

Je verejné zdravotníctvo osamotené pri riešení determinantov zdravia?

Is public health alone in addressing health determinants?

Jaroslav Ridoško

Fakultná nemocnica Trenčín, Klinika úrazovej chirurgie

Recenzent/Review: prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Submitted/Odoslané: 14. 05. 2019

Accepted/Prijaté: 05.06.2019

Abstrakt:

Zdravie je hodnota, ktorá má nielen svoj humánny charakter, ale aj ekonomický. Preto starostlivosť o vývoj zdravej populácie pri zachovaní a udržaní si zdravia aj v postproduktívnom veku je úlohou nielen zdravotníctva, ale aj celej spoločnosti. Zdravie má niekoľko úrovní. Základné aktívum, ktoré má zdravotníctvo podporovať, preventívne riešiť zdroje a príčiny prepuknutia, je samotné zdravie. Zdravie na úrovni individuálnej - občana, ako najmä na úrovni kolektívnej, celej spoločnosti (sociálnych, vekových, etnických skupín) ako celku, sa nazýva - **verejné zdravie**.

Existuje veľa definícií pojmu „zdravie“. Vychádzajúc z legislatívnych a procesných aspektov pod pojmom „zdravie“ chápeme stav organizmu, keď nie je v rámci medicínsky dostupných metód

vyšetrenia u neho identifikovateľná žiadna diagnóza a nemá subjektívne ťažkosti. Narušením tejto definície sú teda len tie zriedkavé prípady, ak organizmus je v takom stave narušenia, ktorý zatiaľ nebol ako diagnóza odbornou medicínskou obcou chápaný. Pod pojmom „**vrcholné zdravie**“ chápeme stav organizmu, ktorý je zdravý a na vrchole svojich fyzických a duševných síl, bez subjektívnych ťažkostí (vek cca. 20 - 25 rokov).

Náročnosť prijímateľov zdravotnej starostlivosti sa prejavuje v raste požiadaviek na predĺženie veku, v ktorom je zdravie blízke stavu „**vrcholného zdravia**“. Pod pojmom „**ideálne zdravie**“ chápeme vrcholné zdravie fyzicky, emocionálne a duševne najzdatnejších jedincov v populácii. Pokračujme, že náročnosť

prijímateľov zdravotnej starostlivosti sa prejavuje aj v raste požiadaviek na zdravotné výkony, ktoré by dimenziu ich zdravia približovali „ideálnemu zdraviu“. Zdravie sa však postupom veku človeka zhoršuje, človek začína jednou a postupne sa k nim „pridávajú“ aj ďalšie choroby - diagnózy a vzniká tzv. multimorbidita. Nazývame to „**narušené zdravie**“, alebo sa pri bežnej konverzácii používa slovo - podlomené (zdravie). Zopakujme si, že zdravie Svetová zdravotnícka organizácia definuje ako: „*Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby. Je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobmi života*“ (HEGYI, 2004).

Kľúčové slová: zdravie - determinanty - stres - chudoba - odkázanosť - ochorenia - riziko

Abstract:

Health is a value that not only has a humane but also an economic value. Therefore, care for the development of a healthy population while maintaining health also in post-productive age is a task not only for health sector but for society as a whole. Health has several levels. Health is the

basic asset that health care should support, preventively address the sources and causes of outbreaks. Individual-citizen-level health, especially at the level of the collective and also whole society (social, age, ethnic groups), is called - public health.

There are many definitions of 'health'. Based on the legislative and procedural aspects of the term "health", we understand by it the state of the organism when no diagnosis is identifiable within the medically available examination methods and there is no subjective difficulty. Thus, the disturbance of this definition is only the rare case where the organism is in a state of disruption that has not yet been understood as a diagnosis by the medical community. Under the term "top health" we understand the state of an organism that is healthy and at the height of its physical and mental strength, without subjective difficulties (age about 20-25 years).

The difficulty of healthcare recipients manifests itself in an increase in age-prolongation requirements, in which health is close to "top health". By "ideal health" we understand the supreme health of the physically, emotionally and mentally most healthy individuals in the population. Let's continue that the difficulty of healthcare recipients is also reflected in the growth of health performance requirements that would bring their health dimension to "ideal health". However, the health of the per-

son is getting worse as the age progresses, and other diseases are gradually added-diagnosis and occurs "so-called" multi-morbidity. We call it "disturbed health", or the word "broken" (health) is used in normal conversation. Let us recall that health is defined by the World Health Organization as: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being, not just the absence of disease. It is the result of relationships between the human body and the socio-economic, physical, chemical and biological factors of the environment, the working environment and the ways of life*" (HEGYI, 2004).

Key words: health - determinants - stress - poverty - dependence - illness - risk

ÚVOD

V predkladanej práci prioritne vychádzame zo Zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, konkrétne v súlade so znením článku I, § 2, odsek 7, sa prevenciou rozumie **a)** výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe, **b)** aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb, **c)** vyhľadávanie patologických procesov v ich asymptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchá-

dza ich klinickému prejavu, **d)** aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby, **e)** aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb v súvislosti s prácou, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb z povolania v súvislosti s výkonom lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci.

V tejto súvislosti je nespochybniteľne pravdivým konštatovaním, že predmetné úlohy sú aj úlohami všetkých ostatných rezortov v Slovenskej republike (ďalej SR). Ich spolupráca s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej MZ SR), resp. ich záujem a angažovanosť v rámci prístupu rezortu k svojmu „segmentu“ ľudí, ktorí v ňom pracujú, ako aj v rámci tvorby takých podmienok, ktoré budú rešpektovať zdravie človeka, je kľúčová preto, aby sa problém riešenia zdravia obyvateľstva stal celospoločenskou samozrejmosťou, s vysokou angažovanosťou všetkých zainteresovaných strán. V súčasnosti je za zhoršovanie zdravotného stavu obyvateľov, resp. za stagnáciu riešenia (liečby) niektorých diagnóz, najmä z dôvodu jeho nedostatočného financovania a pod., výlučne vinené len MZ SR. Platí však priama úmera, praxou overená axióma, že ak sa zhoršujú determinanty zdravia, automaticky sa výrazne zvyšujú finančné prostriedky na zdravotníctvo.

Stanoveným cieľom práce je nielen pomenovanie základných determinantov zdravia, ale aj ich stručná analýza príčin a dopadov na zdravie. Chceme poskytnúť istý výsek pohľadu na riešenie problémov zdravotníctva, ako multirezortného organizmu, ktorý vo svojej práci častokrát zostáva osamotený, pasívne ponechaný už len na riešenie následkov. Následkov, ktorých príčiny však treba hľadať práve v jednotlivých „segmentoch“ celej spoločnosti.

Ústava Slovenskej republiky v článku 40 ustanovuje: - *Každý má právo na ochranu zdravia.* Ak by sme toto právne konštatovanie začali uplatňovať v celom jeho mnohohrstevnatom rozsahu, tak v tejto vete nie je myslený len občan - jednotlivec, ale všetci tí, ktorí sú za jeho ochranu, čiže uplatňovanie tohto práva, zodpovední. Mať právo je jedna vec, druhá, najpodstatnejšia spočíva v tom, aké spoločnosť dokáže vytvoriť podmienky na jeho reálne uplatňovanie. A práve monitorovanie „stavu“ všetkých determinantov zdravia môže poskytnúť veľmi presnú, koncíznu predstavu o spolupráci všetkých zložiek spoločnosti.

Zdravie je ovplyvňované viacerými faktormi, ktoré označujeme ako determinanty zdravia. Niektoré faktory sú externé, a človekom len ťažko priamo ovplyvniteľné, ako je napríklad **environ-**

mentálne prostredie - najmä **životné a pracovné**. Štát však má legislatívne nástroje, ale aj povinnosť na presadzovanie procesu zlepšovania životného, ako aj pracovného prostredia. Práve Európsky program - „*Zdravie pre všetkých*“, vypracovaný pre priemyselne vyspelé krajiny, kládol mimoriadny dôraz na posilňovanie zdravia a prevenciu chorôb. Vychádzal z poznania, že o zdraví a chorobách rozhodujú podmienky každodenného života a orientoval preto preventívne úsilie na znižovanie pôsobenia rizikových faktorov prostredia a na priaznivé ovplyvňovanie životného štýlu. Ozdravenie životného prostredia a spôsobu života ľudí nie je úlohou len rezortu zdravotníctva, ale je to záležitosť celospoločenská.

Program preto požadoval zapojenie všetkých orgánov spoločnosti a inštitúcií, od centrálnych po periférne, ktoré majú snahu zlepšovať zdravie verejnosti, chápu to ako svoju významnú úlohu, a na svojej úrovni a v rámci svojich pôsobností, zdravie účinne aj podporujú. Tento program pozýval k účasti širokú verejnosť, organizácie, spoločenské skupiny, rodiny i jednotlivcov. Obsahoval 38 konkrétnych cieľov, ktoré mali byť do roku 2000 v Európe dosiahnuté, napr. predĺženie strednej dĺžky života aspoň na 75 rokov, zníženie úmrtnosti u osôb mladších ako 65 rokov, a to na kardiovaskulárne choroby aspoň o 15 % a na onkologické ochorenia aspoň

o 18 %, zníženie úmrtnosti na úrazy aspoň o 25 % a zvýšenie počtu rokov, ktoré ľudia prežijú bez závažných ochorení a funkčných porúch aspoň o 10 % (Hegyí, Bielik, 2011). V práci sme využili deskriptívnu, induktívnu, deduktívnu a čiastočne aj komparatívnu metodiku.

Metódou, ktorá je vnímaná neustále vážnejšie v rámci západnej Európe a v

- Stres
- Chudoba
- Nezamestnanosť
- Vzdelanosť
- Životný štýl
- Zloženie stravy
- Spoločenská a sociálna izolácia
- Pracovné podmienky
- Závislosti
- Spoločenská podpora
- Vulnerabilné skupiny

VČASNÉ OBDOBIE ŽIVOTA

Súdiac podľa výrazne klesajúceho trendu novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti v SR i v Českej republike (ďalej ČR), je starostlivosť o matku a dieťa na dobrej úrovni. Dlhodobá medzinárodná štúdia ELSPAC dokonca konštatovala podstatne nižšiu prevalenciu fajčenia gravidných matiek v SR i ČR v porovnaní napríklad s Anglickom. Napriek tomuto výsledku,

škandinávskych krajinách, a to najmä pre jej pridanú hodnotu k tvorbe politiky, je hodnotenie vplyvu na zdravie. Našu pozornosť pre hlbšie rozpracovanie budeme venovať len niektorým vybraným základným determinantom zdravia.

ZÁKLADNÉ SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA

- Doprava
- Migrácia
- Primeraný odpočinok po práci
- Bývanie
- Rodina

- Sociálny gradient
- Medziľudské vzťahy
- Kvalita zdravotníctva
- Kriminalita
- Rodová nerovnosť

pri porovnaní s niektorými vyspelými krajinami Európskej únie, je dojčenská úmrtnosť u nás relatívne vysoká. Stále problematická je totiž starostlivosť o deti v rómskych komunitách - nízky hygienický štandard, ignorovanie očkovanie, výživa atď. (GINTER, 2001).

SPOLOČENSKÁ A SOCIÁLNA IZO- LÁCIA

V spoločnosti, kde sú veľké, až pripastné majetkové rozdiely, sú vždy aj narušené sociálne vzťahy, ktorých výsledkom, okrem chudoby, vysokej úmrtnosti, je aj zvýšenie kriminality, až po konzumáciu drog, alkoholu atď. Viaceré štúdie potvrdzujú vzťah medzi podporou sociálneho prostredia, vyrovnávaním sa so situáciami a fyzickou nespôsobilosťou. Viacerí odborníci hovoria o spojitosti nízkej podpory sociálneho prostredia (rodina, priatelia, štát, odbory, dokonalá štruktúra a funkčný model starostlivosti o starých ľuďoch), ako dokázanej príčiny úmrtnosti.

Nielen hmotný nedostatok, ale aj mnoho ďalších psychických a sociálnych problémov zvyšuje riziko zdravotných problémov skupiny chudobného obyvateľstva. Do sociálnej izolácie sa dostala hlavne rómska minorita. Podiel Rómov na celkovej počte obyvateľstva je v SR jeden z najvyšších vo svete. Preto sa riešeniu tejto otázky musí venovať výnimočne zvýšená a systematická pozornosť (GINTER, 2001). Niektoré novšie americké štúdie sledovali vplyv sociálnej samoty. V jednom štúdiu bolo 1234 pacientov po srdcovej príhode. Zistilo sa, že u tých, ktorí žili sami, bola takmer dvojnásobne väčšia pravdepodobnosť, že ich opäť postihne srdcová príhoda (HAYNES, FEINLEB, 1980).

ZÁVISLOSTI

Negatívny vplyv alkoholu, nikotínu a drog na zdravotný stav človeka je nepochybný. Stretávame sa s vysokou spotrebou destilátov, často nekvalitných, resp. vyrábaných ilegálne. Z hľadiska zdravotného stavu je vo všeobecnosti zrejme najnebezpečnejšia ich pravidelná konzumácia vo veľkom množstve. Úmrtnosť na ochorenia spojené s touto spotrebou, ako napríklad cirhózu pečene, je v SR takmer dvojnásobne vyššia ako v ČR. Prevalencia fajčenia je v oboch krajinách podobná. Počet kúpených cigariet je v súčasnosti vyšší v SR. (GINTER, 2001). Ľudia s nižším vzdelaním, chudobnejší, žijúci v horších sociálnych podmienkach, bez motivácie, vyrastajúci v rodinách alkoholikov a pod., alebo pracujúci pod neustálym stresom, čoraz viac siahajú po alkohole, drogách a cigaretách, ako po „nástroji“ na zabudnutie a odtrhnutie sa od existenčných či pracovných problémov, alebo len pokračujú vo svojom vzore, ktorý si priniesli z prostredia, v ktorom vyrastali. Najmä úroveň vzdelania ovplyvňuje sociálne postavenie, postoje a stanoviská jednotlivcov i celých rodín, ich hierarchiu hodnôt i ich skutočné správanie.

DOPRAVA

Za prospešné z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva sa pokladá obmedzenie individuálnej automobilovej pre-

pravy, kamiónovej a rozvoj hromadnej dopravy - najmä vlakovej a lodnej, podpora chodcov a cyklistov. Počet osobných automobilov sa však podstatne zvýšil, a až v ostatných rokoch sa kladie väčší dôraz na rozšírenie peších zón, budovanie cyklistických trás. Avšak stále pretrvávajúce bariéry v podobe neexistujúcich nástupných perónov, ktoré by dovoľovali najmä starým ľuďom pohodlný a bezpečný nástup do autobusov a vlakov, nehovoriac o ľuďoch pripútaných na vozíčku, sú hendikepom prejavujúcim sa o. i. aj spoločenskou izoláciou, keď napríklad starý rodič nie je schopný navštíviť svoje vnúčatá, alebo cestovať na vyšetrenie (ošetrenie) do okresnej nemocnice. Za ústretový krok môžeme považovať postupné zriaďovanie sociálnych taxíkov financovaných z prostriedkov miest a obcí, dovoz stravy až domov, bezbariérové komunikácie, ale aj umožnenie zadarmo (November, 2014) cestovať železnicami SR ľuďom v dôchodkovom veku.

VULNERABILNÉ SKUPINY

Pod vulnerabilnými skupinami obyvateľstva rozumieme ohrozené a krehké skupiny populácie, ktoré sú vystavené zvýšenej záťaži, alebo žijúce v obzvlášť nepriaznivých životných podmienkach. K nim patria najmä ženy, deti, ľudia vyšších vekových skupín, etnické skupiny, nezamestnaní, bezdomovci, osoby so zá-

vislosťou od alkoholu alebo drog, osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, osoby v dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti, osoby žijúce v izolácii - väzni a ďalší (HEGYI, 2006). Podľa predstaviteľa humanistickej psychológie C. R. Rogersa (1959) vulnerabilita - zraniteľnosť, je termín, ktorý sa používa na označenie stavu inkongruencie (čiže nezhody) medzi vnímaním seba (sebaobrazom) a zážitkom. Ak táto nezhoda existuje a človek si ju neuvedomuje, je potenciálne zraniteľný voči anxiozite - (chorobný stav úzkosti ako príznak mnohých psychoneuróz), ohrozeniu a dezorganizácii. Ak nejaký nový zážitok preukáže túto nezhodu natoľko zreteľne, že musí byť vnímaná, potom je človek ohrozený, jeho vnímanie seba samého je dezorganizované týmto protichodným a neasimilovateľným zážitkom. Rogers vo svojom - ***Prístupe zameranom na človeka*** (Person centered approach) popisuje vulnerabilitu ako jednu zo základných podmienok fungovania terapeutického vzťahu a terapie vôbec. Toto je stav, ktorý človek zažíva, ak vystupuje zo svojej zóny komfortu (prechod zo zamestnania do dôchodku) do nekomfortu. Nastáva situácia, v ktorej je človek vystavený novým, silným zážitkom, ktoré spochybňujú jeho predstavu o sebe, o svojich postojoch, schopnostiach, svetonázore, zmyslu života a pod.

ZÁVER

Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví existovali i v minulosti, ale k ich objaveniu na základe štatistického spracovania údajov o mortalite došlo až v 19. storočí (Mackenbach, Bakker 2002). Výskum bol možný vďaka tomu, že existovali národné štatistické údaje o mortalite (úmrtnosti), ktoré umožňovali prepočítavať mieru mortality v skupinách podľa povolania alebo obytnej štvrte. K významným osobnostiam, ktoré prispeli k rozvoju štúdia socio-ekonomických nerovností v zdraví patria L. R. Villermé vo Francúzsku, E. Chadwick, W. Farr, J. Snow v Anglicku, R. Virchow a A. Grotjahn v Nemecku a J. P. Frank v Rakúsku. (Mackenbach, Bakker 2002, Shryrock 1997, Mastilica 1993, Rosen 1993).

Johann Peter Frank skúmal rozdiely v mortalite medzi chudobnými a bohatými a už v roku 1790 v Pávii v prezentoval veľmi významnú prácu „**Oratio academica de populorum miseria, morborum genetricae**“ („*Akademickú reč o chudobe ľudu ako matke chorôb*“) a Habsburskej monarchii priniesol nové idey v organizácii zdravotníckej starostlivosti (18). V prvej polovici 19. storočia, L. R. Villermé potvrdil, že miera mortality a morbidity v Paríži je funkciou životných podmienok pracujúcej triedy a E. Chadwick (1800-1890), našiel podobný vzťah medzi triedou a mortalitou v Londýne. W. Farr vypracoval prvý systém klasifikácie

ochorení a tým významne prispel k registrácii úmrtnosti a jej príčin. J. Snow objavil súvislosť medzi verejným vodovodom a výskytom cholery v istých častiach Londýna a spolu s W. Farrom prispeli k rozvoju výskumu súvislostí mortality s faktormi prostredia. R. Virchow (1821-1902) potvrdil súvislosti triednych nerovností s vysokou dojčenskou úmrtnosťou. A. Grotjahn (18XX -1931) skúmal sociálne príčiny ochorení a zaviedol koncept - sociálna patológia. Napriek nadšeniu z objavu baktérie, ako príčiny ochorení, považoval pracovné a životné podmienky ľudí za veľmi dôležité pre snahy vysvetliť a úspešne zvládnuť epidémie. V rámci medicínskej sociológie (medical sociology) sa od samých počiatkov skúmali rozličné triedne, ekonomické a socio-psychologické faktory zdravia a najvýznamnejšími predstaviteľmi sú - B. J. Sterna, O. D. Duncan, W. H. Sewell (Mastilica 1993, Matijū 2005). Sociologický výskum triednych rozdielov v zdraví sa v USA naplno rozvinul v rokoch 1950-1977.

Podľa Šolcová, Kebza (2002) prvou štúdiou nerovností v zdraví v odbornej literatúre je práca „*Health inequalities*“. (Drever, Whitehead 1977). Od počiatku 80 rokov minulého storočia sa nerovnosti v zdraví stali jednou z dominantných tém medicínskej sociológie, ale i sociálnej politiky vo všetkých rozvinutých krajinách (Mastilica 1993). V tomto období boli pub-

likované dva dôležité dokumenty: *Správa o zdraví britskej populácie pre parlament* publikovaná pod názvom - *Inequalities in Health - The Black Report*. (Townsend, Davidson 1982) a dokument o zdravotnej politike Svetovej zdravotnej organizácie (WHO) publikovaný pod názvom - *Targets for Health for All*. (1985). Redukcia socioekonomických nerovností v zdraví stále zostáva jednou z priorít zdravotnej politiky WHO: *Health 21 - Health for All in 21st Century* (1999). Významným bol aj medzinárodný projekt - *Tackling Inequalities in Health*. do ktorého boli zapojené krajiny EÚ (1920).

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) umiera v európskom regióne každý rok takmer jeden a pol milióna ľudí na ochorenia, ktoré súvisia s kvalitou životného prostredia. Toto číslo zodpovedá **16 %** všetkých úmrtí spôsobených environmentálnymi rizikami, ktorým sa možno vyhnúť alebo ich odstrániť.

Slovenské zdravotníctvo je orientované predovšetkým na diagnostiku, liečbu, sekundárnu a terciárnu prevenciu. Problematika verejného zdravotníctva sa častokrát len viac deklaruje v duchu, že zdravie a primárna prevencia sú prioritou našej spoločnosti. Avšak personálne, materiálové a prístrojové vybavenie úradov verejného zdravotníctva je aj napriek upozorneniam komisárov EÚ stále poddimenzované, nedostatočne finančne

zabezpečené, s nízkou úrovňou elektronizácie. Preto je potrebné vytvoriť základ pre moderné verejné zdravotníctvo a opustiť zažitý systém vychádzajúci len z modelu hygienicko-epidemiologickej starostlivosti, aby sa naplnil jeden z jeho hlavných cieľov, t. j. zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, ktorý je výslednicou komplexného, synergického pôsobenia štyroch determinantov: Genetické faktory (**cca 20%**), Zdravotnícka starostlivosť (**cca 10%**), Životné prostredie (**cca 30%**), Životný štýl - spôsob života (**cca 40%**).

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky z roku 2017 preukázala, že niektoré úlohy, ktoré pred SR postavil Európsky program - „*Zdravie pre všetkých do roku 2000*“, sa splniť nepodarilo, napríklad: Zníženie úmrtnosti u osôb mladších ako 65 rokov, a to na kardiovaskulárne choroby aspoň o 15 %. Práve naopak, z pohľadu uplynulých desiatich rokov tento počet stúpol o 6%. Obdobne aj u nádorových ochorení, kde sa SR zaviazala, že klesne aspoň o 18 %, tento podiel taktiež každoročne rastie, oproti roku 2016 narástol o 14%. V roku 2017 dosiahla stredná dĺžka života žien pri narodení hodnotu 80,3 roka a stredná dĺžka života mužov pri narodení 73,8 roka. Medziročne poklesla stredná dĺžka života u žien o 0,1 roka a u mužov vzrástla o 0,1 roka. Za sledovaných 10 rokov vzrástla stredná dĺžka života pri narodení u žien o 2,9 roka, u

mužov o 2 roky, odporúčanie predĺženia strednej dĺžky života bolo aspoň na 75 rokov. Táto úloha bola splnená len u žien. Mužom stále „chýba“ 1,2 roky života.

Previazanosť všetkých determinantov zdravia je obrovská. Každé zanedbanie čo len zdanlivo malej zložky v tomto vzájomne sa ovplyvňujúcom „organizme“, zvyšuje ako morbiditu, tak aj mortalitu obyvateľstva. Cieľ práce bol splnený, na niektorých príkladoch, kazuistike spojenej s teóriou, ako aj prijatými politickými deklaráciami Svetovej zdravotníckej organizácie, sme sa snažili upozorniť, že zlepšenie súčasného, ale najmä budúceho zdravotného stavu obyvateľstva, leží na pleciach celej spoločnosti, všetkých jej zainteresovaných zložiek. Zámerne sme preto použili aj stručný historický exkurz, ktorý potvrdil, že pochopenie zdravia a choroby má príčiny už vo vyššie popísaných determinantoch zdravia. Podpora verejného zdravotníctva, ako inštitúcie pri ochrane a podpore zdravia, ak by sme odpovedali na titulok článku, sa dá hodnotiť, že je aj naďalej nedostatočná, častokrát formálna, bez hlbšieho chápania súvislostí, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav obyvateľstva.

Literatúra

1. HEGYI, L. et al.: *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*, Bratislava : Herba, 2004, s.

2. KAPLAN, M. R.: *Zdravie a správanie človeka*, Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1996, s. 450.

3. ROVNÝ, I.: *Verejné zdravotníctvo včera dnes a zajtra*. Bratislava : Herba, 2009, s. 210.

4. C. MUSS, G. BENCA, A. NADDUR, V. KRČMERY, M. SRAMEKOVA, T. SIMONEK, M. JACKULIKOVA, J. DRGOVA, L. MATULNIKOVA, R. KOVAC, J. POLONOVA, C. PROCHAZKOVA, M. KOVAC, M. OLAH, M. BELOVICOVA, I. BARTOSOVIC, C. ZOLLER (2018) *Migrants Versus Homeless Population in Rehabilitation and Physiotherapy Facilities Suffering from Ectoparasites – Scabies is not a Medical but Social Problem*. In *Clinical Social Work and Health Intervention*. Vienna: GAP, 2018. No. 3. Vol. 9. 67 – 70 p. DOI 10.22359/cswhi_9_3_09. ISSN 2222-386X.

5. HAYNES, S. G., AND FEINLEIB, M.: *Women, work and coronary heart disease. Prospective findings from the Framingham Heart Study. III, Eight-year incidence of CHD*. *American Journal of Epidemiology*, 1980.

6. WELIN, L.: *Prospective study of social influences on mortality*. *Lancet*, II, 1985.

7. A. SHAHUM, A. KALAVSKA, M. CHABADOVA, E. KALAVSKY, J. BENCA, M. MRAZOVA, J. POLONOVA, P. TOMANEK, M. OBTULOVIC, S. DOBRODENKOVA, V. SLADECKOVA, N. BUJDOVA, T. HRINDOVA, G. MIKOLASOVA, R. SLADICEKOVA, P. HORAK, Z. DUDOVA, J. ADAMCOVA, S. SPANIK, M. BELOVICOVA, I. BARTOSOVIC, S. LACA, T. BAK, A. GALLOVA, M. OLAH, V. KRCMERY. Quality of Life, Risk Factors and Mortality in Children with HIV/AIDS on 2nd Line Treatment, Slow Progressors and Late Presenters in Cambodian Orphanage In: Clinical social work and health intervention. / Peter G. Fedor-Freybergh, Michal Olah . - Austria: I-GAP, Vienna, 2017. - ISSN 2076-9741/Online, ISSN 2222-386X. - Roč. 8, č. 2 (2017) s. 13-16.

8. Úrad verejného zdravotníctva SR:
www.uvzsr.sk

9. WHO: www.who.sk

10. Štatistický úrad SR:
<https://slovak.statistics.sk/>

Fakultná nemocnica Trenčín, Klinika úrazovej chirurgie

e-mail: Jaroslav_ridosko@nrsr.sk

Kontakt na autora:

MUDR. Jaroslav Ridoško, PhD., MBA