

# Studie souvislostí mezi negativními zkušenostmi v dětství a vybranými hlavními příčinami úmrtí v dospělosti

Článek převzat z American Journal of Preventive Medicine, ročník 14, číslo 4

## Adverse Childhood Experiences (ACE) Study/ Studie negativních zkušeností v dětství

Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH

### ZÁKLADNÍ INFORMACE

Souvislost mezi zdravím ohrožujícím chováním a zdravotními komplikacemi v dospělosti na straně jedné a špatným zacházením a dysfunkčním rodinným prostředím v dětství na straně druhé nebyla dosud popsána.

### METODY

Dotazník na téma negativních zkušeností v dětství obdrželo 13 494 dospělých, kteří absolvovali standardizované lékařské vyšetření ve vybrané síti zdravotnických zařízení. 9 508 (70,5 %) z nich dotazník vyplnilo a mohli se stát účastníky výzkumu. Výzkumníci se dotazovali na sedm kategorií negativních zkušeností v dětství: psychické a fyzické týrání; sexuální zneužívání; násilí vůči matce; soužití s osobami užívajícími návykové látky, duševně nemocnými, osobami se sebevražednými sklony nebo osobami v minulosti trestanými. Počet kategorií negativních zkušeností v dětství, kterým byli dotazovaní vystaveni, byl následně porovnán s údaji o jejich rizikovém chování, zdravotním stavu a nemocnosti. Pro vyrovnání vlivu účinků demografických faktorů na souvislost mezi kumulativním počtem kategorií negativních zkušeností v dětství (rozmezí: 0-7) a rizikovými faktory spojenými s hlavními příčinami úmrtí v dospělém věku byla použita metoda logistické regrese.

### VÝSLEDKY

Více než polovina respondentů uvedla alespoň jednu kategorii negativních zkušeností v dětství, jedna čtvrtina pak více než dvě. Zjistili jsme proporcí se zvyšující souvislost mezi počtem kategorií negativních zkušeností v dětství a typy zdraví ohrožujícího chování a analyzovaných onemocnění v dospělosti ( $P < .001$ ). Osoby, které zažily čtyři nebo více kategorií negativních zkušeností v dětství, měly, ve srovnání s těmi, které nezažily žádnou takovou zkušenost, 4 až 12krát vyšší riziko alkoholismu, drogové závislosti, deprese a pokusů o sebevraždu. Dále u nich bylo identifikováno 2 až 4krát vyšší riziko kouření, negativního hodnocení vlastního zdravotního stavu, rizikového sexuálního chování (50 a více sexuálních partnerů) a onemocnění pohlavně přenosným onemocněním. V neposlední řadě, u nich byl zaznamenán 1,4 až 1,6krát častější výskyt fyzické nečinnosti a těžké obezity. Byla zjištěna proporcí se zvyšující souvislost mezi počtem kategorií negativních zkušeností v dětství a určitými typy onemocnění v dospělosti, včetně ischemické choroby srdeční, rakoviny, chronických plicních onemocnění, kosterních zlomenin a onemocnění jater. Sedm kategorií negativních zkušeností v dětství bylo silně vzájemně propojeno a osoby s více kategoriemi negativních zkušeností v dětství měly v pozdějším životě vyšší pravděpodobnost výskytu vícečetných rizikových faktorů ovlivňujících jejich zdraví.

### ZÁVĚRY

Zjistili jsme silnou a proporcí se zvyšující souvislost mezi negativními zkušenostmi v dětství spojenými se špatným zacházením s dětmi (týrání, zneužívání) a dysfunkčním rodinným prostředím a několika rizikovými faktory, jež jsou hlavními příčinami úmrtí v dospělém věku.

### KLÍČOVÁ SLOVA ZE STANDARDIZOVANÉ ZDRAVOTNICKÉ TERMINOLOGIE (MESH)

týrání dětí, sexuální zneužívání, domácí násilí, partnerské násilí, děti rodičů s postižením, užívání návykových látek, alkoholismus, kouření, obezita, fyzická aktivita, deprese, sebevražda, sexuální chování, pohlavně přenosné nemoci, chronická obstrukční plicní nemoc, ischemická choroba srdeční.

(Am J Prev Med 1998;14:245-258) © 1998 American Journal of Preventive Medicine (Americký věstník pro preventivní medicínu).

Klinika preventivního lékařství, Southern California Permanente Medical Group (Kaiser Permanente), (Felitti) San Diego, Kalifornie 92111. Národní centrum pro prevenci chronických onemocnění a podporu zdraví, Centra pro dohled a prevenci nemocí, (Anda, Williamson, Spitz, Edwards, Marks) Atlanta, Georgia 30333. Dětská klinika, Emory University School of Medicine, (Nordenberg) Atlanta, Georgia 30333. Klinika rodinné a komunitní medicíny, University of Arizona Health Sciences Center, (Koss) Tucson, Arizona 85727.

Adresa pro korespondenci: Vincent J. Felitti, MD, Kaiser Permanente, Department of Preventive Medicine, 7060 Clairemont Mesa Boulevard, San Diego, California 92111.

Am J Prev Med 1998;14(4)

0749-3797/98/\$19.00

© 1998 American Journal of Preventive Medicine PII S0749-3797(98)00017-8

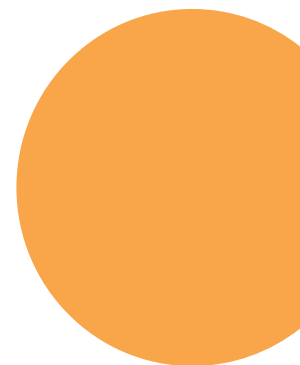


## ÚVOD

Teprve poslední dobou začali lékaři a zdravotní experti primární péče zkoumat souvislost mezi špatným zacházením s dětmi (zejm. týráním, zneužíváním a zanedbáváním) a rizikovým chováním a nemocností dospělých.<sup>1-5</sup> Vztah mezi těmito jevy je přitom zcela zásadní, protože bylo prokázáno, že hlavní příčiny nemocnosti a úmrtí ve Spojených státech<sup>6</sup> se pojí s životním stylem a postojem lidí k jejich vlastnímu zdraví. Tyto faktory byly odborníky označeny za „skutečné“ příčiny úmrtí.<sup>7</sup> Pokud negativní zážitky v dětství přispívají k rozvoji těchto rizikových faktorů, mělo by být vystavení těmto zážitkům uznáno za základní příčinu nemocnosti a úmrtnosti v dospělém věku.

Přestože sociologové a psychologové publikovali řadu studií o četnosti<sup>8-12</sup> a dlouhodobých důsledcích<sup>13-15</sup> špatného zacházení s dětmi, odborníci se stále snaží o hlubší pochopení jeho vlivu na zdravotní problémy v dospělosti. Dosavadní studie v této oblasti mají pro většinu lékařů primární péče o dospělé pouze omezený význam, protože byly zaměřeny na zdraví dospívajících,<sup>16-20</sup> duševní zdraví dospělých,<sup>20</sup> nebo na příznaky u pacientů na specializovaných klinikách.<sup>22,23</sup> Studie dlouhodobých dopadů špatného zacházení v dětství byly obvykle zaměřené na jednotlivé typy, zejména sexuální zneužívání, a jen málo z nich posuzuje dopad více než jednoho typu negativních zkušeností.<sup>5,24-28</sup> Další negativní jevy, jako jsou např. soužití s drogově závislými, partnerské násilí v rodině nebo trestná činnost členů domácnosti, se mohou vyskytovat současně s jednotlivými formami špatného zacházení s dětmi. Bez analýzy těchto faktorů dopadajících na rodinné prostředí dítěte by negativní vliv mohl být nesprávně připisován pouze jednotlivým typům špatného zacházení s dětmi a kumulativní vliv dalších negativních zkušeností v dětství by nebyl vůbec hodnocen. Pokud je nám známo, souvislosti mezi zdravím ohrožujícím chováním dospělých, jejich zdravotním stavem a nemocností na jedné straně a špatným zacházením s dětmi a životem v disfunkčním rodinném prostředí na straně druhé<sup>29-35</sup> nebyly doposud popsány.

Studii Adverse Childhood Experiences (ACE) jsme realizovali v zařízeních primární péče o dospělé s cílem popsat dlouhodobé souvislosti mezi zážitky v dětství a závažnými zdravotními problémy v dospělosti i výzvami, jimž v současnosti čelí zdravotnický systém. Studie ACE posuzuje, retrospektivně i do budoucna, dlouhodobý dopad špatného zacházení a života v disfunkčním rodinném prostředí v dětství na následující aspekty života jedince v dospělosti: rizikové faktory onemocnění a jeho výskyt, kvalita života, frekvence využívání zdravotní péče a úmrtnost. V tomto úvodním článku využíváme základní údaje ze studie k tomu, abychom poskytli prvotní informace o prevalenci negativních zážitků v dětství spojených se špatným zacházením a disfunkčním rodinným prostředím a nemocností v dospělém věku. Následně popisujeme vztah mezi počtem kategorií těchto negativních zážitků v dětství a výskytem rizikových faktorů a chorob, jež jsou hlavními příčinami úmrtí dospělých.<sup>6,7,36,37</sup>



## METODY

### MÍSTO STUDIE

Studie ACE Study proběhla na klinice Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal Clinic v Kalifornii. Zařízení, jež každoročně poskytne standardizovaná vyšetření více než 45 tisícům dospělých, je jedním z největších nezávislých zdravotnických evaluačních zařízení v USA.

Všichni, kdo se chtějí stát pacienty a sjednat si zdravotní plán na klinice Kaiser v San Diegu, dostanou informace o službách kliniky. Po zápisu jsou nově registrovaní pacienti opět informováni o dostupnosti služeb, a to prostřednictvím členských letáků. Většina nových pacientů si kliniku vyhledá sama, 20 % je doporučeno praktickým lékařem. Nedávná analýza záznamů o pacientech a frekvenci jejich návštěv na klinice Kaiser (pacienti registrovaní k péči v letech 1992 až 1995) ukazuje, že 81 % z nich bylo v uplynulých 25 letech na klinice vyšetřeno.

Zdravotní hodnocení zahrnuje vyplnění standardizovaného lékařského dotazníku, který požaduje demografické a biopsychosociální informace, informace o stavu orgánů a předchozích lékařských diagnózách a rodinnou anamnézu. Poskytovatel zdravotní péče získá anamnestické údaje, provede vyšetření pacienta a projde s ním výsledky laboratorních testů.

Analytický protokol studie ACE Study byl schválen revizní radou Institutional Review Boards of the Southern California Permanente Medical Group (Kaiser Permanente), Emory University School of Medicine a Úřadem pro ochranu před riziky výzkumu (Office of Protection from Research Risks), National Institutes of Health. Všechny 13 494 pacientů kliniky registrovaných v rámci zdravotního plánu Kaiser Health Plan, kteří absolvovali kompletní standardizované zdravotní vyšetření na Health Appraisal Clinic v rozmezí srpen–listopad 1995 a leden - březen 1996, se do studie ACE kvalifikovali. Pacienti hodnocení v prosinci nebyli do studie zařazeni, protože během svátků je obvykle reakce veřejnosti na výzkumy a průzkumy nižší.<sup>38</sup>

V týdnu po návštěvě kliniky, tj. po vyhotovení standardizované anamnézy, dostali registrovaní pacienti dotazník studie ACE s otázkami týkajícími se případného vystavení negativním zážitkům v dětství. Pacientům, kteří na první zaslání dotazníku nereagovali, jej zaslala klinika ještě jednou. Z obou kol získali výzkumníci celkem 70,5 % odpovědí (9 508 ze 13 494).

Průzkum I – realizován

71 % reagujících respondentů (9,508/13,494) \*

Následný výzkum (kohorta n=19,000)

Průzkum II – realizován

Hodnoceno n=15,000

*Všechna zdravotní hodnocení abstrahována  
mortalita  
národní index smrtelnosti  
morbidity  
propuštění z nem. ošetření  
ambulantní vyšetření  
vyšetření na pohotovosti  
návštěvy lékárny*

V období od června do října 1997 proběhla druhá vlna průzkumu, a to u přibližně stejného počtu pacientů jako v první vlně. Údaje z druhé vlny průzkumu se v době přípravy tohoto článku analyzují. Metody pro druhou vlnu sběru dat, která byla opět realizována korespondenčně, byly totožné s první vlnou průzkumu. Druhá vlna byla provedena s cílem zvýšit přesnost v budoucnu plánovaných podrobných analýz specifických témat a zkrátit dobu potřebnou k získání přesných statistik o vývoji zdravotního stavu a následné nemoci.

### POROVNÁNÍ RESPONDENTŮ A OSLOVENÝCH PACIENTŮ, KTERÍ NEREAGOVALI

Pro každou způsobilou osobu jsme získali informace z dokončeného lékařského vyšetření, a to konkrétně jejich anamnézu, laboratorní výsledky a nálezy týkající se jejich fyzického stavu. Skupiny respondentů (n = 9 508) a osob, jež se rozhodly na průzkum nereagovat (n = 3 986), měly podobné procentní zastoupení žen (53,7 %, respektive 51,0 %) a průměrnou délku školní docházky a navazujícího vzdělávání (14,0 let, respektive 13,6 let). Respondenti byli starší než osoby, jež se rozhodly na průzkum nereagovat (průměrný věk 56,1 let vs. 49,3 let) a více z nich bylo bílé pleti (83,9 % vs. 75,3 %), i když rozdíly byly celkově malé.

Respondenti a nereagující se nelišili v aspektech, jako jsou zdraví, kouření, jiné užívání návykových látek nebo historie běžných zdravotních stavů v anamnéze (infarkt myokardu nebo mrtvice, chronická obstrukční plicní nemoc, hypertenze nebo cukrovka). Nelišili se ani v rodinném stavu nebo výskytu současných rodinných, manželských nebo pracovních problémů (údaje nejsou uváděny). Zdravotní dotazník běžně používaný na klinice obsahuje jednu otázku zaměřenou na sexuální zneužívání v dětství v následujícím znění: „Byl/a jste někdy v dětství znásilněn/a nebo sexuálně zneužit/a?“ U respondentů byla o něco vyšší pravděpodobnost, že odpoví kladně než u nereagujících (6,1 % vůči 5,4 %).

### DESIGN DOTAZNÍKU

K sestavení dotazníku studie ACE jsme použili dotazy z publikovaných průzkumů. Otázky ze studie Conflicts Tactics Scale<sup>39</sup> jsme použili jako vzor pro soubor otázek zaměřených na psychické a fyzické týrání v dětství a násilí páchané na matce respondenta. Převzali jsme čtyři otázky od Wyatta<sup>40</sup>, jež nám pomohly definovat otázky na kontaktní sexuální zneužívání v dětství. Otázky týkající se užívání alkoholu nebo drog v dětství byly převzaty z federálního průzkumu National Health Interview Survey z roku 1988.<sup>41</sup> Všechny otázky, které jsme použili v této studii negativních zážitků v dětství, vždy začínaly stejně, a to frází „Během prvních 18 let Vašeho života...“

Otázky týkající se rizikového chování a zdravotních problémů jsme převzali ze zdravotních průzkumů, jako jsou například průzkum rizikového chování Behavioral Risk Factor Surveys<sup>42</sup> a zdravotní a nutriční průzkum Third National Health and Nutrition Examination Survey.<sup>43</sup> Obě tyto studie prováděla Centra pro sledování a prevenci chorob (Centers for Disease Control and Prevention). Otázky týkající se deprese jsme převzali z průzkumu Diagnostic Interview Schedule Národního institutu pro duševní zdraví (NIMH).<sup>44</sup> Další informace pro tuto analýzu (např. anamnestické údaje) jsme získali ze standardizovaného dotazníku použitého klinikou Health Appraisal Clinic (kopii dotazníků použitých v této studii naleznete na adrese [www.elsevier.com/locate/amepre](http://www.elsevier.com/locate/amepre)).

<b>Tabulka č. 1. Prevalence vystavení špatnému zacházení/životu v disfunkčním prostředí v dětství</b>		
Kategorie negativních zkušeností v dětství <sup>a</sup>	Prevalence (%)	Prevalence (%)
<b>Kategorie špatného zacházení:</b>		
<b>Psychické týrání</b>		<b>11.1</b>
<i>(Rodič nebo jiný dospělý v domácnosti. . .)</i>		
...Vám často nebo velmi často nadával, urážel Vás, nebo Vás ponižoval?	10.0	
...často nebo velmi často jednal způsobem, který ve Vás vyvolával strach z fyzického násilí?	4.8	
<b>Fyzické týrání</b>		<b>10.8</b>
<i>(Rodič nebo jiný dospělý v domácnosti. . .)</i>		
...do Vás často nebo velmi často hrubě strkal nebo Vás chytal či pohlavkoval?	4.9	
...často nebo velmi často Vás udeřil tak tvrdě, že jste měl/a na těle známky tohoto násilí nebo jste byl/a zraněn/a?	9.6	
<b>Sexuální zneužívání</b>		<b>22.0</b>
<i>(Dospělý nebo osoba alespoň o pět let starší než Vy . . .)</i>		
...se Vás někdy dotýkal/a nebo Vás hladil/a sexuálním způsobem?	19.3	
...dotýkal/a jste se jich sexuálním způsobem?	8.7	
...se někdy pokusil/a o orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?	8.9	
...měl/a orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?	6.9	
<b>Kategorie disfunkčního rodinného (domácího) prostředí</b>		
<b>Užívání návykových látek</b>		<b>25.6</b>
Žil/a jste s problémovým pijákem nebo alkoholikem?	23.5	
Žil/a jste s někým, kdo užíval drogy?	4.9	
<b>Duševní onemocnění</b>		<b>18.8</b>
Byl nějaký člen domácnosti v depresi nebo duševně nemocný?	17.5	
Pokusil se nějaký člen domácnosti o sebevraždu??	4.0	
<b>Násilí vůči matce</b>		<b>12.5</b>
<i>Byla Vaše matka (nebo nevlastní matka)</i>		
Někdy, často, nebo velmi často strkána, vláčena, pohlavkována nebo po ní někdo házel věci?	11.9	
Někdy, často, nebo velmi často kopána, kousána, bita pěstí nebo něčím tvrdým?	6.3	
Někdy opakovaně fyzicky napadána po dobu nejméně několika minut?	6.6	
Někdy ohrožována nebo zraněna nožem nebo zbraní?	3.0	
<b>Kriminální chování v domácnosti</b>		
Pobýval nějaký člen domácnosti ve vězení?	3.4	<b>3.4</b>
	<b>Hlášena min. 1 kategorie</b>	<b>52.1 %</b>

<sup>a</sup> vystavení dítěte jedné nebo více položek v rámci souboru otázek k jedné kategorii.

## DEFINICE NEGATIVNÍCH ZKUŠENOSTÍ V DĚTSTVÍ

Použili jsme tři kategorie špatného zacházení (týrání v dětství): psychické týrání (2 otázky), fyzické týrání (2 otázky) a kontaktní sexuální zneužívání (4 otázky). Definovali jsme čtyři kategorie situací, jimž mohl být respondent v dětství vystaven v disfunkčním domácím prostředí: soužití s osobou užívající návykové látky (2 otázky), soužití s osobou trpící duševním onemocněním (2 otázky), násilné zacházení s matkou nebo nevlastní matkou (4 otázky) a kriminalita (1 otázka). Respondenti byli považováni za vystavené dané kategorii/situaci, pokud odpověděli „ano“ na jednu nebo více otázek v dané kategorii. Prevalence pozitivních odpovědí na jednotlivé otázky a četnost výskytu stanovených kategorií jsou uvedeny v tabulce 1.

V naší analýze jsme použili 7 kategorií špatného zacházení a života v disfunkčním prostředí. Měřítkem stupně vystavení dítěte škodlivému vlivu se stala suma kategorií vystavení – dítě mohlo být vystaveno o kategoriím (bez vystavení škodlivému vlivu) až 7 kategoriím (vystaveno všem kategoriím negativního vlivu).

## HODNOCENÉ RIZIKOVÉ FAKTORY A NEMOCI

Na základě informací z našeho dotazníku i dotazníku Health Appraisal Clinic jsme vybrali 10 rizikových faktorů, které přispívají k vyšší nemocnosti a úmrtnosti ve Spojených státech.<sup>6,7,36,37</sup>

Rizikové faktory zahrnovaly kouření, těžkou obezitu, nedostatek tělesného pohybu, depresivní nálady, pokusy o sebevraždu, alkoholismus, užívání drog subjektem studie, užívání drog rodiči (pečovateli), vysoký počet sexuálních partnerů (> 50) a sexuální přenosnou nemoc v anamnéze.

Rovněž jsme posuzovali vztah mezi negativními zkušenostmi respondentů v dětství a onemocněními, které patří mezi hlavní příčiny úmrtnosti ve Spojených státech.<sup>6</sup>

Přítomnost těchto onemocnění byla stanovena na základě anamnézy, s níž nás pacienti seznámili ve své reakci na dotazník kliniky. Ze zdravotní anamnézy respondentů jsme zahrnuli ischemickou chorobu srdeční (včetně infarktu myokardu nebo užívání nitroglycerinu pro silnou bolest na hrudi), všechny typy rakoviny, mozkovou mrtvici, chronickou bronchitidu nebo chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN), cukrovku, hepatitidu nebo žloutenku a jakékoli kosterní zlomeniny (jako indikátor rizika neúmyslných zranění). Zahrnuli jsme také odpovědi na následující otázku týkající se názoru dotazovaných na jejich vlastní zdraví: „Považujete své fyzické zdraví za vynikající, velmi dobré, dobré, uspokojivé nebo špatné?“, neboť odpověď na tuto otázku značně vypovídá o mortalitě.<sup>45</sup>

## DEFINICE RIZIKOVÝCH FAKTORŮ

Těžkou obezitu jsme definovali jako index tělesné hmotnosti (kg/m<sup>2</sup>) vyšší než 35 na základě změřené výšky a hmotnosti. Absenci fyzického pohybu jsme definovali jako absenci rekreační fyzické aktivity v posledním měsíci a alkoholismus byl definován jako odpověď „Ano“ na otázku „Uvažoval/a jste někdy o sobě jako o alkoholikovi/alkoholičce?“ Ostatní posuzované rizikové faktory není třeba dále vysvětlovat.

## OSOBY VYLOUČENÉ Z ANALÝZY

Z 9 508 respondentů průzkumu jsme vyloučili 51 (0,5 %) z důvodu neuvedení rasy a 34 (0,4 %) z důvodu neuvedení nejvyššího dosaženého vzdělání. Rovněž jsme vyloučili respondenty, kteří neodpověděli na některé otázky týkající se negativních zkušeností v dětství. 125 osob (1,3 %) neodpovědělo na dotaz týkající se užívání návykových látek v domácnosti, 181 (1,9 %) neodpovědělo na dotaz týkající se výskytu duševního onemocnění v domácnosti, 148 (1,6 %) neodpovědělo na dotaz týkající se násilí páchaného na matce, 7 (0,1 %) neodpovědělo na dotaz týkající se případné kriminality člena domácnosti, 109 (1,1 %) neodpovědělo na dotaz týkající se psychického týrání v dětství, 44 (0,5 %) neodpovědělo na dotaz týkající se fyzického týrání v dětství a 753 (7,9 %) neodpovědělo na dotaz týkající se sexuálního zneužívání v dětství. Po vyřazení těchto respondentů zůstalo 8 056 z původních 9 508 respondentů (59,7 % původního vzorku 13 494 osob) a ti byli

zahrnuti do studie. Postupy, jež nám pomohly se ujistit, že naše zjištění jsou zobecnitelná pro celý vzorek populace, jsou popsány níže.

Průměrný věk 8 506 respondentů zahrnutých do této studie byl 56,1 let (věkové rozmezí bylo 19-92 let), 52,1 % z toho byly ženy a 79,4 % běloši. 43 % respondentů absolvovalo post-sekundární vzdělávání a pouze 6,0 % nedokončilo střední školu.

## STATISTICKÁ ANALÝZA

Pro účely naší analýzy jsme použili Systém statistické analýzy (SAS)<sup>46</sup>. Pro věkové přizpůsobení odhadů prevalence jsme použili přímou metodu. Pro vyrovnání potenciálního vlivu faktorů věku, pohlaví, rasy a dosaženého vzdělání na souvislost mezi počtem vystavení negativním zkušenostem v dětství a zdravotními problémy v dospělosti jsme použili logistickou regresní analýzu.

Pro testování vztahu mezi mírou vystavení negativním zkušenostem v dětství a zdravotními problémy v dospělosti jsme zadali počet vystavení jednotlivým kategoriím negativních zkušeností v dětství jako proměnnou (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) do samostatného logistického regresního modelu pro jednotlivé rizikové faktory nebo onemocnění.

## POSOUZENÍ MOŽNÉHO VLIVU VYLOUČENÍ VYBRANÝCH RESPONDENTŮ

Ke zjištění, zda byly naše výsledky ovlivněny vyloučením osob uvádějících neúplné informace v některé z kategorií negativních zkušeností, jsme provedli samostatnou analýzu citlivosti. Do ní jsme zahrnuli všechny respondenty s úplnými demografickými informacemi s předpokladem, že osoby s chybějícími informacemi pro určitou kategorii/kategorie negativních zkušeností nebyly této kategorii vystaveny.

## VÝSLEDKY

### VYSTAVENÍ NEGATIVNÍM ZKUŠENOSTEM V DĚTSTVÍ

Úroveň pozitivních odpovědí na celkem 17 otázek zahrnutých do sedmi kategorií negativních zkušeností v dětství se pohybovala od 3,0 % u dotazu na ohrožování nebo zranění matky (nebo nevlastní matky) respondentem střelnou zbraní nebo nožem, až po 23,5 % u otázky na soužití s problémovým pijákem nebo přímo alkoholikem (tabulka 1). Nejrozšířenější ze zvolených 7 kategorií negativních zkušeností v dětství bylo užívání návykových látek v domácnosti (25,6 %); nejméně rozšířenou kategorií bylo soužití s pachatelem trestné činnosti (3,4 %). Více než polovina respondentů (52 %) uváděla více než jednu kategorii negativních zkušeností v dětství a 6,2 % uvedlo negativní zkušenosti spadající do více než čtyř kategorií.

### SOUVISLOSTI MEZI PREVALENCÍ NEGATIVNÍCH ZKUŠENOSTÍ V DĚTSTVÍ A RIZIKOVÝM CHOVÁNÍM V OBLASTI ZDRAVÍ

Výskyt i riziko (očistěné podíly šancí – AOR) kouření, těžké obezity, absence fyzické činnosti, depresivních nálad a pokusů o sebevraždu se zvyšovaly s rostoucím počtem negativních zkušeností v dětství (tabulka 4).

Když byly osoby vystavené čtyřem kategoriím negativních zkušeností v dětství porovnány s osobami bez vystavení negativním zkušenostem v dětství, poměry šancí výskytu se pohybovaly od 1,3 u absence fyzické aktivity až po 12,2 u pokusů o sebevraždu (tabulka 4).

Podobně se prevalence a riziko (očistěné poměry šancí - AOR) alkoholismu, užívání návykových látek, intravenózního užívání návykových látek, vysokého počtu sexuálních partnerů (> 50) a historie pohlavně přenosných chorob zvyšovaly s rostoucím počtem kategorií negativních zkušeností, kterým byl respondent v dětství vystaven (tabulka č. 5). Při srovnání osob vystavených více než čtyřem kategoriím negativních zkušeností v dětství s osobami bez těchto zkušeností se poměry šancí výskytu pohybovaly od 2,5 u pohlavně přenosných chorob až k 7,4 u alkoholismu a 10,3 u intravenózního užívání návykových látek.

## SOUVISLOSTI MEZI MÍROU VYSTAVENÍ NEGATIVNÍM ZKUŠENOSTEM V DĚTSTVÍ A KUMULACÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK

Zjistili jsme silný vztah mezi mírou vystavení negativním zkušenostem v dětství a počtem rizikových faktorů, jež jsou hlavními příčinami úmrtí v dospělosti (tabulka č. 6). Například u 56 % osob, které nebyly v dětství vystaveny negativním zkušenostem, nebyl zaznamenán ani jeden z deseti rizikových faktorů, zatímco u osob s více než čtyřmi kategoriemi negativních zkušeností v dětství, byla absence rizikových faktorů nízká (14 % osob). 4 a více rizikových faktorů byly zaznamenány jen u 1 % osob bez negativních zkušeností v dětství. U osob se čtyřmi a více kategoriemi negativních zkušeností byl stejný počet rizikových faktorů zaznamenán u 7 % z nich.

## SOUVISLOSTI MEZI MÍROU VYSTAVENÍ NEGATIVNÍM ZKUŠENOSTEM V DĚTSTVÍ A ONEMOCNĚNÍMI V DOSPĚLOSTI

Když jsme porovnali respondenty, kteří byli vystaveni více než čtyřem kategoriím negativních zkušeností v dětství s respondenty bez těchto zkušeností, poměry šancí výskytu se pohybovaly od 1,6 u diabetu po 3,9 u chronické bronchitidy nebo CHOPN (tabulka č. 7). Podobné byly i poměry šancí výskytu u kosterních zlomenin, hepatitidy nebo žloutenky a negativního hodnocení vlastního zdravotního stavu (1,6, 2,3, respektive 2,2 viz tabulka 8).

## VÝZNAM VZTAHU MEZI MÍROU VYSTAVENÍ NEGATIVNÍM ZKUŠENOSTEM V DĚTSTVÍ A JEJICH DOPADEM NA ZDRAVÍ V DOSPĚLOSTI

V logistických regresních modelech (které zahrnovaly kovariáty věk, pohlaví, rasa, dosažené vzdělání) jsme zjistili silný vztah mezi mírou vystavení negativním zkušenostem v dětství a každým z deseti analyzovaných rizikových faktorů, které jsou hlavními příčinami úmrtí v dospělosti ( $P < .001$ ). Zjistili jsme i významný vztah ( $P < .05$ ) mezi mírou vystavení negativním zkušenostem v dětství a následujícími onemocněními: ischemická choroba srdeční, rakovina, chronická bronchitida nebo CHOPN, hepatitida nebo žloutenka, kosterní zlomeniny a negativním hodnocením vlastního zdravotního stavu. V případě cévních mozkových příhod a diabetu nebyl zjištěn žádný statisticky významný vztah k míře vystavení negativním zkušenostem.

## HODNOCENÍ VLIVU VYLOUČENÍ VYBRANÝCH RESPONDENTŮ

Při analýze vlivu vyloučení neúplných informací (absence informací o vystavení dané kategorii negativních zkušeností byla automaticky hodnocena jako nevystavení dané zkušenosti/zkušenostem), byly směr a síla vztahu mezi počtem negativních zkušeností v dětství na jedné straně a rizikovými faktory a onemocněními na straně druhé téměř totožné s výsledky popsanými výše (údaje nejsou uváděny). Zdá se tedy, že námi předkládané výsledky nejsou ovlivněny naším rozhodnutím vyloučit osoby, u nichž byly informace o vystavení kategorii/kategoriím negativních zkušeností v dětství neúplné.

## DISKuze

Zjistili jsme silný vztah mezi mírou vystavení špatnému zacházení/životem v disfunkčním prostředí v dětství a výskytem rizikových faktorů, které se řadí k hlavním příčinám úmrtí v dospělosti. Sledovaná onemocnění (vč. ischemické choroby srdeční, rakoviny, CHOPN, kosterních zlomenin nebo hepatitidy) i špatné hodnocení vlastního zdraví se častěji vyskytují u respondentů, kteří byli vystaveni negativním zkušenostem v dětství. Ze zjištění vyplývá, že dopad sledovaných negativních zkušeností v dětství na zdravotní stav dospělých je silný a kumulativní.

Převažující většina pacientů, kteří byli vystaveni jedné kategorii negativních zkušeností, byla vystavena minimálně jedné další kategorii negativních zkušeností. Z naší analýzy širší škály vzájemně souvisejících negativních zkušeností v dětství mohou mít prospěch výzkumníci věnující se problematice dlouhodobých zdravotních důsledků negativních zkušeností v dětství. Konkrétní zdravotní problémy dospělých mohou více než s šíří negativních zkušeností, kterou jsme ve studii použili, souviset se specifickou kombinací nebo mírou vystavení určitým negativním zkušenostem

v dětství. Nicméně naše analýza ilustruje potřebu zkoumání výsledného vlivu skupiny komplexních interakcí na širokou škálu rizikového chování a onemocnění.

Při interpretaci výsledků této studie je třeba vzít v úvahu několik potenciálních omezení. Data o prevalenci negativních zkušeností v dětství jsou založena na tom, co nám respondent sám o sobě sděluje a na zpětném vybavení zážitků z dětství. Popisují také pouze souvislosti mezi negativními zkušenostmi v dětství a rizikovým chováním, resp. zdravotním stavem a výskytem onemocnění v dospělém věku. Dále také mohly být některé osoby s rizikovým chováním nebo onemocněními více nebo naopak méně ochotní uvádět své negativní zkušenosti z dětství. Každé z těchto omezení potenciálně omezuje naše závěry o příčinných souvislostech. Stejně tak respondenti mohli při vyplňování zdravotního dotazníku buď přehánět, nebo naopak omezovat poskytnuté informace o svém zdravotním stavu. Je rovněž možné, že jsou i jiné souvislosti mezi negativními zkušenostmi v dětství a zdravotním stavem v dospělosti než rizikové faktory, které jsme zkoumali. Negativní zkušenosti v dětství mohou například ovlivnit postoje v dospělosti a přístup jednotlivce k vlastnímu zdraví a zdravotní péči obecně. Mohou též ovlivnit citlivost na vnitřní pocity nebo fyziologické fungování mozkových center a neurotransmiterů. Komplexnější porozumění těmto dalším souvislostem nám pravděpodobně umožní efektivnější řešení dlouhodobých zdravotních problémů souvisejících se špatným zacházením a životem v disfunkčním rodinném prostředí v dětství.

Naše odhady prevalence negativních zkušeností v dětství jsou podobné výsledkům národních studií, z čehož dovozujeme, že zkušenosti našich respondentů jsou srovnatelné se širším vzorkem americké populace. 23,5 % respondentů v naší studii uvedlo, že vyrůstali v domácnosti spolu s alkoholem, zatímco National Health Interview Survey z roku 1988 uvádí, že podíl dospělých osob, které vyrůstaly ve společné domácnosti s alkoholem, je 18,1 %.<sup>41</sup> Kontaktní sexuální zneužívání v naší studii uvádí 22 % respondentů (28 % žen a 16 % mužů). Národní telefonický výzkum dospělých z roku 1990 využívající podobných kritérií pro zjišťování zkušeností sexuálního zneužívání odhaduje, že oběťmi kontaktního sexuálního zneužívání bylo 27 % žen a 16 % mužů.<sup>12</sup>

K tomu, abychom se domnívali, že naše zjištění o dlouhodobých souvislostech mezi negativními zkušenostmi v dětství a zdravotním stavem v dospělosti jsou spíše umírněné, máme několik důvodů. Při longitudinálním sledování dospělých jedinců se zdokumentovanou historií špatného zacházení v dětství, bylo zjištěno, že jejich retrospektivní výpovědi uvádějí nižší výskyt negativních zkušeností v dětství, než tomu ve skutečnosti bylo.<sup>47,48</sup>

**Tabulka 2: Vztah mezi jednotlivými kategoriemi negativních zkušeností v dětství. Podíl (%) vystavených zkušeností v dalších kategoriích**

První kategorie Neg. zkušeností v dětství	Velikost vzorku*	Psychické týrání	Fyzické týrání	Sexuální zneužívání	Návyk. látky u člena domácnosti	Duševní onemocnění	Násilí na matce	Člen. dom. ve vězení	Další 1 kat. negativních zkušeností	Další 2 kat. negativních zkušeností
<b>Psychické týrání</b>	898	-	52**	47	51	50	39	9	93	74
<b>Fyzické týrání</b>	874	54	-	44	45	38	35	9	86	64
<b>Sexuální zneužívání</b>	1770	24	22	-	39	31	23	6	65	41
<b>Návyk. látky u člena dom.</b>	2064	22	19	34	-	34	29	8	69	40
<b>Duševní onemocnění</b>	1512	30	22	37	46	-	-	7	74	47
<b>Násilí na matce</b>	1010	34	31	41	59	38	-	10	86	62
<b>Člen domácnosti ve vězení</b>	271	29	29	40	62	43	37	-	86	64
<b>rozsah</b>	medián (19±52)	29,4 (34±47)	25,4 (39±62)	40,5 (31±50)	48,5	38	32 (23±39)	8,5 (6±10)	80 (65±93)	54,5 (40±74)

\*Počet osob s první kategorií negativních zkušeností. \*\*Např. z 898 respondentů, kteří byli vystaveni psychologickému týrání, bylo 52 % také fyzicky týráno. Více respondentů bylo vystaveno druhlé kategorii, než by odpovídalo náhodnému výskytu (P.001,chi-kvadrát).

Podceňování výskytu negativních zkušeností v dětství má za následek snížení významu vztahu mezi výskytem těchto zkušeností v dětství a rizikovým chováním, resp. onemocněními v dospělosti. Další příčinou snižování významu vztahu mezi negativními zkušenostmi v dětství a zdravotními důsledky v dospělosti je nižší počet negativních zkušeností uváděných staršími respondenty zahrnutými ve studii. Může se jednat o fenomén způsobený předčasnou úmrtností osob s mnohočetnými negativními zkušenostmi v dětství. Kumulace rizikových faktorů u osob s vícečetnými negativními zkušenostmi v dětství této hypotéze odpovídá. Je tudíž možné, že vztah mezi negativními zkušenostmi v dětství a rizikovým chováním, resp. zdravotním stavem v dospělosti je ve skutečnosti silnější, než ukazuje naše studie.

Základní otázkou, kterou si na základě našich zjištění klademe, je „Jak přesně negativní zkušenosti v dětství souvisejí s rizikovým chováním a zdravotním stavem v dospělosti?“

Spojovacím mechanismem se jeví být rozvoj rizikového chování, jako jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, přejídání se nebo nezdravé sexuální chování.

To může být vědomě, či nevědomě užíváno pro svůj okamžitý farmakologický nebo psychologický dopad, díky němuž se stává nástrojem ke zvládnutí stresu způsobeného špatným zacházením, domácím násilím nebo jinými stresory v disfunkčním rodinném prostředí.

Vysoká četnost negativních zkušeností u dětí očekávatelně vede k úzkosti, vzteku a depresi. Vzhledem k tomu, že návyky, jako jsou kouření, nadměrné požívání alkoholu nebo užívání drog, se jeví být efektivními nástroji ke zvládnutí stresových situací, stávají se z nich návyky chronické.

Například nikotin má pozitivní účinky na seberegulaci,<sup>49</sup> a proto lidé trpící depresí častěji kouří.<sup>50,51</sup> A tedy i osobám, které byly v dětství vystaveny negativním zkušenostem, může užívání látek, jako je nikotin, pomáhat při regulaci jejich psychického stavu.<sup>49,52</sup>

Zvážení pozitivních neuroregulačních účinků rizikového chování, jako je kouření, může poskytnout biobehaviorální vysvětlení<sup>53</sup> pro souvislost mezi negativními zkušenostmi v dětství a rizikovým chováním a nemocností v dospělosti. Zjistili jsme, že vystavení vyššímu počtu kategorií negativních zkušeností v dětství zvýšilo pravděpodobnost kouření ve věku 14 let, výskyt chronického kouření v dospělosti i výskyt onemocnění souvisejících s kouřením. Kouření, které je lékařsky a společensky vnímáno jako „problém“, tak může z pohledu kuřáka představovat účinné okamžité řešení problémů, které následně vede k chronickému užívání. O desítky let později, když se toto „řešení“ projevuje jako rozedma plic, kardiovaskulární onemocnění nebo zhoubný nádor, délka doby, která uplynula, a tendence ignorovat psychické potíže při léčbě somatických onemocnění značně ztěžuje porozumění primárním příčinám těchto onemocnění. Neporozumění možným přínosům zdravotně rizikového chování vede k tomu, že je považováno za iracionální a jsou vnímány pouze jeho negativní důsledky.

Vzhledem k tomu, že negativní zkušenosti v dětství jsou běžné, a mají silné a dlouhodobé souvislosti s rizikovým chováním dospělých, jejich zdravotním stavem a nemocností, je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost strategiím primární, sekundární a terciární prevence. Tyto strategie zahrnují prevenci výskytu negativních zkušeností v dětství a prevenci rozvoje rizikového chování jako reakce na negativní zkušenosti v dětství a adolescenci. Zahrnují také pomoc dané osobě omezit zdravotně ohrožující chování a podporu snižování nemocnosti a zátěže mezi dospělými, jejichž zdravotní problémy mohou být dlouhodobým důsledkem prožitých negativních zkušeností v dětství.

**Tabulka č. 3. Prevalence sledovaných kategorií negativních zkušeností v dětství podle demografických charakteristik**

Charakteristika	Velikost vzorku (N)	Počet kategorií negativních zkušeností, podíl respondentů ve vzorku (%)				
		0	1	2	3	4
<b>Věková skupina (roky)</b>						
19–34	807	35.4	25.4	17.2	11.0	10.9
35–49	2,063	39.3	25.1	15.6	9.1	10.9
50–64	2,577	46.5	25.2	13.9	7.9	6.6
>65	2,610	60.0	24.5	8.9	4.2	2.4
<b>Pohlaví<sup>b</sup></b>						
ženy	4,197	45.4	24.0	13.4	8.7	8.5
muži	3,859	53.7	25.8	11.6	5.0	3.9
<b>Rasa</b>						
Bílá pleť	6,432	49.7	25.3	12.4	6.7	6.0
Tmavá pleť	385	38.8	25.7	16.3	12.3	7.0
Hispánská	431	42.9	24.9	13.7	7.4	11.2
Asijská	508	66.0	19.0	9.9	3.4	1.7
Jiná	41.0	23.5	13.9	9.5	12.1	
<b>Vzdělání<sup>b</sup></b>						
Základní	480	56.5	21.5	8.4	6.5	7.2
Střední	1,536	51.6	24.5	11.3	7.4	5.2
Vyšší	2,541	44.1	25.5	14.8	7.8	7.8
Vyšší odborné	3,499	51.4	25.1	12.1	6.1	5.3
<b>Celkem</b>	<b>8,056</b>	<b>49.5</b>	<b>24.9</b>	<b>12.5</b>	<b>6.9</b>	<b>6.2</b>

<sup>a)</sup> Počet kategorií negativních zkušeností v dětství byl součtem sledovaných kategorií vykázaných respondenty (celkem sedm kategorií viz tabulka č. 1).

<sup>b)</sup> Odhady prevalence upravené podle věku.

Primární prevence negativních zkušeností v dětství se ukázala jako obtížná<sup>54-55</sup> a v konečném důsledku bude vyžadovat společenské změny, které zlepší kvalitu rodinného prostředí rodin s dětmi. Nedávný výzkum dlouhodobého přínosu návštěv sociálních pracovníků v disfunkčních domácnostech jako nástroj pro snížení incidence negativních dětských zkušeností je slibný.<sup>56</sup> Předběžné údaje ze studie ACE byly pro Kaiser Health Plan impulsem pro financování komunitních programů ve čtyřech lokalitách (včetně kalifornského okresu San Diego). Tento program rozšiřuje tradiční pediatrikou praxi a přidává k ní služby jednoho nebo více specialistů na vývojové a psychosociální dimenze dětství i rodičovství. Prostřednictvím řady návštěv v lékařské ordinaci, domácích návštěv a telefonické poradenské linky pro rodiče rozvíjejí tito specialisté blízké vztahy mezi dětmi a jejich primárními pečovateli od narození do 3 let. Tento přístup je v souladu s doporučením Poradního výboru USA pro boj proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí směrem k vytvoření univerzálního programu návštěv v domácnostech na podporu rodičů nově narozených dětí<sup>57,58</sup> a je příkladem úsilí o primární prevenci zaměřenou na podporu péče v rodinném prostředí. Pokud se povede tyto přístupy replikovat a implementovat v širším měřítku, jejich dlouhodobý dopad se může, poněkud překvapivě, projevit v podstatném zlepšení celkového zdravotního stavu dospělých.

Sekundární prevence důsledků negativních zkušeností v dětství bude nejprve vyžadovat uznání jejich samotného výskytu a následně porozumění prostředkům, které jsou využívány ke snížení emocionálního dopadu těchto zkušeností (seberegulaci). Důvěra v to, že se člověk vzdá funkčního okamžitého „řešení“ výměnou za mlhavý dlouhodobý přínos pro zdraví, zmařila mnoho dobře zamýšlených preventivních snah. Ačkoli články v obecné lékařské literatuře opakovaně upozorňují lékařskou komunitu na skutečnost, že týrání, zneužívání a další negativní zážitky v dětství jsou běžným jevem,<sup>59</sup> péče o zdraví dospívajících je často nedostatečná ve smyslu posouzení psychosociálních faktorů a anticipace problémů s nimi

spojených.<sup>60</sup> Je zřejmé, že k identifikaci a cílenému zásahu u dětí a rodin, jež jsou ohroženy těmito negativními zkušenostmi a jejich souvisejícími následky, je zapotřebí uplatňovat komplexní strategie.<sup>61</sup> Tyto strategie by měly zahrnovat zvýšenou komunikaci mezi praktickými a dětskými lékaři, internisty, ošetřovateli, sociálními pracovníky, pracovníky urgentní medicíny, preventivními programy a programy veřejného zdraví obecně. Rovněž je třeba lépe porozumět dopadům vystavení dětí násilí a dalším negativním zkušenostem, jako jsou užívání alkoholu nebo výskyt duševního onemocnění v rodině.<sup>19,62</sup> Kromě toho je zapotřebí vzdělávání lékařů<sup>63</sup>, aby byli schopni rozpoznat a vést péči o osoby, na něž má negativní dopad zneužívání, domácí násilí a jiné zátěže spojené s rodinným prostředím, jako jsou alkoholismus nebo duševní onemocnění člena rodiny.

Do doby, než bude vybudován systém primární a sekundární prevence, zůstane terciární péče o dospělé, jejichž zdravotní problémy souvisejí s negativními zkušenostmi v dětství,<sup>5</sup> i nadále obtížně zvládnutelnou výzvou. Vztah mezi zkušenostmi v dětství a zdravotním stavem dospělých je v lékařské praxi často přehlížen, a to hlavně kvůli dlouhému časovému odstupu mezi identifikací zdravotních problémů v dospělosti a dobou, kdy byl člověk vystaven negativním zkušenostem, které jeho stav zapříčinily.



**Tabulka č. 4. Počet kategorií negativních zkušeností v dětství a prevalence/vážený poměr pravděpodobnosti kouření, těžké obezity, nedostatečné fyzické aktivity, depresivních nálad a pokusů o sebevraždu**

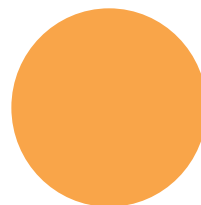
Zdravotní problém	Počet kategorií neg. zkušeností	Velikost vzorku (N) <sup>a</sup>	Prevalence (%) <sup>b</sup>	Vážený poměr pravděpodobnosti <sup>c</sup>	95% interval spolehlivosti.
<b>Kuřák (v současnosti)<sup>d</sup></b>	0	3,836	6.8	1.0	Referent
	1	2,005	7.9	1.1	( 0.9–1.4)
	2	1,046	10.3	1.5	( 1.1–1.8)
	3	587	13.9	2.0	( 1.5–2.6)
	4 nebo více	544	16.5	2.2	( 1.7–2.9)
	<b>celkem</b>	<b>8,018</b>	<b>8.6</b>	—	—
<b>Závažná obezita<sup>d</sup> (BMI &gt; 35)</b>	0	3,850	5.4	1.0	Referent
	1	2,004	7.0	1.1	( 0.9–1.4)
	2	1,041	9.5	1.4	( 1.1–1.9)
	3	590	10.3	1.4	( 1.0–1.9)
	4 nebo více	543	12.0	1.6	( 1.2–2.1)
	<b>celkem</b>	<b>8,028</b>	<b>7.1</b>	—	—
<b>Nedostatečná fyzická aktivita (volnočasová)</b>	0	3,634	18.4	1.0	Referent
	1	1,917	22.8	1.2	( 1.1–1.4)
	2	1,006	22.0	1.2	( 1.0–1.4)
	3	559	26.6	1.4	( 1.1–1.7)
	4 nebo více	523	26.6	1.3	( 1.1–1.6)
	<b>celkem</b>	<b>7,639</b>	<b>21.0</b>	—	—
<b>Dva nebo více týdnů depresivních nálad v minulém roce</b>	0	3,799	14.2	1.0	Referent
	1	1,984	21.4	1.5	( 1.3–1.7)
	2	1,036	31.5	2.4	( 2.0–2.8)
	3	584	36.2	2.6	( 2.1–3.2)
	4 nebo více	542	50.7	4.6	( 3.8–5.6)
	<b>celkem</b>	<b>7,945</b>	<b>22.0</b>	—	—
<b>Pokus o sebevraždu</b>	0	3,852	1.2	1.0	Referent
	1	1,997	2.4	1.8	( 1.2–2.6)
	2	1,048	4.3	3.0	( 2.0–4.6)
	3	587	9.5	6.6	( 4.5–9.8)
	4 nebo více	544	18.3	12.2	( 8.5–17.5)
	<b>celkem</b>	<b>8,028</b>	<b>3.5</b>	—	—

<sup>a</sup>Velikost vzorku se bude lišit v závislosti na neúplných nebo chybějících informacích o zdravotních problémech.

<sup>b</sup>Odhady prevalence jsou upraveny podle věku a pohlaví.

<sup>c</sup>Vážené poměry jsou upraveny podle věku, pohlaví, rasy a dosaženého vzdělání.

<sup>d</sup>Označuje informace zaznamenané v kartě pacienta před odesláním dotazníku ke studii.



**Tabulka č. 5. Počet kategorií negativních zkušeností v dětství a prevalence / vážený poměr pravděpodobnosti zdraví ohrožujícího rizikového chování včetně užívání alkoholu a návykových látek, vysokého počtu sexuálních partnerů a historie sexuálně přenosných nemocí**

Zdravotní problém	Počet kategorií neg. zkušeností	Velikost vzorku (N) <sup>a</sup>	Prevalence (%) <sup>b</sup>	Vážený poměr pravděpodobnosti <sup>c</sup>	95% interval spolehlivosti.
<b>Považuje se za alkoholika</b>	0	3,841	2.9	1.0	Referent
	1	1,993	5.7	2.0	(1.6–2.7)
	2	1,042	10.3	4.0	(3.0–5.3)
	3	586	11.3	4.9	(3.5–6.8)
	4 nebo více	540	16.1	7.4	(5.4–10.2)
	<b>celkem</b>	<b>8,002</b>	<b>5.9</b>	—	—
<b>Historie užívání návykových látek</b>	0	3,856	6.4	1.0	Referent
	1	1,998	11.4	1.7	(1.4–2.0)
	2	1,045	19.2	2.9	(2.4–3.6)
	3	589	21.5	3.6	(2.8–4.6)
	4 nebo více	541	28.4	4.7	(3.7–6.0)
	<b>celkem</b>	<b>8,029</b>	<b>11.6</b>	—	—
<b>Historie intrav. užívání drog</b>	0	3,855	0.3	1.0	Referent
	1	1,996	0.5	1.3	(0.6–3.1)
	2	1,044	1.4	3.8	(1.8–8.2)
	3	587	2.3	7.1	(3.3–15.5)
	4 nebo více	540	3.4	10.3	(4.9–21.4)
	<b>celkem</b>	<b>8,022</b>	<b>0.8</b>	—	—
<b>Historie 50+ sex. partnerů</b>	0	3,400	3.0	1.0	Referent
	1	1,812	5.1	1.7	(1.3–2.3)
	2	926	6.1	2.3	(1.6–3.2)
	3	526	6.3	3.1	(2.0–4.7)
	4 nebo více	474	6.8	3.2	(2.1–5.1)
	<b>celkem</b>	<b>7,138</b>	<b>4.4</b>	—	—
<b>Historie sex. přenosné nemoci<sup>d</sup></b>	0	3,848	5.6	1.0	Referent
	1	2,001	8.6	1.4	(1.1–1.7)
	2	1,044	10.4	1.5	(1.2–1.9)
	3	588	13.1	1.9	(1.4–2.5)
	4 nebo více	542	16.7	2.5	(1.9–3.2)
	<b>celkem</b>	<b>8,023</b>	<b>8.2</b>	—	—

<sup>a</sup>Velikost vzorku se bude lišit v závislosti na neúplných nebo chybějících informacích o zdravotních problémech.

<sup>b</sup>Odhady prevalence jsou upraveny podle věku a pohlaví.

<sup>c</sup>Vážené poměry jsou upraveny podle věku, pohlaví, rasy a dosaženého vzdělání.

<sup>d</sup>Označuje informace zaznamenané v kartě pacienta před odesláním dotazníku ke studii.

**Tabulka č. 6. Souvislosti mezi počtem kategorií negativních zkušeností v dětství a počtem rizikových faktorů, které se řadí k hlavním příčinám úmrtí v dospělosti<sup>a</sup>**

Počet kategorií	Velikost vzorku	% s počtem rizikových faktorů				
		0	1	2	3	4
0	3,861	56	29	10	4	1
1	2,009	42	33	16	6	2
2	1,051	31	33	20	10	4
3	590	24	33	20	13	7
>4	545	14	26	28	17	7
<b>celkem</b>	<b>8,056</b>	<b>44</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

<sup>a</sup>Rizikové faktory zahrnují: kouření, těžkou obezitu, fyzickou nečinnost, depresivní nálady, pokus o sebevraždu, alkoholismus, jakékoli užívání drog, intravenózní užívání drog, vysoký počet sexuálních partnerů (> 50 sexuálních partnerů) a pohlavně přenosné nemoci v anamnéze.

**Tabulka č. 7. Počet kategorií negativních zkušeností v dětství a prevalence a vážený poměr pravděpodobnosti infarktu myokardu, rakoviny, cévní mozkové příhody, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a diabetu**

Choroba <sup>d</sup>	Počet kategorií	Velikost vzorku (N) <sup>a</sup>	Prevalence (%) <sup>b</sup>	Vážený poměr pravděpodobnosti <sup>c</sup>	95% interval spolehlivosti.
<b>Ischemická choroba srdeční</b>	0	3,859	3.7	1.0	Referent
	1	2,009	3.5	0.9	(0.7–1.3)
	2	1,050	3.4	0.9	(0.6–1.4)
	3	590	4.6	1.4	(0.8–2.4)
	4 nebo více	545	5.6	2.2	(1.3–3.7)
	<b>celkem</b>	<b>8,022</b>	<b>3.8</b>	—	—
<b>Rakovina</b>	0	3,842	1.9	1.0	Referent
	1	1,995	1.9	1.2	(1.0–1.5)
	2	1,043	1.9	1.2	(1.0–1.5)
	3	588	1.9	1.0	(0.7–1.5)
	4 nebo více	543	1.9	1.9	(1.3–2.7)
	<b>celkem</b>	<b>8,011</b>	<b>1.9</b>	—	—
<b>Cévní mozková příhoda</b>	0	3,832	2.6	1.0	Referent
	1	1,993	2.4	0.9	(0.7–1.3)
	2	1,042	2.0	0.7	(0.4–1.3)
	3	588	2.9	1.3	(0.7–2.4)
	4 nebo více	543	4.1	2.4	(1.3–4.3)
	<b>celkem</b>	<b>7,998</b>	<b>2.6</b>	—	—
<b>CHOPN</b>	0	3,758	2.8	1.0	Referent
	1	1,939	4.4	1.6	(1.2–2.1)
	2	1,009	4.4	1.6	(1.1–2.3)
	3	565	5.7	2.2	(1.4–3.3)
	4 nebo více	512	8.7	3.9	(2.6–5.8)
	<b>celkem</b>	<b>7,783</b>	<b>4.0</b>	—	—
<b>Diabetes</b>	0	3,850	4.3	1.0	Referent
	1	2,002	4.1	1.0	(0.7–1.3)
	2	1,046	3.9	0.9	(0.6–1.3)
	3	587	5.0	1.2	(0.8–1.9)
	4 nebo více	542	5.8	1.6	(1.0–2.5)
	<b>celkem</b>	<b>8,027</b>	<b>4.3</b>	—	—

<sup>a</sup>Velikost vzorku se bude lišit v závislosti na neúplných nebo chybějících informacích o zdravotních problémech.

<sup>b</sup>Odhady prevalence jsou upraveny podle věku a pohlaví.

<sup>c</sup>Vážené poměry jsou upraveny podle věku, pohlaví, rasy a dosaženého vzdělání.

<sup>d</sup>Označuje informace zaznamenané v kartě pacienta před odesláním dotazníku ke studii.

Tyto dětské zkušenosti navíc zahrnují emocionálně citlivá témata, jako jsou alkoholismus v rodině<sup>29,30</sup> a sexuální zneužívání.<sup>64</sup>

Mnoho lékařů se může obávat, že rozhovor o sexuálním násilí a dalších citlivých otázkách je příliš osobní i ve vztahu mezi lékařem a pacientem.<sup>65</sup> Americká lékařská asociace například doporučuje dotazovat se žen na případné zkušenosti s násilím při každé registraci do zdravotního systému,<sup>66</sup> takový screening je však relativně vzácný.<sup>67</sup> Zajímavé je, že ženy, které byly dotazovány na případné sexuální násilí, tvrdí, že tyto otázky vítají a považují je za důležité pro rutinní lékařské vyšetření,<sup>68</sup> což naznačuje, že obavy lékařů z reakcí pacientů jsou do značné míry neopodstatněné.

Je zřejmé, že je zapotřebí dalšího výzkumu a odborného výcviku tak, aby lékaři a odborníci na veřejné zdraví lépe porozuměli tomu, jak jsou sociální, emocionální a zdravotní problémy lidí po celou dobu jejich života propoje-

ny (obrázek 1). Takový výzkum a odborný výcvik by poskytl lékařům větší jistotu i dovednosti k dotazování a adekvátní reakci na pacienty, kteří tento typ zkušeností v dětství v anamnéze uvedou. Zvýšené povědomí o četnosti výskytu a dlouhodobých důsledcích negativních zkušeností v dětství může také vést ke zlepšení programů podpory zdraví a prevence nemocí. Obtíže spojené se zaváděním požadovaných změn do lékařského výzkumu a studií na téma veřejného zdraví i do vzdělávání a zdravotnické praxe, lze vyvážit pouze šíří pozitivních důsledků, které tyto změny budou mít na celkové zdraví populace.

**Tabulka č. 8. Počet kategorií negativních zkušeností v dětství a prevalence/vážený poměr pravděpodobnosti kosterních zlomenin, hepatitidy nebo žloutenky a negativního hodnocení vlastního zdraví.**

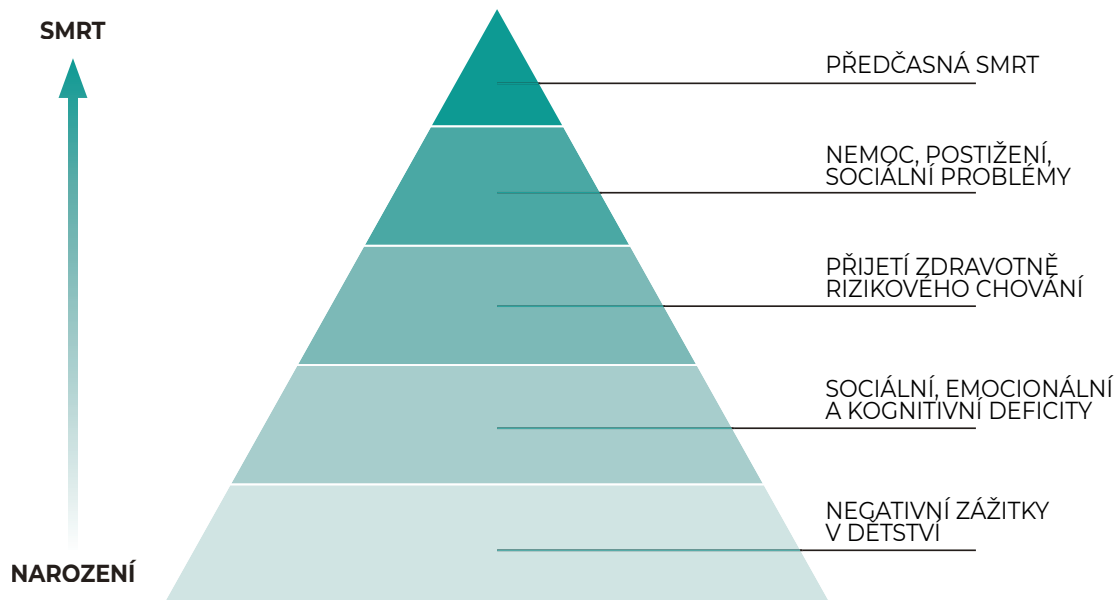
Choroba	Počet kategorií	Velikost vzorku (N) <sup>a</sup>	Prevalence (%) <sup>b</sup>	Vážený poměr pravděpodobnosti <sup>c</sup>	95% interval spolehlivosti. <sup>d</sup>
<b>Utrpěl/a kosterní zlomeninu</b>	0	3,843	3.6	1.0	Ref.poměr
	1	1,998	4.0	1.1	(1.0–1.2)
	2	1,048	4.5	1.4	(1.2–1.6)
	3	587	4.0	1.2	(1.0–1.4)
	4 nebo více	544	4.8	1.6	(1.3–2.0)
	<b>celkem</b>	<b>8,020</b>	<b>3.9</b>	—	—
<b>Měl/a hepatitidu/žloutenku</b>	0	3,846	5.3	1.0	Ref.poměr
	1	2,006	5.5	1.1	(0.9–1.4)
	2	1,045	7.7	1.8	(1.4–2.3)
	3	590	10.2	1.6	(1.2–2.3)
	4 nebo více	543	10.7	2.4	(1.8–3.3)
	<b>celkem</b>	<b>8,030</b>	<b>6.5</b>	—	—
<b>Dobré/špatné sebehodnocení. zdraví</b>	0	3,762	16.3	1.0	Ref.poměr
	1	1,957	17.8	1.2	(1.0–1.4)
	2	1,029	19.9	1.4	(1.2–1.7)
	3	584	20.3	1.4	(1.1–1.7)
	4 nebo více	527	28.7	2.2	(1.8–2.7)
	<b>celkem</b>	<b>7,859</b>	<b>18.2</b>	—	—

<sup>a</sup>Velikost vzorku se bude lišit v závislosti na neúplných nebo chybějících informacích o zdravotních problémech.

<sup>b</sup>Odhady prevalence jsou upraveny podle věku a pohlaví.

<sup>c</sup>Vážené poměry jsou upraveny podle věku, pohlaví, rasy a dosaženého vzdělání.

<sup>d</sup>Označuje informace zaznamenané v kartě pacienta před odesláním dotazníku ke studii.



**Obrázek 1. Potenciální celoživotní vlivy negativních zkušeností v dětství. (pyramida: předčasná smrt/nemoci, invalidita a sociální problémy/zdraví ohrožující chování/sociální, emoční a kognitivní deficity/negativní zkušenosti v dětství)**

Poděkování: Děkujeme Naomi Howard za její práci na studii ACE. Tento výzkum je podporován Centry pro dohled a prevenci chorob prostřednictvím dohody o spolupráci TS-44-10/12 se Sdružením pedagogů preventivního lékařství.

## REFERENCE

1. Springs F, Friedrich WN. Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc* 1992;67:527±32.
2. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *South Med J* 1991;84:328 ±31.
3. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J* 1993;86:732± 6.
4. Gould DA, Stevens NG, Ward NG, Carlin AS, Sowell HE, Gustafson B. Self-reported childhood abuse in an adult population in a primary care setting. *Arch Fam Med* 1994;3:252± 6.
5. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Schroeder AF, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA* 1997;277:1362± 8.
6. Mortality patterns: United States, 1993. *Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45:161± 4.
7. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270:2207±12.
8. Landis J. Experiences of 500 children with adult sexual deviation. *Psychiatr Q* 1956;30(Suppl):91±109.
9. Straus MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Family* 1986;48:465±79.
10. Wyatt GE, Peters SD. Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1986;10:241±51.
11. Berger AM, Knutson JF, Mehm JG, Perkins KA. The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse Negl* 1988;12:251± 62.
12. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 14:19 ±28.
13. Egeland B, Sroufe LA, Erickson M. The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse Negl* 1983;7:459 ± 69.
14. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;55:530 ± 41.
15. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992;16:101±18.
16. Hibbard RA, Ingersoll GM, Orr DP. Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. *Pediatrics* 1990;86:896 ±901.
17. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics* 1994;93:570 ±5.
18. Cunningham RM, Stiffman AR, Dore P. The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: implications for public health. *Child Abuse Negl* 1994;18:233± 45.
19. Council on Scientific Affairs. Adolescents as victims of family violence. *JAMA* 1993;270:1850 ± 6.
20. Nelson DE, Higginson GK, Grant-Worley JA. Physical abuse among high school students. Prevalence and correlation with other health behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:1254 ± 8.
21. Mullen PE, Roman-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1988;1:841±5.
22. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li Z, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990;113: 828 ±33.
23. Harrop-Griffiths J, Katon W, Walker E, Holm L, Russo J, Hickok L. The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol* 1988;71:589 ±94.
24. Briere J, Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse Negl* 1988;12:331± 41.
25. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990;14:357± 64.
26. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl* 1991;15:5±18.
27. Moeller TP, Bachman GA, Moeller JR. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993;17:623± 40.
28. Bryant SL, Range LM. Suicidality in college women who were sexually and physically punished by parents. *Violence Vict* 1995;10:195±201.
29. Zeitlen H. Children with alcohol misusing parents. *Br Med Bull* 1994;50:139 ±51.
30. Dore MM, Doris JM, Wright P. Identifying substance abuse in maltreating families: a child welfare challenge. *Child Abuse Negl* 1995;19:531± 43.
31. Ethier LS, Lacharite C, Couture G. Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse Negl* 1995;19:619 ±32.
32. Spaccarelli S, Coatsworth JD, Bowden BS. Exposure to family violence among incarcerated boys; its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence Vict* 1995;10:163± 82.
33. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Dev* 1995;66:1239 ± 61.
34. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Schweers J, Balach L, Roth C. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:52± 8.
35. Shaw DS, Vondra JI, Hommerding KD, Keenan K, Dunn M. Chronic family adversity and early child behavior problems: a longitudinal study of low income families. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35:1109 ±22.
36. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
37. Rivara FP, Mueller BA, Somes G, Mendoza CT, Rushforth NB, Kellerman AL. Alcohol and illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. *JAMA* 1997;278:569 ± 75.
38. Dillman DA. Mail and telephone surveys: the total design method. New York: John Wiley & Sons; 1978.
39. Straus M, Gelles RJ. Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick: Transaction Press; 1990.

40. Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and White-American women in childhood. *Child Abuse Negl* 1985; 9:507±19.
41. National Center for Health Statistics. Exposure to alcoholism in the family: United States, 1988. *Advance Data*, No. 205. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC; September 30, 1991.
42. Siegel PZ, Frazier EL, Mariolis P, et al. Behavioral risk factor surveillance, 1991; Monitoring progress toward the Nation's Year 2000 Health Objectives. *Morb Mortal Wkly Rep* 1992;42(SS-4):1±15.
43. Crespo CJ, Keteyian SJ, Heath GW, Sempos CT. Leisure-time physical activity among US adults: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 1996;156:93± 8.
44. Robins LN, Helzer JE, Groughan J, Ratliff K. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381±9.
45. Idler E, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Pub Health* 1990;80:446 ±52.
46. SAS Procedures Guide. SAS Institute Inc. Version 6, 3rd edition, Cary, NC: SAS Institute; 1990.
47. Femina DD, Yeager CA, Lewis DO. Child abuse: adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse Negl* 1990;14: 227±31.
48. Williams LM. Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *J Traumatic Stress* 1995;8:649 ±73.
49. Carmody TP. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs* 1989;21:331± 42.
50. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990;264:1541±5.
51. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990;264:1546 ±9.
52. Hughes JR. Clonidine, depression, and smoking cessation. *JAMA* 1988;259:2901±2.
53. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation. *Neurosci Biobehav Rev* 1984;8:503±13.
54. Hardy JB, Street R. Family support and parenting education in the home: an effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *J Pediatr* 1989;115:927±31.
55. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78:65±78.
56. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637± 43.
57. U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Child abuse and neglect: critical first steps in response to a national emergency*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; August 1990; publication no. 017-092-00104-5.
58. U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Creating caring communities: blueprint for an effective federal policy on child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; September 1991.
59. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997;278:131±5.
60. Rixey S. Family violence and the adolescent. *Maryland Med J* 1994;43:351±3.
61. Chamberlin RW. Preventing low birth weight, child abuse, and school failure: the need for comprehensive, community-wide approaches. *Pediatr Rev* 1992;13:64 ±71.
62. Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC, Holcomb WR. Family violence: impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:181±9.
63. Dubowitz H. Child abuse programs and pediatric residency training. *Pediatrics* 1988;82:477± 80.
64. Tabachnick J, Henry F, Denny L. Perceptions of child sexual abuse as a public health problem. Vermont, September 1995. *Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:801±3.
65. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA* 1992; 267:3157± 60.
66. Council on Scientific Affairs. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med* 1992;1:38 ± 47.
67. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;24:283±7.
68. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Int Med* 1992;152: 1186 ±90.