

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ



PREVENTIVNÍ ZDRAVOTNICKÉ PROGRAMY

PhD. Yveta Vrablová, PhD.

OSTRAVA 2009

ÚVOD

Zdraví – slovo, které je velmi často používáno jak při osobních přáních, tak i při různých příležitostech. Zdraví je stav, kterému je přisuzována největší váha a po kterém každý touží. V lidském životě převažují mnohdy však jiné skutečnosti – „důležitější“ a člověk často věnuje péči o své zdraví velmi malou pozornost a to do té doby, dokud ne onemocní on sám, nebo jeho blízcí. Tehdy si lidé uvědomí co pro nás opravdu zdraví znamená. Často pak zpytuje své svědomí, svůj životní styl. Bohužel je někdy moc pozdě.

Způsob života podmiňuje zdraví nejvýznamněji (udává se 50-60% podíl na celkovém zdraví). Nejzávažnějšími riziky způsobu života jsou kouření, energeticky nadměrná a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita, vysoký výskyt situací vedoucích k psychickým tensím a stresům, zneužívání alkoholu, léků, drog, nevhodné sexuální chování, rizikové chování vedoucí k úrazům, nezáměr o informace a návody na zdravé chování a jednání.

Zdraví také podmiňuje životní prostředí, včetně pracovního. Špatné životní prostředí se podílí na špatném zdravotním stavu asi 20%.

Dalším podmiňujícím faktorem jsou genetické dispozice a v neposlední řadě je to zdravotní péče a cílená prevence.

Předkládaný distanční text není obsahově vyčerpávající publikací. Podává Vám rámcový a informativní pohled a představuje úvod do problematiky. K hlubšímu studiu předmětu jsou v literárních odkazech doporučeny dostupné publikace.

OBSAH PŘEDMĚTU

1. Úvod do problematiky, vymezení základních pojmů.....	6
1.1 Determinanty zdraví.....	
1.2 Zdraví a nemoc, vnímání zdraví a nemoci.....	6
1.1 Faktory ovlivňující zdraví a jeho vnímání, postoje k vlastnímu zdraví.....	8
1.2 Výchova ke zdraví jako součást vzdělání.....	10
1.3 Preventivní péče.....	12
2. Životní styl.....	14
2.1 Výživa.....	14
2.2 Pohybová aktivita.....	17
2.3 Kouření jako závislost.....	19
2.4 Alkohol a jeho vliv na zdraví.....	20
2.5 Nelegální drogy.....	21
3. Rizika poškození zdraví	25
3.1 Zdravotní rizika a možnosti jejich ovlivnění.....	25
3.2 Zvýšený krevní tlak	35
3.3 Specifika primární drogové prevence.....	40
3.4 Očkování	42
3.5 Národní onkologický program	50
3.6 Prevence násilí.....	57
3.7 Prevence úrazů.....	61
4. Zdraví pro všechny ve 21.století	67

Použitá a doporučená literatura

Terminologický slovník

VÝZNAM GRAFICKÝCH SYMBOLŮ



průvodce studiem



shrnutí



pojmy k zapamatování



kontrolní otázky a cvičení



korespondenční úloha

1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY, VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit pojmy zdraví a nemoc
- popsat faktory ovlivňující zdraví
- specifikovat problémy výchovy ke zdraví
- charakterizovat preventivní péči
- vysvětlit význam zdravotní péče
- charakterizovat zdravý způsob života



Klíčová slova

Zdraví, nemoc, vnímání zdraví a nemoci, výchova, prevence, zdravotní péče, životní prostředí, způsob života



Průvodce

Jak jistě znáte ze statistik i ze své denní práce, je zdravotní stav české populace velice neuspokojivý. Střední délka života zaostává za rozvinutými evropskými zeměmi o 6-7 let, úmrtnost u mužů v produktivním věku je ve srovnání s těmito zeměmi dvojnásobná. V úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a na nádory je Česká republika na předním místě v Evropě. Mimořádně vysoká je vysoká nemocnost na většinu základních neinfekčních onemocnění, jako je hypertenze, ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, neurózy, vředová choroba žaludku, dvanácterníku a diabetes mellitus. V posledních letech také stoupá závažnost onemocnění psychických. Ve výchově ke zdraví a zdravému životnímu stylu hraje zdravotnický personál velmi významnou roli jak v primární, sekundární tak terciální péči.

1.1 Zdraví a nemoc, vnímání zdraví a nemoci

Pojetí zdraví

V antice filozofové věnovali velikou pozornost tomu „jak moudře žít“. Do tohoto pojetí moudrého způsobu života patřilo i pojetí zdraví – „žít zdravě“ znamenalo „žít moudře a dobře“ (Křivohlavý, 2001).

Slovo **zdraví** a jeho pojetí se radikálně mění. Zdraví je ovlivňováno a podmiňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů. V současné době se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou příliš



zužována na zdraví těla (fyzický stav člověk), jiná chápou zdraví jako např.

boží sílu či tajemnou sílu.

V minulosti byla zveřejněna řada teorií zdraví. Velmi zajímavé rozdělení

zdraví uvedl v monografii David Seedhouse (1995), který teorie zdraví rozděluje do čtyř skupin:



1. Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness).
2. Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování.
3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží.
4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“.

Nejnámější je definice zdraví Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) v roce 1946, která říká:

„Health is a state of complemente physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“.

Pojetí nemoci

Nemoc bývá v běžném životě definována jako „porucha zdraví“.

V lidovém pojetí je nemoc vnímána jako dialektický protiklad zdraví.

Dle širšího pohledu na zdravotní stav člověka je možné dle Křivohlavého (2002) rozdělit pohled na nemoc do tří úrovní:

I. ORGANICKÝ STAV - CHOROBA - POŠKOZENÍ

II. FUNKČNÍ STAV - NEMOC - NESCHOPNOST PRACOVAT

III. SOCIÁLNÍ STAV - NEZDRAVÝ- ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ

Cvičení 1A

Zamyslete se nad pojmy zdraví, nemoc a pokuste se odpovědět jak laik vnímá vlastní zdravotní stav a zda existují rozdíly mezi lidmi ve vnímání zdraví a nemoci.



Zdraví jako cíl a zdraví jako prostředek k dosažení cíle

Dle pohledu širší veřejnosti je dobré být zdrav, neboť tento stav vede k určitému cíli, který si jedinec během svého života dává a ke kterému směřuje. Člověku jde v životě o něco, chce své plány a ideály realizovat.

K tomuto potřebuje být zdrav a v celkové bio-psycho-sociální pohodě.

Disease – nemoc. Tento termín, který je centrálním pojetím soudobé medicíny, definuje nemoc jako odchylku od určité normy, jež se považuje za „normál“ (standard). Jde přitom o objektivně zjistitelný stav – o objektivně zjistitelné příznaky (symptomy), tj. něco co je kvantifikovatelné. Obvykle se pod tímto termínem rozumí fyziologický údaj. Pojetí nemoci je úzce spjato s pracovní neschopností. Kdo je nemocen není schopen práce. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoci léčit a vyléčit (Křivohlavý,2001).



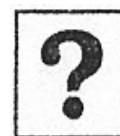
Infirmity – neduživost. Slovem „infirmity“ se rozumí neduživost, churavost, slabost, vratkost. Člověk, u něhož se tento jev vyskytuje, je věkem sešlý, churavý, postonávající, slabý, polehávající a stonavý (Křivohlavý,2001).

Complemente – úplný. Termínem complemente se rozumí úplný, naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic nechybí (Křivohlavý,2001).

Socioekonomický status – společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení

Cvičení 1.B

Zamyslete se nad nejdůležitějšími podmínkami udržení zdraví a zdůvodněte svou volbu.



1.2 Faktory ovlivňující zdraví a jeho vnímání, postoje k vlastnímu zdraví

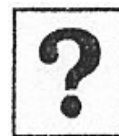
Mezi základní faktory ovlivňující zdraví patří :

- genetické vlivy (dědičnost)
- způsob života (na základě mnoha studií a statistických analýz podmiňuje zdraví velmi výrazně, hovoří se asi o 50-60% podílu na celkovém zdraví) a biopsychosociální faktory
- životní prostředí, včetně pracovního prostředí, podílí se na zdraví asi 20% a velmi významnou roli zde sehrává vnitřní prostředí bydlení, budov
- zdravotní péče ovlivňuje primární zdravotní péče, která velmi úzce souvisí s genetickými vlivy a způsobem života, který lze v rámci primární zdravotní péče významně ovlivnit



Cvičení 2

Zamyslete se nad nejzávažnějšími riziky způsobu života a zdůvodněte svou volbu.



Na základě výsledků mnoha epidemiologických a experimentálních studií stanovila Světová zdravotnická organizace žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které se nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí. Podle významu, kterým se na úmrtí podílejí, jsou to v sestupném pořadí:

- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu
- nadváha
- pracovní rizika
- nedostatek zeleniny ve výživě
- chudoba
- nezaměstnanost
- závislost na drogách
- dopravní úrazy
- nedostatek pohybu
- vysoký příjem živočišných tuků ve výživě
- exhalace v ovzduší

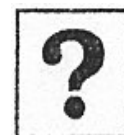


Zdraví významně ovlivňují i podmínky sociální a psychické

- rodina
- rané dětství
- dosažené vzdělání
- práce
- sociální gradient
- stres
- sociální izolace
- kladné sebehodnocení, důvěra síla vlastního já
- typ osobnost

Cvičení 3

Pokuste se analyzovat v rámci osobní kasuistiky vaše zdraví, váš postoj ke zdraví, konkrétní determinanty a rizikové faktory, které mohou ovlivňovat váš zdravotní stav v současné době i v budoucnosti. Psychologii zdraví se u nás zabývá náš přední psycholog Jaro Křivohlavý, který vydal monografii „Psychologie zdraví“ 2001 Praha: Portál. Tato publikace se zajímá různými pojetími duševního zdraví a nemoci, s otázkami kvality života, se zjištěními o mechanismech zvládnání obtíží a stresu, s faktory podporující zdraví a odolnost jedince.



1.3 Výchova ke zdraví jako součást vzdělání



Výchova ke zdraví zahrnuje aktivní přístup k této problematice. Jejím cílem je poskytnout široké veřejnosti vhodným způsobem informace o možnostech a způsobech, jakým lze předcházet nemoci a poškození zdraví. Zkvalitnit znalosti o zdraví a nemoci, změnit postoje ke svému zdraví a aktivizovat jedince ve vlastní péči o zdraví – v jeho chránění, upevňování a rozvíjení. Výchova ke zdraví je disciplína, která čerpá z poznatků řady vědních oborů – lékařských, psychologických, pedagogických, sociálních, ekonomických.

Výchova ke zdraví může být efektivní pouze tehdy pokud je prováděna kontinuálně a je založena na zásadách mezi které patří:

- soustavnost, systematičnost, komplexnost a erudovanost
- znalost odlišností vzhledem k věku edukovaných jedinců, jejich sociálním statusem
- respektování životního prostředí
- vytvoření podmínek zdravého způsobu života
- získat spolupráci edukovaných jedinců
- osobní zainteresovanost a osobnost

Výchova ke zdraví je zaměřena:

- na jednotlivce – zdravé, nemocné či ohrožené na zdraví
- na skupiny obyvatelstva (je třeba mít ohled na věk, skupinu nemocných s určitou diagnózou)
- na komunitu
- na celou populaci

Metody výchovy

- soustavná výchova ke zdraví na základních a středních školách vhodně zakomponovaná do výchovně-vzdělávacího procesu, využití besed, peer programu, soutěží, literárních prací, použití netradičních pedagogických metod
- působení na širokou veřejnost v rámci cílené upoutání pozornosti – velkoplošná reklama, televizní a rozhlasové pořady, noviny, časopisy, populárně-vědecké publikace
- působením zdravotnických pracovníků v rámci primární, sekundární či terciální prevence, odborné přednášky, besedy, zdravotnické brožury, letáky

Cílem uvedených metod je změna chování jedinců včetně aktivní spolupráce v rámci vlastní prevence zdraví a následné působení na své okolí (rodina, přátelé, spolupracovníci)



Pro osobnost edukátora jsou typické úkoly, které vedoucí pracovník v procesu řízení řeší. Z hlediska základní informace se dělí do dvou skupin:

Sekvenční funkce - plánování, organizování výchovy ke zdraví

Průběžné funkce - analýza činností, komunikace, hodnocení

Základní chyby edukátorů

- Nedostatečná erudice
- Neschopnost efektivní komunikace
- Nevhodnost výběru konkrétních metod
- Neznalost věkových, sociálních rozdílů u edukované skupiny
- manipulace s lidmi místo vytvoření prostředí vzájemné důvěry a společných cílů
- Nevhodné prostředí pro efektivní edukaci



Cvičení 4

Zamyslete se nad zásadami a metodami výchovy ke zdraví a pokuste se vypracovat plakát, leták s tematikou výchovy ke zdraví v rámci jejich determinant.

1.4 Preventivní péče

Preventivní péče by měla být naprostou samozřejmostí, přirozenou součástí práce zdravotnických pracovníků v rámci primární prevence. Výchova pacientů je velmi náročná, ale velmi významná. Rozděluje se na základní čtyři oblasti na sebe navazující:



- Vysvětlit problémy související s klientovým zdravotním stavem
- Zjistit jaké pocity vzbudilo u klienta určité sdělené diagnózy
- Vysvětlit postupy prevence

Postavení prevence ve zdravotnické politice

Zdravotní politika je vize a ukazatel směru pro rozvoj zdraví na všech úrovních společnosti. Měla by vycházet z vůle zajistit určité základní hodnoty. Prevence nemocí a podpora zdraví by měly být součástí každé

národní zdravotní politiky. *Rada zdraví EU (Health Council)* doporučila Evropské komisi v listopadu 1998 dát důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí. Světová zdravotnická organizace (WHO) se trvale věnuje zdravotní politice. Více než před dvaceti lety byla vypracována první komplexní zdravotní politika a nazvána Zdraví pro všechny do roku 2000. Následně byla novelizována pro novou Evropu jako „Zdraví pro všechny pro 21. století“. Velká část zdravotní politiky WHO se týká prevence a ochrany zdraví.

Prevence, ochrana a podpora zdraví, jsou neodmyslitelnou částí každé zdravotní politiky.

Hlavní zásady a zaměření prevence u neinfekčních onemocnění vycházejí z rozboru zdravotního stavu populace. V České republice jsou nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulárních onemocnění (50 – 60 %), na druhém místě jsou onemocnění nádorová (20 – 25 %) a dále pak úrazy (10%). Podle epidemiologických studií se na vzniku uvedených poruch podílí především:



- nesprávný způsob života (50 – 60%)
- nevhodné životní a pracovní prostředí (10 – 20%)
- nesprávná či nedostupná zdravotní péče (10%)
- dědičné vlivy (10%)

Prevence primární – je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění. Primární prevence je *specifická* – zaměřuje se proti určitým nemocím (očkování, opatření proti znečišťování ovzduší) a *nespecifickou* – jsou to aktivity zaměřené na posilování a rozvíjení zdraví zdravotní výchovou či zdravotně žádoucím životním stylem.



Prevence sekundární – se zaměřuje na vyhledávání časných stadií onemocnění, vyhledávání rizikových faktorů vedoucí k onemocnění a vhodné léčení těchto časných stadií. Je záležitostí jednotlivců, komunit a zdravotnických pracovníků.

Prevence terciální – má za cíl minimalizovat škody na zdraví v případě již vzniklého onemocnění. Je záležitostí zdravotnickou.

Z hlediska prevence je možné docílit pozitivní změny ve vývoji zdravotního stavu za předpokladu, že dojde k výrazné změně životního stylu. To znamená:

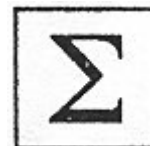
- docílit pozitivních změn ve výživových zvyklostech
- výrazně snížit prevalenci kuřáctví
- snížit spotřebu alkoholu
- zvýšit podíl tělesné aktivity v denním životě
- dodržovat zásady správného sexuálního chování
- zaměřit se na prevenci drogových závislostí.

Cvičení 5

Po prostudování uvedené problematiky by jste se měli zamyslet nad současným postavením prevence ve zdravotní péči jak u dětské populace, tak u populace dospělé. Pokuste se charakterizovat nedostatky v současné prevenci.

Shrnutí kapitoly

Výchova ke zdraví zahrnuje aktivní přístup k vlastnímu zdraví. Cílem výchovy ke zdraví je poskytnout široké veřejnosti vhodným způsobem informace o možnostech a způsobech, jakým lze předcházet nemoci a poškození zdraví. Preventivní péče by měla být naprostou samozřejmostí, přirozenou součástí práce zdravotnických pracovníků v rámci primární prevence. Prevence nemocí a podpora zdraví by měly být součástí každé národní zdravotní politiky.



2. ŽIVOTNÍ STYL

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat životní styl
- objasnit základní oblasti životního stylu
- analyzovat jednotlivá úskalí v rámci výchovy ke zdraví v uvedených oblastech
- dokázat sestavit výchovný plán změn postojů u jedinců v rámci ontogenetického vývoje



Klíčová slova

Výživa, pohybová aktivita, kouření, alkohol, nelegální drogy,



Průvodce

*Jak z předešlého textu vplynulo životní styl se podílí na poruchách zdraví 50 – 60 %, významně ovlivňuje zdraví a je klíčovým momentem prevence výskytu onemocnění. **Životní styl je možno pochopit jako výběr z možností, které nabízí životní způsob** (Ivanová, K., Marečková, J. Pojetí životního stylu v sociálních vědách, v medicíně a v ošetrovatelství – hledání společného východiska. In Kudlová, P., Ošetrovatelství, perspektivní věda a umění. Praha: Grada publishing, as. 2004, ISBN 80- 247- 1156- 7. 388 s, pg 121-127). V rámci efektivní výchovy ke zdraví je nutné ovlivňovat postoje jedinců vedoucí ke zdravému způsobu života. Tento cíl je třeba mít neustále na mysli a snažit se výchovně působit na veškerou populaci všemi možnými prostředky. K tomu, aby vybraný životní styl byl co neoptimálnější je nutné umět charakterizovat jednotlivé oblasti a znát doporučení, která ke zdravému životnímu stylu vedou. Je třeba si také uvědomit, že zdravotničtí pracovníci by měli být vzorem zdravého životního stylu pro širokou veřejnost.*

2.1 Výživa

Výživa je jedním z hlavních faktorů vnějšího prostředí, který se uplatňuje při vzniku, ale i při prevenci onemocnění. Strava obyvatelstva České republiky je charakterizována nadměrným energetickým příjmem, děti nevyjímaje, dále nedostatkem polyénových mastných kyselin, komplexních uhlovodanů včetně vlákniny, vitamínů a minerálů.

Nevhodná výživa člověku škodí a je závažným rizikem, které se podílí na vzniku řady chorob, zejména chorob hromadného výskytu (tzv. civilizační choroby).

Energetická potřeba bazálního metabolismu závisí na věku, pohlaví a tělesné hmotnosti jedince.



V období po roce 1989 vlivem ekonomicko-hospodářských změn došlo ke kvalitativním i kvantitativním změnám v celkové spotřebě potravin. Nastalo snížení spotřeby živočišných potravin a zvýšení spotřeby potravin rostlinného původu. Nejvýraznější změny se projevily v roce 1991. Podstatný pokles byl zaznamenán u spotřeby másla (0 30 % vzhledem k roku 1989), hovězího masa (0 20 %), mléka a mléčných výrobků (0 6 %) a ryb (0 37 %). Zvýšila se spotřeba zeleniny (0 7 %), rostlinných tuků včetně olejů (0 8 %) a luštěnin (0 23 %).



K důvodům, jež změny navodily, patří zavedení tržního hospodářství a liberalizace cen, snížení dotací některých zemědělských produktů, zlepšená nabídka potravin a rozšíření výrobků racionální výživy. Významnou úlohu sehrál také zvýšený zájem občanů o zdravou výživu, o uchování zdraví a konkurence dalších možností výdajů. Z hlediska významu pro zdraví populace je snižování spotřeby potravin živočišného původu (vepřového a hovězího masa, másla, sádla, vajec) a s ním snížený příjem energie, živočišného tuku a cholesterolu pozitivní. Mezi pozitivní aspekty patří také zvyšování spotřeby luštěnin, rostlinných tuků a vlákniny. Spotřeba ryb, které jsou zdrojem nenasycených mastných kyselin a minerálů se v posledním období lehce zvyšuje, ale ve srovnání s jinými státy a s ohledem na prospěšnost ku zdraví je stále nízká.

Přes tyto příznivé změny je však hodnocena úroveň výživy v České republice nepříznivě z důvodů:

- Přetrvávajícího nadměrného příjmu masa a masných výrobků
- Malého zastoupení ryb a drůbeže
- Nízké spotřeby nízkotučných mléčných výrobků
- Nízké spotřeby zeleniny
- Stagnující spotřeby ovoce
- Vzestupu spotřeby pochutin a sladkých nápojů
- Nadměrnou spotřebu soli

Pokles spotřeby mléka a mléčných výrobků nelze hodnotit jednoznačně. It jednoznačně. a jedné straně k pozitivnímu snížení příjmu živočišných tuků a na straně druhé k negativnímu poklesu příjmu vápníku a bílkovin. Nejvhodnějším opatřením v tomto případě je konzumace mléka a mléčných výrobků se sníženým obsahem tuku.

Základním úkolem správné výživy je zajistit optimální přívod energie a živin ve formě přiměřené věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka.



Obecné zásady výživy byly formulovány Státním zdravotním ústavem :

1. Jíst pestrou stravu.
2. Udržovat si vhodnou tělesnou váhu.
3. Vybírat stravu obsahující nízké množství živočišného tuku, cholesterolu i ostatních tuků.
4. Konzumovat dostatečné množství ovoce, zeleniny.
5. Omezovat spotřebu cukru. (Sacharidy by měly být ve výživě zastoupeny 55-60 % celkového energetického příjmu. Podíl jednoduchých cukrů by měl dosahovat maximálně 10 %, což v praxi znamená vyřazení cukroví a sladkostí, zvláště čokoládových.)
6. Omezovat příjem kuchyňské soli. (Doporučený přívod NaCl stravou je 6 g denně.)
7. Přijímat dostatečné množství tekutin. (Alespoň 2,5 l neslazených nápojů denně.)
8. Alkoholické nápoje pít umírněně. (Do 200 ml vína nebo do 500 ml piva, maximálně 0,5 dcl destilátu jednou týdně.)

Rizika ve výživě dospívajících

- Karence železa – způsobená nejčastěji nedostatkem železa ve stravě – především vegetariánské, dále chronickými ztrátami krve (ztráty menstruační), někdy i intenzivním sportováním, zřídka i samotným rychlým růstem.
- Alternativní výživa – způsobena všemi formami vegetariánství a makrobiotickou stravou.

Mezi možná rizika dále patří nepravidelné stravování, absence hlavního jídla s náhradou výrobků rychlého občerstvení (hamburgery, hod-dogy, hranolky aj.)

Nadváha a obezita

Nadváha, obezita se řadí mezi civilizační choroby, které jsou charakteristické zejména pro druhou polovinu 20. století. Historie otylosti je však stará jako lidstvo samo. Vyskytovala se již v prehistorické době, z této doby pocházejí na řadě míst Evropy sošky tzv. Venuše. Soška Věstonické Venuše z jižní Moravy zobrazuje otylou ženu jako symbol ženství. Zbytnění dolní části podbřišku, hýždí a stehen je pro člověka té doby symbolem plodnosti a hojnosti.



V období antiky, ve starém Řecku a Římě se stává idolem urostlý atletický typ. V té době již Hippokrates (460 – 370 př. n.l.) poukazyval na to, že náhlé úmrtí postihuje častěji lidi otlé, než ty, kteří mají přiměřenou hmotnost a také na častější poruchy menstruačního cyklu a neplodnost u obézních žen. Již Galén (129 – 200) a Avicena (980 – 1037) podávali návod k léčbě otylosti. V počátcích křesťanství bylo tělo zahalováno. Ve středověku

Obezita neboli otylost je stav, při kterém se v těle nahromadí nadměrné množství tukové tkáně. Jde o chronické onemocnění, které postihuje děti i dospělé a v současné době se stává zdravotním problémem lidstva, který nabývá charakteru epidemie. Vzhledem k tomu, že životní styl dětí se mění (patří zde snížená pohybová aktivita, dlouhé vysedávání u počítače a televize a jak bylo uvedeno výše nesprávné stravovací návyky) počet dětí a dospívajících s nadváhou se neustále zvyšuje. Dnes se v diagnostice obezity využívají indexy vyjadřující vztah mezi výškou a hmotností. Nejběžnější je v současné době Body Mass Index (BMI).

1.2 Pohybová aktivita

Současné poznatky svědčí o tom, že zařazení pravidelné tělesné aktivity do běžného života je základním předpokladem úspěšného působení v primární i sekundární prevenci. Potřeba pravidelného pohybu vypěstována v dětství je základem pro potřebu pohybu v dospívání a dospělosti.

Pohybová aktivita je jedním ze základních determinantů životního stylu ovlivňující ve významné míře zdraví člověka. Průměrná pohybová aktivita má významný vliv na dětský organismus:

- Stimuluje morfologický i funkční vývoj dětského organismu
 - Podporuje zdokonalování orgánů, systémů a celkové zdatnosti organismu
 - Kompenzuje jednostrannou tělesnou zátěž statického charakteru a zátěž psychickou
 - Přispívá k rozvoji osobnosti v oblasti psychických vlastností – vůle, odvaha, odolnost, estetické citění
 - Podporuje rozvoj sociálních vztahů a interakci s životním prostředím. Ulehčuje kontakt s vrstevníky
-

- Formuje návyky správné pohybové životosprávy

Pravidelná tělesná aktivita napomáhá změně životního stylu. Podílí se na prevenci stresu a může podpořit i prevenci kouření. Změna chování populace v oblasti tělesné aktivity patří k jednomu z nejobtížnějších úkolů preventivní péče. Podmínky přetechnizované společnosti s preferencí dopravních prostředků, doháněním času technickými vymoženostmi, častým sledováním televizních pořadů a pasivním trávením volného času, nevytvářejí dostatečné zázemí k zakotvení potřeby tělesné aktivity v profilu jedince. Dominuje silně konzumní styl života. Jedná se o celospolečenský problém, který je vhodné řešit paralelně na více úrovních.



Mezi nástroje plošné varianty modifikace postojů občanů k zařazování tělesné aktivity do denního života patří kupříkladu:

- zahrnutí tělesné aktivity do každodenního školního rozvrhu všech studentů a žáků,
- poskytnutí příležitostí pro vhodnou fyzickou aktivitu v mimoškolním a mimopracovním prostředí,
- zdůrazňování významu pohybu a nezbytnosti celoživotní fyzické aktivity všech skupin obyvatelstva,
- využití masmédií ke změně myšlení obyvatelstva ve prospěch vytvoření osobnostních vzorů z řad herců, zpěváků, oblíbených politiků, moderátorů a známých osobností,
- řízené budování povědomí společenské úspěšnosti osobnosti tělesně aktivní a zdravé,

Podstatou je změnit životní styl obyvatel. Motivace, oslovování, formování jedinců a vytváření emocionální přitažlivosti pohybu musí probíhat společně s rozvojem takových podmínek, aby bylo možné požadované aktivity realizovat. Nabídka má být natolik pestrá, aby si mohl jednotlivec vybrat. Budování cyklistických stezek, sportovišť přístupných veřejnosti plaveckých bazénů, má jít ruku v ruce s edukací obyvatelstva.

Dlouhodobější výsledky pak můžeme očekávat především změnou návyků mladších věkových skupin, kterým se může potřeba fyzické aktivity stát samozřejmou součástí života.

2.3 Kouření jako závislost

Kouření je závažným zdravotním problémem většiny evropských zemí. Všechny formy spotřeby tabáku, tedy kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku, jeho šňupání i pasivní vystavení tabákovému kouři významně přispívají ke vzniku více než 20 nemocí a předčasnému úmrtí.

Česká republika se řadí ke státům s vyšším procentem kuřáků. Pouze 32 % sledované populace nikdy cigarety nekouřilo.



V polovině osmdesátých let u nás pravidelně kouřilo 45,5 % mužů a 24,8 % žen. Vývojové trendy od roku 1985 vykazují trvalý pokles kuřáctví především u mužů - na 29,2 % v roce 1996. Ženské části populace se tato pozitivní změna dotkla méně výrazně. Vlivem obchodních aktivit tabákových společností se zvyšuje riziko škodlivého působení tabákových výrobků na zdraví. Výrazně jsou ohroženy ženy, děti a mládež. Výsledky studie ESPAD - Panevropská školní survey, která sledovala vztah šestnáctiletých chlapců a dívek k užívání alkoholu a návykovým látkám jsou varující. V tomto věku již kouřilo 25 % dotázaných. Věk, ve kterém dochází k zahájení kouření se snížil na 13 - 14 let. Návyk kouření nevzniká rychle. Mladí lidé procházejí stadiem prvních pokusů a příležitostného kouření. Postupný nárůst kouření je možné sledovat již od věku 10 let. Právě děti a dospívající mládež jsou agresivními reklamami na tabákové výrobky ovlivňováni nejvíce. I psychosociální podněty prostředí vedou k tomu, že mladí začínají kouřit ve stále nižším věku a vyšší prevalenci kouření je možné pozorovat v sociálně slabších skupinách populace. V důsledku působení nikotinu na centrální nervový systém se u dětí a mládeže stává kouření v krátké době návykovým.

Boj proti kouření je urgentním úkolem. Je nutné dosáhnout povědomí, že nekuřáctví je pozitivním modelem vhodného společenského chování.

Mezi komplexní opatření v rámci primární prevence patří - **zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklam, vedení ke zdravému životnímu stylu.**

2.4 Alkohol

Alkohol je látka, jejíž dynamika působení na organismus je nejznámější a jeho konzumace nejčastější. Alkohol je tradiční droga a v našich krajích má své stabilní příznivce. Alkohol - řadíme mezi látky tlumivé, stejně jako barbituráty. V současnosti jsme svědky stále se snižující věkové relace při konzumaci alkoholu u dětí.



Rizikové formy návykového chování se u české mládeže vyskytují ve větší míře než je tomu v průměru v Evropě u jejich vrstevníků. Z hlediska prevence je u nás v současnosti silně podceňována problematika užívání a nadužívání alkoholu u mládeže. Přitom z hlediska zdravotních rizik tu nejde jen o riziko vzniku a rozvoje patologických forem užívání např. závislosti, jako specifické psychiatrické poruchy, ale také o rizika úrazů v následku agresivního chování, intoxikace, dopravních přestupků atd. Často se také zapomíná, že konzum alkoholu ovlivňuje sexuální chování a je rizikovým faktorem šíření infekce HIV. Nadměrná spotřeba alkoholu se také podílí na vzniku a rozvoji řady chorob, zejména novotvarů.

Alkohol je mnohdy vstupní branou na cestě k ostatním drogám i když společnost si toto nebezpečí příliš nepřipouští. Lékaři však varují, že první krok zpravidla není marihuana, ale právě alkohol a cigarety. Protidrogová kampaň by se měla zaměřit právě na alkohol a cigarety, jinak nebude úspěšný boj proti tvrdším drogám. Odborníci také upozorňují, že začínat s prevencí u čtrnáctiletých až šestnáctiletých je příliš pozdě. Začít by se mělo už u dětí ve věku devíti let. Realita v rodinách však této představě odporuje. Děti doma zcela běžně dostávají při různých oslavách sklenku šampaňského. Neobvyklé nejsou ani situace, kdy desetileté dítě pije k obědu pivo jako jeho rodiče. Děti se podstatně rychleji stávají na alkoholu závislejší. U dospělého člověka to trvá i pět let, u dítěte dva roky. Ovšem ani snaha rodičů uchránit dítě před alkoholem nezaručí, že se dítě či dospívající k lihovině nedostane. Alkoholické nápoje jsou na rozdíl od některých evropských států a zejména pak USA a Kanady v České republice snadno dostupné.

Obecná doporučení:

- Neprodávat alkohol mládeži pod 18 let
- Zdanění alkoholických nápojů, které bude brát v úvahu škody, jež alkohol působí
- Účinnou regulaci reklamy
- Využívání účinných forem prevence zejména mladých lidí

2.5 Nelegální drogy

Od 1.1. 1999 nabyla účinnosti novela trestního zákona (zák. č. 140/1961 Sb. ve znění změn a doplňků) a zákona o přestupcích (zák. č. 200/1990 Sb. ve znění změn a doplňků. Jde o zákon č. 112/1998 Sb., který uzákonil možnost trestně postihovat držení drog pro vlastní spotřebu. V současné době je situace týkající se nelegálních drog taková, že jsou zde k dostání prakticky téměř všechny dosud známé druhy drog. Nelegální drogy se podle účinků rozdělují do skupin:



- **Drogy z konopí** – do této skupiny patří je **marihuana**. Jde o sušené listy a květenství samičích rostlin konopě seté (*Cannabis sativa*). Je to jednoletá, dvoupohlavní rostlina. V našem zeměpisném pásmu může dorůst do výšky i několika metrů. Účinnou (psychoaktivní) látkou v konopí je delta – 9 tetrahydrocannabinol (THC), který je 4 000 krát účinnější než alkohol. Marihuana se převážně používá ke kouření. **Hašíš** je usušená pryskyřice z květů a listů horní části rostliny. Obsahuje stejnou látku jako marihuana (THC), jeho obsah je v hašíši větší – až desetinásobný. Obvykle bývá kouřen s tabákem, ale také se lze polykat s jídlem a nebo v nápoji. **Hašíšový olej** – je hustá, tmavohnědá až černá, lepkavá hmota, mísí se s tabákem, nebo se nakape na cigaretu. **Skank** je druh marihuany s vysokým obsahem THC, nazývá se také jako čtyřšlukovka (k vyvolání účinku stačí čtyři šluky). Účinek je rychlý, silný a delší. Účinné látky v konopí působí na lidský organismus jako halucinogeny, ovlivňují kvalitu psychické činnosti, myšlení, mohou být vyvolány stavy agrese, úzkosti a nebo paniky. Po aplikaci se projevují poruchy vnímání, emocí, citů, dochází k poruše tělesného schématu, vztahu k okolí. Obsah rakovinotvorných látek je v marihuaně asi 16x vyšší než v tabáku. Projevy po použití jsou rozšířené zornice, zarudlé oči, rychlý puls, pot páchne po spálené trávě, sucho v ústech, hlad, žízeň. K velkým sociálním rizikům marihuany a hašíše patří podněcování sklonu k násilnosti.
- **Halucinogeny** – patří zde rostliny z **čeledi lilkovitých** (rulík zlomocný, blín černý, durman obecný). Uvedené rostliny obsahují, mimo jiné alkaloidy atropin a skopolamin, které mohou výrazně ovlivnit duševní činnost člověka a jeho jednotlivé funkce, mohou zanechat trvalé následky a při otravě způsobit smrt. **Halucinogenní houby** (lysohlávka česká, lysohlávka kopinatá, lysohlávka modrající. Psychoaktivní látkou v nich je psilocybin a psilocin. Používají se hlavičky houby, a to jak čerstvé, vařené, usušené a naložené. Obsah uvedené látky může být v jednotlivých houbách různý, což zvyšuje riziko předávkování. Lehká otrava se projevuje výraznou euforií, smíchem a hovorností, u silnějších otrav se vyskytují zrakové iluze, deformace předmětů. U hub se je možné setkat ještě s muchomůrkou červenou máčenou v mléce. **LSD** (lysergamit) působí už ve velmi malých dávkách. Pro perorální použití se distribuuje ve formě prášku, želatiny, často používaného tripu, nebo injekčně. V České republice bývá nejčastěji prodáván ve formě tripů na diskotékách a vkládá se po jazyk, pod oční víčko, nebo také do pochvy. Nejdříve dochází ke zrychlení tepu, pak ke zpomalení, stoupá tělesná teplota, objeví se rozšíření zorniček, zčervenání, poruchy motoriky,

oslabený kontakt s realitou. Zkreslené vnímání po požití halucinogenů může vyvolat nebezpečné chování, např. pokusy o létání, nástup paranoi, ztráta ovládnutí, zmatenost.



- **Opiáty** – jsou to látky původně získávané z opia, v medicíně jsou tradičně používány pro tlumení silných bolestí a tišení kašle. V České republice se již řadu let vyrábí tzv. BRAUN, což je směs látek vyráběných z kodeinu, vyvolává silnou závislost s výraznými odvykacími příznaky, v současné době byl vytlačen heroinem. Nejznámější drogy z této skupiny jsou opium, morfin, kodein, heroin. Heroin patří mezi látky vyvolávající silnou psychickou a fyzickou závislost. Denní dávka se pohybuje od 0,5 do 3g. Užívá se několika způsoby, nejčastěji se aplikuje injekčně. Působí velmi prudce a jeho účinek je kratší, po aplikaci způsobí asi jednu až sedm hodin stav obnovení. Dochází k ovlivnění dechového centra, což může vést až k úmrtí, po použití se zúží zornice a nastane celkový útlum.
- **Látky se stimulačním účinkem** – stimulační látky jsou látky s budivým účinkem, užívají se k odstranění únavy a k všeobecnému povzbuzení. Ve vyšších dávkách mohou způsobit silné vzrušení, třes, nespavost a křeče. Některé látky vedou k výrazné závislosti a mohou způsobit poruchy některých orgánů (arytmie, smrt). Patří zde **pervitin** (amfetamin), který způsobuje nápadné, široké nereagující zorničky, třes a stavy zmatenosti. Akutní intoxikace s paranoidními projevy způsobená amfetaminy je často nerozeznatelná od pravé schizofrenie, tyto stavy se označují jako „stíha“. **Extáze** – jde o syntetickou drogu, účinek začíná působit asi půlhodiny po spolknutí tablety, účinek trvá několik hodin, jako nežádoucí stav je nervozita, nespavost, neklid, podrážděnost, pocity deprese, únava, halucinace a také někdy pocity pronásledování. Jedná se často o drogu používanou na diskotékách jako taneční droga. Právě při intenzivním pohybu dochází k velké ztrátě tekutin a dehydrataci a následně může dojít k poškození ledvin a srdce.

Kokain je alkaloid získávaný z listu stromu Erythroxylon coca, také lze vyrábět synteticky. V medicíně bývá využíváno jako lokální anestetikum, má značně euforizující účinek, zvyšuje subjektivní pocit síly, duševních schopností, odstraňuje pocit únavy, hladu a žízně. Kokain se často nazývá zákeřným zabijákem, způsoby užívání jsou velmi pestré – šňupání, polykání, vpichování nebo kouření. Závislost na kokainu je charakterizována především psychickou závislostí, a proto je touha po droze velmi silná. Jako základní známky použití kokainu jsou – rozšířené zornice, čochy se zploští, výtok z nosu, pocení, chraptavý hlas, bledost, kolísání nálady. Kokainista je celkově sešlý, vyhublý, má stařecký vzhled, objevují se lesklé horečnaté oči, trávicí potíže, nechutenství, zvracení a někdy i epileptické záchvaty.

Crack je volná báze kokainu určená ke kouření, je mimořádně

návykový, hlavním problémem je vysoké riziko předávkování. Člověk intoxikovaný crackem může být velmi nebezpečný a také extrémně silný. Pokud je zasažen nějakou depresí, může náhle bez jakéhokoliv varování napadnout a zabít kohokoliv ve svém okolí. Vzhledem k vysoké agresivitě a sebevražedným tendencím, které crack vyvolává, představuje veliké nebezpečí pro společnost, stejně jako pro samotného uživatele.



- **Těkavé látky** – sniffing je specifickým druhem toxikománie. K tomuto účelu se používají některé přípravky např. benzín, syntetická lepidla, aceton, etét a toulén. V minulosti bylo populární zneužívání přípravku Čikuli a Ironu. Tento způsob fetování je co do počtu úmrtí přímo při zneužívání bezpečně vedoucí. V poslední době se mladí lidé k tomuto velmi nebezpečnému a zdraví těžce poškozujícímu způsobu fetování vrací. Při delším zneužívání se objevuje porucha krvevorbny, paměti, hrozí riziko poškození mozku, ohrožení srdce a dýchání. Kolem úst a nosu se objevuje vyrážka. Jedinec mívá zarudlé oči, rozšířené zornice, z úst a z oděvu je cítit chemikálie.

Postup v případě podezření na zneužívání omamných psychotropních látek

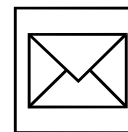
V případě podezření na zneužívání omamných psychotropních látek – OPL je nutné zachovat chladnou hlavu. Je nutné si všimnout psychického stavu jedince, stavu zorniček, možných vpichů na kůži (tito jedinci i v parném létě nosí trika s dlouhým rukáve), trávení volného času, změny životního stylu (spánek ve dne, bdění v noci), absence ve škole, v práci. Je nutné si uvědomit, že laik bez pomoci odborníků těžko může sám závislost zvládnout. V rámci prevence a léčby narkomanie pracuje síť odborníků po celé republice.

První pomoc při předávkování OPL

Při předávkování je rozhodující, zda je osoba při vědomí nebo ne. V obou případech je nutné okamžitě volat lékařskou pomoc. Pokud je osoba při vědomí, je nutné zjistit jakou látku a množství osoba užila. Pokud látku užila ústy a je natolik schopná, aby mohla pít a zvracet, podáme mu větší množství vody a po vypití stlačením kořene jazyka vyvolat zvracení. Monitorují se základní fyziologické funkce a osoba musí být pod neustálým dohledem. Je nutné zabránit prochlazení a možného úrazu. Pokud je postižený v bezvědomí, ale sám dýchá měl by být uložen do stabilizované polohy a sledován. Při bezvědomí s injekcí v žíle je nutné postupovat tak, aby nedošlo k další intoxikaci (uvolnit škrtidlo, jehlu vytáhnou a ránu obvázat. Při zástavě dechu je nutné okamžitě zahájit umělé dýchání (pozor na infekci – využití speciálních roušky – ochrana proti virové hepatitidě a HIV). Při zástavě srdeční činnosti se okamžitě zahajuje nepřímá srdeční masáž.

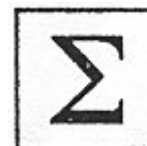
Cvičení 6

Po prostudování uvedené problematiky si vyberte jednu oblast a pokuste se připravit edukační program s ohledem na cílovou skupinu.



Shrnutí

Uvedená kapitola se zabývala životním stylem a jeho úskalími. Celá nastíněná problematika je velmi široká a předložený text není plně vyčerpávající. Nedostatečná výživa, minimální pohybová aktivita, kouření, alkohol, nelegální drogy hrají ve výchově ke zdraví významnou roli. Je nutné si uvědomit, že pokud chceme s negativními jevy bojovat, musíme rizika rozpoznat a vědět, kde najít pomoc a jakým způsobem na konkrétního jedince působit. Včasná výchova a možná prevence může jistě pozitivně ovlivnit postoje a tím i navodit stav aktivní spolupráce v cestě ke zdraví a kvalitnímu životu. Celou nastíněnou prevencí se je nutné zabývat již od útlého dětství a plošně působit na všechny věkové skupiny. Jedině takovým způsobem - neustálou motivací a edukací vedoucí ke zdravému životnímu stylu je možné dosáhnout úspěchy v podobě sníženého výskytu různých onemocnění.



3.RIZIKA POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit rizika poškození zdraví
- charakterizovat prevenci
- vysvětlit důležitost prevence
- definovat pojem prostituce a charakterizovat její formy
- charakterizovat pojem sexuální zneužití

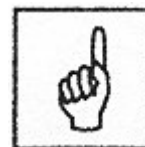
Klíčová slova

Rizika, zdraví, prevence, porucha, populace



Průvodce

V této kapitole se seznámíte s jednotlivými riziky, které mají vliv na poškození zdraví.



3.1 Zdravotní rizika a možnosti jejich ovlivnění

Nadváha a obezita

Nadváhou rozumíme nadbytek hmotnosti, obezitou nadměrnou kumulaci tukové tkáně. V obou případech se jedná o poruchy výživy, která s sebou nese významné zdravotní riziko.

Pro definici a stanovení míry obezity

Obezita je definována jako nadměrné zmnožení tuku v organismu. Stupeň obezity je určován podle **BMI** neboli Indexu tělesné hmotnosti. **Body mass index** je hodnota vypočtená podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Normální váhu přitom určují hodnoty **BMI** mezi 18,5 a 25. Osoby, jejichž BMI má hodnotu pod 18,5, trpí pravděpodobně podvýživou. Hodnota **BMI** nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu.

aké z hlediska srdečních a cévních onemocnění je body mass index poměrně dobrý ukazatel rizika, především u zdravých osob. Kvůli upřesnění rozložení tělesného tuku je však vhodné doplnit **BMI** měřením obvodu pasu,“ vysvětluje MUDr. Jan Piřha, člen Fóra zdravé výživy. „V případě osteoporózy je však vztah k BMI složitější. Osteoporózou a jejími následky (zlomeninami) totiž trpí méně osoby, zejména ženy, s mírnou nadváhou. Vyšší BMI také oddaluje nástup hormonální nerovnováhy u žen (menopauzy),“ dodává MUDr. Piřha. Zcela jasná není ani souvislost mezi **BMI** a onemocněními dýchacích cest. Pravda je i to, že BMI je méně spolehlivý ukazatel nadváhy u velmi mladých či velmi starých osob. Jako mnoho jiných parametrů není tedy ani BMI dokonalý, nicméně z hlediska kategorizace váhových skupin stále **BMI** patří mezi nejlepší parametry. Proto je také stále využíván ve všech studiích zaměřených na

rizika určitých chorob i v ordinacích lékařů.

Sem patří nemoci spojené s obezitou:

- Rakovina (rakovina prsu u žen po menopauze, rakovina endometria a tlustého střeva).
- Abnormalita hladin pohlavních hormonů.
- Syndrom polycystických ovárií.
- Poruchy plodnosti.
- Bolesti zad následkem obezity.
- Poškození plodu související s obezitou matky.



3. BMI 30.0 - 34.9 Vaše hodnoty jsou vysoké- máte vysoké zdravotní riziko!

Již musíme hovořit o obezitě! BMI 30.0- 34.9 obezita I. stupně

Sem patří nemoci spojené s obezitou:

- Rakovina (rakovina prsu u žen po menopauze, rakovina endometria a tlustého střeva).
- Abnormalita hladin pohlavních hormonů.
- Syndrom polycystických ovárií.
- Poruchy plodnosti.
- Bolesti zad následkem obezity.
- Poškození plodu související s obezitou matky.
- Koronární onemocnění.
- Hypertenze.
- Onemocnění kloubů- hlavně kolen a kyčlí.
- Dna.
- Obezita je chronické onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou léčbu!

4. BMI 35.0 - 39.9 a více Vaše hodnoty jsou velmi vysoké - Máte značné zdravotní riziko!!

BMI 35.0- 39.9 obezita II. stupně

5. BMI > 40 obezita III. stupně

Sem patří nemoci spojené s obezitou:

- Rakovina (rakovina prsu u žen po menopauze, rakovina endometria a tlustého střeva).

- Abnormalita hladin pohlavních hormonů.
- Syndrom polycystických ovárií.
- Poruchy plodnosti.
- Bolesti zad následkem obezity.
- Poškození plodu související s obezitou matky.
- Koronární onemocnění.
- Hypertenze.
- Onemocnění kloubů- hlavně kolen a kyčlí.
- Dna.
- Diabetes mellitus II stupně.
- Onemocnění žlučníku.
- Hyperlipidémie (zvýšení tuku v krvi).
- Dušnost.
- Obezita je chronické onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou léčbu!



Skryté tuky:

- Nadměrný příjem tuků je hlavním faktorem pro rozvoj obezity a nadváhy.
- Tuky mají vysoký obsah energie (38 kJ/g) a malou sytící schopnost.
- Podíl tuků na denním energetickém příjmu by neměl přesáhnout 30%.
- Z hlediska zdraví je důležité nejenom celkové množství tuku, které denně zkonzumujeme, ale také jaký druh tuku přijímáme.
- Tuky by měly být zastoupeny v naší stravě v poměru: 2/3 rostlinného původu a 1/3 živočišného původu.
- Podle konzistence dělíme tuky na tuhé a tekuté.

Tuhé tuky jsou živočišného původu a převažují v nich nasycené mastné kyseliny, které zvyšují riziko vzniku aterosklerózy a urychlují tvorbu trombů.

Tekuté tuky (oleje) jsou rostlinného původu a mají vyšší obsah nenasycených mastných kyselin. Nenasycené mastné kyseliny mají účinek antiaterogenní tzn., že snižují v plasmě obsah cholesterolu včetně cholesterolu vázaného na LDL.

Margaríny patří mezi tuhé tuky a vznikají ztužováním rostlinných olejů. Obsahují trans-nenasycené mastné kyseliny.

Všechny výše popsané druhy tuků se objevují v naší potravě ve dvou podobách:

- Tuky zjevné - viditelné, většinou určené k přímé spotřebě / např. oleje na smažení, do salátů, máslo, ovar, slanina, bůček...)
- Tuky skryté - jsou zálučné, protože si jejich přítomnost v potravinách běžně neuvědomujeme a podhodnocujeme díky nim celkový příjem tuků.



Víte např. kolik tuku obsahuje suchý rohlík nebo krajíc chleba? Každý potravinářský výrobek mléčného, obilného či masného původu obsahuje skryté tuky. Jediné, co je odlišuje, je druh a množství tuku.

V ČR se prevencí a léčbou obezity zabývá Národní rada pro obezitu, která byla zřízena jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví. Prvním výstupem práce NRO jsou výsledky epidemiologického šetření, provedeného v listopadu 2005 firmou STEM/MARK, ve spolupráci s Českou obezitologickou společností.

Nerovnováha v příjmu a výdeji energie, tedy vysoký příjem potravy a nízká fyzická aktivita zůstává příčinou vzniku obezity. Tato rovnováha je dále ovlivňována mnoha faktory, např. genetickými, metabolickými, psychologickými, sociálními, kulturními a zevním prostředím. V současnosti okolní prostředí podporuje vznik obezity snadno dostupnou a relativně levnou stravou a stále se snižujícím pohybem. Vyšší příjem potravy v kombinaci s nižší pohybovou aktivitou u obézních byl potvrzen i touto studií. U obézních osob byla zjištěna častější konzumace prorostlého masa a knedlíků, méně často naopak konzumují ovoce, zeleninu a nízkenergetické sladkosti typu müsli, častěji pijí pivo a méně často džusy.

Rozdíly se projevují i v pohybové aktivitě, osoby s nadváhou, resp. s obezitou, věnují více času sledování televize (+30 minut denně resp. +59 minut denně) a práci v domácnosti (+17 minut denně resp. +34 minut denně). Méně času pak tráví sportem a pohybovými aktivitami vůbec (–15 minut denně resp. –31 minut denně), v zaměstnání (–34 minut denně resp. –78 minut denně), ve škole (–36 minut denně resp. –39 minut denně) a samostatným studiem (–14 minut denně resp. –16 minut denně).

Podle výsledků této studie má v České republice nadměrnou hmotnost 52 % dospělé populace, z toho 35 % spadá do kategorie nadváhy a 17 % je obézních. Prevalence obezity a nadváhy v ČR přitom vykazuje vzestupný trend. Oproti srovnatelné studii z roku 2000/2001 stoupla o 3 %. Výsledky aktuální studie jsou ve srovnání s některými předchozími poněkud nižší, což je dáno tím, že většina starších studií nebyla prováděna u reprezentativního vzorku populace. Prevalence nadváhy a obezity je vyšší u populace nad 45 let – v tomto věku má normální hmotnost jen 30 % osob. K vysokému podílu populace s nadměrnou hmotností přispívají větší měrou

muži než ženy. Nadměrnou hmotnost má téměř 60 % mužů oproti 47 % žen.

Studie ukázala významně vyšší výskyt nadváhy a obezity u osob, u kterých tyto problémy již projevily v rodině. V případě nadměrné hmotnosti u jednoho rodiče je nadváha nebo obezita u dítěte ve věku 6-12 let o třetinu častější, v případě její přítomnosti u obou rodičů asi o polovinu. U dětí ve věku 13-17 let pravděpodobnost nadváhy stoupá v případě obezity u jednoho rodiče 3×, v případě obezity u obou rodičů dokonce 5×. Přitom téměř čtvrtina dospělé populace svou hmotnost podhodnocuje, tj. sama sebe řadí do nižší váhové kategorie, než ve které skutečně je. Tendenci podhodnocovat svoji hmotnost mají častěji muži než ženy.



Studie rovněž ukázala, jak významně nejenom obezita (BMI* nad 30), ale i nadváha (BMI 25-30) ovlivňuje výskyt zdravotních komplikací. Pouhá nadváha zvyšuje riziko vzniku zvýšené hladiny tuků v krvi 4×, zvýšeného krevního tlaku a nemocí srdce a cév více než 3×, cukrovky 2,5×, dny a onemocnění kloubů a páteře 2×. U obezity riziko ještě dále stoupá, v případě cukrovky 7×, zvýšené hladiny tuků v krvi a zvýšeného krevního tlaku více než 5×, nemocí srdce a cév 5×, nemocí žlučníku, dny a onemocnění kloubů a páteře 2,5 až 3×. Z uvedených zjištění vyplývá, že obezita je významný rizikový faktor pro vznik řady onemocnění, proto je vhodné snažit se vzniku obezity předejít, nebo je ji, pokud již vznikla, nutno léčit. Svoji hmotnost by měli sledovat zvláště lidé, kteří mají obezitu, případně cukrovku v rodině, pozornost je nutné věnovat také měření svého hmotnostního indexu (BMI*) a délky obvodu pasu. Nadváha nebo mírně prodloužená délka obvodu pasu, stejně jako otylost v období dospívání nebo u žen po porodu jsou dalšími faktory, které svým nositelům výrazně zvyšují pravděpodobnost vzniku obezity. Tito jedinci by měli pečlivě sledovat, zda mají vyrovnaný energetický příjem a výdej, tj. zda jejich stravovací návyky odpovídají fyzické aktivitě.

Nadváha a obezita není pouze problém dospělých

V loňském roce byla u reprezentativního vzorku populace provedena epidemiologická studie, která zjišťovala výskyt nadváhy a obezity a jejich vztah k příjmu potravy, k pohybové aktivitě, trávení volného času a rovněž k výskytu zdravotních komplikací. Cílem studie bylo stanovit současný stav v prevalenci obezity v ČR – tato výchozí data budou sloužit k hodnocení účinků plánovaných programů prevence obezity. Jejím iniciátorem byla Česká obezitologická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Národní radou pro obezitu. Studie byla podpořena Ministerstvem zdravotnictví ČR a Potravinářskou komorou a byla realizována společností STEM/MARK. Respondenti byli jednak dospělí ve věku nad 18 let, a dále pak děti ve věku 6-12 let a 13-18 let.

V posledních letech je velká pozornost věnována dětské obezitě. V Evropě byl zjištěn poměrně vysoký vzestup výskytu obezity v dětství, ke kterému dochází i v zemích s nižší prevalencí obezity v dospělosti (např. v Itálii). V České republice se obezita a nadváha vyskytuje u 52 % osob nad 18 let, u dětí se prevalence obezity mění podle věkových kategorií – nejnižší je ve skupině 13-17 let, kde dosahuje 11 %. V této věkové kategorii je ale

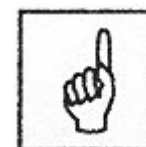
závažný i poměrně častý výskyt podváhy, kterou studie zjistila u 7 % dospívajících, u dívek dokonce v 10 % případů. U dětí ve věku 6-12 let byla obezita a nadváha zjištěna celkem u 20 % dětí.



Vznik nadváhy a obezity je výrazně častější u dětí, které mají obézní rodiče. Tento fakt by měl být zohledněn v prevenci – obézní rodiče by vzhledem ke zvýšenému riziku nadváhy a obezity svých dětí měli jejich stravování a pohybové aktivity věnovat velkou pozornost. Rodiče se zhruba ve čtvrtině případů mýlí v odhadu váhy svých dětí. Podle zjištění studie ji ve 13 % podhodnocují (považují dítě za štíhlejší) a stejně často nadhodnocují (považují ho za silnější než ve skutečnosti je). V odhadu své váhy se mýlí i samy děti – ve věku 13-17 let 8 % dětí patří do nižší kategorie váhy, než se samy zařazují. Tento trend je výraznější u dívek, které svoji váhu nadhodnocují ve 12 % případů. Chlapci svou váhu považují spíše za nižší než je (v 6 %). Důsledkem tohoto chybného hodnocení své váhy u dívek je poměrně častá snaha zhubnout. Alespoň jednou se snažilo zhubnout 50 % dívek, u chlapců pouze 16 %.



Také mladší děti jsou se svou váhou poměrně často nespokojené. U obézních dětí ve věku 6-12 let dosahuje podíl nespokojených 32 %. Mnoho času přitom děti stráví pasivně – více než 16 hodin týdně před televizí a u počítače. Z pohybových aktivit nejčastěji hrají na honěnou a další dětské hry – tyto aktivity provádějí 3,5× týdně, následuje jízda na kole, domácí práce a skákání přes gumu. Pro příjem potravy u dětí této věkové skupiny je typická konzumace volných tuků, sladkostí a potravin bílkovinné povahy (maso, ryby, vejce a luštěniny). Méně dětí konzumuje obiloviny a zeleninu, včetně brambor.



Při srovnání štíhlých dětí s dětmi s nadváhou ve spotřebě potravin a nápojů konzumují děti s nadváhou častěji brambory, slazené nápoje s vysokým obsahem cukru, méně často slazené nápoje s nižším obsahem cukru. Poněkud lepší stravovací zvyklosti mají dívky, které jí více ovoce, zeleniny (mimo brambor), méně obilovin, masných výrobků a tučného masa.

Dospívající ve věkové kategorii 13-17 let, kteří trpí obezitou, konzumují významně méně ovoce, zeleniny, tmavého pečiva a ryb než jejich štíhlí vrstevníci, častěji si naopak dopřávají prorostlé maso. Z hlediska pitného režimu pijí obézní děti méně často džusy. Významně více času tráví před televizí a v zaměstnání, méně času sportem. Cvičení věnují mnohem více času chlapci než dívky.

Stoupající výskyt obezity u dětí vyžaduje zlepšení postupů prevence obezity i zlepšení péče o děti, které již obézní jsou. Proto probíhají výzkumné programy, které se zabývají stanovením postupů vhodných pro prevenci, ale i pro léčbu obezity v dětství. Jedním z takovýchto projektů je evropská studie DIOGenes (Diet, Obesity and Genes). V této studii je sledován účinek množství bílkovin a složení sacharidů (cukrů) v dietě. Do studie jsou zařazováni rodiče s dětmi – kritéria vyžadují, aby se zúčastnil alespoň jeden obézní rodič s alespoň jedním dítětem ve věku od 6 do 18 let nezávisle na jeho hmotnosti, mohou se ale zúčastnit i celé rodiny. Obézní rodič dostane na dva měsíce zdarma nízkenergetickou dietu ve formě nápojů a polévek, v následujícím šestiměsíčním období pak

všichni členové rodiny, kteří se studie zúčastní, pokračují v dietě, kterou pravidelně konzultují s dietology a s lékaři. Výsledkem studie bude zhodnocení úlohy obsahu bílkovin a skladby sacharidů v dietě ve vztahu k léčbě i prevenci obezity a nadváhy.



Strach z obezity – poruchy příjmu potravy u dospívajících

V současné době se v celé populaci a tudíž i u dětí ve zvýšené míře projevují poruchy příjmu potravy, které mají výrazný dopad na jejich zdravotní stav a mohou negativně ovlivnit jejich růst a vývoj. O jaké poruchy se jedná, čím jsou charakterizovány a s jakými psychickými stavy a projevy souvisí?



Poruchy vedoucí k nadváze a obezitě

Obezita je narůstající problém, který se stále častěji rozvíjí již v dětském věku. Obézní dítě je odrazem životního stylu rodiny, který vede k nerovnováze mezi energetickým příjmem a výdejem. Proto pokud má být léčba obezity v dětském věku úspěšná, je třeba ovlivnit celou rodinu (včetně prarodičů).

Z psychologického hlediska je příčinou obezity jednak nevhodné chování (chybné stravování a nedostatek pohybu), jednak myšlení, které je naučené a udržované vnějšími i vnitřními faktory. Proto při léčbě obezity pomáhá tzv. kognitivně behaviorální terapie, která dětem pomůže změnit jejich chování, myšlení i emoce žádoucím směrem. Během terapie dochází k odstranění nevhodných návyků a k ovlivnění osobnosti – především s cílem zvýšit sebevědomí dítěte. Proto, má-li být efekt trvalý, nestačí zaměřit se pouze na změnu jídelníčku – je nutné ovlivnit i myšlení a emoce.

Psychologické aspekty obezity

Cílem psychoterapie je osvobodit se od nežádoucích řešení problémových situací ze života, například nereagovat na neúspěch ve škole nadměrnou konzumací pochutin. Obézní dítě bývá vystaveno posmívání ze strany vrstevníků, nebývá zdatné ve sportu, a proto často stojí stranou dětského kolektivu. Kvůli ústrkům se mnohdy začne ostatních dětí stranit, uzavírá se do sebe, více se zdržuje doma. V domácím prostředí většinu času tráví sedavými činnostmi (sledování televize, počítačové hry) a také má snadný přístup k jídlu. Pokud je navíc alespoň jeden z rodičů obézní, často se dítě utvrzuje v tom, že jeho tělesná hmotnost vlastně není ničím nenormálním. Situace se ještě komplikuje, pokud je rodinné prostředí narušeno (například probíhajícím rozvodem rodičů) a neposkytuje dítěti dostatečné zázemí. Obézní dítě se tedy může dostat do začarovaného kruhu.

Terapie

Při práci s obézním dítětem využívá psycholog pozorování, rozhovor, anamnézu, dotazníky a různé testovací metody. Dotazy se týkají například rozložení jídla během dne, způsobu konzumace, předchozích diet (jo-jo efekt) atd. Psycholog ve spolupráci s obezitologem rodině doporučuje způsoby chování, které pomáhají odstraňovat nevhodné návyky – například jak správně nakupovat (na nákup jít najezený, nakupovat podle seznamu,

nekupovat zlevněná jídla ve velkém balení), čemu je třeba věnovat pozornost při jídle (pravidelnost, nejíst velké porce, vyhýbat se jídlům s vysokou kalorickou hodnotou, pečlivě jídlo kousat, pít dostatek neslazených tekutin) nebo jak stolovat (jíst u stolu, ne ve stoje, nejíst rychle, vnímat chuť i vůni jídla – potěšení z jídla, při jídle nevykonávat jinou činnost, odnést talíř hned po jídle, nedojídat zbytky, naučit se odmítnout jídlo). Dalším vhodným návykem je nemít doma větší zásoby potravin. Důležité je také odstranit černobílé vidění – můžu jíst všechno nebo nic.



Pacient a jeho rodina musí k léčbě zaujmout aktivní přístup. Při zahájení změny si pacienti občas stěžují na podrážděnost či úzkostnost. Tyto pocity ale obvykle mizí, jakmile se dostaví první pozitivní výsledky léčby.

Poruchy vedoucí k podvýživě

Na opačném konci problematického chování ve vztahu k příjmu potravy stojí poruchy provázené podvýživou. Vyskytují se ve dvou formách:



1. restriktivní – mentální anorexie (odmítání příjmu potravy)
2. bulimické – mentální bulimie (záchvatovité přejídání a následné zvracení).

Při mentální anorexii pacienti (spíše pacientky) netrpí ztrátou chuti, ale bojují s chutí a hladem. Nachází potěšení ve schopnosti kontrolovat se, zhubnout. Zatímco většina lidí se dokáže z dobrého jídla těšit, anorektičky prožívají ohrožení, úzkost a těmto pocitům se brání tím, že zesilují své kontrolující a silně omezující chování. Porušení sebekontroly jim přináší pocity viny, selhání, nenávisti k sobě.

Oproti tomu pacientky s mentální bulimií se neustále zabývají jídlem – prožívají silnou touhu po jídle a přejídají se (výjimkou nejsou velké dávky během krátké doby, např. 20 minut). Vzápětí je však zachvátila silná obava „z výkrmného“ účinku jídla a vyprovokují si zvracení, případně užívají léky na průjem. Období hladovění se střídá s přejídáním a pacientky se dostávají do bludného kruhu. 30-50 % dívek s mentální bulimií dříve trpělo mentální anorexií.

Výskyt anorexie se zvýšil v posledních desetiletích 20. století, zejména v prepubertálním, pubertálním a adolescentním věku dívek a též chlapců. U dívek a žen dosahuje asi 1 % v celé populaci. Bulimie má prevalenci 1-3 % a vyskytuje se spíše u pozdně adolescentních dívek a mladých žen. Prognóza onemocnění není jednoznačná – u 30 až 40 % pacientů potíže přetrvávají i po absolvování léčby, asi 1 % případů skončí sebevraždou, asi 6 % pacientů na následky onemocnění umírá.

Pro oba syndromy je typický strach z tloušťky a extrémní zaujetí vlastním tělem a jeho vzhledem. Patologické jídelní návyky se začínají projevovat v rodinném kontextu v období dospívání dítěte. Osamostatňování od rodičů probíhá obtížněji u dětí, které byly v předchozím vývojovém období hodně přizpůsobivé. Dívky, u kterých se může rozvinout mentální anorexie, bývají poslušné, úspěšné v oblasti školní i zájmové, často usilují o dokonalost a jsou velmi zodpovědné. S rozvojem nemoci se dostávají se svými rodiči do konfliktů, často podvádí, ve spojitosti s jídlem lžou.

Jaké vnější faktory mají vliv na vznik onemocnění?

Život dospívajících dívek je často provázen strachem z nadváhy a z nadměrného energetického příjmu. Spouštěcí mechanismy mohou přitom být docela nevinné: Například matka se před dcerou zmíní, že musí „zhubnout do plavek“. Dívka se přidá, matka nevydrží, ale dcera pokračuje. Jindy je dívka ve třídě nejvyspělejší, zatímco ostatní ještě vypadají dětsky. Spolužáci se dívce začnou posmívat a problém může začít. Někdy stačí jen poznámka trenéra či učitele tělocviku „o tlustém pozadí“, se kterým dívka nedokáže vyšplhat po tyči atd. Častým podnětem bývá srovnávání mezi sourozenci – např. pokud je v rodině „úspěšnější“, lépe se prosazující sestra. Spouštěcí mechanismy bychom tedy mohli shrnout takto: vývojové požadavky, osamostatňování se, hledání vlastní identity, přijetí ženské role (včetně akceptace sexuality), narušené rodinné prostředí, ohrožení sebehodnocení, somatické onemocnění.



Obezita v evropském kontextu

Na světě je více než 312 milionů lidí obézních lidí a další 1,3 miliardy trpí nadváhou. Zvýšená hmotnost přitom představuje významné zdravotní riziko a znamená snížení kvality a především délky života. Krom problémů zdravotních je nadváha i problémem socioekonomickým, po kouření je druhou nejčastější příčinou úmrtí, kterému lze vlastním přičiněním předejít.



Zdravotní komplikace v důsledku nadváhy a obezity

Mezi nejčastější zdravotní potíže způsobené nadměrnou hmotností patří zejména:

- cukrovka 2. typu
- vysoký krevní tlak
- ischemická choroba srdeční
- cévní mozkové příhody
- porušený profil krevních tuků
- dna
- žilní trombóza a embolie plicnice
- poruchy plicních funkcí
- syndrom spánkové zástavy dechu
- kýla
- stresová inkontinence moči
- degenerativní onemocnění kloubů a páteře
- některé typy nádorů (např. prsu nebo tlustého střeva)
- psychická onemocnění (úzkost, deprese)

- poruchy příjmu potravy
- kožní onemocnění



Obezita v Evropě

Podle IOTF (International Obesity Task Force) **dosahuje prevalence obezity v evropských zemích 10-20 % u mužů a 15-30 % u žen.**



Zvýšený krevní tlak

Je jedním z hlavních rizikových faktorů aterosklerózy, ICHS, a CMP.
Riziko kardiovaskulární se zejména zvyšuje v kombinaci hypertenze a

kouření nebo hyperlipoprotémií či diabetes mellitus.

Může tedy každý z nás v průběhu života zabránit rozvinutí hypertenze?

Hypertenze a další kardiovaskulární choroby jsou výsledkem vzájemné interakce genetických faktorů a faktorů vnějšího prostředí. To znamená, že jde o komplex vztahů mezi řadou genů a rizikových faktorů, které se navzájem ovlivňují a mohou postupně přerůst v patologický stav. Genetickou výbavu těžko můžeme ovlivnit (alespoň zatím) a tak jediné, co by mohl každý z nás udělat, je omezit množství rizikových faktorů, jež mohou vést ke vzniku hypertenze. Samozřejmě, že se vyskytnou hlasy, znám pana XY, kouřil celý život, a přesto se dožil úctyhodného věku, aniž by trpěl hypertenzí. Stejně námitky mohou být vzneseny i proti ostatním rizikovým faktorům. Proto také nehovoříme pouze o těchto faktorech, ale i o genetické výbavě určující genetickou predispozici. V našem genomu je řada genů více či méně ovlivnitelných rizikovými faktory a záleží na nepříznivé kombinaci genetických faktorů, která předurčuje jedince k tomu být hypertonikem. O tom, že tato vzájemná interakce je skutečně velmi důležitá a že životní styl sehrává při vzniku hypertenze důležitou úlohu, svědčí populační studie u některých "méně" rozvinutých národů (indiáni v jihoamerických pralesích, obyvatelé tichomořských ostrovů apod.). Jejich krevní tlak je obvykle nižší než u rozvinutých civilizací a nedochází u nich, ve většině případů, ani k vzestupu tlaku s přibývajícím věkem. V okamžiku, kdy jsou tyto jedinci přemístěni do prostředí typické pro naše "vyspělé" civilizace a jsou vystaveni všem moderním civilizačním faktorům, stává se většina z nich hypertoniky. To nám přináší důkaz, že ona genetická predispozice skutečně existuje a pod vlivem nepříznivých faktorů vnějšího prostředí může vést k patologickému stavu. V současné době je zřejmé, že toto neplatí pouze pro hypertenzi, ale také pro celou řadu tzv. civilizačních chorob, jako např. aterosklerózu, cukrovku apod.



Odpověď na položenou otázku tedy zní, ano. Každý z nás může minimalizovat nepříznivé působení rizikových faktorů a tím přispět ke snížení výskytu hypertoniků v populaci. Bohužel, zatím jsme schopni ovlivnit genetickou výbavu pouze experimentálně, takže geneticky citliví jedinci musí dosud čekat na nové vědecké poznatky.

cholesterol nemá mezi pacienty příliš dobrou pověst. Zejména starší generace se ho při návštěvách praktického lékaře právem obává. Přitom jde o látku nezbytnou pro řádné fungování lidského organismu. Pomáhá v těle tvořit některé hormony a vitamin D, je důležitým stavebním prvkem buněčných membrán a je nepostradatelný při procesu metabolismu tuků. Tělo si cholesterol samo vyrábí v játrech, ale přijímáme jej i v podobě stravy živočišného původu – a zde bývá často problém. Přemíra masných a mléčných výrobků v jídelníčku znamená, že dodáme tělu více cholesterolu než je potřeba. Jeho vysoká koncentrace v krvi pak přináší

závažná zdravotní rizika zejména v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, může způsobit ischemickou chorobu srdeční (anginu pectoris, infarkt myokardu), cévní mozkovou příhodu, ischemickou chorobu tepen horních a dolních končetin a další komplikace.

Špatný a hodný cholesterol
Lipidové spektrum, jehož je cholesterol součástí, hodnotíme komplexně spolu s ostatními tukovými částicemi. Cholesterol je v krvi přenášen ve formě lipoproteinů (navázaný na bílkovinný nosič, ve směsi s triglyceridy – TG), které stanovujeme laboratorními metodami. Jednotlivé lipoproteiny mají určité vlastnosti dle složení a poměrů jednotlivých složek cholesterolu a tuků, a proto někdy hovoříme o špatném a hodném cholesterolu.

Dělení lipoproteinů

- HDL (z anglického high density lipoprotein) – „hodný cholesterol“, tvoří se v játrech a ve střevech. Přenáší cholesterol z tkání do jater, kde je metabolizován. Vysoký podíl cholesterolu v séru vázaný v HDL je známkou dobré schopnosti vyloučit nadbytečný cholesterol z organismu.
- VLDL (z anglického very low density lipoprotein) – „špatný cholesterol“, tvoří se v játrech a část ve střevech.
- LDL (z anglického low density lipoprotein) – „špatný cholesterol“, tvoří se v játrech z VLDL a obsahuje hlavně estery cholesterolu. Způsobuje urychlení aterosklerózy (tedy tzv. kornatění tepen). Zvýšená hladina LDL cholesterolu způsobuje usazování nadbytečného cholesterolu v cévních stěnách, kde tvoří sklerotické pláty.



Hranice cholesterolu
Celkový cholesterol je součtem jednotlivých složek ve vazbě uvnitř lipoproteinů, je v něm tedy započítán jak „dobrý“ tak ten „špatný“. „Špatný“ cholesterol by neměl být vysoký a „dobrý“ by neměl být nízký. Horní hranice normálních hodnot celkového cholesterolu se pohybuje mezi 5–6 mmol/l (dle laboratoře). V jednotlivých frakcích se pak horní hranice pohybuje u LDL 3–3,5mmol/l, u TG 1,7–2 mmol/l. U lipoproteinu HDL naopak sledujeme dolní hranici – u mužů by neměla být níže než 0,9–1,0, u žen ne níže než 1,0–1,3mmol/l. Určitě ne každý pacient, který má celkový cholesterol pod 5mmol/l, má vyhráno. Je třeba hodnotit jednotlivé složky a podle toho rizikovost určit. Pro pacienty v primární prevenci (kteří zatím mají jen zvýšený cholesterol bez projevů kardiovaskulárních onemocnění) platí výše uvedené hranice. U pacientů v sekundární prevenci (kde již došlo k manifestaci aterosklerózy v podobě infarktu nebo jiné formy ischemické choroby, u diabetiků, pacientů s ledvinovým onemocněním a u dalších) jsme v léčbě přísnější a výše uvedené hranice jsou nedostačující. Důsledně dbáme na to, aby hladina LDL byla pod 2,5mmol/l, TG přísně v normě a celkový cholesterol pod 4mmol/l. Přesnou hodnotu je třeba vždy posuzovat s ohledem na referenční meze dané laboratoře, které se liší podle typu metody stanovení.

Ateroskleróza a další onemocnění
Cholesterol negativně působí na stěny cév a je tak jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů předčasné aterosklerózy a jejích komplikací – tedy kardiovaskulárních onemocnění. Právě tato onemocnění jsou na prvním

místě v žebříčku příčin úmrtí v naší populaci. Závislost mezi koncentrací cholesterolu a výskytem ischemické choroby srdeční byla prokázána řadou epidemiologických studií. Zvýšenou hladinu krevních tuků má více než polovina dospělé populace v ČR. Cholesterol je ale jen jedním z rizikových faktorů aterosklerózy. Riziko onemocnění kardiovaskulárního systému se násobně zvyšuje v případě, že pacient trpí také cukrovkou nebo vysokým krevním tlakem. Další komplikací je hyperlipoproteinemie, metabolické onemocnění charakterizované vysokou hladinou cholesterolu a tuků v krvi. Vzniká v důsledku zvýšené tvorby nebo sníženého odbourávání částic, které transportují cholesterol a TG v plasmě a také zvýšeným příjmem cholesterolu a TG ve stravě. Evropská společnost pro aterosklerózu (EAS) dělí hyperlipoproteinemie do tří skupin podle převažujících složek tuků – hypercholesterolemie, hypertriacylglycerolemie a kombinované hyperlipidemie. Dále lze hyperlipoproteinemie dělit na primární a sekundární. Primární, tedy familiární (vrozené), jsou podmíněné geneticky. Sekundární, tedy získané, jsou dané působením zevních vlivů, složením stravy a důsledkem jiných onemocnění (onemocnění ledvin, štítné žlázy, alkoholismus). Koncentrace tuků v plazmě je vždy výsledkem souhry faktorů genetických s faktory zevního prostředí. Hyperlipoproteinemie mohou probíhat zcela asymptomaticky. Často se diagnostikují až při projevech kardiovaskulárního onemocnění, například při náhlém infarktu nebo cévní mozkové příhodě. V tomto směru je toto metabolické onemocnění velmi zákeřné a riziková pacientů by neměli podceňovat preventivní kontroly u lékaře. U velmi vysokých hladin krevních tuků můžeme některé příznaky zaznamenat ve formě tzv. xantomů. Jde o kožní útvary nažloutlé barvy, ve kterých se hromadí nadbytečné tuky. Vyskytují se v okolí kloubů či na dlaních. Dobře viditelné xantomy jsou také v oblasti očních víček nebo jako lem v rohovce. V případě výrazně zvýšené hladiny TG je navíc riziko vzniku akutní hemoragické pankreatitidy (zánět slinivky břišní), má vliv i na krevní srážlivost. Rizikovým faktorem pro rozvoj ischemické choroby srdeční je také snížená hladina HDL (snižuje ji kouření, fyzická inaktivita, obezita, strava bohatá na saturevané tuky). Zvýšená hladina tuků v krvi nemusí být vůbec ve vztahu k množství podkožního tuku, ale životní styl vedoucí k obezitě může toto onemocnění zapříčinit.



Jak cholesterol snížit
Léčba hyperlipoproteinemií je komplexní. Zahrnuje režimová opatření (zákaz kouření, pravidelnou fyzickou aktivitu), dietní opatření (snížení nadváhy, snížení obsahu tuků v dietě, zvýšení obsahu vlákniny) a farmakoterapii (statiny, fibráty, pryskyřice, ezetimib, v případě neúspěchu kombinaci dvou nebo více léků). Při zjištění vyšší hladiny cholesterolu vždy začínáme s režimovými a dietními opatřeními. Je třeba omezit příjem živočišných tuků, nevhodné jsou zejména tyto potraviny: uzeniny, vnitřnosti, červené maso, vaječný žloutek, tučné mléčné výrobky, máslo, sádlo. Naopak v dietě upřednostňujeme dostatečné množství zeleniny a ovoce, nízkotučné mléčné výrobky, olivový olej. Denní příjem cholesterolu by měl být do 200mg. Nejde však jen o absolutní příjem cholesterolu, hlídat musíme i veškeré nasycené tuky, které jsou metabolismem přeměňovány na LDL a mají tedy vliv na zvýšení cholesterolu v krvi. Přednost bychom měli dávat kvalitním

rostlinným tukům a olejům, které obsahují velký podíl omega 3 vícenenasycených mastných kyselin, které působí příznivě na kardiovaskulární systém a pomáhají snižovat hladinu LDL cholesterolu v krvi.

Snažíme se motivovat pacienty k normalizaci hmotnosti, zvýšení fyzické aktivity a zanechání kouření. V případě neúspěchu režimových opatření a u těžších poruch přistupujeme k podávání léků na snížení cholesterolu – hypolipidemik.

Pracovníci Světové zdravotnické organizace vypracovali model vývoje epidemie kouření cigaret a jeho důsledků v rozvinutých zemích. Model počítá se stoletým obdobím, rozděleným na 4 stadia, po 2 a 3 desetiletích. Česká republika se nachází zhruba ve třetí čtvrtině.

První stadium prožívala populace našeho státu v dobách před a po první světové válce. Spotřeba cigaret na hlavu dospělých osob starších 15 let nepřesáhla 500 kusů na hlavu a rok. U žen je podstatně nižší počet vykouřených cigaret. Kouření je spíše soustředěno do vyšších socioekonomických skupin, přičemž nižší sociální skupiny kouří spíše sypaný tabák. Úmrtnost na nemoci z kouření neovlivňuje celkovou úmrtnost a nádory plic nejsou častým onemocněním.



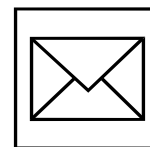
Druhé stadium trvá asi 30 a více let. Je charakterizováno prudkým vzestupem kouření, kouří více než 50% mužů a 15% žen. Stoupá i spotřeba, která u mužů činí 2-4 tisíce cigaret na hlavu a rok a u žen 2 tisíce na hlavu a rok. Neexistují žádná zákonná omezení šíření tabáku a kuřáctví je pokládáno za normální a přijatelný způsob chování.

Po druhé světové válce se začal objevovat stoupající podíl úmrtí v důsledku kuřáctví. U mužů byl zaznamenán vzestup úmrtí na nádory plic. V ČR se podílely nemoci z kouření v r.1965 na celkovém úmrtí mužů 35-69 letých 18% a na úmrtí žen téhož věku necelým 1%.

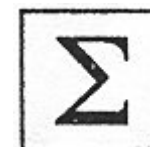
Třetí stadium, které trvá opět asi 30 let, je charakterizováno vrcholícím počtem kuřáků vztaheným k počtu obyvatel. U žen dochází po strmém vzestupu podílu kuřáček především v mladší populaci. Ve věkové skupině 15-24 letých kouří více dívek než chlapců. Odklon od kouření lze zaznamenat ke konci stadia ve vyšších socioekonomických skupinách mužské populace, ne však ženské. Koncem tohoto období začínají nekuřáci prosazovat pro sebe právo na čisté a zdravé pracovní a životní prostředí. Podíl nemocí z kouření stoupá a dosahuje 25-30% v mužské a 5% v ženské populaci. Počet úmrtí na nádory plic a průdušek vrcholí a dosahuje 110 až 120 na 100 000 u mužů a 24-30 na 100 000 obyvatel u žen.

Česká republika se nachází ve II. polovině této fáze. Lze předpokládat, že podíl kuřáků mužů, zvláště z vyšších sociálních vrstev, bude klesat a v nejmladších skupinách bude stoupat v důsledku exploze tabákové reklamy a nedostatku omezujících opatření. V současné době je u nás kouření stále sociálně přijatelné, což lze dokumentovat na chování reprezentantů našeho

veřejného života a jejich postojem. Riziko zemřít ve věku 35-69 let v důsledku kouření představuje v současné době 20% u mužů a 2% u žen. Při současném trendu bude stoupat a to zvláště u žen. V r. 1990 zemřelo v ČR 19,1 tisíc mužů a 2,9 tisíc žen na nemoci způsobené kouřením.



Ve čtvrtém stadiu dochází k pomalému snižování podílu kuřáků v populaci. Nekuřácké prostředí se stane v této fázi základní normou. Pomoc kuřákům bude soustředována na osoby závislé na nikotinu, kterým bude poskytována léčba v nejbližším měřítku. V ČR lze předpokládat tento vývoj za 10-15 let. Nastane doba, kdy představitelé veřejného života pochopí svoji roli modelů zdravého chování a budou se chovat podle poznanych příčin a následků, kdy každý občan bude pokládat za prioritu starost o své zdraví. Záleží jen na nás, zda se nám podaří tyto časové úseky zkrátit nebo prodloužit.



Po dlouhé roky byl nikotin považován za klíčovou složku odpovědnou za to, proč ten, kdo začne kouřit, je většinou na kouření závislý. Nyní však vědci z Brookhaven National Laboratory v Uptonu zjistili, že i další složka tabákového kouře může podporovat závislost na tabáku a to svými účinky na enzym, který hraje důležitou roli v mozgovém systému poskytujícím odměnu za určitý vzorec chování, čímž se toto chování posiluje. V mozku kuřáků je podstatně méně enzymu monoaminoxidázy B /MAO B/ ve srovnání s mozky nekuřáků nebo dřívějších kuřáků. MAO působí při odbourávání dopaminu, což je nervový přenašeč, který má mimo jiné úlohu v přenosu euforických pocitů. Tyto pocity jsou spojeny s většinou návykových drog. Nikotin sám stimuluje vyplavování dopaminu a pak následnou euforii / blažený pocit/. U kuřáků je patrně i proto větší pravděpodobnost, že se stanou závislí na jiných drogách a kouření se považuje za tzv. vstupní drogu. Uvažuje se také o léčbě, která by právě cíleně působila na výše uvedený enzym.



Jaká je situace v naší republice? V porovnání se Spojenými státy jsme teprve na začátku cesty kontroly kouření. V ČR je vysoká prevalence kouření lékařů /33%/ a sester /49%/, která je nesrovnatelná s 5% u lékařů v USA a 17% u sester v USA. Zákon sám sice nic neřeší, ale vyjadřuje aspoň postoj státu. V ČR existuje Zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi z roku 1989. Novela, která byla projednávána v Parlamentu v dubnu 1995, nebyla podepsána. V polovině 80. let byly zveřejněny ztráty 17 miliard Kčs ročně, do kterých byly započítány náklady na zdravotní péči, absenci v zaměstnání a ztrátu produktivity práce. 12% dětí ,které navštěvují základní školu, žije v zakouřené místnosti a 6% v zakouřené místnosti i spí.



V roce 1993 byla u nás ustanovena Poradní skupina pro prevenci kouření, avšak další ministr zdravotnictví ji zrušil. Po zrušení Národního centra podpory zdraví, které mělo ve své náplni i kontrolu kouření, přešla veškerá tato činnost do povinností Státního zdravotního ústavu, ovšem se značně redukovánými prostředky.

Specifika primární drogové prevence[i]

Vzhledem ke společenské nebezpečnosti zneužívání drog[ii] vznikla nutnost společnosti se před riziky, které se s nimi pojí, účinně a systematicky bránit. Postupem doby vykrytalizovaly dva přístupy, které lze charakterizovat jako represivní a preventivní. Většina odborníků (zejm. lékařů a psychologů) doporučuje cestu prevence – předcházení problémů s drogou. Represe je pak spíše prostředkem k potlačení organizovaného zločinu – distribuce drog.



Drogami nejohroženější věkovou skupinou je v ČR mládež mezi 15ti-19ti lety (69% z nich byla droga nabízena).[iii] Těmto lidem mnohdy chybí zkušenosti a nezkraslené informace a snadno tak podlehnou dojmu, že mohou drogy bez rizika vyzkoušet. Aby mohla společnost takovým rizikům předcházet, je třeba drogové prevence.



Při aktivitách primární drogové prevence jde zejména o to, aby se co nejvíce snížila poptávka iv. po drogách, aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány a aby nebyl ani důvod je vyhledávat a konzumovat. Mj.je zde proto zřetelná snaha ovlivnit chování jedince prostřednictvím změny norem a hodnot společenství, ve kterém žije (populace jako celku, rodiny, školního kolektivu) a které do jeho života přinášejí určitá rizika – a tak je odstranit nebo alespoň oslabit, aby v jejich důsledku nemohl drogový problém vzniknout, a to ani na bázi experimentu (v horším případě jde o to posunout setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku, když je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější).

Snahy drogových preventistů směřují k plošnému působení na dosud nezasaženou populaci. Patří sem vše od informací v rámci vyučování či přípravy na rodičovství, přes vytváření nabídky alternativních, společensky přijatelných aktivit, až po ovlivňování názorů a postojů jedince i veřejnosti a podporu zdravého životního stylu.

Matula (1998) upozorňuje na to, že výzkumy v USA se soustřeďují na rozlišení charakteristik lidí, kteří berou drogy, a těch, jenž drogy neberou. Faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že se jedinec stane pravidelným či problémovým uživatelem, se nazývají rizikové. Faktory, jenž redukuje potenci užívání drog, jsou faktory ochrannými. Obě kategorie jsou pak velmi důležité při určování typů preventivních programů, které budou pravděpodobně efektivní v té které specifické populaci. Určení rizikových faktorů je také východiskem při konstrukci dotazníků zjišťujících míru ohrožení dané cílové skupiny.

Forem, kterými se provádí prevence, je mnoho. Skutečně efektivní programy se však řídí podle určitých zásad – viz přílohy č. 2, 3 a 4.

2.1 Systém drogové prevence

Do boje proti drogám je u nás zapojeno mnoho státních i nestátních organizací. Po státní linii jde především o represivní složky, představované policií a justicí. Protidrogová politika je ale založena na více méně vyváženém přístupu kombinujícím jak represivní, tak i preventivní opatření. Tématem této klauzurní práce je problematika primární drogové prevence, proto se i v této části budeme zabývat subjekty, které se podílejí na aktivitách preventivně zaměřených proti zneužívání návykových látek.

Ze statistických údajů vyplývá, že v současné době má s drogou zkušenosti asi třetina středoškoláků, což je způsobeno i nárůstem dostupnosti drog v České republice. Stát, jenž hraje v drogové prevenci svou nezastupitelnou úlohu, tyto trendy ve svých koncepcích reflektuje a podniká preventivní kroky. Pokud má být protidrogová politika skutečně funkční, je nutné, aby systém protidrogových opatření byl provázaný a centrálně koordinovaný. Proto byly vymezeny cíle a úkoly věcně příslušných resortů – záměrem bylo zvýšit efektivitu i kvalitu působení proti drogám (včetně alkoholu a tabáku).

Resorty vnitra, spravedlnosti a financí mají na starosti potlačování nezákonné výroby, obchodu a šíření drog. Dále vznikla legislativní opatření, která mají zamezit dalšímu zvýšení produkce drog či jejich užívání. Protidrogovou prevencí mají na starosti především resorty školství, mládeže a tělovýchovy a zdravotnictví. Zároveň se počítá s účastí nestátních organizací, které by měly se státními spolupracovat a také se soustředit na ty oblasti, která nejsou státem dostatečně zajištěny.



zhledem k vysoké prevalenci arteriální hypertenze – v České republice se pohybuje kolem 30 % dospělé populace – je síť lékařů věnujících se této problematice poměrně hustá. Věnuje se jí mnoho internistů, kardiologů, ale i diabetologů a nefrologů. S ohledem na častý výskyt vysokého krevního tlaku se tímto onemocněním denně zabývá i mnoho praktických lékařů. Péči o hypertoniky pak zastřešují specializovaná centra poskytující komplexní diagnostiku i terapii nemocným s rezistentní hypertenzí anebo suspektní sekundární hypertenzí. O činnosti největšího a „nejdéle sloužícího“ centra v České republice, ale i o systému péče o hypertoniky u nás MT hovořila s prof. MUDr. Jiřím Widimským, CSc., vedoucím Centra pro výzkum, diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze VFN v Praze a současným předsedou České společnosti pro hypertenzi.

Arteriální hypertenze se v populaci vyskytuje častěji než například onemocnění ischemickou chorobou srdeční, o níž se mluví mnohem více a která je jednou z nejobávanějších komplikací vysokého krevního tlaku. Hypertenze je zároveň spolu s diabetem, kouřením a dyslipoproteinémií nejdůležitějším rizikovým faktorem rozvoje aterosklerózy. S ohledem na multidisciplinární charakter problematiky hypertenze je nezbytné, aby se jí zabývala celá řada zdravotníků – praktičtí lékaři, internisté, kardiologové,

nefrologové, diabetologové (je známo, že až 70 % diabetiků trpí současně také hypertenzí), endokrinologové a odborní lékaři pracující ve specializovaných centrech.

Běžnou péči doplňují specializovaná centra

Podle prof. Widimského je systém péče o hypertoniky v České republice nastaven poměrně dobře a mezi jednotlivými lékaři, kteří je mají v péči, funguje dobrá spolupráce.

Navzdory vysoké prevalenci arteriální hypertenze v naší populaci se však stále setkáváme s velkými nedostatky v léčbě tohoto onemocnění, což se odráží na neuspokojivé míře kontroly hypertenze. „Podle průzkumů a výsledků studií se zdá, že pouze přibližně jedna čtvrtina všech nemocných s vysokým krevním tlakem je adekvátně léčena.

Očkování proti chřipce

Proč očkovat proti chřipce

Chřipka patří mezi vysoce nakažlivá infekční onemocnění a postihuje všechny věkové skupiny; je schopna vytvářet epidemie až pandemie; pouze dva typy chřipkového viru jsou schopny nakazit člověka, tj. typ A a B; zákeřnost tohoto viru spočívá v jeho každoroční genetické změně, tzn. ochrana vytvořená prožitím chřipky nebo očkováním chrání spolehlivě jen v dané chřipkové sezóně

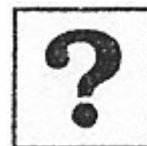
Chřipková sezóna se objevuje každoročně v období od listopadu do března
Chřipka se přenáší vzdušnou cestou, kapénkovým způsobem; přenáší se z člověka na člověka a zdrojem nákazy je člověk nebo zvíře

Každoročně postihne statisíce lidí a několik tisíců podlehně komplikacím v důsledku chřipky

Nejvíce ohroženou věkovou skupinou pro chřipku, pro kterou může představovat zvýšené riziko, jsou děti mladší 2 let, chronicky nemocní a osoby starší 60 let

Inkubační doba se odhaduje jen na několik hodin (12-48 hodin)

Onemocnění chřipkou se projevuje rychlým nástupem horečky, třesavkou, velkými bolestmi hlavy, svalů kloubů a pocitem schvácenosti, suchý, dráždivý kašel; u některých nemocných se může přidat i zvracení, spavost; komplikace mohou být zápal plic, zánět nosních dutin, zánět středouší, zánět centrálního nervového systému nebo srdce



Kdy a koho očkovat (Indikace)

Proti chřipce lze očkovat děti starší 6 měsíců

Podle aktuální vyhlášky (č.537/2006 ze dne 29.11.2006) se pravidelně očkují osoby umístěné v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením či se zvláštním režimem; rovněž se pravidelně očkují osoby pracující na pracovištích se zvýšeným rizikem přenosu této nákazy (především v uvedených domovech)



Podle aktuální verze seznamu preskripčních omezení platné od 1.10.2008 je vakcína indikována a hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění u pacientů nad 65 let věku a u pacientů po splenektomii, po transplantaci krvetvorných buněk a u pacientů, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem a to pokud nejsou očkováni proti chřipce v rámci pravidelného, či zvláštního očkování podle vyhl. MZ č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů

Pravidelně se očkují pacienti:

se závažným chronickým dýchacím a kardiovaskulárním onemocněním s diabetes mellitus a jiným metabolickým onemocněním s cystickou fibrózou, chronickou renální insuficiencí, chronickou anémií s vrozenou nebo získanou poruchou imunitního systému umístění v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a penzionech pro důchodce kteří jsou při svém pracovním výkonu vystaveni zvýšenému nebezpečí chřipkové nákazy (zejména zdravotníci nebo personál v ústavech sociální péče apod.)



Očkuje se každoročně v období před plánovanou chřipkovou sezónou, tj. září-prosinec; očkovat lze i během sezóny, ale s omezeným účinkem, neboť ten se dostaví nejdříve do 10-14 dní po očkování

Jak očkovat (Dávkování a způsob podání)

K ochraně stačí pouze jedna dávka vakcíny; výjimkou jsou děti mladší 3 let, kterým se v intervalu 1 měsíce podávají 2 poloviční dávky

Očkují-li se osoby s poruchou imunitního systému, doporučuje se ověřit imunitní odpověď po očkování, a je-li třeba podat dodatečnou dávku

Platnost očkování proti chřipce je limitováno pouze na jeden rok, respektive na danou chřipkovou sezónu, tj. protilátky specifické vůči chřipkovým virům přetrvávají minimálně po dobu 6 měsíců.

Vakcína se podává nitrosvalově do oblasti deltového svalu (u dospělých osob nebo starších dětí) nebo do gluteální oblasti u malých dětí; ve výjimečných případech lze vakcínu podávat i podkožně (existuje-li riziko trombocytopenie či hemoragie)

Vakcína se nesmí podávat nitrožilně nebo nitrokožně.

Očkovat proti chřipce lze současně s jiným očkováním ve stejný den (jinou injekční stříkačkou do jiného místa vpichu); zpravidla se však mezi jednotlivými očkováními nechává 2týdenní interval případně 4týdenní (očkuje-li se po předešlém podání živé vakcíny)

Jaké vakcíny používat

Chřipková vakcína se vyrábí každoročně s novým složením vakcinačních virů kmenů stanovených SZO pro plánovanou chřipkovou sezónu; platnost takové vakcíny jen pro odpovídající chřipkovou sezónu

Vakcína proti chřipce je buď tzv. subjednotková (obsahující pouze dva nejvýznamnější chřipkové antigeny: hemaglutinin a neuraminidázu, tj. komerční vakcína Influvac, Flud) nebo tzv. splitová (obsahující chemicky rozštěpené celé chřipkové viriony, tj. komerční vakcína Begrivac, Fluarix, Vaxigrip); mimo to je u nás k dispozici i inaktivovaná virosomální chřipková vakcína obsahující kompletní virovou obálku bez přítomnosti genetického materiálu (komerční vakcína Inflexal V)

Každá chřipková vakcína obsahuje oba typy chřipkových virů nebezpečných pro člověka s geneticky specifickým hemaglutininem a neuraminidázou (tj. typ A/H1N1, typ A/H3N2 a typ B)

U nás jsou komerčně k dispozici tyto vakcíny: Begrivac, Fluarix, Vaxigrip – splitové chřipkové vakcíny; Influvac – subjednotková chřipková vakcína; Flud – subjednotková adjuvantní chřipková vakcína; Inflexal V – virosomální chřipková vakcína

Všechny vakcíny se dodávají pouze v jedné formě, tj. jak pro děti tak dospělé

Vakcína Flud je výrobcem výhradně určena pro imunizaci osob starších 65 let; výjimečně ji lze použít i k očkování dospělých osob mladších 65 let, vakcína nesmí být podávána dětem a mladistvým do 18 let

Vakcínu je třeba skladovat ve tmě a chladu (2-8°C) po dobu maximálně 1 roku

Vakcína by měla před použitím dosáhnout pokojové teploty



Spolehlivost očkování

Protektivní účinnost očkování proti chřipce dosahuje 70-90%

Ochrana se vytváří u většiny očkovaných již 14 dní po očkování

Spolehlivost a platnost očkování je maximálně po dobu chřipkové sezóny (do 1 roku)

Faktory, které mohou ovlivnit účinnost očkování:

Věk očkované; nižší protektivní účinnost se dosahuje u osob starších 60 let než u mladších dospělých osob; nejvyšší účinnost je dosažena ve věkové skupině 15-60 let

Typ chřipkové vakcíny (tj. splitová nebo subjednotková) nemá jednoznačný vliv na protektivní účinnosti očkování

Odhad a volba správného virového kmene chřipky pro plánovanou chřipkovou sezónu je předpokladem vysoké protektivní účinnosti očkování proti chřipce

Očkování nebo prožití chřipky v předešlé sezóně zvyšuje protektivní účinnost očkování před plánovanou chřipkovou sezónou

Získaná nebo vrozená porucha imunitního systému snižuje protektivní účinnost tohoto očkování

Kdy neočkovat a jiné upozornění

Proti chřipce se nedoporučuje očkovat (kontraindikace) při akutním horečnatém onemocnění, při známé těžké alergii na některou ze složek

vakcí (případně alergii na vaječné bílkoviny), dojde-li po předchozím očkování proti chřipce ke vzniku komplikací a její příčina nebyla vyjasněna. Závažná porucha imunitního systému může představovat kontraindikaci pro toto očkování.

Toto očkování chrání výhradně jen vůči chřipce, nikoli ostatním respiračním onemocněním, která se objevují rovněž i během chřipkové sezóny.

Těhotenství může znamenat kontraindikaci pro toto očkování, zvažuje se vždy individuální přínos a riziko pro očkovanou těhotnou ženu, je-li třeba, během prvního trimestru se neočkuje a očkování se odloží na 2. a 3. trimestr; laktace není považována za kontraindikaci (někdy výrobce doporučuje individuální posouzení).

Nežádoucí účinky po očkování

Velmi často se vyskytující nežádoucí účinky ($\geq 10\%$) po očkování proti chřipce jsou především reakce lokálního charakteru, které zpravidla do 7 dní po očkování spontánně odezní: zarudnutí, otok, zatvrdlina, mírná bolest v místě vpichu.

Časté nežádoucí účinky (1-10%) jsou systémové, které do 2 dnů po očkování spontánně vymizí: bolest hlavy, malátnost, nevolnost, zvýšená teplota až horečka, třesavka, pocit mrazení, únava, pocení, bolest kloubů a/nebo svalů.

Vzácné nežádoucí účinky (0,01-0,1%) jsou kopřivka, svědění, zarudlá vyrážka a dušnost, zvětšení lymfatických uzlin.

Velmi vzácné nežádoucí účinky ($< 0,01\%$) jsou mírné podkožní krvácení a zduření v místě vpichu, bolest v průběhu nervu, brnění, křeče, zánět mozku a míchy, zánětlivé onemocnění nervů, Guillain-Barré syndrom, přecitlivělost, anafylaktický šok, přechodný nedostatek krevních destiček.



řišní tyfus je nakažlivé střevní onemocnění vyvolané bakterií *Salmonella typhi*. Zdrojem nákazy je nemocný člověk nebo bacilonosič. Zhruba ze 3 až 5% lidí nemocných břišním tyfem se stávají bacilonosiči. K přenosu dochází buď přímým stykem se stolicí a močí bacilonosiče nebo nemocného člověka nebo nepřímo kontaminovanými potravinami a vodou. Břišní tyfus, pokud není léčen antibiotiky, má typický průběh. Prvním příznakem je postupně, během týdne schodovitě se zvyšující horečka a trvalé bolesti hlavy. Poté 2-3 týdny přetrvává přes den se neměící horečka, chátření nemocného a lehkého obluzení. Pak v příznivém případě nastane rychlejší pokles horečky a delší rekonvalescence. Během ní může dojít k relapsu a jsou možné komplikace, jako krvácení do střeva, perforace střeva, záněty žil, proleženiny. Po překonání tyfu zůstává celoživotní imunita. Nejčastějším důvodem výskytu několika málo případů břišního tyfu u nás je jeho importování z ciziny. Význam očkování proti břišnímu tyfu spočívá především v očkování osob cestujících do zemí s vyšším výskytem této infekční choroby, tzn. oblastí s nízkým stupněm hygieny, které předpokládají pobyt ve volné přírodě nebo na venkově nebo v oblastech, kde je vzdálená lékařská pomoc. Dále se doporučuje osobám, které mají blízký kontakt s osobami prokázanými jako nosiči bakterie *Salmonella typhi*. Břišní tyfus je onemocnění, které nadále zůstává problémem zejména Mexika a

rozvojových zemí východní a jižní Asie (včetně Pákistánu a Indie), Jižní Ameriky a Afriky.

TYPHERIX

TYPHERIX je určen k aktivní imunizaci dospělých, mladistvých a dětí starších 2 let proti břišnímu tyfu.

Dávkování

Očkování dospělých, mladistvých i dětí starších 2 let se provádí jednou dávkou vakcíny 0,5ml podané intramuskulárně. Osobám trvale se vyskytujících v rizikových oblastech nebo osobám často cestujících do oblastí s výskytem břišního tyfu se doporučuje každé 3 roky přeočkování jednou dávkou vakcíny.

Kontraindikace

Vakcína Typherix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na účinnou látku nebo na kteroukoliv jinou složku vakcíny, ani jedincům, u kterých došlo při předchozí aplikaci vakcíny k projevům přecitlivělosti

Nežádoucí účinky

- Lokální - nejčastěji se vyskytuje slabé zarudnutí, otok či mírná bolest v místě vpichu.
- Celkové - teplota, bolesti hlavy, bolesti celého těla, svědění, nevolnost či nucení na zvracení.
- Velmi vzácně se po očkování vyskytují alergické reakce či anafylaxe (včetně anafylaktického šoku).



TYPHIM VI

Prevence břišního tyfu dospělých a dětí nad 2 roky věku, zvláště lidí cestujících do endemických oblastí, migrujících, zdravotnických pracovníků a vojáků.

Dávkování

Ochranu zajišťuje jedna dávka vakcíny 0,5 ml podané intramuskulárně. Subkutánní cesta podání je doporučena u osob s trombocytopenií a poruchami srážlivosti krve. Přeočkování se provádí každé tři roky jednou dávkou vakcíny, jestliže riziko nákazy tyfem stále trvá. Vakcinační schéma je stejné pro dospělé i pro děti.

Kontraindikace

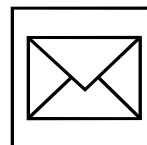
Známa přecitlivělost na některou ze složek vakcíny. Dále by vakcinace měla být odložena. v případě horečky, akutního onemocnění, chronické či rozvíjející se nemoci.

Nežádoucí účinky

- Lokální - reakce v místě vpichu, bolest, otok, začervenání.
- Celkové - horečka, bolest hlavy, nevolnost, bolest břicha, bolest ve svalech a kloubech.

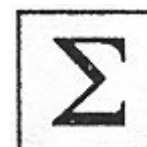
etanus je infekční onemocnění způsobené bakterií Clostridium tetani. Tato bakterie je přítomna ve stolici mnoha zvířat i člověka a hnojením se dostává do půdy, kde ve formě spor vydrží měsíce i léta. Tetanus je onemocnění zvířat, citliví jsou koně, hovězí dobytek, prasata, méně psi a kočky, málo drůbež a holubi. Vstupní branou nákazy jsou drobná i větší poranění kontaminovaná zemí. Lidé se infikují ranou, která je obvykle

hluboká a často i nepatrná, způsobenou hřebíkem, třískou nebo jinými řeznými předměty kontaminovanými touto bakterií. Spory Clostridium tetani se dostávají pod kůži a v anaerobním prostředí se začne množit a naváže se na nervovou tkáň. Inkubační doba je velmi variabilní, od tří dnů do několika měsíců. Po jejím uplynutí si začne nemocný stěžovat na potíže při otvírání úst, které je vyvoláno právě zvýšeným napětím žvýkacích svalů. V této fázi nemocný člověk obvykle nemívá žádné jiné obtíže ani teplotu. Postupně se ale zvýšené napětí rozšiřuje i na ostatní svaly a dochází k rozvoji celkových křečí, při kterých se může nemocný udusit. Polovina nemocných svému onemocnění podlehne. Čím kratší inkubační doba, tím horší předpověď na přežití. U nás bylo již v roce 1958 zavedeno celoplošné povinné očkování proti tetanu u dětí. Přeočkování by mělo být vždy po 10 – 15 letech. Po zavedení tohoto očkování se tato nemoc u nás vyskytuje zcela ojediněle.



ALTEANA

Očkovací látka proti tetanu je vysoce čištěný tetanický anatoxin, získaných detoxikací toxinu kmene Clostridium tetani, adsorbovaný na minerální nosič. Očkovací látka se používá k aktivní imunizaci nebo pourazové profylaxi u dětí a dospělých s neprokázanou nebo neukončenou preventivní imunizací proti tetanu.



Dávkování

Základní očkování se provádí třemi dávkami u osob, které nebyly očkovány proti tetanu nebo byly očkovány před více než deseti lety. Doporučený interval mezi první a druhou dávkou je 6-10 týdnů, mezi druhou a třetí dávkou 6-10 měsíců. Přeočkování se provádí jednou dávkou 0,5 ml vždy po deseti letech.

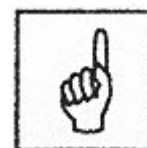
Kontraindikace

Při preventivním očkování nemají být očkovány osoby s akutním horečnatým onemocněním nebo závažným infekčním onemocněním a v časně rekonvalescenci po horečnatém onemocnění. Neočkují se osoby s přecitlivělostí na některou složku očkovací látky nebo se závažnou celkovou reakcí po předchozí dávce.



Nežádoucí účinky

V místě podání vakcíny může dojít k lokální reakci různého rozsahu (tj. erytému, induraci, bolestivosti, ojediněle provázené zduřením regionálních mízních uzlin), ustupující obvykle bez terapie. Výjimečně dochází k tvorbě nodulu nebo sterilního abscesu v místě vpichu. U osob s vysokými hodnotami sérových protilátek proti tetanu mohou vzniknout příznaky III. typu přecitlivělosti, způsobené tvorbou imunokomplexů.



Celková reakce se nejčastěji projeví teplotou, bolestí hlavy a svalů, únavou. Bezprostřední alergická reakce s oběhovým selháním je vzácná.

Onemocnění přenáší klíště Ixodes ricinus. Onemocnění má ohniskový výskyt, v ČR je nejčastěji soustředěn na povodí řek. Klíšťata naleznete spíše na okrajích lesa, remízcích, v nízkých porostech. Klíšťová encefalitida je nemocí věku - to znamená, že u velmi malých dětí probíhá onemocnění většinou velmi lehce. U dětí starších a dospělých se za 7 - 14 dní po přisátí klíštěte objeví chřipkovité příznaky (teplota, bolesti hlavy,

kloubů, svalů. Potom se stav upraví a onemocnění dál nepostupuje. Jindy po uplynutí několika dnů dojde ke zhoršení stavu, nemocný má horečku, silné bolesti hlavy, zvrací, mohou se objevit poruchy spánku nebo vědomí. U části nemocných mohou po uzdravení zůstat následky - obrny.

irová hepatitida A se šíří fekálně - orální cestou většinou těsným stykem v dětských kolektivech nebo v rodině. U dětí do 5 let probíhá onemocnění většinou bezpříznakově, u starších dětí a dospělých nechutenství, bolesti v pravém podžebří, bolesti kloubů, zvýšená teplota. Později dochází k zežloutnutí bělma očí a kůže - žloutence. Virová hepatitida B je jednou z nejzávažnějších nemocí člověka. Zdrojem onemocnění je nemocný člověk s akutní nebo chronickou infekcí. Přenos se děje prostřednictvím krve, spermatu, poševního sekretu a slinami infikovaných jedinců, lékařskými nebo nelékařskými nástroji anebo potřísněním poraněné kůže sekrety nakaženého člověka. Jde vlastně o zánět jater.



WINRIX ADULT

Očkování proti žloutence. Inaktivovaná vakcína proti hepatitidě A a rekombinantní vakcína proti hepatitidě B, adsorbovaná vakcína. Používá se k imunizaci dospělých a mladistvých nad 16 let, kteří jsou vystaveni riziku nákazy způsobené virem hepatitidy A a hepatitidy B. Twinrix Adult je vakcína určená dospělým a mladistvým nad 16 let k ochraně před dvěma onemocněními: hepatitidou A a hepatitidou B. Působením vakcíny si tělo vytváří vlastní protilátky, které Vás před těmito nemocemi chrání. Hepatitida A je infekční onemocnění postihující játra. Je způsobeno virem hepatitidy A. Virus hepatitidy A může být přenesen z jedné osoby na druhou jídlom a pitím, nebo při plavání ve vodě znečištěné kanalizačním odpadem. Příznaky hepatitidy A začínají 3-6 týdnů po kontaktu s virem a to nauzeou (pocitem na zvracení), horečkou a bolestmi. Po několika dnech může dojít k zežloutnutí kůže a očního bělma, ke vzniku žloutenky. Onemocnění může probíhat s různou závažností a také příznaky mohou být různé. U malých dětí často ani nemusí dojít ke vzniku žloutenky. Většina osob se úplně uzdraví, ale velmi často probíhá onemocnění žloutenky natolik závažně, že si vyžádá přibližně měsíční pracovní neschopnost. Hepatitida B je způsobena virem hepatitidy B. Při tomto onemocnění žloutenkou jsou játra zvětšená, postižená zánětem. Virus hepatitidy B se vyskytuje v tělesných tekutinách jako je krev, sperma, poševní sekret a sliny infikovaných jedinců. Očkování proti žloutence je nejlepším způsobem ochrany. Žádná ze součástí vakcíny nemůže vyvolat infekci.

Dávkování



Dávka 1 ml je doporučena pro aplikaci dospělým a mladistvým nad 16 let. V rámci standardní základní imunizace se aplikují tři dávky vakcíny. První dávka se podá ve zvolené době, druhá o měsíc později a třetí šest měsíců po první dávce. Ve výjimečných případech lze u dospělých, kteří očekávají, že do jednoho měsíce či o málo déle po zahájení vakcinace budou cestovat a nemají dost času na ukončení standardní vakcinace podle schématu 0-1-6 měsíců, podat tři intramuskulární injekce podle schématu 0-7-21 dnů. Při tomto vakcinačním schématu je doporučeno aplikovat ještě čtvrtou dávku, a to 12 měsíců po první dávce. Imunizační schéma je nutné dodržet. Základní očkování se má v celém období provádět stejným přípravkem.

Kontraindikace

Twinrix Adult nesmí být aplikován osobám se známou přecitlivělostí na kteroukoliv složku vakcíny nebo jedincům, u nichž se projeví známky přecitlivělosti po předchozím očkování vakcínou Twinrix Adult nebo po předchozím očkování monovalentními vakcínami proti hepatitidě A nebo B. Podobně jako je tomu u jiných vakcín, i aplikace vakcín Twinrix Adult by se měla odložit při akutním horečnatém onemocnění.

Nežádoucí účinky

Bolest, zarudnutí, otok, nevolnost, zvracení, únava, bolest hlavy.

TWINRIX JUNIOR

Inaktivovaná vakcína proti hepatitidě A a rekombinantní vakcína proti hepatitidě B, adsorbovaná vakcína. Používá se k imunizaci dětí a mladistvých od 1 roku do 15 let, kteří jsou vystaveni riziku nákazy způsobené viry hepatitidy A a hepatitidy B.

Dávkování

Dávka 0,5 ml je doporučena pro aplikaci dětem a mladistvým od 1 roku do 15 let.

V rámci standardní základní imunizace se aplikují tři dávky vakcíny. První dávka se podá ve zvolené době, druhá o měsíc později a třetí šest měsíců po první dávce. Imunizační schéma je nutné dodržet. Očkování se má v celém období provádět stejným přípravkem.

Údaje o dlouhodobém přetrvávání protilátek po očkování Twinrixem Junior jsou k dispozici pro období do 48 měsíců po vakcinaci.

Kontraindikace

Twinrix Junior nesmí být aplikován osobám se známou přecitlivělostí na kteroukoliv složku vakcíny nebo jedincům, u nichž se projeví známky přecitlivělosti po předchozím očkování vakcínou Twinrix Junior nebo po předchozím očkování monovalentními vakcínami proti hepatitidě A nebo B. Podobně jako je tomu u jiných vakcín, i aplikace vakcíny Twinrix Junior by se měla odložit při akutním horečnatém onemocnění.

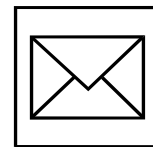
Nežádoucí účinky

V klinických studiích byly nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky reakce v místě vpichu jako bolest, zarudnutí a otok.

Očkování proti rakovině děložního čípku

Prevence karcinomu děložního čípku

Zhoubné nádorové onemocnění, karcinom děložního čípku nebo také hrdla děložního je celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí žen v důsledku nádorového onemocnění. Podle zdravotnické ročenky v posledních letech



ročně lékaři v České republice diagnostikují přes 1000 nových případů a ročně na tuto diagnózu zemře přibližně 400 pacientek, přičemž rozdíl oproti západoevropským zemím je téměř dvojnásobný a nijak se nezmenšuje.



Současně je ale karcinom děložního čípku onemocnění, u kterého je známa hlavní příčina vzniku – infekce lidskými papillomaviry – i některé další rizikové faktory. Je to onemocnění, které se vyvíjí z klinicky dobře zachytitelných a léčitelných prekancerózních stádií. Infekce genitálního traktu lidskými papillomaviry je klasifikována jako nejrozšířenější sexuálně přenosné onemocnění. Zatímco byla nalezena jejich přítomnost v mužském urogenitálním traktu bez toho, že by byla dosud prokázána souvislost se vznikem nádorového onemocnění (lze si tedy představit orgány mužského urogenitálního traktu jako zdroj infekce), jejich přítomnost v genitálním traktu žen jednoznačně za určitých podmínek iniciuje vznik onemocnění, které se může postupně vyvinout až v invazivní metastazující karcinom.

Možnost prevence dává naději na včasné odhalení a léčbu tohoto onemocnění.

V rukou lékařů je včasná diagnostika a účinná léčba, avšak prevence je především věcí zodpovědnosti každé ženy za své vlastní zdraví.

Očkování proti rakovině děložního čípku

Vakcína SILGARD a CERVARIX zabraňující rozvoji rakoviny děložního čípku a dalších onemocnění vyvolávaných čtyřmi typy lidského papilomaviru (HPV).

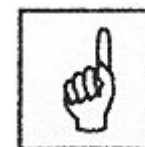
Národní onkologický program České republiky

Národní onkologický program ČR (NOP) byl zpracován na základě podmínek a potřeb České republiky a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatých ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle Národního onkologického programu České republiky směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti nádorových onemocnění, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.



Cíle:

- Snižování incidence a mortality nádorových onemocnění.
- Zlepšení kvality života onkologicky nemocných.
- Racionalizace nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.



Strategie:

- Boj se zhoubnými nádory jako součást celorepublikové i regionální politické agendy.
- Boj se zhoubnými nádory jako životní zájem laické i odborné veřejnosti.
- Mezinárodní kooperace a harmonizace v rámci partnerských

struktur EU a WHO.

- Trvalá udržitelnost programu boje s rakovinou kontrolou nákladů.
- Stanovení a průběžné vyhodnocování indikátorů, výstupů (outputs) a výsledků (outcomes), fungování a účinnosti NOP. Každoroční komentář k plnění, případně revize a doplňování.

Úkoly:

1. Na školách odborná podpora výuky prevence nádorů. Na veřejnosti popularizace primární prevence nádorů. Snížit zejména kouření mládeže a žen. Pomáhat kladným změnám ve výživě a v životním stylu.
2. Zajistit dlouhodobé fungování a audity programů pro skrining karcinomu prsu, karcinomu hrdla děložního a karcinomu kolorekta. Vyhodnocovat zároveň vliv paraskriningových vyšetření v populaci.
3. Zlepšit časnou diagnostiku zhoubných nádorů, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři. Inovovat náplň preventivních prohlídek, integrujících záchyt onkologických, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.
4. Pojmenovat síť center komplexní diagnostiko-léčebné onkologické péče, akreditovaných ČOS na principu čtyř kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace. Vytvořit Radu onkocenter České republiky jako nástroj pro koordinaci práce.
5. Prosazování ekvity čili pokrytí populace srovnatelnými onkologickými službami a přístupem k informacím o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění.
6. Zajistit ukotvení a stabilitu zařízení pro paliativní a terminální péči. Podpořit rozvoj domácí péče. Sledovat stav kvality života a léčby bolesti nemocných s pokročilými zhoubnými nádory.
7. Podpora kontinuity, stabilizace, modernizace a praktického využívání databáze Národního onkologického registru ČR pro řízenou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči v onkologii.
8. Podpora aplikovaného onkologického výzkumu a inovací. Zavádění principů HTA (health technology assessment) v onkologii. Podpora vzdělávání v onkologii.



Za výbor České onkologické společnosti ČLS JEP
Prof. MUDr. Jíří Vorlíček, CSc.

Národní onkologický program České republiky

Národní onkologický program ČR (NOP) byl zpracován na základě

podmínek a potřeb České republiky a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatých ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle Národního onkologického programu České republiky směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti nádorových onemocnění, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.

Cíle:

- Snižování incidence a mortality nádorových onemocnění.
- Zlepšení kvality života onkologicky nemocných.
- Racionalizace nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR.

Strategie:

- Boj se zhoubnými nádory jako součást celorepublikové i regionální politické agendy.
- Boj se zhoubnými nádory jako životní zájem laické i odborné veřejnosti.
- Mezinárodní kooperace a harmonizace v rámci partnerských struktur EU a WHO.
- Trvalá udržitelnost programu boje s rakovinou kontrolou nákladů.
- Stanovení a průběžné vyhodnocování indikátorů, výstupů (outputs) a výsledků (outcomes), fungování a účinnosti NOP. Každoroční komentář k plnění, případně revize a doplňování.



Úkoly:

1. Na školách odborná podpora výuky prevence nádorů. Na veřejnosti popularizace primární prevence nádorů. Snižit zejména kouření mládeže a žen. Pomáhat kladným změnám ve výživě a v životním stylu.
2. Zajistit dlouhodobé fungování a audity programů pro skrínink karcinomu prsu, karcinomu hrdla děložního a karcinomu kolorekta. Vyhodnocovat zároveň vliv paraskrínigových vyšetření v populaci.
3. Zlepšit časnou diagnostiku zhoubných nádorů, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři. Inovovat náplň preventivních prohlídek, integrujících záchyt onkologických, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.
4. Pojmenovat síť center komplexní diagnostiko-léčebné onkologické péče, akreditovaných ČOS na principu čtyř kompetencí: kvalifikace, vybavení, sebeevaluace a komunikace. Vytvořit Radu onkocenter České republiky jako nástroj pro koordinaci práce.



5. Prosazování ekvity čili pokrytí populace srovnatelnými onkologickými službami a přístupem k informacím o prevenci, diagnostice a léčbě onkologických onemocnění.
6. Zajistit ukotvení a stabilitu zařízení pro paliativní a terminální péči. Podpořit rozvoj domácí péče. Sledovat stav kvality života a léčby bolesti nemocných s pokročilými zhoubnými nádory.
7. Podpora kontinuity, stabilizace, modernizace a praktického využívání databáze Národního onkologického registru ČR pro řízenou preventivní a diagnosticko-léčebnou péči v onkologii.
8. Podpora aplikovaného onkologického výzkumu a inovací. Zavádění principů HTA (health technology assessment) v onkologii. Podpora vzdělávání v onkologii.



Za výbor České onkologické společnosti ČLS JEP
Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

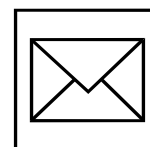
Program preventivních prohlídek v ČR

Každý občan České republiky má podle současné úpravy nárok na dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění, které slouží k včasnému záchytu nádorových onemocnění.



Na co máte nárok u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa:

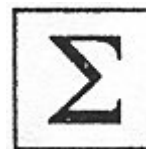
1. od 18 let jednou za dva roky
 - o preventivní prohlídka u praktického lékaře
 - o její součástí je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže a konečníku
 - o u mužů varlat a u žen prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování
2. od 50 let věku jednou za dva roky - standardizovaný test na krvácení ve stolici Hemokult
3. ženy od 15 let věku každý rok
 - o gynekologická prevence
 - o její součástí je onkologická prevence kůže, vyšetření prsů pohmatem, vyšetření regionálních mízních uzlin, vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření



4. ženy od 45 do 69 let jednou za dva roky

1. preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy

2. je určené pro ženy bez potíží a příznaků nemoci.
3. Seznam doporučených pracovišť k provádění mamografického screeningu v ČR k 1. dubnu 2006 najdete na stránkách MZ ČR
4. Více informací na stránkách Program mamografického screeningu v ČR



5. od 18 let každý rok

5. stomatologické preventivní prohlídky
6. součástí je i onkologická prevence zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech i kolem čelistních měkkých tkání.
7. by měli dále absolvovat vyšetření prostaty
8. vyšetření prostaty však není součástí státem organizovaného skríningu

3. muži i ženy v 50 roce

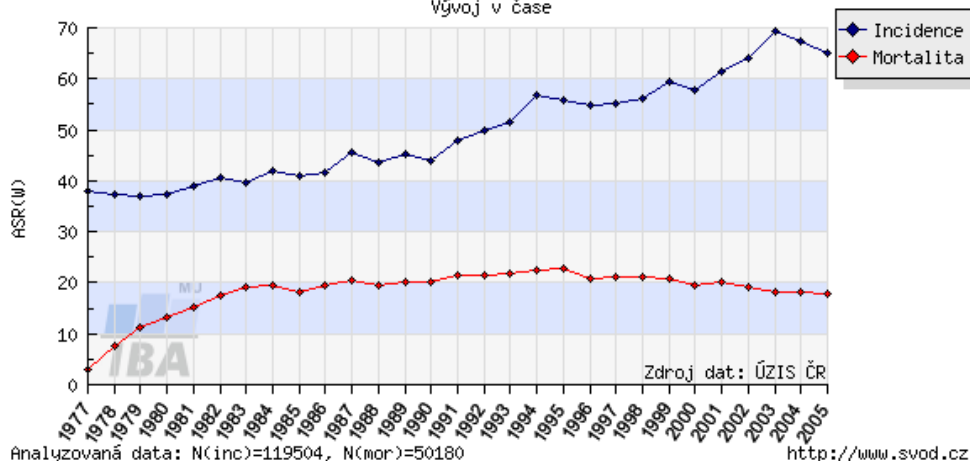
1. by měli absolvovat preventivní kolonoskopické vyšetření na rakovinu tlustého střeva
2. některé zdravotní pojišťovny vyšetření již proplácejí u pojištěnců nad 55 let, ČOS a ČGS ČLS JEP připravují návrh preventivního vyšetření zahrnující také endoskopické vyšetření tlustého střeva (kolonoskopii) v 50. roce života člověka.

4. dívky mezi 11. a 13. rokem věku

1. by měly dále absolvovat očkování proti HPV a karcinomu děložního čípku
2. více informací
3. VZP i další zdravotní pojišťovny poskytují příspěvek na očkování dívkám od 13 do 18 let (VZP 500,-Kč na každou ze tří dávek vakcíny)

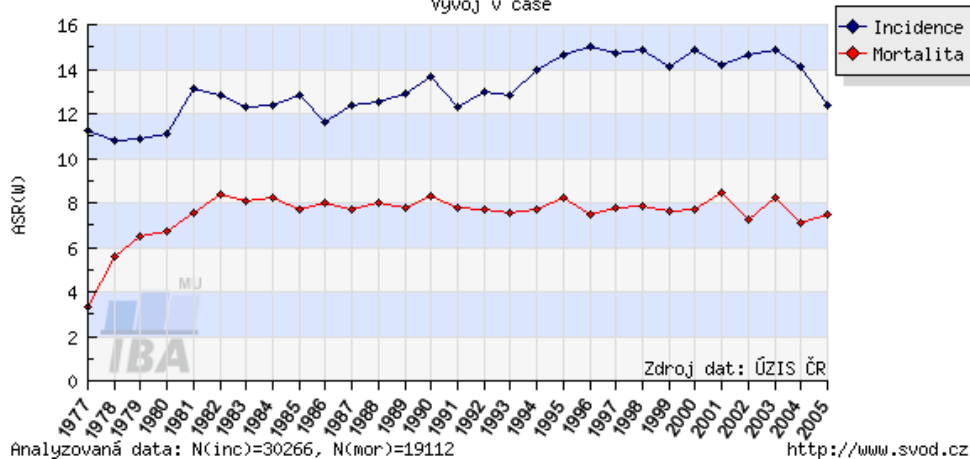
C58,005 - Nádory prsu, ženy

Vývoj v čase



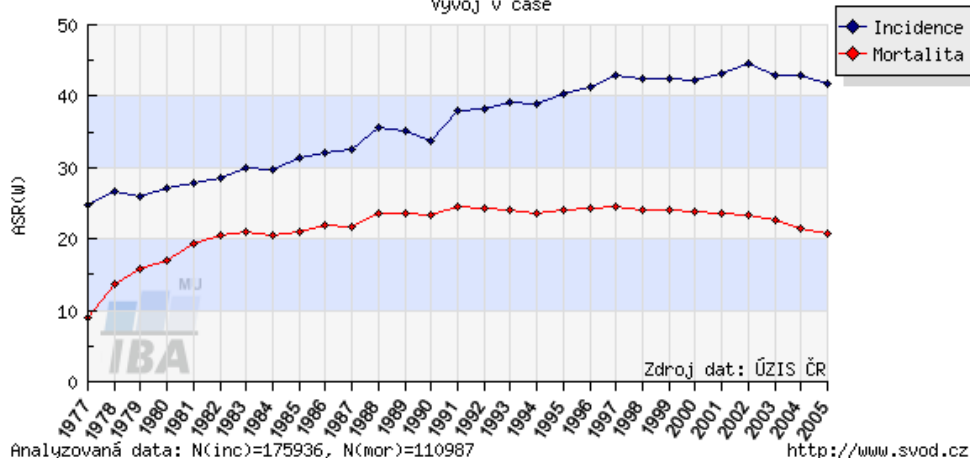
C56 - ZN vaječníku, ženy

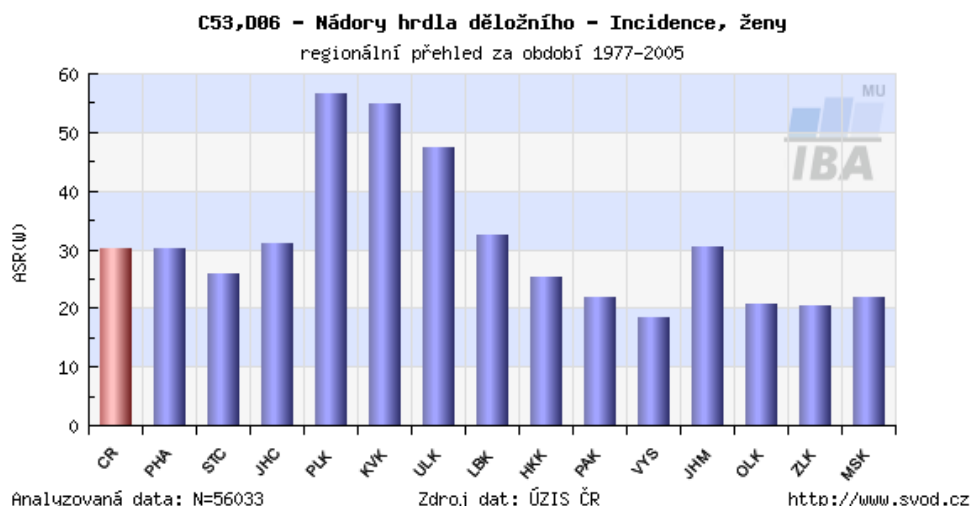
Vývoj v čase




C18-C21 - ZN tlustého střeva a konečníku

Vývoj v čase





Výbor pro prevenci domácího násilí

-  Posláním výboru je:
- připravovat podněty pro Radu vlády pro rovné příležitosti žen a mužů,
 - prevence a boj proti domácímu násilí včetně domácího násilí na dětech a seniorech,
 - spolupracovat s orgány a organizacemi, zabývajícími se prevencí a bojem proti domácímu násilí.

Činnost výboru je rozdělena do tří prioritních oblastí:

1. vypracování Akčního plánu prevence a boje proti domácímu násilí, který by vycházel ze zahraničních doporučení a zároveň reflektoval situaci v ČR,
2. vytvoření standardů pro poskytování služeb obětem domácího násilí a vytvoření preventivních a léčebných programů pro násilníky
3. zavedení skutkové podstaty trestného činu nebezpečného pronásledování (stalking) do trestního zákona.

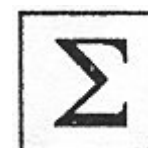
K tomu byly ustaveny dvě pracovní skupiny:
Pracovní skupina k pronásledování
Pracovní skupina k národnímu akčnímu plánu



Násilí a senioři

Další výzvou pro prevenci, dosud povětšinou přehlíženou, je násilí, jehož oběťmi i pachateli jsou senioři, jejichž počet v měnících se demografických podmínkách Evropy vzrůstá.

Ačkoliv veřejné informační kampaně se obvykle zaměřují na jejich viktimizaci ve veřejné sféře (loupeže atd.), senioři se většinou stávají oběťmi (násilí, i sexuálního) v domácím prostředí, ať už jsou pachateli členové rodiny, nebo ošetřující personál (Görge, 2004, 2005;



Zemská rada pro prevenci Severní Porýní-Vestfálsko (ed.), 2005; Walentich, Wilms a Walter, 2005) – i tyto osoby se ovšem obtížně vyrovnávají s proměnami vztahů mezi pachateli a oběťmi (Hirsch, 2005). Také agresivita seniorů samotných bývá zaměřena na osoby, se kterými jsou v každodenním styku (Kessler, 2005). U tohoto víceméně tabuizovaného tématu jsou zapotřebí neotřelé, inovativní přístupy; v první fázi by to měla být neposuzující psychologická pomoc, například poradenství pro pachatele i oběti. Ovšem z dlouhodobého hlediska se prevence sociálního vyloučení seniorů, kteří se již nemohou zapojovat na kultury orientované na mláďa a na spotřebu, musí opírat o integrativní komunitní přístup.

Zdůrazňují se následující aspekty (Görgen 2004, 2005):

1. respekt pro autonomii seniorů,
2. adekvátní a „minimální“ opatření,
3. primární prevence před prevencí sekundární či terciární,
- 64
4. zaměření na pozitivní cíle,
5. vyhodnocování násilí,
6. mnohooborový přístup,
7. integrace zdrojů dané komunity.

V rámci primární prevence je třeba informovat rodinu o možných obtížích a o finančních,

fyzických i emočních dopadech. Na druhé straně je nutno zdůraznit, že pečovatelská práce se

může ukázat i jako obohacující zkušenost; je také třeba zprostředkovat informace o místních

asistenčních centrech a dalších možnostech pomoci ze strany komunity.

Taková pomoc –

kontaktní práce, praktické rady či konzultace – by měla být i nabízena.

Sekundárním

a terciárním opatřením je nový přístup, který má pečovateli poskytnout školení o strategiích

nenásilného chování na základě nejnovějších poznatků pedagogických věd (Omer a von

Schlippe, 2004). Násilí a senioři

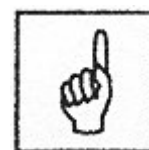
Další výzvou pro prevenci, dosud převážně přehlíženou, je násilí, jehož oběťmi i pachateli

jsou senioři, jejichž počet v měnících se demografických podmínkách Evropy vzrůstá.

Ačkoliv veřejné informační kampaně se obvykle zaměřují na jejich viktimizaci ve veřejné

sféře (loupeže atd.), senioři se většinou stávají oběťmi (násilí, i sexuálního) v domácím

prostředí, ať už jsou pachateli členové rodiny, nebo ošetřující personál (Görgen, 2004, 2005;



Zemská rada pro prevenci Severní Porýní-Vestfálsko (ed.), 2005; Walentich, Wilms a Walter, 2005) – i tyto osoby se ovšem obtížně vyrovnávají s proměnami vztahů mezi pachatelem a oběťmi (Hirsch, 2005). Také agresivita seniorů samotných bývá zaměřena na osoby, se kterými jsou v každodenním styku (Kessler, 2005). U tohoto víceméně tabuizovaného tématu jsou zapotřebí neotřelé, inovativní přístupy; v první fázi by to měla být neposuzující psychologická pomoc, například poradenství pro pachatele i oběti. Ovšem z dlouhodobého hlediska se prevence sociálního vyloučení seniorů, kteří se již nemohou zapojovat na kultury orientované na mládež a na spotřebu, musí opírat o integrativní komunitní přístup.

Zdůrazňují se následující aspekty (Görgen 2004, 2005):

1. respekt pro autonomii seniorů,
2. adekvátní a „minimální“ opatření,
3. primární prevence před prevencí sekundární či terciární,
4. zaměření na pozitivní cíle,
5. vyhodnocování násilí,
6. mnohooborový přístup,
7. integrace zdrojů dané komunity.

V rámci primární prevence je třeba informovat rodinu o možných obtížích a o finančních, fyzických i emočních dopadech. Na druhé straně je nutno zdůraznit, že pečovatelská práce se může ukázat i jako obohacující zkušenost; je také třeba zprostředkovat informace o místních asistenčních centrech a dalších možnostech pomoci ze strany komunity. Taková pomoc – kontaktní práce, praktické rady či konzultace – by měla být i nabízena. Sekundárním a terciárním opatřením je nový přístup, který má pečovateli poskytnout školení o strategiích nenásilného chování na základě nejnovějších poznatků pedagogických věd (Omer a von Schlippe, 2004).



Doporučení pro prevenci násilí

Tato zpráva schvaluje doporučení Rady Evropy o prevenci násilí (Rada Evropy, 2004).

Konkrétně by dalším rozšíření osvědčených postupů v oblasti prevence násilí napomohly

tyto kroky:

a) Zpřesnit údaje o rozsahu násilí. K tomu lze vedle oficiálních záznamů o trestných

činech a rozsudcích využít různé zdroje, například výzkumy viktimizace, statistiky

nemocnic a pohotovostí či nároky na pojistné plnění.

b) Preventivní kroky opírat o důkladnou analýzu časových, místních a nahodilých faktorů

cílového typu násilí. Zde můžou pomoci různé kriminologické nástroje, jako je technika

mapování kriminality, nelze však zanedbávat intenzivní etnografickou práci se

skupinami pachatelů a obětí.

c) Úzká spolupráce mezi různými institucemi, které mají vliv na tyto typy násilí, jejich

místní a nahodilé faktory. To není možné v situaci, kdy instituce tvrdě soupeří o dotace,

moc a prestiž. Napomáhá tomu užívání společných rozpočtů, vytyčení společných cílů a

silné zaujetí pro partnerský přístup.

67

d) Věnovat značnou pozornost lokálním a kulturním rysům prostředí, kde mají programy

probíhat. Nejvýrazněji to platí v případě, že cílové skupiny obětí a pachatelů pocházejí

z etnických menšin.

e) Citlivě přizpůsobovat programy charakteristikám cílové populace, jako jsou věk,

pohlaví, státní a etnická příslušnost a vývojová fáze v dětském, adolescentním či

dospělém věku.

f) Zaměřit se na vazbu mezi násilím a mužstvem. Jelikož pachatelé násilných deliktů jsou

většinou muži, možnosti prevence násilí poskytují programy, při kterých mohou

(především mladí) muži dávat průchod své mužnosti nenásilným způsobem.

g) Opírat preventivní programy o solidní a ověřené teoretické předpoklady o vztazích mezi

problémem, cílovou skupinou, programem a zamýšleným efektem.

h) Zapojení členů cílových skupin obětí a pachatelů do plánování a vyhodnocování

programů, aby projekty odpovídaly jejich potřebám.

i) Permanentní proškolení pracovníků zapojených do preventivních programů týkající

se problematiky tlumení násilných incidentů, nenásilných způsobů řešení konfliktů

(včetně mediace), mezikulturního povědomí a potřebnosti a metod analýzy a evaluace.

j) Přesunovat a přizpůsobovat slibné a efektivní postupy (jako jsou ty uvedené

v závěrečném soupisu) mezi jednotlivými zeměmi, lokalitami a cílovými skupinami.



k) Zajišťovat důkladné a nezávislé evaluace preventivních programů. Tak by mohla

vzniknout důkazní báze prevence násilí, která v Evropě prozatím chybí.

Tato zpráva obsahuje mnoho užitečných informací o metodách používaných v Evropě při

prevenci násilné kriminality. Zahrnuje i obsáhlý soupis evropských preventivních programů

vytvořený na základě celé řady zdrojů v mnoha jazycích. Ovšem kvůli všeobecnému

nedostatku důkladných evaluací je velmi obtížné doložit, které z metod lze pokládat za

osvědčené postupy. V soupisu přiřazeném k této zprávě jsme programy popsali jako slibné,

pokud se jim prokazatelně podařilo zapojit cílovou skupinu a pokud se opírají o solidní

teoretické základy. Jako efektivní je označujeme v případě, že jejich dopad na snížení rozsahu

či závažnosti násilí prokázalo důkladné vyhodnocení. Takové evaluace však v Evropě bohužel

existují jen v několika málo případech.

Doporučení pro celoevropskou úroveň

Z tohoto důvodu se nezbytnost rozsáhlejšího vyhodnocování objevuje na prvním místě našeho

seznamu doporučení pro další postup v oblasti prevence násilí na celoevropské úrovni.

Doporučujeme:

1. Vynakládat evropské zdroje (a podporovat vynakládání zdrojů ze státních rozpočtů) na

důkladné vyhodnocování preventivních koncepcí, programů a projektů. Částečně toho

lze dosáhnout zvýšením důrazu na prevenci násilí v programu AGIS a v 7. Rámcovém

výzkumném programu.

2. Vytvořit celoevropskou databázi slibných a efektivních metod prevence násilí,

dostupnou na jednom místě na internetu v co nejvyšším počtu oficiálních jazyků EU.

Mohla by být umístěna na webových stránkách Evropské sítě prevence kriminality

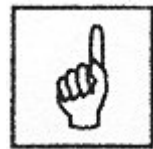
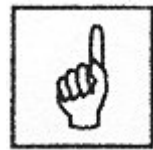
(EUCPN).

3. Podporovat snahy posílit spolupráci mezi zeměmi u přeshraniční trestné činnosti,

například u fotbalového chuligánství či u mezinárodního obchodu se ženami pro

sexuální průmysl.

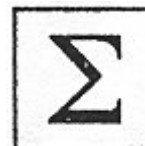
68



Prevence úrazů

Prevence úrazů při sportovní a zájmové činnosti

Sportovní úrazy představují 33% všech úrazů u dětí školního věku – jsou tedy nejčastějším úrazovým rizikem vůbec. Většinou se jedná o zlomeniny, podvrtnutí a drobná povrchová zranění. U žáků staršího školního věku vznikají nejčastěji při organizovaném sportu a školní tělesné výchově 33,9%.



Značné procento sportovních úrazů vzniká při provozování sportu bez ochranných pomůcek! Nošení ochranné přilby u cyklisty může zabránit vzniku 80% zranění hlavy a 88% zranění mozku.

Stručné zásady prevence sportovních úrazů

- Znalost a důsledné respektování základních pravidel úrazové prevence, platících pro příslušné sportovní odvětví.
- Postupné zvyšování tělesné zátěže – fyzickou aktivitu nezačínat nikdy bez rozcvičení – na závěr zařadit strýčinkové cviky na uvolnění a protažení svalstva.
- Přizpůsobení sportovní aktivity aktuálnímu zdravotnímu stavu, stupni trénovanosti, fyzické i psychické kondici.
- Důsledné používání ochranných pomůcek vhodných pro dané sportovní odvětví – ochranné přilby, rukavice, návleky na klouby, chrániče zápěstí, suspenzory.
- Pěstování sportu ve vhodném prostoru – tj. v tělocvičně, na hřišti, či sportovišti, nikdy neprovozovat jízdu na in – line bruslích či skateboardu na ulici či silnici!
- Pozor na možné přecenění vlastních sil a respektování projevů únavy, znamenající zvýšené riziko úrazu, nesportovat v případě nemoci či v období rekonvalescence!

Dopravní úrazy

Představují 14% z celkového počtu dětských úrazů. Nejčastěji se jedná o zlomeniny a zhmožděny, v řadě případů jde o kombinovaná poranění hlavy, hrudníku a břicha. Vážné zranění, způsobené dopravní nehodou, postihne každoročně více než 4000 dětí. Přibližně 40 dětí na následky dopravní nehody umírá. Dopravní úrazy jsou nejčastěji příčinou dětských úmrtí! Dvojnásobně častěji nežli u jiných zranění se u nich setkáváme s dlouhodobými nebo trvalými následky!

Stručné zásady prevence dopravních úrazů

- Důsledné nošení cyklistické přilby při jízdě na kole, pestré oblečení, antireflexní výbava, kontrola technického stavu jízdního kola.
 - Povinné užívání autosedaček pro děti mladší 12 let a menší 150 cm, povinné užívání bezpečnostních pásů, vedených přes boky a klíční kost, nikdy přes krk anebo v podpaží..
-

- Zřizování retardérů, budování jízdních pruhů určených výhradně cyklistům, snižování rychlosti v zónách bydlení, v blízkosti škol a hřišť.
- Dopravní výchova na školách, seznamování dětí s pravidly silničního provozu, dopravními značkami, ověřování teoretických znalostí v praxi.
- Výcvik na dopravních hřištích, soutěže, programy pro začínající cyklisty.
- Poskytnutí dobrého příkladu dospělými – respektování světelné signalizace, správné přecházení na značených přechodech, opatrná jízda, vyhýbání se rizikovým místům a situacím
- Pozor na přecházení na značených přechodech, řidič je povinen dát přednost chodci, nejde však o absolutní přednost – přejít lze jen za předpokladu, že řidič nebude nucen náhle změnit směr ani rychlost jízdy.

Příčiny dopravních nehod dětí

- Náhlé vstoupení do vozovky – zbrklé chování, následování vrstevníků, přecházení mezi auty.
- Přecházení bez rozhlédnutí – špatný odhad rychlosti a vzdálenosti – značené přechody.
- Hra dětí na vozovce nebo v její blízkosti.
- Nízká četnost používání prvků pasivní bezpečnosti, tj. přileb, pásů a autosedaček.
- Nerespektování pravidel silničního provozu při jízdě na kole, náhlé odbočení, jízda vedle sebe.

Zásady bezpečného přecházení

- Vybrat bezpečné místo k přecházení
- Zastavit se na kraji chodníku
- Rozhlédnout se a naslouchat, zda nic nejede
- Čekat na vhodný čas k bezpečnému přechodu
- Znovu se rozhlédnout a rychle přejít
- Bezpečně přecházet znamená po celou dobu přecházení sledovat dopravu, rozhlížet se a naslouchat!
- Důležité je respektovat zásadu vidět a být viděn!

Zásada vidět a být viděn

- Viditelnost lze zvýšit vhodnou barvou oblečení a doplňky z fluorescenčních a reflexních materiálů. Téměř 1/3 nehod u dětí se odehrává ve dne za zhoršené viditelnosti.
- Fluorescenční materiály zvyšují viditelnost za denního světla a za soumraku – ve tmě svou účinnost ztrácejí.

K nejčastěji užívaným barvám patří jasně žlutá, zelená a oranžová.

- Reflexní materiály zvyšují viditelnost za tmy. Světlo odrážejí na vzdálenost až 200 m. Reflexní materiál je v noci vidět na 3x větší vzdálenost než bílé oblečení a na více než 10y větší vzdálenost než oblečení modré.

Výskyt úrazů v závislosti na věku dítěte

U dětí na ZŠ a SŠ je statistické pořadí četnosti úrazů následující:

1. zlomeniny a vykloubení
2. poranění povrchu těla
3. poranění hlavy a lebky.

U dětí předškolního věku se toto pořadí liší:

1. poranění hlavy a lebky
2. zlomeniny a vykloubení
3. poranění povrchu těla

Procentuální přehled úrazovosti v závislosti na věku dítěte

I.) předškoláci (0 – 6 let) – 1) Poranění hlavy a lebky 24,8%
2) Fraktury a luxace 20,2%
3) Poranění povrchu těla 16,4%

II) 1. stupeň ZŠ (6 – 10 let) - 1) Fraktury a luxace 42,5%
2) Poranění povrchu těla 30,2%
3) Poranění hlavy a lebky 17,4%

III) 2. stupeň ZŠ (10 – 15 let) – 1) Fraktury a luxace 62,6%
2) Poranění povrchu těla 20,8%
3) Poranění hlavy a lebky 7,9%

IV) středoškoláci a učni (15 – 18 let) - 1) Fraktury a luxace 60,3%
2) Poranění povrchu těla 23,2%
3) Poranění hlavy a lebky 7,1%

Prevence úrazů

Prevence úrazů při sportovní a zájmové činnosti

Sportovní úrazy představují 33% všech úrazů u dětí školního věku – jsou tedy nejčastějším úrazovým rizikem vůbec. Většinou se jedná o zlomeniny,

podvrtnutí a drobná povrchová zranění. U žáků staršího školního věku vznikají nejčastěji při organizovaném sportu a školní tělesné výchově-33,9%.

Značné procento sportovních úrazů vzniká při provozování sportu bez ochranných pomůcek! Nošení ochranné přilby u cyklisty může zabránit vzniku 80% zranění hlavy a 88% zranění mozku.

Stručné zásady prevence sportovních úrazů

- Znalost a důsledné respektování základních pravidel úrazové prevence, platících pro příslušné sportovní odvětví.
- Postupné zvyšování tělesné zátěže – fyzickou aktivitu nezačínat nikdy bez rozcvičení – na závěr zařadit strýčinkové cviky na uvolnění a protažení svalstva.
- Přizpůsobení sportovní aktivity aktuálnímu zdravotnímu stavu, stupni trénovanosti, fyzické i psychické kondici.
- Důsledné používání ochranných pomůcek vhodných pro dané sportovní odvětví – ochranné přilby, rukavice, návleky na klouby, chrániče zápěstí, suspensory.
- Pěstování sportu ve vhodném prostoru – tj. v tělocvičně, na hřišti, či sportovišti, nikdy neprovozovat jízdu na in – line bruslích či skateboardu na ulici či silnici!
- Pozor na možné přecenění vlastních sil a respektování projevů únavy, znamenající zvýšené riziko úrazu, nespportovat v případě nemoci či v období rekonvalescence!

Dopravní úrazy

Představují 14% z celkového počtu dětských úrazů. Nejčastěji se jedná o zlomeniny a zhmožděny, v řadě případů jde o kombinovaná poranění hlavy, hrudníku a břicha. Vážné zranění, způsobené dopravní nehodou, postihne každoročně více než 4000 dětí. Přibližně 40 dětí na následky dopravní nehody umírá. Dopravní úrazy jsou nejčastěji příčinou dětských úmrtí! Dvojnásobně častěji nežli u jiných zranění se u nich setkáváme s dlouhodobými nebo trvalými následky!

Stručné zásady prevence dopravních úrazů

- Důsledné nošení cyklistické přilby při jízdě na kole, pestré oblečení, antireflexní výbava, kontrola technického stavu jízdního kola.
- Povinné užívání autosedaček pro děti mladší 12 let a menší 150 cm, povinné užívání bezpečnostních pásů, vedených přes boky a klíční kost, nikdy přes krk anebo v podpaží..
- Zřizování retardérů, budování jízdních pruhů určených výhradně cyklistům, snižování rychlosti v zónách bydlení, v blízkosti škol a hřišť.
- Dopravní výchova na školách, seznamování dětí s pravidly silničního provozu, dopravními značkami, ověřování teoretických znalostí v praxi.

- Výcvik na dopravních hřištích, soutěže, programy pro začínající cyklisty.
- Poskytnutí dobrého příkladu dospělými – respektování světelné signalizace, správné přecházení na značených přechodech, opatrná jízda, vyhýbání se rizikovým místům a situacím
- Pozor na přecházení na značených přechodech, řidič je povinen dát přednost chodci, nejde však o absolutní přednost – přejít lze jen za předpokladu, že řidič nebude nucen náhle změnit směr ani rychlost jízdy.

Příčiny dopravních nehod dětí

- Náhlé vstoupení do vozovky – zbrklé chování, následování vrstevníků, přecházení mezi auty.
- Přecházení bez rozhlédnutí – špatný odhad rychlosti a vzdálenosti – značené přechody.
- Hra dětí na vozovce nebo v její blízkosti.
- Nízká četnost používání prvků pasivní bezpečnosti, tj. přileb, pásů a autosedaček.
- Nerespektování pravidel silničního provozu při jízdě na kole, náhlé odbočení, jízda vedle sebe.

Zásady bezpečného přecházení

- Vybrat bezpečné místo k přecházení
- Zastavit se na kraji chodníku
- Rozhlédnout se a naslouchat, zda nic nejede
- Čekat na vhodný čas k bezpečnému přechodu
- Znovu se rozhlédnout a rychle přejít
- Bezpečně přecházet znamená po celou dobu přecházení sledovat dopravu, rozhlížet se a naslouchat!
- Důležité je respektovat zásadu vidět a být viděn!

Zásada vidět a být viděn

- Viditelnost lze zvýšit vhodnou barvou oblečení a doplňky z fluorescenčních a reflexních materiálů. Téměř 1/3 nehod u dětí se odehrává ve dne za zhoršené viditelnosti.
- Fluorescenční materiály zvyšují viditelnost za denního světla a za soumraku – ve tmě svou účinnost ztrácejí. K nejčastěji užívaným barvám patří jasně žlutá, zelená a oranžová.
- Reflexní materiály zvyšují viditelnost za tmy. Světlo odrážejí na vzdálenost až 200 m. Reflexní materiál je v noci

vidět na 3x větší vzdálenost než bílé oblečení a na více než 10y větší vzdálenost než oblečení modré.

Výskyt úrazů v závislosti na věku dítěte

U dětí na ZŠ a SŠ je statistické pořadí četnosti úrazů následující:

1. zlomeniny a vykloubení
2. poranění povrchu těla
3. poranění hlavy a lebky.

U dětí předškolního věku se toto pořadí liší:

1. poranění hlavy a lebky
2. zlomeniny a vykloubení
3. poranění povrchu těla

Procentuální přehled úrazovosti v závislosti na věku dítěte

I.) předškoláci (0 – 6 let) – 1) Poranění hlavy a lebky 24,8%
2) Fraktury a luxace 20,2%
3) Poranění povrchu těla 16,4%

II) 1. stupeň ZŠ (6 – 10 let) - 1) Fraktury a luxace 42,5%
2) Poranění povrchu těla 30,2%
3) Poranění hlavy a lebky 17,4%

III) 2. stupeň ZŠ (10 – 15 let) – 1) Fraktury a luxace 62,6%
2) Poranění povrchu těla 20,8%
3) Poranění hlavy a lebky 7,9%

IV) středoškoláci a učni (15 – 18 let) - 1) Fraktury a luxace 60,3%
2) Poranění povrchu těla 23,2%
3) Poranění hlavy a lebky 7,1%

Prevence úrazů

Úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtnosti dětí a významně se podílejí také na dětské nemocnosti. Každoročně v ČR kvůli úrazu přibližně 300 dětí zemře, 3000 dětí je po úrazu invalidních, 30 000 dětí je pro úraz hospitalizováno, 450 000 dětí je ambulantně ošetřeno a kolik úrazů, které nevyžadují lékařské ošetření, se doopravdy stane, to nevíme.



Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech.

Zdraví je v deklaraci, obdobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Uskutečňování této zásady vyžaduje spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám, zakotveným na současných vědeckých poznatcích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století.

Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. K signatářům deklarace patřila také Česká republika (dále jen „ČR“), jejíž vláda nyní schvaluje národní rozpracování tohoto programu, vědoma si, že zdraví obyvatelstva patří mezi nejvýznamnější priority její činnosti a činnosti všech resortů.

Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století (dále jen „ZDRAVÍ 21“) je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je

ZDRAVÍ 21 podnětem a návodem k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví,

k vlastním cestám, jak dosáhnout 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národů a regionu. Protože cíle vesměs nejsou stanoveny v absolutních ukazatelích, ale koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

Důležitým cílem ZDRAVÍ 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i regionu. ČR z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. Nadto má úroveň zdraví výraznou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících společnostech stále posunuje výš.

Velký význam přikládá ZDRAVÍ 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů a jedno z kritérií pro politické rozhodování dosud není běžnou praxí činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách. Je známo, že dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví, že důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální úroveň lidí. V některých zemích už se používá hodnocení dopadu strategických rozhodnutí na zdraví (Health impact assessment). Dobrým příkladem meziresortní kooperace je v ČR Akční plán životního prostředí a zdraví. Je třeba dále ho rozvíjet a intenzivněji aplikovat na regionálních a místních úrovních. Obdobou těchto zásad v dokumentu ZDRAVÍ 21 jsou ustanovení článku 152 Amsterodamské smlouvy Evropské unie (dále jen „EU“), kde je řečeno, že „vysoká úroveň lidského zdraví se musí zahrnout do veškerých politik a strategií Evropského společenství“. ZDRAVÍ 21 respektuje všechny dosud schválené dokumenty, které se dotýkají zdravotního stavu obyvatelstva, jako např. Státní politika životního prostředí, Dopravní politika, Energetická politika.

V současné době charakterizuje zdravotní stav populace vyspělých států s tržní ekonomikou a bývalých socialistických zemí, podle konstatování Světové zdravotnické organizace, deset hlavních příčin nemoci: Ischemická choroba srdeční, unipolární deprese, cévní mozkové nemoci, dopravní úrazy, následky konzumace alkoholu, osteoartróza, nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek a plic, poranění a vrozené vady.

V ČR patří bezpochyby k nejzávažnějším nádorová onemocnění, která jsou ročně evidována u 290 tisíc lidí, nových onemocnění je ročně hlášeno téměř 60 tisíc a trend výskytu je u většiny diagnóz vzestupný. Cukrovkou trpí 650 tisíc lidí a trend je rovněž vzestupný. Alergie postihuje kolem 600 tisíc lidí. Vedle závažných chronických a dlouhodobých nemocí se na souhrnném zdravotním stavu obyvatelstva podílí akutní nemoci, v nichž počtem dominují akutní dýchací infekce a chřipka, které ve vrcholech

sezónních epidemií způsobují týdně 200 až 400 tisíc onemocnění.

Přes pokles úmrtí na nemoci srdce a cév v posledních letech převyšují dosud tyto

choroby v ČR svou četností obdobné ukazatele v zemích EU a představují hlavní příčinu

úmrtí (přes 50 % ze všech úmrtí). Na druhém místě jsou nádorové nemoci (25 %) a na třetím

úrazy (8 %), které jsou u mužů do 45 let hlavní příčinou smrti. V roce 1999 zemřelo na

nemoci oběhové soustavy přes 60 tisíc lidí, na nádorové nemoci přes 28 tisíc a na poranění

a otravy 7 tisíc lidí.

Nejčastější příčinou pracovní neschopnosti jsou onemocnění dýchacího ústrojí (přes 600

tisíc dnů ročně), způsobené zejména akutními dýchacími infekcemi.

Nemoci pohybového

aparátu způsobují přes 490 tisíc dnů neschopnosti ročně a poranění a otravy přes 320 tisíc,

nemoci oběhové soustavy přes 120 tisíc a nádorové nemoci více než 50 tisíc dnů neschopnosti

ročně. Čísla nerepresentují všechny ošetřené nemoci u všech segmentů populace (zahrnují jen

pracující obyvatelstvo). Jsou ilustrací vysokých nároků na materiální a personální zdroje.

Úmrtnost v ČR v posledním desetiletí 20. století sice zřetelně klesá, ale na druhé straně

výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména nádorových, trvale stoupá. Tím narůstá

počet nemocných, které je třeba léčit, často pomocí finančně velmi náročné terapie.

Budoucí vývoj zdraví obyvatelstva v ČR dosud nebyl předmětem soustavného

vědeckého zkoumání, dílčí studie a úvahy však očekávají pokračování trendů z 90. let, tudíž

stálý vzestup počtu nových nádorových nemocí, metabolických nemocí, zejména cukrovky,

nemocí pohybového aparátu, nervových a duševních nemocí, psychosomatických důsledků

užívání drog, některých infekcí (AIDS). Na druhé straně celková úmrtnost v posledním

desetiletí 20. století zřetelně klesala a tento pozitivní trend je v ČR nejvýraznější ze všech

bývalých socialistických států střední Evropy. Příznivý vývoj můžeme a měli bychom pokračovat

právě pomocí předkládaného programu tak, aby během příštích 10 až 15 let bylo ve všech

nejvýznamnějších indikátorech zdravotního stavu obyvatelstva dosaženo hodnot vyspělých

členských zemí EU.

Některé nepříznivé determinanty budou zřejmě ovlivňovat zdraví v příštích deseti letech podobně jako dosud. Týká se to nedostatků v životním stylu - kouření, nevyvážené výživy, nadměrné spotřeby alkoholu, nedostatku pohybu, stresu, zneužívání drog, podceňování rizika úrazů a nepříznivých účinků pracovního prostředí. Nicméně existují důkazy pozitivních změn v chování lidí, které přinesly dílčí úspěchy ve zlepšení skladby výživy některých populačních skupin, v zastavení vzestupu kuřáctví u dospělých mužů a v potlačování některých infekcí. Životní prostředí, kromě hluku, bude mít menší škodlivé dopady na zdraví než v minulosti, pokud nevzniknou nová nebo dosud neznámá rizika. Jedním z nejvýraznějších faktorů určujících zdraví je ve vyspělých státech s tržní ekonomikou socioekonomická úroveň lidí spojená s vysokou úrovní vzdělání. Vzestup hospodářské prosperity ČR bude stálý zájem společnosti o zdraví podporovat.

3

Program ZDRAVÍ 21, jehož národní variantu vláda projednala, je výzvou čelit nebezpečí nepříznivého vývoje, k němuž nutno počítat i stagnaci ukazatelů zdravotního stavu. Realizací cílů ZDRAVÍ 21 by členské státy měly dosáhnout výrazného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, na nádory, úrazy a snížit výskyt závažných nemocí a faktorů, které je ovlivňují. Prostředkem je k tomu pokrok v prevenci příčin a rizik nemocí. Zdravotnická péče by totiž nedokázala za přijatelných nákladů účinně vyléčit rostoucí počty nemocí a příznivý vývoj úmrtnosti by se mohl zastavit, místo aby pokračoval a zrychloval se. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou vůbec výraznou komponentou celého programu. Jsou součástí strategických přístupů u většiny cílů. Pojetí ZDRAVÍ 21 je v tomto ohledu blízké Amsterodamské smlouvě EU, která v článku 152 deklaruje, že „akce Společenství budou zaměřeny na zlepšení veřejného zdraví, prevenci nemocí a poruch zdraví a na odstranění zdrojů zdravotních nebezpečí“. V souvislosti s řadou zlepšováním zdravotního stavu a snižováním úmrtnosti, je nutno zmínit nesprávné obavy, že zvyšování délky života způsobí mimořádné zvýšení nákladů na léčení velkého množství starší populace. Snížení úmrtnosti totiž

není cílem, ale
důsledkem lepšího zdravotního stavu obyvatelstva díky účinné prevenci
nemocí nebo jejich
včasné a racionálnější léčbě. Zkušenosti vyspělých států dokumentují, že
takový vývoj vede
ke zlepšování zdravotnosti a soběstačnosti starých lidí a ke snížení nákladů
na sociální služby.
Zvyšování průměrného věku lidí však nemá jen ekonomický, ale i neméně
důležitý
společenský a etický rozměr.
Tento zdravotně politický dokument byl v ČR vytvořen širokým okruhem
odborníků
mnoha zdravotnických profesí ve spolupráci s reprezentanty dalších
resortů. Ministerstvo
zdravotnictví jmenovalo a řídilo početný tým 30 pracovních skupin pro
jednotlivé dílčí cíle
programu. Kooperaci obsahově příbuzných dílčích úkolů zajišťovali
koordinátoři z řad
vedoucích pracovníků MZ a konečnou redakci provedla skupina pod
vedením náměstka
ministra a hlavního hygienika ČR.
Program ZDRAVÍ 21 je rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a
postupné
zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění
programu se budou
podílet všechny složky společnosti. Základní zodpovědnost za plnění
programu má vláda
a její Rada pro zdraví a životní prostředí, při níž je zřízen Výbor pro tento
program. Program
je otevřený dokument, který se v průběhu postupné realizace bude podle
potřeby a zkušeností
plynule upravovat a doplňovat. Těmto otázkám se bude Rada a její Výbor
ZDRAVÍ 21
pravidelně věnovat. Řídicím centrem programu je MZ, které si jako
pomocnou složku zřídí ve
Státním zdravotním ústavu malý odborný útvar podléhající řediteli tohoto
ústavu.
U úkolů, jejichž realizace předpokládá legislativní opatření, zařadí
odpovědné resorty
návrhy legislativního procesu do návrhu plánu legislativních úkolů vlády na
příslušné období
ve smyslu uváděných termínů. Finanční nároky promítne do své kapitoly
státního rozpočtu
každý zodpovědný a spolupracující resort a zabezpečí i úkoly institucí, jejichž
je zřizovatelem.
MZ ve spolupráci s dalšími resorty zabezpečí informovanost odborné i
široké veřejnosti
publikováním programu a využitím spolupráce se všemi sdělovacími
prostředky. Seriózní
medializaci programu bude věnována průběžná pozornost.

Program je pracovním podkladem pro přípravu konkrétních projektů s podrobným

věcným a časovým rozpracováním jednotlivých aktivit. Rozpracování konkrétních

realizačních postupů se uskuteční zejména v roce 2003 a v souvislosti s tím bude rovněž dále

konkretizována účast a spolupráce nositelů jednotlivých úkolů s nevládními organizacemi,

odbornými a profesními společnostmi, vysokými školami, obcemi a přímo řízenými

organizacemi resortů apod.

Smyslem práce bylo připravit zásadní dokument o dlouhodobé zdravotní strategii ČR,

poprvé po v podstatě nedokončených pokusech na počátku 90. let. Ve ZDRAVÍ 21 je

uplatněna koncepce cílů definovaných ukazateli zdraví, nikoli parametry činnosti zdravotních

4

služeb. Cíle se opírají o analogický dokument Světové zdravotnické organizace, nejsou však

pasivně přebírány. Současně je zaváděno monitorování ukazatelů, které budou indikovat

realizaci ZDRAVÍ 21, signalizovat problémy a iniciovat případné úpravy.

5

CÍL 1: SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU DO ROKU 2020 BY SE MĚL SOUČASNÝ ROZDÍL VE ZDRAVOTNÍM STAVU MEZI JEDNOTLIVÝMI ČLENSKÝMI STÁTY EVROPSKÉHO REGIONU SNÍŽIT ALESPŮŇ O JEDNU TŘETINU

V ČR stejně jako ve většině evropských států je tradičně vysoké povědomí o důležitosti solidarity v zabezpečování péče o zdraví. Solidarita se realizuje zdravotním pojištěním a řadou dalších forem podpory populačních skupin, které mají horší podmínky k zabezpečování základních zdravotních potřeb. Důležitou podmínkou pro efektivní solidaritu

jsou objektivní analýzy současné situace a vytváření koncepčních řešení.

Průměrná střední délka života první třetiny zemí byla v letech 1998 a 1999

CÍL 2: SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ DO ROKU 2020 SNÍŽIT ZDRAVOTNÍ ROZDÍLY MEZI SOCIOEKONOMICKÝMI SKUPINAMI NEJMÉNĚ O JEDNU ČTVRTINU ZLEPŠENÍM ÚROVNĚ DEPRIVOVANÝCH POPULAČNÍCH SKUPIN

- Spravedlnost ve zdraví je významná etická a pragmatická kategorie zcela zásadní pro tvorbu zdravotní politiky. Její naplňování znamená, že standardní péče o zdraví je zajišťována rovnoprávně a rovnoměrně pro všechny sociální, etnické, národnostní, věkové a další segmenty obyvatelstva.

CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA DO ROKU 2020 VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY VŠECHNY NAROZENÉ DĚTI A DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU MĚLY LEPŠÍ ZDRAVÍ UMOŽŇUJÍCÍ JIM ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

CÍL 4: ZDRAVÍ MLADÝCH VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY DO ROKU 2020 MLADÍ LIDÉ BYLI ZDRAVĚJŠÍ A SCHOPNĚJŠÍ PLNIT SVOJI ROLI VE SPOLEČNOSTI

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život. Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.

Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v mnoha zemích k vyššímu počtu obezích osob mezi mladými lidmi. Obezita mnohdy přetrvává do dospělosti. Děti a mládež minimálně sportují. I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a pohybového systému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů.

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ DO ROKU 2020 BY MĚLI MÍT LIDÉ NAD 65 LET MOŽNOST PLNĚ VYUŽÍT SVŮJ ZDRAVOTNÍ POTENCIÁL A AKTIVNĚ SE PODÍLET NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen délkou života (aspekty mortality), ale především funkční zdatností (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let). V seniorské populaci bude přibývat relativně i absolutně osob ve věku nad 80 let.

Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. U významné části seniorů, které je možno chápat jako typicky geriatrické pacienty, vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohočetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku).

**CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
DO ROKU 2020 ZLEPŠIT PODMÍNKY PRO PSYCHOSOCIÁLNÍ
POHODU LIDÍ A PRO LIDI S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI
ZAJISTIT DOSTUPNOST
KOMPLEXNÍCH SLUŽEB**

V oblasti péče o duševní zdraví má být věnováno hodně pozornosti snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním a prevenci a podpoře duševního zdraví. Důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity - komunitní péče.

**CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ
PODSTATNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNIVÉ DŮSLEDKY INFEKČNÍCH
NEMOCÍ PROSTŘEDNICTVÍM SYSTEMATICKY
REALIZOVANÝCH PROGRAMŮ NA VYMÝCENÍ, ELIMINACI
NEBO ZVLÁDNUTÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ, KTERÉ
VÝZNAMNĚ OVLIVŇUJÍ ZDRAVÍ VEŘEJNOSTI**

- Eliminaci nezavlečených spalniček. Zde patří dosavadním vývojem nemocnosti ČR mezi zatím nejúspěšnější státy Evropy. K splnění stanoveného dílčího úkolu bude třeba dokončit novou surveillance spalniček, seznámit s ní zdravotnickou veřejnost a začít podle ní postupovat. Nosnými úkoly přitom budou vysoká proočkovanost, kompletnost hlášení, včetně suspektních spalniček a jejich sérologické vyšetřování.

- Snižování nemocnosti dalšími závažnými infekcemi, proti kterým se očkuje, tj. záškrtu, hepatitidy B, dáivého kašle, příušnic, zarděnek a vrozeného zarděnkového syndromu a konečně i agresivních chorob, vyvolaných *Haemophilus influenzae* b.

- nezbytná zdravotní výchova, kterou bude zřejmě nezbytné využívat především v prevenci syfilis, kde očkování není k dispozici a kde je možnou cestou využívání pravidel bezpečného sexu.

- Snižování nemocnosti dalšími významnými a závažnými infekcemi regionu, jakými jsou malárie, HIV/AIDS a další pohlavní nemoci, tuberkulóza, akutní respirační a akutní průjmová onemocnění. I zde půjde o to, pokračovat v dosud přijatých opatřeních a podle možností je dále rozšiřovat.

**CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ
DO ROKU 2020 BY SE MĚLA SNÍŽIT NEMOCNOST, ČETNOST
ZDRAVOTNÍCH NÁSLEDKŮ A PŘEDČASNÁ ÚMRTNOST V
DŮSLEDKU HLAVNÍCH CHRONICKÝCH NEMOCÍ NA NEJNÍŽŠÍ
MOŽNOU ÚROVEŇ**

Nejčastějšími neinfekčními nemocemi jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovka, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu. K dosažení cíle je třeba najít ucelený přístup k nejdůležitějším rizikovým faktorům v chování jednotlivce

I životním prostředí, tj. pozitivně ovlivnit kouření, spotřebu alkoholu, nezdravou výživu,

omezovat duševní stres a podporovat dostatek tělesné aktivity. Opatření orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů nemocí a časné odhalování jejich počátečních stadií jsou hlavním přístupem k jejich snižování. Tento individuální přístup je však efektivní pouze v případě jeho propojení s organizačními opatřeními zaměřenými na snižování vlivu a omezování důsledků společných rizikových faktorů (populační přístup). Doporučení SZO proto směřuje k integrovanému programovému omezování výskytu neinfekčních nemocí.

CÍL 9: SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY DO ROKU 2020 ZAJISTIT, ABY POČTY ZRANĚNÍ, POSTIŽENÍ A ÚMRTÍ, KTERÁ JSOU DŮSLEDKEM NEHOD A NÁSILNÝCH ČINŮ, TRVALE A VÝRAZNĚ POKLESLY

Úrazy jsou závažným problémem nejenom z hlediska zdravotnického, ale i humánního a ekonomického. Patří k nejzávažnějším příhodám trvale měnícím zdravotní stav početné části populace a znamenají nejen lidské utrpení, ale zvyšují i počet předčasných úmrtí a stojí společnost obrovské prostředky. Záchrané práce, léčení, rehabilitace a sociální dávky pro postižené jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Léčení těžce zraněného pacienta v ČR se blíží milionu korun.

CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ DO ROKU 2015 ZAJISTIT BEZPEČNĚJŠÍ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ, V NĚMŽ VÝSKYT ZDRAVÍ NEBEZPEČNÝCH LÁTEK NEBUDE PŘESAHOVAT MEZINÁRODNĚ SCHVÁLENÉ NORMY

Zdraví kromě jiných faktorů má úzkou souvislost s kvalitou životního prostředí. Riziko, které pro zdraví znamená životní prostředí, není rozloženo rovnoměrně v prostoru ani v čase.

V roce 1989 byla ve Frankfurtu nad Mohanem přijata Evropská charta životního prostředí a zdraví a v roce 1994 v Helsinkách Evropský akční plán pro životní prostředí a zdraví. Na základě těchto dokumentů byl zpracován Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, který schválila vláda ČR usnesením č. 810 ze dne 9. prosince 1998. Akční plán vychází z principu společné strategie více odvětví a je výrazem politického konsenzu jednotlivých resortů ve vztahu ke strategii řešení problémů zdraví a životního prostředí. K řízení, koordinaci a kontrole činností spojených s Akčním plánem ustavila vláda jako svůj poradní a iniciativní orgán Radu pro zdraví a životní prostředí, jejímž předsedou je ministr zdravotnictví a členy zástupci 12 resortů na úrovni náměstků ministrů. Rada pracuje od roku 1999 a o plnění aktivit vyplývajících z Akčního plánu a o své činnosti každoročně informuje vládu ČR. Činnost

Rady, která má meziresortní působnost, je přínosem pro zajišťování úkolů a aktivit vyplývajících z Akčního plánu, které jsou postupně plněny a většina z nich má dlouhodobý charakter.

V roce 1999 se konala v Londýně Třetí ministerská konference o životním prostředí a zdraví.

K realizaci závěrů této konference přijala vláda ČR usnesení č. 706 ze dne 12. července 2000.

Koordinací úkolů, koncepcí a doporučení vyplývajících z Třetí ministerské konference

a z usnesení vlády č. 706/2000 byla vládou pověřena rovněž Rada pro zdraví a životní prostředí.

Zásadním koncepčním dokumentem v této oblasti je rovněž Státní politika životního prostředí ČR, která byla v aktualizované formě přijata usnesením vlády ČR č. 38 ze dne 10. ledna 2001.

CÍL 11: ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL DO ROKU 2015 BY SI LIDÉ V CELÉ SPOLEČNOSTI MĚLI OSVOJIT ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života - v rodině, ve škole, na pracovišti, volnočasových aktivitách atd.

Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí nevhodná skladba výživy (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, stále ještě nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v posledních letech došlo ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, drůbežního masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). Přesto se vyskytuje příliš často nadváha ať obezita u mužů i žen.

Souvisí to i s nízkou pohybovou aktivitou populace.

CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM DO ROKU 2015 VÝRAZNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNIVÉ DŮSLEDKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK, JAKO JE TABÁK, ALKOHOL A PSYCHOAKTIVNÍ DROGY

Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí, a je hlavním příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.

Nadměrný konzum alkoholu má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů, na některé druhy zhoubného bujení a výskyt nervových a dalších nemocí. Drogy mají kromě toxických účinků vážné sociální dopady, vliv na psychické poruchy a zvyšují riziko některých závažných infekcí (AIDS, virové záněty jater atd.).

CÍL 13 - ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY DO ROKU 2015 BY OBYVATELÉ MĚLI MÍT VÍCE PŘÍLEŽITOSTÍ ŽÍT VE ZDRAVÝCH SOCIÁLNÍCH I EKONOMICKÝCH ŽIVOTNÍCH PODMÍNKÁCH DOMA, VE ŠKOLE, NA PRACOVIŠTI I V MÍSTNÍM SPOLEČENSTVÍ

Domov je prostředí, které by mělo přispívat ke zdraví. Normy pro bydlení a stavební normy by měly zajistit používání bezpečných a vhodných stavebních materiálů a postupů.

Objekty by měly být odolné proti nadměrnému hluku a měly by mít odpovídající osvětlení a mikroklíma.

Opatření týkající se zdravého bydlení se týkají v širším kontextu i územního plánování.

CÍL 14: ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ DO ROKU 2020 BY SI VŠECHNA ODVĚTVÍ MĚLA UVĚDOMIT A PŘIJMOUT SVOJI ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ

Vysoká úroveň zdraví je základním atributem hospodářsky a společensky vyspělého státu. Zdraví obyvatelstva je podmínkou prosperity a vysoká hospodářská úroveň a politická vyspělost naopak pozitivně ovlivňují zdraví.

CÍL 15: INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR DO ROKU 2010 ZAJISTIT LEPŠÍ PŘÍSTUP K ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI, KTERÁ JE ORIENTOVÁNA NA RODINU A NA MÍSTNÍ SPOLEČENSTVÍ A OPÍRÁ SE O FLEXIBILNÍ A VHODNĚ REAGUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ SYSTÉM

Cílem SZO je zajištění lepšího přístupu občanů k rodinné a komunálně orientované primární péči, zohledňující věkovou stratifikaci, zajišťující občanům, tedy dětem, mladistvým, dospělým a starým lidem kvalitní péči. Primární zdravotní péče je integrovanou součástí systému péče a pomoci v komunitě a je podporována odpovědným a flexibilním nemocničním (ústavním) systémem.

Racionální systém doporučení ze strany praktických lékařů a účinná zpětná vazba a podpora ze sekundární a terciární péče jsou předpokladem funkčního systému sdílení péče o pacienta

mezi jednotlivými odbornostmi i z hlediska míry specializace.

Nedílnou součástí primární péče je i péče domácí. Její význam umocňuje celosvětový trend k rozvoji integrovaných forem péče a pomoci v komunitě, snaha o humanizaci a individualizaci systému zdravotní a sociální péče, tlak na snížení incidence vzniku nosokomiálních nákaz, snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací a společenská podpora rozvoji domácí hospicové péče určené klientům v terminálním stadiu života.

CÍL 16: ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ŘÍZENÍ RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ OD ZDRAVOTNÍCH PROGRAMŮ AŽ PO INDIVIDUÁLNÍ PÉČI O PACIENTA NA KLINICKÉ ÚROVNI BYLO ORIENTOVÁNO NA VÝSLEDEK

CÍL 17: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ DO ROKU 2010 ZAJISTIT TAKOVÝ MECHANISMUS FINANCOVÁNÍ A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ PRO ZDRAVOTNICTVÍ, KTERÝ BUDE SPOČÍVAT NA ZÁSADÁCH ROVNÉHO PŘÍSTUPU, EFEKTIVITY, SOLIDARITY A OPTIMÁLNÍ KVALITY

**CÍL 18: PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ODBORNÍCI VE
ZDRAVOTNICTVÍ I ZAMĚSTNANCI DALŠÍCH ODVĚTVÍ
ZÍSKALI ODPOVÍDAJÍCÍ VĚDOMOSTI, POSTOJE A
DOVEDNOSTI K OCHRANĚ A ROZVOJI ZDRAVÍ**

Cvičení 7

Shrnutí kapitoly

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA

1. IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. Pojetí životního stylu v sociálních vědách, v medicíně a v ošetrovatelství – hledání společného východiska. In Kudlová, P., Ošetrovatelství, perspektivní věda a umění. Praha: Grada publishing, as. 2004, ISBN 80- 247- 1156- 7. 388 s, pg 121-127.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. (2001) *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. s.279. ISBN 80-7178-551-2
3. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002 *Psychologie nemoci*. Praha: Grada 2002, s.197, ISBN 80-247-0179-0
4. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. (2002) *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1.vyd. Praha: H/H, s.196, ISBN 80-86022-94-3
5. PROVAZNÍK, K. (1996) *Manuál prevence a lékařské praxi I – VII*. Praha: SZÚ, ISBN 80-7168-387-6
6. VRUBLOVÁ, Y. (2002) *Charakteristika zdravotního stavu a životního stylu budoucích zdravotnických pracovníků z Ostravy*. Disertační práce, Olomouc, 92-93

TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍČEK

Accident-proneness – sklon k nehodám

accroché – závislost (z francouzštiny – obdoba addiction)

addiction – návyková činnost

alkohol – tradiční droga, patří mezi tlumivé látky

BMI index – hodnocení hmotnostně-výškového poměru, index vyjadřuje plošnou hustotu, kterou zaujímá hmotnost lidského těla ve čverci, o straně rovné tělesné výšce

coping – zvládání těžkých životních situací

dieta – pochází z řečtiny a znamená způsob života

disease – nemoc chápána jako odchylka od normy zdravého fungování

distres – stres vnímaný jako nepříjemný stav

droga – látka působící na psychický stav a vyvolávající závislost

edukace - výchova

fitnes – dobrá tělesná kondice

General Adaption Syndrom – obecný adaptační syndrom

health enhancement– povzbuzování zdraví

health maintenance – udržování zdraví

health promotion – posilování zdraví

komunita – společenství jedinců, rodin, skupin a organizací, které na sebe vzájemně působí, spolupracují, řeší společné záležitosti

komunitní projekty – cílem těchto projektů je přispívat k celkové pohodě prostředí, k humanizaci sociálního klimatu a ke změně postojů a chování lidí určité komunity

kontinuita – zajištění koordinovaných služeb v rámci programů

kontrola – faktor rovnováhy mezi jakýmkoliv žádoucím a skutečným stavem

koordinace – proces účinné spolupráce mezi poskytovateli, organizacemi, a službami tak, aby nedocházelo k duplicitám nebo přerušení služeb

kritéria – stanovené specifické kroky, které je třeba přijmout, nebo které je třeba vykonat pro dosažení rozhodnutí nebo splnění standardu

legální drogy – návykové látky společností akceptovány

lesbický – pohlavní zaměření charakterizované homosexuálním vztahem mezi ženami

mental health – duševní hygiena

morbidity – nemocnost

mortality – úmrtnost

nelegální drogy – návykové látky zakázané

nikotin – legální droga přítomná v tabáku, která způsobuje závislost

obezita – zmnožení tukové tkáně v organismu, jde o chronické onemocnění

primární prevence – odstranění nebo minimalizace příčin vzniku nemocí

promiskuita – ničím nevázaný pohlavní styk

restraint eating – ukázněnost v příjmu potravy

riziko – pravděpodobnost nebo možnost nebezpečí, ztráty nebo poškození

salutor - vliv pozitivně působící na zdraví

WHO – World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace patří pod Organizaci spojených národů, má sídlo v Ženevě, úřadovnu pro Evropu v Kodani
