Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta informatiky a statistiky

Zdravotní stav populace České republiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Kvantitativní metody v ekonomice

Studijní obor: Sociálně-ekonomická demografie

Autor: Kateřina Bínová

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Jitka Langhamrová, CSc.

Praha, duben 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Zdravotní stav populace České republiky vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 20. dubna 2019 .....

Kateřina Bínová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. Ing. Jitce Langhamrové, CSc. za cenné rady, odborné vedení, ochotu a čas, který mi věnovala při zpracování této práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce má za cíl na základě vybraných ukazatelů zhodnotit zdravotní stav populace České republiky se zaměřením na problematiku rizikových faktorů. V první části se práce soustředí na teoretickou oblast zdraví, na jeho definici, determinanty a další důležité pojmy jako je podpora zdraví, prevence a způsoby získávání dat o zdravotním stavu v České republice i Evropě a jejich analyzování. Praktická část se věnuje hodnocení zdravotního stavu obyvatel České republiky na základě výběrového šetření European Health Examination Survey (EHES) z roku 2014. Tato část je zaměřena zejména na rizikové faktory ovlivňující vznik kardiovaskulárních onemocnění. Konkrétně se studie zaměřuje na hypertenzi, dyslipidémii, diabetes, nadváhu a rizikové faktory životního stylu, mezi které se řadí kouření, stravovací návyky a fyzická aktivita. V této části práce jsou navržena řešení pro zlepšení zdravotního stavu populace České republiky. V poslední části jsou rozebrány další rizikové faktory zdraví, analyzovány vybrané demografické ukazatele a zdravotní péče v České republice a Evropě.

Klíčová slova

determinanty zdraví, European Health Examination Survey (EHES), European Health Interview Survey (EHIS), prevence, Světová zdravotnická organizace (WHO), zdravotní stav.

JEL klasifikace

I120

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to analyse the state of health of people in the Czech Republic targetting the problems of risk factors. The first, theoretical part concerns the definition and description of health and health related terms such as health, the determinant of health and other important terms like health support, gathering information or prevention. The second part is dedicated to evaluation of health of Czech inhabitants based on the European Health Examination Survey (EHES) in 2014. The survey focuses primarily on risk factors of cardiovascular diseases like hypertension, dyslipidemia, diabetes and overweight, and lifestyle risk factors like tabaco consuption, eating habits and physical activities. In this part are suggested solutions to make health situation in the Czech Republic better. In the last part of this thesis are analysed other health risk factors, demographic term and health care in the Czech Republic and Europe.

Key words

determinants of health, European Health Examination Survey (EHES), European Health Interview Survey (EHIS), prevention, state of health, World Health Organisation (WHO).

JEL clasification

I120

Obsah

Úvod ... 7
1 Teoretická část ... 10
1.1 Definice zdraví ... 10
1.2 Světová zdravotnická organizace ... 10
1.2.1 Současné globální hrozby pro zdraví dle WHO ... 10
1.3 Faktory ovlivňující zdravotní stav ... 12
1.4 Podpora zdraví a prevence ... 15
1.5 Studie o zdravotním stavu ... 16
2 Analýza studie EHES ... 17
2.1 Evropský průzkum zdravotního stavu populace (EHES) ... 17
2.2 Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) ... 18
2.3 Studie EHES 2014 v České republice ... 18
2.3.1 Kardiovaskulární onemocnění ... 21
2.3.2. Hypertenze ... 22
2.3.3 Dyslipidémie ... 24
2.3.4 Diabetes ... 25
2.3.5 Nadváha ... 28
2.3.6 Kouření ... 31
2.3.7 Fyzická aktivita ... 33
2.3.8 Stravovací návyky ... 35
2.4 Zhodnocení šetření EHES 2014 ... 37
2.5 Způsoby zlepšení zdravotního stavu populace ... 38
3 Srovnání zdravotního stavu ČR a Evropy ... 40
3.1 Úmrtnost ... 40
3.1.1 Sebevraždy ... 40
3.2 Konzumace alkoholu ... 44
3.3 Střední délka života ... 45
3.4 Zdravotní péče ... 47
Závěr ... 49

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti
ČSÚ	Český statistický úřad
EHCI	Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (Euro Health Consumer Index)
EHES	Evropské výběrové šetření zdravotního stavu (European Health Examination Survey)
EHIS	Evropský průzkum zdravotního stavu (European Health Interview Survey)
EU	Evropská unie
EUROSTAT	Statistický úřad Evropské unie
HDL	Lipoprotein s vysokou hustotou
HELEN	Health, Life, Style and Environment
LDL	Lipoprotein s nízkou hustotou
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

Úvod

Zdraví je jednou z nejdůležitějších vlastností každého člověka. Choroby, nedostatek času na fyzické aktivity a kvalitní stravování, stresující situace, kriminalita, alkohol, drogy a další návykové látky, se všemi těmito hrozbami pro zdraví se můžeme každý den setkat. Zdravotní stav každého jedince je závislý na prostředí, ve kterém žije a na životním stylu, který vede. Velký vliv na lidské zdraví má také výchova a s ní související rodina. Výchova jedince k odpovědnosti za své zdraví by měla začínat již v raném věku a pokračovat během celého života člověka. Neustálý vývoj společnosti doprovází i zhoršující zdravotní stav lidí od nejmladších po nejstarší na celém světě.

Kvůli aktuálnosti tématu a vlastnímu zájmu pro statistická a zejména zdravotnická data, jsem si vybrala jako téma pro svou bakalářskou práci „Zdravotní stav populace České republiky". Zdraví a péče o něj se týká každého z nás a je velmi důležitým kritériem pro hodnocení vývoje společnosti. Jednou z nejdůležitějších součástí zdravotní péče zůstává podpora zdraví a s ní související prevence a zdravotní gramotnost. Díky prevenci je možné zabránit šíření chorob nebo zamezení jejich proniknutí. Ne každý dospělý člověk si je vědom zdravotních hrozeb, které mohou v jeho nebo jejím těle proniknout v důsledku nezdravého životního stylu. Každý občan by měl ve svém zájmu i v zájmu ostatních pravidelně navštěvovat lékaře, hlídat si aktuálnost vakcinací a obzvlášť v rizikovém věku se pravidelně podrobit screeningovým vyšetřením. Tato preventivní opatření pomáhají předcházet vzniku několika onemocněním a mohou i zachránit životy. Prevence je ale celosvětově velmi podceňována a lidé často rady od odborníků, které se týkají zdraví, berou na lehkou váhu, a to zejména rady týkající se životního stylu. Zdraví občané jsou základem prosperujícího státu, proto by se každá země ve svém vlastní zájmu a společné kooperaci měla postarat o kvalitní a fungující zdravotní péči ve své zemi.

Cílem bakalářské práce je na základě vybraných ukazatelů zhodnotit zdravotní stav a zdravotní péči populace České republiky se zaměřením na problematiku rizikových faktorů jako jsou například hypertenze, diabetes, nadváha a rizikové faktory životního stylu jako jsou kouření, fyzická aktivita a stravovací návyky. Při zpracování budou využity mimo jiné i dostupné údaje z šetření EHES 2014 (European Health Examination Survey).

Práce je rozdělena na 3 části. První je část teoretická, která je zaměřena zejména na globální zdravotní hrozby, zdravotnické studie a základní pojmy týkající se zdravotního stavu jako jsou například zdraví, determinanty zdraví, prevence a další. Dílčím cílem této teoretické části je vysvětlit čtenáři nejdůležitější pojmy týkající se oblasti zdraví a upozornit na důležitost vlivu rizikových faktorů na zdraví, které budou hlouběji hodnoceny v druhé kapitole.

Druhá část je věnována analýze studie EHES, která proběhla v roce 2014. V práci jsou rozebrány jak výsledky studie, tak i metodika šetření. Studie EHES se zabývá rizikovými faktory na zdraví a jejich vlivem na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Dílčím cílem této praktické části je zhodnotit zdravotní stav České republiky na základě výsledků šetření EHES 2014 a navrhnout řešení problémů neznalosti občanů svého zdravotního stavu a nedostatečného zájmu o prevenci.

Třetí část práce je zaměřena na srovnání zdravotnictví a zdravotního stavu České republiky s ostatními zeměmi Evropy. Ke srovnání jsem využila některé demografické ukazatele a rizikové

faktory, které nebyly součástí studie EHES. Ke srovnání úrovně zdravotnictví jsem využila data studie EHCI, která se prokázala jako objektivní zdroj informací pro srovnání úrovně zdravotní péče v celé Evropě. Dílčím cílem poslední kapitoly je zjištění, na jaké úrovni je Česká republika ve srovnání s Evropou ohledně zdravotní péče a dalších ukazatelů týkajících se zdravotního stavu populace.

1 Teoretická část

1.1 Definice zdraví

Zdravotní stav a zdraví jsou pojmy s širokým významem, které je složité jednoznačně definovat. Fyzický i psychický zdravotní stav člověka má obrovský vliv na každý aspekt jeho života a zdravotní stav celkové populace ovlivňuje hospodářskou a společenskou vyspělost státu. Zdraví bylo definováno Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako „*stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jako pouhou nepřítomnost nemoci či vady.*“ (Machová a Kubátová, 2015, 10 s.) Tato definice byla přijata na Mezinárodní konferenci zdraví v New Yorku v roce 1946, kde byla podepsána zástupci 61 zemí a v platnost byla uvedena 7. dubna 1948. Od svého vzniku nebyla tato definice změněna. Vyplývá z ní, že zdraví je ovlivněno třemi vzájemně propojenými sférami. Otázkou zůstává, jak moc je zmíněná definice realistická, a to hlavně kvůli svému širokému významu a rozdílným potřebám jednotlivců týkající se duševního zdraví, sociálního života a obecně z faktu, že objektivní měření zdraví není možné. Z definice také není jasné, co se myslí pojmem „pohoda“. Každý člověk má jiný pohled a vztah ke zdraví, proto jej považujeme za naprosto relativní a unikátní u každého jedince. *(Machová a Kubátová, 2015, 10 s.; Barták, 2010, 13.s)*

1.2 Světová zdravotnická organizace

Světová zdravotnická organizace (WHO) je mezinárodní organizace působící v rámci Organizace spojených národů (OSN) a dnes má 193 členských států. Jejím hlavním cílem je dosáhnout co nejvyšší možné úrovně ve zdravotnické oblasti po celém světě. Organizace se soustředí zejména na celkové zlepšení kvality života a životních podmínek celosvětové populace, vymýcení nemocí, organizaci světových programů pro podporu zdraví a zdravého životního stylu a prevenci proti nemocem. Po druhé světové válce byla na několika místech světa mizerná úroveň zdraví, v 1. polovině 20. století došlo k výraznému lékařskému rozvoji a celý svět měl ambice zlepšit úroveň zdravotnictví a zdravotního stavu populace. Proto rozhodla Organizace spojených národů o založení Světové zdravotnické organizace již v roce 1945. Oficiálně byla založena 7. dubna 1948 a od té doby připadá na tento den Světový den zdraví. *(Machová a Kubátová, 2015)*

1.2.1 Současné globální hrozby pro zdraví dle WHO

V lednu roku 2019 vydala WHO seznam 10 největších současných hrozeb pro lidské zdraví *(WHO, 2019)*. Mezi hrozby řadí jak civilizační choroby, tak i znečištěné ovzduší nebo současný problém týkající se odmítání očkování. I přesto, že očkování je jeden z nejefektivnějších způsobů, jak zabránit epidemii infekčních chorob, někteří lidé mají strach, že vakcinace může přímo způsobit autismus, a tak ohrožují vlastní životy i životy svých dětí. Celý svět čelil ve své historii několika zdravotním hrozbám a nyní s odmítáním vakcinace a nárůstu dalších vlivů lidského faktoru hrozí, že veškeré pokroky moderní medicíny budou zbytečné a ztraceny.

První hrozbou ohrožující naše zdraví je znečištění ovzduší. Podle WHO žije 9 z 10 lidí v prostředí, kde dýchá znečištěný vzduch, který může mít fatální následky zejména na dýchací ústrojí, srdce a mozek. Na následky špatné kvality ovzduší zemře každý rok až 7 milionů lidí, nejčastěji následkem rakoviny, mrtvice nebo onemocnění srdce či plic. Kolem 90 % těchto úmrtí nastává v rozvinutých zemích v důsledku vysokých emisí z vozidel, průmyslu nebo neekologického topení domácností. Se znečištěným ovzduší přímo souvisí globální oteplování, které se stalo velmi diskutovaným tématem v posledních letech. Předpokládá se, že mezi roky 2030 a 2050 zemře na následky globálního oteplování každý rok o 250 000 více lidí. Mezi nemoci, které souvisí s globálním oteplováním a počet lidí, kteří jim podlehnou bude stále stoupat, se řadí i malárie, kdy jedinci mohou podlehnout průjmu nebo vysokým horečkám. V říjnu roku 2018 pořádala WHO globální konferenci v Ženevě za účelem zlepšení kvality ovzduší na Zemi. Státy se zavázali více než 70 opatřením a programům, které mají za cíl méně zatěžovat životní prostředí.

Druhá hrozba na seznamu byla nepřenosná onemocnění jako jsou rakovina, cukrovka, onemocnění srdce a další. Tento druh chorob má na svědomí více než 70 % veškerých úmrtí na světě, tedy až 41 milionů mrtvých každý rok a z toho 15 milionů lidí ve věku 30–69 let. Na vznik těchto chorob má vliv několik rizikových faktorů, z nichž některými se budu podrobněji zabývat v této práci. Jedná se o kouření, nedostatečnou fyzickou aktivitu, nadměrnou konzumaci alkoholu, nezdravé stravování a špatnou kvalitu ovzduší. Tyto faktory mohou také negativně působit na naši psychiku a podpořit vznik duševních onemocnění. Většina těchto psychických problémů vzniká již v raném věku a ve většině případů se z nich lidé neléčí, což může mít i tragické následky, neboť sebevražda je druhou nejčastější příčinou smrti u lidí ve věku 15–19 let.

Další položku na seznamu je globální chřipková pandemie. Pandemie se od epidemie liší tím, že pandemie má mnohem větší rozšíření daného onemocnění, z pravidla na většině území světa. Nikdo neví, kdy může nastat a jak tragické bude mít následky. WHO, 153 organizací a 114 zemí světa neustále monitorují výskyt chřipkového onemocnění, aby se zaznamenaly potencionální známky pandemie.

Nestabilní a špatné životní podmínky jsou dalším současným problémem, který se snaží řešit nejen WHO, ale i OSN. Až 22 % světové populace (1,6 miliard lidí) žije v tragických podmínkách. Jedná se o oblasti, které jsou často zpustošeny přírodními katastrofami, povodněmi, suchem, ale i místa, kde lidé žijí ve válečné zóně nebo kde není dostatečná či žádná lékařská péče. Nestabilní prostředí jsou rozprostřena po celém světě, jak v Africe, tak i Evropě (v současné době například na Ukrajině). WHO ustavičně pracuje na posílení zdravotnického systému v potřebných zemích, aby zabránila šíření nemocí a zabezpečila základní lékařskou péči.

Jako pátou hrozbu označila WHO antimikrobiální odolnost. Objevení a vývoj antibiotik a antivirotik byly jedním z největších úspěchů moderní medicíny, Jejich síla a účinek ale mohou být v ohrožení. Bakterie a viry začínají být odolnější proti moderní medicíně. Důsledkem by mohlo být, že by lidstvo nebylo schopno snadno léčit infekční choroby jako jsou tuberkulóza, salmonela a další. Problém by nastal i v chemoterapii nebo v chirurgii, kde by hrozilo vysoké riziko vzniku infekce. Tuberkolózou každý rok onemocnění zhruba 10 milionů lidí a 1,6 milionu jich ročně zemře. V roce 2017 bylo zaznamenáno kolem 600 000 případů, kdy nefungovala léčba. Odolnost bakterií a virů na léky je způsobena vysokou spotřebou antibiotik a antivirotik u lidí, ale i u zvířat, které lidstvo konzumuje. WHO se snaží tento problém vyřešit zejména rozšířením povědomí o dané situaci a upozorněním na důležitost prevencí proti infekcím a prozíravost s užíváním antimikrobiálních látek.

Ebola a jiné rizikové patogeny jsou dalším extrémním problémem. Virus ebola se nekontrolovatelně rozšířil ve střední Africe, zejména v Kongu, v roce 2018 a v roce 2014 v zemích západní Afriky. Postiženými nebyly jen obyvatelé venkova, ale i velká města. Také se objevila v oblastech, kde probíhal aktivní válečný konflikt. Tato epidemie ukázala světu, jak rychle a nekontrolovaně se může jakákoli infekční choroba šířit i do hustěji obydlených oblastí. Ebola a další infekční onemocnění se šíří tělními tekutinami nakaženého, nejdůležitější je tedy dodržovat zásady prevence a základní hygienické návyky v postižených oblastech.

Jako další hrozbu pro globální zdravotní situaci zařadilo WHO nekvalitní zdravotní péči. Primární zdravotní péče je jedním z nejdůležitějších faktorů na naše zdraví a souvisí přímo se zdravotnickou politikou každého státu světa. Stát by měl zajistit finančně i fyzicky dostupnou odbornou lékařskou pomoc každému člověku v každé věkové kategorii. Bohužel, několik zemí světa takové služby neposkytují, což může být způsobeno nedostatkem finančních prostředků státu nebo špatnou politickou situací.

Odmítání vakcinace je novodobý trend, který šokuje řadu lidí po celém světě. Vakcinace je jedním z nejprokázanějších způsobů prevence proti řadě nejen infekčních chorob, a i přes tento fakt, odmítá řada lidí očkovat jak sebe, tak své děti, což může mít tragické následky i na jejich okolí. V současné době zabrání očkování 2–3 milionům úmrtím ročně, zároveň by mohlo toto číslo být o 1,5 milionu vyšší, kdyby se dostupnost vakcín celosvětově zvýšila. Důvody, proč lidé odmítají vakcinaci jsou různorodé. Většinou však souvisí s nedůvěrou k očkování. Někteří lidé věří, že způsobuje autismus, jiní věří, že je neúčinné a zbytečné. Každý stát by měl podporovat své občany, aby se nechali očkovat nejen pro své dobro, ale i pro bezpečnost všech ostatních. WHO a další organizace neustále podporují vakcinaci jako nejdůležitější prevenci. Ukázkovým příkladem nemoci, kterou se nedaří v důsledku odmítání očkování vymýtit, jsou spalničky. Dle WHO za minulý rok došlo k nárůstu výskytu této choroby o 30 %, i přesto, že původní plán WHO předpokládal, že se do roku 2020 podaří spalničky kompletně vymýtit. V Evropě bylo v první polovině roku 2018 zaznamenáno přes 41 000 případů spalniček a celkem 37 lidí této chorobě podlehlo.

V současné době čelí svět několika vážným infekčním onemocněním, mezi která patří i horečka dengue. Tato choroba se přenáší komáry a podle WHO momentálně ohrožuje až 40 % světové populace. Má podobné příznaky jako chřipka, ale bývá smrtelná až pro 20 % nakažených. Nejrozšířenější je během období dešťů v Indii a Bangladéši. V roce 2018 bylo zaznamenáno v Bangladéši nejvíce úmrtí na tuto nemoc za posledních 20 let. WHO má za cíl do roku 2020 snížit úmrtí v důsledku horečky dengue snížit o 50 %. *(WHO, 2019)*

1.3 Faktory ovlivňující zdravotní stav

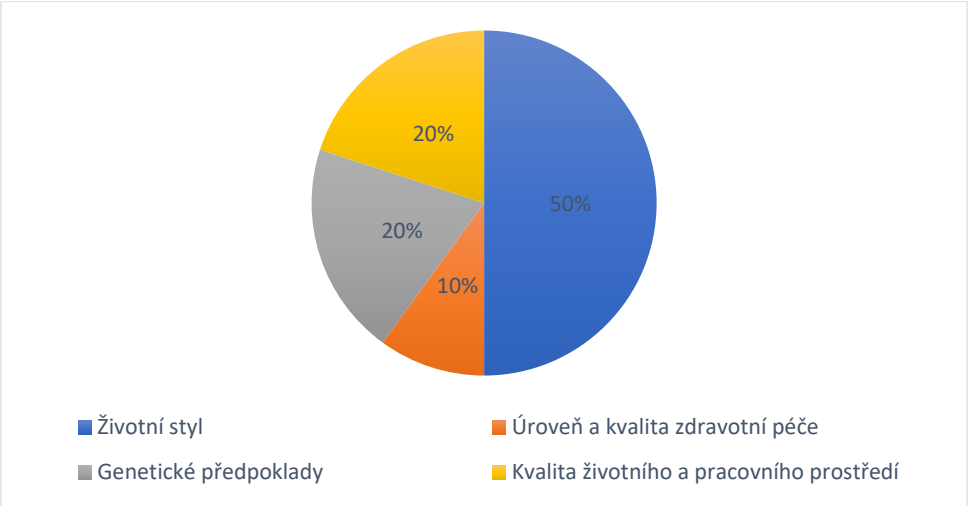
Zdravotní stav je v průběhu života podmíněn působením několika kladných i záporných jevů a životních podmínek, které nazýváme determinanty zdraví. Jedná se zejména o kombinaci vlivů životního prostřední, osobních vlivů a vlivů sociálních a ekonomických. Tyto faktory ovlivňují každého jedince jinak. Můžou mít pozitivní vliv, který podporuje zdravotní stav, nebo mohou být negativní a zdraví oslabovat nebo způsobit nemoc.

Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní determinanty jsou faktory genetické a na rozdíl od vnějších determinantů je nemůžeme nijak ovlivnit. Genetickou výbavu získává každý člověk již při početí. Genetické předpoklady zahrnují vrozené vady a předpoklady k různým nemocem. Vnější determinanty jsou faktory, které jsou z určitého hlediska a do určité míry ovlivnitelné svým vlastním chováním a zvyky. Můžeme je rozdělit do tří následujících skupin:

- Životní styl
- Kvalita životního a pracovního prostředí
- Úroveň a kvalita zdravotní péče

Všechny zmíněné determinanty vzájemně působí buď kladně nebo negativně na naše zdraví, a však každý z nich na něj působí jiným relativním podílem (viz graf 1.1). Nejmenší vliv na zdravotní stav jedince má úroveň a kvalita zdravotní péče, a naopak jednoznačně největší podíl na naše zdraví má životní styl člověka. *(Machová a Kubátová, 2015, 12 s.)*

Životní styl je skupina faktorů, kterou můžeme nejvíce osobně ovlivnit svými návyky a chováním. Špatné návyky nemají negativní vliv jen na naše fyzické zdraví, ale i na náš psychický stav, který významně ovlivňuje naše sociální vztahy. Zde je zcela viditelné, jak jsou jednotlivé aspekty zdraví na sobě závislé. Proto je důležité vyhýbat se rizikovým faktorům pro naše zdraví, podporovat zdravý životní styl a nepodceňovat prevenci. Kvalita životního prostředí také značně ovlivňuje zdraví populace. Za posledních několik let bylo dokázáno, že znečištění ovzduší má významný vliv na lidské zdraví, a to zejména vliv na dýchací ústrojí člověka WHO odhaduje, že znečištění životního prostředí v Evropském regionu má na svědomí až 19% onemocnění. Dalším důležitým faktorem je kvalita pitné vody. V rozvinutých zemích sice nepředstavuje její znečištění takovou hrozbu jako v zemích rozvojových, i přesto ale může představovat významnou hrozbu ve formě epidemií či otravy. Je důležité si uvědomit, jak velký vliv může mít naše vlastní činnost na životní prostředí. Posledním faktorem na naše zdraví je úroveň a kvalita zdravotní péče. Je to jeden z vnějších determinantů, který těžko ovlivníme vlastní činností, neboť je ovlivněna zejména zdravotní politikou a organizacemi dané země. S dobou jde kupředu i rozvoj medicíny a techniky pro zdravotnictví, objevy nových léků a obecné zdokonalování lékařské péče. V posledních letech dochází zejména k rozvoji prevence proti chorobám. *(Janovská, 2013; Machová a Kubátová, 2015, 13 s.)*



Obr. 1.1: Faktory ovlivňující zdraví a jejich podíly (data ÚZIS, vlastní zpracování)

1.4 Podpora zdraví a prevence

Podporu zdraví můžeme definovat jako soustavu politických, ekonomických, technologických a výchovných činností, které mají za cíl zejména chránit naše zdraví a zabezpečit pohodový a zdravý vývoj příštích generací. Podpora zdraví je v současnosti jednou z nejdůležitějších částí zdravotní péče. Tento pojem v sobě obsahuje veškeré činnosti a plány na zlepšení zdravotní úrovně jak fyzické, tak i psychické a sociální úrovně. Hlavním cílem podpory zdraví je zlepšení celkové odolnosti vůči nemocem. Nejdůležitějším zdrojem péče o zdraví lidí nejsou finance nebo technické či jiné materiální vybavení, jsou to lidé a zejména jejich způsob života a jejich dobrota se podílet na zlepšení životních, zdravotních a sociálních podmínek pro celou populaci. Podpora zdraví probíhá pouze při aktivní účastí jednotlivců a společnosti. Jednotlivec může podpořit zdraví tím, že se zamyslí nad svým životním stylem a bude pečovat o životní prostředí, ve kterém žije. (*Machová a Kubátová, 2015, 12-13 s.; Barták, 2010, 80.s)*

Nejdůležitějším prvkem podpory zdraví je prevence. Prevenci ve významu podpory zdraví můžeme definovat jako soubor činností a opatření, které jsou zaměřeny proti nemoci s úmyslem jim předcházet. Může být zaměřena jak na jedince, tak i na celou společnost. Hlavním rozdílem mezi prevencí a podporou zdraví je to, že činnosti prevence jsou zaměřeny přímo proti nemocem, zatímco podpora zdraví zahrnuje aktivity přímo podporující zdraví a zdravý životní styl. I přes tento rozdíl mají společné cíle, mezi které patří i zvýšení průměrného věku ve zdraví. Prevenci můžeme rozdělit podle času na primární, sekundární a terciální. Primární prevence zahrnuje časové období, kdy choroba ještě nepropukla a má za hlavní cíl zabránit jejímu vzniku. Zahrnuje zejména aktivity, které posilní zdraví nebo eliminují rizikové faktory jako jsou například vyvarovat se kouření nebo nadměrné konzumaci alkoholických nápojů, dodržování základních hygienických návyků nebo bezpečnostních opatření. O sekundární prevenci hovoříme v případě, že nemoc již vznikla. Zahrnuje včasnou diagnózu a účinnou léčbu. Hlavním cílem tohoto druhu prevence je zajistit klidný průběh choroby bez jakýchkoli komplikací Řadíme sem preventivní prohlídky, které mají za cíl odhalit začátek nemoci. Je důležité nezapomínat, že lékařské preventivní prohlídky zahrnují nejen vyšetření praktickým lékařem, ale je třeba myslet i na další kontroly například od zubaře nebo u žen na kontroly gynekologické. Terciální prevence je už zaměřena na minimalizaci negativních následků a vad choroby, které by mohly vést k invaliditě a jiným zdravotním omezením člověka. Řadí se sem zejména rehabilitace. Hlavní obecnou myšlenkou prevence a podpory zdraví je, že je lepší snažit se nemoci předcházet než nemocí trpět a bojovat s ní. Problémem je, že většina lidí jedná tak, že dokud necítí bolest nebo omezení na zdraví, tak odmítají navštěvovat svého praktického lékaře. Proto je důležité v rámci výchovy o zdraví poukázat na důležitost změny jejich myšlení týkající se vlastního zdraví a zejména poukázat na nutnost přechodu od léčení nemoci k prevenci a zamezení vzniku choroby. *(Machová a Kubátová, 2015, 14 s.)*

1.5 Studie o zdravotním stavu

Data, týkající se zdravotního stavu populace, jsou důležitá pro měření kvality zdravotní péče, plánování zdravotní politiky státu a tvoření návrhů preventivních programů. Pomáhají zkoumat důvody onemocnění, analyzovat rizikové faktory a dokázat, že podporují vznik určitých chorob a rozvíjí je. Zdravotnické studie jsou i důležitým nástroje k prevenci epidemií, objevení choroby v raném stádiu nemoci nebo k porovnávání zdravotního stavu v různých populacích.

Státní zdravotnický úřad (SZÚ) pořádá již několik let celou řadu zdravotnických šetření a studií. V další kapitole této práce budu rozebírat Evropský průzkum zdravotního stavu populace (EHES – European Health Examination Survey) z roku 2014. Jedná se o studii zaměřující se na dospělou část populace ve věku 25–64 let a zahrnuje lékařské vyšetření respondentů. Zaměřuje se na hlavní rizikové faktory, které mají na svědomí vznik kardiovaskulárních chorob.

Studie Zdraví dětí 2016 bylo šetření ve formě dotazníku, které je zaměřeno zejména na výskyt alergií, nadváhy, rizikových faktorů, onemocnění srdce a cév, poruch pohybového ústrojí dětí a jejich stravovací návyky. U vybraného vzorku dětí byla odebrána krev a moč na další rozbory týkající se obsahu krevních tuků nebo vystavení toxickým látkám.

Studie HELEN (Health, Life, Style and Environment) je šetření v dotazníkové formě, které je zaměřeno především na zdraví a životní styl populace ve středním věku (45–64 let) žijící ve městech. Poprvé proběhlo v roce 1998 a doposud proběhla celkem 3 šetření. Probíhala pravidelně po 3–5 letech, ale po posledním šetření mezi roky 2011–2014 byla studie přerušena.

Mezinárodní kohortová studie HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors in Estern Europe) studuje následky životního stylu, psychických a sociálních faktorů na zdravotní stav populace v některých státech ve střední a východní Evropě. Jedná se o kohortovou studii zaměřující se na populaci středního a vyššího věku (45–69 let) žijící ve městech. V České republice poprvé proběhla v roce 2002, a to v 7 městech, konkrétně v Jihlavě, Hradci Králové, Karviné, Havířově, Kroměříži, Liberci a v Ústí nad Labem.

Studie Alergická onemocnění u dětí v České republice probíhá každý pátý rok v 18 městech. Šetření naposledy proběhlo v roce 2016 a další je naplánované na rok 2021. Díky SZÚ probíhá v České republice spousta dalších důležitých šetření zdravotního stavu, jako například Studie Zdraví a životní styl dětí a školáků, Studie Saturace jodem a jodurie 11–12letých dětí, Studie Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění nebo Studie prediktory osobní pohody. *(SZÚ, 2016)*

2 Analýza studie EHES

Tato kapitola je zaměřena na analýzu studie EHES z roku 2014, proto jsou zde zpracována data SZÚ zjištěná během tohoto šetření. *(SZÚ, 2016)*

2.1 Evropský průzkum zdravotního stavu populace (EHES)

Zdravotnické studie mají i jiný význam než shromáždit aktuální informace o zdravotním stavu populace dané země. Šetření získává ze vzorku respondentů data o jejich zdravotním stavu, zdravotních rizicích a jejich determinantách, na jejichž základě může stát zhodnotit funkčnost a kvalitu současné zdravotnické politiky a eliminovat faktory, které mohou způsobit určité choroby či zdravotní potíže. Podobné studie jsou tedy důležité podklady pro vznik zdravotních a preventivních programů. Kvalitní zdravotní péče by totiž neměla jen úspěšně řešit nemoci, ale hlavně jim předcházet nejrůznějšími preventivními opatřeními.

Evropský průzkum zdravotního stavu populace (EHES) je mezinárodní projekt, jehož se účastní několik zemí Evropy. Hlavním organizátorem studie EHES v České republice je Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ), ale podílí se na ní i jiné organizace, konkrétně Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který organizuje dotazníkové šetření European Health Interview Survey (EHIS), dále například Český statistický úřad (ČSÚ), který vybírá vzorek respondentů pro šetření, nebo také Krajské hygienické stanice, zdravotní ústavy a podobné instituce.

Pilotní část studie EHES u nás probíhala mezi roky 2010–2011. Hlavním koordinátorem byl Národní institut pro zdraví a sociální péči v Helsinkách. Projekt byl v ČR realizován Státním zdravotním ústavem v Praze a Hradci Králové. Studijní vzorek byl menší než v pozdější studii v roce 2014, obsahoval totiž pouze zhruba 200 respondentů. Studie EHES je na rozdíl od dotazníku EHIS určena pouze pro dospělé respondenty ve věku 25–64 let. Jejich úkolem byl vyplnit dotazník EHIS a následně byli podrobeni lékařské prohlídce, kde jim byl měřena výška, hmotnost, obvod pasu, tlak a byl odebrán krevní vzorek. Jelikož velká část populace nezná hodnoty svého krevní tlaku, hladinu cukru v krvi a podobné důležité hodnoty pro zdraví, získá účastník této studie skvělý přehled o svém zdraví a případných zdravotních rizicích a dostane zároveň možnost následně diskutovat svůj stav s profesionálními zdravotníky.

Cílem šetření EHES je pochopení příčin špatného zdravotního stavu a rizikových faktorů pro zdraví. Soustředí se zejména na chronická neinfekční onemocnění jako jsou například nadváha, rakovinu plic nebo diabetes, která tvoří 86 % veškerých úmrtí v České republice. Několika z těchto chorob se dá vyhnout zejména zdravým životním stylem a vyloučením rizikových faktorů jako jsou například kouření, hypertenze, obezita nebo nedostatečná fyzická aktivita. EHES se snaží vytvořit systém zdravotních šetření v Evropě, které poskytnou data o zdravotním stavu populace a negativních faktorech neinfekčních chronických nemocí a na jejichž základě podporuje tvorbu preventivních programů. V rámci Evropy podporuje studie EHES vztahy a spolupráci s ostatními státy. *(SZÚ, 2016)*

2.2 Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS)

Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) je výběrovou studií o zdraví, které poskytuje informace o zdravotním stavu na základě vybraného vzorku konkrétní populace ze zemí Evropské unie (EU). Ve všech zemích EU je prováděno na základě jednotných pravidel a stejných zásad. Šetření EHIS organizují v každém státě příslušné národní instituce. V České republice byl hlavním organizátorem Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a hlavním koordinátorem byl Český statistický úřad (ČSÚ). Výsledky šetření jsou využívány zejména pro účely zdravotní a sociální politiky země. Data jsou také využívána k výpočtu délky života ve zdraví.

Šetření EHIS proběhlo v České republice poprvé v roce 1993. Koná se vždy po třech letech a zahrnuje jednotlivce starších 15 let. Probíhá ve všech zemí EU i v dalších zemí Evropy. Od roku 2008 byla schválena stejná metodika a pravidla pro všechny státy, které se šetření EHIS účastní. Dotazník byl při posledním šetření v roce 2014 rozdělen na 4 části:

- základní sociodemografické charakteristiky
- modul o zdravotním stavu
- modul o zdravotní péči
- modul o základních determinantách zdraví

Modul o zdravotním stavu v dotazníku je zaměřen na obecné charakteristiky zdraví jedince. Zabývá se jak fyzickou kondicí a fyzickým zdravotním stavem, tak i o zdraví duševní. Dotazuje se na své vlastní ohodnocení zdravotního stavu, bolesti, různá omezení a případná chronická onemocnění. Třetí část je zaměřena na vztah dotazované osoby ke zdravotnictví. Ptá se na množství lékařských návštěv v časovém intervalu, názor na kvalitu a cenu lékařských služeb v zemi. Čtvrtá část se zabývá zejména nejdůležitější determinantou zdraví, a to životním stylem. Řeší se například stravovací návyky, fyzická aktivita nebo konzumace škodlivých látek. Tato část se zabývá i sociální stránkou života respondenta. Dotazník se vyplňuje elektronickou formou při osobní návštěvě respondenta. Tomuto způsobu odbornému způsobu šetření se říká tzv. CAPI šetření (Computer Assisted Personal Interview). *(ÚZIS. 2011)*

2.3 Studie EHES 2014 v České republice

Výběrové šetření zdravotní stavu obyvatelstva proběhlo naposledy v červnu roku 2014 a trvalo až do února následujícího roku. Studie EHES probíhala ve spolupráci s organizátory šetření EHIS čili s Ústavem zdravotnických informací a statistiky a Českým statistickým úřadem. K účasti na studii EHES bylo pozváno 3 850 osob, zájem byl projeven celkově u 1 745 respondentů, ale na samotné lékařské vyšetření se dostavilo 32 % z pozvaných osob. V roce 2014 se tedy šetření EHES v České republice zúčastnilo 1 220 lidí. Mezi respondenty byl větší podíl žen než mužů, konkrétně se jednalo o 60 žen na 40 mužů.

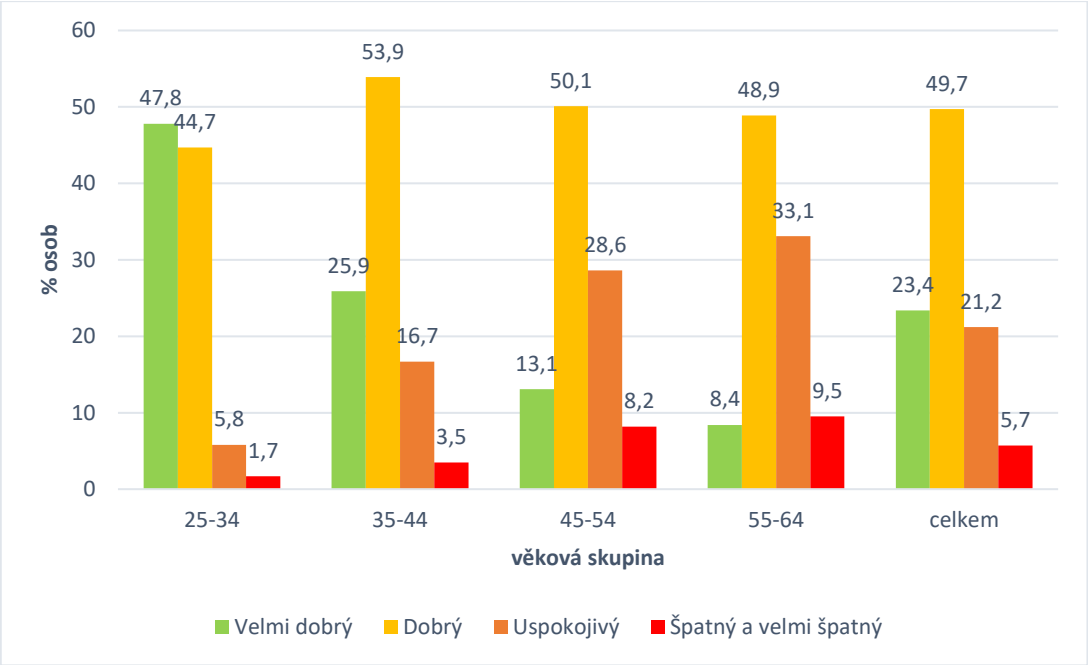
Šetření probíhá tak, že po vyplnění dotazníku EHIS dostanou jedinci ve věku 25–64 let možnost podrobit se šetření EHES, které zahrnuje odbornou zdravotní prohlídku. Místo vyšetření si respondent volí sám z nabízených lokalit. Zdravotník provede řadu různých měření, konkrétně výšky, hmotnosti, pasu, změří i krevní tlak, a nakonec udělá krevní odběr, ze které získá hodnoty cholesterolu v krvi, HDL-cholesterolu a glykovaného hemoglobinu. Zdravotní prohlídka trvá celkem 30–40 minut Respondent po vyšetření obdrží dokument s vlastními hodnotami a má možnost odborné konzultace svého zdravotního stavu nebo případně doporučení týkající se změny životního stylu. Respondent na konci šetření obdrží dárkovou poukázku s hodnotou 400 Kč. V

Účastníkům studie EHES byly v rámci dotazníku EHIS položeny 3 otázky na základě kterých bylo provedeno celkové hodnocení zdravotního stavu. Zahrnovaly subjektivní hodnocení zdraví, přítomnost chronické nemoci a zdravotní omezení.

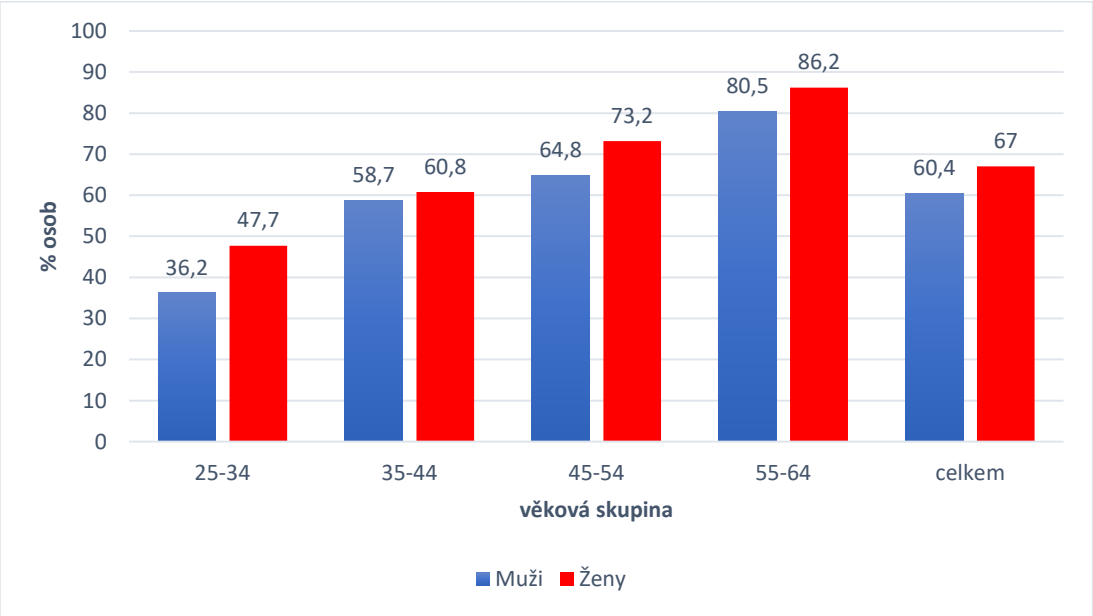
Subjektivní hodnocení zdraví nezahrnuje pouze subjektivní pohled na svůj fyzický zdravotní stav, ale i psychický a sociální pohled na zdraví. Respondent hodnotí zdraví pouze subjektivně, tato část dotazníku tedy vůbec nemusí odpovídat jeho skutečnému zdravotnímu stavu. Jeho osobní pocity a názory může ovlivňovat spousta faktorů, například současná zdravotní, duševní nebo sociální situace jedince, povaha a spousta dalších vlivů. Každý respondent také vnímá určité jevy jiným způsobem, takže respondenti odpovídali na základě svých individuálních mír citlivosti. Svůj zdravotní stav hodnotili od 1 do 5 (1 jako velmi dobrý zdravotní stav a 5 jako velmi špatný). Necelá čtvrtina populace hodnotila svůj zdravotní stav jako velmi dobrý a polovina jich tvrdí, že je jejich zdraví na dobré úrovni (hodnoceno číslem 2). Číslem 1 a 2 své zdraví tedy hodnotilo více než 70 % účastníků průzkumu. Méně než 6 % ohodnotilo svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný. Když srovnáme hodnocení zdravotního stavu České republiky a zemí EU, řadí se ČR do třetiny zemí s nejmenším podílem osob ve věku 25–64 let s dobrým a velmi dobrým subjektivním hodnocením svého zdravotního stavu. Graf (obr. 2.1) zobrazuje výsledky subjektivního hodnocení zdraví. Z grafu lze vyčíst, že s rostoucím věkem přibývá počet osob s ucházejícím, špatným a velmi špatným zdravotním stavem.

Účastníci studie dále odpovídali na otázku týkající se přítomnosti chronického onemocnění. Chronická choroba se definuje jako dlouhodobé onemocnění nebo dlouhodobý zdravotní problém, u kterých se předpokládá, že budou trvat 6 měsíců nebo déle. Do chronických chorob se řadí i sezónní stavy, které se pravidelně opakují jako jsou například alergie. Jako přítomnost chronické nemoci se ve studii zahrnují i nemoci či příznaky, které nebyly přímo diagnostikovány lékařem. Přítomnost chronického onemocnění ve sledované populaci potvrdilo 64 % respondentů, kde větší část tvořily ženy. Z grafu (obr. 2.2) lze vyčíst, že podíl osob s dlouhodobou chorobou s vyšším věkem roste.

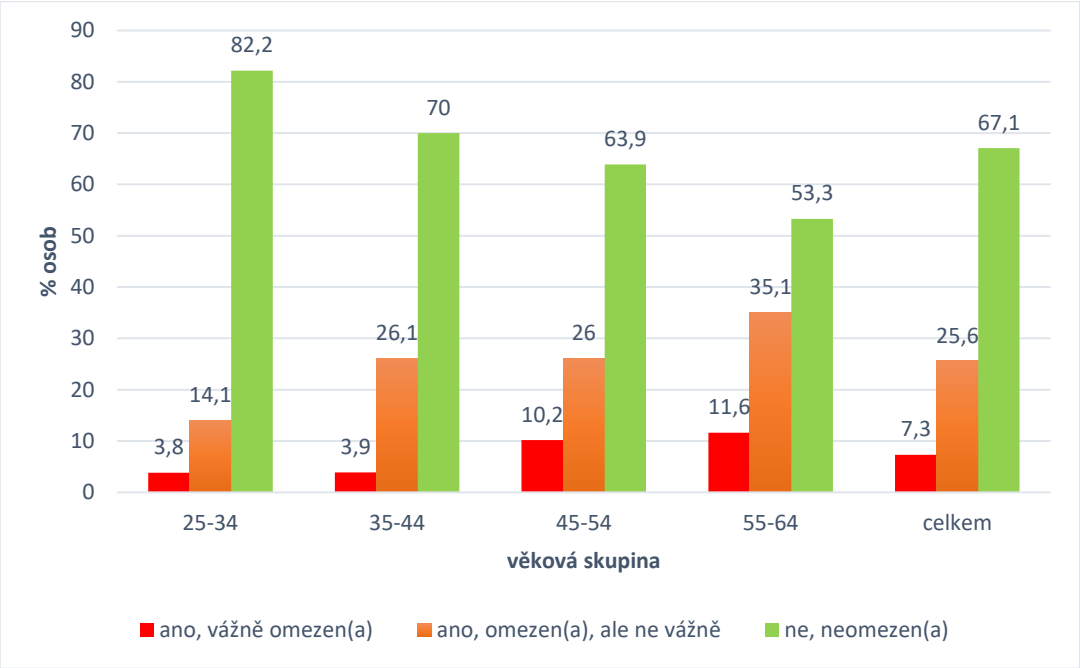
Posledním zkoumaným ukazatelem v dotazníku bylo dlouhodobé omezení činností, kde respondenti odpovídají na otázku „Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům po dobu předchozích nejméně 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?“ Pod tyto činnosti se řadí běžné domácí aktivity, pracovní činnost, volnočasové činnosti a zájmy a další aktivity. Účastníci měli na výběr ze tří následujících možností: ano, vážně omezen(a); ano, omezen(a), ale ne vážně; ne, neomezen(a). Výsledky (viz obr. 2.3) ukazují, že dvě třetiny odpověděli, že žijí bez jakéhokoli omezení, čtvrtina je částečně omezena a 7 % z celkového počtu respondentů je ze zdravotních důvodů velmi omezena v běžných aktivitách. Stejně jako v předchozích případech podíl omezených v běžných činnostech narůstal s rostoucím věkem, jak je očividné z následujícího grafu.



Obr. 2.1 Subjektivní hodnocení zdraví v populaci osob ve věku 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.2 Podíl osob s chronickým onemocněním u respondentů EHES v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.3 Dlouhodobá omezení činností v populaci 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

2.3.1 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtí ve většině zemí světa a Česká republika není výjimkou. V roce 2015 tvořil podíl úmrtí z důvodu kardiovaskulárního onemocnění 42 % u mužů a 50 % u žen. V České republice tato skupina chorob tvoří až 58 % veškerých úmrtí. Tato statistika je obzvláště zarážející, neboť až 80 % těchto onemocnění se dá předejít zejména zdravým životním stylem a iluminací rizikových faktorů, které podporují vznik těchto nemocí. Existuje více než 300 faktorů, které mohou vést k srdečně-cévním onemocněním. Mezi nejdůležitější rizikové faktory patří zejména negativní prvky životního stylu jako jsou kouření, obecně nezdravý způsob stravování, nadměrná konzumace alkoholu a malá nebo žádná fyzická aktivita.

Pro odhad rizika úmrtí v příštích deseti letech jako následek kardiovaskulární nemoci se používá multifaktoriální model SCORE, který byl vytvořen Evropskou kardiologickou společností. Tato metoda je vhodná jak pro populační studie, tak i jako nástroj pro prevenci pro kardiovaskulární zdraví. Hodnotí riziko podle 5 rizikových faktorů, kterými jsou věk, pohlaví, kouření, hodnota systolického tlaku a hodnota celkového cholesterolu. Hodnoty modelu SCORE mohou nabývat hodnot od 0 % do 10 %. Za nízké riziko se považují hodnoty do 1 %, 2–4 % jsou hodnoty pro riziko střední, 5–9 % pro vysoké riziko a 10 % je hodnota pro velmi vysoké riziko. Osoby, které již někdy v životě čelili kardiovaskulární nemoci, a nebo mají diabetes, jsou automaticky zařazeni do kategorie vysokého rizika, aniž by se vzala v úvahu hodnota vycházející z tabulky modelu SCORE. Podle výsledků můžeme usoudit, že riziko onemocnění srdce a cév je méně rizikové u žen než u mužů, jelikož v kategorii nízkého rizika byl podíl žen velký 63 % a u mužů pouze 24 %. I podíl v kategorii velmi vysokého rizika byl pro ženy pozitivnější, neboť v této kategorii skončilo 14 % žen a až 26 % mužů.

2.3.2. Hypertenze

Vysoký krevní tlak je nejběžnější kardiologická choroba a zároveň i jeden z hlavních rizikových faktorů, který podporuje vznik kardiovaskulárních nemocí a hodnotně přispívá ke kardiovaskulární úmrtnosti. 20 % populace v České republice se léčí s vysokým krevním tlakem. Velkým problémem je, že spoustu lidí vůbec o své nemoci neví, a tudíž neužívají potřebné léky ani svému zdravotnímu stavu nepřizpůsobují životní styl. Hypertenze může způsobit selhání ledvin, cévní onemocnění a poškození sítnice a zraku.

Během šetření EHES byl během zdravotního vyšetření respondentům měřen krevní tlak třikrát s minutovým odstupem. Výsledná hodnota je vypočítána jako průměr druhého a třetího měření. Kontrolovaná hypertenze je pojem, který označuje hodnoty systolického tlaku pod 140 mmHG a diastolického tlaku pod 90 mmHg. V tabulce 2.1 jsou přehledně znázorněny intervaly hodnot krevního tlaku a jejich význam podle Evropské kardiologické společnosti (ECS) a Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH).

Za ideální krevní tlak je považována hodnota 120/80 mmHg (viz tab. 2.1). Průměrná naměřená hodnota systolického tlaku u mužů byla 130,7 mmHg a 117,8 mmHg u žen, zatímco hodnota diastolického tlaku u mužů byla 82,5 mmHg a 78,1 mmHg u žen. Vysoký krevní tlak byl naměřen u 47 % mužů a 26 % žen, z nichž 40 % mužů a 24 % žen si svého zdravotního problému nebylo vědomo. Normální vysoký tlak mělo 15 % mužů a 8 % žen z celkového počtu respondentů a optimální krevní tlak byl naměřen jen u 20 % mužů a 44 % žen (viz obr. 2.4 a tab. 2.2).

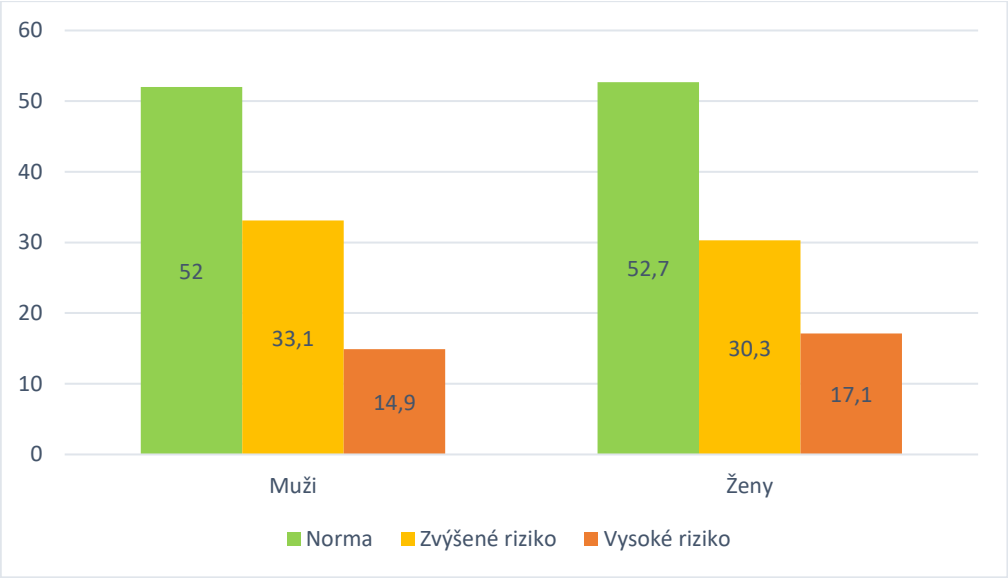
Hypertenze je vážná hrozba pro zdraví i život člověka, proto je třeba dbát na prevenci nejen kvalitním životním stylem, ale i docházet pravidelně na lékařské prohlídky s měřením tlaku. Na základě zjištěných dat byl krevní tlak změřen zdravotníkem v posledním roce 71 % mužů,74 % žen a v posledních 3 letech bylo provedeno téměř u celé populace (viz obr. 2.5).

Tab. 2.1 Kategorie krevního tlaku podle Evropské kardiologické společnosti (ECS) a Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH)

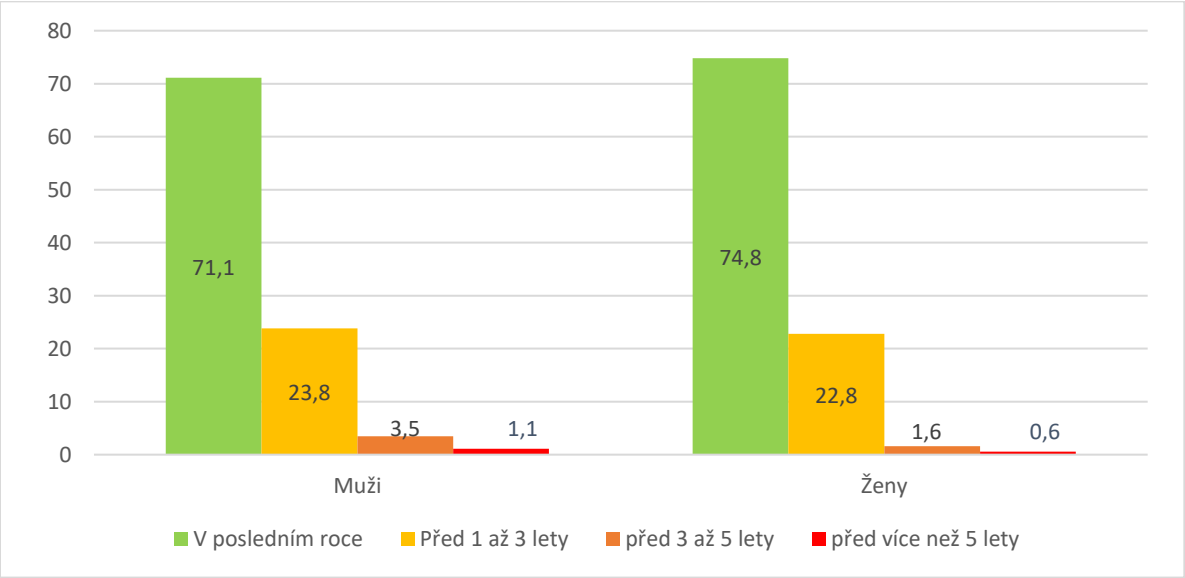
Kategorie	Systolický krevní tlak (mmHg)	Diastolický krevní tlak (mmHg)
Optimální tlak	< 120	< 80
Normální tlak	120-129	80-84
Vysoký normální tlak	130-139	85-89
Vysoký krevní tlak	≥ 140	≥ 90

Tab. 2.2 Naměřené hodnoty hypertenze u respondentů EHES (data EHES 2014, vlastní zpracování)

Kategorie	Muži	Ženy
Prehypertenze	15,2	8,2
Nevědomost o hypertenzi	40	24
Naměřená hypertenze	47	26,3
Kontrola hypertenze	47,1	66,3
Optimální krevní tlak	44,2	19,8



Obr. 2.4 Hodnoty krevního tlaku podle kategorií ECS u populace ve věku 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.5 Měření krevního tlaku zdravotníkem, populace 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

2.3.3 Dyslipidémie

Dyslipidémie (DLP) jsou skupiny metabolických chorob, které se vyskytují hromadně. Charakteristické jsou zvýšenou nebo sníženou hladinou lipidů a lipoproteinů v plazmě. Vznik dyslipidémie může způsoben několika faktory jako například vliv vnějšího prostředí, špatné a nezdravé stravování, absence nebo malé množství pohybu, nadměrná a častá spotřeba alkoholu, nadváha nebo kouření. Vznik DLP ovlivňuje i genetika.

Typické pro DLP jsou zejména neuspokojivé hodnoty cholesterolu v krvi. Cholesterol se řadí mezi lipidy a je součást každé buňky v lidském těle. Díky cholesterolu se v těle tvoří hormony, vitamín D a žluč, ale také je nezbytný pro trávení tuků. Samotný organismus produkuje v játrech až ⅔ cholesterolu, zbylá třetina se do těla dostane konzumací potravin živočišného původu. S rostoucím věkem je riziko zvýšené hladiny cholesterolu mnohem vyšší než v mladším věku. Je prokázáno, že pokud se hladina celkového cholesterolu sníží o 1 %, pak se zároveň sníží i pravděpodobnost infarktu o 2 %. Spolu s diabetem, vysokém tlakem a kouřením patří mezi nejzávažnější rizikové faktory vzniku onemocnění srdce a cév. V lidské krvi se nachází tři druhy lipidů: Lipoprotein s vysokou hustotou (HDL), s nízkou hustotou (LDL) a triglyceridy. V případě dyslipidémie jsou většinou hladiny lipoproteinů s nízkou hustotou až moc vysoké nebo naopak jsou hodnoty HDL moc nízké. LDL se považuje za „nedobrý“ cholesterol, protože může vytvořit hrudky na stěnách tepen. Pokud se takových nánosů na tepnách udělá hodně, může tento plak zapříčinit infarkt. HDL můžeme nazvat „dobrým“ cholesterolem, neboť pomáhá odstranit LDL-cholesterolu z krve. Tryglicery se ukládají v tukových buňkách a do těla se dostanou prostřednictvím potravin, které zkonzumujeme. Uvolňují se ve formě energie, což znamená, že pokud člověk sní více kalorií, než spálí, tak může mít velké množství triglyceridů v krvi. Vysoká hladina LDL-cholesterolu a triglyceridů mohou znamenat vyšší riziko srdečního záchvatu nebo mrtvice. Naopak nízké hodnoty HDL-cholesterolu mohou být příčinou srdečních onemocnění.

Za normální a doporučenou hladinu cholesterolu se považují hodnoty menší než 5,0 mmol/l. O zvýšeném riziku dyslipidémie se hovoří při hodnotách 5,3–6,2 mmol/l a vysoké riziko je u hodnot nad 6,2 mmol/l. Dle šetření EHES byla průměrná naměřená hodnota hladiny cholesterolu 5,3 mmol/l a přítomnost dyslipidémie byla zjištěna u 77 % mužů a 66 % žen. Bylo zjištěno, že velká část respondentů o přítomnosti tohoto onemocnění nemělo povědomí, konkrétně 66 % mužů a 62 % žen. Naopak nízká byla naměřena úroveň medikace, tedy podíl osob, kteří o svém zdravotním problému věděli a léčí se odpovídajícím způsobem. Pouze 31 % mužů a 23 % žen s naměřenou dyslipidémií se léčí. Více než polovina účastníků průzkumu si nechala změřit hladinu cholesterolu v posledním roce a v posledních třech letech byla kontrola provedena u více než 83 % respondentů.

Tabulka 2.3 Naměřená dyslipidémie u respondentů EHES v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

Kategorie	Muži	Ženy
Reportovaná dyslipidémie	27,2	28,0
Naměřená dyslipidémie	75,3	62,9
Dyslipidémie	76,9	66,2
Znalost dyslipidémie	33,7	38,4
Léčba Dyslipidémie	30,5	22,9
Kontrola dyslipidémie	18,9	52,1

2.3.4 Diabetes

Diabetes mellitus, neboli cukrovka, je metabolické onemocnění, které se charakterizuje vysokou hladinou glukózy v krvi a metabolismu cukrů, kdy organismus neumí udržet koncentraci cukru v krvi v normálních hodnotách. Vysoká hladina glukózy následně poškodí stěny cév, vyvolá zánět a aterosklerotický proces, který může poškodit funkci tepen. Dlouhodobá vysoká hladina cukru v krvi může po nějaké době způsobit například infarkt, mozkovou příhodu, onemocnění ledvin, poškození nervů, zraku nebo nejrůznější infekce, které mohou dojí až do stádia, kdy je nezbytná amputace dolních končetin. V rámci šetření EHES byl účastníkům proveden odběr krve pro další analýzu glykovaného hemoglobinu, které vzniká v organismu pomocí neenzymatické reakce mezi hemoglobinem a glukózou. Během této reakce se navazuje hemoglobin, který se nachází uvnitř červených krvinek, na glukózu. Červené krvinky mohou v těle žít maximálně 120 dní, na druhou stranu průměrná hladina cukru v krvi odráží momentální hladinu v krvi. Hodnota hemoglobinu poskytuje informuje o průměrné hladině cukru v krvi v časovém intervalu 8–12 týdnů a odráží průměrnou hodnotu hladiny cukru za celou dobu života červené krvinky. Čím více cukru se v krvi nachází, tím více reaguje s hemoglobinem a vzniká glykovaný hemoglobin, který je jedním z hlavních kritérií pro diagnostiku cukrovky. V tabulce 2.4 jsou konkrétní hodnoty glykovaného hemoglobinu a jejich význam.

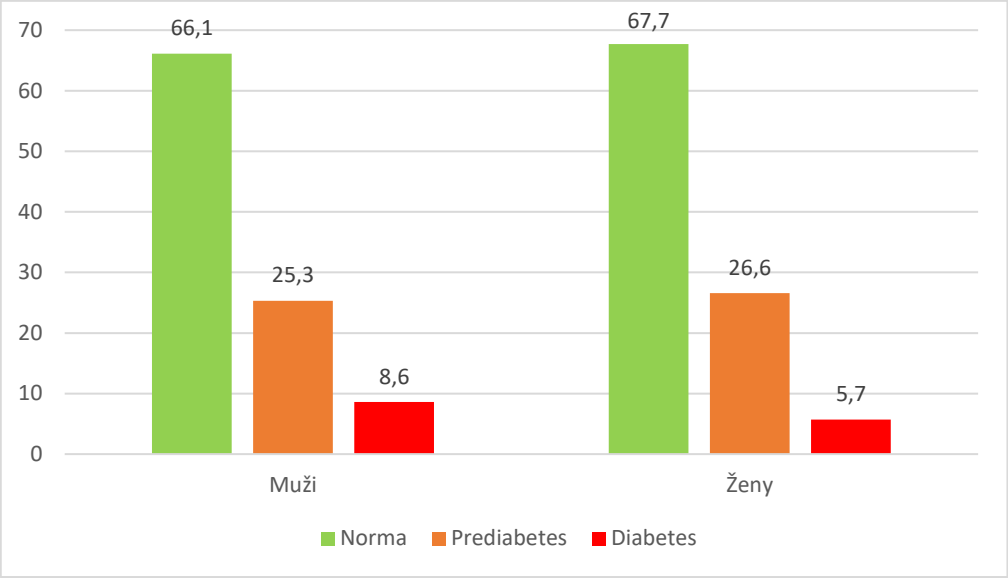
Cukrovku můžeme rozdělit na dva typy. Cukrovka 1. typu je případ, kdy v těle úplně chybí inzulin, který je pro život nezbytný. Tento druh cukrovky začíná většinou již v dětství nebo adolescentů, ale může vzniknout i v pozdějším věku. Je mnohem vzácnější než cukrovka 2. typu, která se vyskytuje u 90 % diabetiků a se vyznačuje nedostatkem inzulinu a neschopností těla pro jeho správné využití. Tento typ vzniká v těle až v dospělém věku, onemocnění však může již déle probíhat skrytě.

Podle WHO je diabetes 3. nejvážnějším rizikovým faktorem předčasného úmrtí. I přesto, že je cukrovka dědičné onemocnění, pravděpodobnost, že ji dítě zdědí, je poměrně nízká. Hlavní příčinou tedy zůstává nezdravý životní styl. Nízká nebo žádná fyzická aktivita, kouření, špatné stravování a další faktory mohou způsobit toto nevyléčitelné onemocnění, které je až z 80 % případů možné předejít prevencí. Lidé trpící cukrovkou mají minimálně 2krát vyšší riziko úmrtí na srdečně-cévní onemocnění a v důsledku dalších komplikací. Velkým problémem je, že většina osob, která tuto chorobu má, o ní vůbec nevím. Lidé s hodnotami cukru v krvi odpovídající prediabetu totiž většinou žádné příznaky cukrovky nemají. Prediabetes může vést k rozvoji podobných cévních nemocí jako u cukrovky 2. typu. Diabetes není v žádném případě nemoc na ústupu. Stále více lidí žije nezdravým životním stylem, což dokazuje i to, že od roku 1980 se počet lidí na světě žijící s cukrovkou skoro zdvojnásobil z 4,7 % na 8,8 %.

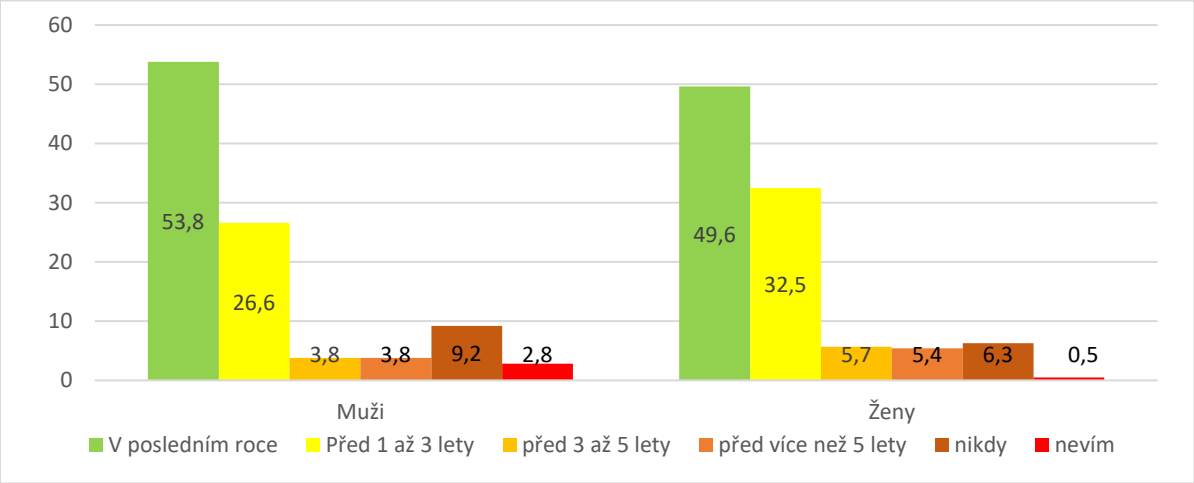
Výsledky šetření EHES říkají, že průměrná hodnota naměřeného glykovaného hemoglobinu u všech respondentů byla 37,6 mmol/mol. Cukrovka byla zjištěna u 8,6 % mužů a 5,7 % žen. Ne každý si byl svého zdravotního stavu vědom. O své nemoci vědělo 78,2 % mužů a 80,1 % žen, a naopak o svém zdravotním problému nevědělo celých 22 % mužů a 20 % žen. Zodpovědnost české populace ohledně preventivních kontrol hladiny cukru v krvi je na špatné úrovni. V posledních třech letech bylo měření hladiny cukru v krvi provedeno u 81,3 % respondentů. Zhruba 8 % dotazovaných si nikdy nenechalo vyšetřit hladinu cukru a 3,3 % respondentu nevědělo, zda vyšetření na zjištění hladiny cukru v krvi někdy podstoupilo.

Tab. 2.4 Kategorie glykovaného hemoglobinu (v mmol/mol) (data EHES 2014, vlastní zpracování)

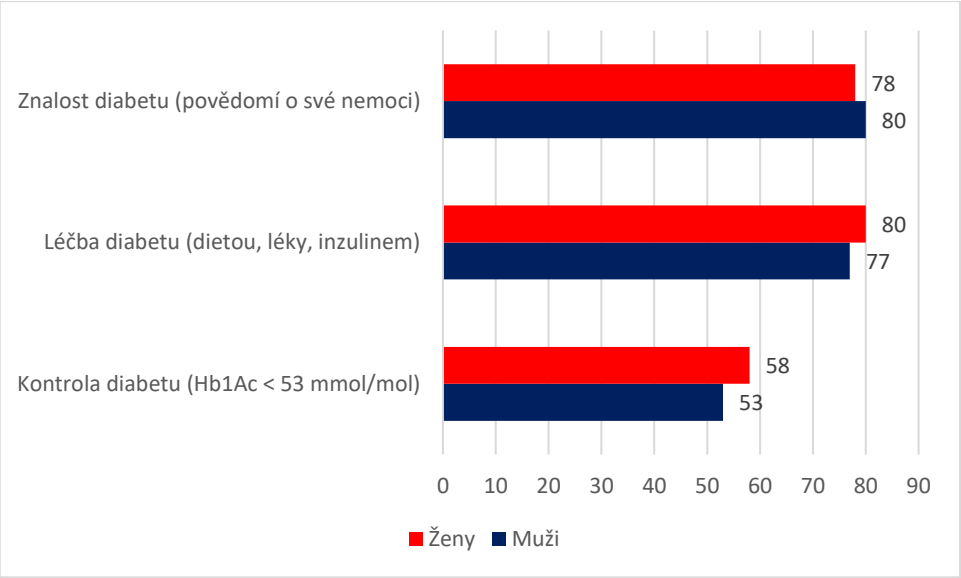
Kategorie	Hodnota
Norma	≤ 38
Prediabetes	39–47
Diabetes	≥ 48
Kompenzovaný diabetes	≤ 53



Obr. 2.6 Přítomnost diabetu respondentů EHES 2014 v % (data EHES 2014. vlastní zpracování)



Obr. 2.7 Doba poslední screeningu hladiny cukru v krvi respondentů EHES 2014 v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.8 Povědomí o hladině cukru v krvi respondentů EHES 2014 v % (data EHES 2014. vlastní zpracování)

2.3.5 Nadváha

Obezita, v široké veřejnosti nazývané většinou nadváha, jsou v dnešní době jedny z nejpodceňovanějších a zároveň nejzávažnějších zdravotních rizik. Nadváha je většinou důsledek nezdravého životního stylu, a to zejména nezdravého a nadměrného stravování a nedostatku či absence pohybu. Může způsobit celou řadu zdravotních problémů jako jsou vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu v krvi, diabetes, různá nádorová onemocnění nebo choroby srdce a cév. Způsobuje i mechanická onemocnění a omezení, nadměrná váha zatěžuje naši kostru, zejména klouby, a může tak zapříčinit problémy pohybového ústrojí člověka nejen ve starším věku.

I přesto, že je to jeden ze zdravotních problémů, kterému je možné předejít zdravím životním stylem, obézních lidí na světe stále nezadržitelně přibývá. Podle Světové zdravotnické organizace se počet obézních lidi od roku 1975 až ztrojnásobil a v roce 2016 žilo na světě 1,9 miliard lidí trpící nadváhou. Obezita je velký problém i u velmi malých dětí, neboť v roce 2016 bylo na světě 41 miliónů dětí do 5 let žijících s nadváhou, kdy polovina z těchto dětí žila v Asii. Dříve se považovala za problém, který se objevuje zejména v bohatých a rozvinutých zemích, dnes je tomu ale jinak. Obezita je v současnosti celosvětovým problémem, dokonce i v rozvojových zemích. Počet dětí s obezitou do věku 5 let v Africe vzrostl od roku 2000 o necelých 50 % procent. Podle dat WHO umírá více lidí na obezitu než na podvýživu. Důvodů proč počet lidí trpící touto nemocí rapidně roste je mnoho a většina souvisí s faktem, že v současné době není jednoduché žít dostatečně zdravím životním stylem. K obezitě mohou vést změny stravování a fyzických aktivit, jež jsou zapříčiněny zejména změnami sociálními a změnami životního prostředí člověka. neustálým rozvojem nebo změnami v odvětví dopravy, potravinářského průmyslu, zemědělství, zdravotnictví nebo i vzdělání.

Během lékařské kontroly studie EHES byly naměřeny respondentům údaje týkající se výšky, hmotnosti a obvodu pasu. Z těchto hodnot byl následně vypočítán Index tělesné hmotnosti, který se označuje zkratkou BMI (Body Mass Index). Jedná se o celosvětově používaný ukazatel, jenž je velmi užitečný pro měření obezity u dospělého člověka jakéhokoli věku. Vypočítá se jako podíl tělesné váhy člověka v kilogramech a výška člověka v metrech na druhou. Ačkoli je tento ukazatel užitečný, je důležité brát v úvahu i jiné faktory, které mohou ovlivnit váhu člověka a zvýšit tím hodnotu BMI. Těmito faktory může být například množství svalové hmoty, rozložení tuků nebo stavba těla člověka. Další důležitý rizikový faktor je kromě BMI i obvod pasu. Obvod pasu je jako další významný ukazatel pro stanovení abdominální obezity. Velký obvod pasu se pojí s rizikem vzniku nemocí srdce a cév a diabetu 2. typu V tabulkách 2.5 a 2.6 jsou zaznamenány hodnoty BMI a obvodu pasu přiřazené do jednotlivých kategorií.

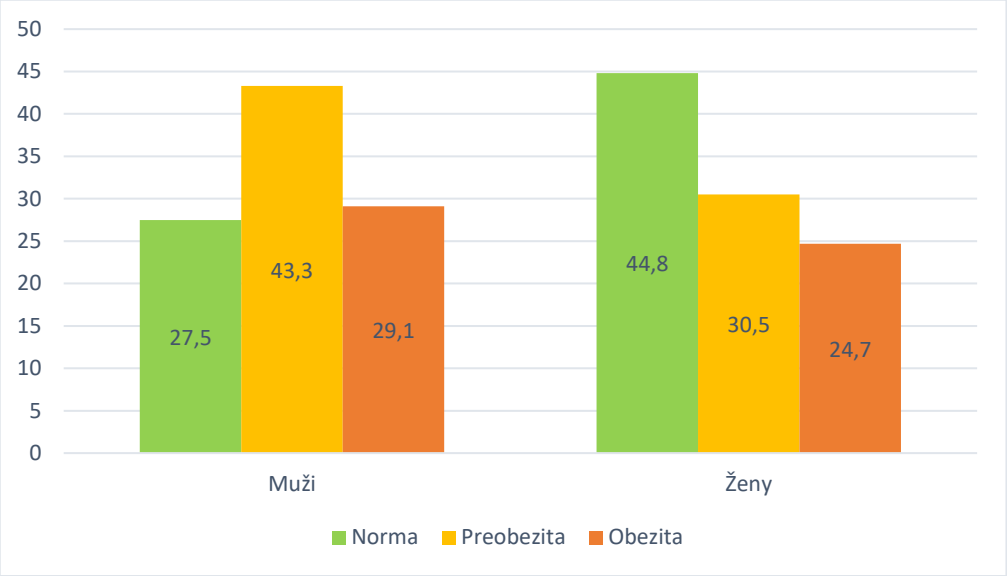
Podle výsledků studie EHES 2014 byla průměrná hodnota BMI u mužů 28,1 kg/m² a u žen 26,9 kg/m². Podíváme-li se do tabulky číslo 2.5, vidíme, že obě tyto hodnoty patří do kategorie preobezity. Skoro 64 % populace se řadí do kategorií nad normální hmotností (dle hodnot BMI) a konkrétně do kategorie obezity spadá 29 % mužů a 25 % žen (viz obr. 2.09). Zkoumalo se i povědomí respondentů ohledně jejich znalostí vlastní váhy, výšky a BMI. Výsledky byly takové, že třetina respondentů svou hodnotu BMI podhodnotilo (viz obr. 2.11). Průměrný obvod mužského pasu byl 97,9 cm a u žen 87,7 cm a vyšší, než doporučenou hodnotu pasu má 60 % celkové populace České republiky (viz obr. 2.11). Zvýšené riziko nemocí srdce a cév bylo naměřeno u 24 % mužů a 20 % žen a riziko vysoké pak u 36 % mužů a 44 % žen.

Tab. 2.5 Kategorie dle BMI (data EHES 2014, vlastní zpracování)

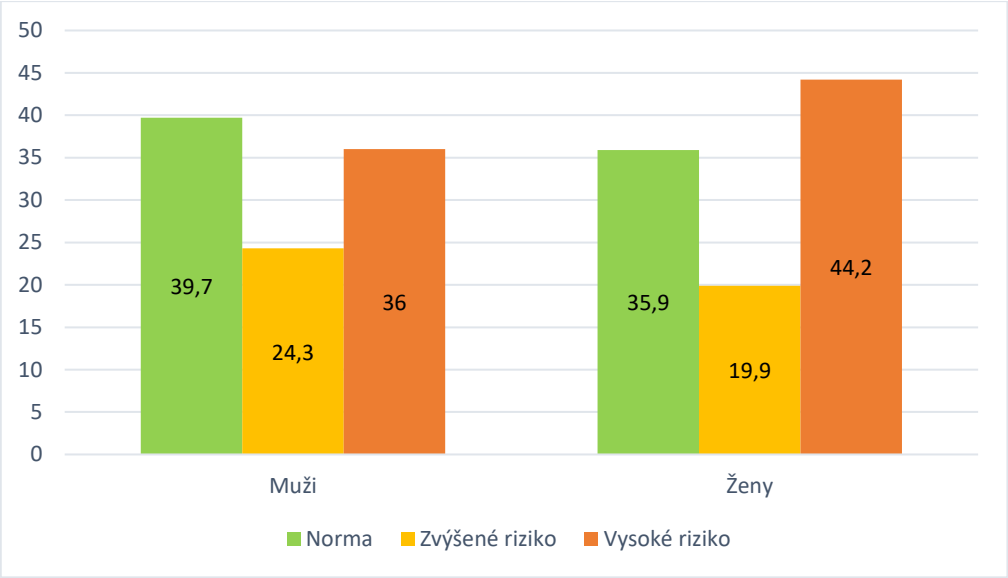
Kategorie BMI	Hodnota
Podváha	< 18,5
Norma	18,5–24,9
Nadváha	≥ 25,0
Preobezita	25,0–29,9
Obezita	≥ 30

Tab. 2.6 Kategorie dle obvodu pasu (data EHES 2014, vlastní zpracování)

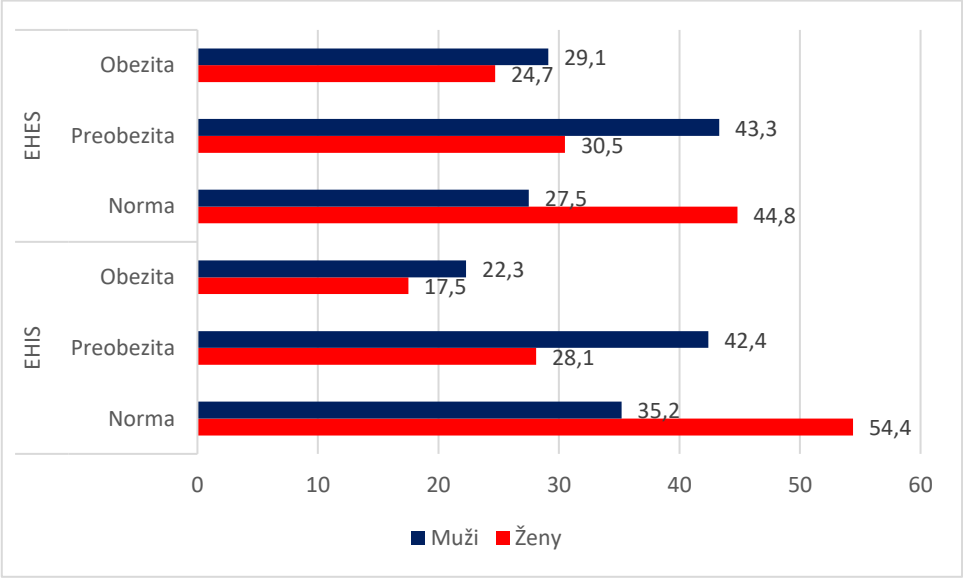
Kategorie obvodu pasu	Hodnota (v cm)
Norma	< 94 u mužů a < 80 u žen
Zvýšené riziko	94 - 101 u mužů a 80 - 87 u žen
Vysoké riziko	≥ 102 u mužů a ≥ 88 u žen



Obr. 2.9 Kategorie dle hodnot BMI v populaci 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.10 Kategorie dle obvodu pasu v populaci 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

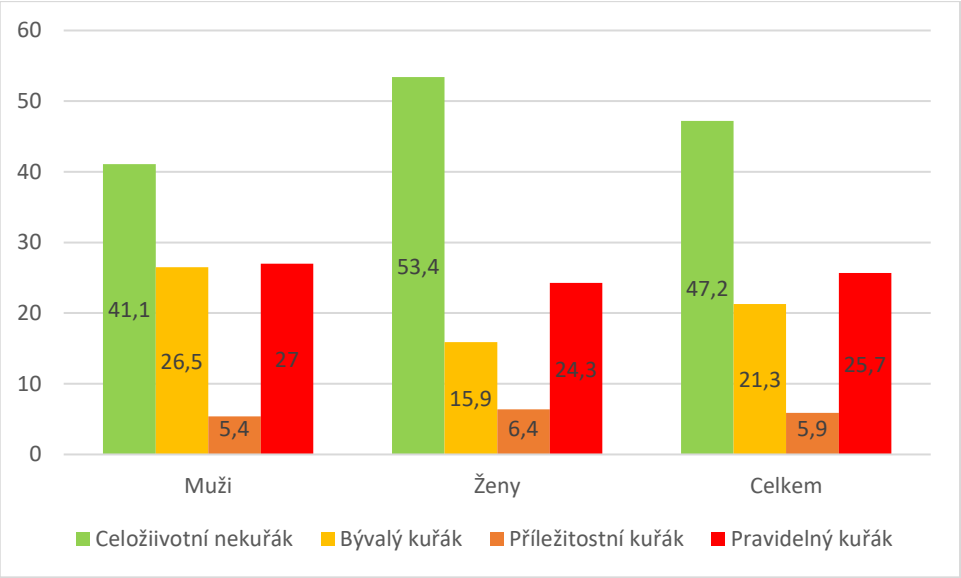


Obr. 2.11 Srovnání kategorií dle hodnot BMI z dotazníku EHIS respondentů EHES s naměřenými hodnotami v rámci lékařského vyšetření v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

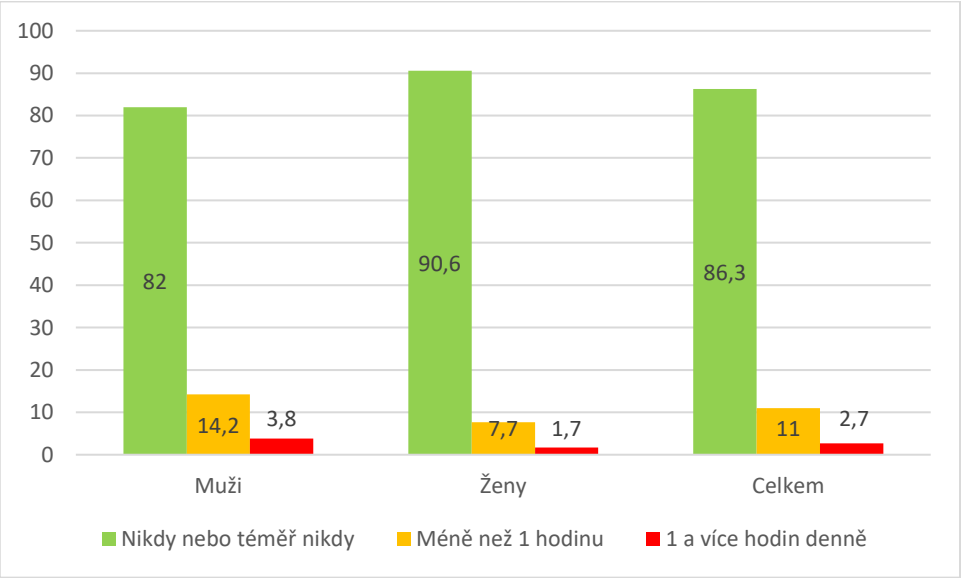
2.3.6 Kouření

Životní styl je jeden z nejvýznamnějších determinant zdraví, jelikož se na něm podílí až z 50 %. Do determinant životního stylu patří i kouření, které značně zvyšuje pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Podle Světové zdravotnické organizace zabíjí kouření až polovinu všech kuřáků. Na základě dat WHO kouří až 36 % mužů a 8 % žen z celé světové populace. Každý rok zemře v důsledku kouření až 7 milionů lidí, z toho více než 6 milionů kuřáku a kolem 890 000 nekuřáků v důsledku vdechování cizího kouře (pasivního kouření). Na světě žije zhruba 1,1 miliardy kuřáků a 80 % z nich žije v zemích s nízkými nebo středními příjmy. Většina zemí po celém světě zakazuje jakékoli reklamy, které zobrazují tabák a kouření v pozitivním světle, sponzoring tabákovými společnostmi a v posledních pár letech se v několika zemích po celém světě v rámci antikuřácké kampaně začaly na krabičkách cigaret zobrazovat velmi grafické fotografie, které znázorňují hrozby a následky kouření. Nejčastějším důvodem, proč lidé přestávají kouřit, jsou vysoké ceny cigaret v důsledku vysoké daně za jejich koupi, nikoli primárně ze zdravotních důvodů *(WHO, 2018)*

Mezi nejčastější příčiny smrti kuřáků se řadí nádorová onemocnění, nemoci oběhové soustavy a nemoci dýchacího ústrojí. Je dokázáno, že kouření zvyšuje až čtyřnásobně riziko ischemické choroby srdce. Jedná se o poruchu, kdy dochází ke sníženému prokrvení srdečního orgánu, konkrétně nedokrvení části srdečního svalu. Těmto zdravotním rizikům a komplikacím se bohužel nemohou zcela vyhnout ani nekuřáci, kteří tráví svůj čas ve společnosti kuřáků či v zakouřeném prostředí. Inhalace cizího tabákového kouře se nazývá pasivní kouření a představuje podobné riziko jako by samotný tabákový produkt požívali oni. Pasivní kouření má z 80–90 % na cévy stejný vliv jako kouření aktivní. V tabákovém kouři se nachází více než 60 látek, které mají prokázané karcinogenní účinky na organismus. Kouření má velmi negativní vliv na celé tělo člověka, snižuje imunitu, zrychluje proces stárnutí, snižuje plodnost, může mít špatný vliv i na oči a další části lidského těla. Kouření zkrátí zhruba polovině všech kuřáků život o celých 15 let. Zmíněnými zdravotními komplikacemi jsou více ohroženy osoby, co začnou kouřit v mládí než osoby, které začnou kouřit ve starším věku, a to i za podmínky, že by kouřili stejnou dobu. Obecně jsou na nežádoucí účinky kouření háklivější ženy než muži. Pokud kuřák, který zrovna prodělal infarkt, přestane kouřit, sníží tím až o 50 % riziko úmrtí, což je mnohem více než léčba pomocí léků, která dané riziko sníží jen on 12–15 %. Na základě zprávy o užívání tabáku z roku 2015 se v České republice dlouho pohyboval podíl kuřáků kolem 30 % z české populace, ale v roce 2015 došlo výrazně k poklesu až na 24,1 %, z toho kouří 27,3 % mužů a 21 % žen. Momentálně se ale nedá usoudit, zda se jedná o pokles trvalý. Pokud hovoříme o podílu kuřáků v jednotlivých věkových kategorií, tak nejvíce jich bylo mezi 15–24letými, a to 35,3 %, mezi 25–44letými byl 27,4 % kuřáků, u 45–64letých 23,1 % a nejméně kuřáků bylo v populaci 65 a víceletých, konkrétně 11,8 %. ⅓ respondentů šetření EHES uvedla v dotazníku EHIS, že v současné době kouří cigarety každý den nebo příležitostně a necelá ½ uvedla že jsou celoživotními nekuřáky. Stejně jako obecně ve světě, tak muži kouřili více a častěji než ženy. Tato nerovnost byla nejvíce očividná v podílu celoživotních nekuřáků. Průměrný počet vykouřených cigaret za den byl u mužů 16 cigaret a u žen 11 cigaret. Dotazník se soustředil i na pasivní kouření otázkou, zda bývají respondenti vystaveni kouření v zakouřené místnosti. Dle výsledků bylo pasivnímu kouření vystaveno 14 % nekuřáků a opět se jednalo častěji o muže než ženy. Na následující grafech jsou přehledně zpracovaná data o kuřáckých zvyklostech a vystavení kontaktu s kouřením u nekuřáků.



Obr. 2.12 Kuřácké zvyklosti v populaci 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



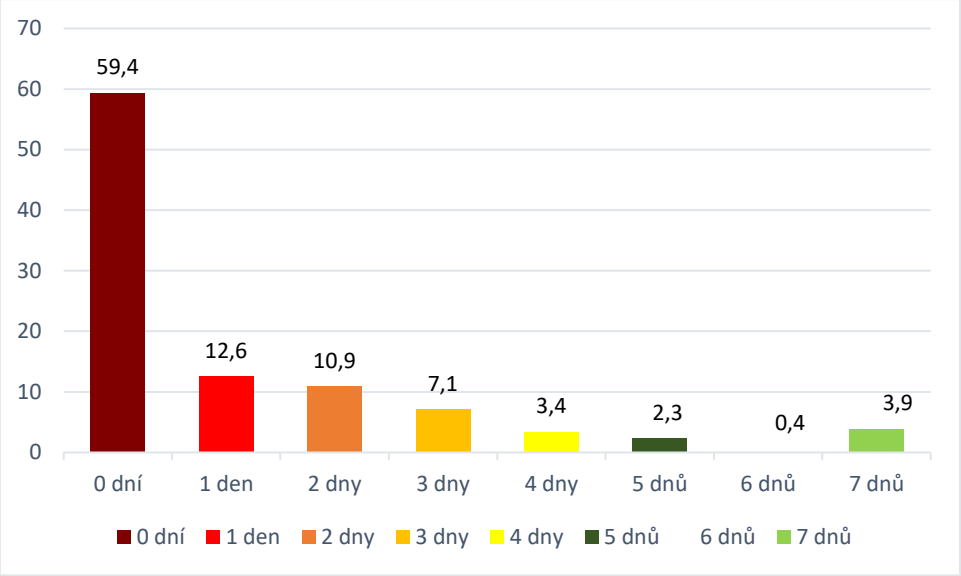
Obr. 2.13 Doba pobytu nekuřáků ve věku 25–64 let v zakouřeném prostředí v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

2.3.7 Fyzická aktivita

Fyzický pohyb je jednou ze základních fyziologických potřeb lidstva. Je nejen velmi prospěšný obecně pro fyzické zdraví, ale aktivní životní styl má i velké benefity v oblasti psychiky. Pohyb, zejména sport, může ovlivnit nejrůznější psychické procesy jako jsou myšlení, vnímaní, koncentrace, představivost, ale může pozitivně ovlivňovat i náš emocionální status, například způsobit radost, snížit stres nebo zvýšit sebevědomí. Při pohybu totiž dochází k lepší cirkulaci krve v mozku a jeho okysličení. Vědecké pokusy a studie dokazují, že díky opakované fyzické zátěži dochází v mozku k chemickým změnám, které podporují myšlení schopnost učení. Pocit radosti při sportu a pohybu cítíme také proto, že dochází k vylučování několika hormonů a látek, které podporují lepší náladu nebo tlumí bolest. Ukázkovým příkladem je vylučování endogenních opiátů, které jsou známější spíše pod pojmem endorfiny neboli hormony štěstí. *(Ševčíková, 2013)*

Pohybové aktivity mají bezpochyby i obrovský význam na naše fyzické zdraví. Pohyb obecně snižuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév, některých druhů rakoviny (např. rakoviny prsu, tlustého střeva) a cukrovky. Pravidelný pohyb také pomáhá k udržení optimální tělesné váhy, podporuje funkci trávení a posiluje imunitní systém. Pro zdravého dospělého člověka ve věku 18–65 let doporučuje WHO minimálně 30 minut fyzického pohybu o střední intenzitě 5krát týdně nebo 20–25 minut aktivity o vysoké intenzitě 3krát týdně. Tyto aktivity v sobě ale nezahrnují běžné a každodenní činnosti, které mají spíše mírnou intenzitu a jsou časově nenáročné.

Respondenti studie EHES volili v dotazníku EHIS druh fyzické zátěže, který odpovídá jejich pracovní činnosti. Pojem „práce“ byl blíže upřesněn jako nejen jejich zaměstnání, ale všechny aktivity, co spadají do jejich každodenních činností. Na základě odpovědí bylo zjištěno, že v zaměstnání většinou sedí nebo stojí polovina účastníků výzkumu a jednalo se častěji o ženy než o muže a logicky těžší fyzickou práci vykonávají spíše muži než ženy (tab.). Fyzickou aktivitu mimo zaměstnání hodnotili respondenti podle počtu dnů v týdnu, kdy se věnují sportu nebo jiné fyzické zátěži více než 10 minut v kuse. Styl života s nulovou fyzickou aktivitou během týdne má skoro 60 % respondentů. Pouze 10 % se věnuje fyzickým aktivitám 4 a více dní v týdnu (obr.) Muži strávili sportem a fyzickými aktivitami průměrně 3,5 hodin v týdnu a ženy 2,5 hodin. Tato data berou v úvahu pouze respondenty, kteří se věnovali pohybu alespoň 1 den v týdnu.



Obr. 2.14 Počet dní v týdnu věnovaných sportu v populaci 25–64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

Tab.2.7 Subjektivní hodnocení mužů a žen ohledně fyzické aktivity v práci v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

Druh fyzické aktivity v práci	**Muži**	**Ženy**	**Celkem**
Převážně sedavá aktivita nebo stání	44,1	54,6	49,3
Převážně chůze nebo středně těžká zátěž	42,7	40,7	41,7
Převážně těžká práce nebo fyzicky náročná aktivita	12,4	2,7	7,6
Žádná pracovní aktivita	0,8	2	1,4

2.3.8 Stravovací návyky

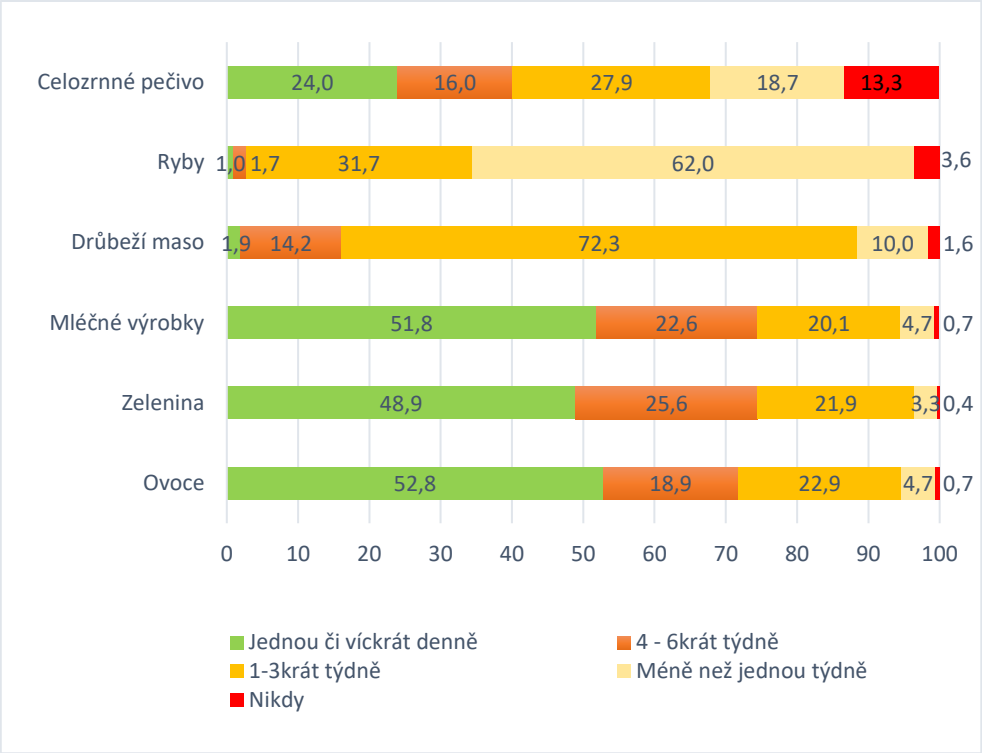
Stravování má na naše zdraví obrovský vliv a společně s fyzickou aktivitou jsou nejdůležitějšími prvky zdravého životního stylu. Strava ovlivňuje nejen naše zdraví, ale i fyzickou a psychickou kondici. Abychom mohli správně fungovat, potřebuje naše tělo energii a prospěšné látky ke stavbě tkání a orgánů. Obojí získáváme prostřednictvím potravy. Za správnou se považuje ta strava, která je vyvážená jak po kvalitativní, tak kvantitativní stránce a zajišťuje pro tělo pravidelně dostačující přísun energie, minerálů, vitamínů a vody. Výživa by měla zahrnovat stejný přísun energie, kterou vydáme, takže lidé, kteří mají lehčí denní fyzickou zátěž, by měli mít menší přísun energie ze stravy než lidé, kteří například mají fyzicky náročnou práci nebo jinak odůvodněný vyšší výdej energie. Pokud konzumuje stravu bohatší na energetickou hodnotu a dané množství energie nevydáme, usazuje se v těle tuk a způsobuje nadváhu nebo i obezitu. Hovoříme-li o kvalitě stravy, má se skládat z výživných a rozmanitých potravin s dostatečným přísunem živin. Mezi základní živiny řadíme bílkoviny, tuky a cukry, ale nesmíme zapomínat ani na dostatek vitamínů, minerálů nebo vody. Nerozmanitá strava může způsobit nedostatek některé z těchto živin a oslabit imunitní systém nebo vyvolat srdečně-cévní nebo nádorové onemocnění. *(Machová, 2015)*

Každý člověk má přizpůsobit přísun živin svému životnímu stylu. Optimální stravování závisí nejen na aktivním životě jedince, ale i například na zdravotním stavu, klimatických podmínkách a mnoha dalších vlivech. Podvýživa nastává, je-li energetický příjem člověka dlouhodobě nižší než optimální hodnota, a naopak nadvýživa při vyšším energetickém příjmu, než je optimum jedince. Nejčastější příčinou nadměrného stravování a příjmu energie je nadváha nebo obezita. Nadvýživu ovšem nemusí vyvolat jen nadměrný přísun energie do těla nebo nedostatečný výdej, může být způsobena nadbytkem některé z živin nebo metabolickou poruchou (např. poruchou štítné žlázy). Stejně tak podvýživa nemusí být důsledkem nízkého přísunu energie, ale může ji způsobit nedostatek některé živiny nebo živin, vitamínů, špatná aplikace diety nebo psychické poruchy. Jednou z mnoha psychických poruch souvisejících s nízkým příjmem potravy je mentální anorexie. Člověk s touto poruchou vidí sám sebe jako někoho s nadměrnou hmotností nebo proporcemi, kvůli čemu značně omezuje příjem potravy. Mentální anorexie může vést k vážným zdravotním komplikacím a může skončit až smrtí. 90 % pacientů s touto poruchou bývají ženy. Léčba probíhá nejen dodatečnou výživou, ale zejména i psychiatrickou pomocí. *(Pánek, 2002, 194 s.)* Počet osob v České republice, kteří byli hospitalizovaní v důsledku mentální anorexie neustále stoupá *(ÚZIS, 2017)*.

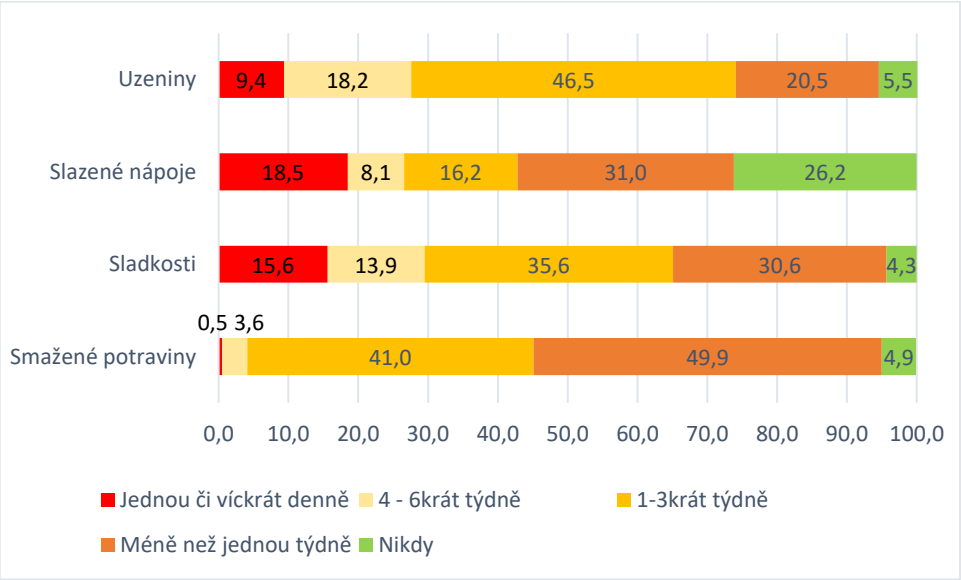
Nárůst případů mentálních poruch související s příjmem potravy může být způsoben i rozvojem internetu a sociálních sítí, kde jsou zejména mladí lidé každodenně vystaveni nereálným a většinou počítačově upraveným fotkám těl, která jsou považována za ideální. V dobrém případě mohou působit jako inspirace pro zdravý životní styl, ale zároveň mohou představovat hrozbu. Na sociálních sítích totiž vznikají komunity, které choroby příjmu potravy podporují a idealizují a tím inspirují ostatní uživatele ke stejnému životnímu postoji.

Dle šetření EHES jsou u Čechů typické spíše nezdravé stravovací návyky vyznačující se zejména nadměrnou konzumací tuků, vysokým příjmem soli a cukrů, nadměrnou konzumací alkoholu a nedostatečným příjmem zeleniny, ovoce a ryb. Stravovací návyky respondentů byly zhodnoceny podle otázek zabývajících se frekvencí stravování deseti různých druhů potravin, které zahrnovaly jak typické „zdravé“ potraviny (ovoce, zelenina, mléčné výrobky, drůbeží maso, ryby a celozrnné pečivo) tak i ty „nezdravé (smažené potraviny, sladkosti, uzeniny a slazené nápoje).

Výsledky se výrazně lišili závisle na pohlaví respondenta. Ženy na rozdíl od mužů konzumovali více ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva a mléčných výrobků a méně konzumovali smažená jídla a uzeniny.



Obr. 2.15 Frekvence konzumace zdravých potravin v populaci 25-64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)



Obr. 2.16 Frekvence konzumace nezdravých potravin v populaci 25-64 let v % (data EHES 2014, vlastní zpracování)

2.4 Zhodnocení šetření EHES 2014

Studie EHES poskytuje důležité údaje o zdravotním stavu člověka. Tyto údaje se považují za velmi spolehlivé zejména díky standardizované metodice, proto můžeme tvrdit, že reprezentativní vzorek české populace úspěšně přináší srovnatelná, a nejen statisticky významná data. Zhodnocení a plánování budoucí zdravotní politiky bývají založeny právě na zdravotních šetření vzorku populace. Studie se zabývá zejména analýzou rizikových faktorů pro zdraví, konkrétně hypertenzí, nadváhou, zvýšeným cholesterolem v krvi a kouřením. I přesto, že většina těchto faktorů je přímo podmíněna lidským chováním a zvykům, počet lidí, jež trpí chronickými onemocněními, které mají právě tyto faktory, stále přibývá. Kvalitním a zdravím životním stylem lze předejít obrovskému počtu zdravotních komplikací a chorob.

Studie dokázala, že velký podíl respondentů měl malé nebo žádné povědomí o svých zdravotních problémech, jako byl například vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu nebo vysoká hladina cukru v krvi. Šetření prokázalo, že prevencí a častými lékařskými kontrolami lze zjistit přítomnost choroby dříve, než se začne onemocnění projevovat. Pozdní léčba může způsobovat zbytečné komplikace a složitější léčebný proces, kterému by se dalo snadno předejít většinou pouhou účastí na preventivní prohlídce u praktického lékaře. Podle analýzy Všeobecné zdravotní pojišťovny z roku 2015 se preventivních prohlídek v České republice účastní méně než 40 % dospělých osob. Nezodpovědnost a nezájem o své zdraví Znepokojivé byli výsledky populační hodnoty BMI, kde byla u více než poloviny populačního vzorku diagnostikována nadváha. Ani zde neměl každý dostatečný přehled o své váze, jelikož třetina vzorku v dotazníku EHIS uvedla podstatně nižší váhu, než byla naměřena na pozdějším vyšetření. Na základě parametru míry obvodu pasu bylo zjištěno u ⅔ osob vyšší riziko srdečně-cévního choroby. Analýza fyzického pohybu dokázala, že většina Čechů nevykonává vůbec žádnou fyzickou aktivitu, zatímco pouhých 10 % se pohybu věnovalo většinu dní v týdnu (4 a více dnů). Dalším důležitým zkoumaným rizikovým faktorem bylo kouření, kde bylo zjištěno, že celoživotními nekuřáky byla pouhá polovina respondentů.

Nabídka zúčastnit se studie EHES v roce 2014 byla podána 3 850 lidem, ale zájem projevila necelá polovina. Celkově se lékařské prohlídce podrobilo 1247 lidí. Z tohoto počtu muselo být vyřazeno dalších 27 lidí, jelikož na lékařské vyšetření dorazil někdo jiný, než vyplňoval dotazník EHIS. Celkově se tedy šetření zúčastnilo 1 220 osob, z toho 60 % žen a 40 % mužů. K nízké účasti na studii docházelo v důsledku omezeného počtu vyšetřovacích míst, jiní se nezúčastnili, protože se pravidelně dostavovali na preventivní lékařské prohlídky, z důvodu časové náročnosti nebo z jiných důvodů. Někteří tvrdili, že se studie zúčastnit nechtějí, protože jsou zdraví a nepotřebují lékařské vyšetření. Tento výrok je obzvlášť k zamyšlení, vezmeme-li v úvahu, kolik procent osob nemělo ponětí o svých zdravotních problémech a dozvěděli se o nich právě prostřednictvím této studie. Další šetření EHES je naplánováno na rok 2019. Další pokračování této studie je podstatné pro sledování vývoje a změn zdraví v populaci a k zdokonalování způsobu získávání dat. Šetření studie EHES proběhlo úspěšně a mělo pozitivní vliv na zdraví několika jedinců.

2.5 Způsoby zlepšení zdravotního stavu populace

Jedním z nejdůležitějších hledisek rozvoje společnosti je hodnocení zdravotního stavu populace. Zdraví je důležité nejen z hlediska humánního, ale i ekonomického, jelikož nemocní lidé nemusí být schopni práce. Na základě výsledků zdravotnické studie EHES, není zdravotní stav české populace na dobré úrovni. Většinou je však na vinně právě každý jednotlivec. Důvody pro nevyhovující zdravotní stav jsou různorodé. Jedná se jednak o faktory životního stylu, které již byly zmíněny, ale také o faktory, týkající se povědomí a zájmu o své zdraví. Velký podíl na zdravotním stavu může mít zdravotní gramotnost a účast na preventivních prohlídkách, kde mohou být odhaleny a následně léčeny i smrtelné choroby.

Zdravotní gramotnost je široký pojem, který obecně zahrnuje znalost vlastního zdraví, schopnost porozumět lékaři, výsledkům zdravotních testů, diagnózám a schopnost o svém zdraví zodpovědně rozhodovat. Každý člověk by měl být schopen posoudit každodenní situace či aktivity a jejich přínos nebo hrozbu pro zdraví. Občané každého státu by měli být informováni ohledně možností prevence zejména ve formě preventivních kontrol či screeningových vyšetření.

Na základě dat Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), pouze kolem 40 % obyvatel České republiky se pravidelně účastní preventivních prohlídek. Jelikož VZP je největší zdravotní pojišťovnou ČR (kolem 50 % pojištěnců v ČR je pojištěno u VZP) můžeme tento fakt aplikovat na celou populaci. Zvýšení počtu osob, které pravidelně dochází na preventivní prohlídky nejen k praktickému lékaři, ale i k jiným specialistům (zubaři, gynekologové, oční lékaři a další), by mohlo mít velmi pozitivní vliv na zdraví populace ČR. Při pravidelné účasti na preventivních prohlídkách a screeningových vyšetřeních, je vysoká šance objevení onemocnění v počáteční fázi a je možné i hned zahájit léčbu. Většina Čechů, ale chodí k lékaři až když cítí přítomnost choroby, tedy ve okamžiku, kdy je nemoc ve vyšším stádiu. Pro zvýšení zdravotní gramotnosti i počtu osob, které dochází na pravidelné kontroly k lékařům, mohou být přínosné i maličkosti ze strany zdravotních pojišťoven, ordinací, škol nebo médií. Každý lékař by měl umět srozumitelně vysvětlit svým pacientům detaily týkající se jejich zdravotního stavu, nejlepší možnosti terapie a případně sdílet fakta týkající se prevence vůči chorobám. Stát a zdravotní pojišťovny by měly podporovat vznik organizací a zdravotnických programů, které mají za cíl podpořit zdraví a zdravý životní styl a také vzdělávat občany o jejich zdraví nebo o možnostech, kterými jako občani daného státu nebo pojištěnci pojišťoven prosperují. Podpora zdravotně gramotných politiků, pracovníků v médiích, učitelů a dalších vlivných lidí může mít také velmi pozitivní vliv na obecnou zdravotní gramotnost. Občané by měli mít snadno dostupné informace o tom, na jaká vyšetření v rámci jednotlivých pojišťoven mají právo a zároveň v jakém časovém intervalu by se jich měli účastnit. Nabízení finančních i jiných benefitů při účasti na screeningových i jiných vyšetření by zajisté mělo také pozitivní účinek. Ačkoli je tato metoda finančně náročnější, mohla by se v závislosti na druhu vyšetření vztahovat zejména na nejvíce ohrožené skupiny obyvatel v rámci věkové kategorie. Média jsou prostředky pro šíření informací, proto by bylo určitě účinné šířit touto cestou informace, které mají vztah ke zdraví zahrnující hrozby rizikových faktorů, zdravotní hrozby a nemoci, prevence a další. Důležitou součástí zdravotní gramotnosti je výchova ke zdraví a s ní související vzdělávání. Zvýšení kvality vzdělávání o zdravotní gramotnosti a dostatečná kvalifikace pedagogů v tomto oboru by také přispěly k šíření kvalitních informací ohledně zdraví a k přivlastnění nových zdravých návyků pro každodenní život.

Jednou z nejdůležitějších součástí prevence proti infekčním onemocněním je vakcinace. Zejména v poslední době ztratila část světové populace důvěru v očkování a tím pádem odmítají očkovat jak sebe, tak své děti. Důvody pro odmítání vakcinace jsou různorodé, jedná se například o nedůvěru v lékaře a preferenci alternativních léčivých metod a vlastní špatná zkušenost nebo někoho jiného. S rozvojem internetu a sociálních sítí může často docházet k šíření negativních názorů týkají se očkování. V současnosti se nejvíce šíří informace, že očkování může způsobit autismus, diabetes, alergie a další velmi negativní vedlejší účinky. Očkování ale většinou odmítají lidé kvůli špatné informovanosti. Lékař nemá právo nutit rodiče naočkovat své dítě, problémy ale mohou nastat při příjímání dítěte do předškolních zařízení, která mohou nevakcinované dítě nepřijmout do svého ústavu. Řešením tohoto novodobého trendu by mohly být besedy či programy zejména pro rodiče týkající se tématu nezbytnosti očkování a možná rizika způsobená jeho odmítáním. Mediální kampaně, které podporují vakcinaci, lékařské brožurky nebo zasílání informací o očkování pojišťovnami může mít také velmi pozitivní účinek.

V září roku 2012 byl schválen program Světové zdravotnické organizace *Zdraví 2020*. Program se zaměřuje zejména na důležitost prevence, podpory a ochrany zdraví. Mezi hlavní cíle programu patří snížení předčasné úmrtnosti, s ním související zvýšení střední délky života, snížení nerovností v oblasti zdraví, zlepšení životní pohody populace a zajištění všem občanům dostupnou a kvalitní lékařskou péči. *(WHO, 2019)*

3 Srovnání zdravotního stavu ČR a Evropy

V přechozí kapitole bylo zhodnoceno zdraví České republiky zejména z pohledu rizikových faktorů zdraví a jejich vlivu na vznik kardiovaskulárních onemocnění. V této kapitole budu srovnávat zdravotní stav českého obyvatelstva s ostatními zeměmi Evropy a zaměřím se hlavně na demografické ukazatele, zdravotnictví a oblasti zdraví, které nebyly zkoumány ve studii EHES.

3.1 Úmrtnost

V roce 2016 zemřelo v České republice 107 750 lidí, což je o 3 400 méně úmrtí než v přechozím roce. Jedná se o 3 % pokles, který byl zaznamenán i v přepočtu počtu zemřelých na 100 000 obyvatel. Hodnota, která se také snížila byla standardizovaná úmrtnost, která klesla o 5 %. Absolutně klesla u mužů z 864 na 828 úmrtí na 100 000 obyvatel a u žen klesla z 523 na 496.

Nejvíce úmrtí v České republice nastalo v roce kvůli onemocněním oběhové soustavy. U mužů se podílely na počtu úmrtí z 41 %, u žen z 48 % a absolutně zapříčinily kolem 48 000 úmrtí. Jako druhá nejčastější příčina úmrtí v tomtéž roce byly zhoubné novotvary, na které zemřelo kolem 27 000 lidí, z toho 27,5 % mužů a 23 % žen. Mezi další příčiny patří choroby dýchacího ústrojí, které měli na svědomí životy 7 100 osob, nebo vnější příčiny smrtí, mezi které se řadí například dopravní nehody, vraždy, sebevraždy a další, a v jejich důsledku zahynulo v ČR v roce 2016 3 700 mužů a 1 800 žen.

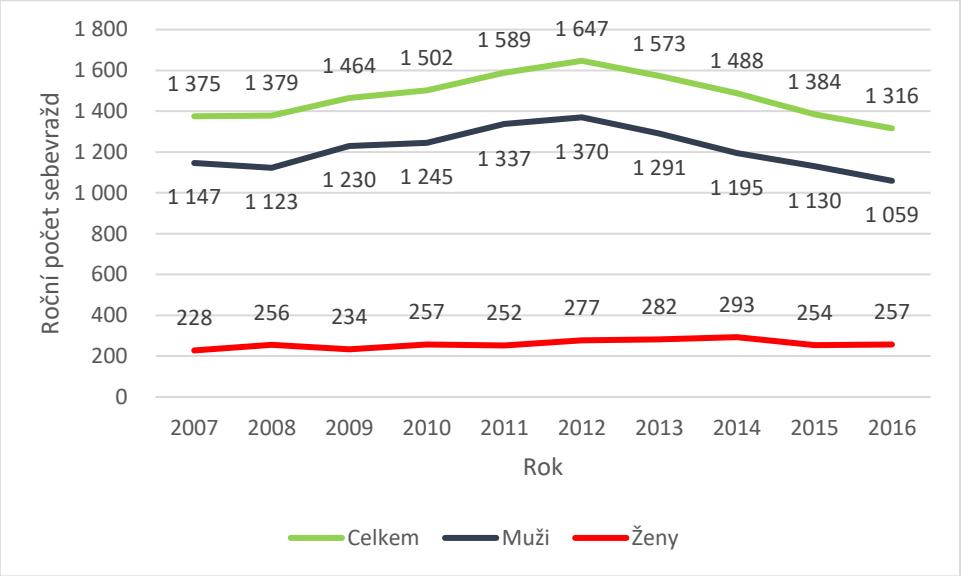
V mezinárodním měřítku je míra úmrtnosti v České republice spíše nadprůměrná ve srovnání s ostatními evropskými státy. Nejvyšší míra úmrtnosti u mužů je zaznamenána v Litvě, Lotyšsku nebo v Bulharsku. Je to dáno hlavně následky onemocnění oběhové soustavy. Nejvyšší evropská míra úmrtnosti u žen je typická pro Maďarsko a Rumunsko. Naopak nejnižší se mohou chlubit Španělsko, Švýcarsko, Itálie nebo Francie. Srovnáme-li Českou republiku se státy s nízkou mírou úmrtnosti, největší rozdíl je očividný zejména u úmrtí na onemocnění oběhové soustavy, kde hodnoty ČR jsou i několinásobně vyšší. Například hodnoty Francie jsou trojnásobně nižší než u nás. *(ÚZIS, 2016)*

3.1.1 Sebevražednost

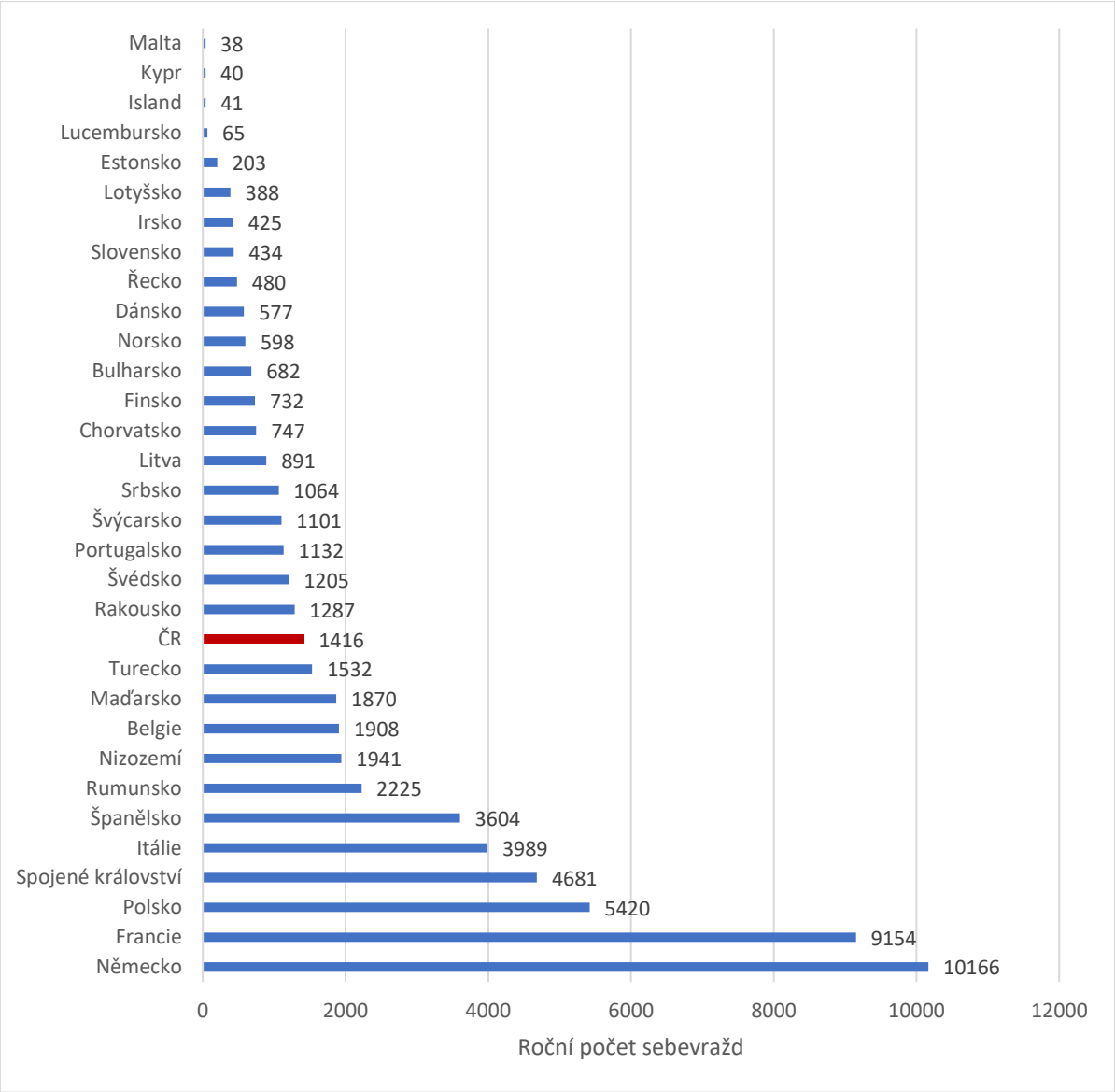
Duševní zdraví je v poslední době velmi diskutovaným tématem a s tím i související sebevražednost, která má znatelný podíl na počtu úmrtí po celém světě. Ve Spojených státech amerických je sebevražda třetím nejčastějším důvodem úmrtí ve věku 15–24 let. V EU umírá v důsledku dokonané sebevraždy každý rok kolem 58 000 lidí, což je více úmrtí než v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV. Dle WHO vědomě ukončí svůj život každý rok více než 1 milion lidí. Největší počet úmrtí vlivem sebepoškozování je každý rok zaznamenán v Japonsku, kde jsou na vině zejména nehumánní pracovní podmínky. Lidé zde musí pracovat i více než 16 hodin denně, nemají čas na svou rodinu ani soukromí život, proto velmi často řeší své problémy sebevražednou cestou. V České republice se průměrně každý rok stane 1 600 sebevražd. Největší zaznamenaný počet sebevražd v ČR byl v roce 1934 během velké hospodářské krize, kdy ukončilo život 4 007 lidí. V roce 2007 bylo v ČR zjištěno 1 375, z toho 1 147 u mužů a 228 u žen.

Do roku 2012 počet úmrtí způsobený vlastním poškozením postupně stoupal a v roce 2012 dosahoval hodnoty 1 647 úmrtí. Po roce 2012 začal počet sebevražd znatelně klesat a v roce 2016 dosahoval hodnoty 1 316 úmrtí za rok, z toho 1 059 úmrtí u mužů a 257 u žen. Rozdíly mezi pohlavími jsou opravdu obrovské (viz obr. 3.1). Mnohem více dokonaných sebevražd mají na svědomí muži, a to až třikrát častěji. Na druhou stranu u žen jsou zaznamenány až třikrát více sebevražedných pokusů než u mužů.

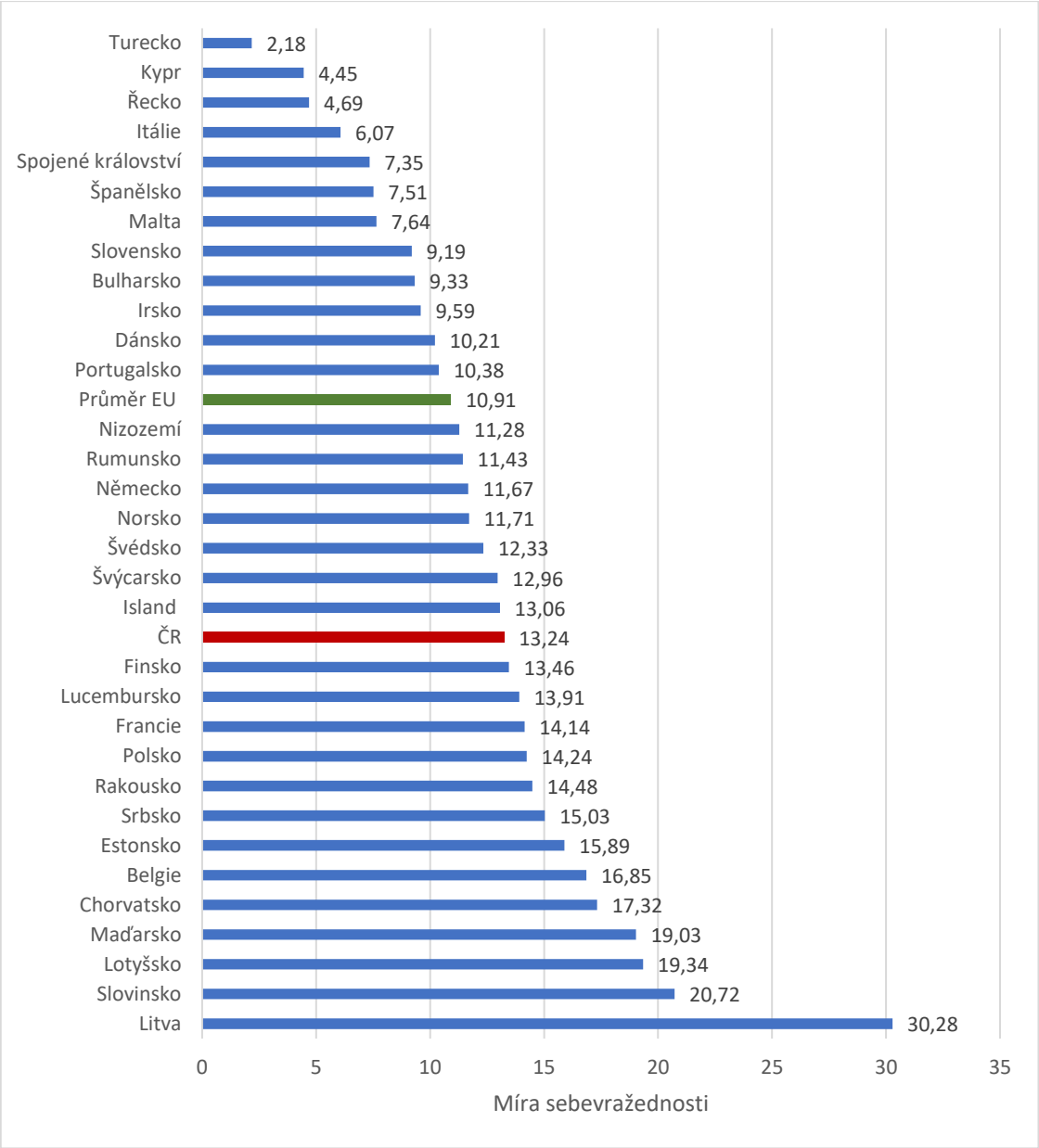
V Evropské unii došlo v roce 2015 k 5,2 milionu úmrtí a z toho bylo 56 200 sebevražd. V 77 % případů se jednalo o muže a zhruba třetina obětí byla ve věku 45–60 let. V roce 2015 zemřelo v ČR kvůli vlastnímu sebepoškozování 1 416 osob a z toho 1 161 mužů. Největší počet sebevražd v rámci Evropy byl zjištěn v Německu s 10 200 úmrtími a ve Francii s 9 200 oběťmi (viz obr. 3.2). Absolutní počty nejsou dobrým ukazatelem pro porovnání jednotlivých zemí, jelikož v každé zemi jsou výrazné rozdíly v počtu obyvatel, proto použiji míru sebevražednosti, která vyjadřuje počet sebevražd v přepočtu na 100 tisíc obyvatel. V ČR byla míra sebevražednosti 13 sebevražd, což je nad průměrem EU, který má hodnotu 11. Nejvyšší míra sebevražednosti byla zjištěna v Litvě s hodnotou 30 (viz obr.3.3). *(SZÚ, 2014)*



Obr.3.1 Počet dokonaných sebevražd za rok v České republice (data ČSÚ, vlastní zpracování)



Obr. 3.2 Absolutní počet dokonaných sebevražd v jednotlivých zemích Evropské unie za rok 2015 (data ČSÚ, vlastní zpracování)



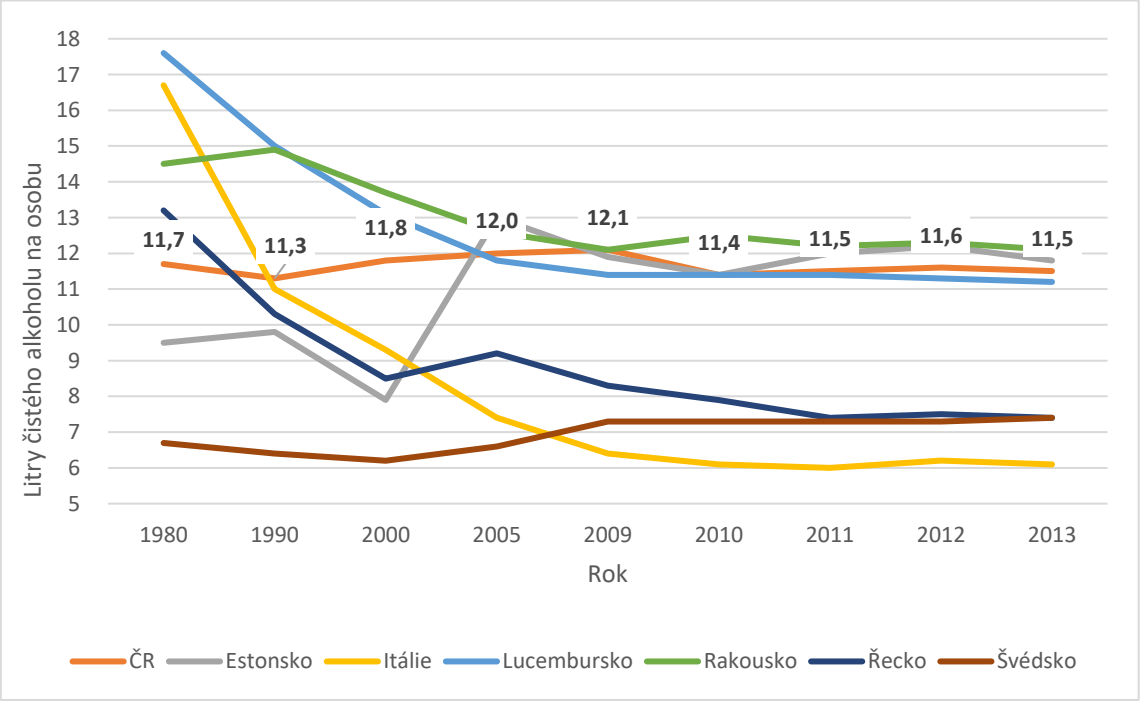
Obr. 3.3 Míra sebevražednosti v jednotlivých zemích Evropské unie za rok 2015 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

3.2 Konzumace alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu má negativní vliv na naše fyzické i duševní zdraví. Je to rizikový faktor životního stylu, který má velký vliv na organismus. Souvisí se vznikem nadváhy i kardiovaskulárních onemocnění Alkohol může zvýšit riziko nespočtu chorob, jako je například rakovina nebo další onemocnění srdce, jater a střev. Snižuje imunitu a dostává z těla potřebné a prospěšné látky (vitamíny, minerály). Nadměrné pití alkoholu může ničit mozkové buňky, které se sice obnovují, ale pravidelný a nadměrný přísun alkoholu tento proces značně zpomaluje a omezuje. Obzvláště dlouhodobý alkoholismus ovlivňuje psychiku člověka. Může stoupat agresivita, zhoršit se vnímání emocí a citů a obecné vnímání vlastního okolí. Alkohol také podporuje vznik depresí a značně ohrožuje psychiku jedinců, kteří již nějakou duševní poruchou trpí.

Česká republika patří mezi země Evropy, pro které je typická vysoká spotřeba alkoholických nápojů. Vždy tedy patřila na vrchol žebříčku konzumace alkoholu na 1 osobu. V roce 2013 byla ČR podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) na 8. místě na světě a 3. místě v rámci Evropy s hodnotou 11,5 litrů čistého alkoholu na osobu. Před Čechy se umístili Estonci a Rakušané (graf) a ve světě například Rusové. V roce 2017 měli největší spotřebu alkoholu na osobu v Evropě Litevci s hodnotou 13,3. U Čechů spotřeba vzrostla na 11,7 litrů čistého alkoholu na 1 obyvatele (viz obr. 3.4). V ČR každý rok zemře několik desítek osob na otravu alkoholem, více než 1 000 lidí na alkoholická onemocnění jater a další tisíce na různá kardiovaskulární onemocnění, které vzniklo jako důsledek nadměrné konzumace alkoholu nebo v kombinaci s jinými rizikovými faktory životního stylu. (*ČSÚ, 2017)*

Omezení konzumace alkoholu by určitě prospělo zdravotnímu stavu české populace. Nabízí se spousta možností jak tento zlozvyk přeměnit na příležitostní sklenku vína, jako například zdražit alkohol, zvýšit spotřební daň nebo zvýšit věkovou hranici pro povolení konzumace alkoholu.



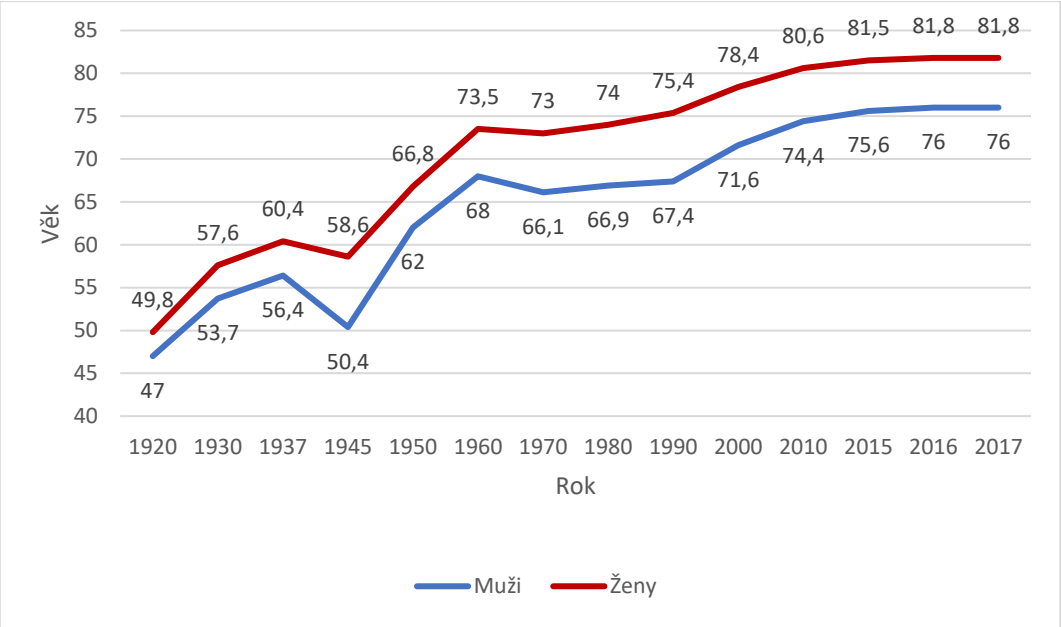
Obr. 3.4 Litry čistého alkoholu na 1 osobu ve vybraných evropských zemích mezi roky 1980 a 2013 (data ČSÚ, vlastní zpracování)

3.3 Střední délka života

Střední délka života (také naděje dožití) vyjadřuje průměrný počet let, které může osoba v konkrétním věku ještě prožít za předpokladu, že se nezmění úmrtností poměry v populaci. Může být počítána pro jakýkoli věk, ale pro srovnání středních délek života v různých populacích se používá střední délka života při narození. V posledních desetiletích se naděje dožití zvýšila ve všech zemích EU o několik let. Nejvyšší naděje dožití při narození u mužů v EU v roce 2013 byla naměřena v Lucembursku, Španělsku, Švédsku a Nizozemí s hodnotou 80 let, dále v Německu, Irsku, Velké Británii, Rakousku, Řecku a Francii s hodnotou 79 let. Nejnižší byla naměřena v Litvě a Lotyšsku, kde byla střední délka života pouhých 69 let. V České republice byla naděje dožití při narození u chlapců 75 let, což byla 10. nejnižší hodnota v EU. Střední délka života žen při narození mívá vyšší hodnoty než u mužů. U dívek byly naměřeny nejvyšší hodnoty ve Španělsku a Francii, kde měla hodnotu 86 let, dále v Itálii a na Kypru s hodnotou 85 let. Nejnižší hodnoty byly zjištěny v Lotyšsku, Bulharsku, Maďarsku a Rumunsku (79 let). V ČR byla naděje dožití dívek 81 let a jednalo se o 9. nejnižší hodnotu mezi zeměmi Evropské unie. *(ČSÚ, 2017)*

Střední délka života byla v roce 2016 u mužů 76,2 roku, o 0,4 roku více než v roce předchozím, u žen pak její hodnota vzrostla z roku 2015 o 0,6 roku na 82,1. Na grafu č. x je zobrazen vývoj naděje dožití u obou pohlaví v České republice až do roku 2016. Za necelých 50 let došlo u žen k vzrůstu o 9,1 let a u mužů dokonce o 10,1 let. Na grafu č. x znázorňující vývoj střední délky života je vidět, že během mezi roky 1937 a 1945 nastal obrovský propad zejména u naděje dožití mužů. Důvodem byl nárůst předčasných úmrtí během druhé světové války (viz obr. 3.5). *(ČSÚ, 2017)*

Jeden z faktorů, který značně ovlivňuje střední délku života je úroveň zdravotní péče dané země. V posledních desetiletích došlo k obrovskému rozvoji medicíny, což zapříčinilo růst úrovně zdraví populace a tím pádem i růst naděje dožití. Střední délku života ovlivňuje hlavně zlepšování zdravotního stavu občanů důchodového věku a snižování předčasné úmrtnosti. Zdravotní péče je pořád finančně náročnější, proto nejkvalitnější péči poskytují ekonomicky bohatší země. Dá se tedy usoudit, že zdraví člověk je značně závislé na ekonomice státu, kde žije. Chudé země jsou naopak od zemí rozvinutých velmi často postiženy nejrůznějšími civilizačními chorobami, které jsou velkou současnou zdravotní hrozbou.



Obr. 3.5 Vývoj střední délky života v České republice za obě pohlaví (data ČSÚ, vlastní zpracování)

3.4 Zdravotní péče

České zdravotnictví patří v Evropě mezi nadprůměrné a v rámci postkomunistických zemí je v současné době považováno za nejlepší. Alespoň na základě analýzy EHCI 2018 (Euro Health Consumer Index), který poskytuje objektivní srovnání kvality zdravotnictví v evropských zemích. Žebříček zkoumá systémy zdravotnictví v jednotlivých zemí z pohledu pacientů. Analýza hodnotí úroveň zdravotnictví v 6 různých kategoriích. První kategorií jsou práva pacienta a jeho informovanost, kde se hodnotí podkategorie jako jsou například přístup ke zdravotnické dokumentaci, nonstop interaktivní informace o zdravotní péči, zahraniční zdravotní péče hrazená domovskou zemí, elektronické záznamy o pacientech, on-line objednávání pacientů, elektronické recepty a další. Další kategorií je dostupnost léčby a čekací doba. Zde se hodnotí dostupnost lékaře v den potřeby, dostupnost odborných lékařů, čekací doba (90 dní) na velké operace, léčba rakoviny do 3 týdnů, CT sken do týdne a čekací doby na pohotovostních příjmech. Třetí kategorií jsou zdravotnické výsledky, kde se měří pokles smrtí způsobených kardiovaskulárních onemocnění a na mozkovou mrtvici, úmrtnost kojenců, přežívání nemocných lidí s rakovinou, podíl potratů, deprese a úmrtnosti na další onemocněni. Čtvrtá kategorie se zabývá rozsahem a dostupnosti poskytovaných lékařských služeb. Zde se hodnotí spravedlnost zdravotního systému, operace šedého zákalu občanů starších 65 let na 100 000 obyvatel, transplantace ledvin na 1 milion obyvatel, dlouhodobá péče o starší občany země a další podkategorie. Pátá kategorie se týká úrovně prevence, kde se měří úroveň vakcinace dětí, krevní tlak, kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita a další prvky životního stylu člověka. Poslední kategorie je zaměřena na léky s podkategoriemi úhrady léků na recept, informace o lécích, přístup k novým farmaceutickým produktům, čas jejich zařazení, spotřeba antibiotik a další. Každá země je hodnocena jednotlivě a může získat až 1 000 bodů v rámci všech zmíněných kategorií, kde každá z nich je hodnocena jinými váhami. Analýza se provádí každoročně, proto se dá dobře sledovat vývoj zdravotnictví v jednotlivých zemích. (*EHCI, 2019)*

V České republice je podle analýzy EHCI každoročně největší problém v kategoriích prevence a práv pacientů. V kategorii prevence jsou ale Češi velmi poctiví ohledně očkování, a to zejména očkování malých dětí. Naopak nejhorší hodnocení v rámci kategorie úroveň prevence je prevence týkající se krevního tlaku, kouření, konzumace alkoholu a nedostatku pohybu. Celkově obdržela Česká republika 731 bodů z 1 000 a dosáhla tak v rámci analýzy na 14. pozici. Na rozdíl od slovenských sousedů je české zdravotnictví na lepší úrovni zejména v rámci dostupnosti a variace lékařských služeb. Dobré výsledky v ČR byly také zjištěny ohledně čekací doby na lékařské procedury, velmi nízké úmrtnosti kojenců a podílu potratů. Na 1. místě se v roce 2018 umístilo Švýcarsko se 893 body a oproti minulému roku ztratilo 5 bodů. Švýcarsko má po celém světě reputaci země s kvalitními lékařskými službami a v minulých letech bylo v rámci EHCI vždy mezi prvními, proto není překvapivé, že se umístilo na přední příčce. V kategorii dostupnosti lékařských služeb dosáhla v každé podkategorii nejvyššího možného skóre, stejně tak měla nejlepší hodnocení v kategorii zdravotnických výsledků. Na 2. místě se umístilo Nizozemsko s 883 body, které bylo v posledních 10 letech vždy na 1 místě. V roce 2018 si ale pohoršilo o celých 39 bodů, což bylo způsobeno zavedením nové analýzy indikátorů duševního zdraví. Na třetí příčce se umístilo Norsko s 857 body. Norsko je bohatá země, která dává velké množství finančních prostředků právě do zdravotnictví, ale její hlavní problémem stále zůstává špatná dostupnost lékařské péče a dlouhé čekání na lékařská vyšetření nebo kontroly. *(EHCI, 2019)*

V Evropě jsou velké rozdíly i ve financování zdravotní péče v jednotlivých zemích. Před rokem 1990 byl v ČR zdravotnický systém postavený na financování ze státního rozpočtu, po revoluci se ale zavedl model veřejného zdravotního pojištění. Podle údajů z roku 2014, největší část financí ve zdravotnictví v ČR pochází z placení zdravotních pojištění (až 80 %), 15 % je ze soukromého sektoru a zbytek se skládá z příjmů státu, krajů a okresů. V roce 2013 vydávala Česká republika na zdravotnictví 7,1 % HDP (hrubý domácí produkt) a v roce 2014 7,5 %. Nejmenší finanční prostředky v poměru k HDP vydávávalo v Evropě v roce 2014 na zdravotnictví například Rumunsko (5,1 %) nebo Estonsko, Lucembursko a Polsko s 6,5 %, naopak ve Francii, Německu, Nizozemsku a Švédsku tvořily výdaje ve zdravotnictví až 11 % HDP. Většina finančních prostředků ze zdravotnictví v evropských zemích je vyčleněna na léčbu a rehabilitaci (v ČR 47 %) nebo na zdravotnické zboží v ČR skoro 20 %). Pokud mluvíme o výdajích na zdravotnictví k poměru na 1 obyvatele, tak v roce 2014 nejvíce peněz vynaložilo Lucembursko (151 000 Kč) a Švédsko (135 000 Kč). Česká republika vynaložila 1 obyvatele 30 400 Kč. *(ČSÚ. 2016)*

Závěr

Zdravotní stav populace je jedním z nejdůležitějších kritérií hodnocení společnosti a je důležité jej pravidelně prošetřovat, neboť slouží jako stavební kámen zdravotní politiky státu. Nezdravý jedinec většinou není schopen práce, proto je v nejlepším zájmu každého státu poskytnout svým občanům co nejlepší zdravotní péči. V mnoha zemích Evropy, stejně jako v České republice, jsou nejčastější příčinou úmrtí onemocnění srdce a cév. Rizikové faktory, které stojí za vznikem těchto onemocnění, byly hlavním předmětem zkoumání studie EHES 2014. Vybrané rizikové faktory, které jsou v práci rozebírány, jsou ve většině případů ovlivnitelné kvalitním životním stylem

Práce je zaměřena zejména na současné globální zdravotní hrozby, důležitost prevence, zdravotní gramotnosti a podpory zdraví, ale také na analýzu zdravotního stavu Čechů a Evropanů. Cílem této práce bylo zhodnotit výsledky studie EHES 2014, zanalyzovat vývoj zdravotního stavu v České republice ve srovnání s ostatními zeměmi evropského kontinentu a také nalézt slabé prvky českého zdravotnictví nebo nedostatky týkající se zájmu Čechů o své zdraví.

Studie EHES 2014 probíhala na našem území od června 2014 do února 2015 a bylo vyhodnoceno jako velmi úspěšné. Jedním z negativ při šetření byla jednoznačně nízká účast. Být součástí tohoto šetření bylo původně navrhnuto 3 850 jedincům, k lékařskému vyšetření se jich ale dostavilo pouze 1 447. Z tohoto počtu muselo být vyřazeno dalších 27 lidí, jelikož se vyšetření zúčastnila osoba jiná než dotazníkové části EHIS. Celkově tedy byla účast 31,7 % a z toho bylo 60 % zúčastněných žen a 40 % mužů. Díky účasti na lékařském vyšetření, bylo odhaleno několik případů přítomnosti onemocnění, případně hrozby, že jedinec bude některou chorobou zasažen. Zejména v takových případech byla respondentům nabídnuta lékařská konzultace o jejich zdravotním stavu. Nevědomost o přítomnosti nemoci a obecně nízká informovanost o svém zdravotním stavu je jedním z mnoha problémů zdravotní situace v České republice. Po pěti letech je naplánovaná 2. vlna šetření EHES (a 3. vlna šetření EHIS), která bude realizována od července 2019 do února 2020. Organizátoři tentokrát osloví více osob, aby se zvýšil počet účastníků studie a na rozdíl od šetření z roku 2014 se bude navíc zkoumat výše hladiny hormonu štítné žlázy. Na tuto bakalářskou práci by se dalo navázat srovnáním výsledků šetření z roku 2014 s nadcházející studií 2019/2020.

Dalším významným problémem týkající se zdraví v české populaci vedle neznalosti vlastního zdravotního stavu je neochota ozdravit svůj dosavadní životní styl. Lidé, kteří trpí například vysokou hladinou cukru v krvi, vysokou hladinou cholesterolu nebo vysokým tlakem, si často nepřipustí rozsah možných následků a zvolí si buď cestu žádné léčby, nebo léčby neadekvátní a odmítají změnit dosavadní životní styl. Chovají se tedy velmi nezodpovědně k vlastnímu zdraví, což může mít i fatální následky. S nezodpovědností souvisí i další charakteristika české populace a její přístup ke zdraví. Češi velmi zanedbávají účast na preventivních prohlídkách. Dle informací Všeobecné zdravotní pojišťovny se pravidelně účastní preventivních prohlídek u praktického lékaře pouze 40 % dospělých osob. Řešením tohoto problému by mohly být pravidelné upomínky jak od lékaře, tak od příslušné zdravotní pojišťovny, nabídka různých finančních či jiných benefitů při účasti na preventivní prohlídce nebo screeningovém vyšetření. Preventivní prohlídky v rámci zaměstnání jsou v současné době na velmi špatné úrovni a zlepšení její kvality by zajisté mělo pozitivní efekt na zdraví české populace.

Zdravotní gramotnost je hlavním tématem programu Světové zdravotnické organizace s názvem Zdraví 2020. V České republice je zdravotní gramotnost na velmi nízké úrovni. Lidé neví, jak často mají právo na preventivní prohlídky nebo screeningová vyšetření a neví, kde příslušné informace získat. Proto je třeba podporovat organizace, školy, sdružení, média a další subjekty s veřejným vlivem o spoluúčast na programech podporující zdraví a poskytující základní a důležité informace pro všechny občany. Největší roli zde ale má výchova. Každé dítě již od raného věku nejvíce ovlivňuje jeho nejbližší okolí a většina návyků, které v tomto věku pochytí, může člověku zůstat na celý život, proto je potřeba podporovat v rámci rodiny správný životní styl a výchovu ke zdraví.

České zdravotnictví je ve srovnání s ostatními zeměmi Evropy na dobré úrovni. V rámci postkomunistických zemí je dle studie EHCI Česká republika v ohledu zdravotní péče nejlepší. Ačkoli žebříček EHCI nezahrnuje veškeré aspekty této oblasti, je hlavně objektivní a vhodný pro mezinárodní srovnání. Česká republika poskytuje za poměrně nízké náklady kvalitní a rozsáhlou zdravotní péči. Jeden z aspektů, ze kterých je náš stát oproti jiným zemím pozadu, je prevence, což potvrzují i data VZP nebo studie EHES.

Použitá literatura

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015, Výchova ke zdraví. Praha: Grada. 10-14 s. ISBN 978-80-247-5351-5

BARTÁK, M.. 2010, Ekonomika zdraví. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR. 13 s. ISBN 978-80-7357-503-8

PÁNEK, J., 2002, Základy Výživy, Praha: Svoboda Servis. 194 s. ISBN 80-8632

Hlavní skupiny determinant zdraví, 2013. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje [online]. [vid. 2019-03-24]. Dostupné z: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_12__hlavn_skupiny_determinant_zdrav.html

SZÚ. Studie zdravotního stavu populace, [online]. [vid. 2019-02-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/studie?source=rss

SZÚ. Evropský průzkum zdravotního stavu EHES [online]. [vid. 2019-03-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/ehes

SZÚ. Vybrané výsledky studie EHES 2014, [online]. [vid. 2019-02-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/ehes-vysledky

SZÚ. Evropský průzkum zdravotního stavu EHES [online]. [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: http://www.szu.cz/ehes

SZÚ. Zdraví a životní prostředí [online]. [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi

SZÚ. Zdravotní stav české populace - výsledky studie EHES 2014 [online]. [vid. 2019-02-13] ISBN 978-80-7071-356-3. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/EHES_2014.pdf

WHO. *Ten threats to global health in 2019* [online]. [vid. 2019-03-21]. Dostupné z: https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019

WHO. *Tabbaco fact sheets* [online]. 2018 [vid. 2019-03-22]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

ÚZIS, Výběrová šetření o zdraví [online]. [vid. 2019-03-21]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/ehis

ČSÚ. Česká republika od roku 1989 v číslech [online]. [vid. 2019-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-vcislech

ČSÚ. Demografická ročenka 2017 [online]. [vid. 2019-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2017

ČSÚ. Česká republika podle pohlaví a věku 2007-2016 [online]. [vid. 2019-04-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2007-2016

České zdravotnictví je lepší než se zdá. Jeho přednosti vyniknou v evropském srovnání. Zdravotnickydenik.cz [online]. [vid. 2019-04-06]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/ceske-zdravotnictvi-je-lepsi-nez-se-zda-jeho-prednosti-vyniknou-v-evropskem-srovnani/

ČSÚ. Česká republika v mezinárodním srovnání (vybrané údaje) – 2016 [online].[vid. 2019-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/skolstvi-kultura-zdravotnictvi-1mghlbznm2

Euro Health Consumer Index 2018, Heallth Consumer Powerhouse [online]. 25.2.2019 [vid. 2019-04-13]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf

ČSÚ. Zpráva o zdraví obyvatel České republiky [online]. 13.1.2014 [vid 2019-03-02]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky, Zemřelí 2016 [online]. 7.3.2017 [vid 2019-03-23]. ISSN: 1210-9967

ÚZIS, Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016, [online]. 11.10. 2017 [vid 2019-03-23]. Dostupné z: file:///C:/Users/%C5%A0p%C3%ADna%20B%C3%ADna/Downloads/ai_2017_06_poruchy_prijmu_potravy_2010az2016.pdf