

NÁRODNÝ PROGRAM PREVENČIE OBEZITY

OBSAH

1 ÚVOD	3
2 ZDRAVOTNÉ DOPADY OBEZITY	5
3 EKONOMICKÉ DOPADY OBEZITY	5
4 SITUÁCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	6
5 CIELE PROGRAMU	12
6 VÝŽIVA	13
7 POHYBOVÁ AKTIVITA	13
8 CIEĽOVÉ SKUPINY	14
9 AKTIVITY NA SPLNENIE CIEĽA	15

1 ÚVOD

Obezita je jednou z najväčších výziev verejného zdravotníctva v 21. storočí. Od roku 1980 sa prevalencia obezity stonásobila v mnohých krajinách európskeho regiónu Svetovej zdravotníckej organizácie a počet tých, ktorí sú postihnutí, kontinuálne narastá do alarmujúcich rozmerov, najmä u detí. Obezita je taktiež zodpovedná za 2 – 8% všetkých výdavkov na zdravotníctvo a 10 – 13% úmrtí v rôznych častiach európskeho regiónu. Všetky spoločnosti a vlády preto potrebujú uskutočňovať činnosti, ktoré povedú ku kontrole epidémie obezity. Národné stratégie by mali zabezpečiť a vytvoriť príležitosti pre zlepšenie fyzickej aktivity a podporiť dostupnosť a prístup k zdravým potravinám. Mali by tiež zabezpečiť zapojenie rozličných vládnych sektorov, spoločnosti, súkromného sektora a iné zainteresované osoby, či organizácie.¹⁾

PREČO JE OBEZITA VÝZNAMNOU VÝZVOU?

- **30 – 80% dospelých populácie európskeho regiónu má nadhmotnosť (BMI viac ako 25). Priemerné hodnoty BMI sa v regióne blížia hodnote 26.5. Obezitou (BMI viac ako 30) je postihnutých viac ako tretina dospelých populácie v regióne.**
- **Odhaduje sa, že takmer 400 miliónov dospelých trpí nadhmotnosťou a asi 130 miliónov je obéznymi.**
- **Deti obezita predstavuje akútnu zdravotnú krízu. Asi 20% detí trpí nadhmotnosťou a asi tretina z nich je obéznymi.**¹⁾

Slovensko patrilo v 70-tich a 80-tich rokoch minulého storočia medzi krajiny s vysokou úmrtnosťou na srdcovo cievne a nádorové ochorenia, pričom trend úmrtnosti mal neustále stúpajúci trend. Odborná zdravotnícka verejnosť sa preto usilovala o to, aby sa Slovensko zapojilo do programu Svetovej zdravotníckej organizácie, ktoré mali monitorovací a intervenčný charakter. Toto sa však podarilo až v poslednom desaťročí 20. storočia, kedy sa Slovensko zapojilo do plnenia programu intervencie proti chronickým chorobám, známeho pod skratkou CINDI. Súčasťou plnenia programu CINDI bolo vykonanie prierezových štúdií zameraných na zmapovanie výskytu známych rizikových faktorov srdcovo cievnych, ale i nádorových ochorení, a to najmä hladiny celkového cholesterolu, fajčenie, nadhmotnosť až obezita a zvýšený tlak krvi. Ako modelová oblasť bol pre Slovensko vybraný okres Banská Bystrica, ktorý sa neskôr rozdelil na 2 okresy – Banská Bystrica a Brezno. V roku 1998 bol ako ďalšia modelová oblasť vybraný okres Trebišov, ktorý dlhodobo patril medzi okresy s najvyššou úmrtnosťou na Slovensku. Pre opis problematiky výskytu obezity a jej trendu na Slovensku prezentujeme analýzy prierezových štúdií vykonaných v rokoch 1993 – 2003 v modelových oblastiach pre program CINDI a to BMI, objem pásu a prevalenciu zvýšeného celkového cholesterolu.²⁾

Slovenská republika sa pokúsila znížiť negatívne vplyvy životného štýlu a najmä výživy prostredníctvom „Programu ozdravenia výživy obyvateľov Slovenskej republiky“. Najvýznamnejším dôvodom pre prípravu a aplikáciu tohto programu bola skutočnosť, že existuje dlhodobá energetická nadmernosť vo výžive a jej nevyváženosť v zastúpení živín a ochranných faktorov u nášho obyvateľstva, ktorá vytvára rizikové podmienky z hľadiska výskytu chorôb neinfekčnej povahy, najmä kardiovaskulárnych a onkologických ochorení, obezity a cukrovky. Správna výživa je základným predpokladom zdravého vývoja človeka

¹⁾ WHO EURO, 2006: Obesity home. Dostupné na: <http://www.euro.who.int/obesity>

²⁾ Avdičová a kol., 2007.

a hlavnou podmienkou prevencie a liečby týchto tzv. civilizačných ochorení, ktoré postihujú veľké skupiny obyvateľstva. Bez zlepšenia výživovej politiky nemožno perspektívne zlepšiť zdravotný stav nášho obyvateľstva. Zlepšenie súčasnej nepriaznivej spotreby potravín je možné zabezpečiť :

- právnym usmerňovaním potravinárskej výroby v množstve a kvalite výrobkov,
- distribúciou vhodných potravín vrátane potravín z dovozu,
- informovanosťou a usmerňovaním obyvateľov o zásadách správnej výživy,
- cenovou politikou príslušných orgánov štátnej správy,
- zmenou postoja nášho obyvateľstva k vlastnému zdraviu.

Hlavným cieľom programu bolo zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva Slovenskej republiky a dosiahnuť prevenciu rozšírenosti tzv. civilizačných ochorení - najmä srdcovo - cievnych a niektorých nádorových so závažnými zdravotnými, celospoločenskými a ľudskými dopadmi. Program obsahuje ďalšie všeobecné a špecifické ciele:

- Poskytnúť vedecky zdôvodnené podklady pre poľnohospodársku prvovýrobu a spracovanie nutrične hodnotných a zdravotne bezpečných potravín, ktoré umožnia správnu výživu obyvateľstva za primerané ceny.
- V spolupráci s potravinárskym priemyslom zabezpečiť rozširovanie kvality a inováciu sortimentu, prednostne dojčenskej a detskej výživy, potravín určených na osobitné výživové účely, zvýšenie výživovej a úžitkovej hodnoty nových výrobkov v súlade s aktuálnymi potrebami výživy obyvateľstva technicky vyspelej spoločnosti.
- Vypracovať novú koncepciu rozvoja všetkých foriem spoločného stravovania obyvateľstva, najmä predškolského, školského, pracujúceho dorastu a vysokoškolského, zamestnancov a obyvateľov v domovoch sociálnej starostlivosti, ktoré plnia kľúčovú úlohu z hľadiska realizácie správnej výživy s významným sociálnym, výchovným a zdravotným poslaním.
- Uplatniť zásady výživy obyvateľstva tak, aby odporúčané výživové dávky a z nich odvodená odporúčaná spotreba potravín na obyvateľa SR predstavovali východisko na usmerňovanie a výchovu obyvateľstva k správnej a preventívne orientovanej výžive.
- Zmeniť stravovacie zvyklosti u tých obyvateľov Slovenskej republiky, kde je to potrebné.
- Zmeniť postoj občana k vlastnému zdraviu.
- Pri propagovaní zásad správnej výživy orientovať sa najmä na mladú generáciu so zámerom zlepšenia štruktúry stravy v spoločných stravovacích zariadeniach a v rodine, pestovania nových stravovacích návykov.
- Zabezpečiť vzdelávanie a dostatočné poskytovanie informácií občanom o zásadách správnej výživy, výživovej skladbe potravín, nových druhov potravín a o rizikách z nesprávnej skladby stravy s cieľom vybudovania zodpovedného postoja obyvateľov Slovenskej republiky k vlastnému zdraviu a odstránenia nesprávnych stravovacích návykov u nich..

Zabezpečenie cieľov „Programu ozdravenia výživy obyvateľov Slovenskej republiky“ je dôležité presadzovať prostredníctvom podpory masmediálnej politiky, podpory činností poradní zdravia Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ÚVZ SR) a Regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR (RÚVZ), podporou a odborným usmerňovaním nevládných organizácií, ktoré sa zaoberajú výchovou obyvateľstva k správnej výžive, podporou vhodného stravovania detí a mládeže, uplatnením nových odporúčaných výživových dávok pre jednotlivé formy spoločného stravovania a okruhy stravníkov, suplementáciou a fortifikáciou potravín, aktívnou činnosťou zdravotných poisťovní v rámci plnenia preventívnych opatrení, činnosťou obcí, komunit a ďalších organizácií, ktoré sa

podieľajú na realizácii výživy zabezpečením výroby, manipulácie a distribúcie bezpečných potravín v súlade s platnou národnou a komunitárnou legislatívou, ako aj špecifikáciou potravinárskych výrobkov, ktoré budú mať výrazné znaky zlepšenia výživových faktorov oproti pôvodným výrobkom. Týmto výrobkom sa udelí osobitné ocenenie s právom uviesť toto ocenenie na etikete a použiť ho v reklame výrobku. Plnenie programu ozdravenia výživy monitoruje Úrad verejného zdravotníctva SR v Bratislave v spolupráci s Regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike s cieľom overiť, ako ovplyvňuje výživa zdravie obyvateľov SR, ako by mohla ovplyvňovať výživa zdravie obyvateľstva po intervenčných zásahoch. Je potrebné konštatovať, že plnenie opatrení uvedených v „Programu ozdravenia výživy obyvateľov SR“ na dosiahnutie zmeny vo vývoji zdravotného stavu obyvateľstva sú dlhodobého charakteru. Zmeny v zdravotnom stave obyvateľstva Slovenska pôsobením týchto opatrení možno očakávať iba po ich dôslednom plnení a časovo dlhodobom pôsobení.

2 ZDRAVOTNÉ DOPADY OBEZITY

Nadhmotnosť a obezita je spolu s fajčením jedným z najrizikovejších faktorov ohrozujúcich zdravie, ktorým sa dá predchádzať. Nadhmotnosť a obezita je spojená so zvýšenou mortalitou a morbiditou, so zníženým pocitom telesnej a duševnej pohody a so sociálnou izoláciou. Riziko závažných chronických ochorení závisí od stupňa nadhmotnosti/obezity a od rozloženia tuku v tele. Depozícia tuku v oblasti trupu a brucha - abdominálna obezita je nezávislým významným rizikovým faktorom. Nadhmotnosť a obezita ovplyvňujú telesné i duševné zdravie a hrá významnú rolu v rozvoji najzávažnejších chronických neinfekčných chorôb:

- kardiovaskulárne ochorenia (ischemická choroba srdca, hypertenzia, cievne mozgové príhody, varikózna choroba žíl, tromboembolická choroba),
- metabolické ochorenia (metabolický syndróm, inzulínová rezistencia, porucha glukózovej tolerancie, diabetes mellitus 2. typu, dyslipidémia, hyperurikémia),
- niektoré onkologické ochorenia (rakovina hrubého čreva, rakovina prsníka, maternice, vaječníkov, rakovina žlčníka a žlčových ciest, pankreasu, pečene),
- niektoré gynekologické ochorenia (poruchy menštruačného cyklu, neplodnosť, komplikácie v gravidite a pri pôrode, gynekologické zápaly),
- niektoré choroby kĺbov, kostrového a svalového systému (degeneratívne ochorenia kĺbov a chrčtice, hlavne gonartróza a coxartróza),
- niektoré kožné ochorenia (exémy, mykózy, celulitída),
- niektoré psychosociálne poruchy (nízke sebavedomie, sebaobviňovanie, poruchy motivácie, depresia, úzkosť, poruchy príjmu potravy ako kompulzívne prejedanie, bulímia, anorexia).³⁾

3 EKONOMICKÉ DOPADY OBEZITY

Pri téme „Obezity a nadhmotnosti“ sa v súčasnej dobe čoraz častejšie stretávame s pomenovaním stavu, nie len ako problému zdravotného, ale aj ekonomického či sociálneho. Najmä ekonomické dopady sú najlepšie možno popísateľné, aj keď nie s presnými údajmi,

³⁾ Hainer V a kolektív: Základy klinické obezitologie, Grada Publishing, 2004, 356 s.

keďže pod hlavičkou nadhmotnosť a obezita sa skrýva mnoho podobenstiev a zdravotných problémov, ktoré sa v súčasnej dobe čoraz viac prerátavajú do roviny ekonomického dopadu.

Obezita sa podieľa na priamych nákladoch v zdravotníctve v rôznych krajinách 2-6% (tabuľka č.1). Podstatne vyššie sú nepriame ekonomické náklady, ktoré súvisia s obezitou a zohľadňujú chorobnosť, invaliditu a úmrtnosť obéznych jedincov. Chorobnosť obéznych je dvojnásobná a invalidita obéznych žien je dvakrát častejšia než u jednotlivcov s normálnou hmotnosťou. Výška priamych a nepriamych nákladov súvisiacich s obezitou by mala byť podľa skúseností vyspelých krajín (tabuľka č.1) pádnym argumentom pre tvorcov zdravotnej politiky k podpore národných iniciatív ako čeliť epidémii obezity.

Tabuľka 1 Odhad priamych zdravotných nákladov súvisiacich s obezitou⁴⁾

Krajina	Rok	Podiel na priamych nákladoch zdravotníctva (%)
Austrália	1989-90	2,0
Francúzsko	1992	2,0
Holandsko	1981-89	4,0
Kanada	1997	2,4
Nový Zéland	1990-91	2,5
USA	1995	5,7

4 SITUÁCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

V súčasnosti sa v Slovenskej republike nevykonáva žiadne plošné sledovanie výskytu nadhmotnosti a obezity u občanov. Pri hodnotení nadhmotnosti a obezity preto vychádzame zo všetkých dostupných údajov, ktoré nám umožňujú predvídať trendy vývoja v budúcnosti. Ako najdostupnejší údaj o výskyte nadhmotnosti a obezity sme pri príprave národného programu použili údaje získane z modelových okresov podľa prieskumu programu CINDI.

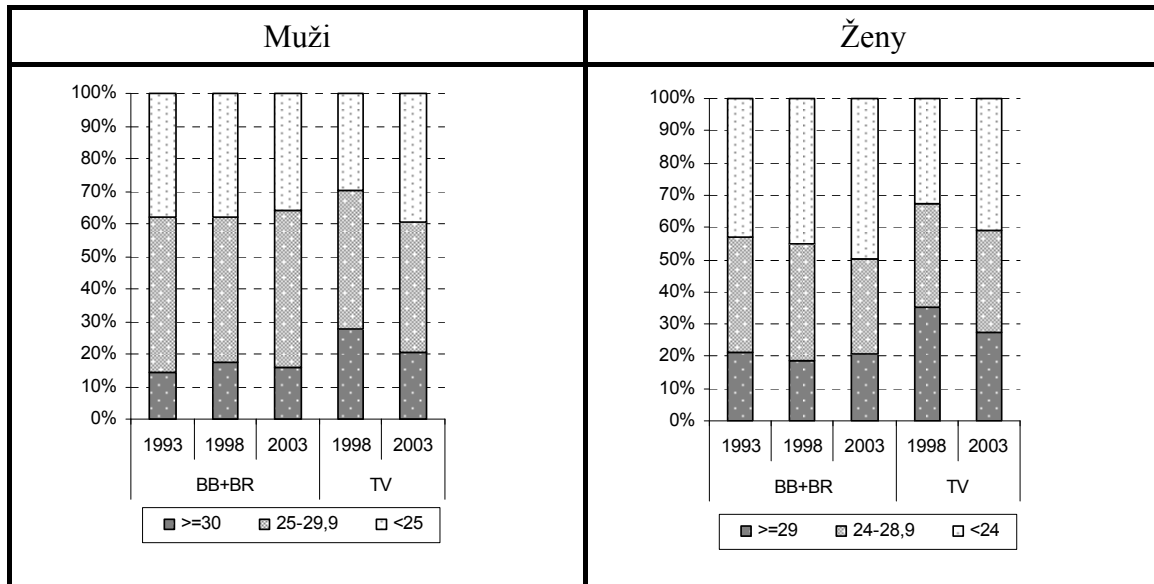
Podľa výsledkov prieskumu programu CINDI v modelovom okrese Banská Bystrica, ktorý je reprezentatívny pre populáciu dospelých osôb v Slovenskej republike, v rokoch 1993 až 2003 došlo vo veku 25-64 rokov k miernemu poklesu prevalencie obezity, pri súčasnom miernom náraste prevalencie nadhmotnosti. Podiel mužov vo veku 25-64 rokov s normálnou hodnotou indexu telesnej hmotnosti (BMI) (35%) bol podľa výsledkov tohto prieskumu v roku 2003 štatisticky významne vyšší než v roku 1993. Problém obezity dokresľuje v súčasnosti čoraz častejšie používaný objem pásu, ktorého hodnota u mužov, rovnako ako BMI, stúpila o 3,2 cm, u žien klesla o 1 cm. V oblasti Trebišova hodnoty u mužov i žien klesli, avšak sú v priemere o 3–4 cm nižšie ako u mužov a žien v Banskej Bystrici. (Obrázok 1, Obrázok 2)

Údaje zo skríningu CINDI potvrdili aj výsledky zo štúdie MONIKA vykonanej v 6-tich okresoch SR v roku 2002 (Tabuľka 2) ako aj dlhodobé sledovanie klientov poradní zdravia pri RÚVZ v SR za roky 1993 – 2006, kedy poradne navštívilo a bolo vyšetrených viac ako 130.000 klientov. (Obrázok 3, Obrázok 4)

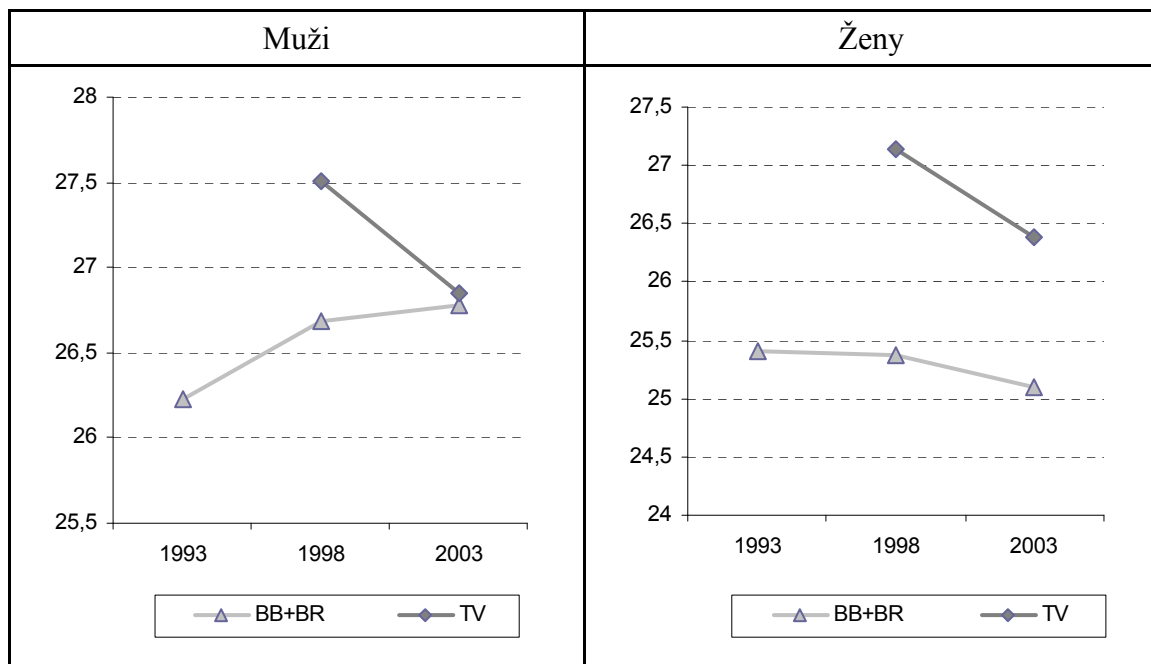
⁴⁾ Podľa údajov Medzinárodnej pracovnej skupiny pre obezitu/ International Obesity Task Force.

Nepriaznivú situáciu vo výskyte obezity dokresľuje aj prieskum u 11-ročných a 17 – ročných detí vykonaný v roku 2002 vo všetkých okresoch SR na vzorke viac ako 20.000 detí. Pri hodnotení BMI sa zistilo, že takmer 10% detí z celej populačnej vzorky má rizikóvu hodnotu 26. (Tabuľka 3)

Obrázok 1 Proporcia obezity podľa hodnôt BMI vzhľadom na pohlavie a oblasti v rokoch 1993-2003²⁾



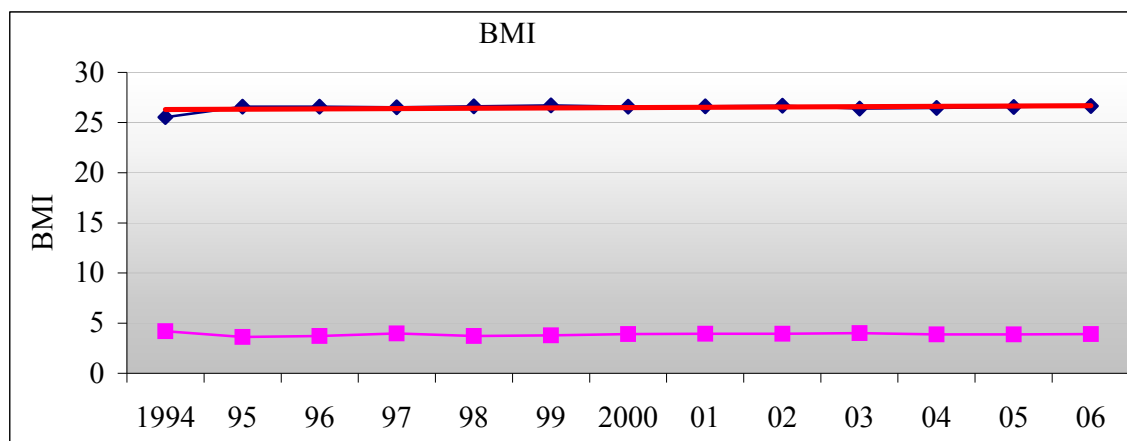
Obrázok 2 Stredné hodnoty BMI podľa oblastí a pohlavia v rokoch 1993-2003²⁾



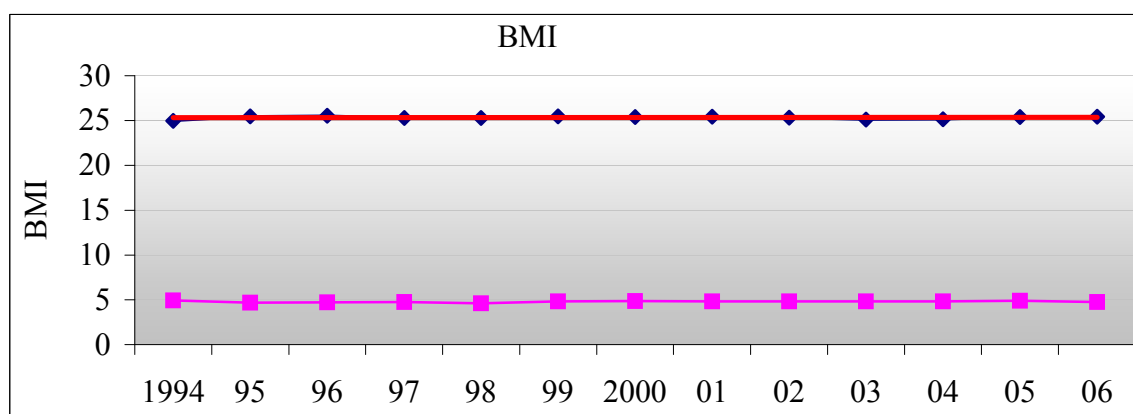
Tabuľka 2 Štandardizovaná prevencia nadhmotnosti a obezity u 25-64 ročných osôb 2002/2003⁵

Vek. skupina	Muži			Ženy		
	Hodnota BMI					
	≥ 25	25 – 29	30 >	> 24	24 - 29	29 a viac
25-34	51,3	43,9	7,4	28,4	19,0	9,4
35-44	64,3	48,7	15,6	47,3	29,8	18,5
45-54	74,7	50,9	23,8	70,0	37,7	32,3
55-64	81,7	52,3	29,4	85,2	37,2	48
Σ štand.	66,0	48,4	17,6	55,4	30,3	25,1

Obrázok 3 Stredná hodnota BMI a štandardná odchýlka - klienti poradní zdravia (muži) Slovenskej republiky v rokoch 1994-2006⁶⁾



Obrázok 4 Stredná hodnota BMI a štandardná odchýlka - klienti poradní zdravia (ženy) Slovenskej republiky v rokoch 1994-2006⁶⁾



⁵⁾ CINDI-MONIKA SR Baráková, Avdičová a kol.

⁶⁾ Kontrošová, Avdičová a kol.

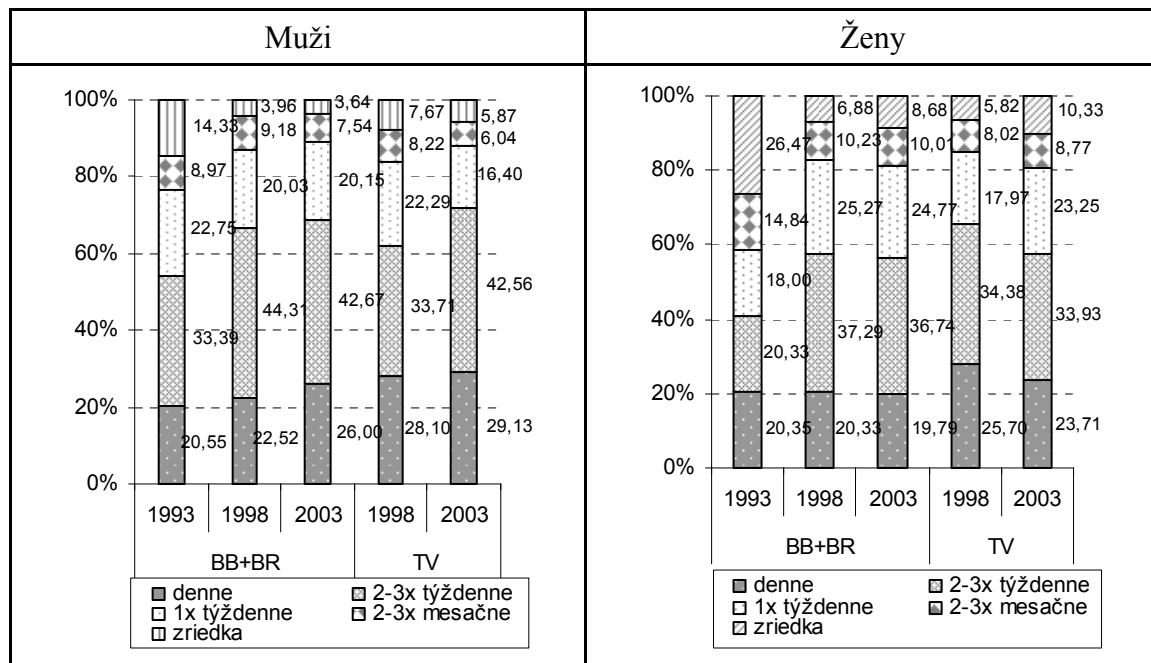
S výskytom obezity veľmi úzko súvisí intenzita pohybovej aktivity. Fyzická aktivita vo voľnom čase bola hodnotená podľa otázky zameranej na vykonávanie fyzickej aktivity spojenej so zadýchaním sa a trvajúcej najmenej 30 minút. Analýzou tejto otázky sa zistilo, že proporcia mužov vykonávajúcich optimálnu fyzickú aktivitu denne stúpila u mužov z 0,6% na 22,5% a napriek tomu je stále veľmi nízka. Podobná ešte nepriaznivejšia situácia je i u žien, ktorých proporcia venujúca sa optimálnej pohybovej aktivite má hodnotu 19,7% a klesla od roku 1993 o 0,5%. (Obrázok 5)

Tabuľka 3 Hodnoty BMI a SD u 11-ročných a 17-ročných detí v roku 2002⁷

BMI – body mass index			
11 - roční		17 - roční	
priemer = 17,53 kg/m ² SD = 3,02	priemer = 17,79 kg/m ² SD = 3,11	priemer = 20,65 kg/m ² SD = 3,07	priemer = 21,30 kg/m ² SD = 3,03

⁷⁾ Šimurka, Ďateľová.

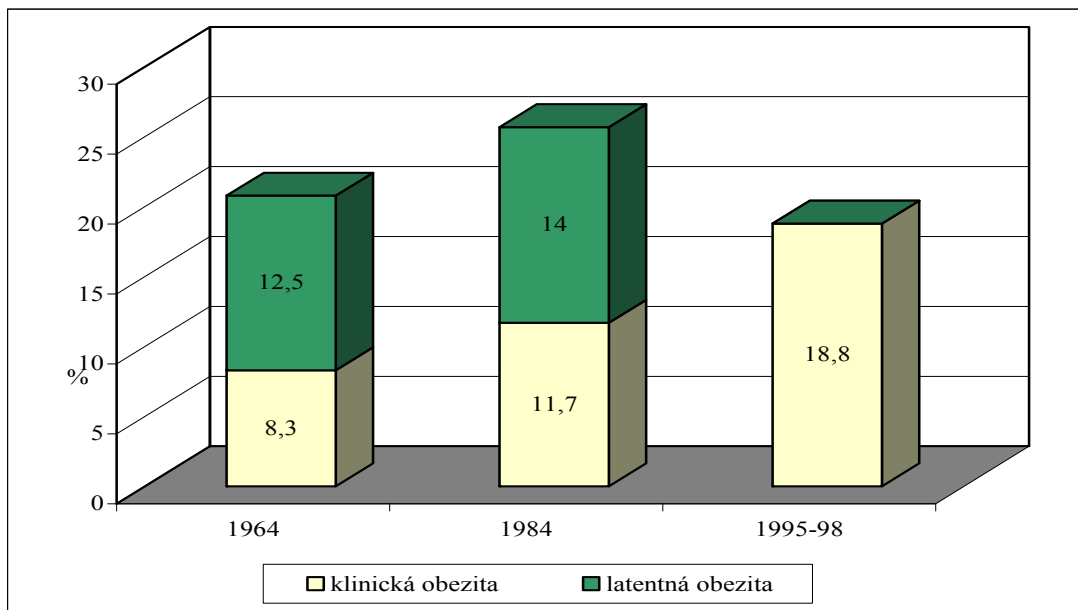
Obrázok 5 Fyzická aktivita spojená so zadýchaním a spením podľa pohlavia a oblasti v rokoch 1993-2003²⁾



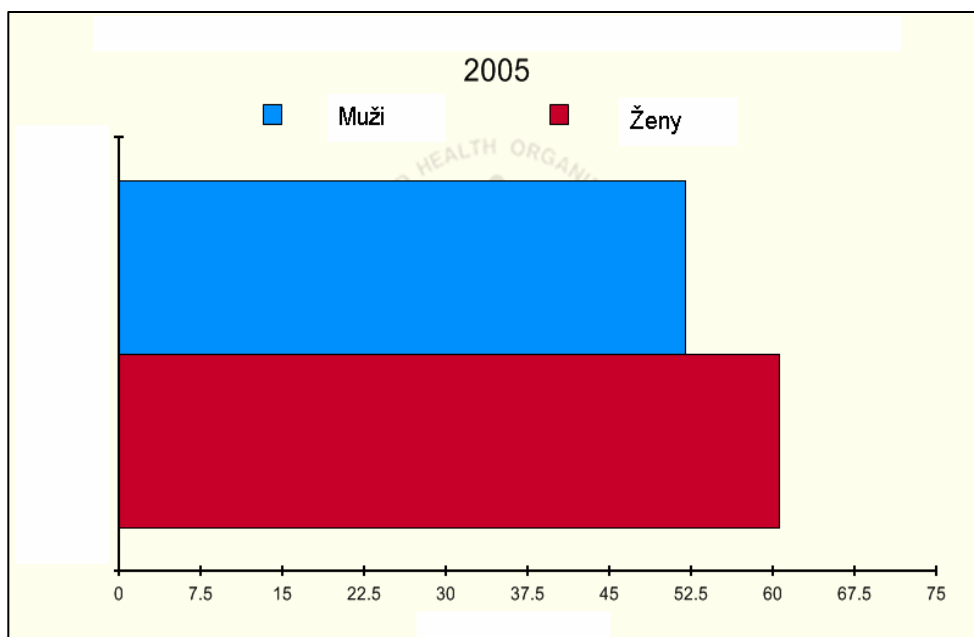
Latentná obezita (Obrázok 6) síce v rokoch 1964 – 1998 kolísavo stúpala a klesala, ale to nič nemení na fakte, že prevalencia klinickej obezity nám stále stúpa. Trend postupného výskytu nadhmotnosti a obezity je v Slovenskej republike možné na základe dostupných údajov pozorovať už od 60. rokov dvadsiateho storočia. Dostupné údaje tak ako sú prezentované na obrázku 6 dokazujú skutočnosť, že dochádza k neustálemu postupnému nárastu obezity. Pri porovnaní odhadov, ktoré spracovala Svetová zdravotnícka organizácia je možné povedať, že v roku 2010 stúpne výskyt obezity u populácie v produktívnom veku oproti roku 2005 o 5% (Obrázok 7 a 8). Ako je z etiológie obezity známe, podobne ako je tomu u väčšiny chronických ochorení, u ktorých je obezita významným rizikovým faktorom je možné predpokladať i vzostup úmrtnosti a chorobnosti na ochorenia súvisiace s obezitou.

Samotná informácia o výskyte nadhmotnosti a obezity musí byť preto pri plánovaní intervencii v oblasti podpory zdravia chápaná ako jeden z rizikových faktorov, ktoré je možné pri aplikovaní postupov podpory zdravia založených na modelovaní determinantov zdravia eliminovať relatívne rýchlo a lacno. Dôsledkom efektívnej intervencie by tak malo byť nielen zníženie výskytu nadhmotnosti a obezity, ale najmä pozitívna zmena životného štýlu, ktorú nie je možné dosiahnuť len prostredníctvom výkonu výchovy ku zdraviu a intervenčných postupov aplikovaných na individuálnej úrovni.

Obrázok 6 Dynamika prevalencie obezity u dospelých v Slovenskej republike v rokoch 1964 – 1998⁸⁾



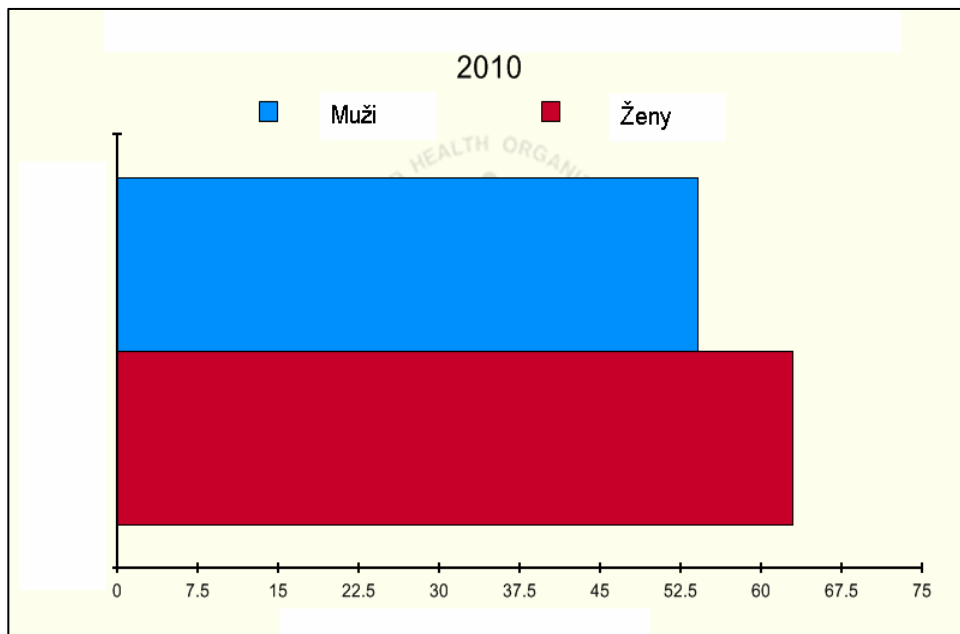
Obrázok 7 Prevalencia obezity (BMI ≥ 25) podľa pohlavia v roku 2005⁹⁾



⁸⁾ Kajaba

⁹⁾ WHO

Obrázok 8 Prevalencia obezity (BMI ≥ 25) podľa pohlavia v roku 2010⁹⁾



5 CIELE PROGRAMU

Zámerom Národného programu prevencie obezity je vytvoriť spoločensky prospešný systém, ktorý povedie k zníženiu incidencie a prevalencie nadhmotnosti a obezity v populácii a eliminuje epidemický výskyt nadhmotnosti a obezity. Sekundárnym efektom programu by malo byť, vo vzájomnej interakcii s preventívnymi programami, špecificky orientovanými na vybrané chronické ochorenia, zníženie počtu nových prípadov ochorení súvisiacich s nadhmotnosťou a obezitou, ako aj zníženie výskytu a vplyvu ostatných modifikovateľných rizikových faktorov týchto ochorení. Ciele programu preto boli zvolené nasledovne:

1. zabrániť vzniku nadhmotnosťou a obezity u detí,
2. zastaviť nárast počtu občanov trpiacich nadhmotnosťou a obezitou,
3. znížiť počet občanov trpiacich nadhmotnosťou a obezitou.

Pre dosiahnutie stanovených cieľov, boli stanovené dve základné oblasti, v ktorých by mali byť vykonávané aktivity. Týmito oblasťami sú:

- výživa,
- pohybová aktivita.

6 VÝŽIVA

Pri príprave opatrení pre oblasť výživy sme aplikovali skúsenosti, princípy a aktivity, ktoré vychádzajú z Programu ozdravenia výživy obyvateľstva Slovenskej republiky. Opatrenia musia smerovať do týchto oblastí:

- zníženie príjmu energie zo všetkých tukov, posun spotreby tukov od nasýtených k nenasýteným a k vylúčeniu trans-mastných kyselín,
- obmedzenie spotreby živočíšnych tukov, najmä mäsa a mäsových výrobkov s vyšším obsahom tuku, tučných mliečnych výrobkov,
- zvýšenie spotreby rýb, kyslomliečnych výrobkov s nízkym obsahom tuku, nenasýtených mastných kyselín, najmä omega -3 mastných kyselín,
- zníženie príjmu energie z voľných cukrov
- zvýšenie spotreby zeleniny a ovocia v čerstvom prírodnom stave, strukovín, celozrnných výrobkov a orechov.

7 POHYBOVÁ AKTIVITA

Úroveň pohybovej aktivity občanov Slovenskej republiky ešte stále nedosahuje potrebnú úroveň, a zdraviu prospešná, kondičná pohybová aktivita, ešte stále nie je súčasťou bežného denného programu. Príčiny tohto stavu sú rôzne, no najvýznamnejšou príčinou tohto stavu je určite dostupnosť športovísk pre občanov a nedostatočná úroveň zdravotného povedomia občanov. Každá metóda, ktorá bude orientovaná len do oblasti výchovy ku zdraviu bez vytvorenia možností na vykonávanie pohybovej aktivity, sa stáva kontraproduktívnou. Preto je potrebné aplikovať simultánne oba prístupy, vykonávať dôslednú výchovu občanov všetkých vekových kategórií, ale i vytvárať možnosti, príležitosti na splnenie svojich potrieb, očakávaní v oblasti pohybovej aktivity. V oblasti pohybovej aktivity budú opatrenia zamerané na:

- zníženie počtu detí a dospelých, ktorí nevykonávajú žiadnu pohybovú aktivitu,
- zvýšenie počtu detí a dospelých, ktorí vykonávajú aspoň 30 minút zdraviu prospešnej pohybovej aktivity denne,
- pozitívne rozvíjanie a menenie prostredia a jeho faktorov, tak aby boli aktívne vytvárané možnosti a príležitosti pre zdraviu prospešnú pohybovú aktivitu.

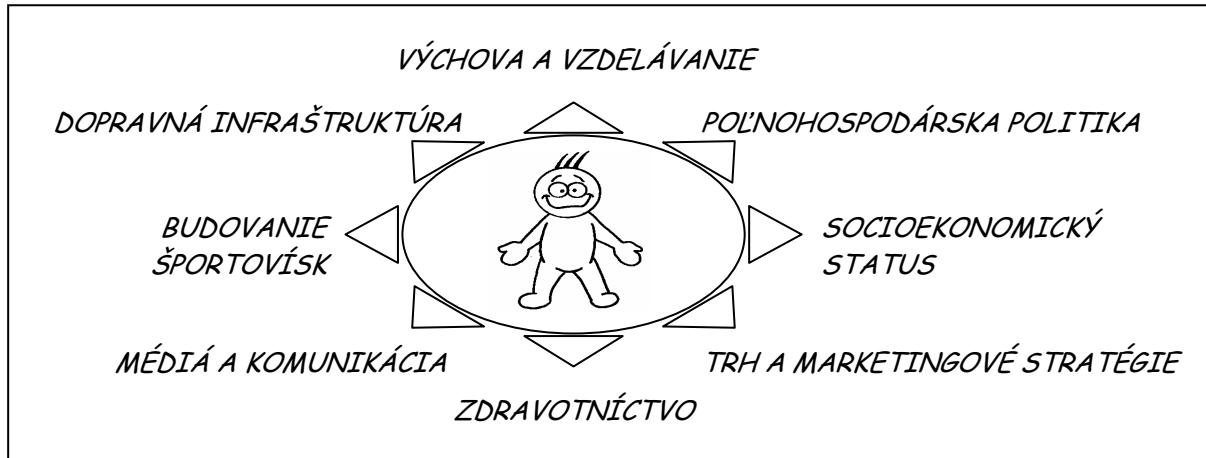
8 CIEĽOVÉ SKUPINY

Problém obezity a nadhmotnosti je rovnako ako väčšina ochorení či porúch zdravia, ktoré sa vyskytujú hromadne, celospoločenským problémom najmä vtedy, ak príčiny týchto stavov priamo či nepriamo súvisia so sociálnym statusom a ekonomickou výkonnosťou danej spoločnosti. Ako cieľové skupiny programu preto boli zvolené tie časti populácie, ktoré sa nachádzajú v produktívnom veku a je u nich pravdepodobnosť, že s ohľadom na súčasný stav determinantov zdravia u nich dôjde k vzniku chronických ochorení. Cieľovú skupinu však tvorí aj veľmi významná časť populácie, ktorou sú deti a mládež. U tejto cieľovej skupiny je možné dosiahnuť želanú zmenu spôsobu života a eliminovať tak vznik ochorení súvisiacich s obezitou v budúcnosti. Ako cieľové skupiny programu boli preto zvolené nasledujúce časti populácie Slovenskej republiky:

- dospelí od 18 rokov s normálnou hmotnosťou - so zámerom podpory zdravia a prevencie rozvoja nadhmotnosti a obezity,
- dospelí od 18 rokov s nadhmotnosťou (BMI 25 – 29,9) alebo s vysokým rizikom rozvoja nadhmotnosti a chorôb so známym vzťahom k obezite (napríklad v prípade vrodenej dispozície k obezite, osoby ktoré ukončili fajčenie, gravidné ženy alebo osoby užívajúce lieky vedúce k nárastu hmotnosti, napr. antidepresíva a iné) so zámerom zníženia nadhmotnosti a stabilizácie redukovanej hmotnosti,
- deti a mládež do 18 rokov s normálnou hmotnosťou - so zámerom podpory zdravia a prevencie rozvoja nadhmotnosti/obezity,
- deti a mládež do 18 rokov s nadhmotnosťou alebo s vysokým rizikom rozvoja nadhmotnosti a jej komplikácií, so zámerom zníženia telesnej hmotnosti a jej stabilizácie.

9 AKTIVITY NA SPLNENIE CIEĽA

Národný program je celospoločenskou iniciatívou, preto i jeho aktivity budú mať prierezový charakter, ako horizontálny, tak vertikálny. Úspešné dosiahnutie cieľov programu si vyžaduje celospoločenskú aktivitu, teda spoluprácu a zodpovednosť všetkých zainteresovaných sektorov, rezortov a zložiek spoločnosti, vrátane súkromného sektoru, tretieho sektoru, či samospráv.



Čo	Kto	Ako	NÁSTROJ	spolupracuje	
		CIEĽ		ZODPOVEDNÍ	UKAZOVATEĽ/TERMÍN
SPOLOČNÉ OBLASTI	VÝCHOVA A VZDELÁVANIE	Zavedenie systému výchovy ku zdraviu vzdelávania na všetkých úrovniach a typoch škôl.	Príprava legislatívnej úpravy pre zavedenie systému vzdelávania.	MŠ SR MZ SR MK SR VUC a obce Zriaďovatelia škôl a školských zariadení	Do 2010 a od 2010 trvale
		Zvýšenie zdravotného povedomia detí a mládeže.	Voľnočasové aktivity zamerané na zmenu životného štýlu, najmä školou organizovaná športová aktivita a vzdelávanie v oblasti zdravej výživy	MŠ SR MZ SR MK SR	trvale
			Príprava legislatívnej úpravy pre finančnú podporu systému školského stravovania, realizácie inovatívnych aktivít propagácie zdravej výživy detí a mládeže v školstve a revitalizáciu zariadení školského stravovania s určením zodpovednosti	MŠ SR VÚC a obce	od roku 2010 trvale
		Zvýšenie zdravotného povedomia občanov v produktívnom a postproduktívnom veku.	Voľnočasové aktivity zamerané na zmenu životného štýlu, najmä organizovaná športová aktivita a vzdelávanie v oblasti zdravej výživy.	MZ SR MŠ SR MK SR VUC a obce	trvale
	MÉDIÁ A KOMUNIKÁCIA	Zvýšenie informovanosti občanov v produktívnom veku o zdravom spôsobe života.	Pravidelné a kontinuálne mediálne kampane.	ÚV SR MK SR MZ SR MŠ SR	trvale
		Využívanie takých marketingových nástrojov, ktoré môžu mať pozitívny vplyv na zdravý spôsob života.	Propagácia zdravého životného štýlu na verejných priestranstvách alebo vybraných inštitúciách (napríklad školy, verejné priestory, inštitúcie a pod.) a aj dôsledná kontrola.	MK SR MZ SR MŠ SR MP SR	trvale

			Štátna podpora a využívanie motivačných nástrojov pri reklame zdraviu prospešných potravín alebo produktov, výrobkov podporujúcich zdravý spôsob života (nezahŕňa výživové doplnky, potraviny určené na špeciálne účely alebo liečivá).	MK SR MZ SR MP SR	Od 2010 trvale
			Dôsledná kontrola reklamných stratégií zameraných na potraviny s vysokým obsahom cukru v čase vysielacích programov pre deti a mládež	MK SR	Od 2010 trvale
	ZDRAVOTNÍCTVO	Vytvoriť efektívne fungujúci systém podpory zdravia.	Implementácia efektívnych systémových nástrojov (najmä finančné a personálne zdroje, vrátane zmeny orientácie niektorých zdravotníckych služieb).	MZ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
		Monitorovanie výskytu nadváhy a obezity.	Zabezpečenie monitoringu počiatočnej situácie a následného progresu (použitím medzinárodne porovnateľnej metodiky, napr. WHO).	MZ SR MŠ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
		Efektívna liečba a kontrola chronických a metabolických ochorení a porúch.	Efektívny výkon primárnej prevencie praktickými lekármi vrátane nefarmakologickej intervencie.	MZ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
			Zmena alokácie finančných prostriedkov v prospech podpory zdravia a prevencie ochorení vrátane využitia zdrojov zdravotného poistenia.	MZ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
			Zlepšenie komunikácie a spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a orgánmi verejného zdravotníctva (najmä využitie systémových a legislatívnych nástrojov).	MZ SR VUC a obce	Od 2008 trvale

			Zaradenie nefarmakologickej liečby nadhmotnosti a metabolických porúch (napr. poradenstvo, motivácia, psychoterapeutický rozhovor, liečba riadenou fyzickou aktivitou atď.) do liečebného režimu a katalógu zdravotníckych výkonov	MZ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
		Podpora inovatívnych riešení a prístupov.	Podpora projektov a aktivít zameraných na vývoj nových metód a postupov intervencií v podpore zdravia nadhmotnosti a obezity.	MZ SR MŠ SR VUC a obce	Od 2008 trvale
	SOCIOEKONOMIC KÉ FAKTORY PROSTREDIA	Vytvorenie zdravie podporujúcich podmienok pre zamestnancov	Dôsledné dodržiavanie povinností zamestnávateľa a aktívny prístup k zmene životného štýlu (napr. podpora športových programov, zmena spôsobu spoločného stravovania atď.)	MZ SR	Od 2010 trvale
POHYBOVEJ AKTIVITY	BUDOVANIE ŠPORTOVÍSK	Zvýšenie úrovne pravidelnej pohybovej aktivity.	Príprava systémových nástrojov a zdrojov pre revitalizáciu existujúcich športovísk.	MŠ SR MVaRR SR VÚC a obce	Od 2010 trvale
			Umožniť občanom, ale najmä študentom a žiakom voľné (alebo za symbolickú cenu) využívanie všetkých dostupných športovísk (napr. školské telocvične a pod.), ktoré nie sú primárne zriadené pre komerčné účely.	MŠ SR VÚC a obce Zriaďovatelia škôl a školských zariadení	Od 2010 trvale
			Aktívne nástroje komunálnej a rozvojovej politiky regiónov a obcí zamerané na rozvoj zdraviu prospešnej pohybovej aktivity prostredníctvom investícií do športovísk.	MŠ SR MVaRR SR VÚC a obce	Od 2010 trvale

			Budovanie nových športovísk (výhradne pre zdraviu prospešnú pohybovú aktivitu, najmä bežecké, chodecké a cykloturistické chodníky a okruhy) za spoluúčasti štátnej správy a samosprávy.	MŠ SR MŽP SR MVaRR SR VÚC a obce	Od 2010 trvale
			Využitie aktivačných prác pre revitalizáciu a budovanie športovísk.	MPSVaR SR VÚC a obce	Od 2008 trvale
			Zvýšenie počtu hodín telesnej výchovy.	MŠ SR	Od 2008 trvale
			Zmeniť učebné osnovy telesnej výchovy na školách (zmeniť tak aby deti motivovalo k pohybu).	MŠ SR	Od 2008 trvale
			Zabezpečenie vysokého stupňa bezpečnosti, ochrany zdravia a majetku športovísk.	VÚC a obce	Od 2010 trvale
	DOPRAVNÁ INFRAŠTRUKTÚRA	Modifikácia dopravnej infraštruktúry akceptujúcej alternatívne spôsoby dopravy a pohybovej aktivity.	Aktivné nástroje komunálnej a rozvojovej politiky regiónov a obcí v oblasti dopravnej infraštruktúry zamerané na modifikáciu dopravnej infraštruktúry, najmä pri budovaní novej, ktorá umožní využívanie chodníkov pre peších a verejných komunikácií cyklistami (vrátane súvisiacich aktivít, ako chránené cyklistické parkoviská pred školami, inštitúciami, atď.)	VÚC a obce	Od 2008 trvale
		Zvýšenie ochrany a bezpečnosti chodcov a cyklistov.	MDPaT SR VÚC a obce	Od 2008 trvale	
VÝŽIVY	POĽNOHOS. POLITIKA	Podpora producentov zdraviu prospešných potravín (najmä potraviny s vysokým obsahom vlákniny, celozrnné pečivo, ovocie a zelenina).	Vytvorenie nástrojov, ktoré umožnia zavedenie taxatívnych úľav pre producentov zdraviu prospešných potravín, ako aj redefinovanie alokácie zdrojov a dotácií pre producentov potravín s cieľom podporiť zdraviu prospešné potraviny.	MP SR MZ SR	Od 2010 trvale
			Aktivné nástroje komunálnej a rozvojovej politiky regiónov a obcí v oblasti podpory lokálnych producentov zdraviu prospešných potravín.	MP SR	Od 2010 trvale

		Zmena výživových návykov detí a mládeže.	Materiálna a finančná podpora spoločného stravovania s cieľom zmeniť zloženie a biologickú hodnotu stravy v zmysle zásad zdravej výživy. Prepojenie a spolupráca vedeckovýskumnej základne s potravinárskym priemyslom a odborníkmi v oblasti výživy	VÚC a obce MZ SR MŠ SR	Od 2010 trvale
TRH A MARKETINGOVÉ STRATÉGIE		Zmena výživových návykov populácie v produktívnom veku.	Aktívny výkon úradnej kontroly potravín na všetkých stupňoch výroby spracúvania a distribúcie potravín, vrátane oblasti spoločného stravovania z hľadiska deklarovaných výživových parametrov.	MZ SR MP SR	Od 2010 trvale
		Zmena výživových návykov detí a mládeže.	Zníženie dostupnosti potravín s vysokým obsahom solí, nasýtených mastných kyselín alebo cukru v školách (napr. zákaz automatov na sladkosti, vybrané nealkoholické nápoje a pod.).	MZ SR VÚC a obce Zriaďovatelia škôl a školských zariadení	Od 2008 trvale
			Dôsledný výkon štátneho zdravotného a potravinového dozoru v oblasti spoločného stravovania z hľadiska súčasných poznatkov o výžive.	MZ SR MP SR	trvale