

Rozdielny vývoj zdravotného stavu obyvateľov Slovenskej a Českej republiky – analýza sociálnych faktorov

Dlhodobé štúdie potvrdzujú rozhodujúcu úlohu sociálnych faktorov z hľadiska zdravia jedincov i celej populácie. Nekonfliktné rozdelenie Česko-Slovenska, ktoré sa týkalo 15 miliónov ľudí, poskytuje pozoruhodné údaje o vplyve socioekonomických faktorov na zdravie obyvateľstva.

Počas existencie spoločného štátu boli v období 1970–1993 hodnoty strednej dĺžky života mužov v ČR i SR veľmi podobné, u žien dokonca takmer rovnaké. Po rozdelení ČSFR sa však situácia prekvapivo zmenila. V ČR začala stúpať krivka tohto ukazovateľa hneď po páde totalitného systému a rast lineárne pokračoval. V SR sa zaznamenal po rozdelení štátu iba mierny rast a neskôr takmer stagnácia, takže v súčasnosti je dĺžka života mužov nižšia ako v ČR o 2,6 roka (obr. 1).

Známe sú aj hlavné priame príčiny takéhoto rozdielného vývoja. ČR má veľmi nízku dojčenskú úmrtnosť, v SR má tento ukazovateľ o niečo vyššiu hodnotu, ale pretože paralelne klesá v ČR i SR, nemôže podstatne prispievať k rozdielom v dĺžke života.

Hlavnou príčinou je rozdielny trend v predčasnej úmrtnosti (t. j. úmrtnosti do 64 rokov) na dve ochorenia, ktoré usmrcujú na Slovensku štyri pätiny obyvateľstva – choroby srdcovo-cievneho systému a nádorové ochorenia. V ČR úmrtnosť na srdcovo-cievne ochorenia výraznejšie poklesla, i keď aj v SR možno pozorovať mierny pokles kardio-vaskulárnej mortality mužov.

Ďalším dôvodom je zreteľný pokles úmrtnosti na nádorové ochorenia v ČR, zatiaľ čo v SR hodnota tohto ukazovateľa stagnuje. Pretože vo väčšine európskych štátov onkologická úmrtnosť klesá, dosahuje v súčasnosti Slovensko spoločne s Maďarskom najvyššie hodnoty v Európe.

Menšou mierou prispieva k nepriaznivému vývoju dĺžky života mužov v SR aj vyššia úmrtnosť z externých príčin, na choroby zažívacieho systému, najmä na cirhózu pečene.

Väčšina verejnosti sa pravdepodobne domnieva, že najvýznamnejším faktorom zapríčínujúcim rozdiely medzi ČR a SR je rozdielna úroveň zdravotníckej starostlivosti. V oboch krajinách sa zlepšila vybavenosť modernou zdravotníckou technikou a podstatne sa zlepšila

dostupnosť súčasných farmák na liečbu chorôb srdcovo-cievneho systému a zhubných nádorov. Tesnejší kontakt českých lekárov so Západom umožnil rýchly prenos informácií, diagnostických i liečebných postupov. Výkony invazívnej kardiológie sa v ČR každoročne zvyšovali a v súčasnosti dosahujú západoeurópsky priemer. Vplyv lekárskej starostlivosti sa však výraznejšie prejavuje u obyvateľstva vyššieho veku, a preto neprekvapuje, že vo vývoji kardio-vaskulárnej úmrtnosti v populácii nad 64 rokov boli veľmi značné rozdiely: v ČR nastal u mužov i žien plynulý a vysoko signifikantný pokles, zatiaľ čo v SR bola tendencia opačná. V súčasnosti je kardio-vaskulárna mortalita mužov i žien nad 64 rokov v SR vyššia ako r. 1993 (WHO, 2000).

Bez toho, žeby sme podceňovali vplyv lekárskej starostlivosti sa však domnievame, že ešte významnejším faktorom rozdielného vývoja medzi ČR a SR sú značné rozdiely v sociálnych determinatoch zdravia. Kolektív renomovaných autorov z Veľkej Británie formuloval 10 hlavných sociálnych determinantov zdravia: 1. sociálny gradient, 2. stres, 3. včasné obdobie života, 4. spoločenská izolácia, 5. pracovné podmienky, 6. nezamestnanosť, 7. spoločenská podpora, 8. závislosť od alkoholu, nikotínu a drog, 9. zloženie stravy, 10. doprava (Wilkinson, Marmot, 1998).

Každá krajina má svoju historickú skúsenosť, a tá je pre obyvateľov ČR podstatne priaznivejšia. V ČR boli už v 19. storočí veľmi dobré základné školy a gymnáziá, kým Slováci v rámci Uhorska o ne iba zúfalo, dlho a bezúspešne bojovali. Až po vzniku prvej Československej republiky r. 1918 vznikli na Slovensku vysoké školy a gymnáziá. Vzdelanostná úroveň podmieňuje aj schopnosť adaptácie na rýchlo sa meniace situácie. XX. storočie prinieslo obyvateľom oboch republík nespočetne veľa zmien: monarchiu, krátke obdobie demokracie, fašizmus, polstoročie "komunizmu" a návrat k trhovej ekonomike. Obyvatelia ČR, aj vďaka jej geografickej polohe, boli na návrat demokratických pomerov lepšie pripravení. A hoci je politická a ekonomická scéna v ČR ešte stále veľmi vzdialená od ideálu, je lepšia ako v SR.

Zlé ekonomické a spoločenské pomery ovplyvňujú zdravie človeka po celý život. Najnižšia spoločenská

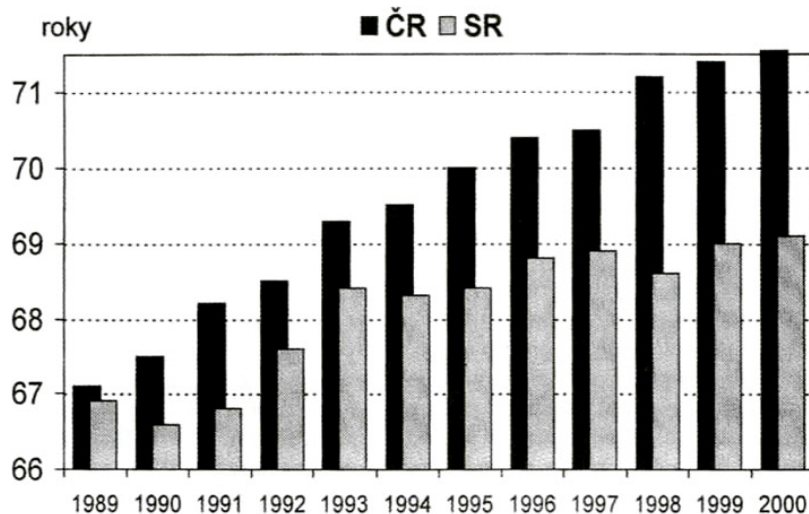
vrstva je vystavená až dvojnásobnému riziku morbidity i mortality v porovnaní s ľuďmi, ktorí sú najvyšších miestach spoločenského rebríčka. Medzi vrcholom a dnom spoločnosti existuje kontinuálny sociálny a zdravotný gradient. V období socializmu sociálne rozdiely neboli výrazné, ale prechod na trhovú ekonomiku situáciu úplne zmenil. Zdá sa, že rozdelenie národného majetku bolo v ČR "spravodlivejšie" ako v SR. Na Slovensku na jednej strane vyrastajú vilové štvrte typu Beverly Hills, a na druhej vznikajú hladové doliny. Za totality si ani najvyšší stranícki funkcionári nedovolili stavať také vily, ako niektorí dnešní novozbohatlíci a "demokratickí" politici. Opakom toho je vysoký nárast nezamestnanosti, pribúdajúci bezdomovci a úplne na dne sociálneho rebríčka rómske komunity, ktorých je v SR oveľa viac ako v ČR. Výsledkom je nedostatočná výchova a vzdelanie, nárast kriminality, nízka kvalita bývania a problémy so zamestnaním. Takýto sociálny gradient v bývalom socialistickom tábore silnie smerom od západu na východ. Katastrofálne formy nadobudol v Ruskej federácii, kde sú aj jeho zdravotné dôsledky najvýraznejšie (WHO, 2000).

Dôsledkom nepriaznivých sociálnych podmienok je dlhodobá psychická záťaž – stres, ktorý aktivuje v mozgu rad biochemických reakcií vyvolávajúcich depresiu, úzkosť, beznádej a pod. Dlhodobý stres znižuje aktivitu imunitných systémov a zvyšuje riziko vzniku kardio-vaskulárnej morbidity a mortality. Pôsobenie stresu je pravdepodobne výraznejšie v SR v dôsledku dlhodobej politickej a ekonomickej nestability (napr. extrémne vysokej nezamestnanosti).

Súdiac podľa výrazne klesajúceho trendu novorodeneckej a dočenskej úmrtnosti v SR i v ČR je starostlivosť o matku a dieťa na dobrej úrovni. Dlhodobá medzinárodná štúdia ELSPAC dokonca našla podstatne nižšiu prevalenciu fajčenia gravidných matiek v SR i ČR v porovnaní s Anglickom. Problematiká je však starostlivosť o deti v rómskych komunitách.

Nielen hmotný nedostatok, ale aj mnoho ďalších psychických a sociálnych problémov zvyšuje riziko zdravotných problémov chudobnej vrstvy obyvateľstva. Do sociálnej izolácie sa dostala v ČR i SR hlavne rómska minorita. Podiel Rómov na celkovom počte obyvateľstva je v SR viac ako trojnásobne vyšší ako v ČR.

Zdravotný stav jedinca môže výrazne ovplyvniť aj pracovný stres, najmä ak človek nemôže uplatniť svoju kvalifikáciu a schopnosti. Takýto stres výrazne pôsobil



1. Rozdielny vývoj strednej dĺžky života mužov v SR a ČR

v totalitnej spoločnosti, kde o pracovnom zaradení nerozhodoval talent a kvalifikácia, ale stranícka príslušnosť. Návrat k demokracii tento druh stresu do značnej miery odstránil, ale nie v prípade ľudí, ktorí prišli o prácu. Skupina obyvateľov 10 – 15 rokov pred dôchodkom ťažko nachádza nové zamestnanie. Existencia situácia ich nakoniec donúti prijať i menej kvalifikované miesta.

Prechod na trhovú ekonomiku spôsobil v niektorých oblastiach ČR a takmer na celom Slovensku s výnimkou Bratislavy vysokú nezamestnanosť (na Slovensku dosahuje miestami až 30 %). V týchto oblastiach sa stáva nezamestnanosť závažným rizikovým faktorom chorobnosti a predčasnej úmrtnosti. Nezamestnanosť spôsobuje nielen finančné, ale aj psychologické problémy a jej negatívny vplyv je v SR oveľa vyšší ako v ČR. Takmer na celom území Slovenska vznikla pracovná neistota, s ktorou je spojený pocit úzkosti, beznádej a depresie. Prospektívnymi štúdiami sa opakovane zistilo, že takéto psychické stavy zvyšujú riziko vzniku nádorových a kardio-vaskulárnych ochorení. Je to pravdepodobne jeden z kľúčových faktorov spôsobujúcich horší vývoj zdravotného stavu mužskej populácie SR v porovnaní s ČR.

Spoločenská podpora bola v socialistickom systéme vyššia. Vznik spoločnosti s veľkými majetkovými rozdielmi zhoršil sociálne vzťahy a viedol o. i. k zvýšeniu kriminality. V tejto oblasti je vývoj v SR a ČR podobný.

Negatívny vplyv fajčenia a alkoholizmu na zdravotný stav človeka je nepochybný. V SR je tradične vysoká spotreba destilátov, často nekvalitných, resp. vyrábaných ilegálne. V ČR je veľmi vysoká spotreba piva. Spotreba vína je v oboch republikách podobná. Z hľadiska zdravotného stavu je zrejme najnebezpečnejšia pravidelná

a vysoká konzumácia destilátov. Úmrtnosť na cirhózu pečene je v SR takmer dvojnásobne vyššia ako v ČR. Prevalencia fajčenia je v oboch krajinách podobná, najvyššia je u rómskej minority. Počet nakúpených cigariet je v súčasnosti vyšší v SR, ale v dôsledku ilegálneho dovozu nie sú oficiálne štatistické údaje úplne vierohodné. Drogová scéna je pravdepodobne v ČR následkom väčšieho kontaktu so Západom horšia ako v SR, s výnimkou Bratislavy.

Podľa údajov z databázy FAOSTAT bola v období 1993 – 1998 v SR preukazne vyššia spotreba živočíšnych tukov a vajčiek a naopak, nižšia spotreba mlieka, rastlinných olejov a dovážaného ovocia v porovnaní s ČR. Zásobovanie obyvateľov ČR ochrannými antioxidantne pôsobiacimi faktormi sa preto v posledných rokoch zlepšilo viac ako v SR. Príčinou rozdielného trendu je zrejme o niečo lepšia ekonomická situácia v ČR, vďaka čomu ľudia dávajú prednosť čerstvým a biologicky kvalitnejším potravinám. Je známe, že oxidačný stres, spôsobený nerovnováhou medzi (nízkym) príjmom antioxidantov a (vysokou) spotrebou cigariet a alkoholu (najmä destilátov) hrá významnú úlohu pri vzniku srdcovo-cievnych i nádorových ochorení.

Za prospešné z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva sa pokladá obmedzenie individuálnej automobilovej prepravy a rozvoj hromadnej dopravy, podpora chodcov a cyklistov. V tejto oblasti asi niet rozdielu medzi ČR a SR. V oboch krajinách sa nástupom trhovej ekonomiky počet osobných automobilov podstatne zvýšil a až v posledných rokoch sa kladie dôraz na rozšírenie peších zón.

Americký politológ a sociológ Robert Putnam zdôrazňuje význam sociálneho kapitálu pre kvalitu ľudského života a zdravie. Sociálny kapitál zahrňuje všetkých desať faktorov, ktorými sme sa zaoberali a zdôrazňuje pozitívny vplyv spoločenskej solidarity medzi všetkými členmi multietnickej spoločnosti a silný negatívny vplyv sociálnej izolácie. Sociálny kapitál je pravdepodobne v dôsledku vyššej kultúrnej úrovne, vzdelanosti a väčšej etnickej homogénnosti vyšší v ČR ako v SR.

Je však zaujímavé, že rozdiely v zdravotnom stave sa prejavili iba u mužskej populácie. Rozdiely v strednej dĺžke života i v špecifickej úmrtnosti žien sú medzi ČR a SR minimálne. Podľa údajov z r. 2000 je rozdiel v dĺžke života žien v ČR a SR iba jeden rok. Ak uvážime, že takmer 20 % ženskej populácie Slovenska tvoria Maďarky a Rómky, ktorých dĺžka života je kratšia (odhaduje sa, že v prípade rómskych žien až o 17 rokov), zdravotný stav obyvateľiek SR je prinajmenšom rovnaký, alebo dokonca lepší ako ženskej časti populácie ČR. Včasná úmrtnosť žien v SR na viacero ochorení (rakovinu celkovo, rakovinu pľúc a prsníka, z externých príčin a z dôvodu samovrážd) je nižšia ako v ČR.

Na rozdelenie ČSFR sa môžeme pozeráť ako na veľký

historický experiment, pri ktorom ide o premenu totalitného systému na demokratický ústavný systém v dvoch geneticky blízkych spoločnostiach s rozdielnym sociálnym kapitálom. Odraz týchto premien na vývoj zdravotného stavu by si zaslúžil široko koncipovaný sociologicko-zdravotnícky výskum, ktorý by mohol byť zaujímavý nielen pre Slovákov a Čechov.

Emil Ginter

Literatúra

- FAOSTAT Nutrition Database. Food and Agriculture Organization, Rome, Updated June 2000.
 Health for All. Data Base. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Updated June, 2001.
 Wilkinson, R., Marmot, M. (eds): Social Determinants of Health. The Solid Facts. WHO Copenhagen, 1998, (www.who.dk/document/e59555.pdf).



Skautský tábor (hore), Havránok – rekonštrukcia keltskej osady (dolu)

