



Lidmila Hamplová

Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví

pro střední zdravotnické školy

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

**VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ
pro střední zdravotnické školy**

Autorky:

Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Autorkou kapitoly 2.5.5 je Mgr. et Mgr. Simona Sedláčková, MHA.

Recenze:

MUDr. Marie Nejedlá

© Grada Publishing, a.s., 2020

Cover Photo © depositphotos.com, 2020

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7526. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Marie Zelinová

Sazba a zlom Vladimír Meško

Obrázky do barevné přílohy dodala autorka. Zdroje jsou uvedeny na str. 135–137.

Počet stran 144 + 12 stran barevné přílohy

1. vydání, Praha 2020

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autorka a nakladatelství děkují Policii České republiky, konkrétně Službě kriminální policie a vyšetřování – TOXI týmu na území Praha 1 a Praha 4, zejména prap. Romanu Noskovičovi z jednotky SPJ Praha, za poskytnutí fotografického materiálu k problematice drogových závislostí.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-1477-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-1476-4 (pdf)

ISBN 978-80-247-5562-5 (print)

Obsah

Seznam zkratk	9
1. Historie a současnost oboru veřejné zdravotnictví	10
1.1 Veřejné zdravotnictví v Rakousku-Uhersku	10
1.2 Veřejné zdravotnictví za první republiky (1918–1938)	11
1.3 Veřejné zdravotnictví v letech 1948–1989	12
1.4 Veřejné zdravotnictví po roce 1989 a v současnosti	13
2. Zdraví a jeho determinanty, životní styl, rizikové a protektivní faktory . 16	
2.1 Zdraví	16
2.2 Faktory ovlivňující zdraví – determinanty zdraví	16
2.3 Životní styl a jeho faktory	17
2.3.1 Vnější faktory životního stylu	17
2.3.2 Vnitřní faktory životního stylu	19
2.4 Zdravý způsob života	19
2.5 Rizikové faktory životního stylu (syndrom rizikového chování)	20
2.5.1 Rizikový faktor: nezdravá výživa	20
2.5.2 Rizikový faktor: nedostatečná pohybová aktivita	32
2.5.3 Rizikový faktor: kuřáctví (problematika závislosti na tabáku)	35
2.5.4 Rizikový faktor: nadměrná konzumace alkoholických nápojů (problematika závislosti na alkoholu)	40
2.5.5 Rizikový faktor: užívání nelegálních návykových látek, gambling a netolismus (problematika závislosti na nelegálních drogách, gamblingu a netolismu)	44
2.5.6 Rizikový faktor: stres	55
2.5.7 Rizikové sexuální chování	57
2.5.8 Úrazy	59
3. Systémy financování péče o zdraví – systém léčebně preventivní péče a jeho financování v ČR, výdaje na zdravotnictví	63
3.1 Základní modely zdravotnických systémů	64
3.1.1 Státní zdravotnictví	64
3.1.2 Zdravotnické systémy založené na pojištění	65
3.2 Systém léčebně preventivní péče a jeho financování v České republice	67

3.3	Druhy zdravotní péče	69
3.4	Práva účastníka veřejného zdravotního pojištění	72
3.5	Současné trendy v péči o zdraví v rámci veřejného zdravotnictví	73
3.6	Výdaje na zdravotnictví	73
4.	Národní zdravotnický informační systém (NZIS), národní zdravotnické programy	75
4.1	Národní zdravotnický informační systém (NZIS)	75
4.2	Národní zdravotnické programy	76
4.2.1	Národní kardiovaskulární program	76
4.2.2	Národní onkologický program	76
4.2.3	Národní diabetologický program	77
5.	WHO a podpora veřejného zdraví, strategické dokumenty a komunitní projekty na podporu veřejného zdraví	78
5.1	Vznik a struktura Světové zdravotnické organizace (WHO)	78
5.2	WHO a podpora veřejného zdraví	79
5.3	Strategické dokumenty WHO pro podporu veřejného zdraví.	80
5.4	Komunitní projekty WHO pro podporu veřejného zdraví	81
5.4.1	Podnik podporující zdraví	81
5.4.2	Škola podporující zdraví a Mateřská škola podporující zdraví	81
5.4.3	Zdravá města.	82
5.4.4	Města přátelská seniorům	82
5.4.5	Bezpečná komunita.	83
5.4.6	Bezpečná škola	83
5.4.7	Zdraví podporující nemocnice (Zdravá nemocnice)	84
5.4.8	Škola přátelská dětem (projekt UNICEF).	84
6.	EU a podpora veřejného zdraví, strategické cíle EU v oblasti veřejného zdravotnictví	86
6.1	Programy pro zdraví EU	86
6.2	Strategické cíle EU v oblasti veřejného zdravotnictví	88
6.2.1	Cíl 1: Podpora dobrého zdravotního stavu ve stárnoucí Evropě.	88

6.2.2	Cíl 2: Ochrana občanů před zdravotními hrozbami	89
6.2.3	Cíl 3: Podpora dynamických zdravotních systémů a nových technologií	89
7.	Zdravotní politika a strategie podpory veřejného zdraví v České republice	91
7.1	Národní zdravotní politika	92
7.2	Legislativa a strategické dokumenty pro oblast ochrany a podpory veřejného zdraví v ČR	93
7.2.1	Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví	93
7.2.2	Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu populace ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21)	93
7.2.3	Zdraví 2020 a národní akční plány	93
7.2.4	Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí	97
7.2.5	Národní akční plán prevence dětských úrazů	98
7.2.6	Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce	98
7.2.7	Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky pro oblast nelegálních návykových látek	98
7.2.8	Národní program řešení problematiky HIV/AIDS	98
7.2.9	Národní strategie bezpečnosti silničního provozu a její akční plán	98
7.2.10	Zdraví 2030	99
7.3	Financování aktivit na podporu veřejného zdraví	101
8.	Zdravotní stav populace České republiky, studie zdravotního stavu	103
8.1	Statistické proměnné (ukazatele hodnocení zdravotního stavu)	103
8.1.1	Střední délka života při narození (naděje dožití)	103
8.1.2	Zdravá délka života	104
8.2	Zdravotní stav populace České republiky	104
8.3	Studie zdravotního stavu populace	107
8.3.1	Šetření EHIS	107
8.3.2	Šetření EHES	107
8.4	Monitoring zdraví a životního prostředí	108
8.5	Biologický monitoring	108

9. Zdravotní gramotnost	110
10. Výchova ke zdraví, cíle a metody, výchova ke zdraví v každodenní praxi zdravotnického pracovníka	112
10.1 Intervence jako metoda výchovy ke zdraví	113
10.1.1 Individuální intervence	113
10.1.2 Krátké intervence	113
10.1.3 Skupinové intervence	113
10.1.4 Komunitní a plošné intervence	113
10.2 Výchova ke zdraví v každodenní praxi zdravotnického pracovníka	114
10.3 Poradenství ve vybraných oblastech životního stylu	116
10.3.1 Poradenství v oblasti zdravé výživy	116
10.3.2 Poradenství v oblasti podpory zdraví prospěšné pohybové aktivity.	116
10.3.3 Poradenství při odvykání kouření	117
10.3.4 Poradenství při nadměrné stresové zátěži	119
10.3.5 Poradenství u rizikového pití alkoholu	121
10.3.6 Poradenství při užívání nelegálních návykových látek	123
11. Prevence, screening, screeningové programy v České republice	126
11.1 Druhy zdravotní prevence	126
11.2 Screeningové onkologické programy v ČR	127
11.2.1 Mamografický screening	127
11.2.2 Kolorektální screening	128
11.2.3 Cervikální screening	129
11.3 Kardiovaskulární screening	130
11.4 Diabetický screening	131
12. Strategie a vize České republiky v oblasti veřejného zdravotnictví a výchovy ke zdraví do roku 2030	132
Seznam zdrojů obrázků	135
Rejstřík	138

Seznam zkratek

ABSI	index tvaru těla (A Body Shape Index)
BMI	index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
EHES	studie šetřící zdravotní stav dospělé populace (European Health Examination Survey)
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví (European Health Interview Survey)
ESC	Evropská kardiologická společnost (European Society of Cardiology)
ESH	Evropská společnost pro hypertenzi (European Society of Hypertension)
FAS	fetální alkoholový syndrom
FTS	fetální tabákový syndrom
HDL-cholesterol	lipoprotein s vysokou hustotou (high density lipoproteins)
HEPA	zdraví prospěšná pohybová aktivita (health enhancing physical activity)
HLY	ukazatel délky života ve zdraví (Healthy Life Years)
LDL-cholesterol	lipoprotein s nízkou hustotou (low density lipoproteins)
LSPP	Lékařská služba první pomoci
NSZM ČR	Národní síť Zdravých měst České republiky
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
SDS	škála závažnosti závislosti na drogách (Severity of Dependence Scale)
SF	srdeční frekvence
SF _{max}	maximální srdeční frekvence
SHS	pasivní kouření (second-hand smoke)
THS	rezidua tabákového kouře dlouhodobě přetrvávající v ovzduší a prostorách (third-hand smoke)
TOKS	testy okultního krvácení do stolice
UNICEF	Dětský fond Světové zdravotnické organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHA	Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHR	index poměru obvodu pasu a boků (Waist/hip Ratio)

1. Historie a současnost oboru veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je medicínský obor, který využívá poznatky dalších vědních disciplín, zejména hygieny, epidemiologie, zdravotnického managementu, statistiky, sociologie, psychologie, ekonomie a zdravotnického práva.

Veřejné zdravotnictví se od ostatních klinických medicínských oborů liší tím, že se věnuje celé populaci, případně vybraným populačním skupinám, na rozdíl od klinické medicíny, kde je uplatňován individuální přístup ke každému pacientovi. Veřejné zdravotnictví se zaměřuje na konkrétní populační skupiny, do nichž je možné pacienta zařadit podle charakteristických znaků, jako je věk, pohlaví, příslušnost k národnostní skupině, vzdělání, sociální postavení, rizikové faktory životního a pracovního prostředí, rizikové faktory životního stylu.

Veřejné zdravotnictví řeší problémy, které se týkají veřejného zdraví, tedy zdraví určitých skupin obyvatel, vybraných komunit a v neposlední řadě populace celého státu. Úlohou veřejného zdravotnictví je pozitivně ovlivňovat životní a pracovní prostředí a zejména životní styl obyvatel a jeho cílem je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdraví obyvatel daného státu a snížit nerovnosti ve zdraví. Nerovnosti ve zdraví se vyskytují v Česku i ve všech evropských zemích. Například rozdíl v délce života mezi bohatšími a chudšími socioekonomickými skupinami obyvatel činí několik let. Nerovnosti ve zdraví vyplývají ze sociálních determinant, tedy podmínek, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Veřejné zdravotnictví je proto velmi úzce spjata se sociálním lékařstvím.

1.1 Veřejné zdravotnictví v Rakousku-Uhersku

Počátky veřejného zdravotnictví na našem území sahají do období vlády Marie Terezie (1741–1780), která zřídila státní zdravotní služby a ustanovila předpisy týkající se hygienických a sanitárních opatření. Hlavním zdravotním problémem v období její vlády byly infekční nemoci, které se mezi chudým obyvatelstvem žijícím ve špatných hygienických podmínkách snadno a rychle šířily. Obyvatelstvo v této době sužovaly zejména pravé neštovice, černý kašel, záškrta, břišní tyfus, bacilární úplavice, spála, spalničky, zarděnky, chřipka a pohlavně pře-

nosné nemoci. Nicméně díky zavedeným opatřením, mezi něž patřila již karanténa, zlepšujícím se hygienickým podmínkám a zkvalitňování úrovně medicíny docházelo k postupnému zlepšování veřejného zdraví obyvatel Rakouska-Uherska, a tedy i obyvatel českých zemí, které byly součástí této monarchie.

V 18. století byla Marií Terezií zřízena veřejná (státní) zdravotní služba, kterou tvořila síť institucí v čele s úředními lékaři. Tito lékaři nařizovali a kontrolovali hygienická, protiepidemická a preventivní opatření. V roce 1888 byl v Rakousku-Uhersku zaveden systém nemocenského zdravotního pojištění, založený na principu solidarity. Autorem tohoto systému pojištění byl kancléř Otto von Bismarck. Tento systém byl později převzat do právního řádu nově vzniklého samostatného Československa.

1.2 Veřejné zdravotnictví za první republiky (1918–1938)

Obyvatele nově vzniklého samostatného Československa sužovala z infekčních onemocnění zejména tuberkulóza, avšak začaly se objevovat i nemoci oběhového systému, dýchacího ústrojí, nádorová onemocnění, nemoci trávicího traktu a nervového systému.

Zdravotnický systém první republiky byl založen na principu povinného zdravotního pojištění, které bylo uzákoněno v roce 1924. Zákon stanovil povinné pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Pojištěna byla přibližně polovina z 15 milionů obyvatel tehdejšího Československa. Z pojistky zaměstnanců byli pojištěni jak samotní zaměstnanci, tak i jejich rodinní příslušníci.

Zdravotní péči poskytovali hlavně praktičtí lékaři. Síť zdravotnických zařízení tvořily soukromé ordinace, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebné ústavy s lůžkovou péčí, sociálně-zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy.

Prvorepubliková výše pojistného byla 6 % mzdy a o její úhradu se dělil zaměstnavatel se zaměstnancem každý půlkou. V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnice, státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu, I. třída byla za příplatek.

Veřejné zdravotnictví za první republiky bylo zaměřeno hlavně na boj proti infekčním nemocem, na jejich prevenci a sociální faktory, které ovlivňovaly jejich snadné šíření. V roce 1919 byl založen

Československý červený kříž a dcera prvního prezidenta samostatného Československa Tomáše Garrigua Masaryka Alice Masaryková byla jmenována jeho předsedkyní. V roce 1925 vznikl Státní zdravotní ústav, vědecká instituce, která se zaměřovala na sledování zdravotního stavu populace a možnosti jeho pozitivního ovlivnění a vyráběly se zde očkovací látky, neboť Alice Masaryková vyjednala financování z Rockefellerovy nadace.

V této době dále vznikly kromě epidemiologie i další samostatné medicínské obory blízké veřejnému zdravotnictví, a to hygiena práce, hygiena výživy, hygiena obecná a komunální a hygiena dětí a mladistvých.

1.3 Veřejné zdravotnictví v letech 1948–1989

V roce 1949 začal platit zákon o národním pojištění, který sloučil nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému. Jeho správu převzala Ústřední národní pojišťovna se systémem okresních národních pojišťoven. Ambulantní péče byla poskytována lékaři se soukromou praxí, a kdo nebyl pojištěn, byl ošetřen a léčen za přímou úhradu.

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví ze Sovětského svazu (ofic. názvem Svazu sovětských socialistických republik) – Semaškův model. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla plně v rukou státu. Nemocnice a léčebné ústavy byly znárodněny, zestátněn byl celý zdravotnický průmysl včetně výroby a distribuce léčiv.

Zdravotní péče byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu, organizaci a řízení zdravotní péče převzalo Ministerstvo zdravotnictví. V roce 1951 byl přijat zákon o jednotné preventivní a léčebné péči. Zdravotní péče se stala pro občana „bezplatnou“, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní občanů prostřednictvím státního rozpočtu. Vznikly krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční. Okresní ústav národního zdraví sdružoval okresní nemocnici s okresními zdravotnickými středisky, obvodní zdravotnická střediska, ženské poradny, dětské poradny, stanice záchranné služby, noční sanatoria a transfuzní stanice. Okresní ústavy národního zdraví plánovaly, řídily a kontrolovaly jednotnou preventivní a léčebnou péči v daném správ-

ním obvodě (okrese). Obdobou okresních ústavů národního zdraví na krajské úrovni byly krajské ústavy národního zdraví. Typická pro toto období byla všeobecná dostupnost zdravotní péče. V roce 1952 byla zřízena hygienická služba jako státní orgán určený ke kontrole dodržování zásad hygieny a prevence šíření infekčních nemocí. Státní zdravotní ústav byl přejmenován na Institut hygieny a epidemiologie. Centralizované řízení zdravotnictví skončilo v roce 1989 a po sametové revoluci se v rámci transformace veřejné zdravotnictví začalo vracet směrem k „bismarckovskému“ modelu zdravotního pojištění.

1.4 Veřejné zdravotnictví po roce 1989 a v současnosti

V roce 1991 došlo ke zrušení OÚNZ a KÚNZ a ke změně typu financování zdravotnictví. Znovu bylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění „bismarckovského“ typu, které je povinné a založené na principu solidarity mezi zdravými a nemocnými pojištěnci. V roce 1991 byl přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění, který byl v roce 1997 nahrazen zákonem o veřejném zdravotním pojištění, který byl v roce 2017 novelizován. V roce 1991 byl přijat zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně a v roce 1992 zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

V roce 1992 byl také přijat zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který řeší konkrétní výši pojistného. Tyto zákony vytvořily právní rámec pro nový systém financování. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu příjmu. U osob v zaměstnaneckém poměru zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 % ze mzdy na zdravotní pojištění. Nynější systém oproti prvorepublikovému zvyhodňuje zaměstnance. Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace, veškeré uspořené prostředky musí vracet zpět do systému zdravotní péče.

K 1. 1. 2019 existovalo v České republice sedm zdravotních pojišťoven, a to Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111), Vojenská zdravotní pojišťovna (201), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207), Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209), Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky (211) a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213).

Institut hygieny a epidemiologie se vrátil zpět ke svému původnímu názvu Státní zdravotní ústav a pro preventivní medicínu bylo zavedeno

nové označení „veřejné zdravotnictví“. Vzhledem k příznivé epidemiologické situaci ve výskytu většiny infekčních onemocnění se veřejné zdravotnictví začalo věnovat chronickým neinfekčním nemocem, tedy kardiovaskulárním, nádorovým a metabolickým, jejichž nejvyšší výskyt byl zaznamenán v Česku v období před začátkem sametové revoluce.

Po roce 1989 nastal prudký rozvoj zdravotnictví a zdravotní stav populace se začal postupně zlepšovat. Úmrtnost na nemoci oběhové soustavy začala klesat díky zlepšené léčbě hypertenze, zavedení nových léčebných postupů a zkvalitnění systému péče o pacienty s infarktem myokardu a cévní mozkovou příhodou.

Po roce 2000 byly postupně zavedeny tři screeningové onkologické programy, které umožnily časnou identifikaci příznaků a projevů nádorových onemocnění a jejich včasnou léčbu (screening karcinomu střev, děložního hrdla a prsu). Na poklesu úmrtnosti na nemoci srdce a cév a na nádorová onemocnění měla podíl i cílená edukace obyvatel a jejich výchova ke zdravějšímu životnímu stylu prostřednictvím celostátních i regionálních kampaní pod metodickým vedením Státního zdravotního ústavu.

Do popředí zájmu oboru veřejné zdravotnictví se postupně dostalo sledování a vyhodnocování zdravotního stavu populace, prevence, výchova ke zdravému životnímu stylu, podpora zdraví a zdravotnický management. Stále větší pozornost se věnuje v oblasti veřejného zdravotnictví sociálním determinantám zdraví (chudoba, nízká zdravotní gramotnost, nízká úroveň vzdělání, nízká kvalifikace) a nerovnostem ve zdraví zejména ve vyloučených lokalitách.

Mezi současné hrozby veřejného zdraví obyvatel České republiky nadále patří chronická neinfekční onemocnění, ale znovu se začínají objevovat mnohá infekční onemocnění, jejichž výskyt byl v uplynulých desetiletích minimalizován a jež se mohou stát významným zdravotním problémem v blízké budoucnosti. Jedná se o onemocnění vyvolaná nově identifikovanými etiologickými agens nebo novými kmeny či druhy již známých mikroorganismů (např. HIV/AIDS, SARS, lymeská borrelióza), dále nová infekční onemocnění vzniklá změnou nebo vývojem již známého původce (např. antigenní změny u viru chřipky) a známá infekční onemocnění, která se rozšiřují kvůli klimatickým změnám i na nová území včetně České republiky (např. západonilská horečka). Velkou hrozbou jsou však zejména známá onemocnění, jejichž znovuoživení a zvýšený výskyt souvisí se snižující se proočkovanosťi populace a nižší úrovní kolektivní imunity (např. spalničky, dávivý

kašel, příušnice). Značné zdravotní riziko a ohrožení veřejného zdraví představují i vysoce nebezpečné nákazy s rizikem zavlečení i do České republiky (hemoragické horečky Ebola, Lassa, Marburg). Dalším závažným problémem veřejného zdravotnictví je stoupající antibiotická rezistence, zdravotní rizika spojená s migrací obyvatel z jiných světadílů do České republiky (virové hepatitidy, vrozený zarděnkový syndrom, tuberkulóza, infekce HIV, syfilis, kapavka), vysoký výskyt rizikových faktorů životního stylu obyvatel České republiky, zejména kuřáctví a nadměrná konzumace alkoholických nápojů, užívání nelegálních návykových látek, odmítání očkování, které snižuje kolektivní imunitu, stárnutí populace a zejména dopad stálého zvyšování průměrné délky života obyvatel na systémy zdravotní péče.

Literatura

HNILICOVÁ H. *Veřejné zdravotnictví z pohledu historie*. ŠVZ IPVZ Praha. *Veřejné zdravotnictví*. Výukové materiály Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK.

2. Zdraví a jeho determinanty, životní styl, rizikové a protektivní faktory

2.1 Zdraví

Právo na zdraví a jeho ochranu je ukotveno v Listině základních práv a svobod jako jedno ze základních lidských práv. Zdraví lze jen obtížně definovat a měřit. Snadnější je to s nemocemi. Úroveň zdraví obyvatelstva je proto obvykle vyjadřována nemocností a úmrtností populace. Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění v různých historických obdobích, v průběhu života lidí, v závislosti na kultuře, ekonomice, rozvoji medicíny i celé široké péče o zdraví a v návaznosti na mnoho dalších okolností.

Nejčastěji citovaná definice zdraví je uvedena v preambuli Ústavy Světové zdravotnické organizace, která vstoupila v platnost dne 7. dubna 1948 a zní: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ Tato definice zahrnuje tři základní aspekty zdraví, a to **fyzické neboli tělesné zdraví**, které souvisí s nepřítomností nemoci nebo vady, **psychické neboli duševní zdraví**, které je zásadním kritériem kvality života, a **sociální zdraví**, které umožňuje jedincům navazovat sociální kontakty a zvládat jejich sociální role.

Zdraví tedy představuje subjektivní pocit (vnímání), který nemusí korespondovat s objektivní úrovní zdravotního stavu jedince. Ve vnímání tohoto pocitu pak existují velké individuální rozdíly.

Zdraví významně ovlivňuje kvalitu života, neboť patří k prioritám jednotlivce, rodiny i celé společnosti. Veřejné zdraví je zdravotní stav populace a jejích jednotlivých skupin. Veřejné zdraví je ovlivněno tím, jak dokáží k ochraně a podpoře vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou podporu najdou ve společnosti.

2.2 Faktory ovlivňující zdraví – determinanty zdraví

Determinanty zdraví představují komplex jevů a podmínek, které určují a výrazně ovlivňují individuální i veřejné zdraví. Zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i faktorů životního a pracovního prostředí.

Mezi základní determinanty (faktory) ovlivňující zdraví patří životní styl, hygiena a péče o vlastní zdraví fyzické i duševní, zdravotnické služby a jejich kvalita, životní a pracovní prostředí a genetické faktory.

Nejvýznamnější determinantou zdraví je **životní styl**, který ovlivňuje zdraví člověka z cca 50 %, **faktory životního prostředí** ovlivňují zdraví z cca 15–20 %, **genetické faktory** z cca 10–15 % a **zdravotní péče** „jen“ z cca 10–15 %.

Determinanty zdraví mohou zdraví člověka, komunit a vybraných populačních skupin ovlivňovat jak pozitivně, tj. oddálením výskytu onemocnění a uchováním zdraví, tak i negativně, tj. vznikem a rozvojem onemocnění. V bohatých rozvinutých zemích Evropy a USA převládá úmrtnost na kardiovaskulární, onkologická a metabolická onemocnění, zatímco v chudých rozvojových asijských a afrických zemích jsou nejčastější příčinou úmrtí infekční a parazitární choroby a časté jsou nemoci z podvýživy, zejména u dětí. Podle WHO umírá ve světě od roku 2012 více lidí z nadbytku potravy než z jejího nedostatku. Determinanty zdraví je možné znázornit schématem na obrázku P1 v barevné příloze.

Zdravotní stav každého jedince je závislý na jeho vědomostech, chování a aktivní péči o vlastní zdraví. Zdravotní péče řeší již vzniklá onemocnění, avšak úlohou zdravotníků na všech úrovních je poskytovat kvalitní informace, jak mají lidé o své zdraví nejlépe pečovat, tedy mají jim pomáhat předcházet onemocnění (prevence). Pouze lidé, kteří mají teoretické informace a znalosti, jak mají o své zdraví pečovat, mohou tyto informace převést do praxe. Zdraví každého jednotlivce a zdraví příslušníků určité populační skupiny tvoří kvalitu a úroveň veřejného zdraví obyvatel daného státu.

Nejvýznamnější determinantou zdraví je životní styl.

2.3 Životní styl a jeho faktory

Faktory životního stylu lze rozdělit na faktory vnější a vnitřní.

2.3.1 Vnější faktory životního stylu

Ekonomické faktory

Základním předpokladem pro zajištění podmínek zdravého životního stylu člověka od dětství je dostatek finančních prostředků rodiny a komunity, v níž jedinec vyrůstá. Lidé s nízkými příjmy, bez vzdělá-

ní, odkázaní na sociální dávky často nepovažují zdravý životní styl za svou prioritu.

Sociální faktory

Rozdíly ve zdravotním stavu jedinců z různého prostředí, s rozdílným stupněm vzdělání, rozdílným příjmem a sociálně-ekonomickým statutem jsou prokazatelné. Lidé ze sociálně slabšího prostředí mají kratší délku života, vyšší výskyt onemocnění srdce a cév, zažívacího traktu, diabetu mellitu 2. typu, obezity a je mezi nimi více kuřáků.

Geografické vlivy

Životní styl každého jednotlivce a celé populace je ovlivněn i zeměpisným pásmem, kde jedinec trvale žije.

Etnická příslušnost

Tradice a zvyklosti různých etnických populačních skupin značně ovlivňují jejich životní styl. Nevhodné složení stravy, nedostatek pohybu, riziko závislostí, zhoršený přístup ke zdravotní péči, to jsou problémy, které příslušníky některých etnik (např. Romy) ohrožují více než většinovou populaci.

Rodinné vlivy

Rodina významně ovlivňuje již od narození stravování a kvalitu výživy dítěte, druh a frekvenci pohybové aktivity, způsob trávení volného času dítěte a další faktory, které výrazně určují budoucí životní styl jedince. U dětí se může nezdravý životní styl negativně projevit ve školní úspěšnosti a pozdějším začlenění do společnosti.

Úroveň vědeckého, zejména medicínského poznání

Medicínské poznání nabízí stále novější odborné poznatky a aplikace je do praxe, tím dochází ke zkvalitnění léčebné péče i ovlivnění chování a úrovně zdraví lidí. Lidé méně vzdělání mají omezený přístup k informacím, kterým často ani nerozumí.

Pracovní podmínky

Pracovní podmínky mohou působit pozitivně (převládající přátelské sociální vztahy, které podporují duševní zdraví lidí), ale mohou být i příčinou poškození fyzického či duševního zdraví (fyzikální a che-

mické škodliviny v pracovním prostředí, stres, šikana na pracovišti – mobbing a bossing).

2.3.2 Vnitřní faktory životního stylu

Psychologické faktory

Genetické vlivy a osobnost jedince formovaná jeho rodinou a komunitou, v níž vyrůstá, ovlivňují myšlení, názory a postoje každého jedince a hrají velmi důležitou roli v případě jeho chování, zejména v době dospívání.

Zdravotní stav

Zdravotní stav může člověka omezovat v oblasti stravování (např. nutnost dodržovat dietu), v oblasti pohybové aktivity (např. poúrazové stavy, vrozená či získaná onemocnění pohybového aparátu), při výběru povolání a v zaměstnání (alergie) apod.

Zdravotní gramotnost

Znalost aktuálních vědecky podložených informací a doporučení odborníků týkajících se jednotlivých oblastí životního stylu a jejich dodržování pomáhají jedinci uchovat si zdraví.

2.4 Zdravý způsob života

Zdravý způsob života znamená dodržovat zásady zdravé výživy, pravidelně realizovat zdraví prospěšnou pohybovou aktivitu, mít dostatek spánku a odpočinku, dodržovat zásady osobní hygieny v rámci prevence infekčních chorob, neužívat žádné legální (tabák, alkohol) ani nelegální návykové látky, snažit se o co největší psychickou pohodu v mezilidských vztazích jako prevenci poruch duševního zdraví.

Vědecké poznatky medicíny prokázaly, že chronické nemoci jsou způsobeny více faktory (teorie multikauzality) a že jim lze účinně předcházet. V případě celé řady infekčních onemocnění očkováním a také dodržováním zásad hygieny. Mytí a dezinfekce rukou i hygiena při přípravě pokrmů jsou nejlepší prevencí alimentárních nákaz, tedy nákaz přenášených kontaminovanou vodou a kontaminovanými potravinami. Osobní hygiena, zdravá strava s dostatkem vitaminů, otužování a očkování jsou nejlepší prevencí nákaz přenášených vzduchem, tzv.

respiračních nákaz. Nejlepší prevencí kardiovaskulárních, nádorových a metabolických chorob je zdravá výživa a zdraví prospěšná pohybová aktivita. V prevenci těchto onemocnění je nezbytné nekouřit a alkohol konzumovat v omezeném, zdraví neohrožujícím množství. Po roce 1989 nastalo postupné zlepšování úrovně zdraví populace Česka, začal být kladen důraz na zdravý životní styl jako hlavní determinantu zdraví. Vědecké studie pak přinesly poznání, že existuje silná vazba mezi životním stylem jedince a jeho socioekonomickým statusem a do popředí se dostala problematika sociálních determinant zdraví.

2.5 Rizikové faktory životního stylu (syndrom rizikového chování)

Mezi rizikové faktory životního stylu patří:

- **rizikové zdravotní návyky** (užívání a závislost na návykových látkách včetně léků, nedostatečná pohybová aktivita, nesprávná výživa, poruchy příjmu potravy, gambling, sexuálně rizikové chování, netolismus /závislost na videohrách, sociálních sítích/ atd.)
- **mezilidské agresivní chování** (slovní a fyzická agrese, šikana, týrání, domácí násilí, antisemitismus, extremismus, rasismus, xenofobie, homofobie, mobbing, bossing atd.)
- **projevy agrese vůči osobám i majetku** (vandalismus, krádeže, sprejství, sebepoškozování a sebevražedné chování atd.)
- **rizikové chování vedoucí ke vzniku a šíření infekčních chorob** (např. nedostatečná hygiena, nadužívání antibiotik, odmítání povinného očkování, šíření sexuálně přenosných chorob atd.)

2.5.1 Rizikový faktor: nezdravá výživa

Nezdravá výživa se významně podílí na výskytu chronických neinfekčních onemocnění v populaci.

Pro nesprávnou výživu je charakteristický **nadměrný energetický příjem**, zejména vysoký příjem masa a masných výrobků (uzenin), které jsou zdrojem živočišných tuků (cholesterolu), dále vysoký příjem rafinovaného cukru v sladkostech a slazených nápojích a vysoký příjem soli v instantních pokrmech, chipsech apod.

Současně je charakteristický **nedostatečný příjem** ryb a výrobků ze sladkovodních a mořských ryb, nízkotučných mléčných výrobků