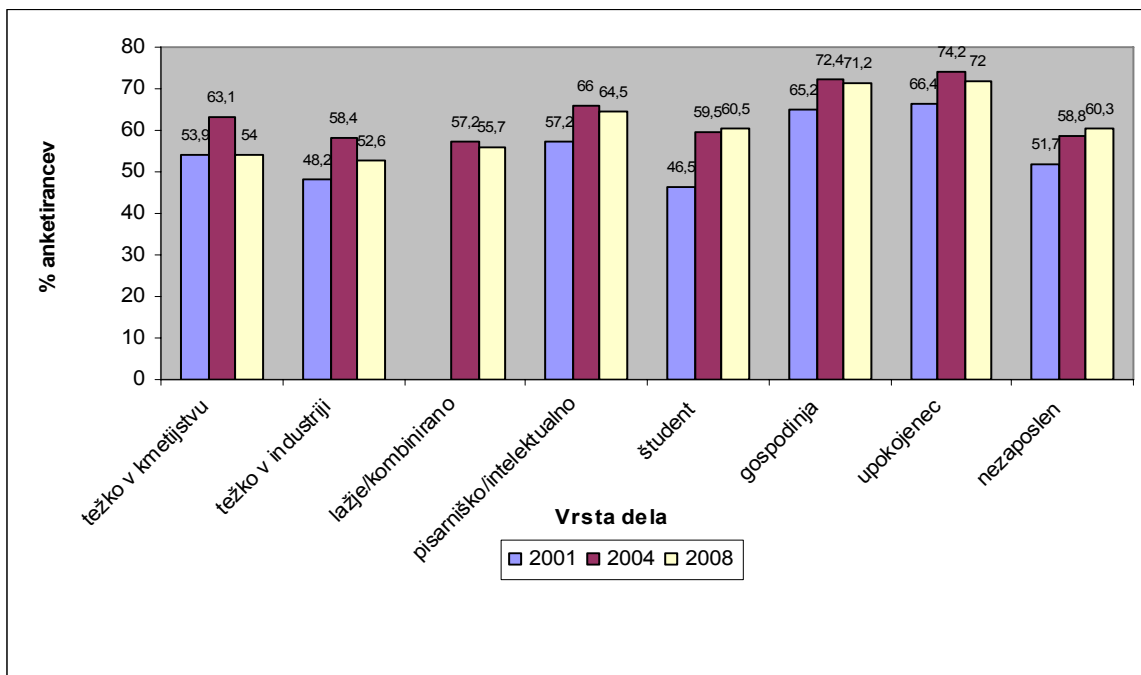
Slika 6.3: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: zadostno količino sadja pogosteje uživajo anketiranci z višjo ali visoko izobrazbo, delež pa se je povečal samo v skupini z nedokončano OŠ in končano srednjo šolo, v ostalih pa se je zmanjšal.



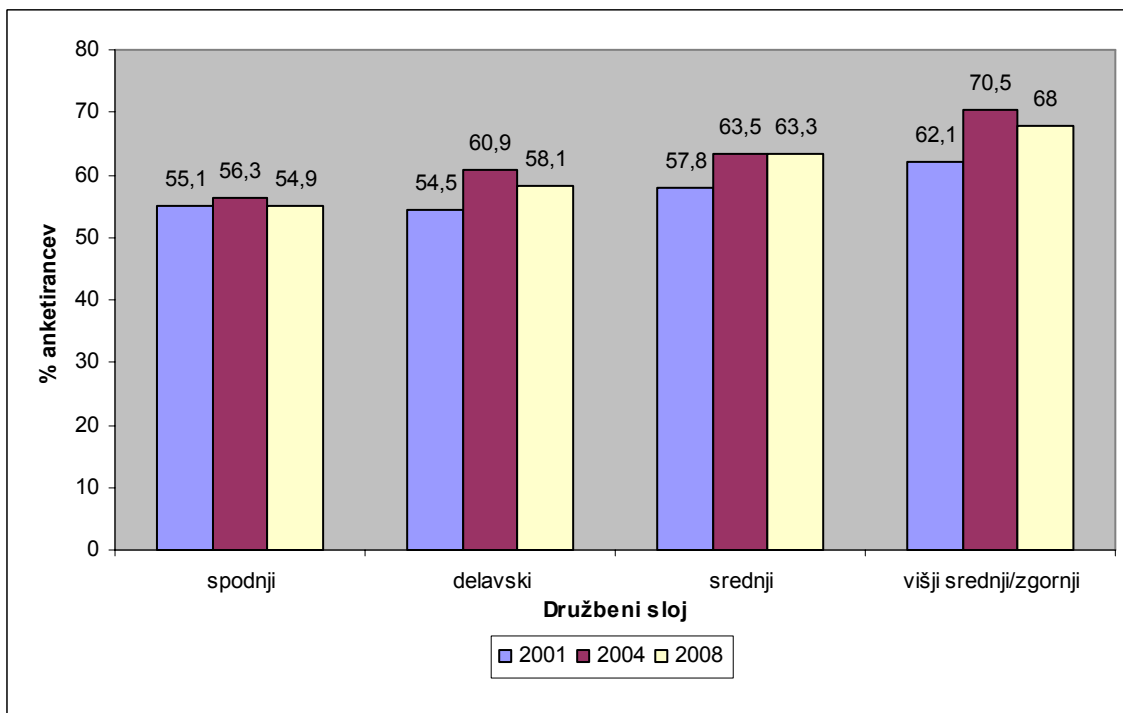
Slika 6.4: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: zadostno količino sadja pogosteje uživajo gospodinjje in upokojenci, delež pa se je povečal v vseh skupinah



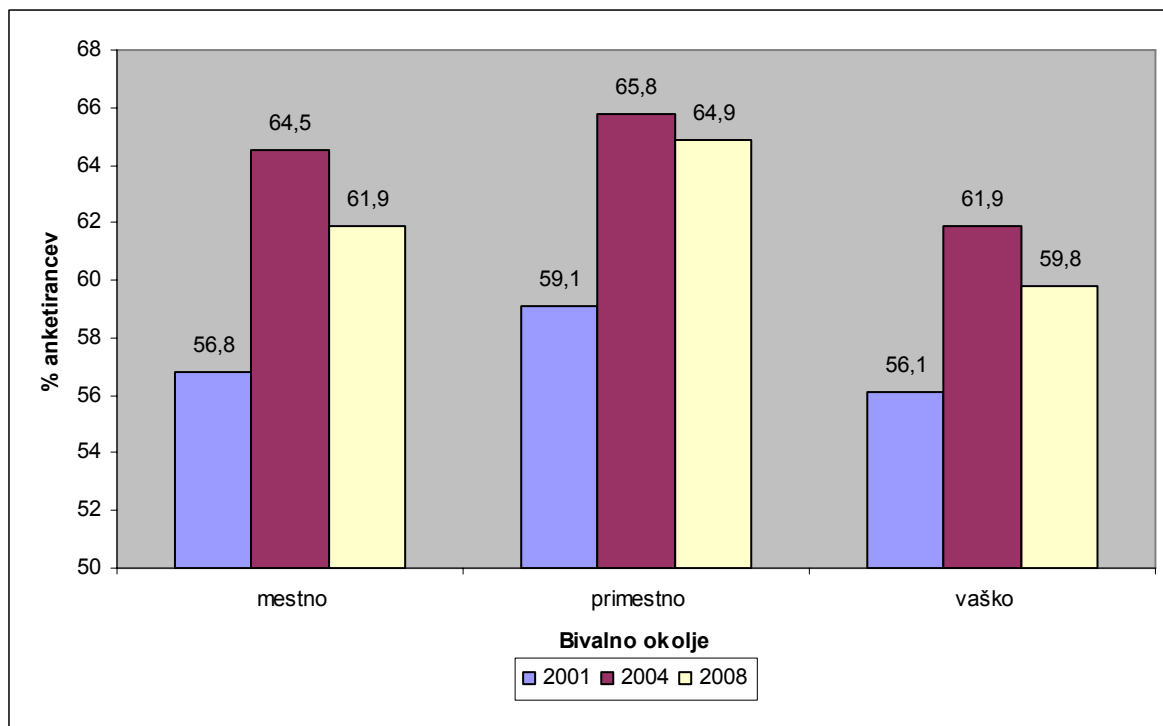
Slika 6.5: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: zadostno količino sadja pogosteje uživajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je povečal v vseh skupinah



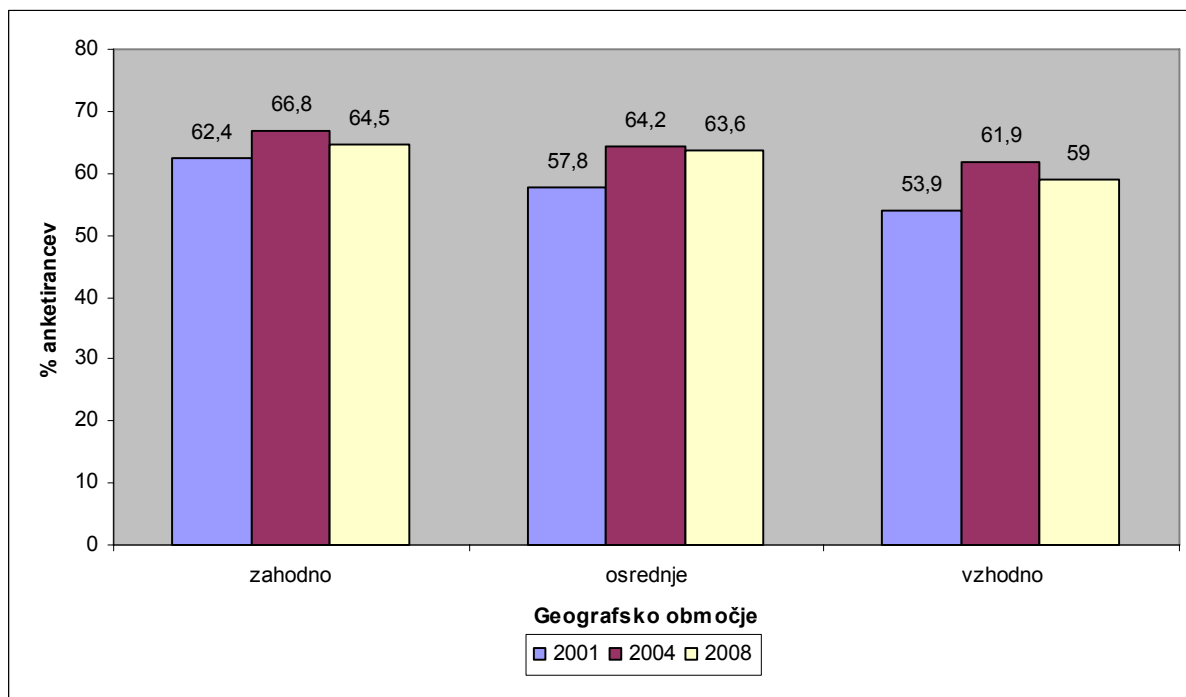
Slika 6.6: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v primestnem okolju, delež pa se je povečal v vseh skupinah



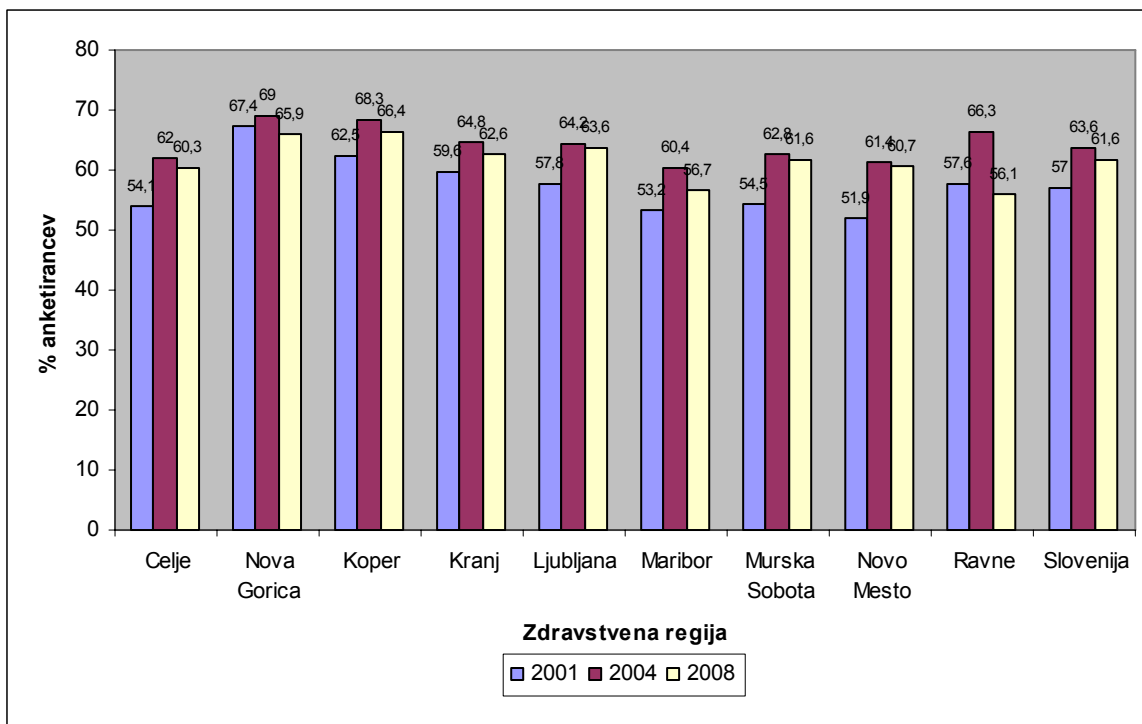
Slika 6.7.: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v zahodnem delu Slovenije, delež pa se je povečal v vseh skupinah

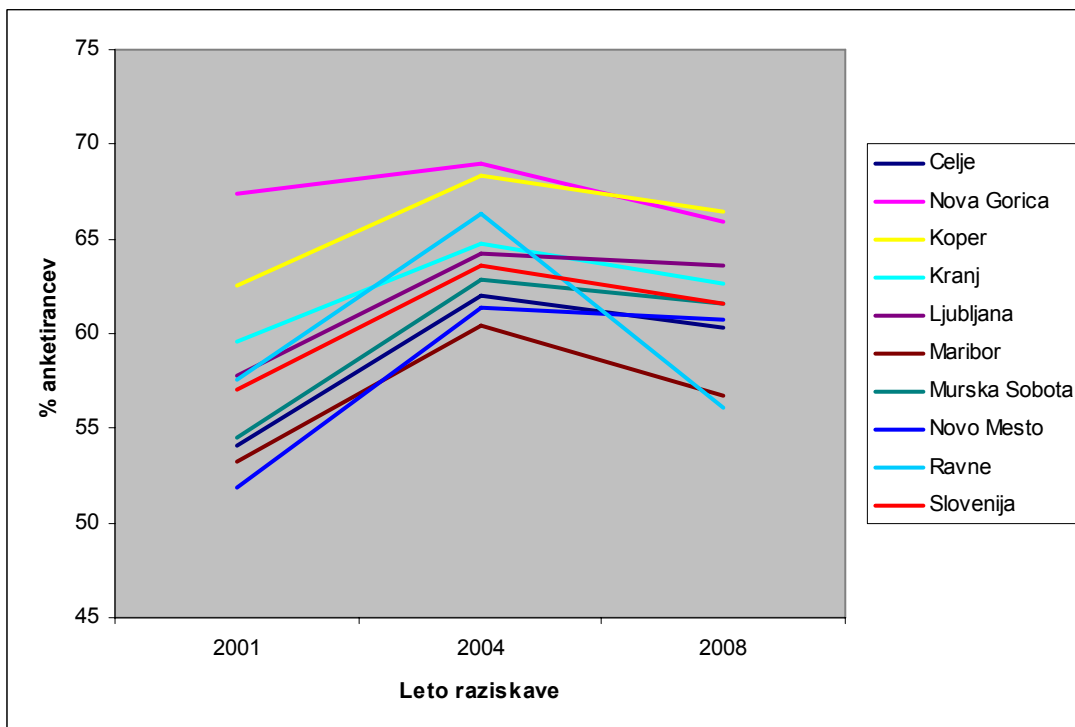


Slika 6.8: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: zadostno količino sadja pogosteje uživajo v koprski regiji, delež pa se je povečal v vseh regijah.



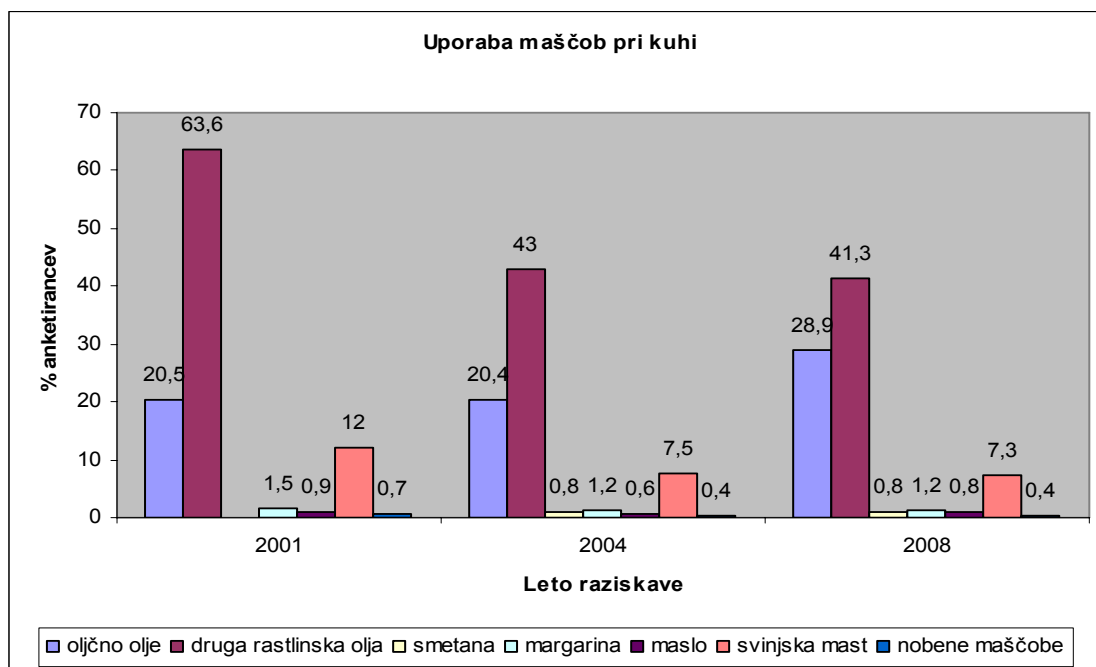
Slika 6.9: Delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 6.10: Krivulja- delež anketirancev, ki uživajo dovolj sadja znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

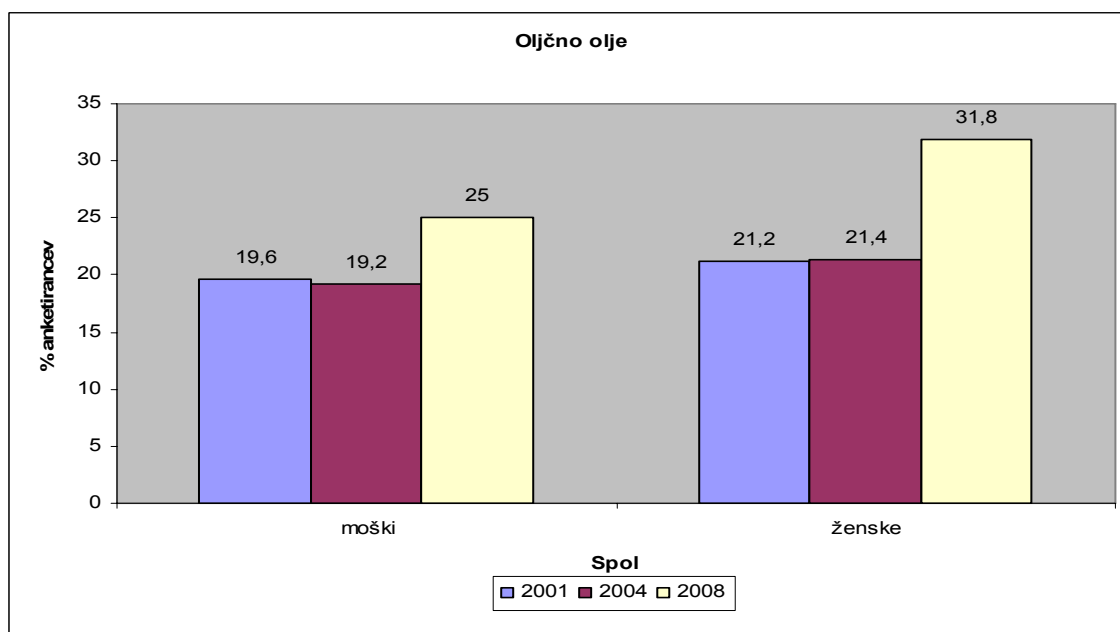
Uporaba oljčnega olja pri kuhi

Skupaj: delež anketirancev, ki pri kuhi uporabljajo pretežno oljčno olje, se je od leta 2001 do leta 2008 povečala s 20,5% na 28,9%, pri čemer v obdobju od leta 2001 do 2004 ni bilo spremembe.



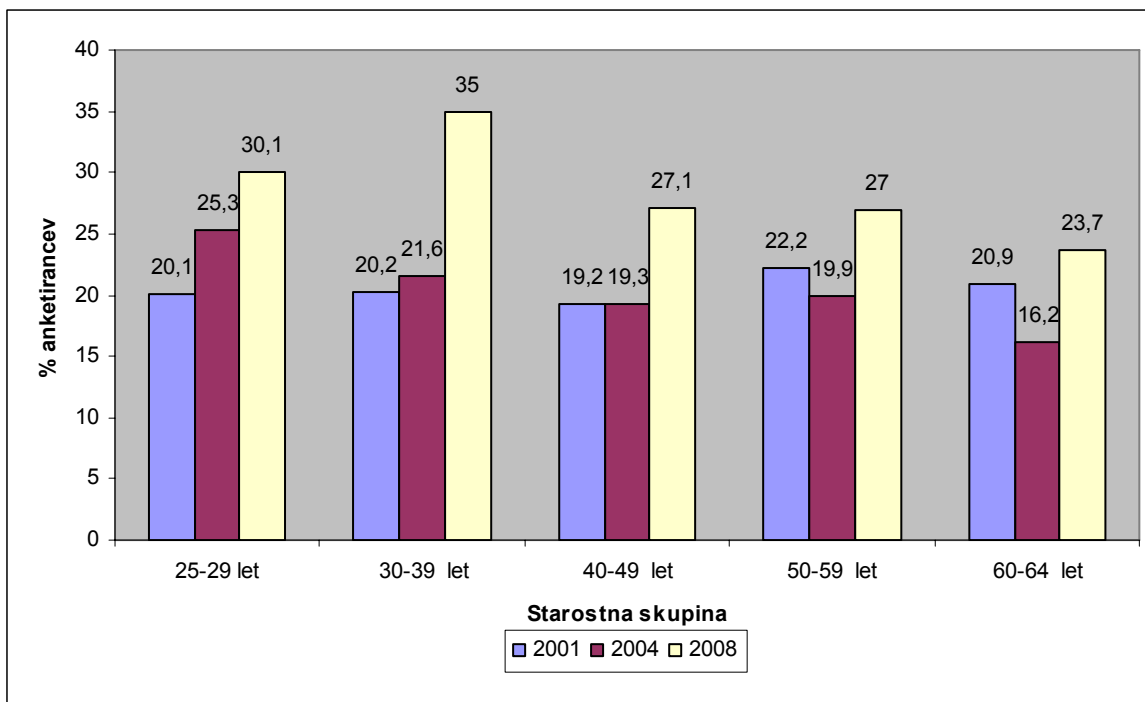
Slika 7.1: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje (v primerjavi z ostalimi maščobami) glede na leto raziskave.

Spol: oljčno olje pogosteje uporabljajo ženske kot moški, delež pa se je povečal pri obojih.



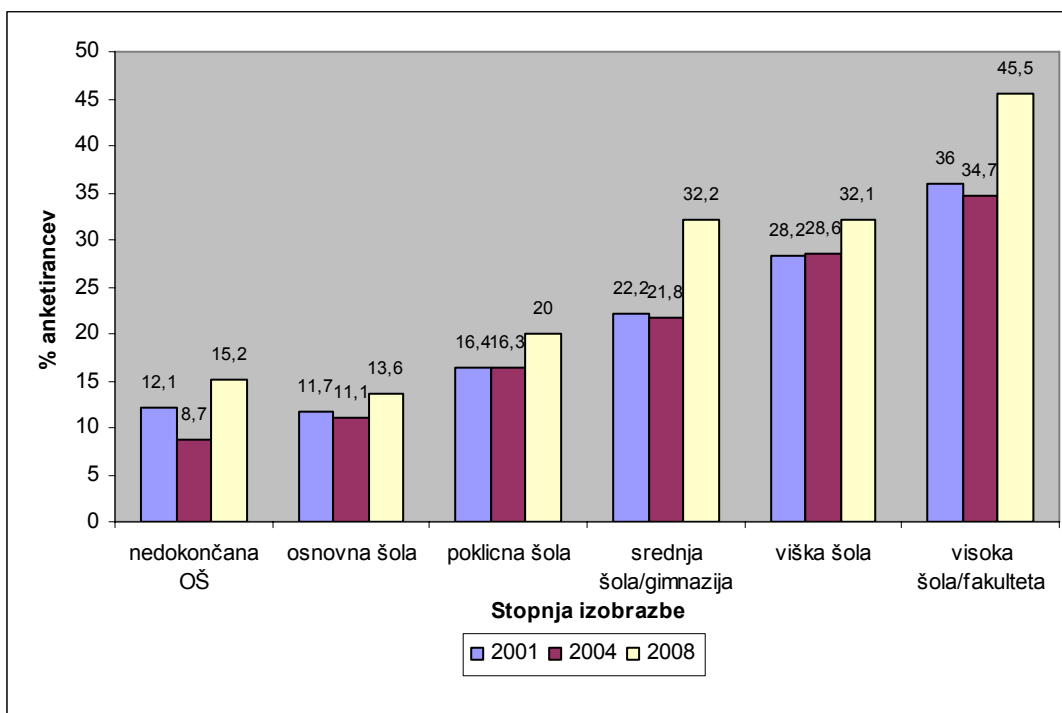
Slika 7.2: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: oljčno olje pogosteje uporabljajo mlajši anketiranci (25-29 let), delež pa se je povečal v vseh skupinah



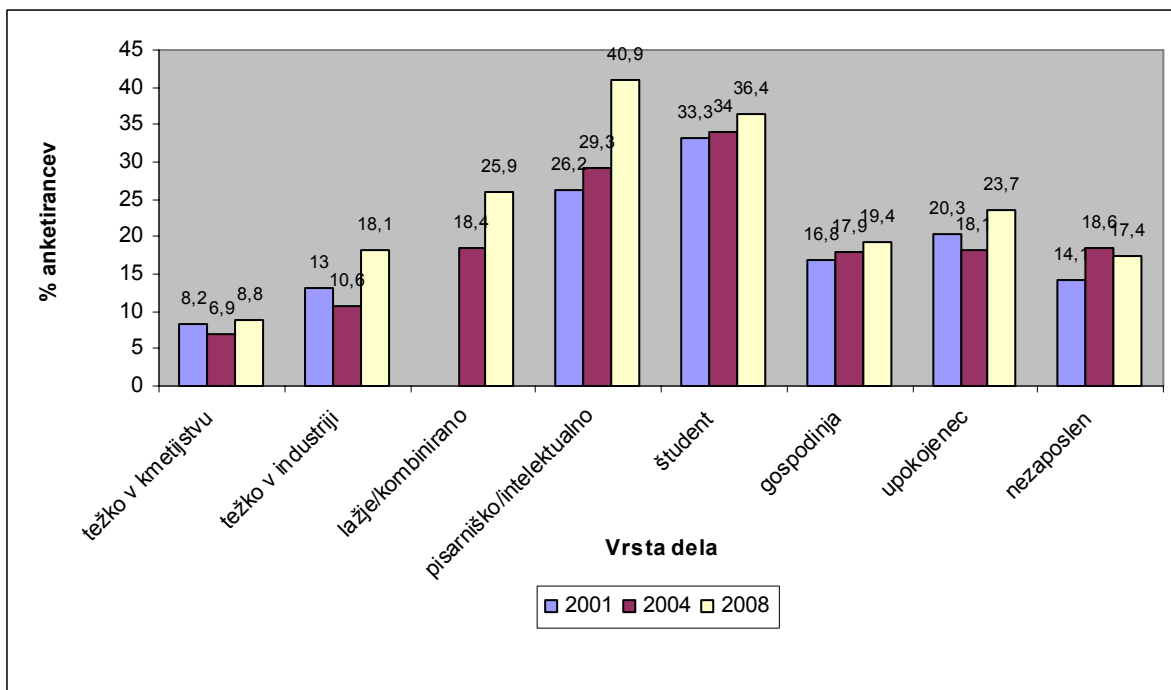
Slika 7.3: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: oljčno olje pogosteje uporabljajo višje izobraženi anketiranci, delež pa se je povečal v vseh skupinah



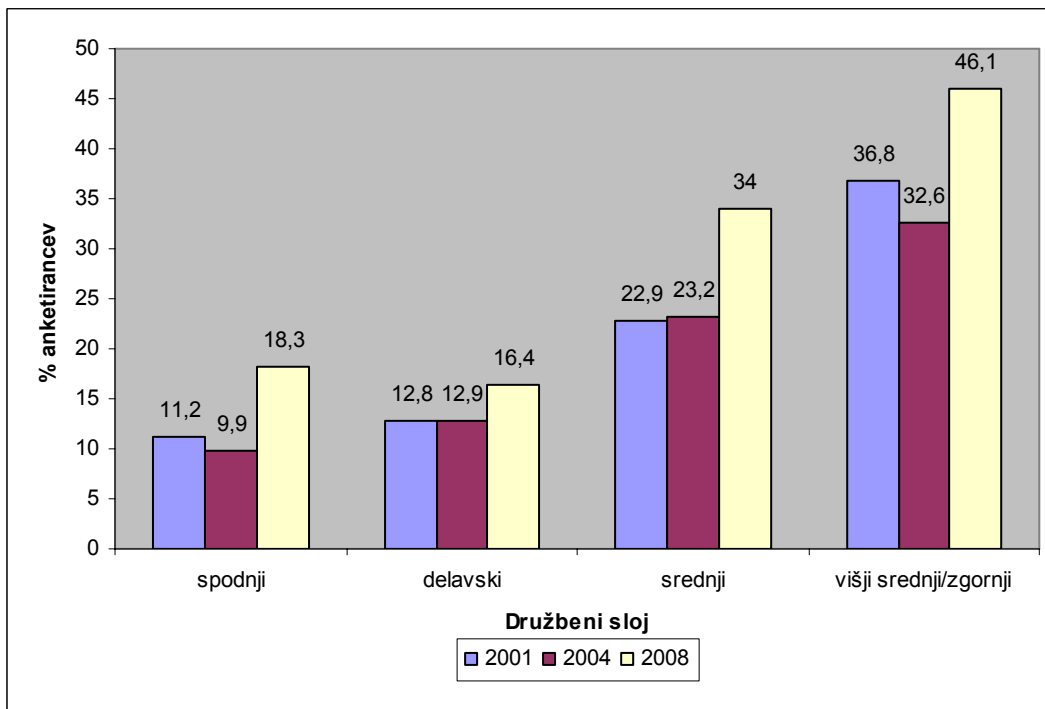
Slika 7.4: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: oljčno olje pogosteje uporabljajo pisarniški/intelektualni delavci, delež pa se je povečal v vseh skupinah



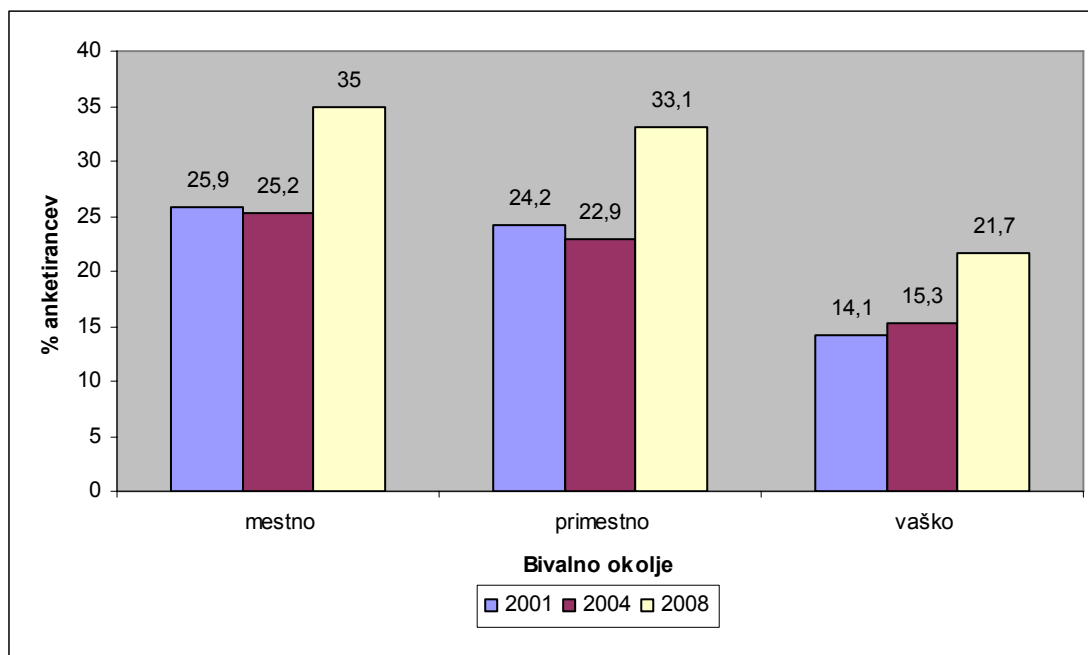
Slika 7.5: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: oljčno olje pogosteje uporabljajo pripadniki višjih slojev, delež pa se je povečal v vseh skupinah



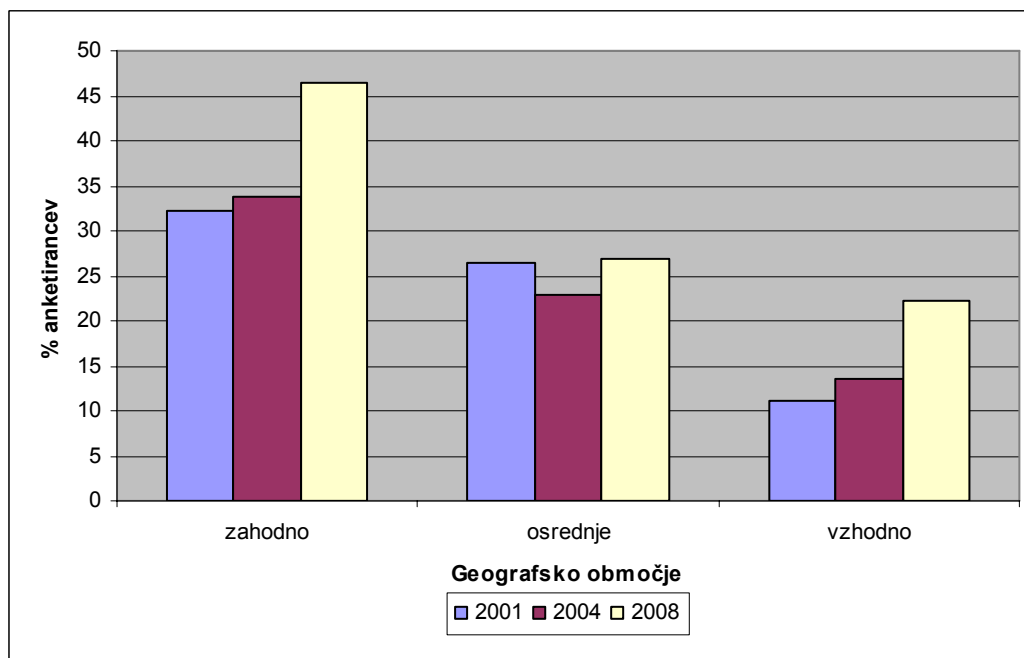
Slika 7.6: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: oljčno olje pogosteje uporabljajo mestni prebivalci, delež pa se je povečal v vseh skupinah



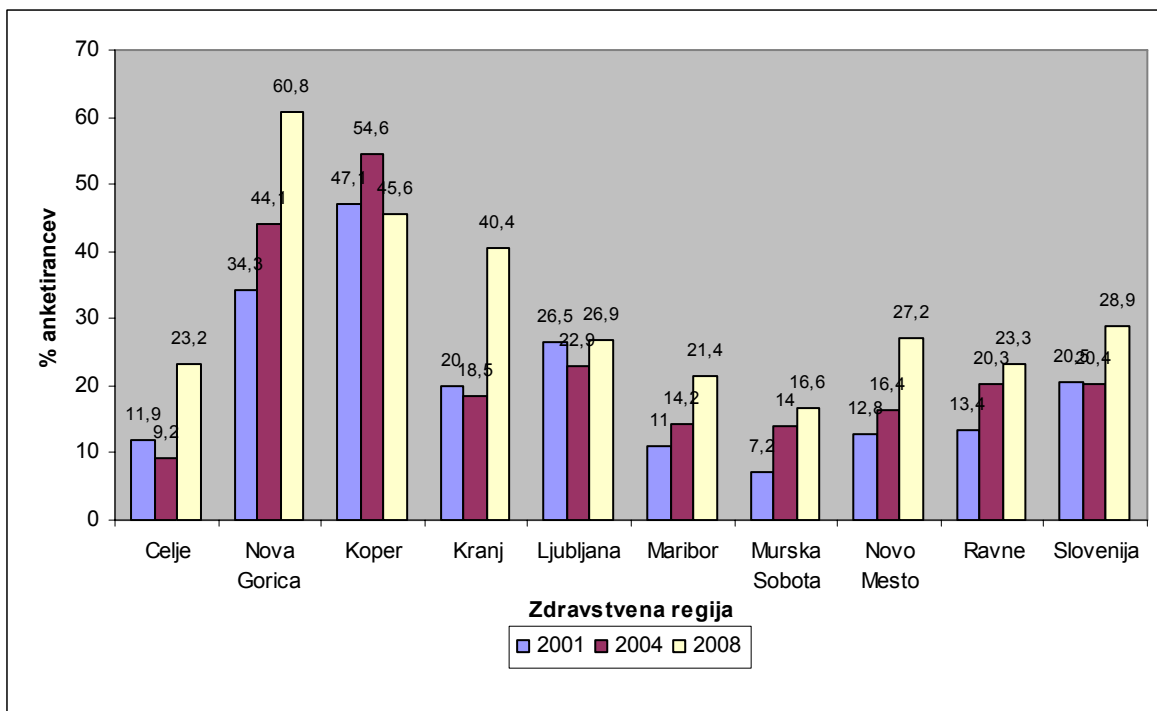
Slika 7.7: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: oljčno olje pogosteje uporabljajo prebivalci zahodne Slovenije, delež pa se je povečal v vseh območjih.

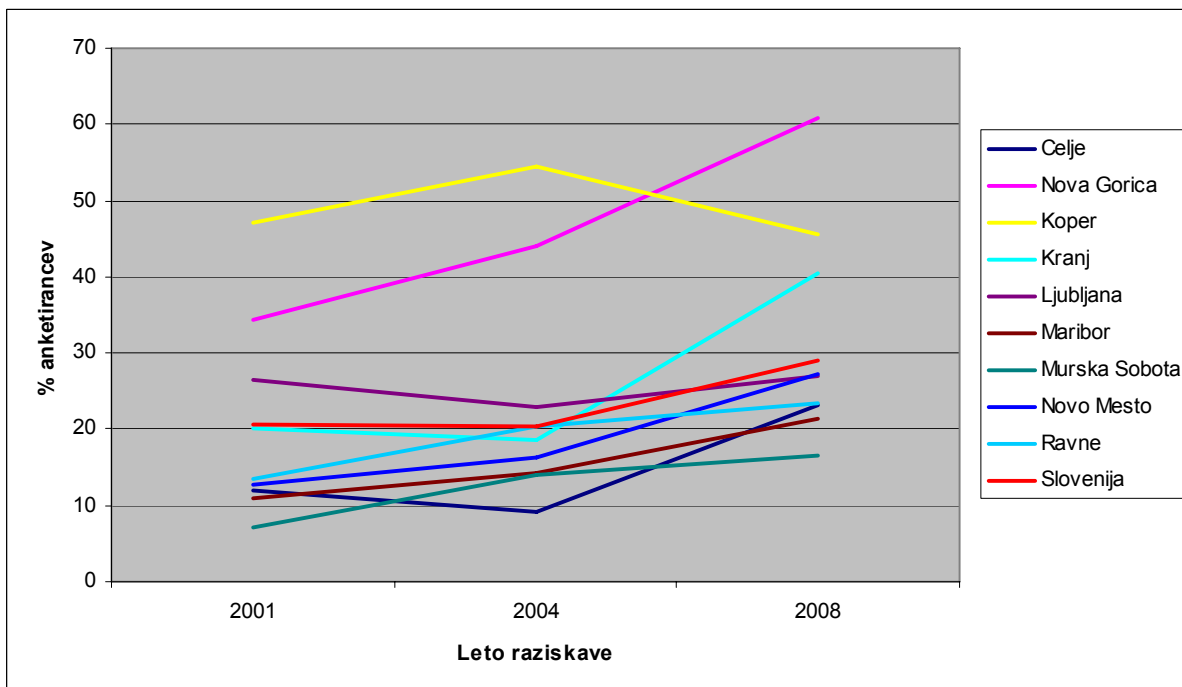


Slika 7.8: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: oljčno olje pogosteje uporabljajo v goriški regiji, delež pa se je povečal v vseh regijah, razen v koprski.



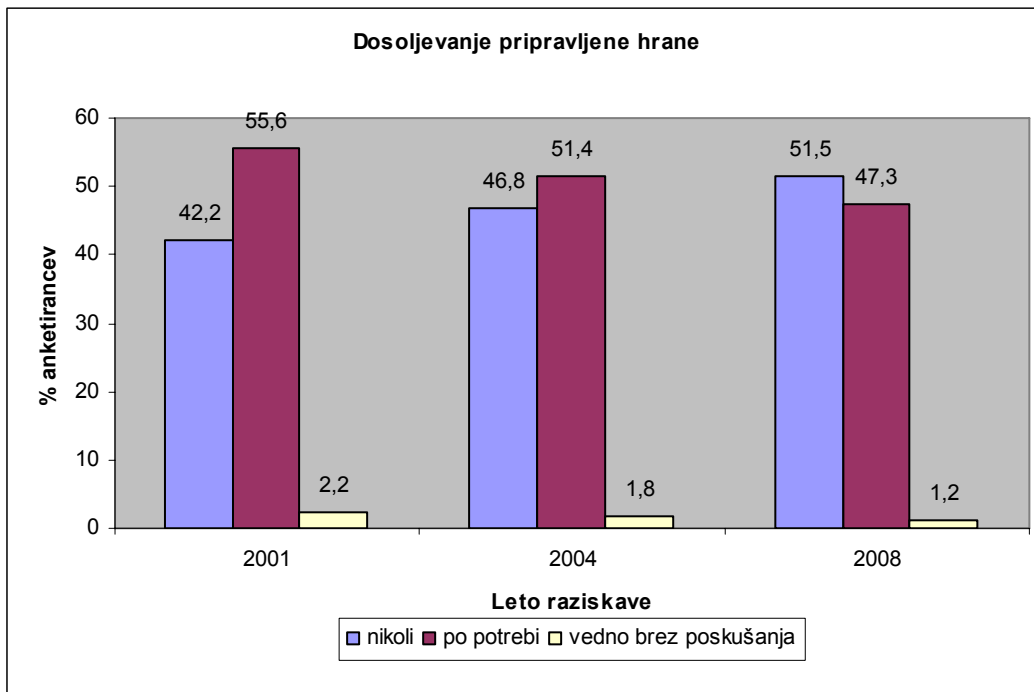
Slika 7.9: Delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 7.10: Krivulja- delež anketirancev, ki uporabljajo oljčno olje znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

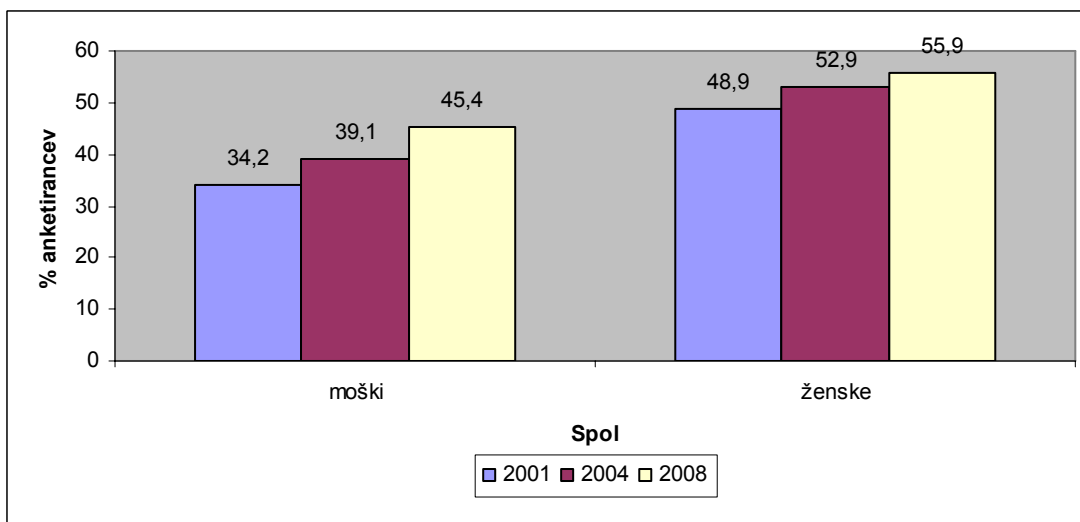
Ne- dosoljevanje hrane

Delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 42,2% na 51,5%.



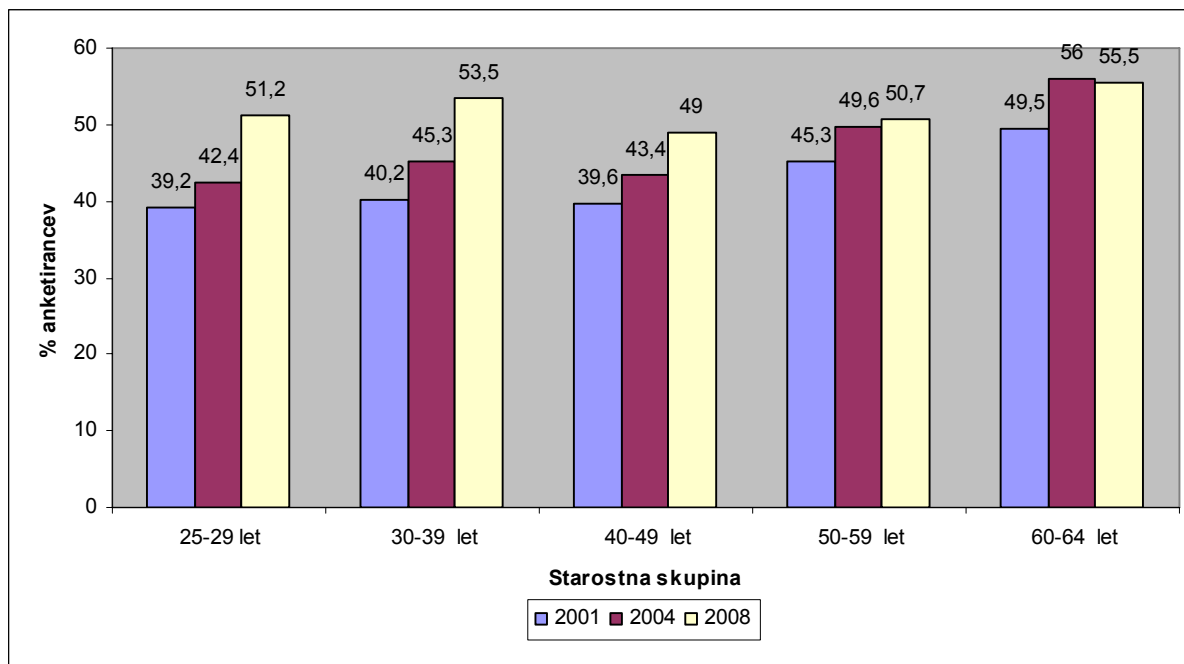
Slika 8.1: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane glede na leto raziskave.

Spol: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri ženskah kot pri moških, povečal pa se je pri obojih.



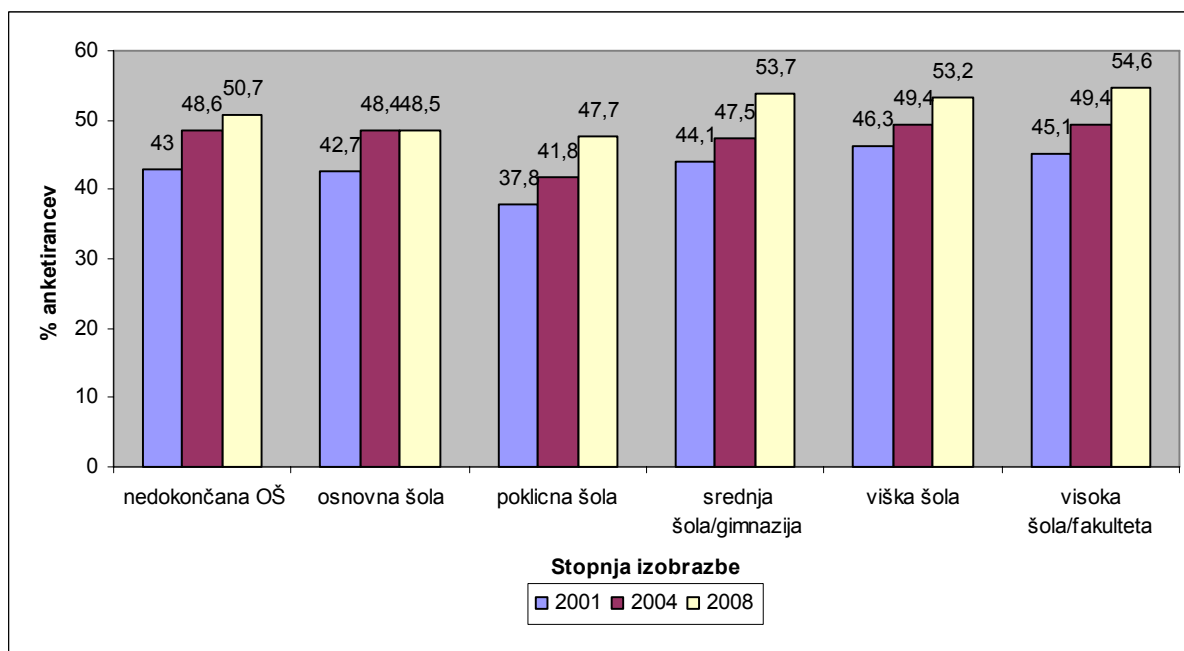
Slika 8.2: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je najvišji v starostni skupini 60-64 let, ki pa je tudi edina, kjer se delež ni povečal.



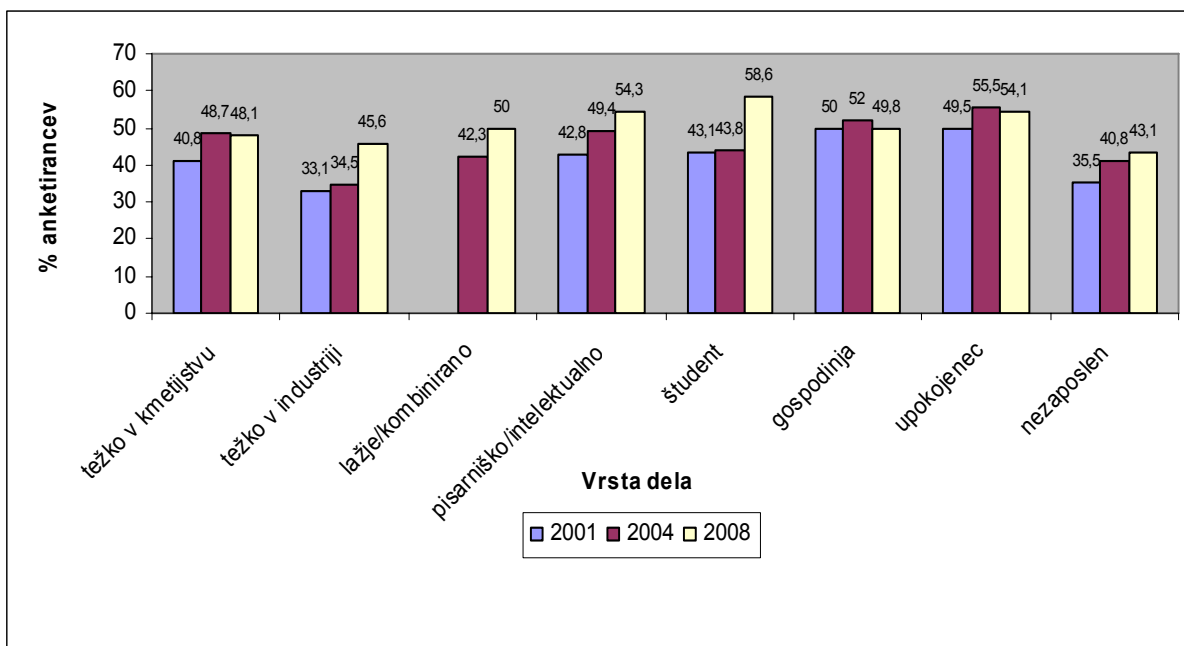
Slika 8.3: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri višje izobraženih, narašča pa v vseh skupinah.



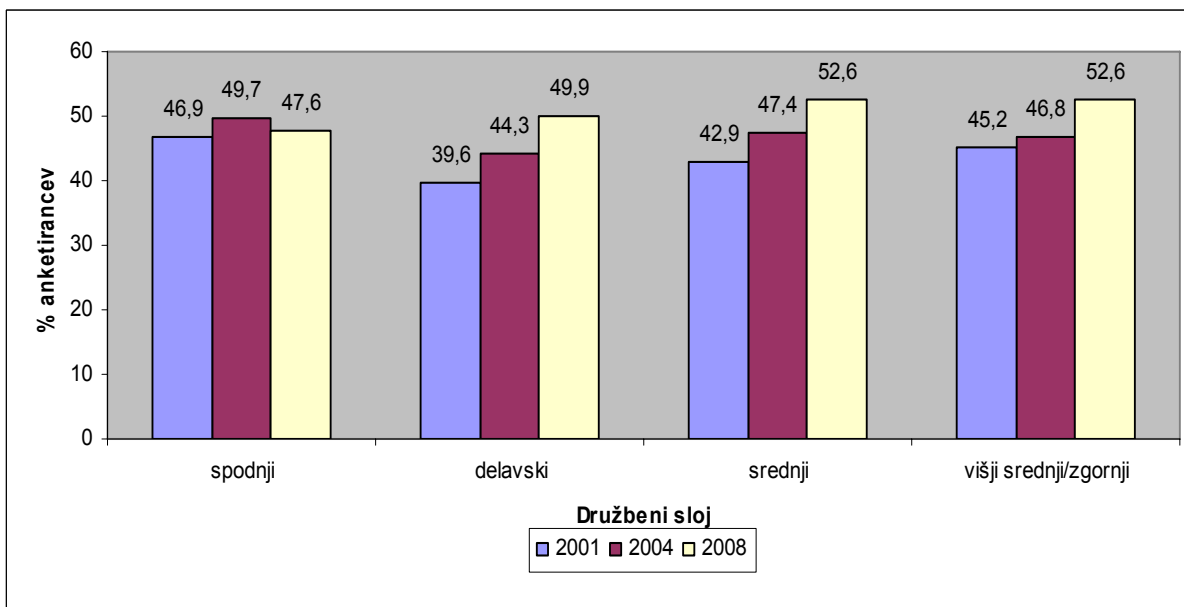
Slika 8.4: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je višji pri študentih in upokojevcih, narašča pa v vseh skupinah.



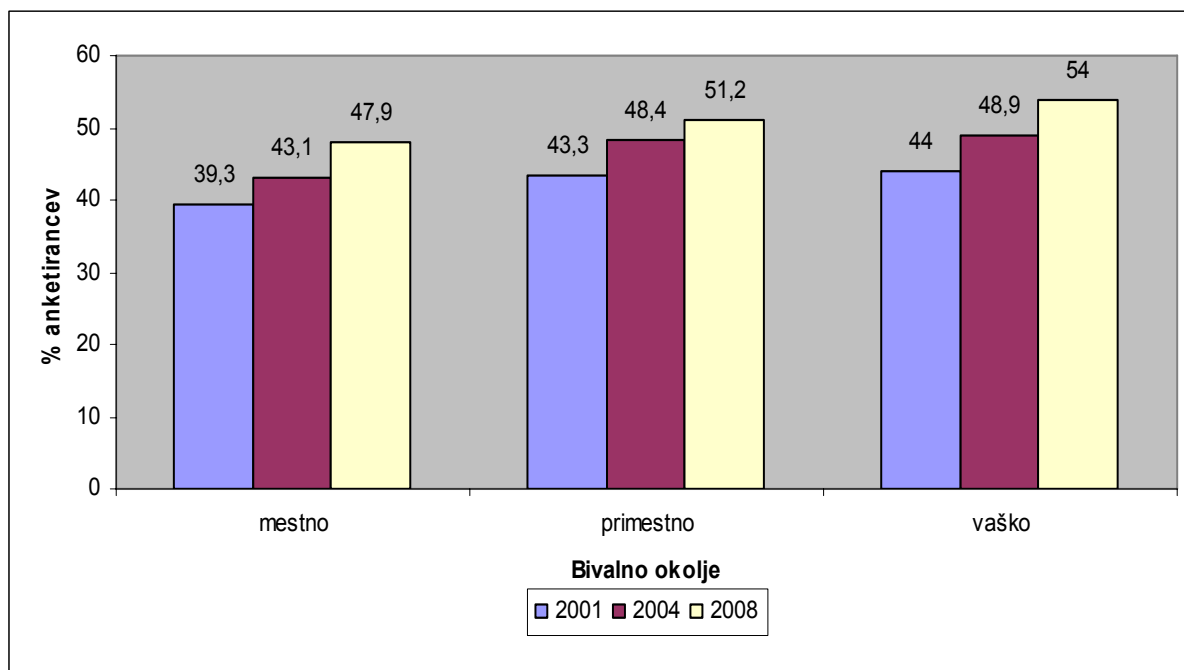
Slika 8.5: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo je višji pri pripadnikih višjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.



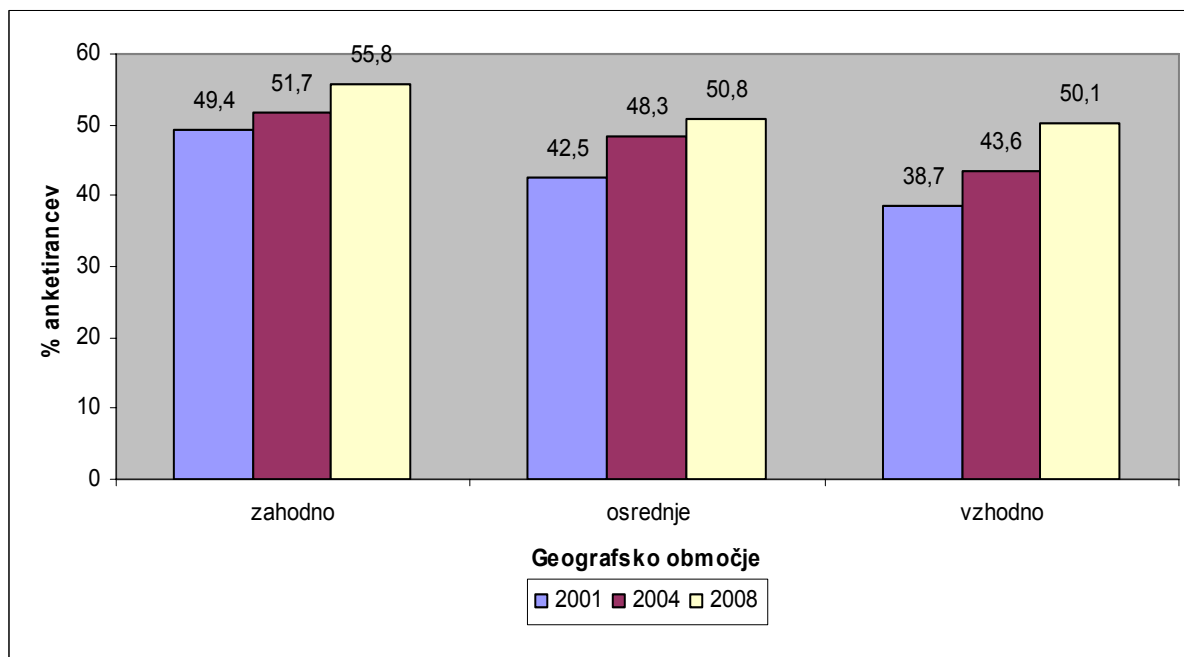
Slika 8.6: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne doslijo je višji v vaškem okolju, narašča pa v vseh skupinah.



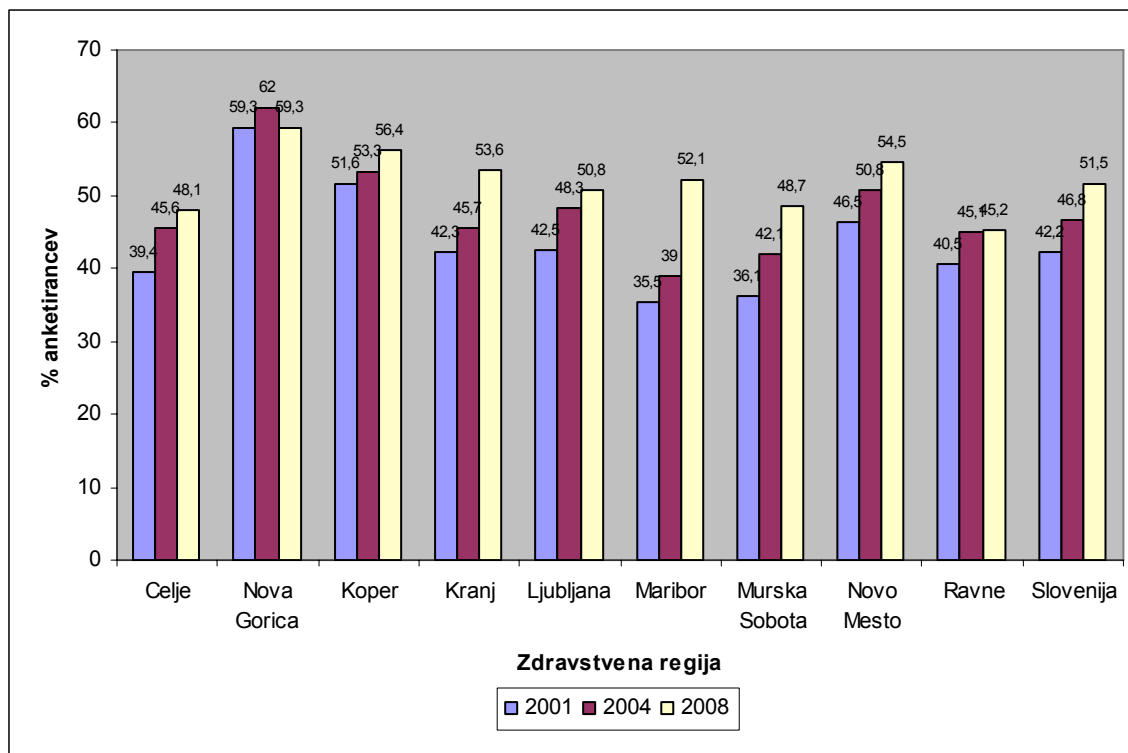
Slika 8.7: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne doslijo je višji v zahodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

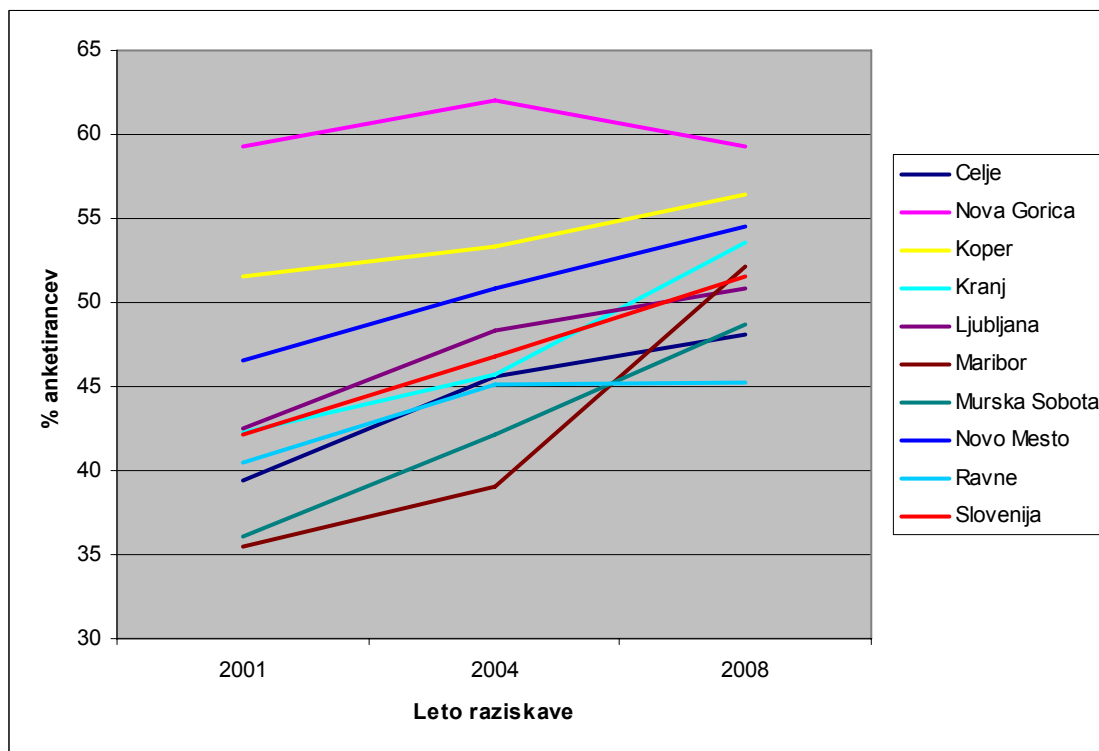


Slika 8.8: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež anketirancev, ki pripravljene hrane nikoli ne dosolijo, je najvišji v goriški regiji, narašča pa v vseh regijah.



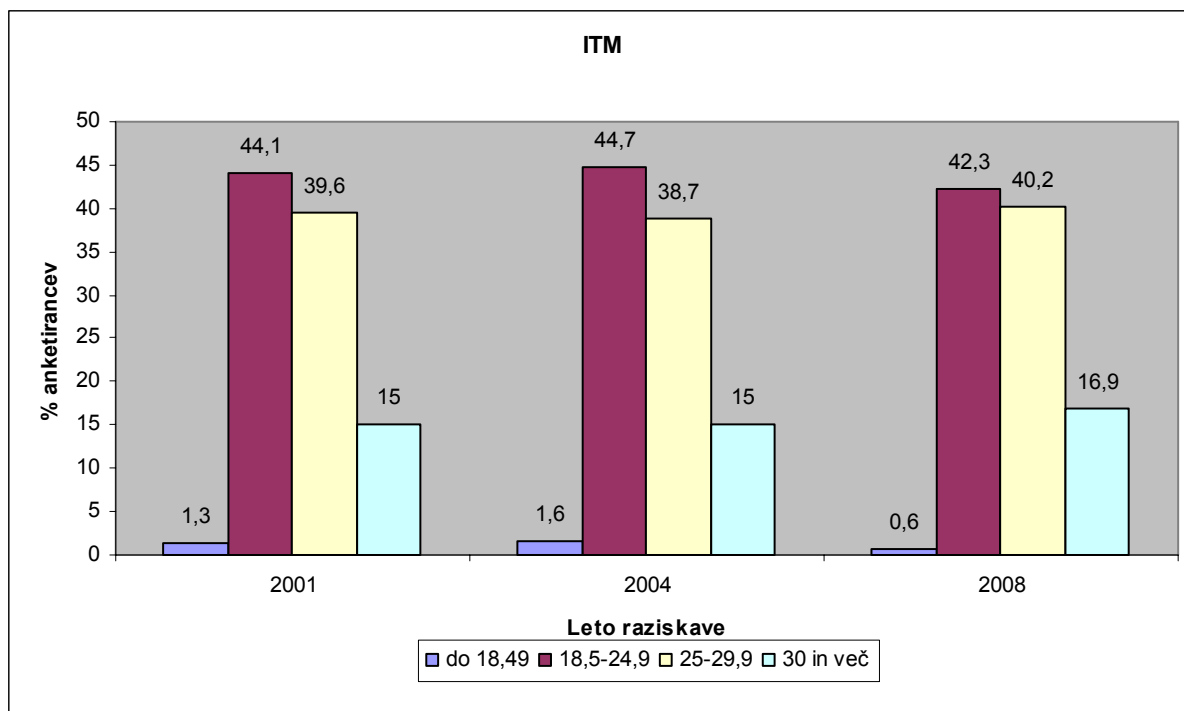
Slika 8.9: Delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 8.10: Krivulja- delež anketirancev, ki ne dosoljujejo pripravljene hrane znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

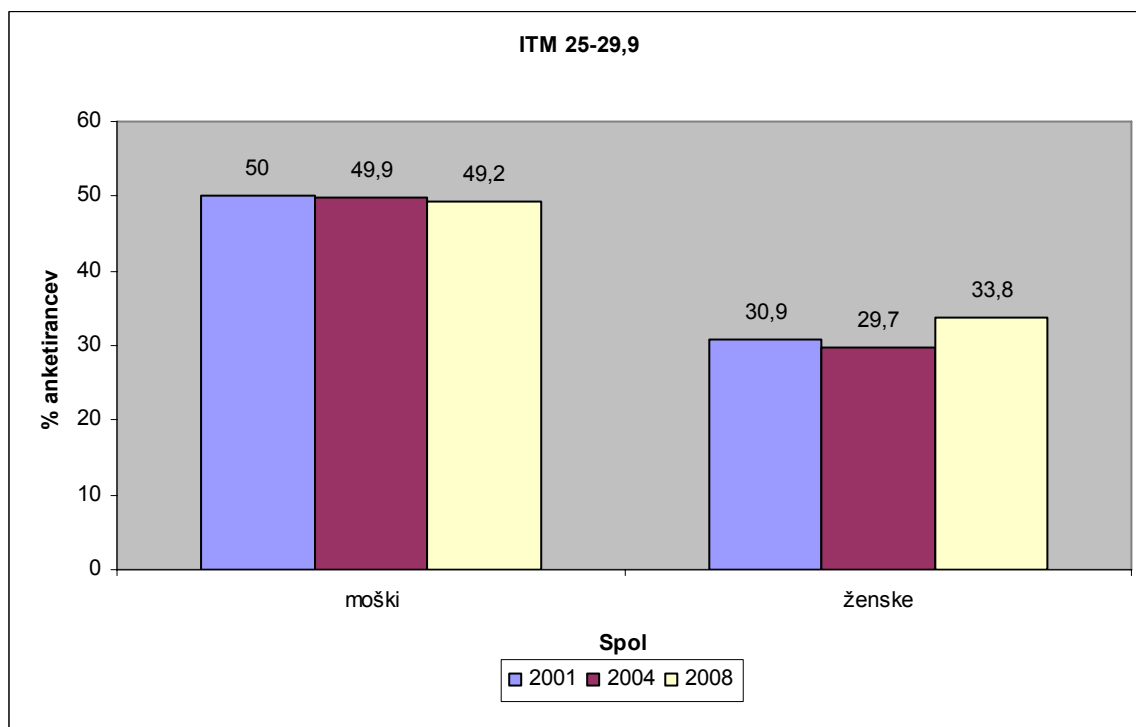
Prekomerna prehranjenost (ITM 25,0-29,9)

Delež prekomerno prehranjenih se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 39,6% na 40,2%.



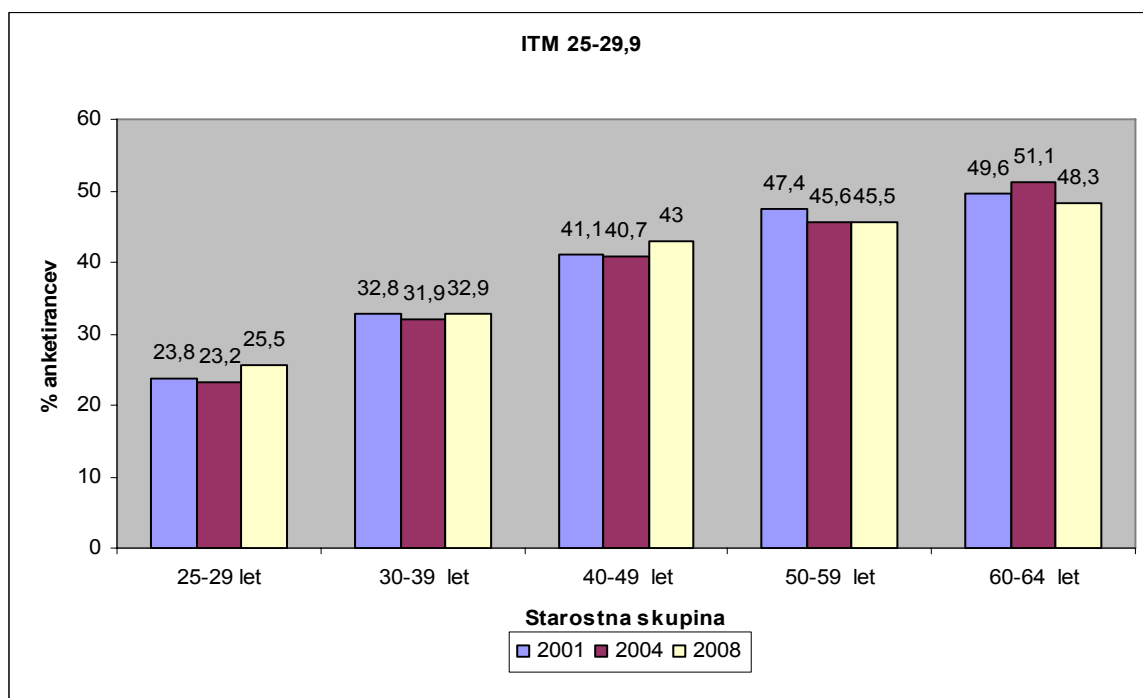
Slika 9.1: Porazdelitev ITM med anketiranci glede na leto raziskave.

Spol: delež prekomerno prehranjenih je višji pri moških kot pri ženskah, povečal pa se je pri obojih.



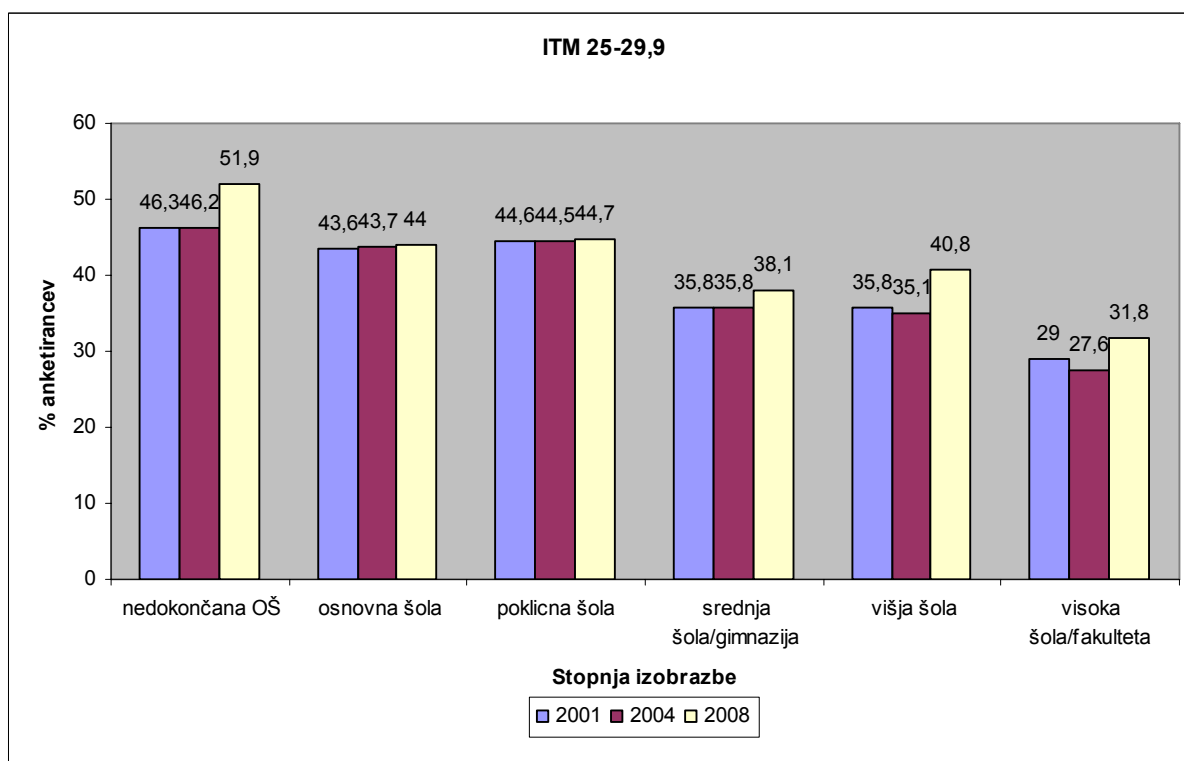
Slika 9.2: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež prekomerno prehranjenih je višji v starejši starostni skupini (60-64 let), narašča pa v vseh skupinah.



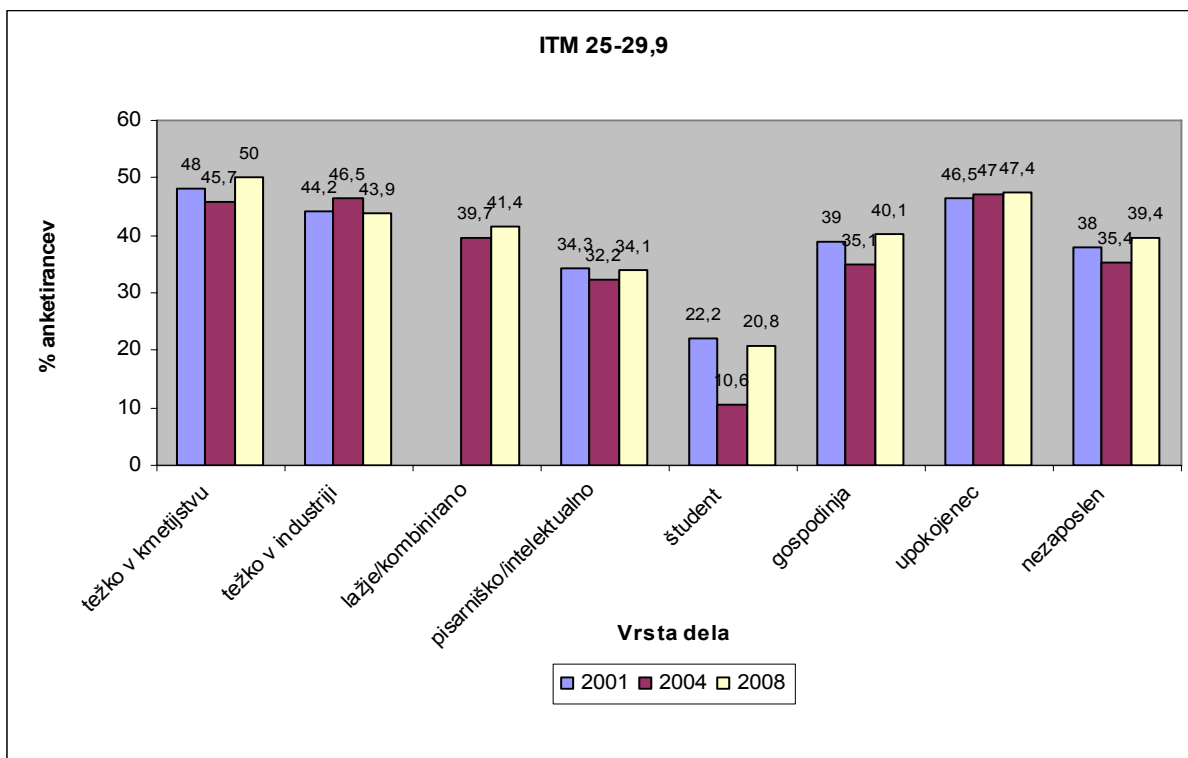
Slika 9.3: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež prekomerno prehranjenih je višji pri anketirancih z nedokončano OŠ, narašča pa v vseh skupinah.



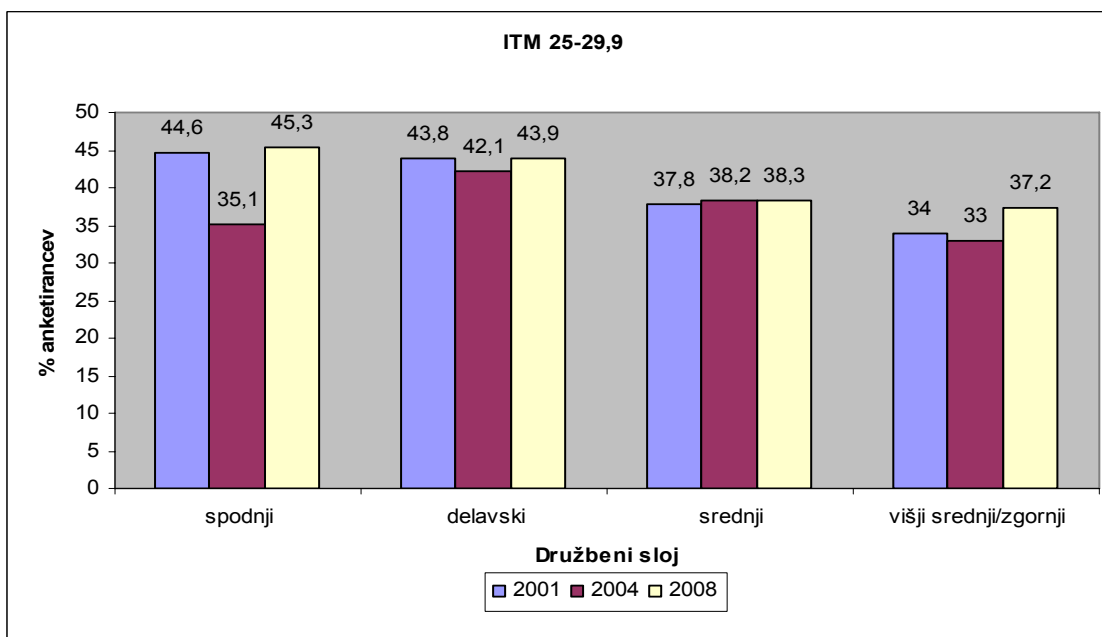
Slika 9.4: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: delež prekomerno prehranjenih je najvišji pri delavcih v kmetijstvu, narašča pa v vseh skupinah, razen pri težkih delavcih v industriji.



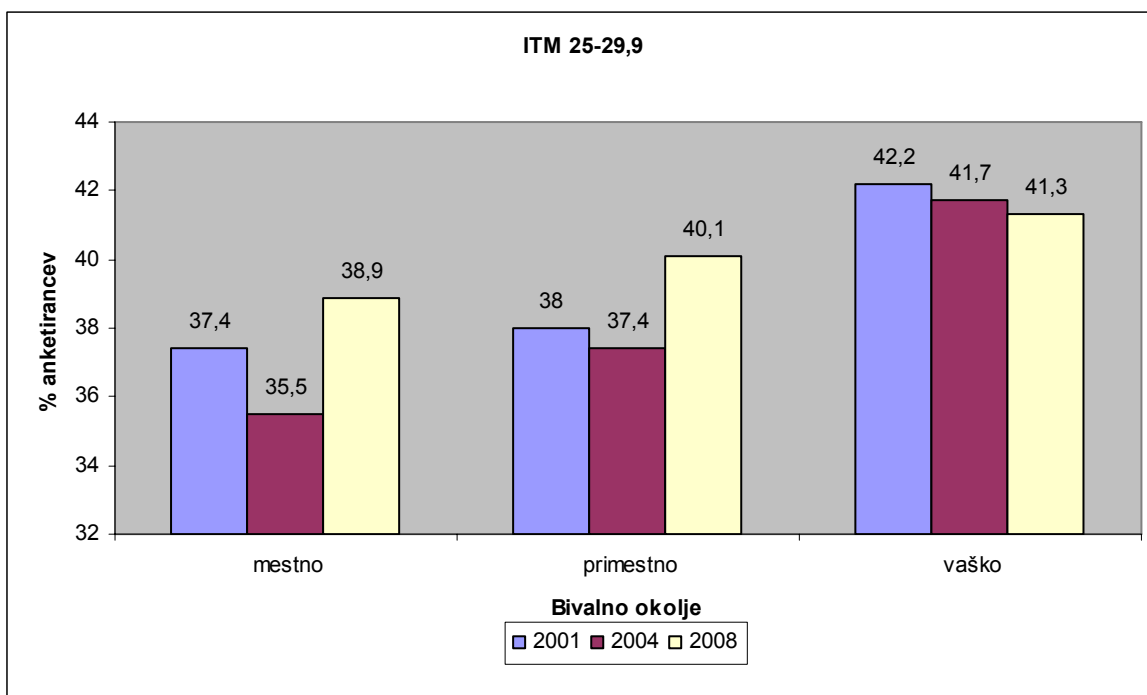
Slika 9.5: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: delež prekomerno prehranjenih je višji pri pripadnikih nižjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.



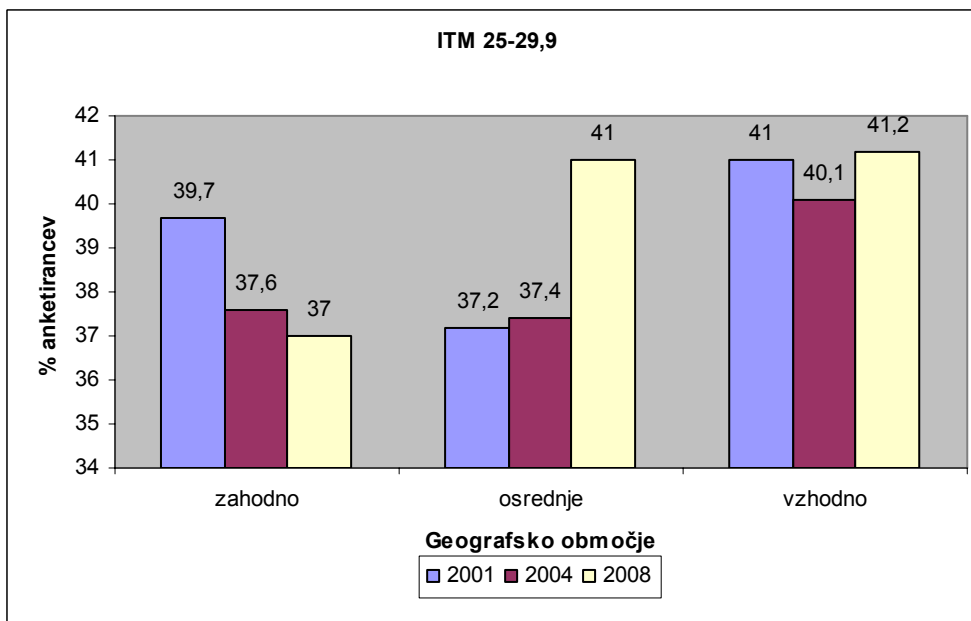
Slika 9.6: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež prekomerno prehranjenih je višji v primestnem okolju, narašča pa v vseh okoljih.



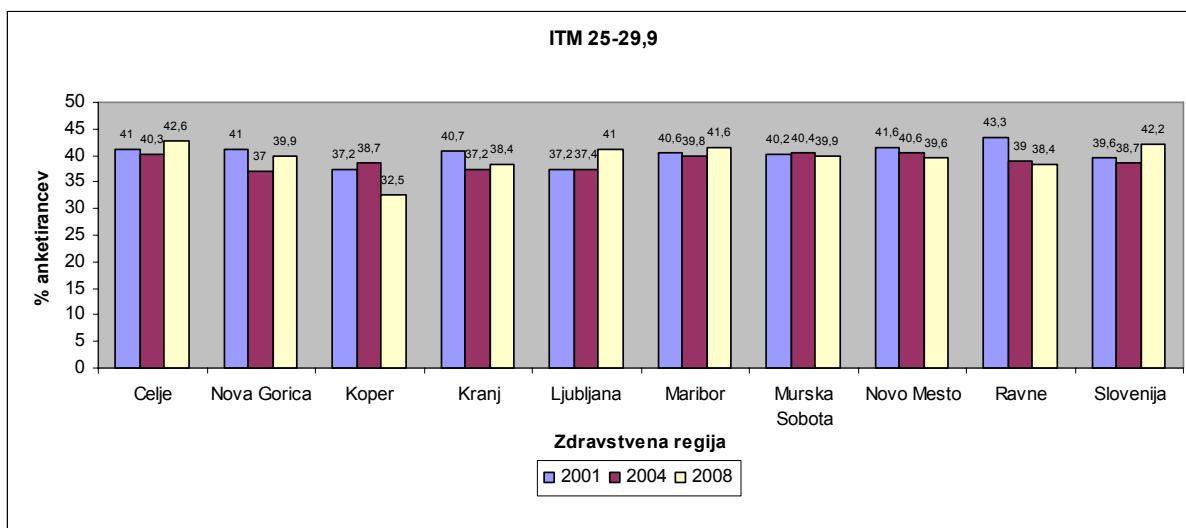
Slika 9.7: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež prekomerno prehranjenih je višji v vzhodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

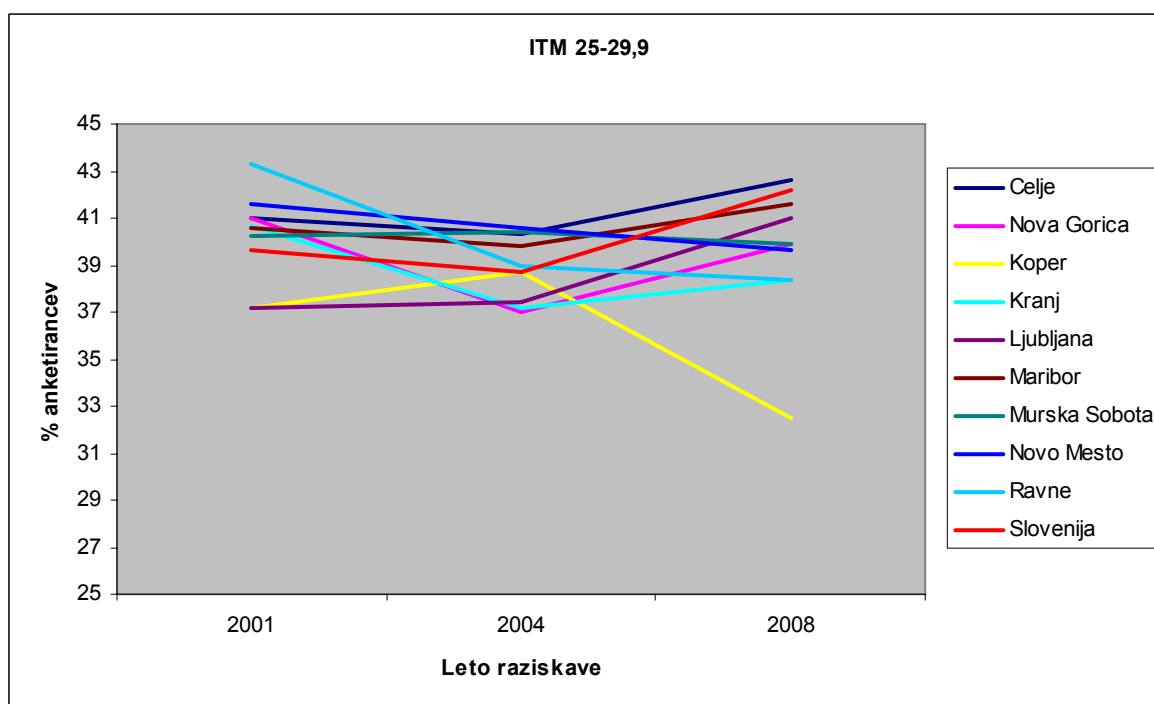


Slika 9.8: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež prekomerno prehranjenih je najvišji v celjski regiji, narašča pa v vseh regijah, razen v koprski.



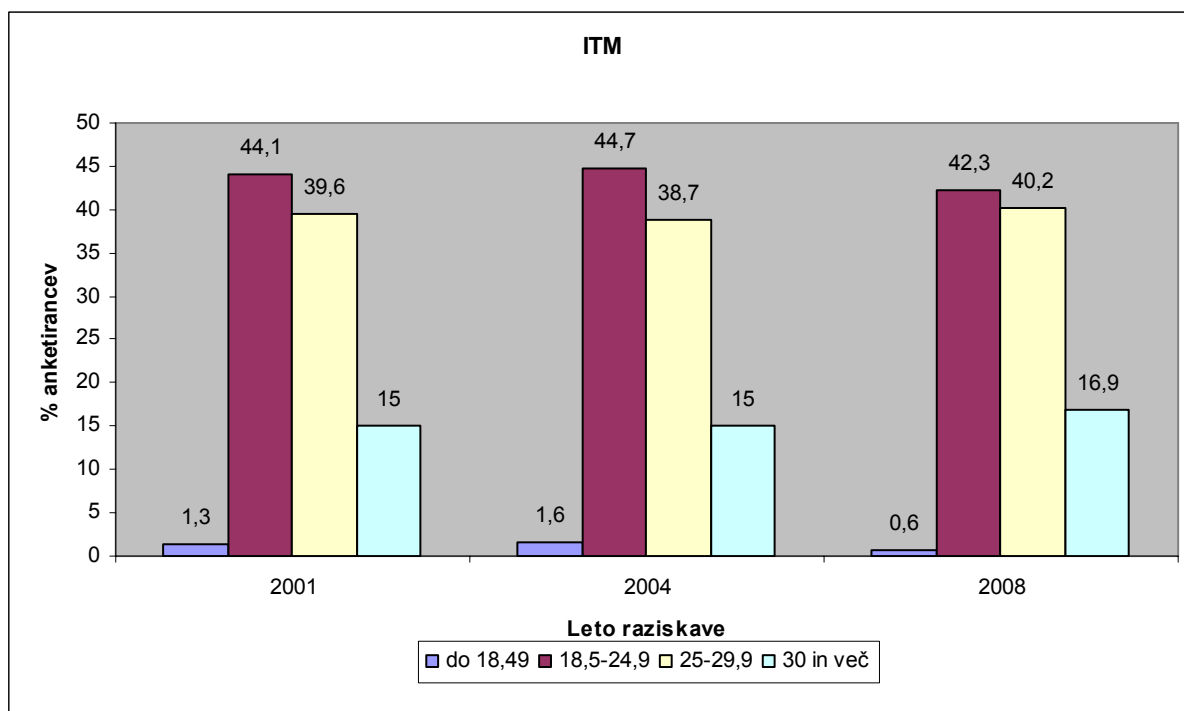
Slika 9.9: Delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 9.10: Krivulja- delež prekomerno prehranjenih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

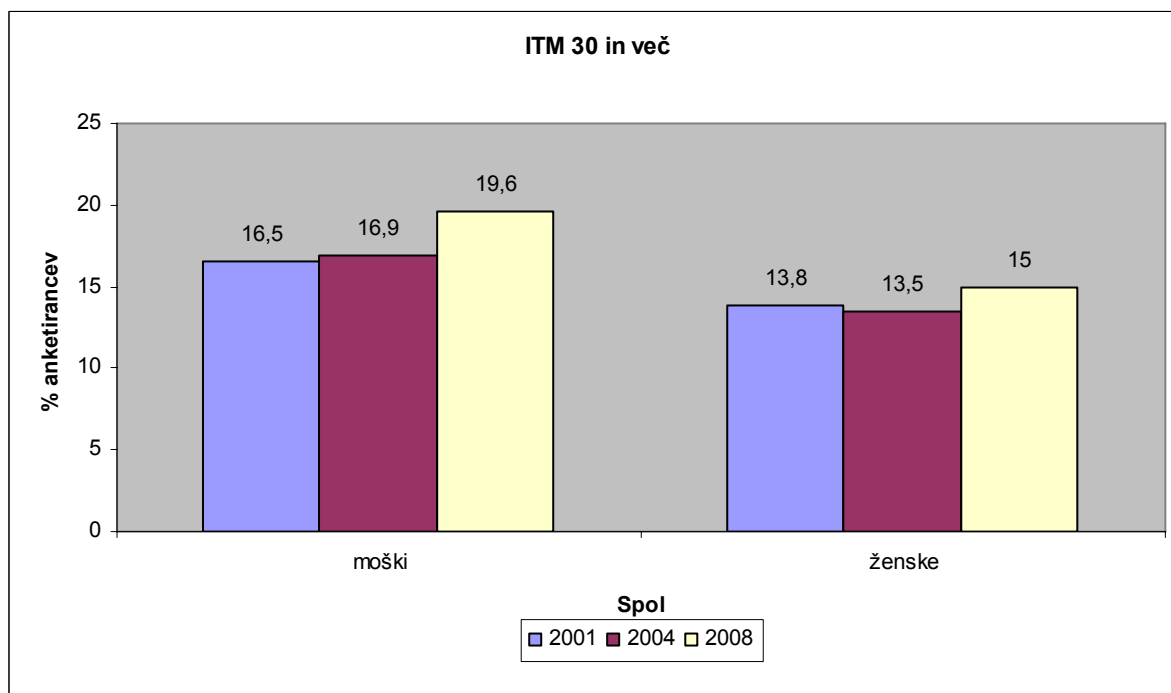
Debelost (ITM 30 in več)

Delež debelih se je od leta 2001 do leta 2008 povečal s 15% na 16,9%.



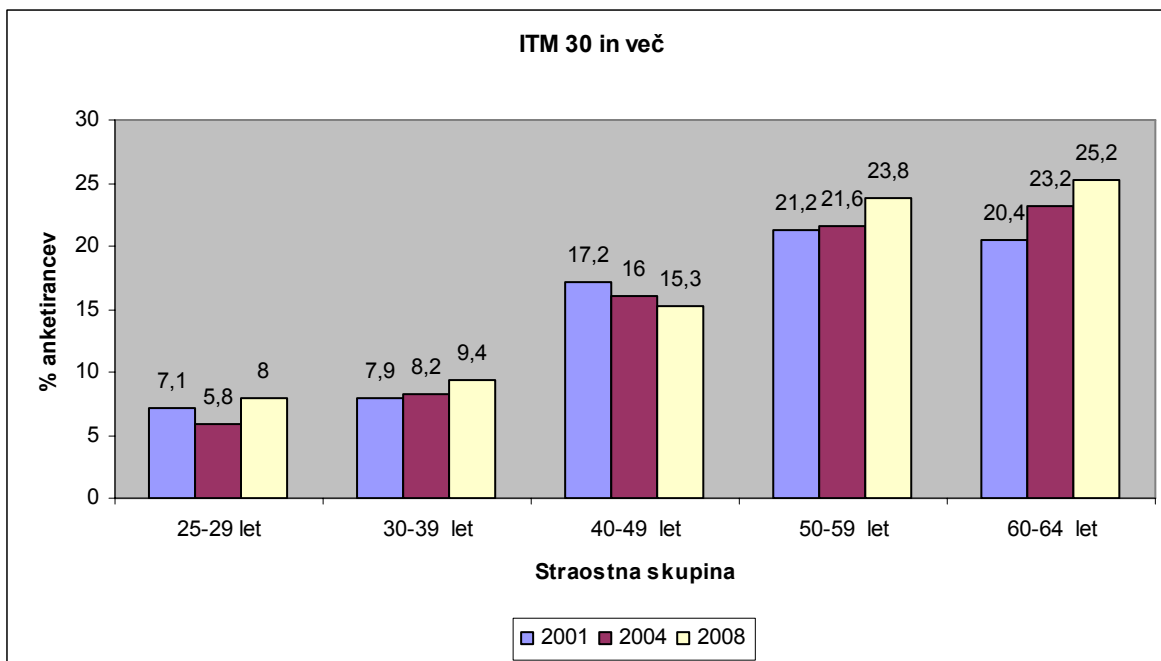
Slika 10.1: Porazdelitev ITM med anketiranci glede na leto raziskave.

Spol: delež debelih je višji pri moških kot pri ženskah, povečal pa se je pri obojih.



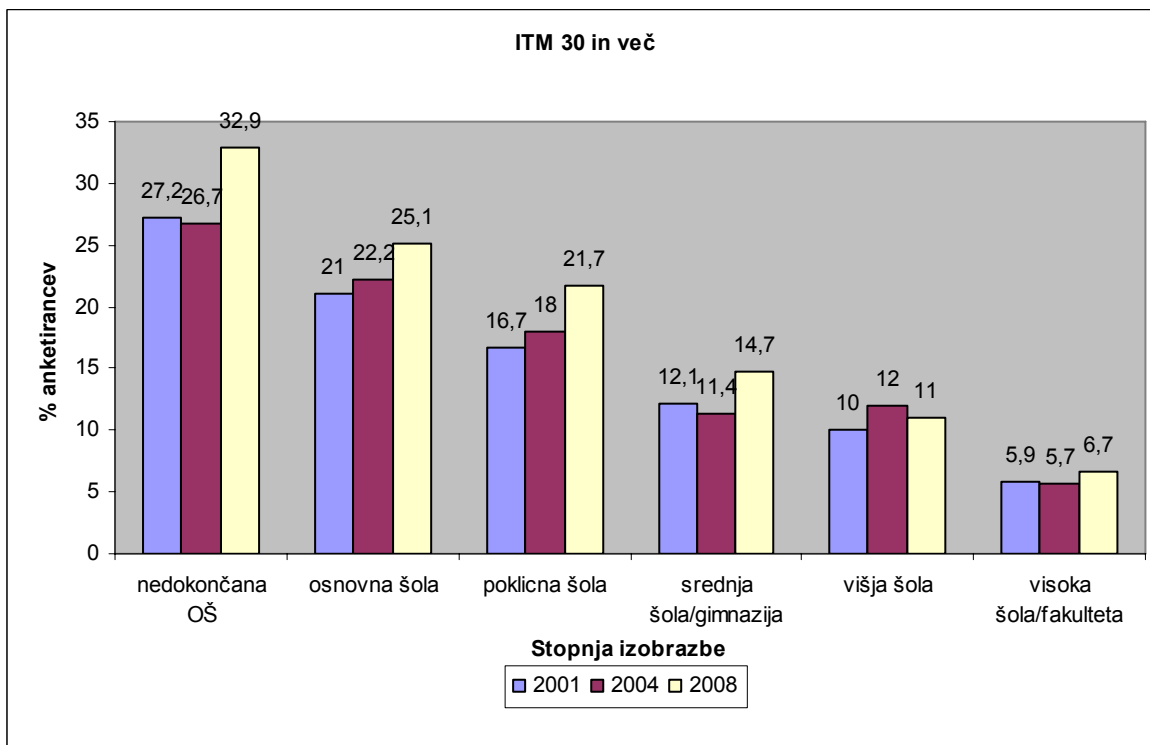
Slika 10.2: Delež debelih anketirancev znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: delež debelih je višji v starejši starostni skupini (60-64 let), narašča pa v vseh skupinah, razen pri 40-49 letnikih.



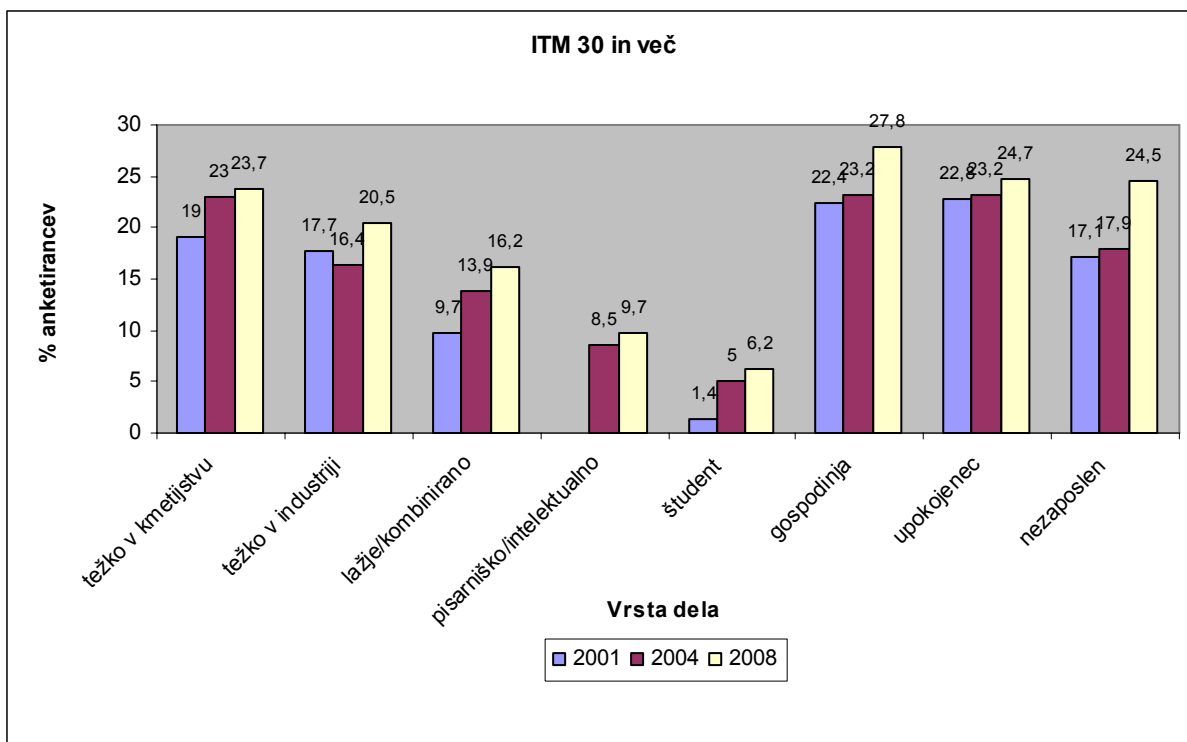
Slika 10.3: Delež debelih anketirancev znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: delež debelih je višji pri anketirancih z nedokončano OŠ, narašča pa v vseh skupinah.



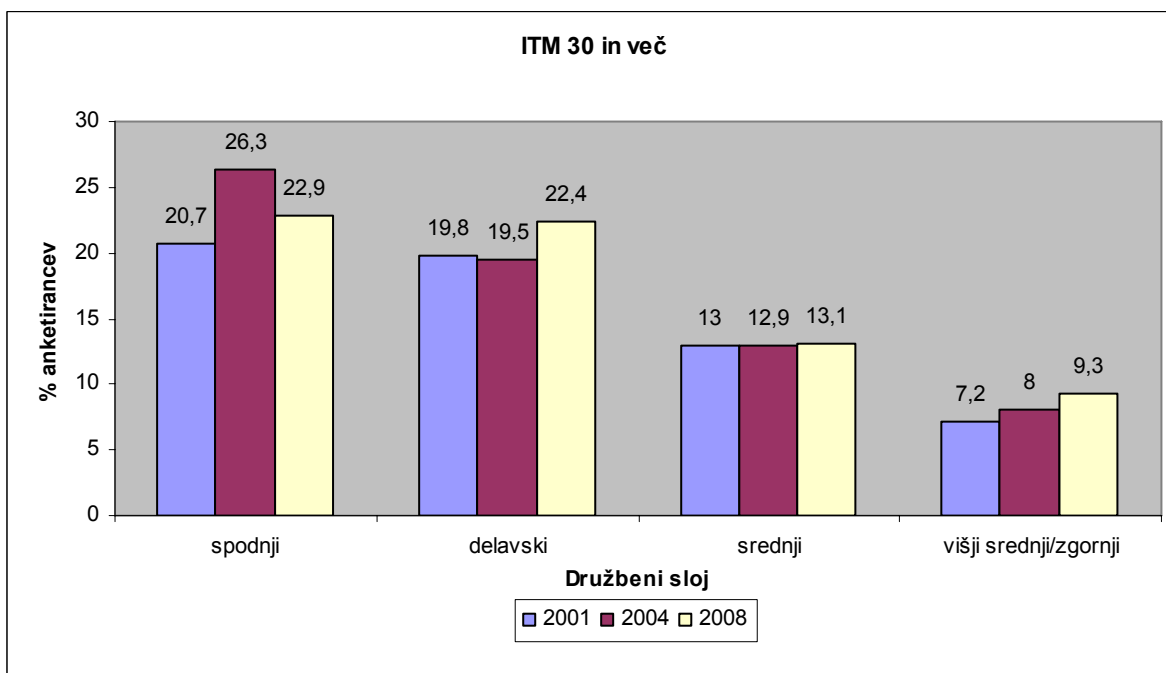
Slika 10.4: Delež debelih anketirancev znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: delež debelih je višji pri gospodinjah, narašča pa v vseh skupinah.



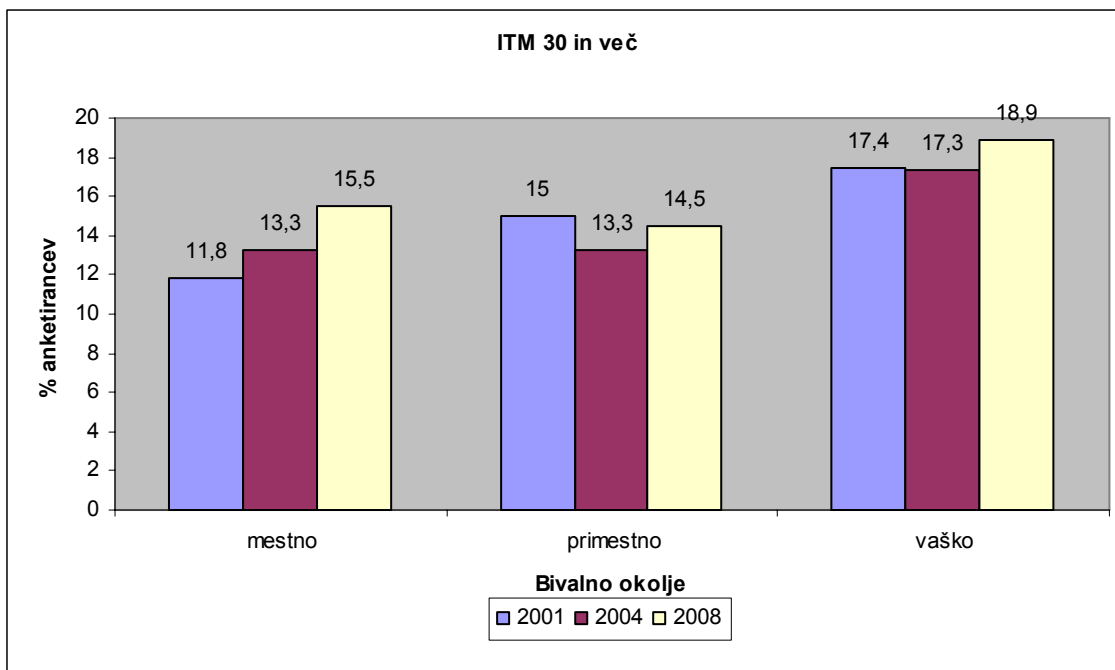
Slika 10.5: Delež debelih anketirancev znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: delež debelih je višji pri pripadnikih nižjih slojev, narašča pa v vseh skupinah.



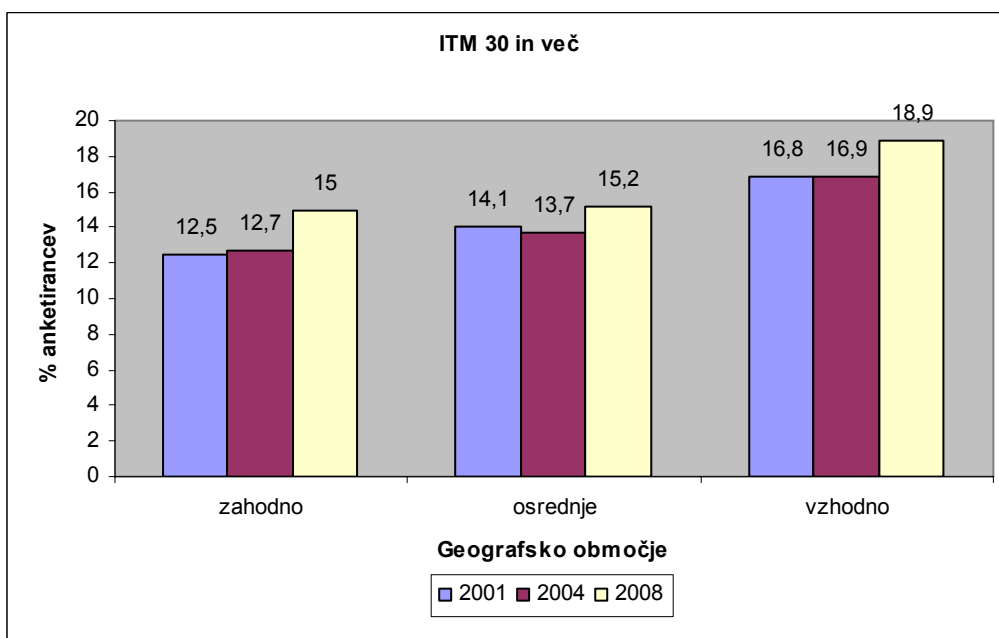
Slika 10.6: Delež debelih anketirancev znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: delež debelih je višji v vaškem okolju, narašča pa v vseh okoljih.



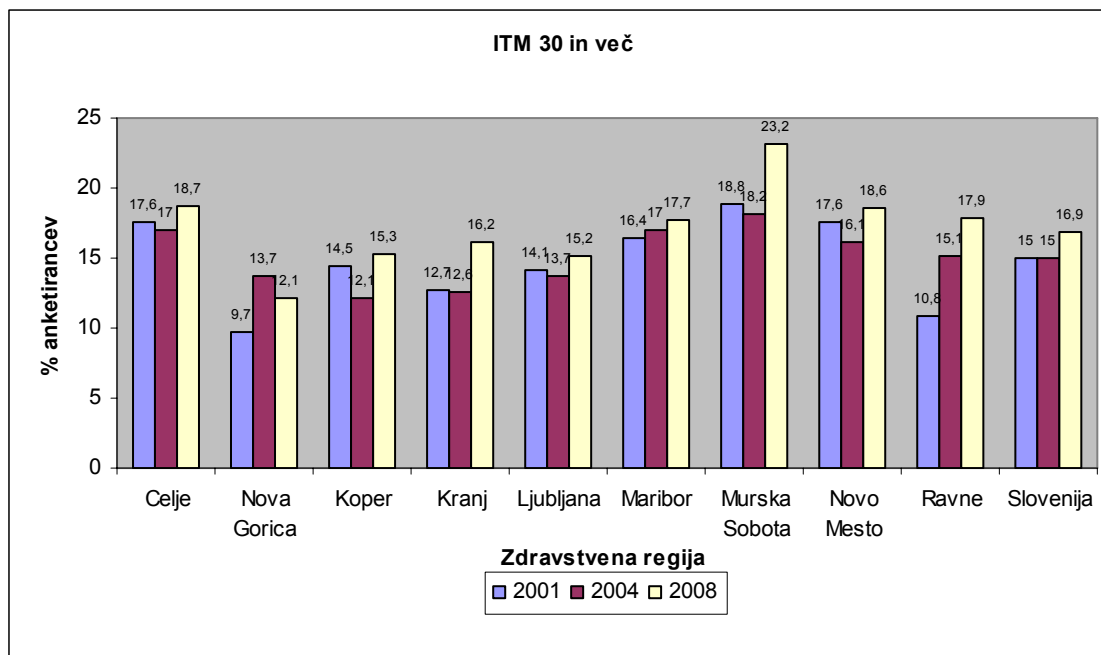
Slika 10.7.: Delež debelih anketirancev znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: delež debelih je višji v vzhodnem delu Slovenije, narašča pa v vseh območjih.

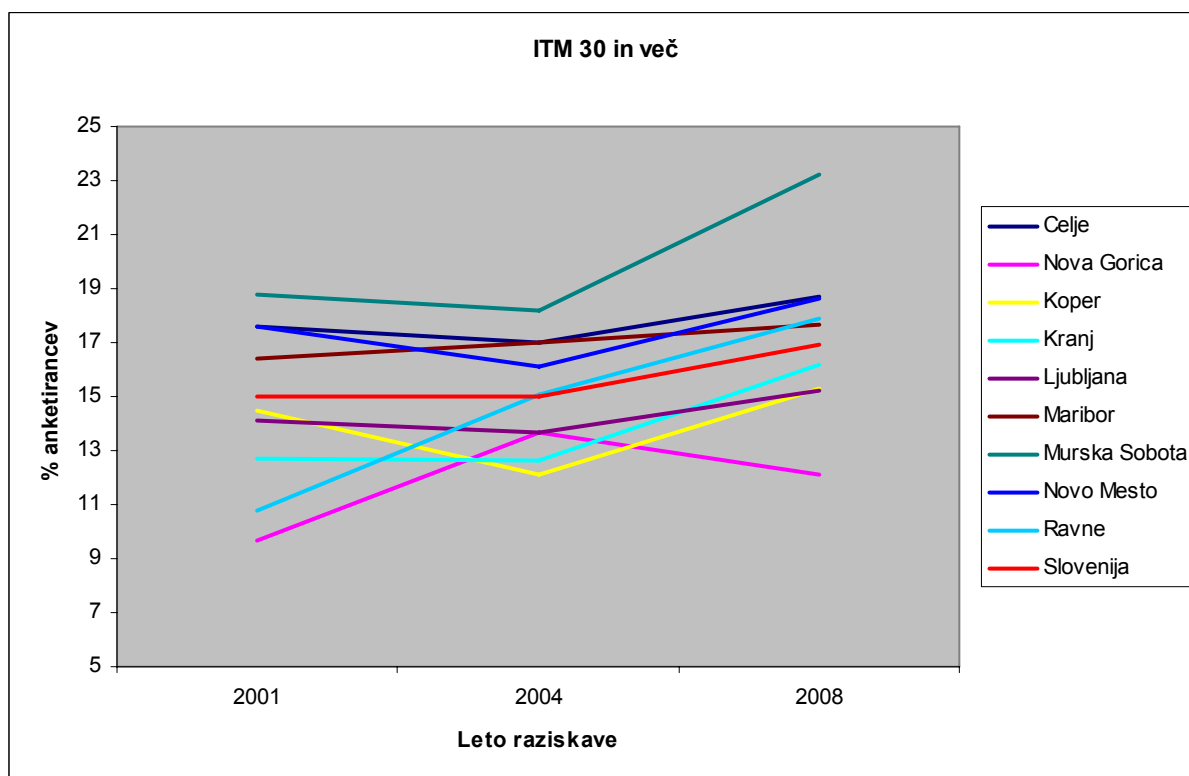


Slika 10.8: Delež debelih anketirancev znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: delež debelih je najvišji v murskosoboški regiji, narašča pa v vseh regijah, razen v goriški.



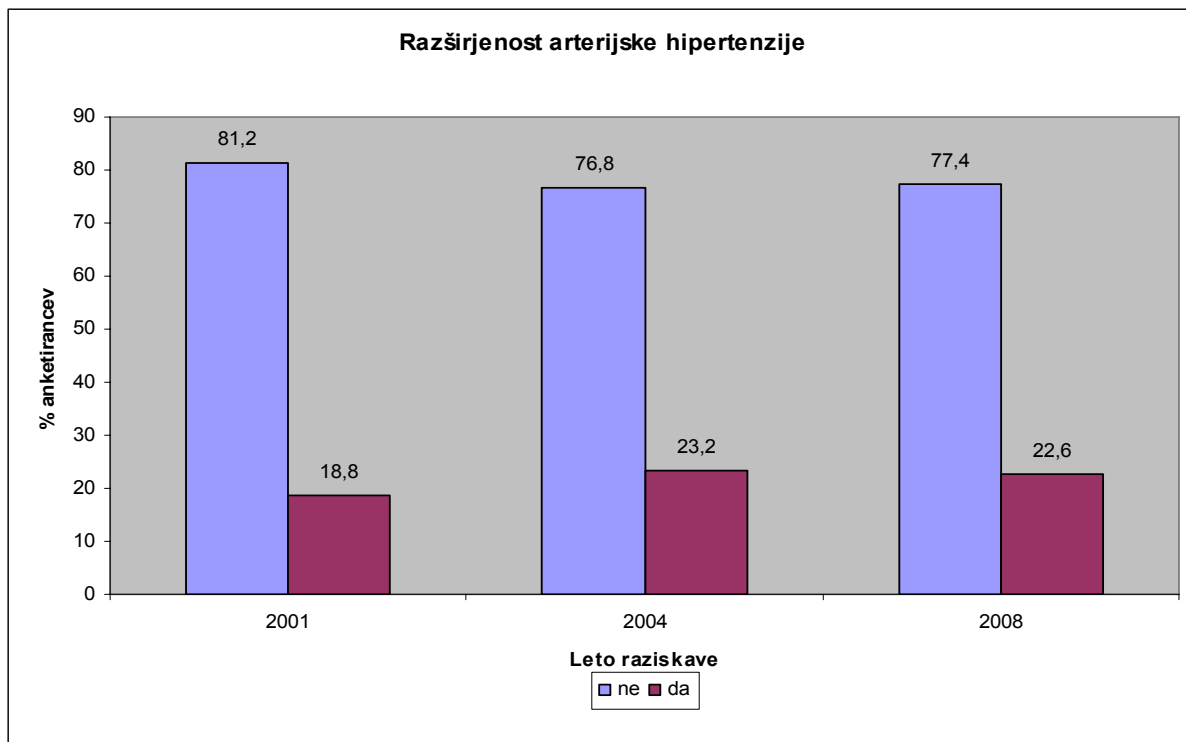
Slika 10.9: Delež debelih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 10.10: Krivulja- delež debelih anketirancev znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

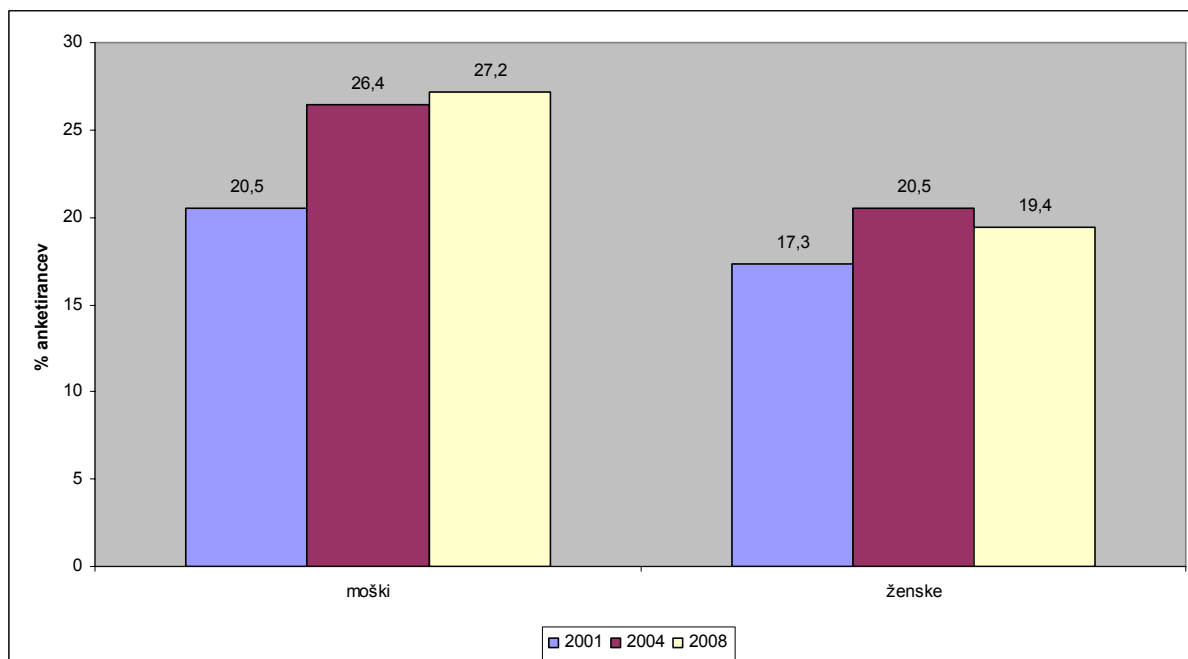
Arterijska hipertenzija (AH)

Prevalenca AH se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povečala (s 18,8% na 23,2%), nato pa znižala na 22,6%.



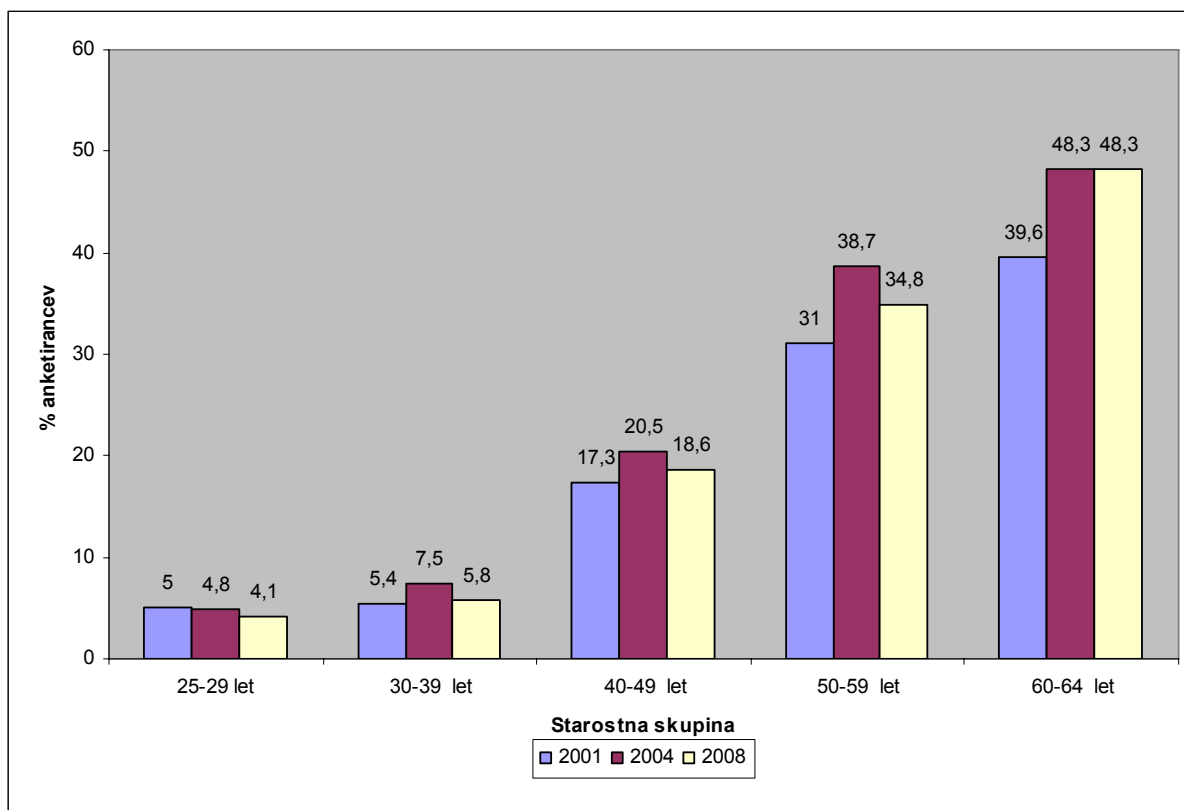
Slika 11.1: Delež anketirancev z AH glede na leto raziskave.

Spol: Prevalenca AH je višja pri moških kot pri ženskah, vendar se pri moških stalno zvišuje, pri ženskah pa je po letu 2004 nekoliko padla.



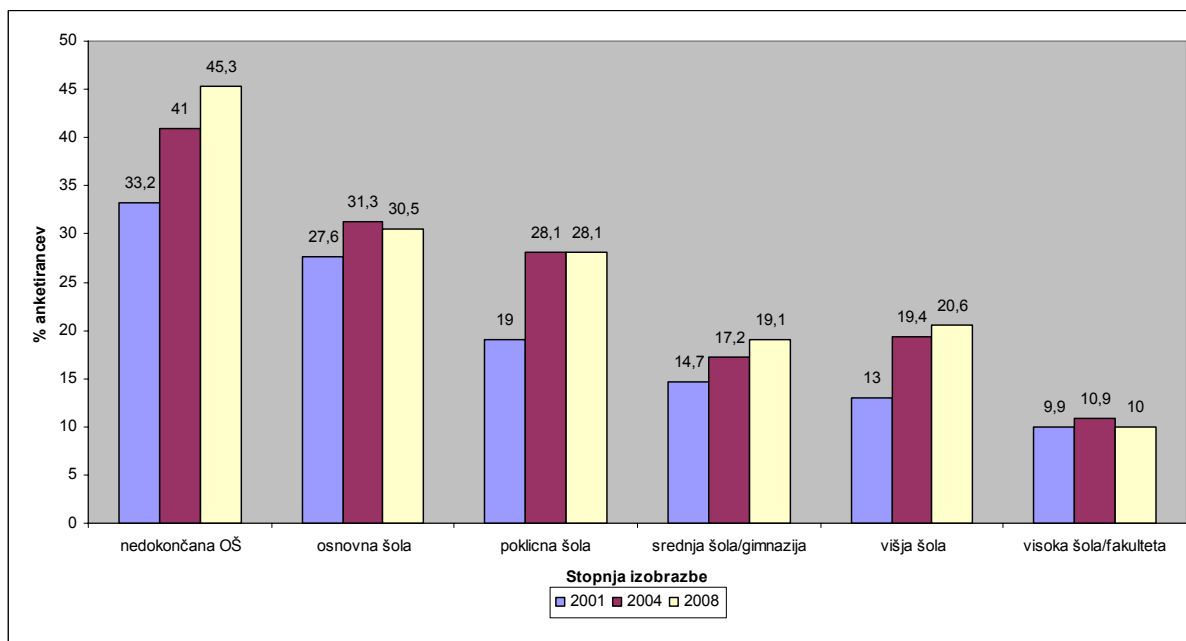
Slika 11.2: Delež anketirancev z AH znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: Prevalenca AH je najvišja v starostni skupini 60-64 let, kjer je tudi enaka kot leta 2004. V ostalih starostnih skupinah je po letu 2004 nekoliko padla.



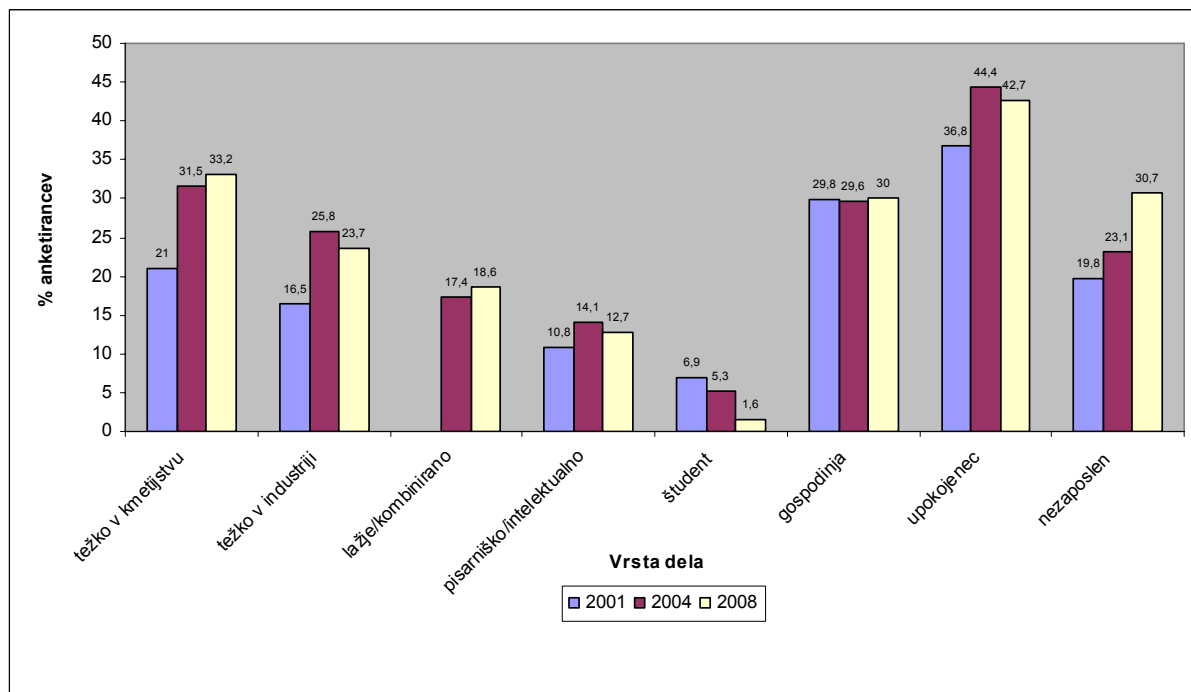
Slika 11.3: Delež anketirancev z AH znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca AH je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ in visoko ali višjo šolo, pri ostalih pa je porasla ali ostala ista.



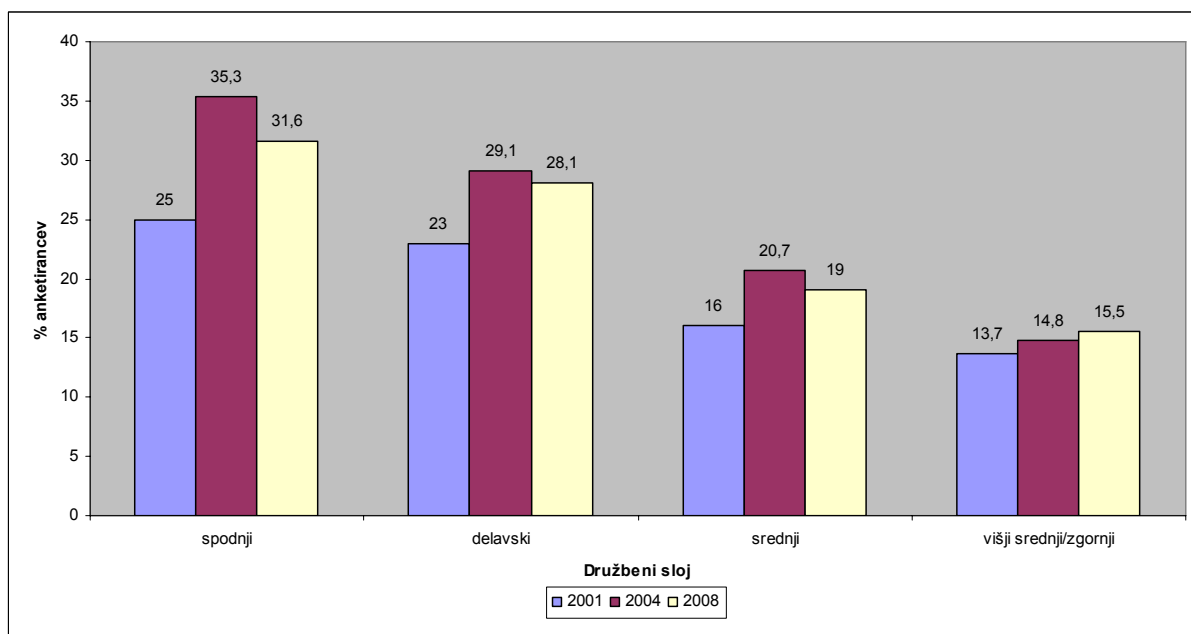
Slika 11.4: Delež anketirancev z AH znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: Prevalenca AH je najvišja pri upokojencih, potem pa pri težkih delavcih v kmetijstvu. Prevalenca je po letu 2004 padla pri delavcih v industriji, pisarniških/intelektualnih delavcih, študentih in upokojencih, pri ostalih pa je porasla.



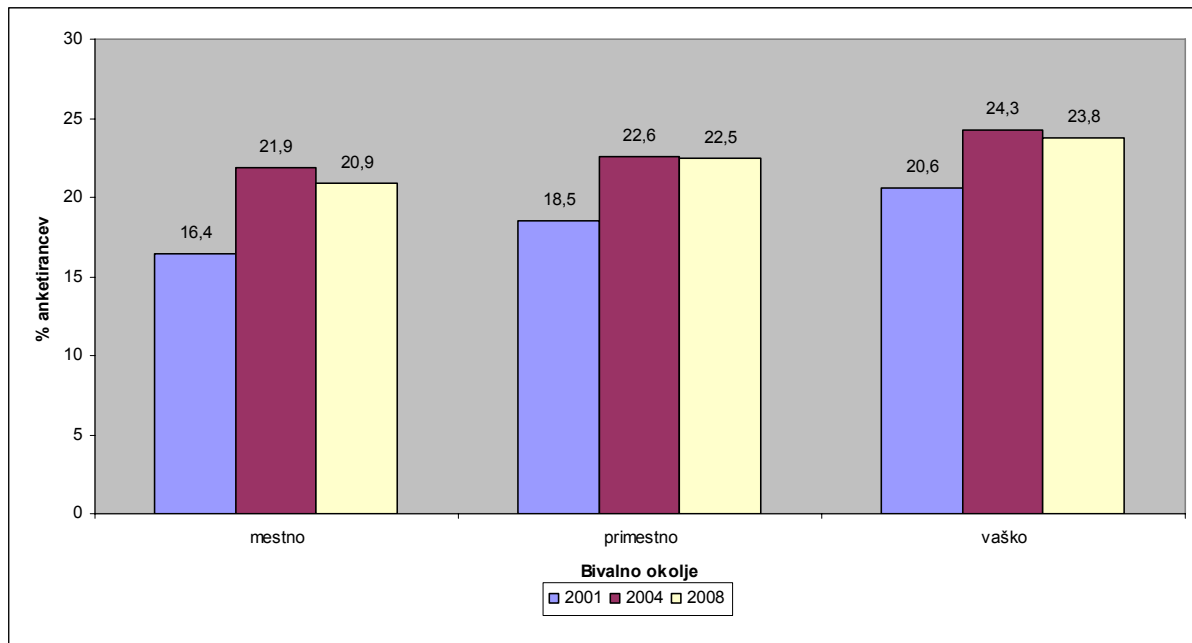
Slika 11.5: Delež anketirancev z AH znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: Prevalenca AH je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v zgornjem sloju.



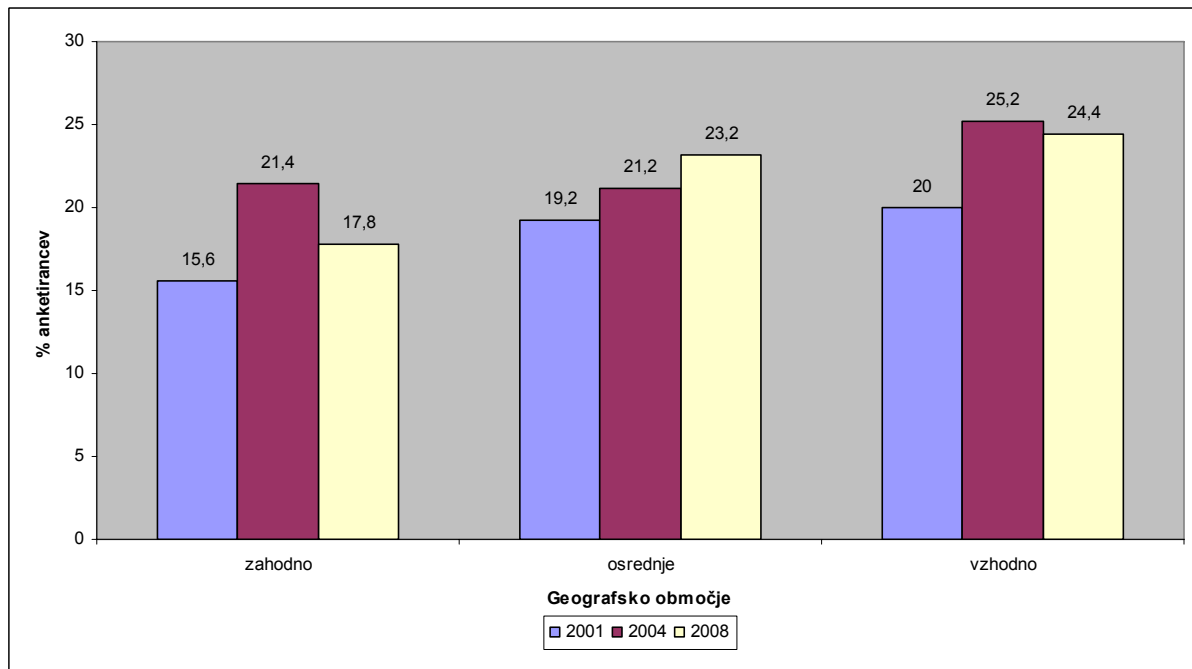
Slika 11.6: Delež anketirancev z AH znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: Prevalenca AH je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.



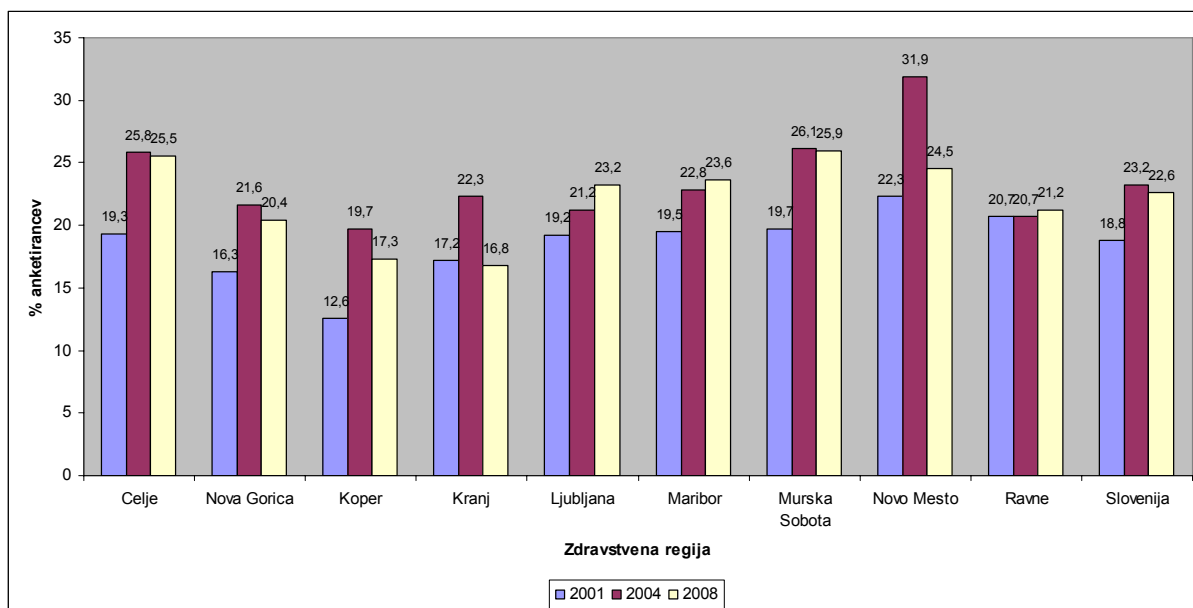
Slika 11.7.: Delež anketirancev z AH znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: Prevalenca AH je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v zahodnem in vzhodnem delu Slovenije, porasla pa je v osrednjem delu Slovenije.

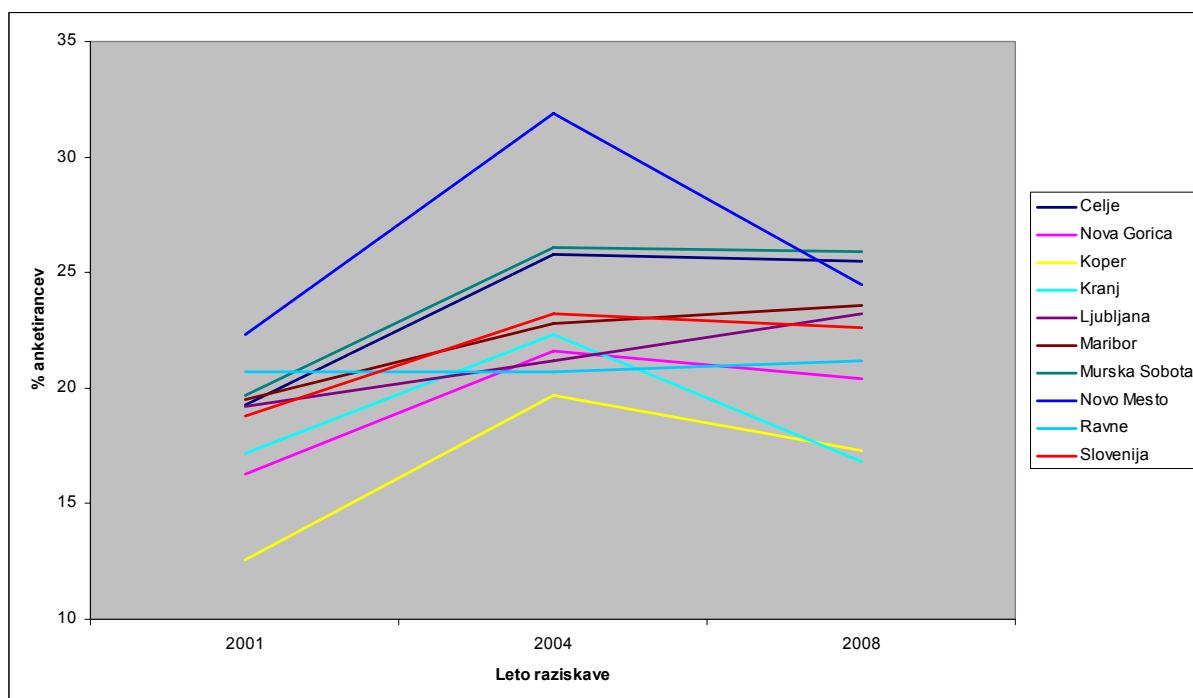


Slika 11.8: Delež anketirancev z AH znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: Prevalenca AH je najvišja v murskosoboški regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah, razen v ljubljanski, mariborski in ravenski regiji.



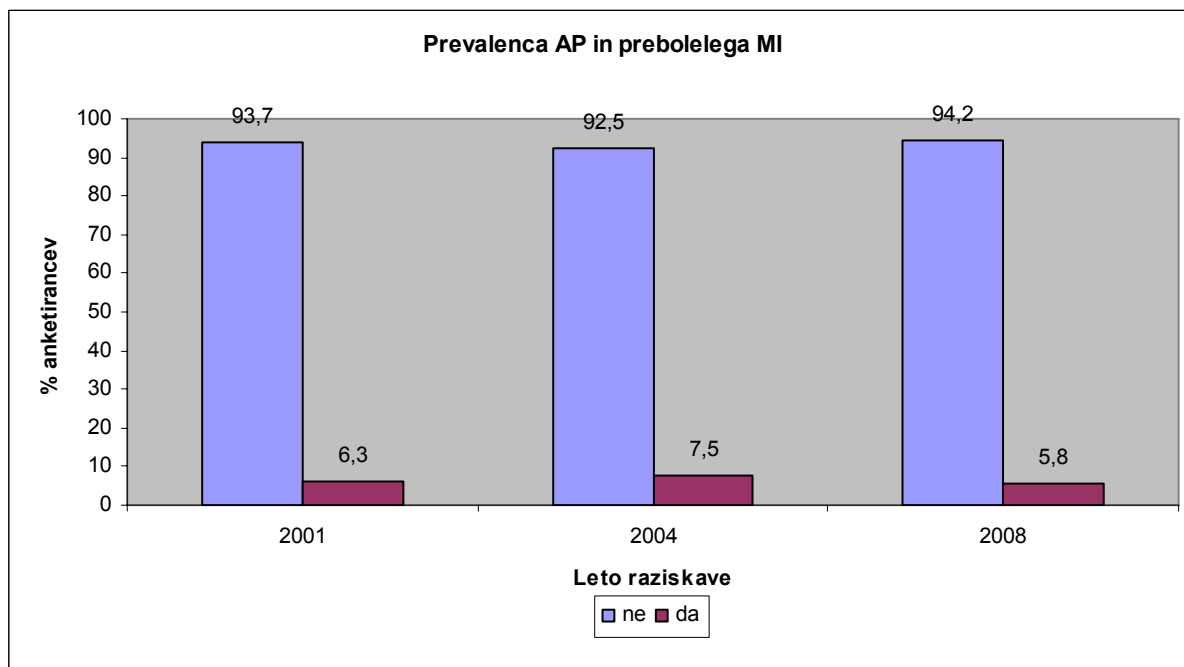
Slika 11.9: Delež anketirancev z AH znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 11. 10: Krivulja- delež anketirancev z AH znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

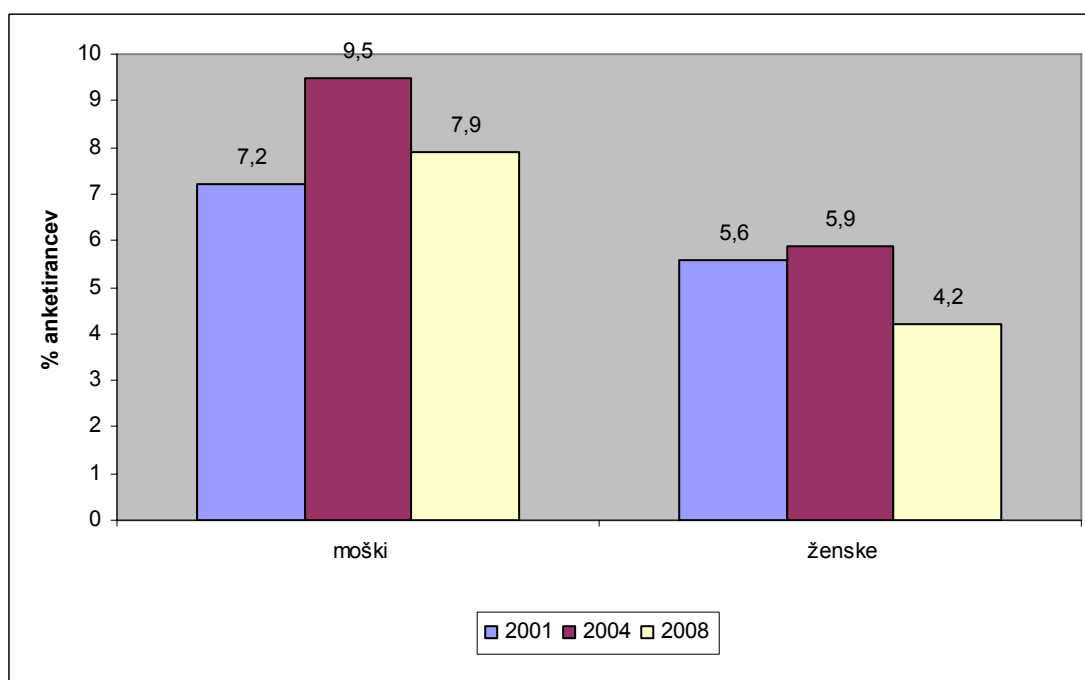
Prebolel srčni infarkt in/ali angina pectoris (AMI/AP)

Prevalenca AMI/AP se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povečala (s 6,3% na 7,5%), nato pa znižala na 5,8%.



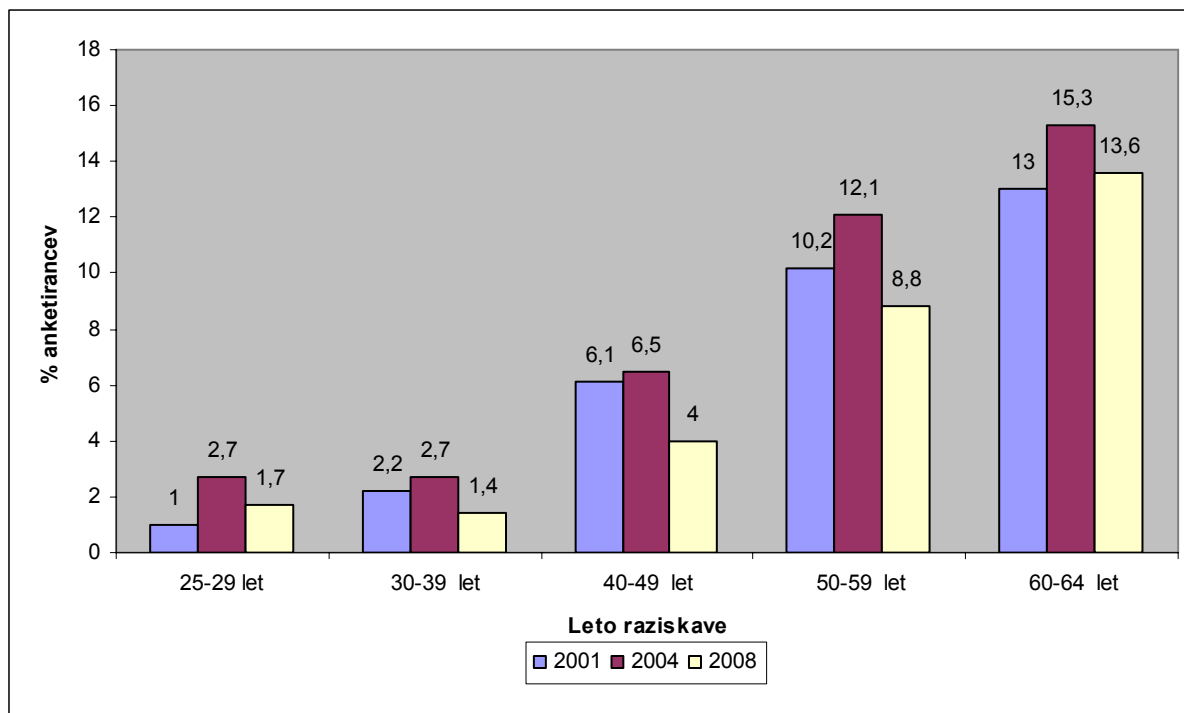
Slika 12.1: Delež anketirancev z AMI/AP glede na leto raziskave.

Spol: Prevalenca AMI/AP je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.



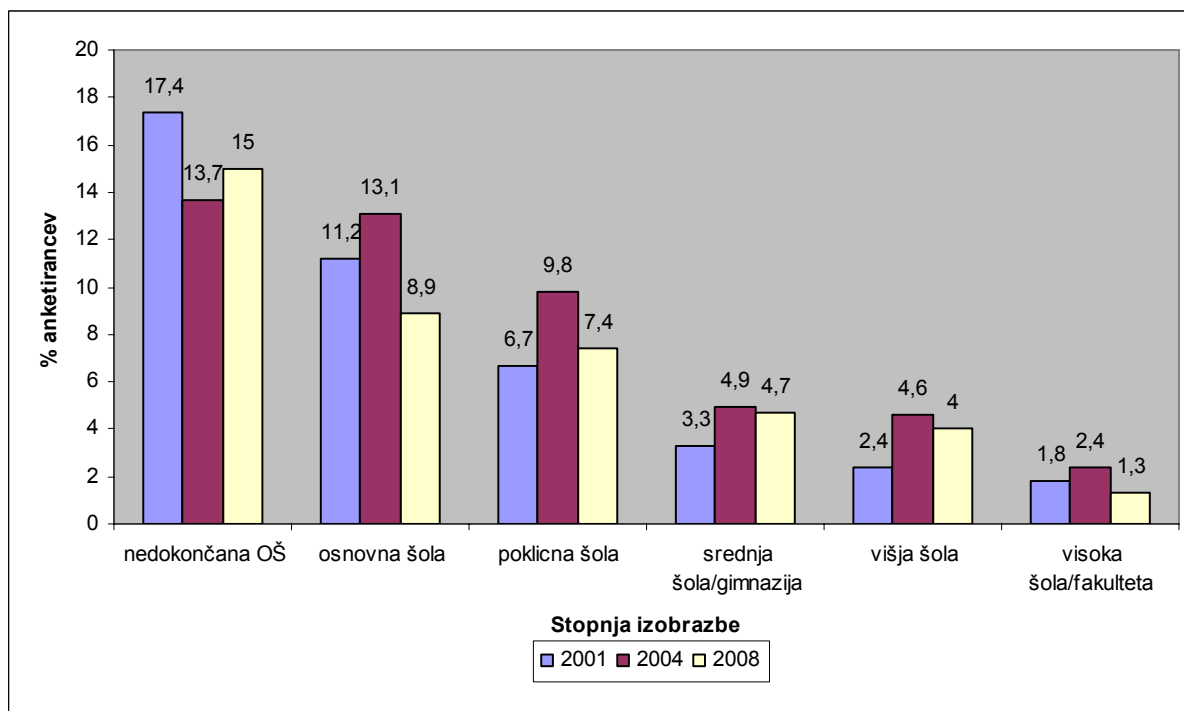
Slika 12.2: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: Prevalenca AMI/AP je najvišja v starostni skupini 60-64 let. V vseh starostnih skupinah je po letu 2004 upadla.



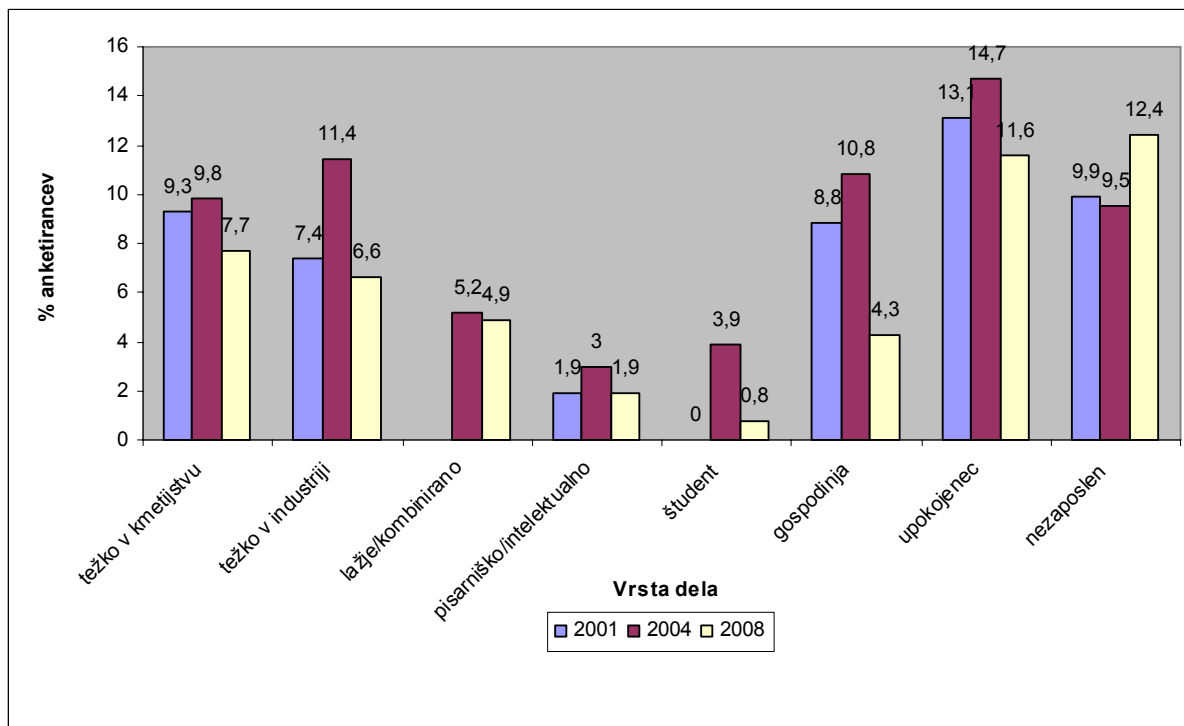
Slika 12.3: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca AMI/AP je najvišja v skupini z nedokončano OŠ, kjer je sicer nižja kot leta 2001. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ, končano poklicno in srednjo šolo ter višjo in visoko šolo.



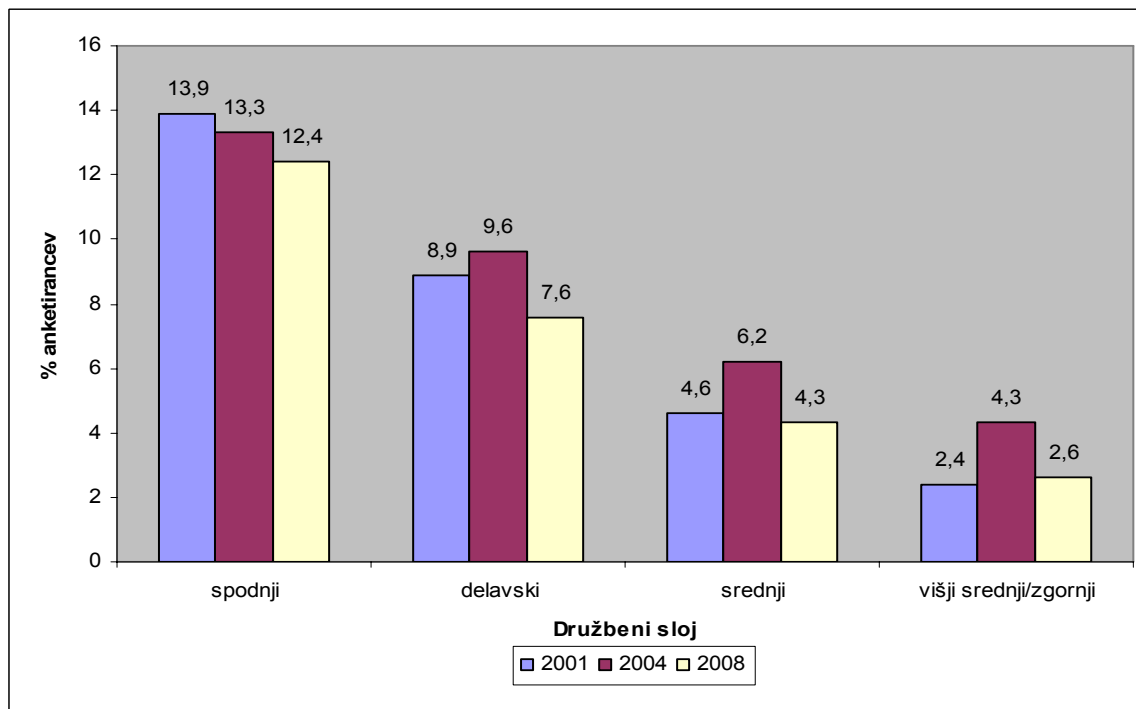
Slika 12.4: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: Prevalenca AMI/AP je najvišja pri upokojenih in nezaposlenih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri nezaposlenih.



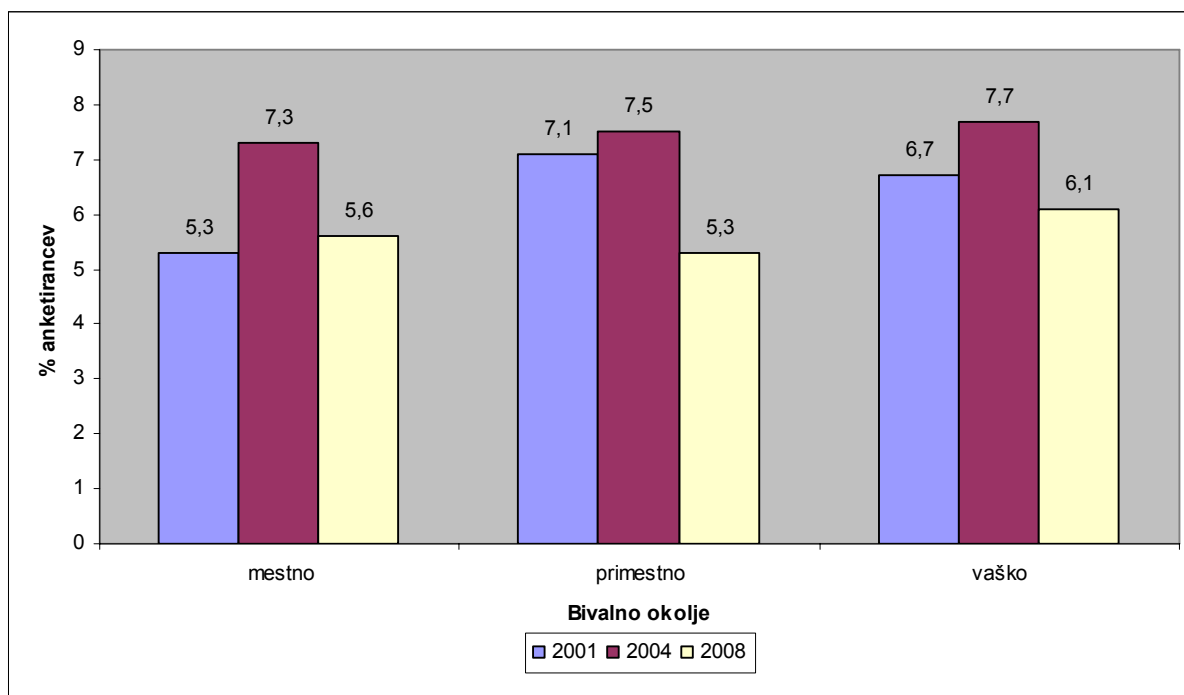
Slika 12.5: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: Prevalenca AMI/AP je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah.



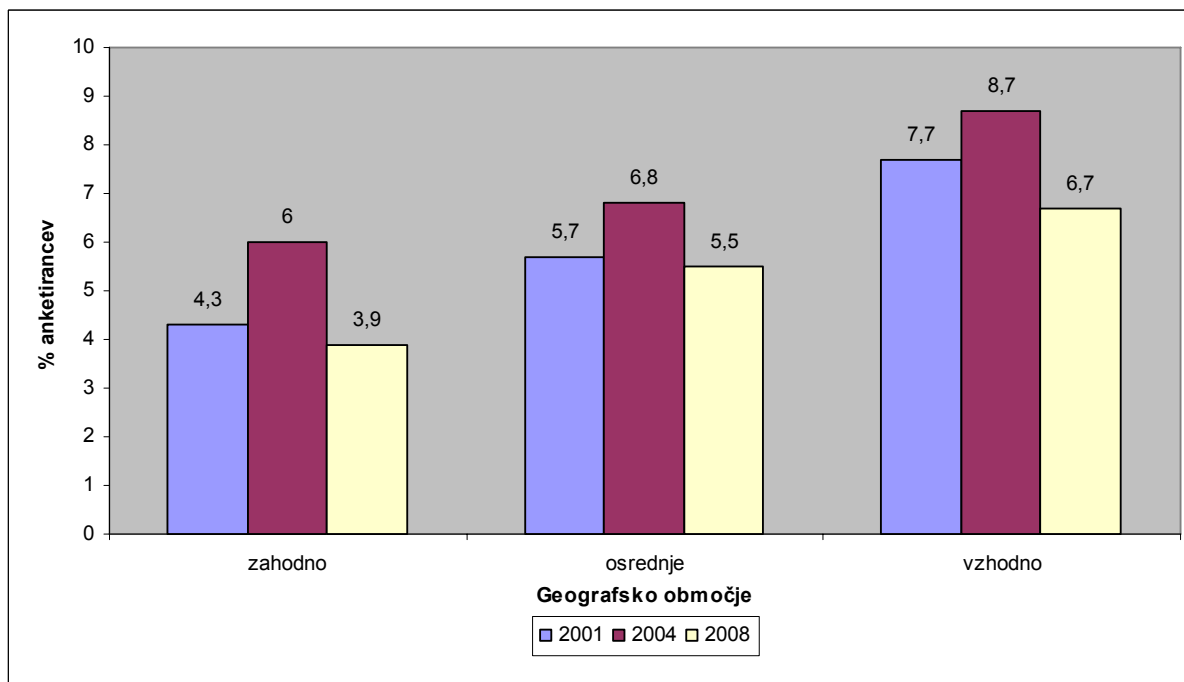
Slika 12.6: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: Prevalenca AMI/AP je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.



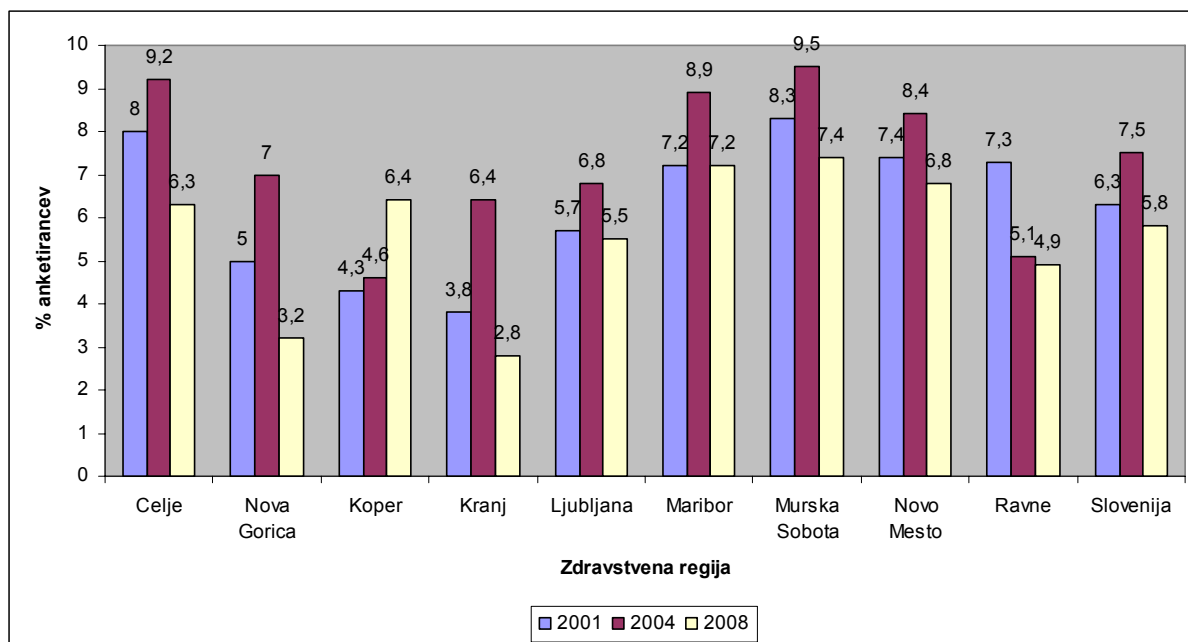
Slika 12.7.: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: Prevalenca AMI/AP je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v vseh območjih.

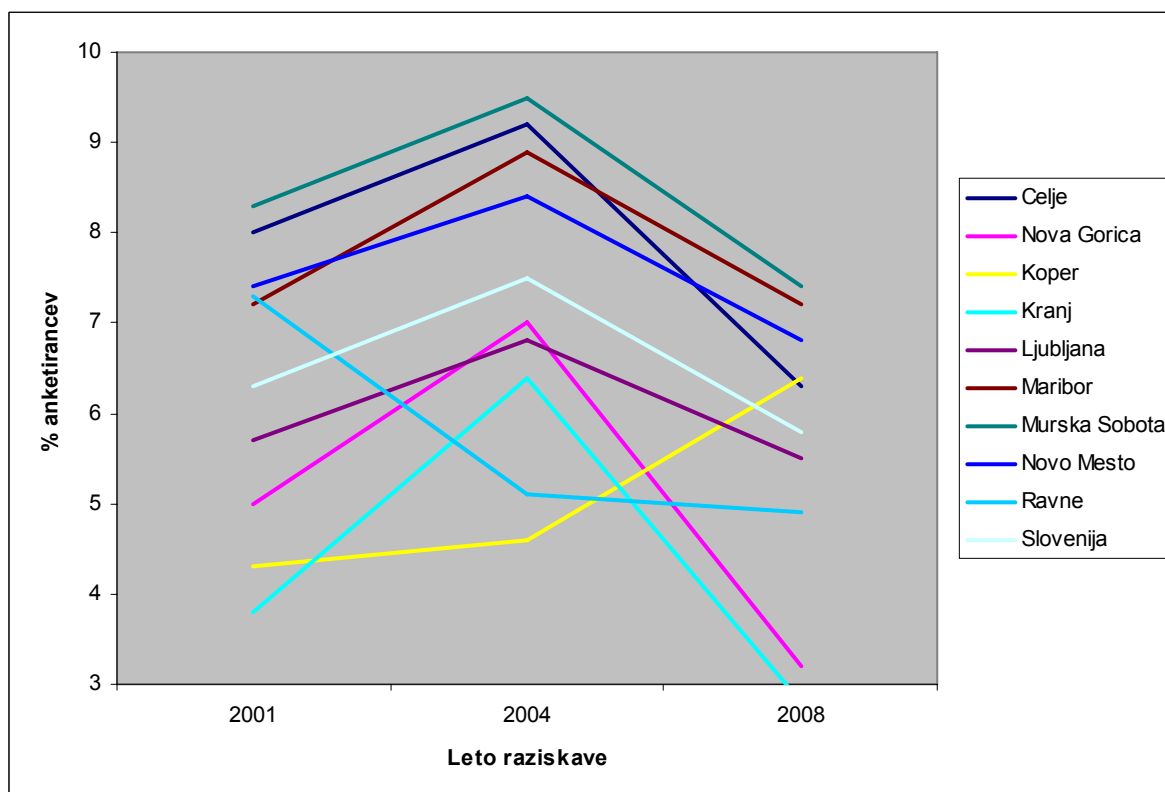


Slika 12.8: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: Prevalenca AMI/AP je najvišja v murskosoboški regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah.



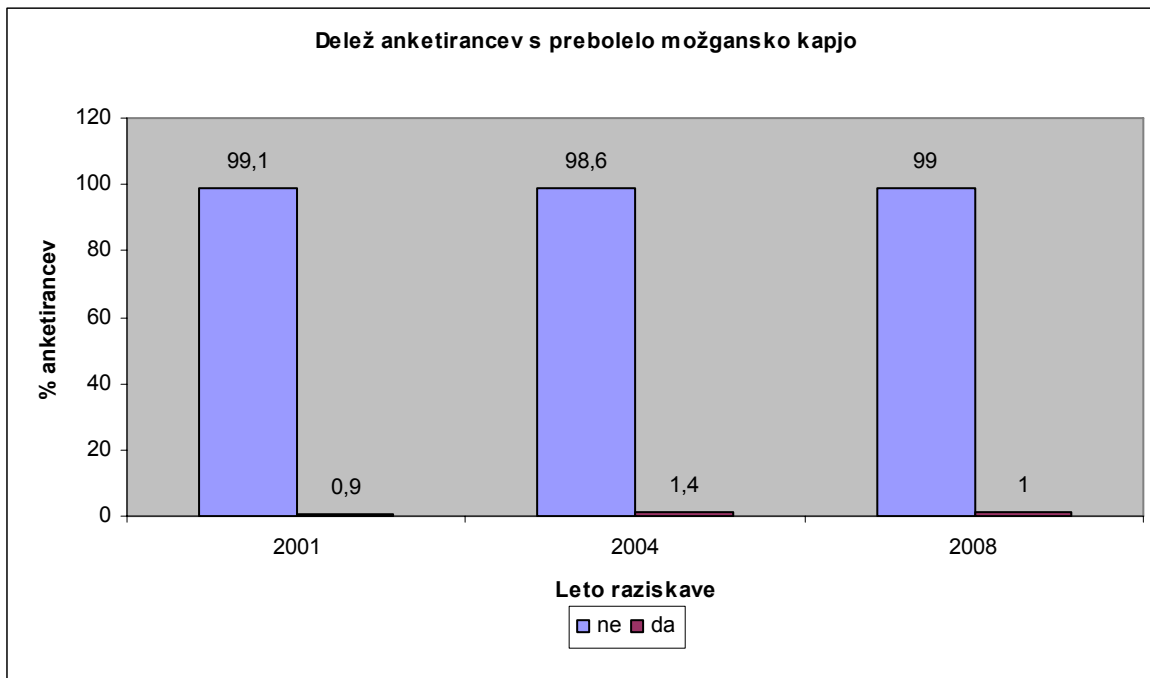
Slika 12.9: Delež anketirancev z AMI/AP znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 12.10: Krivulja- delež anketirancev z AMI/AP znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

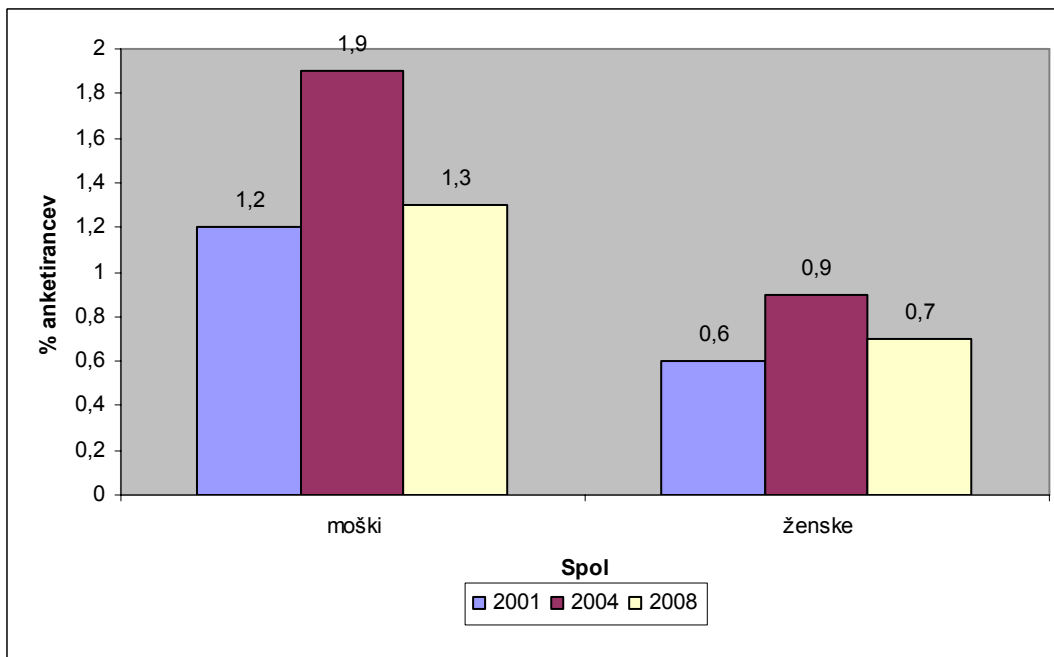
Prebolela možganska kap

Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povečala (s 0,9% na 1,4%), nato pa znižala na 1%.



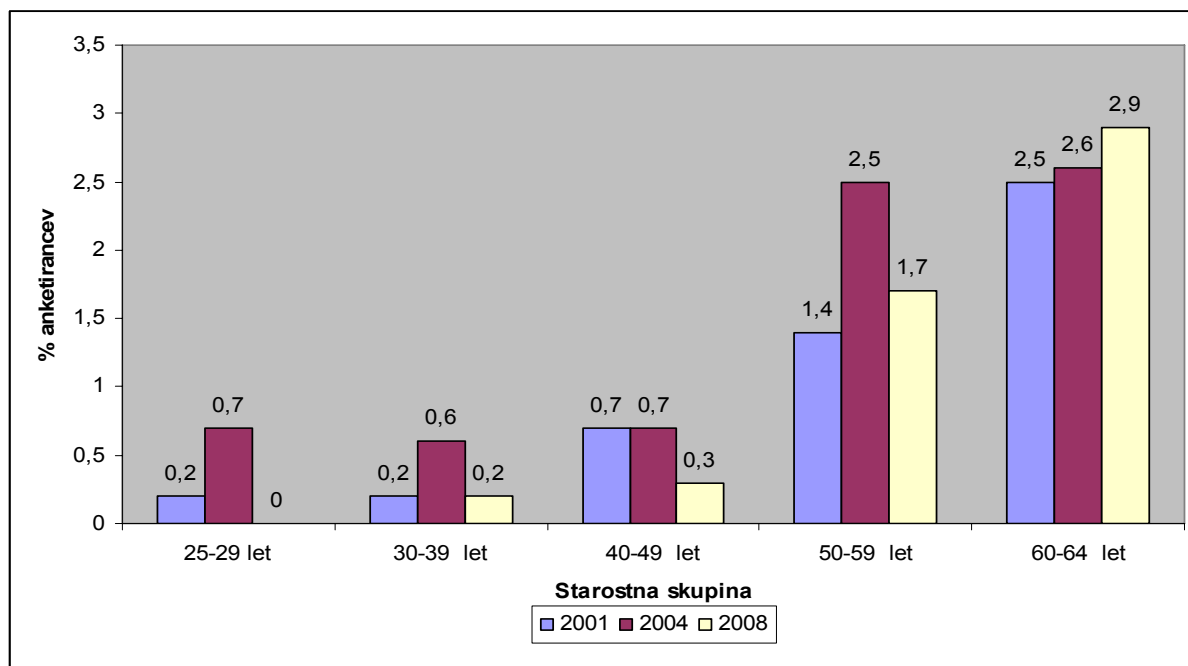
Slika 13.1: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo glede na leto raziskave.

Spol: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.



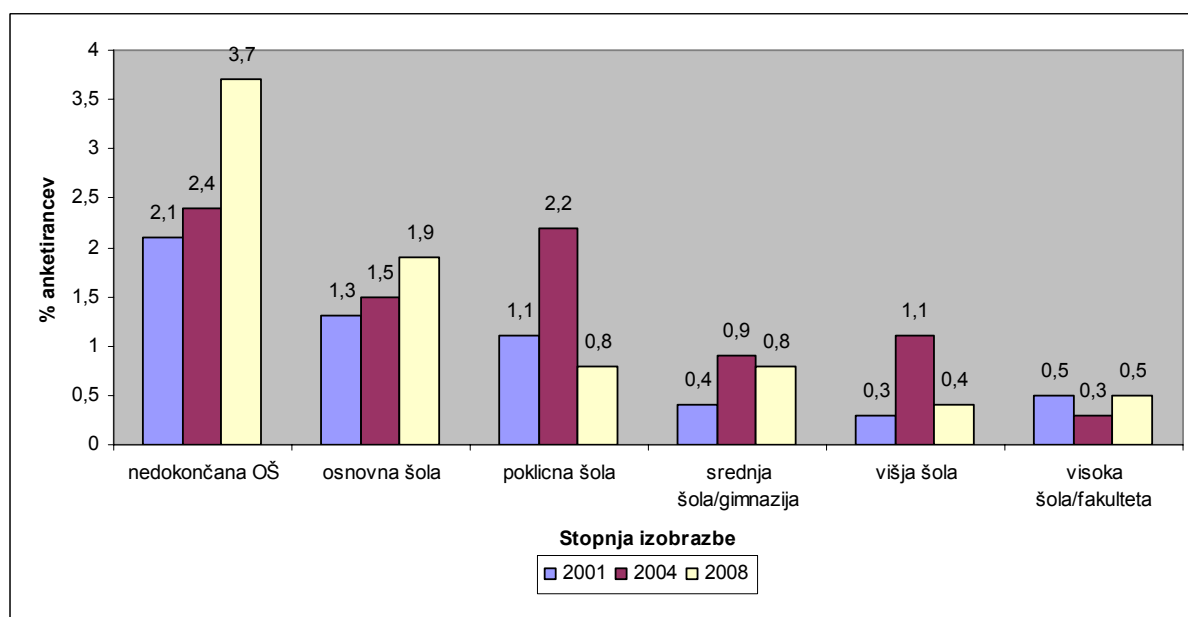
Slika 13.2: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v starostni skupini 60-64 let, kjer tudi stalno naraščala. V ostalih starostnih skupinah je po letu 2004 upadla.



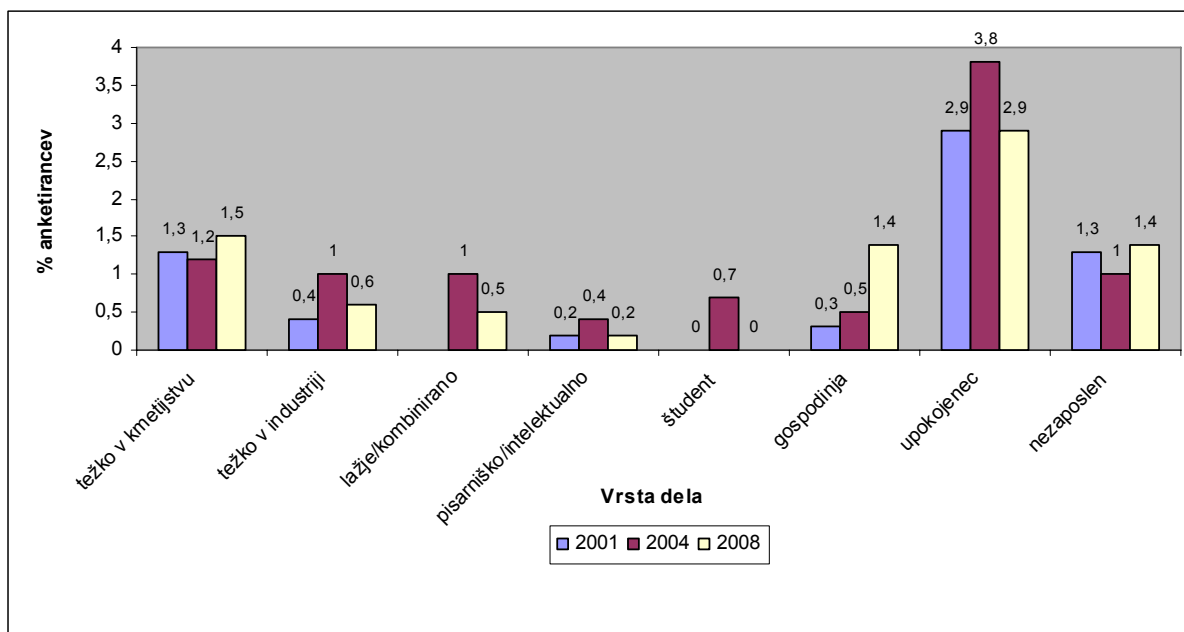
Slika 13.3: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano poklicno šolo in srednjo šolo ter višjo šolo, porasla pa v skupinah z nedokončano OŠ, končano OŠ in končano visoko šolo.



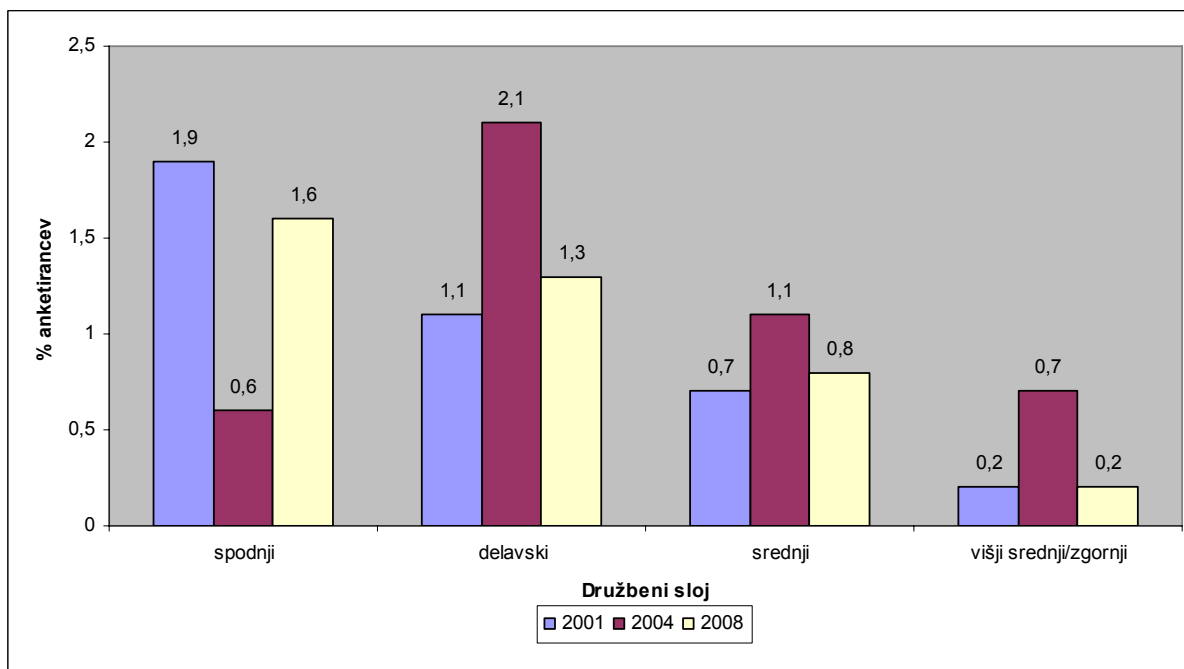
Slika 13.4: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja pri upokojenih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri težkih delavcih v kmetijstvu, gospodinjah in nezaposlenih.



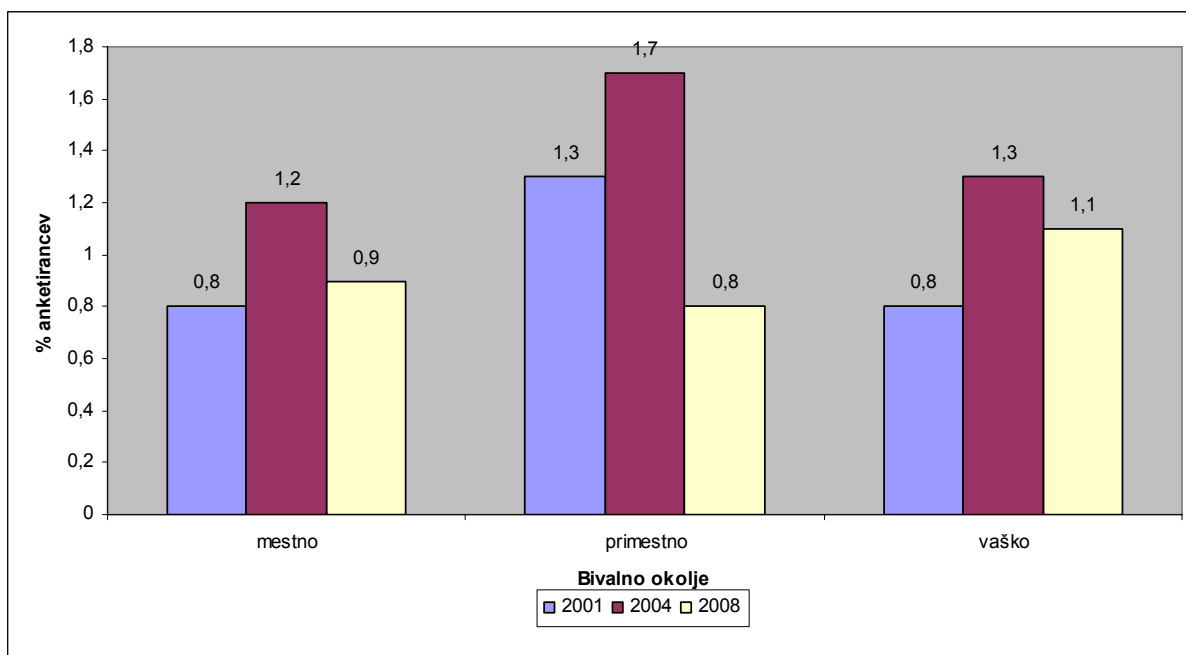
Slika 13.5: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v spodnjem sloju.



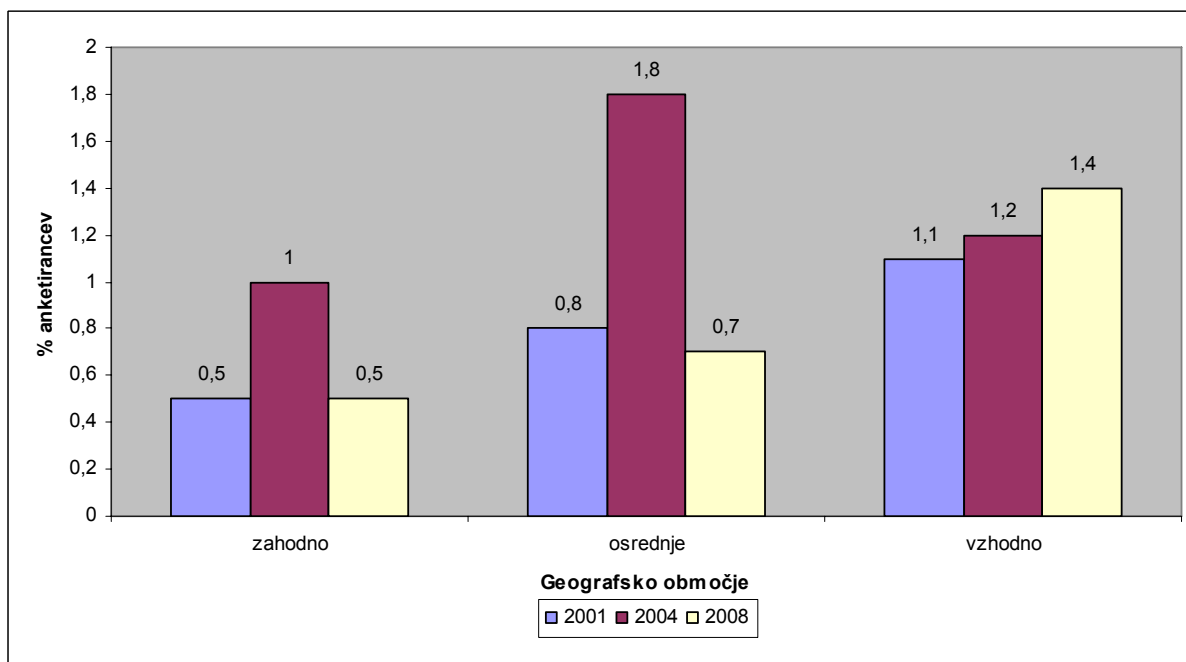
Slika 13.6: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v vaškem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.



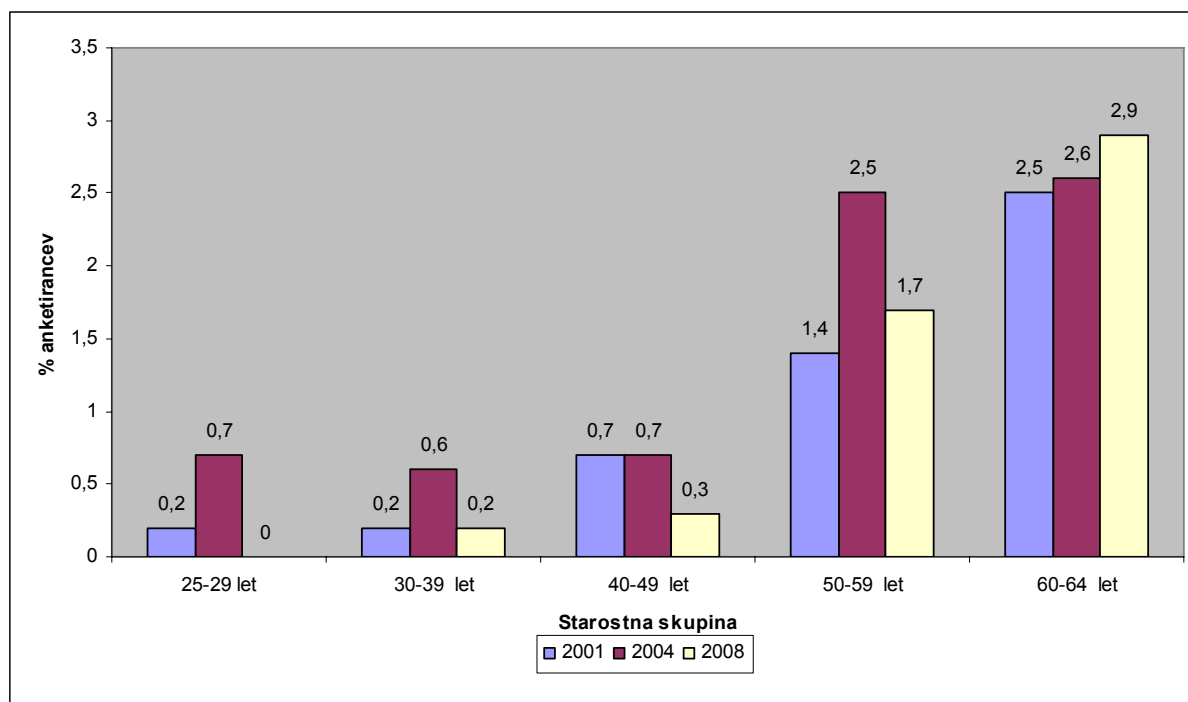
Slika 13.7.: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v vzhodnem delu Slovenije, kjer je tudi stalno naraščala. Po letu 2004 je upadla v ostalih dveh območjih.

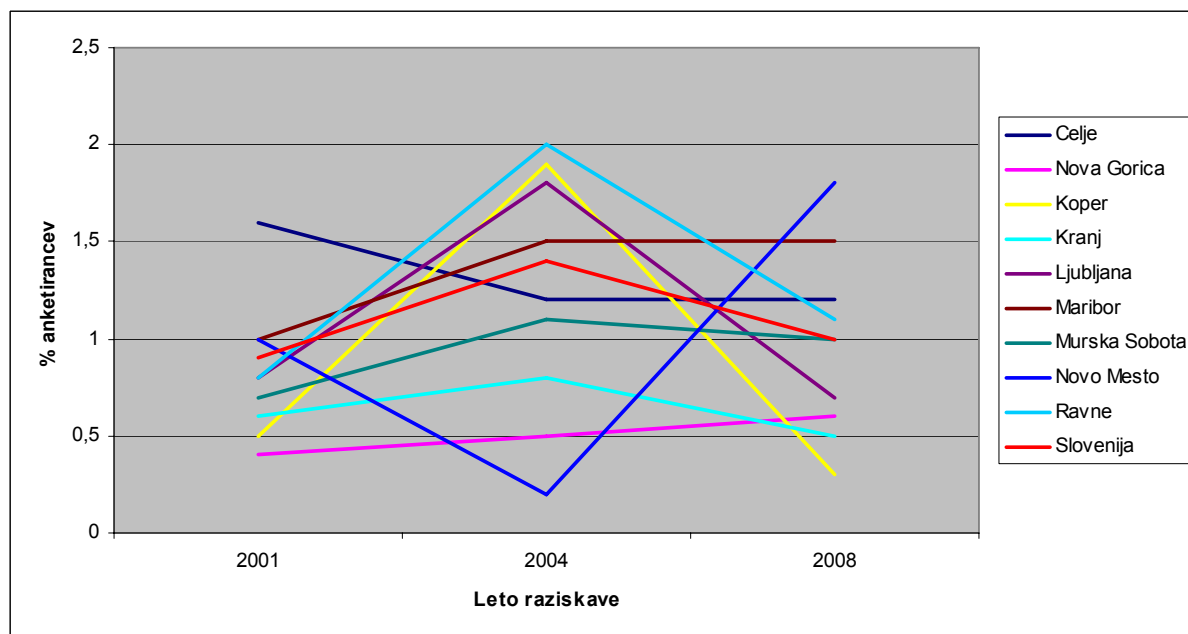


Slika 13.8: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo je najvišja v novomeški regiji.



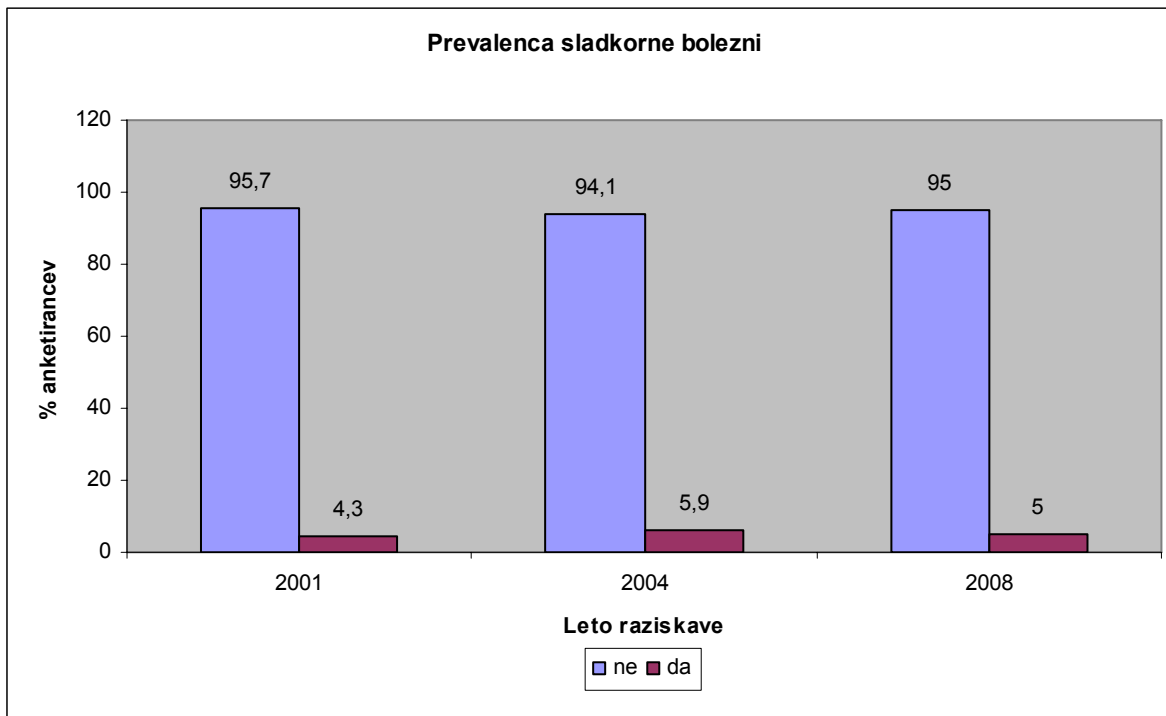
Slika 13.9: Delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 13.10: Krivulja- delež anketirancev s prebolelo možgansko kapjo znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

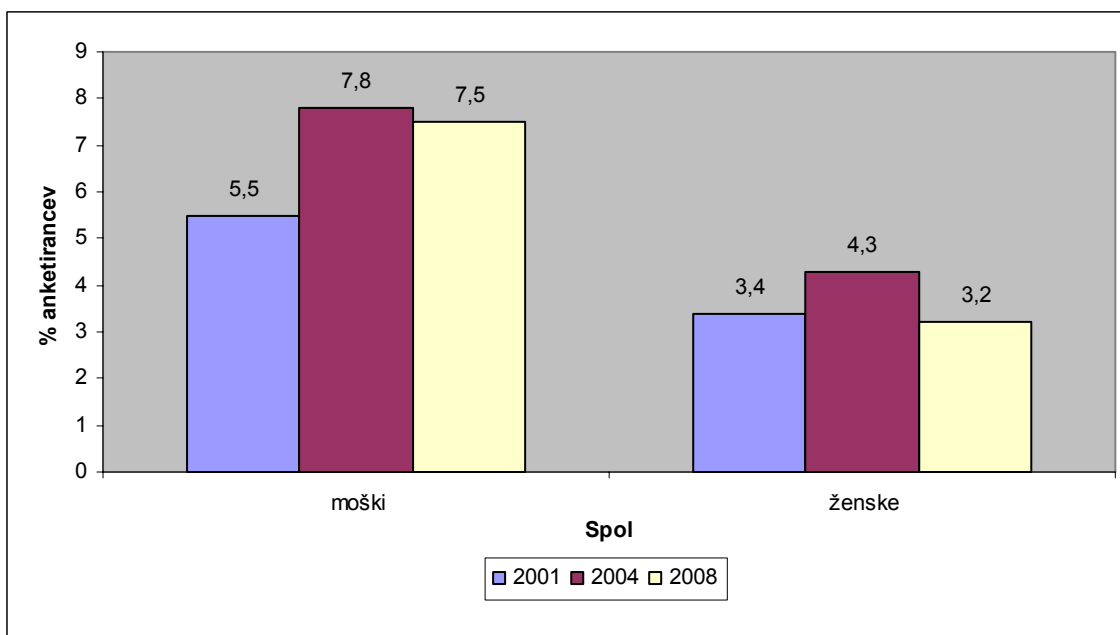
Sladkorna bolezen

Prevalenca sladkorne bolezni se je od leta 2001 do leta 2004 najprej povišala (s 4,3% na 5,9%), nato pa znižala na 5%.



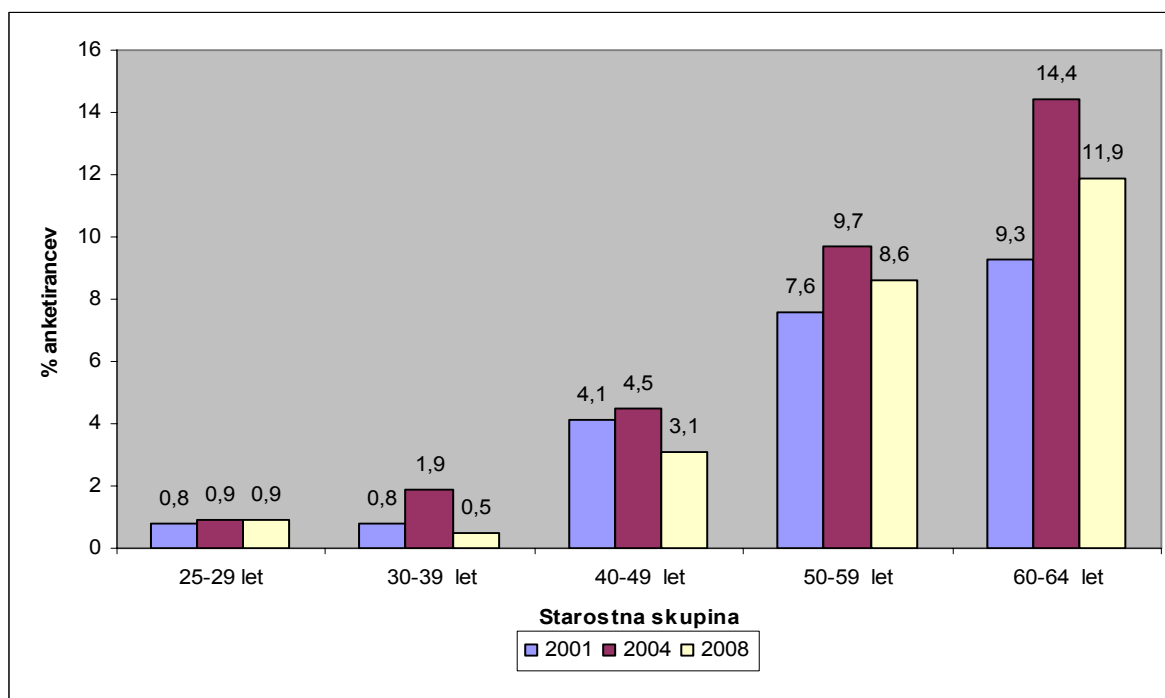
Slika 14.1: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo glede na leto raziskave.

Spol: Prevalenca sladkorne bolezni je višja pri moških kot pri ženskah, pri obojih pa je po letu 2004 upadla.



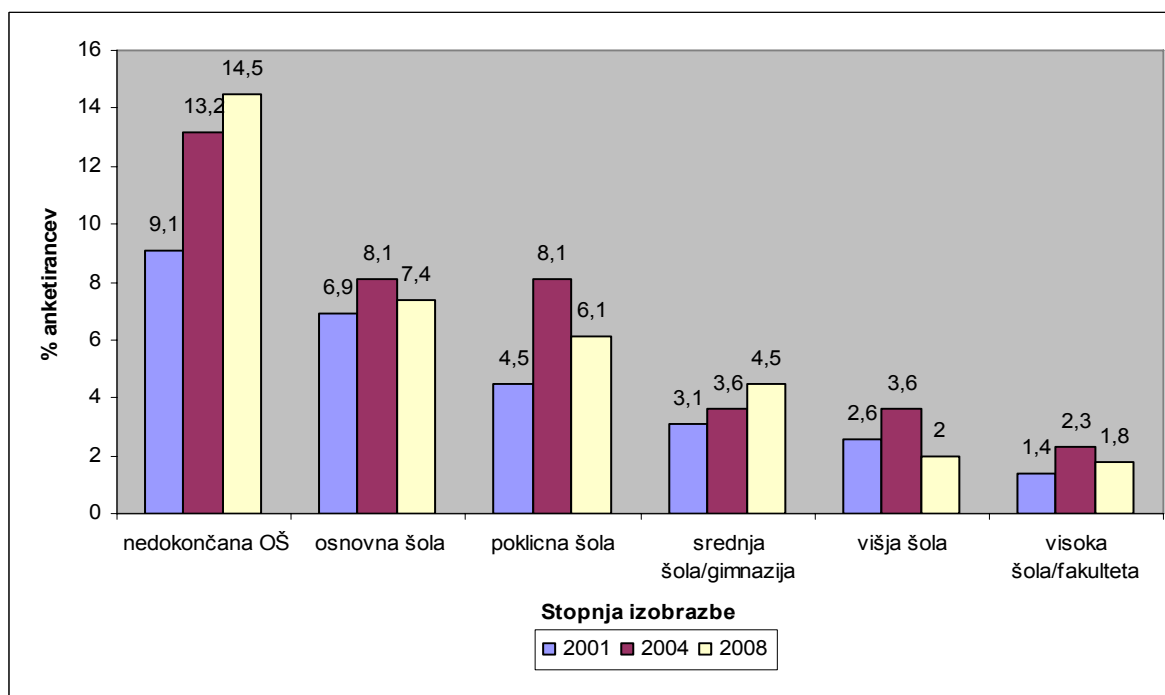
Slika 14.2: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj spolov glede na leto raziskave.

Starost: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v starostni skupini 60-64 let. V vseh starostnih skupinah je po letu 2004 upadla, razen pri 25-29letnikih, kjer je ostala enaka.



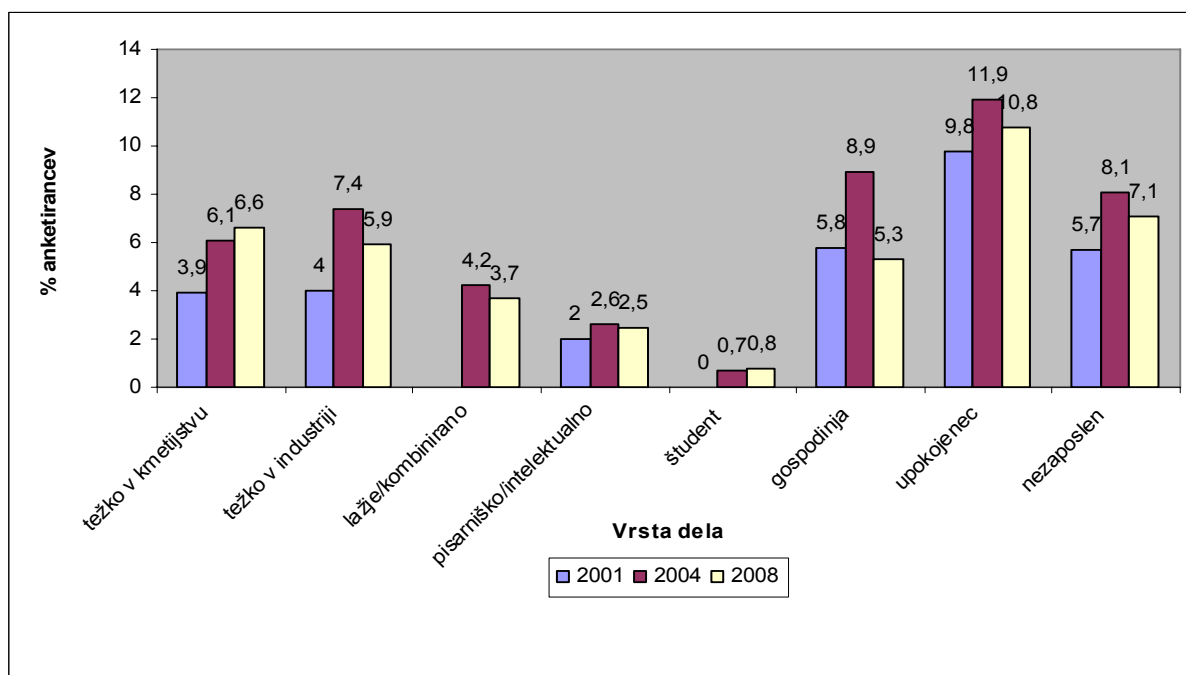
Slika 14.3: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj starostnih skupin glede na leto raziskave.

Stopnja izobrazbe: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v skupini z nedokončano OŠ. Prevalenca je po letu 2004 padla v skupinah s končano OŠ, končano poklicno šolo ter višjo in visoko šolo, porasla pa v skupinah z nedokončano OŠ in končano srednjo šolo.



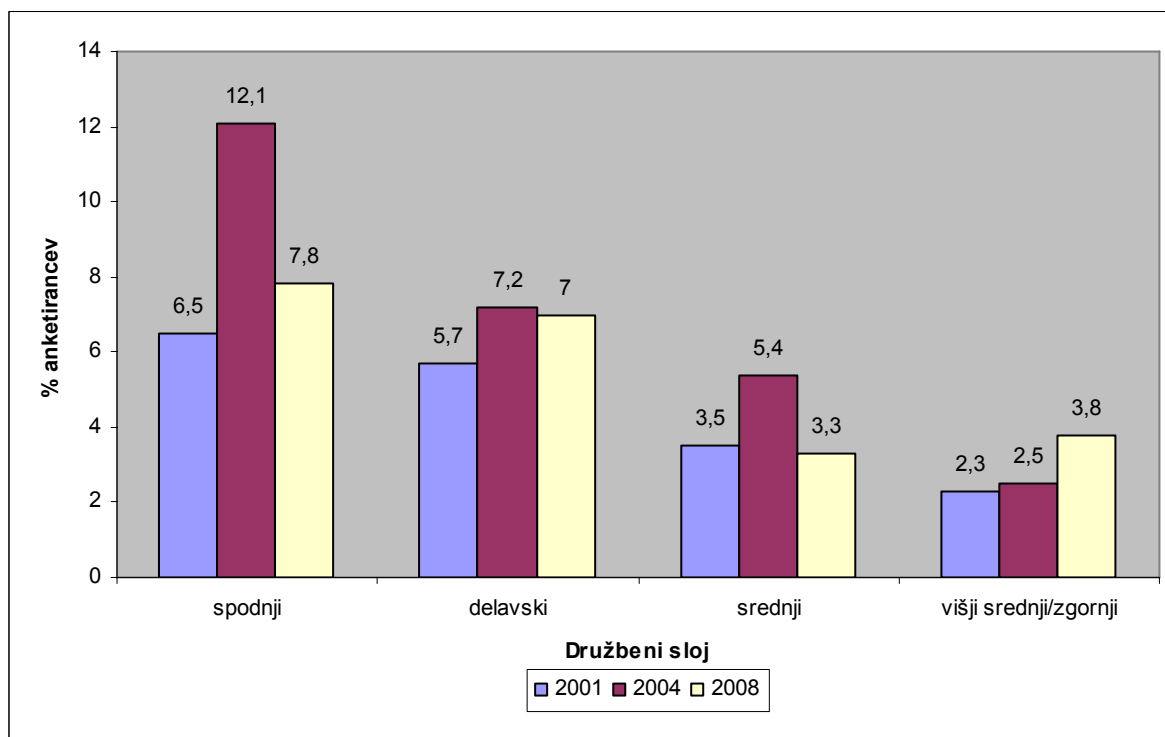
Slika 14.4: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj stopnje izobrazbe glede na leto raziskave.

Vrsta dela: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja pri upokojevcih. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah razen pri težkih delavcih v kmetijstvu..



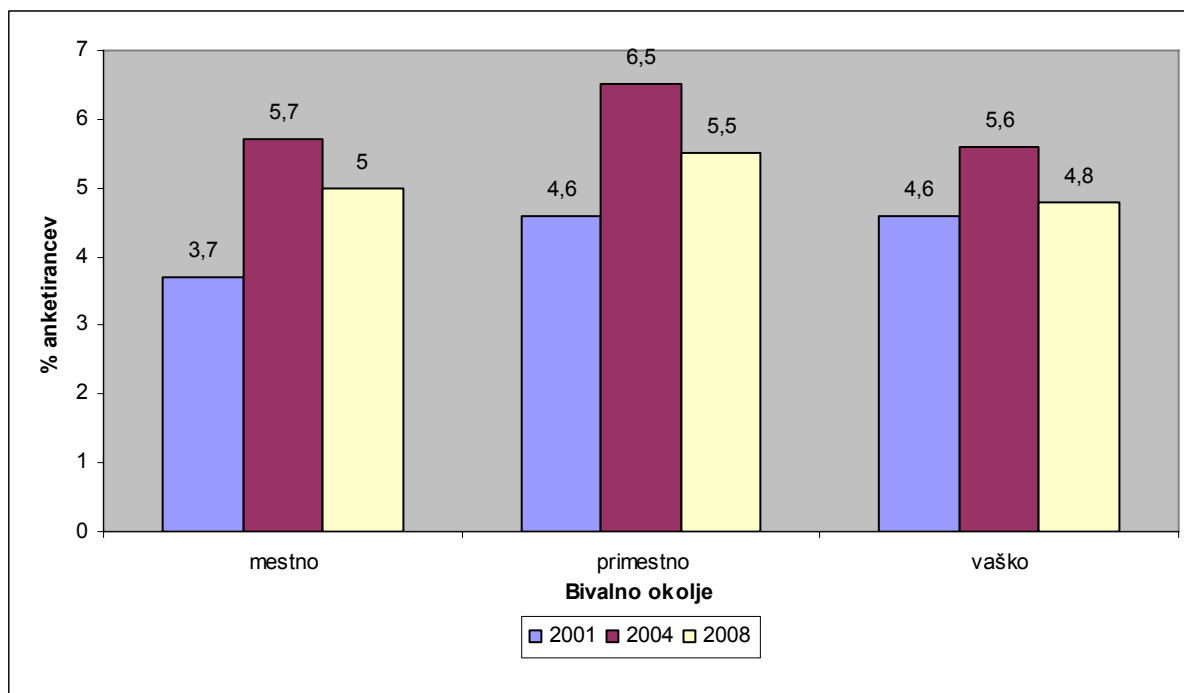
Slika 14.5: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj vrste dela glede na leto raziskave.

Družbeni sloj: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja pri pripadnikih spodnjega sloja. Prevalenca je po letu 2004 padla v vseh skupinah, razen v višjem sloju.



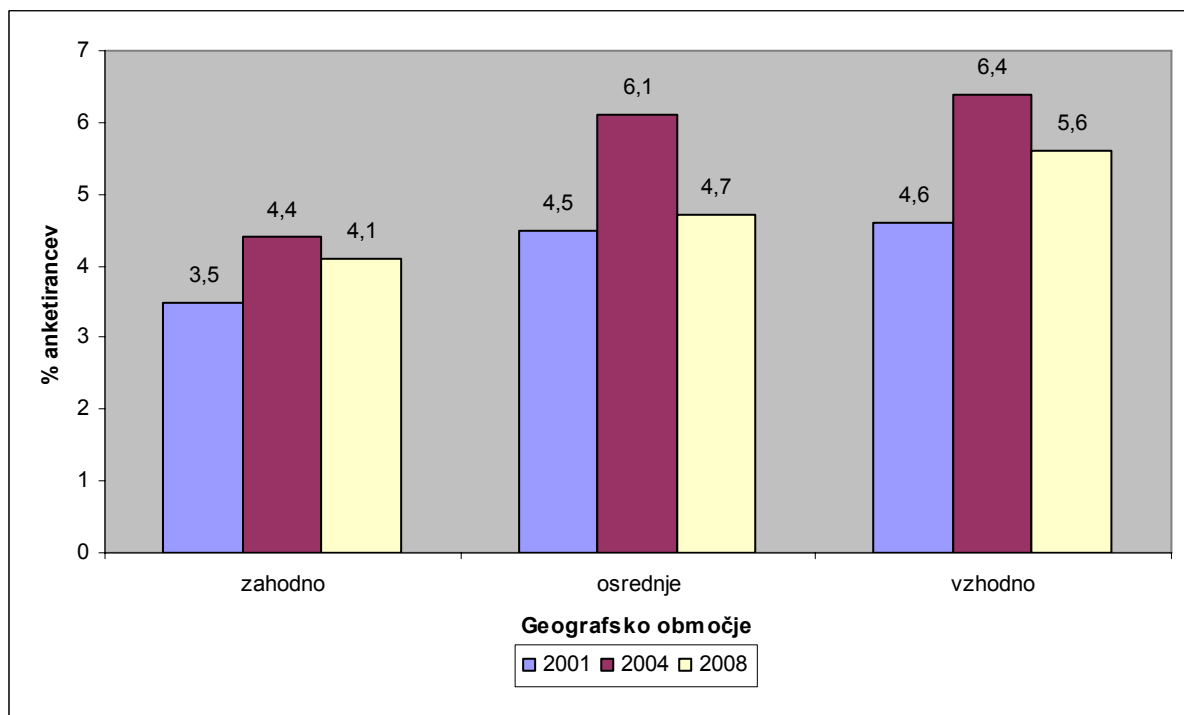
Slika 14.6: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj družbenega sloja glede na leto raziskave.

Bivalno okolje: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v primestnem okolju. Po letu 2004 je upadla v vseh okoljih.



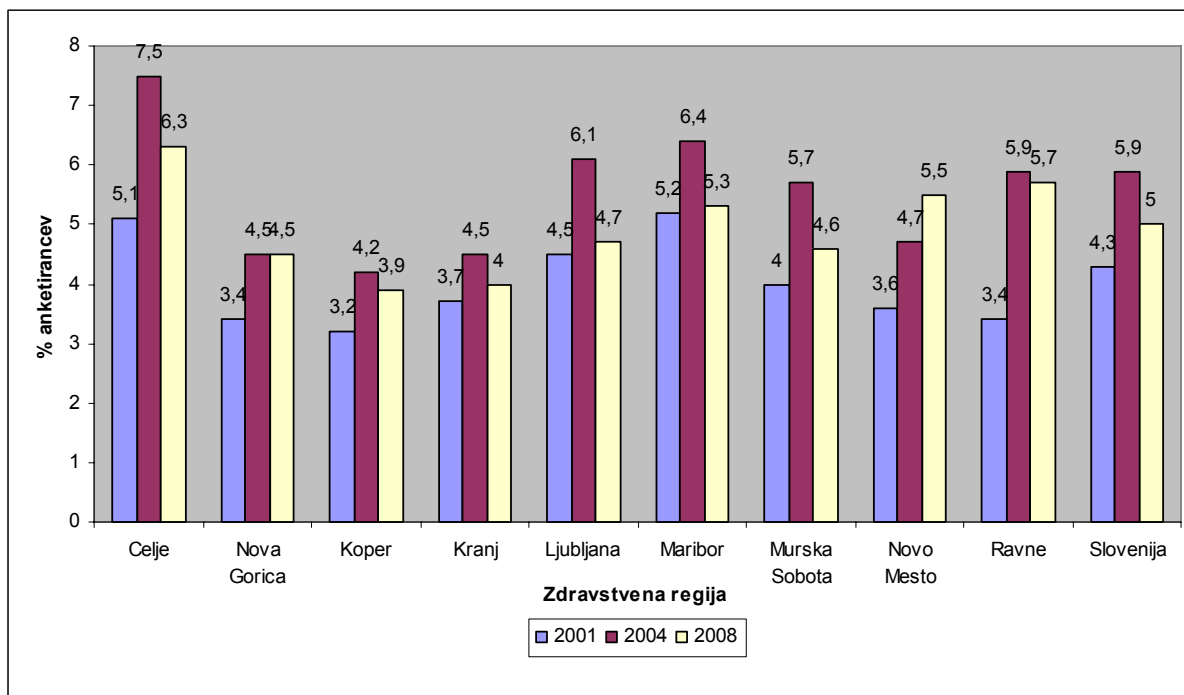
Slika 14.7.: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj bivalnega okolja glede na leto raziskave.

Geografsko območje: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Po letu 2004 je upadla v vseh območjih.

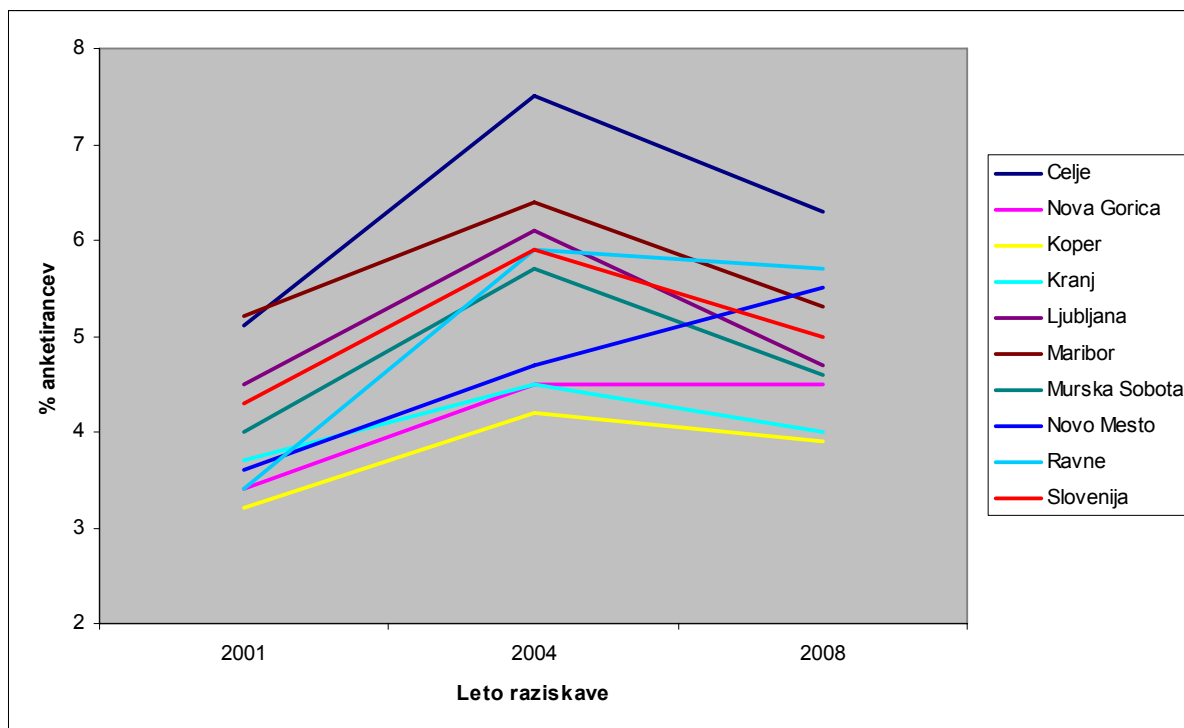


Slika 14.8: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj geografskega območja glede na leto raziskave.

Zdravstvena regija: Prevalenca sladkorne bolezni je najvišja v celjski regiji. Po letu 2004 je upadla v vseh regijah.



Slika 14.9: Delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.



Slika 14.10: Krivulja- delež anketirancev s sladkorno boleznijo znotraj zdravstvene regije glede na leto raziskave.

