

**Aktualizácia Národného programu podpory zdravia
v Slovenskej republike**

rok 2011

Zoznam skratiek:

BMI	Body mass index
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention
EFSA	Európsky úrad pre bezpečnosť potravín
EK	Európska komisia
EPIS	Epidemiologický informačný systém prenosných ochorení
EHES	European Health Examination Survey
EÚ	Európska únia
MH SR	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky
MK SR	Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky
MPRV SR	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky
MPSVR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MŽP SR	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NEHAP	National Environmental Health Action Plan
NPDD	Národný program starostlivosti o deti a dorast v SR
NPPOSC	Národný program prevencie ochorení srdca a ciev
NPPZ	Národný program podpory zdravia
OVD SR	Odporúčané výživové dávky pre priemerného obyvateľa SR
PHARE	Posilnenie surveillance a kontroly infekčných ochorení v SR
PIS	Peľová informačná služba
Poradne zdravia	Poradenské centrá ochrany a podpory zdravia
PZS	Pracovná zdravotná služba
RÚVZ v SR	Regionálne úrady verejného zdravotníctva v Slovenskej republike
SARI	Ťažké akútne respiračné ochorenie
SR	Slovenská republika
SŠ	Stredné školy
ŠZD	Štátny zdravotný dozor
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
WHO	Svetová zdravotná organizácia
WHR	Waist to Hip Ratio

Preambula

Súčasná aktualizácia Národného programu podpory zdravia bola vypracovaná na základe Plánu práce vlády Slovenskej republiky na rok 2011.

Z analýzy zdravotného stavu obyvateľstva Slovenskej republiky je zrejmé, že pri všeobecnom trende predlžovania strednej (očakávanej) dĺžky života bude narastať výskyt niektorých ochorení, čo bude nevyhnutne viesť k zvyšovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť, a tým sa zvýši záťaž pre celú ekonomiku. Z dlhodobého i strednodobého pohľadu je preto nevyhnuté zameriavať aktivity do oblastí preventívnych opatrení. Investície vynaložené na preventívne opatrenia sú výhodnejšie a lacnejšie.

- Tento program naďalej vychádza z politiky „Zdravie pre všetkých“ – Svetovej zdravotníckej organizácie zakotvenej v politike „Zdravie 21“ – zdravie pre všetkých v 21. storočí.
- Tento program sa realizuje v intenciách Dohovoru o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (uverejnenom v Zbierke zákonov pod č. 40/2000).

Hlavným cieľom aktualizovaného Národného programu podpory zdravia ostáva dlhodobé zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva Slovenskej republiky - elimináciou výskytu porúch zdravia, ktoré znižujú kvalitu života a ohrozujú človeka predčasnou smrťou.

Vedľajšie ciele:

- zvyšovať zdravotné uvedomenie obyvateľov a navodzovať postupnú zmenu postoja obyvateľov k vlastnému zdraviu,
- zvyšovať zainteresovanosť jednotlivých zložiek spoločnosti, aby sa plnenie aktualizovaného Národného programu podpory zdravia stalo celonárodnou iniciatívou,
- zabezpečovať ochranu a podporu zdravia, mobilizovať spoločnosť na všetkých úrovniach pre dosiahnutie zníženia výskytu rizikových faktorov ovplyvňujúcich zdravie,
- monitorovať a hodnotiť úroveň zdravotného uvedomenia a výskytu rizikových faktorov životného štýlu,
- navodzovať opatrenia smerujúce k znižovaniu regionálnych rozdielov v zdravotnom stave formou cielenej zdravotnej výchovy, edukačných aktivít.

Plnenie programu je nutné v nadväznosti na iné národné programy, vzhľadom na to, že ide o integrovaný program.

Aktualizovaný program je prioritne zameraný na ovplyvňovanie determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov vyskytujúcich sa u obyvateľstva a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti. Člení sa na tieto oblasti:

1) Preventívne opatrenia zamerané na znižovanie výskytu chronických neinfekčných ochorení,

A) Výživa a stravovacie zvyklosti,

B) Fyzická inaktivita,

C) Tabak, alkohol, drogy,

D) Zdravé pracovné a životné podmienky,

➤ pracovné prostredie,

➤ životné prostredie,

2) Preventívne opatrenia zamerané na znižovanie výskytu infekčných ochorení.

V každej z oblastí je uvedený súčasný stav, stanovené hlavné ciele a aktivity vedúce k jeho zlepšeniu. Hodnotenie aktualizovaného NPPZ a správa o jeho plnení budú predkladané vláde Slovenskej republiky každých 5 rokov, najbližšie v roku 2016. Priebežné plnenie a hodnotenie programu bude hodnotiť Ústredná koordinačná rada na ochranu a podporu zdravia, ktorá bude zriadená ako poradný orgán ministra zdravotníctva Slovenskej republiky za účelom koordinácie aktivít Národného programu podpory zdravia. Ambíciou aktualizovaného programu je pozitívne prispievať k presadzovaniu a uplatňovaniu zásad zdravého spôsobu života, k presadzovaniu a monitoringu preventívnych opatrení smerujúcich k znižovaniu výskytu závažných a najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení obyvateľstva, ako aj k spoluvytváraniu priaznivého životného a pracovného prostredia.

Národný program podpory zdravia

Úvod

Základným ukazovateľom úrovne životných podmienok obyvateľov a úmrtnostných pomerov vo všeobecnosti je stredná dĺžka života, t.j. nádej na dožitie, okrem iného charakterizuje aj stav zdravia populácie a úroveň systému zdravotníctva. Na Slovensku stredná dĺžka života neustále stúpa u oboch pohlaví (v roku 2010 dosiahla u mužov 71,62 a u žien 78,84 rokov), ale nedosiahla ešte priemer Európskej únie, ktorý je u mužov nad 76 rokov a u žien nad 82 rokov. V štruktúre úmrtnosti podľa príčin smrti nenastali v posledných rokoch v populácii Slovenska výrazne zmeny. Podľa Správy o zdravotnom stave obyvateľstva za roky 2006 - 2010 medzi najčastejšími príčinami smrti boli kardiovaskulárne ochorenia, nádorové ochorenia, ochorenia z externých príčin (poranenia, otravy, vraždy, samovraždy a pod.), choroby dýchacej sústavy a ochorenia tráviacej sústavy. V percentuálnom vyjadrení - choroby obehovej sústavy, muži 46,9 %, ženy 61,0 %, nádory, muži 24,6 %, ženy 20,3 %, vonkajšie príčiny, muži 9,2 %, ženy 2,4 %, choroby dýchacej sústavy, muži 6,1 %, ženy 5,1 %, choroby tráviacej sústavy, muži 6,7 %, ženy 4,6 %. Od roku 2004 pozorujeme trend rastu reprodukčných ukazovateľov – mierne sa zvyšuje pôrodnosť, naďalej klesá potratovosť, prirodzený prírastok na 1 000 obyvateľov je v kladných číslach, vyššie hodnoty mal v roku 2008. Napriek pozitívnemu klesaniu štandardizovanej miery úmrtnosti na srdcovocievne ochorenia Slovenská republika zostáva naďalej na chvoste Európy. Od roku 2003 má štandardizovaná aj hrubá miera úmrtnosti na nádorové ochorenia u žien a aj u mužov stagnujúci charakter, aj keď incidencia niektorých typov nádorov je mierne stúpajúca. Naďalej sledujeme nárast incidencie a prevalencie diabetu u dospelých, nárast incidencie a prevalencie chronickej obštrukčnej choroby pľúc a astmy bronchiale. Odkedy sa realizuje štatistické zisťovanie v psychiatrických ambulanciách (rok 2000), sledujeme plynulý nárast počtu psychiatrických vyšetrení.

V číselnom vyjadrení pri hrubej miere úmrtnosti na srdcovocievne ochorenia dochádza k minimálnym zmenám tak u mužov, ako aj u žien. Posledné 2 – 3 roky (od roku 2007) zaznamenávame zvýšený nárast hrubej miery úmrtnosti pri diagnózach IM infarkt myokardu I21 - I22 rok 2006 – 2009 u mužov 41,3; 55,0; 91,55; 82,92; u žien 23,2; 36,2; 58,70; 53,55) a cievnych ochoreniach mozgu I60 – I69; rok 2006 – 2009 u mužov 70,7; 91,1; 106,44; 101,04 a u žien 82,0; 102,8; 121,36; 119,28.

Štandardizovaná miera úmrtnosti na srdcovocievne ochorenia má v posledných piatich rokoch klesajúci charakter u oboch pohlaví, pričom pokles je menej výrazný ako v okolitých krajinách (Česká republika, Poľsko).

Pri nádorových ochoreniach má hrubá miera úmrtnosti u oboch pohlaví stagnujúci charakter, zároveň stagnujúci charakter majú aj úmrtnosti pri jednotlivých typoch maligných nádorov (u mužov – nádory priedušnice, priedušiek a pľúc rok 2006 – 2009 62,2; 61,6; 61,56; 60,47; nádory hrubého čreva rok 2006 – 2009 19,8; 19,3; 20,37; 20,21; nádory rekta a rektosigmoidového spojenia rok 2006 – 2009 19,6; 19,1; 20,25; 19,30; nádory prostaty rok 2006 – 2009 19,2; 19,0; 19,11; 19,22; u žien - nádory prsníka rok 2006 – 2009 25,5; 28,1; 27,0; 26,79; nádory hrubého čreva rok 2006 – 2009 15,4; 15,4; 15,32; 15,05; nádory priedušnice, priedušiek a pľúc rok 2006 – 2009 14,4; 14,7; 15,97; 16,77; nádory vaječníkov rok 2006 – 2009 10,0; 9,3; 9,78; 9,77; nádory tela maternice rok 2006 – 2009 8,0; 9,0; 8,78; 7,58).

Celkové hodnoty incidencie zhubných nádorov – všetky lokalizácie spolu vrátane nemelanómových („iných“) zhubných nádorov kože i vrátane nádorov in situ boli v roku 2005 - 25 423 v tom 13 013 (388,9 - štandardizovaná miera incidencie na 100 000 mužov) u mužov a 12 410 (279,6 štandardizovaná miera incidencie na 100 000 žien) u žien. V porovnaní s rokom 2003, keď bolo zaregistrovaných 24 000 nových ochorení, ide o značné zvýšenie, ktoré možno pripísať popri skutočnom vzostupe aj zlepšeniu ohlasovacej disciplíny v zdravotníckych zariadeniach. Pre porovnanie v roku 2000 sme zaregistrovali 21 887 onkologických ochorení, v tom 11 447 u mužov a 10 440 u žien. Na základe týchto údajov z dlhšieho časového úseku môžeme potvrdiť kontinuálne stúpanie počtov ochorení i hodnôt incidencie u príslušníkov oboch pohlaví (NCZI - Incidencia zhubných nádorov v SR 2005, vyd. 2009). Napriek niektorým pozitívnym zmenám v zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky, z dôvodu preventívnych opatrení je potrebné plnenie Národného programu podpory zdravia v celonárodnom meradle.

1) Preventívne opatrenia zamerané na zníženie výskytu chronických neinfekčných ochorení

Súčasný stav:

V Slovenskej republike je najvyššia úmrtnosť a chorobnosť zapríčinená najmä chronickými neinfekčnými chorobami. V príčinách úmrtnosti chronické neinfekčné ochorenia tvoria viac ako 95 %. Popredné miesto im patrí aj v rebríčku príčin chorobnosti, hospitalizácie a príčin invalidizácie. Väčšina týchto ochorení je dobre preventabilná elimináciou rizikových faktorov. S cieľom zníženia výskytu týchto ochorení a ich následných komplikácií je potrebné identifikovať rizikové faktory v životnom prostredí, pracovnom prostredí, v samotnom správaní sa jednotlivca, v jeho životnom štýle. Ovplyvniteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení, priamo súvisiace so životným štýlom zohrávajú z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva významnú úlohu. Medzi najznámejšie patrí: fajčenie, nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita, nadmerný príjem alkoholu, psychosociálny stres. S týmito faktormi priamo súvisí nadhmotnosť, obezita, diabetes mellitus, metabolický syndróm, hypertenzia a iné. Dôležitá je minimalizácia týchto rizikových faktorov formou primárnej prevencie, ktorá sa dá realizovať iba za predpokladu, že jedinec bude mať záujem o vlastné zdravie.

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce chronické neinfekčné ochorenia patria srdcovocievne ochorenia, nádorové ochorenia, ochorenia tráviacej sústavy, ochorenia pohybového aparátu, z pľúcnych ochorení najmä chronická obštrukčná choroba pľúc a astma a neustále sa zvyšujúci počet ochorení na diabetes mellitus a psychiatrické ochorenia.

Trend štandardizovanej miery úmrtnosti v Slovenskej republike na najčastejšiu príčinu úmrtia - kardiovaskulárne ochorenia je pozitívny. Posledné roky pozorujeme pokles štandardizovanej miery úmrtnosti ako u mužov, tak aj u žien. V európskom kontexte väčší pokles ako Slovensko zaznamenalo Česko a Poľsko. Slovenská republika sa ešte nepribližuje k európskemu priemeru. Zo srdcovocievnych ochorení majú najväčšie zastúpenie ischemická choroba srdca a náhle cievne mozgové príhody. U náhlych cievnych mozgových príhod zaznamenávame mierne klesajúci vývoj u štandardizovanej miery incidencie u oboch pohlaví. Naopak pozvoľný vzostup zaznamenávame u štandardizovanej miery incidencie pri akútnom koronárnom syndróme. Vo vývoji incidencie nádorových ochorení môžeme v poslednom období pozorovať mierny vzostup, čo môže byť aj odrazom predlžujúcej sa strednej dĺžky života u oboch pohlaví. Naproti tomu štandardizovaná miera úmrtností na nádorové ochorenia zostáva takmer nezmenená. V porovnaní so štátmi v Európskej únii v incidencii zhubných nádorov sa nachádzame v lepšej polovici. Vo vekovom zastúpení

do 65 rokov prevažuje počet úmrtí mužov nad ženami, najmä na srdcovocievne a nádorové ochorenia, u žien v tejto vekovej skupine prevažujú úmrtia na nádory. Z pľúcnych ochorení, u ktorých v posledných rokoch zaznamenávame vzostup, je to najmä asthma bronchiale a chronická obštrukčná choroba pľúc. V prípade chronickej obštrukčnej choroby pľúc sme za posledné dva roky nárast ochorení nezaznamenali. V posledných dvadsiatich rokoch výrazne vrástol, takmer sa zdvojnásobil, počet chorých na diabetes mellitus, s tendenciou neustáleho každoročného rastu. S pokračujúcim starnutím populácie sa očakáva ďalšie zvyšovanie počtu chorých na diabetes.

Programy zamerané na prevenciu:

Vzhľadom na nelichotivú situáciu v oblasti výskytu a úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia prijala vláda Slovenskej republiky v roku 2010 *Národný program prevencie ochorení srdca a ciev (NPPOSC) v gescii MZ SR*. Hlavným cieľom NPPOSC je vytvorenie celospoločensky efektívneho systému opatrení zameraného na zníženie incidencie a prevalencie najzávažnejších srdcovocievnych rizikových faktorov, ako aj na redukciiu morbidity a mortality ischemickej choroby srdca, chronického srdcového zlyhávania a náhlejši kardiálnej smrti.

Podľa odborníkov psychiatrické poruchy sú na Slovensku treťou najčastejšou príčinou invalidizácie a sú príčinou 40% chronických ochorení a vytvárajú najväčší počet ľudí žijúcich v invalidite. Je predpoklad, že sa situácia bude zhoršovať v súvislosti so „starnúcou Európou“. Vláda Slovenskej republiky v roku 2004 prijala *Národný program duševného zdravia*. Zámerom Národného programu duševného zdravia je vytvoriť taký systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie a paternalizmu. V Slovenskej republike rastie počet ľudí s metabolickými poruchami (už spomínaný Diabetes Mellitus), ktorý úzko súvisí s nadváhou a obezitou. V roku 2008 bol prijatý Národný program prevencie obezity, pod gesciou Úradu verejného zdravotníctva v Slovenskej republike. Realizujú sa aj ďalšie programy so zameraním na deti a dorast - *Národný program starostlivosti o deti a dorast v SR na roky 2008 – 2015; Národný program prevencie HIV/AIDS – so zameraním na prevenciu HIV/AIDS celej populácie s dôrazom na rizikové skupiny*. Ďalej sa realizuje *Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012 a Národný program kontroly tabaku*, spolu s *Národným akčným plánom na kontrolu tabaku, t.č. v schvaľovacom procese na roky 2012 – 2014*. V pláne úloh vlády Slovenskej republiky je pripravovaný *Národný program*

starostlivosti o ženy, bezpečné materstvo a reprodukčné zdravie vzhľadom na jeho osobité špecifické zameranie a citlivosť problematiky, ktorú bude zastrešovať.

Znižovanie nerovnosti v zdraví sa realizuje prostredníctvom programu „*Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku na roky 2007 – 2015*“, ktorý sa realizuje v rámci pôsobnosti ÚVZ SR a RÚVZ v SR. Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku sa realizuje od marca 2007, v súlade s Uznesením vlády SR č. 680/2007. Koordinátorom programu je ÚVZ SR. Program je zameraný na obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít košického, prešovského, a banskobystrického kraja, v ktorých je zdravotno-hygienická situácia najkritickejšia. Program sa realizuje prostredníctvom terénnej práce KPZV, ktorí pôsobia ako mediátori - zabezpečujú komunikáciu medzi cieľovou skupinou a lekármi, sestrami prípadne pôrodnými asistentkami, verejnými zdravotníkmi, a šíria elementárnu zdravotnú osvetu v komunite. Aktuálne sa program realizuje v 12-tich RÚVZ v SR. V teréne pracuje 30 KPZV – 10 koordinátorov a 20 asistentov koordinátora.

Opatrenia a aktivity zamerané na podporu zdravia a prevenciu ochorení špecificky sa týkajúce rómskej populácie sú zadefinované v schválenom Revidovanom národnom akčnom pláne Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015 na roky 2011 – 2015, ktorý bol prijatý uznesením vlády Slovenskej republiky č.522/2011.

Hlavný cieľ:

- znižovať výskyt rizikových faktorov, ktoré priamo súvisia so životným štýlom jednotlivca.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu:

- edukácia a motivácia obyvateľstva v oblasti zdravého životného štýlu, zameraná najmä na problematiku správnej výživy a optimalizovanie pohybovej aktivity,
- informovanie obyvateľstva o dôležitosti pravidelných preventívnych prehliadok, zvyšovanie počtu pravidelných preventívnych prehliadok, zváženie možnosti zavedenia bonusov pre klientov, ktorí pravidelne absolvujú preventívne prehliadky,
- vytváranie edukačno – intervenčných programov pre obyvateľov, ktoré vedú k vyššej informovanosti o rizikových faktoroch, ktoré môžu sami ovplyvniť,

- štandardizácia diagnostických a liečebných postupov, používaných u chronických neinfekčných ochorení a ich periodická aktualizácia,
- podpora skríningu najčastejšie sa vyskytujúcich nádorových ochorení,
- zisťovanie rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení v poradenských centrách ochrany a podpory zdravia a intervencia podľa stratifikácie klienta v závislosti od výsledkov vyšetrení – od poučenia o ozdravení životného štýlu s kontrolou efektivity pri dodržiavaní odporúčaných zásad až po odoslanie do kuratívy na ďalšiu diagnostiku a liečbu.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti primárnej prevencie chronických neinfekčných ochorení:

- znižovanie podielu výskytu tých rizikových faktorov u obyvateľstva, ktoré súvisia so životným štýlom,
- hodnotenie zdravotného uvedomenia obyvateľov Slovenskej republiky, ktoré sa bude realizovať každých päť rokov (v roku 2012 sa uskutoční prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v Slovenskej republike, z ktorého sa získajú vstupné údaje o rozsahu výskytu rizikových faktorov obyvateľov).

A) Výživa a stravovacie zvyklosti

Súčasný stav:

V Slovenskej republike naďalej pretrváva nízka spotreba ovocia a zeleniny (aj keď podľa štatistického úradu SR v posledných piatich rokoch zaznamenávame mierny nárast spotreby na obyvateľa za rok), pretrváva nízka spotreba mlieka a mliečnych výrobkov, nízka spotreba rýb a výrobkov z rýb pri relatívne vysokej spotrebe mäsa a mäsových výrobkov. Sledovanie príjmu rizikových faktorov výživy sa v Slovenskej republike plní v analýzach anamnestických dát od klientov všetkých poradenských centier ochrany a podpory zdravia na Slovensku, vkladaných do Testu zdravé srdce, v CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) a EHES (European Health Examination Survey) skrínincoch a v rámci projektu "Sledovanie výživového stavu vybraných vekových skupín dospelaj populácie", do ktorého sú zapojené všetky RÚVZ (regionálne úrady verejného zdravotníctva) v SR. Projekt je zameraný na sledovanie výživy vybraných vekových skupín dospelaj populácie, s cieľom získania a zhodnotenia informácií o celkovom vývoji a zmenách

spôsobu a stavu výživy sledovaných populačných skupín, a tým súčasne poskytuje podklady pre regionálne a celoštátne usmerňovanie výživy u obyvateľstva SR. Zo zhrnutí výsledkov stravovacích návykov vybraných skupín populácie vyplynulo, že v stravovaní prevláda zvýšený príjem energie s vysokou spotrebou tukov, bielkovín a soli, čo môže mať priamy dopad na výskyt nadhmotnosti a obezity a na zvýšenú prevalenciu nerovnováhy lipoproteínového metabolizmu v populácii, v závislosti od pohlavia a veku. Boli zaznamenané rozdiely v stravovaní medzi vekovou kategóriou mladších a starších žien. U starších žien bol v stravovaní zaznamenaný vyšší energetický príjem a vyššia spotreba tukov, bielkovín a soli. Stravovanie mladších a starších mužov bolo na báze vyššieho energetického príjmu, vyššej spotreby tukov a vysokej spotreby soli, výraznejšie u mladších mužov. Obidve skupiny výrazne prekračovali odporúčané výživové dávky v sledovaných rizikových faktoroch. Významnejšie rozdiely v energetickom príjme a v príjme sledovaných výživových ukazovateľov pri porovnaní jednotlivých regiónov neboli zaznamenané. Mierne vyššie hodnoty v prípade energetického príjmu, príjmu tukov a soli sa vyskytli v niektorých regiónoch južných častiach Slovenska (Nitriansky, Trenčiansky, Košický, ale aj Prešovský).

V monitorovanej detskej populácii Slovenskej republiky sa energetický príjem udržiava v súlade s odporúčanými výživovými dávkami, no zaznamenáva sa významná nepriaznivá bilancia pomeru základných živín s výraznými rozdielmi v rámci regiónov Slovenskej republiky. Alarmujúci je príjem kuchynskej soli, ktorý 3,5 násobne prevyšuje súčasné odporúčania. Uvedené negatívne zistenia môžu mať nepriaznivé dôsledky na rast a vývoj detí a súčasne predstavujú zvýšené riziko porúch funkcie organizmu a vzniku chorôb. Potvrdzujú to aj zistenia z monitoringu stravovacích zvyklostí súboru detí a to hlavne zistenia vysokej proporcie detí (viac ako 1/3) hodnotených ako prehypertenzných a hypertenzných, ako aj korelačný vzťah medzi hodnotami krvného tlaku a BMI (body mass index). Tiež distribúcia v súbore detí podľa percentilov BMI, kde bolo zistené, že 80 % detí vykazuje normálnu hmotnosť a 20 % detí má hmotnosť problémovú, kde necelé 3 % detí sú hodnotené ako obézne a veľmi chudé a zhodne po 7 % sú deti zaradené ako preobézne a chudé.

Výskyt nadváhy a obezity podľa výsledkov skríningu CINDI programu z rokov 1993, 1998, 2003 a 2008 sa pri vekovej štandardizácii u 25 – 65 ročných mužov postupne zvyšoval. V roku 2008 tvoril výskyt obéznych mužov podľa BMI 20,5 %, počet mužov s nadváhou sa nemenil (48 %), u žien obe hodnoty zostávajú približne rovnaké – v roku 2008 sa počet žien s nadváhou pohyboval okolo 36 %, počet žien s BMI v pásme obezity bol okolo 20 %.

Hlavné ciele:

- zvyšovať informovanosť obyvateľov o zdraví prospešných potravinách,
- dosiahnuť zníženie existujúceho deficitu v príjme pozitívnych nutrientov vo výžive a súčasne dosiahnuť zníženie rizikových faktorov výživy,
- prijať a presadzovať odporúčané výživové dávky pre obyvateľov Slovenskej republiky a z nich odvodenú odporúčanú spotrebu potravín v súlade so súčasnými vedeckými odporúčaniami a s legislatívnymi normami,
- presadzovať nové koncepcie rozvoja všetkých foriem spoločného stravovania obyvateľstva, najmä školského stravovania, v zariadeniach sociálnych služieb, zamestnancov na pracoviskách a tiež v zariadeniach spoločného stravovania reštauračného typu.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu (súvisiace s Programom ozdravenia výživy obyvateľov SR, s Národným programom prevencie obezity a pod.):

- edukácia obyvateľov a presadzovanie zásad správnej výživy, s cieľom zvyšovať celkové uvedomenie a pochopenie vplyvu výživy a kladného pôsobenia preventívnych zásahov do výživy a režimu stravovania na zdravie človeka,
- výchova a vzdelávanie obyvateľov, s cieľom zlepšiť stravovacie návyky u všetkých vekových skupín. Edukácia s výrazným zameraním na detskú populáciu umožní efektívnejším spôsobom vplývať na dospelú populáciu,
- rozvíjanie programov podpory zdravia so zameraním na rôzne vekové skupiny s cieľom monitorovania výživových zvyklostí a zlepšenia výchovy a informovanosti konzumentov v oblasti správnej výživy,
- ekonomické (prostredníctvom diferencovaných sadzieb spotrebných daní a dotačnou politikou podporujúcou produkciu slovenských pestovateľov aj zainteresovanie predajcov, prípadne reťazcov), zvýhodňovanie cenovej dostupnosti a tým aj prítlačivosti a konzumácie vhodných potravín (ovocia, zeleniny a strukovín, výrobkov z celozrnných obilnín, mlieka, rýb), finančná dostupnosť školského stravovania pre všetky sociálne skupiny.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti výživy:

- zvýšenie podielu obyvateľov preferujúcich zásady správnej výživy

(v roku 2012 sa uskutoční prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v Slovenskej republike, kde sa získajú vstupné údaje o stravovacích zvyklostiach obyvateľov),

- zapojenie Slovenskej republiky do Európskeho projektu MENU, ktorý má zabezpečiť objektivizáciu spotreby potravín jednotlivými skupinami obyvateľstva v jednotlivých členských krajinách EÚ,
- zabránenie nárastu počtu obéznych obyvateľov a obyvateľov s nadváhou vo všetkých vekových skupinách.

B) Fyzická inaktivita, dôležitosť podporovania fyzickej aktivity

Súčasný stav:

Fyzická inaktivita alebo sedavý spôsob života sú spojené s celým radom chorobných stavov. Fyzická inaktivita sa stala významným rizikovým faktorom obezity a chorôb, ku ktorým vedie: kardiovaskulárnych chorôb vrátane zvýšeného krvného tlaku, cievnych mozgových príhod, non-inzulín-dependentného diabetes mellitus, funkčných a degeneratívnych porúch pohybového ústrojenstva a osteoporózy. Fyzicky nečinní ľudia majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť ochorieť na kardiovaskulárne choroby ako fyzicky aktívni ľudia. Lekárske štúdie dokazujú, že aj mierne pohybové aktivity, ktorým sa človek venuje denne, môžu mať dlhotrvajúci blahodarný účinok. Za predpokladu, že pohybová aktivita je systematická, pravidelná, dostatočne intenzívna a primerane dlho trvajúca, pozitívne ovplyvňuje zdravie človeka, čo sa prejaví v zlepšenej výkonnosti celého organizmu. Telesná aktivita má pozitívny vplyv: zlepšuje výkonnosť svalov, vrátane srdcového svalu, pozitívne ovplyvňuje lipidový metabolizmus, znižuje riziko vzniku obezity, diabetu a zvýšeného tlaku krvi, zlepšuje psychickú kondíciu človeka a znižuje riziko výskytu neželateľných návykov akými sú drogová alebo hráčska závislosť, fajčenie a alkoholizmus. Štúdie poukázali na to, že asi 70 % i viac percent mužov i žien vo všetkých vekových skupinách žije pod úrovňou takej fyzickej činnosti, ktorá by vo významnej miere prispela k zdraviu. Telesná aktivita vo voľnom čase si už získava popularitu. Štúdie naznačujú významný vzostup fyzickej aktivity počas voľného času. Avšak iba 20 % populácie cvičí na úrovni odporúčanej pre kardiovaskulárnu pohodu (Prevenencia v primárnej starostlivosti – CINDI, WHO World Health Organization 2000).

Pravidelná fyzická aktivita je základom zmeny životného štýlu, pomáha prekonať ďalšie zmeny, najmä nutričné, nefajčenie a zvládanie stresu. Pravidelná fyzická aktivita zvyšuje fyzickú pracovnú kapacitu, alebo zdatnosť, definovanú ako „schopnosť vykonávať

fyzickú aktivitu na miernej až ťažkej úrovni bez nadmernej únavy a spôsobilosť udržať si takúto schopnosť počas celého života“ (Egnerová A., Krak J., Epidemiológia neinfekčných chorôb, 2001).

Zníženie rizikových faktorov v súvislosti s fyzickou činnosťou sa zdá byť úmerné stupňu intenzity telesného cvičenia. Skúsenosti poukazujú na to, že väčšina ľudí by mohla ťažiť z podpory zvyšovania úrovne svojej fyzickej činnosti.

Výsledky z monitoringu pohybových aktivít detskej populácie Slovenskej republiky ukázali, že so stúpajúcim vekom stúpa podiel detí so sedavými aktivitami a predlžuje sa čas trvania sedavých činností typu pozerania televízie, práce alebo hrania sa pri počítači a samozrejme učenia. Až 97,8 % detí trávi čas pozeraním televízie v priemere viac ako jednu hodinu 51 minút, pri počítači viac ako jednu hodinu 10 minút. Podľa zisteného priemerného energetického koeficientu sú deti mladšieho školského veku štatisticky významne menej pohybovo aktívne než deti predškolského veku.

Výsledky zo skríningu CINDI programu z roku 2008 poukazujú na to, že naďalej pretrváva vysoký podiel obyvateľov (dospelá populácia) nevenujúcich sa pohybovej aktivite vo voľnom čase. Vo voľnom čase až 27 % mužov a 32 % žien sa nevenuje žiadnej pohybovej aktivite. Tieto výsledky korelujú s vysokým výskytom nadváhy a obezity, osôb s vysokou hladinou celkového cholesterolu a nízkou hladinou HDL cholesterolu. Napríklad pri stanovovaní WHR Waist to Hip Ratio indexu (obvod pása: obvod bokov, rizikovní muži: $WHR > 0,9$; rizikové ženy: $WHR > 0,8$) analyzovaní muži, ktorí boli vo voľnom čase pasívni (čítam, pozerám TV, robím veci, ktoré nevyžadujú fyzickú aktivitu) mali až v 72 % index nad 0,9, u žien to bolo v 55 %, u mužov sa zistila signifikantná závislosť voľnočasových aktivít s WHR indexom ($p=0,009$) u žien to nebolo signifikantné. Intenzita fyzickej aktivity tých respondentov, ktorí sa jej venovali vo voľnom čase, bola vo veľkom percente ľahká (44,8 % - muži, 49,4 % - ženy). V skríningu CINDI programu z roku 2008 sa potvrdil vplyv nedostatočnej aktivity na zvýšenie obvodu pása a výskyt iných rizikových faktorov hlavne u mužov. Pri udaní príčiny, prečo nešportujú, väčšina respondentov nešportuje preto, lebo nemá čas, 9 % mužov to nepokladá za nutné, 9,4 % žien nemá na šport podmienky.

Podporovanie fyzickej aktivity ako súčasť preventívnych opatrení v primárnej prevencii sa zameriava skôr na aktivity vo voľnom čase ako na aktivity pri výkone zamestnania. Je však potrebné vytvárať aj na pracoviskách a v školách podmienky podporujúce pohybovú aktivitu – zamerané nie len na podporu aktívnej dopravy do práce a do školy (miesta na uloženie bicyklov, možnosť osprchovať sa a prezliecť), ale aj na telovýchovné chvíľky kompenzujúce sedenie v školských laviciach, alebo jednostranné pracovné zaťaženie. Osobitná pozornosť

musí byť venovaná deťom oslobodeným od riadnej školskej telesnej výchovy, ktoré nemajú posedávať na lavičke, ale musia sa venovať kompenzačným či liečebným cvičeniam podľa svojej diagnózy. Hodiny osobitnej telesnej výchovy môžu byť aj v inom čase v školskom rozvrhu, než riadna TV, ale v rovnakej časovej dotácii (t. j. vyučovacia hodina 3 x týždenne), prípadne ak takéto riešenie škola zabezpečí nedokáže, majú zdravotne oslabení žiaci vykonávať svoje osobitné cvičenia v rámci normálnej hodiny TV prelečení do cvičebného úboru. Ďalšie konkrétne opatrenia, ktoré by zvýšili pohybovú aktivitu sú: - sprístupnenie športovísk a školských telocviční mimo vyučovacích hodín a cez prázdniny celým rodinám (napr. deťom, ktoré danú školu navštevujú a ich rodičom), - v plavárňach zväčšiť počet hodín určených pre verejnosť, - vybudovať nové cyklistické chodníky a urobiť parkovacie miesta pre bicykle pri školách a úradoch, - dokončiť už existujúce cyklistické trasy, ktoré „slepo“ končia, - nerozpredávať školské dvory a ihriská súkromníkom, ktorí vyčlenia pre školu len kúsky vybetónovaných plôch a verejnosť a deti už vôbec nemajú prístup na „súkromné novovybudované športovisko“. Podporovať finančne i materiálne verejnosti prístupné športoviská, - podporovať športové krúžky na školách a pri centrách voľného času, lebo súkromné športové kluby sa zameriavajú iba na nábor tých „perspektívnych“ a po výbere najlepších ostatné deti vylúčia - tie sú potom demotivované a sklamané a so športovaním nadobro skončia.

Hlavný cieľ:

- vytvárať podporné fyzické, sociálne a kultúrne prostredie pre realizáciu činností, ktoré zvýšia pohybovú aktivitu a fyzickú zdatnosť populácie.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu:

- aktivity VÚC (vyšších územných celkov) v spolupráci s RÚVZ v SR – organizácia festivalov, mítingov, stretnutí so zameraním na pohybovú aktivitu, spojených s propagáciou pohybovej aktivity rôzneho druhu a zapojením sa čo najširšej verejnosti do uvedených činností,
- edukácia obyvateľstva o benefítoch zdraviu prospešnej pohybovej aktivity (s osobitným zameraním na vybrané rizikové skupiny populácie),
- budovanie materiálno-technických podmienok pre zlepšenie možností zvýšenia pohybovej aktivity obyvateľstva,

- vytváranie a zlepšovanie existujúcej infraštruktúry pre bezpečné možnosti aktívnej dopravy a rekreačného športovania, organizačné opatrenia, zlepšujúce prevenciu úrazov,
- v spolupráci s MŠVVaŠ (Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu) SR zabezpečiť rozširovanie a zefektívňovanie dostupnosti športovísk, budovanie nových zariadení slúžiacich na pohybové aktivity všetkých vekových skupín obyvateľstva,
- v spolupráci s MŠVVaŠ SR organizovanie športových podujatí pre všetky vekové skupiny, uľahčovanie ich dostupnosti, využiteľnosti a zároveň zvyšovanie informovanosti obyvateľstva so zameraním na motivovanie k pohybovej aktivite a zlepšovanie spôsobu života,
- zvýšenie pohybovej aktivity u obyvateľstva - konkrétne programy a projekty, ktoré sa realizujú so zameraním na zvýšenie pohybovej aktivity u obyvateľstva – vrátane turistických a cyklistických podujatí organizovaných VÚC, športovými zväzmi a organizáciami,
- v spolupráci s MŠVVaŠ SR otvorenie športovísk, školských ihrísk a telocviční verejnosti, organizovanie spoločných športových aktivít rodičov s deťmi,
- využívanie mienkotvorných médií a všeobecne rešpektovaných osôb (aj bulvár a tzv. celebrity) na propagáciu konkrétnej dennej pohybovej aktivity, programu,
- zvyšovanie pohybovej aktivity u seniorov v zariadeniach sociálnych služieb, formou spoločných prechádzok do prírody, cvičeniami pod vedením cvičiteľa, návštevou kultúrnych pamiatok a pod.).

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti pohybovej aktivity:

- zvýšenie podielu obyvateľov venujúcich sa odporúčanej a primeranej pohybovej aktivite (v roku 2012 sa uskutoční prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v Slovenskej republike, kde sa získajú vstupné údaje o rozsahu, intenzite pohybovej aktivity opýtaných obyvateľov),
- zabránenie nárastu počtu obéznych obyvateľov a obyvateľov s nadváhou vo všetkých vekových skupinách.

C) **Tabak , alkohol, drogy**

Fajčenie má zdravotné, ekonomické a sociálne následky. Považuje sa za závažný verejno – zdravotnícky problém. Fajčenie je zároveň najdôležitejší preventabilný rizikový faktor viacerých chorôb. Prevencia fajčenia a zanechanie fajčenia sú dve najefektívnejšie stratégie pre zlepšenie zdravia spoločnosti (Egnerová A., Epidemiológia neinfekčných chorôb, 2001). Napriek tomu, že ľudia sú informovaní o rizikách fajčenia a uvedomujú si škodlivosť fajčenia, viac ako 36 % ľudí na Slovensku fajčí (Ochaba R., Bielik I., Rovný I., Základy kontroly tabaku a alkoholu, 2008). Známy je príčinný vzťah fajčenia a niektorých druhov nádorových ochorení, tak isto je vo verejnosti známy aj škodlivý vplyv fajčenia na kardiovaskulárny systém, špeciálne na cievny systém a škodlivé pôsobenie na celý dýchací systém. Nezanedbateľné sú aj zdravotné dôsledky pasívneho fajčenia na ľudský organizmus.

Fajčenie cigariet predstavuje na základe viacerých štúdií vstupnú drogu na užívanie alkoholu a ostatných návykových látok. Z tohto hľadiska je preto pravidelné, ale aj nepravidelné fajčenie detí a mládeže spojené s rizikom užívania alkoholu a drog (Ochaba R., Bielik I., Rovný I., Základy kontroly tabaku a alkoholu, 2008, Hrubá, 1999; Csémy, 1999, atď.).

Súčasný stav :

Podľa ŠÚ SR, prieskumu verejnej mienky v roku 2006, tvorí podiel fajčiarov, ktorí fajčia denne 13 %, príležitostne 25 %. Podiel nefajčiarov tvoril 62 %, čo bol mierny nárast oproti uplynulému obdobiu. U mládeže vo veku 15 – 29 rokov je situácia v poslednom období nemenná. U tejto skupiny nedochádza k nárastu nefajčiarov. Z prieskumov ESPA a TAD, pre deti školského veku, napr.: výskyt prvej skúsenosti s tabakom vzrástol u 11 – 14-ročných žiakov z tretiny na polovicu, pričom do roku 2002 bol významne vyšší u chlapcov, ako u dievčat (v roku 1994: 45,9 verzus 25,0 %; v roku 1998: 58,4 verzus 42,3 %; v roku 2002: 57,8 verzus 41,7 %). V roku 2006 nastal pokles a rozdiel medzi pohlaviami sa znížil (49,8 verzus 38,3 %), keďže pokles u dievčat bol v roku 2006 menší ako u chlapcov. Tento trend pokračoval aj v roku 2010 najmä u chlapcov, ktorí sa dostali nižšie ako boli v roku 1994, ale menej u dievčat, kde tento výskyt už zostal na rádovo vyššej úrovni (44,9 verzus 37,1 %).

Zo skríningu CINDI programu z roku 2008 vyplýva, že až 22 % dospeléj populácie v Slovenskej republike (od 15 – 64 rokov) pravidelne fajčí, z toho viac mužov (26,17 %) ako žien (16,03 %). Vo vekovom zložení je u mužov najviac zastúpená veková skupina 45 - 54

a 35 – 44 rokov. U žien na otázku „ste pravidelný fajčiar“ odpovedalo kladne až 20,29 % vo vekovej skupine 15 – 24 ročných. Z opytovaných respondentov 30,79 % odpovedalo kladne, či žije v rodine, kde niekto pravidelne fajčí a viac ako polovica - 56,81 % odpovedalo kladne na otázku „fajčí, alebo fajčil niektorý z vašich rodičov?“ Od roku 1993 (kedy sú prvé údaje zo CINDI projektu v Slovenskej republike) pri zisťovaní vo vekovo – štandardizovanej prevalencii fajčenia, muži 25 – 65 rokov, klesla prevalencia fajčenia z 34,9 % na 26,1 % u mužov, u žien v tejto vekovej štruktúre bol pokles minimálny (z 17,8 % na 16,3 %).

Nadmerné užívanie alkoholu:

Medzi konzumom alkoholu a rozličnými fyzickým účinkami, psychickými a psychiatrickými poruchami a sociálnym poškodením existuje vzťah dávka – odpoveď. Alkohol poškodzuje gastrointestinálny, nervový a reprodukčný systém. Nadmerné pitie sa spája s cirhózou pečene, niektorými druhmi rakoviny, je spojené so zvýšeným rizikom náhlej cievnej príhody mozgu, s vysokým tlakom krvi, so zvýšeným výskytom kardiomyopatie a porúch srdcového rytmu. Miera rizika škodlivého užívania alkoholu sa líši v závislosti od veku, pohlavia a ďalších biologických charakteristík konzumenta a prostredia. Nadmerná konzumácia alkoholu je jedným z hlavných rizikových faktorov, ktorému sa dá predchádzať. Škodlivé užívanie alkoholu býva tiež spájané s niektorými infekčnými chorobami ako je HIV/AIDS, tuberkulóza a zápal pľúc. Výrazný podiel, ktorý je prisudzovaný nadmernému užívaniu alkoholu vyplýva z nechcenej aj úmyselnej ujmy na zdraví, napríklad pri dopravných nehodách, násilnom chovaní alebo v dôsledku samovrážd. Škodlivé užívanie alkoholu narušuje rozvoj jednotlivca a celej spoločnosti. Môže zničiť život jednotlivým osobám, rozbiť rodiny a poškodiť základné štruktúry ľudskej spoločnosti. Najmä mladí ľudia konzumáciou alkoholu strácajú zábrany, zvyšuje sa promiskuita a neželané tehotenstvá.

Konzumáciu alkoholických nápojov na obyvateľa za rok zobrazuje tabuľka č. 1.

Tabuľka č.1 Spotreba vybraných druhov potravín a alkoholických nápojov (na obyvateľa/rok)

Druh potravín	Merná jednotka	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nealkoholické nápoje	liter	170,5	167,0	183,0	213,1	242,2	251,5
Alkoholické nápoje:							
Pivo	liter	89,5	82,4	80,0	81,0	82,4	82,1
Víno	liter	13,2	13,3	11,8	15,5	13,7	14,2
Liehoviny (40%)	liter	7,4	8,7	11,2	9,0	10,8	10,5

Zdroj údajov: Štatistický úrad Slovenskej republiky

Súčasný stav:

Z výsledkov výskumu ESPAD, ktoré sú alarmujúce, napr.: prvú skúsenosť s tromi základnými druhmi alkoholu uvádza pri pive vyše 80 % žiakov; pri víne vyše 70 %;

pri liehovinách vyše 60 % až do roku 2006, kedy sa rast spomaľuje alebo stabilizuje. V roku 2010 však nastáva pokles, pri víne pod 70 %, pri liehovinách pod 60 %.

Skúsenosť s účinkami alkoholu v zmysle podnapitosti u 11 – 14-ročných rástla a dlho bola významne častejšia u chlapcov (v roku 1994: 17,6 verzus 7,3 %; v roku 1998: 17,2 verzus 9,7 %; v roku 2002: 25,3 verzus 17,7 %). Pozoruhodné je, tak ako pri cigaretách, že dievčatá v roku 2006 zreteľne „dobiehajú“ chlapcov (podnapitosť u chlapcov: 22,4 %, kým u dievčat 18,5 %), čo platí ešte viac pre rok 2010, v ktorom sa už pomer prakticky vyrovnáva (chlapci 19,8 %, dievčatá 19,1 %).

V skríningu CINDI programu z roku 2008 na frekvenciu pitia alkoholu odpovedali respondenti nasledovne: viac ako 7 % uviedlo, že každý deň alebo takmer denne pije pivo (mužov viac ako 15 %), pritom len 32,44 % mužov pivo nepije vôbec. Veľké percento mužov pije pivo denne, takmer denne alebo 1 – 2 krát týždenne – takmer polovica mužov. Zo štúdie je zjavné, že pivo pijú vo veľkom percente aj mladí ľudia vo veku 15 – 24 rokov a to denne, takmer denne a 1 - 2 krát do týždňa takmer 38 %, víno pijú mladí ľudia v 17,3 % a tvrdý alkohol v 21 % v spomínanej frekvencii. Na otázku, koľko alkoholu ste vypili za ostatný týždeň (7 dní) 66,3 % mužov a 84,7 % žien odpovedalo, že nepilo tvrdý alkohol, 58,7 % mužov a 63,5 % žien žiaden pohár vína, 42,5 % mužov a 80,7 % žien žiadnu fľašu piva. I keď sa tieto údaje javia ako značne podhodnotené, fakt hodný zreteľa je, že 44,4 % chlapcov 15 - 24 ročných udalo pitie piva za ostatný týždeň a z toho 7,5 % vypilo 10 fliaš piva za ostatný týždeň.

Hlavné ciele:

- zefektívniť preventívne opatrenia zamedzujúce konzumáciu alkoholu, fajčenie a užívanie drog najmä medzi mládežou,
- znížiť škody, spôsobené fajčením, nadmerným užívaním alkoholu a užívaním drog,
- zvýšiť dostupnosť a skvalitniť informácie o rozsahu poškodenia, ujmy spôsobenej fajčením, nadmerným užívaním alkoholu a užívaním drog a o efektívnych intervenciách vedúcich k obmedzeniu a prevencii takej ujmy, poškodenia,
- venovať pozornosť niektorým skupinám obyvateľov, ktorí sú vystavení zvýšenému riziku poškodenia zdravia v dôsledku fajčenia, nadmerného užívania alkoholu a užívania drog (k zvýšenému riziku sú vystavené deti, dospievajúca mládež, ženy v plodnom veku, tehotné a kojace, ale tiež skupiny obyvateľstva žijúce v lokalitách koncentrovanej chudoby a sociálneho vylúčenia),

- zvýšiť celospoločenské povedomie o rozsahu a povahe zdravotných, sociálnych a ekonomických problémov spôsobených škodlivým užívaním alkoholu, tabaku a užívaním drog a prijímať opatrenia zamerané na riešenie tejto problematiky.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu (alkohol, fajčenie, drogy):

- realizovanie preventívnych opatrení, ktoré znižujú možnosť vzniku závislostí a iných závažných poškodení v dôsledku pitia alkoholu, fajčenia a užívania drog,
- zefektívnenie komunikácie všeobecných lekárov aj všetkých zdravotníckych pracovníkov, vrátane pracovníkov poradenských centier ochrany a podpory zdravia o problémoch súvisiacich s alkoholom a fajčením – zvýšenie motivácie občanov k zmene správania v pití alkoholických nápojov a k fajčeniu,
- meniť zdravotné uvedomenie, postoje a sociálne stereotypy s akceptáciou slobodného práva človeka vybrať si nepitie alkoholických nápojov a nefajčenie,
- zavedenie sociálneho marketingu v oblasti podpory nefajčenia a obmedzenia nadmerného užívania alkoholu,
- navrhovanie právnych úprav s cieľom zlepšenia ochrany nefajčiarov a podpory nefajčenia a obmedzenia nadmernej konzumácie alkoholických nápojov na verejných miestach,
- rozširovanie siete poradenských zariadení na odvykanie od fajčenia,
- tvorba edukačných materiálov pre rodičov, pedagógov a zdravotníckych pracovníkov týkajúcich sa problematiky fajčenia, nadmerného užívania alkoholických nápojov a drog,
- intenzívne využitie mienkotvorných médií a všeobecne rešpektovaných osôb (aj bulvár a tzv. celebrity) na propagáciu života bez cigariet, alkoholu a drog – nefajčiť je moderné, in, s dôrazom na cieľovou skupinou akceptovateľné dôvody (financie, smrad, žlté zuby, impotencia, vrásky, sexuálna príťažlivosť),
- podporovanie preventívnych programov, zameraných na škodlivosť fajčenia, užívania alkoholu a drog, podporovanie preventívnych programov zameraných na zmysluplné využívanie voľného času v spolupráci s MŠVVaŠ SR
- podporovanie celosvetovej súťaže „Quit and win“ v Slovenskej republike, zameranej na obyvateľov, ktorí chcú prestať s fajčením.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti zníženia spotreby tabaku, alkoholu a drog:

- zvýšenie podielu obyvateľov, ktorí prestali fajčiť a v nadmernej miere konzumovať alkoholické nápoje (v roku 2012 sa uskutoční prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v Slovenskej republike, kde sa získajú vstupné údaje o počte, rozsahu, intenzite fajčenia a nadmerného užívania alkoholických nápojov u obyvateľov),
- zabránenie zvyšovaniu sa počtu tých, ktorí pravidelne fajčia a nadmerne užívajú alkoholické nápoje najmä z radov detí a mládeže.

D) Vytváranie zdravých pracovných a životných podmienok

➤ pracovné prostredie,

Kvalitná pracovná zdravotná služba – zdravé pracovné podmienky pre zamestnancov

Súčasný stav:

Pracovné prostredie, pracovné podmienky a spôsob práce sú významnými determinantami, ktoré ovplyvňujú verejné zdravie svojím vplyvom na zdravie pracujúcej populácie. Budovanie systému pracovnej zdravotnej služby (PZS) v SR prebieha od roku 2006 schválením legislatívneho rámca ustanovením povinnosti zamestnávateľa mať PZS ako poradnú službu v oblasti ochrany zdravia pri práci, výkonom zdravotného dohľadu a zdefinovaním odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú PZS. Jej prvoradým cieľom je pomáhať zamestnávateľovi zabezpečiť ochranu zdravia zamestnancov na pracovisku s dôrazom na prevenciu chorôb z povolania a udržanie zdravotnej spôsobilosti zamestnancov v priebehu ich zamestnania. Budovanie systému PZS v SR prebieha od r. 1996 schválením legislatívneho rámca pre zabezpečenie PZS u zamestnávateľa. K významnému posunu došlo v r. 2006 legislatívnym zdefinovaním rozsahu činnosti PZS a odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov, ktorí ju vykonávajú. Vytvorenie funkčného systému pracovných zdravotných služieb v SR je jedným z hlavných predpokladov na zlepšenie zdravotného stavu a kvality života pracujúcej populácie.

Zabezpečenie účinnej prevencie profesionálnych ochorení pre zamestnancov prostredníctvom PZS podporuje aj Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá na svojom 6. Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 2007 schválila Globálny akčný plán týkajúci sa zdravia zamestnancov na r. 2008 – 2017, v ktorom nabáda členské štáty, aby smerovali svoje úsilie na plné pokrytie všetkých zamestnancov PZS za účelom zabezpečenia primárnej

prevencie profesionálnych ochorení a ochorení súvisiacich s prácou. Jedným z hlavných cieľov Globálneho akčného plánu je „zlepšenie činnosti a dostupnosti PZS“. Najvýznamnejšou skupinou zamestnancov, u ktorých má vykonávať zdravotný dohľad PZS, a u ktorých sa vykonávajú aj lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci, sú zamestnanci vykonávajúci rizikové práce. Rizikové práce vykonáva v súčasnosti cca 5 % zo všetkých ekonomicky činných osôb v SR.

PZS u väčšiny zamestnávateľov zabezpečujú dodávateľsky právnické osoby alebo fyzické osoby – podnikatelia, ktoré disponujú oprávnením na výkon tejto činnosti. Oprávnenie na výkon činnosti PZS vydáva Úrad verejného zdravotníctva SR po splnení podmienok, ktorých dodržiavanie priebežne kontroluje. Regionálne úrady verejného zdravotníctva sledujú plnenie povinností zamestnávateľa vyplývajúcich z platných právnych predpisov v oblasti ochrany zdravia pri práci, na ktorých sa podieľa PZS výkonom zdravotného dohľadu u zamestnancov. Orgány verejného zdravotníctva hodnotia u zamestnávateľa aj spracovanie problematiky ochrany zdravia pri práci v dokumentoch, na vypracovaní ktorých sa podieľa PZS.

Hlavné ciele:

- zefektívniť činnosť PZS,
- presadzovať kvalitu pri výkone činností PZS,
- sledovať zabezpečenie PZS u zamestnávateľov v SR,
- podporovať zdravý životný štýl na pracoviskách.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu:

- systematická kontrola výkonu činnosti PZS u zamestnávateľa, aj prostredníctvom sekundárnej kontroly plnenia povinností zamestnávateľa v oblasti ochrany zdravia pri práci,
- odborné poradenstvo orgánov verejného zdravotníctva pre zamestnávateľa v súvislosti so zabezpečovaním PZS,
- kontrola plnenia podmienok na výkon PZS,
- kontrola kvality činnosti PZS,
- posilnenie legislatívneho rámca pre kontrolu kvality činnosti PZS prostredníctvom RÚVZ v SR,

- zavádzanie pohybovej aktivity na pracoviskách – organizovanie Dní zdravia na pracoviskách a pod.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti pracovného prostredia:

- znižovanie zdravotných rizík v pracovnom prostredí zamestnancov,
- udržanie klesajúceho trendu výskytu chorôb z povolania.

➤ životné prostredie

Súčasný stav v životnom prostredí a základné ciele: V súvislosti s ochranou životného prostredia je hlavným cieľom implementácia záverov z 5. ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví konanej v Parme a minimalizácia rizík vyplývajúcich zo životného prostredia a následná ochrana zdravia ľudí, najmä detí a mladistvých. Dôraz sa kladie na prioritné oblasti, ktoré budú zapracované do aktualizácie Akčného plánu pre životné prostredie a zdravie obyvateľov Slovenskej republiky (NEHAP IV.). Znečistené vnútorné ovzdušie sa v súčasnosti považuje za jeden z najvýznamnejších determinantov určujúcich kvalitu životného prostredia a verejného zdravia nielen na Slovensku. Slovenská republika je v súčasnej dobe zapojená do medzinárodného projektu SINPHONIE, ktorý je príkladom medzinárodnej spolupráce európskych krajín pri tvorbe a implementácii politík zameraných na zlepšovanie životného prostredia a zdravia obyvateľov s dôrazom na detskú populáciu. Projekt umožní rozšíriť súčasné spektrum poznatkov v oblasti expozície znečisťujúcimi látkami vo vnútornom prostredí škôl a prispieť tak k vývoju nových postupov zameraných na redukciu tohto znečistenia. Medzinárodný projekt SEARCH II. realizovaný na 10 základných školách na Slovensku umožní rozšíriť súčasné spektrum poznatkov v oblasti vplyvu vnútorného prostredia škôl na zdravie žiakov, energetickej efektívnosti školských budov a nezávislého pohľadu žiakov na problematiku kvality vnútorného prostredia v školách. Pri neustálom zvyšovaní sa alergických prejavov u obyvateľstva je nutné zabezpečiť kontinuitu kvalitného peľového monitoringu, rozširovať možnosti medializácie peľového spravodajstva a využitím získaných výsledkov prispievať k zlepšeniu životných podmienok. Tieto informácie poskytuje peľová informačná služba (PIS). V Európe je peľový monitoring zabezpečovaný prostredníctvom siete staníc PIS. Na Slovensku bola v roku 2006 obnovená funkčná sieť monitorovacích staníc PIS pod gestorstvom verejného zdravotníctva. Koordináciu činnosti PIS v SR v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zabezpečuje RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici.

Základný cieľ:

- implementácia záverov z 5. ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví konanej v Parme a minimalizácia rizík vyplývajúcich zo životného prostredia a následná ochrana zdravia ľudí, najmä detí a mladistvých.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu:

- intenzívne zapájanie sa do medzinárodných projektov, ktoré sledujú najvýznamnejšie determinanty, určujúce kvalitu životného prostredia a verejného zdravia nielen na Slovensku,
- naďalej zvyšovanie informovanosti o vyskytujúcich sa rizikách, ktoré ovplyvňujú zdravie a prispievajú k vytváraniu nezdravého životného prostredia,
- rozšírenie siete staníc PIS v SR, zvyšovanie kvalifikácie a odborného kreditu pracovníkov, riešenie možnosti eliminácie najvýznamnejších alergénov, venovanie pozornosti inváznym druhom – informovať verejnosť,
- riešenie výsadby vhodnej zelene na úrovni samospráv, udržiavania a kosenia trávnatých porastov, eliminácia neudržiavaných plôch, na ktorých rastú burinné spoločenstvá (veľké množstvo alergologicky významných druhov),
- spolupodieľanie sa na vypracovaní a otestovaní jednotného rámca pre hodnotenie expozície populácie voči chemickým znečisťujúcim látkam pochádzajúcim zo životného prostredia, a to pomocou kľúčových modelových látok. (Tento rámec môže byť v budúcnosti použitý na určenie expozície populácie voči iným látkam, čím sa posilní schopnosť vykonávať medzinárodné porovnávanie po celej Európe),
- sledovanie hlukovej záťaže obyvateľstva, podporovanie a realizovanie opatrení zameraných na jej znižovanie, zvyšovanie povedomia obyvateľstva o škodlivých účinkoch hluku na zdravie ľudí v nadväznosti na národnú legislatívu ako aj európsku politiku boja proti hluku.

2) Preventívne opatrenia vedúce k znižovaniu výskytu infekčných ochorení

Súčasný stav:

Epidemiologickú situáciu v Slovenskej republike možno celkovo hodnotiť ako priaznivú. V roku 2010 bolo z celého územia SR individuálne hlásených o 6,4 % prenosných ochorení viac ako v roku 2009. Vzostup počtu hlásených ochorení bol spôsobený pokračovaním hlásenia jednotlivých prípadov chrípky laboratórne potvrdených ako

aj závažných akútnych respiračných infekcií SARI. Na vzostupe počtu hlásených prípadov sa podieľal aj zvýšený výskyt pertussis a varicely a epidemický výskyt vírusových hepatítid, najmä typu A. Naďalej pretrvávajú vysoký výskyt chronických vírusových hepatítid a to najmä VHC s vysokou proporciou výskytu u osôb s pozitívnou drogovou anamnézou u nezamestnaných.

Dôsledným plnením Imunizačného programu je v súčasnosti výskyt väčšiny ochorení preventabilných očkovaním nízky. Vďaka vysokej zaočkovanosti detí došlo už v roku 1960 k eliminácii detskej obrny a novorodeneckého tetanu. Posledné ochorenie na záškrť bolo hlásené v roku 1980. K významnému poklesu chorobnosti na vírusovú hepatitídu typu B (VHB) došlo od zavedenia pravidelného povinného očkovania dojčiat v roku 1998. Po zavedení očkovania dojčiat proti hemofilovým invazívnym infekciám v roku 2000 došlo taktiež k ich výraznému poklesu. Možno konštatovať, že uvedené ochorenia sú ukazovateľom zdravotného stavu obyvateľov a našim cieľom je naďalej udržiavať priaznivý trend ich výskytu.

Podľa posledného prieskumu zdravotného uvedomenia a správania sa obyvateľov SR je zaočkovanosť proti chrípke veľmi nízka. Najvyššia zaočkovanosť je u seniorov starších ako 65 rokov. Zároveň pribúda počet rodičov, ktorí sa o očkovanie aktívne zaujímajú z hľadiska ich účinnosti a bezpečnosti.

Hlavný cieľ:

- znížiť nepriaznivé dôsledky infekčných ochorení pomocou systematicky realizovaných programov zameraných na elimináciu alebo redukcii výskytu infekčných ochorení, ktoré významne ovplyvňujú zdravie verejnosti (v súčinnosti s cieľmi Svetovej zdravotníckej organizácie).

Vedľajšie ciele:

- udržať eradikáciu detskej obrny v európskom regióne a z globálneho pohľadu jej úplnú eradikáciu,
- udržať elimináciu novorodeneckého tetanu,
- udržať elimináciu osýpok,
- znížiť výskyt ďalších závažných infekcií proti ktorým sa očkuje (záškrť, tetanus, čierny kašeľ, hemofilové invazívne infekcie, príušnice, rubeola, vírusová hepatitída typu B, tuberkulóza, pneumokokové invazívne infekcie),

- znížiť výskyt ďalších závažných infekcií (HIV/AIDS a ďalšie sexuálne prenosné ochorenia).

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu:

- naďalej plnenie úlohy „Akčného plánu na udržanie stavu bez „poliomyelitídy“ po jej eradikácii v európskom regióne v roku 2002, a tým aj v Slovenskej republike,
- realizovanie zdravotno-výchovných aktivít na zvyšovanie informovanosti dospelaj populácie o význame očkovania ako dôležitého preventívneho opatrenia,
- zabezpečovanie realizácie pravidelného povinného očkovania detí a očkovania dospelaj populácie proti tetanu a tak naďalej dosahovať vysokú mieru zaočkovanosti,
- zabezpečovanie pravidelného povinného očkovania detí proti osýpkam a epidemiologické i laboratórne prešetrenie každého suspektného prípadu osýpok,
- dosahovanie vysokej zaočkovanosti detskej populácie proti záškrtu, čiernemu kašľu, rubeole, príušniciam, hemofilovým invazívnym infekciám, vírusovej hepatitíde B,
- dosahovanie vysokej zaočkovanosti detskej populácie proti pneumokokovým invazívnym infekciám,
- zabezpečovanie realizácie očkovania proti hepatitíde typu A v miestach s nízkym hygienickým štandardom pre najrizikovejšie skupiny detskej populácie,
- realizovanie zdravotnej výchovy, ovplyvňovanie zníženia výskytu a ďalšieho šírenia sexuálne prenosných ochorení,
- realizovanie zdravotno-výchovných aktivít zamerané na prevenciu HIV/AIDS.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti infekčných ochorení:

- udržanie priaznivej epidemiologickej situácie vo výskyte infekčných ochorení,
- udržanie vysokej zaočkovanosti,
- zabránenie zvyšovaniu sa počtu prípadov odmietajúcich očkovanie,
- zlepšenie informovanosti obyvateľstva o objektívnych prínosoch očkovania prostredníctvom nových, moderných komunikačných zdrojov a metód.

Literatúra:

NCZI – Zdravotnícka ročenka v Slovenskej republike 2009
 NCZI - Incidencia zhubných nádorov v SR 2005, vyd. 2009
 Prevencia v primárnej starostlivosti – CINDI, WHO, 2000

Egnerová A., Guliš G., Krak J.: Epidemiológia neinfekčných chorôb, 2001
Ochaba R., Bielik I., Rovný I.: Základy kontroly tabaku a alkoholu, 2008